

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะช็อค ร่วมกับมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหัวใจห้องล่างซ้าย: กรณีศึกษา

พริบปรี หงษ์ศรีทอง พว.

ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

(Received: July 30, 2025; Revised: August 8, 2025; Accepted: August 19, 2025)

Abstract

Nursing Care of Acute Myocardial Infarction Patient with Cardiogenic Shock and Left Ventricular Thrombus: A Case Study

Pribpree Hongsrithong RN.

Cardiac Care Unit, Nakhon Pathom Hospital

This study aimed to present nursing care for a patient with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock and left ventricular thrombus, which are severe and complex complications with a mortality rate of 40-50% despite appropriate treatment. This case study employed systematic nursing process analysis based on nursing theories and evidence-based practice. Data were collected through observation, interviews, and medical record analysis during March 25 - April 24, 2025, at the Cardiac Care Unit, Nakhon Pathom Hospital.

A 65-year-old Thai male patient was admitted for treatment with syncope, loss of consciousness, and chest tightness. Electrocardiogram examination revealed ST-segment elevation in V1-V5. Cardiac catheterization examination found complete occlusion at the mid-LAD position. He received treatment with PPCI combined with thrombus aspiration and DES insertion. The patient had severe complications including cardiogenic shock requiring inotropic medications and mechanical circulatory support device insertion. Echocardiographic examination revealed an EF of 23% and left ventricular thrombus. Nursing care was implemented according to 9 nursing diagnoses as follows: risk for cardiac arrest from decreased cardiac output per minute, impaired oxygenation, decreased gas exchange efficiency, pulmonary edema due to decreased cardiac efficiency, electrolyte imbalance due to decreased renal filtration efficiency, risk for ischemia at the procedural access site, risk for complications from mechanical cardiac support device insertion, risk for thromboembolism to brain and other parts of the body from left ventricular thrombus, discomfort due to restricted movement at the procedural site, risk for bleeding tendency from anticoagulation therapy and liver dysfunction. The patient and relatives had anxiety about the current condition due to lack of understanding and insufficient knowledge for self-care. The focus was on critical condition monitoring, hypoxemia management, prevention of complications from specialized equipment use, health behavior change promotion focusing on smoking cessation motivation and anxiety related to self-care management and psychosocial concerns. The results showed that the patient had good response to treatment, no severe

complications occurred, received holistic care was provided and safe hospital discharge was achieved.

The results of this study can be applied as practice guidelines for nursing care of patients with complex cardiovascular conditions, helping to develop quality of care and reduce complication rates for rapid and accurate treatment. Additionally, it serves as academic information for nursing personnel competency development and efficient interdisciplinary patient care planning.

Keywords: Acute myocardial infarction, Cardiogenic shock, Left ventricular thrombus, Nursing process

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะช็อคจากหัวใจร่วมกับภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหัวใจห้องล่างซ้าย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงและซับซ้อน มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40-50 แม้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษารายกรณี เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์ และวิเคราะห์เอกสารประวัติการตรวจรักษา ระหว่างวันที่ 25 มีนาคม - 24 เมษายน พ.ศ. 2568 ณ ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 65 ปี เข้ารับการรักษาด้วยวูบ อาการหมดสติและเจ็บแน่นหน้าอก ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST-segment elevation ใน V1-V5 การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจพบการอุดตันสมบูรณ์ที่ตำแหน่ง mid-LAD ได้รับการรักษาด้วยวิธี PPCI ร่วมกับการดูดลิ่มเลือดและใส่ขดลวดค้ำยันชนิดเคลือบยา ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้แก่ ภาวะช็อคจากหัวใจที่ต้องใช้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจและใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ ผลตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบค่า EF 23% และพบภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหัวใจห้องล่างซ้าย การพยาบาลดำเนินการตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 10 ประการดังนี้ เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีลดลง มีภาวะพร่องออกซิเจน ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีน้ำคั่งในถุงลม เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง มีภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง เสี่ยงต่อการขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณขาหนีบที่ทำให้เกิดการ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องพยุงหัวใจ เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมองและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหัวใจห้องล่างซ้าย ไม่สุขสบายเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบริเวณ ทำให้เกิดการ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และตับเสียหน้าที่ ส่งเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในการดูแลตนเองด้านจิตสังคม เพื่อมุ่งเน้นการเฝ้าระวังภาวะวิกฤต การจัดการภาวะพร่องออกซิเจน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องมือพิเศษ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้รับการดูแลแบบองค์รวม สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย

ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้การรักษาได้รวดเร็วและถูกต้อง นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลทางวิชาการสำหรับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, ภาวะช็อคจากหัวใจ, ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหัวใจห้องล่างซ้าย, กระบวนการพยาบาล

บทคัดย่อ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ST-Elevation Myocardial Infarction: STEMI) เป็นภาวะฉุกเฉินทางหัวใจและหลอดเลือดที่มีความรุนแรงและต้องการการรักษาอย่างทันด่วนที่ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลายประการ โดยเฉพาะภาวะช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic Shock) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 5-15 ของผู้ป่วย STEMI และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 45-70¹ แม้จะได้รับการรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Thrombus) ยังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณผนังด้านหน้า และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย

จากสถิติของห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงยังคงสูง คิดเป็นร้อยละ 9.30, 12.10 และ 10.00 ในปี พ.ศ. 2566 - 2568 ตามลำดับ ดังนั้นผู้ศึกษาที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจ เห็นถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน ฝ้าระวัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะช็อคจากหัวใจร่วมกับภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหัวใจห้องล่างซ้ายอย่างเป็นระบบ
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. เพื่อเป็นข้อมูลทางวิชาการสำหรับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณี (Case Study) โดยคัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะช็อคจากหัวใจร่วมกับภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหัวใจห้องล่างซ้าย ที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

ระหว่างวันที่ 25 มีนาคม-24 เมษายน พ.ศ. 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ

1. ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วย โดยการซักประวัติ และการตรวจร่างกาย ตลอดจนข้อมูลการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กายวิภาคและสรีรวิทยา สาเหตุการเกิดโรค อาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งการพยาบาล
3. ปรีกษาแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา วิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
4. นำข้อมูลที่ได้ มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนรวมทั้งวางแผนจำหน่าย
6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อมูลเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย
7. จัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา เพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพในการดูแลต่อไป
8. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจทาน แก้ไข จัดพิมพ์และเผยแพร่

กรณีศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล: ผู้ป่วยชาย อายุ 65 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้างทั่วไป การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่อยู่ ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตร 3 คน สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลนครปฐม

ข้อมูลภาวะสุขภาพ:

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล: 25 มีนาคม พ.ศ. 2568

วันที่สิ้นสุดการดูแล: 24 เมษายน พ.ศ. 2568

การวินิจฉัยแรกรับ: กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะช็อค

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย: กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะช็อคร่วมกับมีภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหัวใจห้องล่างซ้าย

การทำหัตถการ/การผ่าตัด: การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดแบบเร่งด่วนร่วมกับใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ

อาการสำคัญ: ภูเขาหน้ามืดหมดสติ 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน: 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการอาเจียน แน่นหน้าอกนอนพักไม่ตื่นต่อมามีอาการภูเขาหน้ามืดและหมดสติ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติใช้สารเสพติด: สูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน นาน 40 ปี ดื่มเบียร์ 1 ขวดต่อวัน นาน 40 ปี จนถึงปัจจุบัน

ประวัติการแพ้ยา อาหาร และอื่นๆ: ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคชรา น้องชายเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ น้องสาว ภรรยา และบุตรทั้ง 3 คน ปฏิเสธโรคประจำตัว

การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน โดยแบบแผนที่พบปัญหา ดังนี้

แบบแผนที่ 1 แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดขึ้นรวดเร็วและไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน จึงไม่รีบมาพบแพทย์ คิดว่านอนพักแล้วจะอาการจะดีขึ้น ไม่คิดว่าจะอาการหนัก

แบบแผนที่ 2 แบบแผนโภชนาการและเมตาบอลิซึม รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา มีภรรยาเป็นผู้ประกอบอาหารเอง สลัดกับซื้อแกงถุง อาหารที่ชอบรับประทานรสจัด ดื่มน้ำวันละ > 1,000 ml ดื่มเบียร์วันละ 1 ขวดต่อวัน นาน 40 ปี ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 1-2 ขวดต่อสัปดาห์

แบบแผนที่ 10 แบบแผนการเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด มีสีหน้าวิตกกังวล ต้องนอนโรงพยาบาลหลายวันเป็นห่วงภรรยา และกังวลกลัวกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ไม่เหมือนเดิม

การประเมินร่างกายตามระบบ ที่พบปัญหา

ลักษณะทั่วไป รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 68 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 27.2 Kg/Cm²

ระบบหัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว 120 ครั้งต่อนาที มีอาการแน่นหน้าอก (Pain score 10/10) ตรวจพบคลื่นหัวใจผิดปกติ ST elevation V1-V5

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 การแปลผลการตรวจวิเคราะห์การแข็งตัวของเลือด

Hematology	Reference range	Unit	Result			
			25/03/68			
PT	9.9-12.3	Sec.	11.4			
INR			1.02			
PTT	23.6-29.9	Sec.	21.2			
PTT Ratio			0.80			
การวิเคราะห์ ระบบการแข็งตัวของเลือดทำงานได้ปกติ ใช้เป็นค่าอ้างอิงผลการรักษาของผู้ป่วย						

ตารางที่ 2 การแปลผลการตรวจเคมีของเลือด

Chemistry	Reference range	Unit	Result			
			25/03/68	25/03/68	26/03/68	27/03/68
Sugar	74-106	mg/dL	293		124	
BUN	8-20	mg/dL	18		38	33
Creatinine	0.72-1.18	mg/dL	0.96		2.50	0.95
eGFR	>90	ml/min/1.73	83		26	84
Total Bilirubin	0.30-1.20	mg/dL	0.76	1.72	0.95	
Direct Bilirubin	<0.20	mg/dL	0.13	0.77	0.27	
SGOT/AST	<40	U/L	287	499	3956	
SGPT/ALT	<40	U/L	80	149	3188	
Sodium	136-146	mmol/L	131	132	130	136
Potassium	3.5-5.1	mmol/L	3.6	4.2	5.1	4.1
Chloride	101-109	mmol/L	100	103	101	105
CO ₂	21-31	mmol/L	19	16	22	25
AnGap	10-20	mmol/L	16	17	12	10
TroponinT	0-14	ng/L	2147	>10000		
Lactate	0.5-2.0	mmol/L		5.9	2.5	1.8

การวิเคราะห์ Sugar สูงกว่าปกติอาจเกิดจากภาวะเครียดรุนแรงของร่างกาย ซึ่งกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์ตรงข้ามกับอินซูลิน แต่เมื่อติดตามไปพบว่าผล Sugar สูงเพียงเล็กน้อย BUN/Creatinine สูงกว่าปกติ บ่งชี้ถึงการทำงานของไตที่ผิดปกติจากภาวะช็อคจากการทำงานของหัวใจล้มเหลว Bilirubin/ SGOT/AST/SGPT/ALT สูงกว่าปกติ บ่งชี้ถึงความผิดปกติของตับ ซึ่งอาจเป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อค Electrolyte ที่ผิดปกติ เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการที่มีภาวะน้ำเกิน และไตเสียหน้าที่ TroponinT สูงกว่าปกติ บ่งชี้ถึงความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจ Lactate สูงกว่าปกติ บ่งชี้ถึงภาวะขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และบ่งชี้ความรุนแรงของภาวะช็อค

ตารางที่ 3 การแปลผลก๊าซในหลอดเลือดแดง

Blood Gases	Reference range	Unit	Result			
			25/03/68	26/03/68	26/03/68	27/03/68
Temp	36.5-37.7	Celsius	36.0	36.0	36.5	36.7
FiO ₂		%	40.0	40.0	40.0	21.0
pH	7.4-7.5		7.29	7.15	7.45	7.41
pCO ₂	35-48	mmHg	27	45	26	30
pO ₂	83-100	mmHg	85	32	83	100
HCO ₃	22-26	mmol/L	13.2	16	18.3	19.0
TCO ₂	35-45	mmol/L	14.1	17.4	19.1	19.9
BE	-2.5-2.5	mmol/L	-13.5	-13.0	-4.4	-5.6
O ₂ Sat	95-99	%	95.9	45.1	96.9	97.9

การวิเคราะห์ ABG พบเลือดเป็นกรด จากภาวะช็อก

การตรวจพิเศษ

EKG showed NSR, ST-T elevate at V1-V5 (25/03/68)

Cardiac Catheterization Report (25/03/68) หลอดเลือดหัวใจด้านขวาเป็นหลอดเลือดหลัก และพบหลอดเลือดหัวใจตีบหนึ่งเส้น คือหลอดเลือดแดงส่วนหน้าซ้ายอุดตันแบบสมบูรณ์บริเวณกลางหลอดเลือดให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Integrilin) ตูดลิ้มเลือดที่อุดตันออก ถ่างขยายด้วยบอลูน และใส่ขดลวดเคลือบยาจำนวน 2 ชิ้น บริเวณส่วนต้นถึงกลางของหลอดเลือดร่วมกับใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ และใส่สายสวนหลอดเลือดดำเพื่อให้อายาที่มีความเสี่ยงสูง (Levophed, Dobutamine)

Echocardiography report (25/03/68) ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวได้ไม่ดี การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย 23% พบความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของผนังหัวใจ พบภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหัวใจห้องล่างซ้ายขนาด 1.52x0.79 ซม. พบน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจปานกลางขนาด 1.6 ซม. หลอดเลือดดำใหญ่ส่วนล่างขนาด 2.29 ซม. และมีการยุบตัวมากกว่า 50%

การรักษาของแพทย์

1. Medication

- Dual antiplatelet therapy ASA 81 mg/day, Clopidogrel 75 mg/day
- Anticoagulation Enoxaparin 0.6 ml SC q12hr, Warfarin 3 mg/day

- Vasopressor/Inotrope Levophed, Dobutamine (titrate)
- Corticosteroid Hydrocortisone 200 mg/day
- Others Losec, Lasix, Enalapril

2. Intervention

- PPCI at proximal to midLAD with DESxII, Thrombectomy, Integrilin On IAPB support
- High flow oxygen therapy

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล (แรกรับจนถึงจำหน่าย)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีลดลง¹

ข้อมูลสนับสนุน EKG ST-T elevate at V1-V5 สงสัย Anterior wall MI, Echo: Poor LV systolic function LVEF 23% RWMA. Diastolic dysfunction grade I. Apical LV thrombus size 1.52*0.79 cm. Moderate pericardial effusion size 1.6 cm. IVC 2.29 cm. and collapse>50% Troponin-T 2,147, >10,000 ng/L BP 67/47 (58) – 72/50 (61) mmHg, HR 100-120 BPM ปลายมือปลายเท้าเย็น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพียงพอ

- เกณฑ์การประเมินผล**
1. ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพปกติ SBP 90-140 mmHg, DBP 60-90 mmHg, MAP ≥ 65 mmHg, HR 60- 100 BPM, RR 16-20 BPM, O2 sat ≥ 95%
 2. I/O ปัสสาวะออกมากกว่า 34 ml/hr. (>0.5 ml/kg/hr.) (น้ำหนัก 68 กิโลกรัม)
 3. ปลายมือปลายเท้าอุ่น, คลำชีพจรส่วนปลายได้ชัดเจน, Capillary refill ≤ 2 sec.
 4. EKG no ST-T change, no arrhythmia No Chest pain HR 60- 100 BPM

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงที่บ่งถึงปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาทีลดลง ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น นอนราบไม่ได้ เจ็บแน่นหน้าอก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ทุก 15 นาที
2. ประเมิน peripheral perfusion เช่น ผิวหนังเย็นซีด cyanosis ทุก 1 ชั่วโมง
3. On HFNC flow 50 LPM FiO₂ 0.4 Temp 34 keep Oxygen Sat ≥ 95%
4. Monitor Vital sign ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์
5. Monitor urine output Keep urine > 34 ml/hr.
6. จัดให้พักผ่อนให้ Fentanyl 25 µg iv prn for agitate q 4-6 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ
7. ควบคุมการให้สารน้ำแก่ผู้ป่วย เฝ้าระวังภาวะน้ำเกินและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาระของหัวใจและประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายและประเมินหน้าที่ไต
8. ดูแลให้ยา Dobutamine (2:1) iv 5 ml/hr.(fix), Levophed (4:250) iv titrate keep MAP ≥ 65, Hydrocortisone iv ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

9. ดูแลให้ IABP ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ จัดทำปรับศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา พลิกตะแคงตัวโดยดูแลขาข้างที่มีสายสวนให้เหยียดตรง บันทึกค่า setting, trigger, frequency, augmentation ของเครื่องทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง และค่าความดันต่าง ๆ ที่อ่านได้จากเครื่องทุก 1 ชั่วโมง หรือทุกการเปลี่ยนแปลง เช่น EKG ค่าความดันที่เครื่องช่วย (Assisted) ค่าความดันที่เครื่องไม่ช่วย (Unassisted) ค่า mean ค่าความดัน augmentation และบันทึก strip waveform ไว้ระยะเวลา 1 ครั้งและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง รายงานแพทย์หากพบ waveform ที่ผิดปกติ สังเกตและบันทึกการตั้ง timing inflate และ deflate ทุก 1 ชั่วโมง และเมื่อมีการเต้นของหัวใจที่เปลี่ยนแปลง

10. เตรียมรถ Emergency, Defibrillator ให้พร้อมใช้เพื่อช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องสีหน้าอ่อนเพลีย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก Capillary refill 2 sec. นอนราบได้ HR 90-114 BPM NIBP 78/59-138/65 MAP 65-98 mmHg IABP 147/74 MAP 100 mmHg off Dobu (25/03/68), Levophed (26/03/68) และ IAPB (28/03/68) ตามลำดับ RR 24-27 BPM O₂ sat 96-100% พักหลับได้เองไม่ต้องให้ Fentanyl ปัสสาวะออก 17-79 ml/hr.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะพร่องออกซิเจน ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีน้ำคั่งในถุงลม เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง²⁻³

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย Anterior wall MI มีภาวะช็อคจากหัวใจร่วมด้วย HR 100-120 BPM หายใจเหนื่อย RR 22-29 BPM O₂sat 96-99% ไอมีเสมหะ ปลายมือปลายเท้าเย็น Echo: Poor LV systolic function LVEF 23% RWMA

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้กล้ามเนื้อหัวใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง
2. ไม่พบอาการ Cyanosis ตามปลายมือปลายเท้า
3. Hematocrit \geq 30 %, Hemoglobin อยู่ในเกณฑ์ปกติ 14-18 g/dL

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ไอ หายใจลำบาก หายใจเร็ว ตัวเย็น ลักษณะการหายใจใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ นอนราบไม่ได้ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

2. Monitor Vital sign ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์

3. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง (Absolute bed rest) ศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อช่วยลดเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจและช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น

4. ดูแลให้ได้รับ On HFNC flow 50 LPM FiO₂ 0.4 Temp 34 keep Oxygen Sat \geq 95%

5. ประเมินสัญญาณชีพ และการหายใจแรกรับทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง สังเกตอัตราความลึกและลักษณะการหายใจ ร่วมกับการฟังเสียงปอดทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำท่วมปอด

6. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และ Record urine if ออกน้อยกว่า 34 ml/hr. หรือถ้าผู้ป่วยไม่ปัสสาวะภายใน 4 hrs. ให้ รายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้ตัวถามตอบรู้เรื่องสีหน้าอ่อนเพลีย GCS 15 E4V5M6 Capillary refill 2 sec. HR 90-114 BPM NIBP 78/59-138/65 MAP 65-98 mmHg หายใจไม่เหนื่อยหอบ RR 24-27 BPM O₂ sat 96-100% ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ นอนราบได้ ไม่พบอาการ Cyanosis ตามปลายมือปลายเท้า Hematocrit 42%, Hemoglobin 15 g/dL PaO₂ 83-100 mmHg, PaCO₂ 26-45 mmHg

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง⁴

ข้อมูลสนับสนุน K 3.6 mmol/L (25/03/68) EKG NSR No Arrhythmia HR 100-120 BPM

วัตถุประสงค์ อิเล็กโทรไลต์ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และปลอดภัยจากภาวะอิเล็กโทรไลต์ในเลือดไม่คงที่

เกณฑ์การประเมินผล 1. K 3.5 - 5.1 mmol/L

2. EKG no show PVC or sustain VT/VF

กิจกรรมการพยาบาล

1. Monitor Vital sign, EKG Observe arrhythmia ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์
2. Monitor urine output Keep urine > 0.5ml/kg/hr. หรือตามการรักษาของแพทย์
3. ดูแลให้ E.kcl 15 ml \odot stat. (25/03/68) ตามการรักษาของแพทย์
4. ติดตามผลโพแทสเซียมและแก้ไขเป็นระยะ ๆ

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องสีหน้าอ่อนเพลีย GCS 15 E4V5M6 HR 90-114 BPM NIBP 78/59-138/65 MAP 65-98 mmHg EKG NSR หลังได้ E.kcl ผล K 4.2 -5.1 mmol/L

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณขาหนีบที่ทำให้หัตถการ⁵⁻⁶

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย Anterior wall MI ทำ PPCI ค่า sheath via RFV และ IAPB via LFA มาที่ห้องผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมโรคหัวใจ รู้ตัวรู้เรื่องสีหน้าอ่อนเพลีย GCS 15 E4V5M6 BP 67/47 (58) – 72/50 (61) mmHg

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณขาหนีบที่ทำให้หัตถการ

เกณฑ์การประเมินผล 1. ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพปกติ SBP 90-140 mmHg, DBP 60-90 mmHg, MAP \geq 65 mmHg, HR 60- 100 BPM, RR 16-20 BPM, O₂ sat \geq 95%

2. ปลายเท้าข้างที่ทำ PPCI และ IABP อุณหภูมิไม่มี Cyanosis ไม่มีอาการชา

3. Capillary refill \leq 2 sec.

4. คลำ Femoral, Popliteal, Dorsalis pedis และ Posterior pulse ได้แรงจังหวะ

สม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ (Monitor EKG, O₂ Sat, Vital sign ทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่) ประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็น Pain score ทุก 1 ชั่วโมง

2. ตรวจสอบทีก EKG 12 lead หลังได้รับการทำ PPCI และ IABP พร้อมรายงานแพทย์

3. สังเกตสีและอุณหภูมิอวัยวะส่วนปลาย คลำชีพจรส่วนปลายทุก 1 ชั่วโมง keep warm บริเวณขาที่ทำการตัดการ

4. ขณะ Off sheath ให้บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที ประเมินภาวะ Vasovagal reaction, วางทับหมอนทราย อย่างต่อเนื่อง 2 ชั่วโมง และห้ามงอขาต่ออีก 4 ชั่วโมง พร้อมประเมินแผลอย่างต่อเนื่อง

5. แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวนิ้วเท้า เพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงบริเวณส่วนปลาย

6. บันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลงลงในใบบันทึกสัญญาณชีพ และบันทึกทางการพยาบาล

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องสีหน้าอ่อนเพลีย GCS 15 E4V5M6 HR 90-114 BPM NIBP 78/59-138/65 MAP 65-98 mmHg IABP 147/74 MAP 100 mmHg หายใจไม่เหนื่อยหอบ RR 24-27 BPM O₂ sat 96-100% ไม่พบอาการ Cyanosis ตามปลายมือปลายเท้า Capillary refill 2 sec. คลำชีพจรส่วนปลายได้ Pulse แรงจังหวะสม่ำเสมอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องพยุงหัวใจ¹

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย Anterior wall MI มีภาวะช็อคจากหัวใจร่วมด้วย GCS 15 E4V5M6 ปลายมือปลายเท้าเย็น

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการใส่ IABP Catheter

- เกณฑ์การประเมินผล**
1. EKG NSR และไม่มี arrhythmias, vital signs คงที่ ไม่มีเจ็บหน้าอก
 2. ไม่พบภาวะ Renal arterial stenosis
 3. ไม่มีเลือดออกบริเวณ insertion site หรือเกิด hematoma
 4. คลำชีพจรส่วนปลายได้แรง จังหวะสม่ำเสมอ
 5. ผิวหนัง warm/ Capillary refill \leq 2 sec

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว On monitor EKG สังเกตภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. ดูแลให้ IABP ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ดูแลให้ผู้ปวยนอนหงายราบหรือยกศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา ห้ามงอขาข้างที่มีสายคาอยู่ ขณะพลิกตะแคงตัวให้พลิกตัวพร้อมกันทั้งตัว (log roll) เพื่อป้องกันสายหัก พับ งอ
4. ประเมินบริเวณที่ใส่สาย IABP catheter ทุกชม. ว่ามีเลือดออกรอบแผลเพิ่มขึ้นหรือมี hematoma หรือไม่
5. บันทึกและสังเกตการไหลเวียนของเลือดของขาทั้ง 2 ข้าง โดยการประเมินความแรงของ dorsalis pedis pulse และ posterior tibial pulse สี่นิ้ว อุณหภูมิ ก่อนและหลังการใส่สายเพื่อเปรียบเทียบ ภายหลังใส่สายประเมินทุกชั่วโมง รีบรายงานแพทย์ ทันทีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง
6. บันทึก intake/output ตลอดเวลา เพื่อประเมิน volume status โดยบันทึก urine output ทุกชั่วโมง ถ้าออกน้อยรีบรายงานแพทย์ทันที
7. ติดตามผลภาพรังสีทรวงอกและติดตามผลเลือด BUN Cr เพื่อดูการทำงานของไต

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องสีหน้าอ่อนเพลีย GCS 15 E4V5M6 HR 90-114 BPM NIBP 78/59-138/65 MAP 65-98 mmHg IABP 147/74 MAP 100 mmHg หายใจไม่เหนื่อยหอบ RR 24-27 BPM O₂ sat 96-100% ไม่พบอาการ Cyanosis ตามปลายมือปลายเท้า Capillary refill 2 second คลำชีพจรส่วนปลายได้แรง จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเลือดออกหรือ hematoma บริเวณ insertion site

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมองและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหัวใจห้องล่างซ้าย⁷

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย Anterior wall MI Echo: Apical LV thrombus size 1.52*0.79 cm.

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดสมองและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล 1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ทำตามบอกได้ ขนาดรูม่านตาปกติ 2-6 mm. การตอบสนองต่อแสงปกติ กำลังแขนขาปกติมีแรงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง


2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น สมอง อาการแสดงคือ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวร่างกายผิดปกติ อุดตันส่วนปลายบริเวณแขนขา จะมีอาการปวดบวมบริเวณเนื้อที่มีการอุดตัน ผิวหนังซีดลง อุดตันในหลอดเลือดแดงปอด จะมีอาการเหนื่อยขึ้นทันทีทันใด ไอเป็นเลือด ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และเพิ่มความถี่ตามอาการที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอาการแสดงทางระบบประสาท ซึ่งแสดงถึงภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่สมองอาการมักเป็นไปอย่างรวดเร็ว เช่น ความรู้สึกตัว การรับรู้ การเคลื่อนไหว การมองเห็น กำลังของกล้ามเนื้อแขนขาและการเคลื่อนไหวประสานงานของร่างกาย เป็นต้น

2. ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด (Pulmonary thromboembolism: PE) เช่น อาการเหนื่อยที่เป็นขึ้นทันทีทันใด อาการเจ็บหน้าอกแบบ pleuritic chest pain หรือไอเป็นเลือด ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว ฟังปอดพบ pleural friction rub เป็นต้น

3. เฝ้าระวังและติดตามอาการที่เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดแดงส่วนปลาย

4. ให้ Enoxaparin 0.6 ml sc q 12 hr. (25-30/03/68) และเริ่ม warfarin(3) 1x1  hs (28/03/68) ตามแผนการรักษาพร้อมทั้งติดตามผลการรักษา และอาการข้างเคียงของยา

5. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, Coagulogram, LFT

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องสีหน้าอ่อนเพลีย GCS 15 E4V5M6 ทำตามบอกได้ pupil 3 min RTLBE ไม่มีอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย Hematocrit 42% (25/03/68) PT 11.4 sec INR 1.02 APTT 21.2 sec (25/03/68)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ไม่สุขสบายเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบริเวณที่ทำหัตถการ⁵⁻⁶

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่าเมื่อยและชาขา นอนหลับได้แค่สั้น ๆ คาอุปรณ์ที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยมีสีหน้าหรือพฤติกรรมแสดงถึงความเจ็บปวด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบริเวณที่ทำหัตถการ

วัตถุประสงค์ เพื่อลดอาการเมื่อยและชาขา หรือทุเลาลง และพักผ่อนได้

- เกณฑ์การประเมินผล**
1. ผู้ป่วยมีอาการเมื่อยและชาขาทุเลาลง
 2. มีสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายถึงความจำเป็นในการจำกัดการเคลื่อนไหวบริเวณที่ทำหัตถการ
2. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายโดยไม่ขัดกับแผนการรักษา
3. พลิกตะแคงตัวแบบ Log roll ให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงหรือเมื่อมีอาการไม่สุขสบาย
4. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เบามือ และรบกวนเวลาพักผ่อนให้น้อยที่สุด
5. แนะนำให้ผู้ป่วยฝึกบริหารโดยการกระดกปลายเท้า เพื่อลดอาการปวดเมื่อย จากการจำกัดการเคลื่อนไหวและช่วยนวดบริเวณหลังและเอว รวมทั้งทายานวดเพื่อลดอาการปวดเมื่อยตามความเหมาะสม
6. ประเมินอาการปวดตึงแผลเป็นระยะ
7. สังเกตและสอบถามอาการที่บอถึงความไม่สุขสบายและให้ความช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบาย

การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการเมื่อยและชาขาทุเลาลง มีสีหน้าอ่อนเพลีย นอนหลับพักผ่อนได้ยาวขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และตีบเสียน้ำที่⁸

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับยา Heparin, Integrillin ทางหลอดเลือดดำขณะทำ PPCI และได้รับยา Enoxaparin 0.6 ml และ Warfarin(3) SGOT/AST 287 เป็น 499 U/L SGPT/ALT 80 เป็น 149 U/L (25/03/68)

วัตถุประสงค์ ไม่มีเลือดออกจากบริเวณขาหนีบที่ทำ PPCI และ IABP ไม่มีเลือดออกในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และประเมิน ช่วยเหลือภาวะเลือดออกได้อย่างทันที่

- เกณฑ์การประเมินผล**
1. ไม่มีเลือดออก ไม่เกิดเลือดออกใต้ชั้นผิวหนัง ไม่มีรอยฟกช้ำบริเวณขาหนีบที่ทำ PPCI และ IABP และในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย
 2. สัญญาณชีพปกติ SBP 90-140 mmHg, DBP 60-90 mmHg, MAP \geq 65 mmHg, HR 60- 100 BPM, RR 16-20 BPM, O₂ sat \geq 95%
 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ Hematocrit 37-52%, PT 11-13 sec INR 2.00-3.00 APTT 23.5-31 sec, SGOT/AST <40 U/L, SGPT/ALT <40 U/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 2 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่
2. ดูแลไม่ให้เลือดออกจากบริเวณขาหนีบ ข้างที่ทำ PPCI และ IABP
3. ประเมินอาการเลือดออกในระบบต่างๆของร่างกาย
4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, Coagulogram, LFT
5. เมื่อพบอาการดังกล่าวข้างต้นหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ให้รีบรายงานให้แพทย์

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องสีหน้าอ่อนเพลีย GCS 15 E4V5M6 ไม่มีเลือดออกหรือ hematoma ไม่มี ecchymosis บริเวณ insertion site Hematocrit 42% (25/03/68) PT 11.4 sec INR 1.02 APTT 21.2 sec (25/03/68) SGOT/AST 3,956 U/L SGPT/ALT 3,188 (26/03/68)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ส่งเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่⁹⁻¹⁰

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน นาน 40 ปี ต่อมเปียร์ 1 ขวดต่อวัน นาน 40 ปี และทราบว่าบุหรี่เป็นสาเหตุหลักในการเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ แต่ยังมีอาการหงุดหงิดบ้างเวลาอยากบุหรี่

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยตั้งใจจะเลิกบุหรี่ ตามหลักการ 5A 5R

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการขาดนิโคตินและพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยใช้การถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ และประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่ และข้อมูลเกี่ยวกับสารนิโคตินในบุหรี่ที่เป็นสารเสพติดที่มีผลต่อร่างกายและภาวะซึมเศร้า แสดงความห่วงใยต่อสุขภาพผู้ป่วยเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่
3. ให้ผู้ป่วยทบทวนบอกข้อดี-ข้อเสียของการสูบบุหรี่ สะท้อนข้อมูลเพื่อให้ฝึกคิดทางบวกถึงผลดีต่อการไม่สูบบุหรี่
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในโรงพยาบาลหรือกลับบ้านหากต้องการปรึกษาคลินิกฟ้าใสเพื่อเลิกบุหรี่ให้แจ้งได้ทันที
5. แนะนำและดูแลให้อมยิ้มยามอดบุหรี่เพื่อลดอาการอยากสูบบุหรี่
6. ให้คำแนะนำเพื่อลดอาการอยากสูบบุหรี่ เช่น ดื่มน้ำแทน หายใจเข้าออกลึก ๆ พุดคุยกับเพื่อนหรือหากิจกรรมทำแทนเวลา 3-5 นาที ฝึกทำบ่อย ๆ
7. แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลรักษาความสะอาดช่องปากและฟันเพื่อลดอาการอยากบุหรี่
8. ส่งเสริมให้นำทักษะทางสังคมมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตัวเอง เช่น ทักษะการปฏิเสธเมื่อมีคนมาชักชวนสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงเพื่อนที่สูบบุหรี่ สถานที่สูบบุหรี่
9. แนะนำให้บุตรและภรรยา พุดคุยให้กำลังใจและชมเชยเมื่อผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีท่าที่หงุดหงิด ประสานเข้าคลินิกฟ้าใส ได้รับน้ำยามอดบูห์รี เพื่อลดอาการอยากบูห์รี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม¹¹

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย/ญาติสอบถามสาเหตุและอาการของโรค ผลการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและแนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วยสีหน้าวิตกกังวล และผู้ป่วยอยู่บ้านกับภรรยาที่มีอายุมากแค่ 2 คน ภรรยาวิตกกังวลกลัวสามีกลัวการสูญเสียเนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงมาก่อน บุตรหลานอยู่ละแวกบ้านใกล้เคียง และรับรู้ว่าคุณเองมีข้อจำกัดในหลายด้าน และเป็นการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หาย ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะมีอาการกำเริบเมื่อไหร่ ซึ่งต้องเป็นภาระกับภรรยา

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

เกณฑ์การประเมินผล 1. สามารถอธิบายสาเหตุ อาการ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

2. บอกวิธีแก้ไขในภาวะฉุกเฉิน และแนวทางการรักษาเบื้องต้นได้

3. ทราบแหล่งช่วยเหลือในชุมชน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะของโรค การดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ
2. กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยในภาวะของโรคของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ
3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องของการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ โดยใช้หลัก

D-METHOD

4. จัดทำเอกสารเรื่องโรคและแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อสภาวะของโรค
5. ผู้ป่วย/ ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อเตรียมพร้อมที่จะกลับไปดูแล

ตนเองที่บ้าน

การประเมินผล ผู้ป่วย/ ญาติสามารถอธิบายสาเหตุ อาการ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ บอกวิธีแก้ไขในภาวะฉุกเฉิน และแนวทางการรักษาเบื้องต้นได้ ทราบแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เกิดความมั่นใจในการจัดการกับอาการกำเริบที่อาจเกิดขึ้นที่บ้านได้

สรุปกรณีศึกษา ชายไทย อายุ 65 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการอาเจียน แน่นหน้าอก นอนพักไม่ดีขึ้น วูบ หน้ามืด หหมดสติ 10 นาที ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรงมาก่อน มีประวัติเสี่ยง สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน และดื่มเบียร์ 1 ขวด/วัน นาน 40 ปี ผล EKG พบ ST-elevation ใน V1-5 Echo พบ EF 23% และลิ้มเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย ผล Troponin-T อยู่ในระดับสูงมากบ่งชี้ถึงกล้ามเนื้อหัวใจตายรุนแรง แพทย์ได้ทำการรักษาโดยการให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Integrilin) ดูดลิ้มเลือดที่อุดตันออก ถ่างขยายด้วยบอลลูน และใส่ขดลวดเคลือบยาจำนวน 2 ชั้น บริเวณส่วนต้นถึงกลางของหลอดเลือด หลังจากทำการหัตถการแพทย์ใส่เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจเนื่องจากมีภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี สัญญาณชีพคงที่ หายตากระตุ้นหัวใจได้ ถอดเครื่องพยุงการทำงานของหัวใจได้สำเร็จ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรคหัวใจอยู่ 5 วัน จึงย้ายไปห้องผู้ป่วยกึ่งวิกฤตโรคหัวใจ 1 วัน และย้ายไปห้องผู้ป่วยสามัญหัวใจ 1 วัน สามารถฟื้นฟูร่างกายได้และสามารถจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน มีการติดตามเยี่ยมอาการทางโทรศัพท์ หลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมอาการเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติตนได้ถูกต้อง รับประทานยาต่อเนื่อง ค่าเลือดอยู่ในค่าเป้าหมาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และหยุดบุหรี่ได้ ระยะเวลาดูแล 25 มีนาคม- 24 เมษายน 2568 รวม 31 วัน

วิเคราะห์กรณีศึกษา ผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้วยอายุที่เพิ่มขึ้น การไม่ออกกำลังกาย ตลอดจนสารพิษในควันบุหรี่ (carbon monoxide, cyanide, nicotine) ก่อให้เกิดอันตรายต่อ endothelial cells โดยตรง เป็นผลให้เซลล์ที่บุเริ่มบวมและทำงานบกพร่อง การสร้างสารป้องกันก็จะลดลง ทำให้ไขมัน LDL-C แทรกเข้าไปสะสมในผนังใต้ endothelial cells มากขึ้นเรื่อยๆ เกิดเป็น lipid pool เล็ก ๆ ก่อนที่จะกลายเป็นแอ่งไขมันที่มีขนาดใหญ่ขึ้น การอักเสบของผนังหลอดเลือดจะเกิดขึ้นอย่างเรื้อรังและต่อเนื่อง จนนำไปสู่ผนังหลอดเลือดที่หนา แข็งและตีบแคบลง เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา ผู้ป่วยจะมีอาการแน่นหน้าอกจนวูบหมดสติ ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่ผู้ป่วยรายนี้มาพบแพทย์ โดยระยะเวลานับตั้งแต่เริ่มมีอาการอยู่ในช่วง golden period คือ ภายใน 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการประเมินและวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว และได้รับการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดแดงที่อุดตันด้วยการถ่างขยายด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดเคลือบยาทันทีอยู่ในช่วง golden period แต่ยังคงพบภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือภาวะช็อคจากหัวใจและได้รับการใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและยากระตุ้นหัวใจ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ตอบสนองต่อการรักษาที่ดี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขนาดใหญ่ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจสูญเสียหน้าที่ส่งผลให้เลือดคั่งในท้องหัวใจ และการบาดเจ็บของเยื่อหุ้มหัวใจยังทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเปื่อยยุ่ยปริแตก เกิดการกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาการแข็งตัวของเลือดแบบต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังทำให้เกิดกลไกการสร้างลิ้มเลือดแบบสมบูรณ์ การก่อตัวของลิ้มเลือดเริ่มต้นจากการรวมตัวของเกล็ดเลือดที่บริเวณที่เกิดการเสียหายต่อเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เกิดลิ้มเลือดอุดตัน ตามด้วยการกระตุ้นปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ลิ้มเลือดเหล่านี้ประกอบไปด้วย ไฟบริน เซลล์เม็ดเลือดแดง และเม็ดเลือดขาวที่กักอยู่ การเกิดขึ้นของลิ้มเลือดเกิดได้ไม่แน่นอน และอาจหลุดออกไปอุดตันอวัยวะต่าง ๆ ได้ ก่อให้เกิดโรคอื่นตามมา หรืออาจสลายไปเองตามธรรมชาติ พบมากในช่วง 2 สัปดาห์แรก - 3 เดือน หลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตายผู้ป่วยรายนี้พบลิ้มเลือดอุดตันในหัวใจห้องล่างซ้ายขนาด 1.52x0.79 ซม.ในวันแรกของการนอนโรงพยาบาล และได้ยา Enoxaparin, warfarin ตามแผนการรักษาโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ผู้ป่วยยังได้รับการส่งปรึกษาคลินิกฟิสิกส์เพื่อเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐานทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต

ข้อเสนอแนะ

- 1.เป็นต้นแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน แสดงความสำคัญของการป้องกันและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติและการฝึกอบรมบุคลากร
2. ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาผู้ป่วยเพียง 1 ราย จึงไม่สามารถสรุปเป็นภาพรวมได้ ดังนั้น จึงเห็นควรให้มีการศึกษาหลายเคสเชิงเปรียบเทียบ เพื่อประเมินประสิทธิผลในการรักษา และวิเคราะห์เรื่องค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้เห็นในมิติอื่นเช่นความคุ้มค่าคุ้มทุน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Chiaranai C, Peungngean S, Prommart S, Doomma N. Nursing Care of a patient receiving intra – aortic balloon pump for treatment: A case study. J Health Sci BCNSP. 2022;6(1):1-15.
2. Eamsurang P. Case study: Nursing care of patient ST-Segment Elevation Myocardial Infarction with congestive heart failure. ECH. 2023;8(3):769-78.
3. Wangsom A, Wattanachai T. Nursing Care of Pneumonia Patients with Acute Respiratory Failure Receiving High-Flow Nasal Cannula Therapy: A Study of 2 Cases. MKHJ. 2021;18(2):123-32.
4. Pitugtan S. Nursing care End Stage Renal Disease of Anesthesia for Kidney transplantation: cases series. ^{Reg} 11 Med. 2019;33(3):589-600.
5. Prateepmanowong J, Chouyboon S, Nareumanphokin N. Nursing care for patients undergoing transradial cardiac catheterization: case study. Thai J Cardio-Thorac Nurse. 2019;30(2): 2-14.
6. Tinphonkrang S. Case study on nursing care for patients with acute coronary syndrome who underwent percutaneous coronary intervention [Internet]. Bangkok: Nopparat Rajathanee Hospital; Available from: <https://shorturl.asia/09mny>
7. Levine GN, McEvoy JW, Fang JC, Ibeh C, McCarthy CP, Misra A, et al. Management of patients at risk for and with left ventricular thrombus: A scientific statement from the american heart association. Circulation. 2022;146(15): e205-e223.
doi:10.1161/CIR.0000000000001092
8. Satthing P. Nursing care for cirrhosis of the liver with esophageal variceal bleeding. AJNHS. 2024;4(1):152-62.
9. Ruamsook T, Lumrod N, Likitpongwit B. Community nurse practitioner’s roles on smoking cessation assistance for patients with non-communicable disease. Thai Journal of Nursing. 2021;70(1):34-41.
10. Jenchai S. Study: Nursing of methamphetamine addicted patients with alcohol addiction and research [Internet]. Pathum Thani: Princess Mother National Institute of Drugs Abuse Treatment; 2024. Available from: <https://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/research/67/pmnidat22-67.pdf>
11. Wongsri P, Chintapanyakun T. Utilization of OREM’s theory with caring and advice for patients with heart failure. JPNHS. 2018;10(1):209-219.