

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง จัดทำแผ่นพับให้ความรู้กับญาติ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลันเมื่อกลับบ้าน

เสนอโดย

นางสุภาวดี กุศลเยี่ยม

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 444)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 13 วัน (ตั้งแต่วันที่ 12 สิงหาคม 2553 ถึงวันที่ 24 สิงหาคม 2553)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความรู้ทางวิชาการ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction หรือ MI) หมายถึง ความพิการของหัวใจชนิดเฉียบพลัน อันเนื่องมาจากการขาดเลือดไปเลี้ยง เพราะความผิดปกติของหลอดเลือดแดง coronary artery เช่น มีรอยโรค (plaque) ที่ผนังหลอดเลือดแดง coronary การปริแตก ทำให้มีลิ่มเลือดไปอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน

สาเหตุ

สาเหตุสำคัญที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างกะทันหันและรุนแรง คือ หลอดเลือดแดง coronary เกิดการอุดตันอย่างสมบูรณ์หรือเกือบสมบูรณ์ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ความเครียด และการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

พยาธิวิทยา

ภาวะของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากการมีคราบไขมัน (atherosclerotic plaque) ก่อตัวพอกสะสมเกาะตามผนังหลอดเลือดแดง coronary เกิดการตีบแคบหรืออุดตันรูหลอดเลือดแดง coronary ทำให้การไหลเวียนของเลือดช้าลง มีการสะสมของเกล็ดเลือดและเม็ดเลือดขาวพอกบนคราบไขมัน ขั้นตอนการเกิดคราบไขมันจะเป็นไปอย่างช้า ๆ ส่วนประกอบของคราบไขมัน ได้แก่ คลอเลสเตอรอล phospholipid fibrin แคลเซียม เกล็ดเลือด เม็ดเลือดขาว เป็นต้น คราบไขมันที่ก่อตัวกันนี้จะมีขนาดโตขึ้นเรื่อย ๆ ในระยะแรกอาจไม่มีการใด ๆ เกิดขึ้นเลย แต่ถ้าคราบไขมันมีขนาดโตขึ้นมากจนทำให้ผนังหลอดเลือดแดง coronary แข็งและตีบแคบ ส่งผลให้เลือดแดงจากหลอดเลือดแดง coronary ไหลไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือหยุดชะงัก จะทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก นอกจากนี้อาจพบว่าการปริแตกของคราบไขมัน ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดง coronary เฉียบพลัน ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดและทำลายกล้ามเนื้อหัวใจอย่างมากเฉียบพลัน ทั้งนี้ความรุนแรงขึ้นอยู่กับระดับของการอุดตันที่เกิดขึ้นในหลอดเลือดหัวใจ

อาการและอาการแสดง

มีอาการเจ็บหน้าอก ปวดบริเวณกลางอก ปวดแน่น ๆ เหมือนถูกบีบรัดหรือมีของหนักมากกดทับ อาจมีอาการปวดร้าวไปที่ไหล่ แขนทั้งสองข้าง กราม หลัง หรือมีอาการร่วมอื่น ๆ เช่น อ่อนเพลีย มึนงง ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น เวียนศีรษะ หายใจลำบากหรือหายใจไม่สะดวก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติและการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก (chest pain) คือ มีอาการเจ็บแน่นอึดอัดเหมือนมีอะไรมาทับ หรือบีบหัวใจบริเวณกลางทรวงอก ลึ้นปี หน้าอกข้างซ้าย อาจมีเจ็บร้าวไปไหล่ซ้ายและขวา คอ คาง ขากรรไกรล่าง ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) จะเจ็บนานกว่า 30 นาที และปัจจัยที่ชักนำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ การออกกำลังกาย รับประทานอาหารอ้วนใหม่ ๆ หรืออ้วนเกินไป ความเย็น สูดบุหรี่ ความโกรธ หงุดหงิด วิตกกังวล

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะพบค่า cardiac enzyme ซึ่งเป็นโปรตีนที่อยู่ในเซลล์ถูกปล่อยเข้าสู่กระแสเลือดเมื่อเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย ได้แก่

2.1 serum creatinine kinase (CK/CKMB) ค่าจะสูงขึ้นใน 3 – 6 ชั่วโมง และสูงสุดใน 12 – 18 ชั่วโมง กลับสู่ภาวะปกติใน 3 – 4 วัน

2.2 troponin T สูงขึ้นใน 3 – 6 ชั่วโมงหลังจากมีอาการเจ็บหน้าอก ระดับจะคงที่อยู่นาน 14 – 21 วัน

2.3 creatinine phosphokinase (CPK) ค่าจะสูงขึ้นใน 2 – 6 ชั่วโมง สูงสุดใน 24 ชั่วโมง และจะลดลงปกติภายใน 48 – 72 ชั่วโมง

3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

3.1 กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบ ST segment ยกสูงขึ้น (ST elevation) และอาจพบ Q wave เรียกว่า ST elevated myocardial infarction (STEMI) โดยกล้ามเนื้อที่ตายจะเป็นบริเวณกว้างและลึกถึงกล้ามเนื้อชั้นใน

3.2 กล้ามเนื้อหัวใจตายบางส่วน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบ ST segment ลดต่ำลง (ST depression) หรือพบ T wave หัวกลับ (T inversion) เรียกว่า non ST elevated myocardial infarction (NSTEMI) กล้ามเนื้อที่ตายจะเป็นบริเวณกล้ามเนื้อชั้นนอก

การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่น ๆ เช่น

1. การตรวจภาพรังสีทรวงอก (chest x-rays)
2. การใช้คลื่นเสียงผ่านทางผนังทรวงอก (echocardiography)
3. การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (exercise stress test)
4. การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging)
5. การสวนหัวใจ (cardiac catheterization)

การรักษา

การรักษาเป็นไปเพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

1. การรักษาระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยมีประวัติโรคหัวใจแล้วมีการเจ็บแน่นหน้าอกให้ผู้ป่วยอมยา nitroglycerine ได้ลิ้น 0.02 มิลลิกรัม ทุก 5 นาที หรืออมยา isordil 5 มิลลิกรัม ทุก 5 นาทีจนหายเจ็บ เลี้ยวและกลืนยา aspirin ขนาด 160 – 325 มิลลิกรัมทันที แล้วรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที

2. การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ห้องฉุกเฉิน จะต้องวินิจฉัยและรักษาทันที โดยประเมินอาการเจ็บหน้าอก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แพทย์อาจพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) เช่น streptokinase โดยให้ภายใน 12 ชั่วโมงหลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก ถ้าสามารถละลายลิ่มเลือดที่อุดตันได้ผล อาการเจ็บหน้าอกจะทุเลาลง

3. การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลใน 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยควรอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ติดเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา ให้การรักษาเพื่อให้เลือดสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด การถ่างขยายหลอดเลือดโดยใช้บอลลูน ซึ่งเป็นการรักษาหลอดเลือดที่ตีบหรืออุดตันจากลิ่มเลือดหรือก้อนไขมันโดยสอดใส่สายเข้าตามหลอดเลือดและใช้บอลลูนเพื่อถ่างขยายหลอดเลือด เพื่อให้เลือดสามารถไหลผ่านบริเวณที่ตีบแคบได้ดีขึ้น

4. การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมประจำวันบนเตียง และค่อย ๆ เพิ่มการเคลื่อนไหวขึ้น ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติและไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะมีกิจกรรม สามารถย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ภายใน 2 – 3 วัน ให้ยาแอสไพริน 160 – 325 มิลลิกรัมต่อวันตลอดไป และเตรียมผู้ป่วยกลับบ้านหลังจากทดสอบด้วยการออกกำลังกายแล้วไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ

การพยาบาล

1. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ตำแหน่ง ความรุนแรง การเจ็บร้าว ระยะเวลาที่เป็น ปัจจัยที่ทำให้เกิด
2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ประเมินลักษณะการหายใจ
3. ประเมินความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจทุกครั้งที่มีการเจ็บหน้าอก
4. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 lead เมื่อแรกรับผู้ป่วยและทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอก
5. ดูแลให้ยาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยา ได้แก่

clexane เป็นยาละลายลิ่มเลือดกลุ่ม low molecular weight heparin ใช้รักษากลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ออกฤทธิ์ด้านการแข็งตัวของเลือด ควรเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย เช่น จุดเลือดออกใต้ผิวหนัง จำเลือดตามร่างกาย เลือดกำเดา เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด เลือดออกในทางเดินอาหาร

aspirin เป็นยาในกลุ่ม salicylate ใช้เป็นยาบรรเทาปวด ลดไข้ ลดการอักเสบ มีผลด้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) ใช้รักษาโรคหัวใจในระยะยาว ออกฤทธิ์ด้านการรวมตัวของเกล็ดเลือด ยามีผลต่อกระเพาะอาหาร ทำให้ปวดแสบท้อง และอาจเกิดภาวะเลือดออกง่าย จึงควรรับประทานหลังอาหารทันที

Plavix ออกฤทธิ์ด้านการรวมตัวของเกล็ดเลือด มักให้ร่วมกับ aspirin เพื่อให้เสริมฤทธิ์กัน ควรเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย

6. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาอาการปวด เช่น มอร์ฟีน โดยมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ได้แก่ การหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต
7. ดูแลให้นอนพักอย่างสมบูรณ์ (absolute bed rest)
8. วัดและบันทึกปริมาณน้ำเข้า – ออกจากร่างกาย
9. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และหลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ
10. อธิบายแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) หมายถึง ภาวะที่หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง จากการตีบแคบหรืออุดตันอย่างสมบูรณ์ของหลอดเลือดแดง coronary ทำให้เกิดอาการ เจ็บแน่นหน้าอก และร้าวไปที่ไหล่ แขน กราม และหลังได้ บางครั้งอาจมีอาการร่วมอื่น ๆ เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น เวียนศีรษะ หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นลม หรือหมดสติได้ กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี HN 10890/51 AN 9952/53 มาด้วยอาการหน้ามืด เหงื่อออก เจ็บหน้าอกด้านซ้าย หายใจหอบเหนื่อย เข้ารับการรักษาวันที่ 12 สิงหาคม 2554 ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลา 19.30 นาฬิกา ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอเนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 34 – 35 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ววัดได้ 80 เปอร์เซ็นต์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผล ST segment elevated at lead V₁ – V₃ (กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณด้านหน้าตายเฉียบพลัน) เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ troponin T 0.03 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (ค่าปกติ 0 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร) serum creatine kinase 5.18 หน่วยต่อลิตร (ค่าปกติ 0 – 25 หน่วยต่อลิตร) ได้รับการรักษาโดยการให้ยา Plavix 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางสายยางให้อาหาร และเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจทางท่อหลอดลมคอ ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาตร หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 – 24 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/72 มิลลิเมตรปรอท ตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำ troponin T 0.11 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร serum creatine kinase 12

หน่วยต่อลิตร แพทย์ให้ยา clexane 0.6 มิลลิลิตร ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง วันละครั้ง นาน 5 วัน aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด ให้ทางสายยางให้อาหารวันละครั้งหลังอาหารเช้าทันที Plavix 75 มิลลิกรัม 1 เม็ด ให้ทางสายยางให้อาหารวันละครั้งหลังอาหารเช้า ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36 – 36.5 องศาเซลเซียส เสมหะสีขาวขุ่น จำนวนเล็กน้อย เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจวันที่ 14 สิงหาคม 2553 โดยปรับลดการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยหายใจไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ สามารถถอดท่อหลอดลมคอได้วันที่ 16 สิงหาคม 2553 ให้ออกซิเจนทางท่อสอดจมูก (oxygen cannula) อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที แนะนำญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อกลับบ้าน และย้ายผู้ป่วยออกไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม สามีผู้ชายวันที่ 17 สิงหาคม 2553

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เข้ารักษาตัวที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน วันที่ 12 สิงหาคม 2554 ด้วยเรื่องหน้าซีด เหงื่อออก เจ็บหน้าอกด้านซ้าย หายใจเหนื่อยหอบ ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอทางปาก แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ troponin T 0.03 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร serum creatine kinase 5.18 หน่วยต่อลิตร ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผล ST segment elevated at lead V₁ – V₃ ได้รับยา Plavix 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางสายยางให้อาหาร
3. รับผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม วันที่ 12 สิงหาคม 2554 เวลา 21.30 นาฬิกา ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจทางท่อหลอดลมคอ อัตราการหายใจ 20 – 24 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/72 มิลลิเมตรปรอท
4. ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด clexane 0.6 มิลลิลิตร ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง วันละครั้งจนครบ 5 วัน ประเมินภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก
5. หย่าเครื่องช่วยหายใจ ประเมินอาการของผู้ป่วยหลังถอดท่อหลอดลมคอ ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย
6. ให้คำแนะนำกับญาติเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
7. ดูแลย้ายผู้ป่วยออกไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามีผู้ชาย วันที่ 17 สิงหาคม 2553 และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้วันที่ 24 สิงหาคม 2553

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ HN 10890/51 AN 9952/53 เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลกลางเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2553 เวลา 19.30 นาฬิกา อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหน้าซีด เหงื่อออก เจ็บหน้าอกด้านซ้าย หายใจเหนื่อยหอบ ญาตินำส่งโรงพยาบาลกลาง จากการซักประวัติ ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว และไม่เคยตรวจร่างกาย ปฏิเสธการแพ้ยาหรืออาหาร

แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้าย หายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 34 -35 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/65 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 80 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ใส่ท่อหลอดลมคอทางปาก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผล ST segment elevated at lead V₁ - V₃ (กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณด้านหน้าตายเฉียบพลัน) เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ troponin T 0.03 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (ค่าปกติ 0 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร serum creatine kinase 5.18 หน่วยต่อลิตร (ค่าปกติ 0 - 25 หน่วยต่อลิตร) แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้รับการรักษาโดยการให้ยา Plavix 75 มิลลิกรัม 4 เม็ด aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางสายยางให้อาหาร และรับผู้ป่วยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

แรกรับที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม วันที่ 12 สิงหาคม 2553 เวลา 21.30 นาฬิกา ผู้ป่วยมาโดยรถนอน บีบ Ambubag มา รับผู้ป่วยลงเตียง ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจทางท่อหลอดลมคอ ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดที่ควบคุมด้วยปริมาตร ดูแลท่อหลอดลมคอให้อยู่ในตำแหน่งถูกต้อง ดูแลไม่ให้มีการดึงรั้งท่อหลอดลมคอ ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีอาการหายใจลำบาก อัตราการหายใจ 20 - 24 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/72 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีความกลัว นอนกระสับกระส่าย และยกมือมาจับท่อหลอดลมคอหลายครั้ง อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษา และเหตุผลในการใส่ท่อหลอดลมคอทางปาก ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมากขึ้น ไม่ดึงท่อหลอดลมคอ ดูแลดูแลเสมหะทุกครั้งที่มีเสียงเสมหะ ได้เสมหะสีขาวขุ่น จำนวนเล็กน้อย ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST segment elevated at lead V₁ - V₃ เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำ troponin T 0.11 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร serum creatine kinase 12 หน่วยต่อลิตร แพทย์ให้ยา clexane 0.6 มิลลิลิตร ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังวันละครั้งต่อเนื่องจนครบ 5 วัน โดยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบ นิดยาเข้าใต้ผิวหนังในแนวตั้งฉากกับผิวหนังบริเวณหน้าท้องด้านข้างของลำตัว นิดสลับกันระหว่างด้านซ้ายและขวา aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด ให้ทางสายยางให้อาหารวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้าทันที Plavix 75 มิลลิกรัม 1 เม็ด ให้ทางสายยางให้อาหารวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า

ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์ จัดบรรยากาศให้เงียบสงบ จัดกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่รบกวนผู้ป่วย ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาลดละลายลิ่ม เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ซึ่งไม่พบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจากการได้รับยา ไม่พบรอยจำเลือดบริเวณที่ฉีดยา

วันที่ 14 สิงหาคม 2553 ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ troponin T negative ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก แพทย์พิจารณาหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยประเมินจากความพร้อมของผู้ป่วย คือ อุณหภูมิร่างกาย 36 – 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 - 90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135 / 84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที เสมหะสีขาวขุ่น มีจำนวนเล็กน้อย เริ่มฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเองโดยลดการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ พุดลอบใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย ขณะฝึกหายใจ ประเมินการหายใจ และการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/84 มิลลิเมตรปรอท และสามารถถอดท่อหลอดลมคอได้ในวันที่ 16 สิงหาคม 2553 ให้ออกซิเจนท่อสอดทางจมูก (oxygen canular) อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ ให้คำแนะนำญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วันที่ 17 สิงหาคม 2553 ผู้ป่วยย้ายออกไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ใสเสมหะสีขาวขุ่น กระตุ้นให้อาบน้ำอุ่น ได้รับอาหารทางสายยางเนื่องจากยังรับประทานได้น้อย วันที่ 20 สิงหาคม 2553 ผู้ป่วยรู้สึกตัว เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น เอาสายยางให้อาหารออก ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง ไม่มีอาการสำลัก เสมหะน้อยลง ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการซ้ำ troponin T negative ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผลปกติ (normal sinus rhythm) แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 24 สิงหาคม 2553 ได้รับยากลับบ้าน คือ aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้าทันที isordil 5 มิลลิกรัม รับประทานเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก isordil 10 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 13 วัน และจากการติดตามผู้ป่วยญาติได้พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และไม่พบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการหน้าซีดเหงื่อออก เจ็บหน้าอกด้านซ้าย หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 34 - 35 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/65 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 80 เปอร์เซ็นต์ ใสท่อหลอดลมคอทางปาก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผล ST segment elevated at lead V₁ – V₃ (กล้ามเนื้อ

หัวใจบริเวณด้านหน้าตายเฉียบพลัน) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ troponin T 0.03 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร (ค่าปกติ 0 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร) serum creatine kinase 5.18 หน่วยต่อลิตร (ค่าปกติ 0 – 25 หน่วยต่อลิตร) แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมวันที่ 12 สิงหาคม 2553 ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจทางท่อหลอดลมคอใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดที่ควบคุมด้วยปริมาตร หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 – 22 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำ troponin T 0.11 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร serum creatine kinase 12 หน่วยต่อลิตร ดูแลให้ได้รับยา clexane 0.6 มิลลิลิตร ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังวันละครั้งจนครบ 5 วัน aspirin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด ให้ทางสายยางให้อาหารวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้าทันที Plavix 75 มิลลิกรัม 1 เม็ด ให้ทางสายยางให้อาหารวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจวันที่ 14 สิงหาคม 2553 ขณะฝีกหายใจไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18 – 20 ครั้งต่อนาที เสมหะสีขาวขุ่น จำนวนเล็กน้อย สามารถถอดท่อหลอดลมคอได้ในวันที่ 16 สิงหาคม 2553 ให้ออกซิเจนท่อสอดทางจมูก (oxygen canular) อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที ย้ายออกไปพักฟื้นต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชายวันที่ 17 สิงหาคม 2553 กระตุ้นให้ออxygen เสมหะลดน้อยลง สีขาวขุ่น เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น ถอดสายยางให้อาหารรับประทานอาหารเองได้ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีอาการหอบเหนื่อย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 24 สิงหาคม 2553 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 13 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ของตนเอง และเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลจากการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากไม่เคยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และการสื่อสารกับผู้ป่วยทำได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ใส่ท่อหลอดลมคอทางปาก ทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้โดยการพูด พยาบาลจำเป็นต้องมีเทคนิคในการสื่อสารกับผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอกของผู้ป่วย แยกจากอาการเจ็บคอ หรือไม่สุขสบายจากการใส่ท่อหลอดลมคอ

10. ข้อเสนอแนะ

ในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและใส่ท่อหลอดลมคอ จำเป็นต้องมีการค้นหาแนวทางหรือดัดแปลงเทคนิควิธีการง่าย ๆ เช่น การใช้ภาษามือ หรือจัดทำรูปภาพประกอบการสื่อสาร และพัฒนาสื่อประกอบการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติในเรื่องของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ).....*สุภาวดี กุศลเยี่ยม*.....

(นางสุภาวดี กุศลเยี่ยม)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่).....*๐๕ / ๗.ค. ๒๕๕๕*...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*สมปอง ก่อมหา*..... (ลงชื่อ).....*[Signature]*.....

(นางสาวสมปอง ก่อมหา)

(นายชูวิทย์ ประดิษฐบาทุกา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

โรงพยาบาลกลาง

(วันที่).....*๐๕ / ๗.ค. ๒๕๕๕*...../.....

(วันที่).....*๐๕ / ๗.ค. ๒๕๕๕*...../.....

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในช่วง
ระหว่างวันที่ 12 ส.ค. 2553-24 ส.ค. 2553
คือ นายพิชญ์ นาควัชรระ ปัจจุบันได้รับ
แต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการ
สำนักงานแพทย์

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาววดี กุศลเยี่ยม**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 444) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานการแพทย์
เรื่อง จัดทำแผนปฏิบัติการให้ความรู้กับญาติ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อกลับบ้าน
หลักการและเหตุผล

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิต ที่พบมากที่สุด คือโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง และเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีอาการช็อกร่วมด้วยซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ดังนั้นการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงต้องให้การรักษาโดยเร็วที่สุด เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย

แนวโน้มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงขึ้น จากวิถีชีวิตคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไป คนส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตประจำวันที่เร่งรีบ ต้องเผชิญกับภาวะเครียดจากการทำงาน ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การบริโภคเกินพอดีหรือบริโภคไม่ถูกต้องหลักโภชนาการ คนที่กินดี อยู่ดี มีอาชีพทำงานนั่งโต๊ะ คนในเมืองจึงพบว่าเป็นโรคนี้มากกว่าคนในชนบท และมักพบได้มากขึ้นตามอายุ ส่วนมากจะมีอาการเริ่มแรกเมื่อมีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และพบในผู้ชายมากกว่าในผู้หญิง โดยมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่จัด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และความอ้วน เป็นต้น ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจตามมาได้

จากสถิติของโรงพยาบาลกลาง จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมดที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยปีพ.ศ. 2552 มีจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 43.10 เปอร์เซ็นต์ และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2553 เป็น 73.33 เปอร์เซ็นต์ การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องให้การรักษาโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยงหรือลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ การดูแลรักษาจะประสบความสำเร็จได้ ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลที่ต้องให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

ทางหน่วยงานหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม รับผู้ป่วยกลุ่มโรคอายุรกรรมและกลุ่มโรคหัวใจต่าง ๆ รวมทั้งโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไว้ในความดูแล ซึ่งยังขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจ และมีเอกสารไว้อ่านที่บ้านได้ จึงได้

จัดทำเป็นแผ่นพับให้ความรู้กับญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขึ้นมา ส่วนในรายผู้ป่วยสูงอายุ ญาติหลายคนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้เก็บเอกสารแผ่นพับไว้อ่าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อให้ญาติผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มที่กล่าวไว้ว่าบุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว

วิธีการดำเนินงาน ดังนี้

1. วางแผนจัดทำแผ่นพับให้ความรู้กับญาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงาน
3. ศึกษา ค้นคว้าข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากหนังสือในห้องสมุดโรงพยาบาล สื่อวิชาการ และวารสารทางการแพทย์
4. นำข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการ การรักษา การพยาบาล การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์ สร้างแนวทางการให้คำแนะนำ
5. จัดทำแผ่นพับให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในหัวข้อดังนี้
 - อาการและอาการแสดงของโรค
 - ข้อปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน
 1. รับประทานยาตรงเวลาอย่างต่อเนื่อง
 - ควรนำยา nitroglycerine ติดตัวตลอดเวลา โดยให้อมใต้ลิ้นเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรืออมยาก่อนที่จะออกกำลังกาย
 - เก็บยาไว้ในขวดสีชาที่ปิดฝาแน่น
 - ขณะอมยา ผู้ป่วยควรนั่งหรือนอน เนื่องจากยาทำให้หลอดเลือดขยายตัว อาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ หรือหน้ามืดเป็นลมได้ ถ้าอมยาแล้วไม่หายให้อมยาซ้ำได้อีก 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที และถ้ายังไม่หายควรรีบมาพบแพทย์
 2. งดการสูบบุหรี่
 3. งดการมีเพศสัมพันธ์ 8 สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาล

4. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น คับ เครื่องในสัตว์ กะทิ เป็นต้น ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ ไม่ควรรับประทานอาหารอัมเกิน เพราะจะทำให้เกิดอาการได้ และควรนั่งพักหลังรับประทานอาหารประมาณ 1/2 – 1 ชั่วโมงทุกครั้ง

5. ไม่ควรเบ่งถ่ายอุจจาระ ระวังไม่ให้ท้องผูก โดยรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำ

6. หลีกเลี่ยงการทำงานหนักที่ต้องออกแรงอย่างทันทีทันใด

7. หลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่ควรเผชิญกับสิ่งที่ทำให้ตื่นเต้น ตกใจ เสียใจ

8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ช่วงแรกควรเพิ่มทีละน้อย เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ จักรยาน ว่ายน้ำ ไม่ควรออกกำลังกายหักโหม และการเกร็งกล้ามเนื้อ เช่น ยกน้ำหนัก หรือ ออกแรงดัน

9. ควรมาตรวจตามแพทย์นัด หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก อมยาได้ ถิ่นแล้วไม่ดีขึ้น

6. นำแผ่นพับเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบและปรับปรุงตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

7. สื่อสารให้บุคลากรในหน่วยงานนำแผ่นพับไปใช้ประกอบการให้ความรู้กับญาติ

8. ประเมินความรู้ญาติ โดยจัดทำแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อหลังจากให้ความรู้ และญาติอ่านแผ่นพับแล้ว โดยญาติต้องตอบถูกต้องมากกว่า 8 ข้อ เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของญาติ แล้วนำไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบการให้คำแนะนำต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ญาติมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ญาติมีความรู้เกี่ยวกับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เปอร์เซ็นต์

ลงชื่อ.....ศุภาวดี กุศลเยี่ยม

(นางศุภาวดี กุศลเยี่ยม)

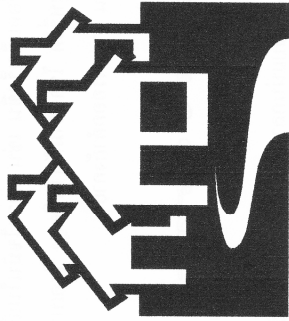
ผู้ขอรับการประเมิน

๖๕ ๗.ก. ๒๕๕๕

9. ควรมาตรวจตามแพทย์นัด หรือเมื่อมีอาการ
ผิดปกติ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก อมยาได้กลิ่นแล้วไม่
ดีขึ้น



โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน



♥ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ♥

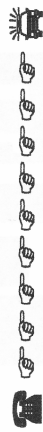
โรงพยาบาลกลาง

www.kianghospital.go.th



โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สาเหตุ >> เกิดจากการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอ มักเป็นผลมาจากผนังหลอดเลือดแข็ง เนื่องจากมีไขมันมาเกาะ และมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้หลอดเลือดแข็งเร็วขึ้น เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่จัด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย



อาการ >> เจ็บแน่นกลางหน้าอก ปวดเหมือนมีอะไรมาค้ำทับ อาจปวดร้าวไปไหล่ แขนซ้าย คอ ขากรรไกร และหลังได้ อาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ใจสั่น เหนื่อยหอบ เหงื่อออก เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน



การรักษา >> ควรรีบไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทันที เพื่อวินิจฉัยโรค และได้รับการรักษาทันที



ข้อปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

1. รับประทานยาตรงเวลาอย่างต่อเนื่อง
 - 1.1 ควรพกยาไป โตรกิลีเซอริน (Nitroglycerine) ติดตัวตลอดเวลา โดยให้อมใต้ลิ้นเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรืออมก่อนที่จะออกแรง
 - 1.2 เก็บยาไว้ในขวดสีชาที่ปิดฝาแน่น
 - 1.3 ขณะอมยา ผู้ป่วยควรนั่งหรือนอน เนื่องจากยาทำให้หลอดเลือดขยายตัว อาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ หรือหน้ามืดเป็นลมได้ ถ้าอมยาแล้วไม่หายให้อมยาซ้ำได้อีก 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที แต่ถ้ายังไม่หายควรรีบมาพบแพทย์
2. งดการสูบบุหรี่

3. งดการมีเพศสัมพันธ์ 8 สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาล
4. เลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เค้กใน กะทิ เป็นต้น ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ ไม่ควรรับประทานอาหารอัมเกิน เพราะจะทำให้เกิดการได้ และควรนั่งพักหลังรับประทานอาหารประมาณ 1/2 – 1 ชั่วโมงทุกครั้ง
5. ไม่ควรเบ่งถ่ายอุจจาระ ระวังไม่ให้ท้องผูก โดยรับประทานผัก ผลไม้ และดื่มน้ำ
6. หลีกเลี่ยงการทำงานหนักที่ต้องออกแรงอย่างทันทีทันใด
7. หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่ควรเผชิญกับสิ่งที่ทำให้ตื่นเต้น ตกใจ เสียใจ
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ช่วงแรกควรเพิ่มทีละน้อย เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ จักรยาน ว่ายน้ำ ไม่ควรออกกำลังกายหักโหม และการเกร็งกล้ามเนื้อ เช่น ยกน้ำหนัก หรือออกกำลังกาย