

## การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกพร้อมกับภาวะหัวใจหยุดเต้น

### Nursing care of patients with acute myocardial infarction with non-elevated ST waves associated with cardiac arrest

ธัญญวรรณ บุญผล พย.บ.

โรงพยาบาลบางมูลนาก

#### บทคัดย่อ

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกพร้อมกับภาวะหัวใจหยุดเต้น ถือเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน มีความซับซ้อนในการวินิจฉัยโรคและการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยจะมาด้วยอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจงอาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้นกะทันหันจนอาจถึงขั้นเสียชีวิต การวินิจฉัยและรักษาจำเป็นต้อง รวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาทันที่ ลดอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือเสียชีวิต พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันที มีการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ให้เข้าสู่ภาวะวิกฤตตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เหมาะสม ปลอดภัย ต้องมีทั้งความรู้ทักษะและความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตได้ทันที่

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 78 รับไว้รักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยอาการ แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก มีเสียงดังครีคราตในลำคอขณะหายใจ ระหว่างนำส่ง 2 นาทีก่อนถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน วินิจฉัยโรค Non ST-elevate Myocardial infarction with post cardiac arrest แรกรับไม่รู้สีกตัว คลำชีพจรไม่ได้ EKG เป็น PEA หลังช่วยฟื้นคืนชีพกลับมา มีสัญญาณชีพ EKG เป็น sinus Tachycardia ใส่เครื่องช่วยหายใจผล Trop-T 51 EKG HR 100/min No ST-elevate ได้รับการรักษาต่อในห้องผู้ป่วยหนักจนกระทั่งสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยอาการทุเลาโดยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 7 วัน

**ผลลัพธ์ :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจหยุดเต้น

**คำสำคัญ :** กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ภาวะหัวใจหยุดเต้น การพยาบาล

#### Abstract

Nursing care of patients with acute non ST elevated myocardial infarction and cardiac arrest, is considered as a crisis and emergency. It is the complicated diagnosis and treatment because some patients present with non-specific chest pain but unconscious or sudden cardiac arrest and dies. Diagnosis and treatment need to be fast, acc rate and save life. EMS nurses are important in triaging emergency patients by immediately assessing life-threatening patients. There is continuous surveillance for patient safety according to international standards.

**Case study:** A 78-year-old Thai male patient came to the hospital with symptoms of chest tightness and difficulty breathing. There was a crackling sound in the throat while breathing, 2 minutes before reaching the hospital he was unconscious, underlying HT and Dm, diagnosis of Non ST-elevate Myocardial infraction with post cardiac arrest, no pulse, EKG is PEA. After he was revived, he regained vital signs and received further care until he was able to breathe on his own, total admission for 7 days.

**Results:** The patient was safe from cardiac arrest.

**Keyword :** Non ST-elevate Myocardial infraction, cardiac arrest, Nursing care

## บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยก (Non-ST elevation myocardial infarction : NSTEMI) เป็นหนึ่งในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome : ACS) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุถึงร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจทั้งหมดและยังพบในกลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยลง ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน<sup>(1)</sup> เป็นสภาวะของหลอดเลือดหัวใจที่เสื่อมสภาพหรือแข็งตัว รุนภายในหลอดเลือดตีบแคบผนังของหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง แล้วเกิดการฉีกขาด หรือปริออกที่ด้านในของผนังหลอดเลือด เกิดเลือดจะเกาะกลุ่มอย่างรวดเร็วบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาดหลัง จากนั้นจะมีการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (thrombus formation) อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าว หากลิ่มเลือดอุดตันบางส่วน ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนโดยยังไม่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย (partial occlusion with significant stenosis) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด Non ST Elevation (NSTEMI) ถ้าลิ่มเลือดเกิดอุดตันโดยสมบูรณ์ (complete occlusion with significant stenosis) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation (STEMI) ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ยก (ST-Elevation Myocardial Infarction: STEMI) ในปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 10 ส่วนผู้ป่วยชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยก (Non ST Segment Elevation Myocardial Infarction : NSTEMI) ยังมีอัตราเสียชีวิต

ที่ 1 ปีสูงถึงร้อยละ 25<sup>(2)</sup> แม้ว่าปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้มีการพัฒนาจนมีประสิทธิภาพมาก แต่ยังคงพบอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงสูง ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงยังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยก จะพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression หรือ T wave inversion และพบผลเอนไซม์หัวใจเป็นบวก (cardiac biomarkers positive)<sup>(3)</sup> มีความซับซ้อนของการวินิจฉัยโรคและการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยจะมารักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจง<sup>(4)</sup> ผู้ป่วยอาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้นกะทันหันจนอาจถึงขั้นเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการกู้ชีพทันที่ที่ประมาณครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล<sup>(5)</sup> ดังนั้นการวินิจฉัยและรักษาจำเป็นต้องรวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาทันที่ที่ลดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หรือเสียชีวิตตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาล และหากรอดชีวิตก็ไม่เกิดทุพพลภาพจากกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียไป กลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ<sup>(6)</sup>

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความสำคัญในการให้บริการด้านหน้าแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง บทบาทหน้าที่ของพยาบาลคือการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตหรือมีภาวะฉุกเฉินวิกฤตที่ต้องรีบทำการรักษาอย่าง



เร่งด่วน ได้รับการดูแลรักษาเป็นลำดับแรก และผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการไม่รุนแรงได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และเป็นไปตามลำดับความเร่งด่วนต่อไป โดยต้องสามารถรับการตรวจรักษาได้อย่างปลอดภัย ซึ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในปัจจุบัน จะจำแนกระดับความฉุกเฉินตามความเร่งด่วนในการเข้ารับการรักษา สาธารณสุขของกระบวนการหลักในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์คัดแยกและมาตรฐานความเจ็บป่วยฉุกเฉินแคนาดา (Canadian Triage and Acuity Scale; CTAS)<sup>(7)</sup> คือ 1) ประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง “critical first look” อย่างรวดเร็วภายในเวลา 3-5 วินาทีโดยสิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่ A: Airway ด้านทางเดินหายใจ B: Breathing ด้านการหายใจ C: Circulation ด้านระบบไหลเวียนเลือด D: Disability (neurological) ด้านระบบประสาท 2) ประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้ 3) ซักถามอาการสำคัญ การเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ประเมินร่างกายเฉพาะที่เกี่ยวข้องและวัดสัญญาณชีพ 4) กำหนดระดับความรุนแรงและติดเครื่องหมาย/สัญลักษณ์ 5 ระดับ ระดับ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ระดับ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ระดับ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ระดับ 4 ผู้ป่วยทั่วไป ระดับ 5 ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น<sup>(8)</sup> 5) จัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามลำดับความรุนแรงที่กำหนดไว้ 6) ดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ 7) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ เพื่อให้ระบบคัดกรองมีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการเกี่ยวข้องกับคน การสื่อสารและทรัพยากรซึ่งรวบรวมข้อมูลจากสิ่งตรวจพบและประวัติที่ได้จากผู้ป่วย มาจัดการตัดสินใจที่ต้องเลือกว่าจำเป็นต้องรักษาพยาบาลผู้ป่วยคนไหนเป็นอันดับแรก ตามแนวทางการจัดลำดับความสำคัญที่ได้กำหนดไว้

โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ของกรณีศึกษาเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับ M2 ขนาด 90 เตียง ดูแลรับส่งต่ออำเภอใกล้เคียงอีก 3 แห่ง จากสถิติแผนกแผนกฉุกเฉินปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าอันดับ 1 ใน 10 โรคที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการ

รักษาและการดูแลอย่างมาก อีกทั้งมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงเฉียบพลัน และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ซึ่งเป็นประเด็นท้าทายในการดูแลให้การพยาบาลทั้งในระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งระยะวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงต้องปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ความสามารถ และตัดสินใจอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วน ให้เกิดความปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยและการบริการอย่างมีคุณภาพ

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหา วิเคราะห์ วินิจฉัย วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผลผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก ร่วมกับภาวะหัวใจหยุดเต้น

### วิธีการดำเนินการ

1. คัดเลือกกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการ ขั้นตอนการศึกษาชี้แจงแนวทางการปกป้องข้อมูลแก่ผู้ป่วยในประเด็น การไม่ระบุชื่อผู้ป่วย สิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการรักษาการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมใช้ประโยชน์เพื่อกรณีศึกษาเท่านั้น
2. ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง
3. ศึกษาผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกร่วมกับภาวะหัวใจหยุดเต้นโดยใช้ แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล ความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาช่วยในการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจทางคลินิกในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ
4. สรุปและอภิปรายผล

## ผลการดำเนินการ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 78 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพทำนา การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สิทธิการรักษาพยาบาลใช้สิทธิผู้สูงอายุ รับไว้รักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเมื่อ 15 มิถุนายน 2566 เวลา 19.26 น. ด้วยอาการ 3 วันก่อนจุกแน่นท้อง ไม่มีไข้ ขับถ่ายปกติ รับประทานอาหารได้ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก มีเสียงดังครืดคราดในลำคอ ขณะหายใจ ระหว่างนำส่ง 2 นาที ก่อนถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวประวัติการเจ็บป่วยในอดีตความดันโลหิตสูงเบาหวาน รับประทานยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 15-22 มิถุนายน 2566 จำหน่ายโดยส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อทำการฉีดสีสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography: CAG วินิจฉัยโรค Non ST-elevate Myocardial infraction with post cardiac arrest

อาการแรกแรกที่ห้องฉุกเฉินวันที่ 15 มิถุนายน 2566 เวลา 19.26 น. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่ลืมตาไม่ทำตามสั่ง คลำชีพจรไม่ได้หายใจเฮือกอ้าปากพะงาบ (Agonal breathing) วาง paddle monitor EKG เป็น Pulseless Electrical Activity (PEA) ตัวเย็น รายงานแพทย์ เริ่มกดหน้าอกผู้ป่วยให้ O<sub>2</sub> บีบ ambu bag. suction clear air way ได้เป็นเสมหะปนน้ำสีชมพู ดูแลใส่ท่อช่วยหายใจ ET-tube no. 7.5 depth 22 cm หลังกดหน้าอกผู้ป่วย 2 นาที คลำชีพจรได้ monitor EKG เป็น sinus Tachycardia, HR 128/min ผู้ป่วยเริ่มต้น ดิ้นไปมา DTX 194 mg% ทำ EKG 12 lead HR 126/min ST-depress II,III,aVF,V5,V6 ดูแลใส่สาย foley cath ปัสสาวะใสดี ออกคาสายผล Trop-T 51, EKG HR 100 /min No ST-elevate ดูแลนำส่งที่ ICU

แรกรับที่ ICU เวลา 20.50 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัว Agitate มาก ดิ้น มีหายใจเหนื่อย ฟัง Lung crepitation Both Lung motor power gr.V on Ventilator setting PCV mode IP 18, PEEP 5, FiO<sub>2</sub> 0.4, RR18, Flow tiger 2 Keep O<sub>2</sub> sat ≥ 94 % ต่อมา เวลา 21.10 น. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวปลุกไม่ตื่น คลำชีพจรไม่ได้ monitor EKG show HR เป็น PEA เริ่มกดหน้าอกผู้ป่วยดูแลให้ adrenaline 1 mg IV. q 3 min ได้ไป 2 amp ดูแลให้ 7.5% NaHCO<sub>3</sub> 100 ml

slowly push CPR 3 cycle มีการกลับคืนของระบบไหลเวียนโลหิต (return of spontaneous circulation: ROSC) เวลา 21.16 น. ผู้ป่วยเริ่มต้น E4VtM6 ทำ EKG 12 lead ST-depress II,III,aVF,V5,V6 วัดความดันโลหิตต่ำ รายงานแพทย์ให้ Levophed 8 mg + D5W 250 ml drip rate max 30 ml/hr., ดูแลให้ adrenaline 10 amp + Nss 100 ml vein drip rate 10 ml/hr. ปรึกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลพิจิตร ให้ รักษาเป็น CHF ร่วมกับ NSTEMI แพทย์ Order ให้ Enoxo 0.6 ml SC q 12 \* 5 day, ASA(300) 1 tab , Plavix(75) 1 tab NG feed, รายงานผลเลือด Trop-T 51

เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 วันที่ 16 มิ.ย. 66 ผู้ป่วยเริ่มปรับลดยากระตุ้นความดันลงและหยุดให้ เนื่องจากความดันโลหิตปกติ อาการทั่วไปดีขึ้น หายใจได้ดีขึ้นสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ Ventilator IP 18, PEEP 5, FiO<sub>2</sub> 0.4, RR16, Flow tiger 2 intake 575 ml out put 490 ml ยังฉีดยา Enoxo 0.6 ml SC q 12 hr. 5 day, ผล DTX 422 mg% ได้ RI 10 unit Sc หลัง 1 ชม. DTX 329 mg%

เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 วันที่ 18 มิ.ย. 66 เตรียมถอดเครื่องช่วยหายใจ แพทย์ order ให้ NPO stat , ให้ ฉีดยา Dexta 4 mg ก่อน Off tube 30 นาที , ให้พ่นยา Adrenaline 1 amp + NSS 3 ml NB ก่อน Off Tube 30 นาที, On HFNC flow 60 FiO<sub>2</sub> 0.6 , พ่น Berodual 1 NB q 6 hr. c suction หลัง Off tube ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ RR 18-22 ครั้ง/นาที ไม่มี retraction นอนพักได้

เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 3 วันที่ 20 มิ.ย. 66 ย้ายไปพักที่ตึกผู้ป่วยชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีกระสับกระส่าย ไม่มีเหนื่อยหอบ ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีแน่นหน้าอก ติดต่อประสาน Cardiac center ที่ รพ.สปร นัดทำหัตถการฉีดสีสวนหัวใจ (CAG) ได้คิววันที่ 22 มิ.ย. 66 ประสานศูนย์ส่งต่อแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการส่งตัวไปทำ CAG ญาติและผู้ป่วยรับทราบ

22 มิ.ย. 66 เวลา 9.30 น. ติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่ตึกชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีเหนื่อยหอบ ไม่มีแน่นหน้าอก พุดคุยได้ปกติ เตรียมความพร้อมส่งตัวไป โรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อทำ CAG ดูแลให้ NSS 1000 ml vein KVO แขนซ้าย , Prep skin ที่ขาหนีบ perineum

จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยการเก็บข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การจัดระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตอบสนองต่อความต้องการและจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีตามศักยภาพของบุคคล/ครอบครัว ได้รับการประเมินและ ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแลมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมประเมินและวางแผนให้การพยาบาลกับทีมการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ไม่ลืมตา ไม่ทำตามสั่ง คลำชีพจรไม่ได้ หายใจเฮือกอ้าปากพะงาบ (Agonal breathing)
2. monitor EKG Pulseless electrical activity (PEA)

#### วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพสำเร็จ โดยมีการกลับมา มีสัญญาณชีพ (Return of spontaneous circulation: ROSC)

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยกลับมามีสัญญาณชีพ ได้แก่ มีการหายใจที่ไม่ใช่การหายใจเฮือก คลำชีพจรได้หรือวัดความดันโลหิตได้ (systolic blood pressure : SBP) ไม่ต่ำกว่า 60-70 mmHg อย่างน้อย 15-20 นาที

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและยืนยันภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างรวดเร็วภายใน 3-5 วินาที ได้แก่ ทางเดินหายใจ การหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาท ซึ่งเป็นสัญญาณเตือน (Early Warning Score) ได้แก่ อัตราการหายใจ, อัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร, ความดันโลหิตตัวบน อุณหภูมิร่างกายและระดับความรู้สึกตัว<sup>(9)</sup>

#### 2. การทำการช่วยชีวิต (High-Quality CPR)

2.1 การกดหน้าอกให้ลึก 5-6 เซนติเมตร ด้วยอัตราเร็ว 100-120 ครั้ง/นาทีโดยตำแหน่งการวางมือสองข้างประสานกันในตำแหน่งที่กึ่งกลางทรวงอกหรือครึ่งล่างของกระดูกทรวงอกระหว่างการกดแต่ละครั้ง ปลอยหน้าอกกลับคืนสู่ตำแหน่งเดิมหยุดกดหน้าอกหรือขัดจังหวะให้น้อยที่สุด (ห้ามหยุดกดนานเกิน 1 วินาที) กดหน้าอก 30 ครั้ง แล้วตามด้วย self-inflating bag (ambu bag) 2 ครั้ง (30:2) ซึ่งทำการเปิดทางเดินหายใจโดยการเซียงคางดันหน้าผาก<sup>(10,11)</sup>

2.2 สลับผู้ที่ทำการกดหน้าอกทุก 2 นาที เมื่อครบ 2 นาที ระหว่างที่สลับผู้กดหน้าอก ให้ทำการประเมินชีพจรและสภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจพร้อมๆกัน

2.3 on ET.tube No.7.5 depth 22 หลังใส่ท่อช่วยหายใจเปลี่ยนอัตราส่วนการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจจาก 30:2 เป็นการกดหน้าอกต่อเนื่องด้วยอัตราเร็ว 100 ครั้ง/นาทีเป็นเวลา 2 นาที และช่วยหายใจในอัตรา 8-10 ครั้ง/นาที

2.4 เปิดหลอดเลือดดำสำหรับให้ยาสารน้ำ และเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.5 ติดเครื่อง Monitor NIBP เพื่อติดตามสัญญาณชีพ

3. ประเมิน ติดตามระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ค่าความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure : MAP) O<sub>2</sub> sat หลังจากผู้ป่วยกลับมามีสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ทุก 5-10 นาที

4. เมื่อให้การฟื้นคืนชีพสำเร็จ ประเมินสภาวะทางกายภาพ การพูด อารมณ์ ความจำ ระบบประสาท หัวใจและปอด เพื่อวางแผนให้การฟื้นฟูอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

5. ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับอาการ การพยากรณ์โรค พร้อมประเมินการรับรู้ อารมณ์ พร้อมให้การช่วยเหลือ และส่งต่อข้อมูลญาติให้แก่พยาบาลหอผู้ป่วยที่ย้ายไป

#### การประเมินผล

หลังกดหน้าอกผู้ป่วยไป 2 นาที คลำชีพจรได้ monitor EKG เป็น sinus Tachycardia, HR 128/min ผู้ป่วยเริ่มตื่น ดิ้นไปมา BP 180/100 mmHg. O<sub>2</sub> sat 98% by force ambu bag

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นซ้ำเนื่องจากหัวใจ ไม่สามารถ ส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้เพียงพอ

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. EKG 12 lead HR 126/min ST-depress II, III,aVF,V5,V6
2. Troponin T=51 mg/dl ( ค่าปกติ < 14 mg/dl)

#### วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ปลอดภัยจากภาวะหัวใจหยุดเต้นซ้ำ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังติดตามประสิทธิภาพการทำงานของ หัวใจและปอด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ EKG monitoring อาการเหนื่อยแตก ตัวเย็น ชีตเขียว อาการเจ็บแน่นอก
2. ดูแลให้ได้รับยา ASA (300 mg.) 1 tab oral stat, Plavix (75) 1 tab oral stat, Atorvastatin (40) 1 tab oral stat, Enoxaparin 0.6 mg SC q 12 hr. พร้อมเฝ้าระวัง ผลข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ
3. record intake - output หากน้อยกว่า 0.5ml/kg/hr. รายงานแพทย์
4. เตรียมยาและอุปกรณ์ต่างๆที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ได้อย่างทันท่วงที
5. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการรักษาที่ได้รับให้ทีม การพยาบาลหอผู้ป่วยหนักและนำส่งผู้ป่วย

#### การประเมินผล

ระหว่างรับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ อุจจาระและ ระหว่างนำส่งหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดีหายใจสัมพันธ์กับการบีบ ambu bag ไม่มีกระสับกระส่าย ทูเลาเหนียว urine ออก 15 ml monitor EKG HR 100 /min BP 100/60 mmHg., E4VtM6,O<sub>2</sub> sat 98% by force ambu bag

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจาก แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหลังภาวะหัวใจหยุดเต้น (post arrest)
2. ผล CXR มี infiltration ผล CBC Hb10.7 g/dl Hct 31 %
3. on ET.tube No.7.5 depth 22 PCV modelP 16 , RR 18 , PEEP 5 , FT 2 ,FiO<sub>2</sub> 0.4

#### วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

เพื่อให้เนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ ตามความต้องการของร่างกาย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี
2. SBP 90-140 mmHg , DBP 60-90 mmHg RR 16-20 ครั้ง/นาที
3. ไม่มี cyanosis, O<sub>2</sub> sat ≥ 94%
4. Capillary refill time < 2 sec
5. ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5-1 ml/kg./hr.

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. การดูแลระบบทางเดินหายใจ
  - 1.1 ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม อยู่กับที่ ไม่หัก พับ งอ สังเกตตำแหน่งทุกครั้งที่มีการจัดท่าหรือขยับศีรษะผู้ป่วย โดยตรวจเทียบตำแหน่งปลายท่อหายใจจาก film CXR ตำแหน่งที่เหมาะสม คือ กึ่งกลางระหว่าง cricoid cartilage กับ carina หรือประมาณ 2-6 ซม. เหนือ carina หรือระหว่างกระดูกไหปลาร้า 2 ซ้ำง
  - 1.2 ตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ PCV modelP 16, RR 18 , PEEP 5 , FT 2 , FiO<sub>2</sub> 0.4 ตามแผนการ



## รักษาของแพทย์

1.3 ตรวจร่างกายทั่วไป อาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ลักษณะการหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ

1.4 การป้องกันการดิ่งท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบเช็คว่ามีกรยึดท่อที่แน่น ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมาก อนุบายมากอาจพยายามดึงท่อหายใจออก ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญและจำเป็นของการมีท่อช่วยหายใจ และพิจารณาผูกยึดตรึงผู้ป่วย

1.5 ดูแลให้ยาต้านจุลชีพ Cef-3 2 gm IV. OD, Clindamycin 600 mg. IV. q 8 hr. ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา

1.6 ดูแลให้ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 1 NB prn. q 4-6 hrตามแผนการรักษา

2. การป้องกันการติดเชื้อ<sup>(12)</sup>

2.1 Wean : ประเมินการหายใจและวางแผนลดการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับแพทย์

2.2 Hand hygiene : ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ เช่น ดูดเสมหะ ปลดข้อต่อเครื่องช่วยหายใจ

2.3 Aspiration Precautions : ยกศีรษะสูง (head of bed) 30-45 องศา วัด cuff pressure (20-30 cm H<sub>2</sub>O) เวนละ 1 ครั้ง

2.4 Prevent Contamination : เปลี่ยน circuit ทุก 7 วัน และการเทน้ำในสาย circuit ทุก 8 ชม.

2.5 Oral Care : ทำความสะอาดช่องปาก แปรงฟันผู้ป่วย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และเคลือบช่องปาก และฟันผู้ป่วยด้วย 0.12 % CHG mouthwash (กรณีไม่มีข้อห้าม) ทุก 12 ชม.

3. ประเมินความพร้อมของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ<sup>(13)</sup> ได้แก่

3.1 ระดับความรู้สึก: มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่ายหรือไม่

**เกณฑ์ที่ยอมรับได้ :** ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี

3.2 อัตราการหายใจ :  $\geq 35$  ครั้ง/นาทีต่อเนื่อง นานอย่างน้อย 5 นาทีขึ้นไปหรือไม่

**เกณฑ์ที่ยอมรับได้ :** RR  $\leq 35$  ครั้ง/นาที

3.3 O<sub>2</sub>Sat :  $< 88$  % ต่อเนื่องนานอย่างน้อย

5 นาทีขึ้นไปหรือไม่

**เกณฑ์ที่ยอมรับได้ :** O<sub>2</sub> Sat  $\geq 90$  %

3.4 ระบบไหลเวียนเลือด : มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือไม่มีอาการและอาการแสดงอย่างน้อย 2 ประการคั่งต่อไปนี้ เช่น ซีพจรเพิ่มขึ้นจากเดิม  $\geq 20$  ครั้ง/นาที หรือซีพจร  $< 55$  ครั้ง/นาที

**เกณฑ์ที่ยอมรับได้ :** ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซีพจร  $\leq 55$  ครั้ง/นาที หรือ  $\geq 140$  ครั้ง/นาที

3.5 การทำงานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ: มีการใช้กล้ามเนื้ออื่น (Accessory muscle) ช่วยหายใจ หายใจไม่สัมพันธ์กับการหายใจปกติ (Paradoxical breathing)

**เกณฑ์ที่ยอมรับได้ :** ไม่มีการใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยหายใจ

## การประเมินผล

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี หลังนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยได้ 3 วัน แพทย์มีแผนรักษาเป็น on HFNC Flow 60 FiO<sub>2</sub> 0.6 ได้ 1 วัน ปรับเป็น On O<sub>2</sub> cannula 3 LPM Keep O<sub>2</sub> Sat  $\geq 94$  % และย้ายออกจากห้องผู้ป่วยหนักไปสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด

## ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยา ASA (300 mg) 1 เม็ด เคี้ยวก่อนกลืน, Plavix (75) 1 tab oral ,Enoxaparin 0.6 mg SC q 12 hr.

2. ผลการตรวจ INR 1.20

## วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลข้างเคียงยาละลายลิ่มเลือด

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงที่เลวลง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต  $\geq 90/60$  mmHg. P60 -100 ครั้ง/นาที RR16-22 ครั้ง/นาที)

2. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่น เลือดออกง่าย ความดันโลหิตลดลง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. เพื่าระวังติดตามภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายทุกระบบ ได้แก่

1.1 ระบบขับถ่าย ปัสสาวะเป็นสีแดงหรือสีค้ก ถ่ายอุจจาระมีสีดำคล้ำ มีเลือดปน

1.2 ระบบผิวหนัง มีจุดเลือดออกตามผิวหนังตามไรฟัน

1.3 ระบบประสาท ระดับความรู้สึกตัวเลวลง ปฏิกริยาของรูม่านตาต่อแสงเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะตาพร่ามัว

1.4 ระบบทางเดินอาหาร อาเจียนมีเลือดปนเลือดออกตามไรฟัน

1.5 ระบบทางเดินหายใจ มีเลือดกำเดาไหล

2. Bleeding precaution งดฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ และให้น้ำยาบ้วนปากแทนการแปรงฟัน ระมัดระวังการเกิดบาดแผลหรืออุบัติเหตุต่างๆ

3. ส่งตรวจและติดตามผล CBC, Hct และ Coagulogram ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อประเมินภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

### การประเมินผล

ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5

ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลการตรวจ blood Electrolyte เมื่อ 17 มิถุนายน Sodium (Na) 129 mmol/L, Potassium(K) 6.13 mmol/L

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ระดับ Na 136-145 mmol/L, K 3.5-5.1 mmol/L Potassium ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5-5.1 mEq/L

3. ไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรงกว่าเดิม ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

### การพยาบาล

1. สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการอ่อนเพลียใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด

2. ดูแลให้ได้รับ Kalimate 30 gm. ใส่น้ำ 50 ml. oral 1 dose และ NSS 1000 ml. IV. 40 ml/hr.

3. ประเมินความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG Monitor

4. ติดตามผล Electrolyte หลังได้ยาครบ รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

5. ประเมินภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือดได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน กล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรง

6. ประเมินความสมดุลของ Fluid intake-output ทุก 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำ โดยเปรียบเทียบปริมาณสารน้ำที่ให้กับปริมาณปัสสาวะที่ออก

7. ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยางหลังจาก NPO เป็น BD (1:1) 200 ml 4 มื้อ+น้ำ 50ml และปรับเพิ่มเป็น 300 ml 4 มื้อ+น้ำ 30ml

### การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP อยู่ระหว่าง 110-145/64-82 mmHg. T 36.5 - 37.5°C P 90-100 ครั้ง/นาที, R 18-22 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub>sat 98-100%

2. ระดับ Na 138 mmol/L, K 4.02 mmol/L ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขน-ขาอ่อนแรง

4. Intake < Output

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล DTX แรกรับที่แผนกฉุกเฉิน 192 mg% และในหอผู้ป่วยหนักเมื่อ 16 มิ.ย. 66 422 mg%

2. ประวัติเป็นโรคเบาหวาน รับประทานยาที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจุบันผลเลือดปกติจึงหยุดยา



### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผล DTX premeal 80-200 mg% ตามเป้าหมายของแพทย์
2. ปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาอินซูลิน

### กิจกรรมการพยาบาล<sup>(14)</sup>

1. เจาะเลือดตรวจ DTXpremeal และก่อนนอน และตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือด
2. ฉีด Mixtard ตามแผนการรักษาของแพทย์ และ RI ตาม DTX scale เมื่อ DTX 201-250 mg% ให้ RI 4 unit sc, 251-300 mg% ให้ RI 6unit sc. 301-350 mg% ให้ RI 8 unit sc. และ 301-350 mg% ให้ RI 10 unit sc
3. ฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาอินซูลิน ได้แก่ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก คลื่นไส้ ซา ตัวเย็น มึนงง การตอบสนอง ซ้ำลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง สับสน ซึม หหมดสติ
4. ประเมินอาการและอาการแสดงจากภาวะน้ำตาลสูง ได้แก่ กระหายน้ำ ตาลึก หายใจลึก ซึมลง กระสับกระส่าย
5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ UA, Blood sugar

### การประเมินผล

หลัง ได้ RI 10 unit sc 1 dose ผล DTX premeal อยู่ในเกณฑ์ 80 - 200 mg% ตามเป้าหมายของแพทย์

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

วิตกกังวลและกลัวเนื่องจากอยู่ในภาวะรุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษา และหัตถการการรักษา

### ข้อมูลสนับสนุน

1. จากการซักถามของญาติเกี่ยวกับอาการ การรักษาของโรคที่เป็น และสิ่งที่จะใส่ท่อช่วยหายใจ
2. ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยและญาติ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยท่าที่เป็นมิตร อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ
2. ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดในระบะที่มีอาการเปลี่ยนแปลงมากและอาการรุนแรง
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้ผู้ป่วยมีเวลาได้พักผ่อน
4. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนทำหัตถการ และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการทำหัตถการต่างๆ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดถึงความวิตกกังวลและความกลัวเพื่อรับรู้ความต้องการ
6. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรคแผนการดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคตามความเหมาะสมกับการยอมรับและความพร้อมในการรับฟังของผู้ป่วยและญาติ
7. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษา และร่วมในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเกิดคุณค่าเป็นที่ต้องการของญาติและครอบครัว
8. เปิดโอกาสให้ญาติได้สอบถามปัญหาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่ายด้วยวาจาที่นุ่มนวลและท่าที่เป็นกันเองเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและศรัทธา

### การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและผู้ป่วยมีภาวะความเจ็บป่วยดีขึ้น เตรียมความพร้อมในการเดินทางไปหา CAG ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

ผู้ป่วยอาจเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรืออาการทรุดลงระหว่างนำส่ง

### ข้อมูลสนับสนุน

แพทย์ refer ไปรักษาต่อโรงพยาบาลศูนย์ในเครือข่าย ใช้ระยะเวลาในการเดินทาง 60 นาที

### เป้าหมาย

ผู้ป่วยมีปลอดภัยระหว่างนำส่ง

### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างนำส่ง

### กิจกรรมการพยาบาล<sup>(15)</sup>

#### 1. การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ

1.1 ประเมินอาการผู้ป่วยพร้อมที่จะส่งต่อและหารือกับแพทย์ถึงความต้องการดูแลในขณะที่ส่งต่อและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

1.2 ดูแลการได้รับ NSS 1000 ml. IV. KVO, การเตรียมผิวหนังที่ขาหนีบและ perineum ตามแผนการรักษา

1.3 ระบุตัวผู้ป่วย โดยสอบถามชื่อ-สกุลให้ตรง ใบบันทึกการส่งต่อและผลการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น ผล Lab , X-Ray, EKG

1.4 ตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถพยาบาล อุปกรณ์และเวชภัณฑ์

1.5 ประสานข้อมูลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลที่รับก่อนส่งต่อ ได้แก่ ชื่อผู้ป่วย อายุ การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ สาเหตุที่ส่งต่อ และสิ่งที่จะต้องเตรียมสำหรับผู้ป่วย

#### 2. การดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่ง

2.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเจ็บแน่นหน้าอกและตรวจวัด BP, P, R, O<sub>2</sub>sat ทุก 10-15 นาที

2.2 หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤตให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นและประสานและนำส่งศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่ใกล้ที่สุด

2.3 หยดรถพยาบาลทุกครั้งที่ต้องทำหัตถการ

2.4 สรุปปัญหาการให้การรักษายาพยาบาลและบันทึกข้อมูลการส่งต่อระหว่างนำส่ง

#### 3. การส่งมอบผู้ป่วย

3.1 ส่งต่อข้อมูลชื่อ เพศ อายุ ประวัติ/การวินิจฉัยโรค สาเหตุที่ส่งต่อ ผลการตรวจพิเศษและอาการระหว่างส่งต่อแก่โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย

### การประเมินผล

ระหว่างส่งต่อ ผู้ป่วยมีอาการคงที่ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

### บทวิจารณ์

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยกร่วมกับภาวะหัวใจหยุดเต้นให้รอดชีวิตโดยที่ผู้ป่วยมีการกลับมาของการไหลเวียนของโลหิตได้เอง ขึ้นกับการมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพการคัดแยก (triage) มีความจำเป็นที่จะช่วยจัดลำดับในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามความเร่งด่วนของอาการผู้ป่วย ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เหมาะสม ปลอดภัย ตลอดจนมีการติดตาม ประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความสามารถและความพร้อมของบุคลากร ถ้าสามารถทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เร็วเท่าไรก็จะทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้นเท่านั้นทำให้อัตราการตายลดลงและพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้ป่วยพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ให้การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานผู้ป่วยมีความปลอดภัยและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

### บทสรุป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยกร่วมกับภาวะหัวใจหยุดเต้นต้องประเมินปัญหาและให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงที ต้องใช้ทักษะความรู้ความชำนาญ ในการพยาบาลตั้งแต่การคัดกรอง การซักประวัติ การประเมินอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างรวดเร็ว การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วทันเวลา การบรรเทาอาการ เจ็บหน้าอก การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังติดตามเพื่อป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การช่วยเหลือในภาวะวิกฤตได้ทันที เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลภาวะทางจิตสังคมให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลมีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมในการส่งต่ออุปกรณ์เครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมในการส่งต่อ

### เอกสารอ้างอิง

1. สุวาริ นิระโส. ปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. พยาบาลสาร 2560;44(4):61-69.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์; 2563.
3. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS, et al. ACC/AHA guideline update the management of patients with unstable angina and no ST-segment elevation myocardial infarction. Journal of the American College of Cardiology 2002; 40(7):1366-74
4. Zaman MJ, Stirling S, Shepstone L, Ryding A, Flather M, Bacnmann M, et al. The association between older age and recipe of care and outcomes in patients with acute coronary syndromed: A cohort study of the Myocardial Ischemia National Audit Project (MINAP). European Heart Journal 2014;35:1551-8.
5. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด;2557.

6. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563. สมุทรปราการ:ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์;2563.
7. Alquraini M, Awad E, Hijazi R. Reliability of Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in Saudi Arabia. Int J Emerg Med 2015;8(1):80.
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). คู่มือแนวปฏิบัติปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.);2558.
9. Johnson S, Nileswar A. Effectiveness of modified early warning score (MEWS) in the outcome of in-hospital adult cardiac arrests in a tertiary hospital [Internet]. 2015 [cited 20 ส.ค. 2566] Available from: <http://dx.doi.org/10.4172/2161-105X.1000285>
10. วิสุทธิ์ เกตุแก้ว และจรรยา สันตติอนันต์. Adult Cardiac Arrest Algorithm การดูแลผู้ป่วยหัวใจ หยุดเต้น. ใน จรรยา สันตติอนันต์ รัชณี แซ่ลี และวิสุทธิ์ เกตุแก้ว (บรรณาธิการ). คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ปี ค.ศ. 2020 ACLS Provider Manual. กรุงเทพมหานคร: ปัญญามิตรการพิมพ์;2563.
11. American Heart Association. Highlights of the 2020 American Heart Association guidelines update for CPR and ECC. Dallas; 2020.
12. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. VAP Bundle WHAPO [อินเทอร์เน็ต] 2565

- [เข้าถึงเมื่อเมื่อ 8 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:  
<https://www.rama.mahidol.ac.th/ic/th/article/bundle/24aug2023-1107-th>
13. วรทยา กุณิธิชัย. การหย่าเครื่องช่วยหายใจ: บทบาทพยาบาลสำหรับการเตรียมความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤต. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2566;29(2): 145-58.
  14. ประทุม สร้อยวงค์. การพยาบาลอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: เอ็นพีทีปริ้นติ้ง; 2564.
  15. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย 2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/30280>