

การพยาบาลโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กั๊พวรรณ แสกล้าปัง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลเทพารักษ์

บทคัดย่อ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของประชาชนไทย จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2553 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง 7.2 ล้านคน ในปี พ.ศ.2548-2552 จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบคนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดประมาณ 450 คนต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทยจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าที่อื่นประมาณ 4-6 เท่า มักพบในผู้ชายอายุ 40 ปีขึ้นไป และหญิงอายุ 55 ปีขึ้นไป โดยผู้ชายมีความเสี่ยงมากกว่าผู้หญิง 3-5 เท่า และปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุด คือ การสูบบุหรี่ ผู้ชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคนี้สูงกว่าผู้ชายที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 70 และผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมดมีโอกาสเกิด Heart attack สูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า และยิ่งพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราการเสียชีวิตอย่างกะทันหันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า

โรงพยาบาลเทพารักษ์ เปิดให้บริการ พ.ศ.2556 เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง จากการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ.2559 - 2561 กลุ่มโรค High Risk พบผู้ป่วย Acute MI จำนวน 2, 10 และ 9 คน ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีโรคประจำตัว โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100, 60 และ 22.22 ตามลำดับ เพศชายร้อยละ 61.90 สูบบุหรี่หรือมีประวัติเคยสูบบุหรี่ อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 92.31 ร้อยละ 100 เพศหญิง ร้อยละ 38.10 อายุมากกว่า 55 ปี ร้อยละ 100 (ข้อมูลหน่วยงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเทพารักษ์, 2559-2561) โรงพยาบาลเทพารักษ์ ได้ให้ความสำคัญด้านการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและถูกต้องจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในทีมสุขภาพที่ต้องดูแลเฝ้าระวังอาการและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพทั้งในระยะฉุกเฉิน ระยะวิกฤต และระยะฟื้นฟู โดยอาศัยความรู้ความชำนาญในการซักประวัติและการประเมินสภาพผู้ป่วย รวมทั้งทักษะในการช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครอบคลุมสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด การศึกษาผู้ป่วยเฉพาะกรณีเป็นอีกวิธีการหนึ่งในการที่จะพัฒนาความรู้ ความสามารถ และนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายอื่น ๆ ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

บทนำ

กลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพการเกิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อมแข็ง (Development of atherosclerosis) ที่มีขั้นตอนต่อเนื่องแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 Fatty streak ลักษณะคราบไขมันสีเหลืองที่ประกอบด้วย macrophage และ smooth muscle cells ก่อตัวสะสมพอกในผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง (intima)

ระยะที่ 2 Fibrous plaque หรือ Mature plaque เป็นขั้นตอนการก่อตัวของคราบไขมันที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระยะนี้จะมี extracellular lipid core แทรกใน smooth muscle cell, macrophage และ form cell พอกทับ fatty streak กลายเป็น plaque ที่มีลักษณะเป็นปื้นไขมันสีเหลืองเทา

ระยะที่ 3 Ruptured plaque หรือ complicated plaque คือ plaque ที่มีมีการฉีกขาดหรือปริแตกกระตุ้นเกล็ดเลือด glycoprotein IIb/IIIa receptor (GP IIb/IIIa) ไปจับกับ fibrinogen ซึ่งจะทำให้เกิดการเกาะกลุ่มเป็นร่างใยของเกล็ดเลือด และกลายเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี นำไปสู่อาการของกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ UA, NSTEMI และ STEMI โดยระดับความรุนแรงขึ้นกับชนิดของลิ่มเลือดที่อุดตันเป็นสาเหตุของอาการเจ็บหน้าอก หรือในกรณีเกิดลิ่มเลือดอุดตันสมบูรณ์จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาจนำไปสู่การเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย ภาวะช็อกได้

กลไกการเกิดคราบไขมันปริแตก (plaque rupture) ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากการเพิ่มความดันโลหิตและการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีที่แข็งและตีบแคบอยู่แล้วร่วมกับมี thrombus และเกิดภาวะ hypercoagulability โดยมีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การเสื่อมแข็งของผนังหลอดเลือดแดงจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน
2. ลักษณะชนิดของ plaque ที่ง่ายต่อการปริแตก คือ vulnerable plaques
 - การหดตัวของหลอดเลือดแดงอย่างรวดเร็วและรุนแรง
 - แรงดึงต่อ plaques โดยตรง คือ การเพิ่มแรงในการไหลเวียนของเลือด
 - การระคายเคืองจากสารเคมีในบุหรี่
 - การอักเสบจากการติดเชื้อ

อาการและอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome)

1. อาการเจ็บหน้าอกที่สัมพันธ์กับอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. ใจสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืดเป็นลมหมดสติ และเสียชีวิต (Sudden cardiac death)
3. หัวใจล้มเหลว นำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน (Acute pulmonary edema)

การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. ประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ ได้แก่ ประวัติความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ประวัติเจ็บหน้าอก ที่ผ่านมาอาการเจ็บหน้าอกครั้งนี้แตกต่างจากเดิมอย่างไรบ้าง
2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แนวทางการรักษากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จุดมุ่งหมายของการรักษากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ทำให้อาการเจ็บแน่นหน้าอกดีขึ้น ป้องกันการเกิด Acute myocardial infarction และป้องกันการเกิด sudden cardiac death โดยทั่วไป แนวทางการรักษามี 3 แนวทาง ดังนี้

1. การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft (CABG))
2. การรักษาโดยใช้บอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention (PCI))
3. การรักษาด้วยยา (Pharmacologic therapy)

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี ไม่มีโรคประจำตัว สูบบุหรี่วันละ 5 - 10 มวน นาน 50 ปี 3 วันก่อนมา 1 ชั่วโมงก่อนมีอาการแบบร้อนกลางอก เริ่มแน่นหน้าอกนาน 20 นาที ไม่มีร้าวไปที่ใด ไม่มีเหงื่อออก ไม่มีใจสั่น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แรกรับรู้สีกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ไม่สับสน ไม่มีร้าวไปที่ใด ไม่มีเหงื่อออก ตัวยืน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 °C ชีพจร 62/min หายใจ 20/min ความดันโลหิต 114/60 mmHg ระดับออกซิเจน sat room air 95 % EKG ครั้งที่ 1 ผล inverted T V5-V6 รายงานแพทย์และให้การพยาบาล On oxygen canula 5 lit/min -> O2 sat 98% ให้ยา ASA gr V 1 tab oral stat, Isosorbide Dinitrate SL tab 5 mg 1 tab - Isoฉล อนุมัติแล้ว ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นกลางอก ประเมิน pain score 7 คะแนน รายงานแพทย์ ทำ EKG ครั้งที่ 2 ผล ST elevate V2-V3, inverted T V5-V6, 2,3, avF ตรวจ Troponin I ผล 1.08 ng/mL (ผิดปกติ) ให้ยา Morphine sulfate Inj 10 mg/mL IV 2 mg แพทย์เวรโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมาเพิ่มการรักษา on 0.9% NSS 1,000 mL IV drip 80 cc/ hr , Streptokinase Inj 1.5 mu 1 vial in D-5-W 100 mL drip in 1 hr แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute Myocardial Infarction ส่งต่อในระบบ STEMI fast track ไปยังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมา

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. เสี่ยงต่อภาวะปริมาตรเลือดคั่งออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลง และร่างกายขาดออกซิเจนเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
3. ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่คุกคามอย่างกะทันหัน

บทสรุป

ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติการคัดกรองสุขภาพที่พบความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรค คือ การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการแสบร้อนกลางอก ไม่มีเหงื่อออก ตัวยืน ไม่มีร้าวไปที่ใด นาน 20 นาที จึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกอีกครั้งและได้รับการรักษาพยาบาลที่ทันที่ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมาได้อย่างทันที่ และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจตรงจุดที่ตีบแคบลง โดยการใส่บอลลูนเข้าไปในหลอดเลือดเพื่อถ่างขยายหลอดเลือด (Percutaneous Transluminal Coronary Intervention (PCI)) ที่เส้นเลือดหัวใจ 2 เส้น

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้และสร้างความตระหนักรู้เรื่องอาการสัญญาณเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น เข้าถึงบริการได้รวดเร็ว เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. พยาบาลต้องประเมินอาการกลุ่ม ACS ได้รวดเร็ว ให้การพยาบาล ทำ EKG และแปลผลเบื้องต้นพร้อมรายงานแพทย์ได้ภายใน 10 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจขาดเลือดได้รับการรักษาได้รวดเร็ว ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. พยาบาลต้องมีความชำนาญ สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตร่วมกับแพทย์ได้ เพื่อให้การรักษารักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้
4. การให้การพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน พยาบาลสามารถให้การพยาบาลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลได้

บรรณานุกรม

- ข้อมูลหน่วยงานวิชาชีพและสถิติโรงพยาบาลเทพารักษ์.(2559-2561).จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเทพารักษ์ จังหวัดนครราชสีมา, 2559-2561.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. คู่มือการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 11. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2560.
- วิจิตร กุศลภ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์, 2551.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.
- Amy M. Karrh. (2015). *Nursing Drug Guide*. New York : Philadelphia.
- Charles F. Lacy, Lora L. Armstrong, Morton P. Goldman, & Leonard L. Lance. (2011.-a). *Ceftriaxone. Drug information handbook with international trade names index* (พิมพ์ครั้งที่ 20, ปี 2011). The United state.
- Meg Gulanick and Judith L. Myers. (2011). *Nursing care plans : Diagnoses, Interventions, and Outcomes*. 7th. USA : Elsevier Mosby.
- Orem, E.D. (1995). *Nursing : Concepts of Practice*. 5thed. St. Louis : Mosby Year Book.
- Patricia GauntlettBeare, Judith L Myers. (1994). *Principles and practice of adult health nursing*. New York : Mosby.
- Betty J. Ackley, Gali B. Ladwig. (2011). *NURSING DIAGNOSIS HANDBOOK An Evidence-Based Guide to Planning Care*. 9thed. St. Louis : Mosby.