



เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI): กรณีศึกษา

ศุภนิจ โยธาแข็ง
โรงพยาบาลดงเจริญ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI): กรณีศึกษา

Nursing care for patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) :

Case study

ศุภนิจ โยธาแข็ง, พย.บ.

โรงพยาบาลดงเจริญ

Supanit Yotakhang, RN.

Dongcharoen Hospital

บทคัดย่อ

ที่มา : โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ST-elevation myocardial infarction:STEMI) เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของประเทศ การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการวินิจฉัย การรักษาที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายถาวร และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาได้ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย ภาวะช็อกจากหัวใจ หัวใจหยุดเต้น เป็นต้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI)

วิธีดำเนินงาน : ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) ที่ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2 ราย

กรณีศึกษา : กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 49 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ให้ประวัติว่า 30 นาที ก่อนมา มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แสบร้อนท้อง จึงมาโรงพยาบาลตรวจ EKG 12 leads พบ ST elevate at V2-V6, Troponin-T: negative <40 ng/L. แพทย์วินิจฉัย STEMI โทรประสานแพทย์เฉพาะทางยังไม่ให้ยา Streptokinase ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เพื่อที่จะทำ PCI อาการหลังการรักษาผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 เพศชาย อายุ 57 ปี มีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอก ไม่มีร้าวไปตำแหน่งอื่น เป็น 3 ชั่วโมง 15 นาที ตรวจ EKG 12 leads พบ ST elevate at V2-V6, Troponin-T: negative <40 ng/L. แพทย์วินิจฉัย STEMI ได้รับยา Streptokinase และถูกส่งตัวไปรักษาต่อไปยังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้รับการทำ CAG and PCI อาการหลังการรักษา ผู้ป่วยมีเหนื่อยง่ายเล็กน้อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก

สรุปผล : การพยาบาลที่สำคัญคือ การบรรเทาความเจ็บปวด เพื่อลดการทำงานของหัวใจและ ส่งเสริมให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับยา Streptokinase การเตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์ เครื่องมือ และยาให้พร้อมใช้ ขณะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

Abstract

Background: ST-elevation myocardial infarction (STEMI) is a life-threatening crisis and a leading cause of death. Assisting patients correctly, urgently, and efficiently can help reduce the death rate. That prevents permanent myocardial infarction and complications such as arrhythmia, heart attack, cardiac shock, cardiac arrest, etc.

Objective: To study nursing care for patients with myocardial infarction (STEMI).

Methods: The study selected two patients with myocardial infarction (STEMI) at a community hospital.

Result: The first Case Study is a 49-year-old male patient with epigastric pain. There is no radiating to another place, and heartburn 30 minutes before coming to the hospital. From EKG 12 leads: ST elevate at V2 -V6, Trop-T: negative < 40 ng/L. The doctor diagnosed a myocardial infarction (STEMI). Call and coordinate with a specialist doctor. Inform Streptokinase does not need to be administered and refer the patient to Sawanpracharak Hospital for PCI. Symptoms after receiving treatment, patients can carry out normal daily activities. No chest pain or difficulty breathing. The second case study is a 57-year-old male patient with pain in the middle of the chest. There is no radiating to another place 3 hours 15 minutes before coming to the hospital. From EKG 12 leads: ST elevate at V2 -V6, Trop-T: negative < 40 ng/L. The doctor diagnosed a myocardial infarction (STEMI). The patient received Streptokinase medication and was transferred to Sawanpracharak Hospital to undergo CAG and PCI. Symptoms after treatment, patients can help themselves well. Tired easier, and no chest pain.

Conclusion: Important nursing care is Pain relief to reduce heart work and promote adequate blood flow to the heart muscle. Patients care while receiving medicine Streptokinase. Ready the team, equipment, tools, and medicine ready to be used. While safely transferring patients to hospitals with higher capacity.

Keywords: Nursing care for patients with myocardial infarction (STEMI), Myocardial infarction (STEMI)

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด(STEMI) คือภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด Left Bundle Branch Block (LBBB) ขึ้นมาใหม่ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็วจะทำให้

เกิด Acute ST elevation myocardial infarction ซึ่งมีความแตกต่างจาก Unstable angina (UA)/Non ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) เนื่องจากทั้งสองกลุ่มอาการมักจะมีก้อนเลือด(Thrombus) เกิดขึ้นในหลอดเลือดหัวใจเหมือนกัน การแบ่งระหว่าง Unstable angina กับ NSTEMI ขึ้นอยู่กับระดับเอนไซม์ของหัวใจ (Cardiac enzyme) ถ้าไม่เพิ่มขึ้นจากค่าปกติถือเป็น Unstable angina (ณรงค์กร ชัยวงศ์, 2564: หน้า 3)

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ระบุว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก ทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองมากกว่า 20 ล้านคน และ 80% ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลดงเจริญที่ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) และได้รับการส่งต่อ ในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ได้รับยา Streptokinase 1 รายและทำ PCI 1 ราย, ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 6 ราย ได้รับยา Streptokinase 4 ราย และทำ PCI 2 ราย และในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ได้รับยา Streptokinase 1 ราย และทำ PCI 1 ราย โดยในจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) ดังกล่าวนี้ ไม่มีการรายงานผู้เสียชีวิต (สถิติประจำปี 2566 โรงพยาบาลดงเจริญ, 2566)

ดังนั้นพยาบาลห้องฉุกเฉินต้องมีทักษะทั้งด้านประเมินอาการแรกเริ่ม การซักประวัติ การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การติดต่อประสานงานระหว่างสถานพยาบาลหนึ่งไปอีกสถานพยาบาลหนึ่ง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่สำคัญยิ่งในช่วงความเป็นความตายของชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจก่อให้เกิดการสูญเสียถึงแก่ชีวิตได้ และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) และเปรียบเทียบการพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI)

ประโยชน์ : เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) โดยเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การรักษาและการพยาบาล

วิธีการดำเนินการ

1. คัดเลือกผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) ที่ได้รับยา Streptokinase และไม่ได้รับยา Streptokinase ที่มารับบริการงานห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลดงเจริญ จำนวน 2 ราย

2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI)
3. การศึกษาเชิงพรรณนา เปรียบเทียบกรณีศึกษา เพื่อศึกษาปัญหาเชิงลึก ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) มีการเก็บข้อมูล การประเมินภาวะสุขภาพโดยจำแนกตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Pattern) และนำมาวิเคราะห์ปัญหาเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล และการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 49 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง แพทย์วินิจฉัย STEMI ไม่ได้รับยา Streptokinase ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้รับการทำ PCI กรณีศึกษารายที่ 2 เพศชาย อายุ 57 ปี มีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอก ไม่มีร้าวไปตำแหน่งอื่น เป็น 3 ชั่วโมง 15 นาที แพทย์วินิจฉัย STEMI ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase และถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้รับการทำ CAG and PCI

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	49 ปี	57 ปี
สถานภาพ	คู่	คู่
อาชีพ	รับราชการตำรวจ	ทำนา
สิทธิการรักษา	เบิกได้	บัตรทอง
วันที่เข้ารับการรักษา	26 ตุลาคม 2564(11.15 น.)	19 พฤศจิกายน 2564 (08.15 น.)
วันที่จำหน่าย	26 ตุลาคม 2564(11.55 น.)	19 พฤศจิกายน 2564 (08.35 น.)
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แสบร้อนท้อง 30 นาที	เจ็บแน่นกลางหน้าอก 3 ชั่วโมง 15 นาที
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 30 นาทีก่อนมา ขณะวิ่งจับผู้ร้าย มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่มีร้าวไปตำแหน่งอื่น แสบร้อนท้อง ไม่ได้รักษาที่ใด จึงมาโรงพยาบาล	ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 3 ชั่วโมง 15 นาที ก่อนมาหลังจากตื่นนอน มีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอก ไม่มีร้าวไปคอ กราม ไหล่ มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่ได้รักษาที่ใด นอนพักอาการไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ปฏิเสธการผ่าตัด	ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด
ประวัติการแพ้ยาและอาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร	ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การใช้สารเสพติด	ดื่มสุรา 2-3 ครั้ง/สัปดาห์	ดื่มสุรานาน ๆ ครั้ง
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	สูบบุหรี่มากกว่า 15 มวนต่อวัน	สูบบุหรี่นาน 20 ปี เลิกสูบ 5 ปี
อาการแรกเริ่ม	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ผู้ป่วยมีอาการจุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่มาก	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง อาการแน่นหน้าอก คล้ายโดนเหยียบ ไม่มีร้าว
	ไม่มีร้าวไปตำแหน่งอื่น Pain score 10/10 คะแนน ตรวจวัดสัญญาณชีพ	ไปตำแหน่งอื่น มีเหงื่อออกตัวเย็น Pain score 7/10 คะแนน ตรวจวัดสัญญาณชีพ
	อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที	อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้งต่อนาที
	อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 148/108 มิลลิเมตรปรอท	อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท
	O2 saturation 98% (Room air)	O2 saturation 99-100% (Room air)
	ผล EKG 12 leads : ST elevate at V2 -V6,	ผล EKG 12 leads : ST elevate lead II, III aVFST depress I, aVL,
	ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Lung : clear both lung, no pitting edema, Abdomen : soft, not tenderness
	Trop-T: negative <40 ng/L	ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Trop-T: negative <40 ng/L
		CXR : no cephalization

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Pattern) ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพครั้งนี้

11 แบบแผนของGordon	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการจัดการสุขภาพ	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 49 ปี มีประวัติโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลา 4 ปี รูปร่างอ้วนเล็กน้อย ลงพุง มีการตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอ ขณะวิ่งจับผู้ต้องหา มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แสบร้อนท้อง ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น	ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 57 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจสุขภาพ รูปร่างผอมเคยวัดความดันโลหิต โดย อสม. ผลปกติ 3 ชั่วโมง 15 นาที ก่อนมาหลังจากตื่นนอน มีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอก ไม่มีร้าวไปคอ กราม ไหล่ มีเหงื่อออกตัวเย็น

ตารางที่ 2 การประเมินภาวะแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Pattern) ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพครั้งนี้

11 แบบแผนของGordon	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ไม่เคยมีอาการมาก่อน นึกถึงโรคหัวใจ จึงรีบมาโรงพยาบาลทันที	เนื่องจากคิดว่าตนเองเป็นโรคกระเพาะ นอนพักจะทุเลาอาการเอง
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยน้ำหนัก 67 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร BMI 24.6 kg/m ² มีภาวะน้ำหนักเกิน ชอบรับประทานอาหารปิ้งย่าง อาหารรสจัด ยังสูบบุหรี่และดื่มสุราอยู่	ผู้ป่วยน้ำหนัก 52 กิโลกรัม สูง 175 เซนติเมตร BMI 16.98 kg/m ² น้ำหนักน้อยหรือผอม ชอบรับประทานอาหารทะเล อาหารเค็ม
แบบแผนที่ 3 แบบแผนการขับถ่ายของเสีย	-	-
แบบแผนที่ 4 การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย	ออกกำลังกายเล่นฟุตบอลกับเพื่อน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	ผู้ป่วยมีอาชีพทำนา จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย
แบบแผนที่ 5 การนอนหลับพักผ่อน	นอนพักผ่อนไม่เป็นเวลา เนื่องจากต้องมีการเข้าเวร	นอนหลับ 6-8 ชั่วโมง/คืน
แบบแผนที่ 6 การรับรู้สติปัญญา	-	-
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	สีหน้ากังวลเมื่อรับทราบว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ต้องมีการเข้าห้องผ่าตัด	สีหน้ากังวลเมื่อรับทราบว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ต้องมีการเข้าห้องผ่าตัด
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	-	-
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	-	-
แบบแผนที่ 10 การเผชิญความเครียด	วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากอาจทำงานได้ไม่เหมือนเดิม	รับทราบเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มั่นใจในแนวทางการรักษาของแพทย์
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	-	-

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1

1. ไม่สุขสบายจากอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง
2. มีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง
3. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤต

กรณีศึกษารายที่ 2

1. ไม่สุขสบายจากอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง
2. มีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด
4. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤต

สรุปกรณีศึกษา

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค		
<p>การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 49 ปี ประวัติโรคประจำตัวเป็น โรค ความดันโลหิตสูง รับทราบว่าตนเองควรงด การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ มีภาวะน้ำหนัก เกินและผู้ป่วยยังชอบ รับประทานอาหารปิ้งย่าง BMI 24.6 kg/m²</p>	<p>การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้ป่วย เพศชาย อายุ 57 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัวไม่เคยได้รับ การตรวจสุขภาพ เนื่องจาก ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว แต่อายุเพิ่มขึ้นจึงเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากกลัวการเป็น โรคถุงลมโป่งพอง</p>	<p>ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมี 2 กลุ่มชนิดปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และ ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 เป็นเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง อายุเกิน 40 ปีขึ้นไปมีโอกาสที่จะพบหลอดเลือด แข็งตัวได้มากขึ้น ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่สามารถ เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่เหมือนกันคือ การสูบบุหรี่ (smoking) เป็น ปัจจัยเสี่ยงโดยตรง ของโรคหัวใจขาดเลือด บุหรี่ มีสารต่าง ๆ ซึ่ง ทำลายผนังด้านในของหลอดเลือดและกระตุ้น การหลั่งให้สารแคทีโคลามีนออกมาทำให้เกิด การเกาะของเกร็ดเลือดมากขึ้นและทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของไขมัน เช่น สารนิโคตินจะลด อัตราส่วนของ ระดับของ HDL ต่ำลง และ LDL สูงขึ้น และผู้ป่วยทั้ง 2 รายยังมีภาวะโภชนาการที่ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงและ</p>

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค		
		กรณีศึกษารายที่ 1 ยังมีรูปร่างอ้วน ลงพุง BMI 24.6 kg/m ² คนอ้วนจะมีภาวะหลอดเลือดแข็งเพิ่มขึ้น ความเครียดเนื่องจากต้องมีการเข้าเวร นอนหลับพักผ่อนไม่เป็นเวลา และยังมีโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้มีแรงกดลงบนผนังหลอดเลือดมากกว่าปกติทำให้ผนังหลอดเลือดถูกทำลาย ส่งผลให้สารที่มีไขมันไปเกาะติดได้ง่าย เมื่อสะสมมากขึ้น จะทำให้หลอดเลือดตีบแคบได้
2. พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง		
ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการ จุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่มาก ไม่มีร้าวไปตำแหน่งอื่น Pain score 10/10 คะแนน ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 148/108 มิลลิเมตรปรอท O ₂ sat 98% (Room air) ผล EKG 12 leads : ST elevate at V2 -V6, ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Trop-T: negative <40 ng/L ปกติ, BUN, Cr : ปกติ Electrolyte: ปกติ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการแน่นหน้าอก คล้ายโดนเหยียบ ไม่มีร้าวไปตำแหน่งอื่น มีเหงื่อออกตัวเย็น Pain score 7/10 คะแนน ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท O ₂ sat 99-100% (Room air) ผล EKG 12 leads : ST elevate lead II, III aVF ST depress I, aVL ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Trop-T: negative <40 ng/L ปกติ, BUN, Cr : ปกติ Electrolyte: ปกติ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีพยาธิสภาพและอาการแสดงที่คล้าย ๆ กัน จากกรณีศึกษารายที่ 1 EKG 12 leads ST elevate at V2 -V6 แต่ในกรณีศึกษารายที่ 2 พบว่า EKG 12 leads : ST elevate lead II, III aVF ST depress I, aVL, รวมด้วย ซึ่งทั้งหมดนี้จึงเป็นข้อวินิจฉัยได้ว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) ถึงแม้ว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะตรวจพบระดับ enzymes Troponin : negative <40 ng/L

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3.การรักษา		
<ul style="list-style-type: none"> - On NSS 1,000 ml. iv. 80 ml/hr. - ASA 300 mg. 1 tab เคี้ยวกลืนทันที - Plavix 75 mg. 4 tab รับประทานทันที -Plavix 75 mg. 4 tab รับประทานทันที ครั้งที่2 -ISDN 5 mg. 1 tab อมใต้ลิ้นทันที - Morphine 2 mg iv. stat - ส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ - ได้รับการทำ PCI 	<ul style="list-style-type: none"> - On NSS 1,000 ml. iv. 60 ml/hr. - Streptokinase 1.5 MU ผสมใน NSS 100 ml. iv. drip 100 ml/hr. -ASA 300 mg. 1 tab เคี้ยวกลืนทันที - Plavix 75 mg. 4 tab รับประทานทันที - ส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ - ได้รับการทำ CAG และ PCI 	<p>จุดประสงค์ของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือทำให้หลอดเลือดที่อุดตัน กลับมามีเลือดไหลเวียนได้ตามปกติอีกครั้งให้เร็วที่สุด เพื่อช่วยรักษาเซลล์กล้ามเนื้อที่ขาดเลือดให้ฟื้นกลับมาทำงานได้ตามปกติ ในกรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการเจ็บหน้าอกได้รับการรักษา คือ ISDN 5 mg. 1 tab อมใต้ลิ้น อาการยังไม่ทุเลาจึงได้ยา Morphine 2 mg iv. เพื่อบรรเทาอาการเจ็บอก และกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับยาในกลุ่ม Antiplatelet agents เป็นยาขัดขวางการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ที่นิยมใช้กันคือ Aspirin, Plavix กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดแต่ถูกส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้รับการทำ Percutaneous Coronary Intervention: PCI ซึ่งวิธีนี้เป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด ถ้าระยะเวลาในการส่งตัวผู้ป่วยไปทำ PCI นับเวลาจากการวินิจฉัย STEMI ถึง wire crossing หน่วยเป็นนาที ถ้าน้อยกว่า 120 นาที ควรส่งไปทำการรักษาโดยวิธี PCI แต่ถ้ามากกว่า 120 นาที ควรให้การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด และกรณีศึกษารายที่ 2 ใช้เวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาลนานถึง 3 ชั่วโมง 15 นาที จึงได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เพื่อช่วยละลายลิ่มเลือดที่อุดตัน ในหลอดเลือดแดงโคโรนารี และถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้รับการทำ Coronary Artery Angiography : CAG และได้รับการทำ PCI ในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 ในผู้ป่วย STEMI >12 ชั่วโมง หลัง onset ของ STEMI แนะนำให้ทำ CAG และ PCI (ครรรชิต ลิขิตธนสมบัติ, 2563: หน้า19)</p>

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
4.การพยาบาล		
<p>1. ประเมินและบันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอกเพื่อประเมินความผิดปกติและรายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ</p> <p>O : Onset ระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บหน้าอก</p> <p>P : Precipitate cause สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก</p> <p>Q: Quality ลักษณะของอาการเจ็บหน้าอก</p> <p>R:Refer pain เจ็บตรงไหน ร้าวไปตำแหน่งใดบ้าง</p> <p>S: Severity ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก</p> <p>T: Timeระยะเวลาที่เป็นเจ็บนานกี่นาที</p> <p>2. ประเมินสภาพทั่วไป และสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที ขณะเกิดอาการ และทุก 2-4 ชั่วโมง เมื่ออาการเจ็บหน้าอกทุเลา เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ</p> <p>3. บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก ให้รายงานแพทย์ทันทีพร้อมกับ Monitor EKG เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ</p> <p>4.ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>5.เฝ้าระวังอาการภาวะ Cardiac shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ</p> <p>6. ติดตามอาการของปริมาณเลือดออก จากหัวใจลดลง ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น Pulse pressure แคบ ความดันโลหิตต่ำ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะลดลง</p>	<p>1. ประเมินและบันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอกเพื่อประเมินความผิดปกติและรายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ</p> <p>O : Onset ระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บหน้าอก</p> <p>P : Precipitate cause สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก</p> <p>Q: Quality ลักษณะของอาการเจ็บหน้าอก</p> <p>R:Refer pain เจ็บตรงไหน ร้าวไปตำแหน่งใดบ้างS: Severity ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก</p> <p>T: Timeระยะเวลาที่เป็นเจ็บนานกี่นาที</p> <p>2. ประเมินสภาพทั่วไป และสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาทีขณะเกิดอาการ และทุก 2-4 ชั่วโมง เมื่ออาการเจ็บหน้าอกทุเลา เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ</p> <p>3. บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก ให้รายงานแพทย์ทันทีพร้อมกับ Monitor EKG เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ</p> <p>4.ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>5.เฝ้าระวังอาการภาวะ Cardiac shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ</p> <p>6. ติดตามอาการของปริมาณเลือดออก จากหัวใจลดลง ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น Pulse pressure แคบ ความดันโลหิตต่ำ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะลดลง</p>	<p>การพยาบาลของกรณีศึกษา ทั้ง 2 รายที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ได้รับยา Streptokinase และ กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยา Streptokinase ก่อนการรับยา Streptokinase ต้องมีการซักประวัติ ข้อห้ามในการให้ละลายลิ่มเลือด การเซ็นยินยอมก่อนให้ยา Streptokinase การสังเกตอาการขณะให้ยาสิ่งที่จะต้องระวังอันตราย ที่อาจเกิดจากยา คือ เลือดไหลไม่หยุด ซึ่งฤทธิ์ของเอ็นไซม์นี้จะมีผลต่อไปประมาณ 12-24 ชั่วโมง หลังจากหยุดยาแล้ว กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ Streptokinase ขณะอยู่บนรถ และผู้ป่วย ทั้ง 2 รายถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งตัวไปรักษาต่อ</p>

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
4.การพยาบาล		
<p>7.เฝ้าระวังอาการของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสน หายใจเร็วตื่น ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น</p>	<p>7.เฝ้าระวังอาการของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสน หายใจเร็วตื่น ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น</p>	
<p>8. จัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้เลือดไหลกลับเข้าหัวใจช้าลงเป็นการลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ</p>	<p>8. จัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้เลือดไหลกลับเข้าหัวใจช้าลงเป็นการลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ</p>	
<p>9.ดูแลให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก โดยให้ยาตามแผนการรักษา คือ ASA 300 mg. 1 tab เคี้ยวก่อนกลืนทันที , Plavix 75 mg. 4 tab รับประทานทันที , Plavix 75 mg. 4 tab รับประทานทันที ครั้งที่ 2, ISDN 5 mg. 1 tab อมใต้ลิ้นทันที, Morphine 2 mg iv. stat และ สังเกตอาการข้างเคียงของยา</p>	<p>9. ดูแลให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก โดยให้ยาตามแผนการรักษาคือ ASA 300 mg. 1 tab เคี้ยวก่อนกลืนทันที, Plavix 75 mg. 4 tab รับประทานทันที, Streptokinase 1.5 MU ผสมใน NSS 100 ml. iv.. drip 100 ml/hr.และสังเกตอาการข้างเคียงของยา</p>	
<p>10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนบนเตียงและงดกิจกรรมต่างๆ</p>	<p>10. ติดตามการให้ยาและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Streptokinase</p>	
<p>11. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบไม่รบกวนผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เพื่อลดการทำงานของหัวใจและการใช้ออกซิเจน</p>	<p>- ติดตาม EKG โดยใช้เครื่อง Defibrillator ไว้ตลอด เพราะการบริหารยาอาจทำให้เกิด Cardiac arrhythmia</p>	
<p>12.เตรียมและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันต่อเหตุการณ์การ</p>	<p>- ติดตาม bleeding precaution ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก และอย่างน้อย 12 ชั่วโมงหลังได้รับยา</p>	
<p>13.ดูแลการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพที่สูงกว่าอย่างปลอดภัย</p>	<p>- เฝ้าระวังการแพ้ยาอย่างรุนแรง ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ถ้าแพ้ให้หยุดทันที</p> <p>- ติดตาม Neuro signs ทุก 1 ชั่วโมง</p> <p>- ติดตามประเมินประสิทธิผลของการได้รับยา โดยอาการจะลดลงอย่างรวดเร็ว</p>	

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
4.การพยาบาล		
<p>มากกว่า 50% ใน 90 นาที</p> <p>- เฝ้าระวังภาวะ Hypotension โดยติดตาม BP ทุก 5 นาที ใน 15 นาทีแรก ทุก 30 นาที จนกว่าจะหมด</p> <p>11. ดูแลให้ออกซิเจนโดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า ร้อยละ 90 ไม่นำให้ออกซิเจนในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากออกซิเจนอาจเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดหัวใจส่วนปลาย อาจทำให้เกิดอันตรายและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต</p> <p>12. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนบนเตียง และงดกิจกรรมต่าง ๆ</p> <p>13. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบไม่รบกวนผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และการใช้ออกซิเจน</p> <p>14. เตรียมและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันต่อเหตุการณ์ การภาวะฉุกเฉิน</p> <p>15. ดูแลการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าอย่างปลอดภัย</p>		

วิจารณ์

จากกรณีการศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมี 2 กลุ่ม ชนิดปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้คือ อายุ เพศ และ ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีประวัติสูบบุหรี่แม้ว่ารายที่ 2 จะหยุดสูบบุหรี่แล้ว ส่วนกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะเสี่ยงที่มากกว่ารายที่ 2 คือ มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง อาชีพมีความเครียดจากการทำงาน การพักผ่อน

ไม่เป็นเวลา ภาวะอ้วน สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยการส่งเสริมทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงเพิ่มมากขึ้น และกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ มีอาการก่อนมาโรงพยาบาลที่คล้ายคลึงแต่ใช้ระยะเวลาที่ต่างกันก่อนมาถึงห้องฉุกเฉินได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) ได้ปฏิบัติตามแนวทาง Fast Track STEMI เป็นภาวะวิกฤตเฉียบพลัน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาเบื้องต้น คือ ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่ได้รับยา Streptokinase เนื่องจากมีอาการแล้วมาโรงพยาบาลเร็ว อายุรแพทย์โรคหัวใจจึงให้รับนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ทันที เพื่อทำ PCI กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยยา Streptokinase ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา และส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ติดตามอาการผู้ป่วยได้รับการทำ CAG และ PCI หลังจากที่ยนอนพักรักษาตัวได้ 2 วัน สิ่งที่สำคัญในการรักษาพึงระลึกเสมอว่าการวินิจฉัยและการรักษาต้องทำให้เร็วที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรในระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อ ควรมีสมรรถนะ และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. ทีมมีความพร้อม มีการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) ทุกราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต
3. ควรมีการจัดอบรมความรู้วิชาการแก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) เพื่อที่จะได้นำความรู้และแนวทางใหม่ๆ มาปรับใช้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น
4. แนะนำและประชาสัมพันธ์ถึงการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ และการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

สรุป

พยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญ จำเป็นต้องใช้ทักษะความรู้ ความชำนาญในการพยาบาล ตั้งแต่การคัดกรอง การซักประวัติ การประเมินอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างรวดเร็ว การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา การบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังติดตามเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตได้ทันท่วงที เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลภาวะทางจิตสังคมให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และที่สำคัญการติดต่อประสานงาน

ระหว่างโรงพยาบาล เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อได้อย่างรวดเร็ว มีระบบ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.กรมควบคุมโรค ร่วมรณรงค์วันหัวใจโลก 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37372&deptcode=brc>.
- ครรชิต ลิขิตธนสมบัติ, วศิน พุทธาร, จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์, ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา, สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, และคณะ. (2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563. กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/6993/>.
- ทรงศักดิ์ เกียรติสกุล. (2559). อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พัฒนาพร สุปินะ และนัดดา นาวุฒิ. (2558). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www2.si.mahidolacthdivision/nursing/sins/attachments/article/217/pdf>.
- โรงพยาบาลศิครินทร์. (2562). คู่มือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. . [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.sikarin.com/Document/NewsLetter/HeartAttack2.pdf>.