

Nursing care of patient with non-ST elevation myocardial infarction and congestive heart failure by using Roy Adaptation Nursing Model : Case study

Abstract

Pornrat Chockbandanskul, B.N.S.*

Myocardial infarction is the major health problem of Thailand and worldwide. In particular, patients together with heart failure have a high mortality trend. It is the critical illness that patients must receive urgent care. The purposes of studying patients with non-ST elevation myocardial infarction with congestive heart failure are to apply Roy Adaptation Nursing Model to assess patient's behaviors, stimuli affecting patient's adaptation, develop nursing care plan and nursing intervention. Nurses taking care for these patients require knowledge and skills to enhance patient safety without complications. Nurses are responsible for improvement of patient's health, empowerment of patients and families by providing patient education for appropriate lifestyle adjustments. The findings revealed that the patient was cared for until recovering from critical illness. However she must get treatment of cause of the disease, the physician referred her to the hospital that can provide coronary angiography to investigate the coronary artery occlusion. After she had percutaneous coronary intervention, her health status was improved and she was discharged. She has better quality of life and lives happily in society.

Keywords : Non-ST elevation myocardial infarction, Congestive heart failure, Nursing Care, Roy Adaptation Nursing Model

*Department of Nursing, Pranangkla Hospital, Nonthaburi Province.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย : กรณีศึกษา

บทคัดย่อ

พรรัตน์ โชคบันดาลสกุล, พย.บ*

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลกโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย มีแนวโน้มจะเสียชีวิตสูง จึงเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว กรณีศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลการปรับตัวของรอยมาประเมินพฤติกรรมและสิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย นำผลการประเมินพฤติกรรมมาวางแผนและให้การพยาบาล พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถปรับแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแล

จนพ้นภาวะวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แพทย์ได้ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการสวนหลอดเลือดหัวใจ เพื่อวินิจฉัยเส้นเลือดหัวใจอุดตันและผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดที่อุดตันด้วยการใช้ขดลวดต่าง หลังการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ไม่ยก ภาวะหัวใจล้มเหลว การพยาบาล ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

*กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคในกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่พบบมากที่สุดของประชากรทั่วโลก คาดว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีประชากรเสียชีวิตประมาณ 25 ล้านคนต่อปี⁽¹⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยรายใหม่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่า 1 ล้านคนต่อปี⁽²⁾ และประชาชนเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอันดับ 1 จากโรคหลอดเลือดหัวใจ ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตใน 1 ปี ถ้าได้รับการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวด จะทำให้อัตรการรอดชีวิตสูง⁽³⁾

สถิติประเทศไทย พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆ พบอัตราการตายจากโรคหัวใจเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 29.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 29.8 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2551⁽⁴⁾ สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารไขมันสูง สูบบุหรี่ ความเครียด⁽⁵⁾ และมีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น หัวใจล้มเหลว ภาวะช็อก ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นได้⁽⁶⁾

สถิติโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในปี 2553, 2554, 2555 และ 2556 จำนวน 317, 530, 456 และ 411 ราย เสียชีวิต จำนวน 13, 22, 38 และ 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.1, 4.15, 8.33 และ 10.95 ตามลำดับ แนวโน้มการเสียชีวิตสูงขึ้น⁽⁷⁾ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ศึกษา

จึงสนใจศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาใช้ในกระบวนการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผู้สนใจนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลการปรับตัวของรอยมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ไม่ยก (Non-ST elevation myocardial infarction: NSTEMI) ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure: CHF)

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ทฤษฎีการปรับตัวได้พัฒนาขึ้น ในปี ค.ศ. 1964 โดย ซิสเตอร์ คอลลิสตา รอย กล่าวถึงบุคคล เป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม การประเมินปัญหาของผู้ป่วยจากพฤติกรรมการปรับตัว นำผลการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพมาวางแผนและให้การพยาบาล บุคคลมีการปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้า ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมการปรับตัวออกมา 4 ด้าน⁽⁸⁾ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เป็นการปรับตัวเพื่อสนองตอบต่อความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์
2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางจิตใจและจิตวิญญาณ แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย และอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล
3. ด้านบทบาทหน้าที่ มี 3 ประเภท ได้แก่ บทบาทปฐมภูมิ เป็นบทบาทที่ถูกกำหนดตามอายุ เพศ และระยะของพัฒนาการ บทบาททุติยภูมิ เป็นบทบาทภาระหน้าที่และตามบทบาทปฐมภูมิ และบทบาทตติยภูมิ

เป็นบทบาทชั่วคราว

4. ด้านการพึ่งพาหว่ากัน เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางสังคม

สิ่งเร้า (Stimuli) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สิ่งเร้าตรง เป็นสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกตัวบุคคลที่เกิดขึ้นในขณะนั้น สิ่งเร้าร่วม เป็นสิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีผลต่อการปรับตัว และสิ่งเร้าแฝง เป็นสิ่งเร้าที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล เช่น ความเชื่อ ทศนคติ อุปนิสัย บุคลิกภาพ เป็นต้น

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 65 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรส อาชีพแม่บ้าน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ด้วยอาการสำคัญ คือ แน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ ก่อนมาโรงพยาบาล 15 นาที ประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมา 7 ปี และต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ 5 ปี รักษาโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าต่อเนื่อง แรกรับที่แผนกฉุกเฉินผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้ว 96% ซีฟจร 114 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบหัวใจเต้นผิดปกติชนิด Atrial Fibrillation อัตราการเต้นหัวใจ 118 ครั้งต่อนาที เจาะเลือดตรวจ Troponin-T ผลได้ 263 ng/L (ค่าปกติ 0-14 ng/L) ผลเอกซเรย์ปอดพบหัวใจโตร่วมกับน้ำท่วมปอด แพทย์วินิจฉัยเป็น NSTEMI with CHF ให้การรักษาโดยให้ยา ASA (gr.V) 1 เม็ด เคียวกลืนทันที Plavix (75 mg) 4 เม็ดรับประทานทันที Isordil (5 mg) 1 เม็ด อดได้ลิ้น และ Lasix 40 mg ทางหลอดเลือดดำทันที ต่อมาผู้ป่วยกระสับกระส่าย เหงื่อออก อัตราการหายใจ 38 ครั้งต่อนาที ปลายมือปลายเท้าม่วงเย็น วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้วได้ 80% แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและรับไว้รักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ขณะผู้ป่วยอยู่ในการดูแลของห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมได้นำทฤษฎีของรอยมาใช้ในการวางแผนและให้พยาบาลผู้ป่วย พบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย

1.1 ความต้องการออกซิเจน

พฤติกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที ปลายมือปลายเท้าเย็นและม่วงเล็กน้อย วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้วได้ 88% ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Atrial Fibrillation อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำ 80/40 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ใส่ Certofix วัด CVP (Central Venous Pressure) ได้ 13 เซนติเมตรน้ำ ผลเอกซเรย์ปอดพบ หัวใจโตร่วมกับน้ำท่วมปอด ผลการตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจในวันที่ 3 ของการรักษา พบหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวปกติ (Ejection Fraction 68.2%) หัวใจห้องบนซ้ายโต และความดันในเส้นเลือดแดงปอดสูงปานกลาง วันที่ 4 ของการรักษา แพทย์แจ้งผู้ป่วยทราบให้เริ่มฝึกหายใจ ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

สิ่งเร้าตรง ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ผู้ป่วยกลัวการฝึกหายใจ

สิ่งเร้าร่วม ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

สิ่งเร้าแฝง สูงอายุ เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิต และต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

การพยาบาล ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ บันทึกสัญญาณชีพ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้ว บันทึก CVP และให้ 0.9% NSS ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา จัดทำนอนศีรษะสูง 15-30 องศา ให้ยา Dobutrex 200 mg in 5% D/W 100 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 5 ml/hr Levophed 4 mg in 5% D/W 100 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 20 ml/hr Cordarone 900 mg in 5% D/W 500 อัตรา 20 ml/hr และ Lasix 40 mg ทางหลอดเลือด

เลือดดำทุก 6 ชั่วโมง บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย และติดตามผล Arterial Blood Gas (ABG) สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย อธิบายผู้ป่วยเข้าใจถึงจุดประสงค์ของการฝึกหายใจ ฝึกหายใจตามแผนการรักษา

ประเมินผล ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ 20 - 24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้ว 99 - 100% อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 60 - 70 ครั้งต่อนาที Capillary refill 1 วินาที CVP 9 - 12 เซนติเมตรน้ำ ความดันโลหิต 100/60 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท วันที่ 4 ของการรักษา สามารถหยุดให้ยา Cordarone, Levophed, Dobutrex และผล ABG ปกติ คือ pH 7.37 PaCO₂ 36 มิลลิเมตรปรอท PaO₂ 97 มิลลิเมตรปรอท HCO₃⁻ 26 mmol/L ปริมาณน้ำเข้า/ออกจากร่างกาย ใน 24 ชั่วโมง เฉลี่ย 1200 ml/1600 ml สามารถหย่าเครื่องหายใจได้สำเร็จและถอดท่อช่วยหายใจวันที่ 6 ของการรักษา

1.2 ภาวะโภชนาการ

พฤติกรรม น้ำหนัก 50 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร BMI = 22.22 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ วันที่ 2 ของการรักษา ฟัง Bowel sound 14 ครั้งต่อนาที เริ่มให้อาหาร Blenderize Diet (1.5:1) 200 ml ทางสายยางจมูก วันละ 4 มื้อ รับประทานอาหารได้ดี วันที่ 3 ของการรักษา แพทย์เพิ่ม Blenderize Diet (2:1) เป็น 300 ml วันละ 4 มื้อ รับประทานอาหารได้ดี มีไข้ 38 - 38.5 องศาเซลเซียส

การคำนวณหาความต้องการพลังงานของ Harris Benedict (Harris-Benedict equation)⁽⁹⁾

TEE (Total Energy Expenditure) คือ ความต้องการพลังงานทั้งหมดใน 1 วัน = BEE x SF x AF

BEE (Basal Energy Expenditure) คือ พลังงานที่น้อยที่สุดที่ทำให้เกิดกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย

SF (Stress Factor) คือ ปัจจัยด้านความเครียดของผู้ป่วยในภาวะ Hyper metabolism = 2

AF (Activity Factor) คือ กิจกรรมของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ = 0.9

BEE ในผู้หญิง = 665 + 9.6 (น้ำหนักเป็น กิโลกรัม) + 1.8 (ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร) - 4.7 (อายุเป็นปี)

$$= 665 + 9.6 (50) + 1.8 (150) - 4.7 (65) = 1,109.5 \text{ กิโลแคลอรีต่อวัน}$$

$$\text{TEE} = 1,109.5 \times 2 \times 0.9 = 1,997.1 \text{ กิโลแคลอรีต่อวัน}$$

ถ้าอุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น 1 °C จาก 37 °C ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นอีก 13% ผู้ป่วยมีไข้ 38 - 38.5 °C ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นอีก 19.5% คิดเป็น 389.4 กิโลแคลอรีต่อวัน

$$\text{ความต้องการพลังงานของผู้ป่วยทั้งหมดใน 1 วัน} = 1,997.1 + 389.4 = 2,386.5 \text{ กิโลแคลอรี}$$

อาหารที่ผู้ป่วยได้รับใน 1 วัน ให้พลังงาน 2,400 กิโลแคลอรี เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย

การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

1.3 การขับถ่าย

พฤติกรรม ตั้งแต่วันที่ 3 ของการรักษาหลังได้รับอาหาร ถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 - 2 ครั้ง ได้ยา Lasix ทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใส เฉลี่ยวันละ 1600 ml วันที่ 5 ของการรักษาแพทย์ให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก หลังจากนั้นผู้ป่วยปัสสาวะได้เองปกติ

การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

1.4 การมีกิจกรรมและการพักผ่อน

พฤติกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ บ่นนอนไม่ค่อยหลับเนื่องจากได้ยินเสียงเครื่องช่วยหายใจและ Monitor ขณะมีกิจกรรมผู้ป่วยหายใจเหนื่อยมากขึ้น ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้

การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

สิ่งเร้าตรง พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว และสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยหนัก

สิ่งเร้าร่วม อุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย และความเครียด

สิ่งเร้าแฝง ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลง จากปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติด ปอดแฟบ

การพยาบาล ช่วยทำกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้ พลิกตะแคง ตัวทุก 2 ชั่วโมง ออกกำลังกายตามความเหมาะสม ให้ อาหารและยาตามแผนการรักษา

ประเมินผล ร่างกายสะอาด ไม่เกิดแผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติด หรือปอดแฟบ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยหนัก

วัตถุประสงค์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน อย่างเพียงพอ

การพยาบาล จัดสภาพแวดล้อมและกิจกรรม พยาบาลที่รบกวนผู้ป่วยน้อยที่สุด ให้นยา Ativan (0.5 mg) 1 เม็ด ทางสายยางจุ่ม ก่อนนอน

ประเมินผล สามารถนอนหลับตอนกลางคืนได้ 4 - 5 ชั่วโมง กลางวัน 1 - 2 ชั่วโมง

1.5 การปกป้องร่างกาย

พฤติกรรม ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วย หายใจ วันที่ 3 ของการรักษา เสมหะเปลี่ยนจากสีขาว ชุ่นเหลว เป็นสีเหลืองขุ่นจำนวนมาก มีไข้ 38 - 38.5 °C ผลเอกซเรย์ปอด พบปอดด้านล่างขวาอักเสบ ใส่สายสวน บัสสภาวะไคว บัสสภาวะสีเหลืองใส ผิวหนังสะอาด ไม่มีแผล กดทับตามร่างกาย

ผิวหนัง : การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

ภูมิคุ้มกัน : การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

สิ่งเร้าตรง ใส่เครื่องช่วยหายใจคาไว้ 3 วัน

สิ่งเร้าร่วม ภูมิคุ้มกันลดลงจากภาวะเจ็บป่วย

สิ่งเร้าแฝง สูงอายุ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ประสิทธิภาพการ แลกเปลี่ยนแก๊สลดลง เนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอดจาก การใส่เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ การแลกเปลี่ยนแก๊สมีประสิทธิภาพ และลดการติดเชื้อที่ปอด

การพยาบาล ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic Technique ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในระบบ ปิด ดูดเสมหะเมื่อมีเสมหะ บันทึกรายงานชีพ จำนวน และลักษณะเสมหะ ให้นยา Ceftriaxone 2 กรัม ทาง หลอดเลือดดำ วันละ 1 ครั้ง ติดตามผลการตรวจ Sputum Culture และเอกซเรย์ปอด

ประเมินผล ไม่มีไข้ เสมหะลดลงเปลี่ยนจาก สีเหลืองขุ่นเป็นสีขาวขุ่น ผล Sputum Culture พบ Numerous Streptococcus pneumoniae ตอบสนอง ต่อยา Ceftriaxone และผลเอกซเรย์พบ ปอดด้านขวา ล่างอักเสบลดลง

1.6 การรับความรู้สึก

พฤติกรรม ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วย หายใจ การมองเห็นปกติ หูได้ยินชัดเจน สื่อสารโดยเขียน หนังสือบอกว่าเจ็บคอมาก Pain score 6

การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

สิ่งเร้าตรง การกดทับของท่อช่วยหายใจบริเวณ หลอดลม

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ไม่สุขสบายจากอาการ เจ็บคอ เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ มีความสุขสบายไม่เจ็บคอเพิ่มขึ้น

การพยาบาล ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ดูแลสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ตึงรั้งและติดพลาสติกที่ มุมปากผู้ป่วย จัดท่านอนและอุปกรณ์การแพทย์ที่สะดวก ในการเคลื่อนไหว ประเมิน Pain score

ประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น Pain score ลดลงเหลือ 4

1.7 ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

พฤติกรรม ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ ฟังปอด 2 ข้างพบ crepitation แพทย์ให้นยา Lasix 40 mg ทาง หลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง และ 1 เม็ด ทางสายยาง จุ่ม วันละ 1 ครั้ง ปริมาณน้ำเข้า/ออกจากร่างกาย ใน 24 ชั่วโมง เฉลี่ย 1200 ml/1600 ml วันที่ 4 ของการ รักษา เจาะเลือดตรวจอิเล็กโทรไลต์ พบโปแตสเซียม 3.1 mmol/L (ค่าปกติ 3.5 - 5.1 mmol/L)

สมดุลของน้ำ การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

อิเล็กโทรไลต์ การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

สิ่งเร้าตรง ได้รับยาขับปัสสาวะ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มีภาวะโปแตสเซียม ในเลือดต่ำ จากการได้รับยาขับปัสสาวะ

วัตถุประสงค์ เกิดความสมดุลของโปแตสเซียม ในร่างกาย

การพยาบาล ให้อาหาร และ Elixer KCL 30 ml ทางสายยางจุ่ม 2 ครั้ง เฝาระวังภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ

และอาการของภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ และติดตามผลการตรวจโปแตสเซียมในเลือด

ประเมินผล ไม่มีอาการกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ท้องไม่อืด คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 80 - 90 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจโปแตสเซียมในเลือดปกติได้ 3.9 mmol/L

1.8 การทำงานของระบบประสาท

พฤติกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ สื่อสารโดยการพยักหน้า สายหน้า และเขียนหนังสือบอกความต้องการได้ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี

การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

1.9 การทำงานของต่อมไร้ท่อ

พฤติกรรม ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน 7 ปี และต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ 5 ปี รักษาโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าต่อเนื่อง ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วได้ 123 - 360 mg% ผลการตรวจเลือด Thyroid Function Test พบ TSH < 0.005 μ IU/mL (ค่าปกติ 0.2 - 3.2 μ IU/mL) FT3 9.42 pg/ml (ค่าปกติ 1.45 - 3.5 pg/ml) FT4 7.010 ng/dl (ค่าปกติ 0.71 - 1.7 ng/dl)

การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

สิ่งเร้าตรง ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับธัยรอยด์ฮอร์โมนเพิ่มขึ้น

สิ่งเร้าร่วม ภาวะเครียดจากความเจ็บป่วย

สิ่งเร้าแฝง สูงอายุ

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 มีภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ จากภาวะเครียด

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ และภาวะแทรกซ้อนจากต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ

การพยาบาล ให้อาหารเฉพาะโรค ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ให้ยา Insulin และ Metformin (500 mg) 1 เม็ด Methimazole (5 mg) 3 เม็ด ทางสายยางจมูก วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเข้าตามแผนการรักษา สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เฝ้าระวังภาวะหัวใจ

เต้นผิดจังหวะ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อนของผู้ป่วย สังเกตอาการของภาวะต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ เช่น มีไข้ กระจกกระสาย เหงื่อออก เหนื่อยง่าย ใจสั่น เป็นต้น

ประเมินผล ไม่เกิดอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วได้ 139 - 178 mg% ไม่เกิดอาการของภาวะต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

พฤติกรรม ขณะเจ็บป่วยมีญาติมาเยี่ยมทุกวัน และซักถามอาการของผู้ป่วยทุกครั้งที่มาเยี่ยม หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล

การปรับตัว ไม่มีประสิทธิภาพ

สิ่งเร้าตรง การรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย

สิ่งเร้าร่วม การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ ลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติ

การพยาบาล ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการอาการแสดงของโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง อธิบายความจำเป็นในการส่งต่อไปโรงพยาบาลซึ่งมีศักยภาพในการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ

ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติพูดคุยโต้ตอบแสดงความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและการไปรักษาต่อ

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

พฤติกรรม ผู้ป่วยมีหน้าที่ทำอาหารให้สมาชิกในครอบครัวรับประทาน มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวเป็นประจำ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

พฤติกรรม สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี และดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ

การปรับตัว มีประสิทธิภาพ

ผลของการให้การพยาบาลตามปัญหาการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ พบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น สามารถย้าย

ออกจากห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมไปดูแลต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและแพทย์ส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลยันฮี เพื่อรับการสวนหลอดเลือดหัวใจและพิจารณาการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจถ้าพบว่ามีการอุดตัน รวมระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 9 วัน

การติดตามหลังการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ ผู้ป่วยได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ พบว่า 70% Stenosis of Proximal Left Anterior Descending (LAD) และ 90% of Distal LAD ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดด้วยการใส่ขดลวดที่ Proximal and Distal LAD หลังการรักษาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้านพร้อมมารับประทานต่อเนื่อง และให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

วิจารณ์

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะแทรกซ้อนหัวใจล้มเหลว จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรีบด่วนโดยเฉพาะปัญหาการปรับตัวด้านออกซิเจน เนื่องจากมีแนวโน้มเสียชีวิตสูง การประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาใช้ในการพยาบาล ทำให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุมองค์รวม ระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างมีเอกภาพ คือ มีลักษณะเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลอย่างชัดเจน⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการนำความรู้

จากทฤษฎีการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล เพื่อสามารถแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมากขึ้น

2. ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลนำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการติดตามผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยเป็นระยะๆ และให้การช่วยเหลือได้ทันเวลา

สรุป

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ การวินิจฉัยโรคด้วยความรวดเร็วและถูกต้องเพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือในภาวะวิกฤตได้ทันเวลาที่ จึงทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย และสามารถปรับตัวได้ เพื่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์วิรุฬห์ พรพัฒน์กุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่อนุญาติให้จัดทำเอกสารวิชาการฉบับนี้ คุณปราณี เทียมบุญประเสริฐ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่ให้คำปรึกษาและแนวทางการจัดทำ ขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Lukkariinen, H. & Lukkariinen, O. Sexual Satisfaction among Patients after Coronary Bypass Surgery or Percutaneous Transluminal Angioplasty: Eight-year Follow-up. Heart Lung 2007;4:262-9.
2. เกรียงไกร เสงรัตมี. สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST Elevation ในประเทศไทย. ใน: เกรียงไกร เสงรัตมี และ กนกพร แจ่มสมบุรณ์, บรรณาธิการ. มาตรฐานการรักษากลับชีพผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2555. 1-3.
3. King, K.B. & McGuire, M.A. Symptom Presentation and Time to Seek Care in Women and Men with Acute Myocardial Infarction. The Journal of Acute and Critical Care 2007;4:235-42.

4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2547-2551. [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://bps.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=50>.
5. เฉลียว ปิยะชน. หลอดเลือดแข็งตีบตันป้องกันได้. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพ;2551.
6. รัญญา อุทิศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. บัณฑิตทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2554;2:31-43.
7. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. สถิติผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดปี 2553-2556.
8. Roy, C. & Andrews, H. A. The Roy's Adaptation Model. 2nd ed. Stamford: Appleton & Lange; 1999.
9. Reid CL. Poor agreement between continuous measurement of energy expenditure and routinely used prediction equations in intensive care patients. Clinical Nutrition 2007;5,649-57.
10. Logan, M. The Roy Adaptation model: Nursing diagnosis amenable to independent nurse functions. Journal of Advance Nursing 1990;15:470.