

# โรงพยาบาลหนองคาย

## วิธีปฏิบัติ

เลขที่ NK-WI-MAN MED-004

เรื่อง แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย ACS

	ชื่อ-สกุล	ลายมือชื่อ	วัน เดือน ปี
จัดเตรียมโดย	นางกัญญ์ณัฐ พรหมเพชร		
ทบทวนโดย	นายสมศักดิ์ ชัยจันทร์		
อนุมัติโดย	นางณฤดี ทิพย์สุทธิ		

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับที่ A	หน้า 2/10
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ NK-WI-MED-004	วันที่บังคับใช้	
เรื่อง แนวทางทางการพยาบาลผู้ป่วย ACS		

ตารางการแก้ไข

แก้ไขครั้งที่ (วันที่เริ่มบังคับใช้)	รายละเอียดที่แก้ไข / เหตุผลที่แก้ไข	จัดเตรียมโดย	ทบทวนโดย	อนุมัติโดย
แก้ไขครั้งที่ 0 (16 ตุลาคม 2563)	ออกฉบับใหม่ครั้งแรก	นางกัญญ์ณัฏฐ์ พรหมเพชร	นายสมศักดิ์ ชัยจันทร์	นางณฤดี ทิพย์สุทธิ
แก้ไขครั้งที่ 1 (24 กุมภาพันธ์ 2565)	แก้ไขการ assign ผู้รับผิดชอบกิจกรรมการ พยาบาล	นางกัญญ์ณัฏฐ์ พรหมเพชร	นายสมศักดิ์ ชัยจันทร์	นางณฤดี ทิพย์สุทธิ

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับที่ A	หน้า 3/10
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ NK-WI-MED-004	วันที่บังคับใช้	
เรื่อง แนวทางทางการพยาบาลผู้ป่วย ACS		

**๑. วัตถุประสงค์**

- 1) เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย ACS ได้ถูกต้อง รวดเร็ว
- 2) เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS

**๒. นโยบาย**

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS ฉบับนี้ ใช้ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองคายเท่านั้น

**๓. ขอบเขต/กลุ่มเป้าหมาย**

ผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

**๔. คำจำกัดความ**

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือ Acute Coronary Syndrome (ACS) หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นขณะพัก (Rest angina) นานกว่า 20 นาที โดยมีลักษณะบ่งชี้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน จัดเป็นภาวะที่เป็นอันตรายมากของระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากมีอัตราการตายและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้สูง โดยมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันจากการแตกของคราบไขมันร่วมกับมีลิ้มเลือดอุดตัน (atheromatous plaque) ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงอย่างมาก หรือหยุดชะงักทันที แบ่งออกเป็น

1. Non-ST elevation acute coronary syndrome มี 2 ชนิดคือ
  - 1) Non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI)
  - 2) Unstable angina (UA)
2. ST-elevation myocardial infarction (STEMI)

**๕. หน้าที่ความรับผิดชอบ**

แพทย์เวร หมายถึง แพทย์ผู้รับผิดชอบด้านการรักษาขณะเกิดเหตุการณ์

แพทย์เจ้าของไข้ หมายถึง แพทย์ผู้รับผิดชอบด้านการรักษาผู้ป่วยเฉพาะราย

พยาบาลเจ้าของ cell หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยใน cell ที่รับผิดชอบ จัดให้มีการบริการพยาบาลที่คุณภาพต่อผู้ให้บริการ

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หมายถึง ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นสมาชิกทีม เพื่อให้มีการบริการพยาบาลเบื้องต้น

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับที่ A	หน้า 4/10
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ NK-WI-MED-004	วันที่บังคับใช้	
เรื่อง แนวทางทางการพยาบาลผู้ป่วย ACS		

## ๖. แนวทางปฏิบัติ

- 6.1 RN เจ้าของ cell ประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทันที และจัดให้อนอนพัก เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการ ดังนี้ เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหงื่อออก เป็นลม หหมดสติ เฉียบพลัน และชักประวัติผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอก Angina pectoris (anginal pain) ดังนี้
- 1) ตำแหน่งที่เจ็บ
  - 2) ลักษณะของการเจ็บ
  - 3) เจ็บร้าวหรือไม่
  - 4) ทำอะไรจึงเจ็บออก
  - 5) ระยะเวลาที่เจ็บออก
  - 6) อาการร่วม
  - 7) Anginal equivalent symptoms เช่น ออกแรงแล้วเหนื่อยเพลีย
- 6.2 RN เจ้าของ cell ประเมินและบันทึกระดับความรุนแรงของอาการด้วย pain scale (0-10) ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว
- 6.3 NA วัด V/S, O2 Sat ทันที
- 6.4 RN เจ้าของ cell ประเมินสัญญาณชีพ, O2 Sat, ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง มีประวัติสูบบุหรี่ ประวัติโรคหัวใจ อายุ > 45 ปีในผู้ชาย หรือ อายุ > 55 ปีในผู้หญิง
- 6.5 RN เจ้าของ cell ทำ ECG 12 Leads ทันที และ on monitor EKG
- 6.6 RN เจ้าของ cell รายงานแพทย์ทันทีหลังประเมิน
- 6.7 RN เจ้าของ cell ให้ O2 canular 3L/M และบอกให้ผู้ป่วย bed rest
- ❖ **กรณี STEMI Fast Track** ปฏิบัติตาม CPG STEMI Fast Track ดังนี้
- 6.8 RN เจ้าของ cell ช่วยแพทย์ในการตรวจร่างกาย สังเกตอาการและชักประวัติที่จำเพาะของโรคหัวใจขาดเลือด รวมทั้งประเมินข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการได้ยาละลายลิ่มเลือด และระดับความรู้สึกตัว ให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติเรื่องโรค การรักษา

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับที่ A	หน้า 5/10
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ NK-WI-MED-004	วันที่บังคับใช้	
เรื่อง แนวทางทางการพยาบาลผู้ป่วย ACS		

- 6.9 กรณี ST elevated II, III, aVF RN member 1 ทำ ECG เพิ่ม V3R, V4R ตามแผนการรักษา
- 6.10 NA วัดความดันโลหิตแขนซ้าย-ขวา เปรียบเทียบแยกออกจากโรค Thoracic Aortic Aneurysm (TAA)
- 6.11 RN member 2 ให้ 0.9% NSS 1000 cc. KVO ตามแผนการรักษา
- 6.12 RN member 2 เจาะ Lab: CBC, BUN, Cr, E'lyte, DTX, Troponin-T stat then อีก 4 hrs. ถ้าผลครั้งแรก - ve
- 6.13 RN เจ้าของ cell ส่ง CXR ตามแผนการรักษา
- 6.14 RN เจ้าของ cell ให้ยาตามแผนการรักษาดังนี้ ASA gr. v 1 tab เคี้ยวกลืน, Plavix (75) 4 tabs  $\odot$  stat, Isordil (5) 1 tab SL prn
- 6.15 RN เจ้าของ cell ให้ NTG 10 mg+ 0.9% NSS 100 ml (1:10) v drip เริ่ม 10 cc/hr เพิ่มทีละ 3-5  $\mu$ drop/min ทุก 15 นาทีจนกว่าไม่มี chest pain และให้ hold NTG และ notify ถ้า BP<90/60 mmHg ตามแผนการรักษา
- 6.16 RN เจ้าของ cell ให้ Morphine 3-5 mg dilute iv slow push prn for chest pain ตามแผนการรักษา
- 6.17 RN เจ้าของ cell ส่งเวรต่อให้เจาะ FSB, Lipid profile ตอนเช้าวันรุ่งขึ้น
- 6.18 กรณีแพทย์สั่งให้ยา Streptokinase (มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกทันที น้อยกว่า 12 ชม./ไม่มีข้อห้าม) ปฏิบัติดังนี้
- 1) RN เจ้าของ cell ร่วมกับแพทย์ซักประวัติข้อห้ามในการให้ยา streptokinase (SK)
  - 2) RN เจ้าของ cell ให้ข้อมูลการรักษาร่วมกับแพทย์และให้ผู้ป่วย/ญาติเซ็นใบยินยอมให้ยา SK
  - 3) RN เจ้าของ cell ประสานเภสัชกร pop up ยา SK และเบิกยา SK
  - 4) RN เจ้าของ cell ผสมยา SK โดยตัวทำละลายที่ใช้ได้ คือ 0.9 % NSS, D5W (แนะนำ 0.9 % NSS) ที่งสารละลายหากเกิดการจับตัวเป็นก้อนขนาดใหญ่ (flocculation) สารละลายที่เจือจางแล้วเก็บได้นาน 24 ชั่วโมง ที่ 2-8 องศาเซนเซียส
  - 5) RN เจ้าของ cell ให้ Hydrocortisone 100 mg iv ก่อนให้ SK ตามแผนการรักษา
  - 6) RN เจ้าของ cell ให้การพยาบาลและการติดตามอาการขณะให้ยา streptokinase (SK) ดังนี้

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับที่ A	หน้า 6/10
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ NK-WI-MED-004	วันที่บังคับใช้	
เรื่อง แนวทางทางการพยาบาลผู้ป่วย ACS		

- แยกสาย IV สำหรับให้ SK ต่างหาก
- ก่อนให้ SK ให้หยุดการให้ heparin และทำ baseline ของ TT, APTT, PT, Hct และ Plt ก่อน และหากค่า TT และ APTT น้อยกว่า 2 เท่าของค่าปกติ ให้ชะลอการให้ SK ไว้ก่อน
- ระหว่างให้ SK เช็คค่า TT ทุก 3-4 ชั่วโมง และค่า TT ต้องมากกว่าหรือเท่า 2 เท่าของค่าปกติ
- ประเมิน bleeding ทุก 15 นาทีของชั่วโมงแรกที่ให้ SK, ทุก 30 นาทีเมื่อชั่วโมงที่ 2-8 หลังจากนั้นดูทุก 8 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยหลังได้รับยา อาจเกิดภาวะ post thrombolytic bleeding ได้ภายใน 2-4 วันหลังได้รับ SK ให้ติดตามดู vital sign รวมถึง lab ที่จะช่วยยืนยันว่าการแข็งตัวของเลือดเข้าสู่ภาวะปกติแล้ว
- รายงานแพทย์เมื่อมีอาการดังนี้ เลือดออกตามไรฟันและเหงือก เลือดกำเดาไหล มีห้อเลือด ชีพจรเต้นเร็วขึ้น มี Hematoma เพราะมีโอกาสที่จะทำให้เกิด serious bleeding ซึ่งต้องหยุดให้ SK และเมื่อ bleeding หยุดจึงจะเริ่มใหม่
- เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต + 25 mmHg ให้หยุดยา SK
- ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ dyspnea, urticarial และ pruritus และอาการข้างเคียงจากการให้ยาที่พบบ่อย (> 10 %) ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ, ภาวะเลือดออก, หลอดลมหดตัว, หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ นอกจากนี้ยังอาจพบภาวะอื่นๆ (< 1 %) ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มีไข้ ร้อนวูบวาบ (Flushing) เหงื่อออก ผื่นคัน ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

7) RN เจ้าของ cell ทำ EKG complete lead หลังจาก เริ่มให้ SK 90 นาที หรือตามแผนการรักษาของแพทย์

6.19 RN เจ้าของ cell ประเมินติดตาม V/S, I/O ตามแผนการรักษา

6.20 RN เจ้าของ cell ดูแลการได้รับอาหารจัด ไขมันต่ำ/หรือตามแผนการรักษา

6.21 refer ผู้ป่วย ไปทำ CAG รพศ.อุดรฯ ตามแผนการรักษา

6.22 ประสาน cardiac rehabilitation ตามแผนการรักษา

6.23 ส่งต่อ COC ใน STEMI ที่ให้ SK

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับที่ A	หน้า 7/10
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ NK-WI-MED-004	วันที่บังคับใช้	
เรื่อง แนวทางทางการพยาบาลผู้ป่วย ACS		

❖ การพยาบาล NSTEMI ปฏิบัติตาม CPG NSTEMI ดังนี้

- 6.24 RN เจ้าของ cell ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ได้แก่ วัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด ปริมาณปัสสาวะ รายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ
- 6.25 RN เจ้าของ cell ช่วยแพทย์ในการตรวจร่างกาย สังเกตอาการและชั่งประวัติ
- 6.26 RN เจ้าของ cell นำใบ standing order ให้แพทย์สั่งการรักษา ประเมิน GRACE risk score
- 6.27 RN เจ้าของ cell เจาะ Lab: CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, E'lyte, Ca, Mg, Alb, Anti-HIV, , Troponin-T stat then อีก 3 hrs.
- 6.28 RN เจ้าของ cell ทำ ECG 12 Leads
- 6.29 RN เจ้าของ cell ส่ง CXR ตามแผนการรักษา
- 6.30 RN เจ้าของ cell ให้ 0.9% NSS 1000 cc. 40 cc/hr. แขนซ้าย ตามแผนการรักษา
- 6.31 RN เจ้าของ cell ให้ O2 canular 3L/M ถ้า O2 sat < 90%
- 6.32 RN เจ้าของ cell ให้อาตามแผนการรักษาดังนี้ ASA gr. v 1 tab เคี้ยวกลืน stat, Clopidogrel (75) (โดยถ้าผู้ป่วยอายุ > 75 ปี ให้ 1 tabs ○ stat, อายุ < 75 ปี ให้ 4 tabs ○ stat)
- 6.33 RN เจ้าของ cell สังเกตอาการเจ็บหน้าอก ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกประเมิน pain core รายงานแพทย์ทันที
- 6.34 RN เจ้าของ cell สังเกต การมี bleeding จากการได้รับยา Anticoagulants/Antiplatelet ถ้ามี รายงานแพทย์
- 6.35 RN เจ้าของ cell ประสานส่งเวรต่อให้เวรตึก เจาะ Lab วันรุ่งขึ้น ดังนี้ : FBS, Lipid profile, Hct
- 6.36 RN เจ้าของ cell ติดตามการประเมิน Dtx ac + hs (keep 80-180 mg/dl)
- 6.37 RN เจ้าของ cell ประเมินติดตาม V/S, I/O ตามแผนการรักษา
- 6.38 RN เจ้าของ cell ดูแลการได้รับอาหารของผู้ป่วยตามแผนการรักษา
- 6.39 RN เจ้าของ cell consult Cardiologist ตามแผนการรักษา
- 6.40 RN เจ้าของ cell refer ผู้ป่วย ไป รพศ.อุดรฯ ตามแผนการรักษา

โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับที่ A	หน้า 8/10
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ NK-WI-MED-004	วันที่บังคับใช้	
เรื่อง แนวทางทางการพยาบาลผู้ป่วย ACS		

#### ❖ การพยาบาล UA

- 6.41 RN เจ้าของ cell ประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ ได้แก่ ประเมินอาการเจ็บหน้าอก วัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด ปริมาณปัสสาวะ รายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ
- 6.42 RN เจ้าของ cell เตรียมรถ emergency และ defibrillation ให้พร้อมใช้
- 6.43 RN เจ้าของ cell ให้ O2 canular 3L/M ถ้า O2 sat < 90% ตามแผนการรักษา
- 6.44 RN เจ้าของ cell ดูแลให้ผู้ป่วย absolute bed rest
- 6.45 RN เจ้าของ cell ทำ ECG 12 Leads ตามแผนการรักษา
- 6.46 RN เจ้าของ cell ส่ง CXR ตามแผนการรักษา
- 6.47 RN เจ้าของ cell เจาะ Lab ตามแผนการรักษา
- 6.48 RN เจ้าของ cell แลกการได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
- 6.49 RN เจ้าของ cell ติดตามผล EKG, CXR, Lab ตามแผนการรักษา
- 6.50 RN เจ้าของ cell ประเมินติดตาม V/S, I/O ตามแผนการรักษา
- 6.51 RN เจ้าของ cell ดูแลการได้รับอาหารของผู้ป่วยตามแผนการรักษา
- 6.52 RN เจ้าของ cell consult Cardiologist ตามแผนการรักษา

#### ปัญหาการพยาบาล

- 1) ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง
- 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- 3) เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง
- 4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกเนื่องจากได้รับยา anticoagulant
- 5) อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ
- 6) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลับซ้ำเนื่องจาก....
- 7) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากไม่เข้าใจและขาดความรู้ในการดูแลตนเอง



โรงพยาบาลหนองคาย	ฉบับที่ A	หน้า 9/10
ระเบียบปฏิบัติเลขที่ NK-WI-MED-004	วันที่บังคับใช้	
เรื่อง แนวทางทางการพยาบาลผู้ป่วย ACS		

#### ๗. เครื่องชี้วัดคุณภาพ

1. อัตราตาย ACS, อัตราตาย STEMI, อัตราตาย NSTEMI, อัตราตาย UA
2. ร้อยละคะแนนประเมินทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย
3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนในโรงพยาบาล
4. อุบัติการณ์ delayed Tx./รายงานแพทย์ล่าช้า
5. ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา SK ได้รับการส่งต่อ COC

#### ๘. เอกสารอ้างอิง

1. \_\_\_\_\_. (2560). แนวทางดูแลผู้ป่วย STEMI. โรงพยาบาลหนองคาย.
2. \_\_\_\_\_. (2564). แนวทางดูแลผู้ป่วย NSTEMI. โรงพยาบาลหนองคาย.
3. พัฒนพร สุปินะ, นัตดา นาวุฒิ.คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ งานการพยาบาล อายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2558. (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://www.med.nu.ac.th/dpMed/> (22 มกราคม 2563)
4. สมคิด เผ่าผา. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว. (ออนไลน์). สืบค้นจาก <http://1.179.217.202/Journal/file/5f62eb797ffa3.pdf> (15 มกราคม 2563)

#### ๙. ภาคผนวก

##### ข้อห้ามในการให้ยา streptokinase (SK) มีดังนี้

- Active bleed -เนื้องอกในสมอง
- Ischemic stroke ภายใน 3 เดือน -มีประวัติเลือดออกในสมอง
- สงสัย aortic dissection, BP แขน 2 ข้างต่างกันเกิน 20 mmHg
- อุบัติเหตุศีรษะและใบหน้าอย่างรุนแรงภายใน 3 เดือน
- มีประวัติผ่าตัดใหญ่ ภายใน 3 สัปดาห์
- Active peptic ulcer ได้แก่ UGIB หรือส่องกล้องพบ Ulcer
- BP > 180/110 mmHg หรือ SBP < 90
- ตั้งครรภ์
- เคยได้ streptokinase (SK) -Cardiogenic shock, CHF, Heart block
- CPR (chest compression) > 10 นาที