

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีภาวะโรคร่วม หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (PCI) : กรณีศึกษา

ณภัทรา เสถียรจิตติพงศ์  
โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว

### บทคัดย่อ

**ที่มาของปัญหา :** โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (CAD) เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพระดับโลกและของประเทศไทย สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ของ รพ.ลาดหลุมแก้ว ปี 2564-2566 จำนวน 23, 24 และ 33 คน ตามลำดับ ร้อยละ 90 ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (PCI) เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนมีขีดความสามารถไม่เพียงพอ ด้านอุปกรณ์ สถานที่ และบุคลากรเฉพาะทางด้านโรคหัวใจ จึงต้องส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักเอกชน และโรงพยาบาลแม่ข่ายภาครัฐที่มีความพร้อมมากกว่า จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน ประสบปัญหาการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล กลัวความตายที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ประกอบกับหน่วยงานมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ป่วยนอก จึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีภาวะโรคร่วม หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (PCI)

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาและพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีภาวะโรคร่วม หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (PCI)

**รูปแบบการศึกษา:** เป็นกรณีศึกษา แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 1 ราย ระหว่างเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2566

**ผลการศึกษา :** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี เจ็บหน้าอกด้านซ้าย เหนื่อย วูบ 2 ชม. ก่อนมา Hx : HT, DLP, Spinal stenosis, CAD ทำ PCI 2 เส้น Dx : Chest pain, CAD ข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาล 1) เสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง 3) มีภาวะเครียด วิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วย การพยาบาลระยะกลับบ้าน 1) เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง 2) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 3) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 4) ขาดพลังอำนาจในการดูแลตนเองและจัดการกับภาวะโรคที่เป็นอยู่

**สรุป :** การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีภาวะโรคร่วม หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (PCI) ผู้ศึกษานำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) มาประยุกต์ใช้ในการจัดระบบการพยาบาล สิ่งที่ต้องเน้นย้ำคือ การรับรู้ เข้าใจการดำเนินของโรค การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญมากเพราะจะนำมาซึ่งการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถป้องกันการเกิดโรครุนแรงซ้ำและลดภาวะแทรกซ้อนได้ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลในทุกระยะของการเจ็บป่วย จำเป็นต้องมีสมรรถนะเฉพาะทาง โดมนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** การพยาบาล, โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี, การขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (PCI)

## บทนำ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease : NCDs) เป็นปัญหาที่มีผลกระทบในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่งผลคุกคามต่อภาวะสุขภาพของประชาชน และการพัฒนาประเทศทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่ากลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs ในปี 2018 เท่ากับ 427.40 ต่อประชากรแสนคน (ภูติทิ เตชาดิวัฒน์, 2566) กลุ่มโรค NCDs ที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง โดยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 6.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (American Health Association, 2018) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 5,862 คน ร้อยละ 9.50 (HDC, 2566) อัตราการเสียชีวิต 32-33 คนต่อประชากร 1,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) รายงานของจังหวัดปทุมธานี พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 359, 431 และ 450 คน ตามลำดับ (HDC, 2566) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary artery disease, CAD) หรือโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, ไขมันในเลือดสูง, การสูบบุหรี่เป็นประจำ, และมีภาวะอ้วน (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) (กรมควบคุมโรค, 2562) การเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับโรคอ้วน ร้อยละ 70 (Faulkner JL, Chantemele EJ, and Belin D, 2018) โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระ อาจส่งผลเร่งให้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น (ศรีพร รอดแก้ว, 2564) แต่หากผู้ป่วยได้รับการประเมิน วินิจฉัยและได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้เป็นอย่างมาก จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว ปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 8,576, 9,150, 8,879 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 4020, 4,350, 4,234 คน ขึ้นทะเบียนและได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ซึ่งเป็นการนำปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมาคิดเป็นคะแนน โดยใช้โปรแกรม Thai CVD Risk Score พบผู้ป่วยที่มีค่า CVD Risk > 20% จำนวน 91, 71 และ 130 คน คิดเป็นร้อยละ 0.72, 0.53, 0.99 ตามลำดับ (PTE HDC service, 2566) จากสถิติแสดงให้เห็นว่าประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น และจากสถิติปี พ.ศ. 2564-2566 โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว มีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินจำนวน 23, 24 และ 33 คน พบเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเอดส์ร่วมด้วย จำนวน 12, 12, 17 คน คิดเป็นร้อยละ 52.17, 50.00, 48.48 ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการประเมิน CVD Risk และพบว่าผู้ป่วยมีค่า CVD Risk > 20% จำนวน 10, 9, 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.47, 37.50 และ 39.39 ตามลำดับ (PTE HDC service, 2566) มีทั้งผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และพบผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

ที่สุดคือ 20 ปี ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะอ้วน ผู้ป่วยที่มารักษามีทั้งที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่ตรวจพบโดยบังเอิญ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ทั้งที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการ บางครั้งตรวจพบอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการรักษาโรคอื่นๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด โรคกระเพาะอาหาร โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (CAD) เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถึงแม้ในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาช่วยในการรักษาผู้ป่วย ทำให้มีความปลอดภัยมากขึ้น แต่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อควบคุมอาการความรุนแรงของโรคลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตาย ซึ่งการรักษาผู้ป่วยมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค เช่น การรักษาโดยการใส่ยา การรักษาโดยการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจหรือการทำบายพาส การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และขดลวด เพื่อทำให้หลอดเลือดหัวใจที่อุดตัน หายอุดตันโดยเร็วที่สุด ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว ในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมที่เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

เนื่องจากโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 30 เตียง มีขีดความสามารถไม่เพียงพอในหลายด้าน ทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ สถานที่ และไม่มีบุคลากรเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อพบผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติมีอันตรายถึงชีวิต จะมีระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักเอกชน และโรงพยาบาลแม่ข่ายภาครัฐที่มีความพร้อมมากกว่า เมื่อได้รับการทำหัตถการเรียบร้อยแล้วผู้ป่วยจะนอนพักในโรงพยาบาล 1 วัน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับบ้านได้ เมื่อกระบวนการรักษาเสร็จสิ้น ผู้ป่วยต้องกลับมาอยู่ที่บ้านและรับรู้ตัวตนเองป่วยเป็นโรคหัวใจ ซึ่งคำว่า โรคหัวใจในความเข้าใจของประชาชนทั่วไป และความเชื่อที่ถูกฝังรากลึกมาเป็นระยะเวลายาวนาน คือโรคที่เป็นอันตราย โรคร้ายแรง เมื่อป่วยแล้วไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ สามารถเสียชีวิตได้ตลอดเวลา ทำให้ส่งผลกระทบต่อในหลายๆ ด้าน ผู้ป่วยและครอบครัวมักประสบปัญหาความไม่พร้อมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง รู้สึกไม่มั่นใจในการดำเนินชีวิตต่อจากนี้ ขาดพลังอำนาจในการดูแลตนเอง และการจัดการกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค อาการ การจัดการอาการที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ขาดความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพของตนเอง มีความคิดที่ยังเร็วเกินไปในการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่กล้าขยับร่างกายเนื่องจากกลัวอาการของโรคกำเริบ กลัวขดลวดที่ฝังอยู่ในหัวใจทะลุ กลัวความตายที่อาจเกิดขึ้น และนอกจากนี้ยังต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การกลับไปทำงานในอาชีพของตนเอง รวมถึงข้อมูลแหล่งสนับสนุน ให้คำปรึกษาการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทางหน่วยงานมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ยังไม่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วย ระบบการส่งต่อ การประสานงานภายในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาล การติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ยังมีความต่อเนื่องไม่เพียงพอ ระบบสารสนเทศทางสุขภาพ ในการเชื่อมโยงข้อมูลและการใช้ประโยชน์ยังขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นโรคที่มีความซับซ้อนของปัญหาหลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจโดยเฉพาะด้านจิตใจ และผู้ป่วยอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากบุคคลธรรมดาเป็นบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยซึ่งได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และต้องมีขดลวดฝังอยู่ในหลอดเลือดหัวใจไปตลอดชีวิต เป็น

หัตถการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามันกลัวและทำให้เกิดความวิตกกังวล อีกทั้งบทบาทหน้าที่ในครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไป เช่น บทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้นำของครอบครัว และเป็นผู้หารายได้หลักเลี้ยงครอบครัว ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลงจนอาจว่างงาน ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทั้งค่ารักษาพยาบาลค่าเดินทาง จนอาจท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย สูญเสียคุณค่าในตนเอง ในสุดท้ายผู้ป่วยอาจขาดการติดต่อกับสังคมเก็บตัว และแยกตัวในที่สุด

ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะเฉพาะทาง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อน ระหว่าง และหลังการได้รับการทำหัตถการโดยใช้กระบวนการพยาบาล บทบาทในการให้ความรู้เรื่องโรค แผนการรักษา การดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ให้การบริการแผนกผู้ป่วยนอก จึงเป็นผู้มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในทุกๆ ระยะของการเจ็บป่วย โดยนำแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีภาวะโรคร่วม หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (PCI) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีชีวิตที่ยืนยาวและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี เริ่มตั้งแต่มาโรงพยาบาล ระหว่างอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับบ้าน สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้เกิดหรือมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ดำรงชีวิตอยู่กับโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงเดิมมากที่สุด

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาและพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีภาวะโรคร่วม หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (PCI)

### วิธีการดำเนินการศึกษา

1) คัดเลือกผู้ป่วยโรค จำนวน 1 ราย จากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลเพื่อศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษา ปัญหาของผู้ป่วยนำมาวางแผนให้การพยาบาล 2) ศึกษาค้นคว้า เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากหนังสือตำรา เอกสารวิชาการ ขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความชำนาญ/และแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา หาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล 3) รวบรวมข้อมูลประวัติจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว 4) ประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพในการประเมินภาวะสุขภาพ 5) ใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้นำมารวบรวม วิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามแผน 6) ประเมินผลสรุปบทเรียนจากการศึกษา 7) เรียบเรียงเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง แก้ไขเผยแพร่ผลการศึกษา

### พยาธิสภาพการรักษและการพยาบาลที่สำคัญ

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและอาการของโรคทรุดลง แบ่งเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ มี 2 ปัจจัย ดังนี้ (พัฒนาพร สุปินะและนัดดา นาวุฒ, 2558)

1) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ระดับความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานานส่งผลให้หลอดเลือดหัวใจหนาและแข็งตัว ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต >140/90

mmHg. หรือผู้ที่มีความดันโลหิตตัวล่าง > 90 mmHg. พบมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี และเกิดการเสียชีวิตอย่างกะทันหันหันได้สูงถึง 2 เท่า บุคคลที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีโอกาสเสียชีวิตจากหัวใจวายถึง 60-70% (ปริษา เอื้อโรจนอังกูร, 2553) หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ โอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดย่อมสูงขึ้น นอกจากนี้ภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Artherosclerosis) พบเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดตีบ ตัน ได้แก่ ระดับไขมันคอเลสเตอรอลรวม (Total blood cholesterol) ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) และไขมัน HDL ซึ่งตรวจวัดได้จากการตรวจระดับไขมันในเลือด โดยพบว่าระดับ Cholesterol ในเลือดสูง  $\geq 200$  mg/dl ขึ้นไปเป็นปัญหาต่อหลอดเลือด ขณะที่ Triglycerides ในเลือดสูง  $\geq 150$  mg/dl ภาวะ HDL- C < 40 mg/dl ในเพศชาย และ < 50 mg/dl ในเพศหญิงเช่นเดียวกับโรคเบาหวาน ทำให้เกิดการทำลายของหลอดเลือดแดง โดยเฉพาะหลอดเลือดขนาดกลางและเล็ก ระดับน้ำตาลในเลือด > 126 mg/dl พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึง 4-5 เท่า และภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ พบว่าถ้าค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น  $\geq 25$  และผลการวัดรอบเอวตามมาตรฐานได้สูง  $\geq 80$  cm. ในผู้หญิง และ 90 cm. ในผู้ชายจะมีผลต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 3-5 เท่านอกจากการมีโรคประจำตัวอื่นๆ รวมด้วยแล้ว ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่, พฤติกรรมการบริโภคอาหารกินพอสี ไม่ได้สัดส่วน การบริโภคผัก ผลไม้ น้อย บริโภคอาหาร และผลิตภัณฑ์ที่มีน้ำตาลสูง ไขมันอิ่มตัว ไขมัน Trans fatty acids และ/หรือเกลือโซเดียม มีผลต่อการทำลายของหลอดเลือดทั่วร่างกาย, การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ผู้ที่มีการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายน้อยหรือไม่เคลื่อนไหวเลย เป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง, ความเครียด ทำให้มีการหลั่ง Catecholamine ไปกระตุ้น Sympathetic activity จึงเพิ่มการเกาะของเกร็ดเลือด เร่งกระบวนการแข็งตัวของเลือด เพิ่มการสะสมไขมัน เพิ่มความดันโลหิต และเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจความเครียด จึงเป็นปัจจัยในการกระตุ้นให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังติดต่อกันเป็นเวลานาน, การใช้ยาคุมกำเนิด, ลักษณะบุคลิกภาพแบบเอ คือ บุคคลที่มีลักษณะเอาจริงเอาจังกับงานมุ่งมั่นเคร่งเครียด และหงุดหงิดง่าย หวังในความสำเร็จมาก จึงเป็นผู้ที่มีภาวะเครียดได้ง่าย ซึ่งส่งผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้เช่นเดียวกับความเครียด (รัตพล อ่อนสนิท, 2566) 2) ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุ และเพศ เมื่ออายุมากขึ้นทำให้หลอดเลือดเสื่อม ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น โดยเฉพาะในเพศหญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน มีโอกาสเกิดโรคมากกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน, พันธุกรรมและระดับโฮโมซิสเตอีน (Homocysteine) ในเลือดสูงทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังต่อหลอดเลือด

#### **อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2558)**

1. อาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) ความรุนแรงขึ้นอยู่กับความถี่และขนาดของหลอดเลือด ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด กัดทับที่กลางอกหรือทรวงอกด้านซ้ายร้าวไปที่คอ ขากรรไกร กราม ไหล่ แบ่งเป็น 3 ชนิด (Black & Hawks, 2010) ได้แก่ 1.1) Stable angina เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นคงที่ โดยมีปัจจัยนำที่ทำให้เกิดอาการ เช่น การออกกำลังกาย อารมณ์โกรธ ความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกจะคงที่ไม่รุนแรงและเป็นไม่นาน อาการจะดีขึ้นเมื่อนอนพักหรืออมยาใต้ลิ้น 1.2) Chronic stable angina เป็นอาการไม่สบาย

ในทรวงอกเกิดจากการออกแรงมากหรือออกกำลังกายอย่างหนัก ซึ่งบ่งชี้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้นในขณะที่ออกแรง แต่เนื่องจากหลอดเลือดหัวใจมีการแข็งหรือตีบแคบ การไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอกับความต้องการจึงทำให้เกิดอาการ 1.3) Unstable angina เป็นอาการแน่นหน้าอกแบบไม่คงที่ แต่มีความรุนแรงนานกว่า 10 นาทีแต่ไม่เกิน 20 นาที มีความถี่ขึ้นเรื่อย ๆ จาก Chronic stable angina, 2. อาการเหงื่อออก ตัวเย็น, 3. อาการของการไหลเวียนเลือดไม่มีประสิทธิภาพ ในระยะแรกของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ชีพจรและความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (cardiac output) ลดลง

### การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แบ่งได้เป็น 3 แนวทาง ดังนี้

**แนวทางที่ 1 การรักษาด้วยยา** แบ่งเป็น 1.1. การรักษาด้วยยาลดอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Anti-anginal drugs) ดังนี้ 1.1.1) Anti-anginal drugs กลุ่มที่ออกฤทธิ์เพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ได้แก่ ยากลุ่ม Nitrate เช่น Isosorbide dinitrate, ยากลุ่ม Beta-blockers (BB) เช่น Propranolol, Metoprolol, Atenolol, Bisoprolol, ยากลุ่ม Calcium channel (CCB) เช่น Verapamil หรือ Diltiazem และ Ivabradine 1.1.2) Anti-anginal drugs กลุ่มที่ออกฤทธิ์เพื่อปรับเปลี่ยนการเผาผลาญพลังงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น Ranolazine, Trimetazidine 1.2 การรักษาด้วยยาเพื่อป้องกันการเกิด Cardiovascular events หลักการสำคัญคือ ให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Anti-platelet) และยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (Antithrombotic therapy) ได้แก่ 1.2.1) การให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Anti-platelet) และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) เป็นการรักษาหลักที่สำคัญ ยาในลำดับแรกที่เหมาะสมคือ Aspirin (81-100 mg.) หรือสามารถให้ Clopidogrel (75 mg.) ต่อวันในผู้ป่วยที่ทนผลข้างเคียงของ Aspirin ไม่ได้ หากผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อน หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิด Ischemic event ระดับปานกลางขึ้นไป โดยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกต่ำ อาจพิจารณาให้ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดควบคู่กับ Aspirin โดยสามารถเลือกได้ทั้ง Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor หรือ Rivaroxaban (ขนาดต่ำ 2.5 mg. วันละ 2 ครั้ง) 1.2.2) หากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Atrial fibrillation (AF) และมีความเสี่ยงต่อการเกิด Thromboembolism และมีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน Oral anticoagulant (OAC) แนะนำให้ใช้ Non-vitamin K Antagonist oral anticoagulant (NOACs) หรือ Vitamin K antagonist (VKA) โดยใช้ NOACs ก่อนหากไม่มีข้อจำกัดและเข้าถึงการใช้ NOACs กรณีที่ใช้ VKA ควรรักษาระดับ INR ให้อยู่ระหว่าง 2.0-2.5, Time in therapeutic range (TTR) > 70% ขึ้นไป รวมถึงการลดและป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับไขมัน LDL-C (สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2565)

**แนวทางที่ 2 การรักษาด้วยการทำหัตถการ** ได้แก่ 2.1) การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous transluminal coronary angioplasty : PTCA) เป็นการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยการใช้บอลลูนเพื่อขยายหลอดเลือดที่อุดตันจาก Fibrous plaque และสวนหัวใจด้วยบอลลูน (Double lumen ballon) 2.2) การขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (Percutaneous coronary intervention : PCI) เป็นวิวัฒนาการของการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยบอลลูน โดยการสอดสายสวนชนิดพิเศษเข้าไปในหลอดเลือด

หัวใจและฉีดสารทึบรังสี (Coronary Angiography; CAG) การใส่สายสวนชนิดพิเศษที่มีลูกโป่ง หรือ Ballon ติดอยู่ที่ปลายสวนแล้วทำให้บอลลูนขยายไปกดเบียดคราบไขมันให้แบนราบติดผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันแพทย์มักจะใส่ขดลวดตาข่าย (Stent) ค้ำยัน เพื่อถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ เสริมความแข็งแรงในการขยายหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และทำให้เกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจน้อยลง การขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน มีความเสี่ยงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น การแพ้สารทึบรังสีที่ใช้ในกระบวนการทำ, ไตมีปัญหากจากการขับสารทึบรังสีออกจากร่างกาย, การมีเลือดออก ติดเชื้อและปวดบริเวณที่ใส่สายสวน, หลอดเลือดได้รับความเสียหาย, การเกิดลิ่มเลือดอุดตันทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือเส้นเลือดในสมองตีบ, หลอดเลือดเกิดตีบขึ้นใหม่ และอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ (รพ.ศิริราชปิยมหาราชการุณย์, 2563)

**แนวทางที่ 3 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft, CABG)** เป็นการผ่าตัดรักษาเส้นเลือดหัวใจตีบ ผ่าตัดผ่านกระดูกหน้าอก (Sternum) ไปที่บริเวณหัวใจ ในระหว่างทำการผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการใส่ Heart lung machine คือ การผ่าตัดโดยใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมช่วย เพราะการผ่าตัดต้องให้หัวใจหยุดเต้น ซึ่งในปัจจุบันมีทั้งการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบใส่ Heart lung machine เรียกว่า On-pump CABG หรือ Conventional CABG หรือ Standard CABG ส่วนการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบไม่ใส่ Heart lung machine หรือ เรียกว่า Off-pump (OPCAB) และหลังการผ่าตัดผู้ป่วยบางรายอาจมีการใส่เครื่องพุงหัวใจ หรือเรียกว่า Intra-aortic balloon pump (IABP) (เกศศิริ วงษ์คงคำ และอรชума นากรณ์, 2559)

### บทบาทของพยาบาล

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยก่อนการตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจรักษา ดังนี้ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจงแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาล เช่น การประเมินภาวะสุขภาพ และการรักษาโรคเบื้องต้น ในเรื่องของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีค่า CVD Risk > 20% ในผู้ป่วยกลุ่มโรค NCDs การซักประวัติการเจ็บป่วยของผู้รับบริการและครอบครัว, ตรวจร่างกาย, ประเมินภาวะสุขภาพ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ, รวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกาย และผลจากห้องปฏิบัติการมาเป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค, จัดลำดับความสำคัญของปัญหา การประสานงานส่งต่อทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ด้านจิตใจอธิบายและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนไปรับการตรวจรักษา สนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญภาวะวิกฤติ เช่น การต้องไปตรวจ/ขยายหลอดเลือดหัวใจ การเข้าด้านเกร็ดเลือด สอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป, 2) ด้านวิชาการ ให้ความรู้ทั้งแก่พยาบาลประจำการด้วยวิธีการสอน และเพิ่มทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยศึกษาจากกรณีตัวอย่างผู้ป่วย (Case study), ถอดบทเรียน, วิเคราะห์ปัญหาและวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงให้สอดคล้องกับโรค และปัญหาความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยและญาติ ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลในการสอน ร่วมสอนบรรยาย สาธิตเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสอนให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา โดยการศึกษาค้นคว้าตำราหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น ฝังขดลวดในหลอดเลือดหัวใจ การใส่ยาชนิดใหม่ สอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติในการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองด้วยการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมให้เหมาะกับภาวะสุขภาพ โดยรู้จักการประเมินอาการและระดับความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้ การพัฒนาสื่อเทคโนโลยีการเรียนรู้ที่เกี่ยวกับโรค สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความทันสมัย เหมาะสม และน่าสนใจ, 3) ด้านการบริหารและจัดการ มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดและโครงการต่างๆ ในการพัฒนา งานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกำหนดนโยบายภายในหน่วยงานในการปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ให้มีคุณลักษณะการให้บริการเชิงรุก ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่เน้นการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน การประสานส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้พยาบาลเป็นผู้มีทักษะในการ ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ประสานร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

### ผลการศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ มาโรงพยาบาลด้วย อาการเจ็บหน้าอกด้านซ้ายทะลุไปด้านหลัง ร้าวไปแขนด้านซ้ายหน้ามิด วูบเวลาเปลี่ยนท่าหรือขยับตัว แต่ไม่หมดสติ 2 ชั่วโมงก่อนมา ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง 10 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง, โรคกระเพาะอาหาร 6 ปี ซ้ำยารับประทานเอง, โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal stenosis) 6 ปี, โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (CAD) 1ปี ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (PCI) 2 เส้น โดยเส้นแรก เดือนกุมภาพันธ์ 2566 เส้นที่ 2 เดือนเมษายน 2566 อาการแรกเริ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย นั่งบนรถเข็น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกทะลุหลัง ร้าวไป บริเวณแขนด้านซ้าย หลังจากทำหัตถการสวนหัวใจ (PCI) เส้นที่ 2 ประมาณ 6 เดือน ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก 3 ครั้ง แต่ไม่ได้มาโรงพยาบาล ครั้งนี้มีอาการเจ็บมากขึ้น Pain score 4 เหนื่อยเล็กน้อย สีหน้ามีความวิตกกังวล V/S T 37.1 °c, RR 22 bpm, HR 90 bpm, BP 128/73 mmHg, O<sub>2</sub> 96 %, ตรวจร่างกายตามระบบ สภาพทั่วไป: หญิงไทยผิวดำแดง สูง 155 ซม. น้ำหนัก 55 kg., BMI 22.92 ไม่มีภาวะช็อค ผิวหนึ่งแห่ง ความตึงตัวดี ศีรษะ ตา หู คอ จมูก ปกติ Lung clear , Heart No murmur แขนทั้ง 2 ข้างยกได้ปกติ มีอาการชาขา 2 ข้าง รู้สึกหนักบริเวณก้นร้าวลงขา เวลาลุกเดินหรือยืนนานๆ อาการดีขึ้นเมื่อนั่ง ขาอ่อนแรง Motor power grade 3 ทั้ง 2 ข้าง การวินิจฉัยโรค : Chest pain , CAD การประเมินภาวะสุขภาพ แบบแผนที่ 1) การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการใส่สายสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รับรู้ว่าเป็นโรคกระเพาะอาหาร และโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ ครอบครัวของผู้ป่วยรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพตนไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ไม่สามารถทำงานที่ต้องออกแรงเหมือนเดิมได้ จากปกติผู้ป่วยเป็นเหมือนผู้นำในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยทำให้มีข้อจำกัดทางกาย ทำให้เกิดภาวะเครียด แบบแผนที่ 2) โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาทานอาหารรสจัดเค็ม มัน เช่น แกงกะทิ น้ำพริก หมูทอด กระเทียม เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะโรคแผลในกระเพาะอาหาร ที่เกิดจากการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และอาหารรสจัด จึงทำให้มักมีอาการปวดจุก แน่นบริเวณลิ้นปี่ แบบแผนที่ 3) การขับถ่าย สามารถขับถ่ายได้เอง มีถ่ายแข็งบางครั้ง แต่ไม่เคยใช้ยาระบาย การกลั้นปัสสาวะอุจจาระ กลั้นได้เป็นบางครั้ง แบบแผนที่ 4) กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย หลังจากผู้ป่วยทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและมีขดลวดฝังอยู่ ทำให้กังวล ไม่กล้าขยับร่างกายมาก กลัวขดลวดทะลุ และบางครั้งมีอาการเจ็บหน้าอก จึงคิดว่าขดลวดที่ฝังหัวใจ และมีอาการ วูบ หน้ามิด เวลาลุกเปลี่ยนท่า จึงหยุดการปฏิบัติกิจกรรมทุกอย่าง ประกอบกับผู้ป่วยมี



ภาวะของโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ ซึ่งส่งผลให้มีอาการแสบร้อนบริเวณเอว เมื่อเดินมากๆ รู้สึกหนัก บริเวณสะโพกร้าวลงขาเวลาลุกเดิน หรือยืนนานๆ อาการดีขึ้นเมื่อนั่ง ซาซา เท้าทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรง ทำให้ ก้าวขาไม่ออก เดินไม่ได้ไกล แบบแผนที่ 5) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยนอนหลับวันละ 5-6 ชม. เข้านอน ประมาณ 19.00น. ตื่นนอน 24.00-03.00 น. มักตื่นกลางดึกบ่อยแล้วจะนอนหลับต่อไม่ได้ ผู้ป่วยปัญหาเรื่องการนอนหลับเนื่องจากอายุที่มากขึ้นเป็นอีกหนึ่งปัจจัยและความกลัว ความวิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยมัก เครียดครุ่นคิดเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ของตนเองและครอบครัวในช่วงเวลาเข้านอน ส่งผลกระทบทำให้นอนไม่หลับ ประกอบกับผู้ป่วยเข้านอนเร็ว นอนหลับช่วงกลางวัน 1-2 ชม.ซึ่งอาจส่งผลให้ช่วงกลางคืนนอนไม่หลับ แบบแผนที่ 6) สถิติปัญหาและการรับรู้ผู้ป่วยมีประสาทสัมผัสในด้านการมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่นชัดเจน การรับรู้รสและการสัมผัสสติความสามารถในการจำ เริ่มมีอาการหลงลืมบางครั้ง พุดซ้ำ และพุดเรื่องในอดีตบ่อยมากขึ้น การรับรู้บุคคลยังจำบุคคลได้ว่าเป็นใคร แต่บางครั้งลืมชื่อต้องใช้เวลาในการนึกนาน แบบแผนที่ 7) บทบาทการรับรู้ การรับรู้ปกติ ให้ความร่วมมือในการรักษา รับทราบอาการเจ็บป่วย รู้สึกความสามารถตนเองลดลงแบบฉับพลันไม่ทันตั้งตัว จากปกติเคยทำงานได้ตลอด แม้ต้องใช้ Walker หรือไม้เท้าช่วย แต่เมื่อป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้กลัวไม่กล้าขยับหรือทำงาน รู้สึกตนเองไร้ความสามารถ ไม่มีค่า ต้องพึ่งพาครอบครัวในการช่วยดูแลตลอด รู้สึกตนเองเป็นภาระให้กับครอบครัวเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายกับตนเองท้อแท้ ในบางครั้ง แบบแผนที่ 8) บทบาทและสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมีบุตร 3 คน บุตรคนโตเป็นผู้หญิง คนกลางและคนเล็กเป็นผู้ชายครอบครัวของผู้ป่วยเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิก 5 คน คือ ตัวผู้ป่วย สามี บุตรชายคนเล็ก สะใภ้ และหลานชาย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเสมือนผู้นำในครอบครัว การคิด การตัดสินใจจะอยู่ที่ผู้ป่วยเป็นหลัก เป็นผู้ที่รับผิดชอบหารายได้ให้ในครอบครัว ทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากินตลอดเวลาไม่ได้คิดในเรื่องการมาตรวจที่โรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกบทบาทการทำหน้าที่ของตนที่มีต่อครอบครัวลดลง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เช่นเดิม ทำให้รายได้ลด เกิดการแยกตัวจากสังคมเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวก ติดต่อบุคคลอื่นน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกายและภาวะสุขภาพความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วย มีภาวะเครียดในระดับสูง แบบแผนที่ 10) การปรับตัวและการเผชิญความเครียด ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเป็นคนที่มีความเครียดง่าย คิดมาก มีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากพื้นนิสัยเดิม ผู้ป่วยเป็นคนเจ้าระเบียบ เป็นคนละเอียด ถี่ถ้วน มั่นใจในตนเองสูง เอาจริงเอาจังกับงาน มุ่งมั่น ตรงเวลา คาดหวังในความสำเร็จมาก เพราะตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติได้ และสำเร็จเกือบทุกครั้ง แต่เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจ เครียดกลัวการอยู่คนเดียว กลัวการเสียชีวิต และวิตกกังวลกลัวการเป็นภาระของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุข รู้สึกทุกข์ใจเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวังในบางครั้ง แบบแผนที่ 11) ความเชื่อ ผู้ป่วยถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องกรรมเก่าในอดีตทำให้เกิดโรค เชื่อในการรักษาแผนปัจจุบันและแผนโบราณ

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. เสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด**

#### **ข้อมูลสนับสนุน**

S : ผู้ป่วยบอกว่าเจ็บหน้าอก ตื้อ หนาทๆ บางครั้งมีทะเลไปด้านหลัง เจ็บมาก มีแน่นหน้าอกบางครั้ง ใจสั่น วูบเหมือนหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรค 3 ครั้ง

O : Pain score 4/10, Hx: CAD 1 ปี ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 2 เส้น, ระยะเวลาการเจ็บหน้าอก 10 นาที

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจขาดเลือด

**เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก Pain score ลดลง, V/S อยู่ในเกณฑ์ปกติ, ผล EKG ไม่พบ ST Depress หรือ ST elevated หรือ ST inverted

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน V/S เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและอาการแสดงของภาวะ Cardiac shock เช่น อาการเหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
2. ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 Lead เพื่อเฝ้าระวังและติดตามการเต้นของหัวใจผิดปกติ
3. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก โดยประเมินตำแหน่งของอาการปวดร้าว ระยะเวลาปวด และระดับความปวด โดยใช้ Pain score เพื่อเฝ้าระวังและประเมินความรุนแรงของการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ
4. สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังการเหนื่อยที่อาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค
5. ดูแลให้ O<sub>2</sub> Cannula 3-5 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณ O<sub>2</sub> อย่างเพียงพอ
6. แนะนำให้ผู้ป่วยทำสมาธิ และปรับวิธีคิดเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด หลังจากอาการเจ็บหน้าอกทุเลาลง
7. จำกัดกิจกรรม เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ
8. แนะนำวิธีอมยา Isordil (5mg) ใต้ลิ้นที่ถูกต้อง เพื่อขยายหลอดเลือดให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น
9. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบไม่รบกวนผู้ป่วย ให้สามารถพักผ่อนได้ เพื่อลดการทำงานของหัวใจและการใช้ O<sub>2</sub>

**การประเมินผล** ผู้ป่วยบอกว่า อาการเจ็บหน้าอกลดลง พักได้, ประเมิน Pain score 0/10 ผล EKG ปกติ, ผล Troponin T < 40 ng/L ปกติ ผู้ป่วยไม่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2.** ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “เจ็บหน้าอก ตื้อ หนาทๆ บางครั้งมีทะเลาะไปด้านหลัง เจ็บมาก แน่นหน้าอก ใจสั่น วูบ เหมือนหัวใจหยุดเต้น เหนื่อย เวลาลุกเดินลำบากต้องให้ไม้เท้าพุงตลอด ไม่สามารถเดินได้โดยไม่มีอุปกรณ์ช่วยพุง”

O : ผู้ป่วยใช้ไม้เท้า/Walker ช่วยพุงเวลาเดิน, ไม่สามารถยืนทรงตัวได้, มีอาการชาขา 2 ข้าง รู้สึกหนักบริเวณก้นร้าวลงขา เวลาลุกเดินหรือยืนนานๆ อาการดีขึ้นเมื่อนั่ง ขาอ่อนแรง Motor power grade 3 ทั้ง 2 ข้าง มีประวัติโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal stenosis) 6 ปี ทำกายภาพบำบัดที่ รพ.ลาดหลุมแก้ว ไม่ได้รักษาต่อเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ประเมิน ADL (Activities of Daily Living) = 12

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** ผู้ป่วยมีความทนต่อการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ไม่มีอาการเหนื่อยหรืออาการเจ็บหน้าอกเพิ่ม

**เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยทนต่อการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้นตามขีดความสามารถของตนเอง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยด้วย แบบประเมินคัดกรอง ADL (Activities of Daily Living) เป็นแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 10 หมวด เช่น การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟันการลุก-นั่งจากที่นอนหรือเตียง การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้อง การสวมเสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำการกลั้นปัสสาวะ อุจจาระ โดยคะแนนยิ่งมากแสดงถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีมาก
2. วางแผนปฏิบัติกิจกรรมที่ควรทำได้และค่อยๆ เพิ่มกิจกรรมขึ้นตามสภาพของผู้ป่วย ปรับกิจกรรมการออกแรงด้วยตนเอง อย่างช้าๆ ทีละน้อย จนกระทั่งมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเลือกทำกิจกรรมที่ทำงาน ไม่ยุ่งยากซับซ้อนก่อน (จริยา ตันติธรรม, 2566)
3. จัดช่วงการพักผ่อนให้เพียงพอโดยแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน
4. แนะนำให้ผู้ป่วยมีการพักสลับการทำกิจกรรม ให้พักผ่อนก่อนและหลังการมีกิจกรรมเพื่อไม่ให้เหนื่อยเกินไป
5. ทำกิจกรรมในช่วงที่ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนไม่มาก เช่น หลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมหลังมื้ออาหาร

**การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีเหนื่อยเล็กน้อย ทำกิจกรรมได้ดีขึ้นเล็กน้อย เนื่องจากการเดินไม่ค่อยสะดวก และยังมีความกลัวต่ออาการของโรค ตั้งใจปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น คะแนน ADL (Activities of Daily Living) = 12

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3. มีภาวะเครียด วิดกกังวล กลัวตายเนื่องจากความเจ็บป่วย**

#### **ข้อมูลสนับสนุน**

S : ผู้ป่วยบอกว่า “นอนไม่หลับ เครียด กลัวหัวใจหยุดเต้น ไม่กล้าอยู่คนเดียว กลัวไปหมดทุกเรื่อง ไม่อยากเป็นภาระลูก”

O : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล หน้ามัว คิ้วขมวด

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปรับตัวและก้าวผ่านภาวะความเจ็บป่วยได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะของโรค แผนการรักษาพยาบาล และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

**เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง เข้าใจในการปฏิบัติตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

#### **กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินระดับความเครียดด้วยแบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต SPST-20 กรณีผู้ป่วยมีความเครียดระดับปานกลาง สามารถผ่อนคลายด้วยการทำกิจกรรมที่เพิ่มพลัง เช่น ออกกำลังกาย ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือพูดคุยระบายความไม่สบายใจ กรณีความเครียดอยู่ในระดับสูง สามารถปรับเปลี่ยนวิธีคิดฝึกการหายใจคลายเครียด พุดระบายความเครียดกับผู้ที่ไว้ใจ หรือสามารถปรึกษากับผู้ให้คำปรึกษาในหน่วยงานต่างๆ และหากมีความเครียดในระดับรุนแรงเกิดต่อเนื่อง ควรได้รับความช่วยเหลือจากผู้ให้คำปรึกษาในหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาล หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต
2. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน เป็นมิตร จริงใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ แผนการรักษาพยาบาล พยาธิสภาพของโรค ลักษณะการเจ็บหน้าอก สาเหตุของการเกิดอาการเจ็บหน้าอก และการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยหายข้อสงสัยและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ตลอดจนช่วยลดความตึงเครียดในอารมณ์และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาที่สงสัย พุดระบายความรู้สึก โดยพยาบาลรับฟังด้วยความตั้งใจ เพื่อแสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความตั้งใจของพยาบาลที่ให้ปรารถนาช่วยเหลือ

5. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ด้วยน้ำเสียงที่นุ่ม ฟังสบาย ใช้ท่าทางที่สงบในขณะที่ให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย ช่วยลดความวิตกกังวล
6. ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลของการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองยังมีความสามารถในการทำกิจกรรมและมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล
7. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ เปิดเพลง หรืออ่านหนังสือ ช่วยลดความวิตกกังวล และถ้าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง พยาบาลจะแจ้งข้อมูลแก่แพทย์เจ้าของไข้เพื่อปรับแผนการรักษาด้วยยา และทีมสหวิชาชีพต่อไป

**การประเมินผล** ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลายเล็กน้อย ผลการประเมินแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต SPST-20 ได้ 83 คะแนน ซึ่งผู้ป่วยมีความเครียดระดับรุนแรง เป็นความเครียดระดับสูงเกิดขึ้นต่อเนื่องจากภาวะความเจ็บป่วย

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะกลับบ้าน

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1.** เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ทราบการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง”

O : ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และลดอุปสรรคการกำเริบของโรค

**เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติบอกถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค การใช้จ่าย และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมีอาการกำเริบของโรคได้ถูกต้อง

### **กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
2. วางแผนการพยาบาลก่อนกลับบ้านโดยใช้หลัก D-METHOD ดังนี้\_D-Diagnosis อธิบายเกี่ยวกับการดำเนินของโรค แผนการรักษาและประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตามแผนของการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วย หากมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามคำแนะนำ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แนะนำสังเกตอาการผิดปกติเช่น อาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยมากขึ้น ควรรีบมาพบแพทย์, M-Medicine อธิบายเรื่องยา การออกฤทธิ์ วิธีการ ขนาด ข้อควรระวัง ผลข้างเคียงจากยา การรับประทานยาต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาเอง ซึ่งผู้ป่วยได้รับยา Aspirin, Clopidogrel, Isordil เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง ยาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ Amlodipine, Losartan, Atorvastatin, Ibuprofen, Tolperisone แนะนำหากพบอาการผิดปกติรีบมาพบแพทย์, E-Environment แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดโล่ง การจัดสิ่งแวดล้อม เช่น โถส้วม ควรเป็นแบบนั่งหลักเฉียงโถส้วมแบบนั่งยอง หรือจัดทำราวเกาะยืนหรือเหนี่ยวตัวเพื่อช่วยในการเคลื่อนไหว, T-Treatment จัดให้ผู้ป่วยได้ปรึกษาการรักษากับแพทย์เจ้าของไข้ แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ, H-Health การสอนเกี่ยวกับการสังเกตอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่นและการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินเช่น การใช้ยาอมใต้ลิ้น ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและแนะนำการปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคและข้อจำกัด การออกกำลังกายที่เหมาะสมที่สุดคือการเดิน, O-Out patient แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อน หรือฉุกเฉินติดต่อ 1669 วางแผนร่วมกับทีมเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนในการติดตามเยี่ยม เพื่อประเมินการปฏิบัติและช่วย

แก้ไขปัญหามือผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน, D-Diet แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เพราะอาหารเหลวหรืออาหารอ่อนจะช่วยลดการบดเคี้ยวการย่อยอาหาร ทั้งยังช่วยลดการใช้ออกซิเจน ปริมาณแคลอรีที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการทำกิจกรรม

**การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติบอกถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค การใช้ยา และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมี อาการกำเริบของโรคได้ถูกต้อง และรับปากว่าจะนำไปปฏิบัติตามคำแนะนำ

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2.** เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

S : ผู้ป่วยสูงอายุและเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชอบบริโภคอาหารรสเค็ม มัน เช่น แกงกะทิ

O : ประวัติโรคความดันโลหิตสูง ไชมันสูง รับประทานความดันโลหิต Amlodipine (5 mg), Losartan (50mg)

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

**เกณฑ์การประเมินผล** BP < 140/90 mmHg. และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. วัดความดันโลหิตเพื่อเป็นการเฝ้าระวัง
2. อธิบายเกี่ยวกับยาลดความดันโลหิต Enalapril (5mg.), Losartan (50mg) ที่ผู้ป่วยได้รับ และพบแพทย์ตามนัด ไม่หยุดยาเองแม้ว่าจะมีระดับความดันเป็นปกติ
3. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ลดอาหารเค็ม ควรบริโภคอาหารไม่ปรุงแต่ง
4. ออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน หรือออกกำลังกายสะสมสัปดาห์ละ 150 นาที
5. การจัดการความเครียด เพราะความเครียดมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงโดยฝึกการควบคุมอารมณ์ หลีกเลี่ยงการอดนอน

**การประเมินผล** ระดับความดันโลหิต 128/73 mmHg. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะหรืออาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยรับปากว่าจะพยายามไม่เครียด ไม่หงุดหงิดง่าย และลดอาหารรสเค็ม มัน

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3.** เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

S : ผู้ป่วยบ่นว่า “ ไม่อยากเดินไกลกลัวหกล้ม เวลาลุกยากลำบาก ต้องโหนตัวลุกยืน ทำให้เจ็บบริเวณหัวใจข้างซ้าย ”

O : ผู้ป่วยใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเวลาเดิน ไม่สามารถยืนทรงตัวได้ ใช้ Walker ช่วยโหนตัวเวลาลุกยืน, มีอาการชาขา 2 ข้าง รู้สึกหนักบริเวณก้นร้าวลงขา เวลาลุกเดินหรือยืนนานๆ อาการดีขึ้นเมื่อนั่ง ขาอ่อนแรง Motor power grade 3 ทั้ง 2 ข้าง มีประวัติโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal stenosis) 6 ปี

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** เพื่อลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม

**เกณฑ์การประเมินผล** ผู้สูงอายุไม่มีรอยแผลหรือรอยช้ำจากอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มหกล้มของผู้สูงอายุ

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและประสานเภสัชกรเพื่อตรวจสอบยาที่อาจมีผลต่อการหกล้ม
2. ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและญาติให้ตระหนักต่อความเสี่ยงและลดปัจจัยในการหกล้ม เช่น แนะนำลุก-นั่งช้าๆ เพื่อป้องกันการทิ่มตบ และการหกล้ม ไม่ใส่รองเท้าที่มีพื้นลื่น จัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เป็นระเบียบ ไม่วางสิ่งของขวางทางเดิน และมีแสงสว่างเหมาะสม
3. แนะนำญาติให้เช็ดพื้นด้วยน้ำเปล่าแล้วเช็ดให้แห้ง เพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม
4. แนะนำญาติพาผู้สูงอายุมารวสุขภาพเป็นประจำทุกปี สังเกตเกี่ยวกับการมองเห็น

5. ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อแนะนำการออกกำลังกายเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดความเสี่ยงหกล้ม การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ บอกว่าจะนำไปปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน และจะระวังให้มากขึ้น

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4.** ผู้ป่วยขาดพลังอำนาจในการดูแลตนเองและจัดการกับภาวะโรคที่เป็นอยู่  
S : ผู้ป่วยบอกว่า “หลังจากกลับจากโรงพยาบาล รู้สึกไม่สบายใจ นอนไม่ค่อยหลับตั้งแต่เริ่มป่วย”

O : สีหน้าเคร่งขรึม อ่อนเพลีย ไม่สดชื่น ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว BP 128/73 mmHg.

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล** เพื่อเพิ่มพลังอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่  
**เกณฑ์การประเมินผล** สีหน้าคลายความกังวลลง และบุตรชายยอมรับในการเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อมี อาการกำเริบของโรคได้ถูกต้อง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุย ชวนผู้ป่วยพูดคุยค้นหา มองถึงสิ่งดี ๆ ในตัวเองและครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองได้ รับประทานอาหารเอง สามารถเดินได้ถึงแม้ต้องมีไม้เท้าช่วยพยุง ไม่มีความพิการต้องนอนติดเตียงถึงแม้โรคที่ผู้ป่วยเป็นจะเป็นโรคเรื้อรัง แต่ถ้าผู้ป่วยดูแลตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีบุตรสาว บุตรชาย หลาน และสามีที่คอยดูแลให้กำลังใจ คอยรับส่งพาไปโรงพยาบาลช่วยเหลือยามเจ็บป่วย สามีช่วยทำงานในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เหมือนเดิม ไม่เล่นการพนัน ไม่ดื่มเหล้า และไม่ใช้จ่ายเงินฟุ่มเฟือย จนสร้างฐานะมีความเป็นอยู่ที่ดี

2. ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องความวิตกกังวลและความเครียด ที่ส่งผลกระทบต่อโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ แนะนำวิธีการลดความกังวล ความเครียด ได้แก่ การเล่าระบายความคิด ความรู้สึกให้บุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจได้ฟัง แนะนำการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การฟังธรรมมะ การสวดมนต์ การออกกำลังกายในช่วงเวลาเช้า การเดินรอบบ้าน ประมาณ 15-30 นาที

3. พัฒนาศักยภาพของญาติในการช่วยเพิ่มพลังอำนาจให้ผู้ป่วย

**การประเมินผล** ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลายลง และเล่าความกังวล ความกลัวให้พยาบาลฟัง เล่าถึงอารมณ์ความน้อยใจเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยที่ส่งผลให้ตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่า หลังจากนั้นผู้ป่วยมีสีหน้าสดใสขึ้น และสัญญาว่าจะพยายามทำใจยอมรับเหตุการณ์ต่างๆ และจะฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล

#### สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี Dx: Chest pain , CAD มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันสูง แต่ไม่ได้รับการรักษา ซึ่ยอมรับประทานเอง ไม่ได้มาตรวจที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ไม่ได้รับการประเมิน CVD Risk ผู้ป่วยเคยมีอาการจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่และเจ็บหน้าอกด้านซ้ายทะลุไปด้านหลังเป็นๆ หายๆ มาตลอด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารจึงคิดว่าอาการของโรคกำเริบ และอาจเกิดจากกล้ามเนื้ออักเสบจากการทำงาน จนกระทั่งตรวจพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อต้นปี พ.ศ. 2566 และได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (PCI) จำนวน 2 เส้น ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและรับประทานยาต่อเนื่อง หลังจากที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการใส่สายสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น ไม่กล้าขยับร่างกายมากกลัวขดลวดตีมห้ทะลุหัวใจ บางครั้งมีอาการเจ็บหน้าอก จึงคิดว่าขดลวดตีมห้หัวใจ และมีอาการรบกวน หนักมีเวลาถูกเปลี่ยนท่าจึงหยุดการปฏิบัติกิจกรรมทุกอย่าง ไม่กล้าอยู่บ้านคนเดียว กลัวอาการของโรคกำเริบ ประกอบกับผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติจากภาวะโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบ

แคบ ส่งผลให้ผู้ป่วยท้อแท้ มีภาวะอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย เกิดภาวะเครียด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรค 3 ครั้ง แต่ไม่ได้มาโรงพยาบาล ครั้งนี้มีอาการมากขึ้น จึงมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล ดังนี้ 1) เสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง 3) มีภาวะเครียด วิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วย อยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดหัวใจตีบตันหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาการเจ็บหน้าอกลดลง ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล พูดคุยยิ้มแย้มมากขึ้น ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะกลับบ้าน 1) เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเอง 2) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 3) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุลัดตกหกล้ม 4) ขาดพลังอำนาจในการดูแลตนเองและจัดการกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งโดยทีมสหวิชาชีพ ได้รับคำแนะนำเรื่องโรค การปฏิบัติตน การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การทำกายภาพบำบัดด้วยตนเอง หลีกเลี่ยงการรับประทานยาสมุนไพรและการซื้อยารับประทานเอง

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและป้องกันการเกิดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันสูงและผู้ที่มีภาวะอ้วน โดยการประเมิน CVD Risk เพื่อวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่มีค่า CVD Risk > 20%
2. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (PCI) อย่างชัดเจน มีรูปแบบที่เป็นรูปธรรม โดยความร่วมมือของสหวิชาชีพ การสื่อสารระบบการประสานงานส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
3. ควรเสนอให้มีแผนของโรงพยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะต่างๆ เช่น การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ประเมินอาการ ควรฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

### บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2562, 30 พฤศจิกายน). สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2562. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227084415.pdf>.
- กรมควบคุมโรค. (2567, 9 มกราคม). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2566. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14484&tid=&gid=1-015-005>
- กรมควบคุมโรค. (2566, 28 กันยายน). ใช้ใจรับรู้ดูแลป้องกันวันหัวใจโลก. <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37372&deptcode=brc>.
- เกศศิริ วงษ์คงคำ และ อรุณา นาคกรณ. (2559). การพยาบาลศัลยศาสตร์: ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ.
- งานสถิติโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว. (2566). สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.
- โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชารุณย์. (2563). การทำบอลูนรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. บทความ

สุขภาพ. <https://www.siphhospital.com/th/news/article/share/percutaneous-coronary-intervention>.

ณรงค์กร ชัยวงศ์. (2560). การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ Self management in coronary artery disease. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ; 12(3):147-156  
 ปรีชา เอื้อโรจนอังกร. (2553.) ศาสตร์และศิลป์ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพฯ : หน่วยโรคหัวใจ กอง  
 อายุรกรรมโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.

พัฒนาพร สุปินะและนัดดา นาวุฒ. (2567, 23 มกราคม). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ  
 ขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ.

ภูติท เตชาติวัฒน์. (2567, 9 มกราคม). ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรแนว  
 เวชศาสตร์วิถีชีวิต. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31214>

รัตพล อ่อนสนิท. (2566, 4 ธันวาคม). stress causes most illnesses.

<https://www.voathai.com/a/type-a-ro-14jan14/1830342.html>

ศรีพร รอดแก้ว (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด  
 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารโรคหัวใจและทรวงอก 32(2) กรกฎาคม-ธันวาคม.

อภิสิทธิ์ ตามสัตย์. (2558, 15 พฤศจิกายน). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. เอกสารประกอบการ  
 สอน. วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.

American Heart Association [AHA]. (2018). Epidemiology of coronary heart disease and acute  
 coronary syndrome. *Annals of Translational Medicine*. 4(13), 256.

Faulkner JL, Chantemèle EJ, Belin D. Sex differences in mechanisms of hypertension  
 associated with obesity. *Hypertension*. 2018; 71: 15-21.

HDC. (2566, 10 ธันวาคม). รายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และ  
 สาธารณสุข. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. the United States of America: Mosby,Inc.

PTE HDC service. (2566). งานสถิติโรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว.