

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้ป่วยอายุน้อย

Nursing care of patients with acute myocardial infarction who have undergone coronary angioplasty in young patients.

ปัทมา ขาวสม*

Pattama Khaosom*

บทคัดย่อ

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นการพยาบาลเฉพาะทางที่พยาบาลต้องมีทักษะความรู้ความเชี่ยวชาญพิเศษทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงานเพราะการทำหัตถการดังกล่าวถือเป็นการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงสอดใส่เข้าไปในอวัยวะสำคัญของร่างกายซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมาได้ ฉะนั้นพยาบาลประจำห้องตรวจสวนหัวใจจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะเตรียมผู้ป่วย ขณะ และ ภายหลังการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดโคโรนารีจนถึงระยะจำหน่าย โดยเฉพาะการประเมินและการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อก ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ หรือภาวะปัสสาวะหัวใจจากน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยผู้ใหญ่ตอนต้น(อายุ 18-40 ปี)พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้วยังรวมถึงภาวะด้านจิตใจจิตวิญญาณและจิตสังคม

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยอายุน้อยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ การพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

รูปแบบการศึกษา : ศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้ป่วยอายุน้อยอายุระหว่าง 18-40 ปี จำนวน 2 รายนำมาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ การพยาบาลและผลลัพธ์ตามกระบวนการพยาบาลในระยะก่อนการสวนหัวใจ ขณะสวนหัวใจ ระยะหลังการสวนหัวใจจนถึงระยะจำหน่ายกลับบ้าน

ผลการศึกษาสรุป : ผลสรุปพบว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุระหว่าง 18-40 ปี เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคือการสูบบุหรี่ร่วมกับการมีปัจจัยอื่นๆคือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงและเบาหวานซึ่งจะทำให้อัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น และปัญหาที่สำคัญมากที่สุดของผู้ป่วยและญาติในกลุ่มนี้คือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยเนื่องจากยังขาดความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและกังวลการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี, บทบาทการพยาบาล

Abstract

Nursing care for patients with acute myocardial infarction who undergo coronary angioplasty is a specialized nursing care in which nurses must have special skills, knowledge and expertise in both knowledge and practical skills. Because such procedures are considered to be the use of advanced technology to insert into important organs of the body, which may cause other complications. Therefore, cardiac catheterization nurses play an important role in closely assessing and monitoring complications from the patient preparation stage, during and after coronary stent placement until discharge. Especially the assessment and nursing planning to provide care and prevent possible complications such as heart failure, shock, myocardial ischemia, abnormal electrocardiogram or cardiac tamponade from pericardial fluid, etc. Nursing care for patients with acute myocardial infarction in young adults (aged 18-40 years) showed an increasing trend. In addition to physical problems, it also includes mental, spiritual and psychosocial conditions.

Objective: To study nursing care for young patients with acute myocardial infarction. Risk factors, pathology, nursing care and nursing outcomes in patients with acute myocardial infarction undergoing coronary angioplasty

Methods: A case study of young patients with acute myocardial infarction who underwent coronary angioplasty between the ages of 18-40 years. Two cases were analyzed for risk factors, pathology, nursing care, and outcomes according to the nursing process before cardiac catheterization, during cardiac catheterization, after cardiac catheterization, and until discharge.

Conclusion: The conclusion found that the main risk factor for young adult patients aged 18-40 years who have acute myocardial infarction is smoking together with other factors. It is a disease of high blood pressure, high blood fat and diabetes, which will increase the rate of cardiovascular disease. And the most important problem of patients and relatives in this group is that they are worried about their illness because they still lack knowledge about cardiac rehabilitation and are worried about recurrence of coronary artery disease.

Keywords: Acute myocardial infarction, Coronary angioplasty, Nursing role

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) เป็นกลุ่มอาการที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดที่พบลักษณะ ST segment ยกขึ้นสูงกว่าระดับปกติ (ST segment elevation myocardial infraction: STEMI) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดไม่มีการยกของที่ ST segment (Non-ST segment elevation myocardial infraction: NSTEMI (Collet JP et al., 2021) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดและเป็นปัญหาสำคัญของภาวะสุขภาพทั่วโลก องค์การอนามัยโลก พบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจจำนวน 7.2 ล้านคน หรือคิดเป็น 12.2% ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดและคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อีกเพิ่มเป็น 23 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2015) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกกลุ่มวัยไม่เพียงแต่โรคนี้จะพบในผู้สูงอายุเท่านั้นในปัจจุบันโรคนี้อย่างพบในผู้ที่มีอายุน้อยอีกด้วย ในแต่ละปีจะมีแนวโน้มของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 18-40 ปี ป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้น โดยพบในอายุ 36-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาอายุ 31-35 ปีคิดเป็นร้อยละ 26.66 (Sricharan et al., 2012) สำหรับสถานการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย จากข้อมูลจากสมาพันธ์หัวใจโลก (World Heart Federation, WHF) ระบุว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก ทั่วโลกพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 20.5 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) ปี 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสะสมด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 2.5 แสนรายและเสียชีวิต ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 4 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 5 คน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (ออนไลน์), 2567) จากสถิติที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าแนวโน้มอัตราป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและแนวโน้มของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังพบเพิ่มสูงมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลง (Piromsrit et al., 2018) ผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงและไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติ โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งเป็นวัยทำงานเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว นอกจากนี้อาจมีผู้ป่วยบางรายที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Chaiwong & Bonkhonthod, 2019) ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเปลี่ยนงานหรือลาออกจากงานก่อนวัยอันควรทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้กลายเป็นภาระของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียดหรือเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Jamfa et al., 2019)

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องตรวจสวนหัวใจโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตพบแนวโน้มของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปีและเข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติปี พ.ศ. 2565 ถึงปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยร้อยละ 12.60 13.06 และ 15.95 ตามลำดับ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อย (อายุ 18-40 ปี) ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความรู้ หาแนวทางในการป้องกันและพัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเพราะการทำหัตถการดังกล่าวถือเป็นการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงสอดใส่เข้าไปใน

อวัยวะสำคัญของร่างกายซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมาได้ ในฐานะพยาบาลประจำห้องตรวจสวนหัวใจ ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะเตรียมผู้ป่วย ขณะ และภายหลังการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดโคโรนารี โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกศึกษาเจาะจงเฉพาะกรณี 2 รายมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารี ทั้งนี้เพื่อนำมาบูรณาการการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพตรงตามมาตรฐานวิชาชีพและเป็นการศึกษาด้านพฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยอายุน้อย (อายุ 18-40 ปี) ที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติตนที่เหมาะสม และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคซ้ำ ลดความพิการและเสียชีวิต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยอายุน้อยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ การพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษา 2 รายอายุระหว่าง 18-40 ปี ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้ป่วยอายุน้อย(อายุ 18-40 ปี)
3. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาทางการพยาบาล ใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล ในระยะก่อนสวนหัวใจ ขณะสวนหัวใจ ระยะหลังสวนหัวใจถึงระยะจำหน่าย
4. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมศึกษากรณีศึกษาทั้งสองราย ได้ผ่านการขออนุญาตจากผู้ป่วยและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาโดยขอความยินยอมด้วยวาจาได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา กรณีศึกษาสองกรณีนี้ ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นความลับ

กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 29 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ส่วนสูง 173 เซนติเมตร น้ำหนัก 59.6 กิโลกรัม ดัชนีมวลกาย 19.9 ต่อตารางกิโลเมตร นับถือศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส โสด ประกอบอาชีพ รับจ้าง ระดับการศึกษา : ปริญญาตรี อาชีพ : สถาปนิก รายได้ : 35,000 บาท ภูมิลำเนา : สงขลา สิทธิบัตร : บัตรประกันสังคมโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

อาการสำคัญ (Chief complaint) เจ็บหน้าอก 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness) Known case โรคไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) ไม่ได้รับการรักษา ให้ประวัติว่าเจ็บหน้าอก 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะยกม้านั่งเก้าอี้หินอ่อน แล้วมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกคล้ายมีของหนักทับ ไม่มีอาการเจ็บร้าวไปที่ใดของร่างกาย มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกตลอดเวลา จึงไปโรงพยาบาลตะกั่วป่า แพทย์ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST depression At Lead II ,III และ ST elevate At lead aVR ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Troponin I เท่ากับ 1903 ng/mL และ 3 ชั่วโมง

จากเวลาเจาะครั้งแรกเท่ากับ 4603 ng/mL ให้การรักษาโดยรับประทานยา ASA 300 mg 1 เม็ด (เคี้ยวก่อนกลืน) ยา Plavix 75 mg 4 เม็ดและ Enoxaparin 0.6 mg ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังพร้อมทั้งประสานงานส่งตัวมารับการรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ประวัติโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงโรคร่วม ผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์) ทุกวัน วันละ 2-3 กระป๋องและสูบบุหรี่ทุกวัน วันละ 10 มวน เป็นระยะเวลา 10 ปี และบิดาของผู้ป่วยเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อตอนอายุ 60 ปี ปฏิเสธประวัติการแพ้อาหาร

การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-78 ครั้งต่อนาทีหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 95/64 มิลลิเมตรปรอท normal heart sound, no orthopnea, no dyspnea, no chest pain, no edema, lung no crepitation or wheezing, pain score 0 คะแนน, capillary refilling 2 second, no neck vein engorged, Allen's test negative

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ลักษณะทั่วไป : ชายไทยผิวขาวเหลือง รูปร่างสมส่วนน้ำหนัก 59.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 173 เซนติเมตร BMI 19.91 kg/m² ลักษณะสีผิวเป็นสีขาวเหลืองผิวหนังสัมผัสอุ่น ชุ่มชื้น ไม่มีรอยโรค ไม่มีอาการบวม มือเท้าสัมผัสอุ่นทั้งสองข้างปลายมือปลายเท้าไม่มีซีดเขียว ศีรษะและใบหน้าปกติ: ศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่บิดเบี้ยว ขนาดศีรษะปกติ ผมสีดำ คลำศีรษะไม่พบก้อน ไม่มีคลำกดเจ็บ เส้นผมมีการกระจายตัว ดวงตาและเปลือกตา ปกติ: เยื่อบุตาไม่ซีด กระจกตาทั้ง 2 ข้าง ขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่มีน้ำหรือสารคัดหลั่งไหลจากหู จมูกมีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ไม่คดไม่เอียงไม่มีผิดปกติ ริมฝีปาก เหงือก กระพุ้งแก้ม และลิ้น สีชมพูซีด ชุ่มชื้นดีไม่มีมุมปากตก (Palsy) ไม่มีฟันผุ ไม่มีแผลในปาก ลิ้นไก่อยู่แนวกึ่งกลาง การเคลื่อนไหวของลิ้นปกติ รูปร่างทรวงอกเท่ากัน ทั้ง 2 ข้าง ขยายได้ดี ปอดไม่มีเสียงผิดปกติ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ระบบทางเดินอาหารปกติ : การกลืนอาหารและน้ำปกติดีไม่มีสำลัก ลักษณะท้องแบนราบ คลำไม่พบก้อน แขนและขาทั้ง 2 ข้าง ไม่อ่อนแรง ไม่มีรอยโรคใดๆ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

Hematology hemoglobin: (Hb) 14.1 gm/dl, hematocrit (Hct) 42.9 platelet count 325,000/cel, PT 12.3 second, PTT 25.3 second, INR 1.06 second

Blood chemistry: Blood Urea Nitrogen (BUN) 7 gm/dl, creatinine 0.79 gm/dl, potassium (K) 4.0 mmol²/dl, Anti-HIV non-reactive, Fasting blood glucose 96 mg/dL, Troponin-T 43486.34 นาโนกรัมต่อลิตร

Electrocardiography: Q wave in V1-V3 with invert T Heart rate 60-70 bpm

Chest X-ray: no cardiomegaly, no pulmonary congestion

Echocardiogram (Echo): Normal biventricular systolic function (LVEF 60-65%) with anterior and anteroseptal wall severe hypokinesia. Compatible with CAD (LAD territory)

การวินิจฉัย : Late Anterior wall STEMI with spontaneous reperfusion, De winter EKG, Single Vessel Disease (SVD), Culprit lesion is mid LAD

ผลการทำหัตถการสวนหัวใจและถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (LM): Mild irregular without significant stenosis.(LAD): Haziness with 70-80% stenosis at mid LAD. (LCX): Mild

irregular without significant stenosis.(RCA): Mild irregular without Significant stenosis.
Successful PCI with DES x1 at mid LAD.

Home Medication ได้แก่ Aspirin (81mg) 1 X 1 per oral OD pc. เช้า, Ticagrelor (90 mg) 1 X 2 per oral Bid pc., Atorvastatin (40 mg) 2 X 1 per oral OD ก่อนนอน., Ezetimibe (10 mg) 1 X 1 per oral OD ก่อนนอน., Metoprolol (100 mg) 1/4 X 2 per oral bid pc. ระยะเวลาอนโรงพยาบาลรวม 9 วัน

กรณีศึกษาที่ 2

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 37 ปี สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกร การศึกษาระดับประถมศึกษา น้าหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 27.08 กิโลกรัม/เมตร ไม่ดื่มสุราแต่สูบบุหรี่วันละ 6 มวนนาน 10 ปี

อาการสำคัญ : เจ็บแน่นหน้าอกมา 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยให้ประวัติว่าแน่นหน้าอกตรงกลาง Pain Score 10 ค่ะแน่นไม่มีอาการปวดร้าวไปไหนเป็นประมาณ 30 นาทีแล้วอาการทุเลาลง สามารถนอนราบได้ เช้าวันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกตลอดเวลา Pain Score 10 ค่ะแน่นนั้งพักอาการไม่ดีขึ้นญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล อดจ ภูเก็ต ทำ Electrocardiography ผลเป็น ST elevation at Lead I, aVL และ ST depress at Lead II,III, aVF แพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) ได้รับการรักษาด้วยยา ASA (300 mg) 1 tab (เคี้ยวก่อนกลืน) ยา Plavix (75 mg) 4 เม็ด รับประทานทันทีและ ยา Isordil (5 mg) 1 tab อมใต้ลิ้น และพิจารณาขอส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ประวัติโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง มา 3 ปี รักษาด้วยยา Atorvastatin (40 mg) วันละ 1 เม็ดก่อนนอนและผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 6 มวนมานานเกิน 10 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่

การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 115 ครั้งต่อนาทีหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/133 มิลลิเมตรปรอท normal heart sound, no orthopnea, no dyspnea, no chest pain, no edema, lung no crepitation or wheezing, pain score 0 ค่ะแน่น, capillary refilling 2 second, no neck vein engorged, Allen's test negative

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย: ลักษณะทั่วไป : ชายไทยผิวสีน้ำตาล รูปร่างท้วมน้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI 27.08 kg/m² ลักษณะสีผิวเป็นสีน้ำตาลผิวแห้งสัมผัสอุ่น ชุ่มชื้น ไม่มีรอยโรค ไม่มีอาการบวม มือเท้าสัมผัสอุ่นทั้งสองข้างปลายมือปลายเท้าไม่มีซีดเขียว ศีรษะและใบหน้าปกติ: ศีรษะและใบหน้าสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่บิดเบี้ยว ขนาดศีรษะปกติ ผมหงอกดำ คิ้วศีรษะไม่พบก้อน ไม่มีคิ้วตกเจ็บ เส้นผมมีการกระจายตัว ดวงตาและเปลือกตา ปกติ: เยื่อตาไม่ซีด รูม่านตาทั้ง 2 ข้าง ขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่มีน้ำหรือสารคัดหลั่งไหลจากหู จมูกมีขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ไม่คดไม่เอียงไม่ผิดปกติ ริมฝีปาก เหงือก กระพุ้งแก้ม และลิ้น สีชมพูซีด ชุ่มชื้นดีไม่มีมุมปากตก (Palsy) ไม่มีฟันผุ ไม่มีแผลในปาก ลิ้นไก่อยู่แนวกึ่งกลาง การเคลื่อนไหวของลิ้นปกติ รูปร่างทรวงอกเท่ากัน ทั้ง 2 ข้าง ขยายได้ดี ปอดไม่มีเสียงผิดปกติ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ระบบทางเดินอาหารปกติ :

การกลืนอาหารและน้ำปกติดีไม่มีสำลัก ลักษณะท้องแบนราบ คลำไม่พบก้อน แขนและขาทั้ง 2 ข้าง ไม่อ่อนแรง ไม่มีรอยโรคใดๆ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

Hematology: hemoglobin (Hb) 16.8 gm/dl, hematocrit (Hct) 47.8 platelet count 214,000cell,

Blood chemistry: Blood Urea Nitrogen (BUN) 9 gm/dl, creatinine 0.72 gm/dl, potassium (K) 3.6 mmol2/dl, Anti-HIV non-reactive, Fasting blood glucose 202 mg/dL, Troponin-T 41.9 (next 3 hr. 37.1) นาโนกรัมต่อลิตร

Electrocardiography: ST elevation at Lead I, aVL และ ST depress at Lead II,III, aVF

Chest X-ray: cardiomegaly, no pulmonary congestion,

Echocardiogram (Echo): left ventricular ejection fraction (LVEF) 60-70 %, No VHD ,Pericardial fat

การวินิจฉัย : Double vessel disease, culprit vessel is DG1 with Thrombotic Occlusion

ผลการทำหัตถการสวนหัวใจและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (LM): Insignificant stenosis.(LAD): 70% stenosis at mid LAD.100% stenosis (Thrombotic Occlusion) at DG1 (LCX): Insignificant stenosis. (RCA): 80%-90% stenosis at ostial PDA. Successful primary PCI LAD-DG using hybrid approach (DES and DCB)

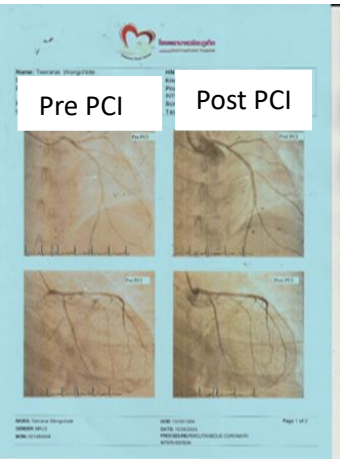
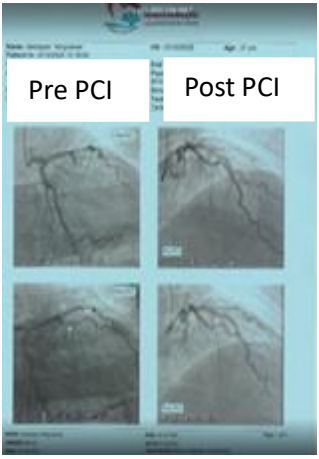
Home Medication ได้แก่ aspirin (81) 1 X 1 per oral OD pc. เช้า, Enalapril (5) 1/2 X 2 per oral Bid pc Ticagrelor (90 mg) 1 X 2 per oral Bid atorvastatin (40 mg) 1 X 1 per oral OD ก่อนนอน.Glipizide (5 mg) 1 X 2 per oral Bid ac Metformin (500 mg) 1 X 2 per oral Bid pc Metoprolol (100 mg) 1/2 X 2 per oral Bid pc ระยะเวลาอนโรงพยาบาลรวม 3 วัน

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงและการรักษา

	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์และอภิปรายผล
1.ปัจจัยเสี่ยง	<p>1.เพศชายอายุ 29 ปี</p> <p>2.เป็นโรคไขมันในเลือดสูงไม่ได้รับการรักษา</p> <p>3.บิดาของผู้ป่วยเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อตอนอายุ 60 ปี</p> <p>4.ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ (ดื่มแอลกอฮอล์สังสรรตามโอกาสและสูบบุหรี่ประมาณ 10 มวนต่อวัน)มาเป็นระยะเวลา 10 ปี</p> <p>5.ดัชนีมวลกาย 19.9กิโลกรัม/เมตร</p>	<p>1.เพศชายอายุ 37 ปี</p> <p>2.เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง</p> <p>3.สูบบุหรี่ประจำวันละ 6 มวนนาน 10 ปี</p> <p>4.ดัชนีมวลกาย 27.08กิโลกรัม/เมตร</p>	<p>ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพราะมีปัจจัยเสี่ยงคือพฤติกรรมการการสูบบุหรี่เพราะเมื่อมีการสูบบุหรี่เข้าไปสารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จะทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหัวใจหดตัวและเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือด มีการจับตัวของไขมันที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบลง เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอหัวใจขาดออกซิเจน เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) และถ้าสูบบุหรี่ร่วมกับการมีปัจจัยอื่นๆ เช่น เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน จะยิ่งทำให้อัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นกล่าวคือรายที่ 1 มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ รายที่ 2 มีภาวะอ้วน เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง โรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวจึงเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดส่งผลให้เกิดการตีตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีตัน (McCance et al., 2010) ผู้ป่วยทั้งสองรายจึงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ</p>
2. พยาธิสภาพ อาการและ อาการแสดง	<p>เจ็บหน้าอก 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะยกม้านั่งเก้าอี้ขึ้นอ่อนแล้วมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกคล้ายมีของหนักทับ ไม่มีอาการเจ็บร้าวไปที่ใดของร่างกาย มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกตลอดเวลา จึงไปโรงพยาบาลตะกั่วป่า แพทย์ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ STdepression At Lead II ,III และ ST elevate At lead aVR ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Troponin I เท่ากับ 1903 ng/mLและ 3ชั่วโมงจากเวลาเจาะครั้งแรกเท่ากับ4603 ng/mL ให้การรักษาโดยรับประทานยา ASA 300 mg 1 เม็ดเคี้ยวก่อนกลืน</p>	<p>2 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยให้ประวัติว่าแน่นหน้าอกตรงกลาง Pain Score 10 ค่ะแน่นไม่มีอาการปวดร้าวไปไหนเป็นประมาณ 30 นาทีแล้ว อาการทุเลาลงสามารถนอนราบได้เช้าวันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกตลอดเวลาPain Score 10 ค่ะแน่นนั่งพักอาการไม่ดีขึ้นญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลอบจ.ภูเก็ต ทำElectrocardiography ผลเป็น ST elevation at Lead I, aVL และ ST depress at LeadII,III, aVF แพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p>	<p>ผู้ป่วยทั้งสองราย มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกสอดคล้องกับอาการและอาการแสดงของโรคที่เป็นลักษณะ typical symptoms ถ้ามีอาการนอนราบไม่ได้แสดงถึงอาจมีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย (The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the king, 2014) ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการรักษาเบื้องต้นเพื่อประคับประคองการไหลเวียนของระบบหลอดเลือดและหัวใจด้วยยาแอสไพรินเพื่อรักษาภาวะหลอดเลือดอุดตัน โดยยาจะออกฤทธิ์ในการต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด กลไกการออกฤทธิ์ของยาแอสไพริน คือการยับยั้งเอนไซม์ในร่างกายนี่ทำให้เกิดสารอักเสบ ซึ่งมีชื่อว่า ไสโคลออกซิจีเนส หรือเรียกชื่อเอนไซม์นี้ว่าย่อยกว่าคือออกซ์ (cyclooxygenase: COX)</p>

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงและการรักษา (ต่อ)

	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์และอภิปรายผล
พยาธิสภาพ อาการและ อาการแสดง (ต่อ)	ยา Plavix 75 mg 4 เม็ด และ Enoxaparin 0.6 mg ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังพร้อมทั้งประสานงานส่งตัวมารับการรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	เนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) ได้รับการรักษาด้วยยา ASA (300 mg) 1 tab (เคี้ยวก่อนกลืน) ยา Plavix(75 mg) 4 เม็ดรับประทานทันที และ ยา Isordil (5 mg) 1 tab อมใต้ลิ้น และพิจารณาขอส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	นอกจากนี้ เอนไซม์ค็อกซ์ (COX enzyme) ยังกระตุ้นการสร้างสารที่ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ที่มีชื่อว่า ทรอมบ็อกเซนเอทู thromboxane-A2 ดังนั้น ผลที่ได้จากการใช้ยาแอสไพริน นอกจากจะบรรเทาอาการอักเสบแล้วยังทำให้เกล็ดเลือดเกาะกลุ่มกันได้ง่ายมากขึ้น (Hamm et al., 2011)และใช้ยา Plavix ออกฤทธิ์ช่วยลดการทำหน้าที่ของเกล็ดเลือดทำให้เกล็ดเลือดเกาะกลุ่มกันลดลง
3. ผลการ ตรวจสวน หัวใจและ การรักษา ด้วย การเปิด หลอดเลือด หัวใจ	Coronary angiogram: Right-dominance (LM): Mild irregular without significant stenosis. (LAD): Haziness with 70-80% stenosis at mid LAD. (LCX): Mild irregular without significant stenosis. (RCA): Mild irregular without Significant stenosis.	Coronary angiogram: Right-dominance (LM): Insignificant stenosis. (LAD): 70% stenosis at mid LAD. 100% stenosis (Thrombotic Occlusion) at DG1 (LCX): Insignificant stenosis. (RCA): 80%-90% stenosis at ostial PDA.	พบว่าทั้งสองราย มีเส้นเลือดหัวใจตีบแบบบางส่วน(partial occlusion) และได้รับการใส่ขดลวดฝังบริเวณผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563) ผลการสวนหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการตีบของหลอดเลือดแดงโคโรนารี 3 เส้น คือ LM, LAD, LCX ทำ PCI with DES 1 เส้น ที่ LAD ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการตีบของหลอดเลือดแดงโคโรนารี 2 เส้น คือ LAD และ RCA ได้รับการทำ PCI LAD-DG using hybrid (DES and DCB) ผู้ป่วยรายที่ 1 แพทย์วินิจฉัย เป็น Single Vassel Disease (SVD) ผู้ป่วยรายที่ 2 แพทย์วินิจฉัย เป็น Double Vassel Disease (DVD)
			

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การพยาบาลระยะก่อนการทำหัตถการสวนหัวใจและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	วิเคราะห์และอภิปรายผลการพยาบาล
<p>1. มีอาการแน่นหน้าอกเนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงข้อมูลสนับสนุน</p> <p>: ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก Pain Score 10 คะแนน</p> <p>: ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 พบ ST depression At Lead II, III และ ST elevate At lead aVR ผล Troponin I 1903 ng/mL ng/ml (positive)</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 พบ ST elevation at Lead I, aVL และ ST depress at Lead II, III, aVF ผล Troponin I (positive)</p> <p>: ผู้ป่วยทั้งสองรายแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ซึ่งทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง (Curran, 2023)</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>: ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกลดลง</p> <p>: เพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>: อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง</p> <p>: สัญญาณชีพปกติ</p> <p>: คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เปลี่ยนจากเดิม EKG ไม่มี ST elevation เพิ่มขึ้น</p>	<p>1. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ลักษณะตำแหน่งที่เจ็บโดยใช้ pain scale (0-10)</p> <p>2. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 lead</p> <p>3. ติดตามและเฝ้าระวัง สัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง ทุก 30 นาทีจำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่</p> <p>4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยรักษาระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงที่วัดจากปลายนิ้วมากกว่า 95%</p> <p>5. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดหรือบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก เช่น Isordil หรือ Morphine ตามแผนการรักษา รวมทั้งประเมินและบันทึกการตอบสนองของยาเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นเช่น ระดับความดันโลหิตต่ำลง หัวใจเต้นเร็วขึ้น</p> <p>6. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเช่น การจัดทำนอนเพื่อให้สุขสบายการใช้กระโถนปัสสาวะอุจจาระ เป็นต้น</p> <p>7. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบก่อนเข้ารับการทำหัตถการสวนหัวใจ</p>	<p>ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลงและหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Al-Hijji, 2019) จึงต้องมีการเฝ้าระวังตรวจวัดประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทั้งในขณะที่ทำและหลังทำหัตถการ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีค่า EF น้อยกว่า 35% (Severino, 2021) แต่ผู้ป่วยทั้งสองราย มีค่า EF มากกว่า 35% ดังนั้นโอกาสเกิดภาวะ cardiogenic shock หรือ cardiac arrest จากการทำหัตถการไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจึงมีโอกาสเกิดน้อยกับกรณีศึกษาทั้งสองราย</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 ค่า (LVEF) 60-65%</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 ค่า (LVEF) 60-70 %</p> <p>ขณะรอทำหัตถการสวนหัวใจผู้ป่วยทั้งสองกรณีไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเพิ่มขึ้น pain score 3 คะแนน หลังจากรับประทานยาขยายหลอดเลือด EKG 12 lead ไม่มี ST elevation เพิ่มขึ้น</p>
<p>2. ปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกที่ลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยงข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S : ผู้ป่วยทั้งสองรายบอก “ แน่นหน้าอก แน่นได้ลึกขึ้น”</p> <p>O : EKG: 12 lead ของทั้งสองผู้ป่วยทั้งสอง show ST change (จากปกติ)</p>	<p>1. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงเพื่อประเมิน ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เช่น อาการเหนื่อย แน่นหน้าอก กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง</p> <p>2. ประเมินอาการเจ็บหน้าอกลักษณะตำแหน่งที่เจ็บ</p> <p>3. วัดสัญญาณชีพทุก 15 -30 นาที ติดตาม BP ให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>หลังจากที่ผู้ป่วยทั้งสองรายรับประทานยาเพื่อประคับประคองการไหลเวียนของระบบหลอดเลือดและหัวใจก่อนทำหัตถการสวนหัวใจด้วยยาแอสไพรินเพื่อรักษาภาวะหลอดเลือดอุดตันอาการเจ็บหน้าอกลดลง</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 1 pain score ลดลงเหลือ 3 คะแนน สัญญาณชีพ BP 100/76 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอัตรา 64 ครั้งต่อนาที oxygen saturation 99 % ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasgow Coma Scale E4V5M6</p>

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล (ต่อ)

การพยาบาลระยะก่อนการทำหัตถการสวนหัวใจและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (ต่อ)		
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	วิเคราะห์และอภิปรายผลการพยาบาล
<p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพียงพอ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการเจ็บหน้าอกลดลง pain score < 7 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP ≥ 90/60 มิลลิเมตรปรอท 3. อัตราการเต้นของหัวใจปกติ อัตรา 60-100 ครั้งต่อนาที 4. oxygen saturation > 90 % 5. Glasgow Coma Scale 15 คะแนน 	<ol style="list-style-type: none"> 4. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในขณะที่หัวใจเต้นผิดปกติจังหวะโดยประเมินความแรงและจังหวะการเต้นของชีพจร อาการหน้ามืดวิงเวียนเป็นลม ความดันโลหิตต่ำ 5. ประเมินอาการเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอหากมีอาการกระสับกระส่าย สับสน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง 	<p>ผู้ป่วยรายที่ 2 pain score ลดลงเหลือ 0 คะแนน สัญญาณชีพ BP 155/133 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอัตรา 118 ครั้งต่อนาที oxygen saturation 99 % ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasgow Coma Scale E4V5M6</p>
<p>3. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิตเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและความเจ็บป่วย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>ผู้ป่วยและญาติทั้งสองรายมีสีหน้าวิตกกังวลหน้านิวคิวซิมวดและบอกว่า “ผู้ป่วยว่าจะหายไหม”</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>: เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ</p> <p>: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>: ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>: ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวล</p> <p>: ผู้ป่วยสามารถบอกและปฏิบัติตัวก่อนขณะและหลังการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจได้อย่างถูกต้องและให้ความร่วมมือ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง แสดงท่าที่เป็นมิตร 2. อธิบายเหตุผลวัตถุประสงค์การรักษาพยาบาล การใช้อุปกรณ์ การทำหัตถการต่างๆ 3. ให้ข้อมูลการแก่ญาติถึงอาการ การดำเนินของโรค แผนการดูแลรักษา การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยอย่างเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวลและความร่วมมือในแผนการดูแลรักษา 4. เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามปัญหา อาการเจ็บป่วยพร้อมอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่ายด้วยวาจาที่นุ่มนวลและท่าที่เป็นกันเองเพื่อสร้างความไว้วางใจ 5. อธิบายถึงเหตุผลและการความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 6. ตรวจสอบหนังสือยินยอมการทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ 7. ตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้งดน้ำงดอาหาร 6-8 ชั่วโมงก่อนการตรวจหรือไม่ 8. ตรวจสอบให้ผู้ป่วยได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ 	<p>ผู้ป่วยทั้งสองราย ได้รับการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมด้านทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้แก่ การให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลและทบทวนการปฏิบัติตัวในระยะก่อนสวนหัวใจระยะหลังสวนหัวใจและระยะจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจและตระหนักในความรุนแรงของโรค ลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการผ่าตัด(แจ่มจันทร์ ประทีปโมวงศ์และคณะ, 2562)</p> <p>ผลการพยาบาล พบว่าผู้ป่วย ทั้งสองรายมีความพร้อมสำหรับการทำหัตถการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทราบเหตุผลที่มาตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจเช่น งดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ทราบและทนายตามแพทย์สั่งได้ถูกต้องไม่หยุดยาเอง และผู้ป่วยให้ความร่วมมือขณะตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ</p>

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาลขณะการทำหัตถการสวนหัวใจและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	วิเคราะห้และอภิปรายผลการพยาบาล
<p>1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวลดลง หัวใจลดลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>: ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็น STEMI</p> <p>: ผู้ป่วยทั้งสองรายยังมีอาการแน่นหน้าอก chest pain ระหว่างการทำหัตถการสวนหัวใจ อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง O2 saturation อยู่ในช่วง 94%-96%(ทั้งสองราย)</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>; ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน หัวใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน</p>	<p>1. ฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและหลอดเลือดแตกทะลุโดยการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (monitor EKG) ตลอด 24 ชั่วโมงร่วมกับประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง (Zhang, 2021)</p> <p>2. ประเมินระดับความรู้สึก โดยใช้แบบประเมิน Glasgow coma scale ทุก 1-2 ชั่วโมงและประเมินการตอบสนองของรูม่านตา การเคลื่อนไหวของร่างกายและการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมเพื่อฝ้าระวังภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมอง</p> <p>3. ประเมินการไหลเวียนโลหิตของรยางค์ส่วนปลายตามหลัก 7Ps ได้แก่ สีผิวหนังซีด (pallor) อุณหภูมิของผิวหนังเย็น (polar) อาการปวด (pain) อาการชา (paresthesia) อัมพาต (paralysis) การคลำชีพจรส่วนปลายทั้ง 2 ข้างเปรียบเทียบกัน (pulselessness) หากพบความผิดปกติตรวจสอบระยะที่เริ่มมีอาการร่วมด้วย (pistol shot) (Mefford, 2019) เพื่อฝ้าระวังภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Watson et al., 2023)</p> <p>4. ฝ้าติดตามอาการและอาการแสดงจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ อาการเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด เจ็บหน้าอกรุนแรงร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน และมีเหงื่อออกมากอาการเจ็บหน้าอกอาจมีหรืออาจไม่มีอาการปวดร้าว หายใจลำบากเพิ่มขึ้น พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST และ Q-wave ผิดปกติเพิ่มขึ้น</p> <p>5 รายงานอาการให้แพทย์ทราบในทันที เมื่อพบอาการ อาการแสดงที่ผิดปกติ</p>	<p>ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานโดยประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิตรวมทั้งอาการและอาการแสดงของภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด (hypovolemic shock) ที่อาจเกิดจากหลอดเลือดแตกทะลุเช่น ชีพจรเบาเร็วความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว และอุณหภูมิกายต่ำกว่าปกติ โดยวัดแขนหรือขาข้างตรงข้ามกับข้างที่ทำหัตถการเพื่อป้องกันการบีบรัดที่อาจทำให้เกิดเลือดออกบริเวณตำแหน่งที่ใส่อุปกรณ์ ผลการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายขณะทำหัตถการตรวจสวนหัวใจคือ ผู้ป่วยทั้งสองรายรู้สึกตัว รู้เรื่องดี ไม่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงบริเวณรยางค์ส่วนปลายไม่มีอาการแสดงของ 7Ps ไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติ ไม่พบก้อนเลือดบริเวณตำแหน่งที่ทำหัตถการใส่สายสวน ระหว่างทำหัตถการผู้ป่วยรายที่ 1 มีสัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60- 110/81 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90-96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง O2 saturation อยู่ในช่วง 94%-96%</p> <p>ผู้ป่วยรายที่ 2 มีสัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60- 110/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง O2 saturation อยู่ในช่วง 94%-96%</p>

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล (ต่อ)

การพยาบาลขณะการทำหัตถการสวนหัวใจและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (ต่อ)		
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	วิเคราะห์และอภิปรายผลการพยาบาล
<p>2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะทำหัตถการสวนหัวใจและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ(PCI) ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะภาวะเลือดออก ลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดแตกทะลุ ไตวายเฉียบพลัน และการติดเชื้อ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือและถ่างขยายหลอดเลือดด้วยการใส่ขดลวด</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หลังทำหัตถการ</p>	<p>1. ดูแลเส้นารวัง สังเกตอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยล่วงหน้าเพื่อสามารถป้องกันความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้ การเฝ้าระวัง อาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน อาทิ อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจอาการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็น ชื้น เขียวคล้ำ capillary refill time > 3 วินาทีค่ากรดตต่างของเซรัม pH ต่ำกว่า 7.35 หรือสูงกว่า 7.45 ค่าแรงดันคาร์บอนไดออกไซด์ของเซรัม ต่ำกว่า 35 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่า 45 (เพ็ชรา สืบแสง, 2551)</p> <p>2. เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและหลอดเลือดแตกทะลุ โดยการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอด 24 ชั่วโมง ร่วมกับประเมินสัญญาณชีพทุกชั่วโมง</p> <p>3. สังเกตอาการเลือดออกผิดปกติ ได้แก่ เลือดกำเดาไหล ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด ปวดท้อง ปวดศีรษะ ซึมลง พร้อมทั้งติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติ การค่าความแข็งตัวของเลือด เช่น PT, PTT, INR (Salvador & Wagner, 2023)</p>	<p>ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือและถ่างขยายหลอดเลือดด้วยการใส่ขดลวด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ไม่เกิด hematoma และ bleeding บริเวณที่ทำหัตถการ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการใช้ TR band ในการกดห้ามเลือด (ลดวาล์ว ฤทธิ์กล้า, 2562). และได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ผู้ป่วยทั้งสองรายมีสัญญาณชีพคงที่ การติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจช่วงทำหัตถการไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ</p>
การพยาบาลหลังการทำหัตถการสวนหัวใจและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ		
ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	วิเคราะห์และอภิปรายผลการพยาบาล
<p>1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด (major Vascular complication) ภายหลังการทำหัตถการ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมี introducer sheath คาอยู่ในหลอดเลือดบริเวณข้อมือ และการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (PCI) จะให้ heparin 100 unitต่อน้ำหนัก(กิโลกรัม)</p> <p>เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด (major vascular complication) ภายหลังการทำหัตถการ</p>	<p>1. ดูแลจัดท่า (position) ไม่ให้แขน ข้อมือ พับงอหรือลงน้ำหนักมือข้างที่ทำหรือถ้าในกรณีแทงหลอดเลือดบริเวณขาหนีบ ดูแลผู้ป่วยไม่ให้ลุกขึ้นนั่ง ไม่ให้งอขาข้างที่มีแผล</p> <p>2. ให้ความรู้ อธิบายการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย ภายหลังการทำหัตถการ ในเรื่อง ขั้นตอน เหตุผลของการทำและการนำsheath ออก การดูแลผลการถูกจำกัดในการเคลื่อนไหวของบางส่วนเพื่อความปลอดภัยป้องกันแผลไม่ให้เกิดเลือดออกหรือเกิดก้อนเลือด</p> <p>3. สังเกตและประเมินแผลเป็นระยะๆถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น แผลมีเลือดออก ขนาดของก้อนเลือด(hematoma)โดยบริเวณตำแหน่งที่แทงหลอดเลือด femoral artery > 10 ซม.</p>	<p>หลังการทำหัตถการสวนหัวใจและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยทั้งสองราย ย้ายไปพักพื้นที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจผู้ป่วยได้รับการประสานความร่วมมือกับนักกายภาพบำบัดในการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะอยู่ในโรงพยาบาลและระยะกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านและได้รับการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (motivation intervention) (Miller & Rollnick, 2012) ผู้ป่วยทั้งสองรายสามารถจำหน่ายกลับบ้านและได้รับการติดตามที่คลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจตามแผนการรักษาของอายุรแพทย์โรคหัวใจ</p>

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาลหลังการทำหัตถการสวนหัวใจและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (ต่อ)		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	วิเคราะห์และอภิปรายผลการพยาบาล
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>: ผลของผู้ป่วยไม่มี bleeding hematoma pseudoaneurysm thrombotic occlusion และมีสัญญาณชีพคงที่</p>	<p>brachial artery > 5 เซนติเมตร radial artery > 2 เซนติเมตรให้รีบรายงานแพทย์</p> <p>4. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ร่วมกับการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมีเลือดออก มีก้อนเลือด(major bleeding hematoma) บริเวณหรือตำแหน่งที่แทงหลอดเลือด access site requiring transfusion pseudoaneurysm thrombotic occlusion vascular surgery repair เพื่อพัฒนาและปรับปรุงในการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด (major vascular complication)</p> <p>5.ติดตามอาการของผู้ป่วยภายหลังจากที่ย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยหนักวิกฤตโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด</p>	<p>ตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรายที่ 1</p> <p>Creatinine = 0.79 mg/dl,BUN = 7 mg/dl, eGFR = 121.34 mL/min/1.73 m²</p> <p>ตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรายที่ 2</p> <p>Creatinine =0.72 mg/dl,BUN=9mg/dl, eGFR =119.17.mL/min/1.73 m²</p>

สรุปและวิเคราะห์กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นการพยาบาลเฉพาะทางที่พยาบาลต้องมีทักษะความรู้ความเชี่ยวชาญพิเศษทั้งด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน(Rolley et al.,2011)เพราะการทำหัตถการดังกล่าวถือเป็นการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงสอดใส่เข้าไปในอวัยวะสำคัญของร่างกายซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมาได้ ฉะนั้นพยาบาลประจำห้องตรวจสวนหัวใจจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะเตรียมผู้ป่วย ขณะ และภายหลังการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดโคโรนารีจนถึงระยะจำหน่าย ต้องมีแนวทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยตรวจสวนหัวใจ (Sriprasong, 2010) โดยเฉพาะการประเมินและการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อก ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ หรือภาวะบิรัดหัวใจจากน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น (Andersen et al., 2005)และเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยการตรวจสวนหัวใจเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิต พยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจสวนหัวใจควรให้ความสนใจ เอาใจใส่กับปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งจะมีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเวลา 3 ระยะคือเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและในระยะที่ต้องออกจากโรงพยาบาล(Oka et al., 1995) ซึ่งสาเหตุหลักของการเกิดความวิตกกังวลคือการได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายจากภาวะความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการแก้ไข (Eisendrath & Shim, 2006)การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยผู้ใหญ่ตอนต้น(อายุ 18-40 ปี)พบว่ามีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้วยังรวมถึงภาวะด้านจิตใจจิตวิญญาณและจิตสังคม เพื่อให้การพยาบาลครอบคลุมและดูแลแบบองค์รวม(สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2554.) การพยาบาลที่สำคัญคือการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ดังกรณีศึกษาตัวอย่างทั้งสองรายซึ่งพบว่าทั้งสองรายมีเส้นเลือดหัวใจตีบบางส่วน(partial occlusion) และได้รับการใส่ขดลวดฝังบริเวณผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี ผลการสวนหัวใจพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการตีบของหลอดเลือดแดงโคโรนารี 3 เส้น คือ LM, LAD, LCX ทำ PCI with DES 1 เส้น ที่ LAD แพทย์วินิจฉัยเป็น Single Vassel Disease (SVD)ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการตีบของหลอดเลือดแดงโคโรนารี 2 เส้น คือ LAD และ RCA ได้รับการทำ PCI LAD-DG using hybrid (DES and DCB) แพทย์วินิจฉัยเป็น Double Vassel Disease (DVD) ผู้ป่วยทั้งสองรายต้องรับประทานยา กลุ่ม Dual antiplatelet therapy (DAPT) เป็นระยะเวลา 12 เดือนเป็นอย่างน้อยและรับประทานยา กลุ่ม Single antiplatelet therapy (SAPT) ตลอดชีวิต ผู้ป่วยรายที่ 2 มี risk factor คือเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยทั้งสองรายทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงและไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติซึ่งเป็นวัยทำงานเพื่อหาเลี้ยงตนเอง ครอบครัวแต่ต้องเป็นภาระให้ครอบครัวต่างจากผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่ลูกหลานจะต้องดูแล หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยทั้งสองรายยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยรายที่ 1 ทำอาชีพสถาปนิก ผู้ป่วยรายที่ 2 ทำอาชีพเกษตรกร

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลประจำห้องตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ สาเหตุและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและทุกคนในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานการพยาบาล
2. พยาบาลประจำห้องตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วย ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งต้องอาศัยทั้งความรู้ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดให้พ้นจากระยะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
3. ต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้พร้อมและเพียงพอในการใช้งาน ถ้ามีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น สามารถแก้ไขได้อย่างทันท่วงที
4. พยาบาลประจำห้องตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดต้องให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และอธิบายถึงความสำคัญในการที่จะต้องปฏิบัติตนให้ถูกต้องในการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (ออนไลน์). (2567). *กรมควบคุมโรค ร่วมรณรงค์วันหัวใจโลก 2567 เน้นย้ำให้ ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจ*.สืบค้นจาก : <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=46450&deptcode=brc> [20 ธันวาคม 2567]
- แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, สุรสิทธิ์ ช่วยบุญ, และ ณฤทัย นฤมานโกคิน. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ: กรณีศึกษา*. วารสารพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก.
- เพ็ชรา สืบแสง. (2551). *การประเมินการเฝ้าระวังผู้ป่วยแแรกรับและการจำหน่าย.ใน:เบญจมาศ ปรีชากุล, บรรณาธิการ. การพยาบาลในห้องพักฟื้น ชมรมพยาบาลผ่าตัดศิริราช*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง;. หน้า 141-154.
- ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า. (2562). *ผลของโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดเรเดียลภายหลังการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด*. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). *แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563*. สมุทรปราการ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.
- สุริย์ ธรรมิกบวร. (2554). *การพยาบาลองค์รวม : กรณีศึกษา*. กรุงเทพฯ : ธนาเพลส จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *อาการที่เกิดขึ้นจากการเลิกสูบบุหรี่* [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 มกราคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://quitsmoki.plz.Blogspot.2009/11/blogpost_12.htm
- Al-Hijji, M. A. (2019). *Safety and risk of major complications with diagnostic cardiac catheterization. Circulation: Cardiovascular Interventions*. 12(7): 1-9. <https://doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.119.00779116>
- Andersen, K., Bregendahl, M., Kaestel, H., Skriver, M., & Ravkilde, J. (2005). *Haematoma after Coronary Angiography and Percutaneous Coronary Intervention via the Femoral Artery Frequency and Risk Factors*. Eur J Cardiovasc Nurs. Jun 1;4(2):123–7.
- Chaiwong, N., & Bonkhonthod, P. (2019). Factors preventive behaviors for coronary heart disease among persons at risk to disease. *Journal of Nursing and Health Care*
- Collet, J.P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., Bauersachs, J., & Bhatt, D.L. (2021). *ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: the task force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)*. Eur Heart J.

- Curran, A., (2023). *Cardiac catheterization nursing diagnosis and nursing care plan*. [Internet]. [Cited Jun 8]. Available from: https://nursestudy.net/cardiac-catheterization-nursing-diagnosis/?utm_content=expand_article
- Eisendrath, S.J., Shim, J.J. (2006). *Management of psychiatric problems in critically ill patients*. Am J Med.;119(1):22-9.
- Hamm, C.W., Bassand, J.P., Agewal, I S. (2011). *ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation*. Eur Heart J;32:2999–3054.
- Jamfa, W., Chumpeeruang, S., & Rueangphut, P. (2019). *Depression and quality of life among elderly living in Muang NakhonSawan Province*. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal.; 11(2): 259-71. Thai.
- McCance, K.L., Huether, S.E., Brashers, V.L., & Rote, N.S. (2010). *Pathophysiology The etiologic Basis for Disease in Adults and Children*. Missouri : Mosby Elsevier.; 6(1):31-42.
- Mefford, C.L. (2019). *Disorders of blood flow and blood pressure regulation*. In: Norris TL, Editor. Porth's pathophysiology: concepts of altered health states. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer;. pp. 713-52.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Oka, R.K., Burke, L.E., & Froelicher, E.S.S. (1995). *Emotional responses and inpatient education*. In: Woods SL, Froelicher ESS, Adams S, Bridges EJ, editors. Cardiac Nursing. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; p.672-89.
- Piromsit, N., Srikulsiripanno, J., & Nurakhe, A. (2018). *Factors influencing cardiovascular disease prevention behaviors among the risk group in SuphanBuri Province Thailand*. HCU JOURNAL; 22(43-44): 55-69. Thai.
- Rolley, J.X., Salamonson, Y., Dennison, C.R., & Davidson, P.M. (2011). *Nursing clinical practice guidelines to improve care for people undergoing percutaneous coronary interventions*. Aust Crit Care; 23: 18-38
- Salvador, K., Wagner, M. (2023). *Myocardial infarction: Nursing diagnoses, care plans, assessment & interventions*. [Internet]. [Cited 2023 Jun 8]. Available from: <https://www.nursetogether.com/myocardial-infarction-nursing-diagnosis-care-plan/>
- Sricharan, K.N., Rajesh, S, & Rashmi. (2012). *Study of acute myocardial infarction in Young Adults: Risk factors, presentation and angiographic findings*. JCDR.; 6(2):257-60.

- Severino, P. (2021). Ischemic heart disease pathophysiology paradigms overview: From plaque activation to microvascular dysfunction. *International Journal of Molecular Sciences*. (21); 1-71. <https://doi.org/10.3390/ijms2121811815>
- Sriprasong, S. (2010). *Nursing care for coronary artery disease*. In: Tupairoh P, editors. *Medical nursing 1*. 1st ed. Bangkok: NP press;. P.140-148. (in Thai)
- Watson TJ, Ong PJL, Tcheng JE. *Primary angioplasty: a practice guide (eBook)*. 2023 [Cited 2023 Jun 8]. Available from: <https://doi.org/10.1007/978-981-13-1114-7>
- The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King. (2014). *Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of heart failure*. Bangkok: A plus printing.
- World Health Organization. (2015). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: WHO.
- Zhang, T.Qi.X., (2021). *Greater nursing role for enhanced post-percutaneous coronary Intervention management*. *Int. J. Gen. Med.*;14: 7115-20.

