

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Nurse's Role in Caring for Patients with Acute Coronary Syndrome

สุทัศน์ ศุภนาม*

Suthat Supanam*

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา นครนายก ประเทศไทย 26120

Faculty of Nursing, St. Theresa International College, Nakhonnayok, Thailand, 26120

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตรุนแรง (Life threatening) ที่เกิดจากความผิดปกติบริเวณหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตีบแคบ อุดตัน หรือปริแตก ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ ส่งผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สามารถพบได้ในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วม รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตั้งแต่ระยะวิกฤตจนเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ พยาบาลมีบทบาทในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองภายหลังการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดโอกาสการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, การพยาบาล, คำแนะนำ

Abstract

Acute Coronary Syndrome (ACS) refers to a life-threatening concern caused by anomalies in the blood vessels that supply the heart muscle. This leads to narrowing, blockage, or rupture, resulting in insufficient blood flow to the heart muscle and eventually ACS and myocardial infarction. Acute coronary syndrome is the most occurs in males more than females who are 20 years old and above and have co-morbidity including inappropriate healthcare behaviors that cause acute coronary syndrome. Therefore, nurses play a significant role in caring for patients with acute coronary syndrome starting from crisis until the rehabilitation period. The role of nurses was identified in changing patient behavior after having acute coronary syndrome and supporting the patient's family participation in patient care for patients to change their self-management behaviors after acute coronary syndrome to be correct, help them to achieve a better quality of life, and suitable to reduce the risk of recurrence and re-hospitalization.

Keyword: Acute Coronary Syndrome, Nursing care, Advice

Corresponding Author: *E-mail: Suthat.supanam@gmail.com

วันที่รับ (received) 26 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ต.ค. 2566

บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome [ACS]) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์อัตราการเกิดและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2573 และมีอัตราการตายสูงถึง 26 ล้านคน¹ สำหรับสถานการณ์สถิติการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วย 426.44 428.23 456.62 466.34 และ 514.13 คนต่อแสนประชากร และมีอัตราการเสียชีวิต 32.4 คนต่อแสนประชากรหรือประมาณ 19,862 คนต่อปี จากสถิติข้างต้นพบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี ทำให้ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรกำลังคนในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 7,000 ล้านบาทต่อปี²

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีหลายวิธี ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วน (Fast tract) เพื่อเปิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็ว (Revascularization) เพื่อให้หลอดเลือดขยายและปริมาณเลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นและฟื้นคืนสภาพได้ทันเวลา โดยการรักษาด้วยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention [PCI]) เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ แต่อย่างไรก็ตามภายหลังการรักษา ผู้ป่วยยังคงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการรับประทายตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาขยายหลอดเลือด ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด และยาป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เพื่อให้หัวใจทำงานดีขึ้นและกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ³⁻⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีโอกาสเกิดการกำเริบของโรคที่รุนแรงมี 2 ประเภท คือ 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ เพศ อายุ และประวัติของบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และ 2) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การไม่ออกกำลังกาย และภาวะเครียด ดังนั้นพยาบาลจึงเป็น

บุคคลสำคัญที่ช่วยลดโอกาสการกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บทความนี้มีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยการลดปัจจัยชักนำที่มีโอกาสทำให้โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรุนแรงมากขึ้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อคงสถานะของสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ฝึการวางแผนและติดตามอาการของตนเอง และมีทักษะในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในอนาคตได้^{5,6}

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome [ACS])

ความหมาย โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ โรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหัวใจที่บ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน มีสาเหตุสำคัญเกิดจากการปริแตกของคราบไขมันที่สะสมในหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ส่งผลทำให้เลือดไม่สามารถไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ และหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลทำให้เกิดการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้⁶

ชนิดของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งเป็น 3 ลักษณะจากการวินิจฉัยโดยใช้การตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นหลัก⁷

1) ST elevation ACS (STE-ACS) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 Lead ที่ต่อเนื่องกัน และพบ Cardiac biomarkers เพิ่มขึ้น 2) Non ST elevation ACS (NSTEMI-ACS) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion และพบ Cardiac biomarkers เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด Q-wave และ 3) Unstable angina [UA] เป็นกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน จะเกิดขึ้นในขณะพักหรือหัวใจทำงานหนัก เช่น มีภาวะเครียด นอนหลับไม่เพียงพอ หรือมีอาการขณะ

ออกกำลังกาย คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มี ST segment elevation แต่มี ST segment depression หรือ T wave inversion และ Cardiac biomarkers มีระดับปกติ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (Risk factor)

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non-modifiable risk factors) มีดังนี้

1.1) เพศและอายุ พบว่า เพศชายอายุ 35-45 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า¹ เพศชายจะมีอายุน้อยกว่า 40 ปี และเพศหญิงพบได้ในช่วงอายุ 60-70 ปี เนื่องด้วยเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ แต่ในปัจจุบันสามารถพบได้ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป จากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมและวิถีชีวิตต่างจากเดิม²

1.2) พันธุกรรม พบว่า ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเกิดโรค มีโอกาสที่จะเกิดโรคนี้ได้ตั้งแต่อายุยังน้อยมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติทางพันธุกรรมในครอบครัว (เพศชายอายุน้อยกว่า 55 ปี และเพศหญิงอายุน้อยกว่า 65 ปี) ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมจึงมีความสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน³

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ (Modifiable risk factors) มีดังนี้

2.1) โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เกิดจากหลอดเลือดแดงเสื่อมทั่วร่างกาย ทำให้การเผาผลาญไขมันในเลือดผิดปกติ เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดแดงโคโรนารีจึงมีการตีบแข็งได้^{4, 10}

2.2) ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) มีผลทำให้ Endothelial cell ในผนังหลอดเลือดเกิดการฉีกขาดมากขึ้น เป็นสาเหตุการตายอย่างกะทันหันสูงถึง 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าผู้ที่มีความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงกว่า 140/85 มิลลิเมตรปรอท โดยเฉพาะในบุคคลที่มีค่าไดแอสโตลิกที่สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้สูงกว่าบุคคลที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ปกติ¹¹

2.3) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) โดยเฉพาะไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein [LDL]) โดย LDL ที่เพิ่มขึ้น 1 mg/dl จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถึงร้อยละ 2-3

นอกจากนี้ระดับโคเลสเตอรอลที่มากกว่า 200 mg/dl และระดับไตรกลีเซอไรด์ที่มากกว่า 150 mg/dl เป็นปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากขึ้นได้¹¹

2.4) ภาวะอ้วน (Obesity) และอ้วนลงพุง โดยเฉพาะผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยเฉพาะระดับ LDL ร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้¹¹

2.5) กิจกรรมทางกายน้อย (Physical inactivity) เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายและสุขภาพของหัวใจแข็งแรง หลอดเลือดหัวใจขยายตัว ช่วยเพิ่มปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น ช่วยลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดปริมาณไขมันเลวและลดการจับตัวของไขมันตามผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ป้องกันการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้^{12,13}

2.6) การสูบบุหรี่ (Smoking) มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ยิ่งสูบบุหรี่ยานหรือสูบบุหรี่วันละ 1 ซองขึ้นไป มีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ถึง 2 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่กระตุ้นสมองและต่อมหมวกไตให้มีการหลั่งสาร ได้แก่ Noradrenaline, Dopamine, Serotonin ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ทั้งนี้ยังทำให้ LDL สะสมในผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารีมากขึ้น ส่งผลทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจนเกิดโรคขึ้นได้¹⁴

2.7) การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol) ทำให้หัวใจทำงานหนัก การบีบตัวของหัวใจเร็วและแรงขึ้น มีการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณของ LDL เพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดเพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้^{1,8}

2.8) ภาวะเครียดและบุคลิกภาพแบบ A (Stress and personality type A) บุคคลที่มีอารมณ์โกรธ วิตกกังวล หงุดหงิด โมโห และภาวะเครียดทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ขอบแข่งขัน อารมณ์รุนแรง ใจร้อน ก้าวร้าว และเข้มงวดตลอดเวลา จะทำให้ร่างกายหลั่งสารแคเทพิโคลามีนมากขึ้น กระตุ้นการทำงานของระบบ

ประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้¹⁵

พยาธิสรีรวิทยา โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีสาเหตุจากพยาธิสภาพการเกิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อมแข็ง (Development of atherosclerosis) จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน โดยเซลล์เยื่อบุชั้นในมีการทำหน้าที่เปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งมีขั้นตอนการเกิดต่อเนื่องกัน แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้¹⁶

ระยะที่ 1 Fatty streak จะมีลักษณะคราบไขมันสีเหลือง พบได้ตั้งแต่แรกคลอดจนถึงวัยสูงอายุ คราบไขมันนี้ประกอบด้วย Macrophage และ Smooth muscle cells มีการก่อตัวสะสมในผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง ซึ่งไม่มีผลทำให้การไหลเวียนเลือดหยุดชะงัก ผู้ป่วยจึงไม่มีการแสดงให้เห็นชัดเจน

ระยะที่ 2 Fibrous plaque หรือ Mature plaque จะมีการก่อตัวของคราบไขมันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระยะนี้จะมี Extracellular lipid core แทรกใน Smooth muscle cell, Macrophage และ Form cell พอกทับ Fatty streak กลายเป็น Plaque ที่มีลักษณะเป็นปื้นไขมันสีเหลืองเทา พอกติดเยื่อผิวชั้นในหลอดเลือดแดง ซึ่ง Fibrous plaque นี้ประกอบด้วย Collagen และ Smooth muscle cells กระตุ้นให้หลังสาร Fibrin, Fibrinogen, Albumin, White blood cell, Calcium และ Lipoprotein

ระยะที่ 3 Ruptured plaque หรือ Complicated plaque เป็นระยะที่มีการฉีกขาดหรือปริแตกของ Plaque กระตุ้นเกล็ดเลือด Glycoprotein IIb/IIIa receptor (GP IIb/IIIa) ไปจับกับ Fibrinogen ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดกลายเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่ เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่เป็นสาเหตุนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทั้ง 3 ลักษณะ คือ UA, NSTEMI และ STEMI ซึ่งระดับความรุนแรงขึ้นกับชนิดของลิ่มเลือดที่อุดตันภายในหลอดเลือดหัวใจ โดยปกติร่างกายมีกลไกในการจัดการภาวะลิ่มเลือด โดยทำให้เกิด fibrinolysis เพื่อเปิดเส้นเลือดทำให้ลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ถูกสลายไป ในกรณีที่ลิ่มเลือดอุดตันไม่สมบูรณ์ แต่ขนาดของหลอดเลือดเล็กลง เกิดการขัดขวางการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารีทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ส่วนในกรณีเกิดลิ่มเลือดอุดตันสมบูรณ์ จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาด

เลือดเฉียบพลัน นำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย ภาวะช็อกและเสียชีวิตกะทันหันได้

อาการและการแสดง ภาวะเจ็บหน้าอก เป็นอาการที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีภาวะเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้มีอาการนำอื่นๆที่สำคัญ 5 อาการ³ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการเจ็บหน้าอก 2) เหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย 3) ภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง 4) ภาวะความดันโลหิตต่ำเฉียบพลัน และ 5) หหมดสติหรือภาวะหัวใจหยุดเต้น

การวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่สำคัญ คือ การซักประวัติอาการเจ็บหน้าอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเจาะเลือดดูค่าเอนไซม์การทำงานของหัวใจ การตรวจสมรรถภาพของหัวใจ โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย และการสวนหัวใจ¹⁷

1. การซักประวัติอาการเจ็บหน้าอกมีลักษณะสำคัญ ได้แก่ อาการไม่สุขสบายหรือปวดแน่นหน้าอกเหมือนถูกบีบกดหรือรัดแน่นบริเวณหน้าอก ร้าวไปแขน หลังคอ ขากรรไกร หายใจไม่ออก เหงื่อออก คลื่นไส้ อาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นนานกว่า 15-20 นาที อาการไม่ดีขึ้นแม้นอนพักหรืออมยาไนโตรกลีเซอริน หากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นบริเวณกว้าง ผู้ป่วยจะมีเหงื่อออกมาก ชีต หัวใจเต้นเร็ว ผิวเย็น ฟังหัวใจได้ยินเสียง S3 หรือ S4 gallop หรือพบว่ามี ความดันโลหิตต่ำมาก ซึ่งปัจจัยกระตุ้นก่อนเกิดอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ ออกกำลังกายอย่างหนัก ออกแรงทำกิจกรรมมาก และภาวะเครียด ซึ่งอาการมักปรากฏชัดเจนในช่วงหลังตื่นนอนตอนเช้าเป็นเวลา 1-2 ชั่วโมง

2. การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่สำคัญ ได้แก่ ST Segment ยกขึ้นหรือลดลง หรือ Q-Wave และ T-wave ผิดปกติ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มี ST segment ยกขึ้น แสดงถึงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ หากได้รับการแก้ไขเปิดหลอดเลือดได้ ST segment จะกลับสู่ภาวะปกติ แต่หากมีการอุดตันของหลอดเลือดอยู่นาน จะมี Q-Wave ปรากฏขึ้น แสดงว่ามีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้นทั้ง 3 ชั้น (Endocardium, Myocardium และ Pericardium) ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ส่วนในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI พบว่า ST Segment ลดลง หรือ T-wave หัวกลับ หรือสามารถพบได้

ทั้งสองอย่างร่วมกัน นอกจากนั้นคลื่นไฟฟ้าหัวใจสามารถบอกตำแหน่งการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจตามตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลง ST segment, Q-Wave และ T-wave ได้

3. การเจาะเลือดดูค่า Cardiac biomarkers ที่บอกถึงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ ซึ่งมีหลายชนิด ได้แก่ 3.1) Myoglobin เอนไซม์ชนิดนี้พบได้เร็วกว่า Troponin-T และ Creatinine kinase ตรวจพบได้ใน 2 ชั่วโมง และยังคงสูงขึ้นอย่างน้อย 7-12 ชั่วโมง ภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3.2) Troponin-I (มากกว่า 1.5 นาโนกรัม/มิลลิลิตร) และ Troponin-T (มากกว่า 0.1 นาโนกรัม/มิลลิลิตร) มีความไวและความจำเพาะสูงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตรวจพบได้ใน 4 - 6 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นสูงสุดใน 12-24 ชั่วโมง ภายหลังเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก และพบได้ใน 7-10 วัน ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และ 3.3) Creatinine kinase MB (CK-MB) จะมีค่าสูงขึ้นใน 4 - 8 ชั่วโมง และจะเพิ่มสูงสุดใน 24 ชั่วโมง ภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังจากนั้นจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ

4. การตรวจด้วยการสร้างภาพหัวใจ (Cardiac imaging) ได้แก่ 4.1) การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (Echocardiography) เพื่อประเมินความผิดปกติการเคลื่อนไหวผนังห้องหัวใจที่ขาดเลือดไปเลี้ยง สภาพลิ้นหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว ลิ้นหัวใจตีบ และสามารถประเมินการบีบตัวของหัวใจ และใช้ในการพยากรณ์โรคได้¹⁸ 4.2) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหัวใจ (Cardiac magnetic resonance) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ Ventricular function และกายวิภาคของหลอดเลือดหัวใจ ใช้ประเมินตำแหน่งหัวใจที่ขาดเลือดทั้งระยะแรกหรือระยะหลัง เพื่อแยกสภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่าเกิดขึ้นใหม่หรือเกิดขึ้นมานานแล้ว¹¹ และ 4.3) การตรวจสมรรถนะหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (Exercise stress test) เป็นการตรวจที่ใช้วินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะออกกำลังกาย ช่วยให้แพทย์ตรวจพบการตอบสนองที่ผิดปกติ เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก การเต้นของหัวใจผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้³

5. การสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) เป็นการตรวจเพื่อประเมินความรุนแรงของรอยโรคที่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน การทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้าย ความพิการของหัวใจ การวัดความดันของห้องหัวใจ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ และระดับออกซิเจนของหัวใจ โดยการใส่สายสวนเข้าทางหลอดเลือดแดง femoral artery

หรือ radial artery โดยการฉีดสารทึบแสงผ่านเข้าไปในหลอดเลือดขณะทำการสวนหัวใจ และถ่ายภาพรังสีไว้ เพื่อประเมินการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดหัวใจ เป็นการตรวจเพื่อประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บเพื่อตรวจประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและลักษณะของหลอดเลือดหัวใจ³

ผลกระทบ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะคุกคามชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย^{17, 18, 19} ประกอบด้วย

1.1) อาการเจ็บหน้าอก เป็นผลกระทบที่สำคัญและรุนแรงที่เกิดขึ้นจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณหน้าอก มีอาการเจ็บ แน่น อึดอัดคล้ายมีของหนักมากดทับหรือถูกบีบรัดที่หัวใจ อาการเหล่านี้อาจร้ายไปกราม ไหล่ และแขนขาได้ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ร่างกายจึงมีการหลั่งสาร Bradykinin และ Kinin ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดได้ หากให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทันเวลา อาจส่งผลทำให้การทำงานของหัวใจล้มเหลว และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้

1.2) การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และความไม่สุขสบายจากภาวะการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความเจ็บปวดของอาการเจ็บหน้าอกยังเกิดขึ้นเป็นระยะ ส่งผลให้การนอนหลับแปรปรวน ระยะเวลาในการนอนหลับน้อยลง กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น และอาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้

1.3) ความเหนื่อยล้า เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าระดับรุนแรง เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลา 6-12 ชั่วโมง มักเกิดในเวลากลางคืน และคงอยู่นานถึง 2 เดือนหลังเกิดโรค อาการเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยมีการใช้พลังงานมากขึ้น และดึงพลังงานที่สะสมไว้มากใช้ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย หดแรง เหนื่อย ง่วงซึม ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน และภาวะปอดแฟบ ตามมาได้

1.4) สติปัญญาและการรับรู้เปลี่ยนแปลง จากภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ร่างกายเกิดภาวะขาดออกซิเจน ที่สำคัญ คือ

สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงมีอาการสับสน ความจำ การรู้คิด และการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง อีกทั้งการเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ช้าลง

2. ผลกระทบด้านจิตใจ^{12, 19, 20}

2.1) ภาวะเครียด ภายหลังการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นผลกระทบด้านจิตใจที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและหวาดวิตกกังวลอย่างมาก กลัวการกำเริบซ้ำของโรครุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกะทันหัน โดยความเครียดจะเกิดขึ้นตั้งแต่วะยะแรก พบมากที่สุดในช่วง 7 วันภายหลังเกิดโรค คะแนนประเมินภาวะเครียดอยู่ในระดับสูง และภาวะเครียดนี้จะยังคงอยู่ถึง 42 เดือน

2.2) ความวิตกกังวล ในภาวะวิกฤติหรือในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล และกลัวความตายเป็นผลกระทบด้านจิตใจที่พบได้บ่อย พบได้ในระยะ 12 ชั่วโมงแรก ที่ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก และความวิตกกังวลค่อยๆ ลดลงภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 1 สัปดาห์ และยังคงเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 1 ปี ภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.3) อาการซึมเศร้า เป็นอาการที่พบได้บ่อย จะแสดงออกมาให้เห็นในรูปของความรู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ สิ้นหวัง การตอบสนองต่อสิ่งแวดลอมหรือบุคคลรอบข้างลดลง เกิดความท้อแท้ใจ ความกดดันทางอารมณ์สูง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและอัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงจากภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ด้วยภาวะดังกล่าวข้างต้นมีผลต่อการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ มีการหลั่งสารแคททีโคลามีนเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และอาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายตามมาได้

3. ผลกระทบด้านสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีการลดลงของสมรรถภาพทางกาย จากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อของหัวใจลดลง และเกิดอาการต่างๆ เกิดขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรมมากขึ้น และผู้ป่วยต้องลดบทบาทหน้าที่ในสังคมลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ

4. ด้านเศรษฐกิจและครอบครัว จากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายทั้งค่ารักษาพยาบาลและ

ค่าเดินทางเป็นจำนวนมาก รวมต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคมากขึ้น เพื่อให้ภาวะของโรคสงบลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยบางรายต้องเปลี่ยนแปลงอาชีพ ไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมได้ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จนเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจตามมา

แนวทางการรักษา จุดมุ่งหมายการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้กำหนดไว้ มีดังนี้

1. เพื่อลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจโดยการเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือดหรือการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อป้องกันและลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจ

3. เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นการเกิดโรคซ้ำด้วยการพักลดภาวะเครียด ควบคุมความดันโลหิต จัดการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการขยายตัวของหลอดเลือด

4. ส่งเสริมการฟื้นฟูของหัวใจและชะลอการเกิดโรค ซึ่งโดยทั่วไปมีแนวทางการรักษา 3 วิธี คือ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ และการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีรายละเอียดดังนี้

4.1 การรักษาด้วยยาในผู้ป่วย STEMI ที่มีอาการภายในระยะเวลา 12 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ดีที่สุดคือ ภายใน 3 ชั่วโมง และกำหนดตัวชี้วัดการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to needle time) ไม่เกิน 30 นาที ภายหลังผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล ยาละลายลิ่มเลือดที่นิยม ได้แก่ Streptokinase และ Recombinant tissue plasminogen activator [rt-PA] เป็นยาที่ช่วยสลายลิ่มเลือด ทำให้เลือดสามารถไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เร็วขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ยังมียาขยายหลอดเลือด ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) และยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) เป็นยาที่ช่วยลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หัวใจได้รับออกซิเจนเพียงพอ ควบคุมและป้องกันการเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้¹²

4.2 การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention [PCI]) เป็น

การสอดสายสวนผ่านท่อนำทางผิวหนังเข้าสู่หลอดเลือด Radial artery หรือ Femoral artery เพื่อถ่างขยาย หลอดเลือดหัวใจที่ตีบ ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ หัวใจดีขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว (Reperfusion therapy) โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีด้วยบอลลูนและ/หรือร่วมกับการใส่ขดลวด (Stent) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต การกลับเป็นซ้ำ และลดอาการเจ็บหน้าอก^{7, 12}

4.3 การรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจ เป็นการเปลี่ยนเส้นทางการไหลเวียนเลือด ผ่านหลอดเลือดโคโรนารีที่มีการอุดตัน นิยมทำในผู้ป่วยที่มี อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล มีอาการเจ็บ หน้าอกไม่คงที่ และรักษาด้วยการทำ PCI แล้วไม่ดีขึ้น การรักษา วิธีนี้ส่วนใหญ่จะพิจารณาทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของ หลอดเลือดหัวใจด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 ของเส้นผ่า ศูนย์กลางและมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นรุนแรง ร่วมกับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 50 (LVEF < 50%) หรือมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 2 เส้น ร่วมกับมีการตีบแคบในส่วนต้นของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยง บริเวณห้องหัวใจซ้ายด้านหน้า (Left anterior descending [LAD]) และมีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติหรือ ในผู้ป่วยเบาหวาน³

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิตอย่างกะทันหัน พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพ ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย อย่างถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนได้ทันเวลา ช่วยเปิดขยายหลอดเลือด ทำให้ปริมาณเลือดไหลเวียนไป เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง และที่สำคัญ คือ ลดการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นกะทันหันได้ ซึ่งการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤตตามปัญหา ที่เกิดขึ้น โดยอธิบายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้^{16, 19, 21, 22}

1. เพื่อบรรเทาอาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอกและเพิ่มปริมาณการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอ ให้การช่วยเหลือดังนี้

1.1) ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเฝ้าระวังอาการที่แสดงถึงภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลัน (Cardiogenic shock) เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัว ลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ 1.2) ประเมินอาการเจ็บแน่น หน้าอกตามหลัก PQRST เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือและส่งตัว ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา 1.3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ยาต้านเกล็ดเลือดเป็น ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืนยา และยา Clopidogrel (75) 4 tab oral stat 1.4) ประเมิน ผู้ป่วยภายหลังได้รับยา พร้อมลงบันทึกการตอบสนองของยา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยา 1.5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน mask with bag 6-10 ลิตร/นาที่ 1.6) ดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 45 องศา เพื่อให้ออกซิเจนตัวดีขึ้น และมีออกซิเจนไปเลี้ยง กล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น 1.7) สังเกตติดตามและสอบถาม อาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นระยะ เพื่อประเมินผลภายหลังได้รับ ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 1.8) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อน บนเตียง และดูแลช่วยเหลือการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความ ต้องการในการใช้ออกซิเจนของร่างกาย และ 1.9) หากผู้ป่วยมี อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากขึ้น ให้รายงานแพทย์เพื่อปรับ แผนการรักษา

2. เพื่อให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที เพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถส่งเลี้ยงไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ให้การช่วยเหลือดังนี้

2.1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการหน้ามืด ใจสั่น กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น เพื่อประเมินภาวะ Cardiogenic shock 2.2) ตรวจวัดสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวอย่างสม่ำเสมอ จนกว่าอาการจะคงที่ และประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที โดยการ สอบถามอาการเจ็บแน่นหน้าอก สังเกตอาการหายใจเหนื่อย และหายใจลำบาก 2.3) ประเมินความเสี่ยงก่อนและหลังได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2.4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน mask with bag 6-10 ลิตร/นาที่ 2.5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Dopamine หรือ Dobutamine ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2.6) สังเกตและบันทึกปริมาณของปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง หาก ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 mL/kg/hr ให้รีบรายงานแพทย์เพื่อ ให้การรักษาทันที และ 2.7) ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาด้านเกล็ดเลือดและยาละลาย ลิ่มเลือด พร้อมทั้งเตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต

รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ เพื่อให้การช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ทันเวลา

3. เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ให้การช่วยเหลือดังนี้

3.1) ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการจะคงที่ พร้อมทั้งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินภาวะเลือดออกทั้งภายในและภายนอกร่างกาย 3.2) ประเมินระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ได้รับยาและภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง 3.3) ประเมินจุดจ้ำเลือดตามร่างกายในขณะที่ได้รับยาและภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการดูแลและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา 3.4) ประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว เพื่อเฝ้าระวังและติดตามภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำจากการมีภาวะเลือดออกในร่างกาย 3.5) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase ขนาด 1.5 ล้านยูนิต ในเวลา 60 นาที ตามแผนการรักษาของแพทย์ และ 3.6) ติดตามภาวะเลือดออกหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด ผื่นตามตัว อาการแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ปวดศีรษะ และหนาวสั่น เป็นต้น

4. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลภายหลังเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้การช่วยเหลือดังนี้

4.1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล 4.2) อธิบายข้อมูล สภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้นการเกิดโรค อาการและอาการแสดง ลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอก การวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาของแพทย์และการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ 4.3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อมูล แนวทางการรักษาของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกคับข้องใจ และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และทำทางที่เป็นมิตร พร้อมให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ 4.4) คอยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจและตรวจเยี่ยมอาการอยู่เสมอ และ 4.5) ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลการรักษา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลลง

5. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น และป้องกันการกำเริบซ้ำรุนแรงภายหลัง

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้การช่วยเหลือดังนี้

5.1) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการรับฟังข้อมูลการดูแลสุขภาพของตนเอง 5.2) พุดคุยสร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหาสุขภาพในส่วนที่ผู้ป่วยบกพร่องหรือยังไม่เข้าใจ และสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยดูแลตนเองมากขึ้น 5.3) อธิบายและให้คำแนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยกระตุ้นที่คุกคามชีวิต และอาจทำให้เกิดการกำเริบของโรคซ้ำได้ 5.4) เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามระดับไขมันในเลือดอย่างต่อเนื่อง และไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ 5.5) แนะนำให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ อย่างเพียงพอ 5.6) แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามความสามารถอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน การแกว่งแขน เป็นต้น เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจภายหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ 5.7) ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณการรับประทานอาหาร งดอาหารทอด อาหารมัน ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการกำเริบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำรุนแรงได้

อย่างไรก็ตาม บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติทางคลินิก โดยการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤตจนเข้าสู่ระยะของการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีการฝึกทักษะที่จำเป็นจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติ การจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และสามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้

ดังนั้นพยาบาลนอกจากต้องมีความรู้ มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอย่างดีแล้ว พยาบาลต้องมีทักษะในการรวบรวม วิเคราะห์ และสรุปผลข้อมูล ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตจนเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะใช้ในการตัดสินใจให้การพยาบาลและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ที่สำคัญคือภายหลังการรักษา พยาบาลต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในตนเอง เพื่อลดโอกาสการเกิดอาการกำเริบของโรคที่รุนแรง และลดโอกาสการเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลได้

สรุป

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาระหว่างและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังคงมีโอกาสเกิดการกำเริบของโรคที่รุนแรงได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาล และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้ควรให้การพยาบาลแบบองค์รวม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังเกิดโรคด้วย

References

1. World Health Organization. World health statistic of cardiovascular disease. Monitoring health for the Sustainable Development Goals. 2020;7(16):109-12.
2. Strategic and Planning Division Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Public health statistic. Journal of The ministry of Public Health. 2021;32(3):10-23. (In Thai)
3. The Heart Association of Thailand under The Royal Patronage of H.M. The King. Thai chronic coronary syndrome guideline. 2nd ed. Cositchaipat J, editor. Bangkok: Next step designs; 2021. (In Thai)
4. American Heart Association. Guideline for the management of patient with acute coronary syndrome. Journal of American College of Cardiology. 2020;25(3):128-43.
5. Di L, Niccoli G, Porto I, Vergallo R, Gatto L, Prati F, et al. Recurrent acute coronary syndrome and mechanisms of plaque instability. International Journal of Cardiology. 2017; 243:98-102.
6. Bueno H, Martin R. Long-term Cardiovascular Risk After Acute Coronary Syndrome, An Ongoing Challenge. Revista Espanola de Cardiology. 2016;69(1):1-2.
7. Supanam S, Liangchawengwong S, Piyayotai D. The factors predicting post-hospital discharge chest pain status among acute coronary syndrome patients during the first year. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(2):283-92. (in Thai)
8. European Society of Cardiology. The pathophysiology of acute coronary syndromes. Annals of Translational Medicine. 2020;3(14):271-3.
9. American Heart Association. Symptom and diagnosis of acute coronary syndrome. Annals of Translational Medicine. 2020;8(14):252-6
10. American Heart Association. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. Annals of Translational Medicine. 2020;7(14):272-6.
11. Wright EA, Steinhubl SR, Jones JB, Barua P, Yan X, Van LR, et al. Medication burden in patients with acute coronary syndromes. American Journal Managed Care. 2017;23(4):106-12.
12. Division of Non-communicable diseases. Non-communicable diseases statistic. (2021). (in Thai)
13. Donna S, Workman Y. Prevention of cardiovascular disease in adults. Journal of the American College of Cardiology. 2015;38(7):1787-821.
14. Mottillo S, Filion KB, Genest J, Joseph L, Poirier P, et al. Metabolic syndrome and cardiovascular risk. Journal of American College of Cardiology. 2014;59(7):635-43.
15. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, Miller NH, Hubbard VS, Lee I, et al. Guidelines on lifestyle management to reduce cardiovascular risk. Journal of American College of Cardiology. 2013;63(25):2960-84.

16. Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet*. 2014;347(8999):417-21.
17. Ambrose JA, Singh M. Pathophysiology of coronary artery disease leading to acute coronary syndromes. *Prime Reports*. 2015; 7(8):102-5.
18. Meister RE, Weber T, Princip M, Schnyder U, Bart J, Znoj H, et al. Resilience as a correlate of acute stress disorder symptoms in patients with acute myocardial infarction. *Journal of open Heart*. 2015;34(3):1-7.
19. Broecke S, Jobard O, Montalescot G, Bruyneel M, Ninane V, Arnulf I, et al. Very early screening for sleep-disordered breathing in acute coronary syndrome in patients without acute heart failure. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2014;15(12):1539-46.
20. Niakan M, Paryad E, Leili KE, Sheikholeslami F. Depressive symptoms effect on self care behavior during the first month after myocardial infarction. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2015;7(4):382-91.
21. Chiaranai C, Doommmai N, Chularee S. Nursing care of patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention: a case study. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2023; 34(1):2-15. (In Thai)
22. Panattoni G, Monzo L, Gugliotta M, Proietti G, Tatangelo M, Jacomelli I, et al. Optimal management of patients after acute coronary syndrome. *European Heart Journal Supplements*. 2023;25(3):84-9.