

การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษา

จิรพงศ์ ศรีเทพ* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

นรลักษณ์ เอื้อกิจ** Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ :

ปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดในร่างกายไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายรวมถึงบริเวณอวัยวะเพศลดลง การรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงและเป็นการรักษามาตรฐาน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากพยาธิสภาพที่ยังคงหลงเหลือร่วมกับการได้รับบาดเจ็บหลอดเลือดภายหลังทำให้เกิดการโดยเฉพาหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ อาจนำไปสู่การทำหน้าที่ทางเพศบกพร่องโดยเฉพาะในเพศชาย เช่น อวัยวะเพศไม่แข็งตัว การถึงจุดสุดยอดลดลง หรือเกิดการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ยังคงมีความต้องการทางเพศในระดับสูง นอกจากนี้ ความวิตกกังวล ความกลัว อาการกำเริบซ้ำระหว่างมีเพศสัมพันธ์ การรักษา และภาวะโรคร่วมอาจนำไปสู่ความสามารถในการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่องและความเปลี่ยนแปลงในการทำกิจกรรมทางเพศลดลง ปัญหาสุขภาพทางเพศนั้น มักพบว่าไม่ได้รับการประเมินหรือค้นหาปัญหาตั้งแต่อ่อนจนำหน้าทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่ได้รับคำแนะนำและการแก้ไขส่งผลต่อการฟื้นตัวของสุขภาพทางกาย อารมณ์ และความสัมพันธ์ของคู่สมรส ดังนั้น บทความนี้นำเสนอความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชาย บทบาทของพยาบาล และแนวทางสำหรับการประเมินปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศ การสอนและให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และการแก้ไขอาการเบื้องต้นเพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิกสำหรับการส่งเสริม การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ : ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การขยายหลอดเลือดหัวใจ การทำหน้าที่ทางเพศ

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
E-mail: jk.srithep@gmail.com

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, Email: noralukuakit@yahoo.com
วันที่รับบทความ 10 เมษายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 21 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 23 พฤษภาคม 2566

Sexual Function among Male Patients with Myocardial Infarction after Primary Percutaneous Coronary Intervention: A Case Study

Jirapong Srithep* *M.N.S (Adult and Gerontological Nursing)*

Noraluk Ua-Kit** *Ph.D. (Nursing)*

Abstract:

Sexual dysfunction in patients with acute myocardial infarction is caused by changes in the blood circulatory system to the peripheral organs, including the sex organ. Primary percutaneous coronary intervention is an effective treatment and evidence-based standard of care for patients with ST-segment elevation myocardial infarction. However, the residual pathology with vascular complications after the procedure, especially the femoral arteries, may lead to impaired sexual functions, especially in male patients, that are erectile dysfunction, decreased orgasm, or abstaining from intercourse while maintaining a high level of sexual desire. Anxiety, fear, symptom exacerbation during sexual intercourse, treatments, and comorbidities may lead to sexual dysfunction and interfere with the enjoyment of sexual activities. Sexual health problems are found to be untreated or unaddressed at discharge, and they may negatively affect physical recovery, emotional well-being, and intimate partner relationships. This article provides basic knowledge about sexual functions in male patients, nurses' roles, guidelines for the assessment of the sexual function problem, teaching and giving advice, sexual relation counseling, monitoring possible symptoms during sexual intercourse, and early management of symptoms. The nurse can apply this information to their clinical practice to promote sexual function in male patients with acute myocardial infarction after primary percutaneous coronary intervention.

Keywords: Acute myocardial infarction, Percutaneous coronary intervention, Sexual function

*Master's student, Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Email: jk.srithep@gmail.com

**Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University E-mail: noralukuakit@yahoo.com

Received April 10, 2023, Revised May 21, 2023, Accepted May 23, 2023

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction: AMI) เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข จากรายงานสถิติการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลกพบว่าเป็นสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้เสียชีวิตสำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยปีพ.ศ. 2564 อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดร้อยละ 34.67 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (acute ST segment elevation myocardial infarction: STEMI) มีแนวโน้มลดลง เหลือประมาณร้อยละ 16.80 ในปีพ.ศ. 2564 เมื่อติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อเนื่องไป 1 ปี พบว่าอัตราการเสียชีวิตยังคงค่อนข้างสูงร้อยละ 14¹ โดยเพศชาย มีความชุกต่อการเกิดโรคมากกว่าเพศหญิง ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มพบมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นช่วงอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 32.80²

ภาวะ STEMI เป็นการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดจากลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลันและมีการขาดเลือดต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 20 นาที การรักษา คือ การเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน ปัจจุบันการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ (primary percutaneous coronary intervention: PPCI) ได้รับการแนะนำให้เป็นการรักษาลำดับแรก เนื่องจากมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพสำเร็จสูง สามารถฟื้นตัวได้เร็วและความเสี่ยงต่ำ^{3,4} ถึงแม้ว่าการรักษาจะช่วยลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจและอัตราเสียชีวิต หลังการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจยังคงต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกถึง 2 สัปดาห์ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการขยายหลอดเลือดหัวใจ เช่น ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) หัวใจวายเฉียบพลัน (acute heart

failure) ลิ้นหัวใจไมตรัลทำงานผิดปกติ (acute mitral regurgitation) และผนังกั้นระหว่างหัวใจห้องล่างทะลุ (ventricular septum rupture: VSR) ผนังเยื่อหัวใจห้องล่างซ้ายทะลุ (left ventricular free wall rupture: LVEFWR) ลิ่มเลือดอุดตันเฉียบพลันในหลอดเลือดขยายนหลอดเลือดหัวใจ (acute stent thrombosis) และหลอดเลือดที่ทำให้เกิดการได้รับความเสียหาย เป็นต้น⁵

ตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ พบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจได้แก่ ความกลัวในการเคลื่อนไหว⁶ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงร้อยละ 60 กิจกรรมทางกายระดับต่ำและพบว่าใช้เวลาว่างส่วนใหญ่ในการนั่งและนอนพักผ่อน⁷ มีความวิตกกังวลร้อยละ 37⁸ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35⁸ และนอกจากนี้พบปัญหาที่สำคัญคือการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่อง (sexual dysfunction) ซึ่งปัญหาดังกล่าวในสังคมและวัฒนธรรมไทยถือเป็นเรื่องส่วนตัวไม่ควรเปิดเผย ผู้ป่วยจึงไม่กล้าสอบถามปัญหาเรื่องเพศกับพยาบาลโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินหรือค้นหาปัญหาตั้งแต่ก่อนจำหน่าย โดยเฉพาะในเพศชายพบว่าผู้ป่วยเพศชายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 46 มีปัญหาสุขภาพทางเพศอย่างน้อย 1 ปัญหา เช่น การแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง ถึงจุดสุดยอดลดลง เป็นต้น สำหรับเพศหญิง ได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลง และการไม่ถึงจุดสุดยอดขณะมีเพศสัมพันธ์ (anorgasmia) ช่องคลอดแห้ง (vaginal dryness) และเจ็บระหว่างมีเพศสัมพันธ์ (pain during intercourse) เป็นต้น^{9,10} แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าเพศหญิง 1 ปี ก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงอยู่ก่อนแล้ว ในขณะที่เพศชายยังคงมีพฤติกรรมทางเพศได้ปกติไม่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย¹¹ และภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับ

การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ :
กรณีศึกษา

ปานกลางค่อนข้างต่ำ¹² ดังนั้นบทความนี้จึงนำเสนอ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสำหรับการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และ 2) กรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นบทบาทของพยาบาลในการให้คำแนะนำ และคำปรึกษาทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายเพื่อสามารถนำไปปฏิบัติตัวได้เหมาะสมเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การทำหน้าที่ทางเพศ

การทำหน้าที่ทางเพศหมายถึงการตอบสนองทางเพศจากการได้รับการกระตุ้นทางเพศ จากทางร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย¹³

1) **ระยะตื่นตัว (excitement phase)** ระยะนี้มีผลมาจากความต้องการทางเพศ (desire) หรือ/และเมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศ (arousal) โดยปกติจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ในระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับได้รับการกระตุ้นหรือการถูกยับยั้งจากทางร่างกายและจิตใจ และอาจจะหยุดได้ การเปลี่ยนแปลงที่พบได้ ได้แก่ อวัยวะเพศจะเริ่มขยายขนาดและแข็งตัว

2) **ระยะกำหนด (plateau phase)** เป็นระยะที่สองเมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศอย่างต่อเนื่องและมากขึ้น ถ้าหากการกระตุ้นทางเพศหรือความต้องการทางเพศไม่เพียงพอหรือทั้งหมดหยุดลง จะทำให้ไม่สามารถดำเนินไปยังระยะสุดยอดได้ หรือยาวนานมากขึ้นโดยมีปัจจัยมาจากการได้รับการกระตุ้นทางเพศร่วมกับแรงขับส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ได้แก่ อวัยวะเพศแข็งตัวจนสามารถสอดใส่ และคงสภาพการแข็งตัวของอวัยวะเพศตลอดระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์

3) **ระยะสุดยอด (orgasmic phase)** เป็นระยะที่หลอดเลือดตีบแคบ (vasoconcentration) และการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (myotonia) เนื่องจากแรง

กระตุ้นทางเพศถูกปลดปล่อย การเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ในระยะนี้จะอยู่บริเวณอู่เชิงกราน ได้แก่ อวัยวะเพศชายต่อมลูกหมาก และต่อมสร้างน้ำเลี้ยงอสุจิ เกิดการหลั่งน้ำอสุจิ มีผื่นแดงบนหน้า หน่ออก คอ ต้นขา โดยรูปแบบการตอบสนองของร่างกายทั้งหมดเกิดขึ้นจากประสบการณ์แต่ละบุคคล

4) **ระยะการกลับสู่สภาพ (resolution phase)** เป็นระยะสุดท้ายของการตอบสนองทางเพศ ในบางรายพบว่าสามารถที่จะกลับไปสู่ระยะกำหนดและจุดสุดยอดอีกครั้งได้หลังจากถึงจุดสุดยอดแล้ว ซึ่งขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทางเพศและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ อวัยวะเพศจะอ่อนตัวลงและกลับสู่ในสภาพปกติ

เมื่อติดตามผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังคงมีความต้องการทางเพศในระดับสูง แต่เนื่องจากกลัวว่าการทำกิจกรรมทางเพศจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการกำเริบซ้ำ และเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์จึงเกิดความไม่มั่นใจที่จะเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางเพศในระยะแรก คือ อวัยวะเพศแข็งตัวไม่เต็มที่ไม่ถึงจุดยอด⁹ ระยะ 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับไปมีเพศสัมพันธ์มีการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่องร้อยละ 59.4 ซึ่งพบปัญหาในแต่ละระยะของการทำหน้าที่ทางเพศ ได้แก่ ระยะตื่นตัวมีความต้องการทางเพศลดลงร้อยละ 28 ระยะกำหนด มีอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรืออวัยวะเพศไม่แข็งตัวร้อยละ 64 ระยะสุดยอดถึงจุดสุดยอดลดลง ร้อยละ 8 และระยะกลับสู่สภาพมีความพึงพอใจ ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงร้อยละ 23^{16,17} ในขณะที่การทำหน้าที่ทางเพศของคู่ครองของผู้ป่วยภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกแรกลดลงเช่นเดียวกัน¹⁸ เมื่อติดตามต่อเนื่องระยะเวลา 4 เดือนและ 6 เดือน พบว่ายังคงมีปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศเช่นเดิม¹⁹ จากปัญหา

ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 48 และไม่กลับไปมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11²⁰ ซึ่งปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนหนึ่งเกิดจากพยาธิสภาพภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังหลอดเลือดส่วนปลายรวมถึงอวัยวะสืบพันธุ์ไม่เพียงพอร่วมกับการบาดเจ็บของหลอดเลือดแดงภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ⁸ และผู้ป่วยไม่กล้าที่จะขอคำปรึกษา และอาจจะโดนมองในด้านลบโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยร้อยละ 86.4 ต้องการคำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่ต้องการคำปรึกษาเรื่องสัญญาณอันตรายระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 75 ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ลดลงจากการไม่ได้รับคำแนะนำ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และกลัวอาการกำเริบซ้ำหรือมีประสบการณ์อาการกำเริบระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในบทบาททางเพศของตน และกลับมามีเพศสัมพันธ์ช้าลงหรือหยุดมีเพศสัมพันธ์ได้ในที่สุด²⁰ ซึ่งโดยทั่วไปในภาวะปกติอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศของเพศชายเพิ่มขึ้นตามอายุโดยเกิดขึ้น ร้อยละ 7 ในอายุ 18-29 ปี ร้อยละ 2-9 ในอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 9-11 ในอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 16-18 ในอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 34 ในอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 53 ในอายุ 70-80 ปี²¹ จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 52 ของผู้ชายในช่วงอายุ 40-70 ปี จะมีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในขณะเดียวกันผู้ชายอายุ 50 ปี โดย 2 ใน 3 จะมีอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ในทุก ๆ 10 ปี²¹

ผลกระทบของการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่อง ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เนื่องจากเพศสัมพันธ์เป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย เพอร์เรน และเพาเวอร์ส กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกส่วนบุคคลต่อความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในสิ่งที่บุคคลนั้นเห็นว่าสำคัญต่อตนเอง

ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่จิตใจและจิตวิญญาณ ครอบครัว และสังคมและเศรษฐกิจ²² ดังนั้น หากผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่สามารถปรับตัวทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคมภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น ความกลัวเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอก การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ การเสียชีวิตกะทันหัน กิจกรรมทางกายที่ลดลง ภาวะซึมเศร้าและการขาดความรู้ จะทำให้เกิดภาวะการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่อง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง ร้อยละ 40 มีความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 46.9 หลังเร็วและไม่ถึงจุดสุดยอดร้อยละ 24.3 ผลจากการขาดความต้องการทางเพศทำให้ผู้ป่วยมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง พบในเพศชายร้อยละ 59 เพศหญิงร้อยละ 48^{10,16,17,20}

2. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความวิตกกังวลร้อยละ 37 และภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35¹⁰ โดยภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับความสนใจทางเพศ รวมถึงความใกล้ชิดสนิทสนมกับคู่ครองลดลงทำให้ความเพลิดเพลิน สนุกสนาน และความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง สูญเสียความมั่นใจ และภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงสามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาวิตกกังวลและซึมเศร้าได้โดยความกลัวในการมีเพศสัมพันธ์จะเกิดขึ้นภายใน 6 เดือนแรกของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย²³

3. ด้านครอบครัว ปัญหาพฤติกรรมทางเพศส่งผลทำให้เกิดปัญหาสัมพันธ์ทางเพศระหว่างครอบครัวของผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากกลัวว่าหากยังมีเพศสัมพันธ์กันอยู่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต หากคู่สามีภรรยาไม่สามารถปรับพฤติกรรมทางเพศ ทำให้การทำหน้าที่ทางเพศ

การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ :
กรณีศึกษา

เปลี่ยนแปลง¹¹ และความสัมพันธ์กับคูครองลดลง¹⁸ เกิดปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศในชีวิตสมรสขึ้นได้ เช่น การแยกกันอยู่ หย่าร้าง²³ ทำให้อัตราการเกิด (childbearing) ลดลง¹⁶ เป็นต้น

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบจากปัญหาครอบครัวล่มสลายส่งผลถึงปัญหาเด็กขาดความรัก ขาดความอบอุ่น ถูกทอดทิ้ง เกิดปัญหาสังคม เช่น ปัญหาเด็กหนีโรงเรียน ปัญหาอาชญากรรม และปัญหายาเสพติด²⁰ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วย AMI ภายหลังการทำ PCI ระยะการฟื้นตัวทางเพศ และระยะการกลับสู่สภาพ ได้แก่ เพศ⁶ อายุ^{11,21} ความกลัวในการเคลื่อนไหว⁶ ความพึงพอใจทางเพศ^{11,12} การสนับสนุนทางสังคม^{8,11,12} ความตระหนักของผู้ป่วยและคูครอง¹⁸ การเฝ้าระวังมากเกินไปจากคูครอง¹⁸ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์^{18,20} ส่งผลต่อความต้องการทางเพศ และการเร้าอารมณ์ทางเพศ ระยะกำหนดและระยะจุดสุดยอด ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ^{6,11,12} ความกลัวภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายกำเริบซ้ำ⁸ จำนวนการตีบของ หลอดเลือด¹⁹ ความเครียด²³ ประสิทธิภาพรักษาโรคหัวใจ²⁴ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ^{11,12} ความวิตกกังวลทางเพศ^{8,11,12} ภาวะซึมเศร้าทางเพศ^{8,11,12} และโรคที่เกิดร่วมกับโรคหัวใจและหลอดเลือด²⁴ ส่งผลต่อความสามารถการแข็งตัวของอวัยวะเพศ การถึงจุดสุดยอดและหลังน้ำอสุจิ

สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา (American Heart Association: AHA) และสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European Society of cardiology: ESC) กำหนดแนวทางการปฏิบัติให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์ และระยะเวลาที่เหมาะสม

สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้หลังจำหน่าย ได้แก่ การรักษาด้วยการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ภายในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์⁸ การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจภายในระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ไม่มีการตีบซ้ำในตำแหน่งที่เคยทำการขยายสำเร็จภายใน 24 ชั่วโมง ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่มีปัญหาแผลบริเวณหลอดเลือดที่ทำหัตถการ เช่น เลือดออกหรือก้อนเลือด ขังบริเวณขาหนีบ แต่ควรตรวจสอบความพร้อมของร่างกายก่อนมีเพศสัมพันธ์โดย เดินระยะทาง 1 ไมล์ หรือ 1.60 กิโลเมตร (2-3 ช่วงตึก) ภายในระยะเวลา 10-15 นาที หรือขึ้น-ลงบันได 2 ชั้นอย่างรวดเร็ว (20 ชั้นในเวลา 10 วินาที) โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ และการทำทดสอบสมรรถภาพ โดยการวิ่งสายพานซึ่งกิจกรรมดังกล่าวใช้พลังงานเท่ากับ 5-6 Metabolic equivalent task (METs) ในขณะที่การมีเพศสัมพันธ์ ใช้พลังงานเพียง 3-5 METs หากผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้การมีเพศสัมพันธ์ถือว่าปลอดภัย²⁵⁻²⁷

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และแนวทางให้คำแนะนำปรึกษาทางเพศ

ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมสุขภาพด้านเพศที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

1. บทบาทการประเมินปัญหา พยาบาลควรประเมินปัญหาทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รูปแบบในการประเมินควรเริ่มต้นจากการสนทนา จัดสถานที่ สภาพแวดล้อมให้เหมาะสมมีความเป็นส่วนตัว เพื่อให้

ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สะดวกใจในการพูดคุย และตอบคำถามระหว่างการประเมินปัญหา พยาบาลเกริ่นนำแจ้งวัตถุประสงค์ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกล้าที่จะพูดคุย เชนอายุในการตอบคำถามน้อยที่สุด ซึ่งแบ่งการประเมินการบกพร่องในการทำหน้าที่ทางเพศ ดังนี้

1.1 การประเมินด้านร่างกายเกี่ยวกับภาวะโรค ภาวะแทรกซ้อน และระดับความรุนแรงของโรค ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน อาการเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น การรับประทานยาที่มีผลต่อความต้องการทางเพศและการแข็งตัวของอวัยวะเพศ²³⁻²⁵

1.2 การประเมินด้านจิตใจ โดยการสังเกตจากสีหน้า ลักษณะท่าทาง ชะนะสนทนา พยาบาลควรใช้เครื่องมือร่วมประเมิน เช่น ประเมินภาวะความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว และภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะเหล่านี้ส่งผลต่ออารมณ์ทางเพศ ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง ความรู้สึกทางเพศลดลง^{23,24}

1.3 การประเมินด้านความคิด ทักษะคิด และพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการแสดงออกทางเพศโดยใช้ทักษะการถามเชิงบวกคำถามปลายเปิด-ปิด เช่น “คุณบอกฉันได้ไหมว่าคุณแสดงออกทางเพศอย่างไร” “คุณมีความกังวลอะไรเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์” “คุณยังคงมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครองได้ปกติและสม่ำเสมอหรือไม่” เป็นต้น²⁴

2. บทบาทการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลง เพราะส่งผลต่อการปรับกิจกรรมทางเพศให้เข้ากับภาวะความเจ็บป่วย โดยให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสุขภาพที่แข็งแรง เพิ่มสมรรถนะในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย พักผ่อนอย่างเพียงพอ และให้ความรู้ในประเด็น

เรื่องเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ระยะเวลาที่เหมาะสมการกลับมาเริ่มมีเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัว และข้อควรหลีกเลี่ยง อาการที่ต้องเฝ้าระวัง ผลข้างเคียงจากการใช้ยา รักษาโรคหัวใจ ซึ่งในระหว่างที่ให้ความรู้ พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยกำลังประสบปัญหาพร้อมทั้งรับฟังอย่างตั้งใจ และให้ความรู้พร้อมวิธีการจัดการกับความวิตกกังวลดังกล่าวเป็นระยะตามเนื้อหาประเด็นที่พูดคุย^{23,24}

3. บทบาทให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาร่วมกันสร้างสัมพันธภาพต่อกัน โดยผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองว่ามีความต้องการทางเพศและมีการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์ในประเด็นความบกพร่องของการทำหน้าที่ทางเพศอย่างไร ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจมีผลมาจากความเชื่อ การรับรู้และความเข้าใจที่ผิด เช่น การมีเพศสัมพันธ์อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำหรือเสียชีวิตได้ขณะทำกิจกรรมทางเพศ ในทางกลับกันความเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและน้อยกว่าร้อยละ 1 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งหมด²⁵ หรือวิตกกังวลในเรื่องสมรรถภาพทางร่างกายที่ลดลง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกเพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปพิจารณาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน พบว่าการให้คำปรึกษาและความรู้พื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เสริมความมั่นใจให้ทั้งผู้ป่วยและคู่ครองเข้าใจกัน และกลับมาเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย^{20,23,24}

4. บทบาทแก้ไขปัญห หลังจากรวบรวมข้อมูลการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางเพศ ทำให้พยาบาลทราบมุมมองความคิด ทักษะคิด ความต้องการทางเพศ และปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องแจ้งผลการประเมินปัญหาให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลใน

การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ :
กรณีศึกษา

ประเด็นที่เป็นปัญหาทางเพศสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และร่วมมือกันแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกันในรูปแบบที่เป็นบทบาทอิสระ และกึ่งอิสระตามความเหมาะสม ได้แก่ ปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง การแก้ไขปัญหามารูปแบบบทบาทอิสระ เช่น การแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอหรือมีเพศสัมพันธ์ในตอนเช้า แนะนำการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น การแก้ไขปัญหามารูปแบบกึ่งอิสระ เช่น แนะนำการใช้ปั๊มสุญญากาศในการช่วยให้อวัยวะเพศแข็งตัวตามแผนการรักษาให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงในการใช้ เป็นต้น

แนวทางการให้คำแนะนำและคำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยตามหลักการ PLISSIT ดังนี้^{26,27}

ขั้นตอนที่ 1 การขออนุญาต (permission) พูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์หรือปัญหาสุขภาพทางเพศ

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลที่เพียงพอ (limited information) สำหรับการช่วยให้การทำหน้าที่ทางเพศ การประเมินความพร้อมของร่างกาย ข้อจำกัด และการให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและคู่ครองที่มีความกลัวหรือมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง และใช้เครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการให้คำแนะนำ เช่น แบบสอบถามการวัดการทำหน้าที่ทางเพศผู้ชาย (Brief Sexual Function Inventory: BSFI) แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ (International Index of Erectile Function: IIEF)^{14,15} เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลผู้ให้คำแนะนำสามารถค้นหาปัญหาและให้ปรึกษาที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การให้คำแนะนำหรือข้อเสนอที่เป็นเฉพาะ (specific suggestions)

ขั้นตอนที่ 4 การให้ข้อมูลที่มีความละเอียด (intensive therapy) โดยผู้เชี่ยวชาญ หรือแพทย์เวชศาสตร์ทางเพศขึ้นอยู่กับอาการ และความต้องการของผู้ป่วย

จากแนวทางดังกล่าวมีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

1. ลำดับแรกประเมินความพร้อมผู้ป่วยในการเริ่มกลับไปมีกิจกรรมทางเพศ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจ หรือมีความเสี่ยงต่ำ ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันที่ใช้พลังงานระดับปานกลาง (3-5 METS) ไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างบีบตัวผิดปกติ หรือไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว New York Heart Association (NYHA) classes I-II หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และกลุ่มที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ควรทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการวิ่งสายพาน เพื่อประเมินความพร้อมผู้ป่วยกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ กรณีที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง อาการเจ็บหน้าอก และความผิดปกติของหลอดเลือดที่ทำให้เกิดการโดยเฉพาที่ขาหนีบ จะต้องงดการมีเพศสัมพันธ์จนกระทั่งอาการคงที่ หรือสามารถควบคุมจัดการอาการได้

2. ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการยังไม่คงที่ คู่ครองควรเจรจาอารมณ์หรือกระตุ้นความรู้สึกซึ่งใช้พลังงานในระดับต่ำ เช่น การกอด สัมผัส การจูบ แทนการมีเพศสัมพันธ์โดยผู้ป่วยควรได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการคงที่ก่อนที่จะเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์^{10,20,25-27}

3. ผู้ป่วยควรตระหนักถึงอาการที่อาจจะเป็นไปได้ในระหว่างมีเพศสัมพันธ์และจะต้องรายงานให้แพทย์ทราบ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ ใจสั่น เวียนศีรษะ นอนไม่หลับหรือ อ่อนเพลียภายหลังมีกิจกรรมทางเพศ^{10,25-27}

4. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกระหว่างมีกิจกรรมทางเพศ แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดพักและอมยาไนโตรกลีเซอรีนใต้ลิ้นทันทีพร้อมทั้งประเมินอาการซ้ำ หากพบว่าอาการเจ็บหน้าอกยังไม่ทุเลาหลังจากอมยาใต้ลิ้น 5 นาที หรือหลังจากมีเพศสัมพันธ์แล้วยังคงมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างต่อเนื่อง 15 นาที ควรเรียกรถฉุกเฉิน 1669 หรือมาพบแพทย์ทันที สำหรับผู้ป่วย

ที่ใช้ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ (PDE-5 inhibitor) ควรมาพบแพทย์ทันทีไม่แนะนำให้ใช้ยาอมใต้ลิ้น^{20,25-27}

5. ผู้ป่วยควรมีเพศสัมพันธ์ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และกับคูครองของตนเอง เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช่คูครองตนเองหรือในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยส่งผลให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น^{10,20}

6. ผู้ป่วยที่ได้รับอนุญาตให้สามารถกลับไปเริ่มมีกิจกรรมทางเพศได้ ควรแนะนำให้ออกกำลังกายในรูปแบบคาร์ดิโอหรือแอโรบิค ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญ เช่น การเดิน การว่ายน้ำ วิ่ง หรือปั่นจักรยาน เป็นต้น โดยแนะนำให้ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ เนื่องจากการออกกำลังกายสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดอาการทางหลอดเลือดและหัวใจ การออกกำลังกายในรูปแบบเวทเทรนนิ่งเป็นการฝึกกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศ เช่น การบริหารบริเวณกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน (pelvic floor muscles) โดยอยู่ในท่านอนหงายราบ หายใจเข้าเต็มปอด แล้วค่อยๆ หายใจออกพร้อมกับยกกันขึ้นค้างไว้นาน 10 วินาที ทำ 10-20 ครั้งใน 1 เซต อย่างน้อย 3-5 เซต ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 4-6 สัปดาห์^{7,20,24-27}

7. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่รับประทาน โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ได้แก่ ยากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ (beta blocker) และยาขับปัสสาวะ (diuretic) โดยแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งอาการผิดปกติได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลง การแข็งตัวของอวัยวะเพศไม่เต็มที่ และจุดสุดยอดลดลง ให้ทราบทันทีและไม่หยุดยาเอง^{20,24-27}

จากที่กล่าวมาข้างต้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีบทบาทสำคัญในส่งเสริม การทำหน้าที่ทางเพศภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยเพศชาย โดยเริ่มต้นจากการพูดคุยสุขภาพทางเพศเพื่อนำไปสู่การประเมินปัญหาสุขภาพทางเพศให้คำแนะนำ คำปรึกษา การเฝ้าระวังภาวะอันตราย และ

การแก้ไขภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และสามารถเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย ดังนั้นบทความนี้จึงนำเสนอตัวอย่างกรณีศึกษา เพื่อแสดงให้เห็นบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมเฉพาะผู้ป่วยแต่ละราย

กรณีศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 39 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ ทำสวนปาล์ม สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 20 มวนต่อวัน นาน 24 ปี ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ มีโรคประจำตัวเบาหวาน (ขาดยา 3 เดือน)

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล :

เจ็บแน่นหน้าอกตรงกลาง จุกแน่นลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน ก่อนมาโรงพยาบาล 14 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

14 ชั่วโมง (เวลา 20.00 น.) เริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกตรงกลาง ไม่ร้าวไปไหน ไส้แน่น เหงื่อแตก จุกแน่นลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน ทานยาลดกรด อาการดีขึ้น แต่ยังคงมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นๆ หายๆ ตลอดเวลา ต่อมาในช่วงเช้ายังคงมีอาการเจ็บหน้าอก จึงตัดสินใจไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนถึงโรงพยาบาลชุมชน ประมาณ 09:30 น. ผลการตรวจ EKG พบ ST elevation ใน Lead II III aVF จึงปรึกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งให้การวินิจฉัยเป็น acute STEMI ชนิด inferior wall MI

แรกได้รับแผนกห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่ยังคงมีอาการเจ็บหน้าอก ระดับคะแนน (pain score) = 5/10 คะแนน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 70/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร ได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำ NaCl

**การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ :
กรณีศึกษา**

1,000 ml IV loading total 2,000 ml, Dopamine 200 mg + NaCl 100 ml IV drip 10 ml/hr , ASA (gr V) 1 tab chew, Plavix (75 mg) oral 8 tab นำส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดป้อนภูมิ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ : Troponin I > 50,000 (1.9-34.2) ผลการตรวจภาวะไขมันในเลือด Total Cholesterol 195 mg/dl (< 200) Triglyceride 163 mg/dl (< 150) HDL 33 mg/dl (> 40) LDL 147 mg/dl (< 130) ระดับน้ำตาลในเลือด 313 mg% ผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ : การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction: LVEF) 45% มีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายระดับปานกลาง

การรักษาที่ได้รับในโรงพยาบาลข่าย :

ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจโดยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดป้อนภูมิผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบด้านขวา (femoral artery) ระหว่างตรวจสวนหัวใจพบการอุดตันของลิ้นเลือดบริเวณส่วนกลางของหลอดเลือดโคโรนารีด้านขวา ส่วนหลอดเลือดโคโรนารีด้านซ้ายพบมีความผิดปกติมีการตีบของหลอดเลือดร้อยละ 50 ของหลอดเลือดซ้ายหน้า (left anterior descending: LAD) สำหรับหลอดเลือดโคโรนารีข้างซ้าย (left circumflex: LCX) ไม่พบการตีบของหลอดเลือด แพทย์ทำการรักษาด้วยวิธีการดูดลิ้นเลือด (thrombolytic aspiration) และใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยาบริเวณหลอดเลือดโคโรนารีด้านขวา ส่วนกลางโดยประสบความสำเร็จไม่มีภาวะแทรกซ้อนในการทำหัตถการ และย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤติเพื่อสังเกตอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤติประเมินอาการผู้ป่วยหลังทำหัตถการระดับคะแนน (pain score) = 2/10 คะแนน สัญญาณชีพความดันโลหิต 112/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ตรวจ EKG พบ

ST down ใน Lead II III aVF ภายหลังการทำหัตถการยังคงคาท่อนนำสายสวนหลอดเลือดที่ขาหนีบด้านขวา และโดยถอดท่อนนำสายสวนหลอดเลือดออกหลังทำหัตถการครบ 4 ชั่วโมง ระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดที่ทำหัตถการ สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ การปฏิบัติตัวและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบเป็นต้น และหลอดเลือดที่ขาหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ เช่น เลือดออกซ้ำ เลือดออกในเนื้อเยื่อหรือก่อนเลือดแข็ง เป็นต้น รวมถึงการงดการมีเพศสัมพันธ์ใน 2 สัปดาห์แรกหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ และการมาตรวจตามนัดเพื่อประเมินอาการในอีก 2 สัปดาห์ ยาที่ได้รับก่อนจำหน่าย ASA (81mg) 1x1 oral pc , Plavix (75mg) 1x1 oral pc, Atorvastatin (40mg) 1 tab oral pc, Omeprazole (20mg) 1 tab oral pc, Isosorbide dinitrate (ISDN) (10mg) 1x3 oral pc และ Isosorbide dinitrate (ISDN) (5 mg) 1 tab SL for chest pain เมื่อครบกำหนดมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดที่ทำหัตถการ

วิเคราะห์กรณีศึกษา : จากกรณีศึกษาพบปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ดังนี้

1. เพศชาย พบว่าภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายยังคงมีความต้องการทางเพศ ในระดับสูงไม่เปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกันกับก่อนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2. อายุ พบว่าผู้ป่วยอายุ 39 ปี ซึ่งในช่วง 30-39 ปี จะโอกาสเกิดอาการหย่อนของสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 2-9 จากการประเมินแบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ (IIEF5) = 23 คะแนน

(22-25 = ไม่ผิดปกติ)¹⁴

3. ระดับความรุนแรงของโรค จากการประเมินความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายของผู้ป่วยร้อยละ 45 พบว่าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 40-45 ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกเหนื่อยหอบระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย รวมถึงอวัยวะเพศไม่เพียงพอจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง

4. โรคที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ โรคเบาหวาน พบว่าทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด ระบบประสาทยังการทำงานของ parasympathetic nervous system และระบบต่อมไร้ท่อส่งผลอวัยวะเพศไม่แข็งตัวหรือแข็งตัวไม่เต็มที่ทำให้ไม่ถึงจุดสุดยอด ปริมาณฮอร์โมนเพศลดลง ความต้องการทางเพศลดลงด้วย ภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดส่วนปลาย การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะเพศลดลง ส่งผลให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว

5. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำ หรือขาดความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีความกลัว และวิตกกังวลอาการกำเริบซ้ำระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลทำให้หน้าที่ทางเพศลดลง

จากการประเมินปัญหาและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ พบว่าผู้ป่วยยังไม่มีภาวะบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ แต่พบปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ได้แก่ เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม และการขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศสำหรับผู้ป่วยรายนี้ คือ การให้ความรู้ คำแนะนำ และแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มกลับมามีเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1. ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงระดับปานกลาง ระยะเวลาที่สามารถเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์หรือหากต้องการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง คือ ระยะเวลา 2 สัปดาห์ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยผู้ป่วยจะต้องตรวจสอบความพร้อมของร่างกายด้วยวิธีการทดสอบสมรรถภาพหัวใจโดยการวิ่งสายพาน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเหนื่อยหอบ และไม่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงขณะทดสอบ ผู้ป่วยสามารถเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้และปลอดภัย

2. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การพักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ร่างกายมีความเครียด และความวิตกกังวล โดยเฉพาะความเครียดระหว่างคู่ครอง หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในบริเวณที่มีอากาศร้อนหรือเย็นเกินไปไม่ควรเปลี่ยนคู่นอนหรือสถานที่ไม่คุ้นเคย หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มชา กาแฟ และการรับประทานอาหารก่อนมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 3 ชั่วโมง เป็นต้น เนื่องจากจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และหัวใจทำงานหนักมากขึ้น

3. การเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ควรเริ่มเป็นไปอย่างช้า ๆ ไม่รีบร้อน ควรเล่าโลมก่อนทุกครั้ง เช่น กอดจูบ สัมผัส เป็นต้น เพื่อให้ร่างกายค่อย ๆ ปรับตัวจะได้ไม่เพิ่มการทำงานของหัวใจและอธิบายการเปลี่ยนแปลงของร่างกายระหว่างมีเพศสัมพันธ์ เช่น ในระยะจุดสุดยอด อัตราการเต้นของหัวใจจะสามารถเพิ่มขึ้น 110-180 ครั้งต่อนาที และจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติเมื่อเข้าสู่ระยะกลับสู่สภาพเพื่อสร้างความเข้าใจว่าเป็นภาวะปกติและปลอดภัย เป็นต้น

4. การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในระหว่างหรือภายหลังมีเพศสัมพันธ์ ดังนี้

4.1 กรณีมีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ หลังจากอมยาใต้ลิ้นแล้วไม่ดีขึ้นเป็นเวลานานกว่า 5 นาที หรือหลังมีเพศสัมพันธ์มีอาการเจ็บหน้าอกอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาประมาณ 15 นาที ควรเรียกรถฉุกเฉิน 1669 หรือมาพบแพทย์ทันที

การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษา

4.2 กรณีผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ (PDE-5 inhibitor) ได้แก่ วาอากราหรือยาซิลденаฟิล (sildenafil) ทาดาลาฟิล (tadalafil) และวาเดนาฟิล (vardenafil) หากมีอาการเจ็บหน้าอกระหว่างมีเพศสัมพันธ์ควรมาพบแพทย์ทันทีที่ไม่แนะนำให้ใช้ยาอมใต้ลิ้น

4.3 หากมีอาการนอนไม่หลับเหนื่อยล้าอย่างรุนแรง แขนขาอ่อนแรง ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ ควรรีบไปปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เนื่องจากระบบการทำงานของหัวใจหนักเกินไป

5. ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เนื่องจากมีการกระตุ้นเส้นประสาททวารทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้

จากกรณีศึกษาพบว่าภายหลังการมาตรวจติดตามอาการตามนัด ผู้ป่วยสามารถเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ภายหลังครบ 2 สัปดาห์หลังขยายหลอดเลือด และไม่มีอาการผิดปกติระหว่างมีเพศสัมพันธ์ แต่ยังคงมีความวิตกกังวลในเรื่องการปฏิบัติตัว และการสังเกตอาการผิดปกติ เนื่องจากไม่สามารถจดจำรายละเอียดทั้งหมด ดังนั้น พยาบาลจึงทบทวนความรู้คำแนะนำอีกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ตลอดจนโทรศัพท์ติดต่อสอบถาม อาการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

สรุป

การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากเพศสัมพันธ์เป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตส่วนบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลควรตระหนัก และให้ความสำคัญในการเริ่มประเมินปัญหาตั้งแต่ขณะผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยค้นหาปัจจัยเสี่ยง พร้อมทั้งใช้เครื่องมือ

ประเมินแบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพทางเพศที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย พร้อมทั้งนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนเตรียมความพร้อมสำหรับการปฏิบัติตัว การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ตลอดจนพยาบาลควรติดตามประเมินผลภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King. Thai acute coronary syndrome guideline. Nextstep D-sign Samut Prakan; 2020. (in Thai)
2. Phomdontre T, Damkliang J. Risk factors of acute myocardial infarction in young adults: an integrative literature review. Songklanagarind Journal of Nursing. 2021;41(3):99-108. (in Thai)
3. Lemasawat K. Update acute and chronic coronary syndrome. In: Yodee W, Nimworapun M, Arunmanakul P, Chinwong S, editors. Excellent pharmacy practice in cardiovascular disease. Chiangmai; 2021. p.49-74. (in Thai)
4. Chumnanpol N. Acute ST-segment elevation myocardial infarction. Faculty of Medicine, Prince of Songkla University: Songkla; 2020. (in Thai)
5. Wongchareon W, Promminthikun A, Suwansom P. 52 cases cardiology consultation 2022. Trickthink: Chiangmai; 2021. (in Thai)
6. Popradab T, Saneha C, Sriprasong S, Chantadansuan T. Factors influencing sexual function among male patients with acute coronary syndrome post percutaneous coronary intervention. Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(2):33-45. (in Thai)
7. Fangreow S, Ua-Kit N. The effect of health promoting program on physical activity among myocardial infarction re-hospitalized patients after underwent percutaneous coronary intervention. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2021;32(1):14-28. (in Thai)

8. Smith AB, Barton DL, Jackson EA, Wittmann D, Smith J, Davis M. Predictors of sexual function among men after myocardial infarction: a pilot study. *Br J Card Nurs*. 2021;16(12):1-11.
9. Smith AB, Barton DL, Davis M, Jackson EA, Smith J, Wittmann D. A preliminary study of short-term sexual function and satisfaction among men post-myocardial Infarction. *J Holist Nurs*. 2022;40(3):208-18.
10. Rosman L, Cahill JM, McCammon SL, Sears SF. Sexual health concerns in patients with cardiovascular disease. *Circulation*. 2014;129(5):313-16.
11. Uthassiripanich S, Ua-Kit N. Predicting factors of sexual behaviors among male patients with myocardial infarction. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2011;22(2):31-43. (in Thai)
12. Boonrueang P, Ua-kit N. Selected factors associated with sexual function among patients with myocardial infarction after percutaneous transluminal coronary intervention. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2020;47(1):140-57. (in Thai)
13. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown and Company; 1966.
14. Kongkanand A, Ratana-Olarn K, Ruangdilokrat S, Tantiwong A. The efficacy and safety of oral sildenafil in Thai men with erectile dysfunction: a randomized, double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *J Med Assoc Thai*. 2003;86(3):195-205.
15. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49(6):822-30.
16. Lindau ST, Abramssohn EM, Bueno H, D'Onofrio G, Lichtman JH, Lorenze NP, et al. Sexual activity and counseling in the first month after acute myocardial infarction among younger adults in the United States and Spain: a prospective, observational study. *Circulation*. 2014;130(25):2302-9.
17. Lindau ST, Abramssohn E, Bueno H, D'Onofrio G, Lichtman JH, Lorenze NP, et al. Sexual activity and function in the year after an acute myocardial infarction among younger women and men in the United States and Spain. *JAMA Cardiol*. 2016;1(7):754-64.
18. Arenhall E, Eriksson M, Nilsson U, Steinke EE, Fridlund B. Decreased sexual function in partners after patients' first-time myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018;17(6):521-6.
19. Golawski C, Dluzniewski M, Kostarska-Srokosz E, Nowosielski K, Syska-Suminska J, Chmielewski M. Percutaneous transluminal coronary angioplasty for acute myocardial infarction: the impact on sexual function in men. *Int J Impot Res*. 2017;29(4):142-7.
20. Longlalerng, W. Sexuality in patients with coronary heart disease. *Thammasat University Hospital Journal Online*. 2018;3(2):81-9. (in Thai)
21. Mihoa, P, Lowe, D, Melman, A, Normal. In: Mulcahy, JJ, editor. *Anatomy and physiology male sexual function: a guide to clinical management*. New Jersey: Springer; 2006. p.1-45.
22. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of Life Index Cardiac Version-IV [internet]. Chicago: University of Illinois Chicago, College of Nursing; 1998. [2022 Apr 12]. Available from: <http://qli.org.uic.edu/questionnaires/pdf/cardiacversionIV/Cardiac4english.pdf>.
23. Tirgari B, Rafati F, Mehdipour Rabori R. Effect of sexual rehabilitation program on anxiety, stress, depression and sexual function among men with coronary artery disease. *J Sex Marital Ther*. 2019;45(7):632-42.
24. Wongsalee, C. Erectile dysfunction diseases: nurses' role. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 2016;27(2):133-9. (in Thai)
25. Steinke EE. Sexuality and Chronic Illness. *J Gerontol Nurs*. 2013;39(11):18-27.
26. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM, et al. Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners. *Circulation*. 2013;128(18):2075-96.
27. Arora RR, Anindo MIK. Guidelines for sexual counseling in patients with cardiovascular disease. *Osteopathic Family Physician*. 2015;7(5):31-6.