

# การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก

## Nursing Care for Older Persons with Non-ST Elevation Acute Coronary Syndrome

แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์\*  
Jamchan Prateepmanowong\*

### บทคัดย่อ

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก สถิติในประเทศไทยพบการเกิดกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยกมากที่สุด พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ บทความนี้นำเสนอสาระสำคัญ ใน 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ 2) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก 3) การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก และ 4) ตัวอย่างกรณีศึกษา

**คำสำคัญ:** ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก การพยาบาล ผู้สูงอายุ

Received: January 13, 2021

Revised: May 4, 2021

Accepted: June 3, 2021

\* อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

\* Instructor, Department of Adult and gerontological nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. E-mail address: Jamchan.p@stin.ac.th

## Abstract

Ischemic heart disease is one of the leading causes of death worldwide. Patients with ischemic heart disease may present with acute coronary syndrome. There are two different groups: ST-segment elevation acute coronary syndrome (STE-ACS) and non-ST segment elevation acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS). The incidence of non-ST elevation acute coronary syndrome is the most common manifestation among older people in Thailand. Nurses must be competent to assess and care for patients accurately, quickly and efficiently. This article presents information about nursing care for older persons with non-ST elevation acute coronary syndrome in four areas: 1) age related changes in the cardiovascular system; 2) basic knowledge of non-ST elevation acute coronary syndrome; 3) nursing care for older persons with non-ST elevation acute coronary syndrome, and 4) case studies.

**Keywords:** non-ST elevation acute coronary syndrome, nursing care, older persons

## บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.73 คาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2581 ประชากรสูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 30 จัดเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super-aged society)<sup>1</sup> อายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease; NCD) เพราะความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ จากความเสื่อมตามวัย สถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกมากถึงร้อยละ 74 และ โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่

4 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากอัตรา 27.8 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 39.4 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2561<sup>3</sup> จึงนับว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease; IHD) เป็นโรคที่มีการไหลเวียนเลือดภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีบกพร่อง มีการขนส่งสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง<sup>4</sup> ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดที่เป็นอันตรายต่อชีวิต คือ กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome; ACS) แบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการเรียกตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ชนิดเอสทียก (ST elevation acute coronary syndrome; STE-ACS) และกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (Non-ST elevation acute coronary syndrome; NSTEMI-ACS) ส่วนการวินิจฉัยแบ่งเป็น 3 โรคหลัก ได้แก่ Unstable angina (UA) Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) และ ST elevation myocardial infarction (STEMI)<sup>5</sup>

ข้อมูลทางระบาดวิทยาของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2563 พบว่า กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดขึ้นมากที่สุดในผู้สูงอายุ และเมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยเบื้องต้น พบว่า NSTEMI มีอุบัติการณ์มากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก 6,694 ราย ใน พ.ศ. 2560 เป็น 9,408 ราย ใน พ.ศ. 2563<sup>6</sup> สอดคล้องกับสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า การเกิดกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอุบัติการณ์มากกว่า 780,000 คนต่อปี โดยส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุและร้อยละ 70 ได้รับการวินิจฉัยเป็น NSTEMI<sup>7</sup>

เนื่องจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI-ACS) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ การรักษาและการพยาบาลที่รวดเร็วจะช่วยลดการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต<sup>4</sup> พยาบาลจึงต้องมีความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่ทันสมัยตามแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน บทความนี้นำเสนอสาระสำคัญที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI-ACS) ใน 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การ

เปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ 2) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก 3) การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก และ 4) ตัวอย่างกรณีศึกษา

## 1. การเปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (cross linkage theory)<sup>8</sup> ในผู้สูงอายุได้ว่า การเชื่อมกันตามขวางของเส้นใยคอลลาเจนและเส้นใยอีลาสติน รวมถึงมีแคลเซียมมาเกาะในหลอดเลือดและลิ้นหัวใจ ส่งผลให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว กล้ามเนื้อหัวใจและผนังของหัวใจห้องล่างซ้ายหนา ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่ายโดยเฉพาะช่วงที่หัวใจต้องออกแรงทำงานหนักหรือในภาวะฉุกเฉิน การปิดและเปิดของลิ้นหัวใจผิดปกติ เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ง่าย ระบบสื่อประสาทหัวใจหัวใจเปลี่ยนแปลงจึงมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกปิดกั้นอย่างสมบูรณ์<sup>9,10</sup>

## 2. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI-ACS) หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการตีบแคบภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารี

ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง พยาธิสรีรวิทยาเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจนและปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ สาเหตุมากกว่าร้อยละ 90 เกิดจากการปริแตกของปื้นไขมันภายในหลอดเลือด (plaque rupture) เกิดเกล็ดเลือดกระตุ้นเกล็ดเลือดเกาะกลุ่มกันเป็นลิ่มเลือด (thrombus) อุดกั้นการไหลเวียนภายในหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ischemia) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (infarction)<sup>4,11</sup>

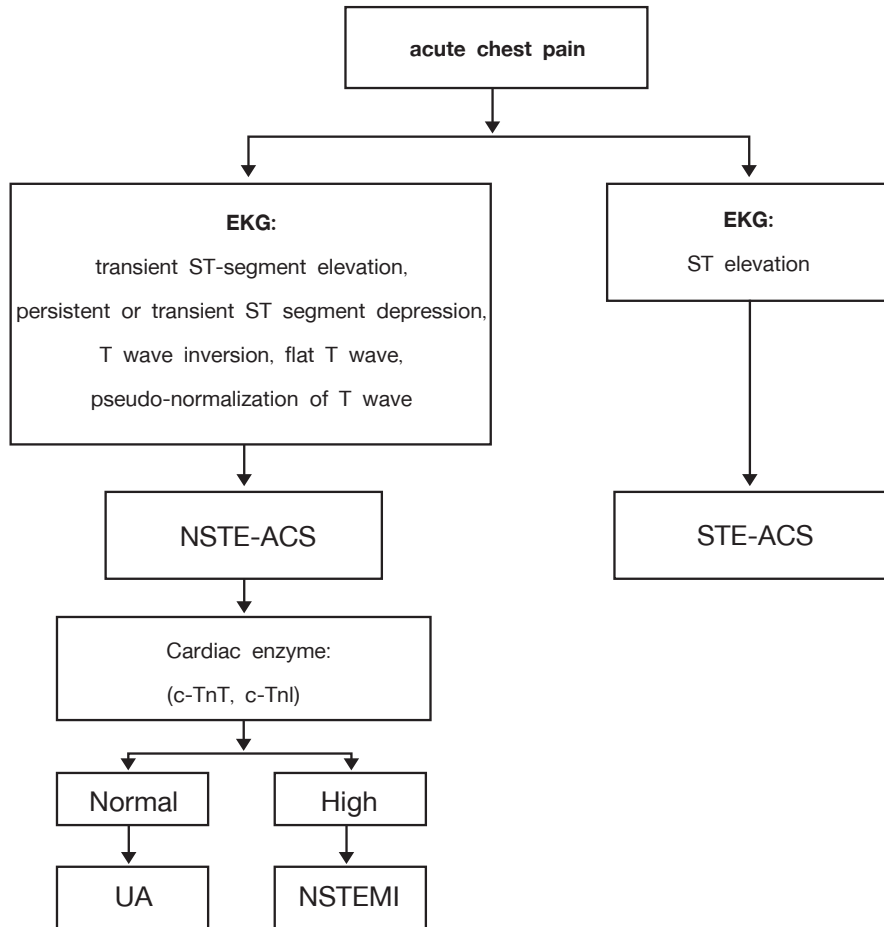
การวินิจฉัยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI-ACS) แบ่งย่อยได้เป็น 2 โรค ได้แก่ Unstable angina (UA) และ Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการทางคลินิกที่จำเพาะ (typical symptom) คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก ลักษณะแน่น ๆ เหมือนอะไรมาทับ อาจเจ็บร้าวขึ้นกราม 2 ข้าง หัวไหล่ ปลายแขน และด้านหลัง หรือมีอาการร่วม เช่น อาเจียน หายใจเหนื่อย เป็นลม เหงื่อออก ใจสั่น<sup>12</sup> จะได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 ลีด (12 leads Electrocardiogram; 12 leads EKG) อย่างเร่งด่วนและแปลผลภายใน 10 นาที เพื่อวินิจฉัยแยกโรคว่าเป็น ST elevation myocardial infarction (STEMI) หรือไม่ ในผู้ป่วย NSTEMI นั้นจะตรวจพบค่าสารบ่งชี้หัวใจ (cardiac biomarker) ในกระแสเลือดสูง ขณะที่ UA จะพบค่าสารบ่งชี้หัวใจอยู่ในระดับปกติ<sup>11</sup> ซึ่งสารบ่งชี้หัวใจ เป็นโปรตีนที่หลั่งออกมาเมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายและปล่อยออกมาสู่กระแสเลือด ค่าที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายเฉียบพลัน (ACS) troponin เป็นสารบ่งชี้ที่มีความไวและจำเพาะสูง ตรวจพบในเลือด 3-6 ชั่วโมงหลังกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย<sup>13</sup> แนวปฏิบัติในปัจจุบันแนะนำให้ตรวจ cardiac troponin (c-Tn) ซึ่งการตรวจด้วยวิธีความไวสูงกำลังเป็นที่นิยม สามารถตรวจได้ 2 ค่า คือ high-sensitive cardiac troponin I (hs-cTnI) และ high-sensitive cardiac troponin T (hs-cTnT) โดยให้เจาะเลือดส่งตรวจ c-Tn 3 ครั้ง ได้แก่ ชั่วโมงที่ 0, 1, 3<sup>14</sup> จุดตัดที่ใช้วินิจฉัยภาวะ NSTEMI คือ hs-cTnI  $\geq$  0.04 ng/mL และ hs-cTnI  $\geq$  0.1 ng/mL<sup>9</sup> การวินิจฉัยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงดังแผนภาพที่ 1

หลักการรักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI-ACS) คือ เปิดหลอดเลือดให้เร็วที่สุดเพื่อส่งเสริมให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย แนวทางการรักษาประกอบด้วย การรักษาด้วยยาและการตกแต่งหลอดเลือด<sup>4</sup> ดังนี้

#### 1. การรักษาด้วยยา

1.1 ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agent) ให้เพื่อป้องกันเกล็ดเลือดเกาะกลุ่มกันเกิดการเกาะกลุ่มกันผ่านการยับยั้งกระบวนการ thromboxane A2 ผู้ป่วยควรได้รับยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิด (dual antiplatelet therapy; DAPT) คือ aspirin และ P2Y12 inhibitor ได้แก่ ยา ticagrelor หรือ prasugrel หากมีข้อห้ามในการให้ยา เช่น มีภาวะเลือดออก มีประวัติเลือดออกในสมอง ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ร่วมกับยาต้านเกล็ดเลือดรวมกันสามชนิด เป็นต้น พิจารณาให้ clopidogrel ทดแทน<sup>4,5,10</sup>



แผนภาพที่ 1 การวินิจฉัยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)

1.2 ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (anti-coagulant) ผู้ป่วยควรได้รับยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดโดยเร็วที่สุดหลังได้รับการวินิจฉัยโรค ได้แก่ ยา fondaparinux, enoxaparin ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง หรือ unfractionated heparin (UFH) ทางหลอดเลือดดำ<sup>4</sup>

2. การรักษาด้วยการตกแต่งหลอดเลือด (revascularization) ได้แก่ percutaneous coronary intervention (PCI) และ coronary

artery bypass graft (CABG) การรักษาด้วยวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของผู้ป่วยร่วมกับ แพทย์สหสาขาวิชา ความเชี่ยวชาญและความพร้อมของแต่ละสถานพยาบาล<sup>4</sup> ในผู้สูงอายุควรคำนึงถึงโรคร่วม สภาพาสุขภาพ ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ความเปราะบาง การรู้คิด อายุคาดเฉลี่ย คุณค่าความเชื่อ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>5</sup>

### 3. การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI-ACS) เป็นภาวะที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ บทบาทของพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพและการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาล ดังนี้

1.1 การซักประวัติ พยาบาลควรซักประวัติอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอกที่จำเพาะ คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนอะไรมาทับ<sup>12</sup> อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางรายอาจมีอาการที่ไม่จำเพาะ (atypical symptom)<sup>11</sup> เช่น เจ็บหน้าอกเพียงเล็กน้อย รู้สึกไม่สบายในทรวงอก มีอาการคล้ายไข้หวัด ไอ เหนื่อยง่าย สับสน เป็นลม ปวดหลัง ปวดกราม<sup>15</sup> เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายในระบบหัวใจและหลอดเลือดใช้เทคนิค ดังนี้<sup>16</sup>

1.2.1 การดู (inspection) สังเกตลักษณะภายนอกทั่วไป ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า เพื่อประเมินอาการเขียว (cyanosis) อาการบวม (edema) และการโป่งพองหลอดเลือดดำที่คอ (jugular venous distention)

1.2.2 การคลำ (palpitation) เพื่อยืนยันตำแหน่ง apical impulse ตรวจอาการ

แสดงของหัวใจโต (heaving) และคลำการสั่นสะเทือนของหัวใจ (thrill)

1.2.3 การเคาะ (percussion) เพื่อตรวจหาขอบเขตของหัวใจ (cardiac border) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถตรวจพบ apical impulse ได้จากการดูหรือการฟัง ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าหัวใจมีขนาดปกติหรือโตผิดปกติหรือไม่

1.2.4 การฟัง (auscultation) โดยใช้หูฟัง (stethoscope) เพื่อประเมินอัตราจังหวะและความสม่ำเสมอของการเต้นหัวใจ และประเมินเสียงฟู่ของหัวใจ (cardiac murmur)

1.3 การตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.3.1 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 ลีด (12 leads EKG) ผู้ป่วยทุกรายที่ซักประวัติได้ว่ามาด้วยอาการเจ็บหน้าอก หรือเหนื่อยอย่างเฉียบพลัน พยาบาลต้องรีบตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลเร่งด่วนร่วมกับแพทย์ภายใน 10 นาที นับตั้งแต่ผู้รับบริการมาถึงโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจมีโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในตำแหน่งหัวใจห้องล่างขวา หรือกล้ามเนื้อหัวใจด้านหลังของหัวใจห้องล่างซ้าย จะต้องติดคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ตำแหน่ง  $V_{3R}$ ,  $V_{4R}$ ,  $V_7$ - $V_8$  เพื่อประเมินความผิดปกติ<sup>4</sup>

1.3.2 การเจาะเลือดส่งตรวจและติดตามสารบ่งชี้หัวใจ (cardiac biomarker) สารบ่งชี้หัวใจ เป็นโปรตีนที่หลั่งออกมาเมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายและปล่อยออกมาสู่กระแสเลือด ค่าที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ACS)<sup>13</sup> การเจาะเลือดและส่งตรวจเลือดตามแผนการรักษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญ

1.4 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน (comprehensive geriatric assessment; CGA) เนื่องจากการดำเนินโรคในผู้สูงอายุค่อนข้างซับซ้อนจากหลายปัจจัย เช่น การเจ็บป่วยหลายโรค (multiple comorbidities) มีภาวะเปราะบาง (frailty) พร่องการรู้คิด (cognitive impairment) และได้รับยาหลายขนาน (polypharmacy) ดังนั้น เมื่อพ้นช่วงเวลาวิกฤตพยาบาลจึงควรซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด<sup>13</sup> รวมถึงประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน (CGA)<sup>8</sup> ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสติปัญญา ความสามารถในการทำหน้าที่ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

## 2. การพยาบาลเพื่อเปิดหลอดเลือดโคโรนารีที่อุดตัน

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agent) ได้แก่ การให้แอสไพรินและกลืนยา aspirin ในครั้งแรกของการรับประทานยาเพื่อลดและป้องกันการรวมตัวของเกล็ดเลือด<sup>4</sup> หลังจากนั้นบริหารยาโดยแนะนำการกินยาหลังรับประทานอาหารทันที ห้ามรับประทานยาขณะท้องว่างเพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (anticoagulant) ได้แก่ การบริหารยาอย่างถูกวิธี สำหรับยาฉีดชั้นใต้ผิวหนัง ได้แก่ ยา fondaparinux, enoxaparin ให้ใช้ cold pack ประคบผิวหนังบริเวณหน้าท้องที่จะฉีดยาก่อนและหลังการฉีดยาอย่างน้อย 5 นาที ใช้เวลาในการฉีดยาอย่างน้อย 30 วินาที เพื่อลดอาการปวดขณะฉีดยา ป้องกันการเกิดจ้ำเลือด (ecchymosis) และ ก้อนเลือด (hema-

toma) หลังฉีดยา<sup>16,17</sup> ส่วนการบริหารยาทางหลอดเลือดดำ คือ unfractionated heparin ซึ่งจัดเป็นยาความเสี่ยงสูง (high alert drug) พยาบาลควรติดตามการให้ยาอย่างใกล้ชิด เจาะเลือดเพื่อติดตามค่า partial thromboplastin time (PTT) ทุก 6 หรือ 8 ชั่วโมงและรายงานแพทย์ บริหารยาโดยใช้เครื่องควบคุมสารน้ำเพื่อปรับจำนวนหยดยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด พร้อมทั้งเฝ้าระวังประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติภายในร่างกาย (internal bleeding) และภายนอกร่างกาย (external bleeding)

2.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการตกแต่งหลอดเลือดด้วยวิธีสวนหัวใจ (percutaneous coronary intervention; PCI) พยาบาลควรเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการทำหัตถการ ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น การตรวจสอบผิวหนังบริเวณที่จะสอดใส่สายสวนหัวใจโดยการโกนขนที่ขาหนีบกรณีสอดใส่สายสวนผ่านทางหลอดเลือด femoral artery และ การทดสอบการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ฝ่ามือ (Allen's test) กรณีสอดใส่สายสวนผ่านทางหลอดเลือด radial artery ด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลและความกลัว พยาบาลควรเปิดโอกาสในการให้ผู้ป่วยพูดระบายถึงความรู้สึก รับฟัง ให้กำลังใจและใช้เทคนิคผ่อนคลายต่าง ๆ ควบคู่กับการให้คลายความวิตกกังวลตามแผนการรักษาเพื่อส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนในคืนก่อนการทำหัตถการด้านความรู้ พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาผ่านสายสวน แนะนำการปฏิบัติตนก่อน ขณะ และหลังการทำหัตถการเป็นต้น<sup>18</sup>

### 3. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสมดุลระหว่างออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและความต้องการออกซิเจนของหัวใจ

3.1 การให้ออกซิเจน แนวปฏิบัติปัจจุบันไม่แนะนำให้ให้ออกซิเจนในผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการเจ็บหน้าอก จะพิจารณาให้เมื่อค่าออกซิเจนหลอดเลือดส่วนปลายน้อยกว่า ร้อยละ 90 ( $\text{SaO}_2 < 90\%$ ) เนื่องจากออกซิเจนจะเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง และกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายมากขึ้น<sup>4,10</sup>

3.2 การบริหารยาตามแผนการรักษา ได้แก่ 1) ยากระตุ้นหัวใจ (inotropic medications) ช่วยเพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่ยังคงมีประสิทธิภาพดีเพื่อเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ 2) ยาขยายหลอดเลือด (vasodilator) เพื่อให้หลอดเลือดขยายตัวและป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น 3) ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (beta-blocker) เพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และป้องกันการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ 4) ยาระบาย ให้อุจจาระอ่อนนุ่มป้องกันภาวะท้องผูก ช่วยลดแรงดันในช่องท้องขณะเบ่งถ่าย (Valsalva maneuver) 5) ยานอนหลับ ช่วยให้ร่างกายพักผ่อนและลดการทำงานของหัวใจ<sup>12</sup>

3.3 การดูแลให้พักผ่อนบนเตียงในระยะแรก เพื่อลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายมากขึ้น<sup>12</sup>

4. การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ การให้ยาไนโตรกลีเซอริน ซึ่งมีหลายรูปแบบทั้งยาเม็ดอมใต้ลิ้น สเปรย์พ่นใต้ลิ้น และแผ่นแปะหน้าอก แนะนำหลีกเลี่ยงปัจจัย

กระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก เช่น การออกกำลังกายที่หนักเกินไป การรับประทานอาหารอ้วนมากเกินไป อารมณ์เครียด ควรอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสมไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป การให้ยา morphine ควรพิจารณาให้ในรายที่มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงและไม่ควรให้ต่อเนื่องนาน ๆ เนื่องจากยามีฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมยาต้านเกล็ดเลือด<sup>4</sup> และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย NSTEMI<sup>19</sup>

5. การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลว ปอดบวมน้ำและซ็อกจากหัวใจ<sup>12</sup> พยาบาลต้องประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากมีอาการเจ็บหน้าอกและอาการผิดปกติที่เป็นไปได้ว่าเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ ต้องตรวจ 12 leads EKG ภายใน 10 นาที ให้การพยาบาลเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และรายงานแพทย์ทันที<sup>4,12,14</sup>

6. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การลดปัจจัยเสี่ยงของโรค การจัดการอาการเจ็บหน้าอก แนะนำอาการที่ต้องรีบไปพบแพทย์ ข้อมูลยาและฤทธิ์ข้างเคียง การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ การจัดการอารมณ์เครียดและอารมณ์ซึมเศร้า<sup>12</sup>

### 4. กรณีศึกษาผู้สูงอายุภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไมยก (NSTEMI)

ผู้ป่วยหญิงไทย วัย 75 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 อ่านหนังสือได้บ้าง แต่เขียนไม่ได้ สามารถเขียนได้เฉพาะชื่อและนามสกุลตนเอง



**อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล** เจ็บหน้าอกมากขึ้น 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

### **ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน**

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกบ่อย ๆ มักเป็นเวลาทำงานบ้านและขณะอาบน้ำ ลักษณะเจ็บตื้อ ๆ แสบ ๆ ที่หน้าอก pain score 4 คะแนน ไม่มีปวดร้าวไปที่ไหน แต่ครั้งนาน 10-15 นาที หลังจากนั่งพักและกินยาหอมแล้วอาการดีขึ้น ไม่มีใจสั่น ไม่เหนื่อย ปัสสาวะออกปกติ ผู้ป่วยคิดว่าเป็นอาการที่พบได้ปกติในผู้สูงอายุ จึงไม่ได้ไปตรวจที่ใด

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น เป็นหลังการรับประทานอาหาร มีอาการจุก ๆ แน่น ๆ ที่ลิ้นปี่ หลังจากนั่งพักและกินยาหอมแล้วอาการดีขึ้นเล็กน้อย เข้านี้บุตรสาวมีนัดตรวจที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงมาตรวจพร้อมกับบุตรสาว

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** เป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 28 ปี และโรคเก๊าท์และข้อเข่าเสื่อม 2 ปี ผู้ป่วยตรวจตามนัดและรับประทานยาสม่ำเสมอ

### **ผลการประเมินผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน (Compressive Geriatric Assessment; CGA)**

**ด้านร่างกาย** น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ กลับปัสสาวะและอุจจาระได้ปกติ นอนหลับคืนละ 4-5 ชั่วโมง กลางวันนอนวันละ 1 ชั่วโมง ใช้ฟันปลอมชนิดถอดได้ เคี้ยวและกลืนอาหารได้ปกติ หูสองข้างได้ยินปกติ ตามัว 2 ข้างเล็กน้อย ไม่ได้ใส่แว่นตาและไม่เคยตรวจคัดกรองโรคระบบตา เวลาเดินรู้สึกปวดเข่า 2 ข้าง มีประวัติลิ้นลิ้มใน

ห้องน้ำขณะลุกจากชักโครก 8 เดือนที่ผ่านมา ปฏิเสธการออกกำลังกาย รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และตรงเวลา รับประทานอาหารปรุงสำเร็จรูปเป็นประจำ ชอบอาหารประเภทผัดและทอด ไม่ค่อยรับประทานผักผลไม้และตีมนม ปฏิเสธการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ อาหารเสริมและยาสมุนไพร แพ้ยา Gabapentin มีอาการตามัว วิงเวียนศีรษะ และแพ้ยา tramadol HCL มีอาการวิงเวียนศีรษะ

**ด้านจิตใจและสติปัญญา** ผู้ป่วยมีนิสัยขี้กังวล คิดเล็ก คิดน้อย ผลการประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ได้ 13 คะแนน สรุปว่า ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) ผลทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นโดยใช้แบบประเมิน Mini-Mental State Examination-Thai version 2002 ได้ 13 คะแนน แปลว่า การรู้คิดปกติ

**การประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ** โดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index; ADL) ได้ 20 คะแนน สรุปได้ว่า ช่วยเหลือตัวเองได้ดีและไม่มีภาวะพึ่งพา

**ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม** ผู้ป่วยสถานภาพสมรส สามีอายุ 80 ปี อาศัยอยู่ต่างจังหวัด ส่วนตนเองย้ายมาอยู่จังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้ 2 ปี เพื่อช่วยดูแลหลานซึ่งเป็นลูกของบุตรสาวคนที่ 4 บ้านที่อยู่เป็นบ้านแฝด 2 ชั้น ผู้ป่วยนอนชั้นล่างในหมู่บ้านค่อนข้างปลอดภัย ถนนหน้าบ้านเป็นคอนกรีตเรียบ ภายในบ้านเป็นพื้นกระเบื้อง ไม่มีราวจับภายในและภายนอกบ้าน แสงสว่างเพียงพอ บ้านอยู่ห่างจากสวนสาธารณะในหมู่บ้าน 300 เมตร แต่ไม่ค่อยได้ออกไปสวนสาธารณะเพราะตามัวและปวดเข่า 2 ข้าง จะออกจากบ้านเฉพาะ

ตอนปั่นจักรยานไปตลาด 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งตลาดอยู่ห่างจากบ้านประมาณ 1 กิโลเมตร แหล่งสนับสนุนด้านการเงินได้มาจากบุตรสาวและบุตรชาย 500 บาทต่อเดือน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 700 บาทต่อเดือน ปัจจุบันบุตรสาวลาออกจากงานมาดูแลลูก ผู้ป่วยอยู่บ้านช่วยเหลือหาลาน หลานคนโตอายุ 2 ขวบ และหลานคนเล็กที่เพิ่งคลอดได้ 3 เดือน ผู้ป่วยช่วยทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน ซักผ้าโดยใช้เครื่องซักผ้า ไม่มีงานอดิเรกอื่น ๆ

#### สรุปการรักษาที่ได้รับตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แรกรับที่แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก รู้สึกตัวดี E<sub>4</sub>V<sub>6</sub>M<sub>5</sub> หายใจได้เอง ช่วยเหลือตัวเองได้ สัญญาณชีพ BT 36.4°C, PR 80 bpm, RR 20 bpm, BP 142/118 mmHg, SaO<sub>2</sub> 99% ผล 12 leads EKG: normal sinus rhythm no ST-T change ผลตรวจเลือด hs-cTnI ชั่วโมงที่ 0, 1 ได้ค่า 145.2 ng/L และ 150 ng/L ตามลำดับ ผล chest X-ray: no pulmonary edema แพทย์วินิจฉัยเป็น NSTEMI ได้รับการรักษาด้วยยา aspirin 81 mg 4 tabs chew stat, ticagrelor 90 mg 2 tabs po stat, enoxaparin 0.6 ml (SC) stat และเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม

ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ส่งตรวจ hs-cTnI ชั่วโมงที่ 3 ได้ค่า 383.5 ng/L ทำ 12 leads EKG ซ้ำ พบ normal sinus rhythm rate 80 bpm, new ST depression at V3-V5 ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก สัญญาณชีพปกติ ผล echocardiogram พบ LVEF 70% ได้รับการรักษาด้วยยา aspirin 81 mg 1 tab po pc,

ticagrelor 90 mg 1 tab bid po pc, monolin 20 mg 1 tab bid po ac, enaril 5 mg 1 tab bid po pc, losec 20 mg 1 tab po ac, ativan 0.5 mg 1 tab po prn hs, senokot 2 tab po hs, isordil 5 mg 1 tab (SL) prn for chest pain และ enoxaparin 0.6 ml (SC) q 12 hr x 3 วัน หลังจากฉีดยา enoxaparin ครบ 3 วันให้ส่งทำหัตถการสวนหัวใจ

ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือขวา (right radial artery) ผล พบ Double Vessel Disease; (DVD): 80% stenosis proximal left anterior descending (pLAD), 90% stenosis mid left anterior descending (mLAD), 90% stenosis diagonal1 (DG1), 70% stenosis distal left circumflex (dLCX), successful PCI at proximal left circumflex (pLCX) and DG1, fail PCI at dLCX plan dual antiplatelet therapy (DAPT) 12 เดือน หลังทำหัตถการแพทย์ย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (ICCU) 1 วัน แล้วย้ายกลับมาสังเกตอาการต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 วัน อาการทั่วไปปกติดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้ยาไปรับประทาน ได้แก่ aspirin 81 mg 1 tab po pc, ticagrelor 90 mg 1 tab bid po pc, monolin 20 mg 1 tab bid po ac, atorvastatin 40 mg 1 tab po hs, ativan 0.5 mg 1 tab prn po hs, senokot 2 tab po hs, allopurinol 100 mg 1 tab po pc, colchicine 0.6 mg 1 tab po pc, losec 20 mg 1 tab po ac, CaCo3 1000 mg 1 tab po pc, calciferol 0.25 meg 1 cap po pc weekly on Thursday,

B6 100 mg 1 tab po pc นัดติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ 1 สัปดาห์ พร้อมเจาะเลือดตรวจ BUN, Cr, electrolyte, CBC, SGOT, SGPT ก่อนพบแพทย์ รวมระยะเวลาการรักษาเป็นผู้ป่วย 6 วัน

## การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเฉียบพลันจากการมีลิ้มเลือดอุดตันภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารี

### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยให้ประวัติเจ็บแน่นหน้าอก

O: แพทย์วินิจฉัยเป็น NSTEMI ผลตรวจ EKG 12 leads พบ ST depression at V3-V5 ผล hs-cTnI สูงกว่าค่าปกติ (ชั่วโมงที่ 0,1,3 = 145.2 ng/L, 150 ng/L, และ 383.5 ng/L)

**เป้าหมาย** เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงเพียงพอกับความต้องการของหัวใจ และลิ้มเลือดที่อุดตันภายในหลอดเลือดแดงหัวใจโคโรนารีได้รับการแก้ไขให้มีขนาดเล็กลงหรือหมดไป

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด (DAPT) ได้แก่ ASA 81 mg 4 เม็ดเคี้ยวทันที และ ticagerlor 90 mg 2 เม็ด ทันทีเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจ หลังจากนั้นให้ aspirin 81 mg 1 tab po pc, ticagrelor 90 mg 1 tab bid po pc<sup>4</sup> สังเกตภาวะเลือดออกหลังได้รับยา และให้ยา losec 20 mg 1 tab po ac เพื่อลดการหลังกรดในกระเพาะอาหาร<sup>12</sup>

2. ดูแลให้ยาฉีด enoxaparin 0.6 mg (sc) q 12 hr x 3 วัน เพื่อลดการเกิดลิ้มเลือด<sup>5</sup> บริหารยาโดยใช้ cold pack ประคบผิวหนังบริเวณหน้าท้องก่อนและหลังฉีดยา 5 นาที ใช้เวลาในการฉีดยานานกว่า 30 วินาที เพื่อลดอาการปวดขณะฉีดยา และป้องกันการเกิดจ้ำเลือดและก้อนเลือดหลังฉีดยา<sup>16,17</sup>

3. ดูแลให้ยา monolin 20 mg 1 tab bid po ac เพื่อให้หลอดเลือดขยายตัว<sup>12</sup> และ enaril 5 mg 1 tab bid po pc เพื่อควบคุมความดันโลหิตและลดภาระหนักของหัวใจ

4. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง ช่วยเหลือทำกิจกรรมตามความเหมาะสม ให้ยา ativan 0.5 mg 1 tab po prn hs เพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ<sup>12</sup>

5. แนะนำรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง และดูแลให้ senokot 2 tab po hs เพื่อหลีกเลี่ยงการเบ่งถ่าย ป้องกันการเพิ่มแรงดันในช่องท้องและลดความต้องการออกซิเจนของหัวใจ<sup>12</sup>

6. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (SaO<sub>2</sub>) ทุก 4 ชั่วโมง พิจารณาให้ออกซิเจนเมื่อค่า SaO<sub>2</sub> < 90%<sup>4,5</sup>

7. ติดตามอาการเจ็บหน้าอก ไอ เหนื่อยง่ายผิดปกติ สับสน เป็นลม ปวดหลัง ปวดครام<sup>15</sup> เพื่อประเมินอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ หากมีอาการดังกล่าว รีบวัดสัญญาณชีพ ให้ยา isordil 5 mg (SL) ทำ 12 leads EKG ภายใน 10 นาที และรายงานแพทย์<sup>4</sup>

8. ให้การพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมในด้านร่างกาย จิตใจ ตรวจสอบผลเลือด ให้คำแนะนำ

ในการปฏิบัติตนก่อน ขณะ หลังทำหัตถการสวนหัวใจเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา<sup>18</sup>

**ประเมินผล** ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สัญญาณชีพปกติ หลังได้รับการฉีดยา enoxaparin (SC) bid x 3 วัน ส่งผู้ป่วยทำหัตถการสวนหัวใจเพื่อวินิจฉัยและเปิดหลอดเลือดได้ตามแผนการรักษาและไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม

### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบวิธีการดูแลตนเองเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน ไม่ทราบถึงอาการสำคัญที่ควรรีบมาโรงพยาบาล ขอรับประทานอาหารประเภทผัดและทอด และไม่ได้ออกกำลังกาย

O: ผลการทำหัตถการ พบ DVD successful PCI at pLCX and DG1, fail PCI at dLCX ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอีกครั้ง ดัชนีมวลกาย 26 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> (อ้วนระดับ 1)

**เป้าหมาย** ผู้รับบริการมีความรู้และตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมกับโรค

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลตนเอง รับฟังความต้องการของผู้ป่วยและญาติเพื่อวางแผนการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ

2. ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ตามหลัก DMETHOD ได้แก่

2.1 D: Diagnosis ให้ข้อมูลเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.2 M: Medication แนะนำการรับประทานยา โดยเฉพาะยา DAPT ที่ต้องรับประทานต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ได้แก่ ยา ASA และ ticagrelor<sup>5</sup> บอกข้อควรปฏิบัติในการรับประทานยาอื่น ๆ ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลจัดยาเนื่องจากผู้ป่วยมีการมองเห็นบกพร่อง

2.3 E: Environment ให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.4 T: Treatment แนะนำการปฏิบัติตนหลังการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ หลีกเลียงทาโลชั่น ครีม หรือ แป้ง ห้ามบดงอข้อมือและยกของหนักมากกว่า 5 ปอนด์หรือ 2.27 กิโลกรัม 5-7 วันหลังการทำหัตถการเพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมการหายของแผล<sup>18</sup>

2.5 H: Health แนะนำการออกกำลังกายด้วยวิธีปั่นจักรยานหรือเดินเพื่อลดแรงกระแทกของข้อเข่า ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ควบคุมความดันโลหิตและควบคุมน้ำหนัก

2.6 O: Outpatient referral แนะนำตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกให้มาพบแพทย์ทันทีหรือโทรสายด่วนฉุกเฉินเบอร์ 1154 หรือ 1669 ไม่ควรล่าช้าเนื่องจากนำไปสู่ภาวะฉุกเฉินทางหัวใจจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตาย<sup>19</sup>

2.7 D: Diet ให้ข้อมูลผลกระทบของภาวะโภชนาการเกินที่ส่งผลต่อความรุนแรงของโรคและการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ให้ความรู้ในการบริโภคอาหาร โดยจำกัดอาหารชนิดผัดและทอด อาหารไขมันสูง หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มและหวานจัด เน้นการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง และดื่มนมชนิดพร่องมันเนย

3. เปิดโอกาสให้สอบถามเพิ่มเติมและสอบถามความรู้ย้อนกลับเพื่อประเมินความเข้าใจในการปฏิบัติตน

**ประเมินผล** ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงภายในและภายนอกต่อการหกล้ม**

#### **ข้อมูลสนับสนุน**

S: ผู้ป่วยให้ประวัติตามัวทั้งสองข้าง ปวดข้อเข่าเล็กน้อยทั้ง 2 ข้าง เคยหกล้ม 8 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มักเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็วและไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

O: มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้รับยามากกว่า 3 ชนิด มีความซึมเศร้าเล็กน้อย (TGDS = 13 คะแนน) เสี่ยงต่อการหกล้มต่ำ (Morse fall scale = 30 คะแนน)

**เป้าหมาย** ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดพลัดตกหกล้มขณะอยู่โรงพยาบาล และมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มที่บ้าน

#### **กิจกรรมการพยาบาล**

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มเพื่อสร้างความตระหนักรู้และเฝ้าระวังตนเอง ดัดสิ่งแวดล้อมที่เตียงเพื่อสื่อสารในทีมบุคลากรสุขภาพเพื่อเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม

2. แนะนำสิ่งแวดล้อมบริเวณห้องพัก จัดอุปกรณ์ที่จำเป็นไว้ใกล้มือ กระตุ้นให้ออกกำลังกายบนเตียงตามความสามารถเพื่อคงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ปรับระดับเตียงต่ำสุดและล็อคล้อไว้ แนะนำใส่รองเท้ากันลื่นขณะเข้าห้องน้ำและดูแลพื้นให้แห้งอยู่เสมอ และใช้ราวจับเพื่อป้องกันการหกล้ม

3. ประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มทุก 8 ชั่วโมง สอบถามอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด และประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตเพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

4. ให้คำแนะนำและส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น ดูแลพื้นบ้านและพื้นห้องน้ำให้แห้งอยู่เสมอ ใช้พรมเช็ดเข้าชนิดยึดติดพื้น ทำราวจับในห้องน้ำ ดูแลให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้าน

5. แนะนำแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่มีขนาดพอดี ไม่หลวม ใหญ่ หรือยาวจนเกินไป ใช้รองเท้าขนาดพอดีเท้าและพื้นรองเท้าแบบกันลื่น เพื่อป้องกันการสะดุดหรือลื่นล้ม

6. สอนและฝึกทักษะการออกกำลังกาย โดยเฉพาะชนิดที่มีผลต่อความสมดุล เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อ แนะนำยาที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยค่อย ๆ เปลี่ยนอิริยาบถเพื่อป้องกันการเกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

7. แนะนำรับประทานยาแคลเซียมและวิตามินดีตามแผนการรักษาเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อช่วยป้องกันการหกล้ม

8. แนะนำการตรวจสุขภาพตาเพื่อค้นหา และแก้ไขความบกพร่องในการมองเห็น เพิ่มความมั่นใจในการออกไปร่วมกิจกรรมสังคมที่สวนสาธารณะ ในหมู่บ้าน ซึ่งช่วยลดความซึมเศร้าและป้องกันการหกล้มได้<sup>20</sup>

9. สอบถามความรู้และให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินความเข้าใจและทักษะการปฏิบัติตน

**ประเมินผล** ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้มขณะอยู่โรงพยาบาล สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม สาธิตทักษะในการเปลี่ยนอิริยาบถและบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อได้ถูกต้อง

## สรุป

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด เอสทีไม่ยก พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ อาการแสดงในผู้สูงอายุนั้นค่อนข้างซับซ้อนไม่ตรงไปตรงมาเนื่องจากผลรวมของความสูงอายุและการเจ็บป่วยหลายโรค การจะสามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการเปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ สามารถประเมินและให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างรอบด้านและเป็นองค์รวม อีกทั้งมีความรู้ที่ทันสมัยตามแนวเวชปฏิบัติในการรักษาที่เป็นปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อมาตรฐานในการพยาบาล ความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

## เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly 2018. Nakhon Pathom: Printery; 2019. (in Thai)
2. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
3. Ministry of Public Health, Strategy and planning division. Public health statistics A.D.2018 [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 20]. Available from: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf). (in Thai)
4. The Heart Association of Thailand Under the Royal Patronage of H.M. the King. Thai acute coronary syndromes guidelines 2020. Bangkok: nextstep; 2020. (in Thai)
5. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. 2020 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 2021;42(14):1289-367.

6. Ministry of Public Health, Department of Medical Service. Thai ACS registry [Internet]. [Update 2020 Nov 11; cited 2021 May 1]. Available from: <http://www.ncvdt.org/Default.aspx>
7. Basit H, Malik A, Huecker MR. Non ST segment elevation myocardial infarction [Internet]. 2021 [cited 2021 May 1]. StatPearls. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513228/>
8. Kojima T, Mizokami F, Akishita M. Geriatric management of older patients with multimorbidity. *Geriatr Gerontol Int* 2020;20(12):1105-11.
9. Pulchana N, Rerksngarm T, Fongsupa S. A comparison of cardiac troponin determination between high-sensitivity-cardiac troponin-I and high-sensitivity-cardiac troponin-T for diagnosis of acute myocardial infarction with non-ST elevation. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2019;27(3):272-84. (in Thai)
10. Jneid H, Addison D, Bhatt DL, Fonarow GC, Gokak S, Grady KL, et al. 2017 AHA/ACC Clinical performance and quality measures for adults with ST-Elevation and Non-ST-Elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(16):2048-90.
11. Demirel ME, Donmez I, Ucaroglu ER, Yuksel A. Acute coronary syndromes and diagnostic methods. *Med Res Innov* 2019;3:1-8.
12. Haynes A. cardiovascular disease. In: Urden LD, Stacy KM, Lough ME, editors. *Priorities in critical care nursing*. 8<sup>th</sup> ed. St. Louis: Elsevier; 2020. p.146-86.
13. Lough ME. Cardiovascular clinical assessment and diagnosis procedure. In: Urden LD, Stacy KM, Lough ME, editors. *Priorities in critical care nursing*. 8<sup>th</sup> ed. St. Louis: Elsevier; 2020. p.90-145.
14. Williams P. *Basic geriatric nursing*. 7<sup>th</sup> ed. St. Louis: Elsevier; 2020.
15. Rungnoi, N. *Health assessment: a holistic approach*. Nonthaburi: Academic Welfare Program of Praboromarajchanok Institute; 2016. (in Thai)
16. Uttama C, Petnasungkul N, Mahawan A. Effect of using cold pack and clinical nursing practice guidelines of enoxaparin injection on preventing bruise, hematoma and pain among patient with acute coronary syndrome. *Journal of Nakornping Hospital* 2015;6(1):18-31. (in Thai)

17. Kattunilam A, Rohini T. Effect of Time duration in injecting subcutaneous low molecular weight heparin (LMWH) on pain and bruising among patients with myocardial infarction (MI). *J Nurs Educ* 2016;8(4):76-9.
18. Prateepmanowong J, Chouyboon S, Nareumanphokin N. Nursing care for patients undergoing transradial cardiac catheterization: case study. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2019;30(2):2-14. (in Thai)
19. de Alencar Neto JN. Morphine, oxygen, nitrates, and mortality reducing pharmacological treatment for acute coronary syndrome: an evidence-based review. *Cureus* 2018;10(1):e2114. doi: 10.7759/cureus.2114
20. Dong X, Ng N. Contribution of multiple pathways to the relationship between visual impairment and depression: explaining mental health inequalities among older Chinese adults. *J Affect Disord* 2021;278:350-6.