

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มี
ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

โดย

นางสาวธันยรัตน์ กาญจนวิไลย์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล
ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๑๐

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

คำนำ

โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันเป็นสาเหตุของการป่วย พิการและเสียชีวิตระดับต้นของโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศส่งผลให้เกิดภาวะและการสูญเสียในทุกมิติทั้งทางกายและจิตสังคมและเศรษฐกิจ ต่อครอบครัวผู้ป่วยโดยปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในคนไทยที่สำคัญได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วนและการมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหลักโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง เบาหวาน จากสถิติผู้พบมารับบริการที่โรงพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้นซึ่งอาจนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาและวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องและทันเวลา

ผู้จัดทำได้ตระหนักเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษา ค้นคว้าและจัดทำ กรณีศึกษาผู้ป่วย เรื่อง การพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันเพื่อประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจและสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในการพยาบาลและให้คำปรึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและเป็นประโยชน์ของการศึกษาค้นคว้าของนักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง

นางสาวธันยชนันท์ กาญจนวิไลย์

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
สารบัญภาพ	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และภาวะอื่นที่เกี่ยวข้อง	4
กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหลอดเลือดหัวใจ	4
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน	7
การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน	13
การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน	15
โรคความดันโลหิตสูง	20
การรักษาโรคความดันโลหิตสูง	23
บทที่ 3 ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา	28
บทที่ 4 กรณีศึกษา	46
แบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ	47
การตรวจร่างกายตามระบบ	48
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	50
เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา	53
สรุปภาวะผู้ป่วยขณะรับไว้ในโรงพยาบาล	59
สรุปปัญหาที่พบจากกรณีศึกษา	60
บทที่ 5 สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ	68
บรรณานุกรม	71

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count)	50
2	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (Coagulation)	51
3	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจ Blood Chemistry	51
4	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจหาเชื้อ Covid - 19	52

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่	หน้า
1 แสดงภาพหลอดเลือดหัวใจและองค์ประกอบอื่น ๆ	6
2 แสดงภาพคลอเรสเตอรอลอุดตันหลอดเลือดแดงของหัวใจ	7
3 แสดงภาพการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน	14
4 แสดงภาพการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด	14

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary artery disease) เป็นภาวะที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ หายใจไม่ออก คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อแตก ใจสั่น หมดสติ หรือหัวใจวายเฉียบพลันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลก โดยในปี 2562 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก โดยคร่าชีวิตผู้คนไปประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็น 32% ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลกสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันของโลกจากรายงานของ WHO พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในทุกภูมิภาคของโลก โดยพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในทวีปเอเชีย พบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมากที่สุดในจีน อินเดีย และญี่ปุ่น โดยพบผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อัตราสูงในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ในทวีปอเมริกา พบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมากที่สุดในสหรัฐอเมริกา แคนาดา และเม็กซิโก โดยพบผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อัตราสูงในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา และบราซิลในทวีปยุโรป พบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันมากที่สุดในรัสเซีย เยอรมนี และฝรั่งเศส โดยพบผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อัตราสูงในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหราชอาณาจักร ฝรั่งเศส และเยอรมนี

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary artery disease) เป็นภาวะที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ หายใจไม่ออก คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อแตก ใจสั่น หมดสติ หรือหัวใจวายเฉียบพลันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของคนไทย รองจากโรคมะเร็ง โดยในปี 2563 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อัตราสูงประมาณ 38,000 คน คิดเป็น 11% ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคที่พบได้บ่อยทั่วโลกโดยองค์การอนามัยโลก(WHO)รายงานว่าในปี2563 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้ใหญ่ อายุ 30 ปี

ขึ้นไปโรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ความดันโลหิตสูงผิดปกติ ซึ่งความดันโลหิตคือแรงที่เลือดกดผนังหลอดเลือด โดยความดันโลหิตจะแบ่งออกเป็น 2 ค่า คือ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) ค่าความดันโลหิตที่ปกติคือความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวไม่เกิน 120 มิลลิเมตรปรอท(mmHg) และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่เกิน 80 mmHg หากความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะส่งผลให้หลอดเลือดผิดปกติจนเกิดการเสื่อมและหนาขึ้น ส่งผลให้เลือดไหลเวียน ได้ลำบากทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 615 เตียง มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2563 จำนวน 2,165 ราย ปี 2564 จำนวน 2,494 รายและปี 2565 จำนวน 2,646 ราย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันในปี 2563 จำนวน 45 ราย ปี 2564 จำนวน 47 รายและในปี 2565 จำนวน 52 ราย จากสถิติพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดตีบตันเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตหากไม่ได้ รับการวินิจฉัยรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลา เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องใช้ระยะเวลา ในการฟื้นฟูสภาพ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระยะวันนอน โรงพยาบาลนาน และในการดูแลรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ดังนั้น การจัดการที่ดีทางด้านการพยาบาล การประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว ญาติพี่น้อง และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมให้ครอบคลุม การพยาบาลก่อน และหลังทำหัตถการสวนหัวใจ ตลอดจนการดูแลติดตามวางแผนใน การจำหน่ายเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจ โดยใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดและใส่ขดลวด

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

3. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้รับการ รักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจต่อการรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนการพยาบาล มีแนวทางปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน มีความรู้ในการดูแลตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. นำข้อมูลจากการศึกษามาเป็นแนวทางสำหรับทีมสุขภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านจิตวิญญาณ
4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ได้รับการรักษาอย่าง มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจต่อการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 2

ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และภาวะอื่นที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ผู้เขียนได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นสาระสำคัญ

1. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหลอดเลือดหัวใจ (Coronary arteries)
2. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน
3. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

1. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหลอดเลือดหัวใจ (Coronary arteries)

หลอดเลือดหัวใจ จะอยู่บริเวณภายนอกหัวใจ (เยื่อหุ้มหัวใจ) ส่งแขนงเล็ก ๆ ลงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ หลอดเลือดหัวใจมีเส้นใหญ่ ๆ อยู่ 2 เส้น คือ ขวา (right coronary artery) เลี้ยงหัวใจ ด้านขวา และซ้าย (left coronary artery) เลี้ยงหัวใจด้าน ซ้ายเป็นส่วนใหญ่ ด้านซ้ายจะแตกแขนงใหญ่ ๆ 2 แขนง คือ left anterior descending artery และ left circumflex artery ซึ่งจะมีแขนงเล็ก ๆ อีกมากมาย โรคของหลอดเลือดหัวใจ อาจเกิดจากหลายสาเหตุ แต่ที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากการสะสมของไขมันที่ผนังทำให้ หลอดเลือดหัวใจตีบและตัน ในที่สุด หลอดเลือดหัวใจ (coronary arteries) เป็น หลอดเลือด ชนิดหลอดเลือดแดงใน การไหลเวียนของ เลือด รอบหัวใจ (coronary circulation) ซึ่งขนส่งเลือดที่เต็มออกซิเจนแล้วไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ หัวใจจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนต่อเนื่องตลอดเวลาในการทำงานและดำรงอยู่ได้ เช่นเดียวกับกับเนื้อเยื่อหรืออวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย หลอดเลือดหัวใจพันรอบหัวใจทั้งหมดสองแขนงหลักคือหลอดเลือดหัวใจแดงซ้าย (LCA) และหลอดเลือดหัวใจแดงขวา (RCA) หลอดเลือดหัวใจสามารถแบ่งหมวดหมู่ได้ตามพื้นที่ของหัวใจที่ให้การไหลเวียนหมวดหมู่เหล่านี้คือ หลอดเลือดเยื่อหุ้มหัวใจชั้นนอก (epicardial) อยู่เหนือเยื่อหุ้มหัวใจชั้นนอกสุด (epicardium) และหลอดเลือดเล็ก (microvascular) อยู่ใกล้เยื่อหุ้มหัวใจชั้นใน (endocardium) การทำงานที่ลดลงของหลอดเลือดหัวใจสามารถนำไปสู่การไหลของออกซิเจนและสารอาหารไปยังหัวใจ สิ่งนี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจเท่านั้น

แต่ยังส่งผลต่อความสามารถของหัวใจในการสูบฉีดโลหิตไปทั่วร่างกาย ดังนั้นความผิดปกติหรือโรคของหลอดเลือดหัวใจอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ อาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจวาย และแม้กระทั่งเสียชีวิตหลอดเลือดหัวใจส่วนหลักจะประกอบด้วย หลอดเลือดแดงหัวใจขวา ซึ่งทั้งสองแยกย่อยเป็นหลายแขนง

หลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา

หลอดเลือดแดงหัวใจซ้าย (LCA)

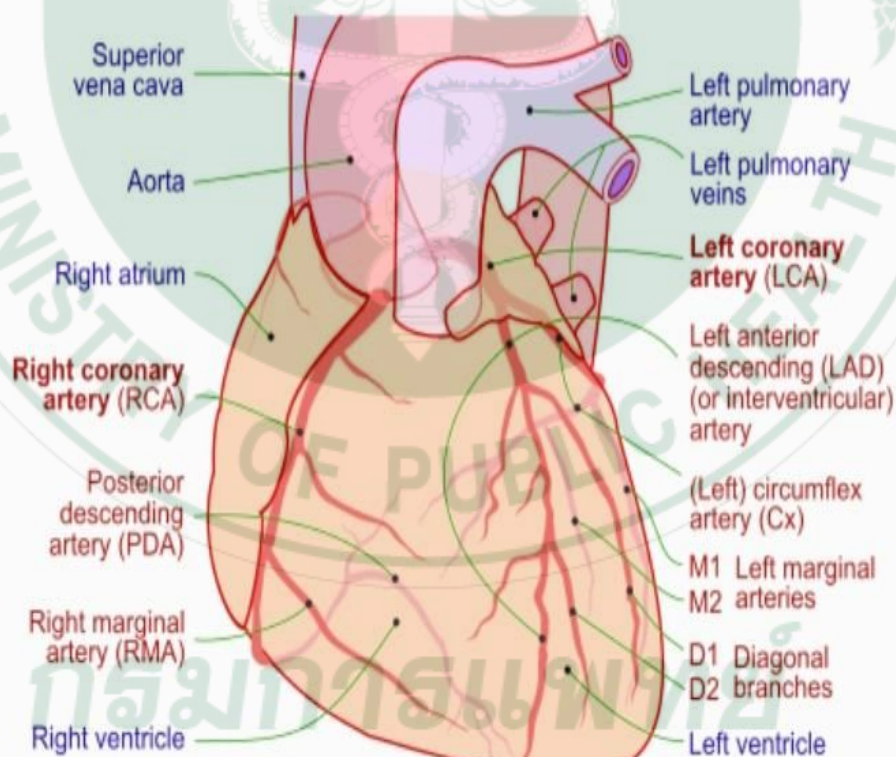
- หลอดเลือดแดงแขนงซ้ายลงด้านหน้า (Left anterior descending artery)
- หลอดเลือดแดงแขนงซ้ายอ้อมด้านข้าง (Left circumflex artery)
- หลอดเลือดแดงลงด้านหลัง (Posterior descending artery)
- รามัส หรือหลอดเลือดแดงอินเตอร์มีเดียต (Ramus หรือ intermediate artery)

หลอดเลือดแดงหัวใจขวา (RCA)

- หลอดเลือดแดงขอบด้านขวา (Right marginal artery)
- หลอดเลือดแดงลงด้านหลัง (Posterior descending artery)

หลอดเลือดแดงหัวใจซ้าย (LCA) เริ่มจากหลอดเลือดแดงใหญ่ภายในจุดเชื่อมด้านซ้ายของลิ้นหัวใจเอออร์ติก และส่งเลือดไปทางด้านซ้ายของหัวใจ แยกออกเป็นสองแขนงคือหลอดเลือดแดงแขนงซ้ายลงด้านหน้า และหลอดเลือดแดงแขนงซ้ายอ้อมด้านข้าง หลอดเลือดแดงแขนงที่อยู่ด้านหน้าลงมาทางซ้ายนั้นจะไปเลี้ยงผนังห้องหัวใจห้องล่าง และ ผนังด้านหน้าของ หัวใจห้องล่างซ้าย หลอดเลือดแดงแขนงซ้ายอ้อมด้าน ข้างนั้น จะไปเลี้ยงส่วนอื่นของผนังห้องล่างซ้าย ประมาณ 33% ของประชากรจะมีหลอดเลือดหัวใจด้าน ซ้ายต่อไปยังหลอดเลือดแดงแขนงลงด้านหลังซึ่ง กระจายโลหิตให้กับทำให้ผนังด้านหลังและด้านล่าง ของช่องหัวใจห้องล่าง บางครั้งจะมีแขนงที่สามเกิดขึ้น ที่ทางแยกระหว่าง หลอดเลือดแดงแขนงซ้ายลงด้าน หน้า และหลอดเลือดแดงแขนงซ้ายอ้อมด้านข้าง ที่ เรียกว่าหลอดเลือดแดงรามัสหรือหลอดเลือดแดง อินเตอร์มีเดียต

หลอดเลือดแดงหัวใจขวา (RCA) มีจุดเริ่มต้นอยู่ภายในจุดเชื่อมด้านขวาของลิ้นหัวใจเอออร์ติก มีแนวลงไป ทาง ร่องโคโรนารีด้านขวา ผ่านไปยังจุดครักซ์ คอร์ดิส (crux cordis) หลอดเลือดหัวใจด้านขวาส่วนใหญ่จะแตกแขนง เป็นหลอดเลือดแดงส่วนขอบด้านขวา (right marginal arteries) และใน 67% ของประชากร จะต่อ เนื่องไปยัง หลอดเลือดแดงลงด้านหลังหลอดเลือดแดงส่วนขอบด้านขวา กระจายโลหิตบริเวณห้องหัวใจ ทางด้านขวา และ หลอดเลือดแดงลงด้านหลังกระจายโลหิตบริเวณกล้ามเนื้อผนังหัวใจห้องล่างซ้ายด้านหลัง และด้านล่าง นอกจากนี้ยังมีหลอดเลือดแดงโคนัส (conus) ซึ่งมีอยู่ เพียงประมาณร้อยละ 45 ของประชากรมนุษย์ ซึ่งทำให้ เลือดไหลเวียนไปยังหัวใจได้เพิ่มเติมเมื่อหลอดเลือดแดงแขนงซ้ายลงด้านหน้าถูกอุดตัน



โรงพยาบาลเลิดสิน

รูปภาพที่ 1 หลอดเลือดหัวใจและองค์ประกอบอื่น ๆ (ดัดแปลงมาจาก <https://th.m.wikipedia.org/w/index.php>.)

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

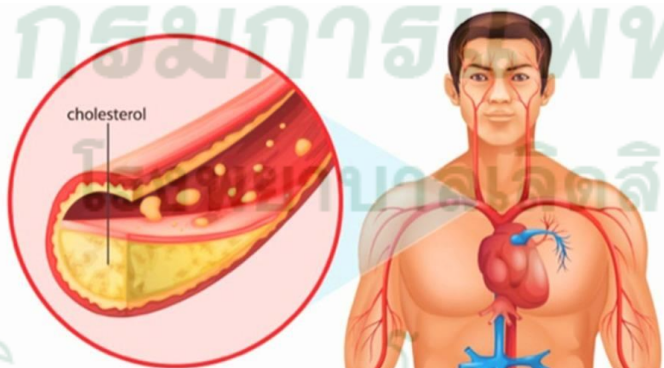
2. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary artery disease)

หมายถึงเป็นภาวะที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการตีบแคบลงส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการต่างๆ เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ หายใจไม่ออก คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อแตกใจสั่นหมดสติ หรือหัวใจวายเฉียบพลันหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ มีหน้าที่นำเลือดที่อุดมไปด้วยออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ หากหลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการตีบแคบลง เลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจจะลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนและทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว

สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

โรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมในผนังเส้นเลือดหัวใจหนาขึ้น จนทำให้เกิดอาการหลอดเลือดมีการตีบแคบลงหรือการแตกของคราบไขมัน ทำให้เกิดการปิดกั้นการไหลเวียนของเลือด และทำให้เลือดซึ่งนำออกซิเจนไหลผ่านได้น้อยลง ส่งผลให้เลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ จนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งจะให้มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น หากเกิดการอุดตันของหลอดเลือดเฉียบพลันซึ่งมักเกิดจากคราบไขมันที่สะสมอยู่ที่ผนังของหลอดเลือดชั้นในแตกออกและกลายเป็นลิ่มเลือดจะส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอันนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือเสียชีวิตกะทันหันได้



รูปภาพที่ 2 แสดงคอเลสเตอรอลอุดตันหลอดเลือดแดง (ดัดแปลงมาจาก

<https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/>)

ประเภทของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary artery disease) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1.โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเรื้อรัง

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเรื้อรังเป็นโรคที่มีลักษณะการเกิดโรคค่อยๆมีการสะสมของตะกอนหรือคราบไขมัน (plaque) ที่ผนังด้านในของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่เลี้ยงหัวใจ ดังนั้นการตีบของหลอดเลือดแดงจะค่อยๆตีบแคบลงจนเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ไม่เพียงพอและจะแสดงอาการเมื่อหลอดเลือดตีบตั้งแต่ 50 % ขึ้นไป

2.โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน

การเกิดโรคที่เกิดจากการสะสมของคราบไขมันหรือตะกอน (plaque) ที่ ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีเช่นกัน โดยภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันนี้จะเกิดจากคราบไขมันหรือตะกอนนี้มีการปริแตกแบบทันทีทันใด ทำให้ ร่างกายกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดขึ้นที่บริเวณที่มีการปริแตกของคราบไขมันและลิ่มเลือด นี้จะอุดตันหลอดเลือดหัวใจแบบทันทีทันใดเกิดเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสามารถทำให้หมดสติ และเสียชีวิตแบบเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันยังสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะตามระดับความรุนแรง ได้แก่

1.1 ระยะเริ่มต้น มีการสะสมของไขมันและคอเลสเตอรอลในผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี แต่ไม่ทำให้เกิดอาการใดๆ

1.2 ระยะปานกลาง หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย

1.3 ระยะรุนแรง หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแคบลงมาก ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงแม้ขณะพัก หรืออาจเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยระยะเริ่มต้นอาจไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาใดๆ แต่หากมีอาการเจ็บหน้าอกหรืออาการของโรครุนแรงขึ้น อาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด

อาการและอาการแสดงโรคหลอดเลือดตีบตันอาจแตกต่างกันไปตามตำแหน่งและความรุนแรงของ การตีบตัน โดยทั่วไปแล้ว อาการที่พบบ่อย ได้แก่

1.1 เจ็บหน้าอก เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ลักษณะของอาการเจ็บหน้าอกมักเป็นอาการแน่นหน้าอก คล้ายมีอะไรมาทับหรือบีบรัดบริเวณกลางหน้าอก หรืออาจร้าวไปที่คอ กราม ไหล่ และแขนซ้าย อาการเจ็บหน้าอกมักเกิดขึ้นขณะออกแรงหรือทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง เช่น เดินเร็ว ขึ้นบันได ยกของหนัก เป็นต้น และมักดีขึ้นเมื่อหยุดพัก

1.2 เหนื่อยง่าย เกิดจากหัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย อาการเหนื่อยง่ายอาจเกิดขึ้นขณะทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง หรืออาจเกิดขึ้นขณะทำกิจกรรมปกติในชีวิตประจำวัน เช่น เดินขึ้นบันได เดินเร็ว เป็นต้น

1.3 หายใจหอบ เกิดจากหัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย อาการหายใจหอบมักเกิดขึ้นขณะทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง หรืออาจเกิดขึ้นขณะนอนราบ เป็นต้น

1.4 ใจสั่น เกิดจากหัวใจทำงานหนักขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย

1.5 เวียนศีรษะ เกิดจากหัวใจทำงานหนักขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย

1.6 หมดสติ เกิดจากหัวใจหยุดเต้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันบางรายอาจไม่มีอาการใดๆเลยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่อายุน้อย ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเพียงเล็กน้อย หากมีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลา

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท

ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ประวัติครอบครัว หากมีบุคคลในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ก็มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น

อายุ เมื่ออายุมากขึ้นเกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น

เพศ ผู้ชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้หญิง แต่ในผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้วมีโอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจใกล้เคียงกับผู้ชาย

ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ จากการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมึสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องโดยอาจมีปัจจัยเสี่ยงเดียวหรือหลายปัจจัยเสี่ยงรวมกันก็ได้ดังนี้

น้ำหนักเกินและอ้วน การปล่อยให้ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การมีดัชนีมวลกายที่มากขึ้น เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้คนในประเทศเอเชียควรมีค่าดัชนีมวลกายมาตรฐานไม่เกิน 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

กลุ่มอาการที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนร่วมกับปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ หรือเรียกว่ากลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome หรือ insulin resistance) สามารถวินิจฉัยได้เมื่อมีคุณสมบัติ 3 ข้อใน 5 ข้อดังนี้

1. มีภาวะอ้วนลงพุง จุดตัดของภาวะอ้วนลงพุงใช้การวัดเส้นรอบเอวในผู้หญิงและผู้ชายเท่ากับ 80 และ 90 เซนติเมตรตามลำดับ

2. มีภาวะความดันโลหิตสูง หรือมีความดันโลหิตสูงกว่าหรือเท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอท

3. เป็นโรคเบาหวานหรือมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหารและเครื่องดื่ม 8 ชั่วโมงขึ้นไปสูงกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

4. มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดหลังดอาหารและเครื่องดื่ม 12 ชั่วโมงขึ้นไปสูงกว่าหรือเท่ากับ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือเป็นผู้ที่รับประทานยาลดไขมันอยู่แล้ว

5. ระดับของเอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL-C) หรือไขมันดีในเลือดน้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ชาย หรือน้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้หญิง

ภาวะความดันโลหิตสูง มีเกณฑ์ในการวินิจฉัย คือ มีค่าสูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้พบว่า การรับประทานเกลือโซเดียมมากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นด้วย

ความเครียด ปัจจัยทางด้านความเครียด 5 ประการที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ สภาพจิตใจที่โศกเศร้า มีความเครียดเรื้อรังเป็นเวลานานติดต่อกันและยังไม่สามารถจัดการกับสาเหตุของความเครียดนั้นได้ ภาวะเก็บกดด้านอารมณ์ ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ขาดการเชื่อมสัมพันธ์และแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และคิดว่าตนเองมีปมด้อยด้านฐานะ เศรษฐกิจและสถานะทางสังคม

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังส่งผลให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ทำให้เซลล์เยื่อภายในหลอดเลือดทำงานผิดปกติ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งซึ่งทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมสภาพและถูกทำลาย และก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาได้

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ คือ ระดับไขมันในเลือดที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงตีบตัน ระดับไขมันในเลือดที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ไม่เป็นโรคหรือไม่มีปัจจัยเสี่ยงด้านไขมันผิดปกติและควรใช้เป็นค่าสำหรับควบคุมตัวเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ระดับคอเลสเตอรอลรวมน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL-C) หรือไขมันตัวร้ายน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL-C) หรือไขมันตัวดีมากกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้หญิง และมากกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ชาย และระดับไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การไม่ออกกำลังกาย พบว่าการไม่มีกิจกรรมทางกายหรือการไม่ออกกำลังกายจะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า

การรับประทานผักและผลไม้ในแต่ละวันน้อยเกินไป พบว่าปัจจุบันนี้คนเรารับประทานอาหารที่มีรสหวาน อาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง แต่รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นผลก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

การสูบบุหรี่ หมายความว่าผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น (ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง) ผู้ที่บริโภคยาสูบแบบไม่มีควัน เช่น ยาสูบ ยาเส้น รวมถึงผู้ที่เคยสูบบุหรี่ติดต่อกันมาเป็นเวลานานและเพิ่งหยุดสูบได้ไม่นาน พบว่าผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า

เนื่องจากสารพิษในบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค เช่น นิโคตินมีผลทำให้เกิดการทำลายเยื่อปอดชั้นในของหลอดเลือดแดง คาร์บอนมอนอกไซด์จะทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหนะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยเป็นผลให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ไฮโดรเจนไซยาไนด์ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังทำให้เกล็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น ทำให้เลือดจับกันเป็นก้อนได้ง่ายขึ้น ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบหรืออุดตันเฉียบพลันได้

แนวทางการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1. การประเมินเบื้องต้น

ขั้นตอนนี้แพทย์จะทำการซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วย เพื่อหาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เช่น ระดับไขมันและคอเลสเตอรอลในเลือด ความดันโลหิต โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

2. การตรวจวินิจฉัย

2.1 หากผู้ป่วยมีประวัติหรืออาการบ่งชี้ว่าอาจเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน แพทย์อาจพิจารณาตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรค การตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ได้แก่

2.2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram, ECG) : เป็นการตรวจที่ง่ายและรวดเร็ว สามารถใช้เพื่อตรวจหาความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่อาจบ่งชี้ถึงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.3 การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) : เป็นการตรวจที่ใช้ในการประเมินการทำงานของหัวใจและโครงสร้างของหัวใจ สามารถใช้ในการตรวจหาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

2.4 การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หัวใจ (Computed Tomography Coronary Angiography, CT coronary angiography) : เป็นการตรวจที่ใช้ในการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจ สามารถใช้ในการตรวจหาภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้

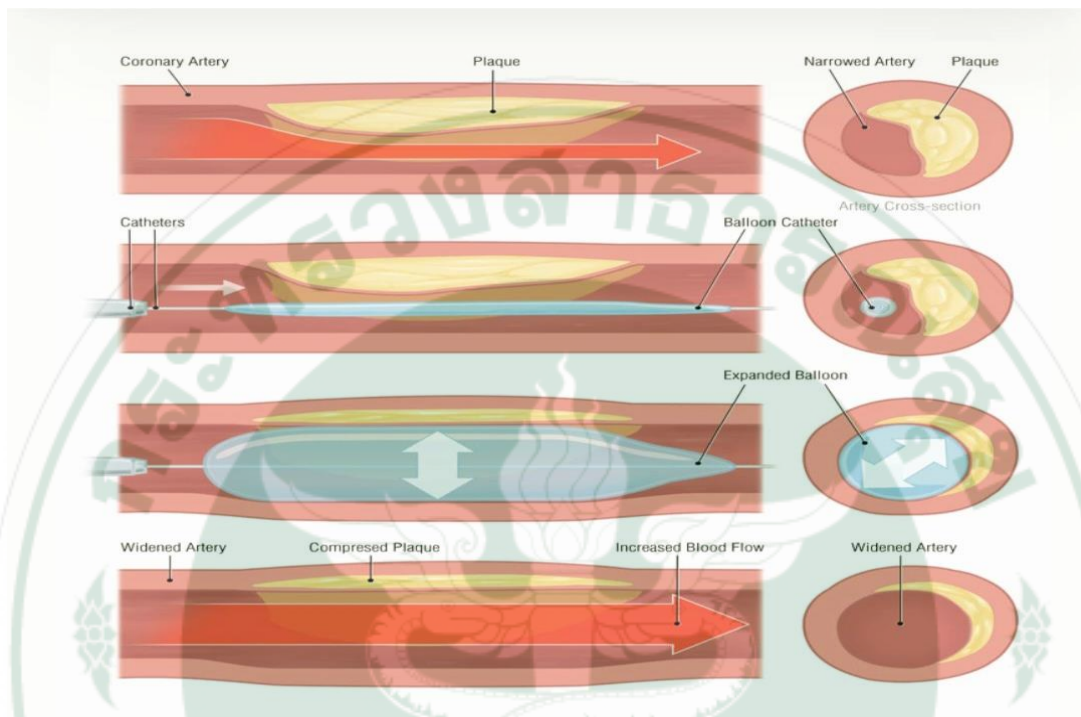
2.5 การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หัวใจด้วยสารทึบรังสี (Coronary angiography) : เป็นการตรวจที่ใช้ในการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจโดยตรง โดยฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจ สามารถใช้ในการตรวจหาภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้อย่างแม่นยำ

2.6 การตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหัวใจ (Magnetic Resonance Imaging, MRI) : เป็นการตรวจที่ใช้ในการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจและหัวใจ สามารถใช้ในการตรวจหาภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้ แนวทางการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันอาจแตกต่างกันไปตามอาการและอาการแสดง รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีแพทย์จะพิจารณาเลือกวิธีการตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

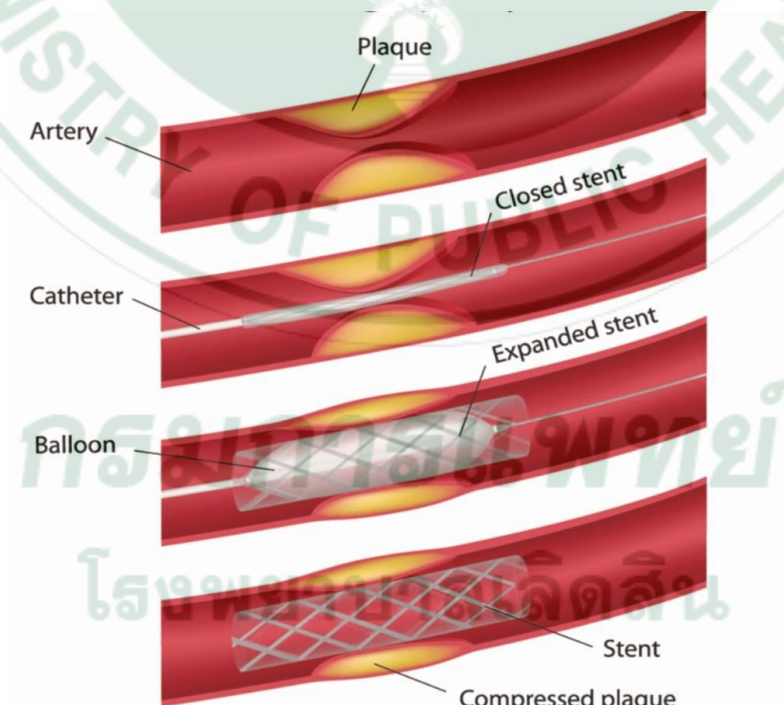
วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่ได้รับความนิยมคือการเปิดทางเดินเส้นเลือดหัวใจตีบแบ่งออกเป็น

1. การขยายด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด คือการสอดสายสวนหัวใจ ซึ่งเป็นท่ออ่อนที่มีบอลลูนขนาดเล็กอยู่ตรงปลายเข้าไปทางหลอดเลือดที่บริเวณขาหนีบหรือข้อมือ เมื่อสายสวนเข้าไปถึงบริเวณที่หลอดเลือดตีบจึงต่อสายบอลลูนเข้ากับเครื่องมือที่อยู่ภายนอกร่างกายเพื่อดันให้บอลลูนขยายออกไปเบียดคราบไขมันและคราบหินปูนที่เกาะอยู่ที่ผนังหลอดเลือดให้ยุบแบนลงและขยายหลอดเลือดให้กว้างออกเลือดจึงไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีอีกครั้ง และการใส่ขดลวดรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบในกรณีที่แพทย์เห็นว่ารอยตีบยังขยายไม่กว้างพอจะทำการใส่ขดลวดเล็ก ๆ ที่เรียกว่า Stent เข้าไปยึดติดกับผนังหลอดเลือด บางกรณีอาจมีการนำขดลวดที่เคลือบด้วยยามาใช้แทนขดลวดธรรมดา เนื่องจากขดลวดที่เคลือบยาสารโพลีเมอร์ ตัวยาจะค่อยๆถูกปล่อยไปยังบริเวณที่ต้องการรักษาเฉพาะที่ ซึ่งมีคุณสมบัติช่วยลดการเติบโตของเนื้อเยื่อบริเวณที่ใส่ขดลวด ทั้งยังเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการขยายหลอดเลือด ช่วยลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งลดปัญหาการกลับมาตีบซ้ำได้ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์และผู้ป่วยด้วยว่าจะเลือกใช้



รูปภาพที่ 3 แสดงการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูน

(ดัดแปลงมาจาก <https://www.bangkokhearhospital.com/content/coronary-artery-disease>)



รูปภาพที่ 4 แสดงการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและใส่ขดลวด

(ดัดแปลงมาจาก <https://www.bangkokhearhospital.com/content/coronary-artery-disease>)

2. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ คือ การทำบายพาส แพทย์จะใช้เส้นเลือดภายในทรวงอก ด้านซ้ายและเส้นเลือดแดงบริเวณแขนซ้ายหรือเส้นเลือดดำบริเวณขาตั้งแต่ข้อเท้าด้านในจนถึงโคนขาด้านในมา เย็บต่อเส้นเลือดเพื่อนำเลือดแดงจากเส้นเลือดแดงใหญ่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดโดยข้ามผ่านเส้นเลือดส่วนที่ตีบ กรณีแพทย์ตัดสินใจผ่าตัดส่วนใหญ่จะทำเมื่อเส้นเลือดหัวใจตีบประมาณ 70% ขึ้นไปแต่หากมีไขมัน มาเกาะโดยไม่มีหินปูนและมีอายุ 30-40 ปี อาจรักษาด้วยการรับประทานยา จะช่วยให้ไขมันลดลง หรือกรณีที่อุดตันเส้นเดียวก็รับประทานยาหรือใส่ขดลวดบอลลูนได้

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันสามารถทำได้โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เช่น ระดับไขมันและคอเลสเตอรอลในเลือด ความดันโลหิต โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน และภาวะเครียด แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ได้แก่

1.1 การควบคุมระดับไขมันและคอเลสเตอรอลในเลือด สามารถทำได้โดยรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.2 การควบคุมความดันโลหิต สามารถทำได้โดยรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.3 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สามารถทำได้โดยรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลต่ำ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.4 เลิกสูบบุหรี่

1.5 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ครั้งละ 30 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์

1.6 ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีค่าดัชนีมวลกาย

(Body Mass Index) ควรอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

1.7 ควบคุมภาวะเครียด

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่า การรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระสูง เช่น ผักผลไม้ ถั่ว ธัญพืช เป็นต้น อาจช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้อีกด้วย

2. คำแนะนำเฉพาะสำหรับแต่ละปัจจัยเสี่ยง

2.1 ระดับไขมันและคอเลสเตอรอลในเลือด

3. ระดับคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) ควรน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) ระดับ คอเลสเตอรอลชนิด LDL (Low-density lipoprotein cholesterol) ควรน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) ระดับคอเลสเตอรอลชนิด HDL (High-density lipoprotein cholesterol) ควรมากกว่า 40 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร (mg/dL) แนวทางในการลดระดับไขมันและคอเลสเตอรอลในเลือด ได้แก่

3.1 รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ โดยเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ และคอเลสเตอรอลต่ำ ตัวอย่างอาหารที่มีไขมันต่ำ ได้แก่ ปลา ออกไก่ ถั่ว ธัญพืช ผัก ผลไม้ เป็นต้น

3.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด อาหารแปรรูป อาหาร fast food เป็นต้น

3.3 ลดการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม ขนมหวาน อาหารที่มีน้ำตาลสูง เป็นต้น

3.4 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอควรอยู่ที่ประมาณ 30 นาทีต่อวัน จำนวน 3-5 วันต่อสัปดาห์ รูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจคือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกหรือคาร์ดิโอ เช่น การเดินเร็ว การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน สิ่งสำคัญสำหรับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจคือ การรู้จักประเมินอาการของตัวเองทั้งการวัดชีพจร ความดันโลหิต ระดับออกซิเจนในร่างกาย (ถ้ามี) ระดับความเหนื่อยของร่างกายรวมถึงสังเกตอาการที่บ่งบอกถึงความผิดปกติเช่นเจ็บหน้าอก มึน วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เพราะอาจเป็นสัญญาณเตือนว่าคุณออกกำลังกายหนักเกินไปควรหยุดและปรึกษาแพทย์ทันที

3.5 ความดันโลหิตควมคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

4. ความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) หรือน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แนวทางในการลดความดันโลหิต ได้แก่

4.1 ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ควรอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

4.2 รับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ โดยเลือกรับประทานอาหารที่มีโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัม ต่อวัน

4.3 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอครั้งละ 30 นาทีต่อวัน จำนวน 3-5 วันต่อสัปดาห์

4.4 ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้ำชา กาแฟ และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ สำหรับคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ควรลดและควบคุมการดื่มที่ไม่ทำลายสุขภาพมากเกินไป คือการดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) ซึ่งในกรณีนี้คือการดื่มแบบพอประมาณ (Moderate Drinking) ได้แก่

-ใน 1 สัปดาห์ จะต้องดื่ม 2 วันซึ่งดื่มแอลกอฮอล์ ใน 1 สัปดาห์ไม่ควรดื่มเกิน 7-21 ดื่มมาตรฐาน (เฉลี่ยต่อวันไม่ควรเกิน 3 ดื่มมาตรฐาน) ปริมาณในการดื่มมาตรฐานคือ ไวน์ 1 ดื่มมาตรฐาน=140 ซีซี, เบียร์ 1 ดื่มมาตรฐาน =330 ซีซี (ประมาณ 1 กระป๋อง) , สุราที่ได้จากการกลั่น (Spirit 40 ดีกรี) 1 ดื่มมาตรฐาน = 40 ซีซี (ประมาณ 1 ช็อต) สิ่งที่ดีที่สุดคือการควบคุมตั้งแต่แรกและไม่ควรคิดดื่มแล้วมาดื่มครั้งหนึ่งในวันเดียวในปริมาณมากๆ เพราะการดื่มแบบพอประมาณที่ไม่ทำร้ายสุขภาพมากนักจะต้องดื่มแบบควบคุมปริมาณในแต่ละวัน และสำหรับคนที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ไม่ควรดื่มอย่างเด็ดขาดเพราะแอลกอฮอล์มีผลเสียต่อสุขภาพไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็ส่งผลต่อหัวใจ สมอง และอวัยวะอื่นๆในร่างกาย

4.5 รับประทานยาลดความดันโลหิตตามคำแนะนำของแพทย์และมาตามนัดทุกครั้ง

5. หากเป็นโรคเบาหวานควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) ระดับน้ำตาลในเลือด หลังอาหารไม่เกิน 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) แนวทางในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่

5.1 รับประทานอาหารที่มีน้ำตาลต่ำ โดยเลือกรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลไม่เกิน 25 กรัมต่อวัน

5.2 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอครั้งละ 30 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์

5.3 รับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดตามคำแนะนำของแพทย์

6. การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน การเลิกสูบบุหรี่เป็นการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

7. แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3-5 วัน การออกกำลังกายที่แนะนำ ได้แก่ การเดินเร็ว วิ่ง ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เป็นต้น

8. ควบคุมน้ำหนักให้ได้มาตรฐานมีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) ควรอยู่ระหว่าง

18.5 - 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แนวทางในการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่

8.1 รับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำ

8.2 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ครั้งละ 30 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์

8.3 งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

8.4 ควบคุมภาวะเครียด

9. ภาวะเครียดอาจทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนที่กระตุ้นให้เกิดการอักเสบ ซึ่งอาจทำให้หลอดเลือดตีบตันได้ แนวทางในการควบคุมภาวะเครียด ได้แก่

9.1 ฝึกการหายใจลึก ๆ

9.2 ฝึกการทำสมาธิ ทำจิตใจให้สงบ

10. หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก งานที่เร่งรีบ และงานที่

ต้องทำต่อเนื่องนาน ๆ

11. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ให้หยุดกิจกรรมนั้น ๆ

แล้วรีบไปพบแพทย์ให้เร็วที่สุด

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่ได้รับการสวนหัวใจโดยใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดและใช้ขดลวดมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.1 ประเมินอาการและสัญญาณชีพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

1.2 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

1.3 เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการกลับบ้าน

2. การประเมินอาการและสัญญาณชีพ พยาบาลควรประเมินอาการและสัญญาณชีพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกหลังสวนหัวใจ

2.1 ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 1 ชั่วโมง หรือจนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ และรายงานแพทย์เมื่อสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 หรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือชีพจรมากกว่า 120 หรือน้อยกว่า 50 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) น้อยกว่า 95 %

2.2 ตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายหลังการทำหัตถการสวนหัวใจเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงกับคลื่นไฟฟ้าหัวใจเดิมเพื่อช่วยประเมินความสำเร็จของการรักษาและช่วยประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการสวนหัวใจ

2.3 ประเมินและบันทึกการเจ็บหน้าอก หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกให้รายงานแพทย์ทันทีและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือให้ยาตามแผนการรักษา

2.4 ประเมินและสังเกตแผลว่ามีเลือดออก (Bleeding) หรือก้อนเลือด (Hematoma)

2.5 แนะนำผู้ป่วยห้ามงอขาข้างที่ใส่สายสวนอย่างน้อย 6 ชั่วโมงหลังนำสายสวนออก

2.6 ประเมินการแพ้สารทึบแสงสังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน คัด และมีผื่นบริเวณผิวหนัง

2.7 กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหรือให้สารน้ำตามแผนการรักษาหากไม่มีข้อห้ามเพื่อช่วยขับสารทึบแสงออกทางปัสสาวะ

2.8 ประเมินอาการขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลาย โดยบันทึกลักษณะชีพจรเปรียบเทียบซ้ายและขวา ถ้าผิดปกติชีพจรไม่สม่ำเสมอรายงานแพทย์เพื่อประเมินภาวะเลือดออก (Bleeding) หรือก้อนเลือด (Hematoma)

2.9 ดูแลให้อาหารลดเค็มและลดไขมันและดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ

3. ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการทำหัตถการสวนหัวใจ

3.1 สังเกตว่าแผลมีเลือดออก (Bleeding) หรือ ก้อนเลือด (Hematoma) และแนะนำผู้ป่วยห้ามงอขาข้างที่ใส่สายสวนอย่างน้อย 6 ชั่วโมง

3.2 ประเมินอาการขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลายข้างที่ทำหัตถการ เช่น ลักษณะสีผิว อุณหภูมิ การรับรู้ความรู้สึกและประเมินสัญญาณชีพและความแรงความสม่ำเสมอของชีพจรและติดตามค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดหากน้อยกว่า 95% รายงานแพทย์

3.3 ประเมินอาการแพ้สารทึบแสง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการคันและผื่นตามผิวหนัง

4. การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนกลับบ้านสำหรับผู้ป่วยและญาติ การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านประกอบด้วย

4.1 ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลแผลให้สังเกตลักษณะแผลมีการติดเชื้อหรือไม่เช่น ปวด บวม แดง ร้อน มีหนองให้รีบไปพบแพทย์

4.2 1-2 วันแรกหลังกลับบ้านไม่ควรเดินบ่อย ห้ามออกกำลังกายข้างที่ทำหัตถการ เช่น ขับรถ เหยียบเบรกรถ เหยียบคลัทช์ หรือใช้ขาสตาร์ทมอเตอร์ไซด์ งดปัสสาวะ 7 วัน

4.3 ถ้าเดินขึ้นบันไดได้ 1-2 ชั้นโดยไม่เหนื่อยมากหรือไม่แน่นหน้าอกสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้

4.4 ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร , อาบน้ำ , ขับถ่าย , แต่งตัวได้ตามปกติ

4.5 หากมีอาการเจ็บหน้าอกแบบแน่นๆหนักๆ โดยเฉพาะเป็นมากขึ้นเวลาออกแรงหรือเหนื่อยมากนอนราบไม่ได้ ขาบวม ให้รีบมาพบแพทย์

4.6 ถ้ามีก้อนลิ่มเลือดที่ขาหนีบบริเวณที่ทำหัตถการที่ขยายขนาดขึ้นปวด บวม อักเสบหรือมีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์

4.7 แนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดหรืองดอาหารที่มีไขมันสูง การงดบุหรี่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงภาวะเครียด เป็นต้น

3. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงผิดปกติ ความดันโลหิต คือ แรงดันของเลือดที่กระทำต่อผนังหลอดเลือด เกิดจากการสูบฉีดของหัวใจ ความดันโลหิตปกติอยู่ที่ 120/80 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) หากความดันโลหิตมีค่าสูงเกินกว่า 140/90 mmHg ถือว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่ผู้ป่วยมีความดันเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติ ทำให้หัวใจต้องบีบตัวมากขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดให้ไหลเวียนไปตามหลอดเลือด ความดันเลือดประกอบด้วยสองค่า ได้แก่ ความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (ความดันช่วงหัวใจบีบ; systole) และความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (ความดันช่วง หัวใจคลาย; diastole) ความดันเลือดปกติขณะพักอยู่ในช่วง 100-140 มิลลิเมตรปรอท ในช่วงหัวใจบีบ และ 60-90 มิลลิเมตรปรอทในช่วงหัวใจคลาย ดังนั้นผู้ที่ มีภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีความดันเลือดเท่ากับหรือสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตายเหตุขาดเลือด หัวใจวาย หลอดเลือดโป่งพอง โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย และโรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตที่สูงใน ระดับปานกลางก็มีความสัมพันธ์กับอายุขัยที่สั้นลง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรม การกินอาหารสามารถช่วยลดความดันเลือดและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าวได้ สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแล้วไม่ได้ผล หรือไม่เพียงพอจำเป็นต้องรักษาด้วยยา โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังพบได้บ่อยมากในผู้ใหญ่ โอกาสเกิดใกล้เคียงกันทั้งผู้หญิงและผู้ชายและบ่อยครั้งมักพบเป็นกลุ่มโรค กล่าวคือเกิดพร้อมกับโรคเบาหวานหรือโรคไขมันในเลือดสูง

พยาธิสรีรวิทยา

ความผิดปกติของการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ปัจจัยใดก็ตามที่มีผลกระทบต่อความดันโลหิตจะเกี่ยวข้องกับปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจต่อนาทีและความต้านทานปลายทางของหลอดเลือด เป็นสำคัญ สรุปได้คือ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

1. ค่าของปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดและความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือด อย่างไรก็ตามหนึ่งสูงกว่าปกติ ทำให้หัวใจบีบตัวแรงเพื่อให้เลือดไหลผ่านได้เป็นผลให้ความดันโลหิตสูง
2. การทำหน้าที่ของระบบประสาทซิมพาเทติกมากกว่าปกติ ทำให้เพิ่มการทำงานของหัวใจ และการหดตัวของเลือดมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
3. ระดับเรนินในหลอดเลือดสูงมีผลให้ angiotensin II สูง มีผลกระตุ้นให้หลอดเลือดบีบตัวอย่างแรง เป็นการเพิ่มความต้านทานปลายทาง นอกจากนี้มีผลให้หลอดเลือดดำหดตัวทำให้ ปริมาตรเลือดไหลกลับเข้าหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น
4. การเพิ่มการหลั่งของ aldosterone ทำให้เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมที่ไต เป็นผลให้ปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
5. ภาวะของโรคที่มีผลกระทบทำให้การทำงานของระบบไหลเวียนเลือดผิดปกติ เช่น ความผิดปกติที่ไต พยาธิสภาพของโรคจะไปกระตุ้นการทำงานของ rennin angiotension aldosterone system มีผลทำให้มีการคั่งของโซเดียมและน้ำเพิ่มขึ้นเป็นผลให้เพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ความต้านทานปลายทางเพิ่มขึ้น เช่น ไตวาย เป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

สาเหตุโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ชนิดทราบสาเหตุและ ชนิดไม่ทราบสาเหตุชัดเจน แต่ทั้งสองกลุ่มมีอาการ แนวทางการรักษา ผลข้างเคียง การดูแลตนเองการพบแพทย์ และการป้องกันคล้ายคลึงกัน ยกเว้นในกลุ่มทราบสาเหตุจะรักษาและป้องกันสาเหตุเพิ่มเติม

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงแบ่งตามสาเหตุการเกิดได้ 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่

1. ชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด (primary essential hypertension) เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ โดยมีการพัฒนาของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป และยังไม่สามารถระบุต้นเหตุที่ทำให้เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน

2. ชนิดที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผลมาจากร่างกายมีโรคประจำตัวเดิม ต่อมาเกิดความดันโลหิตสูงขึ้นและมักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันมากกว่าชนิดแรก เช่น โรคไต ปัญหาต่อมไทรอยด์ เนื่องจากที่ต่อมหมวกไต การใช้ยาบางชนิด (ยาคุมกำเนิด ยาลดน้ำหนัก ยาลดไข้ ยาบรรเทาอาการปวด)การใช้สารเสพติดอย่างโคเคนหรือแอมเฟตามีน รวมไปถึงการติดสุราเรื้อรัง หรือการติดแอลกอฮอล์ (วิศรา ปันทองกลาง และคณะ,2561)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง

1. พันธุกรรม อายุ เชื้อชาติ และเพศ สาเหตุเหล่านี้ยังอธิบายไม่ได้
2. การรับประทานอาหารเค็ม เชื่อว่าเกลือมีผลทำให้เพิ่มปริมาตรเลือดในร่างกายทำให้กลไกของไตต่อระบบประสาทซิมพาเทติกสูงขึ้น
3. คนที่ดื่มแอลกอฮอล์ คนที่ดื่ม 2-3 แก้วต่อวัน จะทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น
4. ความเครียด มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ค่อยแสดงอาการผิดปกติ ยกเว้นผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะรุนแรงก็อาจมีอาการแสดง เช่นปวดศีรษะรุนแรง หายใจสั้น เลือดกำเดาไหล ซึ่งอาการเหล่านี้ถือเป็น อาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและบอกได้ไม่ชัดเจน หรือบางรายทราบเมื่อตรวจพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันสูงขึ้นไปแล้ว ทำให้ต้องมีการตรวจสุขภาพและวัดค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การวินิจฉัย

ระดับ 1 High normal blood pressure (ความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอท แต่ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท

ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ "เป็นโรคความดันโลหิต" นี้ ให้นิยามว่าเป็นโรคความดันโลหิตได้เลย แม้ว่าอาจไม่มีอาการใด ๆ

การรักษาความดันโลหิตสูง แบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา

1.1 การลดน้ำหนักตัว ด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ในรายที่มีระดับความดันโลหิตสูงไม่มาก ควรเริ่มต้นรักษาโดยไม่ใช้ยา และลดน้ำหนักตัวก่อนอย่างน้อย 3-6 เดือน ก่อนให้ยาลดความดัน

1.2 ลดการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนสำคัญในการเพิ่มระดับความดันโลหิต และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาที่รักษาอยู่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุรามาก จะเสี่ยงต่อโรคอัมพาตมากขึ้นด้วย

1.3 การเลิกสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตมากขึ้น

1.4 การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง การออกกำลังกายที่ควรปฏิบัติ คือ การถีบจักรยาน การวิ่ง การว่ายน้ำ การเดินเร็วๆ ส่วนการ ออกกำลังกายที่หนัก เช่น การยกน้ำหนัก หรือการออกกำลังกายหนัก ๆ ไม่ควรทำ เพราะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

1.5 การผ่อนคลายความเครียด การระงับหรือลดความเครียด ทำให้จิตใจผ่อนคลายและเป็นผลดีของการควบคุมรักษาโรคความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การทำโยคะ

1.6 การบริโภคอาหาร ควรจำกัดปริมาณเกลือในอาหาร ลดอาหารเค็ม อาหารที่มีไขมัน อิ่มตัว เพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด รวมทั้งรับประทานอาหารที่มีโปแทสเซียมสูง เช่น ข้าวโอ๊ต ผักสดและผลไม้ เพราะการรับประทานอาหารที่มีโปแทสเซียมสูงจะช่วยให้ร่างกายขับโซเดียม ทำให้ความดันโลหิตลดลง

2. การรักษาโดยการช้ยา จะใช้ต่อเมื่อรักษาแบบไม่ช้ยาแล้วระดับความดันโลหิตไม่ลดลง

2.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ที่นิยมนำมาใช้ได้แก่ spironolactone , Furosemide hydrochlorothiazide เป็นต้น ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิต โดยลดการทำงานของไตในการดูดซึมเกลือโซเดียมและน้ำ อาการข้างเคียงที่พบ คือ ทำให้โปแทสเซียมในเลือดต่ำ แคลเซียมในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง มียูริกสูงในเลือด ทำให้เกิดโรคเกาต์ และน้ำตาลในเลือดสูงเกิดความผิดปกติในเรื่องเพศสัมพันธ์และทำให้อ่อนเพลีย

2.2 ยากันเบต้า (Beta Blockers) ยาที่ใช้ได้แก่ atenolol, propranolol เป็นต้น โดย จะออกฤทธิ์หยุดการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และปริมาณ เลือดที่ไหลออกจากหัวใจ ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตทันที อาการข้างเคียง คือ หลอดเลือดตีบจาก การหดรัด ทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ถ้ามีหัวใจวายอยู่ด้วยจะทำให้ภาวะหัวใจวาย รุนแรงขึ้น

2.3 ยากันแอลฟา (Alpha Blockers) ออกฤทธิ์ต้านแอลฟา-1 รีเซพเตอร์ของระบบ ประสาท Sympathetic ซึ่งอยู่ที่ผนังของหลอดเลือด มีผลห้ามการหดตัวของหลอดเลือดลดแรงต้าน ของหลอดเลือดแดง ยา นี้ไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด อาการข้างเคียงของยา คือ มึนงง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น

2.4 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ได้แก่ hydralazine, minoxidil เป็นต้น โดย จะออกฤทธิ์ โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบ ๆ เส้นเลือด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและหลอดเลือด ขยายตัว จึงลดแรงต้านทานภายในผนังของหลอดเลือด มียาบางชนิดในกลุ่มนี้ที่สามารถให้ทางหลอดเลือดดำได้ มีประสิทธิภาพสูง แต่ต้องใช้อย่างระมัดระวังเพราะอาจเกิดภาวะช็อกได้

2.5 ยาต้านแคลเซียม (Calcium Antagonist) ยาที่ใช้ ได้แก่ verapamil, mibefradi เป็นต้น ยานี้จะออกฤทธิ์ทางอ้อม โดยการห้ามแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ ทำให้ลดปริมาณแคลเซียมในเซลล์รอบเส้นเลือด เกิดกล้ามเนื้อคลายตัว หลอดเลือดขยายตัว ออกฤทธิ์ได้นาน 12-24 ชั่วโมง อาการข้างเคียงของยา คือ ปวดศีรษะ หน้าแดง มึนงง หัวใจเต้นเร็ว กระเพาะอาหารทำงานผิดปกติ ขาบวม

2.6 ยาต้านเอนไซม์ angiotensin (ACE-Angiotensin) ได้แก่ captopril, enalapril lisinopril เป็นต้น โดยจะออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ ACE เพื่อลดระดับของ Angiotensin II ที่เป็นสารสำคัญ ทำให้หลอดเลือดหดตัว และหน้าตัวเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ลดแรงต้านทานในหลอดเลือด เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง ออกฤทธิ์ค่อนข้างสั้นและใช้ได้เพียงวันละ 1 ครั้ง อาการข้างเคียงคือ ไอ ผื่นขึ้น โปแทสเซียมในเลือดสูง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง การวัดความดันโลหิตให้ใช้เทคนิคและอุปกรณ์ที่เหมาะสม การวัดควรวัดแขนเดิม การบันทึกความดันโลหิตอาจต้องบันทึกว่าอยู่ในท่านั่ง ท่านอน หรือทำกิจกรรมอะไร บอกผลให้ผู้ป่วยทราบด้วย

2. ประเมินระดับความรู้สึก สติ อาการปวดศีรษะ รุน่าตา อาการอ่อนแรง ชา ของแขน ขา และการมองเห็นทุก 4 ชั่วโมง

3. จัดอาหารที่มีเกลือ ไขมัน โคลเลสเตอรอลต่ำ และให้อาหารที่ส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระ

4. ดูแลให้ได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแนวทางการรักษาของแพทย์

5. สังเกตอาการหลังผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิต อาจเกิดอาการความดันโลหิตต่ำเมื่อ เปลี่ยนท่า เช่น มึนงง วิงเวียน รู้สึกจะเป็นลมเมื่อเปลี่ยนท่าเร็ว แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าช้า ๆ เปลี่ยนจากท่าหนึ่งไปอีกท่าหนึ่ง พักประมาณ 2-3 นาที ก่อนเปลี่ยนท่าต่อไป และหากมีอาการในท่านอน ให้รีบนั่งลง หรือนั่งยอง ๆ เพื่อป้องกันการล้ม

6. แนะนำให้ผู้ป่วยงดหรือลดการสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคตินมีผลต่อหลอดเลือดและหัวใจ ทำให้หลอดเลือดตีบและ ทำให้หัวใจทำงานหนัก

7. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงภาวะเครียด ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูง ควรทำจิตใจให้สบาย หาวิธีผ่อนคลายความเครียด ทำงานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ เช่น การร้องเพลงทำบุญ ไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ

8. แนะนำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง การได้รับยาต้อง อยู่ภายใต้ภายใต้การดูแลของแพทย์ เพราะอาจต้องมีการปรับขนาดของยา ถ้ามีอาการผิดปกติจาก ผลข้างเคียงของยา ให้ผู้ป่วยรีบไปพบแพทย์ไม่ควรหยุดยาเอง

คำแนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

1. ควบคุมอาหาร โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด ควรจำกัดปริมาณ เกลือโซเดียม และไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง

2. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ วันละ 2-3 ลิตร

3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป

4. นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง

5. งดสูบบุหรี่

6. ควบคุมปริมาณการดื่มสุรา ชา กาแฟ

7. ป้องกันไม่ให้ร้อนมากเกินไป

8. ทำจิตใจให้สบาย ลดความเครียด วิตกกังวล เช่น ทำงานอดิเรกที่ชอบทำ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง พูดคุยกับคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท เผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม

9. หลีกเลี่ยงจากการยกของหนัก แบกของหนักหรือใช้แรงมาก ๆ

10. ผู้ที่รักษาด้วยการรับประทานยา ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเองหรือ เปลี่ยนยานอกจากนั้นผู้ป่วยสามารถวัดความดันโลหิตที่บ้าน พร้อมกับบันทึกไว้เพื่อเป็นข้อมูลในการ พบแพทย์ครั้งต่อไป

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 3

ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา

ในการศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน

1. แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม
2. การใช้กระบวนการพยาบาล
3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
4. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)

แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

สุขภาพ (Health) คือภาวะที่มีความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีใช้เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1948) ได้กำหนดคำนิยามของสุขภาพไว้ในธรรมนูญสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2491 ว่า 'Health is a state of Complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.' หมายถึง สุขภาวะหรือภาวะเป็นสุขที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ไม่ใช่เพียงปราศจากโรค หรือความ พิจารเท่านั้น ต่อมาที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกได้เพิ่มคำว่า "spiritual well-being" หรือ สุขภาวะทางจิต วิญญาณเข้าไปด้วย "Health is a dynamic state of Complete physical, mental, spiritual and social well- being and not merely the absence of disease or infirmity." สุขภาพจึงหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย จิต จิตวิญญาณ และสังคม ไม่ใช่เพียงปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น ภาวะสุขภาพมีความต่อเนื่องกันตั้งแต่ ภาวะสุขภาพดี (wellness) จนถึงภาวะเจ็บป่วย (illness) และตายซึ่งภาวะสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพและความสัมพันธ์ของสุขภาพ กับความเจ็บป่วยไว้หลากหลาย และแตกต่างกัน ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย และวิธีการส่งเสริมและป้องกัน สุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพที่แตกต่างกัน เช่น ความสัมพันธ์สุขภาพและความเจ็บป่วยตามแนวคิด ของแอนโทนอนอฟสกี (Antonovsky, 1982 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ว่า สุขภาพกับความเจ็บป่วยอยู่คนละขั้วบนเส้นตรงที่มีความต่อเนื่อง (Health-illness Continuum) แนวคิดนี้แสดงภาวะต่าง ๆ ตั้งแต่สุขภาพดีที่สุดจนกระทั่งป่วยหนักและถึงแก่ความตายการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ใช้บริการ นับเป็นทักษะพื้นฐานทางคลินิก (Basic clinical skill) ซึ่งมีความสำคัญมาก ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์ หลายด้าน ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและกลุ่มอาการ

ต่าง ๆ ความสามารถในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการคิดวิเคราะห์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการและตรงกับความเป็นจริง

คำว่า "องค์รวม" (Holistic) มีรากศัพท์จากคำว่า "Holos" หรือ "Whole" ในภาษากรีก ซึ่งหมายถึง ความเป็นจริงทั้งหมด ความสมบูรณ์ทั้งหมด มีเอกลักษณ์ และเป็นเอกภาพที่ไม่อาจแยกเป็นส่วนย่อยได้ ดังนั้น แนวคิดแบบองค์รวมเป็นแนวคิดที่มองทุกองค์ประกอบเป็นความสมบูรณ์เชื่อมโยงและเกื้อหนุนกัน ส่วนความหมายหรือคำนิยามของสุขภาพมีหลายความหมาย ซึ่งแตกต่างกัน ตามความเชื่อและแนวคิดทฤษฎีที่ใช้อธิบาย ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1948) ได้กำหนดคำนิยามของสุขภาพไว้ในธรรมนูญสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2491 ว่า "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." หมายถึง สุขภาวะหรือภาวะเป็นสุขที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ไม่ใช่เพียงปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น ต่อมาที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกได้เพิ่มคำว่า "spiritual well-being" หรือ สุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปด้วย "Health is a dynamic state of complete physical, mental spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. สุขภาพจึงหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย จิต จิตวิญญาณ และสังคม ไม่ใช่เพียงปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น สุขภาพแบบองค์รวมหมายถึงภาวะที่บุคคลมีความสามารถในหน้าที่ทั้งทางด้านชีวจิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข มิได้จำกัดอยู่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวม ปฏิกริยาความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณไม่สามารถ

แยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพ

สุขภาพทุกมิติเป็นระบบที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกัน ปัจจัยต่าง ๆ มีผลกระทบต่อระบบย่อยทั้งหมด ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อประโยชน์ของบุคคล ชุมชนและสังคม

ความหมายของการประเมินสุขภาพ

การประเมินสุขภาพ (Health assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ใช้บริการ

ต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์หลายด้าน ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรค และกลุ่มอาการต่าง ๆ ความสามารถในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ การวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการดูแลผู้ป่วย และต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการคิดวิเคราะห์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการและตรงกับความเป็นจริง พยาบาลต้องใช้ทั้งคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ คำนึงถึงความเป็นองค์

รวมของบุคคล การประเมินสุขภาพเป็นการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการหรือความต้องการความช่วยเหลือที่สามารถกระทำได้ ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญและเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล การประเมินสุขภาพของบุคคล จำเป็นต้องประเมินสภาวะทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พร้อมกันไป

หลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

การประเมินสุขภาพเป็นทักษะพื้นฐานทางคลินิกซึ่งมีความสำคัญมาก ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสุขภาพ ดังนี้

1. การซักประวัติหรือสัมภาษณ์ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินระดับสุขภาพรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งการประเมินต้องครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและปัญหาทางพันธุกรรม ข้อมูลด้านจิตสังคม ตลอดจนอาการที่ปกติและผิดปกติของระบบต่าง ๆ
2. การตรวจร่างกาย เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงต่าง ๆ ที่บ่งถึงความผิดปกติทางกาย ตลอดจนอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยนอกเหนือจากการสัมภาษณ์ ซึ่งกระบวนการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจลักษณะทั่วไป และการตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า หรือตรวจร่างกายตามระบบ
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ได้แก่ เลือด ปัสสาวะ สารคัดหลั่งอื่น ๆ เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค

การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่าง ระหว่างบุคคล แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. การประเมินสุขภาพทางกาย หมายถึงการตรวจสุขภาพโดยทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. การประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ เป็นการประเมินสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจส่วนต่าง ๆ ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ แบ่งเป็น 2 ประเภท
 - 2.1 การประเมินด้านจิตสังคม (Psychosocial assessment) เป็นการประเมินสุขภาพ ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม และการประเมินด้านสังคม เป็นการประเมินผลกระทบทางจิตที่เกี่ยวข้องกับสังคม

การประเมินด้านจิตสังคมประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ
- แบบแผนการเผชิญปัญหา
- ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย
- บุคลิกภาพ
- การเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิต
- ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต
- การประเมินสภาพจิต

2.2 การประเมินด้านจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) การประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ เป็นการประเมินลักษณะภายในที่มีผลต่อการแสดงออก ควรประเมินร่วมกับข้อมูลด้านจิต สังคม อาจใช้ The FICA method ของคริสตินา พูซาลสกี (Christina Puhalski) ดังนี้

- F (Faith and Belief) เป็นการประเมินความศรัทธาและความเชื่อ
- I (Importance/Influence) สิ่งสำคัญในความเชื่อในชีวิตของบุคคล
- C (Community) ประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชน
- A (Address in care) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่จะต้องการความช่วยเหลือ

การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของ การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน คือ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

1. การประเมิน (Assessment) การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหา ปัญหาหรือความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การจำแนกปัญหา (problem recognition) และการรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเนื้อหา (content) ของข้อมูล และกระบวนการ (process) ของการได้รับข้อมูล ชนิดของข้อมูลมีทั้งข้อมูลเชิงนามธรรม (subjective data) ซึ่งเป็นคำบอกเล่า หรือบรรยายถึงความต้องการ ความรู้สึก ความเชื่อ การรับรู้ และข้อมูลเชิงรูปธรรม (objective data) เป็นข้อมูลที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามปกติแล้วข้อมูล เชิงนามธรรม และรูปธรรม

มักจะสอดคล้องกัน เมื่อพยาบาลพบผู้ใช้บริการเป็นครั้งแรก อาจต้องประเมินผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นปัญหาสำคัญ และรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องนั้น ๆ และรวบรวมข้อมูลเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติมภายหลัง ดังนั้นจึงอาจต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลหลายครั้งจึงจะสมบูรณ์ วิธีการรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี ซึ่งมักใช้ร่วมกัน ได้แก่ การสังเกต การซักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เมื่อได้ข้อมูลต่าง ๆ มาแล้ว พยาบาลต้องตรวจสอบความตรง (Validity) ของข้อมูลร่วมกับผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งทำความเข้าใจ ในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

การวินิจฉัยปัญหาเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้โดย อาศัยทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical judgement) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (clinical thinking) ความสามารถย้อนรำลึก และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้แปลข้อมูล ซึ่งความรู้ทางคลินิก (clinical Knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้พยาบาลไวต่อข้อสำคัญหรือนัยของข้อมูล ช่วยให้เข้าใจข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ประกอบกันเป็นปัญหาของผู้ใช้บริการ การวินิจฉัยปัญหาเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การประมวลข้อมูล (data processing) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสอบข้อวินิจฉัย (validation) และการบันทึกข้อวินิจฉัย (documentation) การประมวลข้อมูลเป็นขั้นตอนการจัดหรือแยกประเภท (classification) ของข้อมูล ให้เป็นระบบ แปลความหมาย (interpretation) โดยระบุข้อมูลที่สำคัญ เปรียบเทียบกับ มาตรฐานหรือบรรทัดฐาน จัดกลุ่มข้อสำคัญ หรือนัยสำคัญ และสรุปลงความเห็น ตามหลักการของเหตุผล นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบความตรง (Validation) ของการแปลข้อมูลดังกล่าวให้ตรง กับความเป็นจริง โดยอาจตรวจสอบกับผู้ใช้บริการหรือครอบครัว ปรีกษาหรือกับบุคลากรอื่นหรือเปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ตำรา วารสาร การตรวจสอบดังกล่าวจะช่วยป้องกันความ ผิดพลาด และช่วยให้ทราบถึงข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม ลักษณะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ

กับแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างไรก็ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จะเป็นประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และผู้ให้บริการ รวมทั้งให้แนวทาง ในการเลือกวิธีการบำบัดและการประเมินผลการพยาบาล

3. การวางแผน (Planning) การวางแผนเป็นขั้นตอนของการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทาหรือแก้ไข ปัญหาที่วินิจฉัยไว้ ประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมายและการเลือกวิธีการ บำบัดเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายนั้น ผู้ให้บริการแต่ละรายมักมีปัญหาที่ต้องการการพยาบาลหลายปัญหาแต่ ในทางปฏิบัติอาจไม่จำเป็นต้องแก้ไขปัญหาลักษณะเดียวกัน จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งสามารถพิจารณาจากอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ให้บริการ หรือลำดับความต้องการของมนุษย์ กล่าวคือ ปัญหาที่ คุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อชีวิตมาก หรือปัญหาที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ควรมี ความสำคัญลำดับต้น ๆ

การตั้งเป้าหมาย (goal) จะช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกวิธีการบำบัด และการประเมินผล ความก้าวหน้า ของผู้ให้บริการ ได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการพยาบาลมี 2 ลักษณะคือเป้าหมาย ระยะสั้น (Short-term goal) ซึ่งบรรลุได้ในเวลาอันรวดเร็ว เป้าหมายระยะยาว (long-term goal) ซึ่งเป็น เป้าหมายที่ต้องใช้เวลายาวนาน หรืออาจเป็นเป้าหมายโดยรวมของการดูแลทั้งหมด ลักษณะเป้าหมาย ของการพยาบาล ควรเป็นเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ (client outcome) มีความ เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ให้บริการแต่ละราย เป็นไปได้จริง บรรลุได้ และวัดได้ในขั้นตอนของการวางแผนยัง ต้องมีการเลือกวิธีการบำบัด (intervention) กิจกรรม(activity) และการปฏิบัติ (action) เพื่อให้บรรลุ เป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว การบำบัดมักมุ่งไปที่การขจัด หรือลดผลกระทบจากสาเหตุ ของปัญหาเหล่านั้น ส่วนในปัญหาที่ยังไม่ปรากฏแต่มีโอกาสจะเกิดขึ้น การบำบัดของพยาบาลมักมุ่งที่การ ประเมินภาวะของผู้ให้บริการ เพื่อตรวจสอบ (monitor) ปัญหาและการป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงการเกิด ปัญหาดังกล่าว การบำบัดทางการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยวิธีการหลายๆวิธี และมักไม่เฉพาะเจาะจงกับ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในขณะที่เดียวกันก็สามารถเลือกวิธีการบำบัดต่าง ๆ ที่หลากหลายมาใช้ใน ข้อ วินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นทางเลือกต่าง ๆ ผลที่จะเกิดตามมาและเหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์ นอกจากนี้ควรคำนึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ ตลอดจนความสามารถของผู้ปฏิบัติการ พยาบาลนั้น

4. ด้านการนำแผนปฏิบัติ (Implementation)

เป็นขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ครอบคลุมตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การมอบหมายงาน การสอน การให้คำปรึกษา การปรึกษาหรือการรายงาน และการบันทึก ผู้ปฏิบัติตาม แผนที่กล่าวข้างต้น อาจ มีทั้งสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ให้บริการและครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสาร แผนการปฏิบัติให้

ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแผนสำหรับการปฏิบัติเป็นกรอบอยู่แล้ว แต่พยาบาลยังจำเป็นต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติดังกล่าวให้เหมาะสมกับผู้ใช้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประเมินผล ประสิทธิภาพของการบำบัด และประเมินความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผนและวิธีการ

5. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเกี่ยวข้องกับคุณภาพของพยาบาล ในการประเมินผล แม้จะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐาน ยังจำเป็นต้องประเมินผลกระบวนการที่ใช้และโครงสร้างที่เกี่ยวข้องด้วยเนื่องจากทั้งกระบวนการและโครงสร้างสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ การประเมินด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) มุ่งเน้นที่ผู้ใช้บริการ เป็นการพิจารณาตัดสินความก้าวหน้า หรือความเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการเปรียบเทียบกับเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ว่า บรรลุเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผนจึงเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการประเมินผล การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) มุ่งเน้นที่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินข้อมูล จนถึงการนำแผนไปปฏิบัติ ส่วนการประเมินผลด้านโครงสร้าง (Structure evaluation) มุ่งเน้นที่สภาพแวดล้อมซึ่งเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม (Orem's Self-Care Theory)

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม (Orem's Self-Care Theory) โดโรธีอาลิซาเบท โอเรียม (Dorothea Elizabeth Orem) เป็นอาจารย์พยาบาลชาวอเมริกัน เริ่มพัฒนาทฤษฎีการพยาบาลจากความรู้สึกคับข้องใจที่พยาบาลไม่สามารถบอกความหมาย และวัตถุประสงค์ของการพยาบาลได้ชัดเจน มักอธิบายการพยาบาลในลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติ การปฏิบัติการพยาบาลมุ่งงานเป็นหลัก (Task-oriented) ไม่สามารถอธิบายเหตุผลของการกระทำได้ชัดเจนทำให้ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน โอเรียมจึงมุ่งค้นหาคำตอบและได้สังเกตและวิเคราะห์ได้ว่า การพยาบาลเป็นการช่วยเหลือบุคคลที่มีข้อจำกัดในการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับการตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1958 (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 121) มโนทัศน์สำคัญของทฤษฎี คือ บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพนั้น แต่เมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะครอบครัว พยาบาลสามารถช่วยเหลือได้โดยกระทำแทน สอน ชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจและปรับสิ่งแวดล้อมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว มุ่งให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นและอยู่ได้อย่างปกติสุข (Taylor, 1994; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 121)

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อนประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี (Orem 1991)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)
2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit)
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)

- ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติ หน้าที่ของคุณกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญ ได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ดังนี้

1.1 การดูแลตนเอง (Self-care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ ด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่มชุมชน ครอบครัว ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้น เป็นผู้ใช้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญ เพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency :SCA) หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถในการดูแลบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจแต่ถ้าเป็น

ความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบเรียกว่า Dependent-care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

1.2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

1.2.1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน การใช้เหตุผลอธิบาย

1.2.1.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้สัมผัสทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่นและรับรส

1.2.1.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

1.2.1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

1.2.1.5 นิสัยประจำตัว

1.2.1.6 ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่าง ๆ

1.2.1.7 ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง

1.2.1.8 ความห่วงใยในตนเอง

1.2.1.9 การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง

1.2.1.10 การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ

1.2.1.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

1.2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำ ประกอบด้วย

1.2.2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ

1.2.2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม

1.2.2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง

1.2.2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผล

1.2.2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง

1.2.2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการ

ตัดสินใจ

1.2.2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

1.2.2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้

1.2.2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

1.2.2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติตามการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ประกอบด้วย

1.2.3.1 ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับ ข้อมูลความหมาย และความจำเป็นของการกระทำ เพื่อประเมินสถานการณ์

1.2.3.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยนความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง

1.2.3.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติเป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง

1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand: SCD) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่งเพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self-care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้ จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น (Self-care requisites SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้าน ดังนี้

1.3.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่น ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันใน แต่ละบุคคลตามอายุ เพศ ฐานะ

พัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) ประกอบด้วย

1.3.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ

1.3.1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.3.1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.3.1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

1.3.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

1.3.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites : DSCR) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่แยกตามพัฒนาการเพื่อเน้นให้เห็นความสำคัญ ดังนี้

1.3.2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ยั่งยืนสนับสนุนกระบวนการของ ชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวสู่วุฒิภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์ และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่เปลี่ยนแปลง

1.3.2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทา ลดความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต เช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่เปลี่ยนงาน เป็นต้น

1.3.2.3 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisite: NIDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติ ทางพันธุกรรมและความเปราะบางของโครงสร้างและหน้าที่ของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา และผลกระทบของความผิดปกติตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรคและการรักษา

1.3.2.4 มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม

1.3.2.5 รับรู้ สนใจดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ

1.3.2.6 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกัน พยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.2.7 รับรู้ สนใจในการป้องกันความไม่สบาย จากผลข้างเคียงการรักษา

1.3.2.8 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพ และความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.3.2.9 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผล จากการวินิจฉัยโรค และการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ จำเป็นต้อง คำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ

1.4 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors: BCFs) เป็นคุณลักษณะบางประการ หรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ 11 ปัจจัย ดังนี้ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเร็ม เพราะจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ ดังกล่าวนั้นมีได้ 3 แบบ ดังนี้

2.1 ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities:TSCD=SCA)

2.2 ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities:TSCD <SCA)

2.3 ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities: TSCD>SCA) ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้น บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (no deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของ ความสามารถที่ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่าง ๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ

3.1.1 ผู้ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างตั้งใจ ไม่ว่าจะรูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยหมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

3.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสังเกตตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหว หรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใด ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยด้านออร์โธปิดิกส์ที่ใส่เฟือกหรือกระดูกหลังหัก

3.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่าง สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการ การพยาบาลแบบนี้ คือ

3.2.1 จำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน

3.2.2 ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.2.3 ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive Nursing System) เป็นระบบพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเองรวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธีดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน
2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้
3. การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามและ ป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว
4. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ
5. การสร้างสิ่งแวดล้อม

การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้ ขึ้นกับความสามารถทางการพยาบาลเป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติได้ในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อ ความสามารถทางการพยาบาล คือ

1. ความรู้
2. ประสบการณ์
3. ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ
4. ทักษะทางสังคม
5. แรงจูงใจในการให้การพยาบาล
6. อัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิด กระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ ขึ้นประเมินสภาพเป็นต้นไป ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา (Diagnosis and Prescription) เป็นขั้นตอนที่ระบุถึง ความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความ

ต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วจากนั้นจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะพร่องในการดูแลตนเองและเขียนข้อวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวางแผน (Design and Plan) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเมื่อทราบถึงความพร่องในการดูแลตนเองแล้ว จากนั้นจะทำการเลือกระบบการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม (Regulate and Control) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมาย คือการบรรลุความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด (TSCD) และรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพ หรือไม่ ปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ นำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสภาวะอีกครั้ง

ตามแนวคิดของโอเร็มได้มีขั้นตอนที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

Self – Care Theory	Nursing process
1.Diagnosis and Prescription	1.Assessment 2.Nursing Diagnosis
2.Design and Plan	3.Planning
3.Regulate and control	4.Implementing 5.Evaluation

กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)

แบบแผนสุขภาพ หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของบุคคล หรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งและสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งมีผล โดยตรงต่อสุขภาพของผู้รับบริการทั้งคนอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัย ที่จะทำให้บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health)

เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอรี กอร์ดอน (Gordon, 1994) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบการสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมี

ความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อ แบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจาก ค่าปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในเลือด ส่วนแบบแผนการขับถ่ายจะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่าง ๆ ในปัสสาวะ เป็นต้น สำหรับเกณฑ์มาตรฐานทางสังคมซึ่งประกอบด้วยค่านิยม ศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม จะนำมาพิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติทางด้านจิตสังคมที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่เป็นคำพูดและการแสดงสีหน้า ท่าทาง เช่น แบบแผนบทบาทและสัมพันธ์ภาพ แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ เป็นต้น (พรศิริ พันธสี, 2552) แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัวทางกายภาพ และจิตสังคม พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลให้ ครบคลุมทั้ง 11 แบบแผน ซึ่งต้องประเมินให้ครอบคลุมแบบแผนย่อยแต่ละด้านซึ่งรวมถึงปัจจัย ส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคที่มีผลต่อแบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการจัดการด้านสุขภาพ

เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพของ ตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองและผู้ที่ตนรับผิดชอบ ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ

เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ น้ำและเกลือแร่ การเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรวมถึงปัจจัยส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อการขับถ่าย

แบบแผนที่ 4 การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

เป็นแบบแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การพัฒนาการทำงาน of โครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด

แบบแผนที่ 5 สติปัญญาและการรับรู้

เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถทางสติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจ และการเรียนรู้

แบบแผนที่ 6 การพักผ่อนนอนหลับ

เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ

แบบแผนที่ 7 การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์

เป็นแบบแผนด้านภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ และความภูมิใจในตนเอง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสาร และพัฒนาการด้านสังคม

แบบแผนที่ 9 การแสดงออกทางเพศและการเจริญพันธุ์

เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและความทนต่อความเครียด

เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการปรับตัวกับความเครียด

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อและค่านิยม

เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

สรุปลักษณะของแบบแผนสุขภาพ ได้ดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพหรือแบบแผนสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน กับ สิ่งแวดล้อม

2. การทำหน้าที่ของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน ความผิดปกติ ของแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่นซึ่งมีผลทำให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยได้

ฉะนั้น ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ครบทุกขั้นตอน โดยประเมินให้ ครอบคลุมองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน หลังจากนั้นนำ ข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ ผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ ทั้งนี้ความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจเกิดจากความ ผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผน

นั้น ๆ หรือจากสาเหตุในแบบแผนอื่น ๆ เนื่องจากแต่ละคน แบบแผนเป็นองค์ประกอบของคนทั้งคน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน ในการแก้ไขกระบวนการพยาบาล ตามแบบแผนสุขภาพ กอร์ดอน เน้นเฉพาะการใช้กับ ผู้รับบริการที่เจ็บป่วย จึงกล่าวถึงการวินิจฉัยการพยาบาลเฉพาะแบบแผนที่ผิดปกติเท่านั้น ในระยะต่อมาได้มีการขยายขอบเขตใช้แบบแผนสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค จึงได้มีการกำหนด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในภาวะที่ ข้อมูลบ่งชี้ว่า แบบแผนสุขภาพนั้น ๆ เป็นปกติขึ้น ดังนั้นในปัจจุบันการวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบ แนวคิดของแบบแผนสุขภาพจึงวินิจฉัยทั้งภาวะที่ปกติของแบบแผน และภาวะที่ผิดปกติของแบบแผน การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะกำหนดจุดมุ่งหมาย และวิธีการในการแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนที่พบตามกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ ในกรณีที่สรุปข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะ ที่ผิดปกติของผู้รับบริการการกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาลก็เพื่อให้แบบแผนสุขภาพที่ดีนั้นคงอยู่ต่อไปหรือมีแบบแผนที่ดีสมบูรณ์ขึ้น หรือคนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดีขึ้น ในการปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลจะต้องดำเนินการพยาบาล เพื่อแก้ไขความผิดปกติของ แบบแผนสุขภาพ การป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้แบบแผนนั้น ๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอน การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยมุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สำหรับการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินว่าในแบบแผนที่ ผิดปกตินั้น หลังจากให้การพยาบาลแล้วดีขึ้นหรือไม่ และในแบบแผนที่ปกติยังเป็นปกติ หรือเสี่ยงต่อความผิดปกติ ก็ต้องใช้กระบวนการพยาบาลต่อไป เพื่อแก้ไขปัญหาจนกว่าจะสิ้นสุด ในกรณีที่แบบแผนปกติแล้ว พยาบาลก็ต้องพิจารณาป้องกันปัญหา หรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและส่งเสริมสุขภาพต่อไป

สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวม ปฏิกริยาความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ จิตสังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพ สุขภาพทุกมิติเป็นระบบที่เชื่อมโยง เกี่ยวข้องกัน ปัจจัยต่าง ๆ มีผลกระทบต่อระบบย่อยทั้งหมด การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจำเป็น ต้องมีกรอบแนวคิดในการประเมินซึ่งอาจใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลหรือทฤษฎีอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ง่ายต่อการวิเคราะห์และวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะผู้ประเมินจะเลือกใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใด สิ่งสำคัญในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม ต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงหลักการบริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ความแตกต่างของปัจเจกบุคคลและช่วงวัย เพื่อจะได้วางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ตรงกับปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการให้มากที่สุด

บทที่ 4

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

ที่อยู่ปัจจุบัน 190/152 ถนนกาญจนาภิเษก แขวง คลองบางพราน บางบอน กรุงเทพมหานคร 10150

การวินิจฉัยโรค Chronic coronary syndrome with DVD (Double vessel disease) with HT

วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 เวลา 10.14 น HN 0158029665 AN 66007903

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 25 พฤษภาคม 2566 เวลา 14.30 น.

รวมเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 2 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล

จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ

จากเวชระเบียนและใบบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการเจ็บ แน่นหน้าอกประมาณ 30 นาที ร้าวไปที่ต้นคอและแขนซ้ายรู้สึกเมื่อย เหนื่อยเวลาออกแรง

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกประมาณ 30 นาที ร้าวไปที่ต้นคอและแขนซ้ายรู้สึกเมื่อยเหนื่อยเวลาออกแรง ผู้ป่วยเคยเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบและเคยรักษาด้วยการใส่สายสวนที่หลอดเลือดหัวใจ (DVD S/P PCI LAD with RCA) ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยา ปี 2012 แต่ผู้ป่วยยังมีอาการ chest pain และแน่นหน้าอกจึงมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก แพทย์อายุรกรรมให้ Admit เพื่อทำการตรวจสวนหัวใจ (CAG+PCI)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ผู้ป่วยมีอาการเป็นความดันโลหิตสูงประมาณ 10 ปี รักษาและรับยาที่โรงพยาบาลเลิศสินปฏิบัติสภากาแฟและสารเคมีต่าง ๆ

ประวัติครอบครัว

ครอบครัวมีสมาชิกในครอบครัว 4 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วย พี่สาว พี่เขย และ หลาน 1 คน ก่อนเข้ารับการรักษาผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ สมาชิกในครอบครัวไม่มีใครเคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงแต่อย่างใด ไม่มีโรคทางพันธุกรรมและโรคเรื้อรังใด ๆ ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ รับประทานยาก็หาย

ประวัติการแพ้อาหารและสิ่งเสพติด

ไม่มีประวัติแพ้ยา

แบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณสมบัติประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงรักษาและรับยาประจำที่โรงพยาบาลเลิศสินมาตลอด ไม่ดื่มสุรา ไม่แพ้อาหารใด ๆ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ เคยรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาเมื่อ 12 ปีที่แล้วและผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอกประมาณ 30 นาที ราวไปที่ต้นคอและแขนซ้ายรู้สึกเมื่อย เหนื่อยเวลาออกกำลังกาย จึงมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ก่อนเข้ารับการรักษารับประทานอาหารได้ปกติ ควบคุมอาหาร โดยงดอาหารที่มีรสเค็มจัดและอาหารที่มีไขมันสูงการเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง เป็นอาหารดเค็ม งดมัน

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ปกติผู้ป่วยไม่มีปัญหาการขับถ่าย ถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ กลั้นปัสสาวะได้ ถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง ควบคุมการขับถ่ายได้ ถ่ายปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง ปัสสาวะสีเหลืองปกติ

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ได้ออกกำลังกาย หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ต้องได้รับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ การพักผ่อนนอนหลับ กลางวันนอนหลับประมาณ 2-3 ชั่วโมง กลางคืนนอนได้นานประมาณ 6-8 ชั่วโมง หลังทำหัตถการสวนหัวใจไม่มีอาการเจ็บหน้าอก นอนหลับได้ประมาณ 3-4 ชั่วโมงเพราะไม่คุ้นเคยกับสภาพหอผู้ป่วย

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้

ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ระดับการรับรู้สติดี มีการรับรู้ต่อภาวะความเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สุขสบาย ปวดศีรษะอ่อนเพลีย แขนขาขยับได้ตามปกติ

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจาก พยาบาลและญาติ มีความวิตกกังวล

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

การเจ็บป่วยครั้งนี้มีพี่สาวและหลานผลัดกันมาเยี่ยม สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีความรักใคร่ สามัคคีกันดี

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศ ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ ไม่พบความผิดปกติ อวัยวะเพศปกติ

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและเผชิญกับความเครียด

ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวลขณะเข้ามารับการรักษาและเครียดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและ พยาบาลได้ให้การดูแลตามมาตรฐานและกระบวนการพยาบาล ให้ญาติ คอยดูแลตาม เวลาเยี่ยม

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ มีความศรัทธาในพระพุทธรูปศาสนา ไหว้พระก่อนนอน มีสิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ อากาศและอาการแสดงแรกเริ่ม แรกเริ่มที่ห้องห้องตรวจผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกประมาณ 30 นาที ร้าวไปที่ต้นคอและแขนซ้ายรู้สึกเมื่อย เหนื่อยเวลาออกแรง อมยาใต้ลิ้นแล้วบรรเทา สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/98 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 94% แพทย์อายุรกรรมให้ Admit เพื่อทำ CAG+PCI ที่หอผู้ป่วย วิกฤตโรคหัวใจ (CCU)

การตรวจร่างกายตามระบบ (Physical Examination)

General appearance: A Thai oldman

HEENT: within Normal Limits (WNL)

Heart: Normal S1 S2, no murmur

Lung: Normal breath sound, No dyspnea

Abdomen: Soft, No distended abdomen, No guarding/rebound tenderness, No superficial vein dilatation, No Fluid thrill and Shifting dullness

Back & CVA: Not tenderness

Extremities & Skin: No pitting edema

Neuro signs: E4 V5 M6

การประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS) คะแนนรวมสูงสุด 15 คะแนน

การลืมตา (E= Eye Opening)

- 4 คะแนน ลืมตาได้เอง
 - 3 คะแนน ลืมตาเมื่อเรียก
 - 2 คะแนน ลืมตาเมื่อเจ็บ
 - 1 คะแนน ไม่ลืมตาเลยเมื่อกระตุ้น
- C= เมื่อหนังตาบวมปิด

การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด (V= Verbal)

- 5 คะแนน พูดคุยได้ ไม่สับสน
- 4 คะแนน พูดคุยได้ แต่สับสน
- 3 คะแนน พูดเป็นคำ
- 2 คะแนน ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด

1 คะแนน ไม่ออกเสียงเลย

T= กรณีสื่อท่อหลอดลม

การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (M= Movement)

- 6 คะแนน เคลื่อนไหวได้ตามคำสั่ง
- 5 คะแนน ทราบตำแหน่งที่จับ คะแนน ชักแขนขาหนีมือจับ
- 4 คะแนน ชักแขนขาหนีมือจับ
- 3 คะแนน เกร็ง แขนงอเข้า ขาเหยียด เมื่อจับ
- 2 คะแนน เกร็ง แขนเหยียด เมื่อจับ
- 1 คะแนน ไม่เคลื่อนไหวเลย

สำหรับกรณีศึกษา E4 V5 M6 ผู้ป่วยลืมตาได้เอง พูดคุยได้ ไม่สับสน เคลื่อนไหวได้ตามคำสั่ง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count)

ผลเลือด	23 พ.ค. 66	ค่าปกติ	การแปลผล
Hematocrit	41.6	36-48 %	ปกติ
Hemoglobin	14.2	12-16 g/dL	ปกติ
WBC	4.96	4,600-10,200 cells/cumm 4.2-	ปกติ
RBC	4.62	5.5 M/cumm	ปกติ
Neutrophil	55.3	37-80%	ปกติ
Lymphocyte	27.4	10-50%	ปกติ
Monocyte Eosinophil	5.2	<12%	ปกติ
Basophil	11.5	<7%	ปกติ
Platelet	0.6	<2.5%	ปกติ
MCV	106	142,000-424,000 cell/cumm	ปกติ
MCH	90.0	80-97fL	ปกติ
MCHC	30.7	27 -31.2pg	ปกติ
RDW	34.1	31.8 -35.4 9/dL	ปกติ
	13.1	11.6-14.8%	ปกติ

การแปลผล

จากผลการตรวจพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบภาวะซีด หรือเลือดจาง และไม่พบภาวะติดเชื้อในร่างกาย

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด (Coagulation)

ผลเลือด	23 พ.ค. 66	ค่าปกติ	การแปลผล
PT	12.40	10.51-13.08	ปกติ
INR	1.05	0.8-1.1	ปกติ
PTT	25.30	22.19-30.74	ปกติ
PTT Ratio	0.95	1.18	ปกติ

การแปลผล

จากผลการตรวจพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจ Blood Chemistry

ผลเลือด	ค่าปกติ	23พ.ค.66	25พ.ค.66
BUN	6-18 mg/dl	18*	21*
Creatinine	0.51-1.17mg/dl	1.21	1.12
eGFR	ml/min	62	68
Electrolyte			
Sodium	136-145mEq/L	141	137
Potassium	3.5-5.1mEq/L	4.5	4.2
Chloride	98-107mEq/L	109	111
Carbondioxide	21-32mEq/L	26	18

การแปลผล

จากผลตรวจ Blood Chemistry พบว่า

- BUN หรือ Blood Urea Nitrogen คือ การตรวจเลือดเพื่อหาปริมาณยูเรีย เพื่อตรวจดูการทำงานของไต ช่วยประเมินผลและติดตามผลการรักษาในโรคไต BUN ของผู้ป่วยสูงกว่าปกติ อาจเกิด จากการทำงานของไตผิดปกติ โดยเกี่ยวข้องกับภาวะไตเสื่อมเฉียบพลันหรือไตเสื่อมเรื้อรังที่เกิดจาก การถูกทำลาย จึงทำให้ขับทิ้ง Urea Nitrogen ออกทางปัสสาวะไม่ได้หรือไม่หมด จนมีผลต่อเนื่องทำให้คั่งค้างอยู่ในเลือด ค่า BUN จึงมีระดับสูงขึ้น

ตารางที่ 4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจหาเชื้อ Covid - 19

ผลเลือด	23 พ.ค. 66	ค่าปกติ	การแปลผล
ATK Covid-19	Negative	Negative	ปกติ

การแปลผล

ผลตรวจ ATK Covid-19 พบว่า ปกติ

ผลการตรวจภูมิคุ้มกันวิทยา (IMMUNOLOGY) 23 พฤษภาคม 2566

Anti - HIV = ปกติ(Negative)

ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Electrocardiogram (23 พฤษภาคม 2566) เวลา 08.59 น พบ Ventricular rate 67BPM PRInterval233ms QRS106ms QT/OTcInterval 420/435 ms

การแปลผล: SINUS RHYTHM WITH FIRST DEGREE AV BLOCK

สัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางระดับที่ 1 (First degree block)

สัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวางระดับที่ 1 (First degree block) หมายถึง สัญญาณไฟฟ้าของหัวใจที่สร้างจาก เอเทรียมขวา (หัวใจห้องที่รับเลือดดำ) ผ่านมาถึงเวนทริเคิลซ้าย (หัวใจห้องที่รับเลือดแดง) ได้ในที่สุดแต่ช้า

สาเหตุ สามารถเกิดจากการที่ร่างกายแข็งแรงเกินไปจนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดโตขึ้นจนกลายเป็นการ ขัดขวางสัญญาณทางไฟฟ้า แต่ก็อาจพบได้จากสาเหตุอื่น ๆ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) ระดับ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalaemia) ระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (Hypomagnesemia) การใช้ยารักษา ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด การใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงบางชนิด และการใช้ยารักษาภาวะ หัวใจล้มเหลวบางชนิด

อาการ ภาวะระดับนี้มักไม่ส่งผลให้เกิดอาการใด ๆ ที่สังเกตเห็นได้

ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) (19 พฤษภาคม 2566) เวลา 08.38 น

Interpretation Summary

Baseline ecg sinus rhythm.

Good LVEF. No RWMAS. No chamber enlargement. Good RV systolic function. LV diastolic function show pseudo-normalization pattern. Aortic valve has three cusp and good

excursion,no AS,no AR. Mitral valve appear normal,no MS,no MR. No TS,no TR,no PS.

Intracardiac thrombus not seen. No pericardial effusion.

Conclusion : Echo evaluate patient with chronic coronary syndrome. Good LVEF. No significant valvular heart disease.

การแปลผล: Echo ประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรังดีมาก ผลปกติ ไม่มีโรคลิ้นหัวใจที่สำคัญ
ผลการตรวจการสวนหัวใจ CRADIC CATHETERIZATION LABORATORY (24 พฤษภาคม 2566)

CARDIAC FINDINGS & INTERVENTION INFORMATION:

Finding :

LM : Normal

LAD : 50% stenosis ostial LAD.

LCx : 100% CTO at OM1

RCA : Right dominant. 95% stenosis at proximal RCA

การแปลผล : เส้นเลือดหัวใจไม่มี Left Main ปกติ เส้นเลือดหัวใจ LAD-Left anterior descending ซึ่งเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านหน้าตีบ 50% เส้นเลือดหัวใจ LCX-Left circumflex artery ซึ่งเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านหลังตีบ 100% CTO at OM1 เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจด้านข้างขวา RCA-Right coronary Artery ตีบ 95%

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา

พยาธิสภาพ อาการ และการรักษา ตามทฤษฎี	พยาธิสภาพ อาการและการรักษาของผู้ป่วย
<p>โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary artery disease) หมายถึง เป็นภาวะที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยง หัวใจเกิดการตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ หายใจไม่ออก คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อแตก ใจสั่น หมดสติ หรือหัวใจวายเฉียบพลันหลอดเลือดแดงโคโรนารี</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน</p> <p>- ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกนาน30นาทีราวไปที่คอและไหล่ซ้ายและมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่ายเวลาออกแรง</p>

พยาธิสภาพ อาการ และการรักษา ตามทฤษฎี	พยาธิสภาพ อาการและการรักษาของผู้ป่วย
<p>เป็นหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ มีหน้าที่นำเลือดที่อุดมไปด้วยออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ หากหลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการตีบแคบลง เลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจก็จะลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนและทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว</p> <p>ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท</p> <p>ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่</p> <p>ประวัติครอบครัว หากมีบุคคลในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ก็มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น</p> <p>อายุ เมื่ออายุมากขึ้นเกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น</p> <p>เพศ ผู้ชายมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้หญิง แต่ในผู้หญิงที่หมดประจำเดือนแล้วก็มีโอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจใกล้เคียงกับผู้ชาย ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้</p>	<p>- ผู้ป่วยชายไทยอายุ 67 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ</p>

พยาธิสภาพ อาการ และการรักษา ตามทฤษฎี	พยาธิสภาพ อาการและการรักษาของผู้ป่วย
<p>การตรวจวินิจฉัย</p> <p>หากผู้ป่วยมีประวัติหรืออาการบ่งชี้ว่าอาจเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน แพทย์อาจพิจารณาตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรค การตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้แก่</p> <p>การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram, ECG): เป็นการตรวจที่ง่ายและรวดเร็วสามารถใช้เพื่อตรวจหาความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่อาจบ่งชี้ถึงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน</p> <p>การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) : เป็นการตรวจที่ใช้ในการประเมินการทำงานของหัวใจและโครงสร้างของหัวใจ สามารถใช้ในการตรวจหาภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้</p> <p>การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หัวใจ (Computed Tomography Coronary Angiography, CT coronary angiography) : เป็นการตรวจที่ใช้ในการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจ สามารถใช้ในการตรวจหาภาวะ หลอดเลือดหัวใจตีบตันได้</p>	<p>ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเคยรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนมาก่อนโดยการใส่สายสวนหัวใจเพื่อบรรเทาอาการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกแพทย์ต้องการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มเติม</p> <p>ผลการตรวจ ECG พบ FIRST DEGREE AV BLOCK</p> <p>ผลการตรวจ Echocardiography Good LVEF. No significant valvular heart disease. ผลปกติ</p> <p>ผลการตรวจ</p> <p>- เส้นเลือดหัวใจหลัก Left Main ปกติ เส้นเลือดหัวใจ LAD-Left anterior descending ซึ่งเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านหน้าตีบ 50% เส้นเลือดหัวใจ LCX-Left circumflex artery ซึ่งเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านหลังตีบ 100% CTO at OM1 เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจด้านล่างขวา RCA-Right coronary Artery ตีบ 95%</p>

พยาธิสภาพ อาการ และการรักษา ตามทฤษฎี	พยาธิสภาพ อาการและการรักษาของผู้ป่วย
<p>การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หัวใจด้วยสารทึบรังสี (Coronary angiography) : เป็นการตรวจที่ใช้ในการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจโดยตรง โดยฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจ สามารถใช้ในการตรวจหา ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้อย่างแม่นยำ</p> <p>การรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตัน</p> <p>1. วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่ได้ ได้รับความนิยม คือ การเปิดทางเดินเส้นเลือด หัวใจที่ตีบ แบ่งออกเป็น</p> <p>1. การขยายด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด</p> <p>2. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หรือที่รู้จักกันว่า "การทำบายพาส" แพทย์จะใช้ เส้นเลือดภายในทรวงอกด้านซ้ายและ เส้นเลือดแดงบริเวณแขนซ้าย หรือเส้นเลือดดำบริเวณขา ตั้งแต่ข้อเท้า ด้านในจนถึงโคน ขาด้านในมาเย็บต่อเส้นเลือดเพื่อนำเลือด แดงจากเส้นเลือดแดงใหญ่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดโดยข้ามผ่านเส้นเลือด ส่วนที่ตีบ กรณีแพทย์ตัดสินใจทำการผ่าตัด ส่วนใหญ่ จะทำเมื่อเส้นเลือดตีบและอุดตันแล้ว ประมาณ 70% ขึ้นไป แต่หากมีไขมันมาเกาะโดยไม่มีหินปูน และมีอายุ 30 - 40 ปี อาจรักษาด้วยการทานยา จะช่วยให้ไขมัน หรือกรณี ที่อุดตันเส้นเดียวก็ทานลดลง หรือใส่ขดลวดบอลลูนได้</p>	<p>- ผลการตรวจ Coronary angiography พบ</p> <p>LM : Normal</p> <p>LAD: 50% Stenosis ostial LAD</p> <p>LCx: 100% CTO at OM1</p> <p>RCA: Right dominat. 95% Stenosis at proximal RCA.</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ด้วยวิธีการขยายด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด</p>

พยาธิสภาพ อาการ และการรักษา ตามทฤษฎี	พยาธิสภาพ อาการและการรักษาของผู้ป่วย
<p>โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) แบ่งเป็น 2 ชนิด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชนิดที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด (primary essential hypertension) เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ โดยมีการพัฒนาของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป และยังไม่สามารถระบุต้นเหตุที่ทำให้เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน 2. ชนิดที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผลมาจากร่างกาย มีโรคประจำตัวเดิม ต่อมาเกิดความดันโลหิตสูงขึ้นและมักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันมากกว่าชนิดแรก เช่น โรคไต ปัญหาต่อมไทรอยด์ เนื่องจากที่ต่อมหมวกไต การใช้ยาบางชนิด (ยาคุมกำเนิด ยาลดน้ำมูก ยาลดไข้ ยาบรรเทาอาการปวด การใช้สารเสพติดอย่างโคเคนหรือแอมเฟตามีน รวมไปถึงการติดยาเรื้อรัง หรือการติดแอลกอฮอล์ <p>อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ค่อยแสดงอาการผิดปกติ ยกเว้นผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะรุนแรงก็อาจมีการแสดง เช่นปวดศีรษะรุนแรง หายใจสั้น เลือดกำเดาไหล ซึ่งอาการเหล่านี้ถือเป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและบอกได้ไม่ชัดเจน หรือบางรายทราบเมื่อตรวจพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันสูงขึ้นไปแล้วทำให้ต้องมีการตรวจสุขภาพและวัดค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>การวินิจฉัย</p> <p>ระดับ 1 High normal blood pressure (ความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาล มีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>-ผู้ป่วยชายไทยอายุ 67 ปีแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด รักษาและรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงมา 10ปี ไม่มีโรคไตหรือปัญหาต่อมไทรอยด์ ไม่ใช้สารเสพติดไม่ดื่มเหล้า</p> <p>-ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง หายใจสั้น หรือเลือดกำเดาไหล</p>

พยาธิสภาพ อาการ และการรักษา ตามทฤษฎี	พยาธิสภาพ อาการและการรักษาของผู้ป่วย
<p>ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึงค่าความดันเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอท แต่ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึงค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตใน เกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิต” นี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตได้เลย แม้ว่าอาจไม่มีอาการใด</p> <p>การรักษา</p> <p>การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่า การลดความดันโลหิต systolic (systolic blood pressure, SBP) ลง 10 มิลลิเมตรปรอท หรือการลดความดันโลหิต diastolic (diastolic blood pressure, DBP) ลง 5 มิลลิเมตรปรอท</p>	<p>- ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตตอนรับไว้ในโรงพยาบาลความดันโลหิตอยู่ในระดับ2 ความดันโลหิตเฉลี่ย140/90มิลลิเมตรปรอทไม่ถึง160/100 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>- ผู้ป่วยลดการรับประทานอาหารรสเค็มและรับประทานยาลดความดันตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ ได้รับยาความดัน</p> <p>- Manidipine(20)รับประทานครั้งละ1เม็ด วันละ1ครั้งหลังอาหารเช้า</p> <p>- Losatan(80)รับประทานครั้งละ1เม็ด วันละ1ครั้งหลังอาหารเช้า</p>

พยาธิสภาพ อาการ และการรักษา ตามทฤษฎี	พยาธิสภาพ อาการและการรักษาของผู้ป่วย
การรักษา (ต่อ) สามารถลดโรคทาง ระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมา ได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ ร้อยละ 15 ลดอัตรา การเกิดหัวใจล้มเหลวร้อยละ 40 การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกัน การเสื่อมการทำงาน ไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคไต เรื้อรัง	

สรุปภาวะผู้ป่วยขณะรับไว้ในโรงพยาบาล

เริ่มศึกษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 25 พฤษภาคม 2566

วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 เวลา 08.09 น. (ห้องตรวจผู้ป่วยนอก)

แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มาตรวจด้วยอาการแน่นหน้าอกและเจ็บหน้าอกประมาณ 30 นาที/ครั้ง
 ราวไปที่ต้นคอและแขนด้านซ้าย รู้สึกเมื่อย เหนื่อยเวลาออกแรง เป็นมา 2 สัปดาห์สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.5
 องศาเซลเซียส ชีพจร 67 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/58 มิลลิเมตรปรอท O₂
 saturation 94% ทำEKG 12 lead (ทำEcho 19 พฤษภาคม 2566) Admit วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 เพื่อ
 ทำการตรวจสวนหัวใจ (CAG+PCI) วันที่ 24 พฤษภาคม 2566

ประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวพบว่าผู้ป่วยและญาติมีข้อสงสัยเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังสวน
 หัวใจ พยาบาลได้อธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตัวก่อนการสวนหัวใจเช่น ผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารก่อนตรวจ6-8
 ชั่วโมง และได้รับการเจาะเลือดตามที่แพทย์ต้องการ ผู้ป่วยจะได้รับการทำความสะอาดและโกนขนบริเวณขา
 หนีบ หลังการตรวจเสร็จแพทย์จะดึงสายสวนออกแล้วทำการห้ามเลือดโดยกดตรงตำแหน่งที่ถูกกรีดด้วยมีด
 ประมาณ20-30นาทีแล้วทำการปิดแผลด้วยผ้าก๊อซและพลาสติกซึ่งจะถูกปิดไว้อย่างน้อย8ชั่วโมง หลังจาก
 นั้นผู้ป่วยจะถูกส่งตัวขึ้นไปนอนพักบนหอผู้ป่วยและจะต้องนอนเฝ้าขาข้างที่ทำการตรวจห้ามงอโดยเด็ดขาด
 จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากเจ้าหน้าที่พยาบาลและจะได้รับการดูแลโดยการตรวจวัดสัญญาณชีพและดูแลเป็น
 ระยะๆตามคำสั่งแพทย์ ถ้าไม่มีอาการผิดปกติใดๆควรรอนพักผ่อน24ชั่วโมงและควรดื่มน้ำมากๆและ
 รับประทานอาหารได้ตามปกติ ถ้ารู้สึกว่ามีเลือดไหลออกจากบริเวณแผลขอให้แจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทันทีถ้า
 หากมีอาการชาหรือเย็นหรือซีดที่บริเวณขาที่ใส่สายสวนขอให้แจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทันที

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 เวลา 10.14น. (หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ)

แรกรับที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีเจ็บแน่นหน้าอกบางครั้ง E₄V₅M₆ O₂saturation 96% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหัตถการได้ดูแลให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัว ดูแลให้ดื่มน้ำทางอาหารทางปาก ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr

20.00 น. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล นอนราบได้ไม่มีเหนื่อย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/75 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 24 พฤษภาคม 2566 เวลา 11.00น. (หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E₄V₅M₆ No Chest pain ส่งผู้ป่วยไปทำหัตถการ CAG+PCI RCA แกรับจากห้องสวนหัวใจเวลา 14.00 น. ผู้ป่วย On Sheath ที่ขาข้างขวา ระหว่างลงเตียง รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สัญญาณชีพ แกรับ Stable ดี O₂saturation 97% ไม่มีปลายเท้าเขียว ไม่มี Active bleed ไม่มี Hematoma ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการทำหัตถการ

วันที่ 25 พฤษภาคม 2566 เวลา 14.00น. (หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ No Chest pain สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/78 มิลลิเมตรปรอท O₂saturation 99% รับประทานอาหารได้ อาการทั่วไปดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

Home Medication

- ASA (81) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- Ticogrelor (40) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น
- Manidipine (20) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- Losartan (80) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- Metoprolol (100) รับประทานครั้งละ ½ เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น
- Atorvastatin (90) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
- ISDN (5) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ใช้เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก

รวมเวลาที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล 2 วัน

สรุปปัญหาที่พบจากกรณีศึกษา

จากการศึกษาและการประเมินสถานะผู้ป่วย สรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเรียงลำดับใน การให้การพยาบาลผู้ป่วย ดังนี้

ระยะที่ 1 (ระยะแรกรับและระยะวิกฤตที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บหน้าอก เนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

ระยะที่ 2 (ระยะวิกฤตที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากพร้อมความรู้เกี่ยวกับหัตถการสวนหัวใจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากทำหัตถการสวนหัวใจ

ระยะที่ 3 (ระยะพักฟื้น)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปที่บ้าน

ระยะที่ 1 (ระยะแรกรับและระยะวิกฤตที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

O: จากประวัติ 2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ครั้งละ 30 นาที ร้าวไปต้นคอ แขน ด้านซ้าย รู้สึกเหนื่อยเวลาออกแรง

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอกลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

อุณหภูมิ 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท MAPมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation ≥ 95 %

3. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าสดชื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและแนะนำผู้ป่วย เรื่องการประเมินความเจ็บปวด โดยใช้ pain scale (0-10)
2. ติดตามและเฝ้าระวังอาการเจ็บแน่นหน้าอก พร้อมทั้งบันทึก ลักษณะ ระยะเวลา และระดับความรุนแรง (โดยใช้ pain scale) ของอาการเจ็บแน่นหน้าอก รวมทั้งแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้ง ให้ทราบทันทีที่เริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก
3. ดูแลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก
4. ติดตามและเฝ้าระวัง สัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง ทุก 30 นาทีจำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่
5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยรักษาระดับความเข้มข้นของ ออกซิเจนในเลือดแดงที่วัดจากปลายนิ้วมากกว่า 95%
6. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือด หรือบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก เช่น Isordil หรือ Morphine ตามแผนการรักษา รวมทั้งประเมินและบันทึกการตอบสนองของยา เฝ้าระวัง ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ระดับความดันโลหิตต่ำลง หัวใจเต้นเร็วขึ้น เป็นต้น
7. ดูแลช่วยเหลือ แนะนำในการปฏิบัติตัวและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น
 - ถ้ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหากทำกิจกรรมใด ๆ หรือออกกำลังกายอยู่ให้หยุดออกแรงทันที จากนั้นให้นั่งหรือนอนลงทันที ห้ามฝืนออกแรงต่อไปโดยเด็ดขาดเพราะยิ่งออกแรงหัวใจจะยิ่งทำงานหนักมากขึ้น
 - พยายามผ่อนคลายอารมณ์เครียดลงทันที ถ้าโกรธหรือเกิดความเครียดกะทันหันให้พยายามข่มใจหรือหลีกเลี่ยงจากสภาวะการณั้่น ๆ พร้อมกับหายใจเข้าลึก ๆ เพื่อผ่อนคลาย
 - ผ่อนคลายกล้ามเนื้อลงทันทีโดยหายใจเข้าลึก ๆ กลั้นไว้เล็กน้อยแบบตั้งสติแล้วผ่อนลมหายใจแบบเป่าลมออกทางปากช้า ๆ ขณะเดียวกันก็ผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั่วตัวลงทำซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ผ่อนคลายกล้ามเนื้อใบหน้าจนยิ้มได้

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

- ดื่มน้ำ ควรดื่มน้ำเปล่าให้เพียงพอ เพราะจากผลพิสูจน์ทางการแพทย์บ่อยครั้งที่กลัมน้ำหัวใจตายเฉียบพลันเกิดขึ้นเพราะร่างกายขาดน้ำ ดื่มน้ำจนรู้สึกว่าร่างกายได้รับน้ำเพียงพอ

- หากอยู่ที่บ้านหรือนอกโรงพยาบาล เรียกรถพยาบาลแต่ในระหว่างรอรถพยาบาลถ้ามียาแอสไพริน ให้เคี้ยวยาดังกล่าวแล้วกลืน ถ้ามีออกซิเจนให้ดมออกซิเจน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น
2. สัญญาณชีพ O₂ saturation 95-96% อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/92 มิลลิเมตรปรอท

สรุป : ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาโดยตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพ และเฝ้าระวังการเจ็บหน้าอก อาการดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับหัตถการสวนหัวใจ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัว

O: จากการสังเกต ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง นอนหลับพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยน้อยลง
3. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ด้วยท่าที อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจและให้ความเป็นกันเอง

2. ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วย แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการสวนหัวใจเช่นผู้ป่วยต้องงดน้ำและอาหารก่อนตรวจ 6 - 8 ชั่วโมง และได้รับการเจาะเลือดตามที่แพทย์สั่งได้รับการทำความสะอาดและโกนขนบริเวณขาหนีบหลังการตรวจเสร็จแพทย์จะดึงสายสวนออกแล้วทำการห้ามเลือดโดยกดตรงตำแหน่งที่ถูกกรีดด้วยมีดประมาณ 20-30 นาทีแล้วทำการปิดแผลด้วยผ้าก๊อซและพลาสติกไว้อย่างน้อย 8 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะส่งผู้ป่วยไปนอนพักบนหอผู้ป่วยและผู้ป่วยต้องนอนเหยียดขาข้างที่ทำหามงจนกว่าเจ้าหน้าที่พยาบาลจะอนุญาตและจะได้รับการวัดสัญญาณชีพและดูแลเป็นระยะ ๆ ตามคำสั่งแพทย์ ถ้าไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ควรนอนพัก 24 ชั่วโมงและดื่มน้ำมาก ๆ และรับประทานอาหารได้ตามปกติ ถ้ารู้สึกว่ามีเลือดไหลออกจากแผลหรือมีอาการชาหรือเย็นหรือซีดบริเวณขาที่ใส่สายสวนให้แจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลทันที

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล เพื่อเป็นการรับรู้ความต้องการของ ผู้ป่วย และญาติตามความเป็นจริง

4. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจและ ชักถามสิ่งที่สงสัย และยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

5. ลดภาวะเครียดและการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยจากเสียงและแสง โดยจัด สภาพแวดล้อมให้เงียบสงบตามความเหมาะสม

6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยให้ ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ

7. ให้ความเคารพในความเป็นบุคคล โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว

8. เรียกค่านำหน้าชื่อผู้ป่วยตามความอาวุโส เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง เป็น การให้เกียรติผู้ป่วยในฐานะของความเป็นมนุษย์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยน้อยลง

สรุป : ปัญหาได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากทำหัตถการสวนหัวใจ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการ Chest Pain

O: แรกรับจากห้องสวนหัวใจ กลับจากทำหัตถการสวนหัวใจ CAG + PCI RCA

เป้าหมายทางการพยาบาล

ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการสวนหัวใจ CAG + PCI RCA

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

อุณหภูมิ 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต > 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท HR < 120 bpm., > 50 bpm O₂ Saturation ≥ 95

2. ไม่มีอาการ Chest Pain, ใจสั่น

3. ไม่มีอาการแพ้สารทึบรังสี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน คัด และ มีผื่นบริเวณผิวหนัง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน Conscious, Vital sing ทุก 15 นาที 1 ชม. ทุก 30 นาที 1 ชม. หรือจนกว่าจะคงที่ และ รายงานแพทย์เมื่อ Bp < 90/60 mmHg., HR > 120 bpm., < 50 bpm., Chest pain, ใจสั่น, GCS drop ≥ 2 คะแนน Pls notify และ O₂sat < 95% รายงานแพทย์ทันที
2. ประเมินการแพ้สารทึบรังสี สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการคันและผื่นตามผิวหนัง
3. สังเกตแผลว่ามีเลือดออก (bleeding) หรือก้อนเลือด (hematoma)
4. ประเมินอาการขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลาย โดยบันทึกลักษณะชีพจร เปรียบเทียบซ้ายและขวา พร้อมบันทึก capillary refill ถ้าผิดปกติ เช่น ชีพจรไม่สม่ำเสมอ capillary refill < 2 วินาที รายงานแพทย์ประเมินภาวะ bleeding หรือ hematoma
5. เน้นย้ำห้ามงอขาข้างที่ใส่สายสวนอย่างน้อย 6 ชม. หลังนำสายสวนออก แต่พลิกตะแคงตัวได้ โดยไม่งอสะโพก ศีรษะสูงไม่เกิน 30° องศา ตรวจสอบให้มอทรายวางเหนือแผลนาน 2 ชม. ประเมินภาวะเลือดออกเป็นระยะ ๆ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

6. ประเมินและติดตามภาวะแทรกซ้อน เช่น heart failure, stent thrombosis, renal failure, vascular complications Repeat EKG at ward เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงและติดตามอาการ Chest pain

7. ดูแลให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ

8. ดูแลให้อาหารลดเค็มและลดไขมัน

- ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และติดตามอาการข้างเคียงของยา

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำหัตถการ

สรุป : ปัญหาได้รับการแก้ไข แต่ยังคงเฝ้าระวัง และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 (หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้าน

ผู้ป่วยและญาติ มีส่วนร่วมในการวางแผนกับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อเตรียมพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเอง โดยรวม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบทั้ง ในช่วงการเตรียมผู้ป่วยก่อนการทำหัตถการ และภายหลังการทำหัตถการ โดยพยาบาลจะใช้ กระบวนการพยาบาลในการรวบรวมข้อมูล กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้ การพยาบาลและประเมินผลในการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน และองค์กร

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยและญาติสอบถามวิธีปฏิบัติตน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลงและหมดไป
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และมีความรู้ในปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของโรค การดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ
2. ดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว
 - 1-2 วัน หลังกลับบ้าน ไม่ควรเดินบ่อย
 - ห้ามออกกำลังกายข้างที่ท่า เช่น เหยียบเบรกรถ เหยียบคลัทช์ หรือใช้ขาสตาร์ทรถมอเตอร์ไซค์ งดปั่นจักรยาน ประมาณ 7 วัน
 - ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร, อาบน้ำ / ขับถ่าย, แต่งตัวได้ตามปกติ
 - ถ้าเดินขึ้นบันได ได้ 1 - 2 ชั้นโดยที่ไม่เหนื่อยมากหรือไม่แน่นหน้าอก สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้
 - รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
 - มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ถ้ามีอาการผิดปกติ ให้รีบมาพบแพทย์
 - ถ้ามีก้อนลิ่มเลือดที่ขาหนีบบริเวณที่ทำให้เกิดการที่ขยายขนาด นูน/โตขึ้น ปวด/บวม/อักเสบ หรือไข้ ให้มาพบแพทย์
 - ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก แบบแน่น ๆ หนัก ๆ โดยเฉพาะมากขึ้นเวลาออกแรงหรือเหนื่อยมาก/นอนราบไม่ได้/ขาบวม ให้รีบมาพบแพทย์
 - หลีกเลี่ยงหรือลดปริมาณอาหารประเภทที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด อาหารทะเล (ยกเว้น ปลา) เครื่องในสัตว์ หนังสัตว์ ควรเลือกอาหารที่ปรุงด้วยการต้ม นึ่ง ย่าง อบ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มและอาหารหมักดอง
 - มาพบแพทย์ตามนัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง สีหน้าสดชื่นขึ้น

สรุป : ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไป วันที่ 25 พฤษภาคม 2566

บทที่ 5

สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 67 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 - 25 พฤษภาคม 2566 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 2 วัน ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก ครั้งละ 30 นาที ร้าวไปที่คอและต้นแขน เหนื่อยเวลาออกแรง เป็นมา 2 อาทิตย์ ก่อนมาโรงพยาบาล

แรกรับที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก ครั้งละ 30 นาที ร้าวไปที่คอและไหล่ซ้าย เหนื่อยเวลาออกแรง แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและเป็นโรคความดันโลหิตสูงเคยรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่โรงพยาบาลเจ้าพระยา ปี พ.ศ. 2555 โดยการใส่สายสวนที่หลอดเลือดหัวใจ แต่ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมา 2 สัปดาห์ จึงมาตรวจและปรึกษาแพทย์อายุรกรรมหัวใจ และได้ตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) ผลพบว่าการทำงานของลิ้นหัวใจปกติ Admit วันที่ 23 พฤษภาคม 2566 เพื่อทำการตรวจสวนหัวใจ (CAG + PCI) ที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ วันที่ 24 พฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยตรวจ Cardiac Catheterization Finding – LM normal ,LAD : 50% Stenosis ostial LAD ,Lcx : 100% CTO at DM1 – RCA : Right dominant 95% Stenosis at Proximal RCA ผลการสวนหัวใจ ตรวจพบว่าเส้นเลือดหัวใจหลัก Left Main ปกติ เส้นเลือดหัวใจ LAD-Left anterior descending ซึ่งเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านหน้าตีบ 50% เส้นเลือดหัวใจ LCX-Left circumflex artery ซึ่งเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านหลังตีบ 100% เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจด้านหลังขวา RCA-Right coronary Artery ตีบ 95% ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการทำการหัตถการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลูนและขดลวดที่ LCX-Left circumflex artery ซึ่งเป็นเส้นเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านหลัง หลังทำการหัตถการและพักฟื้น อาการ Chest pain ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

สรุปปัญหาระหว่างนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง
2. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับหัตถการสวนหัวใจ
3. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากทำการหัตถการสวนหัวใจ
4. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้าน

ปัญหาทั้งหมดนี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2566

ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (23 พฤษภาคม 2566 – 25 พฤษภาคม 2566) ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี จากสหสาขาวิชาชีพ ตามแนวคิดแบบองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาล กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ และเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันดูแลครอบคลุมด้านร่างกายและจิตวิญญาณ จนผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ

1. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
2. ไม่พบการติดเชื้อต่าง ๆ
3. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษา
4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างดี และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมการรักษาพยาบาล สามารถสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จนมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน

- ASA (81) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- Ticogrelor (40) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น
- Manidipine (20) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- Losartan (80) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- Metoprolol (100) รับประทานครั้งละ ½ เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น
- Atorvastatin (90) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
- ISDN (5) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ใซ้อมใต้ลิ้นเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก

รวมเวลาที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล 2 วัน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก ครั้งละ 30 นาที ร้าวไปที่คอและไหล่ซ้าย น้อยเวลาดอกแรง แพทย์ได้ทำหัตถการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการในการให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อน การดูแลการให้ยา การให้สารน้ำ และอิเล็กทรอนิกส์ และการให้สารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย พยาบาลต้องให้ความสนใจในปัญหาของผู้ป่วย ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องอธิบายจนผู้ป่วยและญาติเข้าใจคลายความกังวล เน้นการให้สุขศึกษาคำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยเลือกใช้แบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของ กอร์ดอน 11 แบบแผน และทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม นำไปสู่แนวคิดในการรวบรวมภาวะสุขภาพและการจัดกลุ่มวินิจฉัยทางการพยาบาล และสามารถนำประสบการณ์ความรู้ประกอบการศึกษาและเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันในผู้ป่วยรายต่อไป

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ สิ่งสำคัญที่พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้ คือพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน และสามารถประเมินความรุนแรงอาการของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลรายงานแพทย์ได้เพื่อรับการช่วยเหลือได้ทันท่วงที ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามกระบวนการดังกล่าว ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับบ้านได้

ข้อเสนอแนะ

การทำหัตถการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนยังคงมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วทั้งในด้านเทคนิค ในการทำหัตถการและอุปกรณ์ต่าง ๆ ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการเฝ้าระวังและจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมีความปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจ

บรรณานุกรม

โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์และสุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม. (2545). 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9.

นนทบุรี : โครงการตำรา สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2565). พฤติกรรมสุขภาพแนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 1).

พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ชวนพิศ วงศ์สามัญ และกล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2556). การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการพยาบาล.

(พิมพ์ครั้งที่ 9). ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

ชาติทอง ยอดวุฒิ. (2567). หมอหัวใจแนะนำปาร์ตี้ปีใหม่แบบไหนไม่ทำร้ายหัวใจ . สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม

2567. จากเว็บไซต์ <https://www.Bangkokhearthospital.com>.

นงนภัทร รุ่งเนย. (2560). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี : โครงการสวัสดิการ

วิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

ประสาร เปรมมะสกุล. (2562). คู่มือแปลผล lab ตรวจเลือด. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.

พรทิพย์ สาริโส. (2565). การพยาบาลผู้สูงอายุระบบหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ :

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2555). โรคของหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง.

พัชรี ภาวศุทธิกุล. (2563). หลังทำบอลุนหัวใจต้องปฏิบัติตัวอย่างไรให้ปลอดภัยและถูกต้อง. สืบค้นเมื่อ

2 มิถุนายน 2567. จากเว็บไซต์ <https://www.nakornthon.com/article/detail>.

รัชนก คชไกร, เวหา เกษมสุข (บรรณาธิการ). (2562). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล.

กรุงเทพฯ : เอ็นพีเพรช.

ร้ำแพน พรเทพ เกษมสันต์. (2561). กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ :

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

โรงพยาบาลสมิติเวช. (2567). โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2567. จากเว็บไซต์

<https://www.samitivejhospital.com/th/article/detail>.

โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ. (2567). เส้นเลือดหัวใจตีบและตัน. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2567.

จากเว็บไซต์ <http://www.bangkokhearhospital.com/content/coronary-artery-disease>.

ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญวินัส ลีทกุล, พัสมณท์ คุ่มทวีพร. (2560).

พยาธิ สรีรวิทยาทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2554). การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ : วิเจ พรินต์ติ้ง.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.

(พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

Ester,MEZ. (2019). Health assessment and physical examination.Cengage learning.

Gordon, M. (1994). Nursing health diagnosis:Process and Application.New York: McGraw-Hill.

Jenson, S. (2019). Nusing health assessment: a best practive approach. Edition 3. Philphia:

Wolter Kluwer Health.

Orem,D.E. (1995). Nursing : Concepts of practice (5th ed). St. louis : Mosby.

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
23/05/66 11.00 น.	<p><u>Routine Pre cardiac Cath</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -CAG±PCI.. -Set วันที่ 24/5/66 แจ้ง Case -Manage Cath Lab -Admit วันที่ 23/5/60 -นัด Swab PCR for COVID- 19 - CBC, FBS, BUN, Cr, Electrolytes, PT, PTT, INR, CXR (วันนัดนอนรพ.) Anti HIV, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc, Anti-HCV (งตหากมีผล ภายใน 3 เดือน) - Education Pre-CAG&PCI care -Inform Consent 		

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
11.30 น.	Laboratory check list (ward) -ตามผล Lab (If Cr \geq 1.5, INR \geq 1.5, Hct \leq 25%, K $<$ 3.5 please notify) -ECG -ซั่งน้ำหนัก -วัดส่วนสูงส่วนสูง Procedure & treatment -NPO เว้นยา -On HL -On IVF NSS 1,000 ml at Lt. side -Sheave at Both groin & Perineum		<u>Medication</u> -ASA (81) 1x1 po ac ยาเดิมผู้ป่วย -Manidipine (20) 1x1 po pc -Losantan (50) 1x1 po pc -ISDN (10) 1x3 po ac -Metoprolol (100) 1/2x2 po pc -Atorvastain (40) 1x1 po hs
24/05/66 15.00 น.	Routine Post Cardiac cath -IV fluid -EKG at ward -Fix sheath -Rt. Groin -Off sheath 16.00น. -วางหมอนทราย 2 ซม. ถึง 18.00 น. -นอนราบห้ามงอขา 6 ชม.ถึง 22.00 น.		-Regular Diet -Record V/S, I/O Medication -Medication ASA (81) 1x1 po pc -Ticaguelor (90) 1x2 po pc -Manidipine (20) 1x1 po pc -Losartan (80) 1x1 po pc

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
24/05/66 15.00 น.	<ul style="list-style-type: none"> - Record V/S, Pulse ส่วนปลายบริเวณที่ ทำ Cath ทุก 30 นาที x 6 ครั้ง จากนั้น ทุก 1 ชม. จน stable -รายงานแพทย์ทันที หาก มี <ul style="list-style-type: none"> -BP < 90/60 mmHg. -HR > 120/min, < 50/min - Chest pain หรือ Cardiac Arrhythmia -Pain แขน/ขา คลำ Pulse ไม่ได้ -Conscious Change (GCS drop \geq 2) -Observe bleeding/hematoma ที่บริเวณแผล ถ้ามี bleeding ให้ กด stop bleed 15 นาที. ถ้าไม่หยุดให้รายงานแพทย์ -ถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้เริ่มดื่ม น้ำ และรับประทานอาหาร ได้ - BUN, Cr, Electrolyte, Hct, 		<ul style="list-style-type: none"> -Metoprolol (100) 1/2x2 po pc -Atorvastatin (40) 1x1 po hs

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
	<p>-พุ่มนี้ถ้าclinicalดี D/C ได้</p> <p>-F/U OPD Cardio 2 WK จันทรเช้า + BUN or Elyte</p> <p>-HM</p> <p>-ASA (81) 1x1 po pc</p> <p>-Ticogrelor (90) 1x2 po pc</p> <p>-Manidipine (20) 1x1 po pc</p> <p>-Losartan (50) 1x1 po pc</p> <p>-Atorvastatiy (40) 1x1 po hs</p> <p>-ISDN 1 tab se prn for Chest pain</p>		

ยาที่ใช้ในการรักษา

1. Atorvastatin

Atorvastatin คือยาในกลุ่ม Statins หรือ HMG COA Reductase Inhibitors มีคุณสมบัติ ในการลดระดับ คอเลสเตอรอลที่ไม่ดี (LDL) และไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (Triglyceride) ใน ขณะเดียวกันก็ช่วยในการเพิ่ม ปริมาณคอเลสเตอรอลชนิดที่ดีในร่างกาย (HDL) ได้บ้าง นอกจากนี้ยัง ช่วยลดความเสี่ยงโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับหัวใจในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา

1. สำหรับระดับไขมันในเลือดผิดปกติชนิดผสม

2. ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงชนิด heterozygous familial hypercholesterolemia และ non familial hypercholesterolemia

ขนาดและวิธีใช้

ผู้ใหญ่ รับประทาน 10 หรือ 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง สามารถปรับขนาดยาได้ภายใน 4 สัปดาห์ และอาจเริ่มรับประทานที่ 40 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง หากผู้ป่วยจำเป็นต้องลดระดับคอเลสเตอรอล ชนิดที่ไม่ดีให้ต่ำกว่า 45% แต่ไม่ควรเกินวันละ 80 มิลลิกรัม

ข้อควรระวังของการใช้ยา Atorvastatin

1. ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยโรคตับ
2. ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีระดับเอนไซม์ transaminase ในกระแสเลือดสูง
3. ห้ามใช้ยานี้ร่วมกับยา cyclosporine, gemfibrozil, telapevia, tipranavir
4. ห้ามใช้ยานี้ในสตรีมีครรภ์และสตรีให้นมบุตร
5. ระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคตับ
6. ระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอ

ผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

1. ปวดศีรษะ ท้องอืด ท้องผูกอาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ท้องเสีย เบื่ออาหาร
2. ปวดแขนขา ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อกระดูก ปวดข้อ เยื่อจุกและลำคออักเสบ
3. เพิ่มระดับน้ำตาลในกระแสเลือดหลังจากอดอาหาร

อาการอันไม่พึงประสงค์รุนแรง ได้แก่ การเกิดภาวะกล้ามเนื้อสลาย (chabdomyolysis) รุนแรงร่วมกับไตวายเฉียบพลัน ตับอักเสบ ตับอ่อนอักเสบ การแพ้ยาแบบ Steven Johnson syndrome การแพ้ยาแบบ anaphylaxis ได้

การพยาบาล

1. แนะนำให้ผู้ป่วยจำกัดอาหารประเภทไขมัน
2. การออกกำลังกาย

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

3. แนะนำควรงดสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา
4. ให้ระวังอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ให้รีบรายงานแพทย์
5. หากลิ้มรับประทานยาให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้

2. Aspirin

สรรพคุณ

เป็นยาที่ใช้บรรเทา อาการปวด ลดไข้ ลดการอักเสบ เช่น ปวด ศีรษะ ปวดฟัน ปวดประจำเดือน เป็นไข้ หากใช้ในปริมาณต่ำจะช่วยต้านเกล็ดเลือด ลด การเกิดลิ่มเลือด อาการเจ็บหน้าอก ภาวะ หัวใจล้มเหลว หรือโรคหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น การใช้แอสไพรินอาจทำให้เกิดผล ข้างเคียงได้ ดังนั้นควรปรึกษาแพทย์หรือ เภสัชกรทุกครั้งก่อนการช้ยา

ขนาดและวิธีใช้

-ควรช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ หรือเภสัชกรเท่านั้น เพราะขนาดและระยะเวลาในการช้ยานี้ขึ้นกับ ชนิดและความรุนแรงของโรค

-กินยาพร้อมอาหาร หรือดื่มน้ำตามอย่างน้อย 1 แก้ว เพื่อลดการระคายเคืองของกระเพาะอาหาร

ผลข้างเคียงจากการช้ยา

ยาแอสไพรินอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่พบ ได้ทั่วไปในขณะที่ช้ยา เช่น ปวดศีรษะ ง่วง ซึม ระคายเคือง กระเพาะอาหาร เป็นต้น ควร หยุดช้ยา และรีบไปพบแพทย์โดยด่วน และ อาจพบอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยได้ ดังนี้

- อาการแพ้ยา เช่น หายใจลำบาก ผื่นคัน มี อาการบวมที่ใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้น หรือลำคอ
- หูอื้อ รู้สึกสับสน หายใจเร็วผิดปกติ ชัก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
- อุจจาระเป็นเลือดหรือมีสีดำ ไอหรืออาเจียน เป็นเลือด
- มีช้ยาสุนานติดต่อกันเกิน 3 วัน
- อาการปวดหรือบวมนานติดต่อกันเกิน 10 วัน

การพยาบาล

-สังเกตอาการผิดปกติ จุดจ้ำเลือดขึ้นตามผิวหนังหรือเลือดออกผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อหยุดยา

3. Ticagrelor

สรรพคุณ

เป็นยาที่ใช้ ป้องกันการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด ภาวะ สมองขาดเลือด และอาจช่วยลดอัตราการ เสียชีวิต ในผู้ป่วยบางราย โดยยานี้จะลดการ เกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดที่อาจปิดกั้น การไหลเวียนของเลือดและทำให้เกิด ภาวะอันตรายได้ การใช้ยาทिकाเกรลอาจทำให้ เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต จึงควรปฏิบัติ ตามคำแนะนำของแพทย์ อย่างเคร่งครัด

ขนาดและวิธีใช้

ปริมาณการใช้ยา รูปแบบและปริมาณของยาที่ใช้ในการรักษา นั้นอาจมีความแตกต่างกันไปตามชนิดของ โรคและดุลยพินิจของแพทย์ โดยมีตัวอย่าง การใช้ยา Ticagrelor ดังนี้

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(Acute Coronary Syndrome)

ตัวอย่างการใช้ยา Ticagrelor เพื่อรักษา ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้ใหญ่

- ระยะแรก รับประทานยา ปริมาณ 180 มิลลิกรัม 1 ครั้งต่อวัน
 - ระยะที่ 2 รับประทานยา ปริมาณ 90 มิลลิกรัม 2 ครั้งต่อวัน ต่อเนื่องทุกวันจนครบ 1 ปี
 - ระยะที่ 3 รับประทานยา ปริมาณ 60 มิลลิกรัม 2 ครั้งต่อวัน
- ยาชนิดนี้มักใช้ควบคู่กับยาแอสไพริน 75- 100 มิลลิกรัม 1 ครั้งต่อวัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

การใช้ยาทिकाเกรลอาจทำให้เกิดผลข้าง เคียงได้ แต่อาจพบได้น้อย เช่น ปวดหลัง ไอ ท้องเสีย หน้าอก บวมหรือเจ็บหน้าอก อย่างไรก็ตาม บางรายอาจเกิดผลข้างเคียงที่เป็น อันตราย เช่น หายใจลำบาก แน่น หน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ตาพร่า รู้สึกสับสน เวียน ศีรษะ ได้ยินเสียงในหู ไม่มีแรง หรือหมดสติ หากเกิด อาการดังกล่าว ควรโทรเรียกรถ พยาบาลทันที รวมทั้งควรไปพบแพทย์ทันที หากผู้ป่วยมีอาการแพ้ยามีอาการ ลมพิษ หายใจติดขัด ใบหน้า ปาก หรือลำคอบวมขึ้น

การพยาบาล

- แนะนำผู้ป่วยเรื่องการให้ยาให้ปฏิบัติตามรายละเอียดบนใบกำกับยาและคำ แนะนำของแพทย์อย่าง เคร่งครัด หากมีข้อ สงสัยควรปรึกษาแพทย์และเภสัชกรเท่านั้น

- ให้ผู้ป่วยรับประทานยาในปริมาณที่แพทย์กำหนด ห้าม ลดหรือเพิ่มปริมาณยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์
- แนะนำผู้ป่วยว่ายานี้สามารถรับประทานพร้อมอาหารหรือไม่ ก็ได้

4. Manidipine

สรรพคุณ

เป็นยาในกลุ่มแคลเซียม แชนแนล บล็อกเกอร์ (Calcium channel blocker) ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง และเป็นยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม dihydropyridine calcium channel blockers Manidipine เป็น calcium antagonist ที่ใช้รักษาภาวะความดันโลหิตสูง โดยยับยั้งการเคลื่อนที่ calcium จากภายนอก เซลล์เข้าสู่ภายในเซลล์ผ่านทาง calcium channel จึงลดการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบที่หลอดเลือด เป็นผลให้หลอดเลือดคลายตัว side effect ที่พบจากการใช้ manidipine คือ ข้อเท้าบวม ปวด ศีรษะ ใจสั่น หน้าแดง (flushing) และอ่อนเพลีย

ขนาดและวิธีใช้

ขนาดรับประทาน 10 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

- ผลต่อหัวใจและหลอดเลือดเช่น เกิดความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเต้นผิดปกติ หน้าแดง เจ็บหน้าอกหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด บวมที่ใบหน้า เปลือกตา ริมฝีปาก ลมพิษ หน้ามืด เป็นลม แน่น หน้าอกหายใจลำบาก ผื่นแดง ตุ่มพอง ผิวน้ำตาลลอก มีจ้ำตามผิวหนัง หรือเลือดออกผิดปกติ หากมีอาการข้างต้นหรืออาการ ผิดปกติอื่น ๆ ที่รุนแรงให้รีบไป พบแพทย์ทันที

- ผลต่อระบบประสาท เช่น วิงเวียน ปวดศีรษะ สมองขาดเลือด ตัวสั่น

- ผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น รู้สึกไม่สบายในกระเพาะอาหารและลำไส้

- ผลต่อสภาพจิตใจ เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า

- ผลต่อผิวหนัง เช่น เกิดผื่นคัน

- ผลต่อตับ เช่น ตับทำงานผิดปกติ/ตับอักเสบ

การพยาบาล

- แนะนำให้สังเกตอาการข้างเคียงและพิษของยา สังเกตอาการแพ้ยา ที่อาจเกิดขึ้นได้ หากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์

5. Losartan

สรรพคุณ

คือ ยาลดความดันโลหิตประเภทหนึ่ง ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และทำให้เลือดหมุนเวียนได้ดีขึ้น ซึ่งมักใช้รักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบตันในผู้ป่วยโรคหัวใจ หรือลดความเสียหายของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

ขนาดและวิธีใช้

-รับประทานยา วันละครั้ง ครั้งละ 50 มิลลิกรัม หรือแพทย์อาจเพิ่ม เป็น 100 มิลลิกรัม วันละครั้ง หรือแบ่งเป็น 2 ครั้ง/วัน ผู้สูงอายุที่อายุ มากกว่า 75 ปี เริ่มให้ยาจาก 25 มิลลิกรัม/วัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

-อาการข้างเคียงทั่วไปที่อาจพบได้ คือ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คล้ายจะหมดสติ ความดันโลหิตต่ำ ง่วง ซึม อ่อนเพลีย มีอาการคล้ายไข้หวัด อาหารไม่ย่อย อาเจียน ท้องเสีย ปวดหลัง ปวดเกร็งกล้ามเนื้อ หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง นอนไม่หลับ เป็นต้น โดยยาในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดการไอได้น้อยกว่าEnalapril

การพยาบาล

-แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาเป็นประจำเพื่อให้ได้ประโยชน์จากยาเต็มที่ แนะนำให้รับประทานยาในเวลาเดียวกันของทุกวันเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา และจะต้องใช้ยานี้อย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะรู้สึกดีขึ้นแล้วก็ตาม เพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการใด ๆ

6. Isosorbide Dinitrate

สรรพคุณ

เป็นยารักษาและป้องกัน อาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด โดยตัวยาคะออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ช่วยให้เลือดไหลเวียนไปสู่หัวใจง่ายขึ้น นอกจากนั้นยังอาจนำมาใช้ รักษาหรือป้องกันปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามดุลยพินิจของแพทย์

ขนาดและวิธีการใช้

-รับประทานยาปริมาณ 30-160 มิลลิกรัม/วัน โดยแบ่งรับ รับประทานวันละหลายครั้ง ปริมาณ ยาสูงสุดไม่เกิน 240 มิลลิกรัม/วัน ยานมั้ได้ลิ้น : อมยาปริมาณ 2.5- 10 มิลลิกรัมไว้ใต้ลิ้น ทุก 2 ชั่วโมง หากจำเป็น

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

-มีสัญญาณของการแพ้ยา เช่น ผื่น คัน ลมพิษ หายใจลำบาก เวียนศีรษะอย่างรุนแรง มี อาการบวมบริเวณ ใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น และลำคอ เป็นต้น

-ปวดศีรษะอย่างรุนแรง

-รู้สึกหน้ามืดคล้ายจะหมดสติ

-อาการเจ็บหน้าอกจากการขาดเลือดแย่ง

-หัวใจเต้นเร็วหรือเต้นช้า

-หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือเต้นไม่สม่ำเสมอ

การพยาบาล

- ให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ใช้ยา Isosorbide Dinitrate ชนิดเม็ดทาน เพื่อป้องกันอาการเจ็บหน้าอก เชียบพลัน ควรใช้ยาอย่าง สม่ำเสมอ ยา Isosorbide Dinitrate ชนิดอมใต้ลิ้นเท่านั้นที่ รักษาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น อย่างเชียบพลันได้ หากผู้ป่วยพบ สัญญาณแรกของอาการเจ็บหน้าอก ให้อมยาไว้ใต้ลิ้นแล้วรอ ให้ยาละลายช้า ๆ โดยไม่เคี้ยวยา หรือกลืนยาลงไป

7. Metoprolol

สรรพคุณ

เป็นยาเบต้า บล็อกเกอร์ (Beta Blocker) ที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ถูก นำมาใช้เพื่อป้องกันและรักษาโรคหรืออาการ เช่น ภาวะเจ็บหน้าอกเฉียบพลันจากโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือด โรคหัวใจล้มเหลว และโรคหัวใจ หรืออาจนำมาใช้เพื่อป้องกัน และรักษาโรคหรืออาการอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้โดยจะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

ขนาดและวิธีการใช้

ควรใช้ยาตามฉลากหรือตามที่แพทย์สั่ง อย่างเคร่งครัด ไม่ควรใช้ยานี้ในปริมาณที่มากกว่าหรือติดต่อกัน นานกว่าที่แพทย์แนะนำ หากมีข้อสงสัยควรสอบถามแพทย์หรือเภสัชกร

- ควรรับประทานยาพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร และควรรับประทานยาเวลาเดียวกันทุกวัน เพื่อ ประสิทธิภาพของยา

-ยานี้สามารถแบ่งครึ่งเม็ดได้และควรกลืนยา ทั้งเม็ด ห้ามเคี้ยวเม็ดยาหรือทำให้เม็ดยาแตก

-ยานี้ใช้เพื่อควบคุมอาการโดยไม่ได้รักษา โรคให้หายขาด จึงไม่ควรหยุดใช้ยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เพราะอาจทำให้อาการแย่ลงได้

-ในระหว่างที่ใช้นานี้ ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับการตรวจเลือดและตรวจวัดความดันอยู่บ่อยครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

-เวียนศีรษะรู้สึกเหนื่อยหรืออ่อนเพลียผิดปกติ

-สับสน หรือมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ

-มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ

- ผื่นคัน ท้องเสีย หรือท้องผูก

การพยาบาล

-แนะนำให้สังเกตอาการข้างเคียงและพิษของยา สังเกตอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้ หากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน