



R2R

ผลของการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่

(The study of Factors with Acute Myocardial Infarction in Adult Patients)

พว. วินิตย์ หลงละเลิง ตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการพิเศษ/

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

งานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ และเพื่อศึกษาปัจจัยการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ใช้เวลาเก็บข้อมูล 1 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน STEMI in The Young ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI ได้เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 77.50 อายุเฉลี่ย 46.70 ปี มีอายุน้อยที่สุด 24 ปี และมากที่สุด 50 ปี ตำแหน่งการตีตันของหลอดเลือดหัวใจ บริเวณ Anterior wall มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.50 แนวทางการรักษา สามารถทำ Primary PCI คิดเป็นร้อยละ 95 และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.2 วัน กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 67.50 สูบเฉลี่ยวันละ 11.40 มวน/วัน โดยสูบมากที่สุดถึง 30 มวน/วัน มีระยะเวลาในการสูบบุหรี่ 20.52 ปี มีระดับโคเลสเตอรอล มากกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 65 และพบว่า BMI มากกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 52.50 มีกิจกรรมการออกกำลังกาย เฉลี่ยแค่เพียง 0.42 วัน/สัปดาห์ จากการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีภาวะโรคร่วมที่สำคัญได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 57.50, 45 และ 72.50 ตามลำดับ ก่อนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีระดับความเครียดเฉลี่ย 6.98 คะแนน มีพฤติกรรมการเสพติด คิดเป็นร้อยละ 7.50 และภายหลังการรักษาจะมีระดับความทนต่อการทำกิจกรรมกิจกรรม (Functional Class) ได้ดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการรักษา และพบว่าก่อน-หลังการรักษา ระดับความทนต่อการทำกิจกรรมกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าควรมีการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพต้องเป็นแบบเชิงรุก ควรให้คำแนะนำการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยครอบคลุมถึงการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปีงบประมาณ 2561

คำสำคัญ อุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease: CAD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก จากข้อมูลสถิติของ American Heart Association (AHA) พบว่าประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนถึง 17.3 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 23.6 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 นับว่าเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและมีอัตราการตายเป็นอันดับหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งในปี ค.ศ. 2014 มีอัตราการตายจำนวน 375,000 คนต่อปี (American Heart Association, 2015) สอดคล้องกับสถิติของประเทศไทย พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2557 มีอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คน คิดเป็นอัตรา 28.9, 31.4, 32.9, 38.1 และ 38.5 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

สำหรับในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงสูงติดอยู่ในอันดับ 4 จากสาเหตุการตายทั้งหมด ปัญหาโรคหัวใจเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ จากสถิติพบว่าคนไทยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 450 รายต่อวัน เสียชีวิต 2 คนต่อชั่วโมง และยังมีผู้ป่วยโรคหัวใจต้องนอนโรงพยาบาลถึงวันละ 1,185 ราย นอกจากนี้อัตราการเสียชีวิตของคนไทยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังสูงกว่าผู้ป่วยในประเทศที่พัฒนาแล้วถึง 4-6 เท่า (วิพรรณ สังกะพงค์, 2559) มีแนวโน้มว่าโรคนี้อาจเพิ่มขึ้นอีก และผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอายุน้อยลง (เจริญลาภ อุทานปทุมรส, 2551) สำหรับในประเทศไทย ตัวอย่างในปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 54,530 คน เฉลี่ยการเสียชีวิตวันละ 150 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และมีแนวโน้มว่าโรคนี้อาจเพิ่มขึ้นอีก และผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอายุน้อยลง (เจริญลาภ อุทานปทุมรส, 2551)

ทั้งนี้เพราะในปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนต้องใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบตลอดเวลา ก่อให้เกิดความเครียด ขาดการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในปริมาณที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้องส่วน สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา (ศิริวรรณ เจริญนท, 2548) ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างถาวร การเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลกระทบให้ความสามารถในการทำงาน

ลดลง ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอกและเหนื่อยง่าย ขณะทำกิจกรรม บางรายสามารถทำกิจกรรมได้คงเดิมแต่ไม่กล้าทำ เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอก กลัวจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพ จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

จากการศึกษาผู้วิจัยพบว่าในปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อายุในช่วง 25-60 ปีเพิ่มขึ้นจึงมีความสนใจในอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญให้กับวงการแพทย์ พยาบาลและประชาชน สังคม เพื่อให้เกิดความตระหนักหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง มีแนวทางในการส่งเสริมภาวะสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่

กิจกรรมการพัฒนา

1. วางแผนแนวทางการดำเนินงาน
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบโปรแกรมสำเร็จรูป
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ
5. วิเคราะห์และอภิปรายผลการศึกษาวิจัย
6. นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้บริหารกลุ่มงานการพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกสูง (ST elevation myocardial infarction; STEMI) ที่มารับบริการ ณ แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ใช้เวลาเก็บข้อมูล 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน STEMI in The Young ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) โดยใช้เกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผลคำนวณค่า CVI ได้เท่ากับ .90

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Description Research)

คำจำกัดความ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกสูง (ST elevation myocardial infarction; STEMI) ที่มีอายุระหว่าง 21-50 ปี

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดองค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่
2. มีความรู้และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่
ในยุคปัจจุบัน
3. เป็นแนวทางในการประเมินความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดง ข้อมูลส่วนบุคคลปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (Unmodifiable risk factors) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการ ณ แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปี 2560-61

ข้อมูลส่วนบุคคล	n	%	Mean	Min	Max
กรรมพันธุ์ (Family history)					
- เป็นโรคหัวใจ	5	12.50	-	-	-
- ไม่เป็นโรคหัวใจ	35	87.50			
อายุ (ปี)	40	100	46.70 (SD= 5.54)	24	50
เพศ					
- ชาย	31	77.50	-	-	-
- หญิง	9	22.50			

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการ ณ แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปี 2560-61 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 77.50 อายุเฉลี่ย 46.70 ปี (SD= 5.54) โดยมีอายุน้อยที่สุด 24 ปี และอายุมากที่สุด 50 ปี และพบว่า มีประวัติครอบครัว เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 12.50

ตารางที่ 2 แสดง จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย การวินิจฉัยทางคลินิก แนวทางการรักษา และตำแหน่งการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจ (Location STEMI Wall) แนวทางการรักษา (Treatment) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการ ณ แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปี 2560-61

Location STEMI Wall / Treatment/ Length of stay	n	%	Mean	Min	Max
STEMI Wall					
- Anterior wall MI	27	67.50	-	-	-
- Inferior wall MI	19	47.50	-	-	-
- Posterior wall MI	6	15	-	-	-
- Lateral wall MI	3	7.50	-	-	-
- Septal wall MI	10	25	-	-	-
2. Fibrinolysis					
- ได้รับยา SK	3	7.50	-	-	-
- Door to needle time (min)			33.33 (SD= 10.40)	25	46
3. CAG					
- Primary PCI	38	95	-	-	-
- Door to Balloon time (min)			73.76 (SD= 22.04)	21	120
4. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay)	40	100	5.2 (SD= 3.62)	1	15

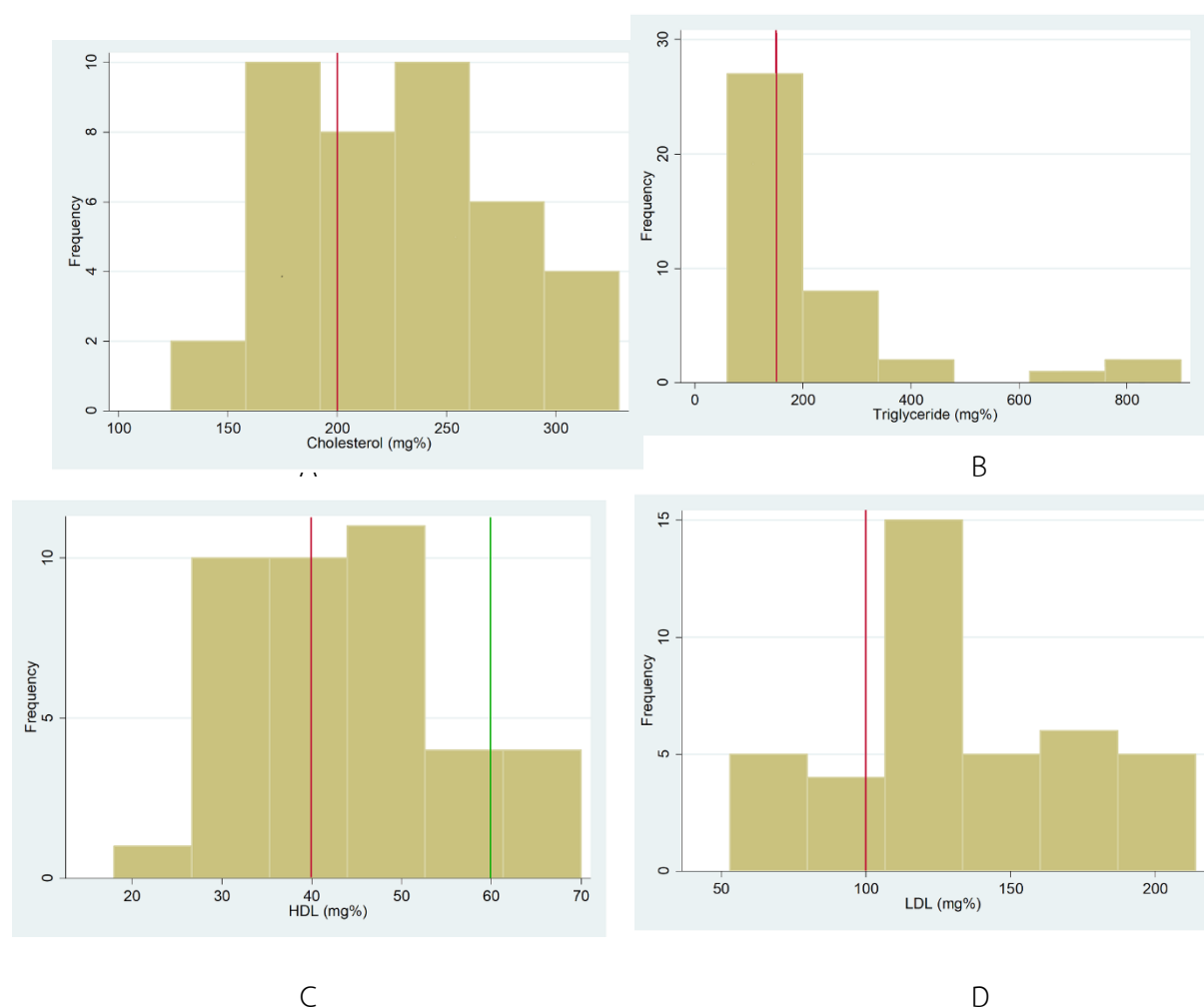
จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ มีตำแหน่งการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจ (Location STEMI Wall) บริเวณ Anterior wall มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.50 รองลงมาเป็นตำแหน่ง Inferior wall คิดเป็นร้อยละ 47.50 สำหรับแนวทางการรักษา (Treatment) ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI มากที่สุดคือการทำ Primary PCI คิดเป็นร้อยละ 95 และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay) เฉลี่ย 5.2 วัน (SD= 3.62)

ตารางที่ 3 แสดง จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการ แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปี 2560-61

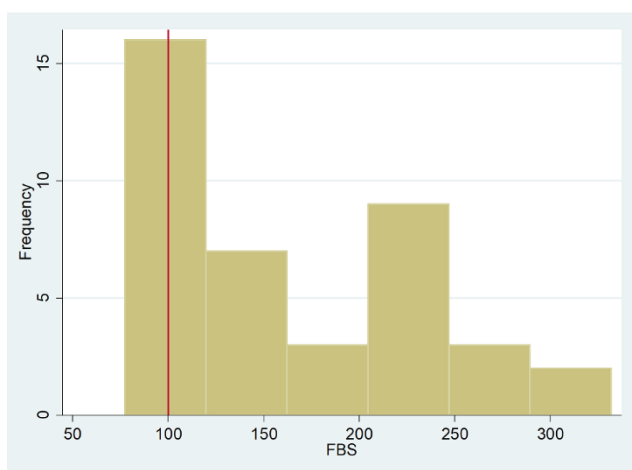
ข้อมูลส่วนบุคคล	n	%	Mean	SD	Min	Max
การสูบบุหรี่						
- สูบบุหรี่	27	67.50	-	-	-	-
- สูบจำนวนมวน/วัน	-	-	11.74	7.46	3	30
- ระยะเวลาในการสูบ (ปี)	-	-	20.52	7.45	10	38
ระดับโคเลสเตอรอล						
- ระดับ Cholesterol (> 200 mg%)	26	65	224.58	50.75	124	329
- ระดับ Triglyceride (> 150 mg%)	19	47.50	210.35	188.24	60	900
- ระดับ HDL-C (< 40 mg%)	14	35	43.85	11.07	18	70
- ระดับ LDL- C (> 100 mg%)	33	82.50	132.98	40.46	53	214
น้ำหนักเกินและความอ้วน						
- BMI (> 25 kg/m ²)	21	52.50	26.20	4.70	17.97	42.70
- เส้นรอบเอว (ผู้ชาย > 80 cm และ ผู้หญิง > 90 cm)	34	85	95.52	14.56	70	147
กิจกรรมการออกกำลังกาย						
- ระดับการออกกำลังกาย (วัน/สัปดาห์)	-	-	0.42	1.01	0	5
ภาวะโรคร่วม						
- มีภาวะความดันโลหิตสูง (HT)	23	57.50	-	-	-	-
ระยะเวลาที่เป็น (ปี)	-	-	3.57	2.81	0	12
- มีภาวะเบาหวาน (DM)	18	45	-	-	-	-
ระยะเวลาที่เป็น (ปี)	-	-	3.56	3.20	0	12
FBS (mg%)	-	-	162.13	69.10	77.40	332
HbA1C (%)	-	-	7.51	2.31	5.30	13.60
- มีภาวะไขมันในเลือดสูง (DLP)	29	72.50	-	-	-	-
ระยะเวลาที่เป็น (ปี)	-	-	3.52	3.26	0	15

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ มีจำนวนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 67.50 สูบเฉลี่ยวันละ 11.40 มวน/วัน โดยสูบบมากที่สุดถึง 30 มวน/วัน มีระยะเวลาในการสูบบุหรี่ 20.52 ปี (Min 10 ปี, Max 38 ปี) กลุ่มตัวอย่างยังมี ระดับโคเลสเตอรอล มากกว่าเกณฑ์ปกติ (> 200 mg%) คิดเป็นร้อยละ 65 โดยพบว่า มีระดับ Cholesterol เฉลี่ย 224.58 mg% ระดับ Triglyceride เฉลี่ย 210.35 mg% ระดับ HDL-C เฉลี่ย 43.85 mg% และ ระดับ LDL- C เฉลี่ย 132.98 mg% และพบว่าผู้ป่วยมี BMI มากกว่าเกณฑ์ปกติ (> 25 kg/m²) คิดเป็นร้อยละ 52.50 โดยทั้งเพศ ชายและหญิงมีเส้นรอบเอว มากกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 85 โดยมีกิจกรรมการออกกำลังกาย เฉลี่ยแค่เพียง 0.42 วัน/สัปดาห์ เท่านั้น

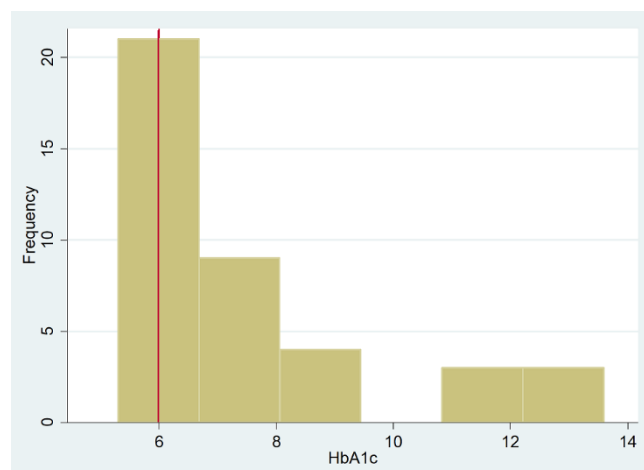
จากการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ มีภาวะโรคร่วมที่สำคัญได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 57.50, 45 และ 72.50 ตามลำดับ และพบว่า มีภาวะโรคร่วมเหล่านี้อยู่นาน 3.52-3.57 ปี ก่อนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



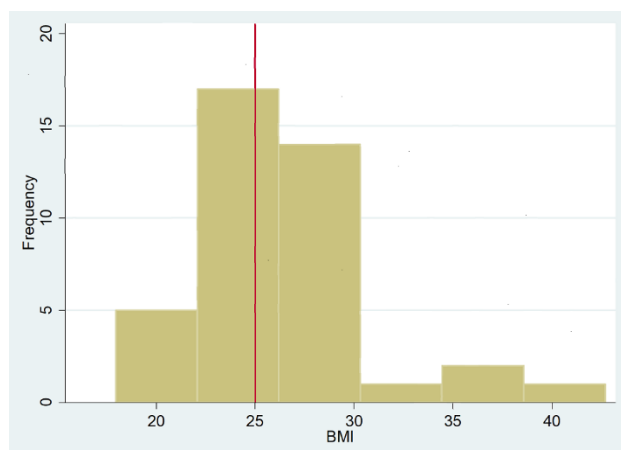
รูปที่ 1 แผนภูมิแท่ง แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ ที่มีระดับระดับ Cholesterol (A) ระดับ Triglyceride (B) ระดับ HDL-C (C) และ ระดับ LDL- C (D) มากกว่าเกณฑ์ปกติ



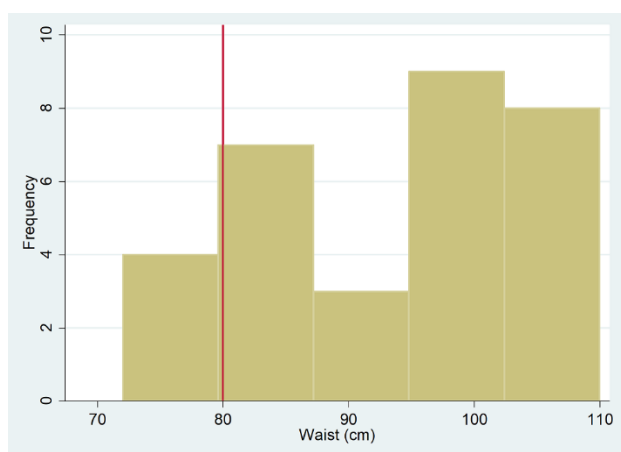
A



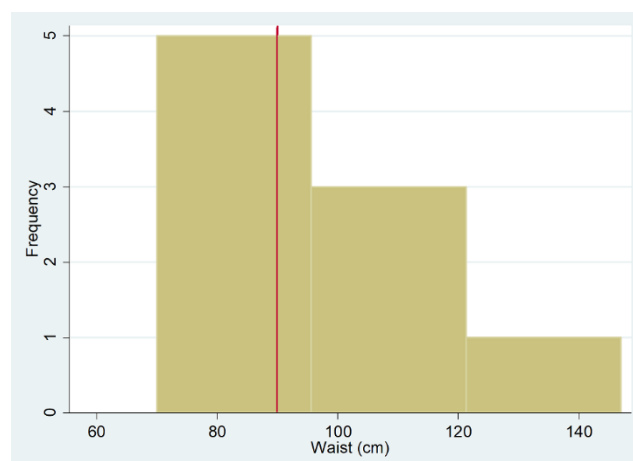
B



C



D



E

รูปที่ 2 แผนภูมิแท่ง แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ ที่มีระดับ FBS (A), ระดับ HbA1C (B), ระดับ BMI (C), เส้นรอบเอวในผู้ชาย (D) และเส้นรอบเอวในผู้หญิง (E) มากกว่าเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 4 แสดง จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factor) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ ที่มารับบริการ แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปี 2560-61

ข้อมูลส่วนบุคคล	n	%	Mean	SD	Min	Max
ระดับความเครียด						
- Rating scale	40	100	6.98	1.93	2	10
ระดับการดื่มแอลกอฮอล์						
- ทุกวัน	9	22.50	-	-	-	-
- อาทิตย์ละ 2-3 วัน	5	12.50	-	-	-	-
- นานๆ ครั้ง	16	40	-	-	-	-
- ไม่ดื่ม	10	25	-	-	-	-
การดื่มกาแฟ	34	85	-	-	-	-
- ดื่ม (แก้ว/วัน)	-	-	1.71	0.87	1	5
ยาเสพติด						
- เสพยาเสพติด	3	7.50	-	-	-	-

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ มีระดับความเครียดเฉลี่ย 6.98 คะแนน (Stress Rating scale 0-10) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดื่มแอลกอฮอล์ นานๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40 ดื่มกาแฟ คิดเป็นร้อยละ 85 โดยดื่มเฉลี่ย 1.71 แก้ว/วัน และพบว่ามีเสพยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 7.50

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละภาวะแทรกซ้อน (Complication) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยใหญ่ ที่มารับบริการ

ข้อมูลส่วนบุคคล	n	%
Cardiac arrhythmia	20	50
Electrolyte imbalance	38	95
Cardiogenic shock	13	32.50
Cardiac failure and pulmonary edema	16	40
Embolism	1	2.5
Cardiac rupture	1	2.5
Pericarditis	0	0
Hematoma from CAG	0	0

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยใหญ่ พบมีภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคมากที่สุดคือ มีภาวะ Electrolyte imbalance คิดเป็นร้อยละ 95 รองลงมาคือภาวะ Cardiac arrhythmia และ Cardiac failure and pulmonary edema คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ

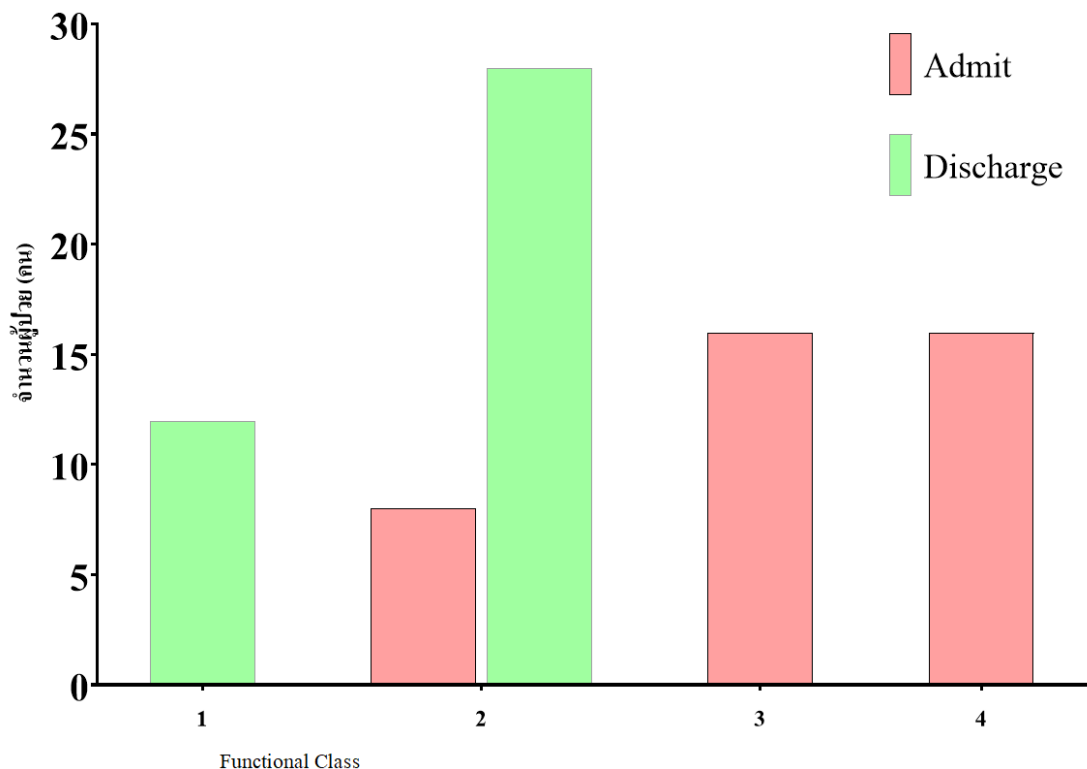
ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความความทนต่อการทำกิจกรรมกิจกรรมก่อนการรักษา และหลังการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยใหญ่ ที่มารับบริการ ณ แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=40)

New York Heart Association Functional Classification	ก่อนการรักษา n (%)	หลังการรักษา n (%)	t	p-value
Class I (Mild)	0	12 (30)	-7.02	.000
Class II (Mild)	8 (20)	18 (70)		
Class III (Moderate)	16 (40)	0		
Class IV (Severe)	16 (40)	0		

P < .01

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยใหญ่ หลังการรักษาจะมีระดับความความทนต่อการทำกิจกรรมกิจกรรม (Functional Class) ได้ดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการรักษา

และพบว่าก่อน-หลังการรักษา ระดับความความทนต่อการทำกิจกรรมกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01



รูปที่ 2 แผนภูมิแท่ง แสดงระดับความความทนต่อการทำกิจกรรม (Functional Class) กับจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ ก่อน-หลังการรักษาพยาบาล (Admit-Discharge)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาจะพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 77.50 อายุเฉลี่ย 46.70 ปี (SD= 5.54) โดยมีอายุน้อยที่สุด 24 ปี และอายุมากที่สุด 50 ปี ทั้งนี้สาเหตุสำคัญที่ทำให้คนไทยเป็นโรคนี้และเกิดในกลุ่มคนที่มีอายุน้อย มีจำนวนมากขึ้นนั้นเป็นเพราะรูปแบบการดำเนินชีวิตในสังคมที่เปลี่ยนไป มีการรับประทานอาหารมากเกินไปจนเกิดความจำ เป็น กินอาหารรสเค็ม หวานและไขมันสูง กินผักผลไม้ไม่เพียงพอ และในขณะเดียวกันมีการเคลื่อนไหวออกแรงน้อยลง มีเครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น มีการพบปะสังสรรค์ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ซึ่งรูปแบบการดำเนินชีวิตดังกล่าวเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน ภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวานส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (นิตยา พันธุเวช และคณะ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ ที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 67.50 สูบเฉลี่ยวันละ 11.40 มวน/วัน โดยสูบมากที่สุดถึง 30

มวน/วัน มีระยะเวลาในการสูบบุหรี่ 20.52 ปี (Min 10 ปี, Max 38 ปี) มีภาวะอ้วน BMI มากกว่าเกณฑ์ปกติ ($> 25 \text{ kg/m}^2$) คิดเป็นร้อยละ 52.50 โดยพบว่าทั้งเพศ ชายและหญิงมีเส้นรอบเอว มากกว่าเกณฑ์ปกติคิดเป็นร้อยละ 85 โดยมีกิจกรรมการออกกำลังกาย เฉลี่ยแค่เพียง 0.42 วัน/สัปดาห์ เท่านั้น

การศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี ระดับโคเลสเตอรอล มากกว่าเกณฑ์ปกติ ($> 200 \text{ mg\%}$) คิดเป็น ร้อยละ 65 โดยพบว่า มีระดับ Cholesterol เฉลี่ย $224.58 \text{ mg\%}$ ระดับ Triglyceride เฉลี่ย $210.35 \text{ mg\%}$ ระดับ HDL-C เฉลี่ย $43.85 \text{ mg\%}$ และ ระดับ LDL- C เฉลี่ย $132.98 \text{ mg\%}$ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ludwig (2002) ที่พบว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง มีผลทำให้มีไขมันในเลือด ได้แก่ ไตรกลีเซอไรด์ (triglycerides) และแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL cholesterol) สูงขึ้น ประกอบกับการรับประทานอาหารที่มี ไขมันอิ่มตัวสูงที่ได้ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ มีระดับ ความเครียดเฉลี่ย 6.98 คะแนน (Stress Rating scale 0-10) มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดื่มแอลกอฮอล์ นานๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 40 ดื่มกาแฟ คิดเป็นร้อยละ 85 โดยดื่มเฉลี่ย 1.71 แก้ว/วัน และพบว่ามีเสพยาเสพติด คิดเป็น ร้อยละ 7.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ Rosengren, et al. (2004) ซึ่งพบว่าความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น โดยจากการศึกษาพบว่าภาวะเครียดมีความสัมพันธ์กับการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นการจัดการความเครียดจึงเป็นแนวทางสำคัญในการ ช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างลดโอกาสเสี่ยงลง เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ สุรพล ช้วยบุคดา (2558) พบว่าปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ 1) รับประทานอาหาร ที่มีไขมันสูง 2) การขาดการออกกำลังกายหรือออกไม่เพียงพอ 3) รับประทานอาหาร/ขนม ที่ปรุงด้วยกะทิ 4) การมีความเครียดในอารมณ์ ไม่ สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ 5) สูบบุหรี่ ทั้งนี้สามารถพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 52

บทเรียนที่ได้รับ / ข้อเสนอแนะ

วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ และมีอายุน้อยลงจากปัญหาเรื่องดัชนีมวลกาย และรอบเอวเกินมาตรฐาน ภาวะความอ้วน การมีความดันโลหิต น้ำตาลใน เลือด ไขมันในเลือดที่สูงกว่าเกณฑ์ การสูบบุหรี่และใช้สารเสพติด ความเครียดในการใช้ชีวิตประจำวัน พยาบาล ควรมีการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่ใน กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพต้องเป็นแบบเชิงรุก ควรให้ คำแนะนำการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยครอบคลุมถึงการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

การติดต่อกับทีมงาน

พว. วินิตย์ หลงละเลิง โทร 081-4823255 E-mail: Winityod@hotmail.com

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- เจริญลาภ อุทานปทุมรส. (2551). ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. *จุลสารเพอร์เฟกซาร์ท*, 4(2): 25-37.
- ชมรมคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต (Thai Resuscitation Council) และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2559). *คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูง สำหรับบุคคลากรทางการแพทย์ (ACLS Provider Manual)*, บจก.ปัญญามิตร การพิมพ์.
- นิตยา พันธุ์เวทย์, นุชรี อาบสุวรรณ และ ชิดารัตน์ อภิญา. (2557). *คู่มือประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- ถ.ดิวันนัท อ.เมือง จ.นนทบุรี, จัดพิมพ์โดย ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วิพรรณ สังคหะพงศ์. (2559). *เอกสารชุดที่ 1: วิกฤตโรคหัวใจ ปลอดภัยทั่วไทย (Save Thais From Heart Disease)*. สถาบันโรคทรวงอก, 19 สิงหาคม.
- ศิริวรรณ เจริญนท. (2548). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 ต่อความรู้ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต.
- สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2558). *The Acute Care: New CPR Guideline. Educational Programs*, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 16 ธันวาคม, 96.
- สุรพล ชัยนาค. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3 (4), ตุลาคม - ธันวาคม 2558, 547-560.
- สำนัก, นโยบายและยุทธศาสตร์. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ. (2558). *จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2553 – 2557*. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

ภาษาอังกฤษ

- American Heart Association. (2015). *The 2015 Guidelines Highlights provides a summary by topic of the 2015 changes to resuscitation guidelines*. Available from:
<https://eccguidelines.heart.org/index.php/american-heart-association>
- Lortajakul, C. (2006). *The development of the quality of life instrument in Thai patients with post myocardial infarction*. Doctoral Dissertation, Doctor of Nursing science, Faculty of Nursing Chulalongkorn University.

- Ludwig, D. S. (2002). The glycemic index: Physiological mechanism relating to obesity, diabetes, and cardiovascular disease. *JAMA*; 287: 2414-23.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., et al., (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11,119 cases and 13,648 controls from 52 countries (the INTERHEART study: Case control study. *Lancet*; 364: 953-62.

ภาคผนวก
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

HN.....Tel.....

ตอนที่ 1 Clinical STEMI

1. STEMI Wall ☐ 1. Anterior wall MI ☐ 2. Inferior wall MI ☐ 3. Posterior wall MI
☐ 4. Lateral wall MI ☐ 5. Septal wall MI
2. Fibrinolysis ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ Door to needle timeนาที
3. CAG ☐ ทำ ☐ ไม่ทำ Door to Balloon time..... นาที
4. ความรุนแรงของโรคตามอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ก่อนการรักษาพยาบาล
☐ ระดับ 1 ☐ ระดับ 2 ☐ ระดับ 3 ☐ ระดับ 4

ตอนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (Unmodifiable risk factor)

5. กรรมพันธุ์ (Family history) บิดา/มารดา ☐ เป็นโรคหัวใจ ☐ ไม่เป็นโรคหัวใจ
6. อายุปี
7. เพศ (Sex) ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

ตอนที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factor)

8. การสูบบุหรี่ ☐ สูบมวน/วัน ระยะเวลา.....ปี ☐ ไม่สูบ
9. ระดับโคเลสเตอรอล
 - 9.1 ระดับ Cholesterol..... mg%
 - 9.2 ระดับ Triglyceride..... mg%
 - 9.3 ระดับ HDL-C..... mg%
 - 9.4 ระดับ LDL- C..... mg%
10. น้ำหนักเกินและอ้วน น้ำหนัก.....kg ส่วนสูง.....cm
 - 10.1 BMI.....
 - 10.2 เส้นรอบเอว.....cm
11. การขาดกิจกรรมทางกาย ระดับการออกกำลังกาย 0 1 2 3 4 5 6 7 วัน/สัปดาห์
12. HT ☐ มี ☐ ไม่มี ระยะเวลาที่เป็น.....ปี
13. DM ☐ มี ☐ ไม่มี ระยะเวลาที่เป็น.....ปี ☐ FBS.....mg% ☐ HbA1C.....%
14. DLP ☐ มี ☐ ไม่มี ระยะเวลาที่เป็น.....ปี
15. ระดับความเครียด 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Rating scale)
16. การดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ทุกวัน ☐ อาทิตย์ละ 2-3 วัน ☐ นาน ๆ ครั้ง ☐ ไม่ดื่ม
17. การดื่มกาแฟ ☐ ดื่มแก้ว/วัน ☐ ไม่ดื่ม
18. ยาเสพติด ☐ เสพติด..... ☐ ไม่เสพ

ตอนที่ 4 Complication

19. ภาวะแทรกซ้อน
 - 19.1 Cardiac arrhythmia ☐ มี ☐ ไม่มี
 - 19.2 Electrolyte imbalance ☐ มี ☐ ไม่มี
 - 19.3 Cardiogenic shock ☐ มี ☐ ไม่มี
 - 19.4 Cardiac failure and pulmonary edema ☐ มี ☐ ไม่มี
 - 19.5 Embolism ☐ มี ☐ ไม่มี
 - 19.6 Cardiac rupture ☐ มี ☐ ไม่มี
 - 19.7 Pericarditis ☐ มี ☐ ไม่มี
 - 19.8 Hematoma from CAG ☐ มี ☐ ไม่มี

20. ความรุนแรงของโรคตามอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ก่อนการรักษาพยาบาล

☐ ระดับ 1 ☐ ระดับ 2 ☐ ระดับ 3 ☐ ระดับ 4

21. นอนโรงพยาบาล.....วัน