



# การสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดหลัง ในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

นางสาวจิตหทัย สุขสมัย  
นางสาวยศวรณ นิพัฒน์ศิริผล  
นางสาวถนอมศรี แดงศรี  
นางสาวธนัชฐา สมัย

งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์  
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและเหตุผลความจำเป็น	1
วัตถุประสงค์	2
ขอบเขต	2
ประโยชน์	2
นิยามคำศัพท์เฉพาะ	2
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานสังเคราะห์ / วิจัยที่เกี่ยวข้อง	3
โรคหลอดเลือดหัวใจ	3
การขยายหลอดเลือดหัวใจ	3
อาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ	5
การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ	5
บทที่ 3 วิธีการสังเคราะห์	11
ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง หรือแหล่งข้อมูล	11
เครื่องมือที่ใช้ในการสังเคราะห์	11
การเก็บรวบรวมข้อมูล	15
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ	16
บทที่ 4 ผลการสังเคราะห์	17
บทที่ 5 สรุปผลและข้อเสนอแนะ	19
บรรณานุกรม	21

## การสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

นางสาวจิตหทัย สุขสมัย\*, นางสาวศวรรณ นิตพัฒนศิริผล\*\*, นางสาวณอมศรี แดงศรี\*, นางสาวธนัญญา สมัย\*\*\*

\*งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

\*\*งานการพยาบาลระบบหัวใจและหลอดเลือด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

\*\*\*ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### บทคัดย่อ

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลศิริราช โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1. วิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงาน 2. สืบค้นและคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3. วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4. เขียนข้อเสนอแนะจากงานวิจัย 5. สรุปแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและตรวจสอบความแม่นยำเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาที่ได้จากงานวิจัย จำนวน 7 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ RCT 2 เรื่อง งานวิจัย experimental study 1 เรื่อง และ non-experimental study 4 เรื่อง ซึ่งได้ข้อเสนอแนะดังนี้ 1) การประเมินความไม่สบายจากอาการปวดหลัง Bleeding และ Hematoma 2) วิธีการลดอาการปวดหลัง ได้แก่ การใช้ที่นอนลมร่วมกับ exercise program การจัดทำอนสิริระยะสูง 0-30 องศา การให้ลูกยืนเดินภายหลังจากนำสาย sheath ที่ขาออกแล้ว 6 ชั่วโมง และการประเมินอาการปวดหลัง Bleeding และ Hematoma เมื่อครบ 48 ชั่วโมง

การถูกจำกัดกิจกรรมให้นอนราบห้ามงอขา ภายหลังจากขยายหลอดเลือดหัวใจ นำมาซึ่งความไม่สบาย และอาการปวดหลัง การพยาบาลเพื่อลดความไม่สบายเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาล เพื่อลดและบรรเทาความไม่สบายให้แก่ผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ICCU และศูนย์โรคหัวใจชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย พบว่าอาการปวดหลังอยู่ในระดับ 1-3 ไม่พบภาวะ Bleeding หรือ Hematoma ที่รอย Puncture

คำสำคัญ :

*percutaneous transluminal coronary angioplasty, coronary angioplasty, back pain, discomfort, ambulate*

## **The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline on Reducing back pain in patients after PCI in Siriraj Hospital**

Jithathai Suksamai\*, Yosvun Nipatsiripol\*\*, Tanomsri Daengsri\*, Thanitha Samai\*\*\*

\*Medical and psychological Nursing Division, Nursing Department Siriraj Hospital

\*\*Cardiology Nursing Division, Nursing Department Siriraj Hospital

\*\*\*Medical Nursing Department, Faculty of Nursing

This study is aimed to develop a clinical nursing practice guideline (CNPG) on reducing back pain in patients after PCI (Percutaneous coronary intervention) in Siriraj Hospital.

Research utilization process was employed as a guideline to develop the CNPG. Following were the steps used in this study; 1. Analyze the problem 2. Search for relevant researches 3. Analyze the research 4. Write the recommendations which derived from research findings 5. Valid the recommendations 6. Write the CNPG.

Two RCTs, one experimental design research study and four non-experimental design research studies were retrieved from electronic databases and used to develop CNPG. The recommendations to reduce back pain in patients after PCI are as follows

- 1) Performing back pain, bleeding and hematoma assessment : 1.1 Selects and uses an appropriate back pain, bleeding and hematoma assessment tools, 1.2 Evaluates bleeding, hematoma and complications after PCI.
- 2) Implement a reducing back pain program by : 2.1 Prepares air mattress and uses exercise program, 2.2 Allows patients to adjust their position to 30 degree, 2.3 Encourage early ambulation at 6 hours after sheath removal, 2.4 Assesses back pain, bleeding and hematoma within 48 hours.

Immobilization causes PCI patients to be discomfort, back pain is the most common. Promoting comfort has historically been a focus of interest and injury within the discipline of nursing. A serious attempt should be made to address the comfort needs of all patients undergoing invasive cardiac procedures. An evidence-based CNPG is strongly recommended, because it can lead to excellence service care.

The CNPG was used in 30 PCI patients who admitted in ICCU and HMC 5<sup>th</sup> ; Siriraj Hospital. The results were reported that back pain score in level 1-3 and no bleeding or hematoma at the puncture site.

**Keywords :**

*percutaneous transluminal coronary angioplasty, percutaneous coronary intervention, back pain, discomfort, ambulate*

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและเหตุผลความจำเป็น

การตรวจสวนหัวใจและการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) เป็นการตรวจรักษาที่ได้ผลดีและใช้รักษาผู้ป่วยจำนวนมากในปัจจุบัน โดยในปี พ.ศ. 2547 ศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช มีผู้ป่วยได้รับการตรวจสวนหัวใจ 2,507 ราย ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1,192 ราย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบความไม่สุขสบายจากการถูกจำกัดกิจกรรมภายหลังทำหัตถการ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกจากบริเวณที่ทำหัตถการที่เส้นเลือดที่ขาหนีบ (Femoral artery)

จากการสำรวจในปี 2547 ในหอผู้ป่วย ICCU พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจ มีอาการปวดหลัง ประมาณ 31% การหาแนวทางเพื่อลดอาการปวดหลังและความไม่สุขสบายในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับพยาบาลที่จะช่วยลดความไม่สุขสบายของผู้ป่วยได้

ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อลดอาการไม่สุขสบายจากอาการปวดหลังของผู้ป่วยในต่างประเทศมากมาย โดย Chair SY และคณะ ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการเปลี่ยนท่าของผู้ป่วยโดยให้พลิกตะแคงตัวทุก 1 ชั่วโมงในผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจ (Coronary angiography) พบว่าอาการปวดหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญ<sup>1</sup> Barkman A และ Lunse CP ได้ศึกษาอาการปวดหลัง ในผู้ป่วยหลังตรวจสวนหัวใจ 2 กลุ่ม ที่ให้อนราบ 3 และ 6 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยที่นอนราบ 3 ชั่วโมง มีอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มที่นอน 6 ชั่วโมง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก vascular bleeding<sup>2</sup> Keeling AW และคณะ ศึกษาผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary intervention) เปรียบเทียบระหว่างนอนราบ 4 และ 6 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยที่นอนราบ 4 ชั่วโมง มีอาการปวดหลังน้อยกว่าและไม่เกิด vascular bleeding จากแผล<sup>3</sup> สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจในโรงพยาบาลศิริราช จะถูกจำกัดกิจกรรม โดยผู้ป่วยจะต้องนอนราบเป็นเวลา 6 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนต้องนอนราบเป็นเวลานานถึง 10-12 ชั่วโมง

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาและการปฏิบัติในแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน ยังไม่สามารถหาข้อสรุปในการดูแลผู้ป่วยหลังการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างแนวปฏิบัติเพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ อันเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและศึกษาผลจากการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

### ขอบเขต

การจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจนี้ ใช้ในหอผู้ป่วย CCU ICCU ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 และชั้น 8 ในโรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาในการทำแนวทางปฏิบัติ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2549 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551

### ประโยชน์

1. พยาบาลสามารถใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลและลดอาการปวดหลังผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นแนวทางเดียวกันจากหลักฐานเชิงประจักษ์
2. ผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจได้รับการพยาบาลเพื่อลดความไม่สบายจากอาการปวดหลัง

### นิยามคำศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention) หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน โดยอาจจะได้รับการวางขดลวดหรือกรอกราบไขมันในหลอดเลือดอีกด้วย

อาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือด หมายถึง อาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งได้รับการเจาะสวนหลอดเลือดแดงที่บริเวณขาหนีบ (Femoral artery) ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเกิดจากการถูกจำกัดกิจกรรมในการเคลื่อนไหว ด้วยการให้อนอนราบ 10-12 ชั่วโมง โดยใช้แบบประเมินแบบ Visual analogue scale

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎีและงานสังเคราะห์/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease ; CAD) หรือที่เรียกว่าโรคหลอดเลือดแดงหัวใจแข็ง (Atherosclerotic heart disease, Atherosclerotic cardiovascular disease, หรือ Coronary heart disease) หมายถึงผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ซึ่งเกิดจากการสร้างคราบตะกอน (plaque) ขึ้นตามผนังด้านในของหลอดเลือดแดงของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดแดงแคบลงและลดการไหลเวียนของเลือดไปยังหัวใจ<sup>4</sup>

ส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมในผนังของหลอดเลือด ทำให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง ทำให้เลือดซึ่งนำออกซิเจนไหลผ่านได้น้อยลง ส่งผลให้เลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome; ACS) ซึ่งมีอาการเจ็บหน้าอก โดยเฉพาะอาการเจ็บแน่นหัวใจ ที่ร้าวไปยังแขนซ้ายหรือกราม มีลักษณะปวดเหมือนถูกกดทับ และสัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้ เหงื่อแตก หากเกิดการอุดตันของหลอดเลือดเฉียบพลันซึ่งมักเกิดจากคราบไขมันที่อยู่ที่ผนังของหลอดเลือดชั้นในแตกออก (plaque rupture) และกลายเป็นลิ่มเลือด จะส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดมีการยกของช่วง ST (ST elevation Myocardial infarction; STEMI) หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดไม่มีการยกของช่วง ST (Non ST acute coronary syndrome; Non ST-ACS) ซึ่งเดิมอาจแยกออกเป็นชนิดที่มี Cardiac marker สูง (Non ST elevation Myocardial infarction; NSTEMI) และชนิดที่ Cardiac marker ไม่ผิดปกติ (Unstable angina) ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยกลุ่มนี้มักจะมีอาการเจ็บหน้าอกเฉพาะเวลาออกแรง (Stable angina)

#### การขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่แพทย์ประเมินอาการแล้วว่า การรักษาทางยาไม่ได้ผล จำเป็นต้องรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะได้รับการตรวจสอบหัวใจเพื่อดูพยาธิสรีรวิทยาของหลอดเลือดหัวใจ หากมีการอุดตันมากกว่า 70% ขึ้นไป หรือ 50% ขึ้นไปในหลอดเลือด Left main จะได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้หากหลอดเลือดหัวใจมีการตีบตันมากหลายเส้น แพทย์อาจพิจารณาให้รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแทน

การตรวจสวนหัวใจ (Coronary artery angiography; CAG) และการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention; PCI) เป็นการผ่าตัดการที่ต่อเนื่องกัน โดยแพทย์จะทำการใส่ท่อใส่สายสวน (sheath) หลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณขาหนีบ (femoral artery) หรือบริเวณข้อมือ (radial artery) จากนั้นจะสอดสายสวนขนาดเล็กไปจนถึงหัวใจ แล้วฉีดสารทึบรังสีดูตำแหน่งที่ตีบตัน หากการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น จะนำสายสวนทั้งหมดออกแล้วปิดแผล แต่ถ้าพบว่าการตีบตันดังกล่าวจำเป็นต้องทำการขยายหลอดเลือด แพทย์จะนำสายสวน CAG ออก แล้วใส่สายสวนสำหรับทำ PCI ซึ่งจะมีบอลูนที่ส่วนปลายในการขยายส่วนที่ตีบ ลักษณะของสายมีหลายแบบ เช่น มีบอลูนเพียงอย่างเดียวสำหรับทำขยายหลอดเลือด (Plain old balloon angioplasty; POBA) มีขดลวดที่ส่วนปลาย (stent) มีความคมใช้ตัดไขมันในหลอดเลือด (cutting balloon) มีหัวกรอเพชรใช้ปั่นกรอคราบตะกอนที่อุดตัน (rotablator) เป็นต้น

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาทำหัตถการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ จะได้รับการใส่สายสวนโดยผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ (femoral artery) เนื่องจากขนาดหลอดเลือดใหญ่ แพทย์สามารถทำหัตถการได้สะดวกกว่า ดังนั้นหลังทำหัตถการผู้ป่วยจึงต้องนอนราบห้ามงอขาข้างที่ทำ เพื่อป้องกันการเกิดเลือดออกจากแผล (puncture site) โดยหากทำการตรวจสวนหัวใจเพียงอย่างเดียว แพทย์จะนำสายสวนและท่อใส่สายสวนออก แล้วปิดแผล จากนั้นให้นอนราบห้ามงอขา เป็นเวลา 6 ชั่วโมง แต่ถ้าพบว่าหลอดเลือดมีการตีบตันมากต้องรับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อ แพทย์จะให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Heparin) เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดขณะทำหัตถการ ดังนั้นหลังจากการขยายหลอดเลือดเสร็จสิ้น แพทย์จะนำสายสวนที่ใส่ไปขยายหลอดเลือดถึงหัวใจออก แต่จะยังไม่เอาท่อใส่สายสวน (sheath) ออก ต้องรอจนกว่าหมดฤทธิ์ยา Heparin เป็นเวลาประมาณ 4 ชั่วโมง โดยก่อนจะเอาท่อใส่สายสวนออก จะตรวจเลือดเพื่อดูผล Activated Clotting Time (ACT) ก่อนว่าค่าน้อยกว่า 180 วินาที จึงจะเอาออกได้ หลังจากนั้นนำท่อใส่สายสวนออกแล้ว ผู้ป่วยยังคงต้องนอนราบวางหมอนทรายทับบนแผล 2 ชั่วโมง จากนั้นจึงเริ่มให้พลิกตะแคงตัวได้ ห้ามงอขาข้างที่ทำต่ออีก 6 ชั่วโมง

หลังทำหัตถการในผู้ป่วยที่นัดหมายมา สามารถกลับบ้านได้ ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม ACS ที่ทำหัตถการระหว่างการรักษา แพทย์จะประเมินตามอาการว่าสมควรกลับบ้านได้เมื่อใด ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยจะแนะนำให้หลีกเลี่ยงการนั่งยอง การขับรถ หรือกิจกรรมที่ต้องออกแรงขาข้างที่ทำ จากนั้นจะนัดมาตรวจดูแผลและผลเลือดการทำงานของไตใน 1-2 สัปดาห์ถัดไป



### อาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจจะได้รับการดูแลตาม Protocol ของศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งเป็นแบบแผนการดูแลที่กำหนดขึ้น โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ต้องนอนราบ ห้ามพลิกตะแคงตัว และห้ามงอขาข้างที่ทำ จนกว่าเอาสายสวนหลอดเลือดที่ขาหนีบออก ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว โดยให้นอนอยู่บนเตียง นับตั้งแต่เริ่มเข้าไปประกอบการขยายหลอดเลือดหัวใจจนถึงนำสาย sheath ออกแล้ว 6 ชั่วโมง นับรวมเป็นเวลาประมาณ 12-20 ชั่วโมง จึงมีความไม่สุขสบายหลายประการ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยจะถูกห้ามลุกนั่ง ยืน เดิน และงอขาหนีบข้างที่คาสายสวน ที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวดหลัง

นอกจากนี้ในกรณีที่มีค่า ACT สูงกว่า 180 วินาที หรือสัญญาณชีพไม่คงที่ จะทำให้ต้องเลื่อนเวลาในการนำท่อนำสายสวนออกไปอีก ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนเป็นระยะเวลานานเพิ่มขึ้น เมื่อครบ 6 ชั่วโมงแล้วให้ผู้ป่วยงอขา และลุกนั่งได้ แต่ยังไม่ให้ผู้ป่วยลุกเดิน หรือลงจากเตียง เนื่องจากเกรงว่าจะมีเลือดออกจากแผล หรือเกิดเลือดออกใต้ผิวหนัง (Hematoma) จึงมักอนุญาตให้ผู้ป่วยลุกจากเตียง หรือไปเข้าห้องน้ำได้ในเช้าวันรุ่งขึ้น หลังจากแพทย์เปิดแผลแล้ว

จากการสำรวจในปี 2547 ในหอผู้ป่วย ICCU พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจ มีอาการปวดหลัง ประมาณ 31% การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อบรรเทาอาการปวดหลัง ได้แก่ พลิกตะแคงตัวให้ หลังจาก off sheath แล้ว 2 ชั่วโมง ให้ยาแก้ปวด ประเภท ยารับประทาน ยานวด เป็นต้น นอนศีรษะสูง 10-15 องศา ในช่วงเวลารับประทานอาหาร ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการปวดจนไม่สามารถพักผ่อนได้อาจปรึกษาแพทย์เพื่อให้ยานอนหลับตามแผนการรักษา

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่ออาการปวดหลัง นอกจากการถูกจำกัดกิจกรรมไม่ให้เคลื่อนไหวเป็นเวลาหลายชั่วโมงแล้ว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่กลัวภาวะเลือดออกที่ตำแหน่งแผลทำให้นอนเกร็งตัว ไม่กล้าขยับตัว หรือผู้ป่วยสูงอายุหลายคนที่มีปัญหาสุขภาพจากอาการปวดหลังก่อนจะทำหัตถการอยู่แล้ว เมื่อถูกจำกัดกิจกรรมจึงทำให้อาการปวดหลังรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

### การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การนำกระบวนการใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาลมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มีขั้นตอนดังนี้

## 1. การกำหนดปัญหาทางคลินิก

การกำหนดประเด็นปัญหาในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการหาวิธีการเพื่อลดความไม่สบายของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวโดยให้อนอนราบ ทำให้เกิดความไม่สบายต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการปวดหลัง การหาแนวทางปฏิบัติเพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้บรรเทาความไม่สบายจากอาการปวดหลัง กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐาน โดยใช้แนวคิดของ PICO (PICO framework) ดังนี้

Population : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

Intervention: การพยาบาลหรือการบำบัดทุกชนิดที่ลดความไม่สบายจากอาการปวดหลัง

Comparison Intervention : -

Outcome : ความสบาย ลดอาการปวดหลังของผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

## 2. การสืบค้นข้อมูล

### 2.1 การกำหนดคำสำคัญ

Keywords ได้แก่ back pain, Percutaneous Coronary Intervention (PCI), angioplasty, comfort, discomfort, ambulation, immobilized

### 2.2 ฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

สืบค้นงานวิจัยจากระบบฐานข้อมูล CD ROM ได้แก่ CINAHL, Pre CINAHL, Pubmed, Cochrane, Ovid, Highwire Press, Ovid, Springerlink, Science direct

### 2.3 กำหนดวัตถุประสงค์ในการสืบค้นเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- งานวิจัยที่ศึกษาที่ตีพิมพ์ในช่วงเดือน มกราคม ค.ศ. 1994 – ธันวาคม ค.ศ. 2007
- งานวิจัยที่ศึกษาในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- งานวิจัยที่สืบค้นได้เป็นฉบับสมบูรณ์ (Full text)

## 3. การประเมินและวิเคราะห์คุณภาพงานวิจัย

นำงานวิจัยที่สืบค้นได้มาวิเคราะห์ สกัดลงในตาราง ดังแสดงในภาคผนวก โดยใช้เกณฑ์ประเมินของ Stetler และคณะ มีรายละเอียดดังนี้

ระดับ I	หมายถึง	Metaanalysis of RCT
ระดับ II	หมายถึง	RCT
ระดับ III	หมายถึง	Quasi experimental studies, Case-control studies
ระดับ IV	หมายถึง	Non- experimental studies (Descriptive, Correlation, Qualitative study)

- ระดับ V หมายถึง Program evaluations, Research Utilization Studies, Quality Improvement Projects, Case report
- ระดับ VI หมายถึง Opinion of respected authorities or expert committees
- ประเมินความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยพิจารณา ดังนี้
- 1) Transferability of finding มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ เพราะหน่วยงานมีลักษณะเดียวกัน กลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้มีความคล้ายคลึงกัน คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
  - 2) Feasibility of implementation พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติ และวิธีการปฏิบัติไม่ยุ่งยากซับซ้อน
  - 3) Cost-benefit ratio การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งสามารถป้องกันได้
4. การสังเคราะห์งานวิจัย
- นำผลงานวิจัยแต่ละเรื่องที่เกี่ยวข้องที่วิเคราะห์มาพิจารณาและสังเคราะห์งานวิจัยที่ได้เป็นข้อเสนอแนะหลักที่เกี่ยวข้องกับการลดความไม่สุขสบายจากอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยกลุ่มผู้สร้างแนวปฏิบัติ 4 คน
5. สรุปงานวิจัยที่สืบค้นได้
- งานวิจัยที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูลต่างๆ และความสามารถนำมาใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดหลัง ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 แสดงงานที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล

ฐานข้อมูลที่สืบค้น	จำนวนหลักฐานที่พบ	จำนวนหลักฐานที่ใช้ได้
Pubmed	146	7
Highwire	1	1(ซ้ำ)
CINAHL	17	3(ซ้ำทั้งหมด)
Pre CINAHL	3	0
Cochrane	9	0
Ovid	116	0
Springerlink	13	0
Science direct	39	2(ซ้ำทั้งหมด)

งานวิจัยที่สืบค้นได้และสามารถนำมาใช้ได้มีทั้งหมด 7 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยระดับ II 2 เรื่อง ระดับ III 1 เรื่อง และระดับ IV 4 เรื่อง งานวิจัยที่ได้อยู่ในปี ค.ศ. 1994-2003 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 39-80 ปี จำนวน 51-347 คน และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาทั้งในผู้ชายและผู้หญิง

สรุปข้อเสนอแนะในการลดความไม่สบายจากอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 3 หมวด คือ การประเมินความไม่สบายจากอาการปวดหลัง การประเมิน Bleeding & Hematoma และการลดความไม่สบายจากอาการปวดหลัง

### 5.1 การประเมินความไม่สบายจากอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

#### 5.1.1 เครื่องมือที่ใช้ประเมิน

##### 1) Visual analogue scale (VAS) (II)

เส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ด้านหนึ่งไม่ปวดเลย ปลายอีกด้านหนึ่งปวดมากที่สุด



No Pain                      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10                      Worst Possible pain

##### 2) Borg scale (II)

ให้ผู้ป่วยบอกระดับของอาการปวดตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 คือ ไม่ปวดเลย 10 คือ ปวดมากที่สุด

3) Location of discomfort/pain and rating scale ลักษณะเป็นรูปส่วนต่างๆ ของร่างกาย และระบุตำแหน่งที่ปวดและระดับความเจ็บปวด โดยเลือกตัวเลขบอกความปวดเริ่มจาก 0 ถึง 10 (Sulzbach LM; II)<sup>6</sup>

4) Discomfort/pain questionnaire ลักษณะเป็นมาตรวัดระดับความไม่สบายหรือความปวดจาก 0 ถึง 10 ใน 4 ช่วงเวลา ได้แก่ ขณะอยู่ใน Cath Lab มีอาหารเย็น ช่วงนอน และตอนเช้า วันรุ่งขึ้นหลังขยายหลอดเลือด(Sulzbach LM; II)<sup>6</sup>

5) McGill Pain Questionnaire ลักษณะเป็นการบอกระดับความเจ็บปวดโดยแสดงออกทางสีหน้า แบ่งเป็น 10 ระดับ (Fowlow B, Price P, Fung T; III)<sup>7</sup>

6) MPG ใช้ประเมินระดับการรับรู้ความเจ็บปวด แบ่งเป็น affective และ sensory pain ลักษณะเป็นมาตรวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดย 0 คือ ไม่ปวดเลย และ 3 คือ ปวดมาก (Fowlow B, Price P, Fung T; III)<sup>7</sup>

7) PTCA Discomfort Questionnaire เป็นแบบสอบถาม retrospective ถึงการรับรู้ความไม่สบายในช่วง 8 ชั่วโมงหลังทำ PTCA(ไม่ทราบรายละเอียด) (Cronqvist A; IV)<sup>8</sup>

### 5.1.2 ช่วงเวลาในการประเมินอาการปวดหลัง

- ทำการประเมิน ตั้งแต่แรกเริ่ม และประเมินทุก 1 ชั่วโมง (II)
- ทำการประเมิน หลังทำขยายหลอดเลือดหัวใจชั่วโมงที่ 1, 6, 8 และ 10 (III)<sup>7</sup>
- ทำการประเมินหลังออกจาก Cath Lab เวลาอาหารเย็น ก่อนนอน และเวลาอาหารเช้าในวันรุ่งขึ้น (II)<sup>6</sup>
- ทำการประเมินหลังทำขยายหลอดเลือดหัวใจไปแล้ว 8 ชั่วโมง (IV)

### 5.2 การประเมิน Bleeding & Hematoma ใช้วิธีการสังเกตบริเวณ Puncture site

- ประเมิน Bleeding โดยการนับจำนวนก้อนช 4X4 เซนติเมตร ที่ใช้เปลี่ยนเมื่อเปียกเลือดจนชุ่ม (II)

- ประเมิน Bleeding 3 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่มีเลือดซึม
- + มีเลือดซึมเล็กน้อยถึงปานกลาง
- ++ มีเลือดไหลพุ่งออกตามการบีบตัวของหัวใจ(II)

- ประเมิน hematoma โดยวัดเส้นผ่าศูนย์กลางคิดเป็นมิลลิเมตร(II)

- Major Hematoma คือก้อนที่คลำชีพจรได้ตั้งแต่ 5X5 เซนติเมตร ที่ femoral artery หรือ 3X3 เซนติเมตร ที่ radial artery (IV)<sup>9</sup>

- ประเมินตั้งแต่แรกเริ่มจนถึง 48 ชั่วโมงหลังทำการขยายหลอดเลือด (II,III,IV)<sup>7,9,10</sup>

### 5.3 ลดความไม่สบายจากอาการปวดหลังโดย

- การจัดท่านอนศีรษะสูง 0-30 องศา ตั้งแต่ก่อนนำสาย sheath ออก ช่วยลดอาการปวดหลังได้ (II)<sup>6</sup>

- การนอนศีรษะสูงมากกว่า 30 องศาไม่มีผลต่อ bleeding หรือการเกิด hematoma แต่กลับทำให้ผู้ป่วยไม่สบายเนื่องจากปวดบริเวณ puncture site มากขึ้น (II)<sup>6</sup>

- การใช้ที่นอนลมปรับ scale ที่ระดับ 6 ร่วมกับการ exercise ช่วยลดอาการปวดหลังได้ ซึ่งมีทำบริหาร 5 ท่า ได้แก่ (II)<sup>10</sup>

1. ยกสะโพก
2. งอขาข้างที่ไม่มีสาย sheath ซ้ำ ๆ โดยไม่ยกขาข้างที่คา sheath
3. ใช้แขนข้างเดียวกับขาที่ไม่มีสาย sheath เหนี่ยวไม้กั้นเตียงฝั่งตรงข้ามและเอี้ยวตัว
4. ทำท่าคล้าย sit up แต่ยกเฉพาะส่วนศีรษะและไหล่เพียงเล็กน้อย
5. เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาโดยเข้าและสะโพกเหยียดตรง

โดยทำบริหารนี้ต้องทำขณะตื่นนอนราบ ทำท่าละ 5 ครั้ง ทำทุกชั่วโมงยกเว้นขณะหลับ ท่าที่ 1-4 ทำเฉพาะขาข้างที่ไม่มีสาย sheath เท่านั้น และต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพอย่างใกล้ชิด

-การใช้ที่นอนลมหรือการ exercise เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถช่วยลดอาการปวดหลังได้ (II)<sup>10</sup>

-ระยะเวลาอนหลัง off sheath 6 ชั่วโมง ปวดหลังน้อยกว่า นอน 8 ชั่วโมง และการเกิด Bleeding และ Hematoma ไม่แตกต่างกัน (III)<sup>7</sup>

-ระยะเวลาอนหลัง off sheath 4 และ 6 ชั่วโมง เกิด Bleeding และ Hematoma ไม่แตกต่างกัน (IV)

-ผู้ป่วยที่ใช้ sheath 7F และใช้ heparin ขนาดน้อย (5000 unit เมื่อเริ่มทำ และ อีก 2500 unit ถ้าทำนานกว่า 90 นาที) สามารถ Ambulate หลัง off sheath 6 ชั่วโมงได้อย่างปลอดภัย และไม่เกิด Bleeding และ Hematoma เพิ่มขึ้น (IV)<sup>11</sup>

-ผู้ป่วยที่ใช้ sheath 8F และใช้ heparin เฉลี่ย 10872 unit สามารถ Ambulate หลัง off sheath 4 ชั่วโมงได้อย่างปลอดภัย และไม่เกิด Bleeding และ Hematoma เพิ่มขึ้น (IV)<sup>3</sup>

-ผู้ป่วยที่ใช้ sheath 6F และใช้ heparin ขนาดน้อย (5000 unit เมื่อเริ่มทำ และ อีก 2500 unit ถ้าทำนานกว่า 90 นาที) สามารถ Ambulate หลัง off sheath 2 ชั่วโมงได้อย่างปลอดภัย และไม่เกิด Bleeding และ Hematoma เพิ่มขึ้น (IV)<sup>9</sup>

-การใช้ทฤษฎี coping ไม่สามารถลดอาการปวดหลังได้ (IV)<sup>8</sup>

การศึกษาผลการวิจัยเพื่อลดความไม่สุขสบายในผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 7 เรื่อง ข้อสรุปทั้งหมดจากการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1) มีการประเมินอาการปวดหลังของผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แบบประเมินระดับความเจ็บปวดที่เข้าใจและแปลผลได้ง่าย และสะดวกต่อการนำไปใช้ การประเมินอาการปวดหลังตั้งแต่รับไว้ใน การดูแลจนถึงเช้าวันรุ่งขึ้นหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2) มีการประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ Bleeding และ Hematoma บริเวณ Puncture site โดยใช้การสังเกตตั้งแต่รับไว้ในความดูแล จนถึงเช้าวันรุ่งขึ้นหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

3) การลดความไม่สุขสบายจากอาการปวดหลัง ได้แก่ การจัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา การใช้ที่นอนลมร่วมกับการ exercise การลดระยะเวลาอนหลัง off sheath เหลือเพียง 2-6 ชั่วโมง การ off sheath ให้ตรงตามเวลาที่กำหนด

### บทที่ 3

#### วิธีการสังเคราะห์

##### ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง หรือแหล่งข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และรับไว้ในหอผู้ป่วย ICCU และศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาล ศิริราช

##### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. ผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการแทงสายสวนทาง Femoral artery และสามารถสื่อสาร ตอบประเมินระดับอาการปวดหลังได้

##### เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. ผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่สัญญาณชีพไม่คงที่

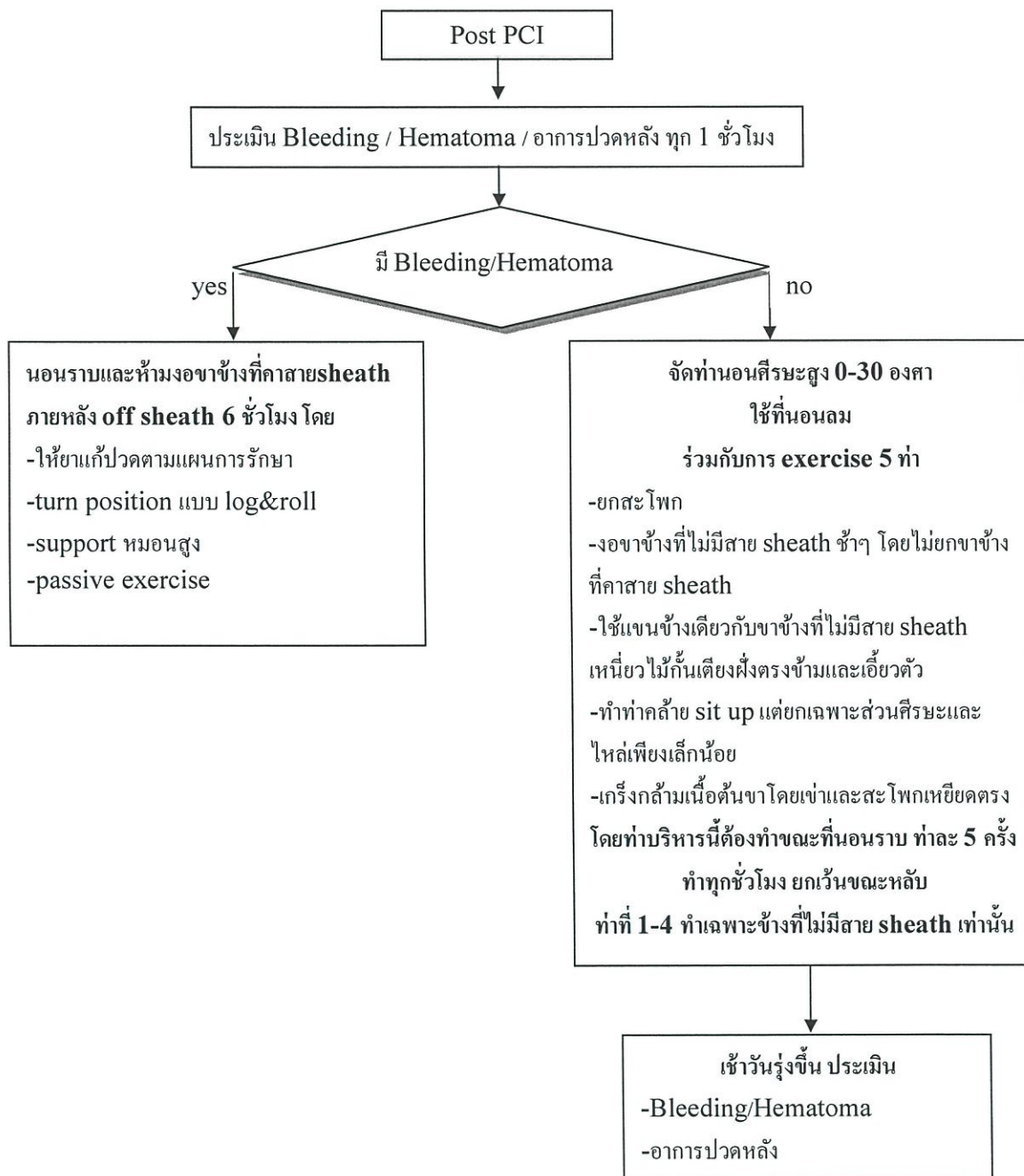
##### เครื่องมือที่ใช้ในการสังเคราะห์

ผู้ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ 2 ท่าน

จากนั้นนำผลการวิจัยตามที่สังเคราะห์ได้มาสร้างเป็นแนวปฏิบัติพยาบาลในการลดความไม่สุขสบายจากอาการปวดหลังของผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจดังนี้

1. สร้าง Algorithm ใช้ในการประเมิน bleeding และ Hematoma เพื่อตัดสินใจในการวางแผนทางการพยาบาลในผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อลดความไม่สุขสบายจากอาการปวดหลัง ดังแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 Algorithm แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ  
เพื่อลดความไม่สบายจากอาการปวดหลัง



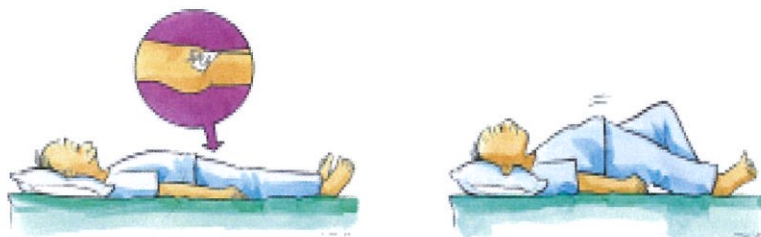


2.สร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความไม่สบายจากอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

### ส่วนที่ 1 หลังทำหัตถการและยักสาย sheath

- 1) เตรียมที่นอนลมเพื่อรับผู้ป่วยหลังออกจากห้องทำหัตถการ
- 2) เมื่อรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย อธิบายการปฏิบัติหลังทำหัตถการ ระยะเวลาที่ต้องนอนเหยียดขาข้างที่ทำ การดื่มน้ำมากๆ ในผู้ป่วยที่ไม่จำกัดน้ำดื่ม เพื่อขับสารที่บ่งชี้สีย้อม
- 3) ตรวจสอบ Bleeding หรือ Hematoma ที่แผล
- 4) บันทึกสัญญาณชีพและจับชีพจรที่ dorsalis pedis, posterior tibial หรือ popliteal pulse ทุก ½ ชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะนำสาย sheath ออก
- 5) สอบถามอาการปวดหลังทุก 1 ชั่วโมง โดยใช้ Visual analogue scales
- 6) ให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา ให้นอนเหยียดขาข้างที่ทำ ห้ามลุกนั่ง ยืน เดิน
- 7) สอนการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลังให้แก่ผู้ป่วย และดูแลขณะปฏิบัติอย่างใกล้ชิด มีท่าบริหารทั้งหมด 5 ท่า ดังนี้

ยกสะโพก



งอขาข้างที่ไม่มีสาย sheath ซ้ำๆ โดยไม่ยกขาข้างที่ใส่สาย sheath



- ใช้แขนข้างเดียวกับขาข้างที่ไม่มีสาย sheath เหนี่ยวไม้กั้นเตียงฝั่งตรงข้าม และเอี้ยวตัว



- ทำท่าคล้าย sit up แต่ยกเฉพาะส่วนศีรษะและไหล่เพียงเล็กน้อย



- เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาโดยเข่าและสะโพกเหยียดตรง



โดยทำบริหารนี้ต้องทำขณะตื่นนอนราบ ทำท่าละ 5 ครั้ง ทำทุกชั่วโมง ยกเว้นขณะหลับ และทำที่ 1-4 ทำเฉพาะข้างที่ไม่มีสาย sheath เท่านั้น

- 8) ถ้าปวดหลังให้ยาแก้ปวด เช่น paracetamol, analgesic cream และพยาบาลช่วยพลิกตะแคงตัวให้ได้ โดยใช้หมอนข้างช่วย support บริเวณหลัง และระวังให้ขาข้างที่ทำเหยียดตรง
- 9) แจ้งแพทย์เมื่อใกล้ถึงเวลากำหนดการนำสาย sheath ออก เพื่อนำสายออกได้ตรงเวลา

### ส่วนที่ 2 การดูแลขณะนำสาย sheath ออก

- 1) อธิบายขั้นตอนการนำสาย sheath ออก การฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ และการกดบริเวณแผลเพื่อให้เลือดหยุด ระยะเวลาที่ต้องนอนเหยียดขาต่อ
- 2) ช่วยแพทย์ในการนำสาย sheath ออก เตรียม xylocaine without adrenaline, roll gauze สำหรับกดแผล พลาสเตอร์ปิดแผล
- 3) ประเมินบริเวณ puncture site ว่ามี hematoma หรือไม่

### ส่วนที่ 3 การดูแลหลังนำสาย sheath ออก

- 1) ตรวจสอบ Bleeding หรือ Hematoma ที่แผล
- 1) บันทึกสัญญาณชีพและจับชีพจรที่ dorsalis pedis, posterior tibial หรือ popliteal pulse ทุก ½ ชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมง และทุก 2 ชั่วโมง ตามลำดับ
- 2) ให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวไปมาได้ และนอนศีรษะสูงได้ไม่เกิน 30 องศา โดยยังนอนเหยียดขาข้างที่ทำ และใช้ทำบริหารทั้ง 5 ท่า จนกว่าจะครบ 6 ชั่วโมง หลัง off sheath
- 3) สอบถามอาการปวดหลังทุก 1 ชั่วโมง โดยใช้ Visual analogue scales
- 4) ถ้าปวดหลังให้ยาแก้ปวด เช่น paracetamol, analgesic cream
- 5) เมื่อครบ 6 ชั่วโมงหลังนำสาย sheath ออก และไม่มี Bleeding หรือ Hematoma ที่แผล ให้ ambulate ลุกนั่ง ยืน เดิน เข้าห้องน้ำเองได้
- 6) ประเมินสภาพแผลหลัง ambulate เป็นระยะ ๆ ว่ามี Bleeding หรือ Hematoma หรือไม่
- 7) แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติให้สังเกตแผลภายใน 48 ชั่วโมง ว่ามีเลือดซึมหรือคล้ำได้ก่อนบริเวณแผลหรือไม่ หากมีให้โทรศัพท์ปรึกษาพยาบาล เพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือมาพบแพทย์ก่อนวันนัด
- 8) แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกเป็นเวลานาน เช่น การนั่งขัดสมาธิ นั่งยอง หลีกเลี่ยงการขับรถ การเดินเป็นระยะทางไกล เป็นเวลา 2 สัปดาห์

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในหอผู้ป่วย ICCU และศูนย์โรคหัวใจชั้น 5 โรงพยาบาล ศิริราช ก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติกลุ่มละ 30 คน

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ

1. ประมวลผลข้อมูลก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติโดยใช้ร้อยละ
2. ประเมินผลระดับความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติ

## บทที่ 4

### ผลการสังเคราะห์

ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ เปรียบเทียบก่อนใช้และหลังใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2552 ในหอผู้ป่วย ICCU และศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 จำนวนกลุ่มละ 30 คน ได้ผลดังนี้

#### 1. ข้อมูลผู้ป่วย

ผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็น ชาย 16 ราย หญิง 14 ราย หลังใช้แนวปฏิบัติ เป็นชาย 19 ราย หญิง 11 ราย อายุเฉลี่ย ก่อนใช้แนวปฏิบัติ 58.8 ปี หลังใช้แนวปฏิบัติ 59.1 ปี พบว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังอยู่ในระดับ 2-7 หลังใช้แนวปฏิบัติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังอยู่ในระดับ 1-3 ไม่พบภาวะ Bleeding หรือ Hematoma ที่รอย Puncture ทั้ง 2 กลุ่ม

ข้อมูล	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ
ผู้ป่วย (ราย)	30	30
-ชาย	16	19
-หญิง	14	11
อายุ(เฉลี่ย)	58.8	59.1
Bleeding	0	0
Hematoma	0	0
ระดับอาการปวดหลัง		
-pain score 0-1	2	6
-pain score 2-3	5	10
-pain score 4-5	6	3
-pain score 6-7	7	1
-pain score 8-10	0	0

## 2. ข้อมูลระดับความพึงพอใจ

ให้พยาบาลในหอผู้ป่วยประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
แนวปฏิบัติชัดเจน	5(12.5%)	30(75%)	5(12.5%)	0	0
การปฏิบัติไม่ซับซ้อน	10(25%)	28(70%)	2(5%)	0	0
ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกประเภท	10(25%)	17(42.5%)	10(25%)	3(7.5%)	0

## บทที่ 5

### สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความไม่สบายจากอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลศิริราช โดยมีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. กำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์ปัญหา
2. สืบค้นและคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่สืบค้นได้
4. เขียนข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย
5. เขียนแนวปฏิบัติการพยาบาล
6. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ไปทดลองใช้

การสืบค้นข้อมูลใช้การค้นคว้าฐานข้อมูลสารสนเทศ โดยใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จาก CINAHL, Pre CINAHL, Pubmed, Cochrane, Ovid, Highwire Press, Ovid, Springerlink, Science direct กรอบแนวคิดในการสืบค้นต้องเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป งานที่สืบค้นได้ต้องเป็นฉบับสมบูรณ์ และพิมพ์ในช่วงเดือน มกราคม ค.ศ. 1994 – ธันวาคม ค.ศ. 2007 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐาน โดยใช้แนวคิดของ PICO (PICO framework)

Population : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

Intervention: การพยาบาลหรือการบำบัดทุกชนิดที่ลดความไม่สบายจากอาการปวดหลัง

Comparison Intervention : -

Outcome : ความสุขสบาย ลดอาการปวดหลังของผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

งานวิจัยที่สืบค้นได้และสามารถนำมาใช้ได้มีทั้งหมด 7 เรื่อง ประกอบด้วย RCT 2 เรื่อง Quasi experimental studies 1 เรื่อง และ non-experimental design 4 เรื่อง งานวิจัยที่ได้อยู่ในปี ค.ศ. 1994-2003 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 39-80 ปี จำนวน 51-347 คน และเป็นงานวิจัยที่ศึกษาทั้งในผู้ชายและผู้หญิง

### ผลต่อผู้ป่วย

นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่รับการรักษาในหอผู้ป่วย ICCU และ ศูนย์โรคหัวใจฯ ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 ราย พบว่าอาการปวดหลังอยู่ในระดับ 1-3 ไม่พบภาวะ Bleeding หรือ ematoma ที่ puncture site

### ผลต่อผู้ปฏิบัติงาน

1. ด้านประสิทธิภาพในการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ บุคลากรพยาบาลมีความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติพยาบาลที่ทดลองใช้ว่ามีความชัดเจน ใช้ได้ง่าย เนื้อหาและภาษาที่ใช้ในแบบประเมิน คู่มือ มีความเหมาะสม
2. เป็นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลโดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติพยาบาล ผลจากการประเมินพบว่า บุคลากรพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติพยาบาล
3. เป็นการหาคำความรู้เพื่อพัฒนาในการช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาความปวดและความไม่สบายจากอาการปวดหลังเนื่องจากการถูกจำกัดกิจกรรม

### ข้อเสนอแนะ

1. จัดอบรมบุคลากรพยาบาล ให้มีความเข้าใจในการนำแนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจไปใช้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ทำให้การทำงานเป็นระบบ
2. ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานต่าง ๆ นำผลการวิจัยทางการพยาบาลมาใช้ เพื่อพัฒนาการพยาบาลให้ก้าวหน้าสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาล



### บรรณานุกรม

1. Chair SY, Taylor-Piliae RE, Lam G, Chan S. Effect of positioning on back pain after coronary angiography. JAN 2003; 42 : 470-8.
2. Barkman A, Lunse CP. The effect of early ambulation on patient comfort and delayed bleeding after cardiac angiogram: A pilot study. Heart&Lung 1994; 23 : 112-7.
3. Keeling AW, Fisher CA, Haugh KH, Powers ER, Turner MS. Reducing time in bed after percutaneous transluminal coronary angioplasty(TIBSIII). Am J Crit Care 2000; 9 : 185-7.
4. สุรพันธุ์ สิทธิสุข, ฉันทน์ ทรุชกุล. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ปี 2551. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2551.
5. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in nursing service. Appl Nurs Res 1998; 11 : 905-6.
6. Sulzbach LM, Munro BH, Hirshfeld JW. A randomized clinical trial of the effect of bed position after PTCA. Am J Crit Care 1995; 4 : 221-6.
7. Fowlow B, Price P, Fung T. Ambulation after sheath removal : A comparison of 6 and 8 hours of bedrest after sheath removal in patients following a PTCA procedure. Heart&Lung 1995; 24 : p.28-37.
8. Cronqvist A, Wredling R, Nordlander R, Langius A, Björvell H. Perceived discomfort and related coping phenomenon in patients under going percutaneous transluminal coronary angioplasty. Coronary Health Care 2000; 4 : 123-9.
9. Koch KT, Piek JJ, Winter RJ, Schotborgh CE, Tijssen JGP, Lie KI. Two hour ambulation after coronary angioplasty and stenting with 6F guiding catheters and low dose heparin. Heart; 81 : 53-6.
10. Scriver V, Wilkinson A, Meadowcroft C. A randomized controlled trial of the effectiveness of exercise and/or alternating air mattress in the control of back pain after percutaneous transluminal coronary angioplasty. Heart&Lung 1994; 23 : 308-16.
11. Tengiz I, Ercan E, Bozdemir H, Durmaz O, Gurgun C, Nalbantgil I. Six hour ambulation after elective coronary angioplasty and stenting with 7F guiding catheters and low dose heparin. Kardiol Pol 2003; 58 : 93-5.