

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย: ภัยร้ายของประชากรวัยทำงาน

ณัฐพร คุณโน*

บทคัดย่อ

ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มคนที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการผลักดันเศรษฐกิจและสังคมของประเทศให้เกิดความเจริญก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพ การที่ประชากรในวัยทำงานมีสุขภาพที่ดี ปราศจากโรคภัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน สามารถเพิ่มศักยภาพในการทำงานได้ดียิ่งขึ้น ปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของประชากรในวัยทำงาน ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตของประชากรเหล่านี้เปลี่ยนไป มีความรีบเร่งสูงขึ้น เกิดความเครียดสะสม รวมถึงการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายหรือรับประทานเกินความจำเป็นของร่างกาย โดยเฉพาะการรับประทานไขมันทรานส์เข้าไปเป็นจำนวนมากและเกิดการสะสมเป็นเวลานาน รวมทั้งการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะไขมันอุดตันในหลอดเลือด นำมาสู่การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด ซึ่งมีความเสี่ยงของการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้สูงมาก หรือหากมีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้วต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย อันจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน ดังนั้นกลุ่มประชากรวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มประชากรหลักไม่ควรละเลยหรือมองข้ามภัยจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และใส่ใจในการดูแลตนเอง บทความนี้รวบรวมเนื้อหาวิชาการเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในวัยทำงาน สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การรักษาและแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงอันตรายของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในประชากรในวัยทำงาน และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการให้คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, วัยทำงาน, ภัยต่อสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Myocardial Infarction: The Health Hazard in the Working-age Population

Nathaporn kunno*

Abstract

Working-age population is a crucial driving force for economic growth of every country worldwide. If this group of population have good health without any diseases that impede their job, they could maximize their work integrity and productivity. Currently, there is a high incidence of coronary heart disease, especially myocardial infarction (MI), in the working-age population due to changing work life. These changes include a rush through work, cumulative stress, consumption of unhealthy food or eating more than necessary, especially having lots of food containing Trans fat for a long time, and lack of exercise. These are factors associated with atherosclerosis leading to MI and a risk of sudden death or, if survive, it will take a long period for recovery that may affect their work. Therefore, the working-age population should not overlook any health Treats that come with daily life and work. They should pay attention to take care of their health and prevent any risk related to the occurrence of MI. This article gathers information about myocardial infarction occurring in the working-age population, including its causes, risk factors, treatments and appropriate self-care behaviors. It is important that health care professionals are aware of an issue of MI in the working-age population and able to provide information for people at risk of MI appropriately.

Keywords: Myocardial infarction, Working-age, Health threat, Self-care behaviors

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2021, 8(2), 76-92

*Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: nathaporn15122@gmail.com Tel. 0951638342

Received: 12 July 2021, Revised: 2 October 2021, Accepted: 12 October 2021

บทนำ

ประชากรวัยทำงาน หมายถึง กลุ่มคนที่มีอายุในช่วงวัย 15-59 ปี ใน พ.ศ. 2555 ประชากรวัยทำงานในประเทศไทยมีจำนวน 43.20 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 67.03 และในพ.ศ. 2562 มีจำนวนลดลง 42.84 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 64.37 จากประชากรทั้งหมดของประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) การมีประชากรวัยทำงานที่มากขึ้นกึ่งหนึ่งของประเทศทำให้รัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนของประเทศในระยะเวลา 20 ปี นับตั้งแต่ พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2579 โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความ “มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” แก่ประเทศเพื่อก้าวสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 โดยเน้นประชากรวัยทำงานให้มีส่วนสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ (กระทรวงแรงงาน, 2563) อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจสาเหตุของการเสียชีวิตในกลุ่มประชากรวัยทำงานในประเทศไทย พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ประมาณการมีผู้เสียชีวิต 9.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.2 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตและการทำงานในปัจจุบันที่เปลี่ยนไป ซึ่งประชากรวัยทำงานเป็นผู้ที่มีความเครียดสูง มีภาระงานที่รับผิดชอบมาก รวมทั้งการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และบางคนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาทิเช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมัน ทรานส์สูงเป็นต้น นำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นผลจากการอักเสบหรือแผลเรื้อรัง (Chronic

inflammation) ที่เยื่อบุด้านในของผนังของหลอดเลือดแดงหัวใจ ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดแดงหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณวัตร สันประโคน, 2562) จากการที่จำนวนผู้ป่วยในวัยทำงานมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่สูงอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคนี้ โดยสร้างความตระหนักแก่ประชากรวัยทำงาน เพื่อไม่ให้มองข้ามภัยร้ายที่แฝงตัวมากับการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน โดยส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานมีความรู้ ความเข้าใจ และให้ความใส่ใจในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและมีสุขภาพที่ดี สามารถใช้ความรู้ความสามารถทำงานเพื่อพัฒนาประเทศอย่างมั่นคงต่อไป เนื้อหาในบทความนี้ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการที่เกิดขึ้น ความเสี่ยงและอันตรายของการเกิดโรคดังกล่าวในประชากรวัยทำงานและแนวทางการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประชากรวัยทำงานกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประชากรวัยทำงาน หมายถึง บุคคลที่กำลังสำคัญในการขับเคลื่อนสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม โดยกลุ่มประชากรที่อยู่ในช่วงวัย 15-59 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ก่อให้เกิดผลผลิตทางด้านเศรษฐกิจ และมีส่วนสำคัญต่อฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ ในสัดส่วนที่สูงกว่าวัยอื่นๆ (ร้อยละ 67) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,

2563) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ลักษณะการดำเนินชีวิต รวมถึงการประกอบอาชีพมีความเปลี่ยนแปลงจากเกษตรกรรมมาเป็นอุตสาหกรรมมากขึ้น ประชากรในวัยทำงานก็มีลักษณะการทำงานเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยเช่นกัน ตัวอย่างเช่นในอดีตเคยทำการเกษตร ทำไร่ ทำนา ปัจจุบันพบการทำงานในสำนักงาน โรงงานอุตสาหกรรมมากขึ้น ซึ่งทำให้การทำงานมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่น้อยลง ขาดการออกกำลังกาย ประกอบกับการรับประทานอาหารที่ไม่สามารถเลือกรับประทานได้มากนัก ร่วมกับความเร่งรีบและความเครียดในการทำงานที่มีการแข่งขันกันมากขึ้น ลักษณะการดำเนินชีวิตดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตันได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของสุรพล ช่วยบุตตา (2558) ที่พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 52 มาจากการขาดการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การเกิดความเครียดสะสมและมีการคลายเครียดด้วยการสูบบุหรี่ รวมทั้งพฤติกรรมการรับประทานอาหารปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม ซึ่งสิ่งที่กล่าวมาเบื้องต้นล้วนเป็นปัจจัยส่งผลให้ประชากรในวัยทำงานมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงขึ้น และมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้นเช่นกัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

หัวใจและหลอดเลือดเป็นส่วนหนึ่งของระบบไหลเวียนโลหิตซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญอย่างยิ่งของร่างกาย เนื่องจากทำหน้าที่สำคัญในการลำเลียงออกซิเจน น้ำ อาหาร ไปยังเซลล์ทั่วร่างกาย

อีกทั้งยังนำของเสีย เช่นคาร์บอนไดออกไซด์ไปเปลี่ยนแปลงหรือขับทิ้งที่อวัยวะอื่นๆ โดยทั่วไปหัวใจได้รับเลือดแดงที่ผ่านการพอกที่ปอดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เรียกว่าหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery) ซึ่งเป็นหลอดเลือดแดงที่หล่อเลี้ยงหัวใจติดกับชั้นเยื่อหุ้มหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจหรือหัวใจขาดเลือดนี้เป็นภาวะที่มีการตีบแคบหรือตัน ส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น เกิดภาวะ Atherosclerosis เมื่อหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบมากกว่าร้อยละ 50 ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559) หากปล่อยทิ้งไว้จะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งมีความรุนแรงและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้

ความหมายและสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน สามารถเรียกได้หลายชื่อ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด (Myocardial infarction) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary artery disease) เกิดจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงยังเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจลดลง (Decrease myocardial supply) หรือกล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักมากขึ้น จนปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอต่อความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจ

(Increase myocardial demand) หรือเกิดลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจากการแตกหรือหลุดออกของคราบไขมัน (Plaque) ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีมีการตีบหรืออุดตัน (Coronary thrombosis) ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลงอย่างมาก ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งบางครั้งอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหงื่อออก หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นประชากรในวัยทำงานที่อายุน้อยกว่า 40 ปี มีอุบัติการณ์มากขึ้นเรื่อยๆ และมีปัจจัยเสริมที่เพิ่มความรุนแรงของโรค ได้แก่ โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย และภาวะเครียดเป็นต้น (จรัญ สายะสฤติย์, 2560)

ประเภทของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ในปัจจุบันได้มีการจัดแบ่งกลุ่มตามลักษณะอาการทางคลินิก ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ (Odom-Forren, 2018)

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่พบการยกตัวผิดปกติของคลื่นหัวใจไฟฟ้าช่วง ST (กลุ่มที่ EKG มี ST elevation) และ Cardiac marker positive มักแสดงถึงการอุดตันของหลอดเลือดแดงเส้นที่สำคัญ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที มีโอกาสทำให้เสียชีวิตกะทันหัน

2. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่ไม่พบการยกตัวผิดปกติของคลื่นหัวใจไฟฟ้าช่วง ST (กลุ่มที่ EKG ไม่มี ST elevation หรือ Non-ST elevation) แต่มี Cardiac marker

positive มักแสดงถึงการอุดตันของหลอดเลือดแดงบางส่วน หรืออาจมีการขาดเลือดเพียงบางส่วนของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ

3. ภาวะอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่เป็นกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกที่อาจพบคลื่นหัวใจไฟฟ้าปกติหรือผิดปกติได้ แต่ Cardiac marker ปกติ อาการปวดที่แสดงในแต่ละครั้งจะเพิ่มความรุนแรงและนานมากขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าประชากรวัยทำงานมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงที่สุดถึงร้อยละ 32.4 และพบว่าหากเป็นชนิด ST elevation จะมีอัตราการตายสูงกว่าประมาณร้อยละ 30 ถ้าไม่ได้รับการรักษา ส่วนในกลุ่มชนิด Non ST elevation จะมีอัตราการตายต่ำกว่า ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่ออัตราการตาย เช่น โรคร่วมต่างๆ เป็นต้น (ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง, 2558)

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในวัยทำงาน

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถแบ่งได้ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (Non-modifiable risk factors) และปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ (Modifiable risk factors) ได้แก่

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (Non-modifiable risk factors)

- 1.1 อายุ ซึ่งพบว่าอัตราความชุก (Prevalence rate) ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีจำนวน

1,396.40 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2561 (กรมควบคุมโรค, 2564)

1.2 เพศ พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศหญิง โดยพบว่า ผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ โดยอัตราส่วนเท่ากับ 1.2: 1 (รชฎ โคตรสินธุ์, สมรภพ บรรหารักษ์, ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์, และสุทิน ชนะบุญ, 2563)

1.3 พันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติบิดามารดาเป็นโรคหรือญาติพี่น้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติทางพันธุกรรม (ผู้ชายอายุน้อยกว่า 45 ปี ผู้หญิงอายุน้อยกว่า 55 ปี) จากการศึกษาของโอบจุน ตราชู (2557) พบว่ามีความเกี่ยวข้องกันของญาติสายตรงที่มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งแม้ว่าจะยังไม่มีอาการใดๆ แสดง ก็จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2. ปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ (Modifiable risk factors)

2.1 ความดันโลหิตสูง การมีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทเป็นระยะเวลานาน โดยไม่ได้ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในค่าปกติ หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงมากขึ้นตามมา จาก

การศึกษาของนิศารัตน์ รวมวงษ์, อรพรรณ บุญลือ, เสาวภา เล็กวงษ์, และสุธี สุนทรชัย. (2563) พบว่า ผู้ที่มีปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิตซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ชีวิตและวิถีการดำเนินชีวิตนั้น ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

2.2 การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดและเป็นปัจจัยที่ป้องกันได้ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษหลายอย่างและสารที่สำคัญที่มีผลต่อหัวใจ 2 ชนิด คือ นิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ จากการศึกษาของคันสนีย์ ดำรงศิลป์, พรรณวดี พุทธิวัฒนะ, และกุสุมา คุ้มวัฒนสัมฤทธิ์ (2560) พบว่าผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนปกติ 3 เท่า และผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ร้อยละ 62.2 และหากเลิกสูบบุหรี่ได้จะเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของหัวใจ และเพิ่มความยืดหยุ่นของหลอดเลือดได้ดี ลดการแข็งตัวของหลอดเลือดได้ ซึ่งจากงานวิจัยพบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดต่อความสัมพันธ์ของการตีบตันของหลอดเลือด

2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) มากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะมีอัตราการตายของโรคหัวใจเป็น 2 เท่า ของผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และค่าไขมัน LDL (Low-density lipoprotein) มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลและค่าไขมัน LDL ในระดับที่สูงอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดแผ่นไขมันสะสมที่หลอดเลือดหัวใจ และเมื่อแผ่นไขมันหนา

ตัวจะทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบนำไปสู่หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กล่าวคือ กรดไขมันทรานส์เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากการบริโภคกรดไขมันทรานส์มีผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลชนิด LDL เพิ่มขึ้นในเลือดและระดับ โคเลสเตอรอลชนิด HDL(High-density lipoprotein) ลดลงในเลือด ซึ่งจากการศึกษาสถานการณ์ในประเทศไทยของ จันทิมา โพธิ์, วิสิฐ จະวะสิต, วรณีย์ เกรียงสินยศ, และมยุรี ดิษญมธารจน์ (2562) พบว่าเนยขาว มาการีน โดนัท ทอด พาย และพิซซ่า มักมีกรดไขมันทรานส์ในปริมาณสูงกว่าข้อแนะนำขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก หากบริโภคบ่อยเป็นจำนวนมากจะทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้

2.4 เบาหวาน โดยระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเพิ่มขึ้นกว่าปกติทำให้เพิ่มความหนืดของเลือด การไหลเวียนของเลือดช้า เมื่อน้ำตาลและไขมันไปเกาะติดกับผนังหลอดเลือดที่เรียบหรือขรุขระทำให้เกิดการอักเสบบริเวณผนังหลอดเลือดแดง เมื่อเกิดผลการอักเสบที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดสร้างสารขยายตัวลดลง ประกอบกับมีไขมันเข้าไปเกาะติด ทำให้เกิดเป็นคราบตะกรันบริเวณผนังด้านในหลอดเลือด ในกรณีที่คราบตะกรันดังกล่าวเกิดรื้อหลุดทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและหัวใจหยุดเต้นเสียชีวิตได้ทันที ในรายที่เป็นเรื้อรังมีการพอกหนาของตะกรันมากขึ้นทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้น (มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2564)

2.5 ความเครียด ส่งผลกระทบต่อหัวใจ โดยมีกลไกทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น หัวใจบีบตัวมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น อาจเกิดการเต้นผิดปกติของหัวใจ เลือดมีความหนืดเพิ่มเนื่องจากมีไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น และเกิดอุดตันในหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น (วิจิตรา กุสมภ์, 2560)

อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที โดยอาการที่พบได้มีดังนี้

1. เจ็บหน้าอก (Angina) โดยเจ็บบริเวณตำแหน่งใต้กระดูกหน้าอก เจ็บร้าวไปที่แขนซ้าย ร้าวไปกราม ลำคอ เจ็บมากจนไม่สามารถหายใจและมือ ซึ่งลักษณะการเจ็บจะมีอาการเจ็บเสียดแน่นคล้ายถูกสิ่งของมากดทับ อาการเจ็บนานเกิน 20 นาที และอาการเจ็บหน้าอกจะเกิดขึ้นเองได้โดยไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายหรืออารมณ์ ในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อน อาจพบลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่มีความรุนแรงและความถี่มากขึ้นกว่าปกติ (สุนรัตน์ นีรพัฒน์กุล, 2560)

2. อาการเหนื่อยหายใจไม่เต็มปอด นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (สุนรัตน์ นีรพัฒน์กุล, 2560)

3. หัวใจวาย หลอดเลือดอุดตันอาจก่อให้เกิดภาวะหัวใจวายและอาจถึงตายได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาทันเวลา ผู้ป่วยมักมีอาการแน่นหน้าอกและปวดบริเวณหัวไหล่หรือ

แขน ประกอบกับการหายใจติดขัดและเหงื่อออก ตัวเย็น ชีต มีปัสสาวะออกน่อยก่อนเกิดภาวะ หัวใจวาย หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตตก หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมด้วย อาจทำให้ผู้ป่วย หมดสติและเสียชีวิตได้ (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2558)

ผู้ป่วยอาจมีอาการแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรคที่เป็น แต่จำเป็นต้องได้รับการ ดูแลและสังเกตอาการที่มีประสิทธิภาพ การได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที เพื่อ ช่วยให้อัตราการเสียชีวิตลดลงและช่วยเพิ่มอัตราการ พ้นหายได้

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เนื่องจากเกิดพยาธิสภาพ Atherosclerosis ของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด การรักษาจึงมีเป้าหมายขั้นต้น เพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ รวมทั้งคงไว้ ซึ่งความสามารถในการทำงานของหัวใจห้องล่าง ซ้าย และป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้ง ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจทำ ให้เสียชีวิตได้ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Ventricular fibrillation/ Pulseless ventricular tachycardia (VT), ภาวะ Brady/ Tachyarrhythmia (วิจิตรา กุสมภ์, 2560) โดยมีหลักการรักษา ดูแล ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดดังนี้

1. การลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิด Atherosclerosis โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การฝึกเทคนิคผ่อนคลายต่างๆ ด้วยการฝึกโยคะ หรือการฝึกกลมหายใจ จะช่วยให้ผ่อนคลาย และ ลดระดับความเครียด ส่งผลให้ลดความดันโลหิต

ได้ชั่วคราว ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้การ เปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารที่เป็นอาหาร สุขภาพย่อมมีผลดีต่อการลดความเสี่ยงของการ เกิดโรคนี้ (ดวงกมล วัตราคุลย์, 2558)

2. การใช้ยา ปัจจุบันมียาหลายตัวที่ สามารถใช้รักษาหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้ แบ่งกลุ่มยาที่ใช้ในการ รักษาบ่อยเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ (วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์, 2562)

2.1 กลุ่มยาด้านเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin เป็นยายับยั้งการเกาะตัวของเกล็ดเลือด บริเวณที่หลอดเลือดขรุขระ หรือมีรอยตีบ มีข้อ บังชี้ให้เห็นผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งในรายที่เป็นเฉียบพลันและเรื้อรัง หรือในรายที่ ได้รับการทำบอลลูนขยายหลอดเลือด และใส่ ขดลวดค้ำยันจะต้องรับประทานยา Aspirin ร่วมกับ ยาด้านเกล็ดเลือดอีกหนึ่งตัว คือ Clopidogrel รับประทานคู่กันเป็นเวลา 1 เดือน, 6 เดือน หรือ 1 ปี แล้วแต่ชนิดขดลวดที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ยาทั้ง 2 ชนิดนี้มีผลทำให้เกิดภาวะเลือดออกใน กระเพาะอาหารได้ จึงควรรับประทานหลังอาหาร ทันที ในส่วนของยากลุ่มนี้ผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะ ด้านยา Clopidogrel จะใช้ Ticagrelor หรือ Prasugrel แทนได้

2.2 กลุ่มยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง มีหลายชนิด ดังนี้ (พัฒนาพร สุปิณะ และนัสดา นาวุฒิ, 2558)

2.2.1 ยาขับปัสสาวะ จะทำให้ ปัสสาวะออกมากเพื่อต้องการขับน้ำและเกลือ

เมื่อรับประทานยาตัวนี้อาจจะต้องตรวจระดับเกล็ดแร่ เพราะอาจจะมีภาวะเกล็ดแร่ต่ำได้

2.2.2 ยาขยายหลอดเลือดชนิดยาด้านแคลเซียม ซึ่งมีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดแดง ทำให้ความดันโลหิตลดลง ผลข้างเคียงของยา อาจจะมีการบวมบริเวณหลังเท้าเวลาที่ยืนหรือนั่งนานๆ

2.2.3 ยาขยายหลอดเลือดชนิด Angiotensin-Converting Enzyme inhibitors (ACEI) และ Angiotensin Receptor Blocker (ARB) เป็นยาที่สามารถชะลอความเสื่อมของหลอดเลือด ป้องกันหลอดเลือดแข็งและตีบได้ ใช้เพื่อลดความดันโลหิต ขยายทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง

2.2.4 Beta-Blocker ออกฤทธิ์ทำให้หัวใจเต้นช้า ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิตได้ แต่ไม่ตึง มักนำมาใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว หรือมีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อให้หัวใจเต้นช้าลง มีการใช้เล็ดยาลดลง ทำให้ไม่เจ็บหน้าอก ถ้าไม่มีข้อห้ามใช้ เช่น โรคหอบหืดหัวใจวาย และหัวใจเต้นช้า เป็นต้น ยาที่ใช้บ่อยคือ atenolol, carvedilol

2.3 กลุ่มยา Nitrate เป็นยาขยายหลอดเลือดหัวใจ มีผลข้างเคียง ทำให้ปวดศีรษะและความดันโลหิตต่ำได้ ดังนั้น เมื่อใช้ยากลุ่มนี้โดยเฉพาะแบบอมใต้ลิ้น ควรจะนั่งพักประมาณ 15-20 นาที ไม่ลุกขึ้นยืนทันที เพราะอาจจะทำให้วูบ และเป็นลมได้

2.4 กลุ่มยาลดหรือควบคุมระดับไขมันในเลือด สำหรับยาในกลุ่มนี้ที่ใช้กันแพร่หลาย

(สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2564) ได้แก่

2.4.1 Statin เป็นยาที่มีมาประมาณ 30 ปี ใช้ในการลดระดับ Cholesterol ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบ โดยตัวยาคจะควบคุมระดับไขมัน ทำให้ไขมันลดลง โดยเฉพาะ LDL Cholesterol รวมทั้งลดการอักเสบของหลอดเลือดในบริเวณที่ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือด ส่งผลให้ไขมันเกาะแน่นขึ้น ไม่ร่อนหลุด ถ้ามีการร่อนหลุดของตะกรันคราบไขมัน หรือพังผืด ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังสามารถยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดด้านการอักเสบ และต้านอนุมูลอิสระได้อีก

2.4.2 Fibrate เป็นยาลดระดับไขมันชนิด Triglyceride ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอันหนึ่งของภาวะหลอดเลือดตีบ ในกรณีที่ใช้คู่กับ Statin

2.5 กลุ่มยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้แก่ (สิรินทร์ อภิญาสวัสดิ์, 2564)

2.5.1 Digitalis ใช้มานานสำหรับผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation: AF) เพื่อควบคุมให้หัวใจเต้นไม่เร็ว ยาดังกล่าวอาจเกิดพิษจากยาได้ ถ้าให้ขนาดสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคไต ผลข้างเคียงได้แก่ Ventricular arrhythmias, AV block, Sinus pause ซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดยาที่ใช้ ดังนั้นควรยาใช้ภายใต้การควบคุมของแพทย์เท่านั้น

2.5.2 ยาควบคุมระดับการเต้นของหัวใจชนิดอื่นๆ จะพิจารณาให้ยาแล้วแต่ชนิด

ของโรคที่เป็นเช่น ยาด้านเบต้า (Beta-Blocker) ยา Amiodarone และยา Verapamil เป็นต้น

2.6 กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation: AF) หรือผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดโลหะ ผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่มเลือดในท้องหัวใจ เป็นยาป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดใหม่ที่หลุดไปอุดตันหลอดเลือดที่สมอง ทำให้เกิดอัมพฤกษ์หรืออัมพาตได้ ยาที่ใช้ในการรักษามี 2 ชนิด ได้แก่ (สิรินทร์ อภิญาสวัสดิ์, 2564)

2.6.1 Warfarin ป้องกันการแข็งตัวของเลือด ถ้าผู้ป่วยได้รับยาชนิดนี้ ต้องตรวจเลือดระดับของยา ทุก 1-3 เดือน เนื่องจากระดับยาน้อยไม่ได้ผล ถ้าระดับยามากทำให้เกิดภาวะเลือดออกได้

2.6.2 NOAC (New Oral Anticoagulant Drugs) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดใหม่ซึ่งมีข้อดีคือ การให้ยาไม่ต้องปรับขนาดยามากนัก กำลังเป็นที่นิยมใช้ แต่มีราคาค่อนข้างสูง ต้องใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ที่มีใช้ในประเทศไทย ได้แก่ ยา Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban และ Edoxaban ซึ่งยาชนิดนี้อาจจะทำให้เกิดภาวะเลือดออกได้เช่นกัน แต่พบภาวะเลือดออกน้อยกว่ายา Warfarin จึงต้องใช้อย่างระมัดระวัง

3. การถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยวิธี Coronary angioplasty เช่น Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) หมายถึง การรักษาที่ใช้วิธีแทงเข็มเล็กๆ ผ่านผิวหนัง ซึ่งอาจจะเป็นบริเวณขาหนีบหรือแขน แล้วใส่สายสวนหัวใจเข้าไป ฉีดสารละลายทึบรังสี

เอ็กเรย์ ตรวจวิเคราะห์ดูสภาพของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ จากนั้นจะใช้สายสวนที่มีลูกโป่ง (Balloon) เล็กๆ อยู่บริเวณส่วนปลายของสายสวนทางออก โดยทำการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนครายยหลอดเลือด หลังจากนั้นตามด้วยการใช้ขดลวดที่ไม่ใช่เหล็กเป็นโลหะสังเคราะห์ ใส่ขยายเพื่อรักษาสภาพของหลอดเลือดไม่ให้กลับมาตีบซ้ำ และคงสภาพของหลอดเลือดที่เปิดด้วยการทำบอลลูนครายยไว้ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ยาต้านเกล็ดเลือดอย่างน้อย 1-2 ตัว เพื่อไม่ให้เกิดการตีบซ้ำและรักษาสภาพของขดลวดไว้เสมอ ซึ่งชนิดของขดลวดแบ่งเป็นชนิดไม่เคลือบยา เคลือบยา และชนิดสลายย่อยสลายตามธรรมชาติ วิธีนี้จะช่วยดันไขมันที่อุดตันหลอดเลือดอยู่ให้ไปชิดผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดสามารถไหลผ่านจุดที่เคยตีบได้สะดวกขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บหน้าอกน้อยลงหายใจได้เต็มที่ขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากหลอดเลือดหัวใจอุดตันได้ (Farcy, Chiu, Marshall, & Osborn, 2017)

4. การรักษาด้วยวิธีศัลยกรรม ได้แก่ Coronary Artery Bypass Graft (CABG) หรือการผ่าตัดทางเบี่ยงหัวใจ เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบวิธีหนึ่ง นอกเหนือจากการรักษาด้วย Medical treatment, Medical intervention (Percutaneous coronary intervention, PCI) และ Non-surgical treatment อื่นๆ โดยเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถรักษาอาการ Angina ได้ดีมาก ได้ผลทันที และหวังผลการรักษาได้ยาวนาน สามารถลดอัตราการเกิด

Sudden cardiac death ได้ดี และทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานขึ้น ซึ่งวิธีการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการนำหลอดเลือดมาต่อระหว่างบริเวณหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) มาต่อกับส่วนล่างของหลอดเลือดที่ตีบ แพทย์จะนำหลอดเลือดที่มีคุณภาพดีจากส่วนอื่นในร่างกายผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นหลอดเลือดดำจากขาหรือหลอดเลือดแดงจากทรวงอกหรือปลายแขน มาต่อทำทางเบี่ยงข้ามหลอดเลือดแดงส่วนที่ตีบหรืออุดตัน ทำให้เลือดผ่านส่วนที่ตีบหรือตันได้ดีขึ้น ส่งผลให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น (โอภาส ศรัทธาพุทธ, 2561)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในประชากรวัยทำงาน

พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ประกอบไปด้วยการบริโภคอาหารที่ช่วยลดความดันโลหิตสูง การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การผ่อนคลายความเครียด (พรพรรณ คัมมาตย์, จงจิต เสนหา, และวิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2563) จากการศึกษาของอาริส พลอยทรัพย์, วันเพ็ญ แก้วปาน, ปาหนัน พิษณุภิญโญ, และจุฑาธิป ศีลบุตร (2561) พบว่าแนวทางการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ทั้งนี้ พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีการออกกำลังกายน้อย มีการรับประทานอาหารเหมาะสมปานกลาง และมี

การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต้องอาศัยแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้ประสบความสำเร็จ

เนื่องจากประชากรวัยทำงานนับเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จึงควรมีการดูแลตนเองให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558)

1. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และให้มีการหมุนเวียนกันไปในแต่ละวัน หลีกเลี่ยงอาหารประเภทที่มีไขมันสูง เพราะไขมันสามารถสะสมตัวเป็นคราบไขมันไปเกาะตามหลอดเลือดได้ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดตามมา

2. รับประทานอาหารเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ซึ่งถ้าเป็นไปได้ ควรรับประทานอาหารกล้อง หรือ ข้าวซ้อมมือ ควบคู่ไปกับอาหารประเภทแป้ง โดยหมวดข้าว ควรรับประทานวันละ 8-12 ทัพพี

3. รับประทานพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ พยายามเลือกซื้อและบริโภคพืชผัก และผลไม้ ตามฤดูกาล โดยพืชผักควรรับประทานประมาณ วันละ 4-6 ทัพพี ส่วนผลไม้รับประทานประมาณ 3-5 ส่วนต่อวัน (ผลไม้ 1 ส่วน เช่น แก้วน้ำว่า 1 ผล เงาะ 4 ผล ส้ม 2 ผลกลาง มะละกอ 10 คำ ฝรั่ง 1 ผลเล็ก)

4. รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ซึ่งให้โปรตีน โดยให้รับประทานวันละ 6-12 ช้อนโต๊ะ สำหรับไข่ก็สามารถรับประทานได้สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย ซึ่งวัยทำงานนี้ สามารถดื่มนมได้วันละ 1-2 แก้ว

6. รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร เพราะถ้าได้รับไขมันมากเกินไป จะทำให้เกิดปัญหาไขมันในเลือดสูง และเป็นปัญหาโรคอ้วน และถ้ารับประทานพืชผัก และผลไม้ไม่เพียงพอ การออกกำลังกาย จะทำให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดงง่ายขึ้น จนเกิดการแข็งตัวนำไปสู่โรคความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือด รวมทั้งไขมันทรานส์ ซึ่งอาหารกลุ่มนี้อาจพบการปนเปื้อนกรดไขมันทรานส์ ได้แก่ เบเกอรี่ ผลิตภัณฑ์จากสัตว์เคี้ยวเอื้อง ฟาสต์ฟู้ด และผลิตภัณฑ์น้ำมัน เนย เนยขาว เนยเทียม และอาหารในกลุ่มโดนัท พาย พัฟ รวมทั้งเพสตรี มาการีนต่างๆ มักมีกรดไขมันทรานส์สูงมากกว่า 0.5 กรัมต่อหน่วยบริโภค จึงควรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารเหล่านี้ (จันทิมา โพธิ์, 2562)

7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัดและเค็มจัด อาหารที่มีรสเค็มมาก บ่งบอกถึงปริมาณโซเดียมที่สูง ซึ่งทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น สามารถนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจ อัมพาต และโรคไตได้ในที่สุด

8. งดหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะเป็นสารเสพติด และถ้าดื่มจนติดแล้ว จะทำให้ร่างกายขาดวิตามิน และแร่ธาตุต่างๆ รวมทั้งอาจจะเป็นโรคตับแข็งร่วมด้วย ซึ่งผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีอายุเฉลี่ยสั้นกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม

9. การลดน้ำหนัก และการออกกำลังกายเป็นประจำ อีกทั้งควรหมั่นดื่มน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยควรออกกำลังกาย

อย่างน้อย 30-40 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3-5 วัน จากการศึกษาพบว่า เอวที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 5 เซนติเมตรจะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 3-5 เท่า โรคเบาหวานในผู้หญิงอ้วนมีมากกว่าคนปกติ 8-10 เท่า และชาย 2 เท่า คนที่มีน้ำหนักเกิน 13 กิโลกรัมขึ้นไป มีถึงร้อยละ 30 ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูง และมีโอกาสเกิดโรคหัวใจมากกว่าคนปกติถึง 2-4 เท่า หากได้มีการควบคุมน้ำหนักอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (สุนรรัตน์ นีรพัฒน์กุล, 2560)

10. หยุดสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคติน ทำให้หลอดเลือดหดตัวลง หัวใจจะเต้นแรงและเร็ว ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น (Emelia, 2018) หากสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ จะช่วยให้การทำงานของหัวใจมีประสิทธิภาพ

11. การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การฝึกโยคะ เป็นต้น (ดวงกมล วัตราคุลย์, 2558)

12. หมั่นตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง และอย่ามองข้ามอาการเล็กน้อย ควรตรวจหาสาเหตุของโรคแต่เนิ่นๆ เพื่อให้การรักษาและป้องกันที่ถูกต้องมากกว่าที่จะปล่อยให้มีอาการรุนแรง ซึ่งการตรวจสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การตรวจหาไขมันในเลือด อายุ 20 ปีขึ้นไป ช่วยคัดกรอง และป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564)

12.1 การตรวจร่างกายทั่วไป เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ช่วยใน

การตรวจคัดกรองโรคหรือภาวะของโรคบางอย่าง เช่น โรคซึมเศร้า เสี่ยงหัวใจผิดปกติ ตับ ม้ามโต ภาวะบวม เป็นต้น นอกจากนี้ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ยังช่วยประเมินภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน อีกทั้ง การวัดความดันโลหิตช่วยในการตรวจหาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย

12.2 การประเมินคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แบบคัดกรองสำหรับกลุ่มเสี่ยง อาทิเช่น แบบประเมินแบบคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานของกรมควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค, 2564)

13. การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด จากการศึกษาของสฤณีเดช เจริญไชย, อัมพร วารินทร์, ศรัญญา ปานปิ่น, และมาสริน ศุกลปักษ์ (2562) พบว่า หากใช้รูปแบบกิจกรรมความรอบรู้ทางสุขภาพในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น การให้ความรู้ผ่านสื่อบุคคลและสื่อออนไลน์ การใช้กระบวนการกลุ่มและการสร้างพลังอำนาจในการจัดการให้เกิดการสร้างสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขควรมีการจัดการเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพสำหรับในกลุ่มวัยทำงานที่เหมาะสม

คำแนะนำวิธีการสังเกตตนเองของวัยทำงานต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

เนื่องจากประชากรในวัยทำงานส่วนใหญ่สุขภาพร่างกายทั่วไปยังแข็งแรงดี อาจไม่มีโรคประจำตัวหรือยาที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ละเลยสิ่งนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ อีกทั้งวิถีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไป มีความเร่งรีบในการทำงาน ภาวะเครียดที่สะสมจากการทำงาน การพักผ่อนไม่เพียงพอจากการตรากตรำงานอย่างหนักเพื่อให้งานที่สามารถลุล่วงไปตามวัตถุประสงค์ การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์มากพอ อาหารที่มีไขมันทรานส์ รวมทั้งไม่มีเวลาออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดังที่กล่าวมา สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุที่อาจส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้นได้ในประชากรวัยทำงาน และเป็นภัยต่อสุขภาพจนอาจทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้น บุคลากรที่มีสุขภาพจึงควรมีการเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแก่ประชากรวัยทำงาน การดูแลตนเอง รวมทั้งให้คำแนะนำในการสังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการนำหรือความผิดปกติที่อาจนำไปสู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนี้ (พรทิพย์ ไพศาลธรรม, สุภาภรณ์ ดั่งวงแพ่ง และวัลภา คุณทรงเกียรติ, 2561)

1. มีอาการเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอกบ่อยๆ ทั้งขณะออกกำลังกายและขณะพัก
2. สับสนหรือเป็นประจําแล้วมีอาการหายใจลำบาก หรือหายใจติดขัดมากขึ้น
3. ผลการตรวจร่างกายพบระดับไขมันในเลือดสูง (LDL) เพราะเป็นตัวการปิดกั้นหลอดเลือด

เลือดหัวใจ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4. มีอาการหิวหรือใจสั่นบ่อยๆ

นอกจากนี้ทีมสุขภาพควรมีการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง อาทิ เช่น ลดหรือเลิกบุหรี่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายตามสมรรถภาพ ของร่างกาย การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และให้คำแนะนำแก่ประชากรวัยทำงานในกรณีที่พบว่ามีอาการผิดปกติดังที่กล่าวมาข้างต้น หรือมีโรคประจำตัวที่อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยให้รีบไปพบแพทย์หรือตรวจสุขภาพให้บ่อยขึ้นมากกว่า 2 ครั้งต่อปี เพื่อให้แพทย์ประเมินอาการและความผิดปกติที่พบเบื้องต้น ซึ่งจะนำไปสู่การรักษาที่ทันท่วงทีและป้องกันการเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้

สรุป

ประชากรวัยทำงานคือกลุ่มวัยที่มีความสำคัญกลุ่มหนึ่ง ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ แต่พบว่าเป็นกลุ่มประชากรที่มีความละเลยด้านสุขภาพมาก เพราะคิดว่าสภาพร่างกายของตนเองนั้นแข็งแรง ในขณะที่อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีความรุนแรงนำมาซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตได้ บุคลากรทีมสุขภาพจึงควรเน้นการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในวัยทำงาน เพื่อให้มีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่สามารถจัดการได้ ซึ่งจะส่งผลดีต่อตัวบุคคล รวมทั้งประเทศชาติที่จะมีประชากรวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาของประเทศอย่างเต็มที่

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงแรงงาน. (2563). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพบุคลากรของกระทรวงแรงงานฉบับที่ 3 (พ.ศ.2560- 2564). สืบค้นจาก <http://www.oic.go.th>
- กรมควบคุมโรค. (2564). แบบคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน. สืบค้นจาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/p/wellness>.
- เกศศิริ วงษ์คงคำ. (2559). การพยาบาลศาสตร์: ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก พ.ศ. 2562. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge>
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค . (2563). สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2561. สืบค้นจาก [http://ddc.moph.go.th/uploads.files/1081120191227091554.pdf](http://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf)
- เจริญ สายะสถิตย์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จันทิมา โพธิ, วิสิษฐ จะวะสิต, วรณีย์ เกรียงสินยศ, และมยุรี ดิษญมธโรจน์. (2562). ปริมาณกรดไขมันทรานส์ในอาหารและการกำกับดูแลของประเทศไทย. วารสารโภชนาการ, 54(1). 85-93.
- ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง. (2558). อายุรศาสตร์เวชบำบัดวิกฤต. ปทุมธานี: ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์, และปณวัตร สันประโคน. (2562). ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 14(1), 43-51.
- นิตารัตน์ รวมนงษ์, อรพรรณ บุญลือ, เสาวภา เล็กวงษ์, และสุธี สุนทรชัย. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลตำรวจ, 12(1), 128-137.
- ดวงกมล วัตราดุลย์. (2558). การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 26(1), 89-103.
- พรหมมน คัฒมาตย์, จงจิต เสนหา, และวิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 31(1), 62-77.

- พรทิพย์ ไพบูลย์ธรรม, สุภาภรณ์ ต้วมแพง และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2561). ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 29(1), 96-109.
- พัฒนาพร สุปิยะและนัดดา นาวุฒิ. (2558). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ. สืบค้นจาก <http://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/217/%20pdf>
- มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2564). *หลัก 3 อ. ดีต่อใจ*. สืบค้นจาก <http://www.thaiheartfound.org/category/details/savedisease/353>
- รชฏ โคตรสินธุ์, สมรภพ บรรหารักษ์, ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ , และสุทิน ชนะบุญ. (2563). การศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาเมื่อคาดว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 1-18.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม*. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์. (2562). *เภสัชวิทยาสำหรับนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เล่ม 1*. ขอนแก่น: ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คันสนีย์ ดำรงศิลป์, พรณวดี พุฒินนะ, และกุสุมา คุวานันท์. (2560). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการตีบซ้ำหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 18(2), 220-227.
- สิรินทร์ อภิญาสวัสดิ์. (2564). *ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นระรัว*. สืบค้นจาก <http://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/atrial%20fibrillation.pdf>
- สุรพล ช่วยบุตตา. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 547-560.
- สุนันรัตน์ นีรพัฒน์กุล. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *ควรตรวจสุขภาพอย่างไรในแต่ละช่วงวัย*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/47617>
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2564). *การใช้ยาลดไขมันในเลือดอย่างเหมาะสม*. สืบค้นจาก http://pca.fda.moph.go.th/public_media_detail.php?id=6&cat=56&content_id=1516

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *วัยทำงานกับการดูแลสุขภาพ*. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th>
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2558). *การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เสาวนีย์ เนาวพาณิชย์. (2558). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สฤณีเดช เจริญไชย, อัมพร วารินทร์, ศรัณญา ปานปิ่น, และมาสริน ศุกลปักษ์. (2562). ผลของรูปแบบกิจกรรมต่อความรู้ทางสุขภาพในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 22(3), 31-41.
- อารีส พลอยทรัพย์, วันเพ็ญ แก้วปาน, ปาหนัน พิษุณณิโย, และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(2), 49-58.
- โอบจพ ทรายู. (2557). โรคหัวใจที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม. *วารสารรามธิบดีเวชสาร*, 37(4), 229- 231.
- โอภาส ศรีธธาพุท. (2561). *สาระสำคัญทางศัลยศาสตร์หัวใจ*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Emelia J. Benjamin. (2018). TOTAL CARDIOVASCULAR DISEASES. Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update. *Circulation*. 2018; 137: e247–e269. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000558.
- Farcy, D.A., Chiu, W.C., Marshall, J.P. & Osborn, T.M. (2017). *Critical care emergency medicine*. New York: McGraw-Hill Education.
- Odom-Forren. (2018). *Drain's perianesthesia nursing: a critical care approach*. St. Louis: Elsevier.