การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา

Nursing care patient with Congestive heart failure in Kalasin Hospital : 2 case studies

(Received: September 17,2023 ; Revised: September 22,2023 ; Accepted: September 23,2023)

สายทอง มูลศรีแก้ว[1]
Saithong Munsrikeao[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน การประเมินอาการ ซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ เพื่อให้ทราบปัญหาความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และทฤษฎีเสริมพลังอำนาจของกิปสัน

ผลการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีประเด็นปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกัน พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล ซักประวัติ ประเมินอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลและนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำแนวคิดกระบวนการพยาบาลกำหนดไว้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนนำทักษะประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นและสามารถกลับบ้านได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วย, ภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

The is comparative study of two case studies the nursing care patients with congestive heart failure who are admitted to the male medicine department in Kalasin Hospital. Two case studies in the critical care phase, continuous care phase and the discharge phase. The data was collected by patient, patient relative, medical record, patient's history, physical examination and inspection with special equipment to identify problems and needs of patient. Bring the information come to make plans for nursing, nursing diagnosis using 11 pattern of Gordon theory, self-care of Orem theory and empowerment of Gibson theory.

Results found that of 2 study, The problem is the same and different after the study was to analyze nursing diagnosis and nursing process defined as covering on the physical, mental, emotional and social. As well as the skill, experience and expertise in the care of patients for congestive heart failure used. There is evaluation of nursing until health better and discharge.

Keywords : Nursing care, Congestive heart failure

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure : CHF) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เป็นการดำเนินโรคในระยะท้ายของโรคหัวใจเกือบทุกชนิด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่มีอัตราการตายสูงทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนาโดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] จากสถิติของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563- 2565 พบว่า มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 224,562 240,326 และ 254,281 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นสถิติของการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญเป็นอันดับ 2 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด นอกจากนี้ยัง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

พบว่าโรคหัวใจล้มเหลวยังเป็นสาเหตุการตายของประชากร เป็นอันดับ 2 โดยมีสถิติการตายจากโรคหัวใจล้มเหลวในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 27,346 28,956 และ 25,002 ราย ตามลำดับ[2]

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับทุติยภูมิที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต่างๆ ภายในจังหวัด ซึ่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจรและมีหน่วยตรวจรักษาพิเศษโรคหัวใจที่ให้บริการตรวจและวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) เพื่อตรวจดูการทำงานของหัวใจ (Ejection fraction : EF) จากสถิติปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมารับบริการตรวจ 405, 519 และ 753 ราย ตามลำดับ จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[3]

ภาวะของหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีความผิดปกติในหน้าที่ของหัวใจที่ร้ายแรง เรื้อรังและก้าวหน้าขึ้นเรื่อยๆ และเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าทุกปีจะมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 21-27 และร้อยละ 20 เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ดังนั้นภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีอัตราการเข้ารักษาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และสูงมากกว่ามะเร็งถึง 2 เท่า เป้าหมายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวคือการกลับมานอนโรงพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค กลไกการเกิดโรค ลักษณะอาการที่ปรากฏ กระบวนการ และการบำบัดภาวะหัวใจล้มเหลว และต้องมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างดี จึงจะทำให้การบำบัดบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต สามารถแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้[4-9]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายโดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน, ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติครอบครัว, ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายและการรักษาของแพทย์เพื่อเป็นข้อมูลนำไปวิเคราะห์ที่จะประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแล้วมากำหนดเป็นแผนการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกันไป เลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง 2 ราย จากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1)เลือกกรณีศึกษาโดยได้กำหนดเกณฑ์คือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566 ถึง 30 เมษายน 2566 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกตและการปฏิบัติการพยาบาล ได้กรณีศึกษา จำนวน 2 ราย 2) ดำเนินการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) ดำเนินการวิเคราะห์กรณีศึกษาโดยประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤติและทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของกิปสัน

เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย 3) แบบบันทึกวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล[8] การปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษา

1. รายงานผู้ป่วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกายตามระบบของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

การประเมินผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
สภาพทั่วไปแรกรับ	ชายไทยวัย 56 ปี หน้าตาผิวค่อนข้างคล้ำ รูปร่างสันทัดอุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้ง/นาที หายใจ 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/89 มิลลิเมตรปรอท	ชายไทยวัย 74 ปี ผมขาวสั้น ผิวค่อนข้างคล้ำ รูปร่างท้วม อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียสชีพจร 94 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 153/91 มิลลิเมตรปรอท
วันรับการรักษา	8 - 16 มีนาคม 2566	17 - 20 เมษายน 2566
อาการสำคัญ	เหนื่อย หายใจหอบไอมีเสมหะ นอนราบไม่ได้ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้ เป็นมา 5 ` ชั่วโมง
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	7 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก นอนราบไม่ได้ ขาบวม ปัสสาวะออกน้อย มีไข้	1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหายใจเหนื่อยกลางคืน นอนราบได้ ไม่มีไข้ ไม่มีเสมหะ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	COPD	Old TB รับยาครบ, Asthma
ประวัติแพ้ยาและสารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติดยาบ้าและกัญชา	ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเสพติด เลิกสูบบุหรี่มา 10 ปี
การตรวจร่างกายแรกรับ	S : ญาติให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจหอบไอมีเสมหะ นอนราบไม่ได้ O : หายใจหอบ อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที, O_2 saturation 84 % On Endotracheal tube No. 7.5 ขีด 20 cm. Retain NG tube : clear Retain urine catheter : urine ติดสาย HEENT : pink conjunctiva, anicteric sclera Heart : Regular rhythm, Normal S_1, S_2 , no murmur Lung : Coarse crepitation both lung Abdomen : Soft, no distension Genitourinary : No CVA tenderness Extremities : pitting edema 2+ both leg Neuro-signs : $E_1V_TM_5$ pupil 2 mm.RTLBE	S : เหนื่อย หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ O : หายใจหอบ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที, O_2 saturation 89 % On O2 mask with bag 10 LPM Retain urine catheter : urine เหลืองใส HEENT : no pale conjunctiva, anicteric sclera Heart : Pansystolic murmur at apex Lung : Crepitation both lower lung, no wheezing Abdomen : Soft, no tender, no guarding, no rebound Genitourinary : Normal Extremities : pitting edema 1+ Lt. Leg Neuro-signs : $E_4V_5M_6$ pupil 3 mm.RTLBE
CXR	- Cardiomegaly - Cephalization positive - Fluid in minor tissue positive	- Cardiomegaly - Infiltration both lung

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกายตามระบบของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

การประเมินผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
EKG	No significant ST change	No significant ST change
Troponin T	47.2 ng/L	14.2 ng/L
Echo	LVEF 27 % by biplane, global hypokinesia. LV dilatation. Mild MR, mild TR Minimal pericardial effusion	LVEF 20 % by biplane, global hypokinesia. LV dilatation Moderate MR, moderate TR Minimal pericardial effusion
การวินิจฉัยแรกรับ	1. CHF with respiratory failure 2. COPD	1. Acute asthmatic attack 2. Old TB, Asthma
การวินิจฉัยสุดท้าย	1. CHF 2. COPD	
การรักษา	- On Volume ventilator mode PSIMV PSV 6 RR 12 IP 16 PEEP 5 FiO_2 0.4 - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PO_4, LFT, PT, PTT, INR, H/C, UA, UC, Sputum G/S, C/S, AFB - Ceftriaxone 2 gm. iv OD - Omeprazole 40 mg. iv OD - Hct 42 vol% - Serial troponin T 0 hr, 3 hr. - Lasix 40 mg iv ทุก 12 ชั่วโมง - Beradual 1 NB พ่นทุก 6 ชั่วโมง - DTX เช้า-เย็น keep 80-200 mg% -Aldactone (25) 2 tab OD. pc.. -เข้ารักษาที่ ICU วันที่ 10 มีนาคม 2566 - เริ่มฝึก wean T-piece O_2 10 LPM วันที่ 4 ของการรักษา - ASA (81) 1 tab OD. pc. - Atorvastatin (40) 1 tab hs. - Thiamine 100 mg iv OD -Dobutamine (2:1) iv 5 ml/hr - สามารถ off ET-tube และย้ายออกจาก ICU ได้ในวันที่ 6 ของการรักษา - กลับบ้านได้ในวันที่ 9 ของการรักษา - Advice CAG (ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธ) - F/U OPD cardio clinic	- On O_2 mask with bag 10 LPM keep O_2 sat ≥ 94% - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR - DTX ทุก 6 ชั่วโมง - Dexa 8 mg. iv stat, 4 mg ทุก 6 ชั่วโมง - Beradual 1 NB พ่นทุก 15 นาที 3 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมง - Lasix 40 mg. iv stat - Ceftriaxone 2 gm. iv OD - Azithromycin 500 mg. iv OD - Furosemide (40 mg) 1 tab OD. pc. - Aldactone (25mg) 1 tab OD. pc. - Air-X 1 tab tid.pc. -off O_2 mask with bag และ on O2 cannular 3 LPM keep O_2 sat ≥ 94% ในวันที่ 2 ของการรักษา - ในวันที่ 3 ของการรักษา off O2 cannular, off Azithromycin iv - Azithromycin (500mg) 1 tab OD. pc. X 2 วัน - Advice CAG (ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธ) - กลับบ้านได้ในวันที่ 5 ของการรักษา - F/U OPD cardio clinic
อาการก่อนจำหน่าย	รู้สึกตัวดี หายใจได้เองตามปกติ ไม่หอบเหนื่อย นอนราบได้ ไม่บวมไม่มีอาการไอ ไม่มีไข้ ยังมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการทำ CAG	รู้สึกตัวดี หายใจได้เองตามปกติ ไม่หอบเหนื่อย นอนราบได้ ไม่บวม ไม่มีไข้ ยังมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการทำ CAG
ยากลับบ้าน	- Vitamin B complex 1 tab tid.pc. - Lasix (40) ½ tab OD. pc. - Aldactone (25) 1 tab OD. pc.	- Lasix (40) 1 tab OD. pc. - Aldactone (25mg) 1 tab OD. pc. - Azithromycin (500mg) 1 tab OD. pc.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกายตามระบบของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

การประเมินผู้ป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	- Senakot 2 tab hs. - Enalapril (5) ½ tab OD. pc. - ASA (81) 1 tab OD. pc. - Atorvastatin (40) 1 tab hs.	- Air-X 1 tab tid.pc.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ซึ่งสามารถนำมาวางแผนปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อนำไปปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
1.มีภาวะหายใจล้มเหลว		1.ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ และติดตามค่าปริมาตรปอด (Tidal volume) 2.วัดสัญญาณชีพ บันทึกการหายใจ ลักษณะ จังหวะ ทุก 15-30 นาที 3.ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ติดตามค่าก๊าซในเลือดแดง 4.ติดตามผล CXR เพื่อประเมินความก้าวหน้าของปอด 5.ดูแล ET-tube โดย 5.1 ยึดท่อช่วยหายใจและสายต่อเครื่องช่วยหายใจให้อยู่กับที่ ประเมิน cuff pressure ทุกวัน 5.2 การดูดเสมหะควรทำด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล ใช้หลัก sterile technique ที่ระดับ pressure 80-120 mmHg 5.3 ดูแลไม่ให้สายหักพับงอหรือเลื่อนหลุด ดูแลการเปลี่ยนพลาสเตอร์ที่ติด ET-tube ทุกวัน 5.4 ดูแลทำความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วย เพื่อป้องกันเชื้อโรคจากช่องปากลงสู่ระบบทางเดินหายใจ 6.ดูแลการได้รับยาพ่นตามการรักษา 7.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจและส่งเสริมให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่
	2.เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อภาวะพร่องออกซิเจน	1.ดูแลให้ผู้ป่วย On O_2 mask with bag 10 LPM keep O_2 sat ≥ 94% 2.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน โดยประเมินจากเล็บมือเล็บเท้า เยื่อบุในปากร่วมกับค่า O_2 saturation 3.จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อส่งเสริมให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ 4.ติดตาม CXR เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการรักษา
3.ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง	3.ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง	1.จัดให้พักผ่อนบนเตียง งดกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ ลดความต้องการใช้ออกซิเจน

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
และมีน้ำคั่งที่เยื่อหุ้มหัวใจ	และมีน้ำคั่งที่เยื่อหุ้มหัวใจ	2.ประเมินและติดตามดูการได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยติดตามจากค่า O_2 saturation keep O_2 sat ≥ 94% 3.บันทึกจำนวนน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะที่ออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง บันทึกอาการบวมโดยการกดบริเวณหน้าแข้งทุกวัน 4.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ
4.เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อที่ปอดจากการใส่ท่อหายใจ		1.ประเมินอาการที่บ่งบอกว่าติดเชื้อ ได้แก่ อุณหภูมิของร่างกาย WBC 2.ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก aseptic technique ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล 3.สังเกตอาการผิดปกติบริเวณที่ให้ iv, NG-tube, Foley's cath 4.ดูแลการได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 5.ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง 6.ติดตามและฟังปอดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจและดูดเสมหะเมื่อมีเสมหะ
5.การสื่อสารทางคำพูดบกพร่องเนื่องจากการใส่ท่อหลอดลมคอ		1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวชนิดความผิดปกติในการสื่อสาร 2. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการสื่อสารมาใช้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น การใช้สีหน้าท่าทาง การอ่านริมฝีผาก การพยักหน้าหรือส่ายหน้าเมื่อเจ้าหน้าที่ถามโดยการพูดช้าๆ ชัดๆ 3. ขณะสื่อสารอยู่ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นชัดเจน สบตาขณะพูดและพูดโดยตรงกับผู้ป่วย 4. อธิบายเหตุผลความจำเป็นที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ 5. ให้โอกาสผู้ป่วยแสดงความรู้สึกคับข้องใจต่อการสื่อสารหรือสังเกตความขับข้องใจของผู้ป่วย 6. ให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อสามารถสื่อสารได้ 7. แนะนำญาติใช้แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการสื่อสารกับผู้ป่วย 8. ประเมินภายหลังใช้แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการสื่อสาร
6.มีภาวะไม่สุขสบายจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์	6.มีภาวะไม่สุขสบายจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์	1. ประเมินบันทึกระดับความเจ็บปวดด้วย BPS score 2. วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. หรือหลังมีกิจกรรมการพยาบาล 3. อธิบายเหตุผลความจำเป็นที่ต้องสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ 4. แจ้งและอธิบายทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล โดยให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวมและรวดเร็ว 5. ดูดเสมหะเมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นเท่านั้นแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนดูดเสมหะทุกครั้งดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล ใช้เวลาแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาทีแต่ละรอบไม่ควรเกิน 10-15นาที 6. ใช้สายดูดที่มีความเหมาะสม คือเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณครึ่งหนึ่งหรือไม่เกินสองในสามของเส้นผ่าศูนย์กลางภายในท่อช่วยหายใจ 7. หลังดูดเสมหะดูแลจัดท่าให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน
7.วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย	7.วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย	1. พูดคุยแนะนำตัวสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับญาติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและรู้สึกเป็นมิตร

ตารางที่ 2 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
		2. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการสังเกตหรือซักถามผู้ป่วยและญาติ 3.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ เปิดโอกาสให้ได้พบแพทย์ผู้ดูแลเพื่อทราบแนวทางการรักษา 4. บอกผู้ป่วยและอธิบายถึงเหตุผลในการให้การพยาบาลทุกครั้งเพื่อความเข้าใจและการให้ความร่วมมือที่ดี 5. จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน 6. เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึก ต้องการความหวัง ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 7. หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตกับญาติ การช่วยเหลือญาติในการตัดสินใจ พยาบาลควรให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะแก่ญาติในการประกอบการตัดสินใจ 8. เปิดโอกาสให้ญาติได้เข้าเยี่ยมตามความเหมาะสม
8.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	8.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	1.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ และความรุนแรงของโรคความเจ็บป่วยทั้งหมด พร้อมให้เอกสารประกอบการอธิบาย 2.ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วย และรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน 3.อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับการเลือกอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค และการรับประทานยา 4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อมูลข้อสงสัย และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องชัดเจน 5.อธิบายให้ผู้ป่วยเฝ้าระวัง สังเกต อาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นและอาการแสดงผิดปกติที่ควรมาตรวจรักษาก่อนวันนัด 6.อธิบายและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการให้ความใส่ใจสุขภาพตนเอง ทั้งการรับการตรวจรักษาตามนัด การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร
9.มีภาวะความดันโลหิตต่ำ		1. ประเมินปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจใน 1 นาที โดยปฏิบัติดังนี้ 1.1 วัดสัญญาณชีพทุก 15 - 30 นาที 1.2 ประเมินค่าความดันของหลอดเลือดดำส่วนกลางทุก 1 - 2 ชั่วโมง 1.3 บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย เพื่อดูการทำงานของไต 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 4 ชั่วโมง ในรายที่มีอาการแสดงของภาวะช็อคให้เฝ้าระวังทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้ามีเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย สับสน และหมดสติได้ 3. ลดความต้องการใช้ออกซิเจน โดยให้ผู้ป่วยพักอยู่บนเตียง ลดไข้เมื่อผู้ป่วยมีไข้ เพื่อลดการเผาผลาญในร่างกายลง 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Dobutamine (2:1) iv 5 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์

อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาเป็นกรอบในการประเมิน ทำให้สามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าได้รับวินิจฉัยโรคที่เหมือนกันคือ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงและมีน้ำคั่งที่เยื่อหุ้มหัวใจ โดยมีกระบวนการวินิจฉัยที่สำคัญคือการตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) ที่สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจได้อย่างละเอียดและแม่นยำ โดยทั้ง 2 รายมีค่า ejection fraction (EF) ต่ำกว่าปกติมาก หัวใจบีบตัวได้น้อย มีภาวะน้ำคั่งที่เยื่อหุ้มหัวใจเล็กน้อย มีปัจจัยเสี่ยงเหมือนกันคือมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวกับปอด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ อีกทั้งมีประวัติการสูบบุหรี่เหมือนกัน และกรณีศึกษารายที่ 1 มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจึงทำให้มีอาการนำและความรุนแรงของโรคตามมา ทำให้มาโรงพยาบาลด้วยภาวะหายใจล้มเหลว ต้องได้รับการรักษาด้วยการ on endotracheal tube ใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานกว่า ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการ On O_2 mask with bag 10 LPM เท่านั้นและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า

ดังนั้นการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งการประเมินต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญในการวินิจฉัยโรค และในการปฏิบัติการพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับข้อมูลเรื่องแผนการรักษา การพยากรณ์โรคจากทีมสหสาขา ผู้ป่วยและญาติได้มีการตัดสินใจร่วมกันในการบำบัดรักษาดังกล่าว โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหา ความต้องการ ให้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพ ป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี[4,5,12]

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการพยาบาลควรมีการทบทวนความรู้เรื่องโรค ทักษะการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง จากตำราวิชาการ การศึกษาอบรมต่างๆ การแลกเปลี่ยนความรู้ในเวทีเสวนา

2. ควรมีการคัดกรองโรคหัวใจโดยเครื่องมือตรวจรักษาพิเศษ ได้แก่ การตรวจเอนไซม์หัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram [ECG]) การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลัง (Exercise stress test) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) การตรวจหลอดเลือดหัวใจด้วยเครื่องเอกซเรย์ (Coronary CT Angiography [CTA]) การตรวจสวนหัวใจและฉีดสารทึบรังสีเข้าช่องหัวใจ (Cardiac catheterization, coronary arteriography and left ventricular angiography) ในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเป็นโรคเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา

3. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้เข้ารับบริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว (Heart Failure Clinic) ทุกราย เพื่อลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

4. การพัฒนาระบบการนิเทศรายโรคในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากจากเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูง ต้องใช้ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลและต้องมีการบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ

5. ควรมีการบูรณาการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseaes : NCDs) เนื่องจากเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กันและเป็นปัจจัยในการเกิดโรคซึ่งกันและกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กอบกุล บุญปราศภัย. (2549). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พี เอ ลิฟวิ่ง.
2. คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC), (2566). สถิติการตายจากโรคหัวใจล้มเหลวในปี พ.ศ. 2563-2565
3. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2565). รายงานสถิติประจำปี. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2566
4. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด(พิมพ์ครั้งที่ 7).ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
5. วิจิตรา กุสุมภ์,บรรณาธิการ. (2546). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.
6. วิทยา ศรีดามา,บรรณาธิการ. (2550). ตำราอายุรศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. วิทยา ศรีดามา,บรรณาธิการ. (2552). ทักษะการตรวจร่างกายทางอายุรศาสตร์ ฉบับที่ 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
8. วิพร เสนารักษ์. (2548). การวินิจฉัยการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 8. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์
9. Audi, G., Korologou, A., Koutelekos, I., Vasilopoulos,G., Karakostas, K., Makrygianaki, K., Polikandrioti, M. (2017). Factors affecting health related quality of life in hospitalized patients with heart failure. Cardiology research and practice. 2017, from http://doi.org/10.1155/2017/4690458
10. Barker, H. M., & Lee, R. (1996). Nutrition dietetics for health care (9th ed.). New York:
11. Fair, J. M., & Froelicher , E. S. (2000). Psychosocial interventions. In S. L. Wood, E. S. Sivarajan Froelicher, & S. U. Motzer (Eds.), Cardiac nursing (4th ed.) (pp. 757-763). (Eds.), Comprehensive Cardiac Care (pp. 447-458). St. Louis: Mosby.
12. กมลทิพย์ กำจรเมนุกูล.(2564). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 6(2). 29-38