

บทความวิจัยต้นฉบับ :

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
มีความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคร่วม

**Nursing care of Acute Heart Failure with Respiratory Failure and Hypertensive
and Coronary Heart Disease Comorbidity**

กนกวรรณ เยื้องกลาง

Kanokwan Yuangklang

โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

Debaratana Nakhonratchasima Hospital

เบอร์โทรศัพท์ 08-1852-6994; E mail :k.yuangklang@gmail.com

วันที่รับ 21 ก.ย.2566; วันที่แก้ไข 17 ต.ค.2566; วันที่ตอบรับ 10 พ.ย.2566

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วมและมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 14 ธันวาคม 2665 ถึง 31 มีนาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยแบบสมภพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วม การตรวจร่างกาย ผลการตรวจพิเศษทางหัวใจ แผนการรักษา ปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย

อายุ 40 ปี วินิจฉัย NSTEMI with ADHF, HT มีปัญหาการหายใจล้มเหลว Cardiogenic shock ใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้รับยา inotrope และ vasopressor และติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี วินิจฉัย CHF with DM, HT มีปัญหาการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง ร่วมกับการติดเชื้อใช้หัวใจใหญ่ มีเกลือแร่ต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน โดยทำการประเมินภาวะสุขภาพด้วยแบบประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และนำแนวคิดการพยาบาลของโอเร็มเป็นแนวทางในการวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาล ส่งผลให้ปัญหาการพยาบาลได้รับการแก้ไข และจำหน่ายกลับบ้านได้

สรุป จากการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีปัจจัยเสี่ยงและการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน ดังนั้น พยาบาลจึงต้องวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและมีการประเมินปัญหาเพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอในการนำมาวิเคราะห์ความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เพื่อนำไปวางแผนให้การพยาบาลสอดคล้องกับความต้องการทั้งในระยะที่วิกฤติเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ระยะต่อเนื่อง และการวางแผนจำหน่าย โดยจัดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถจดจำข้อมูลเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

คำสำคัญ : ภาวะหัวใจล้มเหลว; การพยาบาล; การกลับมารักษาซ้ำ

Abstract

This study is a comparative study of 2 cases to study nursing care by applying Orem's theory of nursing and knowledge of pathophysiology, medical knowledge in the care of acute heart failure patients with comorbidities and who are readmitted to hospital at the male internal medicine ward at Debaratana Nakhonratchasima Hospital between December 14, 2022 and March 31, 2023 by collecting data including the general record and illness information form. Interview according to the Gordon Health concept was applied. Data were analyzed by comparative analysis, risk factors for

disease, comorbidities, physical examination, results of echocardiography, medical treatment and nursing diagnoses.

Results: Case study 1: A 40-years-old Thai male patient diagnosed with NSTEMI with ADHF, HT had respiratory failure, cardiogenic shock, was put on a ventilator, received inotrope and a vasopressor and urinary tract infection. Case study 2: A 48-years-old Thai male patient diagnosed with CHF with DM, HT impaired gas exchange on HFNC, influenza infection, low in minerals and high blood sugar. In both cases studies, they had re-admitted within 28 days. Health status was assessed using the Gordon Health concept. And there is the use of the Orem's nursing conceptual framework as a guideline for nursing diagnosis and nursing care. As a result, nursing problems are resolved and discharged.

Conclusion: This study shows that heart failure patients have different risk factors for disease and disease progression. Therefore, nurses must analyze risk factors and assess problems in order to obtain sufficient information to analyze the ability and limitations of self-care in order to plan nursing care in line with the needs during critical periods to keep patients safe, continuation discharge planning by organizing activities to promote effective self-care so that patients can gain confidence and be able to

remember information to develop the ability to take care of themselves.

Keywords : Congestive Heart failure; nursing; Readmission

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงรวมทั้งทำให้ต้องรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ ในประเทศไทยตามรายงานสถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงานปี 2560 - 2564 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 มาจากโรคหัวใจ^[1] ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในอยู่ที่ร้อยละ 5.5 โดยวันนอนโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 7.5 วัน โดยทั่วไปอัตราการเสียชีวิตของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 10 ต่อปีและร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังวินิจฉัย^[2]

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเป็นระดับโครงสร้างหรือการทำงานที่ผิดปกติของโครงสร้าง (structural heart abnormality) ร่วมกับการทำงานผิดปกติของการทำงานของหัวใจ (functional abnormality) ส่งผลให้หัวใจทำงานหรือเพิ่มการไหลเวียนเลือด (cardiac output) ไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงภาวะผิดปกติ เช่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่ายแขนขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่งพองและน้ำท่วมปอดภาวะหัวใจล้มเหลวจะ

ค่อย ๆ สะสมอาการ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการน้อย ๆ ก่อนข้างคงที่เป็นระยะเวลานาน ในช่วงที่เป็นผู้ป่วยนอก (chronic heart failure) เมื่อติดตามอาการผู้ป่วยผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเป็นระยะ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute heart failure) ความรุนแรงของอาการนั้นอาจไม่สัมพันธ์กับความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือด แต่ขึ้นกับปัจจัยกระตุ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและการเข้าพักรักษาซ้ำ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน มากเป็นอันดับ 1 และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกินครึ่งจะกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี^[3] จากสถิติการเข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพชรรัตน์นครราชสีมาพบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้าพักรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเพชรรัตน์นครราชสีมาอยู่ใน 10 อันดับโรคแรก และมีสถิติการกลับเข้าพักรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเฉลี่ยร้อยละ 10^[4]

ภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบ ต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งการกลับมาเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้การรับผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลยังส่งผลให้รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายและบุคลากรจำนวนมาก โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยปีละ 5 ล้านบาท^[5] จากการศึกษาทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วย

ภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมีหลายประการ คือ อายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปีมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ การมีโรคร่วมมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมเกือบ 3 เท่า^[3] ผู้ป่วยมักจะไม่สามารถปรับพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่เฉพาะกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้ คือการควบคุมความสมดุลของน้ำ การจำกัดเกลือ โซเดียม การรับประทานยา การติดตามอาการด้วยตนเองและการออกกำลังกาย เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน การดูแลตนเองเป็นเรื่องที่ทำได้ยากลำบาก^[6]

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วมและมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ซึ่งผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการรุนแรงของโรค มีโอกาสเสียชีวิตสูง หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นไปตามหลักการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการดูแลแบบครอบครัวทั้งหมดทั้งในขณะที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน การวางแผนจำหน่ายและการดูแลหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในทุกๆระยะของการดูแลรักษา ทั้งในขณะที่นอนโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การให้ความรู้ฝึกทักษะที่จำเป็น การเสริมพลังให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล จะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้การพยาบาล โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียมและความรู้ทางด้านพยาธิสรีระวิทยาความรู้ทางการแพทย์ไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วมและมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ผู้ที่มีอาการและอาการแสดง เช่น เหนื่อยหอบ ขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่งพอง เหนื่อยง่าย เป็นต้นที่บ่งบอกถึงความผิดปกติของโครงสร้างหรือความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง^[2] และได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว

การกลับมารักษาซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตครั้งก่อนกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 28 วัน โดยไม่ได้นัดหมาย

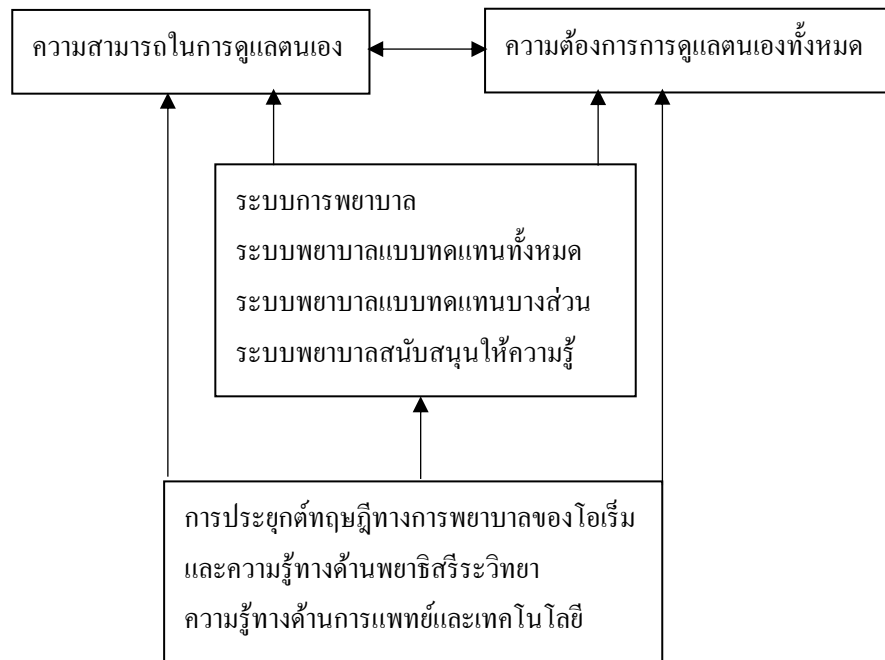
ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive case study) เพื่อศึกษาการ นำกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วมและมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มารับ

การรักษาในโรงพยาบาลที่รตน์นัครราชสีมา
ระหว่างเดือน 14 ธันวาคม 2665 ถึง 31 มีนาคม 2566
ขอบเขตพื้นที่การศึกษา คือ พื้นที่ในโรงพยาบาลเท
รตน์นัครราชสีมา ทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษานี้กำหนดระยะเวลา
ศึกษารวม 4 เดือน คือ ธันวาคม 2565 ถึง มีนาคม
2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยภาวะ
หัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วมและมีการกลับมารักษาซ้ำ
ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลเทรตน์นัครราชสีมา จังหวัด
นัครราชสีมาเป็นการศึกษาประเภทการวิจัยเชิง
พรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่
มีโรคร่วมและมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน
จำนวน 2 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วม
ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ
และหลอดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือความ

ผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

2. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายหรือหญิง

3. ระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 วัน

4. มีการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน (readmit) ภายใน 28 วัน ที่ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ค้นหาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 14 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566 ตามเกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษาพบผู้ป่วยทั้งหมด 8 รายและเข้าเกณฑ์การคัดเลือก 2 ราย

2. เก็บรายละเอียดข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 20 นาทีร่วมกับการสังเกตและการปฏิบัติการ จำนวน 2 ราย

3. ดำเนินการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. ดำเนินการวิเคราะห์กรณีศึกษาโดยประเมินแบบแผนการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน การดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มและความรู้ทางด้านพยาธิสรีระวิทยา ความรู้ทางการแพทย์และเทคโนโลยี

เครื่องมือที่ใช้

การวิจัยนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและ

ข้อมูล การเจ็บป่วย (2) แบบสัมภาษณ์ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (3) แบบบันทึกวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคร่วม การตรวจร่างกายแรกรับผลการตรวจทางรังสีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจพิเศษทางหัวใจ การรักษาปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน โดยใช้กรอบแนวคิดของ Marjory Gordon ผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้จัดกลุ่มการวินิจฉัยทางการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพและได้รับการพิสูจน์ว่ามีประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล^[7]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สังเกต ข้อมูลจากเวชระเบียนข้อมูลในโปรแกรม Hos xp. และการร่วมปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นทำการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและนำมาเปรียบเทียบเขียนอธิบายด้วยการพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการ KHE 2022-124 วันที่ 14 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วมและมีการกลับมารักษาซ้ำจำนวน 2 ราย

กรณีศึกษาที่ 1

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย โสค อายุ 40 ปีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง การศึกษาชั้นประถมปีที่ 6 รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 วินิจฉัยแรกรับ Acute decompensation heart failure (ADHF) with respiratory failure การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Acute decompensation heart failure (ADHF) with respiratory failure with cardiogenic shock

อาการสำคัญ เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หายใจไม่อิ่ม 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมีอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม นอนราบได้ จึงมาโรงพยาบาลและแพทย์ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วินิจฉัย Congestive heart failure ได้รับการรักษาด้วยการให้ O₂ mask with bag 10 ลิตรต่อ นาที และให้ยาขับปัสสาวะ อาการทุเลา และสามารถหายใจได้เองโดยไม่ใช้ออกซิเจน จึงจำหน่ายกลับบ้าน มีนัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก 1 สัปดาห์เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจปรับยาหลังจำหน่าย 1 วัน ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วย 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น นอนราบไม่ได้ หายใจไม่อิ่มจึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง 11 ปี รักษาไม่สม่ำเสมอ ไม่มาติดตามการรักษา ปี 2561 มีประวัติเข้ารับการรักษา

ด้วย โรคโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดไม่พบ ST Segment Evaluation (Non – ST segment myocardial infarction: NSTEMI) ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจุบัน ติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลเทพรัตน์ นครราชสีมา แต่ไม่สม่ำเสมอ ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด , ประวัติการแพ้ยาและอาหารเคยมีประวัติสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง ปัจจุบันหยุดสูบบุหรี่ 10 ปี ดื่มสุราเป็นครั้งคราว ตามเทศกาลปัจจุบันหยุดดื่มสุรา 10 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว อาศัยอยู่กับมารดา พี่สาวและน้องชาย ซึ่งมารดาเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูงและพี่สาวเป็นผู้ป่วยติดเชื้อ มีน้องชายเป็นผู้ดูแล

การประเมินสภาพร่างกาย รูปร่างอ้วน ค่าดัชนีมวลกาย 31.91 kg/m² สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที ลักษณะงับอากาศ O₂ saturation 91% ความดันโลหิต แกรับวัดไม่ได้ วัดซ้ำ 90/56 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาทรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้องศีรษะและใบหน้า mild Pale conjunctiva ระบบทางเดินหายใจ ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรดี ฟังเสียงปอดมี fine crepitation ของปอดทั้งสองข้าง ระบบไหลเวียนโลหิต พบ neck vein engorgement การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจไม่มีเสียง murmur ระบบทางเดินอาหาร obesity contour, soft not tender ระบบกระดูกและข้อ พบ pitting edema ระดับ 1+ ขาทั้งสองข้าง

การตรวจทางรังสี พบ Bilateral Pulmonary congestion with Cardiomegaly

การตรวจพิเศษทางหัวใจ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST depressed in V 4 and T wave inversion V4 ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram): Impair Left Ventricular systolic function (LVEF 13.5%), global wall hypokinesia

การประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

การรับรู้ สามารถรับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคล ได้ตามความเป็นจริง รับรู้ตนเองเป็นโรคหัวใจ และครั้งนี้รุนแรงและมีความคาดหวังว่าจะหาย การรับประทานอาหาร ไม่ได้ควบคุมอาหาร รับประทานอาหารได้ปกติไม่มีปัญหาการกลืน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แบบแผนนอนหลับ นอนวันละ 6 – 8 ชม. ไม่มีปัญหาการนอน นอนราบได้ กระบวนการคิด มีกระบวนการคิดสมเหตุสมผล พอใจในชีวิตความเป็นอยู่ สามารถจำเรื่องราวต่าง ๆ ได้ครบถ้วน การเผชิญปัญหาและความเครียด ยอมรับ การเจ็บป่วย สภาพจิตใจมีความวิตกกังวลสูง เพราะครั้งนี้เหนื่อยหอบมากต้องใส่ท่อช่วยหายใจ กลัวเสียชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ความเชื่อและค่านิยมนับถือศาสนาพุทธ

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

แรกรับวันที่ 6 ก.พ.2566 ขณะอยู่ห้องฉุกเฉิน มีปัญหาหายใจเหนื่อยหอบมาก อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation 91% จึงใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อ Ventilator PCV mode ,IP 14 ,PEEP 5, RR 14 , FiO₂ 0.4 admit ICU

วันที่ 6-12 ก.พ.2566 ขณะอยู่ห้องผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยมีภาวะช็อก ความดันโลหิต 89/54 (67)

มิลลิเมตรปรอท ให้ยา Norepinephrine (1:25) IV drip 10 ml/hr titrate 3 ml/hr ปรับตามค่า Mean Arterial Pressure (MAP) มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท หลังให้ยาความดันโลหิต 99/64-104/68 มิลลิเมตรปรอท MAP 60-80 mmHg ให้ยา Dobutamine 2:1 rate 8 ml/hr. On C-line วัด CVP ทุก 8 ชั่วโมง CVP อยู่ในช่วง 4-7 เซนติเมตรน้ำ ปัสสาวะออกดี ให้ NSS 200-300 ml IV load เป็นระยะ และให้ยา Lasix 40 mg IV เพื่อปรับสมดุลน้ำเข้าออก จำกัดน้ำเข้าร่างกายน้อยกว่า 1 ลิตรต่อวัน และจำกัดเกลือโซเดียมน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน เฝ้าระวังปัญหาทางหัวใจ NSTEMI EKG พบ ST depressed in V 4 and T wave inversion V4 Troponin-T 86.5 ng/L ให้ Enoxaparin 0.4 ml sc วันละครั้ง ติดตามอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ผล Troponin-T ชั่วโมงที่ 1,6 ได้ 73.5 ng/L และ 47.8 ng/L ตามลำดับและเฝ้าระวังเรื่อง Acute kidney injury (AKI) จ 1 ก Low Cardiac output ค่า Creatinine (Cr.) 3.40 mmol/ dl, eGFR 21.35 ml/min/1.73m³ ติดตาม urine output , Intake/Output (I/O) ผล urine ออกดี I/O negative ประมาณ 300 มิลลิลิตรต่อ 8 ชม. ค่า Cr. ลดลงเรื่อย ๆ eGFR เพิ่มขึ้น มีปัญหาติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีไข้ต่ำ 37.8 °C ตรวจปัสสาวะ WBC 10-20 cell/ HPF found few cocci CBC พบ WBC 15,840, /uL SIRS 1 คะแนน, SOS Score 5 คะแนน เฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดให้ Tazocin 2.25 gm IV ทุก 6 ชม ติดตาม ค่า lactate 1.36-1.67 mmol/L เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา และแก้ไขภาวะวิกฤติต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมา ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ และสามารถถอดท่อ

ช่วยหายใจและถอนยา Norepinephrine, Dobutamine ได้วันที่ 11 ก.พ.66 , และย้ายหอผู้ป่วยสามัญ

วันที่ 12-14 ก.พ.2566 ขณะอยู่หอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยรู้ตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ยังอ่อนเพลีย ไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพคงที่จึงเริ่มวางแผนจำหน่ายให้ความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติตัวที่จำเป็นตามหลัก D-METHOD และจำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 14 ก.พ.66 โดยมียากลับบ้าน ดังนี้ Spironolactone(25mg) 1tab oral OD pc , ใช้ Carvidilol (12.5 mg) 2tab oral bid pc, Furosemide ตาราง 1 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ขณะดูแลผู้ป่วย

(40mg) 1 tab oral OD pc , ใช้ Enalapril (20mg) 1 tab oral bid pc, Baby ASA (81mg) 1tab oral OD pc , ใช้ Simvastatin (20mg) 2 tab hs., Lorazepam 0.5mg) 1 tab hs และนัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก 3 สัปดาห์หลังจำหน่าย รวมอยู่โรงพยาบาล 8 วันและเมื่อติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยมาตามนัดและยังไม่มีอาการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ตลอดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ตามตาราง 1

ประเมิน	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
การพยาบาลในระยะวิกฤติ	1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของการแลกเปลี่ยนก๊าซ	การพยาบาลใช้ระบบทดแทนทั้งหมด	ผู้ป่วยรู้ตัวดี ไม่เหนื่อย
1.การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เนื่องจากหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ	ไม่เพียงพอ เช่น อาการกระสับกระส่าย ระดับการรู้สึกลดลง หายใจเร็วหอบเหนื่อย หายใจโดยใช้	-ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ	หอบ V/S: BT 36.6°C, PR 92 BPM pulse full
ข้อมูลสนับสนุน	รู้สึกลดลง หายใจเร็วหอบเหนื่อย หายใจโดยใช้ accessories muscle ช่วย	-จัดท่าผู้ป่วยในท่า Semi fowler's positions	RR 20 BPM Room air
1.สัญญาณชีพ RR 40 BPM	กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ	- ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ ออกซิเจนของร่างกาย	O ₂ sat 96% BP108/71 mmHg Lung:ยังมี crepitation แต่ลดลง
O ₂ sat 91% ,BP90/56 mmHg PR 76 BPM	หายใจนอนราบไม่ได้ ปลายมือ ปลายเท้าเย็นเขียวหรือซีด บวมกดบวม	-วัดสัญญาณชีพ และ O ₂ sat ทุก 1 ชม. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน	จากเดิม ไม่มีติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 6 ของการนอน รพ.
2. ฟัง lung: Fine crepitation both lung - Chest X-ray: Bilateral Pulmonary Congestion with Cardiomegaly	2. สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ: PR 60-100 BPM, BP 90-140/60-90 mmHg, RR 16-20 BPM, O ₂ sat 95- 100%	-ประเมินการหายใจและฟังเสียงปอด -ติดตามประเมินผล CXR เพื่อประเมินภาวะน้ำเกินและผลการของดูแลรักษา	
วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น	3. ฟัง Lung: ไม่มี Crepitation, Rhonchi, Wheezing both lungs	-ป้องกันและลดการติดเชื้อตามระเบียบปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	
	4. CXR: ไม่พบ Pulmonary Congestion, Cardiomegaly, Infiltration หรือพบลดลง	ของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง	

ประเมิน	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
2.EKG 12 Lead: : ST depressed in V 4 and T wave inversion V4	2. สัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติ: PR 60-100 BPM, BP 90-130/60-90 mmHg, RR16-20 BPM, O2sat 95- 100 % MAP มากกว่า65 mmHg	-ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกและวัด CVPทุก 8 ชม.ให้ NSS 200-300 ml iv load เป็น dose ตามแผนการรักษา เป้าหมาย CVP 8 cmH ₂ O	Total I/O: 1360/1830 (negative 470 ml), Cr ลดลงจากเดิม 3 ค่า eGFR เพิ่มขึ้น จาก 21.35 เป็น 93.73 ml/min/1.73m ³
3. ผล lab Troponin-T=86.5 ng/L	20 BPM, O2sat 95- 100 % MAP มากกว่า65 mmHg	-จำกัดน้ำน้อยกว่า 1000ml/day	สามารถนอนขากระตุ่น หัวใจได้ในวันที่ 6 ของ การนอน รพ.
4. Echocardiogram: Impair LV systolic function (LVEF 13.5%), global wall hypokinesia, LA and LV were dilated	3,CXR: ไม่พบ Pulmonary Congestion, Cardiomegaly, Infiltration หรือพบลดลง	-จำกัดปริมาณเกลือโซเดียม < 2 gm/day. ในอาหาร เพื่อลดการคั่งของ น้ำในร่างกาย ดูแลให้ Lasix 40 mg ตามแผนการรักษา	
วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมี ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ ในหนึ่งนาทีย่างเพียงพอ และหัวใจทำงานมี ประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น	4. CVP 8 cmH ₂ O, Urine output >30 ml/hr (0.5 ml/kg/hr)	-monitor EKGวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และประสิทธิภาพการทำงานของ หัวใจ	
3.เสี่ยงต่อการติดเชื้อใน กระแสเลือดเนื่องจากมี พร่องในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดิน บัสสาวะ	1.ไม่มีการติดเชื้อในกระแส เลือด ผลการตรวจ เพาะเชื้อ ในเลือดไม่พบเชื้อ	การพยาบาลใช้ระบบทดแทนทั้งหมด -ให้การพยาบาลป้องกันและลดการ ติดเชื้อตามระเบียบปฏิบัติการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาลของระบบทางเดิน	ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อ ในกระแสเลือด ผลการ เพาะเชื้อ Hemo C/S, Urine C/S ไม่พบเชื้อ
ข้อมูลสนับสนุน	2.การติดเชื้อในระบบ บัสสาวะลดลง ผลตรวจ บัสสาวะ WBC 0-1 cell/ HPF, Urine C/S ไม่พบเชื้อ	โรงพยาบาลของระบบทางเดิน บัสสาวะ (CaUTI Bundle)	-SOS score ลดลงและ เป็น 0 คะแนน
1.ผลการตรวจบัสสาวะพบ WBC10-20 cell/ HPF	บัสสาวะสีเหลืองใสไม่มี ตะกอน	-วัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชม. และ ประเมิน SOS ทุก 4 ชม.เพื่อประเมิน และติดตามการเปลี่ยนแปลง	-ไม่มีไข้ Temperature 36-37 °C
2.CBC พบ WBC 15840 /uLคัดกรองด้วย SIRS = 1 คะแนน, SOS score =5 คะแนน	3.SOS=0 คะแนน	-ดูแลให้Tazocin 2.25 g iv q 6 hr.ตาม แผนการรักษาและครบ 7 วันประเมิน	
3.มีไข้ Temperature 37.8 °C	4.อุณหภูมิร่างกายปกติ36.5- 37.5 °C	ลักษณะ urine และติดตามผลการ เพาะเชื้อ Hemo C/S, Urine C/S	
วัตถุประสงค์: ไม่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด			

ประเมิน	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>พยาบาลสามารถตรวจพบอาการเริ่มต้นของการติดเชื้อในกระแสเลือดและให้ปฏิบัติการ พยาบาลร่วมกับทีมเพื่อให้ผู้ป่วยปกติการพยาบาลระยะกึ่งวิกฤติและฟื้นฟู</p> <p>4.กิจวัตรประจำวัน</p> <p>บกพร่องเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1. ถูกจำกัดกิจกรรมจากอุปกรณ์ ผู้ป่วย on Endotracheal tube with Volume Ventilator, on IV Fluid ผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลำบาก</p> <p>2.Barthel Index 10 คะแนน</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการตอบสนองด้านกิจวัตรประจำวัน</p> <p>5.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากมีภาวะพร่องในการได้รับข้อมูล การสื่อสาร</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1.ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล</p> <p>2.ญาติสอบถามอาการทุกวัน</p> <p>วัตถุประสงค์ผู้ป่วยและญาติมีความวิตก</p>	<p>1.ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาดและได้รับอาหาร</p> <p>2.มี Barthel Index เพิ่มขึ้น</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น</p>	<p>การพยาบาลใช้ระบบทดแทนบางส่วนด้านร่างกาย</p> <p>-ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ได้แก่ complete bed bath ทำความสะอาดช่องปากและการทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย</p> <p>-ให้อาหารปั่นทางสายขางตามแผนการรักษา</p> <p>การพยาบาลระบบสนับสนุนให้ความรู้และจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือ</p> <p>-ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p>-เมื่อผู้ป่วยสามารถถอดอุปกรณ์หรือพ้นภาวะวิกฤติ ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ให้มากขึ้น</p> <p>ใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนด้านข้อมูลและจิตใจ</p> <p>-เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้กล่าวความรู้สึกและต้องการ</p> <p>-ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษา ความก้าวหน้าของการรักษาเป็นระยะ โดยปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</p> <p>จัดวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมเช่น การเขียน กระดาษ ปากกา</p>	<p>ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาดและได้รับสารอาหาร</p> <p>ผู้ป่วยสามารถ หย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 6 ของการ Admitted หลังจากนั้น</p> <p>มีกิจกรรมบนเตียง ลูกนั่ง รับประทานอาหารได้ Barthel Index 65-100 คะแนน</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น</p>

ประเมิน	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>กังวลลดลง</p> <p>การพยาบาลระยะวางแผน</p> <p>จำหน่าย</p> <p>6. การดูแลตนเองไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีภาวะพร่องความรู้เกี่ยวกับการควบคุมภาวะน้ำตาลในร่างกาย การทำกิจกรรมและการฟื้นฟู การรับประทานยาและการประเมินตนเองเพื่อเฝ้าติดตามอาการตนเอง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>1.ผู้ป่วยบอกว่า“ไม่เคยดวงถี่ เลข ไม้รู้วิธี กินน้ำตามปกติไม่ได้คุมอะไรอาหารก็กินปกติ” “ไม่ได้มาตามนัดเพราะทำงาน” “ลืมกินยาบางครั้ง”</p> <p>2.มีประวัติการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Readmit) ด้วยภาวะ CHF ในรอบปีที่ผ่านมา ล่าสุด admit วันที่ 3-5 ก.พ. 66 ด้วย CHF หลังจำหน่าย 1 วัน มีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น นอนราบไม่ได้ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล</p> <p>วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเรียนรู้และจดจำข้อมูลการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ได้</p>	<p>1.ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเพิ่มขึ้นโดย</p> <p>-สามารถบอกปริมาณการรับประทานเกลือโซเดียมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยและลักษณะอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำได้-สาธิตการวางปัสสาวะและการนับปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสมรวมทั้งชนิดอาหารที่นับปริมาณน้ำได้</p> <p>- มีการกำหนดเป้าหมายและพูดคุยความเป็นไปได้ในการออกกำลังกาย สาธิตการฟื้นฟูระบบทางเดินหายใจได้</p> <p>-สามารถอธิบายอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง ดีขึ้น คงที่ แย่ลงรวมทั้งสาธิตการประเมินน้ำคั่งได้</p> <p>-สามารถอธิบายการรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากยาและสาธิตการจับชีพจรด้วยตนเองได้</p> <p>2.ไม่ Re-admit ภายใน 28 วันหลังกลับบ้าน</p>	<p>-เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา</p> <p>-พูดคุยและเสริมพลังใจ อยู่เป็นเพื่อน</p> <p>เมื่อผู้ป่วยต้องการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลประจำคลินิก</p> <p>ตรวจพิเศษหัวใจร่วมกับโดยใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนด้านความรู้โดยวิธีให้ความรู้ฝึกทักษะที่จำเป็นและสนับสนุนด้านจิตใจ สังคม</p> <p>ดังนี้Diagnosis , Treatment :</p> <p>-ทบทวนการรับรู้อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของภาวะหัวใจล้มเหลวและให้ความรู้หรือข้อมูลเพิ่มเติม ได้แก่ อาการดีขึ้น คงที่ และอาการแย่ลง</p> <p>-ฝึกทักษะการกดขมที่หลังเท้า ข้อเท้าและหน้าแข้งเพื่อประเมินน้ำคั่ง</p> <p>Health : -พูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคร่วมกับหาแรงจูงใจในการควบคุมน้ำหนักหรือลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม แนะนำการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การตั้งเป้าหมายและส่งเสริมพลังใจ ให้ความมั่นใจ</p> <p>-แนะนำการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 6 ชม. ในเวลากลางคืนและนอนงีบในเวลากลางวันไม่เกิน 60 นาทีเพื่อลดความเหนื่อยล้า</p> <p>Medication : ให้ข้อมูลเรื่องยาที่ได้รับและการรับประทานยาต่อเนื่อง</p> <p>-ฝึกทักษะการจับชีพจรใน 1 นาทีด้วยตนเองและให้ข้อมูลอาการและอาการ</p>	<p>ผู้ ป ว ย ส า ม า ร ถ</p> <p>ยกตัวอย่างอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง การหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงในอาหาร เช่น ก๋วยเตี๋ยว การไม่เติมพริกน้ำปลาเมื่อซื้ออาหารรับประทาน</p> <p>-ผู้ป่วยไม่มีอุปกรณ์ในการตรวจปัสสาวะจึงจัดหาอุปกรณ์โดยใช้ขวด NSS ที่ใช้แล้ว</p> <p>ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการตรวจได้ถูกต้อง</p> <p>ผลการตอบกลับเยี่ยมบ้านผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เหนื่อยหอบ ด้าน การดูแลตนเองยังจำข้อมูลเรื่อง การตรวจชีพจรและการตรวจน้ำตาลบางส่วน จึงมีการสอนเพิ่มเติม</p> <p>-ผู้ป่วยมาตามนัดและยังไม่มีการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล หลังกลับบ้านใน 28 วัน</p>

ประเมิน	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
		<p>แสดงที่เป็นผลจากยา</p> <p>Out-Patient : พุคคุยเรื่องการดูแล</p> <p>ต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัดอย่าง</p> <p>สม่ำเสมอ และแหล่งประ โยชน์ใน</p> <p>ชุมชนเพื่อขอคำปรึกษา</p> <p>-ส่งต่อศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตาม</p> <p>เยี่ยมบ้าน</p> <p>Diet: ให้ข้อมูลในการควบคุมการ</p> <p>บริโภคเกลือโซเดียม ปริมาณเกลือ</p> <p>โซเดียมที่เหมาะสม ยกตัวอย่างชนิด</p> <p>ของอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงการ</p> <p>อ่านฉลากอาหารและเครื่องปรุงรส</p> <p>ฝึกทักษะการประเมินน้ำดื่ม แนะนำ</p> <p>จัดหาเหยือกที่มีระบุปริมาณเป็น</p> <p>มิลลิลิตร แนะนำการจัดบันทึก</p> <p>ปริมาณน้ำเข้าออก การชั่งน้ำหนักวัน</p> <p>ละครั้ง</p> <p>Environment /Economic/Emotion:</p> <p>พูดส่งเสริมความมั่นใจในการ</p> <p>ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ และ</p> <p>ช่องทางการขอรับคำปรึกษาเมื่อ</p> <p>ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง</p>	

กรณีศึกษาที่ 2

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย โสด อายุ 48 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพ นักธุรกิจ การศึกษาชั้นประถมปีที่ 4 รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 วินิจฉัยแรกได้รับ Congestive heart failure (CHF) ชนิดการบีบตัวของหัวใจลดลง (Heart failure with reduced ejection fraction :HFrEF) with DM,HT การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Congestive heart

failure ชนิดการบีบตัวของหัวใจลดลง (Heart failure with reduced ejection with DM,HT and Influenza B infection

อาการสำคัญ ไอ เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หายใจไม่อิ่ม 2 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 26 วันก่อนมีอาการ หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ จึงมา

โรงพยาบาล at OPD ผู้ป่วยมีระดับ O_2 saturation 83% อัตราการหายใจ 42 ครั้งต่อนาที ให้ O_2 mask with bag 10 ลิตรต่อนาที วินิจฉัย CHF with DM, HT ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนและยาขับปัสสาวะรวมนอน รพ. 3 วัน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไอ เหนื่อย หอบ นอนราบไม่ได้ หายใจไม่อิ่ม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รักษาสม่ำเสมอที่โรงพยาบาลชุมชน 7-8 ปี 1 เดือนก่อนมานอนโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งแรกและนัดติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารมีประวัติสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง 20 ปีปัจจุบันเลิกสูบ 3 เดือน ดื่มน้ำเป็นครั้งคราว ตามเทศกาล ปัจจุบันหยุดดื่มน้ำสุรา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว อาศัยอยู่กับครอบครัวพี่สาวและหลาน ไม่มีโรคประจำตัว

การประเมินสภาพร่างกาย รูปร่างอ้วน ค่าดัชนีมวลกาย 32.52 kg/m^2 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที O_2 saturation 96% ความดันโลหิต 114/72 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาทรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้องศีรษะและใบหน้าปกติ ระบบทางเดินหายใจ ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรดี ฟังเสียงปอดมี fine crepitation และ Rhonchi ของปอดทั้งสองข้าง ระบบไหลเวียนโลหิต พบ neck vein engorgement การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจไม่มีเสียง murmur ระบบทางเดินอาหาร

obesity, soft not tender ระบบกระดูกและข้อ ขาทั้งสองข้างไม่มีบวมกดบวม

การตรวจทางรังสี พบ Cephalization both lung, Cardiomegaly

การตรวจพิเศษทางหัวใจ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Sinus tachycardia no ST change ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram): Mild Tricuspid Regurgitation (TR), mild Mitral Regurgitation (MR), Impair Left Ventricular systolic function (LVEF 25.8%) anterior and lateral wall hypokinesia

การประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน การรับรู้ สามารถรับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคล ได้ตามความเป็นจริง รับรู้ตนเองเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง และครั้งนี้ไม่รุนแรงและมีความคาดหวังว่าจะหาย การรับประทานอาหารควบคุมอาหารหวาน แป้งและน้ำตาล และอาหารเค็มรับประทานอาหารได้ปกติไม่มีปัญหาการกลืน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองนอนวันละ 5 – 6 ชม. ไม่มีปัญหาการนอน นอนราบได้ กระบวนการคิด มีกระบวนการคิดสมเหตุสมผล พอใจในชีวิตความเป็นอยู่ สามารถจำเรื่องราวต่าง ๆ ได้ครบถ้วน การเผชิญปัญหาและความเครียด ขอมรับการเจ็บป่วยสภาพจิตใจมีความวิตกกังวลบ้าง ส่วนใหญ่กังวลเรื่องธุรกิจที่บ้านมานอน โรงพยาบาลจะขาดรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ความเชื่อและค่านิยมนับถือศาสนาพุทธ

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล แกรับวันที่ 16 ก.พ.2566 ขณะอยู่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้ตัว ดี

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 96% ความดันโลหิต 114/72 มิลลิเมตรปรอท หายใจเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอด fine crepitation both lungs and minimal Rhonchi จึงให้ O₂ canular 5 LPM, lasix 40 mg IV stat และ Berodual 1 NB พ่นทันทีและพ่นทุก 6 ชม. อาการดีขึ้น admit หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

ขณะอยู่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยเหนื่อยหอบเพิ่มขึ้น หายใจเร็ว เปลี่ยน O₂ ให้ High Flow Nasal Canular (HFNC) 40 ลิตรต่อนาที FiO₂ 0.4 และตรวจพบ Influenza B positive จึงให้ Oseltamivir (75) 1 tab oral วันละ 2 ครั้ง 5 วันติดตาม Intake/Output (I/O) ผล urine ออกดี I/O negative ประมาณ 500-1000 ml ต่อวัน ทำให้มีระดับโปแทสเซียมในเลือดต่ำ k 3.31 mmol/L ให้ Elixir KCL 30

ml 1 dose หลังให้ k 3.59 mmol/L อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ 2 วันหลังให้การดูแลสามารถหย่าออกซิเจนและถอด HFNC ได้ จึงวางแผนจำหน่ายและจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล โดยมียากลับบ้านดังนี้ Glipizide (5) 2tab oral bid ac, Amlodipine 2tab oral OD pc, Furosemide (40mg) 1tab oral OD pc เช้า, Losartan(50mg) 1 tab oral OD pc เช้า, Baby ASA (81mg) 1 tab oral OD pc เช้า, Simvastatin (10mg) 2 tab oral hs, NPH 10-0-10 sc (penfill), Oseltamivir (75) 1 tab oral bid x 5 day, bromhexine 1tab oral tid pc และนัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก 3 สัปดาห์หลังจำหน่าย รวมอยู่โรงพยาบาล 3 วันและเมื่อติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยมาตามนัดและยังไม่มีอาการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ตลอดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะดูแลผู้ป่วย

ประเมิน	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1.การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เนื่องจากหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ และมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	1.ไม่มีอาการและอาการแสดงของการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ เช่น อาการกระสับกระส่าย ระดับการรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็วหอบเหนื่อย หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ	ใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด -ดูแลการทำงาน HFNC ให้มีประสิทธิภาพ ตามแผนการรักษา -จัดท่าผู้ป่วยในท่า Semi fowler's position	ผู้ป่วยรู้ตัวดี ไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ BT 36.6°C, PR 78 BPM pulse full RR 20 BPM Room air O ₂ sat 96% BP 146/ 72 mmHg
1.สัญญาณชีพ RRR 36 BPM ใช้ accessories muscle ช่วยหายใจ O ₂ sat 96% ,BP 114/72 mmHg PR 104 BPM	กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ นอนราบไม่ได้ ปลายมือ ปลายเท้าเย็นเขียวหรือซีด บวมกดนุ่ม	-Absolute bed rest และให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ ออกซิเจนของร่างกาย -พ่น Berodual 1 NB ทุก 6 ชม. ตามแผนการรักษา	Lung: clear สามารถหย่าออกซิเจนและถอด High Flow Oxygen ได้ ในวันที่ 2 ของการนอนรพ.
2.Echocardiogram: Mild	ปกติ: PR 60-100 BPM, BP	-วัดสัญญาณชีพ และ O ₂ sat ทุก 2-4	

ประเมิน	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
TR, mild MR, Impair LV systolic function (LVEF 25.8%) anterior and lateral wall hypokinesia	90-130/60-90 mmHg, RR16-20 BPM, O2sat 95- 100%	ชม. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน	
3. ฟัง lung: ไม่มี Crepitation, Rhonchi, Wheezing both anterior and lateral	3. ฟัง Lung: ไม่มี Crepitation, Rhonchi, Wheezing both lungs	-ประเมินการหายใจและฟังเสียงปอด	
4.CXR: ไม่พบ Pulmonary Congestion, Cardiomegaly, Infiltration หรือพบลดลง	4.CXR: ไม่พบ Pulmonary Congestion, Cardiomegaly, Infiltration หรือพบลดลง	-ติดตามประเมินผล CXR เพื่อประเมินภาวะน้ำเกินและผลการของดูแลรักษา	
3. ฟัง lung: Fine crepitation and Rhochi both lungs	3. ฟัง lung: Fine crepitation and Rhochi both lungs	-ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-น้ำออก	
4.Chest X-ray: Cephalization both lung, Cardiomegaly	4.Chest X-ray: Cephalization both lung, Cardiomegaly	-จำกัดน้ำน้อยกว่า 1000ml/day และจำกัดปริมาณเกลือโซเดียม < 2 gm/day โดยเบิกอาหารจืด เพื่อลดการคั่งของน้ำ	
ผลตรวจพบ Influenza B positive	ผลตรวจพบ Influenza B positive	ในร่างกายและดูแลให้ Lasix 40 mg ตามแผนการรักษา- ให้ออสeltamivir (75) 1 tab oral bid x 5 day	
วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น	วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น		
2.มีความพร้อมในการป้องกันภาวะโปแทสเซียมต่ำ จากการได้รับยาขับปัสสาวะ	2.มีความพร้อมในการป้องกันภาวะโปแทสเซียมต่ำ จากการได้รับยาขับปัสสาวะ	ใช้ระบบพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด	ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของระดับ โปแทสเซียม 3.59 mmol/L
ข้อมูลสนับสนุน	ข้อมูลสนับสนุน	-ประเมินอาการแขนขาอ่อนแรง หัวใจเต้นผิดปกติ	ในวันี่ 2 ของการนอนรพ.
1.อ่อนเพลีย	1.อ่อนเพลีย	-วัดV/S ทุก 4 ชม. ติดตามการเต้นของหัวใจ	
2. K 3.31 mmol/L	2. K 3.31 mmol/L	-ให้ Elixer KCL 30 ml ตามแผนการรักษา	ไม่มีหัวใจเต้นผิดปกติ จังหวะ PR 72-80 BPM
3.ได้รับยาขับปัสสาวะ Lasix 40 mg iv มีปริมาณปัสสาวะออกมาก Intake/Output negative ประมาณ 500-1000 ml ต่อวัน	3.ได้รับยาขับปัสสาวะ Lasix 40 mg iv มีปริมาณปัสสาวะออกมาก Intake/Output negative ประมาณ 500-1000 ml ต่อวัน	-ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับ potassium	จังหวะสมำเสมอ ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง motor power grade 5 all
วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์	-บันทึกI/O เพื่อติดตามการสูญเสีย potassium	
		ใช้ระบบพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้	
		-แนะนำญาติให้นำอาหารที่มี	

ประเมิน	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของระดับโปแตสเซียม	1. ระดับการรู้สึกตัวปกติ	potassium สูง เช่นกล้วย ผักใบเขียวเข้ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มี
3.เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเนื่องจากมีความพร้อมในการควบคุมการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต	2. FBS อยู่ในระดับเป้าหมายของแผนการรักษา 80-200 mg%	มาทำให้ผู้ป่วยเสริมนอกเหนือจากอาหารของรพ. ใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด	อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและ อาการน้ำตาลในเลือดสูง
ข้อมูลสนับสนุน		-ประเมิน สังเกตระดับการรู้สึกตัวทุก 8 ชั่วโมง	FBS อยู่ระหว่าง 102-182 mg%
1.FBS 246 mg%		- สังเกตอาการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ ซึม ไม่รู้สึกตัวเหงื่อออกมาก ตัวเย็น อาการน้ำตาลในเลือดสูง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยน	
2.ประวัติเป็นเบาหวานและรักษาโรงพยาบาลชุมชน 8 ปี		กระหายน้ำมาก- ตรวจและบันทึก FBS premeal, hs	
วัตถุประสงค์		-ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอินซูลินตามแผนการรักษา NPH 10-0-10 unit sc	
ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลอยู่ในระดับปกติ		การพยาบาลที่ใช้ระบบสนับสนุนด้านความรู้และข้อมูล	
		-เบิกอาหารเบาหวานให้รับประทานขณะอยู่รพ.แนะนำผู้ป่วยญาติไม่นำอาหารที่มีแป้ง น้ำตาลสูงมารับประทานเพิ่ม	
4.กิจวัตรประจำวัน	1.ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาดและได้รับอาหาร	การพยาบาลทดแทนบางส่วน	ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด
บกพร่องเนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม	2.สิ่งแวดล้อมสะอาด	-ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่การทำความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดช่องปาก และ	และได้รับสารอาหาร
ข้อมูลสนับสนุน		การทำความสะอาดหลังขับถ่าย	ผู้ป่วยสามารถ
1.ถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง ผู้ป่วย on High Flow Nasal Canular		-จัดและเสริฟอาหารเบาหวาน จัดช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร	รับประทานอาหารได้
2.อ่อนเพลีย		ให้การพยาบาลสนับสนุนด้านความรู้และจิตใจ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันให้มากขึ้นเมื่อ	เอง และไปห้องน้ำได้
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการตอบสนองด้านกิจวัตรประจำวันได้		อาการทุเลา	เองในวันที่ 3 ของการนอนรพ.
		-ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและร่วมมือ	

ประเมิน	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
5.วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน	ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น 1.ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเพิ่มขึ้น โดย	ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนด้านข้อมูลและจิตใจ	ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น -ผู้ป่วยสามารถบอก
1.ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล	-สามารถสาธิตการตวง	-เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้	วิธีการตวงปัสสาวะ
2.ผู้ป่วยบอกว่าไม่ขายนอนรพ.ที่หน่วยงานที่บ้าน	ปัสสาวะและการนับปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสมรวมทั้งชนิดอาหารที่นับปริมาณน้ำได้	กล่าวความรู้สึกและต้องการ-ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษา ความก้าวหน้าของการรักษาเป็นระยะ	และนับปริมาณน้ำได้ถูกต้อง
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง	-มีการกำหนดเป้าหมายและพูดคุยความเป็นไปได้ในการออกกำลังกาย สาธิตการฟื้นฟูระบบทางเดินหายใจได้	โดยปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	-ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายลดน้ำหนัก 3-5 กิโลกรัม
วางแผนจำหน่าย	พูดคุยความเป็นไปได้ในการออกกำลังกาย สาธิตการฟื้นฟูระบบทางเดินหายใจได้	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา	ภายใน 3 เดือน
6.เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากมีความพร้อมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพจากขาดความรู้เกี่ยวกับการควบคุมภาวะน้ำคั่งในร่างกายและการประเมินตนเองเพื่อเฝ้าติดตามอาการตนเอง	-อธิบายอาการที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง ดีขึ้น คงที่ แยก รวมทั้งสาธิตการประเมินน้ำคั่งได้	-พูดคุยและเสริมพลังใจ วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายโดยใช้ระบบการพยาบาล	ผู้ป่วยสามารถจับชีพจรตนเองได้ถูกต้อง
ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมภาวะน้ำคั่งในร่างกายและการประเมินตนเองเพื่อเฝ้าติดตามอาการตนเอง	-อธิบายการรับประทานยา และอาการข้างเคียงจากยาและสาธิตการจับชีพจรด้วยตนเองได้	สนับสนุนด้านความรู้ กระตุ้นการเรียนรู้ โดยวิธีให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็น และสนับสนุนด้านจิตใจ สังคม ดังนี้	-ผลการตอบกลับเยี่ยมบ้านโดยวิธีโทรศัพท์
ข้อมูลสนับสนุน	2.ไม่ Re-admit ภายใน 28 วัน หลังกลับบ้าน	Diagnosis , Treatment :- ทบ ทวน การรับรู้อาการที่เปลี่ยนแปลงของภาวะหัวใจล้มเหลวและให้ความรู้หรือข้อมูลเพิ่มเติม	ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เหน็ดเหนื่อย ผู้ป่วยยังไม่ได้เริ่มต้นลดน้ำหนัก
1.ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยมีใครแนะนำให้ตวงถี่ กินน้ำตามปกติไม่ได้ ลุ่มอะไร”		ได้แก่ อาการดีขึ้น อาการคงที่ และอาการแยกลง	ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เหน็ดเหนื่อย ผู้ป่วยยังไม่ได้เริ่มต้นลดน้ำหนัก
“หมอเพิ่งบอกว่าเป็นโรคหัวใจ”		-ฝึกทักษะการกดววมที่หลังเท้า ซ้อนเท้า และหน้าแข้งเพื่อประเมินน้ำคั่ง Health : พุดคุยแลกเปลี่ยนปัญหา	ได้พูดคุยเพิ่มเติมให้เห็นเห็นความสำคัญ
2.มีประวัติการเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmit) ด้วยภาวะ CHF ล่าสุดมานอนโรงพยาบาลวันที่19-21 มกราคม 2566 ด้วยCHF ได้รับการรักษา		อุปสรรคร่วมกับหาแรงจูงใจในการควบคุมน้ำหนักหรือลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม แนะนำการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การตั้งเป้าหมายและส่งเสริมพลังใจ ให้ความมั่นใจ	-ผู้ป่วยมาตามนัดและยังไม่มีอาการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล หลังกลับบ้านใน 28 วัน
		-แนะนำการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 6 ชม.	

ประเมิน	เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
ด้วยการให้ O2 mask with bag 10 LPM และให้ยาขับปัสสาวะ รวมนอนรพ.3 วัน มีระยะห่างจาก admit ครั้งที่แล้ว 26 วัน วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และจดจำข้อมูลการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ได้		-แนะนำการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ -แนะนำการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ และหลีกเลี่ยงการไปในที่มีคนแออัดหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ Medication: ให้ข้อมูลเรื่องยาโรคหัวใจที่ได้รับ ฝึกทักษะการจับชีพจรใน 1 นาทีด้วยตนเองและให้ข้อมูลอาการที่เป็นผลจากยา Out-Patient : พுகุญเรื่องการดูแลต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ -ส่งต่อศูนย์ดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน Diet: ทบทวนการควบคุมการบริโภคเกลือ โซเดียม ปริมาณเกลือ โซเดียมที่เหมาะสม และฝึกทักษะการประเมินน้ำดื่ม แนะนำการจัดบันทึกปริมาณน้ำเข้าออก การชั่งน้ำหนัก และเน้นย้ำความสำคัญของการจดบันทึก และทบทวนการควบคุมอาหาร เบาหวาน การจำกัดอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลปริมาณสูง Environment /Economic/Emotion: พูกส่งเสริมความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆและช่องทางการขอรับคำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง	

อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคที่มีโรคร่วมและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน พบว่า การวินิจฉัยมีความซับซ้อนและมีกระบวนการวินิจฉัยที่ต้องใช้การซักประวัติ อาการและอาการแสดง การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการหาระดับ natriuretic peptide มีการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) การตรวจนี้จะช่วยในการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการบีบและคลายตัวของหัวใจไม่ดี การจัดการทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ echocardiography ตั้งแต่ระยะการนอนโรงพยาบาลจะช่วยให้แพทย์และพยาบาลวางแผนการรักษาดูแลได้เหมาะสมและรวดเร็วมากขึ้น รวมถึงการวางแผนการดูแลในระยะยาว การหาปัจจัยเสี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดและการหาปัจจัยการกลับมารักษาซ้ำโดยใช้แบบประเมินการรับรู้สุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน เป็นกรอบในการประเมิน ทำให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยในด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้และทำให้สามารถนำไปวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะกับโรคในระยะการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง แต่ในระยะแรกพยาบาลต้องใช้ระยะเวลาในการซักประวัติเพื่อหาข้อมูลปัจจัยและการกลับมารักษาซ้ำจึงต้องใช้การตรวจสอบประวัติการนอนโรงพยาบาลครั้งก่อนในเวชระเบียนเพิ่มเติมจึงทำให้ได้ข้อมูลและนำไปวางแผนการพยาบาลได้มากขึ้น^[8] การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม จะช่วยให้

พยาบาลประเมินความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและจัดกิจกรรมพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือหรือชดเชยความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะวิกฤติ ระยะฟื้นฟูและระยะวางแผนจำหน่าย ซึ่งในระยะวางแผนจำหน่ายระบบการพยาบาลของโอเร็มจะช่วยให้พยาบาลประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่ครอบคลุม การประเมินการเรียนรู้ของผู้ป่วยที่จะต้องทำและทำอย่างสม่ำเสมอ ประเมินว่ามีอะไรบ้างที่ผู้ป่วยทำได้และทำไม่ได้ทั้งในขณะนี้และอนาคต และประเมินความสามารถที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองในขณะนี้และอนาคต^[9] นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลประจำคลินิกพิเศษหัวใจ ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะ โรคร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยร่วมวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและจำเพาะกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อคงสภาวะ (self care maintenance) เช่น ให้ข้อมูลในการควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียมและน้ำ การติดตามตนเอง เช่น การพูดคุยเรื่องการดูแลต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อขอคำปรึกษา หรือการขอความช่วยเหลือเมื่อฉุกเฉิน และการจัดการตนเอง เช่น การฝึกทักษะการจับชีพจร ทักษะการกดววมที่หลังเท้า เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ สามารถจดจำข้อมูลจากการฝึก และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีการส่งต่อเยี่ยมบ้าน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการจดจำข้อมูลได้มากขึ้นส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลตนเองที่

ถูกต้องและต่อเนื่อง^[10-11] ซึ่งการมีการดูแลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง การดูแลต่อเนื่องที่หลากหลายวิธี และการดูแลโดยทีมสุขภาพ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จะช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้^[6, 12]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีระบบการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเช่น การเยี่ยมบ้าน การโทรศัพท์ การมีคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาล โดยสหวิชาชีพมาจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิต.

2. ควรมีการพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

[1] กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2564. นนทบุรี : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2565.

[2] สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะ

หัวใจล้มเหลว พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ : เนคสเทป ดีไซน์; 2562.

[3] ศุภวัฒน์ เลิศพงษ์ภาคภูมิ เจนเนตร พลเพชร และจอม สุวรรณ โฉ.ปัจจัยทำนายการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายในช่วงเวลา 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2562; 2: 126 – 40.

[4] โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา. งานเวชระเบียน. สถิติผู้รับบริการโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา พ.ศ.2565. นครราชสีมา : โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา; 2565.

[5] ภณชนวัฒน์ สุทธิวิชาทนฤพุดิ.การดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยการจัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลวใน โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารการแพทย์เขต 4 – 5 2565; 1: 645 – 56.

[6] ไวยพร พรมงค์ จรูญศิริ มีหนองหว้า สุมิตรา วีระกุล และวิไลวรรณ ปลุกเจริญ. ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 2564; 5: 373 – 86.

[7] Gordon, M. Manual of Nursing Diagnosis 1995 – 1996. St.Louis: Mosby; 1995.

[8] ดวงใจ บุญคง และอภิัญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. การศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลตติยภูมิ. รามาธิบดีเวชสาร 2564; 2: 202 – 15.

- [9] สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเองศาสตร์ และศิลปทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัท วิกิภูติน; 2534.
- [10] อรวินิจญ์ ชัยมงคล สริญญา ภูวนันท์ และ ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ หน่วย บริการผู้ป่วยนอก. วชิรสารการพยาบาล 2565; 1:75 – 95.
- [11] วาสนา รวยสูงเนิน คลวิวัฒน์ แสนโสม มะ ลีวรรณ ศิลารัตน์ และคณะ. การพัฒนา เครื่องมือสำรวจความต้องการและการจัดการ รายกรณีสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. วารสาร พยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2564; 2: 135 – 51.
- [12] อุไรวรรณ ศรีมาดา ทศนีย์ แดขุนทด และ ศักดิ์ศิธร พูนชัย. การพัฒนารูปแบบการ ส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว ณ คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาล สกลนคร 2563; 1: 38 – 51.