



## บันทึกข้อความ


ส่วนราชการ ..... กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ  
ที่ ขก.003.305.10/ ๐๕๓ ..... วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566  
เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่ผลงานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน.....


เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

ด้วยข้าพเจ้านางสาวสุพรรณิ ดิส้อย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กลุ่มการพยาบาล ได้จัดทำผลงาน “การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย” ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้านางสาวสุพรรณิ ดิส้อย จึงใคร่ขออนุมัติเผยแพร่ผลงานวิชาการลงในเว็บไซต์โรงพยาบาลชุมแพ เพื่อให้ผู้สนใจได้เรียนรู้และศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ ให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

  
(นางสาวสุพรรณิ ดิส้อย)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

  
๑๐/๑๑  
นางยุวเรศ รัตนประภา  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยหนัก

  
(นางสาวชญานิศ ศรีรักษา)  
หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

  
(นายสมเกียรติ ชูบัณฑิตกุล)  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ

เรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย  
NURSING CARE FOR PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE: 2 CASE STUDIES

โดย

นางสาวสุพรรณิ ตีส้อย

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย  
NURSING CARE FOR PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE : 2 CASE STUDIES

สุพรรณณี ดีสุ่ย,พว\*  
Supanee Deesui,RN\*

บทคัดย่อ

**ความเป็นมา:** ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ดำเนินอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตสูง จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน จากสถิติโรงพยาบาลชุมแพ พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกโรคที่พบบ่อย แนวโน้มพบในกลุ่มอายุน้อยลง มีภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

**วิธีดำเนินงาน:** ศึกษาผู้ป่วย 2 รายที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลชุมแพ โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

**ผลการศึกษา:** กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 69 ปี สูบบุหรี่ ดื่มสุราประจำ ประวัติโรคความดันโลหิตสูง และโรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมที่ไม่ได้เกิดจากเส้นเลือดหัวใจขาดเลือด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและระบบหายใจล้มเหลวต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 11 วัน เนื่องจากมีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ซับซ้อนการดำเนินโรคไม่ดีขึ้น ภาวะการเจ็บป่วยยังคงดำเนินต่อแม้ว่าจะรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆจนเสียหายอย่างถาวร มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 48 ปี ประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลิ้นหัวใจไมตรัลตีบชนิดรุนแรง ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง หัวใจห้องบนเต้นระริก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและระบบหายใจล้มเหลว ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 17 วัน อาการดีขึ้น ได้รับการวางแผนการดูแลก่อนจำหน่ายเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต

**สรุป:** กรณีศึกษานี้ทำให้เห็นกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในระยะวิกฤต การประเมินและเฝ้าระวังติดตามเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลระยะต่อเนื่อง รวมถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน, ภาวะแทรกซ้อน

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

\* Registered Nurse, Professional Level, Chumphae Hospital, Khon Kaen.

## Nursing Care for Patients with Acute Heart Failure: 2 Case Studies

### Abstract

**Background:** Acute heart failure is a rapidly progressing condition with a high mortality rate, necessitating urgent treatment. Statistics from Chumphae Hospital reveal that acute heart failure is among the top five commonly encountered medical conditions, particularly affecting a younger age group, often resulting in severe illness and reduced quality of life.

**Objectives:** To study the nursing process of Patients with acute heart failure. compared two case studies.

**Methodology:** Two patients admitted to Chumphae Hospital, one in the Geriatric Ward and the other in the Cardiology and Vascular Ward, were studied. Data was collected from medical records, patient interviews, and family discussions. Data analysis was carried out using the Gordon's 11 Functional Health Patterns framework. Nursing interventions were planned accordingly.

**Results:** **In the first case study,** a 69-year-old male patient with a history of smoking and alcohol consumption, hypertension, and non-ischemic cardiomyopathy. He was diagnosed with acute heart failure and respiratory failure, requiring mechanical ventilation support. He spent a total of 11 days in the hospital. Despite appropriate treatment, the patient's condition worsened due to complex heart failure, leading to long-term consequences. In the final stage, he received palliative care. **In the second case study,** a 48-year-old female patient with type 2 diabetes mellitus, severe mitral valve stenosis, severe pulmonary hypertension, and atrial fibrillation with required mechanical ventilation support. She spent a total of 17 days in the hospital. Her condition improved, and a discharge plan was implemented to ensure her understanding, prevent readmission, and enhance her quality of life.

**Conclusion:** This case study highlights the nursing process of patients with acute heart failure during the critical phase. It emphasizes the importance of assessment, monitoring, and prevention of complications in the continuous care of these patients, including end-of-life care.

**Keywords:** Nursing care, acute heart failure, complications.

## บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นภาวะการณั้เจ็บป่วยที่ดำเนินอย่างรวดเร็ว โดยอาจเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก หรืออาจเกิดจากอาการที่แย่งของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเดิม ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตสูง จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน<sup>1</sup> เพราะทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ<sup>2</sup> Heart Failure Registry of Patient Outcomes (HERO) ได้ทำการสำรวจโรงพยาบาล 73 แห่งในประเทศจีน ปี ค.ศ. 2017 ถึง 2018 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและระยะเวลา 3 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลรวมกันเท่ากับร้อยละ 3.2<sup>3</sup>

ปัญหาของภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยข้อมูลความชุกยังไม่ชัดเจน แต่ข้อมูลในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 5-7<sup>2</sup> สำหรับอัตราการเสียชีวิตในประเทศไทย จากการศึกษา THAI-ADHERE Registry ระบุว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในอยู่ที่ ร้อยละ 5.5 โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 7.5 วัน โดยทั่วไปอัตราการเสียชีวิตของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 10 ต่อปี และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังได้รับการวินิจฉัย และหลังจากได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยส่วนมากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้จะส่งผลต่อผู้ป่วยแล้ว ภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลอีกด้วย<sup>2</sup>

โรงพยาบาลชุมชน มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือดและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน จากข้อมูลสถิติ 3 ปีย้อนหลัง คือปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 41,55, และ 71 รายตามลำดับ พบผู้ป่วยที่วิกฤตมีปัญหาระบบหายใจล้มเหลวร่วมด้วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือดคือ 33, 32, และ 17 รายตามลำดับ ถือเป็น 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด<sup>4</sup> จากข้อมูลพบว่ายอดผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มพบในกลุ่มอายุน้อยลง<sup>4</sup> ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง<sup>5</sup>

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และเพื่อให้บุคลากรพยาบาลใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน สามารถจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ลดข้อผิดพลาดต่างๆที่จะเกิดขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อองค์กร บุคลากร และการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์:

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

### ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วย 2 รายเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และการประเมินสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (early warning sign) เพื่อประเมินปัญหา เฝ้าระวังและติดตามอาการผิดปกติที่เสี่ยงคุกคามต่อชีวิต การใส่ยาที่มีความเสี่ยงสูง ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤต การใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ การประเมินผลลัพธ์และบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระยะวิกฤต

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 วันที่ 3 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 13 กันยายน 2566

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 9 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 17 กันยายน 2566

### วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูล 5 อันดับโรคแรกในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือด ย้อนหลัง 3 ปี และเรื่องที่มีความน่าสนใจ
2. เลือกศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย
3. ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย
4. ศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง สาเหตุของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา และการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน
5. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษาจากเวชระเบียนและการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติตามขั้นตอน กระบวนการพยาบาล
6. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาตามกระบวนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง
7. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ความชำนาญงานและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง
8. เสนอผลการศึกษา
9. จัดทำผลงานวิชาการและเผยแพร่ผลงาน

### ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	69 ปี	48 ปี
ภูมิลำเนาเดิม	อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น	อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
ระดับการศึกษา	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3
อาชีพ	ทำนาและรับจ้างทั่วไป	ทำนาและรับจ้างทั่วไป
สิทธิการรักษา	ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (รับส่งต่อในจังหวัด)	ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล	11 วัน	17 วัน
รวมวันที่รับไว้ดูแล	11 วัน	8 วัน
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ซึม ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง	ไข้ หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ ก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	<p>1 เดือน มีอาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ใส่ท่อช่วยหายใจจากโรงพยาบาลสีชมพู ส่งตัวโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>2 วัน อาการดีขึ้น ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>1 วันหลังกลับบ้านเริ่มมีหายใจหอบเหนื่อย นอนราบได้น้อย บวม ปัสสาวะออกน้อย และแสบขัด มีไข้ต่ำๆ รับประทานยาและพักผ่อนทุกเวลา</p> <p>1 ชั่วโมงก่อนมา เริ่มมีหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้ ซึม ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลสีชมพู ใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อโรงพยาบาลชุมแพ</p>	<p>1 วัน มีอาการไอบ่อย นอนราบได้น้อย มีไข้</p> <p>5 ชั่วโมง มีไข้ ไอบ่อย หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล</p>
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	โรคความดันโลหิตสูง, โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมที่ไม่ได้เกิดจากเส้นเลือดหัวใจขาดเลือด รับประทานยาที่โรงพยาบาลชุมแพ รักษาไม่ต่อเนื่อง	โรคเบาหวาน, โรคลิ้นหัวใจไมตรัลตีบชนิดรุนแรง, โรคความดันโลหิตสูงปอดสูงชนิดรุนแรง, โรคหัวใจห้องบนเต้นระริก รักษาและรับประทานยาที่โรงพยาบาลขอนแก่น
ประวัติผ่าตัด/หัตถการ สำคัญ	<p>-หัตถการฉีดสีสวนหัวใจ (coronary artery angiography: CAG): ไม่มีการตีบตันของเส้นเลือด (no significant stenosis)</p> <p>-การตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนเสียงความถี่สูง (echocardiogram): หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว 28 % (severe impaired LV systolic function, LVEF 28%)</p> <p>-ผ่าตัดใส่เหล็กยึดกระดูกสันหลัง</p>	<p>-หัตถการฉีดสีสวนหัวใจ (coronary artery angiography: CAG): ไม่มีการตีบตันของเส้นเลือด (no significant stenosis)</p> <p>-หัตถการขยายลิ้นหัวใจไมตรัล (percutaneous transluminal mitral commissurotomy: PTMC)</p> <p>-การตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนเสียงความถี่สูง (echocardiogram): ลิ้นหัวใจไมตรัลตีบชนิดรุนแรง ความดันโลหิตสูงปอดสูงชนิดรุนแรง หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว 67 % (severe mitral valve stenosis, severe pulmonary hypertension, LVEF 67%)</p>

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการสูบบุหรี่/ ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด	-สูบบุหรี่ 10-15 มวนต่อวัน ติดต่อกัน มากกว่า 20 ปี ปัจจุบันสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 3-5 มวนต่อวัน -ดื่มสุราขวดเล็กเฉลี่ย 2-3 ขวดต่อสัปดาห์ ติดต่อกันมากกว่า 20 ปี -ใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา เป็นต้น ติดต่อกันมากกว่า 10 ปี	-ปฏิเสธสูบบุหรี่ -ปฏิเสธดื่มแอลกอฮอล์ -ปฏิเสธการใช้สารเสพติด
การวินิจฉัย (Diagnosis)	acute heart failure: AHF	acute heart failure: AHF

วิเคราะห์ จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความผิดปกติที่แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุราและใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว<sup>2</sup> จากผลการตรวจ echocardiogram มีการบีบตัวของหัวใจ 28% ได้รับการวินิจฉัยและรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเต็ม ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ผลการตรวจ echocardiogram พบลิ้นหัวใจไมตรัลตีบชนิดรุนแรง (severe mitral valve stenosis: MS) และความดันหลอดเลือดปอดสูงชนิดรุนแรง (severe pulmonary hypertension: PH) และมีประวัติหัวใจห้องบนเต้นระริก (atrial fibrillation: AF) ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้<sup>2</sup>

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินสภาพร่างกายที่ผิดปกติตามระบบผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

การประเมิน สภาพร่างกาย ตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
สภาพทั่วไป	รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง นอนพักได้ในท่าศีรษะสูง (นอนราบไม่ได้) หายใจโดยใส่ท่อช่วยหายใจ เหนื่อยออกตัวเย็น ถ้ามตอบรู้เรื่องบางครั้ง สีหน้าไม่สุขสบาย คอแข็งวิตกกังวล กระสับกระส่าย	รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง นอนพักได้ในท่าศีรษะสูง (นอนราบไม่ได้) หายใจโดยใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้ามตอบรู้เรื่อง สีหน้าไม่สุขสบาย คอแข็งวิตกกังวล
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิ: 35.9 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นหัวใจ 52 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 96/59 มิลลิเมตรปรอท (ค่าเฉลี่ย/MAP=67), ความสมบูรณ์ของออกซิเจนปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์	อุณหภูมิ: 37.9 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 121/55 มิลลิเมตรปรอท (ค่าเฉลี่ย/MAP= 77), ความสมบูรณ์ของออกซิเจนปลายนิ้ว 90 เปอร์เซ็นต์
น้ำหนัก, ส่วนสูง BMI	น้ำหนัก 54 กิโลกรัม, ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 21.1 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	น้ำหนัก 44 กิโลกรัม, ส่วนสูง 145 เซนติเมตร BMI 20.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
ระบบทางเดิน ปัสสาวะ และ ระบบสืบพันธุ์	เคาะหลังบริเวณ costovertebral angle ไม่พบอาการปวด ขับถ่ายปัสสาวะโดยการใส่สวนปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นตะกอน	เคาะหลังบริเวณ costovertebral angle ไม่พบอาการปวด ขับถ่ายปัสสาวะปัสสาวะโดยการใส่สวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเข้ม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินสภาพร่างกายที่ผิดปกติตามระบบผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

การประเมิน สภาพร่างกาย ตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ผิวหนังและเล็บ	ผิวหนังเย็น ขาทั้ง 2 ข้างบวมกดบวม 2+	ผิวหนังอุ่น ขาทั้ง 2 ข้างบวมกดบวม 2+
ทรวงอก และปอด	ทรวงอกสมมาตรกัน เส้นผ่าศูนย์กลางด้านหน้า ลากไปด้านหลังแคบกว่าด้านขวาง ในอัตรา 1:2 (anteroposterior diameter : lateral diameter) อัตราการหายใจ 36-40 ครั้งต่อ นาที (ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ) และ อัตราการ หายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที (หลังใส่ท่อช่วย หายใจ) เสียงปอดทั้งสองข้างเท่ากัน lung: crepitation with wheezing both lung	ทรวงอกสมมาตรกัน เส้นผ่าศูนย์กลางด้านหน้า ลากไปด้านหลังแคบกว่าด้านขวาง ในอัตรา 1:2 (anteroposterior diameter : lateral diameter) อัตราการหายใจ 26-32 ครั้งต่อ นาที (ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ) และ อัตราการ หายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที (หลังใส่ท่อช่วย หายใจ) เสียงปอดทั้งสองข้างเท่ากัน lung: crepitation both lung
ระบบหัวใจและ หลอดเลือด	ไม่เห็นการยกตัวขึ้นของผนังทรวงอกที่บริเวณ หัวใจ (heaving) ไม่มีการเต้นบริเวณทรวงอก ที่ผิดปกติ (abnormal pulsation) อัตราการ เต้นหัวใจ 52 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 96/59 มิลลิเมตรปรอท (ค่าเฉลี่ย/MAP= 67)	คลำพบชีพจร ระดับความแรง 2 <sup>+</sup> เสียงหัวใจ เสียงหนึ่งผิดปกติ (diastolic rumbling murmur ที่ apex อัตราการเต้นหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/55 มิลลิเมตร ปรอท (ค่าเฉลี่ย/MAP= 77)

วิเคราะห์ จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบที่เหมือนกัน คือ บวม นอนราบไม่ได้ หายใจหอบ ฟัง lung: crepitation ซึ่งเป็นอาการแสดงในภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน<sup>2</sup> และ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว มีความผิดปกติที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีเสียงปอด wheezing เนื่องจากมีการหดตัวของหลอดลม (bronchospasm) เมื่อมีเลือดคั่งในปอดที่เรียกว่า cardiac wheezing<sup>2</sup> ส่วน ผู้ป่วยรายที่ 2 ลักษณะชีพจรและเสียงหัวใจผิดปกติ เนื่องจากลิ้นหัวใจไมตรัลตีบชนิดรุนแรง (severe mitral valve stenosis: MS)<sup>6</sup>

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสาเหตุและจำแนกประเภทภาวะหัวใจล้มเหลวผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

สาเหตุ/ประเภท	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
สาเหตุการเกิดโรค	สารพิษภายนอก: แอลกอฮอล์, ยาบ้า	ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ลิ้นไมตรัลตีบรุนแรง
ปัจจัยกระตุ้น	มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย: ไข้ ติดเชื้อที่ระบบ ทางเดินปัสสาวะ	มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย: ไข้ ไอ มีเสมหะ ติดเชื้อที่ปอด
ACC/AHA Staging	C: โครงสร้างหัวใจเริ่มผิดปกติและปรากฏ อาการของภาวะหัวใจล้มเหลว (ทั้งที่เคยแสดง อาการ หรือกำลังแสดงอาการ)	C: โครงสร้างหัวใจเริ่มผิดปกติและปรากฏ อาการของภาวะหัวใจล้มเหลว (ทั้งที่เคยแสดง อาการ หรือกำลังแสดงอาการ)
NYHA Functional Class	IV: มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวตลอดเวลา แม้ขณะพักอยู่นิ่งหรือทำกิจกรรมเล็กน้อย ก็มีอาการ	III: ทำกิจกรรมทั่วไปได้น้อยลงมาก ไม่มีอาการ ขณะพัก แต่แสดงอาการเมื่อทำกิจกรรมเพียง เล็กน้อย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสาเหตุและจำแนกประเภทภาวะหัวใจล้มเหลวผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

สาเหตุ/ประเภท	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
LVEF	rEF: EF 28%	pEF: 67%
ความเรื้อรัง	ผู้ป่วยเฉียบพลัน (acute)	ผู้ป่วยเฉียบพลัน (acute)
สถานะของการไหลเวียนโลหิต	wet-cold: ปริมาณสารน้ำโดยรวมเกิน การไหลเวียนโลหิตไม่เพียงพอต่อร่างกาย ใกล้เคียงเข้าสู่ภาวะช็อก	wet-warm: ปริมาณสารน้ำโดยรวมเกิน การไหลเวียนโลหิตเพียงพอต่อร่างกาย ชนิด cardiac type

วิเคราะห์ จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันคือ สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว รายที่ 1 เกิดจากการบีบตัวของหัวใจที่น้อยกว่าปกติ รายที่ 2 เกิดจากภาวะล้นหัวใจไม่ตรัสลับ ทั้ง 2 สาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต่างกันคือรายที่ 1 มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ IVC ส่วนรายที่ 2 มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ IIIC มีระดับการบีบตัวของหัวใจที่ต่างกัน สถานะของการไหลเวียนโลหิตที่ต่างกันคือ รายที่ 1 เป็นกลุ่ม wet-cold ส่วนรายที่ 2 เป็นกลุ่ม wet-warm ชนิด cardiac type สรุปได้ว่าผู้ป่วยรายที่ 1 มีความรุนแรงของโรคมมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีการพบโรคร่วมพร้อมกันคือติดเชื้อในร่างกายนำไปสู่การเข้ารับรักษาตัวซ้ำและอัตราการตายสูง<sup>7</sup>

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
EKG	sinus bradycardia with left bundle branch block, ventricular rate 51 bpm: คลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นช้าในจังหวะที่สม่ำเสมอ และมีการส่งสัญญาณที่ช้าและผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 51 ครั้งต่อนาที	atrial fibrillation with rapid ventricular response possible right ventricular hypertrophy, ventricular rate 108 bpm : คลื่นไฟฟ้าหัวใจห้องบนเต้นระริกและเร็วกว่าปกติ มีความเป็นไปได้ว่ามีหัวใจห้องล่างขวาโตกว่าปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที
CXR	cardiomegaly with pulmonary congestion with cephalization both lung showed ET-tube above carina: หัวใจโตกว่าปกติ และมีภาวะน้ำท่วมปอด พบท่อช่วยหายใจตำแหน่งเหนือข้อปอดในตำแหน่งที่เหมาะสม	cardiomegaly with pulmonary congestion with patchy infiltration both lung showed ET-tube above carina : หัวใจโตกว่าปกติ มีภาวะน้ำท่วมปอด และมีลักษณะกระจกฝ้าที่ปอดท่อช่วยหายใจตำแหน่งเหนือข้อปอดในตำแหน่งที่เหมาะสม

วิเคราะห์ จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นช้ากว่าผิดปกติ เนื่องจากผลข้างเคียงยาเดิมคือ amiodarone และยา carvedilol ส่งผลให้มีการส่งสัญญาณที่ช้ากว่าปกติ<sup>6</sup> ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นระริกและเร็วกว่าปกติ เนื่องจากได้รับยา dobutamine และจากปัจจัยกระตุ้นคือมีภาวะติดเชื้อในร่างกายนำให้เกิด atrial fibrillation ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกคล้ายกันคือหัวใจโตกว่าปกติ และมีภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งมักพบในการตรวจทางห้องปฏิบัติการของภาวะหัวใจล้มเหลว<sup>2</sup> มีภาพถ่ายรังสีที่ต่างกันคือ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีการติดเชื้อที่ปอด การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบภาพถ่ายรังสีทรวงอกจะพบปอดลักษณะเหมือนกระจกฝ้า (infiltration)<sup>8</sup>

## ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนในร่างกายน้อยเพียงพอ เนื่องจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงจากภาวะหัวใจล้มเหลว และการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีเพียงพอ	1.ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนในร่างกายน้อยเพียงพอ เนื่องจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงจากภาวะหัวใจล้มเหลว และการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีเพียงพอ	1.ประเมินสภาพการหายใจ สังเกตอาการและอาการแสดงของการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ซีฟพร ความสมบูรณ์ของออกซิเจนปลายนิ้ว ทุก ½ -1 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงประเมิน airway pressure ทุก 1-2 ชั่วโมง และฟังเสียงปอดทุก 2-4 ชั่วโมง 2.ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ดูแลการตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา คือ การเลือก mode เครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอโดยติดตามค่าความสมบูรณ์ของออกซิเจนปลายนิ้ว มากกว่า 94 เปอร์เซ็นต์ และสังเกตภาวะแทรกซ้อนของการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น lung injury, barotrauma <sup>9</sup> 3.ดูแลดูดเสมหะทุก 2-4 ชั่วโมง หรือเมื่อจำเป็นโดยประเมินจากการฟังเสียงปอด ใช้การดูดเสมหะระบบปิดโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ เปิดความดันในการดูดเสมหะ 80-120 มิลลิเมตรปรอท ใช้เวลาไม่เกิน 10-15 วินาที <sup>9</sup> 4.การดูแลท่อช่วยหายใจทุก 8 ชั่วโมง คือตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ ความลึก การดูแลไม่ให้ความดันลมของคัพฟ (cuff pressure) ให้อยู่ระหว่าง 20-25 มิลลิเมตรปรอท การใส่ลมมากไปทำให้เนื้อเยื่อบุหลอดลมขาดเลือด (tracheal mucosal necrosis) หรือถ้าใส่น้อยเกินไปทำให้มีลมรั่วขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยจากเครื่องน้อยกว่าที่ตั้งไว้ และอาจทำให้มีการสำลักของสิ่งแปลกปลอมสู่หลอดลมได้ <sup>9</sup> 5.ให้ยาพ่นยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา 6.ดูแลให้ได้รับยา fentanyl 1000 ไมโครกรัม ในสารละลาย NSS 100 มิลลิตรทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ในอัตราเร็ว 3 มิลลิิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา 7.จัดทำนอนตีสรีระสูง 30-60 องศา และพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2-4 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสม 8.ประเมินความพร้อมในการพยาบาลเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ หายใจไม่เต็มอิ่ม ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ความสมบูรณ์ของออกซิเจนปลายนิ้วมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 2	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2	
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต	การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต	



## ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2		
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต (ต่อ)		
2. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากความบกพร่องในการขับตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ จากภาวะหัวใจล้มเหลว (ต่อ)	2. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากความบกพร่องในการขับตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ จากภาวะหัวใจล้มเหลว (ต่อ)	<p>8. ชั่งน้ำหนักแรกกับ สังเกตการเพิ่มขึ้นหรือลดลง เป้าหมายคือน้ำหนักลดลงมากกว่า 0.5-1 กิโลกรัมต่อวัน</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1</p> <p>ปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ในช่วงแรกปัสสาวะออกน้อย สารน้ำเข้าค่อนข้างมาก หลังให้การรักษาเริ่มปัสสาวะออกมาก สารน้ำเข้าออกมีความสมดุลมากขึ้น และ negative มากขึ้น ,CXR พบ pulmonary congestion ลดลง ฟังเสียงปอด พบ crepitation ลดลง นอนราบได้มากขึ้น ยุบววมลง functional class ยังเท่าเดิมคือ IVC (เหนื่อยขณะพัก) ผู้ป่วยไม่สามารถยืนซึ่งน้ำหนักได้</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2</p> <p>หลังให้การรักษาเริ่มปัสสาวะออกมาก สารน้ำเข้าออกมีความสมดุลมากขึ้นและ negative 500-700 มิลลิลิตรต่อวัน ,CXR: pulmonary congestion ลดลง ฟังเสียงปอด: crepitation ลดลง นอนราบได้มากขึ้น ยุบววมลง functional class IIIC (เหนื่อยทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย) น้ำหนัก = 39 กิโลกรัม (น้ำหนักแรกกับ 44 กิโลกรัม)</p>
3. เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ลดลงเนื่องจากความบกพร่องในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและหัวใจเต้นช้า	3. เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ลดลงเนื่องจากหัวใจเต้นเร็วผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจเต้นช้า	<p>1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง (low cardiac out put) ส่งผลให้มีการลดลงของเลือดไปเลี้ยงสมอง เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนือออกตัวเป็นกระสับกระส่าย เป็นต้น</p> <p>2. ให้ยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ คือ dopamine 200 มิลลิกรัม ในสารละลาย NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ส่วนปลายตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิดง่าย และประเมินการอักเสบของหลอดเลือดดำจากการได้รับยา (ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1)</p> <p>3. ให้ยา amiodarone 900 มิลลิกรัม ในสารละลาย D5W 500 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ส่วนปลายตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คือ หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ตามพารามิ</p>

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2	
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต (ต่อ)		
3.เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ลดลงเนื่องจากความผิดปกติของหัวใจตั้งแต่เริ่มแรก	3.เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ลดลงเนื่องจากหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (ต่อ)	และประเมินการอักเสบของหลอดเลือดดำจากการได้รับยา (ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2) 4.ติดตามสัญญาณชีพทุก ½ -1 ชั่วโมง ติดตามความดันโลหิต โดยใส่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (mean arterial pressure: MAP) มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ต่อเนื่องตลอดเวลา
บกพร่องในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและหัวใจเต้นช้า (ต่อ)	ผิดจังหวะ (ต่อ)	5.ประเมินปริมาณปัสสาวะออก ทุก 2-4 ชั่วโมง
		<b>ประเมินผลการพยาบาล</b>
		ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1
		ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ค่าความดันโลหิตตัวบน 100-156 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตตัวล่าง 48-80 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (MAP) 65-101 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 64-129 ครั้งต่อนาที จึงได้ลดยา dobutamine ขณะหัวใจเต้นเร็ว โดยรวมปริมาณปัสสาวะออกเฉลี่ยมากกว่า 30 มิลลิตรต่อชั่วโมง
		ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
		ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ค่าความดันโลหิตตัวบน 114-139 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตตัวล่าง 68-79 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (MAP) 82-102 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80-88 ครั้งต่อนาที (AF rate) โดยรวมปริมาณปัสสาวะออกเฉลี่ยมากกว่า 30 มิลลิตรต่อชั่วโมง

## ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2	
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต (ต่อ)		
4.เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจาก เนื่องจากการได้รับยาความเสี่ย สูงกลุ่มยากระตุ้นการบีบตัว ยากระตุ้นการบีบตัวของ หัวใจ	4.มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากการได้รับยาความเสี่ย สูงกลุ่มยากระตุ้นการบีบตัว ของหัวใจ	<p>1.ประเมินอาการข้างเคียงจากการได้รับยาความเสี่ยสูง คือ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม วิงเวียน และการอักเสบของหลอดเลือดดำ</p> <p>2.ตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาและบริหารยาให้ถูกต้องตามหลัก 10R<sup>10</sup></p> <p>3.ติดตามอาการผู้ป่วยว่าเป็นยาความเสี่ยสูง บนขวดยา เครื่องควบคุมสารถาน้ำปลายสายให้ยาทางหลอดเลือดดำที่ต่อกับผู้ป่วยและปลาสายสายด้านบนติดกับกระเปาะยา</p> <p>4.ระบุตัวตนของผู้ป่วยให้ถูกต้อง โดยตรวจสอบชื่อ-สกุล อายุ หรือหมายเลขผู้ป่วย จากป้ายข้อมูล</p> <p>5.ติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต ทุก ½ - 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามประสิทธิภาพของยาและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยาความเสี่ยสูง หากพบอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที หรือความดันโลหิต &lt; 90/60 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุและแก้ไขความผิดปกติ</p> <p>6.ให้ยา amiodarone 900 มิลลิกรัม ในสารละลาย D5W 500 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำส่วนปลายตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา (ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2)</p>
ประเมินผลการพยาบาล		
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1		
ค่าความดันโลหิตตัวบน 100-156 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตตัวล่าง 48-80 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (MAP) 65-101 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 64-129 ครั้งต่อนาที จึงได้ลดยา dobutamine ขณะที่หัวใจเต้นเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจ 88-102 ครั้งต่อนาที		
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2		
ค่าความดันโลหิตตัวบน 114-139 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตตัวล่าง 68-79 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (MAP) 82-102 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80-88 ครั้งต่อนาที (AF rate)		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	
การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต (ต่อ)	
5.มีภาวะติดเชื้อที่ระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1
ทางเดินปัสสาวะ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ใช้สูง ทนเวลานั้น ปัสสาวะเป็นตะกอน</li> <li>2.ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะด้วย NSS วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น หรือเมื่อจำเป็น สังเกตลักษณะปัสสาวะ</li> <li>3.ดูแลถุงปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด ไม่หักพับงอ ถุงปัสสาวะสูงกว่าระดับพัน 10 เซนติเมตร</li> <li>4.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ UA,urine C/S,lactate</li> </ol>
	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะติดเชื้อปอด</li> <li>2.ดูแลดูดูแลเสมหะทุก 2-4 ชั่วโมง หรือเมื่อจำเป็น สังเกตลักษณะของเสมหะ</li> <li>3.ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ โดยเฉพาะการล้างมือในสะอาดเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้</li> <li>4.ดูแลความสะอาดในช่องปาก พัน ล้างท่อน้ำลายอย่างบ่อยครั้ง 2 ครั้ง โดยใช้การแปรงฟัน หรือใช้น้ำยา chlorhexidine gluconate (0.12%) หลีกเลียงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์</li> <li>5.ดูแลเครื่องช่วยหายใจโดยพยายามแทนน้ำในสายและกระบอก (reservoir) เป็นประจำอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ระวังอุณหภูมิของ humidifier สูงและต่ำเกินอุณหภูมิของห้อง เนื่องจากจะทำให้เกิดการกลั่นตัวของน้ำใน circuit มากขึ้น<sup>9</sup></li> <li>6.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ sputum C/S,lactate,ติดตามผล CXR</li> </ol>
	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์</li> <li>2.ประเมินสัญญาณชีพและ NEWS score ทุก 4 ชั่วโมง</li> </ol>
	<b>ประเมินผลการพยาบาล</b>
	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1
	อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ปัสสาวะเป็นตะกอนลดลง ติดตามผล UA 1-2 cell ,NEWS score 2-4 คะแนน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2</p> <p>การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต (ต่อ)</p> <p>5. มีภาวะติดเชื้อที่ระบบ 5. มีภาวะติดเชื้อที่ปอด (ต่อ)</p> <p>ทางเดินปัสสาวะ (ต่อ)</p>	<p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 (ต่อ)</p> <p>urine C/S No growth, lactate 1.5</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2</p> <p>อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ลักษณะเสมหะขาวขุ่น ผล CXR: Infiltration ลดลง, NEWS score 2-4 คะแนน</p> <p>lactate 1.6, ผล sputum C/S ปกติ</p>
<p>6. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีอาการไอเรื้อรัง</p> <p>7. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีอาการไอเรื้อรัง</p> <p>8. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีอาการไอเรื้อรัง</p>	<p>1. ประเมินอาการแสดงของความวิตกกังวล เช่น หายใจสั้น หรืออัตราการหายใจที่เปลี่ยนไป เนื่องจากความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น</p> <p>2. ให้ข้อมูลเรื่องความเจ็บป่วยในระยะวิกฤต การบรรเทาอาการต่างๆ การทำงานของเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย ประสานงานและเปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุยซักถามเรื่องอาการแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ดูแลพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยร่วมรับฟังอาการ</p> <p>3. สอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม นำมาวางแผนแก้ไข</p> <p>5. ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติ หรือบุคคลเพื่อลดความวิตกกังวล</p> <p>6. ดูแลให้ได้รับยาคลายความวิตกกังวลตามแผนการรักษา</p>
<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 และ 2</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในอาการเจ็บป่วยในระยะวิกฤตมากขึ้น สิ้นสุดอาการวิตกกังวล สอบถามอาการลดลง</p> <p>ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมากขึ้นและนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้นไม่มีหายใจหอบเหนื่อย</p>	<p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 และ 2</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในอาการเจ็บป่วยในระยะวิกฤตมากขึ้น สิ้นสุดอาการวิตกกังวล สอบถามอาการลดลง</p> <p>ผู้ป่วยให้ความร่วมมือมากขึ้นและนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้นไม่มีหายใจหอบเหนื่อย</p>

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2		
การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง		
7. มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ	7. มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ	1. ประเมินอาการและการแสดงของภาวะไม่สมดุลของค่าอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เช่น เหนื่อยเพลีย แขนขาอ่อนแรง ซึม คลื่นไส้ อาเจียน และหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น 2. ดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ ตามแผนการรักษา 3. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ต่อเนื่อง และติดตามสัญญาณชีพทุก ½ - 1 ชั่วโมง 4. ติดตามผลการตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย และรายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษาเมื่อผลผิดปกติ 5. บันทึกและประเมินสารน้ำเข้า-ออกร่างกายให้มีความสมดุล
<b>ประเมินผลการพยาบาล</b>		
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1		
Na= 140 mmol/L, K=4.06 mmol/L, Cl 108.8 mmol/L, CO2 21 mmol/L, Ca 8.8 mg/dl, Mg 2.3 mg/dl, PO4 2.6 mg/dl รู้สึกตัว ไม่มีสับสนหรือซึม ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน มีเหนื่อยเพลีย		
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1		
Na=140.4 mmol/L, K=4.09 mmol/L, Cl 98 mmol/L, CO2 38 mmol/L, Ca 9 mg/dl, Mg 2.0 mg/dl, PO4 3.9 mg/dl รู้สึกตัว ไม่มีสับสนหรือซึม ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน มีปัญหาหัวใจเต้นผิดจังหวะเดิมของผู้ป่วย และมีปัจจัยกระตุ้นจากการได้รับยา dobutamine และมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย คือติดเชื้อที่ปอด		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 2		
การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง (ต่อ)		
8. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความต้องการของร่างกาย เนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ และร่างกายอยู่ในภาวะเครียด	8. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความต้องการของร่างกาย เนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ และร่างกายอยู่ในภาวะเครียด	<p>1. ดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ และติดตามประเมินภาวะโภชนาการโดยแบบคัดกรองโภชนาการอย่างง่าย (nutrition alert form: NAF) ทุกสัปดาห์ และรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาเมื่อมีภาวะทุพโภชนาการ</p> <p>2. จัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยคืออาหารเหลวให้ทางสายยาง โดยเริ่มให้เร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานตามเป้าหมาย โดยระยะเริ่มต้นการเจ็บป่วยวิกฤต (acute phase) ปริมาณที่ผู้ป่วยต้องได้รับประมาณ 25-30 kcal/kg/day ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกภายหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พิจารณาให้พลังงานไม่เกินร้อยละ 70 ของปริมาณพลังงานที่วัดได้<sup>11</sup> และควรได้สารอาหารประเภทโปรตีนประมาณ 1.2-2 g/kg/day</p> <p>3. ตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารก่อนเริ่มให้อาหารทุกครั้งเพื่อป้องกันการสำลัก และจัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา ขณะให้อาหารทางสายยาง</p> <p>4. ตรวจสอบอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารทุก 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักจากการมีปริมาณอาหารที่เหลือค้างจำนวนมาก หรือการได้อาหารเร็วเกินไป</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับอาหารทางสายยางให้อาหารรับได้ ไม่มีอาการคั่ง ไม่มีสำลัก</p>
9. วิดกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย	9. ขาดความรู้เกี่ยวกับกรปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำและการควบคุมโรคเมื่อออกจากโรงพยาบาล	<p>1. ประเมินความรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว ปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ</p> <p>2. อธิบายถึงกระบวนการเกิดโรค สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการและอาการแสดง แผนการรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้</p> <p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาตอนที่ 1: ญาติ (ภรรยา) ได้รับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน การประสานงานส่งต่อการจัดการอาการปวดและอาการหายใจลำบาก โดยการใช้ยาชนิดใดก็ได้ที่ญาติเห็นว่าต่อเนื่องที่บ้านตามแผนการรักษา การดูแลผู้ป่วยบนเตียง เช่น การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัว การบ้วนยาและอาหาร (ถ้าผู้ป่วยรับประทานได้) ตลอดจนอำนวยความสะดวกกับประสานหน่วยงานปฐมภูมิในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน</p>

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเมือง (ต่อ)</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>
<p>9.วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะ ความเจ็บป่วย (ต่อ)</p>	<p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2: ได้รับข้อมูลเรื่องการดูแลตัวเองก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก คือ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และอาการข้างเคียงของยาที่ต้องเฝ้าระวัง แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม เครื่องปรุงรสต่างๆ การจำกัดน้ำ การตรวจสารน้ำเข้า-ออก และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น บวม น้ำหนักเพิ่ม หายใจลำบาก ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น และแนะนำเรื่องการส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อทำการผ่าตัดลิ้นหัวใจไตรลิคัม ซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว</p>
<p>10.ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p>	<p>ประเมินผลการพยาบาล</p>
<p>ไม่มี</p>	<p>ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ภรรยาของผู้ป่วยมีความสนใจ ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ โดยการช่วยดูแลข้างเตียง เรื่องการดูแลให้ยาทางซึ่งได้ผิวหนังได้ต่อเนื่อง การอาบน้ำบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การป้อนอาหารที่บ้าน มีสีหน้าคลายกังวลมากขึ้น ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยและลูกสาวมีความสนใจในคำแนะนำ และสามารถตอบคำถามได้ เกี่ยวกับการรับประทานยา และการออกกกำลังกายบริหารหัวใจ จำกัดน้ำดื่ม การซึ่งนำหนักทุกวัน สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ มีสีหน้าคลายกังวลมากขึ้น</p>
<p>ไม่มี</p>	<p>ประเมินอาการและการแสดงของภาวะน้ำตาลสูงในเลือด คือ ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง หมดสติ เป็นต้น</p>
<p>ไม่มี</p>	<p>2.ให้ยา คือ insulin เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ตามแผนการรักษา</p>
<p>ไม่มี</p>	<p>3.ติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา ก่อนมีอาหาร 4 เวลา เข้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน (ระดับที่เหมาะสมคือ 80-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)</p>
<p>ไม่มี</p>	<p>4.ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p>
<p>ไม่มี</p>	<p>ประเมินผลการพยาบาล</p>
<p>ไม่มี</p>	<p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด 119-167 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร</p>

## อภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอาการที่คล้ายคลึงกันคือ หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการที่มักพบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน<sup>2</sup> จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบเฉียบพลันที่กระตุ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวเดิม มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ IVC มีภาวะช็อกจากหัวใจ ได้ใช้ยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ โดยรวมความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของอนัสยา ซือตรง และทัศนาศูววรรณะปรกรณ์ (2559) ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05<sup>12</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของกรอง จันทร์เปรมปรี (2564) ผู้ป่วยที่มีการประเมินแรกรับประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย NYHA ระดับ III-IV เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราเสียชีวิตในโรงพยาบาล และหากผู้ป่วยมีระบบไหลเวียนเลือดไม่คงที่ร่วมด้วยจำเป็นต้องใช้ยาบีบตัวของหัวใจชนิด dopamine และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมด้วยนั้นสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น<sup>7</sup> สรุปผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้งใน 2 เดือน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของโรค<sup>13</sup> ส่งผลให้มีการพยากรณ์โรคทรุดลงทุกครั้งที่เข้านอนรักษาในโรงพยาบาล และส่งผลสุดท้ายคือการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย<sup>2</sup> ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีโรคประจำตัว รับประทานยาสม่ำเสมอ หลังจากรักษาอาการดีขึ้น จึงได้รับการวางแผนดูแลตัวเองก่อนจำหน่าย ซึ่งมีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถแบ่งการดูแลเป็นระยะวิกฤต และระยะดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที โดยผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้ให้การพยาบาลการติดตามสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (early warning sign) และให้การพยาบาลทันเวลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้การดูแล และสามารถนำแนวทางการศึกษาที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันรายอื่นๆ เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต

## สรุป

กรณีศึกษานี้เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ต้องเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการประเมินให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ให้พ้นระยะวิกฤตได้ และวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย มีความรู้ความชำนาญในการใช้เครื่องมือพิเศษ รวมทั้งการประสานงานที่มสสหาวิชาชีพในการประเมินความต้องการครอบคลุมทุกด้าน เพื่อนำมาวางแผนการดูแลและจำหน่าย ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ และสนับสนุนการบรรลุตัวชี้วัดของหน่วยงาน ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ

## ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสังคมและเทคโนโลยีสมัยใหม่ ที่ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน โดยเฉพาะสุขภาพ ที่อาจจะส่งผลให้ภาวะการเจ็บป่วยปัจจุบันที่มีความรุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลชุมชน มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในปี 2565-2566 พบมากในกลุ่มใช้สารเสพติดและดื่มสุราในปริมาณที่มาก และใช้ในเวลานาน เพราะฉะนั้นเพื่อให้ทันต่อสภาวะการเจ็บป่วยปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องมีการเพิ่มพูนทักษะด้านวิชาการให้บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล

2. เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน รับส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตจากโรงพยาบาลชุมชน จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากร และด้านเครื่องมืออุปกรณ์ที่เพียงพอต่อผู้ป่วย และบำรุงรักษาเครื่องมืออย่างถูกต้องเหมาะสม

3. การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต จำเป็นต้องมีความถูกต้อง รวดเร็ว และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนบนพื้นฐานของหลักวิชาการแล้ว ต้องให้การดูแลแบบองค์รวม ทั้งของผู้ป่วยและญาติ
4. เนื่องจากจะต้องร่วมให้การดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลจึงต้องมีทักษะการติดต่อประสานงาน

### เอกสารอ้างอิง

1. ธร อำนวยผลวิวัฒน์. การพัฒนาการกระตุ้นการบีบตัวหัวใจใหม่สำหรับรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2564; 14(1): 182-191.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562. สมุทราสาร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์. 2562.
3. Li L, Liu R, Jiang C, Du X, Huffman M, Lam C, et al. Assessing the evidence-practice gap for heart failure in China: the Heart Failure Registry of Patient Outcomes (HERO) study design and baseline characteristics. *Eur J Heart Fail.* 2020; 22: 646-660.
4. โรงพยาบาลชุมแพ. รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลชุมแพ. ขอนแก่น. 2566.
5. Apiromrat R. Promotion of quality of life among patients with congestive heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2017; 28(2): 2-15. (in Thai).
6. อรชума นารถณ์. การพยาบาลศัลยกรรม: ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. 2559.
7. กรอง จันทร์เปรมปรี. ลักษณะทางคลินิกและการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลด่านช้าง สุพรรณบุรี. *สวรงค์ประชารักษ์เวชสาร.* 2564; 18(1): 11-26.
8. อุ้นเรื่อน กลิ่นขจร และสุพรรณษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้สูงอายุโรคปอดอักเสบ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2563.
9. จันทร์เพ็ญ เนียมวัน และคณะ. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 2563; 38(1): 6-14.
10. นุชพร ดุ้มใหม่ และคณะ. บทบาทพยาบาลในการบริหารจัดการความเสี่ยงสูง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล.* 2564; 27(2): 227-240.
11. Natthida Owattanapanich. Energy Requirement in Critically Ill Patients. *Thai JPEN.* 2020; 28(1): 57-63.
12. อนันศยา ซื่อตรง และทัศนาศูววรรณะปรกรณ์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.* 2559; 27(2): 58-68.
13. ศุภวัลย์ เลิศพงศ์ภาคภูมิ และคณะ. ปัจจัยทำนายการกลับเข้าพักรักษาซ้ำภายในช่วงเวลา 1 ปีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.* 2562; 30(2): 126-140.

