การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย

ธันยรัศมิ์ มงคลสิริภัทร
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง2 โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน การประเมินอาการ ซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ เพื่อให้ทราบปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ผลการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีประเด็นปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกัน พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล ซักประวัติ ประเมินอาการ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล และนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนนำทักษะประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน มีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยอาการดีขึ้น พยาบาลได้วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

รับบทความ: 27 ตุลาคม 2566
ปรับแก้บทความ: 19 ธันวาคม 2566
ตอบรับการตีพิมพ์: 25 ธันวาคม 2566

Nursing Care of Patients with Congestive Heart Failure with Acute Respiratory Failure: 2 Case Studies

Thanyarat Mongkolsiripattara
Medical Patient Nursing Group, Mahasarakham Hospital

Abstract

This study was a comparative study of 2 case studies to study nursing care of patients with congestive heart failure combined with acute respiratory failure who received treatment at the female medical ward 2 of Maha Sarakham Hospital. Since the crisis period, continuous care, and discharge planning by collecting information from patients, relatives, medical records, symptom assessment, history, and physical examination, and examination with special equipment to know the problem of patient needs. Then data were used for formulating nursing diagnoses and nursing care plan using the concept of patient assessment according to Gordon's 11 health plans and Orem's theory of self-care.

The results of the two case study studies have similar and different issues. It was found that nurses play an important role in patient care from gathering information, taking history, evaluating symptoms, and monitoring for complications that may occur. The researcher therefore analyzed nursing problems and used the nursing process to formulate comprehensive nursing diagnoses both physically, mentally, emotionally and socially, as well as bringing skills, experience and expertise in caring for patients with heart failure and acute respiratory failure. Nursing results were evaluated and found that the patient's symptoms improved. The nurse plans care together with the patient and relatives to be able to take care of yourself, prevent complications and reduce readmission in the hospital.

Keywords: Nursing, Heart failure, Respiratory failure

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว คือกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของหัวใจ ซึ่งอาจผิดปกติที่โครงสร้างของหัวใจ หรือการทำหน้าที่ของหัวใจ ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายและรับเลือดกลับเข้าหัวใจได้ตามปกติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเฉียบพลันและกลุ่มเรื้อรัง ซึ่งมีอาการหลัก ได้แก่ เหนื่อย อ่อนเพลีย บวม มีแนวทางการรักษาตามชนิดของหัวใจล้มเหลว การรักษาโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน ดูแลให้ volume status และ tissue perfusion ของผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด ให้การวางแผนจำหน่ายเมื่ออาการของผู้ป่วยเริ่มคงที่และมีการประเมินก่อนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคอย่างเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยต้องเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำในอนาคต

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาด้านการดูแลสุขภาพทั่วโลกและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต[1] พบว่าปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุดเกิดจากความดันโลหิตสูง[2] จากทะเบียน Thai Acute Decompensate Heart Failure Registry (ADHERE) ในปี 2010 ของไทย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 5.50 และอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำสูง[3] อายุของผู้ป่วยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 65 ปี[4] สาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึงร้อยละ 45[5] ภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ จึงพบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 30 วัน ร้อยละ 13.80 ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย[6]

สถิติโรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ปี 2563 ถึง 2565 จำนวน 1,238, 1,212 และ 1,301 ราย ตามลำดับ และมีผู้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง 2 ในปีดังกล่าว มีจำนวน 256, 169 และ 126 ราย วันนอนเฉลี่ย 4.53 วัน มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 11, 4 และ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.29, 2.36 และ 5.55 ตามลำดับ และกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 8, 15 และ 18 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 7.27 , 12.60 และ 12.33 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่รับบริการในหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้น ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะน้ำเกิน[7] ส่งผลให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่สูงขึ้น และประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติการณ์และความชุกของภาวะนี้ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยโดยสหสาขาวิชาชีพและการวางแผนจำหน่ายที่ดี จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและการกลับมารักษาซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้

ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลว ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วย ช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันด้วยเหตุผลดังกล่าว

ผลการศึกษา พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์ โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอนและกรอบแนวคิดในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) ในการดูแลให้การพยาบาลทั้งในระยะวิกฤติเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตภายใน 24 ชม.แรกได้ทันที ให้การพยาบาลในระยะฟื้นฟูเพื่อเฝ้า

ระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลง หลังจากพ้นวิกฤตแล้วอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย อาการทุเลาดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย โดยนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาใช้เป็นแนวทางการวางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสม ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (กรณีศึกษา 2 ราย)

2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีการดำเนินการ

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป การตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยทบทวนเวชระเบียน ค้นคว้าเอกสาร ตำราวิชาการในงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการพยาบาล การสอบถามและสังเกตจากผู้ป่วยและผู้ดูแล

รายงานผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ / อายุ...ปี	หญิง / 57	หญิง / 89
สัญชาติ / ศาสนา	ไทย / พุทธ	ไทย / พุทธ
น้ำหนัก/ส่วนสูง	50 กิโลกรัม/152 เซนติเมตร	62 กิโลกรัม/156 เซนติเมตร
สถานภาพสมรส	คู่	หม้าย
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 3	ประถมศึกษาปีที่ 6
อาชีพ	เกษตรกรรม	สูงอายุไม่ได้ทำงาน
ผู้ดูแล	สามีและบุตรสาว	บุตรชายและหลานสาว
สิทธิการรักษา	บัตรทองผู้มีรายได้น้อย	จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง
เข้ารับการรักษา	22-26 ตุลาคม 2565 (4 วัน)	วันที่ 13-16 ธันวาคม 2565 (3 วัน)
ค่าใช้จ่าย	17,818.75	19,845

ตารางที่ 2 ข้อมูลประวัติสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย

ข้อมูลสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
โรคประจำตัว	DM, HT, หัวใจขาดเลือด (IHD)	HT, ลิ้นหัวใจรั่ว RHD
การผ่าตัด	ปฏิเสธ	เคยผ่าตัดกระดูกสะโพกซ้ายหัก ปี 2563
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา	แพ้ยา Pennicillin, Chloramphenical, Ofloxacin, Roxithromycin, Ciprofoxacin
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไอ หายใจหอบ แน่นหน้าอก ก่อนมา 1 ชั่วโมง	หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ ก่อนมา 1 ชั่วโมง
ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน	6 ชม.ก่อนมา มีอาการไอ มีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล	6ชม.ก่อนมา มีอาการหายใจหอบเหนื่อย 1ชม.นอนราบไม่ได้ หายใจหอบเพิ่มขึ้นญาติเรียกศูนย์กู้ภัยเพื่อนำส่งโรงพยาบาล
การวินิจฉัยโรค	Congestive heart failure with acute respiratory failure	Congestive heart failure with acute respiratory failure
อาการและอาการแสดงตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย	**วันที่ 1** แรกรับ ผู้ป่วยวัยกลางคน รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ แน่นหน้าอก มีอาการกระสับ กระส่าย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8-39.6℃ ชีพจร 98 bpm หายใจหอบลึก30 bpm ความดันโลหิต115/52 mmHg SpO_2 =81% ให้ oxygen mask with bag 10ลิตร/นาที ให้ข้อมูลญาติยินยอมในการใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาด 7.0 ขีด 20 ซม.ต่อเครื่องช่วยหายใจ ใช้mode PCMV RR16 IP16 PEEP5 FiO_2 0.4 (mode full support เครื่องช่วยหายใจทุกครั้งของการหายใจตามค่าที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยไม่ได้ trigger เอง) รับไว้หอผู้ป่วยใน รักษาอาการปอดบวมน้ำด้วยยาปฏิชีวนะ Ceftazidime 2 gm IV ทุก 8 ชม.และLasix 80 mg IV รักษาภาวะน้ำเกิน มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้รับยา Regular insulin ตาม scale ดูแลควบคุมอาหารเหลวDMทางสายยาง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อสังเกตและบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก ในร่างกาย มีภาวะความดันโลหิตสูง200/100 mmHg ได้รับยาNTG (1:5) IV drip 5ml/hr titrate ยาทีละ 3 cc/hr เพื่อควบคุมความดันโลหิตและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา จนสามารถหยุดยาได้ภายใน 3 ชม. สัญญาณชีพปกติ SpO_2 = 95-100 %	**วันที่ 1** แรกรับ ผู้ป่วยสูงอายุ รู้สึกตัว พูดจาสับสน E4V4M6 หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ มีอาการกระสับกระส่าย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ36.8-38.2℃ ชีพจร 98 bpm หายใจหอบลึก 30 bpm ความดันโลหิต 151/84 mmHg SpO2 =90 % ฟังปอดมี Wheezing both lung พ่นยา Berodual 1NB stat เอกซเรย์ปอดพบ Cephalization of pulmonary vasculature both lung, Rt.pleural effusion แพทย์ให้ข้อมูลญาติในการใส่ท่อช่วยหายใจ ญาติยินยอม ผู้ป่วยสับสน Agitation ได้รับยา Valium 10 mg. IV ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจขนาด7.0ขีด 22ซม.ใช้เครื่องช่วยหายใจ mode PCMV RR16 IP16 PEEP5 FiO_2 0.4 รับไว้หอผู้ป่วยใน รักษาอาการปอดบวมน้ำด้วยยาขับปัสสาวะและยาปฏิชีวนะCeftriasone 2gm IV OD x 3 dose. และ Azitromycin (250mg) 2x1 po pc ได้รับยา Lasix 80 mg IV รักษาภาวะน้ำเกิน ได้ทำEcho bedside พบ IVC dilate , good LEVF=71% ส่งตรวจ TNT=53.4ng/L ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แพทย์นึกถึงภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า retained foley,s catheter มีurine ออก 900

วันที่ 2 E4VtM6 ฝึกหายใจโดยใช้ mode PSV (Pressure support ventilation เครื่องช่วยหายใจโดยการเพิ่มแรงดันขึ้นไปจนถึงค่าที่ตั้งไว้ ทุกๆ ครั้งของ การหายใจ ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนด RR Ti เอง) ได้ตลอดวัน ตรวจTroponin-T เพิ่มขึ้นจากครั้งแรก 25% (น่าจะมีส่วนเป็น myocardial infarction ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก จึงนึกถึงภาวะCHFมากกว่า) รักษาด้วยยาขับปัสสาวะเพื่อขับน้ำออกจากร่างกาย ตรวจ EKG และUltrasound heart bedside พบ LVEF=67% ได้รับยาApirin, Atorvastetin เพื่อลดการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดและไขมัน พบการติดเชื้อในกระแสเลือดและติดเชื้อแบคทีเรียในทางเดินปัสสาวะ ได้รับยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง (จนถึงวันจำหน่ายกลับบ้าน) ตรวจพบไตสูญเสียหน้าที่เฉียบพลัน ควบคุมปริมาณสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย intake/output =310/2,200cc. สัญญาณชีพ(V/S) ปกติ

วันที่ 3 E4VtM6 ได้รับการฝึกหายใจ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ค่าSpO_2 =100% ฟังปอด Crepitation sound ลดลง ,ขาบวมลดลง สามารถถอดท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการไหลสูง(HFNC) flow 40 FiO_2 0.4 (เพื่อช่วยเหลือในระบบ ทางเดินหายใจสำหรับผู้ที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน) ได้รับยาDexametasone 4mg ป้องกันภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน และ Lasix 80 mg IV เพื่อขับน้ำส่วนเกิน ดูแลจำกัดน้ำน้อยกว่า 1 ลิตร/วัน เพื่อควบคุมปริมาณน้ำ เริ่มให้รับประทานอาหารอ่อนจืดช่วงเย็น รับได้หมด 1 ถาด เตรียมารวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ V/S ปกติ Intake/Output =500/1,800 cc.

วันที่ 4 E4V5M6 ไม่มีไข้ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย นอนราบได้ ปรับให้ออกซิเจนเป็น Cannular 3 L/m และหยุดการใช้ออกซิเจนได้ภายใน 3ชม. ฟังปอด Minimal crepitation both lung ขายุบบวม ให้รับประทานอาหารอ่อนจืด รับได้ดี จำกัดน้ำดื่มน้อยกว่า 1 ลิตร/วัน Intake/Output =800/1,000cc. อาการทั่วไปปกติ สัญญาณชีพปกติ แพทย์จำหน่าย cc.สีเหลืองใส V/S ปกติ SpO_2=100 %

วันที่ 2 E4VtM6 ตื่นเมื่อเรียก ท่าทางอ่อนเพลีย ทำตามคำบอกได้ ฝึกหายใจโดยใช้ mode pressure support ช่วงเช้า พ่นยาขยายหลอดลม ทุก6ชม.สามารถหายใจตามเครื่องได้ดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ แพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ และให้ออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการไหลสูง(HFNC) ไว้ได้10ชม. เริ่มมีอาการหายใจหอบเหนื่อยอีกครั้ง พ่นยาขยายหลอดลมแล้วไม่ดีขึ้น จึงได้ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นครั้งที่2 และใช้เครื่องช่วยหายใจ mode full support ได้ยาDexametasone 4mg IV เพื่อป้องกันภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน พ่นยาขยายหลอดลมแบบ MDI ทุก4ชม.และได้รับยาแก้ปวดสะโพกคือ Fentanyle 50mg IV เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก ตรวจพบความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย มีค่าโซเดียมและโปแตสเซียมในกระแสเลือดต่ำ (อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วย Wean ไม่สำเร็จ) ได้รับยา Elixer KCL 30 ml รับประทาน ทุก 3 ชั่วโมง × 2 ครั้งและตรวจเลือดติดตามค่าอิเล็กโตไลท์เป็นระยะ เริ่มให้อาหารทางสายยาง feed รับได้ ควบคุมปริมาณสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย เตรียมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ สัญญาณชีพปกติ Intake/ Output = 840/1,500cc.

วันที่ 3 E4VtM6 ได้รับการฝึกหายใจ 2 ชม.ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ค่าSpO2 =95-100% ฟังปอดมีเสียง Crepitation sound ลดลง ,ขายุบบวมลง สามารถถอดท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการไหลสูง (HFNC)flow 60 FiO_2 0.4(เพื่อช่วยเหลือในระบบ ทางเดินหายใจสำหรับผู้ที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน)ได้ 2 ชม. หลังจากนั้นสามารถหายใจเองได้โดยไม่ใช้ออกซิเจน ค่า SpO2 =100% บางครั้งพูดสับสน (จากสูงวัย) ได้รับยา Haloperidol 3mg IV และปรับเป็นยารับประทานก่อนกลับบ้าน อาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อาการบวมยุบลงปกติ

	กลับบ้าน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและการนัดมาตรวจซ้ำ 2 สัปดาห์ รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน	สัญญาณชีพปกติ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและการนัดมาตรวจซ้ำ2 สัปดาห์ รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

ตารางที่ 3 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่น ๆ

รายการ	ค่าปกติ	รายที่ 1	รายที่ 2
WBC (Cell/mm^3)	5,000 -10,000	12,530	13,550
Hemoglobin(gm/dl)	12.4-16.4	9.6	8.2
Hematocrit (%)	37 - 49	28	24.9
การแปลผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะซีดจากพบเซลล์เม็ดเลือดแดงและมีค่าความเข้มข้นของเลือดต่ำ			
Sodium (mmol/L)	140-148	129-138	127-133
Potassium (mmol/L)	3.6-5.2	3.8 - 4.4	2.5 - 4.1
Chloride (mmol/L)	100 - 108	94 - 100	83 - 91
TCO2 (mmol/L)	21 - 32	22 - 26	29 - 34
การแปลผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปริมาณโซเดียมในเลือดต่ำกว่าปกติ ส่งผลให้มีอาการอ่อนแรง ซึมลง, ใน*รายที่ 2 มีค่าโปแทสเซี่ยมในเลือดต่ำกว่าปกติทำให้*กล้ามเนื้ออ่อนแรง (อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยweaningไม่สำเร็จ), มีภาวะ Hypochloremia สาเหตุจากภาวะเลือดเป็นด่างและมีค่า Carbon-dioxide สูงกว่าปกติ สาเหตุอาจเกิดจากมีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ ซึ่งทั้ง 2รายอาจเกิดจากการเสียน้ำมาก จากการได้ยาขับปัสสาวะ			
Lactate NaF (g/dl)	4.5 - 19.8	28	-
การแปลผล รายที่1 มีภาวะเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายขาด Oxygen จากสภาวะ Sepsis (lactate มีการขับออกจากร่างกายทางตับและไต) กรณีศึกษารายนี้มีค่าการทำงานของไตผิดปกติ อาจพบค่า lactate สูงกว่าปกติได้			
BUN (mg/dl)	6 - 20	28 - 40	19 - 25
การแปลผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีค่าการทำงานของไตที่ลดสมรรถภาพลง จนไม่สามารถขับเอาออกเสียในเลือดออกได้หมด อาจเกิดจากภาวะขาดน้ำ			
Troponin-T Highsense (ng/dl)	0 - 14	ครั้งที่1 =184 ครั้งที่ 2 =230	53.40
การแปลผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการเพิ่มขึ้นของ ระดับ Cardiac Troponin T ซึ่งสามารถพบได้ในผู้ป่วยโรคไตวายฉับพลันที่ไม่มีอาการของกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจ ในกรณีศึกษาทั้ง 2รายนี้ มีค่าการทำงานของไตเสื่อมและไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แพทย์นึกถึง CHF มากกว่าหัวใจขาดเลือด			
UA : protein	Negative	1+	ไม่ได้ตรวจ
UA : Leukocyte	Negative	2+	ไม่ได้ตรวจ

UA : WBC	0	30-50	ไม่ได้ตรวจ
UA : ส่องกล้อง		Bacteria	ไม่ได้ตรวจ

การแปลผล รายที่ 1 มีโปรตีนในปัสสาวะและมีเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ ตรวจพบเชื้อแบคทีเรีย บ่งบอกถึงมีการติดเชื้อแบคทีเรียในทางเดินปัสสาวะ

CXR	Cephalization of pulmonary	Cephalization of pulmonary Rt.pleural effusion

การแปลผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะน้ำเกินท้นไปที่ปอดพบปริมาณของสารน้ำหรือเลือดคั่งในช่องปอด,รายที่ 2 มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมด้วย

Echocardiogram (bed side)	LVEF=80%	Good LVEF , IVC dilate

การแปลผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายปกติ ,รายที่2 มีการขยายขนาดของ Inferior Vena Cava เนื่องจากมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด

EKG	Anteroseptal infarction, AF	Rt.ventricular hypertrophy

รายที่1 มีหลอดเลือดเส้นซ้ายอุดตัน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนด้านหน้า ซ้ายน้อยลงและมีอาการหัวใจเต้นพริ้ว รายที่ 2 มีภาวะหัวใจห้องล่างขวาโตจากประวัติมีโรคลิ้นหัวใจรั่วและความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิด ภาวะความดันโลหิตในเส้นเลือดปอดสูงทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปยังปอดและกลับมาลำบาก ส่งผลให้หัวใจห้องขวาโตขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ซึ่งสามารถนำมาวางแผนปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อนำไปปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ โดยนำมาวิเคราะห์เพื่อการวางแผนให้การพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

1. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก พื้นที่การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมีภาวะปอดบวมน้ำและตัวนำออกซิเจน ลดลง

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดเพียงพอที่จะได้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 1: ผู้ป่วยบอก”เหนื่อยเพลีย”: หายใจหอบ นอนราบไม่ได้: RR=30 bpm :SpO2 =81-89 % :ฟังปอดพบเสียงCrepitation both lungs: CXR พบCephalization : Hb 9.6 gm/DL : Hct 28.0 vol%

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 2: หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ : RR=30 bpm : SpO2= 90 % :ฟังปอดพบเสียงCrepitation both lungs : CXR พบ Cephalization : Hb 8.2 gm/DL : Hct 24.9 vol%

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินสัญญาณชีพและ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด

แดง จัดท่านอนของผู้ป่วยให้ศีรษะสูง 30-45องศา ช่วยแพทย์ทำหัตถการใส่ท่อช่วยหายใจและดูแลให้ได้รับออกซิเจนโดยใช้เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับยาLasix เพื่อขับน้ำ, Berodual 1 NB พ่นขยายหลอดลม ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการทำการดูดเสมหะทั้งในปาก ลำคอและท่อทางเดินหายใจ ให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ สังเกตและบันทึกภาวะซีดหรือการสูญเสียเลือดของร่างกายมากเกินไป รายงานเมื่อผิดปกติ

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจ ในช่วงแรกตั้งsettingเป็น Full support ต่อมาฝึกหายใจปรับตั้งเครื่องเป็น PSV ผู้ป่วยสามารถฝึกหายใจได้ดี ผู้ป่วยรายที่ 1 สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 2 ของการรักษา ผู้ป่วยรายที่ 2 แรกรับมีภาวะagitationได้รับยากล่อมประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ ลดแรงต้านทานในปอด เกิดการแลกเปลี่ยนได้ดีขึ้น สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ในช่วงแรก ต่อมามีอาการอ่อนเพลียร่วมกับมีภาวะโพแทสเซี่ยมต่ำ ขับเสมหะออกเองลำบาก มีsignของการพร่องออกซิเจนได้re-intubation รอบ 2 พร้อมกับการแก้ไขภาวะ Hypokalemia จนผลเลือดกลับมาปกติ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจ ทั้ง 2 ราย อาการดีขึ้นตามลำดับ หมดปัญหาเรื่องการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง

1. มีภาวะน้ำเกินและปริมาตร เลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะน้ำเกิน

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 1 : ผู้ป่วยบอก”หายใจไม่อิ่ม นอนไม่ได้”, คลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี Anteroseptal infarction, Atrial fribrillation, ชีพจร=90-100 ครั้งต่อนาที, ฟังปอด มี Crepitation ทั้ง 2 ข้าง, Pitting edema 1+ที่ขาทั้ง2ข้าง , TNT=184-230 ng/L , BP=200/100 mmHg, มีโรคประจำตัว โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, ความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 2 : ผู้ป่วยบอก”หายใจไม่อิ่ม”,คลื่นไฟฟ้าหัวใจมี Rt.ventricular hypertrophy, ชีพจร= 90-100 ครั้งต่อนาที, ฟังปอด มี Crepitation ทั้ง 2 ข้าง, Pitting edema 1+ที่ขาทั้ง 2 ข้าง, TNT=53.40ng/L, มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงและลิ้นหัวใจรั่ว

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง ตรวจวัดสัญญาณชีพทุกชั่วโมงหรือตามความเหมาะสม ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา ประเมินปริมาณปัสสาวะและสารน้ำเข้า-ออกร่างกายและจดบันทึกทุก 8 ชม. จำกัดน้ำไม่ให้เกิน 1.0 ลิตรต่อวัน ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา จัดให้พักผ่อนอย่างสมบูรณ์ (absolute bed rest) จัดท่าศรีษะสูงหรือกึ่งนั่งกึ่งนอน ดูแลให้ได้ยาตามแผนการรักษา พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงจากการให้ยา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า Trop-T, Electroyte, BUN, Cr และติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกเป็นระยะ

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับยาขับปัสสาวะตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่าย ได้ใส่คาสายสวนปัสสาวะ เพื่อบันทึกสารน้ำออกจากร่างกาย รายที่ 1 มีภาวะความดันโลหิตสูง BP=200/100 mmHg ได้รับยา NTG (1:5) IV drip 5ml/hr ดูแล titrate ยาทีละ 3 cc/hr จนสามารถหยุดยาได้หลังรับไว้รักษาภายใน 3 ชม.ไม่มีแน่นหน้าอก รวม intake/output ทั้งหมด = 1,980/4,850 cc รายที่ 2 ไม่มีแน่นหน้าอก ความดันโลหิตอยู่ในช่วงปกติ, รวม intake/output ทั้งหมด =1,610/5,000 cc ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย รู้สึกตัวดี

ไม่มีหอบเหนื่อย ขายุบบวม EKG show normal sinus rhythm ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย หมดปัญหาเรื่องภาวะปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง

2. มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ

วัตถุประสงค์:ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ ชื้อ ข้อมูลสนับสนุนรายที่1: มีไข้ อุณหภูมิ 37.8-39.6 องศาเซลเซียส, CXR (22 ตค. 65) มีCephalization both lung, ฟังปอดมีเสียง Crepitation both Lung, ตรวจ CBC พบWBC = 12,530 cell/mm^3 (วันที่ 22 ตค. 65), ตรวจ urine analysisพบ WBC=30–50/HP, Bacteria numerous (วันที่ 25ตค.65), Lactate NaF = 28 mg/dl (วันที่ 22 ตุลาคม 2565) ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 2 : มีไข้ อุณหภูมิ36.8-38.2 องศาเซลเซียส, CXR (12 ธค .65) มี Cephalization both lung , ฟังปอดมีเสียง Crepitation both Lung , ตรวจ CBC พบ WBC = 13,550 cell/mm^3 (วันที่ 13 ธค. 65)

กิจกรรมการพยาบาลระบบทางเดินหายใจ1) ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อลดการนำเชื้อโรคจากการสัมผัส 2) ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก IC และ Aseptic technique 3) สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่นมีไข้ หายใจเร็ว เสมหะผิดปกติ 4) วัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชม. และอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชม. เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ 5) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา 6) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, Spum C/S, Sputum G/S เป็นระยะ

กิจกรรมการพยาบาลที่ระบบทาง เดินปัสสาวะ 1) สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเช่น มีไข้ ปัสสาวะขุ่น มีตะกอน กลิ่นเหม็นผิดปกติ ปวดเคาะเจ็บที่บั้นเอว 2) ใส่หรือเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะด้วย Aseptic technique 3) ไม่ยกถุงปัสสาวะสูงกว่าระดับเอวของผู้ป่วย ป้องกันการไหลย้อนกลับนำเชื้อโรคเข้าสู่ผู้ป่วย 4) ดูแลถุงปัสสาวะไม่ให้ลากหรือสัมผัสพื้น และเช็ด 70% Alcohol เมื่อเปิด – ปิดสายขณะตวง 5) ส่งตรวจปัสสาวะUA, Urine C/S เป็นระยะตามแผนการรักษา

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้ง2ราย รู้สึกตัวดี มีไข้สูงในวันที่ 1 และ 2 ของการนอนรักษา หลังได้รับยาปฏิชีวนะไข้ลงดีในวันที่ 3 รายที่ 1 ได้รับยา Ceftazidime 2 gm IV ทุก 8 ชม.จนถึงวันจำหน่าย (9 dose) รายที่ 2 ได้รับยา Ceftriasone 2gm IV OD x 3 dose. และ Azitromycin (250mg) 2x1 po pc. ก่อนจำหน่ายทั้ง 2ราย ไม่มีไข้ ไม่เกิดผลข้างเคียงของยาที่ได้รับ ตรวจเสมหะไม่มีภาวะติดเชื้อ บริเวณให้สารน้ำและยาไม่มีอาการปวดบวมแดงร้อน ปัสสาวใสสีเหลืองไม่มีตะกอนขุ่น ผู้ป่วยทั้ง 2 รายปลอดภัยและหมดปัญหาจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย

3. การกำซาบของเนื้อเยื่ออวัยวะในร่างกายและเนื้อเยื่อส่วนปลายลดลง เนื่องจากภาวะซีด

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอกับความต้องการของร่างกายและปลอดภัยจากภาวะซีด

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 1 : Hematocrit = 28.0 vol , Hemoglobin = 9.6 gm/dl , จากการตรวจร่างกาย เปลือกตาซีด , SpO_2=89 -90% (ขณะให้ออกซิเจนmask with bag)

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 2 : Hematocrit = 24.9 vol , Hemoglobin = 8.2 gm/dl, จากการตรวจร่างกาย เปลือกตาซีด , SpO_2 =81-92 % (ขณะให้ออกซิเจน mask with bag)

กิจกรรมการพยาบาล : 1) สังเกตและประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น ซักประวัติ ถ่ายอุจจาระดำหรืออาเจียนเป็นเลือดหรือเลือดออกผิดปกติตามอวัยวะต่างๆ 2) ประเมินระดับความ

รู้สึกตัว สัญญาณชีพ และความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงปลายนิ้ว ทุก1ชม. 3) ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวัดระดับ Hematocrit, Hemoglobin เป็นระยะ 4) เตรียมจอง PRC ตามแผนการรักษาหากมีความต้องการ/ หากมีการสั่งใช้ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นและประโยชน์ของการให้เลือด

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง หลังถอดท่อช่วยหายใจ SpO2 =95 - 100 % ทั้ง 2ราย มีค่าเม็ดเลือดแดงในร่างกายต่ำกว่าปกติอยู่ในระดับที่แพทย์ยอมรับได้ ไม่มีอาการของการเสียเลือดผิดปกติใดๆ ไม่ได้รับส่วนประกอบของเลือดเพิ่ม (เนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นมากกว่า เช่น เกิดภาวะน้ำเกิน (volume overload) เพิ่มขึ้น มีไข้หรือเกิด transfusion-related lung injury ได้) ในกรณีศึกษานี้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรก ซ้อนจากภาวะซีด

4. ภาวะไม่สมดุลย์ของเกลือแร่ คือโซเดียมและโปแตสเซี่ยมในกระแสเลือดต่ำ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาภาวะโซเดียมและโพแทสเซี่ยมในร่างกายต่ำ

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 1 : ผู้ป่วยท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย, ผล Lab K=3.8-4.4 mmol/L, Na =129-138 mmol/L , ได้รับยาขับปัสสาวะ, BUN=28 - 40mg/dl, มีปัสสาวะออกรวม intake/output ทั้งหมด = 1,980/4,850 cc

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 2 : ผู้ป่วยท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย, ผล Lab K= 2.5 - 4.1 mmol/L, Na =127-133 mmol/L , ได้รับยาขับปัสสาวะ , BUN=19-25 mg/dl รวม intake/output ทั้งหมด =1,610/5,000 cc

กิจกรรมการพยาบาล : 1) สังเกตอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะ Potassium ต่ำ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ปวดท้อง อ่อนแรง ชาบริเวณแขนขา 2) ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum Electrolyte พร้อมติดตามผลและรายงานแพทย์ เมื่อมีค่าที่ผิดปกติ 3) ดูแลให้ได้ Elixer KCL 30 ml รับประทาน ทุก 3 ชั่วโมง × 2 ครั้ง(เฉพาะผู้ป่วยรายที่ 2) 4) บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 - 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยเฉพาะอัตรา จังหวะและความแรงของชีพจร 5) ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

การประเมินผล : ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังได้รับการแก้ไขภาวะ Hypokalemia ไม่มีอาการแสดงของภาวะโพแทสเซี่ยมในร่างกายต่ำ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน อ่อนแรง ชาบริเวณแขนขา หมดปัญหาภาวะไม่สมดุลย์ของเกลือแร่

5. อาจเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ **:** ไม่เกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 1 : ผู้ป่วยได้รับการใส่คาท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ตั้งแต่แรกรับ

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 2 : ผู้ป่วยได้รับการใส่คาท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ตั้งแต่แรกรับ กิจกรรมการพยาบาล : 1) อธิบายเรื่องการใส่ท่อใช้เครื่องช่วยหายใจกับผู้ป่วยและญาติลงนามยินยอม ในแบบฟอร์มยินยอมการใส่ท่อช่วยหายใจ 2) ดูแลให้ผู้ป่วย on Ventilator Setting mode ตามแผนการรักษาและตามมาตรฐานการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3) ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและประเมินการถอดท่อช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติ 4) ติดตาม ประเมินสัญญาณชีพ และความ

อิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว ทุก 1-4 ชั่วโมงและสังเกตประเมินภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน เช่น ปลายมือเท้าเย็น SpO2 <95%กระสับกระส่าย 5) ดูแลป้องกันท่อ เลื่อนหลุด

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจก่อนกำหนด และไม่พบอาการแสดงของปอดอักเสบติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ(VAP) หรือปอดแตก ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ หมดความเสี่ยงอันตรายจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

6. พร่องในการทำกิจวัตรประจำวันและการสื่อสารเนื่องจากจำกัดกิจกรรมและใส่ท่อช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยได้รับการดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสมและสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 1 : ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ, ไม่สามารถสื่อสารโดยการพูด,ไม่สะดวกทำกิจกรรมเองได้

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 2 : ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่สามารถสื่อสารโดยการพูด : แขนทั้งสองข้างถูกผูกยึดไว้ ไม่สามารถทำกิจกรรมเองได้

กิจกรรมการพยาบาล: 1) ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 2) ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือกลาสโกว์โคมาสเกล (Glasgow Coma Sale) 3) ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน เช่น Unit care , hygiene care และ mouth care 4) ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง และหลีกเลี่ยงการทำให้เกิดแรงเสียดทานกับผู้ป่วย ป้องกันแผลกดทับ 5) ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหาร ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6) เลือกวิธีการสื่อสารให้เหมาะสม ซึ่งทำได้หลายวิธีได้แก่ 6.1 เขียนด้วยปากกาบนกระดาษ 6.2 รูปภาพสื่อสาร 6.3 ขยับริมฝีปากพูด 6.4 แสดงสีหน้า ท่าทางสื่อสาร 6.5 ถามตอบใช่หรือไม่ใช่

การประเมินผล : ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ร่างกายสะอาด ได้รับการดูแลช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถตอบสนองและสื่อสารได้ รายที่ 1 สื่อสารด้วยการเขียน, ทั้ง 2 ราย แสดงสีหน้าท่าทางสื่อสารและถามตอบใช่หรือไม่ใช่ โดยการพยักหน้าเมื่อตอบว่าใช่และส่ายหน้าเมื่อปฏิเสธ

7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง เข้าใจอาการรวมทั้งแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับและให้ความร่วมมือในการรักษา พยาบาล

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 1 : ญาติบอกมีความกังวล กลัวไม่หาย

ข้อมูลสนับสนุนรายที่ 2 : ญาติบอกกลัวไม่หาย สีหน้ากังวล, บางครั้งผู้ป่วย agitation ไม่ให้ความร่วมมือ

กิจกรรมการพยาบาล : 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติโดยการแนะนำตัว สถานที่ การปฏิบัติตัว การเยี่ยม และการพยาบาล 2) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบถึงอาการและอาการแสดง แผนการรักษาและความ ก้าวหน้าของการรักษา 3) เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความรู้สึก และซักถามปัญหาสิ่งที่กังวลใจ รับฟังด้วยความตั้งใจและตอบคำถามด้วยความเป็นจริง 4) แนะนำให้ญาติพูดคุยซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน ให้กำลังใจและแสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสม

การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติ ทั้ง 2 ราย บอกคลายความวิตกกังวลลงบ้าง รับทราบข้อมูลความเจ็บป่วยเป็นระยะและเข้าใจการทำงานต่างๆของอุปกรณ์ ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ สีหน้าผ่อนคลาย

การวิเคราะห์ปัญหาจากกรณีศึกษา

1. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ปัญหาที่พบคือ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมกับโรคหัวใจล้มเหลว โดยไม่จำกัดน้ำและไม่ควบคุมอาหาร จึงส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะน้ำเกินและใส่ท่อช่วยหายใจใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระยะวิกฤตคุกคามชีวิต พยาบาลควรได้รับความรู้ที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ และมีแนวทางปฏิบัติการดูแลใช้เป็นมาตรฐาน เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2. กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้ รับข้อมูลเรื่องแผนการรักษา การพยากรณ์โรคจาก ทีมสหสาขา ผู้ป่วยและญาติได้มีการตัดสินใจร่วมกัน ในการบำบัดรักษาดังกล่าว โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหา ความต้องการ ให้ข้อมูลสุขภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพ ป้องกันการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

3.ทีมพยาบาลมีระบบการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะโรค และมีระบบการส่งต่อเป็นเครือข่ายสู่ชุมชน โดยผ่านโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง แต่การรายงานตอบกลับผลการดูแล ยังขาดความชัดเจนต่อเนื่อง ซึ่งต้องพัฒนาต่อไป

ผลสรุปการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2ราย มีภาวะหัวใจล้มเหลว ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินและปอดบวมน้ำ ส่งผลให้มีภาวะพร่องออกซิเจน ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เฝ้าระวังการทำงานของหัวใจอย่างใกล้ชิด มีภาวะน้ำท่วมปอด ได้รับยาขับปัสสาวะ ติดตามบันทึกน้ำเข้าและน้ำออก ควบคุมอาหารและน้ำดื่ม ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด และมีภาวะแทรกซ้อนคือติดเชื้อระบบหายใจ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและไตวายเฉียบพลัน รายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวคือโรคลิ้นหัวใจรั่วและความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนคือไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย มีระดับโพแทสเซี่ยมในเลือดต่ำ จากปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ศึกษาและทีมพยาบาลตลอดจนทีมสหวิชาชีพได้ร่วมกันดูแลรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการรวบรวมข้อมูล และประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วม วินิจฉัยการพยาบาลให้ครอบคลุมวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนปฏิบัติการให้การพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญ มีความรู้เรื่องโรคตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสามารถแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ต้องวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำตลอดจนถึงปัญหาการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

4. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้การพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

บทบาทของพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลให้การพยาบาลในภาวะวิกฤติเพื่อติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เพื่อให้การช่วยเหลือตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งจะต้องมีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสมให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยตลอดจนการประสานเพื่อส่งต่อข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง ติดตามการรักษา จนหายเป็นปกติ สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะยาวคือการส่งเสริมและสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่านการแนะนำการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Rajadurai J, Tse HF, Wang CH, Yang NI, Zhou J, Sim D. Understanding the epidemiology of heart failure to improve management practices: An Asia-Pacific perspective. J Card Fail 2017;23(4):327-39.
2. American Heart Association. Causes and risks for heart failure [internet]. 2017 [cited 2020 Mar 13] Available from: http://www.heart.org/ HEART ORG/Conditions/Heart Failure/Causes AndRisksFor Heart Failure/Causes-and-Risks-for Heart- Failure_UCM_002046_ Article.jsp#. Wpwr0-jFJPa
3. Ministry of Public Health. Service plan cardiology division [internet]. 2013 [cited 2021 Jun 01]; 25. Available from: *http://watphlenghospital.go.th/ httpdocs/ DATA//Service%20Plan/Service_Plan10. pdf.* (inThai).
4. Clare JT, Ryan R, Nichols L, Gale N, Hobbs R, Marshall T. Survival following a diagnosis of heart failure in primary care. PCFM 2017; 34:161-687
5. Adams Jr KF, Fonarow GC, Emerman CL, et al. ADHERE Scientfic Advisory Committee and investigator. Characteristics and outcome of patient hospitalized for heart failure in United States; rational design and preliminary from the first 100,000 case in the acute decompensation heart failure national tegistry (ADHERE). JAHA 2006;149: 209- 16
6. Waldreus N, Hahn RG, Jaarsma T. Thirst in heart failure: a systematic literature review. Eur J Heart Fail. 2013;15(2):141-9
7. Medicine department Mahasarakham hospital. Annual indicators report 2022. Mahasarakham: Mahasarakham hospital, Thailand; 2022. (in Thai)
8. อรวิกาญจน์ ชัยมงคล, ศริญญา ภูวนันท์ และศุทธิจิต ภูมิวัฒนะ. บทความวิชาการบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก. 2565;24(1):75-95.
9. Pookboonmee R. Role of nurses in Thailand 4.0. [Internet]. 2018 [cite 2023 Jun 20]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/บทบาทหน้าที่ของพยาบาล