



Nursing Care for Frailty and Atrial Fibrillation in the Elderly: A Case Study การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว: กรณีศึกษา

Udsaneyaporn Pollayut* อุษณียาภรณ์ พลยุทธ*
Surinrat Baurangthienthong** สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง**

Abstract

Frailty in the elderly is a condition in which the body deteriorates and the ability to adapt decreases, resulting in a risk of health complications. Co-morbidities and frailty in the elderly are associated with physiological changes in the heart, leading to an increased risk of arrhythmias, particularly atrial fibrillation. Frail elderly individuals may exhibit subtle signs and symptoms of atrial fibrillation. Therefore, frailty assessment and screening for atrial fibrillation in the elderly are crucial for proper nursing care. This includes critical care, which emphasizes nursing care and the prevention of severe complications. Meanwhile, continuous care encompasses discharge planning, health promotion, the prevention and reduction of long-term complications, and rehabilitation supported by a multidisciplinary team. This approach takes into account individual patient needs to promote a sustainable quality of life for the elderly and their families.

Keywords: Aging; Atrial fibrillation; Frailty; Nursing care

* Instructor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

** Corresponding author, Instructor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University;
e-mail: surinrat.bau@nmu.ac.th

Received 31 August 2025; Revised 3 January 2026; Accepted 7 January 2026



บทคัดย่อ

ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่ร่างกายเสื่อมถอยและความสามารถในการปรับตัวลดลง ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ การมีโรคร่วมและภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหัวใจ ส่งผลต่อความเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะหัวใจห้องบนที่เต้นสั่นพลิ้ว ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางอาจมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วที่ไม่ชัดเจน ดังนั้นการประเมินภาวะเปราะบางร่วมกับการคัดกรองภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพยาบาลที่เหมาะสม รวมถึงการพยาบาลในภาวะวิกฤต ซึ่งเน้นการพยาบาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และการดูแลแบบต่อเนื่องที่ครอบคลุมการวางแผนจำหน่าย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนระยะยาว รวมถึงฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างองค์รวมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางนี้คำนึงถึงความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว ภาวะเปราะบาง การพยาบาล

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช e-mail: surinrat.bau@nmu.ac.th



บทนำ

ภาวะเปราะบาง (frailty) ในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่ร่างกายมีการลดลงของความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดหรือการบาดเจ็บ และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การเจ็บป่วย การหกล้ม การเสียชีวิต เป็นต้น ซึ่งภาวะเปราะบางเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดสมองอุดตัน หรือภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation: AF) ในระดับสรีรวิทยาภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วเกิดจากพังผืดและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอื่น ๆ ของหัวใจห้องบน ซึ่งความซร้อสัมพันธ์กับการปรับโครงสร้างของกล้ามเนื้อหัวใจ และความแข็งที่เพิ่มขึ้นของหลอดเลือดแดง นอกจากนี้ความล่าช้าของการนำไฟฟ้าระหว่างหัวใจห้องบนที่ยาวนานขึ้นยังสัมพันธ์กับอายุ ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะความเปราะบางมักมีโรคร่วมจากการเสื่อมของระบบประสาทอัตโนมัติและการอักเสบเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ โดยโรคร่วมดังกล่าวก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้วเช่นกัน (van Deutekom et al., 2024) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้วเพิ่มขึ้น 1.4 เท่าอย่างมีนัยสำคัญ (Trevisan et al., 2025)

ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วพบว่า มีอัตราการเจ็บป่วย อัตราการเสียชีวิต และความซับซ้อนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาการที่พบได้บ่อย เช่น อาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย ส่งผลต่อการเคลื่อนไหว การทรงตัว และพฤติกรรมน้อยลง ทำให้เกิดอาการอ่อนแรง ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และเพิ่มโอกาสต่อการพลัดตกหกล้ม ภาวะเปราะบางและภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและภาวะหัวใจล้มเหลว (Cai et al., 2025) รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม ภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีความแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากมักแสดงอาการผิดปกติที่ไม่จำเพาะเจาะจง เช่น เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง หรือหกล้ม เป็นต้น โดยมักไม่มีอาการใจสั่นชัดเจนเหมือนในผู้ใหญ่ (Testa et al., 2025) ดังนั้นการประเมินภาวะเปราะบางและการใช้เครื่องมือตรวจวัดอัตราการเต้นของหัวใจด้วย wearable devices เช่น Smart Watch และ Holter Monitor สามารถช่วยค้นหาภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบาง รวมทั้งช่วยให้วางแผนการพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้เหมาะสม (Chen et al., 2018) ด้วยเหตุนี้ความเข้าใจพื้นฐานถึงปัจจัยการเกิดพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การคัดกรอง รวมทั้งการวินิจฉัยภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

พยาธิสภาพของภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง

ภาวะเปราะบาง มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินโรคและพยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดปกติ หะ โดยกระบวนการทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกายและการอักเสบเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับเซลล์และระบบไหลเวียนโลหิต ภาวะเปราะบางสัมพันธ์กับระดับสารบ่งชี้การอักเสบพื้นฐานที่สูงกว่าปกติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหัวใจโดยเนื้อเยื่อหัวใจห้องบนเกิดพังผืดมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Khurshid et al., 2023) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ทำให้แรงบีบตัวของหัวใจห้องบนลดลง รวมทั้งการเต้นของหัวใจห้องบนที่ผิดปกติ หะ ส่งผลให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ความดันโลหิตต่ำ อ่อนแรง หน้ามืดเป็นลม หรือสับสนเฉียบพลันได้ ภาวะเปราะบางที่เกิดขึ้นทำให้อาการภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้วรุนแรงขึ้นอย่างชัดเจน (Hang et al., 2022)

นอกจากนี้ การใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อปฏิกิริยาระหว่างยา และเพิ่มภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ ในร่างกายผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมากขึ้น โดยเฉพาะยาควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจหรือยาด้านการเต้นผิดปกติ

จังหวะ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียง เช่น ความดันโลหิตต่ำ หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเพิ่มขึ้นได้ (Dent et al., 2019) ขณะที่ภาวะเลือดข้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดมากยิ่งขึ้น และเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลงจากภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เช่น การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ขณะเดียวกันการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางก็ส่งผลให้เลือดออกง่ายหยุดยากยิ่งขึ้น (Kim et al., 2024)

จากข้อมูลข้างต้น ภาวะเปราะบางทำให้ภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุมีความซับซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของอวัยวะหลายระบบ โรคร่วมหลายชนิด ความสามารถฟื้นตัวต่ำ อาการที่ไม่จำเพาะ และมีการใช้ยาหลายชนิด ส่งผลให้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเลือดออก รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป (Yao et al., 2025) อย่างไรก็ตาม อาการแสดงของภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้วที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางอาจไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุโดยทั่วไปมากนัก แต่มีความต่างจากวัยผู้ใหญ่ซึ่งจะเป็นความท้าทายในการพยาบาลภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง

อาการแสดงภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและโรคร่วมในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ส่งผลให้อาการแสดงของภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วแตกต่างจากผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ โดยผู้สูงอายุอาจไม่แสดงอาการใจสั่นชัดเจน แต่รู้สึกอ่อนเพลียหรือหมดแรง โดยเฉพาะหลังทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง ดังนั้นอาการแสดงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง อาการวิงเวียนหรือหน้ามืด เกิดจากการไหลเวียนเลือดที่ไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก โดยเฉพาะเมื่อต้องทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลัง เช่น เดินขึ้นบันได นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังอาจมีอาการแสดงทางจิตใจและสมองร่วมด้วย ผู้สูงอายุอาจเกิดอาการสับสน หรือมีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม เกิดภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ รวมทั้ง ยังส่งผลให้สมองขาดออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง ความจำระยะสั้นจึงลดลง ขณะที่บางรายอาจมีอาการแสดงที่คลุมเครือ ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารได้น้อยลง เบื่ออาหาร โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ จากผลกระทบทางอ้อมต่อการทำงานของระบบเผาผลาญที่เปลี่ยนแปลง และอาการปวดเมื่อยหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง เนื่องจากการไหลเวียนเลือดในกล้ามเนื้อลดลง

ในส่วนของการที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้สูงอายุมักไม่มีอาการแสดงของใจสั่นแต่อาจมีอาการปวดหรือแน่นหน้าอกแบบไม่ชัดเจนหรือคล้ายกับอาการของโรคอื่น เช่น กรดไหลย้อน เป็นต้น ในกรณีที่หัวใจทำงานหนักเกินไป ไม่จำเป็นที่จะเป็นการพยายามปรับตัวชดเชยเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากยิ่งขึ้น หรือการเต้นที่ผิดจังหวะ อาจส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และมีอาการแสดงตามประเภทของหัวใจที่ล้มเหลว เช่น อาการบวม น้ำหนักหอบเหนื่อย เป็นต้น นอกจากอาการของภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้สูงอายุบางรายอาจมีอาการที่เกี่ยวข้องกับลิ่มเลือดอุดตัน เช่น แขนขาอ่อนแรงหรือพูดไม่ชัด อาการปวดท้องหรือขา เป็นต้น (Testa et al., 2025) ด้วยเหตุนี้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วจึงครอบคลุมถึงการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอีกด้วย

การพยาบาลภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง

การพยาบาลภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง สามารถจำแนกเป็น การคัดกรอง การพยาบาลภาวะวิกฤต และการพยาบาลระยะต่อเนื่อง การคัดกรองภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล โดยการคัดกรองที่รวดเร็วและถูกต้องจะช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการรักษาและดูแลตามหลัก atrial fibrillation better care (ABC) pathway ได้อย่าง



เหมาะสม ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานเพื่อลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีการดูดซึมยาลดลงหรือการกระจายตัวของยาเปลี่ยนจากภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย มีไขมันสะสม ทำให้ระดับยาในเลือดไม่สม่ำเสมอ และจากการทำงานของไตที่ลดลง การขจัดยาออกจากร่างกาย ยาจึงสะสมในร่างกายเพิ่มความเสี่ยงเลือดออก รวมถึงยาควบคุมจังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจอย่างทันทั่วทั้งที่ ลดความเสี่ยงต่อการทรุดลงของอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เช่น ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง นอกจากนี้ ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้วอาจส่งผลให้ความสามารถในชีวิตประจำวันลดลงรวมถึงภาวะความเปราะบางที่เพิ่มมากขึ้น (Harrison et al., 2023)

การคัดกรองภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ควรเริ่มจากขั้นตอนการประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ซึ่งการเลือกใช้เครื่องมือขึ้นขึ้นอยู่กับบริบทและประเด็นการพิจารณา เช่น แบบประเมิน Clinical Frailty Score ใช้พิจารณาอาการทางคลินิก แบบประเมิน Fried Frailty Index ใช้พิจารณาลักษณะทางกายภาพ และแบบประเมิน Claims-Based Indices ซึ่งประเมินจากผลกระทบของการสะสมความพร่องต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ โดยพิจารณาการเจ็บป่วย สมรรถภาพทางกาย โภชนาการ การรู้คิด สุขภาพจิต และกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางแล้วขั้นตอนต่อมา คือ การประเมินภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว ซึ่งแบ่งเป็นระยะที่ 1 กรณีที่มีความเสี่ยงแต่ไม่มีการแสดง จะคัดกรองโดยการคลำชีพจร เพื่อค้นหาการเต้นของชีพจรที่ไม่สม่ำเสมอหรือตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปละครั้ง เพื่อค้นหาความผิดปกติ

ในระยะที่ 2 กรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการแสดงที่คาดว่าอาจเป็นอาการที่เกิดจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว เช่น หายใจลำบาก หน้ามืด เหนื่อยง่าย ให้พิจารณาคัดกรองด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุกปี หรือใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ ในการติดตามการเต้นของหัวใจหรือจังหวะการเต้นของหัวใจแบบต่อเนื่อง เช่น ZioPatch, smart watch รวมถึงการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 1 ลีด (Single-lead Electrocardiogram: Single-lead ECG) ซึ่งอาจใช้อุปกรณ์ Mobile Handheld ECG Devices หรือ Holter Monitoring ได้ ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางเข้าสู่ระยะที่ 3 ของภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว คือ มีภาวะภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว จะพิจารณาคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 ลีด (12-lead ECG) หรือติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบต่อเนื่อง กรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง และส่งต่อแพทย์เฉพาะทางระบบหัวใจ (Diaz et al., 2024)

อย่างไรก็ตาม สมาคมศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกแห่งยุโรป (European Association for Cardio-Thoracic Surgery: EACTS) แนะนำให้ยืนยันการวินิจฉัยเพื่อยืนยันภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งอาจเป็นชนิด Single Leads, Multiple Leads หรือ 12 Leads ก็ได้ ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะไม่สามารถระบุตำแหน่งของ P wave ได้ และ RR interval ไม่สม่ำเสมอ โดยที่ไม่มีภาวะ Atrioventricular Block (Gelder et al., 2024) เมื่อตรวจพบภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางแล้ว จะพิจารณาความรุนแรงที่เกิดขึ้นเพื่อให้การพยาบาลต่อไป

ภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเปราะบาง ส่งผลให้มีการไหลวนของเลือดและเกิดลิ่มเลือด ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน หัวใจขาดเลือด และลิ่มเลือดอุดตันในปอดเฉียบพลันด้วยเหตุนี้การประเมินโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุด้วยหลัก BEFAST การติดตามอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหอบเหนื่อยเฉียบพลัน รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนี้ การทำงานที่ถดถอยของหัวใจห้องล่างตามทฤษฎีความเสื่อมโทรม ส่งผลให้ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว ผั่นกล้ามเนื้อหัวใจจึงหนาตัวขึ้นเพื่อให้สามารถบีบตัวและส่งเลือดไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ประกอบกับความผิดปกติของผนังหลอดเลือดในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นตามทฤษฎีการเชื่อมตามขวางซึ่งเป็นการที่คอลลาเจน ในร่างกายผู้สูงอายุเกิดการเชื่อมโยงกันเป็นพันธะขวาง ทำให้เนื้อเยื่อแข็งและยืดหยุ่นลดลง รวมทั้งทฤษฎีอนุมูลอิสระที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีอันตรายจากกระบวนการทำงานของเซลล์ เมื่อสะสมมากขึ้นจะทำลายเซลล์ต่าง ๆ ทำให้อวัยวะเสื่อมสภาพลง นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด โดยภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วและหัวใจล้มเหลว

ต่างเป็นกระตุ้นซึ่งกันและกัน (Bencivenga et al., 2020; Gao et al., 2024) การพยาบาลระยะนี้มุ่งเน้น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ดูแลให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันผลกระทบจากการอุดตันของลิ้นเลือด อย่างไรก็ตามควรเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากร่วมด้วย โดยติดตามค่า INR อย่างสม่ำเสมอ เป้าหมายค่า INR คือ 2-3, 2) บันทึกและติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ และ 3) บันทึกและติดตามจังหวะการเต้นของหัวใจ (Gao et al., 2024) เมื่อพ้นภาวะวิกฤตจะเข้าสู่การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ภาวะเปราะบางและการสั่นพลิ้วของหัวใจห้องบนในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตในระยะยาว อันเนื่องมาจากกลุ่มอาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก และอาการอื่น ๆ รวมถึงความจำเป็นและต่อเนื่องในการใช้ยาหลายขนาน (Parks et al., 2024) นอกจากนี้ การลดลงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการคงทนต่อการทำกิจกรรม กำลังของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และการประสานการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ไม่เพียงแต่ผลกระทบด้านร่างกายเท่านั้น ภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย (Bencivenga et al., 2020) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางร่วมกับภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูง การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดจำเป็นต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียง การติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ฝึกกล้ามเนื้อสมดุล และความคล่องตัว ลดความเสี่ยงหกล้ม และเพิ่มความสามารถทำกิจวัตร ร่วมกับโภชนาการที่เหมาะสม และการส่งเสริมการรู้คิดช่วยป้องกันอุบัติเหตุและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วได้

สมาคมศิษย์กรรมาหัวใจและทรวงอกแห่งยุโรปได้มีการเผยแพร่แนวทางการจัดการภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วปี 2567 โดยใช้หลัก AF-CARE (Gelder et al., 2024) ดังนี้

1. จัดการปัจจัยเสี่ยงและควบคุมอาการของโรคร่วม (C: comorbidity and risk factor management) โดยพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง ให้ความรู้และทักษะในการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ออกกำลังกายตามความเหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันการเกิดโรคที่สัมพันธ์กับการสั่นพลิ้วของหัวใจห้องบน และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจล้มเหลว

2. ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ อันเป็นผลมาจากลิ้นเลือดอุดตัน (A: avoid stroke and thromboembolism) โดยการประเมินคะแนนความเสี่ยง (Stroke Risk Score) อย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำในเรื่องของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด รวมทั้งประเมินและป้องกันโอกาสในการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจากการใช้ยา

3. บรรเทาอาการแสดง ด้วยการควบคุมอัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจ (R: reduce symptoms by rate and rhythm control) ซึ่งการควบคุมอัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจนั้นสามารถกระทำได้โดยการใช้ยา เช่น ยากลุ่ม rate control drug ยากลุ่ม antiarrhythmic drug การรักษาโดยใช้ไฟฟ้า หรือการจี้แบบต่าง ๆ พยาบาลวิชาชีพมีส่วนในการช่วยขับเคลื่อนประเด็นนี้ให้บรรลุผล ทั้งระยะเตรียมก่อนการรักษา ระยะดำเนินการรักษา และหลังการรักษา

4. ประเมินและติดตามผลตามความเหมาะสม (E: evaluation and dynamic reassessment) โดยมีการติดตามหลังการรักษา 6 เดือน และติดตามต่อเนื่องอย่างน้อยทุกปี ขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดง ภายใต้ความร่วมมือระหว่างพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวต่อเนื่องอย่างองค์รวม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและครอบครัวให้ดีขึ้นในระยะยาว โดยเริ่มจากการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วและผลกระทบ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับปัจจัยต่าง ๆ ตามปัจเจกบุคคล และประเมินภาวะเปราะบางซ้ำ เนื่องจาก



ภาวะเปราะบางเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว รวมถึงการช่วยเหลือและสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม การประสานงานระหว่างหน่วยปฐมภูมิและศูนย์การดูแลเฉพาะทางอีกด้วย

กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและมีภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วร่วมด้วย

ชายไทย อายุ 82 ปี น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ไม่ได้ประกอบอาชีพ ลูกสาวเป็นผู้ดูแลหลัก มาด้วยอาการใจสั่น หน้ามืด หกล้มศีรษะไม่กระแทก 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล จากการซักประวัติญาติพบว่า ผู้ป่วยมีประวัติหน้ามืด หกล้ม 2 ครั้งใน 1 เดือน ครั้งล่าสุดมีแผลถลอกที่เข่า คะแนน Activities of Daily Living เท่ากับ 18 จาก 20 คะแนน น้ำหนักลด 3 กิโลกรัม ใน 3 เดือน เดินช้าลงและเหนื่อยง่าย มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง 5 ปี รักษาด้วย Enalapril (5 mg) 1 tablet oral O.D. p.c. รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ต้มเครื่องต้มชูกำลังทุกวัน 1-2 ขวด

แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ BT 36.7 °C, HR 134 bpm. (AF), RR 22 bpm., BP 142/98 mmHg., SpO₂ 98%, FRAIL Score 4 คะแนน การวินิจฉัยแรกรับ AF with Rapid Ventricular Response (RVR) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ พบ Hb 15.3 g/dL, Hct 42.8%, Platelet count 380,000 cell/mm³, WBC 6,200 cell/mm³, Neutrophil 70.5%, Lymphocyte 20.1%, Eosinophil 2.1%, Basophil 1.0%, Monocyte 7.1%, PT 12 Sec., PTT 28 Sec., INR 1.5, BUN 17 mg%, Cr 1.21 mg%, Sodium 119 mmol/L, Potassium 4.1 mmol/L, Chloride 102 mmol/L, CO₂ 25 mmol/L, FBS 88 mg/dL, Troponin T 13.41 ng/L, NT-proBNP 8,178 pg/mL, TSH 2.25 mIU/L, FT₃ 27.7 pg/mL, FT₄ 4.55 ng/dL, ผล Echocardiogram พบ Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) 42% with mild aortic and mitral valve stenosis และ ผล EKG 12 leads พบ AF with RVR rate 152 bpm.

ผู้ป่วยได้รับยา Amiodarone 150 mg IV drip in 30 minutes หลังได้รับยา EKG Monitor แสดง AF with RVR rate 120 bpm. ส่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ต่อมามีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ EKG Monitor แสดง AF with RVR rate 130-140 bpm., BP 134/86 mmHg., RR 24-26 bpm., SpO₂ 94% ดูแลให้ Oxygen Canular 3 L/min แพทย์มีแผนการรักษาให้ Amiodarone 150 mg IV drip in 30 minutes then Amiodarone 900 mg IV drip in 24 hrs. หลังจากนั้น EKG Monitor แสดง AF with RVR rate 120-130 bpm., BP 127/81 mmHg., RR 20-22 bpm., SpO₂ 97%, BT 36.5 °C ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา Carvedilol (6.25 mg) 1 tablet oral bid p.c., Digoxin (0.25 mg) 1/2 tablet oral O.D. p.c. และ Enoxaparin (0.4 mg) SC q 12 hrs. 3 วันต่อมา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการใจสั่น ส่งปรึกษาสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย เภสัชกรเพื่อให้คำแนะนำในการรับประทานยา Warfarin (3 mg) 1 tablet oral hs. และติดตามค่า INR รวมทั้งปรึกษานักกายภาพช่วยส่งเสริมกล้ามเนื้อ Physical Therapy และประเมิน FRAIL Scale เท่ากับ 4 คะแนน และพิจารณาด้านโภชนาการ การสนับสนุนทางสังคม และนัดติดตามอาการก่อนผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล (ระยะวิกฤต)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1

การกำซาบของเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง อันเป็นผลมาจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ข้อมูลสนับสนุน

SD: ญาติให้ประวัติว่า “หกล้มศีรษะไม่กระแทก ใจสั่น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล”

OD: - สัญญาณชีพแรกรับ HR 134 bpm., RR 22 bpm., BP 142/98 mmHg.

- EKG 12 Leads พบ AF with RVR rate 152 bpm.



Nursing Care for Frailty and Atrial Fibrillation in the Elderly: A Case Study

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว: กรณีศึกษา

- Echocardiogram พบ Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) 42% with mild aortic and mitral valve stenosis
- NT-proBNP 8,178 pg/mL
- TSH 2.25 mIU/L, FT₃ 27.7 pg/mL, FT₄ 4.55 ng/dL

เป้าหมายการพยาบาล การกำซาบของเนื้อเยื่อเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของการกำซาบของเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ เช่น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นลม ใจสั่น เหนื่อยง่าย อาหารไม่ย่อย ปัสสาวะออกน้อย ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น เป็นต้น
2. สัญญาณชีพปกติ ประกอบด้วย BT 36.5-37.4 °C, PR 60-100 bpm., RR 12-24 bpm., SBP 90-139 mmHg., DBP 60-89 mmHg., Pulse Pressure 40-60 mmHg, SpO₂≥95%
3. ปริมาณปัสสาวะ ≥0.5 mL/kg/hr.
4. Capillary refill time < 2 sec.
5. EKG 12 Leads หรือ EKG Monitor พบ Normal Sinus Rhythm rate 60-100 bpm.
6. Echocardiogram พบ LVEF คงที่ (LVEF 42%) หรือไม่ลดลงจากเดิม
7. NT-proBNP <900 pg/mL.
8. TSH 0.4-4.0 mIU/L, FT₃ 2.3-4.2 pg/mL, FT₄ 0.9-2.3 ng/dL.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะวิกฤต เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม
 - 1.1 ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกการกำซาบของเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เวียนศีรษะ สับสน เป็นลม ชัก หรือหมดสติ เป็นต้น
 - 1.2 ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ชีพจรเต้นเร็วแรงและเบาสลับกัน ขาบวมกดบุ๋ม เป็นต้น
2. บันทึกและติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
3. บันทึกและติดตามสัญญาณชีพโดยเฉพาะ HR, BP, RR และ SpO₂ อย่างใกล้ชิด ทุก 1 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสมเมื่อมีอาการแย่ลง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและอาการช็อกจากพยาธิสภาพที่หัวใจ หากพบว่า BP<90/60 mmHg, HR<60 bpm. และ Pulse Pressure<40 mmHg ให้รายงานแพทย์
4. จัดทำศีรษะสูง 30 องศา เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอด ลดอาการหอบเหนื่อย และเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ อันจะส่งผลต่อปริมาณออกซิเจนในเลือดและโอกาสการกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อ
5. ดูแลให้ Oxygen Cannula 3 L/min ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Amiodarone 150 mg IV drip in 30 minutes then Amiodarone 900 mg IV drip in 24 hrs. ตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจและลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งอาจเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการเต้นของหัวใจที่ผิดจังหวะ รวมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา เช่น Bradycardia, Hypotension เป็นต้น
7. บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดไปยังไต หากปริมาณปัสสาวะ <0.5 mL/kg/hr. ให้รายงานแพทย์ รวมถึงติดตามความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม ลดภาระการทำงานของหัวใจ
8. วางแผนกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย



9. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดความเครียด เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นภาวะ Hyperthyroidism อันจะเป็นปัจจัยเหนี่ยวนำภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว

10. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะค่า NT-proBNP, TSH, FT₃, FT₄ และผลตรวจพิเศษ เช่น EKG 12 Leads, Echocardiogram หรือ Ultrasound ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินและตามแนวโน้มผลการรักษาและการพยาบาล

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน ไม่มีอาการหน้ามืด/เวียนศีรษะ/เป็นลม/อาหารไม่ย่อย/ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น ผู้ป่วยเหนื่อยลดลง ใจสั่นเล็กน้อย สัญญาณชีพ BT 36.5 °C, HR 120-130 bpm., RR 20-22 bpm., BP 127/81 mmHg., Pulse Pressure 46 mmHg., SpO₂ 97% ปัสสาวะ 800 ml/8 hrs.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2

เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น หลอดเลือดสมอง ลิ้มเลือดอุดตันที่ปอดหัวใจขาดเลือด เนื่องจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติร่วมกับการไหลเวียนของเลือดในหัวใจห้องบนผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

OD: - ผู้ป่วยได้รับ Enoxaparin (0.4 mg) SC q 12 hrs.

- อายุ 82 ปี

- FRAIL Score 4 คะแนน

- INR 1.5

เป้าหมายการพยาบาล ไม่มีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น ซีมลง เป็นต้น
3. PT 11-13.5 Sec., PTT 25-35 Sec., INR 2-3

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากลิ้มเลือดอุดตัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินจากการสูญเสียการทรงตัว เวียนศีรษะ หรือเดินเซ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว แขนหรือขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง หรือขาอย่างเฉียบพลัน พูดไม่ชัด พูดลำบาก หรือมีปัญหาในการเข้าใจคำพูด เป็นต้น รวมทั้งอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบากเฉียบพลัน จากภาวะลิ้มเลือดอุดตันที่ปอด หรืออาการเจ็บแน่นหน้าอก จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม

2. บันทึกและติดตามสัญญาณชีพโดยเฉพาะ BT, HR และ BP อย่างใกล้ชิด ทุก 1 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสมเมื่อมีอาการแย่ลง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและอาการช็อกจากการเสียเลือด หากพบว่า BP < 90/60 mmHg, HR < 60 bpm. และ Pulse Pressure < 40 mmHg ให้รายงานแพทย์

3. ดูแลให้ Enoxaparin (0.4 mg) SC ทุก 12 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดลิ้มเลือดและการเลือดแข็งตัว โดยประเมินก่อนฉีดยา 5 นาที และหลังฉีดยา 20 นาที โดยขณะฉีดยาโดยวิธี Air Lock Technique และเปลี่ยนตำแหน่งการฉีดยาทุกครั้ง เพื่อลดโอกาสเกิดรอยช้ำจากเลือดออกใต้ผิวหนัง (Thanakijtummakul, 2021) รวมทั้งสังเกตอาการแสดงของภาวะเลือดออกตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น เลือดออกภายนอกในร่างกาย เช่น แผลเลือดออก จุดเลือดออก รอยช้ำ เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น เลือดออกภายในร่างกาย เช่น ซีม สับสน ไอเป็นเลือด เสมหะปนเลือด อาเจียนมีเลือดปน อุจจาระมีเลือดสดหรือมีสีดำพร้อมกลิ่นคาวเลือด ปัสสาวะปนเลือด เป็นต้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัช-



พลศาสตร์ในร่างกายผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Kim et al., 2024)

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง แต่จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจทำให้มีเลือดออก เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง มีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มได้ง่ายจากมวลกล้ามเนื้อลดลง กำลังของกล้ามเนื้อลดลง อาการข้างเคียงของการใช้ยาหลายขนานและอาการแสดงของภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงจากหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ

5. รายงานแพทย์ทันที หากพบผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจร ชีวมลง ความดันโลหิตต่ำ หรืออาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด เพื่อวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้ตัวดี ไม่มีอาการสับสน ไม่มีแผลเลือดออก/จุดเลือดออกตามร่างกาย/รอยช้ำบริเวณที่ฉีดยา/เลือดกำเดาไหล/เลือดออกตามไรฟัน/ไอเป็นเลือด/เสมหะปนเลือด/อาเจียนมีเลือดปน/อุจจาระมีเลือดสดหรือมีสีดำพร้อมกลิ่นคาวเลือด/ปัสสาวะปนเลือด/เหงื่อออกตัวเย็น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล (ระยะต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่าย)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1

มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ในการปฏิบัติตัว

ข้อมูลสนับสนุน

SD: ญาติให้ประวัติ “ลูกสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ตีมีเครื่องตีชูกำลังทุกวัน 1-2 ขวด และมีประวัติหน้ามืด หกล้ม 2 ครั้งใน 1 เดือน น้ำหนักลด 3 กิโลกรัมใน 3 เดือน เดินช้าลงและเหนื่อยง่าย”

OD: - สัญญาณชีพแรกพบ HR 134 bpm., BP 142/98 mmHg.

- EKG 12 Leads พบ AF with RVR rate 152 bpm.

- Echocardiogram พบ LVEF 42% with mild aortic and mitral valve stenosis

- NT-proBNP 8,178 pg/mL

- TSH 2.25 mIU/L, FT₃ 27.7 pg/mL, FT₄ 4.55 ng/dL

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าเข้าใจ

2. ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามหรือบอกเกี่ยวกับการป้องกันเลือดออกได้ถูกต้อง 3 ใน 5 ข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการแจ้งข้อมูล

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกและบอกเล่าข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม

แผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม

3. ให้คำแนะนำโดยบูรณาการการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว ตามหลัก D-METHOD และ AF-CARE ดังนี้

3.1 Disease (D): ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่น โดยสาเหตุนั้นสามารถเกิดจากปัจจัยด้านการเสื่อมถอยของหัวใจตามการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาผู้สูงอายุ ความเปราะบาง การเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลสืบเนื่องจากจากพยาธิสภาพของโรคร่วม เช่น ภาวะไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ และภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

3.2 Medication (M): ยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิดภาวะสมองขาดเลือดและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุจากภาวะแทรกซ้อน ในรายนี้มีการปรับยาเพื่อให้อายุผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับยาในกลุ่ม Vitamin K Antagonists (VKAs) คือ Warfarin ยาในกลุ่มนี้แนะนำให้รับประทานอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาหรือปรับยาเอง รวมทั้งติดตามค่า INR เพื่อคงไว้ซึ่งค่า INR เป้าหมาย 2-3 (Gao et al., 2024) ผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายชนิด ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาในกลุ่ม VKAs ร่วมกับยาลดการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกอย่างรุนแรงและเลือดออกในระบบทางเดินอาหารถึง 1.5 เท่า และ 2.5 เท่า ตามลำดับ (Zheng et al., 2023)

อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพควรประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Stoke Risk Score และความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติทุกรายที่จะได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดแบบรับประทาน นอกจากนี้แนวทาง National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ของสหราชอาณาจักรแนะนำให้พิจารณาให้การควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ยาในกลุ่ม Beta-blockers กลุ่ม Calcium Channel Blockers หรือกลุ่ม Cardiac Glycoside เช่น Digoxin มากกว่ายาการควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ เช่น Flecainide, Amiodarone เป็นต้น ยกเว้นกรณีมีอาการแสดงจากหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วแม้ว่าให้ยาควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจแล้ว (NICE, 2021)

3.3 Environment (E): ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสมลพิษทางอากาศ เช่น PM 2.5 ก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ และก๊าซโอโซน โดยการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ในที่โล่งแจ้งหรือฝุ่นเยอะ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในที่โล่งแจ้งในช่วงเวลาที่มีมลพิษทางอากาศเกินค่ามาตรฐาน เนื่องจากมลพิษทางอากาศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงในการกำเริบใหม่ของภาวะห้องบนเต้นสั่นพลิ้วในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (Gao et al., 2024) รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้ม และลดโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากภายหลังการหกล้ม เนื่องจากได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

3.4 Treatment (T): ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลควรสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ต้องมาพบแพทย์ทันที เช่น หอบหืด ตาพร่ามัว มุมปากตก พูดลำบาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง หอบเหนื่อยเฉียบพลัน เจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น

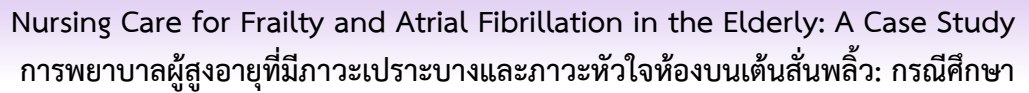
3.5 Health (H): แนะนำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วส่งเสริมสุขภาพดังนี้

1) ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (Gelder et al., 2024; Volgman et al., 2022) โดยหากกำหนดเป้าหมาย SBP < 120 mmHg จะลดเสี่ยงในการเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วน้อยลงร้อยละ 26 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีเป้าหมาย SBP < 140 mmHg (Soliman et al., 2020) ประเด็นนี้จะเกี่ยวข้องเนื่องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

2) ลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือมีภาวะอ้วน โดยมีเป้าหมายการลดน้ำหนักอย่างน้อยร้อยละ 10 (Gao et al., 2024; Gelder et al., 2024; Volgman et al., 2022) เพื่อช่วยบรรเทาผลกระทบอาการแสดงของภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว และการแย่งลงของโรคร่วม

3) ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยอาจส่งเสริมการเคลื่อนไหวโดยการเดิน (Volgman et al., 2022) หรือแนะนำให้มีการออกแบบการออกกำลังกายแบบเฉพาะบุคคลตามศักยภาพและปัจจัยแวดล้อม เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของหัวใจและทรวงอก และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วซ้ำ (Gelder et al., 2024) ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีการส่งปรึกษานักกายภาพ เพื่อฟื้นฟูสุขภาพ และส่งเสริมการเคลื่อนไหว

4) ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เหลือ ≤30 กรัมต่อสัปดาห์ ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดซ้ำเช่นกัน เนื่องจากแอลกอฮอล์ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็วและส่งผลโดยตรงต่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และการส่งคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Gao et al., 2024; Gelder et al., 2024; Parks et al., 2024; Volgman et al., 2022) รวมทั้งหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชูกำลัง เนื่องจากอาจมีส่วนผสมของสารที่กระตุ้น



5) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ให้เกิดโรคเบาหวานแทรกซ้อน เนื่องจากพบโอกาสเสี่ยงในการเกิดหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร้อยละ 16-23 ในผู้ที่มีเบาหวานร่วมด้วย (Volgman et al., 2022)

3.7 Diet (D): ผู้สูงอายุรายนี้มีการปรึกษานักโภชนาการเพื่อการดูแลด้านโภชนาการ และส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีจุลชีพที่ดีต่อลำไส้ (Probiotics) และการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อจุลชีพที่ดีในลำไส้ (Prebiotics) ก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยหลีกเลี่ยงอาหารประเภท ไข่แดง เนื้อแดง และอาหารทะเล ซึ่งจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น (Williams et al., 2025) นอกจากนี้การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดร่วมกับอาหารที่ส่งผลต่อการยับยั้งเอนไซม์ P-glycoprotein (P-gp) หรือเอนไซม์ cytochrome (CYP) isozymes เช่น ส้มโอ ส้มเขียว มะม่วง ทับทิม จะส่งเสริมฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด ในทางตรงข้ามอาหารที่มีผลในการกระตุ้นการหลั่งเอนไซม์ดังกล่าว เช่น เซนต์จอห์นเวิร์ต (St John's Wort) และผักใบเขียวจะพบวิตามินเคสูง จะยับยั้งการออกฤทธิ์ของยาต้านการแข็งตัวของเลือด ขณะที่ขมิ้น ขิง กระเทียม กระชาย มีผลต่อการยับยั้งการรวมกันของเกล็ดเลือด ทำให้มีโอกาสดังกล่าวเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากมากขึ้น (Talasaz et al., 2025)

ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าเข้าใจ ตอบคำถามเกี่ยวกับการป้องกันเลือดออกได้ถูกต้อง 3 ใน 5 ข้อ

ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้วและภาวะประสาทบางมักเกิดร่วมกันในผู้สูงอายุ โดยความเปราะบางส่งผลให้หัวใจไวต่อความเครียดทางสรีรวิทยา เกิดการอักเสบและการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การดูแลจึงต้องใช้แนวทางแบบองค์รวมตามแนวคิด Geriatric-integrated Care โดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันประเมินและจัดการด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมอัตราการเต้นหัวใจ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางร่วมกับภาวะหัวใจเต้นห้องบนสั่นพลิ้ว ควรดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน เพื่อดูแลร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลควรครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกับการสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว โดยการให้ความรู้และสนับสนุนเครือข่ายทางสังคม เพื่อเสริมพลังและความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว



References

- Bencivenga, L., Komici, K., Nocella, P., Grieco, F. V., Spezzano, A., Puzone, B., Cannavo, A., Cittadini, A., Corbi, G., Ferrara, N., & Rengo, G. (2020). Atrial fibrillation in the elderly: A risk factor beyond stroke. *Ageing Research Reviews*, 61, 101092. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101092>
- Cai, L., Sun, Y., Zhu, J., Wang, B., Tan, X., Shi, W., Xu, D., Wang, Y., Lu, Y., & Wang, N. (2025). Long-term changes in frailty and incident atrial fibrillation, heart failure, coronary heart disease, and stroke: A prospective follow-up study. *Heart Rhythm*, 22(12), 3090-3098. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2025.01.004>
- Chen, Q., Yi, Z., & Cheng, J. (2018). Atrial fibrillation in aging population. *Aging Medicine*, 1(1), 67–74. <https://doi.org/10.1002/agm2.12015>
- Dent, E., Morley, J. E., Cruz-Jentoft, A. J., Woodhouse, L., Rodríguez-Mañas, L., Fried, L. P., Woo, J., Aprahamian, I., Sanford, A., Lundy, J., Landi, F., Beilby, J., Martin, F. C., Bauer, J. M., Ferrucci, L., Merchant, R. A., Dong, B., Arai, H., Hoogendijk, E. O., ... Vellas, B. (2019). Physical frailty: ICFSR international clinical practice guidelines for identification and management. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 23(9), 771–787. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1273-z>
- Diaz, A. N. R., Troy, A. L., Kaplinskiy, V., Pritchard, A., Vani, R., Ko, D., & Orkaby, A. R. (2024). Assessment and management of atrial fibrillation in older adults with frailty. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 9(2), 50. <https://doi.org/10.3390/geriatrics9020050>
- Gao, P., Gao, X., Xie, B., Tse, G., & Liu, T. (2024). Aging and atrial fibrillation: A vicious circle. *International Journal of Cardiology*, 395, 131445. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2023.131445>
- Gelder, I. C. V., Rienstra, M., Bunting, K. V., Casado-Arroyo, R., Caso, V., Crijns, H. J. G. M., Potter, T. J. R. D., Dwight, J., Guasti, L., Hanke, T., Jaarsma, T., Lettino, M., Løchen, M., Lumbers, R. T., Maesen, B., Mølgaard, I., Rosano, G. M. C., Sanders, P., Schnabel, R. B., ... ESC Scientific Document Group. (2024). 2024 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*, 45(36), 3314–3414. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>
- Hang, F., Chen, J., Wang, Z., Yan, J., & Wu, Y. (2022). Association between the frailty and new-onset atrial fibrillation/flutter among elderly hypertensive patients. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9, 881946. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.881946>
- Harrison, S. L., Johnsen, S. P., & Lip, G. Y. H. (2023). The impact of frailty on the management of atrial fibrillation. *Aging*, 15(14), 6622-6624. <https://doi.org/10.18632/aging.204918>
- Khurshid, S., Ashburner, J. M., Ellinor, P. T., McManus, D. D., Atlas, S. J., Singer, D. E., & Lubitz, S. A. (2023). Prevalence and incidence of atrial fibrillation among older primary care patients. *JAMA Network Open*, 6(2), e2255838. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.55838>



- Kim, J. Y., Kim, J., Park, S. J., Park, K. M., Han, S. J., Kim, D. K., Park, Y. M., Lee, S. H., Park, J. S., On, Y. K., & LEDIOS Registry Investigators. (2024). Optimal dose of edoxaban for very elderly atrial fibrillation patients at high risk of bleeding: The LEDIOS registry. *Korean Circulation Journal*, 54(7), 398–406. <https://doi.org/10.4070/kcj.2024.0084>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Atrial fibrillation: Diagnosis and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng196/resources/atrial-fibrillation-diagnosis-and-management-pdf-66142085507269>
- Parks, A. L., Frankel, D. S., Kim, D. H., Ko, D., Kramer, D. B., Lydston, M., Fang, M. C., & Shah, S. J. (2024). Management of atrial fibrillation in older adults. *BMJ*, 386, e076246. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076246>
- Soliman, E. Z., Rahman, A. F., Zhang, Z., Rodriguez, C. J., Chang, T. I., Bates, J. T., Ghazi, L., Blackshear, J. L., Chonchol, M., Fine, L. J., Ambrosius, W. T., & Lewis, C. E. (2020). Effect of intensive blood pressure lowering on the risk of atrial fibrillation. *Hypertension*, 75(6), 1491–1496. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14766>
- Talasaz, A. H., McGonagle, B., HajiQasemi, M., Ghelichkhan, Z. A., Sadeghipour, P., Rashedi, S., Cuker, A., Lech, T., Goldhaber, S. Z., Jennings, D. L., Piazza, G., & Bikdeli, B. (2025). Pharmacokinetic and pharmacodynamic interactions between food or herbal products and oral anticoagulants: Evidence review, practical recommendations, and knowledge gaps. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis*, 51(5), 560–571. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1790258>
- Testa, C., Salvi, M., Zucchini, I., Cattabiani, C., Giallauria, F., Petraglia, L., Leosco, D., Lauretani, F., & Maggio, M. (2025). Atrial fibrillation as a geriatric syndrome: Why are frailty and disability often confused? A geriatric perspective from the new guidelines. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(2), 179. <https://doi.org/10.3390/ijerph22020179>
- Thanakijtummakul, N. (2021). Nursing care for reducing bruising in patients receiving enoxaparin sodium. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*, 27(1), 38-49.
- Trevisan, C., Ceolin, C., Vetrano, D. L., Petrovic, M., Lip, G. Y. H., Buchan, I., Rui, M. D., Sergi, G., Maggi, S., Noale, M., Consortium A., Johnsen, S. P., Proietti, R., Cordsen, P., Lip, G., Lane, D., O'Flaherty, M., Gamble, C., Buchan, I., ... Tokmakova, M. (2025). Frailty increases the risk of hospitalization for atrial fibrillation in older adults: A population-based cohort study. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases*, 35, 104159. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2025.104159>
- van Deutekom, C., Hendriks, J. M. L., Myrstad, M., Van Gelder, I. C., & Rienstra, M. (2024). Managing elderly patients with atrial fibrillation and multimorbidity: Call for a systematic approach. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 22(10), 523–536. <https://doi.org/10.1080/14779072.2024.2416666>



- Volgman, A. S., Nair, G., Lyubarova, R., Merchant, F. M., Mason, P., Curtis, A. B., Wenger, N. K., Aggarwal, N. T., Kirkpatrick, J. N., & Benjamin, E. J. (2022). Management of atrial fibrillation in patients 75 years and older: JACC state-of-the-art review. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(2), 166–179. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.10.037>
- Williams, E. G., Alissa, M., Alsugoor, M. H., Albakri, G. S., Altamimi, A. A., Alabdullateef, A. A., Almansour, N. M., Aldakheel, F. M., Alessa, S., & Marber, M. (2025). Integrative approaches to atrial fibrillation prevention and management: Leveraging gut health for improved cardiovascular outcomes in the aging population. *Current Problems in Cardiology*, 50(3), 102952. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardi.2024.102952>
- Yao, J., Chen, K., He, Z., & Chen, D. (2025). Impact of frailty on outcomes of elderly patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 41(3), 891–901. <https://doi.org/10.12669/pjms.41.3.11357>
- Zheng, Y., Zhang, N., Tse, G., Li, G., Lip, G. Y. H., & Liu, T. (2023). Co-administered oral anticoagulants with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and the risk of bleeding: A systematic review and meta-analysis. *Thrombosis Research*, 232, 15–26. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2023.10.011>