

ปีที่ 24 ฉบับที่ 46

มกราคม – มิถุนายน 2566

Vol. 24 No.46

January – June 2023

ISSN 1513-5454

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

JOURNAL OF NURSING SIAM UNIVERSITY



สารบัญ

บทความ	หน้า
คุณภาพของผู้นำทางการพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลตึงตุงใจ ตามการรับรู้ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลภาครัฐ สุภาภรณ์ ศรีฟ้า, เอื้อมพร จันทร์หอม, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัฒน์ ปานจินดา	10-20
รูปแบบการจัดการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ณรงค์ สุกใส, สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์	21-33
ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและผลกระทบทางจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของ โรคโควิด -19 (COVID-19) รัตนภรณ์ นิวาสนนท์, ภัทรพร อรัณยภาค และวารุณี เพ็ชร	34-48
ผลของการใช้แผนการดูแลของสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองต่อจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ดูแลและสหสาขาวิชาชีพ จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ, รสริน จีวรธรรมวิไล, รุ่งนิภา จำงทอง, บังอร กลั่นสุภา และศมีนา สุวรรณประทีป	49-68
ผลการใช้นวัตกรรมนุ่นโมโรมาคลายเครียดสำหรับนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสยาม สุกฤตา ตะการีย์, พิชารณ จันทนกุล, อรทิพา ส่องศิริ, ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม, และธัญญลักษณ์ ดีชาติธนากุล	69-82
การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ต่อผลการเรียนของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปี 4 รุ่นที่ 36 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์, อรุณี ศรีสุยง และศิริพร ภูษี	83-91
บทบาทพยาบาลในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน พงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์ และสุรศักดิ์ มุลศรีสุข	92-100



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็น และประสบการณ์ด้านการพยาบาลและการศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

38 ถนนเพชรเกษม ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160

โทร 0-2457-0068 ต่อ 5203, 5216 โทรสาร 0-2457-0068 ต่อ 5216

อีเมล jsiamns@siam.edu

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม**ที่ปรึกษา**

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ

มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการ

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัทรพร อรัณยภาค | มหาวิทยาลัยสยาม (บรรณาธิการ) |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ | มหาวิทยาลัยสยาม (ผู้ช่วยบรรณาธิการ) |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศนิกันต์ ศรีมณี | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือเอกหญิง ดร.วิภาณันท์ ม่วงสกุล | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วารุณี เพ็ชร | มหาวิทยาลัยสยาม (ผู้ช่วยบรรณาธิการ) |
| 6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ | เจ้าหน้าที่บ้านาญ สภาภาษาชาวไทย |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 8. อาจารย์นาถสุตา โชติวัฒนากุลชัย | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 9. อาจารย์เนตดา วงศ์ทองมานะ | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 10. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 11. อาจารย์ เรือเอกหญิงนิชา วงษ์ชาญ | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 12. ดร.ทิวาภรณ์ เฉลิมพิชัย | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 13. อาจารย์ปทุมทิพย์ อุดลวัฒนศิริ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 14. อาจารย์พัชรี รัศมีแจ่ม | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |

15. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสุขัญญ์	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
16. ดร.นิชาภา พัฒนวิชกุล	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
17. อาจารย์อนันต์ตรี สมิตินราเศรษฐ์	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
18. ดร.ปรียธิดา ชลศึก์เสนีย์	มหาวิทยาลัยสยาม
19. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด	มหาวิทยาลัยสยาม
20. ดร.วราภรณ์ คำரச	มหาวิทยาลัยสยาม
21. ดร.ณิคมล ขวัญเมือง	มหาวิทยาลัยสยาม
22. อาจารย์สุจิตราภรณ์ ทับครอง	มหาวิทยาลัยสยาม
23. อาจารย์สุธิดา ดีหนู	มหาวิทยาลัยสยาม
24. อาจารย์ขวัญเรือน กำวิตุ	มหาวิทยาลัยสยาม
25. อาจารย์ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม	มหาวิทยาลัยสยาม
26. อาจารย์ณฤมล อังศิริศักดิ์	มหาวิทยาลัยสยาม
27. อาจารย์รัฐกานต์ ข้าเขียว	มหาวิทยาลัยสยาม
28. อาจารย์ศิรินา สันพัฒนางน	มหาวิทยาลัยสยาม
29. อาจารย์รัตนภรณ์ คำทะเนตร	มหาวิทยาลัยสยาม

ฝ่ายจัดการทั่วไป

1. พันจ่าเอก ดร.กมลเดชา ขาญเบญจพิฏ มหาววิทยาลัยสยาม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤดี ชื่นกิตติญาณนธ์ มหาววิทยาลัยสยาม

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาววิทยาลัยสยาม

1. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี มหาววิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ มหาววิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ฉายพุทธ มหาววิทยาลัยมหิดล
5. รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ มหาววิทยาลัยมหิดล
6. รองศาสตราจารย์ พัฒนณธ์ คุ่มทวีพร มหาววิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
8. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ มหาววิทยาลัยขอนแก่น
9. รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี มหาววิทยาลัยเฉลิมกาญจนา
10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร มหาววิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

11. รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
12. รองศาสตราจารย์ ดร.อังศรา ประเสริฐสิน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
13. รองศาสตราจารย์ ดร.นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
14. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เดียววิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
15. รองศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
16. รองศาสตราจารย์ เยาวเรศ สมทรัพย์ มหาวิทยาลัยพายัพ
17. รองศาสตราจารย์ นพ. เอกชัย โค้วาวิสารัช มหาวิทยาลัยสยาม
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ มหาวิทยาลัยมหิดล
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต ไกรถาวร มหาวิทยาลัยมหิดล
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฤดี ปุ่บบางกะดี มหาวิทยาลัยมหิดล
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.อมรรักษ์ งามสวย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรียกมล รัชกุล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ มหาวิทยาลัยบูรพา
26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุขศิริ ประสมสุข มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พล.ร.ต.หญิง ดร.สุภัทรา เอื้อวงศ์ มหาวิทยาลัยสยาม
28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ มหาวิทยาลัยสยาม
29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ มหาวิทยาลัยสยาม
30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุสารี ประคินกิจ มหาวิทยาลัยสยาม
31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา มัททวงกูร มหาวิทยาลัยสยาม
32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา มหาวิทยาลัยรังสิต
33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีณัฐ พุ่มมณี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาวาโทหญิง วัชรพร เชยสุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร พูลรักษ์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
38. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินันท์ วิศาลสกุลวงษ์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
39. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญอรุณ ปรีดีดิลก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
40. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จิตต์ระพี บุณคักดี มหาวิทยาลัยมหิดล

41. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพ์กา ปัญญาใหญ่ มหาวิทยาลัยพายัพ
42. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กฤตกา ธรรมรัตน์กุล สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
43. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิลาวัลย์ ไทรโรจน์รุ่ง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
44. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วารุณี เฟ้ไร มหาวิทยาลัยสยาม
45. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสฤษฎ์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
46. ดร.พุทธรณ ชูเชิด วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
47. นาวาเอกหญิง ดร. ธนพร แยมสุดา มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ
48. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
49. นาวาโทหญิง ดร.พุทธรชิต เจริญศิริวิไล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
50. ดร.จิตรลดา พิริยาศสน์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
51. ดร.ชริน ขวัญเนตร มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
52. ดร.ลดาวลัย พันธุ์พาณิชย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
53. ดร.จารุณี สรภพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
54. ดร.สุลิมาศ อังศุเกียรติถาวร มหาวิทยาลัยสยาม
55. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด มหาวิทยาลัยสยาม
56. ดร.จวีร์วรรณ มณีแสง มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
57. ดร.ปทุมทิพย์ อดุลวัฒน์ศิริ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
58. ดร.รัชดา พ่วงประสงค์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
59. ดร.พิมสิริ ภูศิริ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
60. ดร.วารินทร์ จิตติถาวร มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
61. ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
62. ดร.จิรพรรณ โพธิ์ทอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
63. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
64. ดร.หทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
65. ดร.สุมลา พรหมมา โรงพยาบาลบางปะกง



บทบาทพยาบาลในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน

Nurse's Role in Triage for The Elderly with Acute Heart Failure at Emergency

Department

Received: February 9, 2023

Revised: March 20, 2023

Accepts: June 4, 2023

พงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์ (พย.ม.)¹, สุรศักดิ์ มุลศรีสุข (พย.ม.)²

Pongsak Dharmakulsakti (M.N.S.), Surasak Mulsrisuk (M.N.S.)

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดจากการดำเนินโรคที่รวดเร็ว ซึ่งมีอาการและอาการแสดงของโรคหลายอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจง (Atypical presentation) ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้เข้ารับการดูแลรักษาทันทีที่มีอาการภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน จนทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการดำเนินโรครุนแรงมากขึ้นและเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินอยู่บ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาระด้านค่าใช้จ่ายตามมา การคัดกรองจึงถือเป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลห้องฉุกเฉิน พยาบาลคัดกรองจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ควรมีประสบการณ์ปฏิบัติงานอย่างน้อย 5 ปี และเข้าใจระบบการทำงานของห้องฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและลดความทุกข์ทรมานของอาการที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโรครุนแรงขณะนั้น รวมถึงใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในห้องฉุกเฉินให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน, บทบาทพยาบาล, ภาวะฉุกเฉิน, ผู้สูงอายุ

¹อาจารย์ภาควิชาบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิต

²พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล, Thailand.

Corresponding author: e-mail surasak.mol@mahidol.ac.th



Abstract

Acute heart failure is an illness caused by the rapid progression of the disease, which has signs and symptoms of multiple diseases occurring simultaneously. Especially in the elderly, acute heart failure has a nonspecific presentation. Therefore, the elderly may not receive immediate treatment. This result in the progression of diseases and frequent visits to emergency rooms, as well as affect the quality of life and the cost burden. Screening is key for emergency nurses. Screening nurses must have knowledge and understanding of acute heart failure in the elderly. In addition, at least 5 years of experience and comprehension of a working system of the emergency room are needed so that the elderly will receive prompt diagnosis and treatment, reducing suffering from the progression of disease and increasing the efficiency of using limited resources in the emergency room.

Keywords: Acute Heart Failure, Nurse's Role, Emergency Condition, Elderly

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Heart Failure) เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็วจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก (Tersalvi et al., 2021) และเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและภาระด้านค่าใช้จ่ายตามมา (Pirmohamed, Kitzman, & Maurer, 2016) จากสถิติการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า มีผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในห้องฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ 44 และพบอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ยร้อยละ 2 ต่อปี (สุรศักดิ์ มุสิกศรีสุข, สุปรีดา มั่งคั่ง, และนุชนาฏ สุทธิ, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการใช้บริการห้องฉุกเฉิน

ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) เป็นกระบวนการในการประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว และถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน (อุษณีย์ ฟองศรี, 2560) โดยพิจารณาจากความรุนแรงของอาการตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่ายทั้งเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่มีอยู่เดิม (จิราภรณ์ ศรีอ่อน, 2564) จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสรีรวิทยา และพลังงานสำรองที่ลดลงของผู้สูงอายุ ทำให้อาการที่แสดงออกไม่จำเพาะเจาะจง (Atypical presentation) ส่งผลให้ยากต่อการคัดกรองผู้สูงอายุที่ห้องฉุกเฉิน (แพรวา ธาตุเพชร, จิราภรณ์ ศรีอ่อน, และจิตติ วงษ์ตั้งมัน, 2564) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่มักมีอาการแสดงของระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจเหนื่อย หายใจไม่สะดวก เหนื่อยเมื่อนอนราบ แน่น

หน้าอก และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรืออาการบวมตามร่างกาย เป็นต้น (สุรศักดิ์ มูลศรีสุข และคณะ, 2565; Yancy et al., 2017) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุบางรายอาจพบอาการที่แสดงออกไม่จำเพาะเจาะจงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เช่น อาการคลื่นไส้ ไอแหว่ง ๆ อ่อนเพลีย และเบื่ออาหาร เป็นต้น ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายตามอายุ ที่มากขึ้น ภาวะโรคร่วม หรือการได้รับยาหลายชนิด (Teixeira et al., 2021) โดยผู้สูงอายุบางส่วนไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดีกอาการรุนแรงมากขึ้น เกิดความทุกข์ทรมาน และต้องตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Perissinotto et al., 2014)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเป็นหนึ่งในภาวะฉุกเฉินที่พบได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉิน (สุรศักดิ์ มูลศรีสุข และคณะ, 2565) โดยปัจจุบันการประเมินและวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมีเกณฑ์การพิจารณาเหมือนผู้ป่วยทั่วไป คือ พิจารณาจากอาการบ่งชี้ถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล จากการซักประวัติ และตรวจร่างกายเบื้องต้น (ปิยภัทร ชุนหรัศม์, อธิภัทร ยิ่งชนม์เจริญ, และระพีพล กุญชร ณ อยุธยา, 2562; Phrommintikul, Buakhamsri, Janwanishstaporn, Sanguanwong, & Suvachittanont, 2019) เพื่อแยกวินิจฉัยจากโรคหรือภาวะอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายคลึงกัน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุ บางรายที่มีอาการที่แสดงออกไม่จำเพาะเจาะจงต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการวินิจฉัย และได้รับการจัดการ ไม่ตรงกับภาวะของโรคที่เกิดขึ้น (Butrous & Hummel, 2016) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ทำให้การประเมินและวินิจฉัยมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งต้องใช้ทักษะในการประเมินที่ละเอียดรอบคอบกับมีความเข้าใจ

ปีที่ 24 ฉบับที่ 46 มกราคม - มิถุนายน พ.ศ.2566

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและอาการภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนการจัดการอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ครบคลุม และได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ลดความทุกข์ทรมานจากอาการ ลดอัตรา การเข้ารับการรักษาซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์บทความ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน

พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นลดลง และมีลักษณะแข็งขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้น การบีบตัวและคลายตัวของหัวใจมีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ (Perissinotto et al., 2014) ร่างกายมีกลไกการปรับตัวชดเชยโดยเพิ่มกำลังการบีบตัวของหัวใจ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ โดยมีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ แรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อตอบสนองต่อปริมาณเลือดที่ไม่เพียงพอ ซึ่งจะดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะได้รับการแก้ไขสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยกลไกการชดเชยดังกล่าวหากไม่ได้รับการตอบสนองที่ตรงกับภาวะการดำเนินโรคที่เหมาะสม หัวใจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง ขนาด และมีกลไกการทำงานที่



ไม่มีประสิทธิภาพ จึงเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งมักพบในระยะสุดท้ายของโรคหัวใจทุกชนิด และเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Pirmohamed et al., 2016)

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการที่เกิดขึ้นจากภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ พบเมื่อมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้น และสามารถพบได้หลายอาการร่วมกัน เนื่องจากหัวใจไม่สามารถปรับตัวต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ มีผลให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ไป (Perissinotto et al., 2014) มีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ จนรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยบางส่วนเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนจากความรุนแรงของการดำเนินโรคและต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการกำเริบ (สุธิดา ดีหนู, มุกดาเดชประพนธ์, และอรสา พันธภักดี, 2561) จนต้องทำให้ต้องตัดสินใจมาโรงพยาบาล โดยแบ่งตามลักษณะอาการได้ ดังนี้

1) อาการทางคลินิก (Clinical symptom)

อาการที่เกิดขึ้นเฉพาะของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยทั่วไปมักเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนเลือดในร่างกาย ซึ่งมีโอกาสเกิดได้ง่ายในผู้สูงอายุ เนื่องจากประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจลดลงจากระบบการสูงอายุ ทำให้เกิดอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น อาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) ซึ่งเป็นอาการที่พบได้มากในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยอาจเป็นลักษณะอาการเหนื่อยที่แตกต่างกัน ได้แก่ อาการเหนื่อยนอนราบไม่ได้ (Orthopnea) ตื่นขึ้นมาเหนื่อยตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea, PND) เหนื่อย

เวลาออกแรง (Dyspnea on exertion) ซึ่งอาการของ PND เป็นอาการที่จำเพาะในภาวะหัวใจล้มเหลว (สุรศักดิ์ มูลศรีสุข และคณะ, 2565; อรวิภาญจน์ ชัยมงคล, ศรีัญญา ภูวนันท์, และศุทธิจิต ภูมิวัฒน์, 2565) นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอาจพบอาการเจ็บแน่นหน้าอก บวมตามร่างกาย ไอแห้ง ๆ เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง และใจสั่น (Atrial fibrillation, AF) (Phrommintikul et al., 2019)

2) อาการของโรคที่ไม่จำเพาะเจาะจง

(Atypical symptom) จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายตามอายุที่มากขึ้น (Age related changes) ทำให้ระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายในผู้สูงอายุทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิดการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลง ส่งผลให้มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นจากการทำงานผิดปกติของหัวใจซีกขวา ทำให้การไหลเวียนเลือดจากหัวใจไปที่ปอดไม่สะดวก เกิดการคั่งของเลือดในหลอดเลือด และอวัยวะภายในช่องท้อง จึงมักพบกลุ่มอาการแสดงเป็นกลุ่มอาการในช่องท้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องด้านขวา ท้องอืด เบื่ออาหาร เป็นต้น (Butrous & Hummel, 2016) นอกจากนี้อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ชัดเจนมีโอกาสนำไปสู่อาการของโรคที่รุนแรงในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการสับสน ความจำเสื่อม ง่วงนอน อาการแพ้ หงุดหงิด หดหู่ อ่อนเพลีย และมีกิจกรรมลดลง โดยอาการที่เกิดขึ้นบางอาการมีผลกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวันน้อย และมีการจัดการอาการเบื้องต้นแล้วอาการดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความตระหนักกับอาการที่เกิดขึ้นน้อย ไม่ได้สังเกตอาการต่อเนื่องหรือเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาล มีโอกาสทำให้มีอาการรุนแรงจนเข้ารับการรักษาในภาวะ

ดุกเฉิน (Teixeira et al., 2021) อาการของโรคที่ไม่ชัดเจนเป็นปัญหาที่พบมากในการซักประวัติเพื่อเชื่อมโยงสู่การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะอาการทั่วไป โดยการศึกษาทางการแพทย์มีการกล่าวถึงน้อย ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่อาการทั่วไปที่เป็นลักษณะเฉพาะของภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากไม่มีอาการและอาการแสดงที่นำไปสู่การวินิจฉัยโรค (Yodying, Siripitayakunkit, Sumdeangrit, & Puwanant, 2021) ส่งผลให้การคัดกรองขาดความแม่นยำ นำไปสู่ความล่าช้าในการวินิจฉัย และการวางแผนจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ดังนั้น พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงต้องมีความรู้และความเข้าใจในอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะจำเพาะของผู้สูงอายุ เพื่อการคัดกรองที่ถูกต้องและแม่นยำ นำไปสู่การดูแลจัดการที่เหมาะสม

บทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉินในการคัดกรอง

การคัดกรองถือเป็นหัวใจสำคัญของพยาบาลห้องฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและได้รับการดูแลรักษาฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในเวลาจำกัด โดยเฉพาะการคัดกรองผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการแสดงที่ไม่ตรงตามโรค หรือกลุ่มที่อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลไม่ชัดเจน (Non-specific complaints) ทำให้การคัดกรองผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินมักจะได้รับการคัดแยกไปอยู่ในระดับต่ำกว่าความเป็นจริง (จิราภรณ์ ศรีอ่อน, 2564) ดังนั้น การคัดกรองผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องได้รับการจำแนกประเภทผู้ป่วยสูงอายุจากพยาบาลห้องฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานอย่างน้อย 5 ปี และเข้าใจระบบการทำงานของห้องฉุกเฉิน (ไชยพร ยุกเซ็น, 2564) โดยคำนึงไว้เสมอว่าผู้สูงอายุอาจมีอาการและ

อาการแสดงที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งเป็นหลัก R-A-M-P-S ที่บอกถึงลักษณะเฉพาะในการประเมินผู้สูงอายุ โดยอักษรแต่ละตัวบ่งถึงความหมายดังนี้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2557; ลลิตา แก้ววิไล, 2565)

R - Reduced body reserve ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาเนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้พลังสำรองของสุขภาพลดลง

A - Atypical presentation เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของหัวใจ ทำให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวอาจมีอาการและอาการแสดงที่ไม่จำเพาะเจาะจงเหมือนที่พบได้ในผู้ป่วยทั่วไป โดยเรียกกลุ่มอาการจำเพาะในผู้สูงอายุว่า Geriatric syndromes ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

M - Multiple pathology ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกันและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายอื่น ๆ และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพและการดูแลรักษา

P - Polypharmacy ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีโรคร่วมหลายโรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย ได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เหมาะสม หรือการซื้อยารับประทานเองเป็นต้น

S - Social adversity จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกหลานที่เติบโตขึ้น หรือการจากไปของคู่ครอง ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ



การคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในห้องฉุกเฉิน พยาบาลคัดกรองจึงควรคำนึงถึงลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุดังที่กล่าวมาข้างต้นร่วมกับใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อค้นหาผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือเร่งด่วน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับตามความรุนแรง (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินฯ, 2551) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินเบื้องต้น (Primary survey) เป็นการคัดกรองจากการประเมินผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเป็นการประเมินทางกายภาพร่วมกับการซักประวัติเบื้องต้นเมื่อแรกพบ (Across the room assessment) จากการสังเกตลักษณะอาการที่ต้องการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน (Triage physical assessment) (ไชยพร ยุกเซ็น, 2564) ซึ่งต้องอาศัยทักษะและความชำนาญของพยาบาลในการคัดกรองในการประเมินผลกระทบอาการที่เกิดขึ้นต่อระบบที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่

1. การประเมินทางเดินหายใจส่วนบน (A: Airway status) เป็นการประเมินปัญหาทางเดินหายใจส่วนบน เช่น การมีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ อาจเกิดได้จากความสามารถในการกลืนลดลงเกิดการติดขัดของอาหารบริเวณหลอดลม ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ประเมินระบบหายใจ (B: Breathing status) เป็นการประเมินปัญหาระบบหายใจ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน เช่น อาการหายใจหอบเหนื่อย หรือมีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ต้องลุกนั่งหรือนอนศีรษะสูงอาการจุกเสียด เป็นต้น

3. ระบบไหลเวียนโลหิต (C: Circulatory status) การประเมินปัญหาระบบไหลเวียนโลหิตของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งอาจเกิดได้จากภาวะหัวใจล้มเหลวเดิมหรือโรคร่วมอื่น ๆ โดยผู้สูงอายุอาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการรู้สึกใจสั่น ใจเต้นแรง อาการเหงื่อแตก หรืออาการตัวเย็น เป็นต้น

4. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (D: Disability) เป็นการประเมินระดับความรู้สึกตัวและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความท้าทายของพยาบาลคัดกรอง เนื่องจากผู้สูงอายุ บางรายมีความผิดปกติด้านการรู้คิด หรือมีโรคร่วมหลายโรค ซึ่งต้องซักประวัติเพิ่มเติมกับญาติ ผู้ดูแลใกล้ชิดในการสังเกตการเปลี่ยนแปลงจากปกติของอาการซึม สับสน หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น

หากพบความผิดปกติภายหลังการประเมินด้วยวิธีการสังเกต พยาบาลห้องฉุกเฉินจะต้องเริ่มประเมินผู้สูงอายุรายนี้ทันที โดยการประเมินปัญหาที่ตรวจพบ ซักประวัติอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล และประเมินอาการอย่างละเอียดทันที ซึ่งการประเมินผู้ป่วยระยะแรก ต้องคัดกรองผู้ป่วยให้เสร็จสิ้นภายใน 10 นาที หลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาเร่งด่วนก่อนเกิดความเสี่ยงของอาการขึ้น และกลุ่มผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน คือ กลุ่มที่สามารถรอตรวจได้ (Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, 2015) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการจัดการที่เหมาะสมกับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินอย่างละเอียด (Secondary survey) เป็นการประเมินเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการเข้ารับการรักษา โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ (ไชยพร ยุกเซ็น, 2564) ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยวิกฤต (Immediate life threatening) คือ ภาวะคุกคามต่อชีวิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะพบ ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) หยุดหายใจ (Respiratory arrest) หายใจเข้าใกล้สิ้นใจ (Air hunger) หายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที หมดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว หรือผลรวมของคะแนนกลาสโกว์โคมาสเกลน้อยกว่า หรือเท่ากับ 8 คะแนน

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) คือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเร่งด่วนภายใน 10 นาที เนื่องจากมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะพบอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที มีความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 92% อาการเจ็บแน่นหน้าอกจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่สงสัยจากโรคหัวใจร่วมด้วย อาการเย็นตามปลายมือปลายเท้าหรืออาการเขียวคล้ำ รู้สึกใจเต้นแรง ใจสั่น หายใจเหนื่อยต้องลุกนั่งเพื่อหายใจ หายใจเร็วหรือแรงหรือลึก ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ อาการหายใจเร็วสลับช้าหรือหยุดหายใจเป็นระยะ และมีผลรวมของคะแนนกลาสโกว์โคมาสเกลน้อยกว่า 13 คะแนน

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยรีบด่วน (Urgency) คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 30 นาที ส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะพบอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจมากกว่า 26 ครั้ง/นาที มีความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 95% และมีอาการเจ็บหน้าอกเวลาไอ

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) คือ ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่สามารถรอตรวจได้ภายใน 1 ชั่วโมง ได้แก่ อาการเหนื่อยเวลาทำกิจกรรมพักแล้วอาการดีขึ้น ตื่นมาเหนื่อยเวลากลางคืน เป็นตะคริว ปวดศีรษะ หน้ามืดวิงเวียน ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน แน่นอึดอัดท้อง ท้องผูก ถ่ายเหลว หรือท้องโต

แน่นอึดอัดท้อง เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการของโรคที่ไม่ชัดเจนที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายและตัดสินใจมาโรงพยาบาล

ระดับที่ 5 ผู้ป่วยไม่รีบด่วน (Non-urgency) คือ ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยทั่วไปที่สามารถรอตรวจได้นานกว่า 1 ชั่วโมง ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อยตอนกลางวัน ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน บวมตามร่างกาย ปวดข้อและกระดูก วิดกกังวล ง่วงนอนหรือนอนไม่หลับ และผู้สูงอายุกลุ่มที่มาตรวจตามนัดหมายทั่วไป

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันภายหลังการคัดแยกเป็นผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยฉุกเฉิน (ระดับที่ 1-2) จะได้รับการตรวจและรักษาอย่างทันทีในห้องฉุกเฉิน ส่วนผู้สูงอายุที่จำแนกเป็นผู้ป่วยรีบด่วน ผู้ป่วยกึ่งรีบด่วนและผู้ป่วยที่ไม่รีบด่วน (ระดับที่ 3-5) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มใหญ่ที่เข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลรักษาในห้องตรวจแพทย์เวรหากผู้ป่วยมานอกเวลาราชการ และหน่วยตรวจต่าง ๆ สำหรับในเวลาราชการ

สรุป

การคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ถูกต้องและครอบคลุมเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยห้องฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในเวลาจำกัด ดังนั้น พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการคัดกรองผู้ป่วย มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับอาการสำคัญหรืออาการที่อาจนำไปสู่ความรุนแรงของแต่ละโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ส่งผลให้ช่วยลดภาวะทุพพล



ภาพและอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ รวมทั้งจะเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในห้องฉุกเฉินให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

พยาบาลห้องฉุกเฉินควรให้ความสำคัญในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉินได้รับการตรวจ วินิจฉัยอย่างรวดเร็วและได้รับการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์ ศรีอ่อน. (2564). *ภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- ไชยพร ยุกเซ็น. (2564). *การดูแลรักษาผู้ป่วยเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยภัทร ชุนหรัศมี, อธิภัทร ยิ่งชนม์เจริญ, และระพีพล ฤกษ์ธน อยุธยา. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562*. สมุทรปราการ: เนคสเทปดีไซน์.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2557). การประเมินผู้สูงอายุ. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), *แนวทางทาง จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ*. ชลบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.
- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. (2551, 6 มีนาคม).
- ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 125, ตอนพิเศษ 44ก.
- แพรวา ธาตุเพชร, จิราภรณ์ ศรีอ่อน, และฐิติ วงษ์ตั้งมั่น. (2564). การสอนความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์ฉุกเฉินใน ผู้สูงอายุในแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินใน ประเทศไทย *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย*, 3(1), 1-18.

- ลลิตา แก้ววิไล. (2565). การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ. *วารสารพยาบาล สาธารณสุข* 36(1), 135-152.
- สุธิดา ดีหนู, มุกดา เดชประพันธ์, และอรสา พันธักกิตติ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ ความรู้สึกไม่ แน่นนอนในการเจ็บป่วย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(36), 66-77.
- สุรศักดิ์ มุลศรีสุข, สุปรिता มั่งคอง, และนุชนาฏ สุทธิ. (2565). อาการและอาการแสดง การจัดการอาการด้วยตนเอง และการจัดการที่ห้องฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลว. *วารสารสหการพยาบาล*, 37(3), 144-158.
- อริยาภรณ์ ชัยมงคล, ศรีญา ภูวนันท์, และ ศุทธิจิต ภูมิ วัฒนะ. (2565). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก. *วชิร สารพยาบาล*, 24(1), 75-95.
- อุษณีย์ พองศรี. (2560). การคัดกรองผู้ป่วยผู้สูงอายุในห้อง ฉุกเฉิน. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ), *การ จัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ไทย.
- Butrous, H., & Hummel, S. L. (2016). Heart failure in older adults. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(9), 1140-1147.
- Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (2015). *Guide to patient screening criteria*. Bangkok. Faculty of Medicine Siriraj Hospital.
- Perissinotto M, Ritchie C, Williams A, Chang A, Ahalt C, Chen H, et al. (2014). *Atypical presentations of illness in older adults. Current Diagnosis & Treatment: Geriatrics*, 2nd. McGraw-Hill Education.
- Phrommintikul, A., Buakhamsri, A., Janwanishstaporn, S., Sanguanwong, S., & Suvachittanont, N. (2019). Heart Failure Council of Thailand



- (HFCT) 2019 heart failure guideline: Acute heart failure. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 102(3), 373-379.
- Pirmohamed, A., Kitzman, D. W., & Maurer, M. S. (2016). Heart failure in older adults: embracing complexity. *Journal of Geriatric Cardiology*, 13(1), 8-14.
- Teixeira, A., Arrigo, M., Tolppanen, H., Gayat, E., Laribi, S., Metra, M., ...& Mebazaa, A. (2016). Management of acute heart failure in elderly patients. *Archives of cardiovascular diseases*, 109(6-7), 422-430.
- Tersalvi, G., Gasperetti, A., Schiavone, M., Dauw, J., Gobbi, C., Denora, M., & Forleo, G. B. (2021). Acute heart failure in elderly patients: a review of invasive and non-invasive management. *Journal of Geriatric Cardiology*, 18(7), 560-576.
- Thida, M., Asdornwised, U., Thosingha, O., Dumavibhat, C., & Chansatitporn, N. (2021). Symptom Experience, Symptom Management Strategies, and Health-Related Quality of Life among People with Heart Failure. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(3), 359-374.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey Jr, D. E., Colvin, M., & Westlake, C. (2017). 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(6), 776-803.
- Yodying, W., Siripitayakunkit, A., Sumdeangrit, B., & Puwanant, S. (2018). Symptom cluster management strategies and outcomes in patients with heart failure. *Chulalongkorn Medical Journal*, 65(4), 403-413.