

บทความ

ภาวะหัวใจวาย: การพยาบาลและคำแนะนำ HEART FAILURE: NURSING CARE AND ADVICE

นรลักษณ์ เอื้อกิจ*

พัชรวรรณ ศรีคง**

บทนำ

จากสถานการณ์ภาวะหัวใจวายในประเทศไทย ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นอาการในระยะสุดท้ายของโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการที่หัวใจทำงานหนักจนไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้อาการของโรคกำเริบรุนแรงขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากรายงานจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบสูงสุด 10 อันดับแรกในปี พ.ศ. 2551 – 2553 พบว่าภาวะหัวใจวายจัดอยู่ในลำดับที่ 3 และในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย 16.93 ต่อผู้ป่วยใน 100,000 คน (กรมการแพทย์, 2553) และคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ภาวะหัวใจวายยังส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2552 มีอัตราตายด้วยโรคหัวใจ 28.96 ต่อประชากรแสนคน (สาธารณสุข, 2552) และจากรายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน ตามกลุ่มโรค 298 กลุ่มโรคทั้งประเทศและรายภาค จากสถานบริการสาธารณสุข ในประเทศไทย ในปี 2552 พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย มีจำนวนทั้งหมด 142,843 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.55 และมีการจำแนกเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจวายรายภาค โดยพบว่าภาคที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ ภาคกลาง รองลงมาคือ ภาคตะวันออก เชียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ ทำให้

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงต่ออาการกำเริบของภาวะหัวใจวาย เนื่องจากวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของประชากรที่พบว่า ส่วนใหญ่มักใส่เครื่องปรุงรสเพื่อให้รสชาติอาหารดีขึ้น เช่น เกลือ น้ำปลา น้ำปลาร้า เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำคั่งจากการดูดโซเดียมและน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายทำให้เกิดอาการบวมตามส่วนปลายของร่างกาย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เมื่ออาการรุนแรงมากจึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าภาวะหัวใจวายเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจะช่วยให้ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอาหาร การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การไม่จำกัดน้ำ และการไม่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2542; อภิชาติ สุนทรธรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547) หากผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวข้างต้นได้ จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายไม่เกิดอาการกำเริบ และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองเพื่อปรับพฤติกรรม

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

สุขภาพให้เหมาะสม เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาภาวะหัวใจวาย (Bentley, De Jong, Moser, & Peden, 2005) และการปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาที่นิยมใช้ร่วมกับวิธีการรักษาอื่นๆ เพื่อช่วยลดอาการแทรกซ้อนและป้องกันอาการกำเริบรุนแรงได้ ลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและลดอัตราการเสียชีวิต เป็นการช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ และอาการแสดง ความรุนแรงของโรค ผลกระทบ แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อจะช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการและดูแลตนเองให้เหมาะสมกับการดำเนินของโรค

ภาวะหัวใจวาย

ความหมาย

ภาวะหัวใจวาย เป็นภาวะความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ทำให้ไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ เพื่อสนองกระบวนการเผาผลาญในร่างกายได้ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจวาย

1. เกิดจากความผิดปกติของหัวใจเอง (Cardiac in origin) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ(สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; House-Fancher & Hatice, 2007)

1.1 ความผิดปกติทางกลไกการไหลของเลือด แบ่งเป็น 3 ชนิด คือ

1.1.1 ความดันในท้องหัวใจสูงเกินไป (Pressure overload) เนื่องจากการขัดขวางทางไหลของเลือดจากท้องหัวใจ โดยเกิดจากการที่เวนทริเคิล ต้องรับภาระออกแรงมากขึ้น หรือต้องมีภาระรับปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้น โดยปกติเมื่อปริมาตรเลือด

ก่อนหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้นจะทำให้เพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวมากเกินไปเวนทริเคิลจะสามารถรับได้ จะทำให้ลดแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจตอนที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ เช่น การตีบของลิ้นหัวใจ ได้แก่ ลิ้น Mitral หรือ ลิ้น Aortic ตีบหรือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือจากการมีความต้านทานต่อการไหลของหลอดเลือดสูงกว่าปกติ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง

1.1.2 ปริมาตรของเลือดในท้องหัวใจมากเกินไป (Volume overload) ได้แก่ การรั่วของลิ้นหัวใจ หรือการรั่วของผนังกันหัวใจซ้ายขวา การรั่วของเส้นเลือดใหญ่ เช่น PDA (Patent ductus arterious) ASD (Atrial septal defect) VSD (Ventricular septal defect) ลิ้น Mitral รั่ว ลิ้น Aortic รั่ว เป็นต้น

1.1.3 มีการลดลงของจำนวนเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจ (Impair filling) ได้แก่ ภาวะหัวใจถูกบีบกดจากของเหลว (Pericardial effusion) หรือภาวะหัวใจถูกกดจากพังผืด (Congestive pericarditis) ทำให้หัวใจขยายตัวไม่เต็มที่ จึงรับเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจลดลง ดังนั้นจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจก็น้อยลงด้วย

1.2 ความผิดปกติที่กล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ Cardiomyopathy กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อจากสารพิษ หรือยา ส่งผลต่อความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและทำให้การบีบตัวของหัวใจที่ส่งเลือดออกไปเลี้ยงร่างกายใน 1 นาที ลดลง

1.3 ความผิดปกติที่จังหวะการเต้นของหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะทุกชนิดเป็นสาเหตุการเกิดหัวใจล้มเหลวได้ รวมทั้งการที่หัวใจเต้นช้าเกินไป (น้อยกว่า 50 ครั้ง/นาที) หรือเร็วเกินไป (มากกว่า 100 ครั้ง/

นาที) ส่วนใหญ่มักพบร่วมกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิด Atrial fibrillation (AF) ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 50 และมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 1.17 เท่าของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่หัวใจเต้นปกติ (Raunso, et al., 2010)

2. สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากหัวใจ (No cardiac in origin) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1 ภาวะที่เกิดการเพิ่มของ Blood volume เช่น มีการคั่งของเกลือและน้ำ การใช้ยาพวก Steroid โรคไตวาย การให้เลือดหรือน้ำเกลือที่มากและเร็วเกินไป ทำให้จำนวนเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจเพิ่มมากขึ้น

2.2 การลดลงของ Peripheral resistance (After load) เช่น Arteriovenous fistular, Beriberi, Cirrhosis, Severe anemia และ Hyperthyroidism

นอกจากนี้ยังมีเหตุชักนำอื่นๆ (Precipitating causes) ซึ่งสาเหตุชักนำนี้ทำให้ร่างกายและหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้นจึงเพิ่มการทำงานของหัวใจ (Workload) และทำให้สมรรถภาพหัวใจลดลง (เดือนฉาย ชยานนท์, 2541; Pons, et al., 2010; Blois, Simard, Atar, & Agewell, 2010; Ng, Davis, Chow, Coats, Sindone, & Freedman, 2010) ได้แก่

1) การติดเชื้อ สารพิษทำให้เกิดการเพิ่มกระบวนการเมตาบอลิซึม ส่งผลต่อร่างกายต้องการปริมาณออกซิเจนเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ออกซิเจนในเลือดลดลง หัวใจทำงานหนักมากขึ้น จนทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย

2) ภาวะช็อค เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดลดลง ทำให้ปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลง ด้วย หัวใจทำงานมากขึ้น

3) ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ได้แก่ ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำหรือสูงผิดปกติ ทำให้การบีบตัว

ของกล้ามเนื้อหัวใจแรงและเร็ว ทำให้หลอดเลือดขยาย และส่งผลต่อการเต้นของหัวใจห้องบนเร็ววกว่าปกติ

4) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้มีความดันในปอดสูงขึ้น หัวใจห้องล่างขวาล้มเหลวเนื่องจากทำงานหนักเพื่อบีบตัวต้านแรงดันปอด

5) การหยุดหายใจขณะหลับ ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน และมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง กระตุ้นการทำงานในระบบซิมพาเทติก ส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ

สรุปได้ว่าสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจวายเกิดได้จากหลายสาเหตุ เกิดจากความผิดปกติของหัวใจเองและที่ไม่ใช่จากหัวใจ แต่เมื่อเกิดภาวะดังกล่าวแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เพื่อจะได้ดูแลตนเอง และรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายออกเป็น 2 ชนิด คือ หัวใจวายข้างซ้ายและหัวใจข้างขวา (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2550)

1. อาการและอาการแสดงหัวใจวายข้างซ้าย

เกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ส่งผลให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวให้เลือดเลี้ยงร่างกายได้ทั้งหมด ทำให้มีการคั่งค้างของปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายมากขึ้น และความดันในหัวใจห้องบนซ้ายเพิ่มขึ้น และเกิดความดันย้อนกลับไปที่หลอดเลือดดำและหลอดเลือดฝอยในปอด ทำให้มีการคั่งของหลอดเลือดในปอด และมีอาการแสดงได้แก่ หอบเหนื่อยในท่านอนราบ ไอเป็นเลือดปน ฟองอากาศสีชมพู เจ็บหน้าอกอาจมีใจสั่น เวียนศีรษะและอ่อนเพลีย

2. อาการและอาการแสดงของหัวใจวายข้างขวา เกิดจากหัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปยังปอด ทำให้

มีการคั่งของเลือดที่หัวใจข้างขวาและมีความดันสูงขึ้น เลือดดำไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องขวาได้ จึงเกิดการคั่งของน้ำตามหลอดเลือดดำและอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะที่ตับ มีการเพิ่มขึ้นของ Hydrostatic pressure เกิดการรั่วซึมของน้ำเลือดออกมาใน Interstitial tissue ทำให้มีอาการบวม มักพบตามเท้า ข้อเท้าหรือบริเวณหน้าแข้งทั้ง 2 ข้าง อาการทางช่องท้อง เนื่องจากมีเลือดคั่งในตับมากขึ้น อาจมีท้องมาน (Ascites) อาจมีอาการแน่นท้อง อึดอัด บริเวณลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้ยังมีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง เนื่องจากมีความดันในหลอดเลือดดำสูง

กล่าวโดยสรุปลักษณะอาการและอาการแสดงทางคลินิกของภาวะหัวใจวายที่สำคัญ ต้องประกอบด้วย (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และรังสฤษฎ์, 2547)

- 1) หอบ เหนื่อย หายใจไม่สะดวกขณะนอนราบ (Dyspnea, orthopnea)
- 2) เจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ
- 3) ฟังได้เสียง Crepitation ที่ชายปอดทั้งสองข้าง
- 4) มีการโป่งพองของเส้นเลือดดำที่คอ (Engorged neck vein)
- 5) คลำได้ตับโต (Hepatomegaly) กดเจ็บ
- 6) ขาบวม กดบุ๋มทั้งสองข้าง (Pitting edema)

ความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะหัวใจวายและการแบ่งความรุนแรงของโรค ตามความทนทานในการทำกิจกรรม (Functional Classification of Heart Failure) ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The Criteria Committee of the New York Heart Association, 1994 cited in Bennett,

Riegel, Bitter, & Nichols, 2002) แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

Functional class I ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ คือ ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น ใจเต้น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

Functional class II มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย คือถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะมีอาการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก ใจสั่น หรือเจ็บแน่นหน้าอกได้ รู้สึกสบายขึ้นเมื่อได้พัก

Functional class III มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ชัดเจน คือถ้ามีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอกได้ แต่จะดีขึ้นเมื่อได้พัก

Functional class IV ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ จะมีอาการเหนื่อยแม้เมื่ออยู่เฉย หรือขณะพัก

ผลกระทบ

เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจวายจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และเศรษฐกิจ สำหรับตัวผู้ป่วยเอง จะมีผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ กล่าวคือ ผลกระทบด้านร่างกาย อาจทำให้ผู้ป่วยมีความทนทานในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง มีอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนแน่นท้อง รับประทานอาหารได้น้อย (Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009) อาการที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการนอนพักผ่อนของผู้ป่วยเนื่องจากนอนราบไม่ได้ หรือมีอาการเหนื่อยหอบในเวลากลางคืน หรือเป็นผลจากการได้รับยาขับปัสสาวะ ทำให้นอนหลับไม่เต็มที่ นอกจากนี้ยังทำให้มีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ด้วย (Traeen & Olsen, 2007)

ผลกระทบด้านจิตใจ และอารมณ์ เมื่อภาวะหัวใจวายเข้าคุกคามผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และอาจมีความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต ผู้ป่วยจะรับรู้ภาวะหัวใจวายเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องเผชิญและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งหากผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้จะไม่มี ความวิตกกังวลและไม่เกิดภาวะซึมเศร้า จันทรเพ็ญสมโน (2551) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะไม่สนใจในการดูแลสุขภาพและการรับรู้สุขภาพตนเองลดลง นอกจากนี้ Holzapfel et al. (2009) ศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจวายที่กำลังรุนแรง ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต้องหยุดงานหรือไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองเกิดความไม่แน่นอน และอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (วนิดา หาจักร, 2555)

ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ครอบครัวต้องแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วย ทำให้ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เกิดความเครียดและท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง หากมีการปรับตัวไม่เหมาะสมหรือเกิดปัญหาเรื้อรังระหว่างคู่ครองอาจทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ครองลดลงก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส และปัญหาการหย่าร้างตามมาได้ (Fugl-Mayer and Fugl-Mayer, 2002) ประกอบกับครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น

ส่วนในภาครัฐ ต้องเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตของประชากรลดลง หากผู้ป่วยเสียชีวิต

ประเทศชาติจะสูญเสียทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศได้

จากผลกระทบดังกล่าวมาข้างต้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังการศึกษาของ นิตยา ศรีสุข (2551) ที่พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health Related Quality of Life)

แนวทางการรักษาภาวะหัวใจวาย

เป้าหมายสำคัญในการรักษาภาวะหัวใจวาย คือ การยืดชีวิตและให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยลดอาการแทรกซ้อน ชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดปัจจัยที่อาจทำให้เสียชีวิต เช่น หัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และลดอัตราการเสียชีวิต ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) การรักษาชนิดนี้

1. การรักษาด้วยยา มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการตาย เพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดภาระการทำงานของหัวใจ ป้องกันและชะลอการเสื่อมของหัวใจ ลดอาการรุนแรง ป้องกันภาวะหัวใจวายมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจวายประกอบด้วยกลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretic) กลุ่มยายับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin Inhibitor) กลุ่มยาปิดกั้นเบต้า (Beta-blocker) กลุ่มยาดิจิทัลิส (Digitalis) กลุ่มไนเตรท (Nitrate) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2554; Jessup, Abraham, Casey, Feldman, Francis, & Ganiats, 2009)

2. การรักษาด้วยการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วยในการทำงานของหัวใจ เช่น การใส่ Cardiac

resynchronization therapy หรือ Biventricular pacing ช่วยกระตุ้นหัวใจโดยการทำให้การนำไฟฟ้าในหัวใจดีขึ้น กระตุ้นให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้ดีขึ้น เป็นผลให้หัวใจโดยเฉพาะห้องล่างซ้ายทำงานได้ดีขึ้น การใช้ Intra-Aortic Balloon Pump (IABP) และการใส่ Left Ventricular Assist devices (LVADs) ช่วยเพิ่มการไหลเวียนและการกำซาบเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ได้อย่างเพียงพอ ช่วยลดภาระการทำงานของหัวใจ หรือเป็นการใช้ประคับประคองอาการเพื่อรอการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

3. การรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation) โดยจะทำการผ่าตัดเมื่อหัวใจมีการทำลายจนไม่สามารถกลับคืนมาได้ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือการบำบัดอื่นๆ หรือมีข้อบ่งชี้ว่าระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายอยู่ในระยะสุดท้าย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

4. การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อเป็นการป้องกันภาวะการเกิดหัวใจวายในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและป้องกันการกำเริบของโรค ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะได้รับความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ดังนี้ การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับเกลือโซเดียมวันละ 1.2-1.4 กรัมต่อวัน หรือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน ไม่เติมเกลือหรือสารปรุงรสอื่นๆ ในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ซึ่งในการจำกัดปริมาณเกลือโซเดียม จะช่วยลดการคั่งของน้ำและเกลือในร่างกาย เนื่องจากในภาวะหัวใจวายจะพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของเกลือโซเดียมทั้งภายในและภายนอกเซลล์ จากการที่หัวใจมีการบีบตัวลดลงทำให้ปริมาณเลือดมาเลี้ยงที่ไตมีน้อยจึงกระตุ้นให้ระบบ Renin-Angiotensin-Aldosterone มีการดูดกลับโซเดียมและน้ำที่หลอดเลือดฝอยของไตมากขึ้น ทำให้เกิดอาการบวมของเนื้อเยื่อต่างๆ ของ

ร่างกาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) จึงไม่ควรซื้ออาหารสำเร็จรูป การลดการบริโภคอาหารไขมันอิ่มตัวหรืออาหารที่มีแคลอรีสูง หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ชา หรือ กาแฟ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารประเภทย่อยง่าย ไม่มีกากมากเกินไป และรับประทานอาหารจำนวนน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง (อภิชาติ สุนทรสรรพ และรังสฤษฎ์, 2547; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายร้อยละ 82 มีการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมเกินกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ นั้นแสดงว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจวายยังมีการควบคุมอาหารที่ไม่ถูกต้อง (Price, Witham, & McMurdo, 2007)

จากแนวทางการรักษาภาวะหัวใจวายดังกล่าว จะเห็นว่าสิ่งสำคัญคือผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรับประทานอาหารควบคู่ไปกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของพัชรวรรณ ศรีคงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่าการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการให้ความร่วมมือไปตรวจตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ จะทำให้เกิดอาการและอาการแสดง จำเป็นต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังเช่นการศึกษาที่พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาภาวะหัวใจวาย ทำให้สามารถลดอาการแทรกซ้อนและป้องกันอาการกำเริบรุนแรงได้ ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดอัตราการเสียชีวิต เป็นการช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น (Bentley, De Jong, Moser, & Peden, 2005)

ภาวะหัวใจวายกับการพยาบาล

การพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ และช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อควบคุมอาการภาวะหัวใจวายได้อย่างเหมาะสม (พิกุล บุญช่วง, 2541; ทิพมาส ชินวงศ์, 2545; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) ดังนั้นจึงอธิบายตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ดังนี้

1. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจในการบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ได้ดีขึ้น มีการคั่งของน้ำในร่างกายลดลง เป็น การช่วยเหลือและให้การพยาบาลในระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของภาวะหัวใจวายครั้งแรก และได้เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจมีโอกาเสียชีวิตกะทันหันได้ (Goodlin, 2009) ซึ่งการช่วยเหลือ มี ดังนี้

1.1 จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์ (Absolute bed rest) และจัดท่านั่งกึ่งนอน ศีรษะสูง 30-90 องศา หรือนั่งพับ เพื่อช่วยลด ปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจและช่วยให้ปอด ขยายตัวได้ดีขึ้น

1.2 ประเมินการเปลี่ยนแปลงของ สัญญาณชีพ โดยวัดอัตราการเต้นของหัวใจทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากหัวใจที่เต้นเร็วจะทำให้ความต้องการ ออกซิเจนของหัวใจเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการที่มี ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อน้ำที่ลดลง วัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากเมื่อมีภาวะความดันโลหิตต่ำแสดงว่ามีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อน้ำที่ลดลง และภาวะความดันโลหิตสูงแสดงว่าอาจ เกิดการคั่งของเลือดในปอดเพิ่มขึ้น และควรประเมิน การหายใจทุก 1 ชั่วโมงโดยสังเกตอัตรา ความลึก

และลักษณะการหายใจ เนื่องจากอัตราการหายใจที่ เพิ่มขึ้น บ่งบอกว่าได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ แต่หาก มีการหายใจที่ช้าลงแสดงถึงการเกิดภาวะการหายใจ ล้มเหลว ร่วมกับการฟังเสียงปอดทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อ ประเมินภาวะน้ำท่วมปอดที่จะได้ยินเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) บริเวณชายปอดด้านล่างทั้ง 2 ข้าง ประเมินจนกว่าสัญญาณชีพอาการและอาการแสดง ของผู้ป่วยคงที่

1.3 ฟังเสียงหัวใจทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อ สังเกตเสียงที่ผิดปกติได้แก่ เสียง 3 เกิดจากหัวใจห้องล่างไม่สามารถคลายตัวได้ทำให้มีภาวะน้ำเกิน เสียง 4 เกิดจากการยืดขยายตัวที่ผิดปกติของหัวใจห้องล่าง ประเมินจนกว่าเสียงผิดปกติหายไป

1.4 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการ รักษา เพื่อช่วยเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนใน เลือด ช่วยแก้ไขภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำที่เกิดจาก ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อน้ำที่ลดลงและช่วยให้ การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น โดยในรายที่ไม่รุนแรงอาจ ให้ออกซิเจนทางแคนนูลา (Cannula) ประมาณ 4-6 ลิตร/นาที่ ถ้ามีอาการรุนแรง หายใจหอบเหนื่อยมาก ขึ้นจะให้ออกซิเจนทางหน้ากาก O₂ mask ประมาณ 8-10 ลิตร/นาที่ แต่หากมีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง มากจะต้องได้รับการช่วยเหลือโดยใช้เครื่องช่วย หายใจ

1.5 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และมีการติดตามประเมินผลของยา ดังนี้

1) ยาดิจิตาลิส (Digitalis) ทำให้ กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวมากขึ้น จึงช่วยเพิ่มปริมาตร เลือดที่ออกจากหัวใจ ในการให้ยาดิจิตาลิสพยาบาล ควรมีการจับชีพจรก่อนให้ยาทุกครั้ง หากมีชีพจรต่ำกว่า 60 หรือ มากกว่า 100 ครั้ง/นาที่ หรือมีการเต้น ของชีพจรไม่สม่ำเสมอ ควรงดการให้ยาและรายงาน แพทย์ทราบ หลังให้ยาควรมีการสังเกตอาการพิษจาก

ยาได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตามัว มองเห็นสีเปลี่ยนไปจากสีขาวเป็นสีเหลือง มองเห็นแสงเป็นวงกลม เป็นต้น และมีการติดตามระดับยาในเลือดเป็นระยะๆ เพื่อปรับยาให้เหมาะสม โดยเฉพาะค่าโพแทสเซียม ซึ่งยาดีจิตาลิสอาจทำให้เกิดภาวะโพแทสเซียมต่ำได้

2) ยาโดปามีน (Dopamine) เป็นยากระตุ้นให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ซึ่งการออกฤทธิ์ของโดปามีนจะมีการแบ่งขนาดการให้ยาเป็น 3 ช่วงคือ 1) ขนาดต่ำ ($0.5-2 \mu\text{g/kg/min}$) จะช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดไปเลี้ยงที่ไตให้มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น 2) ขนาดปานกลาง ($2-10 \mu\text{g/kg/min}$) จะช่วยกระตุ้นให้หัวใจบีบตัวเร็วและแรงขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ 3) ขนาดสูง (มากกว่า $10 \mu\text{g/kg/min}$) ทำให้หลอดเลือดหดตัวเพื่อเพิ่มความดันโลหิต แต่อาจทำให้ปริมาตรเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ในการให้ยาพยาบาลควรประเมินสัญญาณชีพ บันทึกสารน้ำเข้า-ออกและปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง หากมีอาการผิดปกติ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น มีปัสสาวะน้อยลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปลายมือ-ปลายเท้าซีด เย็น ต้องหยุดยาทันที ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน มักเลือกใช้โดปามีนในขนาดต่ำๆ เพื่อเพิ่ม renal perfusion หรือขนาดไม่เกิน $10 \mu\text{g/kg/min}$ เพื่อเพิ่ม cardiac contractility โดยความดันเลือดอาจสูงขึ้นหรือไม่เปลี่ยนแปลงก็ได้ แต่ต้องระวังภาวะหัวใจเต้นเร็วเกิน ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ (อรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา, 2554) Web site

3) ยาไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerine) ช่วยขยายหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงบริเวณส่วนปลาย ทำให้ช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจได้ ในการให้ยาพยาบาลควรมีการติดตามความดันโลหิต เพราะอาจมีความดันโลหิตสูงขึ้นเกิดอาการ

ปวดศีรษะได้ บรรเทาอาการโดยใช้กระเป๋าน้ำแข็งประคบศีรษะ

4) ยากลุ่ม ACE inhibitor จะช่วยในการขยายหลอดเลือดเช่นกันแต่ได้ผลดีกว่ากลุ่มไนเตรทที่นิยมได้แก่ Captopril, Enalapril maleate โดยในการให้ยาพยาบาลควรติดตามวัดความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง ติดตามระดับ Creatinine ในเลือดเพื่อดูการทำงานของไต และมีการสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา เช่น อาการไอ หากพบต้องแจ้งให้แพทย์ทราบทันที

5) ยาขับปัสสาวะ เพื่อช่วยลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ โดยช่วยให้มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น ยาที่นิยมคือ Lasix ซึ่งสามารถขับน้ำออกจากร่างกายได้มากจึงทำให้สูญเสียโพแทสเซียมไปกับปัสสาวะมากขึ้น ในการให้ยาพยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ เพราะอาจทำให้เกิดอาการวิงเวียน หน้ามืดได้ จากการมีความดันโลหิตในเลือดต่ำและมีปริมาณโพแทสเซียมในร่างกายลดลง จึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานผลไม้ที่มี โพแทสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม เป็นต้น

1.6 บันทึกสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกายที่แสดงถึงการทำหน้าที่ของไต หากไม่สมดุลอาจเกิดภาวะน้ำเกินได้

1.7 ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวันในเวลาเดิมคือ ตอนเช้าหลังถ่ายปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน หากมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัมใน 1 วัน แสดงว่าขณะนั้นมีน้ำเกินอยู่ในร่างกายประมาณ 2 ลิตร และประเมินอาการบวมบริเวณ แขน-ขา ก้นกบ และรอบกระบอกตา ซึ่งจะบ่งชี้ถึงภาวะน้ำเกินจากการเสียหน้าที่ของไต

1.8 จำกัดน้ำในแต่ละวันตามแนวทางการรักษา โดยในรายที่ไม่รุนแรงให้จำกัดประมาณ 800-

1,000 ซีซี/วัน เพื่อช่วยลดปริมาตรสารน้ำที่มากเกินไปใน พยาบาลควรดูแลและควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเข้มงวด ควรใช้เครื่องควบคุมปริมาตร สารน้ำ และในการผสมยาฉีดหรือการให้น้ำสำหรับ รับประทาน ต้องใช้น้ำในปริมาณน้อยที่สุด

2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจวายได้ ดังนี้

2.1 ประเมินความรู้สึกและปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย พร้อมทั้งซักถามความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลควรให้เวลาและตั้งใจรับฟังปัญหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบและเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย

2.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบายใจที่มีอยู่ หรือความรู้สึกกลัว โดยพยาบาลต้องยอมรับกับความรู้สึกต่างๆ ของผู้ป่วย และอธิบายว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ตามปกติ เพราะการให้ผู้ป่วย ได้ระบายความรู้สึกจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลลงได้

2.3 สอนและแนะนำเทคนิคการผ่อนคลายที่สอดคล้องกับความสนใจของผู้ป่วย โดยควรฝึกให้ผู้ป่วยสามารถนำเทคนิคการผ่อนคลายมาปฏิบัติได้ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

2.4 ควรกระตุ้นและส่งเสริมให้ครอบครัว ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัว ป้อนอาหาร ดูแลการขับถ่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดี และลดความวิตกกังวลได้

2.5 มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เกิดขึ้นไปในทางที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและลดความวิตกกังวลได้ แต่ต้องระมัดระวังการให้ข้อมูลมากเกินไปหรือการให้ความมั่นใจเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงเกินความจริง

3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการควบคุมอาการของภาวะหัวใจวายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนี้

3.1 ประเมินความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย รวมทั้งญาติด้วยและมีการประเมินวิถีชีวิตของผู้ป่วยโดยพิจารณาตามอายุ อาชีพ บุคลิกภาพ แรงจูงใจ ลักษณะครอบครัว รวมไปถึงความร่วมมือในการรักษา

3.2 ดูแลจัดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยป้องกันอาการกำเริบรุนแรง และลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเมื่อกลับบ้าน โดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองจะครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

1) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกายในการทำกิจกรรมสามารถทำได้ตามปกติ แต่ต้องรู้ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของตนเอง ไม่หักโหมเกินไป ในช่วงพักฟื้นคือ 1-2 สัปดาห์แรก การทำงานต่างๆ ควรนั่งแทนการยืนและมีญาติอยู่เป็นเพื่อนคอยช่วยเหลือ และออกกำลังกายเล็กน้อยถึงปานกลาง เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและอ่อนแรง เช่น การหมุนข้อ เต้น โทแบ็ก ซิ่ง ส่วนผู้ป่วยที่ยังมีอาการเหนื่อยง่าย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องมีญาติคอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรม ควรออกกำลังกายโดยการผ่อนคลายลมหายใจ และการเคลื่อนไหวแขนขาบนเตียง แทนการเดินออกกำลังกาย

2) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ควรมีการควบคุมอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงโดยการจำกัดเกลือไม่เกิน 2 กรัม/วัน ไม่เติมเกลือหรือเครื่องปรุงรสต่างๆ เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว ผงชูรส ลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ไม่ควรซื้ออาหารสำเร็จรูป เพราะมักมีปริมาณเกลือโซเดียมผสมอยู่ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง อาหารที่ประกอบจาก

ผงฟู ลักษณะอาหารที่รับประทานควรเป็นประเภทที่ ย่อยง่าย ไม่มีกากมากเกินไปเนื่องจากการย่อยอาหาร ทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก ควรรับประทานอาหารที่ ละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งเพื่อหลีกเลี่ยงอาการแน่นอึดอัด ท้อง ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ ชา หรือกาแฟ เนื่องจากสารเหล่านี้จะ กระตุ้นกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกายมากขึ้น และกีดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ภาวะ หัวใจวายกำเริบรุนแรงได้ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มี ไขมันสูง คอเลสเตอรอลสูง เนื่องจากอาจทำให้เกิด ภาวะไขมันอุดตันหลอดเลือดหัวใจได้ และทำให้ ผู้ป่วยอ่อน การอ่อนทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ควรดื่มน้ำหรือเนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้ หลอดเลือดหดตัว การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก และทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่มีผลต่อการ นำออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และ ควรมีการควบคุมปริมาณน้ำดื่มต้องมีความสมดุลกับ ปริมาณปัสสาวะในแต่ละวัน ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย รุนแรงควรดื่มน้ำไม่เกิน 2 ลิตรต่อวัน เพื่อควบคุมน้ำ และลดการใช้ยาขับปัสสาวะในขนาดที่สูง และไม่ควรร ับประทานอาหารที่เป็นของเหลว เช่น ซุป น้ำผลไม้ เป็นต้น ดังนั้นควรมีการบันทึกปริมาณน้ำที่ดื่มในแต่ละ วัน

3) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วย ภาวะหัวใจวายควรนอนหลับอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมง/วัน และควรหาเวลาอนพักหรืองีบในช่วงบ่ายและ ควรเข้านอนเร็วขึ้น ท่านอนที่ช่วยให้สุขสบายคือ การ หนุนหมอนสูง และควรมีการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อช่วยให้หลับง่ายขึ้นเช่น สวดมนต์ อ่าน หนังสือธรรมะ ทำสมาธิ ฟังเพลงเบาๆ เป็นต้น

4) การมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยภาวะ หัวใจวายต้องประเมินสภาพร่างกายของตนก่อนมี เพศสัมพันธ์ ถ้าผู้ป่วยสามารถเดินขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น (8-10 ชั้น) ได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ก็สามารถมี

เพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย (ชัยญา อุทิศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) นอกจากนี้ผู้ป่วย สามารถป้องกันอาการเหนื่อยหอบได้ โดยอมยาากลุ่ม ไนเตรทใต้ลิ้นก่อนการมีเพศสัมพันธ์จะช่วยลดอาการ เหนื่อยหอบได้ แต่กรณีผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรง ของโรค Functional class III และ Functional class IV ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจทำให้อาการกำเริบและรุนแรงได้

5) สอนและสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น สอนการนับและจับชีพจรในแต่ละวัน และทำการบันทึกไว้เป็นระยะๆ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วย ได้รับยาดิจิตาลิส หากมีการเต้นของชีพจรน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาทีและมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ให้งด รับประทานยา และให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน หรือ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน ถ้าหากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1.4 กิโลกรัมใน 2 วัน แสดงว่า มีการคั่งของน้ำในร่างกายมากเกินไป เมื่อมีอาการผิดปกติได้แก่ มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขา บวม แน่นอึดอัดท้อง นอนราบไม่ได้ หายใจหอบ เหนื่อย ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ไอแห้งๆ แนะนำให้ผู้ป่วย รีบมาพบแพทย์ทันที

6) ย้ำเน้นถึงความสำคัญของการมา ตรวจตามนัดทุกครั้งตามแผนการรักษาของแพทย์ จนกว่าจะควบคุมโรคได้ และให้มีการรับประทานยา อย่างต่อเนื่องโดยปฏิบัติตามคู่มือกับการปรับเปลี่ยนวิถี ชีวิตให้เหมาะสมกับโรค

3.3 ดูแลจัดทำคู่มือแนะนำเกี่ยวกับอาหาร หลักการควบคุมเกลือโซเดียม วิธีการเลือกรับประทาน อาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ เพื่อช่วยผู้ป่วยและ ครอบครัวในการวางแผนจัดเมนูอาหารที่เหมาะสม รวมถึงวิธีการจำกัดน้ำ การสังเกตปริมาณปัสสาวะ และการประเมินสมดุลของน้ำเบื้องต้น

สรุป

ภาวะหัวใจวาย จัดเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และเศรษฐกิจตามมา แนวทางในการรักษาในปัจจุบันต้องรักษาโดยการรับประทานยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในด้านต่างๆ เพื่อป้องกันและประคับประคองไม่ให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ที่มีภาวะหัวใจวายควรได้รับการดูแล และป้องกันการเกิดภาวะหัวใจวายซ้ำ พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการปรับวิถีชีวิตที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยแต่ละราย เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ให้การพยาบาลแบบองค์รวม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับโรค จะช่วยให้การดำเนินของโรคช้าลง การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2553) *สถิติโรค*. Retrived July 25, 2011, from <http://www.dms.moph.go.th>.
- ชัยญา อุทิศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 22(2), 31-43.
- จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). *ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม*. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2541). หัวใจล้มเหลว. ใน *วิทยา ศรีมาตา (บรรณาธิการ). ตำราอายุรศาสตร์ 2* (หน้า 127-157). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- ทิพมาส ชิมวงศ์. (2545). *หลักการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายและหลักการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. ใน พิชรียา ไชยลังกา ทิพมาส ชิมวงศ์ และนวลจันทร์ รมณารักษ์ (บรรณาธิการ). *ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) เล่ม 1*. (หน้า 207-235 และหน้า 191-203). สงขลา: เอส. ซี. วี. บิสสิเนสส์.
- ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2550). *Heart failure หัวใจล้มเหลว* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์แอนนา ออฟเซต.
- นิตยา ศรีสุข. (2551). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พัชรวรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 18(1), 52-66.
- พิกุล บุญช่วง. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โครงการ

- ตำราคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วนิดา หาจักร. (2555). *อิทธิพลของความรู้สึกไม่
แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้าน
สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพ
ชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาล
ผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรม
ราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่ง
ประเทศไทย. *แนวทางการปฏิบัติมาตรฐาน
เพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วย
ภาวะหัวใจล้มเหลว*. Retrived June 18,
2011, from [http://www.thaiheart.org /
images/column_1291454908/CHFGuid
eline.pdf](http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CHFGuide.pdf).
- สาธารณสุข, กระทรวง. *สำนักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์*. (2552). *สรุปสถิติสาเหตุที่
ทำให้เสียชีวิต (2547-2552)*. Retrived
July 25, 2011, from [http: // bps.ops.
moph.go.th/statistic/2.3.4-52.pdf](http://bps.ops.moph.go.th/statistic/2.3.4-52.pdf)
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). Heart failure.
ใน ชุณนา สอนกระต่ายและกมล
แก้วกิตติณรงค์ (บรรณาธิการ). *A practice
approach in internal medicine* (หน้า
1-17). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. (2542). *โภชนาการสำหรับ
ครอบครัวและผู้ป่วย* (พิมพ์ครั้งที่ 7).
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- อรัณย์ เจษฎาญาณเมธา. (2554). *หลักการใช้ยา
บำบัดในโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง*. Retrived
April 22, 2013, from [http://www.pha.
nu.ac.th/qa/qa_faculty/QA_Faculty_25](http://www.pha.nu.ac.th/qa/qa_faculty/QA_Faculty_25)
54/QA_4_54/QA4.1_54/New%20folder/
Arom_Pharmacotherapy_HF_NU_upda
te_55_pc%5B1%5D.PDF
- อภิชาติ สุคนธสรณ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์.
(2547). *Heart failure*. เชียงใหม่: ไอแอม
มอริเกโนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- Bennett, J. A., Riegel, B., Bitter, V., & Nichols, J.
(2002). Validity and reliability of the
NYHA classes for measuring research
outcomes in patients with cardiac
disease. *Heart & Lung*, 31, 262-270.
- Bentley, B., De Jong, M. J., Moser, D. K., &
Peden, A. R. (2005). Factors related to
nonadherence to low sodium diet
recommendations in heart failure
patients. *European Journal of
Cardiovascular Nursing*, 4(4), 331-336.
- Blois, J. D., Simard, S., Atar, D., & Agewall, S.
(2010). COPD predicts mortality in HF: The
Norwegian heart failure registry. *Journal of
Cardiac Failure*, 16(3), 225-229.
- Fugl-Mayer, K. S., & Fugl-Meyer, A. R. (2002).
Sexual disabilities are not singularities.
*International Journal of Impotence
Research*, 14, 487-493.
- Goodlin, M. M. (2009). Palliative care in
congestive heart failure. *Journal of the
American College of Cardiology*, 54(5),
386-396.
- Heo, S., Lennie, T. A., Okoli, C., & Moser, D. K.
(2009). Quality of life in patients with
heart failure: Ask the patients. *HEART &
LUNG*, 38(2), 100-108.

- Holzapfel, N., Lowe, B., Wild, B., Schellberg, D., Zugck, C., & Remppis, A., et al. (2009). Self-care and depression in patients with chronic heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 38(5), 392-397.
- House-Fancher, M.A., & Hatice, Y.F. (2007). Nursing management heart failure. In S.L. Lewis, M.M. Heitkemper and S.R. Dirksen (Eds), *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinocal problem*. St. Louis: CV Mosby.
- Jessup, M., Abraham, W. T., Casey, D. E., Feldman, A. M., Francis, G. S., & Ganiats, G.G. (2009). 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adult: A report of American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines developed in collaboration with the International Society for heart and lungtransplantation. *Journal of the American College of Cardiology*, 53 (15), 1343-1384.
- Ng, A. C. C., Davis, G. M., Chow, C. M., Coats, A. J. S., Sindone, A. P., & Freedman, B. (2010). Impact of sleep disordered breathing severity on hemodynamics, autonomic balance and cardiopulmonary functional status in chronic heart failure. *International Journal of Cardiology*, 141(3), 227-235.
- Pons, F., Lupon,J., Urrutia, A., Gonzalez, B., Crespo, E., & Diez, C., et al. (2010). Mortality and cause of death in pptients with heart failure: findings at a specialist multidiciplinary heart failure unit. *Revista Espanola de Cardiologia*, 63(3), 303-314.
- Price, R. J. G., Witham, M. D., & McMurdo, M. E. T. (2007). Defining the nutritional status and dietary intake of older herat failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6 (3), 178-183.
- Raunso, J., Pedersen, O. D., Dominguez, H., Hansen, M. L., Moller, J. E., & Kjaergaard, et al., (2010). Atrial fibrillation in heart failure is associated with and increased risk of death only in patients with ischemic heart disease. *European Journal of Heart Failure*, 12(7), 692-697.
- Traeen, B., & Olsen, S. (2007). Sexual dysfunctionand sexual well-being in people with heart disease. *Sexuality and Heart Diseases*, 22 (2), 193-208.