

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ชนิดเอสทีไม่ยกสูง: กรณีศึกษา

จินทนา ม่วงทอง
งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาชายไทย อายุ 48 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ หายใจเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก 4 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัยโรค Congestive heart failure with NSTEMI ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST segment elevate ใน Lead V2-V4 ได้รับยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือด, ได้รับ ASA (81 mg) 4 tabs เคี้ยวแล้วกลืน, ได้รับ Clopidogrel (75 mg) 4 tabs ให้ออกซิเจน Cannula 5 ลิตรต่อนาที และได้รับยา Enoxaparin 0.6 ml sc จากนั้น 1 วันปัสสาวะออกน้อยลง ค่าอัตราการกรองของไตลดลง หายใจเหนื่อยมากขึ้น ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 88% ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และได้รับยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือด 1 วันต่อมาสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ จึงจำหน่ายผู้ป่วย โดยนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 5 วัน จึงประสานส่งกลับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเตรียมไปโรงพยาบาลแม่ข่ายทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลให้การพยาบาลในภาวะวิกฤติเพื่อติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การพยาบาล, ภาวะหัวใจล้มเหลว, โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยกสูง

Abstract :

A Thai male 48 years olds was admitted in male internal medicine inpatient department. He had dyspnea and chest pain for 4 hour. He then was diagnosed for NSTEMI with congestive heart failure. ECG demonstrated ST elevation in lead V2 to V4 which did not significantly change from previous study. He was received diuretic medication intravenously, Aspirin 81 mg (4 tabs) chewed, Clopidogrel 75 mg 4 tabs orally, Enoxaparin 0.6 ml subcutaneously and on oxygen cannula 5 LPM respectively. On the next day, his urine output was decreased and glomerular infiltration rate was declined. His dyspnea symptom progressed severely and also his oxygen saturation dropped to 88 %. Therefore, he was intubated and ventilated via the mechanical ventilator and received added dose of diuretic medication intravenously. On the day after, he was successfully extubated. He had admitted for 5 days and then referred back to community hospital for closed observation and preparation for PCI in the future.

The nurse has an important role to have knowledge and skills in taking of patients especially in critical stage. For examples, the nurse should closely observe patients' symptoms and focus on monitoring complications of disease until patient was stable and tailor a proper discharge planning for each patient. The nursing in congestive heart failure patients has goals to reduce the mortality and re-admission rates.

Keyword: Nursing, Congestive heart failure, Non ST-Segment elevation myocardial infarction

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยพยาธิสภาพส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง¹ สาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึงร้อยละ 45 ของผู้ป่วย² พบอายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 65 ปี³ พบในเพศชายและหญิงได้เท่ากัน และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 20 ต่อปี มีอัตราการอยู่รอดที่ 5 ปีและ 10 ปี เท่ากับ ร้อยละ 50 และ 10 ตามลำดับ⁴ โดยภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ การหายใจลำบาก จึงพบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 30 วัน ร้อยละ 13.8 ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย⁵

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์⁶ ที่นำมาเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ 1) การตรวจประเมิน Echocardiogram 2) การประเมินอาการรุนแรงของโรคกับกิจวัตรประจำวัน 3) การให้ยาตามอาการ เช่น ยาขับปัสสาวะเพื่อลดบวม 4) การใช้ยา กลุ่ม ACEI หรือ ARB และยา กลุ่ม Beta block และยา กลุ่ม Spironolactone ในผู้ป่วยที่ left ventricular ejection fraction: LVEF < 40% 5) ควบคุมรักษาโรคและปัจจัยเสี่ยง เช่น การให้ยาโรคความดันโลหิตสูง ทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ในผู้ป่วยที่หลอดเลือดหัวใจตีบ 6) นัดตรวจติดตามอาการแนะนำการดูแลตนเองที่เหมาะสมที่บ้าน⁷

จังหวัดสิงห์บุรี พ.ศ. 2562 มีประชากร 209, 675 คน พบว่า จำนวนผู้สูงอายุ 59,632 ราย ร้อยละ 28.44 จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 15,552 ราย และจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 38,562 ราย⁸ ซึ่งเป็นปัจจัยการเกิดผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสที่ไม่ยกสูง () โดยพบผู้ป่วย ในปี 2560-2562 จำนวน 117 ราย, จำนวน 114 ราย และ 124 ราย และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคิดใน 5 อันดับโรค พบว่าปี 2560- 2562 จำนวน 410 ราย, 412 รายและ 415 ราย ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจำนวน 50 ราย, 48 ราย และ 52 ราย คิดเป็นอัตราการตายร้อยละ 12, 11 และ 56 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน 28 วัน ในปีพ.ศ. 2560- 2562 คิดเป็นร้อยละ 5.05, 5.45, 6.7 ตามลำดับ⁹

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีสาเหตุปัจจัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสที่ไม่ยกสูง โดยมุ่งเน้นพัฒนาการพยาบาลตามมาตรฐานโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบลำดับต่อไป

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ 48 ปี รู้สึกตัวดี ผิวคล้ำ รูปร่างผอมสูง นอนพักบนเตียงมาโรงพยาบาล ที่มีมือขวา มีตำแหน่งแทงเข็ม extension clave ใส่ออกซิเจน Cannula 5 ลิตรต่อนาที

อาการสำคัญ

หายใจเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 สัปดาห์ก่อน รพ ค่ายบางระจัน Refer มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี วินิจฉัยว่า STEMI ได้รับยา Streptokinase และส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อทำ PCI แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว

การประเมินสภาพร่างกาย

ระดับความรู้สึกรู้ตัว E4V5M6 รูปร่างผอมสูง ผิวคล้ำ หายใจเหนื่อยนอนราบไม่ได้ ใส่ออกซิเจน Cannula 5 LMP อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/68 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97%

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม

วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด เอสทีไม่ยกสูง และภาวะหัวใจล้มเหลว ถึงขั้นตอนการรักษาพยาบาล และผลของการรักษารวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count พบ WBC count 9.86×10^3 /ul, Hematocrit 36.6%, Hemoglobin 13%, Platelets count 12.0×10^3 /ul, PT 10.35 sec, PTT 22.01 sec, INR 0.92, BUN 32 mg/dl, Cr 1.2 mg/dl, Sodium 130 mmol/L, Potassium 4.7 mmol/L, Chloride 99 mmol/L, Carbondioxide 21 mmol/L, Troponin- T 3,586 Pg/mg

ผลการตรวจพิเศษ

Electrocardiogram (EKG): ST-elevation V2-V4, ST-Deep S wave V2-V4 เพิ่มจากเดิม

Chest X-Ray: report moderate cardiomegaly with bilateral diffuse interstitial infiltration is seen, CHF is considered

Echocardiogram: LV poor systolic function LVEF 30%, anterior wall akinesia, lateral wall hypokinesia mild MR

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการ หายใจเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก แพทย์วินิจฉัย CHF with NSTEMI ให้ยา Furosemide 40 mg v stat, ได้รับ Baby ASA 81 mg 4 tabs เคี้ยวแล้วกลืนและให้ Clopidogrel 75 mg 4 tabs ให้ออกซิเจน cannula 5 ลิตรต่อนาที, ให้ Isosorbide dinitrate 5 mg และรับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เปลี่ยนแปลง Pain score ลดลงจาก 5 เหลือ 2 ติดตามผล ได้รับยา Enoxaparin 0.6 ml sc q 12 hr หลังจากนั้น อีก 1 วันต่อมาปัสสาวะออกน้อยลง ค่าอัตราการกรองไตลดลงจาก 71 เป็น 47 มิลลิลิตรต่อนาที¹⁻⁷³ หายใจเหนื่อยมากขึ้น ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 88% ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และให้ยา Furosemide 80 mg v stat และ 40 mg v q 8 hr หลังจากนั้น 1 วัน สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ และหยุดการใช้ออกซิเจนได้ หลังจากได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 5 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้านได้

การพยาบาล

ปัญหาที่ 1 เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก "เจ็บแน่นหน้าอก จุกแน่นใต้ลิ้นปี่", "สูบบุหรี่ ½ ซองต่อวัน มากกว่า 10 ปี"

O: EKG: ST-elevation V2-V4, ST-Deep S wave V2-V4 เพิ่มจากเดิม, ประเมิน Pain score ได้ 5/10 คะแนน, Trop T 3,586 pg/ml และเพิ่ม 4,306 pg/ml

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่รุนแรง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือเจ็บแน่นหน้าอกน้อยลง pain scale 0-3 / 10 คะแนน
2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ ASA, Plavix รับประทานเพื่อต้านการเกาะตัวของเกล็ดเลือด

2. ดูแลให้ยา Isosorbide dinitrate 5 mg อดใต้ลิ้น แนะนำการบ้วนน้ำลาย และเฝ้าระวังอาการหน้ามืด วูบ และความดันโลหิตอาจลดลงได้ และหากอาการไม่ดีขึ้น อดยาซ้ำได้ห่างกัน 5 นาที

3. ดูแลให้ยา Enoxaparin 0.5 ml sc q 12 hr โดยให้ตามเทคนิค Air Lock

4. ดูแลให้พักผ่อนประมาณ 7-8 ชั่วโมง และนอนหลับตอนกลางวัน 1-2 ชั่วโมง จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ

5. ติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดย On EKG Monitor ประเมินและติดตามค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว อย่างต่อเนื่องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามการรักษาโดยให้ $\geq 94\%$

การประเมินผล

อาการเจ็บแน่นหน้าอก Pain score ได้ 0/10 คะแนน และ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่พบการเปลี่ยนแปลง

ปัญหาที่ 2 การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก "เหนื่อย หายใจอึด นอนไม่ลง"

O: มีอาการหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้, CXR พบ Mild cardiomegaly , suspected CHF

ฟังเสียงปอดพบ Crepitation both lung, ขาบวมกดบวม 2⁺, Functional class 4, สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/68 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97 % , Capillary Refill น้อยกว่า 2วินาที

วัตถุประสงค์

เพื่อการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดมีประสิทธิภาพและเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. นอนราบได้ไม่มีอาการเหนื่อย ,functional class ลดลง
2. CXR ไม่พบ CHF, ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ เช่น Crepitation
3. อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-139/89 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว > 94 %
4. เนื้อเยื่อของร่างกาย ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ Capillary refill น้อยกว่า 3 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน O2 cannula 5 LMP ของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 94 %
2. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ Furosemide 40 mg ตามแผนการ
3. จัดทำอนศรัยะสูง 30-60 องศา จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและเงียบสงบ
4. ดูแลให้รับประทานอาหารจัด หรือมีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 4 กรัมต่อวัน
5. ควบคุมปริมาณน้ำดื่มน้อยกว่า 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามการรักษา และบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า - ออก ทุก 8 ชั่วโมง หากพบปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ต้องรายงานแพทย์

การประเมินผล

หายใจไม่เหนื่อย ประเมิน Functional class II ฟังเสียงปอดไม่พบเสียง Crepitation

อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-139/89 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๘ % , Capillary refill 2 วินาที

ปัญหาที่ 3 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก "เหนื่อยมากเลย"

O: มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในเวลาต่อมา ฟังเสียงปอดพบ Crepitation both lung เพิ่มขึ้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/54 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 86 % (ได้รับ O2 Mask with Bag 10 ลิตรต่อนาที)

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ปอดอักเสบ ปอดแตก

กิจกรรมการพยาบาล

1. รายงานแพทย์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ Intubate endotracheal tube No 7.5 depth 21 cm, cup pressure 30 CmH₂O อธิบายเรื่องการใส่ท่อใช้เครื่องช่วยหายใจกับผู้ป่วยและญาติลงนามยินยอม ในแบบฟอร์มยินยอมการใส่ท่อช่วยหายใจของโรงพยาบาลสิงห์บุรี
2. ดูแลให้ผู้ป่วย on Ventilator (รุ่นT60) Setting mode PCV Tie 1.0, PI 16, FiO₂ 0.4, RR 14/min โดยดูแลตามมาตรฐานการใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. ประเมินความพร้อมในการ Weaning protocol และประเมินการถอดท่อช่วยหายใจโดยใช้แนวปฏิบัติในการถอดท่อช่วยหายใจของโรงพยาบาลสิงห์บุรี
4. ติดตามประเมินสัญญาณชีพ และความอึดตัวออกซิเจนปลายนิ้ว ทุก 2-6 ชั่วโมง และสังเกตประเมินภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน เช่นปลายมือเท้าเย็น กระสับกระส่าย

การประเมินผล

1. ไม่เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจก่อนกำหนด และไม่พบอาการอาการแสดงปอดอักเสบ ติดเชื้อ และปอดแตก

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่แน่ใจในอาการการพยากรณ์โรค ผลกระทบที่เกิดขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการซ้ำๆ ผู้ป่วย admit ครั้งที่ 2 และบอกถึงโรคและการปฏิบัติตัวไม่ครบถ้วน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้กลไกในการเผชิญปัญหา มีความกลัวความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

มีพฤติกรรมกังวลลดลงหรืออยู่ในระดับที่จัดการได้เผชิญและขอความช่วยเหลือแก้ปัญหา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจว่าจะได้รับการพยาบาลอย่างดี
2. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในบางเรื่อง เช่น การดูแลตนเอง
3. กระตุ้นให้พูดแสดงความรู้สึกและรับฟังด้วยความตั้งใจ ยอมรับความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออก สอบถามวิธีการแก้ปัญหาวิกฤตต่าง ตอบคำถามตามความเหมาะสม
4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกความกังวล สร้าง empowerment ประเมินส่งผู้ป่วยเข้าร่วม home help care เพื่อเยี่ยมบ้านติดตามอาการ โดยประสานส่งต่อ รพ.ชุมชน

การประเมินผล

สีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา เตรียมความพร้อม ในการเดินทางไปทำ PCI ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. กรณีศึกษาที่มีการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยไม่ยินยอมทำ PCI และการรักษาด้วยยาจึงส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และใส่ท่อช่วยหายใจใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีระยะวิกฤตคุณภาพชีวิตพยาบาลควรได้รับความรู้ที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ และมีแนวทางการดูแล ใช้เป็นมาตรฐาน เพื่อในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2. ทีมพยาบาลมีระบบการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะโรค และมีระบบการส่งต่อเป็นเครือข่ายสู่ชุมชน โดยผ่านโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

3. จัดการให้มี Care manager และเป็น Risk register โดย สร้างฐานข้อมูล เผื่อระวังความเสี่ยงที่สำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลใช้ในการพัฒนางาน

สรุป

จากพยาธิสภาพภาวะหัวใจล้มเหลว อันนำไปสู่การประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จากอาการหายใจลำบาก ส่งผลต่อครอบครัวสูญเสียรายได้และมีภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาปัจจัยสาเหตุส่งเสริมทำให้เกิดโรคและได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวที่บ้าน ดังนั้นกระบวนการที่สำคัญจึงประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตภายในโรงพยาบาล และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 4 กรัมต่อวัน การควบคุมปริมาณน้ำดื่มน้อยกว่า 1 ลิตรต่อวัน และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและมาตรวจต่อยาตามนัด โดยพยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี : กรณีศึกษาฉบับนี้ จึงนับว่าสำคัญมากในการเรียนรู้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เอกสารอ้างอิง

1. Carol Mattson P and Glenn M. Pathology. 3th ed. Philadelphia: wolters klumer, 2007.
2. Adams Jr KF, Fonarow GC, Emerman CL, et al. ADHERE Scientific Advisory Committee and investigator. Characteristics and outcome of patient hospitalized for heart failure in United States; rational design and preliminary from the first 100,000 case in the acute decompensation heart failure national registry (ADHERE). JAMA 2006;149: 209-16.
3. Clare JT, Ryan R, Nichols L, Gale N, Hobbs R, Marshall T. Survival following a diagnosis of heart failure in primary care. PCFM 2017; 34:161-68.
4. Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Suresh V, Poole-Wilson PA. Sutton GC. Survival of patients with a new diagnosis of heart failure. NCBI 2014; 83:505-10.

5. Waldreus N, Hahn RG, and Jaarsma T. Thirst in heart failure: a systematic literature review. EJHF 2013;10:141-49.
6. Clyde, WY., et al. (2017). 2017 ACC /AHA/HFSA Focudate of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart failure. JACC 2017;70: 776-803.
7. เกรียง ไกรเฮงรัศมี. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. นนทบุรี: บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
8. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสิงห์บุรี. “รายงานสถิติประจำปี2560-2562.” เอกสารอัดสำเนา.
9. สำนักงานสถิติจังหวัดสิงห์บุรี. ข้อมูลสถิติและสารสนเทศเพื่อการบริหารระดับพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี. [เข้าถึงเมื่อ 8 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.singburi.nso.th>.
10. เกรียง ไกรเฮงรัศมี. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.