



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมชั้น ๕ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ๐๗๖ - ๓๖๑๒๓๔ ต่อ ๒๐๔๑

ที่ ภก. ๐๐๓๓.๒๐๓.๐๗๑๐ / ๑๐๕

วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิชาการบนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ข้าพเจ้า นางสาวหทัยรัตน์ ตันติพิศาลพงศ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการสังกัดกลุ่มงาน
การพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ทำผลงานวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้ง
แรก: กรณีศึกษา Nursing Care for Patients with First-Episode Acute Heart Failure: A Case Study
เนื่องจากผลงานวิชาการดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิชาการผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งเป็น
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะ
ผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(นางสาวหทัยรัตน์ ตันติพิศาลพงศ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุพัตรา ธรรมวิชฐาน)

หัวหน้าพยาบาล


(นายวีระศักดิ์ ห่อทองคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

๑๑ ก.ค. ๒๕๖๗

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
ตามประกาศโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๖
สำหรับหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมชั้น ๕ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
วัน/เดือน/ปี :


หัวข้อ : การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก : กรณีศึกษา

Link ภายนอก :

หมายเหตุ :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นางสาวหทัยรัตน์ ตันติพิศาลพงศ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ผู้พิจารณารับรอง



(นายแพทย์ทัตพล สัมปตณรงค์)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและพัฒนา

วันที่ 11 กรกฎาคม ๖๗

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายวุฒิชัย ช่างคิด)

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

วันที่ 11 กรกฎาคม ๒๕๖๗

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก: กรณีศึกษา

หทัยรัตน์ ต้นติพิศาลพงศ์, พย.ม.*

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรกเป็นสภาวะวิกฤตที่มีอันตรายถึงชีวิต เกิดจากสาเหตุหลายประการ หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ผู้ป่วยอาจไม่รู้ถึงความเสี่ยงและอาการ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษา เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก 2 ราย ที่มีความแตกต่างกันทางพยาธิวิทยา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ ทักษะและแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันกลับซ้ำ ลดอัตราการกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีประเด็นปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกัน และได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม อาการทุเลาลงและสามารถกลับบ้านได้ และนัดติดตามอาการต่อเนื่องในคลินิกอายุรกรรม

คำสำคัญ: หัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก, ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม, แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

*พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

Nursing Care for Patients with First-Episode Acute Heart Failure: A Case Study

Hathairat Tontipisanpong, M.N.S.*

Abstract

First-episode Acute heart failure is a critical clinical condition requiring urgent treatment due to its rapid progression and high mortality rate. It can result from various causes or complications of other chronic non-communicable diseases. Patients may not be aware of initial risks and symptoms, leading to delayed treatment and increased risk of complications. This article presents two case studies of nursing care for patients with acute first-time heart failure, each with different pathologies and treatment approaches. The study applies Gordon's Functional Health Patterns and Orem's Self-Care Theory. Nurses play a crucial role in enhancing patients' knowledge, skills, and motivation to maintain continuous self-care, prevent recurrent acute heart failure, reduce hospital readmission rates, and improve quality of life. The results of both case studies reveal similar and different issues. Both patients received standard care with ongoing symptom assessment, experienced no complications, and had appropriate discharge planning. In both cases, symptoms improved, allowing patients to return home with scheduled follow-up appointments at the medical clinic.

Keywords: first-episode acute heart failure, Orem's Nursing Theory, Gordon's Functional Health Patterns.

*Master of Nursing Science, Professional Nurse Practitioner, Vachira Phuket Hospital, Phuket Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure: HF) คือ ภาวะที่หัวใจอ่อนแรง เนื่องจากหัวใจมีการบีบตัวหรือคลายตัวที่ผิดปกติ บางครั้งหัวใจมีขนาดโตหรือหนากว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยอ่อนแรง เหนื่อยง่าย และเกิดการคั่งของน้ำหรือเลือดที่อวัยวะต่าง ๆ เช่น ปอด ทำให้น้ำท่วมปอด ส่งผลให้ผู้ป่วยนอนราบไม่ได้ ทำให้ขาบวม เป็นต้น เมื่อหัวใจทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ เป็นภาวะที่อันตราย มีอัตราการนอนโรงพยาบาล และเสียชีวิตสูง แต่ถ้ารู้ทันท่วงที ทราบสาเหตุก็จะสามารถ ดูแล รักษา ป้องกันได้ (เอกราช อริยะชัยพาณิชย์, 2565) เป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั่วโลกมีการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 20 ล้านคน และอัตราการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 80 (World Health Organization [WHO], 2023) ในประเทศไทยมีรายงานจากกระทรวงสาธารณสุขปี 2565 พบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีถึง 7 หมื่นรายต่อปี โดยมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยประมาณร้อยละ 10 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี (กรมควบคุมโรค, 2566; ธารศ กฤษณ์ยวีร์, 2566)

การวิเคราะห์จาก THAI - ADHERE Registry พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 5.5 โดยมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 7.5 วัน ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมักมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 10 ต่อปี และมีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลา 5 ปีต่อมา สูงถึงร้อยละ 50 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาสูง

การดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่เกิดขึ้นครั้งแรก (first-episode heart failure or de novo heart failure) มีความสำคัญในทางคลินิก เนื่องจากเป็นปัญหาที่มักเกิดขึ้นจากโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิม โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคประจำตัว อาจไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ทำให้เกิดความล่าช้าในการเข้าสู่กระบวนการรักษา ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ และการเสียชีวิตตามมาได้ ดังรายงานผลการศึกษา ใช้กลุ่มตัวอย่าง 1,036 คนจากงาน Framingham Heart Study คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก พบว่า ภายหลังการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก เมื่อมีการติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 5 ปี พบอัตราการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ (เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดโคโรนารีขาดเลือด หัวใจเต้นผิด) ร้อยละ 37 ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันกลับเป็นซ้ำร้อยละ 28 และการเสียชีวิตร้อยละ 29 (Velagaleti et al., 2020) ดังนั้นการให้การดูแลเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรกและการดูแลเมื่อเกิดขึ้นแล้ว จะนำไปสู่การค้นหาและแก้ไขปัจจัยเสี่ยง โดยการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การเฝ้าระวังและติดตามอาการ ตลอดจนการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติเนื่องจาก เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยและญาติมักเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า และอาจส่งผลกลับไปให้ภาวะของโรคทรุดลงด้วย (Rashid et al., 2023)

สถิติผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ปีงบประมาณ 2563 - 2566 จำนวน 1,092, 963 และ 1,105 ราย ตามลำดับ พบอัตราการตายร้อยละ 10.53, 10.70 และ 10.05 ตามลำดับ และ

อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 3.71, 7.10 และ 7.02 ตามลำดับจากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่ามียอดอัตราตาย และอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมชั้น 5 ปีงบประมาณ 2563 - 2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 41, 46 และ 51 ราย ตามลำดับ อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 4.88, 2.17 และ 3.92 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลศิริราช, 2566) ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจจัดทำกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก เปรียบเทียบจำนวน 2 ราย โดยบูรณาการแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในการประเมินแบบแผนสุขภาพด้านต่าง ๆ และออกแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ที่เน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันกลับเป็นซ้ำ

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบพยาธิวิทยา และการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก

2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ขั้นตอนการดำเนินงาน: เป็นกรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ 2 ราย ดังนี้ เลือกกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรกที่รักษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2566 ขอความยินยอมและสัมภาษณ์ผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทบทวนวรรณกรรมวิจัย เปรียบเทียบข้อมูล รวมถึงวิเคราะห์และสรุปผล จัดทำรายงานและเอกสารวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสม ขอรับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการวิจัย VPHREC 038/2024 และเผยแพร่ผลงานวิชาการ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย: ผู้ศึกษาได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัวด้วยวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษร มีการอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการรักษาความลับของข้อมูล การเผยแพร่ผลการศึกษาเพื่อแบ่งปันความรู้ในการดูแลและรักษาพยาบาล ให้ความสำคัญกับการปกป้องสิทธิของผู้ป่วย และใช้ข้อมูลที่ได้รับอย่างถูกต้องและปลอดภัยตามหลักวิชาการ และมาตรฐานทางการแพทย์

พยาธิวิทยา และการรักษา:

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Heart Failure: AHF): ภาวะหัวใจล้มเหลวที่แสดงอาการอย่างรวดเร็ว เกิดจากการที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาจเป็นการแสดงอาการครั้งแรก (de novo heart failure) หรือการทรุดหนักลง (decompensated heart failure) ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเดิม ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติได้หลายระบบไม่จำกัดเพียงระบบหัวใจและหลอดเลือด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562)

สาเหตุหลักที่ควรตรวจพบได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่รับเข้าห้องฉุกเฉิน (emergency room: ER) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที สามารถสรุปด้วยคำว่า CHAMP ซึ่งมีความหมายดังต่อไปนี้: C: acute coronary

syndrome (กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน), H: hypertensive emergency (ภาวะความดันโลหิตสูงขั้นวิกฤต), A: arrhythmia (หัวใจเต้นผิดจังหวะ), M: acute mechanical cause (สาเหตุเกิดจากกลไกเชิงกลภายในระบบไหลเวียนโลหิตอย่างเฉียบพลัน), P: pulmonary embolism (ลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอด) (Ponikowski et al., 2016) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ เช่น ลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ ภาวะติดเชื้อมีในกระแสเลือด ภาวะพิษจากสารเคมีบางชนิด โรคทางพันธุกรรมหรือความผิดปกติแต่กำเนิด ซึ่งเป็นต้น (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2560)

อาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อย ได้แก่ หายใจลำบาก หอบเหนื่อยเมื่อออกแรง หรือแม้แต่พักผ่อนนอนราบไม่ได้ ต้องนึ่งหรือนอนศีรษะสูง ไอ อาจมีเสมหะปนเลือด เสียงหายใจผิดปกติหรือมีเสียงหวีด นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย อาจมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หากมีสาเหตุจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัสสาวะน้อยลง ขาบวม อ่อนเพลีย ง่วงซึม สับสน (Ponikowski et al., 2016)

การวินิจฉัยควรมีความครอบคลุมทั้งประวัติ อาการทางคลินิก ผลตรวจร่างกาย และผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ (McDonagh et al., 2021) โดยประเมินจากประวัติ อาการ และการตรวจร่างกาย เช่น มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจ, อาการหอบเหนื่อย เหนื่อยง่าย เจ็บแน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ ขาบวม เป็นต้น และพบสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ชีพจรเร็วผิดปกติ, การตรวจทางภาพรังสี ได้แก่ ภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray: CXR) อาจพบเงาหัวใจโต และ/หรือ น้ำคั่งในปอด และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography: EKG) ที่ผิดปกติ, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เอนไซม์บ่งชี้ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (troponin), และระดับ B-type or brain natriuretic peptide (BNP) หรือ N-terminal of prohormone of brain natriuretic peptide (NT-proBNP) ที่สูงผิดปกติในภาวะหัวใจล้มเหลว (UK et al., 2016; McDonagh et al., 2021), การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (transthoracic echocardiography: TTE) เพื่อประเมินหัวใจว่าห้องใดบีบตัวผิดปกติและมีระดับความรุนแรงระดับใด (Ponikowski et al., 2016), การตรวจสวนหัวใจเพื่อดูการตีบตันของเส้นเลือดหัวใจ (Felker et al., 2022), การตรวจเลือดทั่วไป ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count: CBC), การทำงานของไต (renal function), การทำงานของตับ (liver function test: LFT), การทำงานของต่อมไทรอยด์ (thyroid function test: TFT) อาจไม่จำเป็นต้องรีบตรวจในเบื้องต้น แต่อาจมีประโยชน์ในการวินิจฉัยแยกโรคและค้นหาสาเหตุ

การจำแนกประเภทและกลไกการเกิด AHF: แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) acute decompensate heart failure (ADHF) ใช้เรียกในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic heart failure: CHF) เดิมอยู่แล้ว และอาการแย่ลงฉับพลัน 2) acute de novo heart failure ใช้เรียกผู้ป่วยที่ไม่เคยเป็นโรคหัวใจมาก่อน นอกจากนี้ยังสามารถแบ่ง AHF ตามกลไกการเกิดโรคได้ 2 กลุ่ม คือ 1) cardiac type เกิดจากภาวะต่าง ๆ ที่ทำให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบออกต่อนาที (cardiac output: CO) ลดลง เช่น จังหวะการเต้นของหัวใจไม่ปกติ หัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle: LV) บีบตัวไม่ดี สารน้ำจึงไหลกลับไปปอดเกิดน้ำท่วมปอด หัวใจห้องล่าง

ขวา (right ventricle: RV) บีบไม่ดี สารน้ำไหลเวียนกลับ (venous system) จึงเกิดอาการบวมทั่วร่างกาย 2) vascular type เกิดจากหลอดเลือดหดตัว (vasoconstriction) จากสาเหตุต่าง ๆ อย่างเฉียบพลัน ทำให้เลือดวิ่งเข้าสู่หัวใจอย่างรวดเร็ว (increased venous return) แต่หัวใจบีบเลือดออกได้ลำบาก เพราะต้องเผชิญกับความดันเลือดที่สูงจากการหดตัวของหลอดเลือด (increased after load) สารน้ำจึงไหลกลับท่วมปอด ส่งผลให้เกิด AHF ความแตกต่างทางคลินิกของ 2 กลุ่มนี้คือ cardiac type เกิดจากการค่อยๆ คั่งของสารน้ำ ผู้ป่วยมักให้ประวัติว่าค่อย ๆ เหนื่อยขึ้น (ใช้เวลาหลายวัน) ความดันโลหิตปกติถึงต่ำ ถ้าไปตรวจด้วย TTE พบว่า ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle ejection fraction: LVEF) ต่ำ พบบ่อยในผู้ป่วย ADHF ส่วน vascular type เกิดจากหลอดเลือดหดตัวอย่างเฉียบพลัน หัวใจบีบเลือดไม่ทัน ผู้ป่วยมักให้ประวัติเหนื่อยอย่างรวดเร็ว (ภายในหลักชั่วโมง) ความดันโลหิตมักค่อนข้างสูง เพราะกลไกการเกิดโรค คือการหดตัวของหลอดเลือด ถ้าตรวจด้วย TTE พบว่า LVEF ปกติได้ มักพบในผู้ป่วยที่ไม่เคยถูกวินิจฉัยหัวใจล้มเหลวมาก่อนเลย เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชั้นวิกฤตที่มีอวัยวะอื่นได้รับผลกระทบจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Ponikowski et al., 2016)

การประเมินและการรักษา แร่รับควรประเมินและรักษาภาวะคุกคามชีวิต (life-threatening condition) โดยเฉพาะภาวะหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้เพียงพอ (cardiogenic shock) และ ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) เช่น กรณีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่มี ST elevation (ST-elevation myocardial infarction: STEMI) ควรได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด (percutaneous coronary intervention: PCI) หรือกรณี hypertensive emergency ควรรักษาด้วยการให้ Nitroglycerin หยด (drip NTG) เป็นต้น เมื่อสัญญาณชีพ (vital sign: v/s) เริ่มคงที่ จึงเริ่มประเมินสาเหตุการเกิดภาวะ AHF ของผู้ป่วย ต่อไป (Ponikowski et al., 2016)

การรักษา AHF จำแนกตามลักษณะทางคลินิก แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) wet - warm: มีภาวะน้ำคั่งแต่ไม่มีภาวะการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ, 2) wet - cold: มีทั้งภาวะน้ำคั่งและภาวะการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ, 3) dry - warm: ไม่มีภาวะน้ำคั่งและไม่มีภาวะการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอ (ปกติ), 4) dry - cold: มีภาวะการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอแต่ไม่มีภาวะน้ำคั่ง (Ponikowski et al., 2016)

มาตรการหลักในการรักษา ประกอบด้วย 1) ยากระตุ้นการขับปัสสาวะ เช่น furosemide, torsemide, 2) ยาขยายหลอดเลือด เช่น Nitroglycerin เพื่อลดแรงต้านทานการไหลเวียนของเลือด, 3) ออกซิเจนเสริมในผู้ป่วยที่มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (พรภิษฐ์ และลิลลี่, 2562), 4) จัดการปัญหาพื้นฐาน เช่น ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หัตถการหลอดเลือดหัวใจ, 5) ปรับยาควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ยาขยายหลอดเลือด ยากระตุ้นขับปัสสาวะ ยาต้านการบีบตัวของหัวใจ (Amsterdam et al., 2023) ในรายที่รุนแรงมาก อาจพิจารณาใช้มาตรการเสริม เช่น ปอดเทียม หัวใจเทียม (Extracorporeal Membrane Oxygenator: ECMO), เครื่องช่วยการทำงานของหัวใจชนิดบอลลูนในหลอดเลือดแดงเอออร์ตา (Intra-Aortic Balloon Pump: IABP) เป็นต้น เมื่อภาวะวิกฤต

ผ่านพันต้องมีแผนป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรมสุขภาพและใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด (Greco et al., 2020)

การนำใช้แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล เพื่อประเมิน วินิจฉัย และวางแผนการพยาบาล: ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการประเมิน วินิจฉัย และวางแผนการพยาบาล ดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 2014) เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติการดูแล ได้แก่ มิติด้านร่างกาย: ประเมินอาการและอาการแสดง การทำงานของระบบไหลเวียนเลือด การหายใจ เป็นต้น, มิติด้านจิตใจ: ประเมินความวิตกกังวล ความเครียด การปรับตัว, มิติด้านสังคม: ประเมินบทบาทสัมพันธภาพ แหล่งสนับสนุน, มิติด้านจิตวิญญาณ: ประเมินความหมายของชีวิต ความหวัง ความเชื่อ รวมถึงนำ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบพยาบาล (ระบบทดแทนทั้งหมด, ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้) เช่น ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจในการดูแลตนเอง เพื่อให้รับรู้ข้อบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถให้คำแนะนำ เสริมทักษะให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ศึกษาสามารถวินิจฉัยข้อบกพร่องการดูแลตนเอง เช่น การขาดความรู้และทักษะในเรื่องโรค การรับประทานยา อาหารและการออกกำลังกาย เป็นต้น รวมถึงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอื่น ๆ เช่น ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง ความวิตกกังวล เป็นต้น สามารถวางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม (Ponikowski et al., 2016; Yancy et al., 2017) และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกขั้นตอน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกระยะของการรักษา ให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการ ให้คำปรึกษา แนะนำ สร้างความร่วมมือ สนับสนุนทางด้านจิตใจ และประสานงานการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Bingham & Plant, 2017) รวมถึงให้ความรู้และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ที่เน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Orem, 2001) เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้แผนการพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

การพยาบาลแรกรับและระยะเฉียบพลัน มีรายละเอียดดังนี้: 1) ควบคุมอาการและอาการแสดง เช่น การขาดออกซิเจน ภาวะน้ำท่วมปอด โดยการให้ออกซิเจนเสริม ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น และควบคุมอาการอื่น ๆ เช่น ความเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นต้น, 2) สนับสนุนการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดและการหายใจ, บริหารยาตามแผนการรักษา เช่น ยาขยายหลอดเลือด ยาลดแรงดันหัวใจ, สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไตวายเฉียบพลัน ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง เป็นต้น 3) ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการรักษาตามมาตรฐาน เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เป็นต้น, 4) ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุม การพยาบาลแรกรับและระยะเฉียบพลันอย่าง

มีคุณภาพจะช่วยลดอาการและภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความปลอดภัย และเตรียมผู้ป่วยสู่การฟื้นฟูต่อไป (Gordon, 2014; Ponikowski et al., 2016; Yancy et al., 2017)

การพยาบาลต่อเนื่องและการเตรียมจำหน่าย มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อย่างครบวงจร ประกอบด้วย 1) ให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การประเมินอาการ การจัดการอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอาการ การใช้ยา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 2) วางแผนการนัดติดตามและประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 3) ประสานงานกับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ และสถานบริการปฐมภูมิในชุมชน 4) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุน เช่น สมาคมโรคหัวใจและเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2023)

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดการรับไว้รักษาซ้ำในโรงพยาบาล ควรดำเนินการดังนี้ 1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทนำในการจัดการภาวะเรื้อรัง 2) พัฒนาแผนดูแลสุขภาพแบบผสมผสานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและชุมชน 3) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 4) ให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง (Ponikowski et al., 2016) 5) สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกายภาพและโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 6) ประเมินคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องและปรับแผนการดูแลการดูแลแบบองค์รวมที่ผสมผสานบทบาทของผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพ และชุมชน มีความสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ผลการศึกษา และการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1: หญิงไทยอายุ 63 ปี ประวัติโรคเบาหวาน (diabetes mellitus: DM) ความดันโลหิตสูง (hypertension) และไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) 15 ปี รับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 7 วันก่อนมา มีอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ ซ้ำแยมารับประทาน อาการไม่ทุเลาลง มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยขณะมีกิจกรรม จุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ นอนราบไม่ได้ ชาบวม ระดับ 1+, ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ 2 (Functional class New York Heart Association (NYHA FC II), CXR พบหัวใจโตและมีการคั่งของน้ำในปอด, EKG มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation: SpO₂) 98% ความเข้มข้นของเลือด (hematocrit: Hct) 27.9%, พบเม็ดเลือดขาวสูง (white blood cells: WBC) 11,310 cells/mL ให้ยารับประทานที่บ้าน ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด CXR พบหัวใจโตและมีน้ำคั่งในปอด น้ำตาลในเลือดสูง (fasting blood sugar: FBS) 314 mg%, น้ำตาลสะสมในเลือดสูง (hemoglobin A1C: HbA1C) 9.7%, NT-proBNP และ Troponin I มีค่าสูงผิดปกติ วินิจฉัยเป็นหัวใจล้มเหลว ให้ยารับประทานที่บ้าน นัดติดตามอาการ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินก่อนวันนัด ด้วยอาการ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล หายใจลำบาก เหนื่อยมากขึ้น ไอบ่อย, อัตราการหายใจ (respiration rate: RR) 32 ครั้ง/นาที (beat per minutes: bmp), SpO₂ 96% ฟังปอดได้ยินเสียงน้ำ (crepitation) ด้านล่างปอดทั้งสองข้าง ชาบวมทั้งสองข้างระดับ 1+, CXR พบภาวะหัวใจโต EKG พบว่ามีภาวะหัวใจเต้นเร็วร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายโต แพทย์พิจารณารับไว้นอนรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยแรกรับ acute de novo heart failure, HT, DM type

2, dyslipidemia ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ ต่อเนื่องใน 2 สัปดาห์

กรณีศึกษาที่ 2 : ชายไทยอายุ 43 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยอาการใจสั่น ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ตรวจ TTE ที่คลินิกได้ค่า LVEF 28% แพทย์แนะนำให้ นอนโรงพยาบาล 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ รักษาโรงพยาบาลเอกชน วินิจฉัยว่าเป็นโรค กระเพาะอาหาร รับประทานยาลดกรด อาการไม่ดีขึ้น รู้สึกเหนื่อยมากขึ้นเวลาออกกำลังกาย นอนราบไม่ได้ และมี หายใจเหนื่อยตอนกลางคืน ปัสสาวะออกน้อย แกร็บ มีอาการใจสั่น PR 98 - 177 bpm, RR 18 bpm, BP 121/84 - 160/94 mmHg, SpO2 97 - 99% ตรวจร่างกาย NYHA FC II, JVP 6 cm above sternal angle, CXR พบภาวะ หัวใจโต, EKG พบว่ามีภาวะหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ (sinus tachycardia) ร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายโต (Left ventricular hypertrophy: LVH), ผล NT - proBNP 11,678 pg/mL และ troponin I 33.75 pg/mL ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะบาดเจ็บของไตเฉียบพลัน eGFR 48.7, Creatinine 1.69 mg/dL, ค่า แมกนีเซียม 1.5 mg/dL มีค่าต่ำกว่าปกติ แพทย์พิจารณารับไว้ในนอนรักษา ในโรงพยาบาล การวินิจฉัยแรกรับ มีภาวะ หัวใจล้มเหลวที่เกิดร่วมกับการบีบตัวของหัวใจห้องซ้ายล่าง (systolic heart failure หรือ HFrEF) ร่วมกับภาวะไตวาย เฉียบพลัน (acute kidney injury: AKI) ร่วมกับ ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (hypomagnesium) และมีอาการใจสั่น (palpitation) แบบจังหวะการเต้นหัวใจปกติ ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการต่อเนื่องใน 2 สัปดาห์

ผลการศึกษาเปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1 - ตารางที่ 5

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน/ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ / อายุ	หญิง / 63 ปี	ชาย / 43 ปี
ภูมิลำเนาเดิม	ภูเก็ต	ภูเก็ต
สัญชาติ / ศาสนา	ไทย / พุทธ	ไทย / พุทธ
น้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI	60.1 กิโลกรัม / 160 เซนติเมตร / 23.48	60.4 กิโลกรัม / 175 เซนติเมตร / 19.72
สถานภาพสมรส	หม้าย	คู่
ระดับการศึกษา	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	อนุปริญญา
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ธุรกิจส่วนตัว
ผู้ดูแล	บุตรชาย	คู่สมรส
สิทธิการรักษา	ประกันสังคม	ประกันชีวิต

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน/ ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (ต่อ)		
โรคประจำตัว	1. Type 2 DM 2. HT รับการรักษาต่อเนื่อง	ปฏิเสธโรคประจำตัว
ประวัติแพ้ยา การสูบบุหรี่ สุรา และสารเสพติดอื่น ๆ	ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มเบียร์ทุกวัน > 3 ขวด/วัน ดื่มเหล้าเป็นบางวันมากกว่า 20 ปี
วันรับการรักษา	9 - 12 พฤศจิกายน 2566 (4 วัน)	10 - 17 พฤษภาคม 2566 (7 วัน)
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล เจ็บคอ มีไข้ ซ้ำยาแก้ไอ อะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) อาการเจ็บคอดีขึ้น 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอมากขึ้น มีเสมหะ ไอแล้วเจ็บที่หน้าอก เหนื่อยเวลาไอ เหนื่อยเวลาเดินขึ้นบันได เจ็บจุกที่ลิ้นปี่ ไม่มีร้าวไปตำแหน่งอื่น	1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ อาการเพิ่มขึ้น หลังรับประทานอาหาร รักษาโรงพยาบาลเอกชน วินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะอาหาร (dyspepsia) รับประทานยาลดกรด อาการไม่ดีขึ้น รู้สึกเหนื่อยมากขึ้นเวลาออกกำลังกาย เริ่มนอนราบไม่ได้
EKG	จังหวะการเต้นของหัวใจปกติ (Normal sinus rhythm: NSR), หัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัว (left ventricular hypertrophy: LVH)	หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ (Sinus tachycardia), LVH
CXR	Cardiomegaly with Pulmonary congestion	cardiomegaly with Pulmonary congestion
NT-proBNP	1,065.8 pg/ml	11,678 pg/ml
การวินิจฉัย แรกเริ่ม/ pre-diagnosis	AHF precipitated from infection, HT, Type2DM (Poor control)	HFrEF (TTE: LVEF 28%)

จากตารางที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีความแตกต่างกันหลายประการ โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้สูงอายุหญิง อายุ 63 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ จนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ชายวัยทำงาน อายุ 43 ปี ไม่มีโรคประจำตัว แต่มีพฤติกรรมเสี่ยงคือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ จนส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Desai et al., 2023) นอกจากนี้ ยังพบความแตกต่างในระยะเวลาก่อนมารับการรักษา โดยกรณีที่ 1 มีอาการรุนแรงภายใน 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่กรณีที่ 2 มีอาการมานาน 1 เดือนก่อนมารับการรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันของกรณีศึกษาที่ 2 รุนแรงกว่า สอดคล้องกับผลการตรวจระดับ NT-proBNP ที่สูงกว่ากรณีศึกษาที่ 1 มาก (Kozor et al., 2021)

ตารางที่ 2 การประเมินสภาพร่างกายที่ผิดปกติตามระบบแรกรับ เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สภาพทั่วไป	รูปร่างท้วม ผอมชอยสั้น ผิวค่อนข้างคล้ำ นอนพักในท่าศีรษะสูง (นอนราบไม่ได้) ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าไม่สุขสบาย ค่อนข้างวิตกกังวล ขาทั้ง 2 ข้าง บวม กดบวม มีไอมีเสมหะในคอ เสียงแหบ	รูปร่างค่อนข้างผอม ผิวคล้ำ นอนพักในท่าศีรษะสูง (นอนราบไม่ได้) ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าไม่สุขสบาย
สัญญาณชีพ	BT 36.5°C, PR 92 bpm, RR 32 bpm, BP 141/70 mmHg, SpO2 96%	BT 36.5°C, PR 146 bpm, RR 20 bpm, BP 121/84 mmHg, SpO2 97%,
ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์	ผู้ป่วยปัสสาวะโดยการคาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน	ปัสสาวะได้เอง ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน
การตรวจร่างกาย	Heart: regular rhythm, normal S1, S2, no murmur Lung: crepitation both lower lungs, no wheezing Extremities: pitting edema 1+	HEENT: JVP 6 cm above sternal angle Heart: regular rhythm, normal S1, S2, no murmur Lung: crepitation both lower lungs, no wheezing Extremities: no edema both Legs.

จากตารางที่ 2 วิเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า อาการและอาการแสดงที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ฟังปอดมีเสียง crepitation both lower lungs ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ความแตกต่างที่สำคัญ คือ กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการบวมที่ขาทั้งสองข้าง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการใจสั่น (PR 146 bpm) และ JVP 6 cm above sternal angle. ซึ่งแสดงถึงภาวะน้ำเกิน เช่นกัน ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Ponikowski et al., 2016)

ตารางที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน 2 กรณีศึกษา

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ACC/AHA Staging	C: ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของหัวใจและกำลังมีหรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว	C: ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของหัวใจและกำลังมีหรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว
NYHA Functional Classification	II: ทำกิจวัตรทั่วไปได้น้อยลง ไม่มีอาการขณะพัก แต่การทำกิจกรรมทั่วไปจะทำให้แสดงการเล็กน้อย	II: ทำกิจวัตรทั่วไปได้น้อยลง ไม่มีอาการขณะพัก แต่การทำกิจกรรมทั่วไปจะทำให้แสดงการเล็กน้อย
left ventricular ejection Fraction (LVEF)	preserved EF (pEF): 60% (15 พฤศจิกายน 2566)	reduced EF (rEF): 18% (11 พฤษภาคม 2566)
ลักษณะของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน	acute de novo heart failure	acute decompensated heart failure
สภาวะการไหลเวียนโลหิต	wet - warm:	dry - warm:
ยาที่ใช้ในการรักษา	SGLT2 inhibitors	ACE inhibitors, Beta blockers

จากตารางที่ 3 วิเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า ระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ACC/AHA Staging) และระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (NYHA Functional Classification) นั้นเหมือนกันในทั้งสองกรณีศึกษา โดยอยู่ในระยะ C และระดับ II ตามลำดับ แสดงว่าทั้งสองรายมีพยาธิสภาพของหัวใจที่ทำให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทั่วไปเล็กน้อย ค่า LVEF ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย ถ้าค่า LVEF < 40% จัดเป็น Reduced EF หรือ (Heart Failure with Reduced EF: HFrEF) ในขณะที่ค่า LVEF \geq 50% จัดเป็น Preserved EF หรือ (Heart Failure with Preserved EF: HFpEF) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562) กรณีศึกษาทั้งสองราย มีค่า LVEF แตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีค่า LVEF 60% จัดอยู่ในกลุ่ม HFpEF ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีค่า LVEF 18% จัดอยู่ในกลุ่ม HFrEF แสดงว่ากรณีศึกษาที่ 2 มีการทำงานของหัวใจบกพร่องมากกว่า ด้านลักษณะของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันนั้นแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็น acute de novo หมายถึงเป็นครั้งแรกที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 เป็น acute decompensated หมายถึงเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ทรุดลงจากเดิม ด้านสภาวะการไหลเวียนโลหิตนั้นแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นแบบ wet-warm คือมีปริมาณสารน้ำส่วนเกิน แต่การไหลเวียนโลหิตเพียงพอ จัดอยู่ในกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันแบบ vascular type เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร่วมกับการติดเชื้อทางเดินหายใจ ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 เป็นแบบ dry-warm คือมีปริมาณสารน้ำปกติ แต่การไหลเวียนโลหิตไม่เพียงพอ จัดอยู่ในกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันแบบ cardiac type กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงจากแอลกอฮอล์ (11 พฤษภาคม 2566 TTE: LVEF 18%,

alcoholic cardiomyopathy with SEC in LV) ส่งผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว และอาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนยาที่ใช้ในการรักษานั้นแตกต่างกัน โดยกรณีที่ 1 ใช้ SGLT2 inhibitors ซึ่งเป็นยากลุ่มใหม่ที่ช่วยลดปริมาณน้ำในร่างกาย ในขณะที่กรณีที่ 2 ใช้ ACE inhibitors และ Beta blockers ซึ่งเป็นยามาตรฐานในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิด HFrEF โดยสรุป แม้ว่าทั้งสองกรณีศึกษาจะอยู่ในระยะและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเท่ากัน แต่มีความแตกต่างกันในด้าน การทำงานของหัวใจ ลักษณะของภาวะหัวใจล้มเหลว สภาวะการไหลเวียนโลหิต และการเลือกใช้ยารักษา ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิกำเนิดและปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนที่ผิดปกติ เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ	<p><u>ก่อนเจ็บป่วย</u> รับรู้ว่ามีโรคประจำตัวคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง ไม่สามารถควบคุมระดับของโรคได้ตามเป้าหมาย และไม่ทราบว่าการควบคุมโรคไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน</p> <p><u>ขณะเจ็บป่วย</u> รับรู้ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากน้ำท่วมปอด</p> <p><u>หลังเจ็บป่วย</u> รับรู้ว่าจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันซ้ำ</p>	<p><u>ก่อนเจ็บป่วย</u> ไม่ทราบว่าการดื่มสุรา เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และไม่ทราบว่ามีปัญหาเรื่องโรคหัวใจ เข้าใจว่าเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด</p> <p><u>ขณะเจ็บป่วย</u> รับรู้ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากการบีบตัวของหัวใจลดลง</p> <p><u>หลังเจ็บป่วย</u> รับรู้ว่าจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันซ้ำ</p>
2. โภชนาการและการเผาผลาญ	<p><u>ก่อนเจ็บป่วย</u> จัดหาอาหารเอง ไม่ได้เคร่งครัดในการควบคุมอาหาร กรณีเดินทางออกนอกพื้นที่หรือท่องเที่ยว จะไม่ควบคุมอาหาร</p> <p><u>ขณะเจ็บป่วย</u> รับประทานอาหารได้น้อย ระบุว่ามีการจำกัดน้ำดื่ม และจำกัดโซเดียม</p> <p><u>หลังเจ็บป่วย</u> รับรู้ว่าจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมโรคเรื้อรัง และการจำกัดน้ำดื่ม</p>	<p><u>ก่อนเจ็บป่วย</u> ส่วนใหญ่ รับประทานอาหารนอกบ้าน</p> <p>๑ เดือนก่อนมาโรงพยาบาล น้ำหนักลดลง ๒ - ๓ กิโลกรัม</p> <p><u>ขณะเจ็บป่วย</u> รับประทานอาหารได้ปกติ ระบุว่ามีการจำกัดน้ำดื่ม และจำกัดโซเดียม</p> <p><u>หลังเจ็บป่วย</u> ระบุว่าจะต้องมีการเลิกดื่มแอลกอฮอล์เพื่อฟื้นฟูการทำงานของหัวใจ ป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันซ้ำ</p>

ตารางที่ 4 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนที่ผิดปกติ เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3.การขับถ่าย	<p><u>ก่อนเจ็บป่วย</u> ปกติ</p> <p><u>ขณะเจ็บป่วย</u> คาสายสวนปัสสาวะจำนวน 3 วัน เนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน ได้รับยาขับปัสสาวะ มีอาการอ่อนเพลีย ระบุว่าเกิดจากการได้รับยาขับปัสสาวะ</p> <p><u>หลังเจ็บป่วย</u> ขับถ่ายปกติ ระบุว่าผลการรับประทานยาต่อเนื่อง ส่งผลให้ปัสสาวะบ่อย และต้องป้องกันไม่ให้ท้องผูก</p>	<p><u>ก่อนเจ็บป่วย</u> ปัสสาวะน้อยกว่าปกติ</p> <p><u>ขณะเจ็บป่วย</u> ระบุว่าผลการปัสสาวะ บ่อยกว่าปกติ เนื่องจากการได้รับยาขับปัสสาวะ เพื่อช่วยลดการทำงานของหัวใจ</p> <p><u>หลังเจ็บป่วย</u> ขับถ่ายปกติ ระบุว่าผลการรับประทานยาต่อเนื่อง ส่งผลให้ปัสสาวะบ่อย และต้องป้องกันไม่ให้ท้องผูก</p>
4.กิจกรรมและการออกกำลังกาย	<p><u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง เดินออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ก่อนเข้าโรงพยาบาลเหนื่อยง่ายเมื่อมีกิจกรรม</p> <p><u>ขณะเจ็บป่วย</u> มีอาการอ่อนเพลีย จำกัดกิจกรรมบนเตียง</p> <p><u>หลังเจ็บป่วย</u> มีอ่อนเพลีย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง มีญาติดูแลใกล้ชิด ระบุว่าต้องมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อเนื่อง เพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย</p>	<p><u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอโดยการปั่นจักรยาน วิ่ง และว่ายน้ำ 1 เดือน ก่อนเข้าโรงพยาบาลไม่ได้ออกกำลังกาย</p> <p>เนื่องจาก เหนื่อยง่าย</p> <p><u>ขณะเจ็บป่วย</u> มีอาการอ่อนเพลีย จำกัดกิจกรรม</p> <p><u>หลังเจ็บป่วย</u> ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ระบุว่าต้องมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อเนื่อง เพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย</p>
5.การนอนหลับและการพักผ่อน	<p><u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> นอนหลับวันละ 6 - 8 ชั่วโมง/วัน</p> <p><u>ขณะเจ็บป่วย</u> 7 วันก่อนมารพ.เริ่มมีอาการนอนไม่หลับ 3 วันก่อนมารพ.หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้</p> <p><u>หลังเจ็บป่วย</u> นอนหลับไม่สนิท มีอาการอ่อนเพลีย</p>	<p><u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> นอนหลับวันละ 6 ชั่วโมง/วัน</p> <p><u>ขณะเจ็บป่วย</u> 1 เดือนก่อนมารพ. นอนหลับไม่สนิท ตื่นระหว่างนอนแทบทุกคืน ต้องรับประทานยานอนหลับ</p> <p><u>หลังเจ็บป่วย</u> นอนหลับไม่สนิท มีอาการอ่อนเพลีย</p>

จากตารางที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ ได้แก่ แบบแผนสุขภาพที่ 1, 2, 3, 4, และ 5 โดยสรุป คือ ทั้งสองกรณีมีแบบแผนสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน จากขาดการรับรู้

ปัญหาสุขภาพ ขาดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จนนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ขณะเจ็บป่วยได้รับความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว ทำให้เข้าใจถึงสภาวะของโรค และเห็นถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทุกด้านของแบบแผนสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันกลับซ้ำ

จากการประเมินโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ร่วมกับ อาการ อาการแสดง การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่าง ๆ นำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อแก้ไขความผิดปกติของร่างกาย ความผิดปกติของแบบแผนสุขภาพ การป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้แบบแผนสุขภาพนั้นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอน การให้คำแนะนำ การสาธิต การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยมุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม และการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ระบบพยาบาล)	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
ระยะแรกเริ่ม		
1. ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง (ระบบทดแทนบางส่วน ด้วยวิธีการสนับสนุนทางด้านร่างกาย และให้ความรู้ด้วยวิธีการอธิบาย การสอน การชี้แนะแนวทาง) วัตถุประสงค์ เพื่อให้การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพ และปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน ข้อมูลสนับสนุน กรณีศึกษาที่ 1: หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไอบ่อยมีเสมหะ ฟังเสียงปอดพบ crepitation both lower lung, ขาบวมกดบวมระดับ1+, PR 92 bpm, RR 32 bpm, BP 140/70 mmHg, SpO2 96%, CXR พบ cardiomegaly, pulmonary infiltration, Pro-BNP 1065.8 pg/mL กรณีศึกษาที่ 2: หายใจเหนื่อยมากขึ้น เมื่อทำกิจกรรม ประมาณ 1 เดือน นอนราบไม่ได้ และหลับไม่สนิท ตื่นระหว่าง	1) จัดให้นอนศีรษะสูงประมาณ 45 องศา หรือ ฟุบบน over bed 2) ประเมินอาการและอาการแสดง เช่น เหนื่อยหอบ/ เหนื่อยเมื่อนอนราบ อ่อนเพลีย บวมกดบวม เป็นต้น 3) วัดสัญญาณชีพและ SpO2 ทุก 15 - 30 นาที และความอ่อนแอของผิวหนัง หากอาการคงที่ ติดตามและบันทึกทุก 1 - 4 ชั่วโมง 4) ประเมินอาการบวมของร่างกาย และฟังปอด ประเมินเสียงผิดปกติ เช่น crepitation, rhonchi ติดตามผลตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก 5) ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะ Lasix 40 mg IV ตามแผนการรักษา และบันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 8 ชั่วโมง 6) ดูแลให้ได้รับอาหารเฉพาะโรค 7) เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินในการใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อมใช้งานทันที กิจกรรมการพยาบาลที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1: 1) จำกัดน้ำดื่ม < 1 ลิตร/วัน (I/O keep Negative 1500 - 2000 mV/day)	กรณีศึกษาที่ 1: มีอาการดีขึ้น เป็นลำดับ สามารถจำหน่ายหลังเข้ารับการรักษาวันที่ 4 ยังคงมีอาการ อ่อนเพลีย รับประทานได้น้อย capillary refill ปกติ ฟังเสียงปอดปกติ CXRปกติ ขาทิ้ง 2 ข้างบวมลดลง, BT 36.7 - 37 °C, PR 74 - 104 bpm, RR 18 - 20 bpm, BP 110/60 - 160/80 mmHg, SpO2 97 - 99%, Urine output 1,100 - 2,200 mL/Day แนะนำการสังเกตอาการแสดงภาวะหัวใจวายที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด กรณีศึกษาที่ 2: มีอาการดีขึ้น เป็นลำดับ ไม่ตื่นระหว่างนอนหลับ ทำกิจกรรมได้มากขึ้นโดยไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีใจสั่น ไม่

ตารางที่ 5 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ระบบพยาบาล)	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
ระยะแรกเริ่ม (1 ต่อ)		
<p>คิ่น, ฟังเสียงปอดพบ crepitation both lower lungs, BT 36.5 °C, PR 146 bpm, RR 20 bpm, BP 121/84 mmHg, SpO2 97% ผล TTE LVEF 28% จากคลินิกเอกชน, CXR พบ biventricular HF, Lt. > Rt cardiomegaly, pulmonary infiltration, NT- proBNP 11,678 pg/mL</p>	<p>2) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca., Mg, PO4 <u>กรณีศึกษาที่ 2:</u> 1) จำกัดน้ำดื่ม < 800 ml/day. 2) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca., Mg, PO4, LFT, Pro BNP, Trop I ๐,๓ hrs., HbA1C, FBS, Lipid profile, PT, INR, UA 3) รักษาด้วยยากลุ่มBB คือ carvedilol, กลุ่มอัลโดสเตอโรน แอนตาโกนิส คือ Spironolactone และกลุ่ม NOACS คือ Apixaban (เนื่องจากมีภาวะไตบกพร่อง มีการลดลงของค่า LVEF มีภาวะหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ ข้อดีช่วยความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน และ major bleeding น้อยกว่า warfarin ไม่จำเป็นต้องติดตามระดับ INR ยินดีและพร้อมในการจ่ายค่ายา สังเกตอาการข้างเคียงของยาแต่ละตัว 4) ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยการจัดสถานที่ให้เงียบสงบ จำกัดเวลาการเยี่ยม 5) ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติกิจกรรม หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก 6) ป้องกันการออกแรงทันทีทันใด เช่น การเบ่ง ถ่ายอุจจาระ หรือการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น ตื่นเต้น ตกใจ เสียใจ เป็นต้น</p>	<p>เจ็บหน้าอก สามารถจำหน่าย หลังเข้ารับการรักษาวันที่ 8 ของการรักษา capillary refill ปกติ ฟังเสียงปอดปกติ CXR ปกติ ไม่มีอาการข้างเคียงจากกลุ่มยา BB, Aldosterone antagonist และ NOACS, BT 37°C, PR 92 bpm, RR 20 bpm, BP 115/76 mmHg, SpO2 99%</p>
<p>2. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ระบบทดแทนบางส่วน ด้วยวิธีการสนับสนุนทางด้านร่างกาย และให้ความรู้ด้วยวิธีการอธิบาย การสอน การชี้แนะแนวทาง <u>วัตถุประสงค์</u> สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ตามแผนการ</p>	<p>1) ประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเปลี่ยนแปลง สูงหรือต่ำผิดปกติ 2) ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารเฉพาะโรค ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง และดูแลให้ได้รับ</p>	<p>ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ได้รับยาฉีดอินซูลินตามแผนการรักษา ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p>

ตารางที่ 5 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ระบบพยาบาล)	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
ระยะแรกรับ (2 ต่อ)		
<p>รักษา ปลอดภัยจากระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเปลี่ยนแปลง</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u></p> <p><u>กรณีศึกษาที่ 1:</u> มีประวัติเบาหวาน 15 ปี, DM Poor control (ควบคุมอาหารไม่ต่อเนื่อง) FBS 314 mg%, HbA1c 9.7%, DTX 228 - 342 mg%</p> <p><u>กรณีศึกษาที่ 2:</u> -</p>	<p>อาหารเฉพาะโรค</p> <p>3) สังเกตและบันทึกจำนวนอาหารที่ผู้ป่วยได้รับทุกมื้อ</p> <p>4) ติดตามและบันทึกที่ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่อเนื่อง ก่อนอาหารและก่อนนอน</p> <p>5) ดูแลให้ได้รับยาลดระดับน้ำตาลตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เช่น ยา Insulin พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ</p>	<p>และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ</p> <p>ระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า ในวันที่ 4 ก่อนจำหน่าย 228 mg% และปรับเป็นยารับประทานในวันจำหน่าย</p>
<p>3. มีภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลัน</p> <p>(ระบบทดแทนบางส่วน ด้วยวิธีการสนับสนุนทางด้านร่างกาย และให้ความรู้ด้วยวิธีการอธิบาย การสอน การชี้แนะแนวทาง)</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u> ไตทำงานได้ดีขึ้น</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u></p> <p><u>กรณีศึกษาที่ 1 :</u> -</p> <p><u>กรณีศึกษาที่ 2 :</u> ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน ปัสสาวะน้อย ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้รับยาฉีดขับปัสสาวะ, eGFR 48.7 (CKD Stage 3a), Creatinine 1.69 mg/dL, CO₂ 20 mmol/L และอ่อนเพลีย</p>	<p>1) ประเมินอาการแสดงจากของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน โวยวาย หอบเหนื่อย/หายใจหอบลึก เป็นต้น</p> <p>2) ดูแลรับประทานอาหารอ่อนจืดเบาหวานพลังงานสูง โปรตีนต่ำ โปแทสเซียมต่ำ</p> <p>3) ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาและระมัดระวังผลข้างเคียงของการได้รับยา</p> <p>4) Record I/O q 8 hrs.</p> <p>5) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน เช่น เหนื่อย นอนราบไม่ได้ ฟังปอดทุกแฉก ประเมิน SpO₂ ภาวะบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย</p> <p>6) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกวัน ได้แก่ BUN, Cr, eGER และElectrolyte</p> <p>7) ติดตามและเฝ้าระวังการใช้ยาที่มีผลต่อการทำงานของไต</p>	<p>ภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันดีขึ้น และไม่มีอาการแสดงจากของเสียคั่งในร่างกาย, ผลElectrolyte ปกติ, Urine output 1,000 - 2,000 ml/Day, Creatinine 1.69 ลดลงเหลือ1.14 mg/dL (Unknown Cr. baseline) eGFR 48.7 เพิ่มขึ้นเป็น 78.3 (CKD stage3a ลดระดับเป็น CKD stage 2), อาการผู้ป่วยดีขึ้น หลังการรักษาวันที่ 4 แพทย์วางแผนจำหน่าย ไม่พบอาการและอาการแสดงของแมกนีเซียมในเลือดต่ำ</p>
<p>4. มีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ</p> <p>(ระบบทดแทนบางส่วน ด้วยวิธีการสนับสนุนทางด้านร่างกาย และให้ความรู้ด้วยวิธีการอธิบาย การสอน การชี้แนะแนวทาง)</p> <p><u>วัตถุประสงค์</u> ระดับแมกนีเซียมให้กลับสู่ภาวะปกติ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u></p> <p><u>กรณีศึกษาที่ 1 :</u> -</p>	<p>1) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสน ชัก กล้ามเนื้อบิดเกร็ง สั่น มือจีบ การตอบสนองของ Reflex เร็วไวขึ้น เป็นต้น</p> <p>2) วัดสัญญาณชีพ อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>3) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ 50%MgSO₄ 8 ml+5/DW 100 ml IV drip in 4 hr. x 3 days. ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังขณะให้ยา ดังนี้ ประเมิน</p>	<p>PR 90 bpm, RR 20 bpm, BP 110/80 mmHg, SpO₂ 98%, Intake 700 cc. Output 1,050 cc, Mg = 1.8 mg/dl ปกติ ในวันที่ 5 ของการรักษา</p>

ตารางที่ 5 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ระบบพยาบาล)	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
ระยะแรกเริ่ม (4 ต่อ)		
<u>กรณีศึกษาที่ 2</u> : มีอาการอ่อนเพลียง่าย ท้องอืด ปัสสาวะออกน้อย, Mg 1.5 mg/dl,	การทำงานของไตก่อนและหลังให้ยาควบคู่กับ บันทึก Urine output วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 - 60 นาที เพื่อเฝ้าระวังการหายใจซ้ำ ความดันโลหิตต่ำ และติดตามผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	(14 พฤษภาคม 2566)
ระยะต่อเนื่อง และวางแผนจำหน่าย		
5. มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (ระบบทดแทนบางส่วน ด้วยวิธีการ สนับสนุนทางด้านร่างกาย และให้ความรู้ ด้วยวิธีการอธิบาย การสอน การชี้แนะ แนวทาง) <u>วัตถุประสงค์</u> โพแทสเซียมในเลือดกลับสู่ ภาวะปกติ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> <u>กรณีศึกษาที่ 1</u> : - <u>กรณีศึกษาที่ 2</u> : ได้รับยาฉีด Lasix 40 mg IV, Urine output 1,200 - 2,000 ml/Day, วันที่ 3 ของการรักษา K=3.31 mmol/L, ท้องอืด	1) ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น ง่วงซึม สับสน หายใจสั้น อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชา ตะคริว การตอบสนองของ Reflex เป็นต้น 2) ประเมินกำลังกล้ามเนื้อ แขน ขา ก่อนให้ทำ กิจกรรม 3) วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมงหรือตามสภาพ ผู้ป่วย 4) จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มีกิจกรรมเท่าที่ จำเป็น เฝ้าระวังผลตกหล่น 5) ให้ญาติจัดหาผลไม้ที่มีโพแทสเซียมมาเสริมเมื่อ อาหารให้แก่ผู้ป่วย เช่น กล้วย ส้ม 6) ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา คือ KCL Elixir 30 ml po. q 3 hr. x 2 dose โดย รับประทานยาหลังอาหารทันทีและดื่มน้ำตาม ½ - 1 แก้ว หลีกเลียงให้ยาขณะท้องว่าง และเฝ้า ระวังอาการข้างเคียงของยา เช่น ท้องเดิน ชาตาม ปลายมือปลายเท้า ริมฝีปาก เป็นต้น	โพแทสเซียมในเลือดกลับสู่ ภาวะปกติ หลังได้รับยา KCL Elixir 30 ml. x 2 dose และติดตามผลการตรวจระดับ โพแทสเซียมในเลือดทุกวัน ซึ่ง พบว่าอยู่ในระดับปกติ
6. มีความวิตกกังวลจากการรับรู้ว่ามี ภาวะโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเสี่ยง เกิดอันตรายถึงชีวิต (ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยวิธี การสอน ชี้แนะแนวทาง การสนับสนุน ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และ การสร้างสิ่งแวดล้อม)	1) สร้างสัมพันธภาพ แสดงท่าทีสงบ เป็นมิตร และสร้างความมั่นใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และความร่วมมืออันดี รับรู้ได้ว่าจะได้รับ ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ซึ่งจะช่วยลดความกลัวและ ความวิตกกังวลได้ 2) อธิบายพยาธิวิทยา ภาวะโรคหัวใจล้มเหลว เฉียบพลัน มักมีอาการรุนแรงและเฉียบพลันที่เป็น อันตรายถึงชีวิตได้ การดำเนินการของโรค แผนการ	<u>กรณีศึกษาที่ 1</u> : ผู้ป่วยและ ครอบครัวเข้าใจสถานะของ โรค สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับ ได้มากขึ้น <u>กรณีศึกษาที่ 2</u> : ผู้ป่วยและ ภรรยา เข้าใจสถานะของโรค สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับได้ มากขึ้น

ตารางที่ 5 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ระบบพยาบาล)	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
ระยะต่อเนื่อง และวางแผนจำหน่าย (6 ต่อ)		
<p><u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลลดลง เข้าใจถึงสถานะการเจ็บป่วย</p>	<p>รักษา การดูแลรักษาพยาบาล ผลการเปลี่ยนแปลงของการรักษาที่เกิดขึ้นในทางที่ตีรวมทั้งการตรวจพิเศษต่าง ๆ เพื่อให้คลายความวิตกกังวล</p>	
<p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> <u>กรณีศึกษาที่ 1:</u> มีภาวะโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก สีหน้าไม่สดชื่น มีพฤติกรรมที่แสดงความวิตกกังวล ด้วยการสอบถามว่าจะรักษาหายหรือไม่ อาการอยู่ในระดับใด มีโอกาสเกิดซ้ำได้หรือไม่ เป็นห่วงลูกไม่อยากให้บุตรชายเป็นกังวล และนอนไม่ค่อยหลับ</p>	<p>3) กระตุ้นให้ระบายความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลยอมรับสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออก สอบถามถึงวิธีแก้ปัญหา เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการให้การสนับสนุนด้านจิตใจและลดความตึงเครียด</p> <p>4) ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเองในบางเรื่อง เช่น การเข้าเยี่ยม การลดสิ่งกระตุ้นการร่วมพิจารณาใช้ยาในการรักษา เป็นต้น</p> <p>5) จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบลดสิ่งกระตุ้น</p>	
<p><u>กรณีศึกษาที่ 2:</u> มีภาวะโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก สีหน้าไม่สดชื่น เป็นหัวหน้าครอบครัว กลัวทำงานได้น้อยลง สูญเสียรายได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง กลัวเป็นภาระแก่ภรรยา มีพฤติกรรมที่แสดงความวิตกกังวล ด้วยการสอบถามว่าจะรักษาหายหรือไม่ อาการอยู่ในระดับใด มีโอกาสเกิดซ้ำได้หรือไม่ และนอนไม่หลับ</p>		
<p>7. พร่องความรู้ในการดูแลสุขภาพมีโอกาสภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันกลับซ้ำ (ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยวิธีการสอน ชี้แนะแนวทาง การสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และการสร้างสิ่งแวดล้อม)</p>	<p>1) ให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-METHOD</p> <p>ก) อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค การดำเนินของโรค และอาการกำเริบของโรค</p> <p>ข) อธิบายเรื่องยา การออกฤทธิ์ วิธีการ ขนาด ข้อควรระวัง ข้อห้าม ผลข้างเคียงจากยา</p> <p>การรับประทานอย่างต่อเนื่องห้ามหยุดยาเอง</p> <p>ค) การสอนเกี่ยวกับการจับชีพจร การสังเกตอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น และการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน</p> <p>ง) ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และแนะนำการปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคและข้อจำกัด</p>	<p><u>กรณีศึกษาที่ 1:</u> ผู้ป่วยและบุตรชาย สามารถตอบคำถามในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหารยา การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด อาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด และการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้</p>
<p><u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการในการดูแลตนเองไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันกลับซ้ำ</p> <p><u>ข้อมูลสนับสนุน</u> <u>กรณีศึกษาที่ 1:</u> เป็นผู้สูงอายุ วินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก</p>		

ตารางที่ 5 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล เปรียบเทียบ 2 กรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ระบบพยาบาล)	กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
ระยะต่อเนื่อง และวางแผนจำหน่าย (7 ต่อ)		
ไม่ทราบเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ	จ) แนะนำการควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยการปรับพฤติกรรม เช่น การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมความดันโลหิต และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น	<u>การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ</u>
ไม่ทราบเรื่องการปฏิบัติตัว	ข) ให้ความรู้ในการเลือกอาหารที่เหมาะสม เช่น อาหารที่มีกากใย หลีกเลียง อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม เป็นต้น	จากการซักถาม ผู้ป่วยรู้
มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน	ค) แนะนำการออกกำลังกายที่ถูกต้อง	ขั้นตอนการออกกำลังกาย
ความดันโลหิตสูง HbA1c 9.7%,	ด) การมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และช่องทางขอความช่วยเหลือ เช่น 1669	และสามารถปฏิบัติได้ วันที่ 4
BP 160/90 mmHg	ข) ให้ความรู้ในการเลือกอาหารที่เหมาะสม เช่น อาหารที่มีกากใย หลีกเลียง อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม เป็นต้น	ก่อนจำหน่าย สามารถเดินได้
<u>กรณีศึกษาที่ 2:</u> วินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก ไม่ทราบ	2) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งในระยะแรกที่ออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ จึงควรมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ	ในระยะ 100-150 เมตร โดยไม่มีอาการเหนื่อย
เรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ไม่ทราบ	3) สอนผู้ป่วยให้มีความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ	<u>กรณีศึกษาที่ 2:</u> ผู้ป่วยและ
เรื่องการปฏิบัติตัว ปฏิเสธโรคประจำตัว	ก) ประเมินความพร้อมก่อนออกกำลังกาย	ภรรยา สามารถตอบคำถามในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร
มีพฤติกรรมสังสรรค์หลังเลิกงานทุกวัน	ข) แนะนำและสาธิตการฝึกหายใจ	ยา การออกกำลังกาย
โดยการดื่มเบียร์ อย่างน้อยวันละ	ค) แนะนำการออกกำลังกายที่ถูกต้อง	การมาตรวจตามนัด
3 ขวด/วัน และเหล้าเป็นบางวัน	(ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2563).	อาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด การฟื้นฟูสภาพร่างกาย
ปฏิเสธการสูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่		รวมถึงการตั้งเป้าหมายในการเลิกดื่มสุรา
มือ 2 จากวงสังสรรค์ สถานที่ทำงานเป็น		การจากประเมินผู้ป่วย
อยู่ซ่อมรถยนต์ และเคาะปะ พ่นสี		อยู่ในขั้นยอมรับ
		พร้อมในการปรับพฤติกรรม คือ ตั้งเป้าหมายเลิกการดื่มสุราให้ได้ในระยะ 1 ปี
		<u>การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ</u>
		ผู้ป่วยรู้ขั้นตอนการออกกำลังกาย และสามารถปฏิบัติได้
		ตั้งแต่ วันที่ 4 ของการรักษา
		สามารถเดินได้ โดยไม่มีอาการเหนื่อย
		วันที่ 5 ของการรักษา
		มีอาการของโรคเกาต์กำเริบที่
		ข้อนิ้วหัวแม่เท้าขวา ทำให้ปวด
		เท้าต้องพักการเดิน ให้บริหาร
		ร่างกายโดยวิธีอื่นแทน

สรุปผลการนิศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 อยู่ในวัยสูงอายุ มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 15 ปี รับการรักษาที่ต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ กรณีศึกษาที่ 2 อยู่ในวัยทำงาน อาชีพ ธุรกิจส่วนตัว มีวิถีชีวิตที่สังสรรค์บ่อย ดื่มเหล้าและเบียร์มากกว่า 3 ขวด/วัน มากกว่า 10 ปี กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันครั้งแรก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วย หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 2014) ร่วมกับอาการ อาการแสดง การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่าง ๆ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งมองว่าบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ แต่เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยหรือมีข้อจำกัด ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ พยาบาลจึงมีหน้าที่ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จากการประเมินพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาที่เหมือนกันคือ 1) ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง 2) มีความวิตกกังวลจากการรับรู้ว่ามีภาวะโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเสี่ยงเกิดอันตรายถึงชีวิต 3) พร่องความรู้ในการดูแลสุขภาพมีโอกาสภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันกลับซ้ำ และปัญหาที่ต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะไตขาดเฉียบพลัน ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ พยาบาลได้ใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต และป้องกันการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงการดูแลผู้ป่วยขณะนอนรักษา ในโรงพยาบาลให้มีคุณภาพ โดยเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การดูแลครอบคลุมทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองหลังจากจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้หลัก D-METHOD (Diller et al., 2011) ผลการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยทั้งสองรายปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค อาการของโรคดีขึ้น แพทย์ได้พิจารณาให้ผู้ป่วยทั้งสองรายกลับบ้านได้ โดยนัดติดตามอาการต่อเนื่องในคลินิกอายุรกรรมใน 2 สัปดาห์ต่อมา จากการติดตามประเมินผลการรักษาพยาบาลพบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายได้มาติดตามอาการต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันกลับซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินสุขภาพและการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลมีความสำคัญมาก เนื่องจากช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ เช่น การใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงควรสนับสนุนให้พยาบาลมีการนำแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้หลัก D-METHOD เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับมารักษาซ้ำ และควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. ควรมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา เป็นต้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
4. ควรมีการติดตามและประเมินผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คำแนะนำและปรับเปลี่ยนการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย
5. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2566). **สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. สืบค้นวันที่ 4 พฤศจิกายน 2566 จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37372&deptcode=brc&news_views=2663
- กระทรวงสาธารณสุข (HDC). (2566). **สถิติการตายจากโรคหัวใจล้มเหลวในปี พ.ศ. 2563-2565**. สืบค้นวันที่ 4 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://www.hfocus.org/content/2023/09/28517>.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2560). **โรคหัวใจล้มเหลว**. สืบค้นวันที่ 5 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/department/ราชวิถี/510>.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. (2566). **รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต**. สืบค้นวันที่ 3 พฤศจิกายน 2566 จากโปรแกรม HosXp version 4.
- พรภวิชัย พานิชกจิโกศล และลิลลี่ เป็นไพศาล. (2562). การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากภาพรวมทางคลินิก. *ว.คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด*, 12(3), 126-137.
- ธเรศ กรีษนัยรวิวงศ์. (2566). **รณรงค์เนื่องในวันหัวใจโลก วันที่ 29 กันยายน 2566 ตามคำขวัญ สหพันธ์หัวใจโลก: ใช้ใจรับรู้ ดูแล และป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด**. สืบค้นวันที่ 4 ธันวาคม 2566 จาก https://www.acmrrama.com/index.php?route=product/product&product_id=489.
- ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2563). **คู่มือการดูแลตัวเองและการฟื้นฟูหัวใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว**. สืบค้นวันที่ 5 พฤศจิกายน 2566 จาก https://heart.kku.ac.th/images/PDF/M_cardiac_Rehap/Rehab_M-Heart_Failure.pdf.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2562). **แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (ปรับปรุงปี 2562)**. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์.
- สันติ สิลัยรัตน์. (2566). ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ *วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*. 65(5), 373-386.
- สันติ สิลัยรัตน์. (2566). ผลกระทบของการบีบตัวของหัวใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว: การเปรียบเทียบระหว่าง HFpEF และ HFrEF. *วารสารการแพทย์ศาสตร์*, 20(3), 325-340.
- เอกราช อริยะชัยพาณิชย์. (2565). รู้เท่าทันกับ “ภาวะหัวใจล้มเหลว”. *Medical Focus*, 14(165), 5-7.
- American Heart Association. (2017). **Preventing heart failure**. Retrieved November 5, from <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/preventing-heart-failure>
- Amsterdam, E. A., Borer, J. S., Pepine, C. J., Tan, M. H., & Zipfel, G. J. (2023). Treatment of stable angina pectoris: recommendations of the American College of Cardiology/American Heart Association. *Circulation*, 137(9), 897-973. Retrieved from <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001058>

- Bingham, M., & Plant, N. (2017). Acute heart failure: An overview for nurses. *British Journal of Cardiac Nursing*, 12(11), 525-531. Retrieved from <https://doi.org/10.12968/bjca.2017.12.11.525>
- Desai, R. J., Lin, K. J., Paterno, E., Lee, M., Ederher, D., Jr, Lewis, E., ... & Hyde, C. L. (2023). Alcohol intake and risk of incident heart failure: a systematic review and dose-response meta-analysis. *European heart journal*, 44(1), 14-23. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac189>
- Felker, G. M., Butler, J., Collins, S. P., Cotter, G., Davison, B. A., Ezekowitz, J. A., Filippatos, G., Levy, P. D., Metra, M., Ponikowski, P., Teerlink, J. R., Voors, A. A., Hernandez, A. F., & Miller, W. L. (2022). Heart failure society of America guidelines for management of heart failure with reduced ejection fraction. *Journal of Cardiac Failure*, 28(2), 119–188. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.12.369>
- Greco, A., Marinoni, G., Nazarian Mobin, S. S., Fatone, F., Anjos, R., & Franchi, C. (2020). Management of heart failure: Challenges and solutions for patients with diabetes. *Cardiovascular Diabetology*, 19(1), 1-13. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12933-020-01035-3>
- Gordon, M. (2014). *Manual of nursing diagnosis* (13th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., ... Filippatos, G. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 42(36), 3599-3726. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts practice*. 6th ed. St.Louis: Mosby-year book.
- Ponikowski, P., Anker, S. D., AlHabib, K. F., Cowie, M. R., Force, T. L., Hu, S., ... Samal, U. C. (2016). Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Failure*, 1(1), 4-25. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/ehf2.12005>
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., ... Ruschitzka, F. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Journal of Heart Failure*, 18(8), 891-975.

- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G., Coats, A. J.,...Jessup, M. (2016). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, *37*(27), 2129-2200. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
- Pranata, R., Tondas, A. E., Yonas, E., Vania, R., Yamin, M., Chandra, A., & Siswanto, B. B. (2021). Differences in clinical characteristics and outcome of de novo heart failure compared to acutely decompensated chronic heart failure—systematic review and meta-analysis. *Acta Cardiologica*, *76*(4), 410-420.
- Rashid, S., Qureshi, A. G., Noor, T. A., Yaseen, K., Sheikh, M. A. A., Malik, M., & Malik, J. (2023). Anxiety and depression in heart failure: An updated review. *Current Problems in Cardiology*, *48*(11), 101987. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.101987>
- UK, N. A. A., Atherton, J. J., Bauersachs, J., UK, A. J. C., Carerj, S., Ceconi, C., ... Guazzi, M. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, *37*, 2129-2200.
- Velagaleti, R. S., Larson, M. G., Enserro, D., Song, R. J., & Vasan, R. S. (2020). Clinical course after a first episode of heart failure: insights from the Framingham Heart Study. *European Journal of Heart Failure*, *22*(10), 1768-1776.
- Vishnevsky, A., & Powell, B. S. (2020). Review of acute heart failure treatment across the spectrum: From stabilization to decongestive strategies. *Critical Care Nursing Clinics*, *32*(4), 501-517. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.08.003>
- World Health Organization. (2023). **Cardiovascular diseases**. Retrieved November 5, from <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Drazner, M. H., ... Wilkoff, B. L. (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. *Circulation*, *136*(6), e137-e161. Retrieved from <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000509>