



รายงานผู้ป่วย

Patient Report

การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว : รายงานผู้ป่วย

Nursing Care for a Patient with Hypertension and Heart Failure : Case Report

ประไพ งดงาม พย.บ.

โรงพยาบาลพิจิตร

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างรวดเร็วเฉียบพลัน หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วเหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ และเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยโสดอายุ 67 ปี มาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน วันที่ 23 มิถุนายน 2566 ด้วยอาการหายใจเหนื่อย 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 36-40 ครั้ง/นาที ระดับความดันโลหิต 249/128 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ Nitroglycerin 50 mg + NSS 250 ml start 10cc/hr และรับไว้ในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2566 ได้รับการวินิจฉัย Heart Failure with Hypertensive emergency รวมนอนโรงพยาบาล 7 วัน พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 ข้อ ได้แก่ 1) มีภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากความดันโลหิตสูง 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง 3) เสี่ยงต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 4) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากขาดสารน้ำและสารอาหาร 5) เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และ 6) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ มีการตอบสนองต่อการรักษาจากการติดตามการรักษา มาตรวจและรับยาตามนัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การพยาบาล , ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง , ภาวะหัวใจล้มเหลว

Abstract

Heart failure can present with rapidly changing and acute symptoms. If not promptly and appropriately managed, it may lead to patient mortality. This study aims to ensure that patients with hypertension and heart failure receive care according to professional standards, reduce the incidence of mortality, and decrease the rate of recurrent hospitalizations, as well as to provide guidelines for the care of patients with hypertension and heart failure.

Results : A 67-year-old single Thai male presented to the emergency department on June 23, 2023, with shortness of breath experienced 7 hours prior to arrival. The patient exhibited respiratory distress with a respiratory rate of 36-40 breaths per minute. BP 249/128 mmHg.

The physician decided to intubate the patient and administered Nitroglycerin 50 mg + NSS 250 ml starting at 10 cc/hr. He was admitted to the medical ward for male patients until June 30, 2023, and was diagnosed with Heart Failure with Hypertensive Emergency, with a total hospital stay of 7 days. Six nursing diagnoses were identified: 1) Heart failure due to hypertension, 2) Risk of complications due to hypertension, 3) Risk of unsuccessful weaning from the ventilator due to ineffective breathing, 4) Hypokalemia due to dehydration and nutritional deficiency, 5) Risk of harm from easy bleeding and difficult cessation due to anticoagulant therapy, and 6) Patient and family anxiety regarding the illness due to lack of knowledge about self-care. The patient received nursing care according to the established plan and showed significant responses to treatment during follow-up visits and medication adherence, with no complications reported.

Keyword : Nursing C , Patients with Hypertension , Heart Failure.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง คือ การที่ผู้ที่เป็นโรคไม่ได้ตระหนักว่าเป็นโรค หรือแม้จะตระหนักก็ยังไม่เชื่อถือและไม่ได้ติดตาม รับประทานอย่างต่อเนื่อง จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี 2562 พบว่า ประชากรอายุ 30-79 ปี 1.28 พันล้านคนทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบว่าตนเองป่วยมากถึงร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้⁽¹⁾ ซึ่งผลของความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีความสัมพันธ์กับหลอดเลือดแข็งจากการมีไขมันมาเกาะ (Atherosclerosis) และส่งผลต่อภาวะหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะไตเสื่อมหน้าที่ (Nephropathy) โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular diseases) หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Aortic aneurysms) และภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) โดยพบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดที่มารักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว มักมีความดันโลหิตสูงมาก่อน และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่อง มักจะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ⁽²⁾ จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทย ในปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6,846,137 คน มีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ ปัญหาสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยที่พบบ่อยคือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต

ให้ลดลงเนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักในตนเองต่อการรักษาหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อเนื่อง มีเพียงร้อยละ 6.00 ที่ทราบและตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง รวมทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถคุมความดันโลหิตได้ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศเนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือภูมิลาอยู่ห่างไกล ระยะเวลาที่รอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งผลข้างเคียงของยาและอุปสรรคที่ต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาไม่ครบถ้วน การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้⁽²⁾ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดพิจิตร ในปีพ.ศ.2565-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 85,528,83,021 และ 87,543 รายตามลำดับ โดยมีกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้เท่ากับร้อยละ 40.69,41.73 และ 35.07 ตามลำดับ⁽⁴⁾

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโดยมีรายงานพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกประมาณ 26 ล้านคน โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2573 สำหรับประเทศไทย พบอัตราการนอนโรงพยาบาล

ซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ถึงร้อยละ 51 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องประสบกับปัญหาต่างๆ อันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยของตน เกิดจากภาวะเจ็บป่วยของตน เกิดภาวะการดูแลรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก⁽²⁾ ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่หัวใจอ่อนแอไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างปกติ เนื่องจากหัวใจมีการบีบตัวหรือคลายตัวที่ผิดปกติ หรือมีขนาดโตหรือหนากว่าปกติ และกล่าวได้ว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว การควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสม สามารถลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้⁽²⁾ ภาวะหัวใจล้มเหลวแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1.) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาทันทีมักพบในผู้ป่วยที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การรักษามุ่งเน้นการรักษาภาวะฉุกเฉิน เช่น หลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน ความดันโลหิตสูงวิกฤต เป็นต้น เพื่อช่วยการไหลเวียนเลือดและการหายใจ 2.) ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง บางครั้งอาจมาตรวจด้วยอาการที่ไม่จำเพาะ เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายจำเป็นต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น การตรวจเลือด และตรวจการทำงานของหัวใจและหาสาเหตุที่ทำให้เกิด CHF เพื่อช่วยให้ควบคุมโรคได้ดีขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางในการรักษาโรคร่วมหรือแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนมากนัก แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากการมีความดันโลหิตสูง ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือเป็นเบาหวานร่วมด้วยควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 150/90 mmHg และน้อยกว่า 140/90 mmHg ในกรณีที่มีโรคไตร่วมด้วย ค่า estimated GFR < 60 mL/min/1.73 m² of body surface area หรือมี ค่า albumin-creatinine ratio มากกว่า 30 mg/gm การควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่าระดับที่แนะนำไว้ในแนวทางปฏิบัติจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือดและอัตราการเสียชีวิตลงได้⁽⁶⁾ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะ

หัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในระยะวิกฤตมีเป้าหมายสำคัญคือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ โดยลดการทำงานของหัวใจ ลดออกซิเจนที่ใช้ในการเผาผลาญของร่างกายให้ลดน้อยลงได้แก่การพักผ่อน การให้ออกซิเจน การช่วยเหลือจำกัดกิจกรรมให้ผู้ป่วย ลดภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วย อีกทั้งลดอาการบวมของร่างกายและอาจจำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่ม⁽⁷⁾ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลพิจิตรให้การดูแลผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลวใน ปี พ.ศ.2565-2567 มีจำนวน 63,87 และ 69 รายตามลำดับและมีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 5 ราย (ร้อยละ 7.93), 9 ราย (ร้อยละ 10.34) และ 7 ราย (ร้อยละ 10.14) ตามลำดับ ผู้ศึกษาตระหนักและเล็งเห็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตและไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สามารถดูแลในระยะฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีการดำเนินการ

กรณีศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1โรงพยาบาลพิจิตรในเดือนมิถุนายน 2566 โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและการสังเกต 2) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียน 3) แบบบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาลพิจิตร เมื่อรวบรวม



ข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนแล้วนำข้อมูลมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมระยะวิกฤต ถึงวิกฤต และเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

รายงานผู้ป่วย

1. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

ผู้ป่วยชายไทยรูปร่างผอมไม่สามารถชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เนื่องจากยืนไม่ไหวและใส่ท่อช่วยหายใจ อายุ 67 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพโสด ไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่กับน้องสาวอายุ 60 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดพิจิตร จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สិทธิผู้พิการ มาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน วันที่ 23 มิถุนายน 2566 แพทย์รับไว้รักษาตัวหอผู้ป่วยในการวินิจฉัยแรกรับ : Pneumonia (CAP) with respiratory failure with HT Emergency และจำหน่ายวันที่ 30 มิถุนายน 2566 การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : Heart Failure with Hypertensive emergency รวมนอนโรงพยาบาล 7 วัน

อาการสำคัญ :

หายใจเหนื่อย 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :

7 ชั่วโมงก่อนมาไอมีเสมหะ เหนื่อยหายใจไม่สะดวก ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลถึงห้องฉุกเฉิน หายใจเหนื่อย RR 36-40 ครั้ง/นาที PR 86 ครั้ง/นาที BP249/128 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส on O₂ mask with bag10 LPM ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 93-96 % แพทย์พิจารณาใส่ Endotracheal tube No.8 mark 22 ให้ Nitroglycerin 50 mg + NSS 250 ml start 10cc/hr.ให้ แพทย์รับไว้ในการดูแลวันที่ 23 มิถุนายน 2566 เวลา 18.01 น.

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

HT, โรคหัวใจขาดยา status bed ridden จากสโตรกหัก

ประวัติการผ่าตัด และการแพ้ยา :

ปฏิเสธการผ่าตัดและการแพ้ยาใดๆ

การวินิจฉัยแรกรับ :

Pneumonia (community acquired pneumonia; CAP) with respiratory failure with HT Emergency

การตรวจร่างกายตามระบบ

GA : A Thai man with good consciousness
On ETT V/S: BT 37.9oC BP 249/128 mmHg Pulse 78/min RR=36-40/min

HEENT : not pale conjunctivae, an icteric sclera

Heart : regular rhythm

Lungs : fine crepitation both lower lungs

Abd : normal active bowel sound, soft, not tender

Ext : no pitting edema

Neuro : E4V5M6, pupil 3mm RTLBE

EKG : V2-V3 suspected biphasic T wave
OtherleadnoST-TchangeV3R-V4R-
No RV infarction sign Trop T 40-->43

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย :

Heart Failure with Hypertensive emergency

อาการแรกรับ :

ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่อง E4VTM6 pupil 3mm RTLBE on ET-tube No.8 mark 22 ฟัง Lungs มี fine crepitation both lower lungs สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 200/100 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% น้ำตาลในเลือด 105 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ :

V2-V3 suspected biphasic T wave Other lead no ST-T change V3R - V4R - No RV infarction sign

ผลตรวจเอกซเรย์ :

CXR : Cardiomegaly with Rt pleural effusion with fluid in minor fissure

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ :**

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	
		วันที่ 23 มิ.ย. 66	การแปลผล
1. Complete blood count :			
Hematocrit (Hct)	38.2 - 51.2 %	30.2	ต่ำกว่าเกณฑ์
Hemoglobin (Hb)	12.9 - 17.5 g/dL	10.0	ต่ำกว่าเกณฑ์
White blood cell	4.0 - 10.6 x 1000/cu.mm	6000	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Neutrophil	50 - 60 %	59	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Lymphocyte	25 - 35 %	33	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Eosinophil	2-3%	2	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
Platelet	140 - 400 x 1000/cu.mm	238	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. Serum lactate	0.5 - 2.2 mmol/L	1.2	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ผลการเพาะเชื้อ			
Hemo culture ขวดที่ 1	No growth	No growth	ปกติ
Hemo culture ขวดที่ 2	No growth	No growth	ปกติ

รายการ	ค่าปกติ	ผลการวิเคราะห์กรณีศึกษา		
		23 มิ.ย. 66	25 มิ.ย. 66	26 มิ.ย. 66
3. Electrolyte :				
Potassium	3.40 - 4.50 mmol/L	3.71 mmol/L	2.74 mmol/L ต่ำ	4.71 mmol/L
Sodium	136.0 - 145.0 mmol/L	135.0 mmol/L	133.0 mmol/L ต่ำ	138.0 mmol/L
Chloride	98 - 107 mmol/L	102 mmol/L	96 mmol/L ต่ำกว่าเกณฑ์	104 mmol/L
Bicarbonate (CO2)	22.0 - 29.0 mmol/L	17.7 mmol/L	19.1 mmol/L ต่ำ	22.0 mmol/L
calcium	1.6 - 10.0mg/dL	8.78 mg/dL		
magnesium	1.6 - 2.6 mg/dL	1.9 mg/dL		
Phosphorus	2.5 - 4.5 mg/dL	3.8 mg/dL		
4. Renal function :				
BUN	6 - 20 mg/dL	21	28 สูงเล็กน้อย	
Creatinine	0.51 - 0.95 mg/dL	1.0	1.2 สูง	
eGFR	>90 mL/min/1.73 m ²	77.54 ต่ำ	59.78 ต่ำ	

**อาการเปลี่ยนแปลง****และการรักษาที่ได้รับวันแรก :**

วันที่ 1 วันที่ 23 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง E4VTM6 pupil 3mm RTLBE on ET-tube with ventilator PCV mode Pi 16 RR16 PEEP 5 FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพ : T= 37°C BP = 200/100 mmHg RR = 18 /min O₂sat = 100%, on Ringer Lactate 1000 ml rate KVO ml/hr on Nitroglycerin 50 mg+NSS 250 ml V start 10 ml/hr เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN, Cr, Elyte, Ca, Mg, PO, LFT, Blood lactate, VBG, H/C x 2, ฉีด furosemide iv 40 mg, NPO diet retain foley cath urine สีเหลืองใส เจาะ DTX q 8 hr keep 80-180 mg% DTX อยู่ในช่วง 97-117 mg%

วันที่ 2 วันที่ 24 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง E4 VTM 6 pupil 3mm RTLBE on ET-tube with ventilator PCV mode Pi 16 RR 16 PEEP 5 FiO₂ 0.4 Ti 1 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง สัญญาณชีพ : T= 36.7°C BP = 110-140/60-90 mmHg RR = 18/min PR = 72/min O₂sat = 100%, Try tail off NTG ได้ ฉีด furosemide iv 80 mg, ผู้ป่วยเหนื่อย แน่นอก O₂sat 100% ทำ EKG 12 lead : ST depress at V3 V4 แพทย์ให้ observe ผู้ป่วยไม่มีแน่นอกอีก off NPO on NG feed อาหารและยา : Aspirin 81 mg 1 tab oral pc., Doxazosinura 2 mg 2 tab oral hs, Atorvastatin 40 mg 0.5 tab oral pc เย็น, Amlodipine 10 mg 1 tab oral pc เข้า (stat) BD 1:1 150x4 feed + น้ำตาม 50 ml. ให้เจาะ BUN, CR, Electrolyte พุ่งนี้

วันที่ 3 วันที่ 25 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง E4VTM6 pupil 3 mm RTLBE สัญญาณชีพ : T = 36.2°C RR 20 /min P = BP = 140/70 mmHg ปรับ ventilator เป็น mode PSV PS 16 PEEP 5 FiO₂ 0. ผล , Electrolyte : K = 2.74 mmol/L ดูแลให้ Kcl Syr 30 ml oral ทุก 3 hr. x 2 dose เจาะ Electrolyte พุ่งนี้ นัด Echo

วันที่ 4 วันที่ 26 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง E4VTM6 pupil 3mm RTLBE ventilator mode PSV PS 14 PEEP 5 FiO₂ 0.4 หายใจไม่เหนื่อยสัญญาณชีพ:

T= 36.2°C RR 20 P=72 /min BP= 150/80 mmHg ปรับ BD 1.2:1 250 x 4 feed ติดตามผล Electrolyte : K=4.71 mmol/L

วันที่ 5 วันที่ 27 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง E4VTM6 pupil 3mm RTLBE สัญญาณชีพ : T = 36.4°C RR 18 /min P = 62/min BP = 160/80 mmHg ปรับ ventilator mode PSV PS 10 PEEP 5 FiO₂ 0.4 ให้ NPO เว้นยา try wean PS 8 ไม่เหนื่อย 13.00 น. off ET tube on HHHFNC 40 LPM T 35 FiO₂ 0.4 ไม่เหนื่อย O₂ sat 98% ความดันโลหิตเริ่มดีขึ้น off Amlodipine ให้ Manidpine 20 mg 1tab oral pc. เข้า, Metoprolol 100mg 0.5 tab oral x2pc

วันที่ 6 วันที่ 28 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง E4V5M6 หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ : T= 36.6°C RR 20 /min P = 64/min BP = 140/60 mmHg off HHHFNC 40 LPM T 35 FiO₂ 0.4 Try on O₂ canular 3 LPM O₂ sat 98% at 10.00 น. try wean on O₂ canular หายใจ room air O₂ sat 89-100% off foley หลัง off ผู้ป่วยปัสสาวะออกดี แพทย์ off Manidpine 20 mg 1tab oral pc เข้า ให้ Enalapril 5mg 0.5 x 2tab oral pc เข้า, Spironalactone 25mg 2tab oral pc เข้า ส่งผู้ป่วยทำ Echo ผล : Dilated cardiomyopathy, Moderate MR mild AR

วันที่ 7 วันที่ 29 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง หายใจ room air ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ : T= 36.6°C RR 20 /min P=64/min BP= 140/60 mmHg O₂ sat 97% off NG tube ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้ไม่ลำบาก

วันที่ 7 วันที่ 30 มิถุนายน 2566 : ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่อง หายใจ room air ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ : T= 36.2 °C RR 20 /min P=70/min BP= 120/60 mmHg O₂ sat 97% แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ , Follow Up 2 wk 13 /7/66 + BUN, Cr, Electrolyte , CXR

Home Medication : Aspirin 81 mg 1 tab oral x 1 pc เข้า จนถึงวันนัด, Doxazosinura 2 mg 2tab oral x hs จนถึงวันนัด, Atorvastatin 40 mg 0.5 tab oral x 1 pc เข้า จนถึงวันนัด, Metoprolol 100mg 0.5 tab oral x 2 pc เข้า-เย็น จนถึงวันนัด, Enalapril

5 mg 0.5 tab oral x 2 pc เข้า-เย็น จนถึงวันนัดและ
Spironolactone 25 mg 2tab oral x 1 pc เข้า
จนถึงวันนัด

การติดตามหลังจำหน่าย :

ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดวันที่ 13 กรกฎาคม ผล
CXR ปกติ และผลเลือดโดยรวมดีขึ้น : BUN = 37 mg/dL
Normal = 6-20 mg/dL, Creatinine = 1.12 mg/dL
Normal = 0.51-0.95 mg/dL, eGFR enzyme = 67.61
Normal, Sodium = 130.0 mmol/L Normal = 136.0-
145.0 mmol/L, Potassium = 4.31 mmol/L Normal
= 3.40-4.50 mmol/L, Chloride = 106 mmol/L
Normal = 98-107 mmol/L, Bicarbonate (CO₂) =
11.9 mmol/L Normal = 22.0-29.0 mmol/L และ
Anion Gap = 16.2 Normal ให้ยาเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1

มีภาวะหัวใจล้มเหลวล้มเหลวเนื่องจากความดัน
โลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย หายใจเหนื่อย RR 36-40
ครั้ง/นาที P86 ครั้ง/นาที BP249/128 มิลลิเมตรปรอท
อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส on O₂ mask with bag
10 LPM ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂)
93-96 % หลังรับไว้แพทย์พิจารณา On Endotracheal
tube No.8 mark 22

2. ญาติให้ประวัติรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่
ต่อเนื่อง ขาดยามา 2 ปี

3. ผล CXR : Cardiomegaly with Rt pleural
effusion with fluid in minor fissure

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมิน :

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ หายใจไม่หอบ
เหนื่อย อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที,
ระดับความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

2. ปัสสาวะมากกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว
ต่อชั่วโมง (300 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง)

3. ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด $\geq$ 95%
ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว

4. ผล CXR วันที่ : 25 มิถุนายน 2566 : ปอดปกติ
ไม่มีน้ำคั่งในปอด

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนโดยให้ผู้ป่วยได้
รับ O₂ อย่างเพียงพอ โดยให้ SpO₂ > 95%

2. ตรวจสอบความสัมพันธ์การหายใจของผู้ป่วย
กับเครื่องช่วยหายใจ

3. การดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่
เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ ความลึก ตรวจสอบ cuff
pressure ให้ไม่เกิน 25 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันการเกิด
tracheal mucosal necrosis

4. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน และความชื้น
ทางเดินหายใจอย่างเหมาะสม ตรวจสอบการปรับตั้งค่า
เครื่องช่วยหายใจให้ตรงกับคำสั่งแพทย์

5. ติดเครื่องเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลง
ของสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยไม่
รบกวนเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย (ติดเครื่องติดตามการ
ทำงานของหัวใจไว้ตลอดเวลา)

6. ให้ยาขับปัสสาวะ Lasix 40 มิลลิกรัม ทาง
หลอดเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินและ
บันทึก การตอบสนองของยา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง
ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย
เช่น ภาวะโพแทสเซียม, แมกนีเซียม และฟอสฟอรัสต่ำ

7. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ทุก
8 ชั่วโมง

8. ให้ผู้ป่วยพักบนเตียง (absolute bed rest)
โดยจัดศีรษะสูง 30-60 องศา

9. ให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเพื่อลดการใช้
พลังงานของผู้ป่วย ฟังเสียงปอด และประเมิน สัญญาณชีพ

ประเมินผลการพยาบาล :

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการหายใจ
อยู่ในช่วง 18-22 ครั้ง/นาที BP = 110-140/60-90
mmHg (24 มิถุนายน 2566) ทุเลาเหนื่อย ปัสสาวะออก
300-1,000 มิลลิลิตร ใน 8 ชั่วโมง สีเหลืองใส, SpO₂
อยู่ในช่วง 95-98% ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีภาวะ
ความดันโลหิตสูง



ข้อมูลสนับสนุน :

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วงหลังรับไว้เท่ากับ 200/100 mmHg

2. ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชาติยา 2 ปี

วัตถุประสงค์ :

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมิน :

1. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ แขนขาไม่อ่อนแรง

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง

2. ให้ผู้ป่วยพักบนเตียง (absolute bed rest)

3. บันทึกอาการและอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ชีพจร แขนขาอ่อนแรง อาเจียน

4. ให้อาสาสมัครช่วยรับประทานตาม แผนการรักษา Doxazosin 2mg 2tab oral hs, Amlodipine 10 mg 1 tab oral pc เข้า (stat) วันที่ 27 มิถุนายน 2566 ให้ off Amlodipine เปลี่ยนเป็น Manidpine 20 mg 1x1 pc. เข้า และวันที่ 28 มิถุนายน 2566 ให้ off Manidpine 20 mg 1 tab oral pc เข้า เปลี่ยนเป็น Enalapril 5mg 0.5 x 2tab oral pc เข้าติดตามอาการ และบันทึกการตอบสนองของยา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรง ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

5. แนะนำการสังเกตอาการแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง เช่น ปากเปื่อย แขนขาอ่อนแรง เหนื่อย ชีพจร ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

6. แนะนำเรื่องแนวทางการรักษา การรับประทานยา และการรักษาต่อเนื่อง

ประเมินผลการพยาบาล :

ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติเท่ากับ 100-120/70-80 mmHg อาการทั่วไปปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ เนื่องจากการหายใจไม่มี ประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ากังวล หลังจากพยาบาลแจ้งว่าแพทย์มีแผนจะเอาท่อช่วยหายใจออก (25 มิถุนายน 2566) กลัวว่าจะเอาท่อช่วยหายใจออกไม่ได้

วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ด้วยความปลอดภัย

เกณฑ์การประเมิน :

1. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที SpO₂ ≥ 95% ไม่พบภาวะ cyanosis

2. ผู้ป่วยผ่อนคลาย ไม่กระสับกระส่าย

3. สามารถถอดท่อช่วยหายใจ และหายใจเองได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแลให้ On Endotracheal tube with ventilator PCV mode Pi 16 RR16 PEEP 5 FiO₂ ปรับตามแผนการรักษา และมีการตรวจสอบทุกเวอร์ให้ตรงตามแผนการรักษา

2. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลม ให้ตรงตามตำแหน่งที่ระบุไว้ในบันทึกทางการพยาบาล

3. ตรวจสอบความดัน cuff Endotracheal tube ทุกเวอร์ ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าปกติ 20-25 mmHg)

4. ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ สัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 1 ชั่วโมง

5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ และประเมินการฟังเสียงปอด

6. ยึดหลักเทคนิคปลดเชื้อ ในการดูดเสมหะ และแรงดันการดูดเสมหะอยู่ในช่วง 100-200 mmHg

7. เฝ้าระวังสารคัดหลั่งหลังจากเครื่องช่วยหายใจเข้าสู่ท่อช่วยหายใจ

8. ดูแลเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะถูกขับออกได้ดี

9. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ on T-piece flow 10 ลิตร/นาที

10. ประเมินอาการและการหายใจ สัญญาณชีพ ขณะ on T-piece flow 10 ลิตร/นาที

11. ประเมินและเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ

ของผู้ป่วย ผักเทคนิคการหายใจ พุดคุย และอธิบาย ขั้นตอน การหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ ผ่อนคลาย ไม่กระสับกระส่าย

12. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดเสียงรบกวน และประเมนการนอนหลับ

ประเมินผลการพยาบาล :

1. ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่ต้านเครื่อง อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที SpO₂ อยู่ในช่วง 95-100% ไม่มีภาวะ cyanosis ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย วิตกกังวลลดลง และให้ความร่วมมือในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

3. สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจได้ วันที่ 27 มิถุนายน 2566 ไม่เหนื่อย on HHHFNC 40 LPM T 35 FiO₂ 0.4 ไม่เหนื่อย O₂ sat 98%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเนื่องจากขาดสารน้ำและสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน :

1. Potassium (25 มิ.ย. 66) = 2.74 mmol/L

2. ญาติให้ประวัติผู้ป่วยรับประทานได้น้อยมาประมาณ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน :

Potassium = 3.40 - 4.50 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแลให้โพแทสเซียมชนิดรับประทาน ตามแผนการรักษา: KCl Syrup 30 ml oral ทุก3 hr. x 2 dose

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความสำคัญ และความจำเป็นของการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ จะช่วยให้ระบบการหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ดูแลรักษาความสะอาดของปากและฟัน ซึ่งจะช่วยกำจัดกลิ่นปากและช่วยให้ผู้ป่วยมีความอยาก รับประทานอาหารมากขึ้น

4. ให้อาหารทางสายยาง Blenderized diet (1:1) 250 มิลลิลิตร จำนวน 4 ครั้งต่อวัน ให้น้ำตามหลัง

อาหาร มีอละ 50 มิลลิลิตร สังเกต content อาการ คลื่นไส้ อาเจียน

5. ติดตามค่าความ สมดุลของเกลือแร่ในเลือด (Electrolyte)

6. สังเกตอาการขาดน้ำ เช่น ซึม กระสับกระส่าย หายใจหอบ ซิพจรเต้นเบาเร็วกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชักเกร็ง คลื่นไส้ อาเจียน หรือภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรลัยต์ ในร่างกาย เพื่อบริหารงานการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ทราบ

การประเมินผล :

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชักเกร็ง คลื่นไส้ อาเจียน Potassium (26 มิ.ย. 66) = 4.71 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5

เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านยาต้านเกล็ดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน :

ผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน Aspirin (81 mg) 1 เม็ดรับประทานหลังอาหารเช้า

วัตถุประสงค์ :

ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก

เกณฑ์การประเมิน :

ผู้ป่วยไม่มีจุดจ้ำเลือด หรือมีเลือดออก ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือดตามแผนการรักษา

2. สังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด เช่น จ้ำเลือดตามผิวหนัง ตามตัว หรือเยื่อบุต่างๆ เช่น เยื่อบุภายในจมูก ปากและเหงือก เพื่อประเมินภาวะเลือดออกของผู้ป่วย

3. แนะนำญาติให้ทำกิจวัตรประจำวันต่อผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ให้สังเกตอาการของผู้ป่วย เช่น อ่อนเพลีย ท้องอืด ปวดท้อง อาเจียนมีเลือดปน หรือถ่ายอุจจาระมีเลือดปน เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร

การประเมินผล :

ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกที่ใด ผู้ป่วย และญาติทราบตอบคำถามได้ถึงอันตราย และอาการที่ต้องเฝ้าระวัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6

ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

2. ญาติมีสีหน้าเครียด แสดงความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อลดความวิตกกังวล

2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ สาเหตุ อาการและอาการแสดง และความจำเป็นในการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวถูกต้อง

3. ผู้ป่วยและญาติไม่แสดงสีหน้าวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล :

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร เพื่อให้ญาติรู้สึกอบอุ่น และคลายความวิตกกังวล

2. ประเมินระดับความวิตกกังวลของญาติ เพื่อให้สามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้ถูกต้อง

3. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจ ความพร้อมรวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

4. อธิบายเหตุผลการใช้ยา ขนาดที่ใช้ อาการข้างเคียงที่อาจพบ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการ บวมตามร่างกาย และหน้าแข้ง อาการไอ เป็นต้น และความสำคัญที่ต้องได้รับยาตามแนวทางการรักษาให้ครบถ้วน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาถูกต้องและต่อเนื่อง

5. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีผื่นคันขึ้น หายใจเหนื่อย บวม ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง ปากเปื่อย เป็นต้น ให้มาพบแพทย์ก่อนนัดได้

6. ให้ข้อมูลแก่ญาติในเรื่องของโรคและความจำเป็นในการนอนพักรักษา

7. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การฟังเพลง การสวดมนต์ โดยให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล

8. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาลหรือหัตถการทุกครั้ง และแจ้งให้ญาติของผู้ป่วยทราบเป็นระยะๆ เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ขั้นตอนและแผนการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

9. แจ้งให้ญาติทราบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ และพยาบาลตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

10. อธิบายประโยชน์ของเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการช่วยรักษาผู้ป่วยเพื่อให้คลายความวิตกกังวล เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องควบคุมจำนวนหายใจ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ

11. แนะนำให้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง หากไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ ให้โทรมาเลื่อนนัดในโรงพยาบาล รวมทั้งในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพหอผู้ป่วย และอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้

12. ประสานงานศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยม ประเมินอาการผู้ป่วย ให้คำแนะนำกับญาติหากมีปัญหา หรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผ่านโปรแกรม Thai COC

การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและความจำเป็นในการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้

3. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส คลายความวิตกกังวลมากขึ้น

อภิปรายผล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลวมีความซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนี้ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย ควรทำการประเมินสัญญาณชีพ การตรวจวัดความดันโลหิต และการประเมินอาการทางระบบหัวใจ เช่น หายใจสั้น บวมที่ขา หรืออาการเจ็บแน่นหน้าอก 2) การบริหารจัดการยาลดความดันโลหิตและยาขับปัสสาวะมักถูกใช้ในการรักษา ต้องให้ความสำคัญกับการสังเกตอาการข้างเคียงและการตอบสนองต่อยา 3) การสอนผู้ป่วย

สอนให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิต การเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด⁽⁶⁾ 4) การติดตามผลควรมีการติดตามผลการรักษาและการเปลี่ยนแปลงในอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม และ 5) การสนับสนุนทางจิตใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีความวิตกกังวลและเครียด การสนับสนุนทางจิตใจและการสื่อสารที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁽⁷⁾

สรุป

การมีภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคความดันโลหิตสูง ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินและปอดบวม น้ำส่งผลให้มีภาวะพร่องออกซิเจน ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ เฝ้าระวังการทำงานของหัวใจอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ ติดตามบันทึกน้ำเข้าและน้ำออก ควบคุมอาหารและน้ำดื่ม ซึ่งผู้ป่วยมี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนคือไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ จากปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ศึกษาและทีมพยาบาลตลอดจนทีมสหวิชาชีพได้ ร่วมกันดูแลรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต วิญญาณ มีการรวบรวมข้อมูล และประเมินอาการ ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว วินิจฉัยการพยาบาลให้ครอบคลุมวางแผนการพยาบาล อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนปฏิบัติการให้การพยาบาลด้วยความเชี่ยวชาญ มีความรู้เรื่องโรค ตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสามารถแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที ทำให้การดูแลผู้ป่วย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ มีการประสานกับกลุ่มการพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยต้องวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มีส่วนร่วม ร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน

การกลับเป็นซ้ำ ตลอดจนถึงปัญหาการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2023. p. 1–27.
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไปพ.ศ.2562.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ: ทรिकิ่ง; 2562.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT,CVD) [อินเทอร์เน็ต].2565. [เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361
4. กระทรวงสาธารณสุข. HDC. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
5. อุกฤษฏ์ ปลั่งกลาง. อาการรบกวนในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2566.
6. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ:ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเตป ดีไซน์; 2562.
7. ชมพูนุช ศรีรัตน์. การพยาบาลอายุรศาสตร์. เชียงใหม่ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.