

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

เสนอโดย

นางสาวสุชาวดี แสงจักร์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 760)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 6 วัน (ตั้งแต่วันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2563)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure : CHF) คือ ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของโครงสร้าง ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ และระบบหลอดเลือดทั้งที่หล่อเลี้ยงร่างกายและปอด ส่งผลทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ ได้แก่ หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย ขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่งพอง และภาวะน้ำท่วมปอด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562)

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดจากโรคหัวใจและไม่เกี่ยวกับโรคหัวใจ ดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562)

1. ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากโรคหัวใจ ได้แก่ ความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด (congenital heart disease) โรคลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ (valvular heart disease) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (coronary artery disease) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial disease) เป็นต้น
2. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวกับโรคหัวใจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคอ้วน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเอสแอลอี การติดเชื้อไวรัส การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด เป็นต้น

พยาธิสรีรภาพ

การมีปัจจัยเสี่ยง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหัวใจ เพื่อรักษาปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายเรียกว่ากลไกการปรับตัว (compensatory mechanism) โดยมีการกระตุ้นระบบประสาทและฮอร์โมน (neurohormonal system) ระบบที่สำคัญคือ ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic system) และระบบ renin angiotensin aldosterone system โดยในระยะแรกจะช่วยรักษาระดับปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ จากการเพิ่มปริมาณพลาสมา (plasma volume) เพิ่มการบีบตัวของหัวใจและเพิ่มระดับความดันโลหิตจากการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstriction) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการหัวใจล้มเหลว แต่ในระยะยาวจะทำให้เกิดภาวะหัวใจโตและมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ทำให้การทำงานของหัวใจลดลงอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว (อริณทยาพรหมินธิกุล, 2562)

ประเภทของหัวใจล้มเหลว

ประเภทของหัวใจล้มเหลว แบ่งตามการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและตามอาการและอาการแสดงของหัวใจที่ผิดปกติ มีดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562)

1. ชนิดของหัวใจล้มเหลวที่แบ่งตามการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

- 1.1 หัวใจล้มเหลวที่เกิดร่วมกับการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) ลดลง (systolic heart

failure or heart failure with reduced EF ; HF_rEF) โดยใช้ค่า left ventricular ejection fraction (LVEF) ต่ำกว่าร้อยละ 40

1.2 หัวใจล้มเหลวที่เกิดร่วมกับการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายปกติ (diastolic heart failure or heart failure with preserved EF ; HF_pEF) โดยใช้ค่า LVEF มากกว่าร้อยละ 40-50

2. ชนิดของหัวใจล้มเหลวที่แบ่งตามอาการและอาการแสดงของหัวใจที่ผิดปกติ

2.1 อาการของหัวใจล้มเหลวที่มีอาการและอาการแสดงที่เกิดจากปัญหาของหัวใจห้องล่างซ้าย หรือห้องบนซ้าย (left sided-heart failure) เช่น อาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ (orthopnea) หรืออาการเหนื่อยเฉียบพลัน ขณะนอนหลับ (paroxysmal nocturnal dyspnea ; PND) ซึ่งเกิดจากความดันในหัวใจห้องบนซ้ายหรือห้องล่างซ้ายสูงขึ้น

2.2 อาการของหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหรืออาการแสดงที่เกิดจากปัญหาของหัวใจห้องล่างขวาหรือห้องบนขวา (right sided-heart failure) เป็น เช่น อาการบวม ตับโต เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดจากการคั่งของเลือดในหัวใจห้องซ้ายและปอดเรียกว่า pulmonary venous congestion ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หรือเกิดจากการคั่งของเลือดในหัวใจห้องขวาทำให้หลอดเลือดดำที่คอโป่ง อาการที่พบบ่อย ได้แก่ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562)

1. อาการเหนื่อย (dyspnea) เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยอาการเหนื่อยจากภาวะหัวใจล้มเหลวอาจมีลักษณะ ดังนี้ อาการเหนื่อยขณะที่ออกแรง (dyspnea on exertion) อาการเหนื่อย หายใจไม่สะดวกขณะนอนราบ เนื่องจากในท่านอนของเหลวจากบริเวณท้อง และขาทั้ง 2 ข้าง ไหลกลับเข้าในทรวงอกเพิ่มขึ้นและกะบังลมยกสูงขึ้น ทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น การแลกเปลี่ยนแก๊สในถุงลมผิดปกติ ทำให้รู้สึกเหนื่อยในขณะนอนราบ บางครั้งผู้ป่วยจะไอขณะนอนราบด้วย อาการหายใจไม่สะดวกขณะนอนหลับและต้องตื่นขึ้น เป็นอาการที่ค่อนข้างจำเพาะสำหรับภาวะหัวใจล้มเหลว

2. อาการบวมในบริเวณที่เป็นส่วนล่างของร่างกาย (dependent part) เป็นลักษณะบวม กดนุ่ม

3. อ่อนเพลีย (fatigue) เนื่องจากการที่มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง ทำให้สมรรถภาพของร่างกายลดลง

4. แน่นท้อง ท้องอืด เนื่องจากตับโต จากเลือดคั่งในตับ (hepatic congestion) มีน้ำในช่องท้อง (ascites) อาจพบอาการคลื่นไส้ เมื่ออาหารร่วมด้วย

อาการแสดงที่ตรวจพบบ่อย ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) หายใจเร็ว (tachypnea) เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง (jugular vein distention) หัวใจโต โดยตรวจพบว่ามีตำแหน่งการเต้นของหัวใจที่แรงที่สุด (apex beat) หรือ point of maximum Impulse (PMI) ในผู้ป่วยที่มีหัวใจโตขึ้น จะเลื่อนไปทางรักแร้และลงล่าง คลำพบหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular heaving) หรือ หัวใจห้องล่างขวา (right ventricular heaving) ได้เสียงหัวใจผิดปกติ โดยอาจตรวจพบเสียง S3 หรือ S4 gallop หรือ cardiac murmur บ่งชี้ถึงความผิดปกติของหัวใจ เช่น การตรวจพบ diastolic rumbling murmur ที่ยอดหัวใจ (apex) บ่งชี้ถึงภาวะลิ้นหัวใจไมตรัลตีบ (mitral stenosis) ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุของหัวใจล้มเหลว เสียงปอดผิดปกติ (lung crepitation) จากการที่มีเลือดคั่งในปอด (pulmonary congestion) ในผู้ป่วยบางรายอาจมีเสียงหายใจวี๊ด

(wheezing) เนื่องจากมีการหดตัวของหลอดลม (bronchospasm) ในผู้ป่วยบางรายอาจตรวจพบเสียงหายใจลดลงจากการมีน้ำในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ตับโต (hepatomegaly) หรือน้ำในช่องท้อง บวมกดบุ๋ม (pitting edema) เป็นต้น

การวินิจฉัยของภาวะหัวใจล้มเหลว มีดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562)

1. การซักประวัติ ผู้ป่วยอาจมีอาการที่แตกต่างกัน การศึกษาประวัติควรถามถึง ความถี่ ระยะเวลาที่เป็น และสิ่งที่เป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดอาการของโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย พบอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หลอดเลือดดำที่คอโป่ง อาการบวมตามบริเวณต่างๆ ได้แก่ ใบหน้า แขน ขา เท้า อวัยวะเพศ เป็นต้น

3. การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจผ่านทรวงอก (transthoracic echocardiography) จะรายงานผลการทำงานของห้องล่างซ้ายออกมาในรูปของสัดส่วนของปริมาตรเลือดในห้องล่างซ้ายหลังและก่อนการบีบตัว หมายความว่า ปริมาตรของหัวใจห้องล่างเมื่อวัดหลังจบการบีบตัว เป็นที่เปอร์เซ็นต์ของปริมาตรเมื่อก่อนการบีบตัว คนปกติจะมี ค่า LVEF นี้สูงกว่า 55% ขึ้นไป ยิ่งค่านี้ต่ำยิ่งแสดงว่าหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานไม่ดี ถ้าต่ำกว่า 40% ถือว่าต่ำอย่างมีนัยสำคัญ

4. การเอกซเรย์ปอด เพื่อประเมินขนาดของหัวใจและความผิดปกติของปอด จะพบภาวะน้ำท่วมปอด และภาวะหัวใจโต

5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจที่สำคัญ ได้แก่ complete blood count (CBC) เพื่อตรวจหาภาวะซีดซึ่งอาจทำให้มีอาการเหนื่อย และอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวการทำงานของต่อมไทรอยด์ (thyroid function) การทำงานของตับ (liver function) การตรวจ BUN, creatinine เพื่อประเมินการทำงานของไต (Renal function) ระดับ NT-proBNP (N-terminal pro BNP) มีประโยชน์ในการแยกผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยจากหัวใจล้มเหลวออกจากผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยจากสาเหตุอื่น

การรักษา

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว มีดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562)

1. การรักษาด้วยยา มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการตาย เพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ป้องกันและชะลอการเสื่อมของหัวใจ ลดอาการรุนแรง ป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ยาที่ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วย กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretics) กลุ่มยายับยั้งเอ็น ไซน์ แองจิโอเทนซิน (ACE inhibitors) กลุ่มยาปิดกั้นเบต้า (beta blockers) กลุ่มยาดิจิจาทาลิส (digitalis) กลุ่มยาไนเตรท (nitrates)

2. รักษาด้วยเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจเพื่อช่วยในการบีบตัว (cardiac resynchronization therapy) เพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจและเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ

3. การรักษาด้วยการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจจะทำการผ่าตัดเมื่อหัวใจไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือการบำบัดอื่น ๆ หรือมีข้อบ่งชี้ว่าระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระยะสุดท้าย

4. การรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจะได้รับความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดำเนินชีวิต ดังนี้ ควรงดสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัว การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวกและทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่มีผลต่อการนำออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ หลีกเลี่ยงการบริโภคเกลือและอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียม (sodium) ในปริมาณมากเกินไป โซเดียมเป็นแร่ธาตุชนิดหนึ่งซึ่งพบได้ในอาหารตามธรรมชาติ ได้แก่ ข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ มีมากในเครื่องปรุงรส ได้แก่ เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊วขาว ซอสหอยนางรม ผงชูรส และมีในอาหารแปรรูป เช่น ไส้กรอก กุนเชียง อาหารหมักดอง เป็นต้น ปริมาณโซเดียมที่แนะนำ คือน้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน (รัฐสุภฎ กัญจนะวณิช, 2562)

การพยาบาล

การพยาบาลภาวะหัวใจล้มเหลว มีดังนี้ (ชมพูนุท ศรีรัตน์, 2564)

1. ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจลดลงจากภาวะหัวใจล้มเหลว การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่
 - 1.1 ประเมินอาการของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะพร่องออกซิเจน โดยสังเกตอาการและอาการแสดงพบอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง
 - 1.2 ดูแลให้ออกซิเจนและเครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น เนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับออกซิเจนเพียงพอ
 - 1.3 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ
 - 1.4 วัดและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะทุก 1-2 ชั่วโมง
 - 1.5 สังเกตลักษณะของการหายใจ อัตราความลึก สังเกตอาการเขียว การขยายของทรวงอกอย่างสม่ำเสมอ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนทางปลายนิ้ว
 - 1.6 ดูแลให้อนอนหลับพักผ่อน (bed rest) จำกัดกิจกรรม แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม ลดความวิตกกังวล จัดทำอนศิริษะสูง 30 - 45 องศา เพื่อให้กะบังลมยกขึ้นเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ
2. ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจลดลง จากการมีภาวะหัวใจล้มเหลว การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่
 - 2.1 ประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกายเช่น อาการบวมบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกาย ฟังเสียงปอด ผิดปกติ เช่น เสียงวี๊ด (wheezing) เสียงกรอบแกรบ (crepitation) จำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
 - 2.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาและบันทึกจำนวนน้ำเข้าและออกทุก 8 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการบริโภคเกลือและอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียม (sodium) ในปริมาณมากเกินไป จำกัดปริมาณน้ำดื่ม

2.3 ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับยากลุ่ม diuretics ได้แก่ lasix อาจจะเป็นในรูปแบบของยารับประทานหรือยาฉีด ซึ่งพยาบาลควรเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องเสีย ความดันโลหิตต่ำลง เป็นต้น

2.4 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษ

3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ลดลงเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลว การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่

3.1 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง (cardiac output) เช่น ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง

3.2 บันทึกสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อย่างน้อยทุก 30 นาทีจนถึง 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับช่วยฟื้นคืนชีพ

3.3 ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและติดตามค่าออกซิเจนทางปลายนิ้ว

3.4 บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อติดตามการทำงานของไต หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ให้ทราบ

ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ (ปราชญ์ ทุ์ไพเราะ, 2564)

1. ลาซิกซ์ (lasix) เป็นยาขับปัสสาวะ จัดอยู่ในกลุ่มลูปไดูเรติก ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ โซเดียม คลอไรด์ ทำให้น้ำและโซเดียมคลอไรด์ ขับออกมาทางปัสสาวะ วิธีใช้ให้ทางหลอดเลือดดำ อาการข้างเคียง คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องเสีย ความดันโลหิตต่ำ การพยาบาล ขณะได้รับยาต้องสังเกตอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิด บันทึกสัญญาณชีพและปริมาณปัสสาวะ

2. เกลือแร่ โพแทสเซียม (elixir KCL) ชนิดน้ำสำหรับรับประทาน อาการข้างเคียง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นผิดจังหวะ การพยาบาล ขณะได้รับยาต้องสังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจเร็ว ติดตามค่าโพแทสเซียม

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคหัวใจที่พบได้บ่อย โดยมีอาการหายใจไม่สะดวก เหนื่อย และมีภาวะน้ำท่วมปอด โรคหัวใจชนิดนี้เป็นอันตรายต่อชีวิตโดยตรง และพบอัตราการตายมากกว่าโรคมะเร็ง 2 - 3 เท่าเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่ง สถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกพบประชากร 60 ล้านจะมีผู้ป่วยโรคนี้แฝง 1 ล้านคน ประชากรร้อยละ 1-2 ของประเทศแถบตะวันตกมีภาวะหัวใจล้มเหลว ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อยู่ที่ร้อยละ 5-7 อัตราการเสียชีวิตจากภาวะนี้ในประเทศไทยไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด พบอยู่ที่ร้อยละ 5.5 โดยจำนวนวันนอน โรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 7.5 วัน โดยทั่วไปอัตราการเสียชีวิตของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 10 ต่อปี และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังได้รับการวินิจฉัย หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย มักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลอีกด้วย (สมาคมแพทย์

โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562) จากสถิติของ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี 2561-2563 พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำนวนร้อยละ 22.46, 18.55 และ 18.05 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2561 - 2563) จากสถิติดังกล่าวพบว่าส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เฉื่อยและทำให้มีการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการเดิมมากขึ้น จากการทบทวนพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ต้องประเมินความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงจัดทำกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อเป็นแนวทางของพยาบาลในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพยาบาลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ลดการกลับมารักษาซ้ำและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

4.2 ขั้นตอนดำเนินการ

1. ศึกษาต้นคว้า รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากตำราวิชาการ วารสาร และเว็บไซต์
2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี เลขที่ภายนอก 34180/63 เลขที่ภายใน 19384/63 รับผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลบางปะกอก 8 แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวและส่งตัวมารักษาต่อที่ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ตามสิทธิการรักษา รับผู้ป่วยเข้ารับรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ในวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 เวลา 15.10 น.ถึงวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เวลา 10.00 น. อยู่ในความดูแล 4 วัน
3. ประเมินสภาวะสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว
4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที่
5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ให้สอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลต่อเมื่อปัญหาไม่สิ้นสุด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
6. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง จัดทำเป็นรูปเล่ม นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินงาน ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี HN 34180/63 AN 19384/63 สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ รับส่งตัวต่อจากโรงพยาบาลบางปะกอก 8 วันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 เวลา 10.19 นาฬิกา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ตามสิทธิการรักษา ด้วยอาการ 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการตัวบวม ปัสสาวะออกลดลง ประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง เป็นเวลา 1 ปี รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบมีภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary congestion) แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับยาลาซิกซ์ (lasix) 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำสวนคาสายสวนปัสสาวะ

แรกรับที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เวลา 15.10 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 115 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 147/91 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ใส่ท่อช่วยหายใจทางปากเบอร์ 7.5 ซีด 22 เซนติเมตร อาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ แขนและขาบวมตึงกดบวมระดับ 2+ นอนราบไม่ได้ ฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบทั้งสองข้าง พบปัญหาการพยาบาล 1) ผู้ป่วยมีอาการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องและมีโอกาสเกิดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ต่อเครื่องช่วยหายใจรูปแบบควบคุมความดัน (pressure control ventilation : PCV) ตั้งค่าความเข้มข้นของออกซิเจน 40 เปอร์เซ็นต์ อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที แรงดันควบคุม (pressure control) 16 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาในการหายใจเข้า (inspiratory time) 0.85 วินาที แรงดันบวกขณะหายใจออก (positive end expiratory pressure : PEEP) 5 เซนติเมตรน้ำ จัดทำอนคิรยะสูง 45 องศา ติดตามการทำงานของหัวใจแบบต่อเนื่อง ประเมินลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ดูดเสมหะโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อพบเสมหะสีขาวขุ่นปริมาณ 2 สาย ผู้ป่วยหายใจตามเครื่อง สัญญาณชีพปกติ แพทย์ให้ยา lasix 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่าความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (electrolyte) Na 137 mmol/l (ค่าปกติ 135 - 145 mmol/l) K 4 mmol/l (ค่าปกติ 4 - 5 mmol/l) CL 100 mmol/l (ค่าปกติ 98 - 108 mmol/l) CO₂ 22 mmol/l (ค่าปกติ 20 - 30 mmol/l) ปัญหาการพยาบาล 2) ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินในร่างกายและมีภาวะเสี่ยงต่อการสูญเสียความสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย ประเมินปริมาณสารน้ำเข้า - ออกร่างกาย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เฝ้าระวังภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นเป็นจังหวะสม่ำเสมออัตรา 95 ครั้งต่อนาที ปริมาณสารน้ำเข้า - ออกร่างกายใน 8 ชั่วโมงเท่ากับ 520/1,400 มิลลิลิตร

วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 เวลา 8.00 นาฬิกา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบเล็กน้อย บริเวณชายปอดทั้งสองข้าง ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบมีภาวะหัวใจโตและน้ำท่วมปอดลดลง ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (echocardiogram) พบสัดส่วนของปริมาตรของหัวใจห้องล่างซ้าย เมื่อวัดหลังจากสิ้นสุดการบีบตัวเท่ากับ 61 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ > 55 เปอร์เซ็นต์) ของปริมาตรก่อนการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction : LVEF) อัตราการเต้นของหัวใจ 85 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/81 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ใส่ท่อช่วยหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจรูปแบบควบคุมความดัน ตั้งค่าความเข้มข้นของออกซิเจน 40 เปอร์เซ็นต์ อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที แรงดันควบคุม 16 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาในการหายใจเข้า 0.85 วินาที แรงดันบวกขณะหายใจออก 5 เซนติเมตรน้ำ แขนและขาบวมลดลง กดบวมระดับ 1+ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย นอนราบได้มากขึ้น ปัญหาการพยาบาล

1) ผู้ป่วยมีภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องและมีโอกาสเกิดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ปัญหา
นี้ได้รับการแก้ไขบางส่วน ให้การพยาบาลคงเดิม พบเสมหะสีขาวขุ่นปริมาณ 1 สาย ผู้ป่วยหายใจตามเครื่อง สัตุนิยม
ชีพปกติ ปริมาณสารน้ำเข้า - ออกร่างกายใน 24 ชั่วโมงเท่ากับ 580/1200 มิลลิลิตร แพทย์ให้ยา lasix 40 มิลลิกรัมทาง
หลอดเลือดดำ ติดตามค่าความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (electrolyte) โพแทสเซียมในเลือด 3.7 mmol/l ปัญหาการ
พยาบาล 2) ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินในร่างกายและมีภาวะเสี่ยงต่อการสูญเสียความสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย ปัญหานี้
ได้รับการแก้ไขบางส่วน ให้การพยาบาลคงเดิมและให้ยาโพแทสเซียมชนิดน้ำสำหรับรับประทานปริมาณ
30 มิลลิลิตร ทางสายให้อาหารทางจมูก หัวใจเต้นเป็นจังหวะสม่ำเสมออัตรา 95 ครั้งต่อนาที จัดทำอนัตริษะสูง
30 องศา เวลา 10.00 นาฬิกา เริ่มฝึกผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจปรับลดการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจเป็นรูปแบบแรงดัน
บวกต่อเนื่อง (pressure support) ตั้งค่าความเข้มข้นของออกซิเจน 40 เปอร์เซ็นต์ แรงดันบวกขณะหายใจออก (positive
end expiratory pressure : PEEP) 5 เซนติเมตรน้ำ เริ่มค่าแรงดันบวกต่อเนื่อง (pressure support) 14 มิลลิเมตรปรอทและ
ปรับลดได้ถึง 8 มิลลิเมตรปรอท หลังจากปรับลดเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ
20 ครั้งต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีสีหน้าคร่ำหมอง วิตกกังวลต่อ
ความเจ็บป่วย ปัญหาการพยาบาล 3) ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย สร้างสัมพันธภาพ ให้กำลังใจ
ผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสภาวะความเจ็บป่วยการดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล อำนวยความ
สะดวกแก่ครอบครัวในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย หลังได้รับข้อมูลและระบายความรู้สึก ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
ตรวจวัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย นอนราบได้ ฟังปอดไม่ได้ยินเสียง
กรอบแกรบ แขนและขาไม่บวม ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบน้ำท่วมปอดลดลง อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง
ต่อนาที ความดันโลหิต 135/71 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจน
ในเลือดปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ เวลา 10.22 นาฬิกา แพทย์พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจทางปากออก ปัญหา
การพยาบาล 1) ได้รับการแก้ไขหมดไป ปัญหาการพยาบาล 4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ
ให้ออกซิเจนทางท่อสอดจมูก (cannula) อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที จัดทำอนัตริษะสูง 30 องศา ดูแลเสมหะ
โดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อพบเสมหะสีขาวใสปริมาณ 1/2 สาย ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยไม่มีอาการ
หายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 100
เปอร์เซ็นต์ อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/81 มิลลิเมตรปรอท ติดตามค่าความ
สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายพบโพแทสเซียมในเลือด 4.1 mmol/l แพทย์ให้ยา lasix 40 มิลลิกรัมชนิด
รับประทาน 1 เม็ด มื้อเช้าและมื้อมีกลางวันหลังอาหาร ปัญหาการพยาบาล 2) ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินในร่างกาย
และมีภาวะเสี่ยงต่อการสูญเสียความสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย ได้รับการแก้ไขบางส่วน ให้การพยาบาลคงเดิม
ประเมินปริมาณสารน้ำเข้า - ออกร่างกายใน 8 ชั่วโมง อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยและญาติ
สอบถามอาการซ้ำ ๆ มีสีหน้าวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ปัญหาการ
พยาบาล 3) ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย ได้รับการแก้ไขบางส่วน ให้การพยาบาลคงเดิม

และสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการดำเนินของโรค หลังได้รับข้อมูลและระบายความรู้สึก ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล

วันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เวลา 9.55 น. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองบนเตียง ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ตรวจวัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ติดตามค่าความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกายพบโพแทสเซียมในเลือด 4.1 mmol/l แพทย์อนุญาตให้ย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงชั้น 16 ประสานงานหอผู้ป่วย แจ้งผู้ป่วยและญาติรับทราบเหตุผลในการย้ายผู้ป่วย จัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้และเอกสารของหอผู้ป่วย ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยนี้ยังมีปัญหาการพยาบาลดังนี้ 2) ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินในร่างกายและมีภาวะเสี่ยงต่อการสูญเสียความสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย ต้องประเมินปริมาณสารน้ำเข้า - ออกในร่างกาย 8 ชั่วโมงและ 3) ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย ต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการดำเนินของโรค จึงส่งปัญหานี้ให้หอผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง

วันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เวลา 9.30 น. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองบนเตียง ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ตรวจวัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัญหาการพยาบาลที่ 1 - 4 ได้รับการแก้ไขทั้งหมด ผู้ป่วยและญาติสอบถามอาการซ้ำ ๆ มีสีหน้าวิตกกังวล ปัญหาการพยาบาล 5) ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยการจำกัดน้ำน้อยกว่า 1 ลิตรต่อวัน แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลวรับประทานอาหารจืด หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม การรับประทานยาต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์ การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค เป็นต้น หลีกเลี่ยงภาวะเครียด และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ ไอบ่อยขึ้น รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักตัวเพิ่ม แขนและขาบวมตึง หลังได้รับข้อมูลผู้ป่วยและญาติเข้าใจดีสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง ปัญหาการพยาบาล 5) ได้รับการแก้ไขหมดไป แพทย์อนุญาตจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เวลา 16.20 น. รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 5 วัน ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่บ้าน การมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามผลการรักษาในวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมทั่วไป

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 5 ปัญหา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องและมีโอกาสเกิดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง 2) ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินในร่างกาย 3) ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย 4) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ 5) ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไขทั้งหมด ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถอธิบายการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านโดยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงชั้น 16 นัดตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมทั่วไป รวมระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน เยี่ยมผู้ป่วยทั้งหมด 5 ครั้ง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้ได้ตามมาตรฐาน

8.2 เป็นแนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคประจำตัวทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการจัดยารับประทานด้วยตนเอง

10. ข้อเสนอแนะ

ควรปรับปรุงสื่อการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสำหรับสอนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ
 (นางสาวสุชาวดี แสงจักร์)
 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 วันที่ ๒๓ ส.ค. ๒๕๖๕

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ
 (นางนิตยา ศักดิ์สุภา)
 ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
 โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
 วันที่ ๒๓ ส.ค. ๒๕๖๕

ลงชื่อ
 (นายพรเทพ แซ่เฮ้ง)
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
 วันที่ ๒๓ ส.ค. ๒๕๖๕

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 29 พ.ย. 2563 ถึงวันที่ 2 ธ.ค. 2563

คือ นายเกรียง ไกร ตังจิตรมณีศักดิ์ดา ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- ชมพูนุท ศรีรัตน์. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. ใน *การพยาบาลอายุรศาสตร์*. (น. 153-164) เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราณี ฟูไเราะ. (2564). *คู่มือยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพฯ: N P Press Limited. Partnership.
- รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช. (2562). การจัดการการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบบูรณาการ. ใน *คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ*. (น. 43-64) เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2561-2563). *สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ประจำปี 2561-2563*.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562*. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.
- อรินทยา พรหมินธิกุล. (2562). ชนิด สาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน *คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ*. (น. 5-20) เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวสุชาวดี แสงจักร์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 760) ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์

เรื่อง แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคหัวใจที่พบได้บ่อย โดยมีอาการหายใจไม่สะดวก เหนื่อย และมีภาวะน้ำท่วมปอด โรคหัวใจชนิดนี้เป็นอันตรายต่อชีวิตโดยตรง และพบอัตราการตายมากกว่าโรคมะเร็ง 2 - 3 เท่า เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่ง สถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกพบประมาณ 60 ล้านคนจะมีผู้ป่วยโรคนี้แฝง 1 ล้านคน โดยทั่วไปอัตราการเสียชีวิตของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 10 ต่อปี และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังได้รับการวินิจฉัย หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลอีกด้วย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562) จากสถิติของฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี 2561 - 2563 พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจร้อยละ 22.46, 18.55 และ 18.05 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและต้องใส่เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 74.86, 77 และ 83.48 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2561-2563) จากสถิติดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เลวลง มีผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จร้อยละ 40 - 42 และผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ถึงร้อยละ 24 บางรายถึงขั้นต้องผ่าตัดเจาะคอ จึงมีแนวคิดในการจัดทำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

นอกจากนี้ภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจลดลงบางรายมีความจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และเกิดการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยอาการเดิมมากขึ้น จากการทบทวนพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ต้องประเมินความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้มีแนวคิดที่จะจัดทำแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อเป็นแนวทางของพยาบาลในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคให้แก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ลดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานมีแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจและลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ภายใน 24 ชั่วโมง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การหยาเครื่องช่วยหายใจ เป็นแนวทางการรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง โดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลาสั้น เนื่องจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลาสั้น ทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย วิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจมี 2 วิธี คือ การตัดสินใจโดยใช้ดุลยพินิจของแพทย์และการใช้แนวปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอนของการหยาเครื่องช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว มักเกิดภาวะแทรกซ้อนมากมาย แพทย์จะเป็นผู้พิจารณา ร่วมกับทีมพยาบาลเพื่อประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะต้องอาศัยองค์ความรู้ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายโดยประเมินจากอัตราการเต้นและจังหวะของหัวใจ ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยควรได้รับยาเพิ่มความดันโลหิตในปริมาณน้อยและไม่ควรมีภาวะช็อค ด้านจิตใจ ถ้าผู้ป่วยมีความกลัว วิดกกังวลไม่ควรหยาเครื่องช่วยหายใจ เพราะทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้นและต้องการออกซิเจนมากขึ้น ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตประจำวันตามเดิมได้ (ขวัญเรือน วงษ์มณี, 2559)

การใช้เครื่องช่วยหายใจแม้จะเป็นการช่วยชีวิตผู้ป่วย แต่การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ก็อาจส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนในหลายด้าน ทางด้านร่างกาย พบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจยาวนานจะเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia: VAP) เกิดกล้ามเนื้อเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรงเนื่องจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานทำให้เส้นใยกล้ามเนื้อถูกทำลาย และส่งผลให้กล้ามเนื้อกะบังลมซึ่งเป็นกล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแรงเมื่อต้องหายใจเองทำให้หายใจได้ไม่มีประสิทธิภาพ การฉีกขาดของหลอดเลือด การบาดเจ็บบริเวณทรวงอก (barotrauma) เกิดพิษจากการได้รับออกซิเจนมากเกินไป (oxygen toxicity) ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน และได้รับออกซิเจนปริมาณสูง ทำให้มีการหลังสารที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบส่งผลให้ปอดได้รับบาดเจ็บ และเกิดการล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับค่าออกซิเจนในเลือดที่ลดลง เกิดเลือดออก ในทางเดินอาหาร เนื่องจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้เพิ่มแรงดันในช่องอก ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและความดันโลหิตลดลงการไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะในช่องท้องลดลงส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของเยื่อทางเดินอาหาร ทางด้านจิตใจพบว่าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย เกิดความกลัว วิดกกังวล สื่อสารลำบากไม่สามารถบอกถึงความต้องการของตนเองได้ การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ทำให้เพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล เพิ่มอัตราการตาย และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับขั้นตอนการหยาเครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วย สามารถสื่อสารตาม ความต้องการได้ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้เกิด

ความเข้าใจในการปฏิบัติตน ดังนั้นบทบาทของพยาบาลกับการหยาเครื่องช่วยหายใจเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีความพร้อมเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย (ขวัญเรือน วงษ์มณี, 2559)

กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยโดยประเมินความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ
การประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย มีดังนี้ (ขวัญเรือน วงษ์มณี, 2559)

1. การประเมินทางระบบประสาท ผู้ป่วยพร้อมที่จะหยาเครื่องช่วยหายใจต้องมีระดับความรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ความสามารถในการไอและขับเสมหะ นอกจากนี้การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ จะเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจ

2. การประเมินปริมาณสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ โดยทั่วไปคือ 1,500-2,500 แคลอรีต่อวัน ซึ่งมีผลต่อปริมาณสารน้ำเข้า - ออกจากร่างกาย รวมทั้งน้ำหนักตัวและความคงทนต่อการหายใจ

3. การประเมินทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ประเมินจากอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต

4. การประเมินระบบทางเดินหายใจ ประเมินจากอัตราและลักษณะการหายใจ การดูแลให้ทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ การดูแลจัดทำศีรษะสูงมากกว่า 30-45 องศา การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล เช่น การฝึกหายใจเข้าออกลึก ๆ (deep breathing exercise) ติดตามและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง

การประเมินความพร้อมทางด้านจิตใจ

ความพร้อมทางด้านจิตใจเป็นตัวบ่งชี้ตัวหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย (assessment of behaviors) ที่เป็นปฏิกริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้า รวมถึงประเมินองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว (assessment of influencing factors) ผู้ป่วยจะมีความกลัว ความวิตกกังวล การลดความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการหยาเครื่องช่วยหายใจจึงเป็นหัวใจสำคัญในการให้การพยาบาลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ และศิริพร สว่างจิตร, 2561) ผู้ป่วยอาจจะกลัวการเสียชีวิต กลัวการหายใจไม่ออก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการหยาเครื่องช่วยหายใจมาแล้วและไม่สำเร็จ พยาบาลสามารถประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยได้ รวมทั้งสีหน้า แววตา ท่าทางของผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความรู้สึกของตนเองได้ พยาบาลควรวางวิธีที่จะติดต่อสื่อสาร เพื่อลดระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วย ซึ่งมีหลายวิธี เช่น การให้ผู้ป่วยเขียนบอก การถามตอบ ประโยคง่ายสั้น โดยใช้คำถามปลายปิด ให้กำลังใจขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและปลอดภัย จุดมุ่งหมายของการหยาเครื่องช่วยหายใจ คือ ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองอย่างมีประสิทธิภาพความสำเร็จนี้ขึ้นอยู่กับการทำงานเป็นทีม ความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (อรนุชวรรณกุล, 2561)

แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (จุฑารัตน์ บางแสง, สมควร พิรุณทอง, อุดมรัตน์ นิยมนา, นงเยาว์ งามุลเรศ และอภิญา สัตย์ธรรม, 2563)

1. ระยะก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ (preweaning phase) ระยะก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ เป็นระยะที่มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว ความสมดุล

ของสารน้ำและเกลือแร่ ภาวะออกซิเจนในร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือด ระดับความรู้สึกตัว ดัชนีความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (rapid shallow breathing index : RSBI) มากกว่าหรือเท่ากับ 105 ความเครียด วิตกกังวล กลัว ความปวด การนอนหลับ เป็นต้น การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ ระวังนี้ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจแนวทางการรักษาของแพทย์มักจะดึงท่อช่วยหายใจออกเองก่อนซึ่งทำให้เกิดผลเสียกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2. ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (weaning phase) เป็นการทดลองให้ผู้ป่วยหายใจเอง วิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจมี 2 วิธี ดังนี้

2.1 การให้ออกซิเจนเข้าทางหลอดลม (oxygen T Piece) การหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยวิธีนี้ผู้ป่วยจะต้องหายใจด้วยตนเอง (spontaneous breathing) ตลอดระยะเวลาของการหย่าเครื่อง ควรเริ่มในตอนเช้า หลังจากผู้ป่วยพักผ่อนเต็มที่ ภายหลังจากให้อาหารทางสายยางประมาณ 1 ชั่วโมงเพื่อลดอาการแน่นอึดอัดท้อง วัตถุประสงค์เพื่อ ควบคุมหะ จัดทำอนศิรยะก่อนทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ออกซิเจนตัวได้เต็มที่

2.2 การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นรูปแบบแรงดันบวกต่อเนื่อง (pressure support) การหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยวิธีนี้เป็นการลดอัตราการหายใจของเครื่องช่วยหายใจ ช่วยลดความกลัวในผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองไม่สามารถหายใจโดยไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้ เหมาะกับผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมานานและกลัวการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ระหว่างทดลองให้ผู้ป่วยหายใจเอง หากผู้ป่วยมีอาการ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปลายมือและปลายเท้าเย็น เหงื่อออกมาก สัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้วน้อยกว่าร้อยละ 94 จะยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

3. ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (weaning outcome or extubation)

ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เริ่มเมื่อผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ตามกำหนด แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะก่อนถอดท่อช่วยหายใจ มีการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เปรียบเทียบลักษณะการหายใจระหว่างการใส่เครื่องช่วยหายใจและขณะฝีกหายใจ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจครบทุกเกณฑ์ เกณฑ์ที่ไม่ผ่านอาจจะแก้ไขไปพร้อมกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

3.2 ระยะถอดท่อช่วยหายใจ ควรทำในช่วงเวลาทำการเนื่องจากมีบุคลากรจำนวนมาก สามารถสังเกตอาการผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด

3.3 ระยะหลังถอดท่อช่วยหายใจ ต้องสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 24 - 48 ชั่วโมงและประเมินการใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ซ้ำ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษา และรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ตำราวิชาการ วิจัย และเว็บไซต์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลวและแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา นำเสนอเพื่อขอความเห็นชอบจากหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ
3. ประชุมชี้แจงบุคลากรในหน่วยงานร่วมจัดทำแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
4. นำแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ตามลำดับ
5. นำเสนอแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแก่บุคลากรในหน่วยงานและขอความร่วมมือในการนำแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาทดลองใช้และนำแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไปทดลองใช้ในหน่วยงานเป็นเวลา 3 เดือน
6. ติดตาม ประเมินผลการใช้ปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว นำมาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดอุบัติการณ์การเกิด VAP และลดระยะจำนนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย
- ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจมีแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการหยาเครื่องช่วยหายใจตามแนวทางปฏิบัติ
3. อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยกว่าร้อยละ 24

ลงชื่อ.....*สุชาวดี แสงจักร์*.....

(นางสาวสุชาวดี แสงจักร์)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....*๒๓.๓.๒๕๖๕*.....

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเรือน วงษ์มณี. (2559). กรณีศึกษาการใช้แนวทางปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล
แห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(1), 34-43.
- จุฑารัตน์ บางแสง, สมควร พิรุณทอง, อุดมรัตน์ นิยมนา, นางเยาว์ ถามูลเรศ และอภิัญญา สัตย์ธรรม. (2563).
การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลชัยภูมิ. *วารสาร
การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(4), 122-131.
- นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ และศิริพร สว่างจิตร. (2561). ความพร้อมของผู้ป่วยกับความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วย
หายใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(2), 79-85.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2561-2563). *สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ประจำปี 2561-2563*
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและ
การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562*. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเตป
ดีไชนส์.
- อรนุช วรรณกุล. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
โรงพยาบาลพัทลุง. *Krabi Medical Journal*, 1(2), 1-12.