

ฉบับปรับปรุงตามมติ กรรที่.../๒๕๖๕ เมื่อวันที่...๒๔ กันยายน ๒๕๖๕
เจ้าหน้าที่...ส่งน้ำ... สูง...

กรรมการตรวจแล้ว
ผ่าน
ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล แก้ไขเพิ่มเติม
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ กรรมการ...

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนถีนหัวใจเอกสารติก

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด

เสนอโดย

พันจ่าเอกยุทธนา บุญรอด

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 723)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอกอัครทิก

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานใหม่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด

เสนอโดย

พันจ่าเอกยุทธนา บุญรอด

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 723)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ข้อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอออร์ติก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2563 ถึงวันที่ 26 พฤษภาคม 2563)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคลิ้นหัวใจอออร์ติกตีบ (aortic stenosis) เป็นภาวะที่มีการตีบแคบของช่องทางผ่านของลิ้นหัวใจ เอօอร์ติกทำให้เลือดไม่สามารถผ่านออกจากห้องหัวใจถ่างซ้ายไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้เพียงพอ ทำให้มีอาการเหนื่อยขณะออกแรง มีอาการเจ็บหน้าอกและหัวใจล้มเหลว โดยเกิดขึ้นในช่วงหัวใจบีบตัว ทำให้เกิดความแตกต่างของความดันระหว่างสองฝั่งของลิ้นหัวใจมากกว่า 10 มิลลิเมตรปอร์ (โอกาส ศรีทพารพุทธ, 2561)

พยาธิสรีรวิทยา

โรคลิ้นหัวใจอออร์ติกตีบ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามอายุขัยที่ลิ้นหัวใจมีอาการบวมโตจนตีบจากการเปลี่ยนเป็นหินปูนทำให้ลิ้นหัวใจไม่สามารถทำหน้าที่ปิด-ปิดได้ดังนี้ (วรรณศ์ ศลิมภูรรถกร, 2555)

1. หัวใจห้องถ่างซ้ายบีบตัวเพื่อบีบไม่เลือดให้ไหลผ่านลิ้นหัวใจอออร์ติกที่ตีบทำให้ความดันในหัวใจห้องถ่างซ้ายสูงมากกว่าปกติและผนังหัวใจหนาขึ้น เลือดจากหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery) ไม่สามารถเลี้ยงหัวใจได้เพียงพอ เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากการขาดเลือด (angina pectoris)

2. ลิ้นหัวใจอออร์ติกที่ตีบมากทำให้หัวใจไม่สามารถเพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจไปเลี้ยงร่างกายในเวลาหนึ่งนาที (cardiac output) ได้ เมื่อร่างกายต้องการมากขึ้น จึงเกิดอาการเหนื่อยเป็นลมหนดสติระหว่างออกกำลังกาย (exertional syncope) และมีหัวใจวาย (heart failure)

สาเหตุ

สาเหตุมีได้หลายปัจจัย สามารถสรุปได้ดังนี้ (วรรณศ์ ศลิมภูรรถกร, 2555)

1. การเปลี่ยนเป็นหินปูนเป็นสาเหตุ ที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามอายุขัย จะพบในผู้สูงอายุ 70-90 ปี

2. โรคลิ้นหัวใจอออร์ติกผิดปกติแบบสองแฉกแต่กำเนิด พบร้อยละ 30 ในช่วงอายุ 40-60 ปี เนื่องจากเกิดการไหลแบบบีบป่วนผ่านลิ้นหัวใจที่มีสองแฉก จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นหินปูน

3. โรครูมาติก พบร้อยละ 10-15 ซึ่งมักมีโรคลิ้นหัวใจไมตรัลร่วมด้วยขนาดพื้นที่หน้าตัดของลิ้นหัวใจ เอօอร์ติกในคนปกติประมาณ 2.5-3.5 ตารางเซนติเมตร เมื่อลิ้นหัวใจตีบขนาดพื้นที่หน้าตัดลดลงเหลือ 1 ใน 3 จะทำให้มีผลต่อการไหลเวียนเลือดอย่างชัดเจน

อาการและการแสดง

อาการและการแสดงที่พบได้บ่อย ประกอบด้วย (วรรณศ์ ศลิมภูรรถกร, 2555)

1. เจ็บหน้าอกเป็นผลจากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. หน้ามืดเป็นลมเกิดจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง
3. หัวใจล้มเหลวเป็นอาการหลังจากที่มีหัวใจห้องถ่างซ้ายล้มเหลวเรื้อรัง

4. ชีพจรเบาขึ้น จะมีผลต่างของความดันซิสโ töleik และความดันໄไดแอส töleik แคนเป็นช่วงเวลานาน
5. ภาพถ่ายทางรังสีปอดหรือถ่ายล้ำมันเนื้อหัวใจห้องล่างซ้าย โดยอาจเห็นแคดเติร์ยมที่ลิ้นหัวใจเอօօร์ติก การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคนิยมใช้การตรวจค้นพิเศษเพื่อยืนยันการวินิจฉัย รวมกับอาการและอาการแสดงที่ตรวจพบประกอบด้วย (วงศ์ คลินิก อรรถก, 2555)

1. การฟังประวัติ อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงและหัวใจล้มเหลว
2. การตรวจร่างกายที่สำคัญในลิ้นหัวใจเอօօร์ติกตีบจะพบชีพจรเบาเนื่องจากลิ้นหัวใจตีบ หัวใจจึงบีบส่งเดือดออกมาก ได้น้อยกว่าและช้ากว่าลิ้นหัวใจที่ปกติ พบในลิ้นหัวใจเอօօร์ติกตีบอย่างรุนแรงและเสียงฟู่ของหัวใจ (murmur) จะได้ยินที่หลอดเลือดแดงคาร์ติดด้วย เนื่องจากเลือดไหลออกจากหลอดเลือดแดงใหม่เอօօร์ตาไปหลอดเลือดแดงคาร์ติด
3. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiography) เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัย จะพบว่ามีค่าแรงดันที่เกิดขึ้นระหว่างหัวใจห้องล่างซ้ายกับหลอดเลือดแดงใหม่เอօօร์ติกมีค่าสูงและพื้นที่หน้าตัดของลิ้นหัวใจเอօօร์ติกลดลง ซึ่งสามารถบอกขนาดและความหนาของหัวใจห้องล่างซ้ายได้
4. เอกดเรียปอด พบร่องรอยเสียงหอบส่วนต้นขยายตัวจากเดือดที่พุ่งออกจากจุดตีบของลิ้นหัวใจ กระแทกผนังหลอดเลือดแดงใหม่ส่วนต้นให้โป่งออก (post-stenotic dilation)

การรักษา

การรักษาพิจารณาจากอาการของผู้ป่วย ในรายที่มีอาการแล้วแนะนำให้ผ่าตัดทุกราย ส่วนในรายที่ไม่มีอาการให้พิจารณาจากความรุนแรงของพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจเอօօร์ติก ซึ่งสามารถแบ่งการรักษาออกเป็นการรักษาด้วยยาและการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอօօร์ติก (โอกาส ศรีทพารพุทธ, 2561)

1. การรักษาด้วยยา

ผู้ป่วยมีลิ้นหัวใจเอօօร์ติกตีบระดับ mild-moderate หรือ severe aortic stenosis แต่ไม่มีอาการสามารถติดตามอาการได้ เมื่อมีข้อบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยจากน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) สามารถให้ยาขับปัสสาวะเพื่อช่วยลดอาการเหนื่อยได้ เป็นการรักษาแบบประคับประคอง (โอกาส ศรีทพารพุทธ, 2561)

2. การเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอօօร์ติก

ในที่นี้จะกล่าวรายละเอียดเฉพาะการรักษาด้วยการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอօօร์ติก ปัจจุบันมีการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม (replacement heart valve) อยู่ 2 ชนิด คือ (อววรรณ คำเหลา, กนกพิพัฒ์ ศกุลกันบัณฑิต และพิมานาภู ชื่อสัตย์, 2563)

2.1 ลิ้นหัวใจเทียมโลหะ (mechanical valve) มีทั้งชนิดถูกบดทำจากสารซิลิโคนยาง (silastic) และชนิดโลหะเป็นบานพับ (disc valve) ข้อตีบอีก ลิ้นหัวใจที่เป็นโลหะจะคงทนไม่มีการเสื่อมลาย แต่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดตลอดชีวิตและมีเสียงของลิ้นหัวใจดังรบกวน

2.2 ลิ้นหัวใจเทียมแบบเนื้อเยื่อ (bioprosthetic tissue valve) แยกได้เป็น

2.2.1. การปลูกถ่ายด้วยอวัยวะหรือเนื้อเยื่อจากสัตว์ชนิดอื่น (xenograft heart valve) เป็นลิ้นหัวใจที่ทำจากลิ้นหัวใจหมู (porcine valve) หรือจากเยื่อบุหัวใจของวัว (bovine pericardium) ข้อดีคือผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ข้อเสียคือเสื่อมสภาพเร็วในระยะเวลา 5-10 ปี ทำให้ต้องผ่าตัดใหม่

2.2.2 ลิ้นหัวใจของมนุษย์ (homograft heart valve) ได้จากผู้บริจาคที่เสียชีวิต ข้อดีคือลิ้นหัวใจมีอายุการใช้งานประมาณ 10-22 ปี โดยกาสเกิดการติดเชื้อต่ำ ไม่ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดและไม่มีเสียงดังรบกวน แต่มีข้อจำกัดคือ มีโอกาสเกิดแผลเปิดซึ่งมีภัยหลังการผ่าตัด

2.2.3 การปลูกอวัยวะจากเซลล์ของคนไข้ (autograft heart valve) เป็นลิ้นหัวใจของผู้ป่วย เช่น การผ่าตัดย้ายลิ้นหัวใจพลัมโนนิกมาเปลี่ยนแทนลิ้นหัวใจเอออร์ติก (pulmonary valve autograft)

การพยาบาล

ในที่นี้จะกล่าวรายละเอียดเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยที่เปลี่ยnlิ้นหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ก่อนและหลังผ่าตัด (อวรรณ คำเหลา, กมลพิพัฒน์ ศักดิ์กันบันฑิต และพิมลนาฎ ชื่อสัตย์, 2563)

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ

แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ประเมินความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด หากมีการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ประเมินความรู้ อธิบายเรื่องโรคและขั้นตอนในการผ่าตัด โดยใช้คำพูดที่เข้าใจง่ายซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลลงได้

2. การเตรียมความพร้อมทางร่างกาย

เตรียมร่างกายโดยโภณนและทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการผ่าตัด ตั้งแต่กระดูกไปถึงร้านถึงเพาท์ 2 ข้าง ของมีค่า เช่น พันปลอม สร้อย แหวน ต่างหู นาฬิกา ให้ถอดเก็บไว้กับญาติ งอน้ำดื่มน้ำยาหลังเที่ยงคืน ก่อนผ่าตัด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนโดยบังไดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง เพื่อให้ปอดขยาย ประเมินสัญญาณชีพ ค่าความอื้มตัวของออกซิเจนป้ำยานิว เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยจากการหายใจดีบ

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. การพยาบาลในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

1.1 การป้องกันภาวะช็อกจากการเสียเลือดมากหลังผ่าตัดเปลี่ยnlิ้นหัวใจเอออร์ติก ผ่าระวังและประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม ชีพจรอยู่ระหว่าง 80-120 ครั้งต่อนาที ติดตามค่าความแข็งข้นเลือดไม่ต่ำกว่า 30 เบอร์เซ็นต์ ดูแลสายร่ายนัยเสื่อมริเวณทรวงอกไม่หัก พับงอ แท่งแก้วอยู่ใต้น้ำ 2 เซนติเมตร ระดับระหว่างไม่ให้เลื่อนหลุด หากพบมากผิดปกติ (มากกว่า 400 มิลลิลิตรต่อ 1 ชั่วโมง) ควรแจ้งศัลยแพทย์ทราบทันทีและเตรียมเครื่องมือให้พร้อมสำหรับการเปิดผ่าตัดอีกครั้ง ได้ทันที

1.2 ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนกําชให้เพียงพอ มีการประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจจากเต้นหัวใจและให้ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง ติดตามค่าความอื้มตัวของอออกซิเจนป้ำยานิวต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เบอร์เซ็นต์ จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัว เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนกําช

1.3 การจัดการความเจ็บปวดจากแพลฟ์ตัด พยาบาลเดือกใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ให้ยาบรรเทาปวดและติดตามอาการแพ้หรืออาการข้างเคียงของยา

1.4 มีโอกาสติดเชื้อจากแพลฟ์ตัด ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในขณะที่การติดเชื้อยังไม่เกิด (antibiotic prophylaxis ใน 60 นาที ก่อนการผ่าตัด) ซึ่งจะสามารถลดการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากการผ่าตัด (surgical site infection: SSI) ได้ ฝ่ายรักษาจะให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

2. การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.1 ควรฝึกให้ผู้ป่วยหายใจถูกวิธี ใช้เครื่องบวบหารปอดชนิดควบคุมการไหลเข้าของอากาศอย่างถูกวิธี

2.2 อธิบายกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การทำความสะอาดห้องปัก หีบห่อมีด เดินขึ้ลงบันได 1 ชั้น ในช่วง 4-6 สัปดาห์ ไม่ควรยกของหนักเกิน 4.5 กิโลกรัม เพราะกระดูกหน้าอกยังติดไม่สนิท

2.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ยา ออกกำลังกาย ควบคุมความดันโลหิตในช่วง 120/80-140/90 มิลลิเมตรปอร์ท ระดับไขมันในเลือดไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและเนาหวานให้อ้อย ในช่วง 80-120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควบคุมน้ำหนักและการพัฒนาต่อไปต้องกลับมาตอนโรงพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาและยาที่ผู้ป่วยผู้ป่วยได้รับ (ปราณี ทุ่มware, 2559)

1. โดปามีนไฮโดคลอโรด (dopamine HCl) เป็นยาที่กระตุ้นการทำงานของหัวใจเพื่อรักษาอาการหัวใจเต้นเร็ว และบรรเทาภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว การออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของตัวรับสารเคมีของโดปามีโนร์จิกและอะครีโนจิกแบบเบต้า การพยาบาลควรติดตามและเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ แน่นหน้าอ กเส้นเลือดดีบ ความดันโลหิตสูงหรือต่ำผิดปกติ หายใจลำบาก คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เกิดภาวะคั่งของของเสียในเลือดและอาจพบอาการแพ้ยา เป็นต้น

2. 华法林 (warfarin) เป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือด ออกฤทธิ์ขัดขวางการเปลี่ยนแปลงการสังเคราะห์วิตามินเก อาการข้างเคียง เสื่อมออกในอวัยวะต่าง ๆ การพยาบาล สังเกตอาการเสื่อมออกตามอวัยวะต่าง ๆ ติดตามค่า INR และนำหลักเลี้ยงการรับประทานผักใบเขียว เมื่อจากมีวิตามินเคมาก ทำให้การออกฤทธิ์ของยาลดลง

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบเกิดจากการมีหินปูนมาเกาะที่ลิ้นหัวใจทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดผ่านรูที่ตีบแคบ ผู้ป่วยที่มีอาการจากลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติก ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2562 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยน ลิ้นหัวใจประมาณ 2,518, 2,669, และ 2,747 ราย ตามลำดับ (อวรรณ คำเหลา, กมลพิพัฒ์ สถาลกันบัณฑิต และพิมลนาฎ ชื่อสัตย์, 2563)

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์พบสถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคลิ้นหัวใจตีบในห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำนวน 12, 8 และ 9 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์, 2561-2563) และพบว่าส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคที่เลวลง อัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวและอัตราการเกิดหัวใจโตในผู้ป่วยที่มีภาวะลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้มีการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซึ่งมากขึ้น จากการทบทวน

พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยปัจจุบันตัวไม่ถูกต้อง ผู้ศึกษาจึงจัดทำกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะลิ้นหัวใจ เอօอร์ติกตีบและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอօอร์ติกเพื่อเป็นแนวทางของพยาบาลในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพยาบาลให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ลดการกลับมา รักษาซ้ำและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

4.2 ขั้นตอนดำเนินงาน

1. ค้นคว้า รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอօอร์ติกจาก ตำราวิชาการและอินเทอร์เน็ตเพื่อประกอบในการจัดทำกรณีศึกษา
2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี เลขที่ภายนอก 3/56 เลขที่ป้ายใน 7345/63 เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ที่ห้องผู้ป่วยศัลยกรรมชาย วันที่ 18 พฤษภาคม 2563 เวลา 07.54 นาฬิกา แพทย์นัดมาทำการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอօอร์ติก วันที่ 20 พฤษภาคม 2563 และหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เอօอร์ติกนิด โลหะรับมากอยู่ในความดูดแลที่ห้องอพานาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจเวลา 13.27 นาฬิกา
3. ประเมินสภาพร่างกายตามเกณฑ์ค่าลิ้นหัวใจ จิตใจ อารมณ์ สังคมและประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการ เจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว
4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การพยาบาลได้ทันท่วงที
5. ปฏิบัติกรรมการพยาบาล ให้สอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาลและ วางแผนการพยาบาลรวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลจน自行กลับบ้าน พร้อมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
6. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง จัดทำเป็นรูปเล่ม นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินงาน - ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด 100

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 42 ปี เลขที่ผู้ป่วยนอก 3/56 เลขที่ป้ายใน 7345/63 สถานภาพสมรส คู่ อาศัยพรับจำนำบ้านค่าบ้านพุทธ รับไว้ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2563 เวลา 07.54 นาฬิกา ที่ห้องผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เมื่อจากแพทย์นัดมาเพื่อทำการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอօอร์ติก อาการสำคัญ ที่นำมาคือ เหนื่อย นอนร้อนไม่ได้ วูบángครั้ง 9 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผลตรวจลิ้นเสียงสะท้อนหัวใจพบ ลิ้นหัวใจเอօอร์ติกตีบ ส่งบริการแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดและหัวใจเพื่อผ่าตัดเปลี่ยน ลิ้นหัวใจเอօอร์ติก นัดผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องผู้ป่วยศัลยกรรมชายเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอօอร์ติก แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ฝึกหายใจปอดด้วยเครื่องบาริหารปอดชนิดควบคุมการไหลเข้าของอากาศ (flow) ก่อนการผ่าตัดดูดไตรโฟ ໄค์ 3 ลูก เตريمเลือด 10 ยูนิต พลาราม่า 10 ยูนิต เกล็ดเลือด 10 ยูนิต เพื่อใช้ผ่าตัด วันที่ 20 พฤษภาคม 2563 เริ่มผ่าตัดเวลา 08.30 นาฬิกา ใช้เวลาในการผ่าตัด 160 นาที ขณะผ่าตัดใช้ เครื่องหัวใจและปอดเทียม 107 นาที หนึ่งหลอดเลือดแดงเอօอร์ต้าและหุ้ดการเดินของหัวใจ 98 นาที

ระหว่างการผ่าตัดได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนผ่าตัดเซฟาโซลิน 2 กรัม เอฟพาริน 400 มิลลิกรัม โพรตามีน 400 มิลลิกรัม ทรานชาเม็น 1 กรัม ให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วทั่วไป โดยให้ยา芬芬านิด 200 ไมโครกรัม โรคูโรเนียม 110 มิลลิกรัม โปรไฟฟอล 200 มิลลิกรัม มิดาโซล 5 มิลลิกรัม สูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดรวม 1,000 มิลลิลิตร ขณะผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนถึงหัวใจออร์ติกชนิดโลหะ (mechanical aortic valve replacement :AVR) ข่ายไปห้องอหใจผู้ป่วยหันโรคหัวใจ

เวลา 13.27 นาฬิกา ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลที่ห้องอหใจผู้ป่วยหันโรคหัวใจ ประเมินอาการแรกรับเรียกไม้รู้สึกตัว ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจสีน้ำเงินผ่านศูนย์กลางขนาด 8 มิลลิเมตร ระดับความลึก 21 เซนติเมตร ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร TV 550 RR 12 PF 50 PEEP 5 FiO₂ 0.7 มีสายสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลางบริเวณคอของความลึก 12 เซนติเมตร ให้ยาโดปามีนไฮโดคลอไรด์ (dopamine HCl) 200 มิลลิกรัม ในสารน้ำ 0.9% NSS 100 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำอัตรายด 22 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สารน้ำ 5% DN/2 1,000 มิลลิลิตร อัตราหายด 38 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สายสวนหลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือขวาเชื่อมต่อเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณจีพ มีแพลต์ผ่าตัดกลางอกต่อสายระบายน้ำเส้น pericardium และ mediastinum ชนิด 1 ขาด 2 สาย ได้สายสวนปัสสาวะต่อถุงวงศ์ปัสสาวะบริเวณ 200 มิลลิลิตร ความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง 140/61 มิลลิเมตรprototh ความดันโลหิต 119/66 มิลลิเมตรprototh อัตราการเต้นของหัวใจ 66 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ความดันในหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง 13 มิลลิเมตรprototh ค่าความอึมตัวของออกซิเจนปั๊มน้ำ 100 เบอร์เซนต์ ชั่วโมงที่ 1 ปัสสาวะออก 450 มิลลิลิตร สายระบายน้ำเส้น mediastinum ออก 20 มิลลิลิตร ความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลางลดลงเหลือ 8 มิลลิเมตรprototh ชั่วโมงที่ 2 ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ประเมินความเจ็บปวดแพลต์โดยใช้เครื่องมือ faces pain rating scale ระดับคะแนนความเจ็บปวด 6 คะแนน ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตร ความดันในหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง 10 - 11 มิลลิเมตรprototh ความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง 103/59 มิลลิเมตรprototh ปั๊มน้ำ ปั๊มเท้าอุ่น การคืนกลับของเดือดในหลอดเลือดฟอย (capillary refill) น้อยกว่า 2 วินาที พับปั๊มหัวทางการพยาบาล 4 ข้อ ดังนี้ ปั๊มหัวที่ 1 ผู้ป่วยเสียงต่อระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากหนึบหลอดเลือดแดงออร์ต้าและภาวะแทรกซ้อน จากเครื่องหัวใจและปอดเทียม กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัว การตอบสนองของรูม่านตา ต่อแสง กำลังแขนและขา บันทึกความดันโลหิตทุก 30 นาที เฝ้าระวังอาการชักเกร็งกระดูกและอาการหลอดเลือดสมองอุดตัน ประเมินผล ชั่วโมงที่ 2 ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว ทำการคำนวณ ตามชื่อสามารถพยักหน้า การตอบสนองของรูม่านตา 2 มิลลิเมตรเท่ากันทั้ง 2 ข้าง กำลังแขนและขา ระดับ 2 หัว 4 ระยะค์ ความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง 115/62 มิลลิเมตรprototh ปั๊มหัวที่ 2 ผู้ป่วยเสียงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสาทภาพการหายใจลดลง กิจกรรมการพยาบาล ดูดเสมหะให้ทางเดินหายใจมีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนอย่างเพียงพอ ติดตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสาทภาพ บันทึกอัตราการหายใจ แรงดันสูงสุดที่วัดได้ช่วงการหายใจเข้า (peak airway pressure) ค่าความอึมตัวของออกซิเจนปั๊มน้ำ ประเมินผล ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัวเวลา 15.00 นาฬิกา เสมหะ ขาวขุ่นบริเวณเล็กน้อย อัตราการหายใจ 14-16 ครั้งต่อนาที แรงดันสูงสุดที่วัดได้ช่วงการหายใจเข้า 20 เซนติเมตรน้ำ

ค่าความอื้มตัวของออกซิเจนป้ำยนี้ 100 เมอร์เซ่นต์ ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายไม่คงที่ เนื่องจากการสูญเสียเดือดและน้ำจากร่างกาย กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสมดุลของน้ำในร่างกายปริมาณสารน้ำ เข้า-ออกร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง ตรวจสอบการไหลของเดือดในสายระบายน้ำเดือดท่วงอก ฝ้าระวังการหักพันงอ รูดสายระบายน้ำเดือดท่วงอกและบันทึกปริมาณเดือดในสายระบายน้ำเดือด เตือนให้สารน้ำโวลูวน (voluven) 250 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเดือดคำส่วนกลาง อัตราหยด 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง บันทึกปริมาณปัสสาวะ ความดันหลอดเดือดคำ ส่วนกลาง ความดันโลหิตทางหลอดเดือดแดง ระดับอิโน โกลบินในเดือด ประเมินผล 8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด บริเวณ น้ำเหล้า 762 มิลลิลิตร ปริมาณน้ำออก 1,060 มิลลิลิตร ชีโม โกลบิน 9.9 กรัมต่อลิตร ความดันหลอดเดือดคำ ส่วนกลาง 10 - 11 มิลลิเมตรปถوث ความดันโลหิตทางหลอดเดือดแดง 103/59 มิลลิเมตรปถoth ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วย ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแพลผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล จัดท่านั่งศีรษะสูง 30 องศาให้แพลงน้ำอุ่นและผนัง หน้าห้องหัยอนตัว ลดการดึงรั้ง ใช้หมอนกระชับหน้าอกเวลาเปลี่ยนท่าหรือไอ ลดการสั่นสะเทือนของน้ำดแพลง ดูแลให้ยา morphine (morphine) ทางหลอดเดือดคำ ครั้งละ 3 มิลลิกรัม ฝ้าระวังอาการคลื่นไส้อาเจียน บันทึกอัตรา การหายใจ ประเมินผล แพลงน้ำอุ่นหัยอนตัว หลังให้ยาระดับคะแนนความเจ็บปวด 2 คะแนน อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที

วันที่ 21 พฤษภาคม 2563 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร CPAP 5 PS 8 FiO₂ 0.4 สายสวนหลอดเดือดคำส่วนกลางให้ยาโดปามีนไฮโดคลอโรต์ (dopamine HCl) 200 มิลลิกรัมในสารน้ำ 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเดือดคำ อัตราหยด 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สารน้ำ 5% DN/2 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยด 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สายสวนหลอดเดือดแดงบริเวณข้อมือขวาเชื่อมต่อเครื่องติดตาม การทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ มีแพลงผ่าตัดกลางออกต่อสายระบายน้ำเดือดท่วงอกนิด 1 ชุด 2 สาย บริเวณ pericardium ปริมาณ 40 มิลลิลิตร และ mediastinum ปริมาณ 100 มิลลิลิตร ใส่สายสวนปัสสาวะต่อถุงตัว ปัสสาวะออก 40-60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเดินของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตทางหลอดเดือดคำส่วนกลาง 9 - 11 มิลลิเมตรปถoth แพทช์กดหัวช่วยหายใจและให้ออกซิเจนทางจมูกอัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที เริ่มยา华律ฟาริน (warfarin) ขนาด 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด ทางปากก่อนนอน ญาติสอบถามค่าใช้จ่ายและขอเลื่อนการชำระเงิน พนบปัญหาการพยาบาลเพิ่มเติมดังนี้ ปัญหาที่ 5 เสียงต่อเนื่องเยื่อไดรับออกซิเจนไม่เพียงพอหลังการถอดหัวช่วยหายใจเนื่องจากการหายใจไม่มี ประสิทธิภาพ กิจกรรมการพยาบาล ฝึกการหายใจ (breathing exercises) กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูดไตรโฟเพื่อเพิ่ม ความยืดหยุ่นของการหายใจตัวของผนังทรวงอก ป้องกันภาวะปอดแห้ง (lung atelectasis) แนะนำการไออย่าง มีประสิทธิภาพ โดยใช้หมอนกระชับหน้าอก ให้ทางเดินหายใจมีการแยกเปลี่ยนออกซิเจนอย่างเพียงพอ ให้ ออกซิเจนทางจมูก (cannula oxygen) อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที บันทึกอัตราการหายใจ ค่าความอื้มตัวของ ออกซิเจนป้ำยนี้ ประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจความจำเป็นในการฝึกการหายใจและดูดไตรโฟ ดูดไตรโฟได้ 2 ลูก อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ค่าความอื้มตัวของออกซิเจนป้ำยนี้ 100 เมอร์เซ่นต์ ไอขับเสมหะออกองไถ

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเหยดยากเนื่องจากได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด กิจกรรมการพยาบาลให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ตรวจสอบขนาดยาและเวลาให้ถูกต้องก่อนให้ยา ดูแลสายส่วนต่างๆ ให้กระชับป้องกันการเลื่อนหดหู่หรือบ้าดเจ็บจากการรัง ตรวจสอบบริเวณที่ให้น้ำเกลือ ข้อต่อให้ชิดสนิท กดเส้นเลือดให้แน่นหลังเจาะเลือด ให้คำแนะนำการเฝ้าระวังstanthruที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ ได้แก่ การใช้ของมีคม การแปรงฟันโดยใช้แปรงศีฟันที่อ่อนนุ่ม ระมัดระวังการกระเท็กติดตามระดับความรู้สึกตัว ระดับการแข็งตัวของเลือด (international normalized ratio: INR) ประสานเกสัชกรออกสมุดประจำตัวผู้ได้รับยา华融ฟาริน ประเมินผลหลังรับประทานยาไม่พนภาวะเลือดออกผิดปกติบริเวณแพลงผ่าตัด สายระบายนเลือดท่วงอก สายสวนปัสสาวะ สื่อสารรู้เรื่อง ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำ ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดข้อมูลแนวทางการรักษา และค่ารักษาพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ประสานแพทย์ให้ข้อมูลเรื่องแนวทางการรักษากับผู้ป่วยและญาติ สอบถามสถานะด้านการเงิน ประสานนักสังคมสงเคราะห์ให้ข้อมูลการชำระเงิน ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล เข้าใจแนวทางและให้ความร่วมมือในการรักษา ญาติรับทราบช่องทางการชำระเงินรูปแบบการผ่อนชำระและสังคมสงเคราะห์ ญาติบอกว่าจะไปรวมรวมเงินมาชำระค่ารักษา

วันที่ 22 พฤษภาคม 2563 ผู้ป่วยรู้ตัวว่ามีสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางให้สารน้ำ 5% DN/2 1,000 มิลลิลิตร อัตราหายด 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สายสวนหลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือขวาซึ่งต่อเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ มีแพลงผ่าตัดกลางอกต่อสายระบายนเลือดท่วงอกบริเวณ pericardium และ mediastenum ชนิด 1 恢ด 2 สาย ไม่มีเลือดออกเพิ่ม ใส่สายสวนปัสสาวะต่อถุงตัวง ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตทางหลอดเลือดแดง 130/74 มิลลิเมตรป্রอท ค่าความอื้มตัวของออกซิเจนปลาญนิว 98 เปอร์เซ็นต์ ไม่ใช้ออกซิเจน พบปัญหาการพยาบาลเพิ่มเติม ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากแพลงผ่าตัดและสายสวนในร่างกาย กิจกรรมการพยาบาล ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอกเชื้อ ตรวจสอบขนาดยาปฏิชีวนะและเวลาให้ถูกต้องก่อนให้ยา เฝ้าระวังถักษณะการอักเสบ บวม แดง ร้อนบริเวณสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สายสวนหลอดเลือดแดง ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุก 8 ชั่วโมง ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หักพังอ และสังเกตลักษณะปัสสาวะ บันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์พิจารณาลดสายสวนหลอดเลือด และสายสวนปัสสาวะ ประเมินผล อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส แพลงไม่มีสารคัดหลังซึม สายสวนหลอดเลือด ดำส่วนกลางไม่มีบวม แดง ถอดสายสวนปัสสาวะชนิดสาย ผู้ป่วยปัสสาวะได้ปริมาณ 250 มิลลิลิตร สีเหลืองใสไม่ແسبบขัด

วันที่ 25 พฤษภาคม 2563 ผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียง เดินกืนของห้างเตียงได้ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 83 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 137/90 มิลลิเมตรป্রอท ค่าความอื้มตัวของออกซิเจนปลาญนิว 98 เปอร์เซ็นต์ ผลตรวจผลกระทบตัวของการแข็งตัวของเลือด INR เท่ากับ 2.2 (ค่าปกติ สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจชนิดโลหะเท่ากับ 2-3) ดูดไตรโพได้ปริมาณ 100 ครั้งต่อวัน พบปัญหาการพยาบาลเพิ่มเติม ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยไม่ได้รับการพนฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีประสิทธิภาพหลังผ่าตัด กิจกรรมการ

พยาบาล ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเริ่มกายภาพ ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อกำหนดกิจกรรมการฟื้นฟู เริ่มจากการอบอุ่นร่างกายด้วยท่ากายบริหาร 9 ท่า ฝึกการเดินบนพื้นราบระยะทาง 50 เมตรวันละ 2 ครั้ง เช้านະเดยืน เป้าระวังพลัดตกหล่น หน้ามือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ฝึกการหายใจและทบทวนการใช้ไตร ไฟอย่างถูกวิธี ประเมินผล สัญญาณชีพปกติก่อนเริ่มกายภาพ ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามได้ ดูดไตรไฟได้ 3 ลูกวันละ 300 ครั้ง เดินได้ระยะทาง 50 เมตร อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที ค่าความอื้มตัวของอกรซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ แพทย์พิจารณาข่ายพักฟื้นที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

วันที่ 26 พฤษภาคม 2563 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย สัญญาณชีพปกติความดัน โอดิท 133/83 มิลลิเมตรปอร์ท ค่าความอื้มตัวของอกรซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียง แพลงผ่าตัดไม่มี สารคัดหลังซึ่น สามารถเดินเข้าห้องน้ำเองได้ ไม่มีอาการหน้ามือ หอบเหนื่อย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 27 พฤษภาคม 2563 พบปัญหาการพยาบาลเพิ่มเติม ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการปฏิบัติคนเมื่อ กลับบ้าน กิจกรรมการพยาบาล ให้คำแนะนำการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะของ ร่างกายและความมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพ บริหารปอดด้วยการดูดไตร ไฟ การออกกำลังกายตามโปรแกรมการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจหลังออกจากโรงพยาบาล การรับประทานยาโดยเฉพาะยาไวร์ฟาริน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีผล ต่อการออกฤทธิ์ของยาไวร์ฟาริน เช่น ชาเขียว ผักใบเขียว เป็นต้น สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ก่อนนัด ได้แก่ การอักเสบของแพลง อาการเหนื่อยแน่นหน้าที่ไม่ได้ ดูจ้าเดือด เป็นต้น ให้คำแนะนำการ ดูแลแพลง การมาตรวจตามนัด ประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ให้ความสนใจดูด ไตรไฟมากกว่า 300 ครั้งต่อวัน นัดตรวจติดตามอาการวันที่ 1 มิถุนายน 2563 เวลา 08.00 นาฬิกา ที่คลินิก ศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดแดงทรวงอก รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 9 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะลิ่นหัวใจเฉื่อยหรือติดตื้นและ ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ่นหัวใจเฉื่อยหรือติดตื้น อยู่ในความดูแล พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 10 ปัญหา โดยปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไขทั้งหมด ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถออกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง แพทย์อนุญาตจำหน่าย ออกจากห้องพยาบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ วันที่ 25 พฤษภาคม 2563 เวลา 12.00 นาฬิกาและอนุญาตให้กลับบ้าน ใน วันที่ 27 พฤษภาคม 2563 นัดตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัด วันที่ 1 มิถุนายน 2563 เวลา 08.00 นาฬิกา ที่คลินิก ศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือดแดงทรวงอก รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 9 วัน เยี่ยมผู้ป่วย 5 ครั้ง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 ผู้ป่วย ได้รับการสร้างเสริมสมรรถนะการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ่นหัวใจเฉื่อยหรือติดตื้น อย่างถูกวิธี

8.2 เป็นแนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ่นหัวใจเฉื่อยหรือติดตื้น

8.3 เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ่นหัวใจเฉื่อยหรือติดตื้น ให้ได้ ตามมาตรฐาน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังผ่าตัดล่าช้า วันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น (ค่าเฉลี่ย 6-7 วัน)

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดในเรื่อง การออกกำลังกาย ด้วยการเดินอย่างน้อย 10-15 นาทีต่อวัน การควบคุมอาหาร งดอาหารมัน หอดและการออมเงินเป็นค่าใช้จ่ายส่วนเกินหลังการผ่าตัดโดยแนะนำผู้ป่วยและญาติเก็บฝากเป็นรายเดือนในระหว่างรอการจัดลำดับการผ่าตัด เป็นต้น

10.2 จัดทำสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจออร์ติก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ ก.๙.๐. ยศานา มนูรอด

(พันจ่าเอกยุทธนา มนูรอด)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
วันที่ ๓๐ ส.ค. ๒๕๖๔

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ชีล รุ่ง
.....

(นางนิตยา ศักดิ์สุก)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาลฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์

วันที่ ๑๐ ส.ค. ๒๕๖๔

ลงชื่อ..... ล.ร.
.....

(นายพรเทพ แซ่เช้ง)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์

วันที่ ๓๐ ส.ค. ๒๕๖๔

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาหนีอื่นไป 1 ระดับ ในช่วงระหว่างวันที่ 20 พฤษภาคม 2563 ถึงวันที่ 26 พฤษภาคม 2563
คือ นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมงคล ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- ปราณี ทีไฟเราะ.(2559). คู่มือยา. (พิมพ์ครั้งที่ 14) . กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์. (2561). สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์ ประจำปี 2561
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์. (2562). สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์ ประจำปี 2562
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์. (2563). สถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์ ประจำปี 2563
- วงศ์ ศลิมภูรธรรม. (2555). *Surgery of Acquired Heart Disease*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- เอกสารคำสอน รายวิชา ศรศศ.๕๐๒. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล
- สมาคมศัลยแพทย์ท่องอกแห่งประเทศไทย. (2562). สถิติสมาคมศัลยแพทย์ท่องอกแห่งประเทศไทย ประจำปี 2562
- อรรรถน คำเหลา, กมลพิพิชัย สถาลกันบัณฑิต และ พิมลนาฎ ชื่อสัตย์. (2563). บทบาทพยาบาลกับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมเมօอร์ติกชนิดเนื้อเยื่อที่มีโครงสร้างสำหรับใช้งานได้รวดเร็วแบบแพลต์ตั้ดเล็ก. *วารสารพยาบาล โรคหัวใจและท้องอก*, 31 (2), 2-16.
- โօกาส ศรีทชาพุทธ. (2561). สาระสำคัญทางศัลยศาสตร์หัวใจ. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานใหม่ประสิตชีวภาพมากขึ้น
ของ พันจ่าเอกยุทธนา บุญรอด**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.723) ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มการกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์
สำนักการแพทย์

เรื่อง โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด
หลักการและเหตุผล

สถานการณ์ในประเทศไทย พบร่วมกัน สาเหตุการตายในผู้ป่วยในระบบไหลเวียนโลหิต (diseases of the circulatory system) ในประเทศไทยในระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2562 เท่ากับ 95.1, 107.2, 103.7, 103.0 และ 113.6 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าอัตราการตายมีสถิติแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด (ischaemic heart disease) เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในระบบไหลเวียนโลหิต ในระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2562 เท่ากับ 29.9, 32.3, 31.8, 31.8 และ 31.4 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การรักษาโรคหัวใจขาดเลือดในปัจจุบันมี 3 วิธี ได้แก่ การรักษาทางยา การรักษาผ่านทางสายสวน (percutaneous transluminal coronary angioplasty: PTCA) และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (เสาวลักษณ์ คล้ายอุดม, 2564)

การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจแบบเปิด มีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อนและ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยได้ แต่ในการรักษาด้วยการผ่าตัดมีอุบัติการณ์การเตียบชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจาก ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจทันทีหลังผ่าตัด โดย โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 ที่สามารถทำได้ภายในหลังการผ่าตัดในทันที ประกอบด้วย การอบอุ่นร่างกายด้วยห่อกายบริหาร 9 ท่า การเดินบนพื้นราบอย่างต่อเนื่อง 10-15 นาทีวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น ในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด และการฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถติดตามผล โปรแกรม ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 ด้วยการทดสอบความสามารถการเดินทางรายใน 6 นาที (the six-minute walk test: 6-MWT) ระยะทางที่สามารถเดินได้มากกว่า 160.0 ± 71.0 เมตร เมตร แสดงถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มี ประสิทธิภาพ ช่วยลดอัตราการเตียบชีวิตจากโรคหัวใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน (อรชุมา นารอน, ศิริพร ศินธุ และ รตวน ตนัสวดี, 2558)

หลังกินยาผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชาธิรักษ์ รับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจประมาณ 2-3 ราย ต่อสัปดาห์ มีแพทย์ภายนอกนำบัดหลังผ่าตัดในวันที่ 2-3 และนักกายภาพบำบัดสอนตามแผนกายภาพบำบัดในวันที่ 2-3 และใช้ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 20 นาทีต่อราย จึงเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ช้าและน้อยเกินไปเนื่องจาก หลังผ่าตัดหัวใจหายใจจะไม่มีการขัดดันจากเศษกระเพาะจากเครื่องช่วยหายใจ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

หลังการผ่าตัด เช่น ปอดเพfen น้ำท่วมปอด น้ำบริเวณเยื่อหุ้มหัวใจและปอด ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลและมีโอกาสเสียชีวิต จากข้อมูลปี 2563 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด จำนวน 75 ราย ต้องทำการหัตถการหลังการผ่าตัด จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.66 อัตราการกลับเข้ามานอนซ้ำในห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจร้อยละ 1.78 ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดที่จะทำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด เพื่อที่จะทำการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้ดีขึ้นในระบบการให้อาหารช่วยหายใจ หลังการผ่าตัดในวันที่ 1 และ 2 และสามารถลดระยะเวลาฟื้นฟูได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งจะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและลดการกลับเข้ามานอนซ้ำในห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้หน่วยงานมีโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังการผ่าตัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การตั้งเป้าหมายการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเป็นส่วนหนึ่งของ patient safety goals SIMPLE Thailand 2018 หัวข้อ S 1.3: enhanced recovery after surgery (ERAS) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561) หมายถึง การที่ทีมงานสหสาขานำขั้นตอนการปฏิบัติต่าง ๆ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มาทำให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดอยู่ในสภาพที่พร้อมเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามศักยภาพ เริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังการผ่าตัด โดยให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัด สร้างการมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้การรักษา ผู้ป่วยและญาติ

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การฟื้นฟูขณะนอนอยู่ในโรงพยาบาล (inpatient rehabilitation) ระยะที่ 2 การฟื้นฟูระยะผู้ป่วยนอก (outpatient rehabilitation) ระยะที่ 3 การฟื้นฟูโดยมีผู้ชี้ขาดอย่างกำกับ (supervised rehabilitation) และระยะที่ 4 การบำรุงภาวะฟื้นฟู (maintenance of rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 เป้าหมายสำคัญคือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกายในระดับเบาๆ ได้เร็ว ป้องกันผลเสียหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนพักนาน ๆ นอกจากนี้ผลของโปรแกรมยังช่วยให้ ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือตนเอง สามารถทำกิจกรรมบิหรารและออกกำลังกายตามคำแนะนำเมื่อกลับบ้าน ได้อย่างมั่นใจ มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำและทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี คุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังผ่าตัด จึงเป็นระยะสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยก้าวเข้าสู่การฟื้นตัวในระยะที่ 2 เมื่อจำาน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้อย่างมั่นใจและต่อเนื่อง

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 ประกอบด้วย (ประวิชาต์ ตันประเสริฐ, 2553)

1. ท่ากายบริหาร 9 ท่า โดยการฝึกกายบริหาร ทำมือ - แบบมือ กระดกข้อมือขึ้น-ลง งอศอก-เหยียดศอก ทำท่าละ 5 – 10 ครั้งต่อเซต ทำ 2 เซตต่อวัน เช้าและเย็น

2. การเดินทางระบบอย่างต่อเนื่องควรเริ่มดันด้วยการเดินช้าๆ แต่นุ่มนวลเพิ่มระยะเวลาในการเดินให้มากขึ้นเรื่อยๆ และเมื่อผู้ป่วยเดินได้ต่อเนื่อง 15 นาทีขึ้นไป ควรเริ่มให้ความสนใจกับการเดินเร็วขึ้น โดยเป็นการเดินเร็วสลับกับการเดินช้า หากต้องการประยุชน์เต็มที่ควรมีการเดินเร็วบ้าง โดยถ้าหากเดินเร็วได้ต่อเนื่อง 10 นาทีขึ้นไป จะยังให้ผลดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (มนตรี ยาสุค, 2561) 2 สัปดาห์แรกให้เดินเป็นเวลา 10 - 15 นาที วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น หลังจาก 2 สัปดาห์แรกให้เดินเป็นเวลา 15 – 20 นาที วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น สัปดาห์ที่ 3 ฝึกหายใจหรือต่อเนื่อง เพิ่มระยะเวลาเดินเป็นเวลา 15 - 20 นาที วันละ 1 - 2 รอบ สัปดาห์ที่ 4 เพิ่มระยะเวลาเดินเป็นเวลา 20 - 25 นาที วันละ 1 - 2 รอบ สัปดาห์ที่ 5 เพิ่มระยะเวลาเดินเป็นเวลา 25 - 30 นาที วันละ 1 - 2 รอบ สัปดาห์ที่ 6 เพิ่มระยะเวลาเดินเป็นเวลา 30 นาที วันละ 1 - 2 รอบ เดือนที่ 2 และ 3 เดือนออกกำลังกายเป็นประจำ 30 นาที วันละ 1 - 2 รอบ

3. การฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการฝึกหายใจ การฝึกไอ และการใช้ไตรโฟ ดังนี้
(ภาวนี เกาะอุด, วีระพงษ์ ชิตนอก และจรัญ สายสติตย์, 2560)

3.1 การฝึกหายใจ (breathing exercises) อย่างถูกวิธี โดยฝึกหายใจเข้าให้สูดลมหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ลึกๆ (หน้าท้องขยายหรือท้องป่อง) จากนั้นหายใจออกโดยการค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปาก (หน้าท้องเฟ็บ) ทำอย่างน้อย 5 - 10 ครั้งทุกชั่วโมง เพิ่มความยืดหยุ่นของการขยายตัวของผนังทรวงอก เพิ่มการแลกเปลี่ยนกําชออกซิเจน ป้องกันภาวะปอดเฟบ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในการหายใจ กรณีหลังผ่าตัดช่อง肠胃 อาจจะต้องแนะนำให้ผู้ป่วยประคองแพลง โดยการใช้หมอนในเด็กวาระชั้บแนวสนิท บริเวณรอยแพลงผ่าตัด จากนั้นใช้มือกดให้แน่นเพื่อให้เกิดแรงกระชับ เป็นการลดแรงดันและความคุณความเจ็บปวดขณะไอ แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกเต็มที่ กลืนหายใจไว้สักครู่ และไอออกมารอยแพลงผ่าตัด จากนั้นใช้มือกดให้แน่นเพื่อให้เกิดแรงกระชับ เป็นการลดแรงดันและความคุณความเจ็บปวดขณะฝึกการหายใจ

3.2 การฝึกไออย่างถูกวิธี (coughing training) ก่อนฝึกไอแนะนำให้ผู้ป่วยประคองแพลงโดยการใช้หมอนในเด็กวาระแนวสนิทบริเวณรอยแพลงผ่าตัด จากนั้นใช้มือกดให้แน่น เพื่อให้เกิดแรงกระชับ เป็นการลดแรงดันและความคุณความเจ็บปวดขณะไอ แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกเต็มที่ กลืนหายใจไว้สักครู่ และไอออกมารอยแพลงผ่าตัด ตามด้วยการหายใจเข้าออกตามปกติ เป็นเทคนิคการช่วยขับเสมหะออกมาราจากหลอดลม

3.3 การใช้ไตรโฟ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการผ่าตัด ป้องกันและลดอาการปอดเฟบ ปอดอักเสบ ปอดบวม เครื่องนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการหายใจเข้าลึกๆ อย่างช้าๆ เพื่อบริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจและช่วยให้การทำงานของปอดเป็นปกติ การใช้เริ่มจากค่อยๆ ดูด จนกระหังถุงถุงน้ำทึบ 3 ถุง ค้างไว้ประมาณ 3 - 5 วินาที หรือเท่าที่ร่างกายจะสามารถทำได้ แล้วผ่อนลมหายใจออกทำซ้ำนี้ 10 - 20 ครั้ง วันละ 3 - 4 รอบ (ผู้ป่วยควรทำอย่างน้อย 100 ครั้ง/วัน ก็จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดได้ดีขึ้น)

ข้อบ่งชี้ในการหยุดออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ

1. หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เริ่มมีสัญญาณไฟฟ้าจูกขัดขาวระดับที่ 2 หรือระดับที่ 3 (second หรือ third degree A-V block) หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เกิดจากกระแสไฟฟ้าออกจากหัวใจห้องล่างมากกว่าร้อยละ 30
2. รู้สึกเหนื่อยล้ามาก มีอาการเจ็บหน้าอกขณะออกกำลัง
3. อัตราชีพจรเพิ่มมากกว่า 20 - 30 ครั้งต่อนาทีหรือต่ำลงมากกว่า 10 ครั้ง/นาที
4. ความดันโลหิตลดลงมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท
5. ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืด สับสน คลื่นไส้ ในช่วงแรก ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ตื่นเต้น กิจกรรมที่มีความเสี่ยง ทำให้หัวใจเต้นเร็ว

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษา และรวบรวมข้อมูลจากตำราเอกสารวิชาการ งานวิจัยเกี่ยวกับการพื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย
2. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหานำเสนอผู้ป่วยค้นบัญชาเพื่อขอความเห็นชอบในการจัดทำโปรแกรม การพื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด
3. จัดทำโปรแกรมการพื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด
4. นำร่างโปรแกรมบริษัทผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
5. ประชุมทีมงานแก่บุคลากรในหน่วยงาน นำเสนอโปรแกรมการพื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด และขอความร่วมมือในการทดลองใช้
6. นำโปรแกรมไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดในห้องปฏิบัติการหัวใจ

7. ติดตามการนำโปรแกรมไปใช้ในคลินิกเป็นระยะเวลา 6 เดือนและประเมินผลการใช้โปรแกรม การพื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด นำมาวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไข ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานนำโปรแกรมการพื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยไปใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ และหลอดเลือด

2. ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมั่นใจ

3. ลดวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. บุคลากรในหน่วยงานนำโปรแกรมการพื้นฟูสมรรถภาพร่างกายไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 100

2. ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมการพื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้มากกว่า ร้อยละ 80

3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำหัตถการเพิ่มหลังการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 8

4. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดต้องกลับเข้ามานอนซ้ำในห้องกิบลผู้ป่วยหนัก
โรคหัวใจน้อยกว่าร้อยละ 1

ลงชื่อ..... พ.ศ.๒๕๖๗ ๗๗๗๗ บก.๖๗๗๗

(พันจ่าเอกยุทธนา บุญรอด)

ผู้ขอรับการประเมิน
วันที่..... ๓๐.๑๐.๒๕๖๗

เอกสารอ้างอิง

- กองบุคลาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.(2562).สติ๊ติสา�ารณสุข พ.ศ.2562
 ประวิชร์ ดันประเสริฐ.(2553).แนวทางการพื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ.สืบคืบ 27 พฤษภาคม 2565.จาก
http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/RehabGuideline.pdf.
- ภาวีณี เกاردอด,วีรพงษ์ ชิดนกอกและจรัญ สายสะตอ.(2563).ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟู
 สมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.วารสารพยาบาลทหารบก,21(1),255-261.
- ภาวีณี เกاردอด,วีรพงษ์ ชิดนกอกและจรัญ สายสะตอ.(2560).ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน
 ต่อความสามารถในการลีบกัยในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร.
 สงขลานครินทร์เวชสาร,35(4), 285-291.
- เสาวลักษณ์ คล้ายอุดม.(2564).การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับยาแรงจับความรู้สึกทั่วร่างกาย
 ในการผ่าตัดทำหางเบี้ยงหลอดเลือดหัวใจโดยใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมและไม่ใช้เครื่องปอดและ
 หัวใจเทียม : กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ,4(1),40-53.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: เพมส แอนด์ ซัคเซสฟูล.
- อรชุนา นากรณ์, ศิริพร สินธุ และรตนา ตีนสวัสดิ์.(2558).ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 แบบสมมูลก์แบบในโรงพยาบาลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการทำหางเบี้ยง
 หลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 33(4), 52-64.