

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วม
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 11 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลาดูแล 195 วัน และรวมนัดติดตามทั้งหมด 5 ครั้ง
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในประเทศไทย ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 มีการประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิต จากโรคดังกล่าวถึงร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 20,746 ราย อัตราตายเท่ากับ 21.8 ต่อประชากรแสนคน (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2562) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวนผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction: STEMI) ในปี 2564-2566 จำนวน 18, 19 และ 23 รายตามลำดับ อัตราตายของผู้ป่วย ST-elevation myocardial infarction: STEMI) ในปี 2564-2566 อยู่ที่ร้อยละ 11.11, 10.52 และ 8.70 รายตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเส้นเลือดสูง และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวและหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีความผิดปกติในหน้าที่ของหัวใจที่ร้ายแรง เรื้อรังและก้าวหน้าขึ้นเรื่อยๆ เป็นเส้นทางสุดท้ายก่อนเสียชีวิตของประชากรที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดที่ทำลายหน้าที่ของหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความชุกเพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสาเหตุการตายของประชากรในอัตราที่ค่อนข้างสูง โดยทั่วไปอัตราการเสียชีวิตของภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ที่ 10% ต่อปี และ 50% ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังได้รับการวินิจฉัย หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย มักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ นอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยแล้ว ภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลอีกด้วย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปีงบประมาณ 2564-2566 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 128, 101 และ 80 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำนอนโรงพยาบาลจำนวน 5, 7 และ 8 รายตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความซับซ้อนทางพยาธิสภาพของโรค มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษาที่ต้องเฝ้าระวังหลายประการได้แก่ การเกิดอาการหัวใจล้มเหลวกำเริบ ภาวะน้ำเกินหรือที่เรียกว่าภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะขาดน้ำ ผลข้างเคียงจากยา ความดันโลหิตต่ำ การทำงานของไตเสื่อม ดังนั้นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ต้องการการดูแลที่จำเพาะ จึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยรายนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อศึกษาหาแนวทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลได้ใช้แนวทางในการดูแลต่อไป และไม่เกิดความเสียหายหรือเกิดน้อยที่สุด

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด(Ischemic Cardiomyopathy)

ความหมายของโรค (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดคือภาวะที่มีการอุดตันของเส้นเลือดหัวใจส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายและเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะสั้น ได้แก่ ภาวะช็อกจากหัวใจทำงานล้มเหลว (cardiogenic shock) ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (ventricular arrhythmia) ระยะยาว ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นต้น

พยาธิสภาพของโรค (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563)

เชื่อว่าเกิดจากการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดซึ่งมีไขมันไปสะสม เป็นสาเหตุหลักมากกว่าร้อยละ 90 ของการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndromes) โดยภาวะอักเสบและมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดซึ่งมีไขมันไปสะสม หลังจากนั้นเกิดการกระตุ้นเกล็ดเลือดให้เกาะกลุ่มกันเป็นลิ่มเลือด ทำให้มีการหลั่งสารที่ทำให้เกิดการอักเสบและสารตั้งต้นการแบ่งตัวของเซลล์ ซึ่งจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดและนำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดในที่สุด ซึ่งภาวะหัวใจขาดเลือดนั้นเป็นสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเรื้อรังได้

ปัจจัยเสี่ยง (พัฒนาพร สุปินะและนัตตา นาวุฒิ, 2558)

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้

1.1 กรรมพันธุ์ (heredity) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเมื่อวัยอายุน้อยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็น โรคหัวใจและหลอดเลือด

1.2 เพศ (sex) เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าใน เพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยป้องกันการอักเสบของหลอดเลือด เพิ่มระดับ HDL และลดระดับ LDL

1.3 อายุ (age) อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการแข็งตัวของหลอดเลือด เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการหยุดการเจริญเติบโตของ cell อีกทั้งมี DNA damage เพิ่มมากขึ้น

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

2.1 ภาวะไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีระดับของ LDL และ LDL/HDL สูง รวมทั้งยังพบวามในกลุ่มผู้ป่วย dyslipidemia จะมีรอยโรค ของการตีบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 1 ตำแหน่ง เนื่องจากระดับของไขมันทำให้เกิดภาวะ หลอดเลือดแข็งตัวได้ คือ LDL-C, Triglyceride ทั้งนี้ระดับ LDL-C ที่สูงเพียงปัจจัยเดียวก็ส่งผลให้ เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัวได้ เนื่องจาก LDL-C เป็นตัวการหลักที่ก่อให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือด

2.2 ความดันโลหิตสูง (hypertension) พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการสูบบุหรี่จะพบมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะหัวใจวาย และภาวะช็อกจากหัวใจเพิ่มมากกว่าในกลุ่มที่ไม่มีความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นความดันโลหิตสูงส่งผลเสียโดยตรงต่อหลอดเลือด เพิ่มความเครียดให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง และเพิ่มความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นการลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่หนาอาจลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

2.3 การสูบบุหรี่ (smoking) ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 7 เท่า เนื่องจากบุหรี่ มีสารทำให้เกิด endothelial dysfunction, เพิ่มการอักเสบและอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเกิดการ oxidation ของ LDL ส่งผลให้ เกิดหลอดเลือดแข็งตัว

2.4 ความอ้วน (obesity) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมี metabolic syndrome ร่วมด้วย จะมีการเกาะของเกล็ดเลือดมากขึ้นในหลายตำแหน่งของหลอดเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาการขยายหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้ มากกว่ากลุ่มที่ไม่มี metabolic syndrome

2.5 เบาหวาน (diabetes mellitus) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มี โรคเบาหวานร่วมจะมี plaque ที่มีขนาดใหญ่ เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดและมีการปริแตกของ thrombus หลายตำแหน่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน

2.6 ขาดการออกกำลังกาย

อาการเจ็บหน้าอกจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (วลัยพร ปานรัตน์, 2564)

เป็นความรู้สึกบีบรัดและแน่นอึดอัด เหมือนมีอะไรมาทับที่บริเวณกลางหน้าอกหรือส่วนบนของร่างกาย อาจมีอาการปวดร้าวไปตามแขน คอ กราม อาการมักจะรุนแรงและอาจมีเหงื่อแตกร่วมด้วย อาการมักจะเป็นเวลานานมากกว่า 20 นาทีมักพบในคนวัยกลางคน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีอาการ เมื่อออกกำลังกาย และรู้สึกทุเลาเมื่อได้พัก อย่างไรก็ตาม ในบางคนอาจพบอาการเจ็บหน้าอกขึ้นเองในขณะที่พัก อาการเจ็บหน้าอกสามารถรักษาได้หลายวิธีตามคำแนะนำจากแพทย์แต่ในบางครั้งก็อาจมีอาการที่แตกต่างกันไป เช่น ท้องอืด อาหารไม่ย่อยหายใจขัด หอบเหนื่อย เป็นลม

การตรวจร่างกายมักจะมีชีพจรเบาเร็วความดันอาจจะปกติ ต่ำหรือสูงก็ได้อาจได้ยินเสียงผิดปกติของการบีบตัวของหัวใจหรือได้ยินเสียงฟู่ (Murmur) เสียงผิดปกติของปอดจากภาวะน้ำท่วมปอด(Crepitation) **การรักษา** (วลัยพร ปานรัตน์, 2564)

การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นการรักษาที่เร่งด่วน การรักษาทันที่รวมทั้งการปฏิบัติการกู้หัวใจ และการเปิดหลอดเลือด ที่อุดตันให้เร็วที่สุดเพราะยิ่งเวลาผ่านไป (เกิน 6ชม.)ผนังกล้ามเนื้อที่ขาดเลือดก็จะยิ่ง ถูกทำลาย อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายในเวลาต่อมา การแก้ไขให้เลือดไหลผ่านโดยเร็วจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดตามมาได้ การรักษาที่ได้ผลดีที่สุดก็คือการขจัดก้อนเลือดที่อุดตันนี้ โดยเร็ว ซึ่งอาจทำได้ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด : จะต้องให้ภายใน 6 ชั่วโมง โดยต้องไม่มีข้อห้ามใช้ซึ่งแพทย์ผู้ให้การรักษาจะเป็น ผู้พิจารณา การให้ยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจด้วยสายสวนพิเศษชนิดบอลลูนหรือการใช้ขดลวดค้ำยันร่วม เป็นการรักษาที่ดีและได้ผลรวดเร็ว ซึ่งอาจทำได้เลยตั้งแต่ผู้ป่วย มาถึงหรือมีข้อจำกัดไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ หรือในกรณีที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วผู้ป่วยยังมีอาการ เจ็บหน้าอกอยู่ด้วย

การเข้ารับการรักษาที่รวดเร็ว ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

การพยาบาลโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (วลัยพร ปานรัตน์, 2564)

1. ประเมินและบันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอกเพื่อประเมินความผิดปกติและรายงานแพทย์ให้ได้รับการรักษาทันที่ทันที่โดยประเมินดังนี้ O : Onset ระยะเวลาที่เกิดอาการเจ็บหน้าอก P : Precipitate cause สาเหตุ ที่ทำให้เกิดอาการและทุเลาอาการเจ็บหน้าอก Q: Quality ลักษณะของอาการเจ็บหน้าอกR:Refer painเจ็บตรงไหน เจ็บร้าวไปตำแหน่งใดบ้าง S: Severity ความรุนแรงของ อาการเจ็บหน้าอก หรือ Pain score T: Timesระยะเวลา ที่เป็นเจ็บนานกี่นาที

2. ประเมินสภาพทั่วไป และสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีขณะเกิดอาการ และทุก 2-4 ชั่วโมง เมื่ออาการเจ็บหน้าอกทุเลา เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ

3. ตรวจสอบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก รายงานแพทย์ทันที

4. เฝ้าระวังติดตามประเมินสภาพและบันทึกอาการของปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงได้แก่อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น Pulse pressure แคบ ความดันโลหิตต่ำ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นระดับความรู้สึกตัวลดลง อัตราการไหลของปัสสาวะลดลง ปลายมือปลายเท้าเย็น การกำซาบเลือดสวนปลายลดลง capillary refill ช้ากว่าปกติ(ค่าปกติไม่เกิน 2 วินาที)และชีพจรเบาเร็ว

5. เฝ้าระวังติดตามประเมินสภาพและบันทึก อาการของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ระดับความรู้สึกตัว ลดลง กระสับกระส่าย สับสนหายใจเร็วตื่น ไขก้นเนื้อช่วยหายใจ ชีพจรเร็วปลายมือปลายเท้าซีดเย็นริมฝีปากเขียวคล้ำ

6. เป้าระวังติดตามประเมินสภาพและบันทึกอาการ ของหัวใจเต้นผิดจังหวะ cardiogenic shock ได้แก่หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่ายสับสน ระดับความรู้สึก ตัวเปลี่ยนแปลง ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

7. เป้าระวังติดตามประเมินสภาพและบันทึก อาการภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่หายใจเร็วเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ไอมีเสมหะหรือเสมหะเป็นฟอง บวม บริเวณแขนขา ฟังปอดพบ crepitation

8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน canular 3 LPM กรณีที่ผู้ป่วยมีค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 90 เพื่อเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยง กล้ามเนื้อหัวใจและลดการทำงานของหัวใจ

9. จัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้เลือดไหลกลับเข้าหัวใจข้างลงเป็นการลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนบนเตียง (Absolute bed rest) และงดกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

11. ตรวจเอ็นไซม์ของหัวใจ (Troponin-I) เพื่อติดตามประเมินผลการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ตามแผนการรักษาของแพทย์

12. ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว

13. ดูแลทางด้านจิตใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบข้อสงสัยต่างๆ เพื่อคลายความวิตกกังวล ให้ข้อมูลด้านอาการ อาการแสดงและแผนการรักษาของแพทย์

14. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ดังนี้

14.1 ให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

14.2 ให้คำแนะนำเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับ วิธีการใช้ ข้อควรระวัง การสังเกตอาการข้างเคียงของยา ข้อห้ามในการใช้ยา และการรับยาต่อเนื่องไม่ให้ขาดยา

14.3 แนะนำให้รับประทานอาหารจัด ไขมันน้อย เพื่อให้เหมาะสมกับโรค งดไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ ครีมเทียม น้ำมันมะพร้าว แนะนำให้ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน

14.4 แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคติน ในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัว หัวใจเต้นเร็ว หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น

14.5 หลีกเลี่ยงความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะความเครียดทำให้ร่างกายผลิตสาร Adrenaline ทำให้หลอดเลือดหดตัว หัวใจเต้นเร็ว เกิดอาการเจ็บอก

14.6 แนะนำการมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ ใจสั่น นอนราบไม่ได้ เป็นต้น กรณีฉุกเฉินให้ขอความช่วยเหลือโทร1669

การพยาบาลโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (วลัยพร ปานรัตน์, 2564) (ต่อ)

15. การวางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

15.1 ประเมินเสถียรให้คำแนะนำ เรื่องยาต้าน เกล็ดเลือดที่จะต้องรับยาต่อเนื่องและการป้องกันระวัง ภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจากผลข้างเคียงของยา

15.2 ประเมินโภชนาการให้คำแนะนำอาหาร เฉพาะโรค หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเค็ม เพื่อป้องกันหลอดเลือดตีบ

15.3 ประเมินจิตเวชเรื่องการเลิกบุหรี่ และนัดมารักษาต่อเนื่องในคลินิกเลิกบุหรี่

ภาวะหัวใจล้มเหลว(Heart Failure) (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562)
ความหมายของโรค

เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเป็นที่ระดับโครงสร้างหรือการทำงานที่ผิดปกติของโครงสร้าง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ ระบบหลอดเลือดทั้งที่หล่อเลี้ยงร่างกายและปอด ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ เช่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย แขน ขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่งพอง และ ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะหัวใจล้มเหลวแบ่งตามระยะเวลาที่มีอาการเป็น 2 กลุ่ม คือ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Heart Failure) เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการเกิดขึ้น
ใหม่อย่างรวดเร็วหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการคงที่แต่กลับแย่ลงในเวลาไม่นาน

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic Heart Failure) พบได้ในผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามี
ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่ก็ได้ แต่ในขณะที่ทำการวินิจฉัยผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจ
ล้มเหลวและ/หรือมีการทำงานที่ผิดปกติไปของหัวใจคงอยู่เป็นเวลานาน

พยาธิสภาพ

ภาวะหัวใจล้มเหลวไม่เพียงส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ยังส่งผลถึงการทำงานของระบบอื่น ๆ เนื่องจาก เมื่อผู้ป่วยมีความผิดปกติที่เป็นสาเหตุของ ภาวะหัวใจล้มเหลว จะส่งผลให้ความดันโลหิตในห้องหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น (elevated filling pressure) การไหลเวียนโลหิตโดยรวมไม่เพียงพอต่อการทำงานของอวัยวะ (decreased cardiac output) ทำให้ระบบต่าง ๆ ได้รับเลือดไม่เพียงพอต่อการใช้งาน (inadequate organ perfusion) การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบฮอร์โมนและ cytokine จะถูกกระตุ้นซึ่งเป็นพยาธิสรีรวิทยาหลักที่เกิดขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลว มีผลต่อเนื่องให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) ซึ่งส่งผลเสียในระยะยาว (maladaptive remodeling) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นต่อหัวใจห้องล่างซ้ายนั้นมักถูกจำแนกออกเป็นความผิดปกติของระยะบีบตัว (systolic dysfunction) และความผิดปกติของระยะคลายตัว(diastolic dysfunction)ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นผลจากความผิดปกติใด ๆ ของระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่ไม่สามารถเพิ่มการไหลเวียน ของโลหิตโดยรวม (cardiac output) ได้เพียงพอเมื่อร่างกายถูกกระตุ้นและต้องการการไหลเวียนโลหิตโดยรวมมากขึ้น

สาเหตุ

การหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเรื่องสำคัญและควรทำตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากสาเหตุบางอย่างสามารถรักษาให้หายขาดหรือดีขึ้นได้ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงจากแอลกอฮอล์ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงจากหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ หรือจากลิ้นหัวใจตีบหรือรั่วรุนแรง

อาการของโรคหัวใจล้มเหลว

อาการเหนื่อยง่าย อาจเป็นได้ในขณะพัก หรือเวลาออกแรง แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก นอนราบไม่ได้ เวลากลางคืน อาจต้องลุกขึ้นมาเพื่อช่วยหายใจ ไอ ใจสั่น บวมที่ขาหรือในช่องท้องจนทำให้ตบและม้ามโตได้ ถ้าเป็นนานๆ อาจอ่อนเพลียไม่มีแรงพอมลงได้

การตรวจวินิจฉัย

การวินิจฉัยอาศัยข้อมูลสำคัญคือ การที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงบ่งบอกภาวะหัวใจล้มเหลว การซักประวัติ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรค และการตรวจร่างกายโดยแพทย์

ตารางที่ 1 การประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่สงสัยภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะหัวใจล้มเหลว	ผลการตรวจที่บ่งชี้ความผิดปกติของหัวใจ
ออกแรงหรือออกกำลังกายได้น้อยลง	LVEF < 40% (HFrEF)
นอนราบไม่ได้ (Orthopnea)	เงาหัวใจในเอกซเรย์ปอดกว้างขึ้น (HFrEF)
หายใจหอบเหนื่อยหลังนอนหลับ (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea: PND)	LVEF >40% ร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายหนา, หัวใจห้องบนซ้ายใหญ่ขึ้น หรือพบ diastolic dysfunction (HFmrEF และ HFpEF)
Jugular venous pulse(JVP) สูง	ความดัน Left ventricular end diastolic pressure (LVEDP) สูงขึ้น
พบเสียง S3 gallop	ระดับ natriuretic peptide (NP) สูงขึ้น
ตรวจพบ apical impulse ออกด้านข้าง (lateral shifted apical impulse)	
บวมตามแขนขา (extremity edema)	

การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction; LVEF)

1. LVEF<40% จัดเป็นกลุ่ม HF with reduced EF (HFrEF)
2. LVEF 40-49% จัดเป็นกลุ่ม HF with mid-range EF (HFmrEF)
3. LVEF ≥50% จัดเป็นกลุ่ม HF with preserved EF (HFpEF)

ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

New York Heart Association (NYHA)แบ่งความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามอาการเป็น 4 ระดับ

Class I ใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ โดยไม่ปรากฏอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่เกิดการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บแน่นหน้าอก

Class II ทำกิจกรรมทั่วไปได้น้อยลงบ้าง ไม่มีอาการขณะพัก แต่การทำกิจกรรมทั่วไปจะทำให้แสดงอาการเล็กน้อย

Class III ทำกิจกรรมทั่วไปได้น้อยลงมาก ไม่มีอาการขณะพัก แต่แสดงอาการเมื่อทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย

Class IV มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวตลอดเวลา แม้ขณะพักอยู่นิ่งหรือทำ กิจกรรมเล็กน้อยก็มีอาการ

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American College of Cardiology/American Heart Association:ACC/AHA) จัดแบ่งระดับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น 4 ระดับ (stage)

Stage A: มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวโดยโครงสร้างหัวใจยังปกติ

Stage B: โครงสร้างหัวใจเริ่มผิดปกติแต่ยังไม่ปรากฏอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

Stage C: โครงสร้างหัวใจเริ่มผิดปกติและปรากฏอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว (ทั้งที่เคยแสดงอาการหรือกำลังแสดงอาการอยู่)

Stage D: ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการมาก และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาพิเศษ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์และอรินทยา พรหมินธิกุล, 2560)

1. การตรวจเอกซเรย์ปอด ดูว่าเงาหัวใจโตหรือไม่ และดูว่าปริมาณของสารน้ำหรือเลือดคั่งในช่องปอดหรือไม่

2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) เพื่อดูว่ามีการบ่งชี้ถึงหัวใจโต หรือสงสัยว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือไม่ และมีลักษณะที่บ่งชี้ว่าหัวใจโต มีหัวใจเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติหรือไม่มี

3. การตรวจด้วยเครื่องเสียงสะท้อนคลื่นความถี่หัวใจ (Echocardiography) ดูการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจว่ามีการบีบตัว หรือคลายตัวปกติหรือไม่ มีโรคคลื่นหัวใจพิการ รวมทั้งเยื่อหุ้มหัวใจว่าปกติหรือไม่

4. การเจาะเลือด

- Complete blood count (CBC): เพื่อตรวจหาภาวะซีด ซึ่งอาจ ทำให้มีอาการเหนื่อย และอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง

- การทำงานของไต (Renal function): การตรวจ BUN, creatinine เพื่อประเมินการทำงานของไต ซึ่งการทำงานของไตที่ลดลงอาจทำให้เกิดภาวะ น้ำ เกิน และมีอาการและอาการแสดงเหมือนภาวะหัวใจล้มเหลว และอาจเป็น ปัจจัยกระตุ้นให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง

- ระดับ ของ BNP หรือ NT pro BNP (Brain Natriuretic Peptides) ซึ่งพบว่ามีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถใช้วินิจฉัย และใช้ติดตามการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวได้

- การตรวจการทำงานของตับ (Liver function test): ผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวอาจมีการทำงานของตับผิดปกติเนื่องจากการคั่งของเลือดในตับ (hepatic congestion) และผู้ป่วยตับแข็ง (cirrhosis) อาจมีอาการบวม และ เหนื่อยง่าย

- การทำงานของต่อมไทรอยด์ (Thyroid function test): ในกรณี ที่มีอาการบ่งชี้เช่น หัวใจเต้นเร็ว ต่อมไทรอยด์โต มือสั่น น้ำหนักลด เนื่องจาก ภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์มาก (hyperthyroid) หรือการทำงานของต่อมไทรอยด์น้อย (hypothyroid) อาจเป็นสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติ และอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการมากขึ้น

การรักษา (ปัญญาพิมลและศิวพร ชันชะ, 2562)

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องพิจารณาจากหลายๆ ปัจจัย เช่น สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว ความรุนแรงของโรค ระยะของโรค โรคอื่นๆ ที่พบร่วม เป็นต้น โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาวิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การรักษามีเป้าหมายเพื่อลดอาการของผู้ป่วยและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตโดยเน้นที่การยับยั้งหรือชะลอการเกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำงานของหัวใจ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินโรค

1. การรักษาทั่วไป

1.1 การควบคุมรักษา ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

1.2 การให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองหลังจากกลับจากโรงพยาบาล

การรักษา (ปัญญาพิมลและศิวพร ชันชะ, 2562) (ต่อ)

2. การรักษาโดยการช้ยา

โดยกลุ่มยาที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในการปรับการทำงานของระบบฮอร์โมนเหมาะสม ซึ่งได้แก่ กลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI), angiotensin II receptor blocker (ARB), beta-blocker (BB), และ mineralocorticoid receptor antagonist (MRA)

3. การรักษาโดยใช้เครื่องมือพิเศษ

3.1 การฝังเครื่องช็อคหัวใจ (Implantable Cardioverter Defibrillators, ICD) เป็นเครื่องมือที่ใช้ฝังเข้าไปที่ตัวผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งมักจะพบได้ในภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นรุนแรง โดยเครื่องจะวินิจฉัยลักษณะการเต้นของหัวใจและทำการช็อคไปเองโดยอัตโนมัติ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตโดยเฉียบพลันได้

3. การรักษาโดยใช้เครื่องมือพิเศษ

3.2 การฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ CRT (Cardiac Resynchronization Therapy) เป็นเครื่องมือที่ฝังเข้าไปในร่างกายผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่เป็นรุนแรง ที่มีลักษณะการนำไฟฟ้าผิดปกติ ทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่สัมพันธ์กัน เพื่อทำให้มีการนำไฟฟ้าหัวใจที่ดีขึ้น เป็นผลทำให้หัวใจทำงานบีบตัวได้ดีขึ้น สามารถทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้นได้ นอนโรงพยาบาลน้อยลง และลดอัตราการเสียชีวิตได้

3.3 Cardiac resynchronization therapy and defibrillator (CRT-D) เป็นอุปกรณ์ที่ รวมการทำงานของอุปกรณ์สองแบบข้าง ไปด้วยกันโดยมีประสิทธิภาพในการลดอาการจากภาวะหัวใจล้มเหลวและลดอัตราการเสียชีวิตได้

4. การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ(Heart transplantation) ใช้ในกรณีที่ไม่มีทางรักษาโดยวิธีข้างต้น
การพยาบาล (จันสุดา สุขประเสริฐ, 2563)

1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการหายใจ เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก หายใจเร็วตื่น นอนราบไม่ได้ และสังเกตอาการไอเสมหะเป็นฟองสีชมพู ฟังเสียงปอด เช่น Crepitation, Wheezing ประเมินการป่องพองของหลอดเลือดดำjugular

2. จัดให้ออนสิริชะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงไม่ไปดันปอดทำให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นและการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ดีขึ้น

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา คือ On O2 Cannula 3 LPM เมื่อ O2 Saturation Room Air < 95% เพื่อให้เซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายมีออกซิเจนอย่างเพียงพอ

4. แนะนำการสังเกตอาการบวมบริเวณแขนขา ก้นกบ รอบกระบอกตา เพื่อประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย

5. การชั่งน้ำหนักวันละ 1 ครั้งในช่วงเช้าหลังจากเข้าห้องน้ำและก่อนรับประทานอาหารเช้า โดยใช้เครื่องชั่งตัวเดิมทุกครั้ง สวมเสื้อผ้าลักษณะเดียวกันทุกครั้งที่จะชั่งน้ำหนัก เพื่อประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย

6. จำกัดน้ำ <1,500 ml/day ตามแนวทางการรักษา ปริมาณของเหลวที่ดื่มหรือรับประทาน รวมถึงน้ำดื่ม น้ำผลไม้ นม น้ำอัดลม ชา กาแฟ เป็นต้น โดยใช้แก้วตวงที่มีปริมาตรวัดและจดบันทึกทุกครั้ง

7. จำกัดโซเดียมในอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มทุกชนิด ไม่ใช่เครื่องปรุงประเภทเกลือ น้ำปลา กะปิ ปลาร้า ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว เต้าหู้ยี้ ซุปก้อน และผงปรุงรสต่างๆ หลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง การอ่านฉลากโภชนาการทุกครั้งก่อนซื้ออาหาร โดยดูปริมาณเกลือหรือโซเดียมที่มีอยู่ในอาหารนั้นๆ

8. จำกัดปริมาณโซเดียมไม่เกินวันละ 2-3 กรัมหรือครึ่งช้อนชา

การพยาบาล (ปณิติตา เพ็ญพิมลและศิวพร ชันชะ, 2562) (ต่อ)

9. ติดตามผล Electrolyte หลังได้ยาขับปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะขาดโพแทสเซียมและโซเดียมในเลือด

10. ให้คำแนะนำเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับ วิธีการใช้ ข้อควรระวัง การสังเกตอาการข้างเคียงของยา ข้อห้ามในการใช้ยา และการรับยาต่อเนื่องไม่ให้ขาดยา

11. การดูแลด้านจิตใจ โดยการให้กำลังใจพูดคุยถึงปัญหาต่างๆและให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ รับฟังและให้ความช่วยเหลือด้วย ความเต็มใจ และส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อความวิตกกังวล ความเครียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

12. แนะนำการออกกำลังกาย เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน การร่อนน้ำตื้นไม้

13. อธิบายความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หอบเหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้ เป็นต้น ให้มาก่อนนัดได้

โรคเกาต์ (Gout) (สุดอำไพ จารุกิจโสภา, 2565)

ความหมายของโรค

โรคเกาต์ คือโรคข้ออักเสบชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ในทุกเพศและทุกวัย ผู้ป่วยโรคนี้มักมีอาการปวดที่เกิดขึ้นเร็ว บวมแดง และแสบร้อนข้อต่อในร่างกาย แต่โดยส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นที่ข้อนิ้วหัวแม่เท้า โรคเกาต์สามารถกำเริบขึ้นได้ตลอดเวลาซึ่งทำให้ตื่นกลางดึกด้วยความปวดร้อนบริเวณนิ้วหัวแม่เท้าเหมือนถูกไฟลวก ความรุนแรงของอาการโรคเกาต์อาจมีสลับหนักเบา

สาเหตุ

การสะสมตัวของกรดยูริกในกระแสเลือดส่งผลให้เกิดโรคเกาต์ได้ ร่างกายสร้างกรดยูริกจากการสลายตัวของสารเพียวรีนในอาหารและเครื่องดื่มที่รับประทานและจากแหล่งภายในร่างกายเอง อาหารที่มีสารเพียวรีนสูงได้แก่ เนื้อแดง เครื่องใน เช่นตับ และอาหารทะเล เช่น เคย ปลาซาร์ดีน หอยแมลงภู่ หอยเชลล์ ปลาเทราต์ และปลาทูน่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะเบียร์ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลทรายหรือน้ำตาลฟรุกโตสจะเพิ่มระดับกรดยูริกในร่างกายได้

การวินิจฉัยโรค

1. หากมีอาการที่รุนแรง แพทย์อาจวินิจฉัยให้ทำการรักษาโดยใช้เข็มเจาะบริเวณข้อต่อที่มีอาการเพื่อนำของเหลวออกโดยตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

2. การตรวจเลือดเพื่อวัดระดับความเข้มข้นของกรดยูริกในเลือด

3. การเอกซเรย์ข้อต่อเพื่อหาสาเหตุอื่น ๆ ของการอักเสบ

4. การตรวจด้วยอัลตราซาวด์จะช่วยตรวจจับผลึกเกลือยูเรตในข้อต่อได้

5. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แบบ DECT (Dual energy CT scan) ประกอบภาพเอกซเรย์จากมุมต่าง ๆ เข้าด้วยกันเพื่อวิเคราะห์ผลึกเกลือยูเรตในข้อต่อ

การรักษา

1. โดการไ้ยารักษาโรคเกาต์มี 2 ประเภท

1.1 ยาประเภทแรกช่วยลดการอักเสบและความรู้สึกไม่สบายตัวที่มาพร้อมกับโรคเกาต์

1.2 ยาประเภทที่สองช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเกาต์โดยลดระดับกรดยูริกในเลือดให้

สมดุล

2. การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการดูแลรักษาตัวที่บ้าน เช่น หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่เป็นปัญหา เช่น ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทรายและน้ำตาลฟรุกโตส และควรดื่มน้ำเปล่าให้มากขึ้น

การพยาบาล (สิทธิ์ หงษ์ทรงเกียรติ, 2557)

1. แนะนำหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดยูริกสูง เช่น เนื้อสัตว์โดยเฉพาะสัตว์ปีก เครื่องในสัตว์ หน่อไม้ ผักโขม อาหารทะเล เช่น ปลาหมึก ปู ปลากะพงแดง ปลาอินทรี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเน้นรับประทานโปรตีนจากผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ ธัญพืชต่างๆ ไข่ทุกชนิด หลีกเลี่ยงฟรุกโตสซึ่งพบมากในน้ำอัดลม

2. ควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน ไม่ควรลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วเพราะอาจเป็นการเพิ่มระดับของกรดยูริกได้
3. ดื่มน้ำให้มากเพื่อขับกรดยูริกออกทางปัสสาวะ
4. หากมีอาการปวดเฉียบพลันให้พักการใช้ข้อที่อักเสบ แล้วใช้วิธีประคบเย็นช่วยบรรเทาอาการ
5. ให้คำแนะนำเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับ วิธีการใช้ ข้อควรระวัง การสังเกตอาการข้างเคียงของยา ข้อห้ามในการใช้ยา และการรับยาต่อเนื่องไม่ให้ขาดยา
6. แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) (ประเสริฐ ธนกิจจาร, สภานศ'บุณนาคและวารางคณา พิชัยวงศ์, 2557)

ความหมายของโรค

ภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไต ซึ่งอาศัย 1) หลักฐานทางอ้อม (marker) หรือจากการตรวจชิ้นเนื้อไต โดยตรง หรือ 2) การประเมินอัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate:GFR) ที่น้อยกว่า $60\text{ml/min}/1.73\text{ m}^2$ มาเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน โดย marker ของ kidney damage ได้แก่ การตรวจปัสสาวะพบ proteinuria มี urine sediment หรือความผิดปกติจากการตรวจทางรังสีวิทยา (imaging study) ของไต ค่าปกติของ GFR ในผู้ใหญ่วัยหนุ่มสาวมีค่าประมาณ $120\text{-}130\text{ ml/min}/1.73\text{ m}^2$ เมื่ออายุเกิน 30 ปีขึ้นไป ระดับ GFR จะลดลงตามอายุในอัตรา $1\text{ ml/min}/1.73\text{ m}^2$ ต่อปี ดังนั้นระดับ GFR ที่ลดลงต่ำกว่า $60\text{ ml/min}/1.73\text{ m}^2$ จึงแสดงถึงระดับการทำงานของไตลดลงแล้วประมาณครึ่งหนึ่งของภาวะปกติและเป็นระดับที่จะเริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆของ CKD ได้มากขึ้น เพื่อให้สามารถเริ่มใช้มาตรการชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตให้เร็วขึ้น จึงแบ่งโรคไตเรื้อรังเป็น 5 ระยะ ตามระดับการเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองของไต (GFR)

ตารางที่ 2 แสดงระยะโรคไตเรื้อรัง

ระยะของโรคไตเรื้อรัง	eGFR(มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)	คำนิยาม
ระยะที่ 1	>90	ปกติ หรือสูง
ระยะที่ 2	60-89	ลดลงเล็กน้อย
ระยะที่ 3a	45-59	ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง
ระยะที่ 3b	30-44	ลดลงปานกลาง ถึงมาก
ระยะที่ 4	15-29	ลดลงมาก
ระยะที่ 5	<15	ไตวายระยะสุดท้าย

สาเหตุ

โรคไตเรื้อรังเกิดได้จากความผิดปกติใดก็ตาม ที่มีการทำลายเนื้อไต ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างถาวร ซึ่งมักค่อยเป็นค่อยไป สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคเบาหวาน (diabetic kidney disease) รองลงมาคือโรค ความดันโลหิตสูง (hypertensive nephrosclerosis) ส่วนสาเหตุอื่นได้แก่ โรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรัง (chronic glomerulonephritis), โรคนิ่วในไต (renal stone disease หรือ nephrolithiasis), โรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อ (chronic pyelonephritis), โรคเก๊าต์ (gouty nephropathy), โรคไตจากการกินยาต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ (chronic analgesic nephropathy), โรคถุงน้ำในไตที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ เช่น autosomal dominant polycystic kidney disease:ADPKD)

อาการ

รู้สึกเหนื่อยและอ่อนเพลีย การหายใจเหนื่อยตอนกลางคืน หลงลืมไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะสีเข้มมีฟอง ผิวหนังแห้งคัน เล็บเปลี่ยนสี มีรอยดำบนผิวหนัง บวมตามแขนขา ใบหน้า รอบดวงตา เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน การรับรสผิดปกติ กล้ามเนื้อเป็นตะคริวโดยเฉพาะที่ขา

การรักษา (โสมพันธ์ เจือแก้วและศิริภาณี เครือสวัสดิ์, 2557)

การรักษาโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยหลักการใหญ่ๆ 3 ประการ คือ

1. รักษาต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต
2. รักษาภาวะที่ทำให้หน้าที่ของไตเสียเพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น ความดันโลหิตสูงที่เกิด ภายหลังจากภาวะไตวาย ความไม่สมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ หรือภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดจาก การติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาชนิดต่างๆ

3. ชะลอการเสื่อมอย่างรวดเร็วของไต (progressive) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การชะลอความเสื่อมของไตเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ไม่ให้เข้าสู่ระยะไตวาย ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยจำเป็นต้องการรักษาสาเหตุ ที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุนั้นเท่าที่ทำได้ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล ในผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมความดันโลหิต ให้ยารักษาภาวะติดเชื้อ หยุดยาที่ส่งเสริมให้ภาวะของโรค เป็นมากยิ่งขึ้น หรือ ผ่าตัดรักษาอาการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

1. การล้างไตทางช่องท้อง(peritoneal dialysis : PD)
2. การปลูกถ่ายไต(kidney transplantation: KT)
3. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(hemodialysis)

การพยาบาล (โสมพันธ์ เจือแก้วและศิริภาณี เครือสวัสดิ์, 2557)

1. ประเมินอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากรโรคไตเรื้อรัง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว มีนงง เบื่ออาหาร ฯลฯ
2. แนะนำเลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มสุรา ปฏิบัติแผนกจิตเวชเรื่องการเลิกบุหรี่
3. ประเมินความดันโลหิตทุกครั้งที่มาตรวจเป้าหมายไม่เกิน 130/80 mmHg
4. ประเมินลักษณะการหายใจ การเต้นของชีพจร น้ำหนักตัว อาการบวม
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง
6. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากรโรคไตเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง ความผิดปกติของเกลือแร่ และกรดต่าง

7. แนะนำหลีกเลี่ยงยาแก้ปวดลดอักเสบโดยเฉพาะกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือที่เรียกกันว่า NSAIDs เช่น ibuprofen, mefenamic acid, naproxen, piroxicam, meloxicam, diclofenac, celecoxib, etoricoxib เป็นต้น ยามีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง

การพยาบาล(โสมพันธ์ เจือแก้วและศิริภาณี เครือสวัสดิ์, 2557) (ต่อ)

8. หลีกเลี่ยงการซื้ออาหารเสริมต่างๆมารับประทานเอง มักมีส่วนประกอบของโพแทสเซียมและแมกนีเซียมซึ่งทำให้เกิดการสะสมในร่างกายได้
9. หากเจ็บป่วยไม่ควรซื้อยารับประทานเอง ควรปรึกษาแพทย์ทุกครั้ง
10. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น ปลาเค็ม แยม เบคอน ไส้กรอก อาหารดอง ขนมขบเคี้ยว เนยแข็ง อาหารรสจัดแต่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมปังเนื่องจากมีการใช้ผงฟู ห้ามใช้ซอสปรุงรสเทียม เกลือเทียม ซีอิ๊วเทียม น้ำปลาเทียม หากต้องการเพิ่มรสชาติอาหารให้ใช้เครื่องเทศแทน
11. ติดตามผล Electrolyte เพื่อประเมินระดับโพแทสเซียมและโซเดียมในเลือด
12. ติดตามผล Glomerular Filtration Rate:GFR เพื่อประเมินอัตราการกรองของไต

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 50 ปี มาด้วยอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย นอนราบไม่ได้ ขาบวม 2 ข้าง 1+ หลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน วินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีโรคเกาต์และโรคไตเรื้อรังร่วม ผลตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย 37.22% ให้การรักษาโดยการให้ยา Bisoprolol 5mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็น ผลเอ็กซเรย์ปอดพบ Mildly cephalization, Cardiomegaly ให้การรักษาโดยการให้ยาขับปัสสาวะ Furosemide 40 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้า กลางวัน อุณหภูมิของร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส, ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 81/56 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์ ผลตรวจค่าการตยริกในร่างกาย 14.19 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ให้การรักษาโดยการให้ยา Colchicine 0.6mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า เฉพาะวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ผลตรวจค่าอัตราการกรองของไต 28.72 มิลลิตร/นาที่/1.73ตารางเมตร ผลตรวจค่าไต 2.51 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคเกาต์ และโรคไตเรื้อรัง พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการประเมินปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การคัดกรองความเสี่ยงต่างๆ การวางแผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพการให้ความรู้ คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และคำปรึกษารายบุคคล และครอบครัว ให้คำแนะนำกรณีเกิดอาการผิดปกติฉุกเฉินและให้เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และเน้นให้มาพบแพทย์ตามนัด การติดตามและประเมินผลหลังให้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องการประเมินภาวะน้ำเกินในร่างกาย การใช้ยาขับปัสสาวะปรับเปลี่ยนขนาดยาและวิธีการรับประทานยาตามอาการ อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน วันที่ 21 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เดินมาเอง สภาพร่างกายทั่วไปปกติ ไม่มีอาการบวม นอนราบได้ ไม่มีอาการแน่นหน้าอก มีอาการเหนื่อยเวลาทำงานเล็กน้อย ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามอาการ(New York Heart Association :NYHA)ระดับ 2 ทำงานนั่งมัดผักช่วยภรรยาและลูกได้ เลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มสุรา ปัสสาวะออกดี อุณหภูมิของร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส, ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 74/48 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิของร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส, ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 74/48 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย(Mean arterial pressure :MAP) 56.7 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์ น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ผลเอ็กซเรย์ปอดพบ Decrease cardiac side, Improve cephalization ให้การรักษาโดยยา Bisoprolol 5mg ปรับการรับประทานเป็นครั้งละ 1 เม็ดครั้ง วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 2 เดือน ระยะเวลาในการดูแล 195 วัน รวมนัดติดตาม 5 ครั้ง

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ในหน่วยงาน
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ประวัติการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล แผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี แผนการดูแลรักษาของแพทย์ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ ตลอดจนปรึกษาแพทย์ผู้รักษาและแพทย์เฉพาะทางนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ และหาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล
5. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
6. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
7. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามที่กำหนด
8. สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ
9. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง
10. เผยแพร่ผลงาน โดยรอดำเนินการนำเสนอที่ประชุมวิชาการ (Oral presentation) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อนำแนวคิดและแบบแผนสุขภาพและกระบวนการทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับความปลอดภัย

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วม จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 11 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 195 วัน รวมนัดติดตาม 5 ครั้ง

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่มีความรู้และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจมากขึ้น มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และมีความพึงพอใจต่อการดูแลรักษาพยาบาลของทีมนสุขภาพ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วม
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วม ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัย
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วม เป็นโรคที่มีความซับซ้อนทางพยาธิสภาพของโรค มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค และการรักษาที่ต้องเฝ้าระวังหลายประการ ได้แก่ การเกิดอาการหัวใจล้มเหลวกำเริบ ภาวะน้ำเกินหรือที่เรียกว่าภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะขาดน้ำ ผลข้างเคียงจากยา ความดันโลหิตต่ำ การทำงานของไตเสื่อม ดังนั้นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวถือเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ต้องการการดูแลที่จำเพาะ โดยทีมการดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary) ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและนักกายภาพบำบัด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที เนื่องจากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ประกอบอาชีพค้าขาย มีความเร่งรีบกลับไปทำงาน ทำให้ไม่มีความพร้อมในการรับฟังคำแนะนำจากพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความเสี่ยงต่างๆต่อสุขภาพ และการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุกให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัด
2. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วม
3. ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ด้านการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครบ 4 มิติ เช่น สมာธิบำบัด การจัดการความเครียด เป็นต้น

10. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงาน โดยรอต้อนรับการนำเสนอที่ประชุมวิชาการ (Oral presentation) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางชัชชญา กิจภักดี ผู้เสนอมีส่วนสัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... โยชนา กิ่งกักดี

(นางชัชชญา กิจภักดี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)..... ๒ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางชัชชญา กิจภักดิ์	ชัชชญา กิจภักดิ์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางอุษา ศุภมิตรกฤษณา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

(วันที่) ๒ / มกราคม / ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

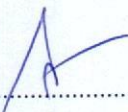
(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวรัตนา ด่านปริดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) ๒ / มกราคม / ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ)..... 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๒ / มกราคม / ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)..... 

(นายธราพงษ์ กัปโก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) ๒๑ ก.พ. ๒๕๖๓

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

.....

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว

2. หลักการและเหตุผล

การตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยวิธีการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) คือ การตรวจเพื่อวัดประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เช่น การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ขนาดของห้องหัวใจ การไหลเวียนเลือดในหัวใจ การทำงานของลิ้นหัวใจ และดูตำแหน่งของหลอดเลือดต่างๆ ที่เข้า-ออกจากหัวใจ โดยเป็นการตรวจด้วยการใช้การสะท้อนกลับของคลื่นเสียงความถี่สูงที่ถูกปล่อยออกมาจากหัวตรวจ ส่งผ่านผนังทรวงอกไปถึงหัวใจ เมื่อคลื่นเสียงผ่านอวัยวะต่างๆ ก็จะเกิดสัญญาณสะท้อนกลับที่แตกต่างกันระหว่างน้ำกับเนื้อเยื่อ คอมพิวเตอร์จึงเอาสัญญาณเหล่านี้มาแปลเป็นภาพให้เห็นบนจอ ซึ่งจะแสดงถึง รูปร่าง ขนาด การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และลิ้นหัวใจ (ฉันทย์ ฉัตรสิงห์, 2566) โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในประเทศไทย ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 มีการประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวถึงร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 20,746 ราย อัตราตายเท่ากับ 21.8 ต่อ ประชากรแสนคน (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2562) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดต่างๆมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังเป็นปัญหาหลักในพื้นที่ตลอดช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมา โดยมีผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มสูงขึ้น จำนวนผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction: STEMI) ในปี 2564-2566 จำนวน 18, 19 และ 23 รายตามลำดับ อัตราตายของผู้ป่วย ST-elevation myocardial infarction: STEMI) ในปี 2564-2566 อยู่ที่ร้อยละ 11.11, 10.52 และ 8.70 ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) การเข้าถึงบริการการตรวจวินิจฉัยและรักษาได้รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) เป็นอีกหนึ่งวิธีที่มีความสำคัญในการตรวจวินิจฉัยเพื่อค้นหาพยาธิสภาพของโรคหัวใจและสาเหตุความผิดปกติการทำงานของหัวใจ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ให้บริการตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ด้วยวิธีการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) ในปี 2564-2566 มีผู้เข้ารับบริการจำนวน 1,165, 1,177 และ 589 รายตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) แนวทางการเข้ารับบริการการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography), การเอ็กซเรย์ปอดและการตรวจร่างกายจากแพทย์เฉพาะทางอายุรแพทย์โรคหัวใจหรืออายุรแพทย์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วทุกราย เพื่อการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุและข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองสระแก้ว เมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนได้รับการตรวจวินิจฉัยและพบข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อมายังโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางอายุรแพทย์โรคหัวใจหรืออายุรแพทย์ เพื่อตรวจคัดกรองก่อนส่งทำการนัดหมายวันตรวจและเดินทางมาโรงพยาบาลอีกครั้งในวันนัดตรวจ

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

แนวทางการเข้ารับบริการนี้ผู้ป่วยต้องเดินทางมาโรงพยาบาลรวม 3 ครั้งซึ่งผู้ป่วยบางรายมีความลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาลแต่ละครั้ง บางรายต้องอาศัยรถรับจ้างซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงทำให้ไม่สามารถมาเข้ารับบริการตรวจตามกำหนดได้ สถานบริการพบว่าพื้นที่ให้บริการของคลินิกมีความแออัดคับแคบจากจำนวนคนไข้ที่มากขึ้น เกิดระยะเวลารอคอยนาน

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบแนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล(Telemedicine)เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลหลายครั้ง ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดขั้นตอนการเข้ารับบริการ ลดความแออัดและลดระยะเวลารอคอย นอกจากนี้ระบบบริการการแพทย์ทางไกลยังเป็นช่องทางสื่อสารแบบทันสถานการณ์ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายสุขภาพ รวมถึงยังสอดคล้องกับ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบของชาติที่ให้นำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้กับบริการทางการแพทย์ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี(Coronary artery disease, CAD) หรือโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease, IHD) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิด จากไขมัน และเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2562) ทุกคนมีความเสี่ยงที่จะเป็นได้ ไม่ว่าจะอยู่ในวัยไหน เนื่องจากในชีวิตประจำวัน มีความเครียด พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจากการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย สภาพแวดล้อมต่างๆ และโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นสาเหตุการกระตุ้นและก่อให้เกิด “โรคหัวใจ” จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ ปี2564-2566 จำนวน 7,873, 8,653และ12,915 ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกโรคหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) เป็นอีกหนึ่งวิธีที่มีความสำคัญในการตรวจวินิจฉัยเพื่อค้นหาพยาธิสภาพของโรคหัวใจและสาเหตุความผิดปกติการทำงานของหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและมีข้อบ่งชี้ในการตรวจ

พบว่าแนวทางการเข้ารับบริการเดิมมีผลกระทบต่อผู้รับบริการต้องเดินทางมาโรงพยาบาล 3 ครั้ง ผู้ป่วยบางรายมีความยากลำบากในการเดินทางจากระยะทางที่ไกลหรือความกดดันของเส้นทางที่ต้องใช้ในการเดินทาง เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ขาดรายได้จากการต้องหยุดงานหลายวันเพื่อมาตรวจตามนัด ทำให้ไม่สามารถมาเข้ารับบริการตรวจตามกำหนดอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ สถานบริการมีความแออัดจากจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น เกิดระยะเวลารอคอยนาน ผู้ให้บริการพบอัตราค่าสิ่งบุคลากรมีจำกัด ภาระงานมาก เกิดความเหนื่อยล้า ความพึงพอใจในการทำงานลดลง

ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แนวคิด Lean (พิชชา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี, 2560) หลักการแนวคิดสืบประกอบด้วยสิ่งสำคัญ 5 ประการ ดังนี้ การสร้างคุณค่า (Value) ให้กับผลผลิตหรือบริการสาธารณสุขที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิผลเกิดจากการจัดการสายธารแห่งคุณค่า (Value stream management) ที่องค์กรต้องรวบรวมชุดของกิจกรรมที่มีคุณค่าทั้งการจัดการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาผลผลิต

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวความคิดข้อเสนอ (ต่อ)

และจัดระบบหรือกระบวนการทำงานให้มีความลื่นไหล (Flow) ในทุกๆ กิจกรรม เน้นการทำงานภายใต้ระบบงานที่ต่อเนื่อง และเชื่อมโยงกันตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงจุดสิ้นสุด ลดความสูญเปล่าที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งออกแบบระบบที่เรียกว่า “ระบบการดึง (Pull system)” โดยองค์กรผลิตผลผลิตที่มีความพอดีทั้งปริมาณ และคุณภาพได้อย่างทันเวลาและการสร้างความสมบูรณ์แบบ (Pursuit of perfection) ให้กับผลผลิตขององค์กรที่ต้องผลิตสิ่งที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ (Customer requirement) และการพัฒนาคุณค่าใหม่ (Creating the new value for customer) ที่เป็นกระบวนการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement process) และการประยุกต์ใช้ในบริการสุขภาพโดยการนำระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) (กิตติพงษ์ เจริญวิทยานุกุลและคณะ, 2563) คือการส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์แผนปัจจุบันโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งจากสถานพยาบาล ภาครัฐและ/หรือเอกชนจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งโดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้การปรึกษา คำแนะนำ แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคคลอื่นใดเพื่อการดำเนินการทางการแพทย์ในกรอบแห่งความรู้ทางวิชาชีพเวชกรรม ตามภาวะวิสัย และพฤติกรรมที่เป็นอยู่ ทั้งนี้โดยความรับผิดชอบของผู้ส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์นั้นๆ โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยรักษาเบื้องต้นจากแพทย์โรงพยาบาลชุมชนโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และส่งข้อมูลผู้ป่วยทาง Line group :Heart Team Network SCPH เพื่อรับคำแนะนำการตรวจวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วและทำการนัดหมายวันตรวจกับศูนย์ตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจส่งบัตรนัดตรวจทาง Line group :Heart Team Network SCPH โดยผู้ป่วยจะได้รับบัตรนัดตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) จากโรงพยาบาลชุมชนและได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดโดยพยาบาลศูนย์ตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งจะลดขั้นตอนการเข้ารับบริการ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวความคิดข้อเสนอ (ต่อ)

ดังนั้นการมีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดที่ชัดเจนจากการพัฒนาแนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) ได้สะดวก รวดเร็ว ลดขั้นตอนการเข้ารับบริการ ลดความแออัด ลดระยะเวลา รอคอย ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้รับบริการพึงพอใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด
2. เครือข่ายจังหวัดสระแก้วมีการใช้แนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจ

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนมีนาคม 2567 – กันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว
2. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ และเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา ที่เกี่ยวข้องในการที่จะนำแนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว มาใช้ในการให้บริการผู้ป่วยในจังหวัดสระแก้ว

2. ประชุมร่วมกับแพทย์ในหน่วยงานเพื่อจัดทำแนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว ผ่าน Application Line group :Heart Team Network SCPH เพื่อใช้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่าย

3. จัดทำแนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว

4. ดำเนินการตามแนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว นำมาใช้กับผู้รับบริการในจังหวัดสระแก้ว ที่มีข้อบ่งชี้ในการตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยส่งเอกสารทาง Application Line Group ดังนี้

4.1 ประวัติการรักษาและเบอร์โทรศัพท์ของผู้รับบริการ

4.2 ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 1 เดือน

4.3 ภาพเอ็กซเรย์ปอดภายใน 1 เดือน

4.4 แพทย์ตอบรับให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นส่งนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดเพื่อทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

4.5 พยาบาลตอบกลับวันนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดให้โรงพยาบาลลูกข่ายเพื่อนำเอกสารให้ผู้รับบริการ

4.6 พยาบาลโทรศัพท์ติดต่อประสานผู้ป่วยเพื่อแจ้งข้อมูลวันนัดหมาย การปฏิบัติตัวก่อนรับการตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ขั้นตอนวันมารับบริการ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวความคิดข้อเสนอ (ต่อ)

5. ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว

6. ประเมินผลการใช้แนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว

7. วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขแนวทางการให้บริการให้ดีขึ้น

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดได้สะดวก รวดเร็วขึ้น
2. สามารถลดระยะเวลาการรอคอยการเข้ารับบริการการตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด
3. สามารถลดความแออัดของผู้ป่วยและญาติในการมารับบริการที่งานคลินิกโรคหัวใจ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ที่พัฒนาแล้ว 1 ฉบับ
2. เครือข่ายจังหวัดสระแก้วใช้แนวทางการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้บริการผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
3. ผู้รับบริการพึงพอใจในการให้บริการการนัดตรวจพิเศษเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

(ลงชื่อ)..... พิชญ กิ่งกาด

(นางชัชชญา กิจภักดี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๗ / พฤษภาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน