

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม 2566 ถึงวันที่ 18 มกราคม 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

การเสียชีวิตทั่วโลกมีสาเหตุสำคัญจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึงร้อยละ 32 หรือประมาณ 17.9 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึงปีละ 7 หมื่นราย กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขปี 2563-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหัวใจต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 20556, 21309 และ 645 ตามลำดับเช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 31.36, 32.57, และ 33.54 ตามลำดับ ปี 2563-2564 ในเขต 6 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหัวใจต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1965, 2094 และ 2203 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต 32.28, 34.19, และ 35.83 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขปี, 2564) สถิติข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วมีผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวปี 2564-2566 จำนวน 106, 197 และ 227 ราย ตามลำดับพบหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน 17, 139 และ 17 รายตามลำดับ จึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยรายนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อศึกษาหาแนวทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ดูแล ได้ใช้แนวทางในการดูแลต่อไป และไม่เกิดความเสี่ยงหรือเกิดน้อยที่สุด

ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือ ภาวะหัวใจวาย (Heart failure)

ความหมายของโรค

ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือ ภาวะหัวใจวาย (Heart failure) คือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆทั่วร่างกายได้อย่างพอเพียง ส่งผลให้เกิดอาการที่สำคัญ คืออาการเหนื่อย ภาวะนี้เป็นผลมาจากการเป็นโรคต่างๆ อาการมีทั้งชนิดที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือเรื้อรังและอาจมีปัจจัยส่งเสริมต่างๆที่ทำให้อาการกำเริบขึ้นมาได้หลักการรักษาคือ ต้องรักษาภาวะของหัวใจวายและรักษาโรคที่เป็นสาเหตุรวมถึงกำจัดปัจจัยส่งเสริมต่างๆ โดยทั่วไปภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถแบ่งได้หลายชนิดโดยแบ่งตามระยะเวลาที่มีอาการ สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม (วิไลพร พิทักษ์วงศ์ และ สุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562) คือ

1. ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute heart failure) เป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการเกิดขึ้นใหม่อย่างรวดเร็วหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการคงที่แต่กลับแย่ลงในเวลาไม่นานซึ่งมีผลต่อ hemodynamics
2. ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Chronic heart failure) พบได้ในผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามี ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่ก็ได้ แต่ในขณะที่ทำการวินิจฉัยผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวและ/หรือมีการทำงานที่ผิดปกติไปของหัวใจคงอยู่เป็นเวลานาน

พยาธิสภาพ

ภาวะหัวใจล้มเหลวมีคํ่าย ๆ สะสมอาการขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการน้อยๆค่อนข้างคงที่เป็นระยะเวลานาน ในช่วงที่เป็นผู้ป่วยนอก (chronic HF) เมื่อติดตามอาการต่อไปผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเป็นระยะ เรียกว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute HF) ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องดูแลใกล้ชิด ความรุนแรงของอาการนั้นอาจไม่สัมพันธ์กับระดับความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง แต่ขึ้นกับปัจจัยกระตุ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงด้วย ภาวะหัวใจล้มเหลวจะส่งผลให้ความดันโลหิตในห้องหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น (elevated filling pressure) การไหลเวียนโลหิตโดยรวมไม่เพียงพอต่อการทำงานของอวัยวะ (decreased cardiac output) ทำให้ระบบต่างๆได้รับเลือดไม่เพียงพอต่อการใช้งาน (inadequate organ perfusion) การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบฮอร์โมนและ cytokine จะถูกกระตุ้น ซึ่งเป็นพยาธิที่เกิดขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลต่อเนื่องให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) ซึ่งส่งผลเสียในระยะยาว (maladaptive remodeling) ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ต่อหัวใจห้องล่างซ้ายนั้นมักถูกจำแนกออกเป็นความผิดปกติของระยะบีบตัว (systolic dysfunction) และความผิดปกติของระยะคลายตัว (diastolic dysfunction) ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นผลจากความผิดปกติใดๆของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่สามารถเพิ่มการไหลเวียน ของโลหิตโดยรวม (cardiac output) ได้เพียงพอเมื่อร่างกายถูกกระตุ้นและต้องการการไหลเวียนโลหิตโดยรวมมากขึ้น (แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว, 2562)

สาเหตุ

สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันเกิดได้จากหลายสาเหตุ (วิไลพร พิทักษ์วงศ์ และ สุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562) ดังนี้

1.โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติทำให้เลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ ผู้ป่วยมักจะมีประวัติ เจ็บและแน่นหน้าอกนำมาก่อน

2.ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial disease) เช่น หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวลดลง (left ventricular systolic dysfunction) หรือกล้ามเนื้อ หัวใจ หนา (hypertrophic cardiomyopathy)

3.โรคลิ้นหัวใจต่างๆ เช่น โรคลิ้นหัวใจรั่วโรคลิ้นหัวใจตีบ

4.ความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวมากขึ้น และเกิดการทำงานล้มเหลว

5.โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะอาจจะเต้นช้าเกินไปหรือเร็วเกินไป ทำให้หัวใจไม่สามารถปั๊มเลือดได้อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ

6.การได้รับยาหรือสารบางประเภทเกินขนาด เช่น โคเคน แอลกอฮอล์ การได้รับยาเคมีบำบัดบางชนิดที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง โรคที่มีโปรตีนชื่อ Amyloid เข้าไปสะสมที่กล้ามเนื้อหัวใจ (Amyloidosis) เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง (วิไลพร พิทักษ์วงศ์ และ สุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562) มีดังนี้

1.อาการเหนื่อย/หายใจลำบาก(Dyspnea) ในช่วงแรกของการเกิดภาวะนี้อาการเหนื่อยจะเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อ ออกแรงทำงาน ทำกิจกรรมต่างๆ หรือออกกำลังกาย ซึ่งความรู้สึกเหนื่อยของแต่ละคนเมื่อออกแรงทำกิจกรรม เดียวกันอาจไม่เท่ากัน แต่เมื่อภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ อาการเหนื่อยก็จะเพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งทำกิจวัตร ประจำวันธรรมดา เช่น กวาดบ้าน อาบน้ำ กินข้าวก็จะเหนื่อยง่ายจนผิดปกติ และเมื่อภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน รุนแรงมาก ก็จะรู้สึกเหนื่อยแม้ว่ากำลังนั่งอยู่เฉยๆก็ตาม

2.อาการนอนราบไม่ได้ (Orthopnea) ผู้ป่วยจะต้องใช้หมอนหนุนหลายใบเพื่อให้ศีรษะ ยกตัวสูงขึ้นในรายที่ อาการรุนแรงจะไม่สามารถล้มตัวลงนอนราบตามปกติได้ ต้องนอนหลับในท่านั่งเท่านั้น

3.อาการเหนื่อยเฉียบพลันขณะหลับ (Paroxysmal nocturnal dyspnea) ขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับเป็นเวลา หลายๆ ชั่วโมงอยู่ ๆ ก็จะตื่นขึ้นมากะทันหันเพราะรู้สึกเหนื่อยเหมือนคนกำลังจะจมน้ำหรืออาจตื่นขึ้นมาและมีการ ไอติดๆกัน (Nocturnal cough) จนผู้ป่วยต้องลุกขึ้นนั่งห้อยขาหรือเดิน เพื่อให้อาการเหนื่อยหรือไอบรรเทาลง

4. อาการที่เกิดจากน้ำคั่งได้แก่ น้ำที่คั่งในถุงลมของปอด/ปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) ทำให้เกิด อาการเหนื่อยและหากฟังเสียงปอดจะได้ยินเสียงผิดปกติ(Pulmonary rales) หรือน้ำอาจเกิดการคั่งอยู่ในช่อง/โพรง เยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion: ภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด) ซึ่งก็ทำให้มีอาการเหนื่อย เช่น น้ำอาจซึมออกมาจาก หลอดเลือดดำในท้อง ทำให้เกิดมีน้ำในท้องขึ้น (Ascites: ท้องมาน) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องโต แน่นท้อง นอกจากนี้ เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังอาจเกิดน้ำคั่งทำให้เกิดอาการบวมได้ โดยเฉพาะบริเวณหน้าแข้งและข้อเท้า ซึ่งมักจะเพิ่มมากขึ้น ในช่วงเย็น เมื่อผู้ป่วยเดิน ยืน หรือนั่งห้อยขามาตลอดทั้งวัน แต่หากเป็นผู้ป่วยที่นอนอยู่กึ่งเตียง จะเห็นเนื้อเยื่อบริเวณ ก้นกบบวมแทน

5.อาการอื่นๆ เช่น มีเสียงหัวใจเต้น ผิดปกติคือมีเสียงที่ 3 และ 4 เกิดขึ้น (เสียงหัวใจในคนปกติมีแค่ 2 เสียง) เรียกว่า S-3 หรือ S-4 gallop ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจพบความดันโลหิต ระหว่างตัวบน (Systolic pressure) กับตัวล่าง (Diastolic pressure) มีค่าแคบลง หรืออาจจับชีพจรได้ แรงกับเบาสลับกันไปอย่างสม่ำเสมอเรียกว่า Pulsus alternans ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้นเฉียบพลัน หรือมีอาการกำเริบขึ้นรุนแรงอาจทำให้เกิดความดัน โลหิตต่ำได้ผู้ป่วยจะรู้สึกหน้ามืดใจ สั่น ปากเขียว เล็บมือเขียว (ภาวะเขียวคล้ำ) เพราะเนื้อเยื่อต่างๆขาดออกซิเจนได้

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวใช้เพียงข้อมูลอาการ และอาการแสดงทางคลินิกเท่านั้น โดยไม่มีเกณฑ์ การวินิจฉัยที่ใช้ทั่วไป ส่วนการส่งตรวจเพิ่มเติม เช่น การส่งเลือดตรวจทางพยาธิวิทยาคลินิก การตรวจวินิจฉัยด้วย ภาพ (diagnostic imaging) เพียงเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย แยกโรคอื่น สืบหาสาเหตุที่แท้จริงของภาวะหัวใจล้ม เหลวว่ามีลักษณะเฉพาะอย่างไร ซึ่งจะมีผลต่อการวางแผนการรักษาในระยะยาว การส่งตรวจเพิ่มเติมจะมุ่งเน้นตรวจ การทำงานและหาความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ ได้แก่ การตรวจคลื่นเสียง สะท้อนหัวใจ (echocardiography) การตรวจภาพหัวใจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (cardiac magnetic resonance imaging) การตรวจอีกกลุ่มเพื่อประเมิน การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยวัดความดันในห้องหัวใจห้องล่างซ้าย

การวินิจฉัย (ต่อ) (left ventricular end-diastolic pressure; LVEDP) หรือความดันในหลอดเลือดดำจากปอดเข้าหัวใจห้องซ้าย (pulmonary wedge pressure) ว่าสูงขึ้นผิดปกติหรือไม่เป็นต้น อย่างไรก็ตาม อาการ อาการแสดงและผลการตรวจที่กล่าวมาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามปริมาณสารน้ำในร่างกายของผู้ป่วยหากยังให้การวินิจฉัยได้ไม่ชัดเจน สามารถส่งตรวจระดับ BNP หรือ NT-proBNP เพื่อช่วยให้วินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แม่นยำขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ HFpEF แต่มีบางภาวะที่ทำให้ค่าเหล่านี้เปลี่ยนแปลงได้แม้ไม่ใช่ภาวะหัวใจล้มเหลว (แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว, 2562)

การรักษา

แนวทางหรือหลักการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน คือรักษาอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว รักษาโรคที่เป็นสาเหตุและรักษาหรือกำจัด ปัจจัยส่งเสริมให้หมดไป การเลือกการรักษาต้องพิจารณาในหลายปัจจัย(วิไลพร พิทักษ์วงศ์ และ สุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562) ได้แก่

1. สาเหตุของหัวใจล้มเหลวเนื่องจากการรักษาต้องแก้ไขที่สาเหตุถ้าแก้ไขได้ ก็ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ เช่น ความผิดปกติของลิ้นหัวใจหรือหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease)
2. ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นชนิดที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงหรือไม่ (heart failure with left ventricular systolic dysfunction)
3. ระยะของโรค (staging of heart failure) และความรุนแรงของ อาการตามเกณฑ์ของ New York Heart Association Functional class
4. โรคอื่น ๆ ที่พบร่วม เช่น โรคไต โรคทางเดินหายใจ ซึ่งจะมีผลต่อการพิจารณาใช้ยา
5. ค้นหาปัจจัยที่ทำให้อาการกำเริบ (precipitating factors) และ แก้ไข

การพยาบาลภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจวาย (วิไลพร พิทักษ์วงศ์ และ สุลาวัลย์ หนูพุ่ม, 2562)

1. เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจในการบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ และอวัยวะต่างๆได้ดีขึ้น มีการคั่งของน้ำในร่างกายลดลง
2. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ โดยวัดอัตราการเต้นของหัวใจทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากหัวใจที่เต้นเร็วทำให้ความต้องการออกซิเจนของหัวใจเพิ่มขึ้น
3. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนอยู่บนเตียง จัดท่านอนศีรษะสูง 30-90 องศา หรือนอนพุบเพื่อลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจและช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น
4. ประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมงโดยสังเกตอัตราความลึกและลักษณะการหายใจ เนื่องจากอัตราการหายใจที่เพิ่มขึ้นบ่งบอกว่าได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ
5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อช่วยเพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ช่วยแก้ไขภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ
6. บันทึกสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
7. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวันในเวลาเดิมคือ ตอนเช้าหลังถ่ายปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน
8. จำกัดน้ำในแต่ละวันตามแนวทางการรักษาโดยในรายที่ไม่รุนแรง ให้จำกัดประมาณ 800-1000 ซีซีต่อวัน

โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation : AF)

Atrial fibrillation (AF) เป็น “supraventricular tachyarrhythmia” ที่มีการกระตุ้นของหัวใจห้องบนแบบกระจายไม่เป็นระเบียบซึ่งเป็นผลให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนเสียไปโดยมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีรูปร่างของ P wave หลายรูปแบบ มีความถี่เกินกว่า 350 ครั้งต่อนาทีและไม่สม่ำเสมอ Atrial flutter (AFL) เป็น “supraventricular tachyarrhythmia” ที่มีการกระตุ้นของหัวใจห้องบนแบบเป็นระเบียบและสม่ำเสมอ มีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีรูปร่างของ P wave รูปแบบเดียว มีความถี่ระหว่าง 250-350 ครั้งต่อนาที (ดารณี เดชะ และ จรีทิพย์ วงศ์สา, 2564)

พยาธิสภาพ (ดารณี เดชะ และ จรีทิพย์ วงศ์สา, 2564)

ภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วมีกลไกการเกิดได้หลายแบบ เช่น เกิดจากความผิดปกติที่มีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติทางโครงสร้าง การเปลี่ยนแปลง hemodynamic การเสียสมดุลทางระบบ neurohormonal และระบบประสาทอัตโนมัติ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติกับหัวใจห้องบน โดยที่ความผิดปกติจะเกิดขึ้นทางกายวิภาค และทางคุณสมบัติการนำไฟฟ้า ดังนี้

1. ที่มามีจุดกำเนิดไฟฟ้าผิดปกติ (focal activation) เกิดจากปัจจัยภายในหัวใจ เช่น ความดันในช่องหัวใจที่เพิ่มขึ้นหรือปัจจัยจากภายนอก เช่น thyroid hormone, catecholamine พบว่าตำแหน่งของจุดกำเนิดไฟฟ้าที่ผิดปกติมักอยู่ที่ pulmonary veins

2. มีวงจรไฟฟ้าหมุนวนหลายตำแหน่ง (multiple reentrant circuits) จากพยาธิสภาพต่างๆ ที่ทำให้พังผืดเพิ่มขึ้นและการเปลี่ยนแปลงทางไฟฟ้าของเซลล์หัวใจ (structural and electrical remodeling) ซึ่งนำไปสู่การนำไฟฟ้าที่ผิดปกติเกิดเป็นวงจรหมุนวนขึ้น

3. ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีกลไกการเกิดทั้งสองแบบร่วมกัน

อาการและอาการแสดง (ดารณี เดชะ และ, จรีทิพย์ วงศ์สา, 2564)

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วอาจไม่มีอาการหรืออาจมาพบแพทย์ด้วยอาการได้หลายแบบได้แก่ใจสั่นเหนื่อยง่ายเป็นๆหายๆเหนื่อยขณะออกกำลังกาย ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นลมหมดสติเช่น ในกรณีที่มีความผิดปกติของ sinus node ร่วมด้วยหรือมีภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วร่วมกับ preexcitation syndrome หรืออาจมาพบแพทย์ด้วยอาการของภาวะแทรกซ้อนจากการมีหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเส้นเลือดสมองอุดตัน

สาเหตุของการเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ดารณี เดชะ และ จรีทิพย์ วงศ์สา, 2564)

1. ผลจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) เช่น โรคลิ้นหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การอักเสบของหัวใจห้องบนหรือ ภาวะที่มีเซลล์หรือสารผิดปกติแทรกตัวในหัวใจห้องบน เช่น amyloidosis เป็นต้น

2. ผลจากโรคของระบบอื่น (non-cardiovascular disease) เช่น โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ โรคถุงลมโป่งพอง ความผิดปกติทางพันธุกรรม ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะหลัง ผ่าตัด เนื้องอกซึ่งกดเบียดลูกกลามที่หัวใจ หรืออวัยวะข้างเคียงการได้รับยาหรือสารบางชนิด เช่น แอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน

3. ไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic)

การวินิจฉัย (ดาร์ณี เดชะ และ จรีทิพย์ วงศ์สา, 2564)

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย การซักประวัติที่ละเอียดจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่บ่งบอกถึงสาเหตุและความรุนแรงของภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว เช่น การซักประวัติเกี่ยวกับโรคที่เป็นต้นเหตุหรือเกิดร่วม อาการ ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เป็นต้น การตรวจร่างกายที่สำคัญ คือ ตรวจพบชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเต้นแต่ละครั้ง (irregularly irregular) อาจตรวจพบอัตราการเต้นของหัวใจที่นับได้จากการฟังมากกว่าอัตราการเต้นของชีพจรที่ได้จากการคลำ (pulse deficit) และไม่พบเสียง S4 เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจห้องบนไม่มีประสิทธิภาพ

2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นการตรวจที่มีความจำเป็นในการวินิจฉัยภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว โดยเฉพาะ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 leads จะช่วยในการวินิจฉัยและช่วยในการบ่งชี้ถึงพยาธิสภาพในส่วนอื่นของหัวใจด้วย

3. การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ มีความสำคัญในการช่วยหาสาเหตุของการเกิดในการภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว

3.1 การตรวจ complete blood count และ serum creatinine เนื่องจากภาวะซีดหรือไตวายสามารถกระตุ้นให้เกิดหรือทำให้การควบคุมภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วทำได้ยาก

3.2 การตรวจ Thyroid function test ช่วยวินิจฉัยภาวะ hyperthyroidism ซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วที่สามารถแก้ไขได้ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีการแสดงของภาวะ hyperthyroidism ชัดเจนโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ

3.3 การตรวจ chest X-ray เพื่อดูขนาดของหัวใจและความผิดปกติของปอด

3.4 การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) มีความสำคัญในการค้นหาพยาธิสภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น พยาธิสภาพของลิ้นหัวใจกล้ามเนื้อหัวใจและมีความสำคัญในการให้การรักษา โดยเฉพาะการพิจารณาใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

การรักษา (ดาร์ณี เดชะ และ จรีทิพย์ วงศ์สา, 2564)

การรักษาภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. การรักษาในระยะเฉียบพลัน (acute management) เป็นการรักษาในระยะแรกประกอบไปด้วย การพิจารณาให้ยาเพื่อป้องกัน thromboembolism และ rate control เกือบทั้งหมด ยกเว้นในผู้ป่วยที่มี hemodynamic ไม่ stable

1.1 Acute rate control ผู้ป่วยที่มีอาการ stable สามารถควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจด้วยยาในกลุ่ม beta-blocker หรือ non-dihydropyridine calcium channel antagonist ชนิดกินสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการมาก และต้องการ slow rate อย่างรวดเร็ว อาจพิจารณาให้ IV calcium channel antagonist เช่น diltiazem หรือ IV beta-blocker เช่น metoprolol

1.2 Acute rhythm control ด้วยการทำให้ electrical cardioversion ใช้ในผู้ป่วยที่มี hemodynamic ไม่ stable ต้องมีการพิจารณาก่อนว่า hemodynamic ไม่ stable มีสาเหตุเกิดจากหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF และต้องมีการพิจารณาให้ยาเพื่อป้องกัน thromboembolism

2. การรักษาในระยะยาว (long term management) ประกอบด้วย

2.1 rate control โดยการให้ยาเป็นการรักษาหลักของ rate control ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ beta-blocker หรือ non-dihydropyridine calcium channel antagonist (verapamil, diltiazem) และ digoxin อาจใช้ antiarrhythmic drug เช่น amiodarone หรือ dronedarone ในรายที่ยากลุ่มแรกไม่ได้ผลหรือมีข้อห้าม

2.2 AV nodal ablation ร่วมกับการใส่ permanent pacemaker

2.3 การทำ rhythm control ประกอบด้วย 2 ส่วน คือการทำ cardioversion ให้ rhythm กลับเป็น sinus rhythm ในผู้ป่วยที่เป็น persistent AF และการ maintain sinus rhythm โดยการทำ cardioversion สามารถทำได้ 2 ทางคือ

2.3.1 pharmacological cardioversion ซึ่งจะได้ผลสำเร็จดีที่สุดถ้าทำภายใน 7 วันหลังเริ่มเป็น AF ซึ่งปัจจุบันยา IV medication ที่ใช้ในประเทศไทยมีชนิดเดียวคือ amiodarone ส่วนชนิดรับประทาน ได้แก่ amiodarone, flecainide และ propafenone

2.3.2 electrical cardioversion การรักษาด้วยการใช้ไฟฟ้ากระแสตรงเพื่อเปลี่ยนจังหวะการเต้นของหัวใจให้กลับปกติ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ดารณี เดชะ และ จริทิพย์ วงศ์สา, 2564)

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพและความอึดตัวของออกซิเจนทุก 15-30 นาที ประเมินความแรงของชีพจร ฝ่ามือข้างซ้าย ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบา เร็ว จนอาการคงที่ อัตราการเต้นของหัวใจลดลง 60-100 ครั้ง/นาที ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง

2. ชักถามและประเมินอาการอาการแสดง จากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เช่น สับสน กระสับกระส่าย ซึมลง วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ซีด อ่อนเพลีย ตัวเย็น เหงื่อ นอนราบไม่ได้เจ็บแน่นหน้าอก

3. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงเพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจและอธิบายถึงสาเหตุและความจำเป็นของการจำกัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือ ฝ่ามือข้างซ้ายการพลัดตกหกล้ม

4. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา ฝ่ามือข้างซ้ายภาวะหัวใจเต้นเร็วเพิ่มขึ้นจากเดิม หรือเต้น ช้าผิดปกติหรือการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอื่นๆ

5. บันทึกสารน้ำเข้า-ออกและประเมินความสมดุลของสารน้ำทุก 8 ชั่วโมง ประเมินลักษณะสี ปริมาณ ปัสสาวะทุกครั้ง หากปัสสาวะมีสีเหลืองเข้มขึ้น ปริมาณลดลงอาจเกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ

6. ดูแลให้ยา Amiodarone 300 mg in 5% DW 250 ml ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 21 ml / ชั่วโมง ตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจห้องล่างไม่ให้เต้นเร็วจนเกินไป เพื่อระวังการเกิด phlebitis และภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติเนื่องจากยา Amiodarone มีฤทธิ์ระคายเคืองหลอดเลือดดำและลดการนำสัญญาณที่ AV node และการทำงานของ sinus node

7. เปิดเส้นทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ด้วยเข็ม No.20-22 และ On NSS lock ไว้ สำหรับให้ยาหรือสารน้ำ กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

8. เตรียม defibrillator, self-adhesive electrode pads รอดูคลื่นและอุปกรณ์ช่วยหายใจให้ พร้อมใช้สำหรับการทำ electrical cardioversion กรณีฉุกเฉินหรือเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิดอื่น

9. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads เมื่อแรกรับเพื่อประเมินจังหวะการเต้นของหัวใจและภาวะหัวใจขาดเลือดและตรวจซ้ำเมื่อเกิดผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเช่น เจ็บแน่นหน้าอกหรือเหนื่อย เพิ่มขึ้นเนื่องจากภาวะหัวใจเต้นเร็วระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหัวใจล้มเหลวได้

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 61 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว มาด้วยหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น 9 ชั่วโมงก่อนมา โดยให้ประวัติว่า 1 สัปดาห์ก่อนมา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีเหนื่อยง่ายขึ้น แน่นหน้าอก มีอาการหายใจเหนื่อยอ่อนเพลีย เดินเข้าห้องน้ำแล้วเหนื่อย แพทย์พิจารณาให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง แรกรับไว้ในความดูแลวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 85 % สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/93 มิลลิเมตรปรอท มีอาการอ่อนเพลีย ดูแลให้จัดท่านอนศีรษะสูง ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM ดูแลให้พ่นยา Beradual 1 NB ทุก 15 นาที 3 ครั้ง ดูแลให้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ Lasix 40 mg ทุก 6 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกสารน้ำเข้า ออก ทุก 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาการเหนื่อยยังเท่าๆเดิม ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 Leads พบ หัวใจเต้นผิดปกติ AF with RVR rate 130 bpm ดูแลให้ Cordarone 150 mg drip in 20 นาทีและ Cordarone 300 mg drip in 1 ชั่วโมง ติดตามการเต้นของหัวใจให้น้อยกว่า 140 ครั้งต่อนาที หัวใจยังเต้นผิดปกติ ไม่มีหัวใจเต้นช้าลงผิดปกติ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ให้การพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในการเข้าเยี่ยม เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลคลายความวิตกกังวลลง ติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ค่าสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/93 มิลลิเมตรปรอท นอนหลับพักผ่อนได้

รับไว้ในความดูแลวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยหอบลดลง นอนราบได้ ดูแลให้จัดท่านอนศีรษะสูง ดูแลให้ออกซิเจน canular 3 LPM ดูแลให้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ Lasix 40 mg ทุก 6 ชั่วโมง นัด

Echocardiogram เพื่อดูการทำงานของหัวใจ ใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกสารน้ำเข้า ออก ทุก 8 ชั่วโมง ค่าความอืดตัวของออกซิเจนในเลือด 100 % สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 – 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 66-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 99/50-121/84 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและยังมีหัวใจเต้นเร็วอยู่ ดูแลให้ Carvedilol 6.25 mg ครึ่งเม็ดเช้า เย็นหลังอาหาร ผลตรวจเลือดพบภาวะซีด ดูแลให้ FBC 1 เม็ด เช้า กลางวัน เย็น หลังอาหาร ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย รับประทานอาหารอ่อนเค็มน้อย ได้หมดถาด สารน้ำเข้าร่างกาย 700 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 2,700 มิลลิลิตร

รับไว้ในความดูแลวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเหนื่อยหอบ หายใจ Room air ปัสสาวะออกดี ค่าความอืดตัวของออกซิเจนในเลือด 97 % ดูแลให้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ Lasix 40 mg ทุก 8 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกสารน้ำเข้า ออก ทุก 8 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/62-121/82 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น รับประทานอาหารได้หมดถาด สารน้ำเข้าร่างกาย 200 มิลลิลิตร สารน้ำออกจากร่างกาย 1,650 มิลลิลิตร

รับไว้ในความดูแลวันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเหนื่อยหอบ หายใจ Room air ค่าความอืดตัวของออกซิเจนในเลือด 98% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 99/50 มิลลิเมตรปรอท สีหน้าสดชื่น แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาให้กลับไปพักที่บ้าน แนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดห้ามหยุดยาหรือปรับยาเอง แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีเมื่อกลับบ้าน แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง แนะนำสังเกตอาการผิดปกติให้รีบพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที เช่น ชาบวม หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ แนะนำรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องได้แก่ Lasix 40 mg 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Cavedilol 6.25 mg ครึ่งเม็ด เช้า เย็น หลังอาหาร, FBC 1 เม็ด เช้า กลางวัน เย็น หลังอาหาร, folic 5 mg 1 เม็ดหลังอาหารเช้า แนะนำการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับมาเป็นซ้ำของโรค ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และนัดตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ที่คลินิกอายุรกรรม รวมระยะเวลารับไว้ใน การดูแล 4 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและอายุรแพทย์ผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ไดมารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม

8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด

9. สรุปรณศึกษา วิจารณ และให้ข้อเสนอแนะ

10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3. เป้าหมายของงาน

1. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแล ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม 2566 เวลา 23.45 น. ถึงวันที่ 18 มกราคม 2566 เวลา 12.30 น. รวมระยะเวลารับไว้ในการดูแล 4 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ

2. ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ

2. ใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวไม่เคยนอนโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคหัวใจจึงเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเป็นอย่างมากในการปรับตัวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับโรคที่เป็น ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะควบคุมให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำคือผู้ป่วยต้องยอมรับการเจ็บป่วย ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพื่อที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งที่กล่าวมาจะต้องมีครอบครัวช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลช่วยเหลือให้กับผู้ป่วยและผู้ป่วยต้องมีกำลังใจตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องดังกล่าว ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆรวมทั้งเน้นย้ำเกี่ยวกับการพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและการมาตรวจตามนัด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยวิตกกังวลในการเจ็บป่วยครั้งนี้
2. ผู้ป่วยไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน จึงมีผลในการยอมรับและปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

9. ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวและหัวใจเต้นผิดจังหวะ ขาดความเข้าใจในเรื่องการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องการดูแลตนเองและควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
2. การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวและหัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล การพูดคุยให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อการควบคุมโรคที่เหมาะสมได้

10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวธิดา ใจประเสริฐ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*ธิดา ใจประเสริฐ*.....

(นางสาวธิดา ใจประเสริฐ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....*๒๗* / *สิงหาคม* / *๒๕๖๒*.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวธิดา ใจประเสริฐ	ธิดา ใจประเสริฐ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ธัมมา โกนนิคม

(นางสาวสมปอง กันนิยม)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

(วันที่) 2 / เมษายน / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสาวรัตนา ต่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่)...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่)...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ตำแหน่ง)

(วันที่)...../...../.....

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

.....

1.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้แนวคิด TCAB

2.หลักการและเหตุผล

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ชื่อย่อ AMI เป็นโรคที่เป็น ปัญหาทาง สาธารณสุขของประเทศไทยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ จากข้อมูลสถิติของกรมควบคุมโรคกระทรวง สาธารณสุข ในปี 2560 มีประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิตถึงร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดและมีผู้เสียชีวิต จากโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 20,746 ราย อัตราตาย 21 : 8 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.57 : 1 กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราตายสูงที่สุดที่ 144.4 ต่อประชากรแสนคน โรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันเกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น 2 ชนิด โดยแยกจากผลการ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือ ECG (Electro cardiography) เป็นแบบ ST elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการ อุดตันร้อยละ 100 และแบบ Non-ST elevation MI (NSTEMI) และ Unstable angina (พวงทอง ขำเจริญ, 2563) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในวัย ผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งเป็นวัยที่กำลังก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ทำงานเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว อาจมีอาการเจ็บ แน่นหน้าอกหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งอาการดังกล่าวอาจรบกวนการใช้ชีวิตของผู้ป่วยนอกจากนี้ อาการเหนื่อยง่ายจากเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายน้อยลงจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงจากภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันลดน้อยลงอีกทั้งผู้ป่วยยังเกิดความรู้สึกกลัว การ พลาดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก กลัวเสียชีวิตหรือแม้กระทั่งกลัวเป็นภาระให้กับบุคคลในครอบครัว กลัวการรักษา เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะต้องเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่ม มากขึ้นนอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเปลี่ยนงานหรือลาออกจากการงานก่อนวัยอันควรหรือเสียโอกาสความก้าวหน้า ในตำแหน่งหน้าที่การงานซึ่งสาเหตุเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวลส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีคุณภาพชีวิตต่ำ (ทิพย์สุตา พรหมเนตร และคณะ, 2566)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน เข้ารับการรักษา จำนวน 9 ราย, 32 ราย และ 49 ราย พบการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1, 3 และ 2 รายตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2567) ซึ่งคุณภาพในการดูแล ผู้ป่วยของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงผู้ป่วยต้องปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ถือเป็นเป้าหมาย สูงสุด ดังนั้นหน่วยงานและบุคลากรต้องตระหนัก ค้นคว้าหาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลที่ ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันท่วงที ใน ปัจจุบันหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ทันทีเพื่อจะได้ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน การให้ความรู้ในการปฏิบัติ ตัว การติดตามสัญญาณชีพตลอดเวลา แต่ก็ยังพบปัญหาความล่าช้าในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีเนื่องจาก

การรับรู้อาการของผู้ป่วย เช่น รับรู้ว่าอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการของโรคอื่นไม่ใช่อาการเร่งด่วน หรือเป็นผลมาจากความเชื่อทางไสยศาสตร์ การจัดการกับอาการของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น รับรู้ว่าเป็นอาการปวดกล้ามเนื้อจัดการโดยการบีบนิ้วหรือรับประทานยาแก้ปวด รับรู้ว่าเป็นอาการของโรคกระเพาะอาหารจัดการโดยการรับประทานยาลดกรดในกระเพาะอาหาร เป็นต้น ไม่มีญาติเฝ้าข้างเตียง ขาดผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดพัฒนาแนวทางการพยาบาลแบบ Transforming care at bedside (TCAB) คือการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยกว่าโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย พัฒนาคุณภาพการให้บริการทำงานเป็นทีมมีประสิทธิภาพมากเพื่อช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้มีความปลอดภัย ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เข้ารับการรักษา จำนวน 9 ราย, 32 ราย และ 49 ราย พบการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1, 3 และ 2 รายตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2567)

อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาห้องฉุกเฉิน คือ อาการเจ็บแน่นบริเวณกึ่งกลางหน้าอก อาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่คอ หลัง หรือแขนข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ระยะเวลาการเจ็บหน้าอกอาจนานเจ็บตลอดและมักไม่หายจากการพัก แต่ในผู้ป่วยบางรายอาการอาจจะไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจจะมีอาการเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ อาการเจ็บหน้าอกจะเป็นแบบไม่จำเพาะเจาะจง หรือไม่มีอาการแสดงก็ได้ทำให้ไม่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในทันทีภายใน 10 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้การวินิจฉัยล่าช้า เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง นำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถวินิจฉัยได้จากลักษณะการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยร่วมกับการตรวจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติและ/หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการตรวจ Cardiac enzyme ในกระแสเลือดเป้าหมายในการรักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือการทำให้เลือดกลับมาไหลผ่านหลอดเลือดที่อุดตันอย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดฟื้นกลับมาทำงานได้มากที่สุด ความรวดเร็วของระยะเวลาที่ทำการรักษามีผลต่อการพยากรณ์โรคโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดให้เร็วที่สุดโดยใช้ระยะเวลาไม่เกิน 30 นาทีหรือทำการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดขยายหลอดเลือดโดยใช้ระยะเวลาไม่เกิน 90 นาที ดังนั้นการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยอาการเจ็บหน้าอกจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ถูกต้อง และรวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงทีปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายป้องกันการตายจากภาวะหัวใจหยุดเต้น (อรอนงค์ ชวณรงค์, และดาราวรรณ ร่องเมือง, 2561) แต่อย่างไรก็ตามจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อรับปัจจัยกระตุ้น

จึงมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชั่วคราวได้และมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น หากมีอาการเจ็บหน้าอกเกิน 6 ชั่วโมง จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันได้ถึงร้อยละ 15 ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และการดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เหมาะสมทำให้อาการเจ็บหน้าอกทรุดลงถึงร้อยละ 56-60 ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตและมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้นเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีอาการขาดเลือดเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลถึงร้อยละ 50 เนื่องจากมารักษาช้าและการดูแลอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ถูกต้องก่อนถึงโรงพยาบาล (เกษรา ไครตภักดี และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2557)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง อาการทางคลินิกแยลงขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากขาดญาติดูแลใกล้ชิดต่อเนื่อง ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันข้างเตียงโดยใช้แนวคิดการปฏิรูปหรือการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (transforming care at bedside:TCAB) นำมาใช้เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยตรง เป็นการดูแลที่ทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยข้างเตียงที่เป็น TCAB ประกอบด้วย 5 เสาหลัก ดังนี้ 1) Safety and reliability คือ การปรับปรุงพัฒนาที่ทำให้การดูแลมีความปลอดภัยน่าเชื่อถือ มีประสิทธิภาพและความเท่าเทียม 2) Patient centeredness คือการปรับปรุงพัฒนาที่ทำให้มั่นใจว่าการดูแลเป็นเรื่องเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น เคารพความเป็นหนึ่งเดียวของบุคคลและครอบครัว เคารพค่านิยมของบุคคล ทางเลือกและมั่นใจการดูแลที่มีความต่อเนื่อง 3) Vitality and Teamwork คือเน้นผลกระทบที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ส่งเสริมความเป็นวิชาชีพ บันไดอาชีพ และประสิทธิภาพ care teams ที่นำไปสู่ความเป็นเลิศอย่างต่อเนื่อง 4) Value-Added Care Processor คือการปรับปรุงที่เพิ่มประสิทธิภาพ คือเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุ รวมทั้งแนวทางแก้ไขและสร้างแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ซึ่งนำไปสู่การดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพต่อไปส่งเสริมความต่อเนื่องกระบวนการไหลของงาน และลดความสูญเปล่าและงานที่มีคุณค่าต่ำ 5) Transformational Leadership คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง คือคนที่ชี้ทาง และบอกองค์การว่าจะต้องไปทางไหน และต้องทำอะไรให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2564)

ดังนั้นผู้เสนอผลงาน จึงมีแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันข้างเตียงโดยใช้การปฏิรูปหรือการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง (transforming care at bedside: TCAB) การปรับปรุงการดำเนินการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพตรงตามมาตรฐานการพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันข้างเตียง ไปใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกคน

3. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง
ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน มิถุนายน 2567 – ธันวาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยและญาติโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มาใช้บริการหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงทุกคน
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้แนวคิด

TCAB ดังนี้

3.1. การวางแผนการพัฒนา

3.1.1. ประชุมปรึกษาเจ้าหน้าที่ทุกคน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงเพื่อหาแนวทางและข้อตกลงในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันข้างเตียงโดยปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3.2. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้แนวคิดTCAB

การดูแลผู้ป่วยแบบเดิม	การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดTCAB
1.มี Nurse station ให้พยาบาลทำ กิจกรรม รับคำสั่ง ทำเอกสารต่างๆ เขียนบันทึกทางการ พยาบาล	1.ไม่มี Nurse station พยาบาล ทำกิจกรรมรับคำสั่ง ทำ เอกสาร ต่างๆเขียนบันทึกทางการ พยาบาล ทำเตียงผู้ป่วย
2.มีรถสำหรับทำหัตถการเป็น ส่วนกลาง มี อุปกรณ์ต่างๆพร้อมใช้	2.มีรถสำหรับทำหัตถการประจำ เตียง แยกอุปกรณ์ของใช้ตาม เตียง
3.เพิ่มประวัติผู้ป่วยอยู่ที่ Nurse station	3.เพิ่มประวัติผู้ป่วย เอกสาร ต่างๆของผู้ป่วยอยู่โต๊ะท้ายเตียง
4.ลักษณะการทำงาน ให้การ พยาบาลกับผู้ป่วย โดยตรงเป็น ครั้งๆ เสร็จกิจกรรมพยาบาลจะ มา ทำงานต่อที่เคาน์เตอร์กลาง	4.ลักษณะการทำงาน ให้การ พยาบาลกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา และทำกิจกรรมอื่นๆ ทำเตียง
5.มีญาติเฝ้าประจำเตียง	5.มีญาติเฝ้าประจำเตียง
6.การดูแลผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือด 6.1. ประเมินผู้ป่วยแรกรับหน้าNurse station พยาบาล	6.การดูแลผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือด 6.1. ประเมินผู้ป่วยแรกรับท้ายเตียง หากผู้ป่วยมีอาการ เปลี่ยนแปลง สามารถช่วยเหลือได้ทันที

การดูแลผู้ป่วยแบบเดิม	การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดTCAB
6.2. การเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการ ในNurse station 6.3. นำอุปกรณ์ไปทำกิจกรรมการพยาบาล ใช้เวลา ประมาณ10นาที 6.4. พยาบาลอยู่ใน Nurse station ทำให้ ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไม่ ทันทั่วทั้งที่	6.2. การเตรียมอุปกรณ์ในการทำหัตถการท้ายเตียง 6.3. นำอุปกรณ์ไปทำกิจกรรมการพยาบาลได้ทันที เพราะอุปกรณ์ อยู่ท้ายเตียง 6.4. พยาบาลอยู่ท้ายเตียง ทำให้ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของ ผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่
7. การนำ Early Warning Sing มาใช้ในการ การให้การพยาบาล ช่วยให้บุคลากร พยาบาลมีเครื่องมือเป็นมาตรฐานและมี คุณภาพมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยเชิงรุก	7. การใช้ Early Warning Sing นำมาใช้ในการให้การพยาบาลช่วย ให้บุคลากรพยาบาลมีเครื่องมือเป็นมาตรฐานและมีคุณภาพมาใช้ในการ การประเมินผู้ป่วยเชิงรุก

4. ประชุมชี้แจงที่บุคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้และเข้าใจ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้แนวคิด TCAB

5. นำไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาแนวทางให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ
2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันวันนอนโรงพยาบาลลดลง
3. มีการนำแนวคิด TCAB ไปปรับใช้กับหอผู้ป่วยอื่นๆ

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้แนวคิด TCAB
2. พยาบาลทุกคนใช้แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้แนวคิด
TCAB ร้อยละ 100
3. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงลดลง

(ลงชื่อ) *ธิดา ใจประเสริฐ*

(นางสาวธิดา ใจประเสริฐ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *๑๖* / *สิงหาคม* / *๒๕๖๖*