

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา

Nursing care for a patient with Congestive Heart Failure underlying disease Old Myocardial
Infarction with Diabetes Mellitus and Hypertension: Case study.

(Received: August 27,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

มนีรัตน์ ศรีสวัสดิ์¹

Maneerat Srisawat¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิง อายุ 58 ปี มาตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เบาหวานขึ้นจอประสาทตา แผลเบาหวานที่เท้า 2 ข้าง ตัดเท้าข้างขวา กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 2 ครั้ง ไตรเรอรั้งระยะ 3 นิ้วในโตทั้ง 2 ข้าง และภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะก่อนตรวจรักษาผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง เสี่ยงต่อเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ระยะหลังการตรวจรักษาผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจาง มีแผลเบาหวานเรื้อรังที่เท้าข้างซ้าย เสี่ยงต่อเกิดผลข้างเคียงจากยาดานเกล็ดเลือด เสี่ยงต่อไตเสื่อมสภาพ ระดับรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำภาวะหัวใจล้มเหลว และวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้รับการรักษาด้วยยาดานเกล็ดเลือด ยาขับปัสสาวะ ยาลดน้ำตาลในเลือด อินซูลิน ยาลดไขมันในเลือด ยาลดความดันโลหิต และยาเสริมธาตุเหล็ก ได้รับการพยาบาล คือ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาท ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ฝักระวังอาการผิดปกติจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง และการมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ให้คำแนะนำและฝึกทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ หลังจากให้การดูแลรักษาอยู่ 5 เดือน ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสมได้ การทำงานของไตดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้น และไม่เกิดกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลว, โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for a patient with Congestive Heart Failure underlying disease Old Myocardial Infarction with Diabetes Mellitus and Hypertension. The study was conducted on a 58-year-old female patient who came for a follow-up for her Congestive Heart Failure after discharged from the hospital. She has a history of Diabetes Mellitus, Dyslipidemia, Diabetic Retinopathy, Diabetic foot on both feet, right foot amputation, Myocardial Infarction, two previous PCI, stage 3 Chronic Kidney Disease, Renal Calculi in both kidneys, and Congestive Heart Failure. Pre-examination period, the patient was at risk of tissue hypoxia, acute complications from hyperglycemia, and falls. Post- examination period, the patient developed anemia, a chronic diabetic foot on the left foot, and was at risk of side effects from antiplatelet drugs. She was at risk of severe Chronic Kidney Disease and complications from Diabetic Retinopathy. She was at risk of heart failure recurrence and was anxious about her illness. She received antiplatelet drugs, diuretics, insulin, antihyperlipidemic drugs, antihypertensive drugs, and iron supplements. Nursing care includes assessing vital signs, assessing neurological signs, ensuring adequate oxygenation, preventing falls, monitoring for abnormalities related to hyperglycemia and bleeding in various organs, and providing advice and training on self-care skills related to her

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

illness or condition. After five months of treatment and nursing care, the patient maintained appropriate blood sugar, blood pressure, and lipid levels. Kidney function improved, with no increase in complications from Diabetes Mellitus, Hypertension, or Dyslipidemia, and no evidence of recurrent Congestive Heart Failure.

Keywords: Congestive Heart Failure, Old Myocardial Infarction, Diabetes Mellitus, Hypertension

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure: CHF) เป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากโครงสร้างหัวใจหรือการทำงานของโครงสร้าง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ ระบบหลอดเลือดทั้งที่หล่อเลี้ยงร่างกายและปอด มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ¹ ความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกคาดว่าจะอยู่ที่ร้อยละ 1-3 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 56.2 ล้านคน ในปี 2019 อัตรา การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 ระหว่างปี ค.ศ. 2010 ถึง ค.ศ 2019 โดยพบอัตราสูงสุดในเอเชียตะวันออก อเมริกาเหนือ และยุโรปตะวันตก² ซึ่งประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบความชุกของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวของประชากรร้อยละ 4.5-6.7 มากกว่าประชากรในเขตอื่นของโลกที่มีความชุกเพียงร้อยละ 0.5-2³ สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันส่วนใหญ่ พบว่ามีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 45 โรคลิ้นหัวใจร้อยละ 19 โรคกล้ามเนื้อหัวใจ ร้อยละ 14 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 12 ตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.5 แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนพ้นระยะเฉียบพลันสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 69.2 ยังมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากโรคความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจยังคงอยู่ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาจมีปัจจัยกระตุ้นหลายอย่าง เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่ควบคุมอาหาร โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น³ ทำให้มีการ

กลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว และต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง⁴ โดยพบอัตราการกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 13⁵

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องกลับเข้ารับรักษานในโรงพยาบาล คือ เหนื่อย บวม นอนราบไม่ได้ โดยอาการเหล่านี้เป็นอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน ซึ่งการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการเริ่มจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พักผ่อนให้เพียงพอ จัดการความเครียด การใช้ยา เช่น ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ยาในกลุ่ม ACE inhibitors หรือ ARBs ยาในกลุ่ม Beta-blockers ยาอื่น ๆ เช่น ยาในกลุ่ม Digoxin, SGLT2 inhibitorsหรือยาอื่น ๆ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย การใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องช่วยการทำงานของหัวใจห้องล่าง การผ่าตัด เช่น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Bypass surgery) การผ่าตัดแก้ไขลิ้นหัวใจ (Valve surgery) การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplant) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)⁶

จากข้อมูลของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าในปี พ.ศ. 2565 ถึง พ.ศ. 2567 พบจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของโรคทางด้านอายุรกรรม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวน 211, 222, และ 246 ราย ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 5.11, 6.11, และ 4.51 ตามลำดับ อัตราการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 12.22, 15.74, และ 15.49 ตามลำดับ⁷ จากประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มักมาโรงพยาบาลก่อน วันนัดด้วยอาการหายใจไม่สะดวก

เหนื่อยง่าย แขน ขาบวม และส่วนใหญ่ต้องนอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำๆ ในผู้ป่วยรายเดิม ดังนั้น โรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจึงมีความสำคัญในการคัดกรอง ประเมินปัญหา ความต้องการ และวางแผนและให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบในขณะผู้ป่วยมารับบริการ โดยมีเป้าหมายการดูแลระยะสั้น คือ ให้การช่วยเหลือ บรรเทาอาการเบื้องต้นได้ทันที่ทั้งที่ตามลำดับความรุนแรง และเร่งด่วนอย่างมีประสิทธิภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับเป้าหมายการดูแลระยะยาวคือ การชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดสาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น และควบคุมอาการกำเริบของโรค โดยการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เพื่อคงภาวะสุขภาพไว้ การเฝ้าติดตาม อาการตนเอง และการช่วยให้มีทักษะในการจัดการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ไม่เกิดการกลับซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติและข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ย้อนหลัง ระยะเวลา 3 ปี
2. เลือกผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์สูงในการดูแลทั้งขณะมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และการให้คำแนะนำการสอนฝึกทักษะการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
3. ศึกษาทฤษฎี แนวคิดที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร ตำราวิชาการ บทความและงานวิจัยต่าง ๆ

4. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยกรณีศึกษา จากประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหา ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยกรณีศึกษา กำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดย การแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 58 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 7 มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2568

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แพทย์นัดมาตรวจ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 เดือนก่อนมามีอาการหายใจเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย ขาและเท้าข้างซ้ายบวม แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Congestive Heart Failure ให้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ยาขับปัสสาวะเข้าทางหลอดเลือดดำ อาการดีขึ้น แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

- 17 ปีก่อน เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง
- 15 ปีก่อน ตรวจพบมีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระยะเริ่มต้น (Non-Proliferative Diabetic Retinopathy: NPDR)
- 9 ปีก่อน ตรวจพบมีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระยะรุนแรง (Severe Proliferative Diabetic Retinopathy; Severe PDR) ได้รับการส่งตัวไปรักษา ต่อที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
- 3 ปีก่อน เป็นแผลติดเชื้อที่เท้าข้างขวา ได้รับการตัดเท้าขวาและใส่ขาเทียม เป็นแผลเบาหวานที่เท้าข้างซ้าย ส่งดูแลที่คลินิกเท้าเบาหวาน
- 2 ปีก่อน (กลางปี) มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (NSTEMI) ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้รับการผ่าตัดทำ PCI ที่ Left Anterior Descending Artery (LAD) และ รับประทาน Drug-Coated

Stent (DCI) ตรวจพบมี Renal calculi both kidney และไตเรื้อรังระยะ 3 ปลายปีมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ได้รับการผ่าตัด ทำ PCI ที่ Left Circumflex Artery (LCA)

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติดและอื่นๆ

ปฏิเสธการแพ้ยา และใช้สารเสพติด

การประเมินสภาพร่างกายแรกพบ

ผู้ป่วยรู้ตัวดี GCS = 15 คะแนน (E₄M₆V₅) แขน ขา ทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวได้ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 BT=37°C, PR = 80 beat/min, RR = 22 beat/min, BP = 144/67 mmHg, O₂ sat = 98%, Body weight = 62.5 kgs, BMI = 24.11 kg/m² ขาและเท้า บวมกดบ่ม 1⁺ หลอดเลือดที่คอไม่โป่งพอง ตับไม่โต Breath sound ปกติ ชีต อ่อนเพลีย

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ระยะก่อนตรวจรักษา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลง และตัวนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อในร่างกายลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีประวัติ 2 สัปดาห์ก่อน เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Congestive Heart Failure) 2. ผู้ป่วยบอกว่า เหนื่อยขณะและหลังเดิน RR = 22 beat/min 3. ขาและเท้าบวมกดบ่ม 1 ⁺ 4. ผลการตรวจ CBC พบ Hemoglobin = 9.2 g/dl, Hematocrit = 29.4%, วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อการเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 2. ตรวจวัด O ₂ sat เพื่อประเมินความเพียงพอของปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย 3. ตรวจร่างกายและซักประวัติ เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เช่น หายใจเหนื่อยหอบ เหนื่อยเมื่อนอนราบ ไอเสมหะเป็นฟองสีชมพู บวมกดบ่มบริเวณรยางค์ส่วนล่างของร่างกาย เช่น เท้า ขา เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง (Jugular vein distention) ตับโต เสียงปอดพบ crepitation เป็นต้น 4. ชั่งน้ำหนักตัวทุกครั้งที่มาตรวจ เพื่อประเมินภาวะน้ำหนักเกิน 5. สอบถามกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ที่บ้าน เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย 6. สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ปลายมือ ปลายเท้าเย็นริมฝีปากซีดเขียว หัวใจเต้นเร็วผิดปกติหรือผิดจังหวะ 7. ใช้รถนั่งให้บริการผู้ป่วยขณะมาพบแพทย์ เพื่อลดการเดิน เป็นการลดการใช้พลังงานของร่างกายและความต้องการในการใช้ออกซิเจน จัดทำให้นั่งในท่าที่สบาย เพื่อให้กะบังลมยกตัวเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด 8. สอนผู้ป่วยฝึกการหายใจเข้าและออกลึกๆ เพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อการหายใจและช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนในร่างกาย 9. เตรียมความพร้อม O ₂ และอุปกรณ์สำหรับให้ O ₂ ให้สามารถใช้งานทันที เมื่อผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน 10. ติดตามผล CXR เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา และความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย 11. ติดตามผล CBC เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา และประเมินปริมาณเม็ดเลือดแดงที่เป็นตัวนำพาออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพปกติ PR = 76 beat/min, PR = 20 beat/min, BP = 124/82 mmHg O₂ sat = 98 % และจากการติดตามอาการเมื่อมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2-4 พบ สัญญาณชีพปกติ BT= 36.3 -36.6°C, PR =70 - 82 beat/min (สม่ำเสมอ ความแรงปกติ 3+), PR = 20 beat/min, BP = 131/71 - 132/72 mmHg, O₂ sat = 98 - 99% ไม่เหนื่อยเมื่อนอนราบ ขาและเท้ายุบมลง ฟังเสียงปอด ไม่พบเสียงผิดปกติ เช่น crepitation, wheezing, Chest X-ray ปกติ ไม่พบ Pulmonary congestion, Hemoglobin = 10.4 g/dL, Hematocrit = 31.2%	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพปกติ PR = 76 beat/min, PR = 20 beat/min, BP = 124/82 mmHg หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีอาการของภาวะขาดน้ำ ผล FBS เมื่อมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2-4 แนวโน้มลดลงจาก 180 mg/dL เป็น 118 mg/dL และ 124 mg/dL ตามลำดับ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2. FBS = 253 mg/dL 3. ผู้ป่วยบอกว่าเหนื่อยขณะและหลังเดิน RR = 22 beat/min วัตถุประสงค์การพยาบาล - เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กรดคีโตในเลือด (Diabetic Ketoacidosis; DKA) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง (Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Syndrome; HHNS)	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรงและภาวะกรดคีโตในเลือด 2. ประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะกรดคีโตในเลือด ได้แก่ ปวดท้องอย่างรุนแรง หายใจหอบเหนื่อย หายใจแรง แน่นหน้าอก มีอาการขาดน้ำ เช่น ปวดศีรษะ ปากแห้ง หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น ลมหายใจมีกลิ่นผลไม้หรือกลิ่นคีโตน สับสน หมดสติ 3. ประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง ได้แก่ หน้าแดง ปัสสาวะมากและบ่อย กระหายน้ำ มีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน หมดสติ 4. แนะนำผู้ป่วยและญาติการสังเกตอาการกระสับกระส่าย หน้าแดง คลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย ชีพจรเต้นเร็ว ปวดท้อง หายใจหอบเหนื่อย หายใจแรง แน่นหน้าอก ซึมลง หากมีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทันที 5. หลังได้รับการตรวจจากแพทย์ให้คำแนะนำและเน้นย้ำแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่อง การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 6. ติดตามผล FBS ในการมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ PR = 76 beat/min, PR = 20 beat/min, BP = 124/82 mmHg หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีอาการของภาวะขาดน้ำ ผล FBS เมื่อมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2-4 แนวโน้มลดลงจาก 180 mg/dL เป็น 118 mg/dL และ 124 mg/dL ตามลำดับ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากการมองเห็นไม่ชัดเจนและสูญเสียการทรงตัว ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระยะรุนแรง (Severe Proliferative Diabetic Retinopathy; Severe PDR) 2. ผู้ป่วยบอกว่าตาทั้ง 2 ข้างมองไม่ชัด 3. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นแผลติดเชื้อที่เท้าข้างขวา รุนแรง ได้รับการตัดเท้าขวาและใส่ขาเทียม 4. ผู้ป่วยเดินมาเอง โดยใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเดิน 5. ผลการตรวจการมองเห็น พบ VA ตาข้างขวา 20/30 ตาข้างซ้าย 20/50 วัตถุประสงค์การพยาบาล - เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม	1. ประสานเจ้าหน้าที่ศูนย์เฝ้าระวังมาให้บริการผู้ป่วยขณะมาพบแพทย์ เพื่อป้องกันการเดินขึ้น สดุด หกล้ม 2. ตรวจสอบความพร้อมใช้ของรถเข็นต้องมีที่ล็อกล้อทั้ง 2 ด้าน มีเข็มขัดนิรภัย 1 เส้น 3. แนะนำญาติดูแลผู้ป่วยในขณะที่อยู่บนรถเข็นนั่ง ดังนี้ 3.1 ต้องตรวจดูว่าล้อรถเข็นนั่งหันตรงไปด้านหน้า เพื่อให้รถเข็นนั่งทรงตัวได้ คงที่และสมดุล 3.2 ตรวจสอบให้แน่ใจก่อนทุกครั้งว่าผู้ป่วยได้วางเท้าบนที่วางเท้าแล้ว ก่อนการเคลื่อนย้ายรถเข็นนั่งไป โดยเท้าผู้ป่วยไม่ลากกับพื้น 3.3 หากเข็นทางลาดชัน และทางออกจากประตู ให้ตั้งรถเข็นทางด้านหลังผู้ป่วย ผู้เข็นกันอยู่ด้านหลัง เพื่อป้องกันการไถลลื่น 3.4 ตรวจสอบดูว่าล้อรถเข็นได้ล็อกแล้วเสมอ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากรถเข็นนั่ง 3.5 ไม่ให้ผู้ป่วยยืนบนที่วางเท้า 3.6 เมื่อผู้ป่วยนั่งเก้าอี้สำหรับรถเข็นนั่ง ต้องคาดเข็มขัดนิรภัยยึดตัวผู้ป่วยกับรถเข็นนั่งทุกครั้ง 3.7 ให้คำแนะนำญาติอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ไม่มีรอยฟกช้ำ ถลอกหรือบาดแผลตามร่างกาย
2. ระยะการตรวจรักษา	1. ยืนยันตัวผู้ป่วย ด้วยการสอบถามชื่อ-สกุล วันเดือนปีเกิด ก่อนการ ชักประวัติ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการตรวจรักษาผิดคนเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากและชื่อซ้ำกัน ข้อมูลสนับสนุน 1. มีผู้ป่วยที่รอรับบริการหน้าห้องตรวจคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชื่อซ้ำกับผู้ป่วย 3 คน 2. บริเวณหน้าห้องตรวจคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีผู้ป่วยรอแพทย์ตรวจจำนวนมาก วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษา ผิดคน	และเรียกเข้าห้องตรวจ 2. ตรวจทาน (Double check) ชื่อ-สกุล และวันเดือนปีเกิด โดยอ่านออกเสียงให้ได้ยินชัดเจน (Verbal identity confirmation) หรือสอบถามและให้ผู้ป่วยอ่านชื่อ-สกุลของตนเอง หรือตรวจสอบความถูกต้องของตัวผู้ป่วยกับญาติ 3. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารต่างๆ ได้แก่ ใบนัด เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่รายงาน ทาง LIS ผล CXR ที่รายงานทางระบบ RIS ผล EKG 12 lead ให้ตรงกับชื่อ นามสกุล อายุผู้ป่วย 4. เมื่อผู้ป่วยพบแพทย์แล้วตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยา ใบนัด ประเมินผลการพยาบาล เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล CXR ผล EKG ใบสั่งยา และใบนัดของผู้ป่วยถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินการตรวจรักษาล่าช้าเนื่องจากมีผู้ป่วยรอรับบริการจำนวนมาก ข้อมูลสนับสนุน บริเวณหน้าห้องตรวจรอแพทย์ตรวจคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนดตามประเภทผู้ป่วยและตามลำดับคิวการตรวจรักษา	1. ประเมินสภาพอาการเบื้องต้น จัดลำดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเข้ารับการตรวจจากแพทย์ 2. จัดเตรียม และตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับตรวจประเมินผู้ป่วยในห้องตรวจ 3. จัดเตรียม ตรวจสอบความพร้อมของเอกสารต่างๆ ของผู้ป่วย รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่รายงานทาง LIS และ Link เข้าระบบ HIS 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาตามลำดับคิวที่จัดไว้ และระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แต่ละระดับความรุนแรงของสภาพอาการผู้ป่วย ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากแพทย์ตามลำดับคิวการตรวจรักษา ระยะเวลาารับบริการ 75 นาที
3. ระยะหลังการตรวจรักษา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางเนื่องจากร่างกายสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงและเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นลงจากไตเสื่อมสภาพ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมสภาพระยะ 3 2. ผู้ป่วยบอกว่า หายใจเหนื่อยง่าย เมื่อออกกำลังกายในบ้าน 3. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เพลียตาล้าและลิ้นซีดเล็กน้อย 4. ผล CBC พบ Hemoglobin = 9.2 g/dL, Hematocrit = 29.4%, 5. ผล Creatinine = 1.90 mg/dL, GFR = 28.46 ml/min/1.73 m² วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อเพิ่มปริมาตรเม็ดเลือดแดงในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะโลหิตจาง	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และ O₂ sat ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 2. ประเมินอาการและอาการของภาวะซีด ได้แก่ บริเวณเยื่อบุตา ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าซีด อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย หัวใจเต้นเร็ว กระสับกระส่าย 3. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กและโปรตีนคุณภาพสูง เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว ตับ ผักสีเขียว ข้าวกล้อง หรือ ข้าวโอ๊ต เพื่อช่วยให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดง 4. แนะนำให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Ferrous Fumarate (200 mg) 1x3 pc, Folic acid (5 mg) 1x1 pc เพื่อช่วยให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงได้อย่างเพียงพอ โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด หรือเครื่องดื่มประเภทนม และกาแฟ เนื่องจากจะขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็กเข้าสู่ร่างกาย และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย เช่น อุจจาระเป็นสีเขียวหรือสีดำท้องผูก ไม่สุขสบายท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เป็นต้น 5. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้ม มะละกอ จะช่วยเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็ก ควรหลีกเลี่ยงอาหาร เช่น ชา กาแฟ เพราะมีสารแทนนิน จะลดการดูดซึมธาตุเหล็ก 6. วางแผนร่วมกับญาติในการดูแลการทำกิจกรรม ไม่ทำกิจกรรมต่อเนื่องนานและหนักจนผู้ป่วยรู้สึก เหนื่อยโดยแบ่งเวลาที่จะให้ผู้ป่วยได้พักและกำหนดกิจกรรมโดยให้พักเป็นระยะๆหยุดทำกิจกรรมเมื่อรู้สึกเหนื่อย 7. หากอาการหนัก เวียนศีรษะ ให้รีบหยุดกิจกรรม และนั่งพักทันที เพื่อป้องกันการหกล้ม ประเมินผลการพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2-4 ตรวจร่างกายพบ เพลียตา ล้น มีลักษณะมีสีแดงมากขึ้น สามารถทำกิจกรรมงานบ้านได้นานขึ้นโดยไม่เหนื่อย ไม่มีอาการหายใจลำบาก สัญญาณชีพปกติ BT= 36.3 -36.6°C, PR =70 - 82 beat/min (สม่ำเสมอ ความแรง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ปกติ 3 ⁺), PR = 20 beat/min, BP = 131/71 - 132/72 mmHg, O ₂ sat = 98 - 99% ผลการตรวจ CBC พบ Hemoglobin = 10.4 - 10.8 g/dl, Hematocrit = 31.2 - 33.4%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาต้านเกล็ดเลือด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Ticata (Ticagrelor) (90 mg) 1x2 pc, ASA (81 mg) 1x1 pc วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด 2. ตรวจร่างกายและสอบถามผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการแสดงของการมีเลือดออกทั้ง Internal - External bleeding ได้แก่ อาการของเลือดออกในสมอง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรง อาการของเลือดออกในช่องท้อง เช่น ปวดจุกแน่นท้อง ท้องอืด กดเจ็บ อาการของเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เช่น อุจจาระมีเลือดปน อาการของเลือดออกในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด อาการของเลือดออกที่ผิวหนังและเยื่อต่างๆ เช่น มีจุดเลือดและจ้ำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล หากพบอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษาต่อไป 3. ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล กิจกรรมที่เสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่ายอย่างระมัดระวังไม่ให้กระทบกระเทือนผู้ป่วยอย่างรุนแรง เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา อินซูลิน การทำแผล 4. ประเมินภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ถ้าพบชีพจรเบาเร็ว pulse pressure $\leq$ 20 mmHg รายงานแพทย์ทันที 5. แนะนำให้งดอาหารสีดำ สีแดง สีน้ำตาล เพื่อป้องกันความสับสนในการประเมินภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหาร 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและรับรู้ต่อภาวะเสี่ยงโดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กระตุ้นให้เลือดออกง่าย เช่น ระวังการแปรงฟัน การใช้ของมีคม การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น โดยให้ญาติดูแลและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 7. ติดตามค่า Hemoglobin, Hematocrit, Platelet count ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินแนวโน้มเลือดออกในร่างกาย ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งที่ 2-4 รู้สึกตัวดี ไม่ปวดท้อง ท้องไม่อืด อุจจาระสีเหลืองไม่มีเลือดปน ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีเลือดปน แขนขา 2 ข้างกำลังปกติเกรด 5 ไม่มีจุดเลือดและจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน และเลือดกำเดาไหล สัญญาณชีพปกติ BT= 36.3 -36.6°C, PR =70 - 82 beat/min (สม่ำเสมอ ความแรงปกติ 3⁺), PR = 20 beat/min, BP = 131/71 - 132/72 mmHg ผลการตรวจ CBC พบ Hemoglobin = 10.8 g/dL, Hematocrit = 33.4%, Platelet count 227,000 cell/mm³ อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังที่เท้าเนื่องจากมีความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายและระบบหลอดเลือดส่วนปลายจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานนาน 17 ปี 2. ผู้ป่วยบอกว่าเท้าข้างซ้ายชา 3. ผลการประเมินสภาพปลายประสาท ด้วยโมโนฟิลาเมนต์ น้ำหนัก 10 กรัม พบว่าสูญเสียระดับความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้าข้างซ้ายทั้ง 4 จุด 4. มีแผลที่ฝ่าเท้าข้างซ้าย เส้นผ่านศูนย์กลาง	1. ประเมินลักษณะเนื้อแผล ตำแหน่งของแผล ขนาดของแผล สารคัดหลั่งออกจากแผล 2. ขูดผิวหนังบริเวณที่หนา (callus) รอบแผล และขูดเนื้อตาย (Slough) ออกจากหมดเพื่อกำจัดสิ่งขัดขวางการหายของแผล 3. แนะนำให้ใส่รองเท้าเบาหวานที่นํ้าหนักอุปกรณ์ตัดให้ เพื่อกระจายแรงกดที่เท้า ลดการเสียดสีบริเวณแผล ป้องกันการบาดเจ็บที่เท้า 4. แนะนำในการดูแลบาดแผล ดังนี้ 4.1 ระวังอย่าให้แผลเปื่อยขึ้นหรือถูกน้ำ เพราะอาจทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ หากแผลเปื่อยน้ำ ควรทำความสะอาดแผลที่โรงพยาบาล คลินิก หรือโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลใกล้บ้านทันที 4.2 นอนยกเท้าข้างที่มีบาดแผลให้สูงกว่าระดับหัวใจ เพื่อให้เลือดดำและน้ำเหลืองไหลกลับสะดวกและป้องกันการบวม 4.3 หากมีสิ่งคัดหลั่งเป็นหนองหรือน้ำซึมออกมาจากแผล ร่วมกับมีอาการมีไข้ บวม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ประมาณ 2 เซนติเมตร ลึก 0.3 เซนติเมตร ก้นแผลมี slough สีเหลืองเล็กน้อย ขอบแผลมีหนังด้าน นูน แข็ง (Callus)	แดง ร้อน และกดเจ็บตำแหน่งรอบแผล ควรรับมาพบแพทย์ 4.4 พักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อลดกระบวนการเผาผลาญภายในเซลล์ที่ไม่จำเป็น เนื้อเยื่อสามารถนำออกซิเจนและสารอาหารไปใช้ได้เพียงพอ และลดการเคลื่อนไหวบริเวณที่มีบาดแผล เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนบาดแผล 4.5 แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เพียงพอ และมีประโยชน์ต่อกระบวนการหายของแผล ได้แก่ อาหารประเภทโปรตีน เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ และเป็นส่วนประกอบในการนำออกซิเจนไปยังบาดแผล วิตามินซีช่วยในการสร้างคอลลาเจน ไฟโบรบลาสต์ (Fibroblast) ช่วยทำลายแบคทีเรีย วิตามินเอช่วยในการสร้างเยื่อผิวหนังขึ้นปกคลุมบาดแผล สังกะสีเป็นโคเอนไซม์ (coenzyme) ในกระบวนการสังเคราะห์คอลลาเจน 4.6 ไม่ใช้มือสัมผัส แทะหรือเกาบาดแผล เพื่อป้องกันการเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล 4.7 รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไปอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล 4.8 แนะนำการบริหารเท้า เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ข้อไม่ติด เพิ่มการไหลเวียนเลือดที่เท้า 4.9 งดการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เนื่องจากมีผลทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ส่งผลให้แผลหายช้า 4.10 ห้ามใช้สมุนไพรหรือผงโรยแผล ปิดลงบนแผล เพราะอาจทำให้แผลติดเชื้อได้ 4.11 ควบคุมการบริโภคอาหารและรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ฉีดอินซูลิน ตามแผนการรักษา เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะเป็นปัจจัยสำคัญทำให้แผลหายช้าลง เพราะสารอาหารและออกซิเจนถูกนำไปใช้ได้ลดลง ประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันลดลง และเซลล์ในร่างกายมีการอักเสบเพิ่มขึ้น 5. นัดมาตรวจที่คลินิกเท้าเบาหวานทุก 1 เดือน จนแผลหาย เน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เพื่อประเมินและติดตามการหายของแผล ประเมินผลการพยาบาล จากการติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกเท้าเบาหวานครั้งที่ 5 พบว่า แผลมีขนาดเล็กลง เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 0.2 เซนติเมตร ลึก 0.05 เซนติเมตร แผลแดง ไม่มีเนื้อตาย แผลแห้ง ผิวหนังรอบแผลสีน้ำตาลคล้ำเล็กน้อย ไม่มีอาการบวม แดง หรือร้อน ไม่ปวดแผล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อ ไตเสื่อมสภาพระดับรุนแรงขึ้น ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เนื่องจากพฤติกรรมดูแลตนเอง ไม่ถูกต้อง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมสภาพระยะ 3 2. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มานาน 17 ปี 3. ผู้ป่วยเป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรง (Severe Proliferative Diabetic Retinopathy; Severe PDR) มานาน 9 ปี 4. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 5. ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัด โดยเฉพาะรสหวาน อาหารทอด และรับประทาน	1. เลือกรับประทานอาหารที่ครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยเลือกรับประทานผักที่มีปริมาณโปแตสเซียมน้อย เช่น ฟักเขียว บวบ แตงกวา มะเขียวยาว เป็นต้น รับประทานอาหารประเภทที่มีโปรตีนคุณภาพสูง เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว นมพร่องมันเนย 2. จำกัดการรับประทานเกลือหรืออาหารที่มีรสเค็ม เนื่องจากไตต้องทำงานหนักเพื่อขับเกลือส่วนเกินออกทางปัสสาวะ และเกลียยังมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 3. จำกัดอาหารที่มีไขมัน โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ ไข่แดง กะทิ และน้ำมันพืชที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูงเช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันบัว เนย มาการีน หันไปใช้กรดไขมันไม่อิ่มตัวสูงแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย และน้ำมันมะกอก เป็นต้น เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดโดยเฉพาะระดับแอลดีแอลให้ต่ำกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 4. จำกัดอาหารที่มีรสหวาน แบ่งได้ 3 ประเภทดังนี้ ประเภทที่ 1 อาหารที่ควรงด ได้แก่ ขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา นมข้นหวาน น้ำอัดลม ผลไม้กวน ผลไม้เชื่อม ผลไม้บรรจุกระป๋อง ประเภทที่ 2 อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ผักตำลึง ผักบุ้ง กะหล่ำปลีสด ต้นหอม มะระ แตงกวา ผักคะน้า ประเภทที่ 3 อาหารที่รับประทานได้ แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง ขนมปังและอาหารผลไม้ต่างๆ มะละกอสุก ลำไย เป็นต้น 5. ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ แนะนำให้ดื่มน้ำ 1.500 มิลลิกรัม/วัน หากมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
อาหารจุกจิก ไม่เป็นเวลา รับประทานยาตาม สมุนไพรร และไม่ออกร่างกาย 6. ขาและเท้าบวมกดบุ๋ม 1+ หายใจเหนื่อย เล็กน้อย RR 24 beat/min 7. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS =253 mg/dL, Creatinine =1.90 mg/dL, GFR = 28.46 mL/min/1.73 m², HbA1C = 8.3% Triglyceride =222mg/d, HDL = 65 mg/dL, LDL = 211.6 mg/dL วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อชะลอการเสื่อมสภาพของไต 2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก เบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้แก่ จอประสาทตา บวม จอประสาทตาหลุดลอก หรือมีเลือดออกใน วุ้นตา 3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันใน เลือดสูง	ร่วมกับอาการบวม ให้กลับมามีสุขภาพ 6. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดกระดูก ยาถูกกลอน และยาสมุนไพรที่ไม่ได้รับการรับรอง เนื่องจากยาบางชนิดทำให้ไตเสื่อมเร็ว หรือเป็นผลเสียต่อไต ส่วนยาสมุนไพร มักมีโปแต สเซียมสูง อาจเกิดอันตรายทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ 7. ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้น้ำหนักเกินดัชนีมวลกาย (BMI) < 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร 8. ออกกำลังกายอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30 นาที เช่น การเดิน การบริหาร ร่างกายชนิดอยู่กับที่ จะช่วยทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น 9. งดสูบบุหรี่ เนื่องจากในผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่ จะส่งผลให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ ซึ่งจะส่งผล ให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยไตและทำให้ไตเสื่อมลง 10. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ปัสสาวะบ่อย ร่างกายจะสูญเสียน้ำ ส่งผลให้ความเข้มข้นของโซเดียมสูง ไตต้องทำงานหนัก เพื่อขับ โซเดียมออกจากร่างกาย 11. หลีกเลี่ยงและจำกัดความเครียด เนื่องจากความเครียดทำให้ร่างกายพักผ่อนได้ไม่ เต็มที่ หายใจเอาออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆได้ไม่เต็มที่ ซึ่งไตก็เป็นอวัยวะหนึ่งที่ได้รับ ผลกระทบลำดับแรกๆ 12. สังเกตอาการผิดปกติของภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูง 12.1 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย อาการผิดปกติ ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอกคล้ายมี สิ่งของทับที่หน้าอก เจ็บบริเวณหัวไหล่ หายใจเหนื่อย 12.2 โรคหลอดเลือดสมอง อาการผิดปกติ ได้แก่ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง มากขึ้น เวียนศีรษะ มองเห็นภาพซ้อน 12.3 จอประสาทตาเสื่อมเพิ่มขึ้น อาการผิดปกติ ได้แก่ ตามัวมัวลงจากเดิม การมอง วัตถุลักษณะเป็นคลื่น หรือเส้นตรงดูบิดเบี้ยว เงามดำปรากฏในลานสายตา มองเห็นแสง วาว การมองเห็นมีลดลง 12.4 ไตเสื่อมสภาพมากขึ้นเป็นระยะที่ 4 อาการผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะเป็นฟอง ปัสสาวะสีขุ่นหรือสีน้ำตาลใสเนื้อ อาการบวมบริเวณหนังตา ใบหน้า และขาทั้งสองข้าง หายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูงขึ้น 12.5 หลอดเลือดส่วนปลายตีบ ได้แก่ อาการปวดขา ชาหรืออ่อนแรงของแขนหรือขา รู้สึกเย็นที่ขาส้นเท้า เกิดแผลที่เท้า 12.6 เส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ได้แก่ อาการชาที่ปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง บาง รายจะมีอาการปวดแสบปวดร้อน หรือปวดเหมือนถูกแทง ส่วนใหญ่อาการมักจะเกิดตอน กลางคืน ในระยะต่อมาอาการปวดจะลดลง แต่จะรู้สึกชาและการรับสัมผัสลดลง 13. ให้คำแนะนำการดูแลเท้า เพื่อป้องกันการเกิดแผล ได้แก่ เช็ดเท้า ขอบระหว่างนิ้วให้ แห้ง ด้วยผ้าเช็ดตัวหรือผ้านุ่มที่สะอาด ห้ามใช้แอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้เท้าแห้ง ตรวจ เท้าและเล็บเท้าอย่างละเอียดทุกวัน ว่ามีแผล รอยแดง บวมหนังดำ หรือมีเล็บขบ หรือไม่ 14. รับประทานยา ได้แก่ ASA (81 mg) 1x1 pc, Caraten (Carveditol) (6.25 mg) ½ x 2 pc, Atorvastatin (Lipitor) (40 mg) 1x1 hs, Ticata (Ticagrelor) (90 mg) 1x2 pc, Glipizide (5 mg) 1x1 pc รวมถึงฉีด Novomix insuli 18 unit (Subcutaneous) ก่อน อาหารเช้า ตามแผนการรักษา 15. ตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรคร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ดังนี้ 15.1 ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 80-130 mg/dL, HbA1C น้อยกว่าหรือ เท่ากับ 7% 15.2 ระดับความดันโลหิต ต่ำกว่า 140/90 mmHg

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	15.3 ระดับไขมันในเลือด LDL-C น้อยกว่า 100 mg/dL 16. ติดตามผลตรวจการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ BUN, Creatinine, GFR, FBS, HbA1C, Lipid Profile ผลตรวจการมองเห็น 17. ให้คำแนะนำการมาตรวจตามนัดแพทย์นัดทุกครั้ง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี BP=131/71- 132/72 mmHg ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมีแนวโน้มดีขึ้น FBS= 124 mg/dL, Creatinine = 1.75 mg/dL, GFR = 31.44 mL/min/1.73 m², HbA1C = 7.4% LDL = 143 mg/DL ขาและเท้าไม่บวม หายใจไม่เหนื่อย ปัสสาวะออกดี ความสามารถในการมองเห็นเท่าเดิม ไม่เห็นแสงวาบ เจาตาปรากฏในลานสายตา ผลการตรวจการมองเห็น พบ VA ตาข้างขวา 20/30 ตาข้างซ้าย 20/50 ไม่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย โรคหลอดเลือดสมอง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและไตลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมีประวัติ 2 ปีก่อนประมาณกลางมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำ PCI ที่ Left Anterior Descending Artery (LAD) และ Drug-Coated Stent (DCI) ในช่วงปลายปีเกิดการกลับซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำ PCI ที่ Left Circumflex Artery 2. ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมสภาวะระยะ 3 (Creatinine =1.90 mg/dL, GFR = 28.46 mL/min/1.73 m²) วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลว	- อธิบายถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็น คือ ภาวะหัวใจล้มเหลวและโรคที่เป็นสาเหตุเบื้องต้นของหัวใจล้มเหลว ตลอดจนแผนการรักษาของแพทย์ - อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว อาการของสารน้ำคั่งสะสมในร่างกาย เช่น น้ำหนักเพิ่ม รู้สึกผิวหนังตึง ข้อเท้า เท้าบวม ไอบลันนอน นอนราบไม่ได้ หายใจเหนื่อย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถประเมินภาวะน้ำเกินได้ - ให้คำแนะนำและสอนผู้ป่วยเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน โดยการชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน และบันทึกน้ำหนัก บันทึกจำนวนน้ำดื่ม จำนวนปัสสาวะ - ให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม เช่น อาหารแช่แข็ง อาหารหมักดอง มาการีน ผงชูรส ผงปรุงรสทุกชนิด - ให้คำแนะนำเรื่องการดื่มน้ำ ปริมาณน้ำที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย คือ 1,500 มิลลิกรัม/วัน - ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา โดยอธิบายประโยชน์และชนิด และผลข้างเคียงของยา เพื่อทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ดังนี้ 6.1 Furosemide (Lasix) (40 mg) ½ tab x 1 pc เป็นยาขับปัสสาวะ ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะขาดน้ำ ภาวะอิเล็กโทรไลต์ขาดความสมดุล 6.2 Caraten (Carveditol) (6.25 mg) ½ x 2 pc เป็นยาช่วยในการทำงานของหัวใจดีขึ้นโดยลดแรงต้านของหลอดเลือดและทำให้หลอดเลือดขยายตัว ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ท้องเสีย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ หายใจลำบาก มีจ้ำเลือดหรือภาวะเลือดออกผิดปกติ - ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ - งดสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่ทำให้เส้นเลือดแดงแข็งตัวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ - งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เนื่องจากแอลกอฮอล์ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจโตและหัวใจวายได้ - จัดการความเครียด เช่น การระบายความรู้สึกกับบุคคล ใกล้ชิด การสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ เนื่องจากความเครียดส่งผลต่อระบบ sympathetic nervous system ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นได้และเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ - ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อลีบและปรับการไหลเวียนเลือดส่วนปลายให้ดีขึ้น - สังเกตและประเมินภาวะน้ำเกินที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ การบวมบริเวณเท้า ข้อเท้า และขา ซึ่งจะมีลักษณะบวมแบบกดบุ๋ม อาการเหนื่อยนอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก ในตอนกลางคืนตื่นลุกขึ้น มาหายใจเหนื่อย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจ ข้อมูลสนับสนุน 1. จากประวัติผู้ป่วย 2 ปีก่อน ตรวจพบมี Renal calculi both kidney 2. ผู้ป่วยถามว่า “ต้องดูแลตนเองอย่างไร เพื่อขับก้อนนิ่วออกหรือไม่มีขนาดใหญ่ขึ้น” 3. ผู้ป่วยขอรับประทานน้ำฟริกเกปี ชะอม ทอด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจ	1. ให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจ สาเหตุการเกิดโรค อาการและภาวะแทรกซ้อน 2. ให้ความแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการสลายของก้อนนิ่วหรือก้อนนิ่วไม่มีขนาดใหญ่ขึ้น และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2.1 รับประทานอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม ไม่ควรรับประทานอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งซ้ำ เป็นเวลานาน รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ 2.2 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีออกซาเลตสูง เช่น น้ำชา โกโก้ ใบชะพลู ผักโขม มันฝรั่ง มันสำปะหลัง เป็นต้น อาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น กุ้งแห้ง นม เนยแข็ง ซีส ปลาเล็กปลาน้อย กวางตุ้ง คะน้า ใบขึ้นฉ่าย ผักกระเฉด ผักโขม สะเดา เป็นต้น อาหารที่มีโปรตีนประเภทฟิวรีนสูง เช่น เครื่องในสัตว์ทุกชนิด ปลาซาร์ดีน กะปิ หมูไม่ฝรั่ง เป็นต้น 2.3 ควรบริโภคอาหารที่มีกากใยสูงและอาหารที่มีรสเปรี้ยว เช่น ส้ม มะนาว มะเขือเทศ เพื่อเพิ่มสารซิเตรตในการยับยั้งการก่อตัวของนิ่ว และลดการจับตัวของเยื่อไต 2.4 ควรดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 2,000 - 3,000 มิลลิลิตร/วัน แต่ต้องไม่ขัดกับแผนการรักษาโรคอื่นที่เป็นอยู่ (ผู้ป่วยต้องจำกัดน้ำ แนะนำให้ดื่มน้ำ ประมาณ 1,500 มิลลิลิตร/วัน) 2.5 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องเสียเหงื่อมากๆ เช่น อยู่ในที่มีอากาศร้อน หรือออกกำลังกายกลางแจ้งเป็นเวลานานๆ 2.6 หลีกเลี่ยงความเครียด และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมง/วัน 2.7 ควรถ่ายปัสสาวะทันทีเมื่อปวด ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ สังเกตลักษณะของน้ำปัสสาวะ 2.8 สังเกตอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะขัด ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะมีเลือดปน มีไข้หนาวสั่น หากมีอาการดังกล่าว ควรมาพบแพทย์ทันที ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจได้อย่างถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วย สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมี 2 สาเหตุ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แม้จะได้รับการผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใส่บอลลูน แต่ยังคงมีเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายอยู่เดิม ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ เพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้ปริมาณเลือดในห้องหัวใจมาก หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว 2) ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือด Aorta สูงขึ้น ซึ่งจะดันไม่ให้ลิ้นหัวใจ Aortic เปิดออก หัวใจจึงปรับการทำงาน โดยบีบตัวเพื่อสร้างความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายให้สูงกว่าแรงดันด้านทวนใน

Aorta เพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อไม่สามารถปรับการทำงานของหัวใจได้ จึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา 3) ผู้ป่วยเป็นไตเรื้อรังระยะที่ 3 ทำให้ประสิทธิภาพการดูดกลับน้ำและเกลือแร่ลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเพิ่มขึ้น เพิ่มปริมาณเลือดก่อนหัวใจบีบตัว จึงเกิดแรงต้านการไหลเวียนในขณะหัวใจบีบตัว ทำให้หัวใจต้องทำงานหนัก ในการบีบตัวแรงเพื่อส่งเลือดเข้าในระบบไหลเวียนเลือด⁸ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางอ้อมที่ ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มานาน ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจน้อยลง ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ซึ่งจากสาเหตุของโรคดังกล่าว หาก

ผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้ จึงมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจล้มเหลวและกลายเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นระยะหลังจากออกจากโรงพยาบาล และอยู่ในช่วงฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นพยาบาล จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป้าหมายของการรักษาด้วยการใช้ยาควบคู่กับการปรับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองให้ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรังระยะ 3 ซึ่งพบหาดังกล่าว ได้แก่ การลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง การส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าติดตามอาการตนเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติเบื้องต้น และส่งเสริมให้

ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย⁹ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ^{8,9}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีระบบการติดตามภายหลังมารับการตรวจ เช่น การเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ การใช้กลุ่ม line การโทรศัพท์ ติดตามอาการ การปฏิบัติตามคำแนะนำ ปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง
2. นำกรณีศึกษานี้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.(2562). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ฉบับปรับปรุงปี 2562. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์; 2562.
2. Dutta SS.(2024). Global burden of heart failure: prevalence, incidence, and risk factors unveiled.[internet]. 2024 [cited 2025 February12]. Available from:<https://www.news-medical.net/news/20240630/Global-burden-of-heart-failure-prevalence-incidence-and-risk-factors-unveiled.aspx#>
3. Lam CSP.(2015). Heart failure in Southeast Asia: facts and numbers. ESC Heart Fail 2015; 2(2): 46-49.
4. Ambrosy AP., Fonarow GC., Butler J., Chioncel O., Greene SJ., Vaduganathan M. ..., Gheorghiade M.(2014). The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. J Am Coll Cardiol 2014; 63(12): 1123-1133.
5. ปณิตตา เทียนพิมล และศิวพร ชันชะ.(2562). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยการสูบฉีดเลือดของหัวใจห้องล่างซ้ายที่ใช้ในระยะยาว ในระยะกึ่งวิกฤตและระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
6. Foroutan F., Rayner DG., Ross HJ., Ehler T., Srivastava A., Shin S. ..., Lee DS.(2023). Global Comparison of Readmission Rates for Patients with Heart Failure. JACC Journals 2023; 82(3): 430-444.
7. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2567). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2565, 2566,2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
8. ใจนุช กาญจนภุ.(2563). พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว.[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงจาก: <https://ccpe.pharmacycouncil.org>
9. อรวิภาญจน์ ชัยมงคล, ศรีญญา ภูวนันท์, และศุทธิจิต ภูมิวัฒนะ.(2565). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก. วารสารการพยาบาล 2565 ; 24(1):75-95.