

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (พ.ศ. 2560)

สมมาต สีสาด, พย.ม.
โรงพยาบาลสิดา อำเภอสิดา
จังหวัดนครราชสีมา

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart failure) เป็นกลุ่มอาการซับซ้อนทางคลินิกที่มีการดำเนินโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นภาวะปลายทางที่ส่วนใหญ่เกิดจากการไม่สามารถสกัดหรือชะลอโรคตั้งต้นที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจได้ ร่วมกับประเทศต่าง ๆ รวมถึงประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดอุบัติการณ์และความชุกของภาวะนี้ จึงทำให้ปัจจุบันภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยร้อยละ 59.9 ของผู้ป่วยหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวแล้ว 5 ปี จะเสียชีวิต และมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวสูงถึงร้อยละ 59 จึงทำให้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้ป่วย แต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนระบบสุขภาพโดยรวม (วันดี โตสุขศรี และ คณะ, 2559) และยังพบว่าการพยากรณ์อัตราการรอดชีวิตหลังจากมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้นแล้วมีความแตกต่างกันระหว่างเพศ คือ ผู้ชายประมาณ 1.7 ปี และผู้หญิง 3.2 ปี หรืออัตราการเสียชีวิตภายใน 5 ปี ในผู้ชายร้อยละ 60 ในผู้หญิงร้อยละ 45 ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นสาเหตุการ

เสียชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุในทุกประเทศ รวมทั้งประเทศไทย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) การดูแลจะต้องเน้นการดูแลต่อเนื่องที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย การให้คำแนะนำรวมถึงการเป็นที่ปรึกษา การทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาและการวางแผนการจำหน่ายเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ การดูแลแบบองค์รวมจะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ความรู้ทางวิชาการ ทฤษฎีแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

กรณีศึกษานี้ได้ใช้ความรู้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล

ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart failure) เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

สาเหตุ

1. ภาวะที่หัวใจต้องรับภาระหนักอย่างผิดปกติ (Abnormal loading condition)

2. กล้ามเนื้อหัวใจทำหน้าที่ผิดปกติ (Abnormal muscle function)

3. ความจำกัดในการคลายตัวรับเลือดของเวนทริเคิล (Limited ventricular filling)

ชนิดและอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

1. ภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว ผู้ป่วยจะเหนื่อย (Dyspnea) นอนราบไม่ได้ (Orthopnea) มีอาการเหนื่อยขณะนอนหลับ ซึ่งต้องตื่นขึ้นมาลุกนั่งหายใจ (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea: PND) และหายใจเร็ว (Tachypnea) หัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) ความดันโลหิตต่ำจากการมี Cardiac output ลดลง อ่อนล้า (Fatigue) และมีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงจากเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ปัสสาวะออกน้อยจากเลือดไปเลี้ยงไตลดลง กระสับกระส่าย สับสนหรือหมดสติจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง

2. ภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว จะพบหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (Jugular vein distention) บวมกดบุ๋ม (Pitting edema) บริเวณข้อเท้าและขา ตับโต (Hepatomegaly) มีน้ำในช่องท้อง (Ascites) และอาจมีคลื่นไส้ เบื่ออาหารร่วมด้วย

ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งตามความทนทานในการทำกิจกรรม (Functional classification of heart failure) ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association: NYHA) แบ่งไว้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ระดับ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย คือ ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะมีอาการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกได้ จะรู้สึกสบายขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ชัดเจน คือ ถ้ามีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอกได้ แต่จะดีขึ้นบ้างเมื่อได้พัก

ระดับ 4 ไม่สามารถทำกิจกรรมได้แม้ในขณะที่พักก็ยังมีอาการหอบเหนื่อย และจะหอบเหนื่อยมากขึ้นแม้จะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติเพื่อค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการซักประวัติให้ครอบคลุมประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติครอบครัว อาการและอาการแสดง ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย รวมถึงการประเมินจิตสังคมด้วย

2. การตรวจร่างกายโดยให้ครอบคลุมการประเมินลักษณะทั่วไป ระบบที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน เพื่อค้นหาและวินิจฉัยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาสาเหตุ และข้อมูลสนับสนุนของปัญหาผู้ป่วย ตามบริบทและศักยภาพของโรงพยาบาล

4. การตรวจเพื่อวินิจฉัยอื่น ๆ ได้แก่ การเอกซเรย์ทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ

หลักการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

หลักการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การจัดการความผิดปกติที่เกิดขึ้นของโรคใน 3 ประเด็น คือ

1. การรักษาความผิดปกติที่เกิดกับหัวใจและที่ทำให้การทำงานของหัวใจผิดปกติ

2. การรักษาความผิดปกติเนื่องจากการกระตุ้นโดยนิวโรฮอโมนที่เกิดจากการมีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง

3. การรักษาความผิดปกติที่อาจเนื่องมาจากแผนการบำบัดรักษา ได้แก่ การเสียชีวิตฉุกเฉินหัวใจเต้นผิดจังหวะ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่พอ การไหลเวียนเลือดผิดปกติ มีการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นและกล้ามเนื้อลายผิดปกติ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการติดตามและเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น

รายงานกรณีศึกษา

สำหรับกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (พ.ศ. 2560) ได้ศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย วัยชรสถานภาพ หม้าย อายุ 73 ปี เคยรักษาโรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation: AF) รับประทานต่อเนื่อง เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการ เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ ก่อนมา 8 ชั่วโมง แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ท่าทางอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อย ชาวม 2 ข้าง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที ไม่สม่ำเสมอ หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท Oxygen sat 96% การตรวจร่างกายพบ ขา 2 ข้างบวมกดบวม 2+ ฟังปอดได้เสียง Crepitation ทั้ง 2 ข้าง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG ST depress V4-V5-V6 ตรวจเลือด Troponin-T ผล <50 ng/L ส่งตรวจ Chest x-ray พบ Cardiomegaly with cephalized การรักษาให้ on heparin lock , Lasix 20 mg vein stat, on oxygen cannular 3 LPM แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 22-24 กุมภาพันธ์ 2560 ในการศึกษาได้ใช้ความรู้ทางวิชาการในการดำเนินการ ได้แก่ แนวคิดเรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ร่วมกับการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน นำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมาให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมีเป้าหมายในการรักษาพยาบาล คือ ควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการทำงาน

ผิดปกติของหัวใจอันจะนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว การป้องกันและชะลอการเสื่อมของการทำงานของหัวใจ ลดอาการกำเริบ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิตและให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กรณีศึกษาพบปัญหาทางการพยาบาล 6 ปัญหา ได้แก่ 1) ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกที่ลดลง เนื่องจากการลดลงของปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้งอันเป็นผลจากการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ 2) การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง เนื่องจากการระบายอากาศและการกำซาบออกซิเจนไม่เพียงพอ 3) ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง 4) ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีการดำเนินโรคที่เลวลง และ 6) มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน แต่เนื่องจากโรงพยาบาลสิดาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง จึงได้ส่งต่อโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จากการติดตามผลการรักษา แพทย์ให้รับยาต่อที่โรงพยาบาลสิดา หลังการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ยังมารับการรักษาต่อเนื่องและไม่ได้กลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำอีก

สรุปวิจารณ์

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุเกิดจากมีโรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation: AF) และการรักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยและครอบครัวขาดแรงจูงใจในการรักษาจากการเป็นโรคเรื้อรัง ประกอบกับเป็นผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้ป่วยมาด้วยอาการ เหนื่อย นอนราบไม่ได้ ชาวม 2 ข้างกดบวม ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของภาวะหัวใจล้มเหลว การเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลเข้าสู่ การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรก พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการรวบรวมวิเคราะห์ ข้อมูลรายงานแพทย์อย่างรวดเร็ว เพื่อแก้ไขภาวะคุกคาม ชีวิต เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่วนการ พยาบาลในระยะต่อเนื่องหลังจากอาการทุเลาพ้นระยะ วิกฤตแล้ว การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การประเมิน ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของสาเหตุและการควบคุม โรคที่เป็นสาเหตุอย่างต่อเนื่องซึ่งมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ ผู้ป่วยปลอดภัย และการพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย การวางระบบการดูแลต่อเนื่องมีส่วนสำคัญมากที่ต้องให้ ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับ มีส่วนร่วมในการ ดูแลตนเอง การรับประทานคร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิถี ชีวิตบางอย่างเพื่อให้การควบคุมโรคได้ผล การมาพบ แพทย์ตามนัด ตลอดจนการยอมรับที่จะไปพบแพทย์ เฉพาะทาง โดยมีเป้าหมายในการลดอาการกำเริบของ ผู้ป่วยที่จะทำให้การกลับเข้ามารักษาซ้ำลดลง ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ข้อจำกัดของการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่โรงพยาบาลชุมชน เน้นการ แก้ไขภาวะฉุกเฉินเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การพบ แพทย์เฉพาะทางต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในระดับที่ สูงกว่า เพื่อรับการวินิจฉัย ค้นหาสาเหตุและการรักษาที่ ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตั้งแต่แรกรับและเชื่อมโยงไปถึงชุมชน การมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงระบบการเยี่ยมบ้าน ช่วยให้การ ดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการ รักษาต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ โรคที่เป็น ช่วยให้การรักษาพยาบาลบรรลุเป้าหมาย
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกับเป็นผู้สูงอายุ ต้อง ประเมินภาวะซึมเศร้าทุกครั้งที่มาตามนัด

เอกสารอ้างอิง

- จันทร์ทิรา เจียรณัย. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหา การผันแปรของออกซิเจนและการระบายอากาศ. พิมพ์ครั้งที่ 4. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- บุญเลิศ จุลเกียรติ และคณะ. (2550). หลักการดูแลผู้ป่วย ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร.
- ประสงค์ ต้นมหาสมุทร และคณะ. (2557). เวชศาสตร์ ทันยุค 2557. กรุงเทพมหานคร.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น.
- พรศิริ พันธสี. (2559). กระบวนการพยาบาล & แบบแผน สุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพ.
- พักตร์วิไล ศรีแสง. (2557). ทฤษฎีและแนวคิดทางการ พยาบาล. ขอนแก่น.
- มานพ พิทักษ์ภากร และคณะ. (2560). อายุรศาสตร์ทันยุค 2560. นนทบุรี.
- วันดี โตสุขศรี และคณะ. (2559). การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพมหานคร.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรม ราชูปถัมภ์. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการ ดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ.2557. กรุงเทพมหานคร.
- สุจิตรา ล้อมอำนวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น.
- สุรีย์ เลขาบรรณวิจิตร และคณะ. (2556). พยาธิวิทยาของโรค หัวใจ. เชียงใหม่ .
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 CCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guideline. Circulation. 2013; 128: e 240-e327.