

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง การป้องกันและดูแลแผลกดทับระดับ 1-4

เสนอโดย

นางสาวรัชนิกร ท่อนแก้ว

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 26)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 7 กรกฎาคม 2549 ถึงวันที่ 13 กรกฎาคม 2549)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

3.1 โรคหัวใจขาดเลือด คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โดยมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ และขนาดกลางเป็นผลให้จำกัดการไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นผลให้เกิดการอุดตัน หรือการไหลเวียนลดลงอย่างรุนแรงใน coronary artery นั้น จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนถึงขั้นไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะเดิมได้ และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือจบลงด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546) ขบวนการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด เป็นผลมาจากการหนาและแข็งตัวของผนังหลอดเลือดโคโรนารี จากการเกาะจับของคราบไขมันที่ก่อตัวพอกสะสมกันอยู่นานในหลอดเลือด จนทำให้คราบไขมันดังกล่าวมีขนาดโตขึ้น หลอดโลหิตจึงเกิดการหนาและแข็งตัว ในบริเวณนี้โลหิตจะไหลผ่านไม่สะดวก และมีปริมาณน้อยลงเกิดแรงต้านทาน แรงเสียดสีของโลหิตที่ไหลผ่านกับผนังหลอดเลือดสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลให้คราบไขมัน เกิดการปริแตก เกิดเกล็ดเลือด (platelet) และสารที่ทำให้โลหิตแข็งตัวไฟบริโนเจน (fibrinogen) และไฟบริน (fibrin) จะมาพอกรวม ตัวกันบริเวณที่ปริแตกนี้และเกาะติดกับผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดลิ่มโลหิต (thrombus) อุดตันหลอดเลือด

อาการและอาการแสดง

1. อาการเจ็บหน้าอก มีลักษณะดังนี้
  - 1.1 เจ็บหน้าอกรุนแรงขึ้นชัดเจน เจ็บถี่มากขึ้น โดยมีอาการเจ็บปวด จุกแน่นที่กลางหน้าอกร้าวไปคอ กราม หรือแขน
  - 1.2 เจ็บหน้าอกติดต่อกันนาน มากกว่า 30 นาที ถึงแม้จะอมยาได้ลิ้นไป 3 เม็ดในเวลา 10 นาทีแล้วยังไม่ทุเลา
  - 1.3 เคยเจ็บหน้าอกมาก่อนขณะออกกำลังกาย แต่ครั้งนี้เป็นการเจ็บครั้งแรกขณะพักมีประมาณร้อยละ 15 – 20 ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2541)
2. อาการไม่จำเพาะ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ หายใจไม่ค่อยสะดวก กระสับกระส่าย มีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ เป็นต้น
3. อาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น

3.1 หัวใจเต้นผิดปกติ เป็นอาการแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมมากที่สุด มักจะพบภายใน 12 ชั่วโมงแรก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะทำให้ระบบการนำไฟฟ้าเสียไป รบกวนการส่งคลื่นไฟฟ้าในหัวใจ ซึ่งพบได้ เช่น หัวใจห้องล่างเต้นเองก่อนเวลา หรือหัวใจห้องล่างเต้นเองก่อนเวลาติด ๆ กันมากกว่า 3 ครั้งต่อนาที หัวใจห้องล่างเต้นเร็วพรีว หรือพบว่ากระบวนการนำไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวาง (heart block)

3.2 หัวใจล้มเหลว จากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะลดประสิทธิภาพในการบีบตัว หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น อาการที่พบได้ เช่น อ่อนเพลีย บวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น บีบตัวแรงขึ้น เป็นต้น

3.3 ซ็อกจากหัวใจ มักพบในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมาก ลักษณะเฉพาะของอาการซ็อกคือ ผิวหนังเย็นชื้น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป ปัสสาวะออกน้อยและความดันโลหิตต่ำ

3.4 ก้อนลิ้มโลหิตอุดตัน เกิดจากลิ้มโลหิตที่เกาะรวมตัวเป็นก้อนหลุดลอยไปตามกระแสโลหิตอุดตันบริเวณอวัยวะต่าง ๆ เช่น อุดตันบริเวณขา จะคล้ายีพอร์สส่วนปลายได้เบาบาง หรือไม่ได้เลย ปลายขาเขียวคล้ำ ปวดขา เป็นต้น

การรักษา การรักษาโรคหัวใจขาดเลือด คือ เปิดทางให้โลหิตไหลเวียนได้เร็วที่สุดในตำแหน่งที่ หลอดโลหิตมีการอุดตันเพื่อ (Portb, 1998) เพื่อให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนได้เพียงพอกับเซลล์ที่ต้องการ บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและพยายามป้องกันและรักษา กล้ามเนื้อส่วนที่ดีไว้ให้มากที่สุด เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย

การพยาบาล

#### 1. ด้านร่างกาย

1.1 ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง งดกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของ กล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น

1.2 ดูแลให้ออกซิเจน พร้อมทั้งวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในโลหิตทุก 1 ชั่วโมง และทุกครั้ง ที่มีอาการเปลี่ยนแปลง

1.3 วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง และทุกครั้งที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีการ เปลี่ยนแปลง

1.4 ติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด และบันทึกคลื่นไฟฟ้า หัวใจ 12 ลีด

1.5 สังเกต สอบถาม ลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ตำแหน่ง ความรุนแรง ระยะเวลาและปัจจัยที่ ส่งเสริมอาการเจ็บหน้าอก บันทึกและรายงานแพทย์

1.6 ดูแลให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาละลายลิ่มโลหิต ยาต้านเกล็ดโลหิต ยาต้านการแข็งตัวของโลหิต ยาปรับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนโลหิต ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิด

1.7 เตรียมยา และอุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ได้ทันที เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ

1.8 สังเกตอาการ อาการแสดง ของภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างทันที่ทั้งที่บันทึกและรายงานแพทย์

1.9 ดูแลให้ได้สารน้ำและสารอาหารตามความเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และสถานะของโรค พร้อมทั้งบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกายตามแผนการรักษา

1.10 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระปกติ โดยให้รับประทานผักผลไม้ กระตุ้นให้มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ ดูแลให้ยาระบายตามแผนการรักษา

1.11 ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบมีอากาศถ่ายเทสะดวก

1.12 เจาะโลหิตส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา เช่น ตรวจเอนไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจ ตรวจค่าการแข็งตัวของโลหิต ตรวจเคมีคลินิก เป็นต้น

## 2. ด้านจิตใจ

2.1 ให้การต้อนรับผู้ป่วยและญาติด้วยความเป็นกันเอง ความเป็นมิตร และมีความสม่ำเสมอในปฏิสัมพันธ์ต่อผู้ป่วยและญาติ

2.2 ให้ความเคารพ และยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง

2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้ง ก่อนให้การรักษาพยาบาล

2.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจ และยอมรับสภาพความเจ็บป่วย

2.5 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และตอบสนองตามความเหมาะสม

## 3. ด้านสังคม

3.1 สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสพูดคุย และเปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมตามเวลา และยืดหยุ่นเวลาที่เข้าเยี่ยมตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

3.2 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้เกิดความเป็นส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ

3.3 เข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อสอบถามอาการเปลี่ยนแปลง และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง ในช่วงเวลาที่ญาติยังไม่มาเยี่ยม

## 4. ด้านจิตวิญญาณ

4.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติประกอบพิธีกรรมทางศาสนาหรือลัทธิความเชื่อ เช่น ไหว้พระ สวดมนต์ และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ

4.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการดูแลรักษาพยาบาลโดยยืนหยัดกับผู้ป่วยและญาติว่าการตัดสินใจที่ผู้ป่วยและญาติได้ทำไปนั้นถูกต้อง และทีมสุขภาพมีความเห็นตรงกันกับผู้ป่วยและญาติ

### 3.2 ความรู้ทางเภสัชวิทยา(ยาและสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ)

แอสไพริน (aspirin) เป็นยาบรรเทาอาการปวด ลดไข้ บรรเทาอาการอักเสบ และใช้เป็นยาป้องกันการรวมตัวของเกล็ดเลือด

เอทีแวน (Ativan) ลดความวิตกกังวล นอนไม่หลับที่มีสาเหตุจากความวิตกกังวล ระวังอาการชัก และใช้รักษาอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาโรคจิตประสาท

ไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) เป็นยาในกลุ่มยาขับปัสสาวะ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง และลดอาการบวมที่เกิดจากการของสารน้ำในร่างกายของผู้ป่วยโรคหัวใจ

เอ็นาริล (Enaril) เป็นยาลดความดันโลหิตและลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ช่วยให้ปริมาณโลหิตออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น

อีโนกซาพาริน (Enoxaparin) เป็นยาป้องกันการแข็งตัวของโลหิต เป็นยาป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตัน เส้นโลหิตดำ และป้องกันการเกิดลิ่มโลหิตไหลเวียนนอกช่องทางระหว่างการทำการฟอกล้างไต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการขาดโลหิตในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดโลหิตทันทีทันใด (unstable angina)

ไอซอร์ดีล (Isordil) เป็นยาขยายหลอดเลือด ทำให้ผนังกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว เป็นผลให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้ลดปริมาณโลหิตที่ไหลกลับสู่หัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจใช้ออกซิเจนลดลง ใช้บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน

ลาซิกซ์ (Lasix) เป็นยาขับปัสสาวะที่ออกฤทธิ์เร็วทำให้ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะต่ำลง และทำให้การไหลเวียนของโลหิตไปสู่ไตดีขึ้น ใช้รักษาอาการบวมซึ่งเนื่องมาจากหัวใจวาย โรคตับแข็ง โรคไต และอาจใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

มิกซ์ทาร์ด (70/30) ใช้รักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน โดยออกฤทธิ์ระยะยาว ฤทธิ์และอาการไม่พึงประสงค์ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

ซิมวาสเตติน (simvastatin) เป็นยาลดระดับโคเรสเตอรอลและแอลดีแอล ใช้รักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีและภาวะไขมันในโลหิตสูงโดยควบคู่กับการควบคุมอาหาร ลดภาวะไตรกลีเซอไรด์ในโลหิตสูง

### 4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นภาวะความเจ็บป่วยขึ้นวิกฤตและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของประชากรชาวไทย (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546) โดยมีปัจจัยเสี่ยงส่งเสริมหลายอย่าง คือ มีไขมันในโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความอ้วน กรรมพันธุ์ อายุ เพศ บุคลิกภาพที่มีความเครียดทางอารมณ์สูง

และขาดการออกกำลังกาย โดยรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2549 ถึงวันที่ 13 กรกฎาคม 2549 HN 1167/43 AN 1807/49 ผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหนื่อย หายใจไม่สะดวก

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ให้การพยาบาลโดย ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาโรคหัวใจขาดเลือดตามแผนการรักษา และประเมินอาการหัวใจขาดเลือด เช่น อาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น หรือมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ติดตามการทำงานของหัวใจโดยติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น ผลจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้ และแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้

#### ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ชายไทยอายุ 59 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพรับจ้าง มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกระดับ 6-7 (Pain scale) มีอาการหอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก มีอาการอ่อนเพลีย แขนขาทั้งสองเคลื่อนไหวได้ดี ปลายมือปลายเท้าเย็นและซีด รู้สึกตัวดี วัดอุณหภูมิร่างกายได้ 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/78 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ ได้ออกซิเจนทางจมูกในอัตราการไหล 3 ลิตร ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า ST ยกสูงขึ้น ในลีด V2 – V3 และผลการส่งตรวจระดับค่าเอนไซม์กล้ามเนื้อหัวใจพบว่าระดับ Troponin - T มีค่าปกติคือ มีค่าเป็นผลลบ (negative) ระดับค่า CPK เท่ากับ 215 u/l ซึ่งมากกว่าค่าปกติ 24-195 u/l และระดับค่า CK - MB มีค่าเท่ากับ 94 u/l ซึ่งมากกว่าค่าปกติอยู่ระหว่าง 0-25 u/l แพทย์ให้การวินิจฉัยว่า โรคหัวใจขาดเลือดของผนังด้านหน้า โดยให้การรักษาทันทีด้วยยาไอซอร์-ดิล ขนาด 5 มิลลิกรัม รมใต้ลิ้น และแอสไพริน ขนาด 325 มิลลิกรัม เคี้ยวกลืนทันที และให้ยาลาซิกซ์ ขนาด 40 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ยาลาซิกซ์ ขนาด 40 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 1 วัน ยาอีนิอกซาพาริน ขนาด 0.6 มิลลิลิตร ฉีดใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 5 วัน ยาซิมวาสเต-ดิน รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร ยาไอซอร์ดิล รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร 30 นาที ยาอินาริต รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ยาเอทิวาน รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ยาแอสไพริน รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ยามิกซ์ทาร์ด 70/30 ขนาด 20 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ชั้นผิวหนังเข้า ขนาด 12 ยูนิต เย็น ยาไฮโดร-คลอโรไทอาไซด์ รับประทานครั้งละ 1/2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ให้ออกซิเจนทางจมูกในอัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที เปิดหลอดเลือดดำคาไว้ฉีดยาด้วย Heparin Lock และย้ายผู้ป่วยเข้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อรักษาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งเฝ้าติดตามการทำงานของหัวใจ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2549 วันที่รับไว้ในความดูแลเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2549 เวลา 13.00 น. ปัญหาทางการพยาบาลคือผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากปริมาณโลหิตออกจากหัวใจลดลง

ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น แขนขาทั้งสองข้างไม่ค่อยมีแรง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้คือ ดูแลให้ผู้ป่วย Absolute bed rest โดยให้ทำกิจกรรมประจำวันบนเตียง ให้ออกซิเจนโดยให้ชนิด Canula 3 ลิตรต่อนาที ประเมินการหายใจ และการขาดออกซิเจน โดยสังเกตลักษณะอัตราการหายใจ ความลึกของการหายใจ และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ บันทึกสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนผลผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย ปลายมือปลายเท้าเย็น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดร้อยละ 100 ปัญหาผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากแรงบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ และมีภาวะน้ำคั่งในปอด ผู้ป่วยหายใจลำบาก มีอาการหอบเหนื่อยสภาพร่างกายรังสีทรวงอกพบเงาของสารเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด การพยาบาลที่ให้คือ สังเกตอาการอ่อนเพลีย หอบเหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เพื่อประเมินภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินและติดตามระดับการรู้สึกตัวของผู้ป่วย ดูแลให้ยาลาซิกซ์ ซึ่งเป็นยาขับปัสสาวะ ขนาด 40 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ควบคุมและจำกัดการให้สารน้ำแก่ผู้ป่วย บันทึกจำนวนสารน้ำที่รับร่างกายได้รับและจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ผลผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย ยังพบเงาของสารเหลวอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอดเพียงเล็กน้อย จำนวนสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ 150 มิลลิลิตร และจำนวนปัสสาวะ 800 มิลลิลิตร ปัญหาเสี่ยงต่อภาวะโลหิตออก เนื่องจากได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของโลหิต ผู้ป่วยได้รับยาอิน็อกซาพาริน ขนาด 0.6 มิลลิลิตร ฉีดใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง ได้รับยาแอสไพรีน ขนาด 325 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง มีจ้ำเลือดสีม่วงบริเวณรอยแทงเข็มข้อพับแขนข้างขวา การพยาบาลที่ให้คือ ตรวจดูจ้ำเลือดและก้อนเลือดบริเวณผิวหนัง ตามตัว เชื่อบุต่าง ๆ ทำกิจกรรมประจำวันด้วยความระมัดระวัง สังเกตอาการอ่อนเพลีย อาเจียนมีเลือดปน หรือถ่ายอุจจาระมีเลือดปน ผลผู้ป่วยมีจ้ำเลือดบริเวณรอยแทงเข็มข้อพับแขนข้างขวามีสีม่วงจางลง ไม่มีถ่ายอุจจาระปนเลือด ไม่มีอาเจียนปนเลือด ปัญหาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากอาการหายใจไม่สะดวก เจ็บแน่นหน้าอก และต้องนอนพักรักษาตัวในหออภิบาล ผู้ป่วยหนัก การพยาบาลที่ให้คือ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการดูแลรักษา เปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อสงสัย พร้อมแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเพื่อลดวิตกกังวล ผลผู้ป่วยและญาติบอกสบายใจขึ้นให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ปัญหาผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากได้รับยาลาซิกซ์ ซึ่งเป็นยาขับปัสสาวะ ขนาด 40 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 1 วัน ใน 8 ชั่วโมงบันทึกจำนวนปัสสาวะได้ 800 มิลลิลิตร การพยาบาลที่ให้คือ ประเมินภาวะขาดน้ำ โดยการซักถามอาการกระหายน้ำริมฝีปากแห้ง ประเมินภาวะน้ำเกิน อาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บันทึกจำนวนสารน้ำที่ร่างกายได้รับและจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ปัญหาผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดไม่สมดุล เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรค เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด 333 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยได้รับยามิกซ์ทาร์ด 70/30 ขนาด 20 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ชั้นผิวหนังเช้า ขนาด 12 ยูนิต เย็น ผลผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหน้ามืด มึนงง เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 110-140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ปัญหาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลว่าชีวิตจะไม่ปลอดภัย ถ้าต้องย้ายออกจากหออภิบาล

ผู้ป่วยหนัก การพยาบาลที่ให้คือ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการดูแลรักษา เปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อสงสัย พร้อมแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเพื่อลดวิตกกังวล ผลผู้ป่วยและญาติบอกสบายใจขึ้นให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

### การประเมินแบบแผนสุขภาพ

การประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ตามกรอบแนวคิดการประเมินของกอร์คอน พบว่ามีแบบแผนที่ผิดปกติ 8 แบบแผนดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ : ก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้มีสุขภาพไม่แข็งแรง เนื่องจากมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา และปฏิเสธการแพ้สารเคมี อาหาร หรือยาใด ๆ

ประวัติการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บในอดีต : มีประวัติเป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว : บิดาเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง มารดายังมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 3 มีพี่น้อง 7 คน

การตรวจร่างกายพบว่า รู้สึกตัวดี หายใจหอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/78 มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ มีอาการอ่อนเพลีย แขนขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวได้ดี ปลายมือปลายเท้าเย็นและซีด ที่แขนข้างซ้ายเปิดหลอดเลือดดำคาเข็มไว้ جيد ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้เจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ไม่มั่นใจว่าจะรักษาหายหรือไม่ กลัวเสียชีวิต

2. โภชนาการและการเผาผลาญ : ในภาวะปกติรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารทุกชนิด งดเค็ม ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำวันละ 8 - 10 แก้ว ขณะนี้แพทย์ให้รับประทานอาหารรสชาติอ่อนจืด

3. การขับถ่าย : ก่อนเจ็บป่วยถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้งตอนเช้า ไม่มีอาการท้องผูก เคยรับประทานยาระบายเป็นบางครั้ง ปัสสาวะปกติ ไม่แสบขัด ขณะอยู่โรงพยาบาลวันที่ 7 กรกฎาคม 2549 ผู้ป่วยยังไม่ถ่ายอุจจาระ แต่ไม่มีอาการอึดอัดแน่นท้อง หรืออาการปวดเบ่งอุจจาระ ปัสสาวะสีเหลืองใส มีจำนวนปัสสาวะ 800 มิลลิลิตร

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย : ก่อนเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ หลังเข้ารับการรักษาสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้คนเดียว เคลื่อนไหวได้ดี อ่อนเพลีย เจ็บแน่นหน้าอก และมีอาการหอบเหนื่อย



5. การพักผ่อนนอนหลับ : ปกตินอนวันละ 7 ชั่วโมง ตั้งแต่ 22.00 น. - 05.00 น. หลังเข้ารับการรักษาอนไม่ค้อยหลับเพราะไม่สุขสบาย เจ็บหน้าอก กลางคืนนอนหลับได้ประมาณ 3-4 ชั่วโมง กลางวันหลับ ๆ ตื่น ๆ

6. ความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ : รู้สึกตัวดี ตอบโต้ได้ตามปกติ รู้สึกเจ็บบริเวณหน้าอกในระดับ 6-7 (scale 0-10) อ่อนเพลีย แขนและขาไม่ค่อยมีแรงเวลาเจ็บหน้าอก ผิวหนังขึ้น ปลายมือปลายเท้าเย็นและซีด

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ : รู้สึกว่าตนเองสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้บนเตียง กลัวว่าจะเกิดอันตราย หัวใจหยุดเต้นจนเสียชีวิต

8. บทบาทและสัมพันธภาพ : ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 3 มีพี่น้อง 7 คน แต่งงานเมื่ออายุ 22 ปี มีบุตรชายจำนวน 1 คน และบุตรสาวจำนวน 1 คน ภรรยาอายุ 52 ปี ยังมีชีวิตอยู่ สุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ภรรยาไม่ได้ทำงาน บุตรสาวและบุตรชายทำงานรับจ้างในโรงงาน บุตรชายกำลังเรียนอยู่ในระดับประกาศนียบัตรชั้นสูงชั้นปีที่ 2 ผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้าง ทำงานเป็นลูกจ้างร้านขายของชำ มีรายได้เป็นของตนเองเดือนละประมาณ 8,000 บาท ภรรยามีอาชีพทำงานรับจ้างในร้านขายของชำ รายได้เดือนละ 8,000 บาท รายได้ทั้งครอบครัวพอเพียง แต่มีบางครั้งที่ไม่พอเพียงเช่น ค่าเทอมของบุตรชาย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเจ็บป่วยในครั้งนี้นำผู้ป่วยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาตนเอง

9. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ : อวัยวะเพศปกติ ไม่มีบวมแดง

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด : เป็นคนที่เคารพรักของบุคคลรอบตัว เวลามีปัญหาจะนั่งสมาธิทำจิตใจให้สงบ หลังจากเจ็บป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล สับสน และท้อแท้ ไม่มั่นใจว่าจะรักษาหายหรือไม่ กลัวเสียชีวิต

11. ค่านิยมและความเชื่อ : นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเกี่ยวกับผลของการทำความดีและความชั่ว

## 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

## 6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100

## 7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตาม และประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน และได้เยี่ยมติดตามอาการหลังย้ายหอจำนวน 1 ครั้ง พบว่ามีปัญหาทั้งหมด 7 ข้อ ได้รับการแก้ไขทั้งหมด โดยผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

ตามลำดับ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จนไม่มีอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่มีอยู่เดิม สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ พยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวทั้งในขณะที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล การปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยก็สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ตอบข้อซักถาม และมีความตระหนักในการดูแลตนเอง และพยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การขอรับบริการจากแหล่งประโยชน์อื่นที่อยู่ใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยประสานงานกับกลุ่มงานอนามัยชุมชนเพื่อทำการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

#### 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ทราบถึงปัญหาและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
2. เพิ่มคุณภาพให้บริการทางการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
3. ลดระยะเวลาในการรักษาพยาบาลขณะอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลาดกระบัง-กรุงเทพมหานคร
4. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดีขึ้นในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
5. เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
6. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจและประทับใจในการได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ

#### 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ความยุ่งยากของการให้การพยาบาล คือ จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเนื่องมาจากผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในโรคหัวใจขาดเลือดไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ความรู้และศึกษาในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การลดอาหารไขมัน การนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น และควรมีการส่งเสริมให้ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและหัวใจอย่างต่อเนื่องภายหลังเกิดหัวใจขาดเลือด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อจำกัดบริเวณหัวใจขาดเลือดไม่ให้ขยายกว้างออก โดยให้โลหิตมาไหลเวียนในหลอดเลือดที่อุดตันได้ใหม่ หรือมีโลหิตกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วที่สุด ปัญหาสำคัญรองลงมาคือผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อโรคหัวใจขาดเลือดให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น โดยต้องอาศัยความร่วมมือ การควบคุมและ

การ

ปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ ควรมีการประสานงานด้านการให้ความรู้ แก่ญาติบุคคลในครอบครัว ส่งต่อผู้ป่วยให้กลุ่มงานอนามัยชุมชนเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะความรู้ และแนวคิดใหม่ ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดอยู่เสมอเพื่อพัฒนาให้การพยาบาลป้องกัน ดูแล รักษา และลดภาวะแทรกซ้อน จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือที่เร่งด่วน

#### 10. ข้อเสนอแนะ

1. เมื่อผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง จะเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดและมีอาการสำคัญว่าเจ็บแน่นหน้าอก มาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วยและการจัดการผู้ป่วย ควรเริ่มอย่างรวดเร็ว ภายใน 10 นาที และไม่ควรเกิน 20 นาที เพื่อให้โลหิตไหลเวียนผ่านตำแหน่งที่อุดตันในหลอดเลือดอย่างรวดเร็วที่สุด ซึ่งจะทำให้ลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้

2. ควรมีการเตรียมความพร้อมของ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในทุกหน่วยงานที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ โดยเฉพาะห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

3. กระตุ้นให้บุคลากรที่มีสุขภาพในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทบทวนกิจกรรมที่ 1 การดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด โดยใช้ C3THER ของการทบทวน 12 กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

4. ควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก (clinical nursing practice guideline : CNPG) เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

5. มีการประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมให้ประชาชนในเขตลาดกระบัง ได้ตระหนักและมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ ของตนเองเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... 

(นางสาวรัชนิกร ท่อนแก้ว)

ผู้ขอรับการประเมิน

[- 2 ก.ค. 2551

ลงชื่อ..... 

(นางนงนุช ศรีสมุทร)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

[- 2 ก.ค. 2551

ลงชื่อ..... 

(นายสมชาย จิงมีโชค)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร  
ตำแหน่ง.....

[- 2 ก.ค. 2551

### เอกสารอ้างอิง

- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2541). คู่มือการใช้ยาฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สยามสปอร์ต ซินดิเคต.
- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ดีพวิ้ง.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. (2537). คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ EKG เบื้องต้น. กรุงเทพฯ: บพิชการพิมพ์.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. (2543). คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บพิชการพิมพ์.
- นิธิ มหานนท์ และสรณ บุญไชยพยุกษ์. (2543). Medical management in acute coronary syndrome. ใน สุนิรัตน์ คงเสรีพงศ์ และสุชัย เจริญรัตนกุล. (บรรณาธิการ), เวชบำบัดวิกฤต 2000. กรุงเทพฯ: ฮั่วน้ำพรีนติ้ง.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2548). คู่มือยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: L.T.Press.
- ปิยะมิตร ศรีธรา. (2549). โรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดโลหิต. ใน การประชุมวิชาการเภสัชศาสตร์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: นิเวไทยมิตรการพิมพ์ (1996).
- พิกุล ตันดิธรรม. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภากการพิมพ์.
- พจนา ปิยะปกรณ์ชัย. (2538). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สามเจริญ.
- เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมไนยพงศ์. (2539). การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วิ เจ พรีนติ้ง.
- เพ็ญศิริ สันตโยภาส และ พวงผกา กรีทอง. (2544). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด. ใน วิจิตรา กุสุมภ์. (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- วารุณี มีเจริญ. (2550). แนวทางการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทางอายุรกรรม เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. สระบุรี: โรงพิมพ์ปากเพรียวการช่าง 2.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2546). การรับรู้ประโยชน์ ข้อจำกัด และแรงจูงใจของพยาบาลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2541). ใน สันต์ ใจยอดศิลป์ (บรรณาธิการ), หนังสือ คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูง. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: พิมพ์สวย.
- สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2545). ใน จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. Current Management In Critical Care. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอไพรซ์.

- สรณ บุญใบชัยพฤกษ์. (2542). คลื่นไฟฟ้าหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. ใน สันต์ ใจยอดศิลป์ และ ดำรัส ศรีสุโกศล (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พิมพ์สวย.
- อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สิววิงทรานส์มีเดีย.
- Anderson, H.V. & Willerson, J.T. (1993). Throbolysis in acute myocardial infarction. The NewEngland Journal of Medicine, 329(10), pp. 703-709.
- Martinez, L.Q. and House-Fancher, M.A. (2000). Nursing management : coronary artery disease. In Lewis, S.M., Heitkemper, M.M. and Birksen, S.R. (Ed.) Medical surgical nursing : Assessment and management of clinical problems. 5th ed. St.Louis : Mosby.
- Porth, C.M. (1998). Pathophysiology : Concept of altered health states. 5th ed. Philadelphia: lippincott.
- Ryan, T.J. and et al. (1996). ACC / AHA guildlines for the management of patients with acute myocardial infarction : A report of the American College of Cardiology / American Heart Association task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial infarction). Journal of American College of Cardiology, 28 (5), 1328.Sabatine, M.S., Ogara. P.T. and Lilly. L.s. (1998). Pathophysiology of heart disease. 2nd ed. Philadelphia: Baltimore.
- Sabatine, M.S., Ogara. P.T. and Lilly. L.s. (1998). Pathophysiology of heart disease. 2nd ed. Philadelphia: Baltimore.
- Wood, S.L. & et at. (1995). Cardiac nursing. 3rd ed. Philadelphia: lippincott.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางสาวรัชนิกร ท่อนแก้ว**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 26) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักงานแพทย์  
เรื่อง การป้องกันและดูแลแผลกดทับระดับ 1-4

**หลักการและเหตุผล**

แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญที่คุกคามทั้งชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง เมื่อเกิดแผลกดทับจะเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความพึงพอใจในบริการรักษาพยาบาล (ปองหทัย พุ่มระย้า, 2546:1) ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการเกิดแผลซึ่งจะทำให้เจ็บปวดและไม่สุขสบาย (Culley, 1998: 879; Kemp, et al. 1993: 89; Vap & Dunaye, 2000: 43) ความเจ็บป่วยยาวนานออกไปส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้ (ชญาณิช ลือวานิช, 2542: 20) และถ้าระดับแผลกดทับที่รุนแรง เช่น แผลระดับที่ 2 ถึง 4 ผู้ป่วยอาจมีภาวะติดเชื้อในกระดูกและกล้ามเนื้อหรือติดเชื้อในกระแสเลือดจนอาจทำให้ผู้ป่วยช็อก และเสียชีวิตได้ (Allman, et al., 1999; Russell, 2002: S33) โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าปกติ การมีแผลกดทับจะทำให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น (Thomas, et al., 1996: 1439) ด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติจะมีความเครียด และวิตกกังวลเนื่องจากต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นกว่าเดิม (Watt, et al., 1998: 84) และการสูญเสียภาพลักษณ์ส่งผลให้ความรู้สึกลดลง (วิจิตรา กุสุมภ์, 2541: 48; Culley, 1998: 879) ด้านเศรษฐกิจผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก และจากรายงานการวิจัย "ค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับ" ของนลินทิพย์ ตำนานทอง และวีระชัย ไควสุวรรณ (2538) พบว่าผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 47,764.70 ถึง 282,000 บาทต่อราย อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล และประเทศชาติเนื่องจากต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่าของค่าใช้จ่ายในการรักษาปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ 3-5 เท่า (ชญาณิช ลือวานิช และคณะ, 2542: 19) และในด้านวิชาชีพการพยาบาล การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน (Patterson & Bennet, 1995: 919) เนื่องจากแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันการเกิดและการลุกลามได้หากยังไม่มีการทำลายผิวหนัง (Fox, 2002: 53) แต่หากเกิดรอยถลอกของผิวหนัง การป้องกันจะทำได้ลำบากขึ้น และพบว่ามักเกิดการลุกลามทำลายเนื้อเยื่อเยื่อลึกลงไปกว่าเดิมได้ภายในเวลา 1-6 วัน (Khawanmuang, M. 2001: 48) ฉะนั้นการพัฒนาการป้องกันการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 1 จึงมีความสำคัญมากที่สุด เพื่อป้องกันการลุกลามสู่ระดับ 2-4

## วัตถุประสงค์ และหรือเป้าหมาย

### วัตถุประสงค์

1. อัตราการเกิดแผลกดทับใหม่และแผลกดทับเก่าที่ลุกลาม ตั้งแต่ระดับ 1-4 ไม่เกิน 10 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอน
2. เพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยได้ถูกต้อง
3. เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกัน และดูแลแผลกดทับของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง
4. เพื่อให้สามารถลงบันทึกในแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับและบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's Note) ได้ถูกต้อง

### เป้าหมาย

อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 1-4 น้อยกว่า 10 ครั้งต่อ 1000 วันนอนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง  
 กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

กิจกรรมการป้องกันและดูแลแผลกดทับระดับ 1-4 ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

1. ได้มีการประชุมชี้แจงทบทวนความรู้ในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับให้แก่บุคลากรในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ซึ่งให้เห็นความสำคัญของการป้องกันและดูแลแผลกดทับ มอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนรับผิดชอบ ทำหน้าที่ในการประสานงาน นิเทศ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในแต่ละเดือน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข ปรับปรุงการปฏิบัติงาน ตลอดจนรวบรวมปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อวางแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันและการดูแลแผลกดทับ และคำนวณอัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 1-4 ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักแต่ละเดือน เพื่อแจ้งในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน

2. กำหนดแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันและดูแลแผลกดทับระดับ 1-4 ร่วมกันในหน่วยงานผู้ป่วยในทั้งหมดของโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ให้เป็นไปในทางเดียวกันและใช้มาตรฐานเดียวกัน โดยจัดทำวิธีปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและดูแลแผลกดทับระดับ 1-4 (NUR 004)

### 3. การปฏิบัติกรพยาบาล

#### 3.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

3.1.1 พยาบาลวิชาชีพประเมินผู้ป่วยรับใหม่หรือรับย้ายทุกรายหรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden Scale) (Defloor & Grypdonck, 2005; Pancorbo-Hidalgo, et al., 2006; Wang & Wong, 1998) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วย (Gunningberg, et al., 2000)



3.1.2 ในรายที่คะแนน Braden score มากกว่า 16 คะแนน (หรือ 18 คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ให้ปฏิบัติตามหลักการดูแลผิวหนังผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล (Universal Skin Care) ประเมินซ้ำเมื่อการรับรู้ความสามารถในการเคลื่อนไหว และการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง หรือประเมินซ้ำทุก 1 สัปดาห์ และบันทึกผลการประเมิน

3.1.3 ผู้ป่วยที่ค่าคะแนน Braden score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 (หรือ 18 คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง) ให้แนบแบบเฝ้าระวังและบันทึกข้อมูลการเกิดแผลกดทับ และประเมินซ้ำทุก 3 วัน จนผู้ป่วยกลับบ้าน ย้ายหอ หรือพ้นจากภาวะเสี่ยง (Gunningberg, et al., 2000; Halfens, et al., 2001, Raksanun Khawanmuang,2001)

### 3.2 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

#### 3.2.1 การพยาบาลเพื่อลดแรงกดและระยะเวลาการกดทับ ดังนี้

- จัดท่านอนและท่านั่งผู้ป่วยที่ถูกต้อง โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายศีรษะสูง 30 องศา (หนุนหมอน 1 ใบ สูงประมาณ 3 นิ้ว) สลับกับนอนตะแคงลำตัวเอียงท่ามุม 30 องศา และนอนคว่ำถ้าไม่มีข้อห้าม (Defloor, 2000) และจัดท่านั่งให้ลำตัวตรงหลังพิงพนัก ป้องกันไม่ให้ตัวไหลลง มีที่รองขา (Defloor & Grypdonck, 1999) และไขหัดเตียงนึ่งศีรษะสูงเพียง 60 องศาขณะให้อาหารนาน 1 ชั่วโมง (Defloor, 2000)

- ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้เอง กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว หรือ โยนตัวยกกันบ่อย ๆ

- ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายเองไม่ได้ หรือได้น้อย พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง (หรือตามสภาพผิวหนัง) อย่างถูกวิธี โดยใช้เทคนิค " ยก จัด ดึง ดูก "

- ใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยเช่น ใช้ที่นอนฟองน้ำ หรือที่นอนลมในผู้ป่วยสูงอายุ หมอนหรือเจลรองบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ

3.2.2 การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดทาน และแรงเฉือน โดยเคลื่อนย้ายหรือเลื่อนผู้ป่วยด้วยการยกตัว ไม่ดึงลากผู้ป่วยและใช้ Pat-slide ช่วยในการเคลื่อนย้าย (Gunningberg, et al., 2000)

#### 3.2.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันความเปื่อยชื้นของผิวหนัง (Thompson,et al.,2005)

- หลีกเลี่ยงการถูผิวหนังด้วยความรุนแรง

- ทาโลชั่น หรือน้ำมันมะกอกหลังอาบน้ำเพื่อป้องกันผิวแห้ง โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ

- รักษาความสะอาดของผิวหนังไม่ให้เปื่อยชื้น จากอุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อ

- ทำความสะอาดบริเวณฝีเย็บและซับให้แห้งหลังการขับถ่ายทุกครั้ง

- เลือกใช้ผ้าปูที่นอน เสื้อผ้าที่เนื้อละเอียด อ่อนนุ่ม

- ผ้าปูที่นอนและผ้ารองตัวผู้ป่วยต้องเรียบตึง และแห้งสะอาด

3.2.4 ประเมินสภาพผิวหนัง ปุ่มกระดูกบริเวณกดทับทุกครั้งขณะเช็ดตัวหรือพลิกตะแคงตัว และลงบันทึกในแบบประเมิน

3.2.5 เมื่อมีการรับ- ส่งเวร หรือย้ายหอผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผิวหนัง และหรือระดับของแผลกดทับ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงสุด และวิธีป้องกันหรือแก้ไขแผลกดทับ (Gunningberg, et al., 2000)

3.2.6 ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล

3.3 การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 1 ขึ้นไป ปฏิบัติดังนี้

3.3.1 บันทึกการเกิดแผลกดทับทุกครั้งที่พบแผลใหม่ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เริ่มเกิดรอยแดง/แผลใหญ่ขึ้น/แผลลึกขึ้น/แผลหาย) โดยบันทึกวันเดือนปี บริเวณที่เกิดแผล ระดับของแผล และขนาดของแผลกดทับ ลงในแบบบันทึกการเฝ้าระวังและข้อมูลการเกิดแผลกดทับ ( แผลระดับ 1 ทุกวัน แผลระดับ 2 ทุก 3 วัน และแผลระดับ 3-4 ทุกสัปดาห์)

3.3.2 ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแผลกดทับ ดังนี้

แผลระดับที่ 1 ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับรองบริเวณที่พบ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่าที่ถูกต้อง ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด

แผลระดับที่ 2 ทำความสะอาดแผลด้วยNSS (Bergstrom, et al., 2005) ปิดแผลด้วยgauzeหรือ transparent dressing เช่น Tegaderm , Hydrocolloid dressing เช่น Cutinova

แผลระดับที่ 3, 4 ทำความสะอาดแผล pack ด้วย NSS (Bergstrom, et al., 2005) และปิดแผลด้วย gauze วันละ 1-2 ครั้ง หรือปิดแผลด้วยวัสดุที่เหมาะสม เช่น Hydrocolloid dressing, Acticoat (เปิดทำแผลทุก 3-5 วัน) เฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อ ถ้าแผลมีเนื้อตาย ประเมินแพทย์เพื่อตัดเนื้อตาย

3.3.3 การดูแลด้านอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการได้รับสารอาหารหรือพลังงาน ควรดูแลให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน และมีแคลอรีเพียงพอ (2500-2800 กิโลแคลอรีต่อวัน) (Bergstrom et al., 2005; BENATI et al., 2001; Desvenes, et al., 2005 ) ประกอบด้วย

-โปรตีนได้แก่อาหารประเภท เนื้อ ไข่ ปลา

-วิตามินเอ ได้แก่อาหารประเภท นมไข่ ผักคะน้า มะละกอ

-วิตามินซี ได้แก่อาหารประเภท ส้ม ผักผลไม้สด ดับ ไข่ ปลา

3.3.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ อย่างน้อย 2000 -3000 ซีซี. / วัน

3.3.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้น้อย หรือไม่ได้อาจต้องพิจารณาให้อาหารทางสายยาง อาหารเสริม หรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน (Boude- Marchasson , et al., 2000; Stratton , et al., 2005)

3.3.6 ส่งต่อผู้ป่วยการเกิดแผลกดทับในการส่งเวรแต่ละครั้ง

3.3.7 เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายและยังคงมีแผลกดทับ ให้สรุปการเกิดแผลกดทับและบันทึกในแบบประเมิน พร้อมทั้งปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ได้แก่ ประเมินความพร้อมของญาติ ให้คำแนะนำ สอน สาธิตวิธีการดูแลแผลกดทับ เขียนใบส่งต่อการดูแลและส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้บ้าน ผู้ป่วยเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินผู้ป่วยรับใหม่หรือรับย้ายทุกรายหรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden Scale) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วย
2. พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง
3. พยาบาลวิชาชีพสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป
4. ฝึกรอบรมการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนในหอผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ มีการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ
5. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักมีอัตราการเกิดแผลกดทับน้อยลงกว่าเกณฑ์

#### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 1-4 มีอัตราน้อยกว่า 10 ครั้ง ต่อ 1000 วันนอนของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในแต่ละเดือน

ลงชื่อ.....

(นางสาวรัชนิกร ท่อนแก้ว)

ผู้ขอรับการประเมิน  
- 2 ก.ค. 2551

