

ฉบับปรับปรุงตามมติ ครั้งที่ 2/63 เมื่อวันที่ 8 พค. 63  
เจ้าหน้าที่ 1/๗๘๖๓๖๓

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

กรรมการตรวจแล้ว

ผ่าน

แก้ไขเพิ่มเติม

กรรมการ

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง คู่มือการดูแลผู้เลิกบุหรี่

Carol มณฑก (มีชื่อจริงแล้ว)

เสนอโดย

นางสาวปณยวีร์ ลีสุวรรณ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 187)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร สำนักงานแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2560)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ดำเนินการ

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นความผิดปกติของการทำงานของหัวใจอาจเกิดจากมีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

### สาเหตุ

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดจาก 2 สาเหตุใหญ่ ๆ ดังนี้ (พัสมณฑ์ คุ่มทวีพรและคณะ, 2558)

1. ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจ (Abnormal cardiac muscle function)
  - 1.1 โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบตัว ซึ่งนำไปสู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)
  - 1.2 พยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy)
2. กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากเกินไป (Excess myocardial workload)
  - 2.1 แรงต้านทานของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (Increased afterload) เป็นภาวะที่แรงต้านทานภายในหลอดเลือดสูงขึ้น เช่น เอออร์ตาตีบแข็ง
  - 2.2 การเพิ่มปริมาตรของเลือดในหัวใจก่อนการบีบตัว (Increased preload) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจยืดขยายออกมากเกินไป สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ โรคลิ้นหัวใจรั่ว และหัวใจเต้นผิดจังหวะ
  - 2.3 ภาวะที่ร่างกายมีความต้องการใช้พลังงานมากขึ้น (Increased body demands) มีผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเป็นระยะเวลานาน ๆ เช่น ไข้รุนแรง ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ
  - 2.4 มีการเพิ่มปริมาตรของของเหลวในระบบไหลเวียน (Volume overload) เช่น การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดมากเกินไปและไตวาย

### พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว ขึ้นกับพยาธิสภาพของหัวใจว่าเป็นชนิดใด สามารถอธิบายได้เป็น 2 ปรัชการณณ์คือ (พัสมณฑ์ คุ่มทวีพรและคณะ, 2558)

1. ผลกระทบที่เกิดไปข้างหน้า (Forward effect) จากการที่หัวใจบีบเลือดออกมามากลดลง ถ้าเป็นหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวจะพบว่าเมื่อเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอเพียงโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ไต ทำให้เพิ่มการทำหน้าที่ของ Renin angiotensin aldosterone system ซึ่งกลไกนี้ทำให้มีการดูดกลับของโซเดียมและน้ำที่ไตเพิ่มขึ้น และปัสสาวะจะออก

น้อยลง ส่วนหัวใจซีกขวาล้มเหลวจะพบว่าหัวใจห้องล่างขวามีบีบตัวได้น้อยลง เลือดจะไหลไปยังปอดเพื่อฟอกเลือดเช่นกัน ฉะนั้นเลือดจากปอดก็จะไปยังหัวใจซีกซ้ายได้ลดลง ทำให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจจะบีบออกไปเลี้ยงร่างกายได้ลดลงเช่นกัน

2. ผลกระทบที่เกิดขึ้นไปข้างหลัง (Backward effect) ถ้าเป็นหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวจะพบว่าเมื่อความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเป็นผลให้ปริมาตรเลือดที่เหลือค้างในหัวใจห้องล่างซ้ายมากขึ้น และความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายสูงขึ้นตามมา และถ้าหัวใจซีกขวาล้มเหลวจะพบว่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างขวาลดลงจะทำให้มีเลือดเหลือค้างในหัวใจห้องล่างขวามากขึ้น เป็นผลให้ความดันในหัวใจห้องล่างขวาสูงขึ้นตามมา ซึ่งระยะต่อ ๆ มาจะทำให้ปริมาตรและความดันในหัวใจห้องบนขวาสูงขึ้น เป็นเหตุให้มีการคั่งในหลอดเลือดดำทั่วร่างกาย

อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ดังนี้ (จันทร์จิรา เจริญชัย, 2560; พัสนนท์ คุ่มทวีพรและคณะ, 2558)

1. อาการเหนื่อยง่ายเมื่อมีกิจกรรม (Dyspnea on exertion) เป็นความดันของหลอดเลือดในปอดสูงมากกว่าปกติ ทำให้ปอดขยายตัวลำบาก
2. อาการเหนื่อยหอบในท่านอนราบ (Orthopnea) เป็นอาการแสดงที่รุนแรงขึ้น เพราะในขณะที่นอนราบ เลือดคั่งจะไหลกลับเข้าหัวใจมากขึ้นทำให้แรงดันในปอดสูงมากขึ้น
3. อาการเหนื่อยหอบในช่วงกลางคืน (Paroxysmal Nocturnal dyspnea, PND) หลังจากนอนหลับไปแล้วหลายชั่วโมง ผู้ป่วยจะต้องลุกขึ้นมานั่ง กลไกการเกิดเหมือนกับ orthopnea
4. ไอ (Cough) เมื่อแรงดันของหลอดเลือดฝอยในปอดเพิ่มขึ้น จะมีของเหลวเคลื่อนที่ออกมาล้อมรอบถุงลมและบริเวณหลอดลมฝอย ทำให้เกิดการระคายเคือง ผู้ป่วยจึงมีอาการไอ
5. อาการเขียว (Cyanosis) เป็นอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนที่ถุงลม (alveoli) กับหลอดเลือดฝอยลดลง ทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia)
6. หายใจมีเสียงดัง (Respiratory crackles, Rales) เป็นเสียงดังของการหายใจที่เกิดขึ้นได้จากการที่อากาศผ่านเข้าไปในถุงลมที่มีของเหลวค้างอยู่ ซึ่งจะเกิดได้ตามส่วนต่าง ๆ ของปอด
7. ตับม้ามโต (Hepatosplenomegaly) มีน้ำหนักและขนาดเพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อบางส่วนจะฝ่อลีบและมีลักษณะเป็นเนื้อตายเนื่องจากการคั่งของของเหลวเป็นเวลานาน
8. มีการคั่งของน้ำในช่องท้อง (Ascites) เนื่องจากมีการคั่งของเลือดในหลอดเลือดดำทั่วร่างกาย จึงทำให้แรงดันของระบบหลอดเลือดดำพอร์ทัลสูงขึ้น ทำให้แรงดันของของเหลวในหลอดเลือดสูงขึ้น ของเหลว ในหลอดเลือดจึงถูกกรองออกมาในช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดท้องและเบื่ออาหาร

9. มีการโป่งพองของหลอดเลือดดำที่คอ (Jugular vein engorged) เมื่อแรงดันในหัวใจซีกขวาสูงขึ้น การไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะและคอมายังหลอดเลือดดำใหญ่ (Superior venacava) ลดลง ทำให้เกิดการโป่งพองของหลอดเลือดดำ (Neck vein engorged)

10. มีการบวมของเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous edema) แรงดันของหลอดเลือดดำทั่วร่างกายสูงขึ้น ทำให้มีการบวมคั่งที่ไตด้วย มีผลให้อัตราการกรองของไตลดลง เกิดการคั่งของของเหลวตามเนื้อเยื่อของร่างกาย นอกจากนี้จากผลของตัวโตทำให้ไม่สามารถกระตุ้นการสร้างฮอร์โมน Aldosterone ได้ตามปกติ การดูดกลับของโซเดียมที่ไตจึงลดลง จึงเป็นเหตุส่งเสริมให้มีการบวมของเนื้อเยื่อต่าง ๆ มากขึ้น

#### การรักษา

การรักษามีหลายวิธี (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ดังนี้

1. การรักษาทางยา เช่น ยาขับปัสสาวะ ยากลุ่ม Renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) blockers ยากลุ่ม Beta-blocker ยากลุ่ม Angiotensin receptor neprilysin inhibitor (ARNI) ยา Ivabradine ยาขยายหลอดเลือด ยากลุ่ม Cardiac glycoside หรือ Positive inotropic agents
2. การร่วมรักษาโดยการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (Implantable cardioverter/Defibrillator หรือ ICD) Cardiac resynchronization therapy (CRT) หรือ Cardiac resynchronization therapy and defibrillator (CRT-D)
3. การผ่าตัดใส่เครื่องช่วยการสูบน้ำเลือดของหัวใจ (Mechanical circulatory support device หรือ MCS) เครื่องช่วยการสูบน้ำเลือดของหัวใจ (MCS) มีหลายชนิด คือ Extracorporeal membrane oxygenator (ECMO) Extracorporeal ventricular assist device (VAD) Intracorporeal ventricular assist device
4. การผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ (Heart transplantation) เป็นการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (Advanced heart failure)

#### การพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (ชมพูนุท ศรีรัตน์, 2560) ดังนี้

การพยาบาลในระยะอาการรุนแรง

1. จัดท่านอนศีรษะสูงประมาณ 45 องศา เพื่อช่วยลดปริมาตรเลือดกลับเข้าสู่ Right atrium และช่วยให้มีการระบายอากาศเข้าปอดได้สะดวกยิ่งขึ้น
2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะให้ผู้ป่วยในผู้ป่วยที่มีเสมหะมากและไม่สามารถเอาออกได้เอง อาจต้องเตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจไว้ให้พร้อม
3. ประเมินภาวะระดับออกซิเจนในเลือดดำ (Hypoxia) โดยดูจากลักษณะการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก ระดับความรู้สึกตัว พร้อมกับตรวจวัดสัญญาณชีพและ O<sub>2</sub> saturation

4. ดูแลการได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ
5. ฟังเสียงปอดอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อเปรียบเทียบและประเมินความผิดปกติของการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซและลักษณะเสียงเสมหะ
6. สังเกตและประเมินภาวะน้ำเกิน ได้แก่ อาการบวม หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง น้ำหนักตัวไม่ลด เป็นต้น
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มต่าง ๆ เพื่อรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวและเพื่อระงับภาวะข้างเคียงจากการใช้ยา โดยยาที่สำคัญคือยาขับปัสสาวะกลุ่ม Diuretic ใช้ในการรักษาภาวะปอดบวมน้ำ ได้อย่างรวดเร็ว ช่วยขับปริมาณน้ำและโซเดียมที่เกินออกจากร่างกาย ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ร่างกายขาดน้ำอย่างรวดเร็ว และความดันโลหิตต่ำ
8. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ แพทย์จะพิจารณาใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้การดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา
9. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย มีรสจืด และจำกัดเกลือในอาหารไม่ให้เกิน 2 กรัมต่อวัน (เกลือ 1 ช้อนชา) เพื่อลดการคั่งน้ำกลับเข้าสู่ร่างกาย ลดอาการบวม
10. ดูแลให้ผู้ป่วยจำกัดน้ำตามแผนการรักษาในรายที่น้ำเกินหรือน้ำท่วมปอด
11. บันทึกปริมาณของสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย ซึ่งปัสสาวะควรจะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ทำให้ทราบว่าหัวใจบีบเลือดมาเลี้ยงไตเพียงพอหรือไม่
12. บันทึกน้ำหนักตัวผู้ป่วยทุกวันในเวลาเดิม เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน
13. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เกลือแร่ในร่างกาย การทำงานของไต และการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง
14. ส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป เพื่อลดการทำงานของหัวใจ

#### การพยาบาลเน้นการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

1. การให้ความรู้ที่จำเป็นและสำคัญในการไปใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความรู้เรื่อง โรคที่เป็นสาเหตุเบื้องต้น การดำเนินโรค อาการและอาการแสดง แนะนำการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความรุนแรงขึ้น เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่
2. การควบคุมภาวะโภชนาการ แนะนำให้ผู้ป่วยลดน้ำหนัก หากมีน้ำหนักเกินแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร อาเจียน อึดอัดแน่นท้อง และอาหารไม่ย่อย จะมีน้ำหนักลด แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อย และอาหารควรเป็นอาหารที่ย่อยง่าย รสไม่จัด ลดเค็ม และมีไขมันต่ำ
3. การจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียม สามารถบริโภคเกลือโซเดียมได้ไม่เกิน 4 กรัมต่อวัน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม อาหารแช่แข็ง อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง กะทิ เป็นต้น

4. การดื่มน้ำอย่างเหมาะสม ในรายที่มีอาการเหนื่อยหอบมาก แนะนำให้ดื่มน้ำไม่เกิน 1.5 ลิตรต่อวัน และสังเกตอาการบวมของตนเอง หากมีอาการมากขึ้น หรือมีน้ำหนักเพิ่มหรือลดมากกว่า 2 กิโลกรัมใน 48 ชั่วโมง ให้รีบมาโรงพยาบาล

5. การออกกำลังกายช่วยให้หัวใจบีบตัวดีขึ้น ในระบบหัวใจจะมีการแลกเปลี่ยนออกซิเจน และมีความทนทานมากขึ้น ทำให้อาการเหนื่อยง่ายจากการมีกิจกรรมของผู้ป่วยดี

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับต้นๆของประเทศไทย ในปัจจุบัน ความก้าวหน้าในการตรวจรักษาโรคหัวใจพัฒนาไปมาก ได้แก่ การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ เทคนิคและเครื่องมือในการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทำให้อัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง ผู้ป่วยที่รอดชีวิต เหล่านี้ส่วนหนึ่งมีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังร่วมด้วยมีจำนวนที่มากขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดเนื่องจากอัตราตายสูงและมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยทำให้มีค่าใช้จ่ายมากขึ้น พบจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ปี 2559 จำนวน 35 ราย ปี 2560 จำนวน 30 ราย และปี 2561 จำนวน 31 ราย (หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร, 2559-2561) และผู้ป่วยบางรายมีการกลับมาอน โรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิม อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคและโรคร่วมอื่น ๆ นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง พยาบาลจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ และนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดการกลับมาอน โรงพยาบาลซ้ำ และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

##### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากตำรา เอกสารทางวิชาการ และปรึกษาแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้เป็นแนวทางกรณีศึกษาเฉพาะราย

4.2.2 เลือกรกรณีศึกษา เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี HN 21444/59 AN 2387/60 มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อย 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2560 รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นเวลา 7 วัน

4.2.3 ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว

4.2.4 วิจัยนัยการพยาบาลเพื่อวางแผนการพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้ความช่วยเหลือได้ทันที

4.2.5 ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล วางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด จนกระทั่งจำหน่าย

4.2.6 บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและผลการรักษาในเวชระเบียน

4.2.7 สรุปผลกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ นำเสนอผลงานตามลำดับ

## 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

## 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการ ดังนี้

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี น้ำหนัก 77.8 กิโลกรัม เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ รับไว้ในความดูแลวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล โดย 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ มีตัวบวมและมีหน้าบวม แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว

เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2560 เวลา 10.40 น. ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง เหนื่อย นอนราบไม่ได้ รู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย มีหน้าบวม ท้องโต และมีขาทั้ง 2 ข้างบวม Pitting edema 2+ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/76 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วได้ 97 % แพทย์ให้ออกซิเจน canular 3 LPM ให้ยา Lasix 40 mg. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เวลา 12.02 น. และจำกัดน้ำให้รับประทานน้อยกว่า 800 ml. ต่อวัน หลังฉีดยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะ 300 ml. แพทย์จึงให้ยา Lasix 80 mg. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เวลา 14.30 น. และเวลา 20.00 น. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหลังจากเดินไปเข้าห้องน้ำ ฟังเสียงปอดพบมีเสียง fine crepitation ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ตรวจเอกซเรย์ทรวงอกพบมี cephalization ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง แพทย์จึงให้ยา Lasix 40 mg. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เวลา 20.00 น. หลังฉีดยา Lasix ผู้ป่วยปัสสาวะ 400 ml. แพทย์จึงให้ยา Lasix 80 mg. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำเพิ่มอีกครั้ง เวลา 22.30 น. DTX 91-121 mg% CBC พบ Hb 9.1 g/dl Hct 30 %, Electrolyte พบ K 2.7 mmol/l, BUN 23 mg/dl, Cr 1.4 mg/dl ซึ่งมี K ต่ำ แพทย์จึงให้กิน E.KCl 30 ml. ทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 3 dose และให้ตรวจ Electrolyte ซ้ำอีกวันรุ่งขึ้น

การเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2560 เวลา 9.00 น. ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง รู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย เปลือกตาล่างซีดเล็กน้อย มีหน้าบวม ท้องโต และมีขาทั้ง 2 ข้างบวม Pitting edema 2+ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/66 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วได้ 98 % แพทย์ให้ออกซิเจน

canular 3 LPM ฟังเสียงปอดมีเสียง fine crepitation ที่ปอดข้างขวา ตรวจเอกซเรย์ทรวงอกพบมี cephalization ที่ปอดทั้ง 2 ข้างเล็กน้อย แพทย์จึงให้ยา Lasix 160 mg. นิดเช้าหลดเลือดดำ เวลา 9.00 น. และจำกัดน้ำให้รับประทานน้อยกว่า 800 ml. ต่อวัน หลังฉีดยา Lasix ผู้ป่วยปัสสาวะ 600 ml. แพทย์จึงให้ยาขับ Lasix อีก 160 mg. นิดเช้าหลดเลือดดำ เวลา 14.40 น. หลังจากนั้นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจ ตรวจ Echocardiogram พบมีการบีบตัวของหัวใจ (Ejection fraction) ได้ร้อยละ 30 และพบลักษณะ anterior wall hypokinesia DTX 109-200 mg% Electrolyte พบ K 2.9 mmol/l ซึ่งมี K ต่ำ แพทย์จึงให้ E.KCl 30 ml. ทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 3 dose และให้ตรวจ Troponin T, Electrolyte, BUN, Cr, CXR ซ้ำอีกวันรุ่งขึ้น

**การเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2560 เวลา 8.00 น.** ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการอ่อนเพลีย มีหน้าบวม ท้องโตเล็กน้อย และมีขาทั้ง 2 ข้างบวม Pitting edema 1+ อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 145/88 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วได้ 96 % แพทย์ให้ออกซิเจน canular 3 LPM ฟังเสียงปอดมีเสียง fine crepitation ที่ปอดข้างขวาเล็กน้อย ตรวจเอกซเรย์ทรวงอกพบมี cephalization ที่ปอดทั้ง 2 ข้างเล็กน้อย แพทย์จึงให้ยา Lasix 160 mg. นิดเช้าหลดเลือดดำ เวลา 10.30 น. หลังฉีดยา Lasix ผู้ป่วยปัสสาวะ 300 ml. แพทย์จึงให้ยาขับ Lasix อีก 160 mg. นิดเช้าหลดเลือดดำ เวลา 14.35 น. DTX 130-193 mg% Troponin T 50-100 ng/L เท่ากันทั้ง 2 ครั้ง เมื่อเจาะห่างกัน 3 ชั่วโมง

**การเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2560 เวลา 11.00 น.** ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการอ่อนเพลีย มีหน้าบวมเล็กน้อย ไม่มีท้องโตและขาทั้ง 2 ข้างไม่มีบวม อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/76 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วได้ 93 % แพทย์ให้ออกซิเจน canular 3 LPM ฟังเสียงปอดมีเสียง fine crepitation ที่ปอดข้างขวาเล็กน้อย ตรวจเอกซเรย์ทรวงอกมี cephalization ที่ปอดข้างขวาเล็กน้อย แพทย์จึงให้ยา Lasix 80 mg. นิดเช้าหลดเลือดดำ เวลา 12.30 น. และเพิ่มยากิน Lasix 40 mg. 2 tab ๑ เช้า, 1 tab ๑ เทียง DTX 101-172 mg% Electrolyte พบ K 3.3 mmol/l

**การเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2560 เวลา 13.40 น.** ผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียง รู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม พูดคุยกับผู้ให้การพยาบาลด้วยความเป็นมิตร ฟังเสียงปอดมีเสียง fine crepitation ที่ปอดข้างขวาเล็กน้อย แพทย์จึงให้ยา Lasix 80 mg. นิดเช้าหลดเลือดดำ เวลา 10.00 น. และให้ลอง off ออกซิเจน canular DTX 90-112 mg% Electrolyte เวลา 6.25 น. พบ K 3.3 mmol/l แพทย์จึงให้ E.KCl 30 ml. ๑ stat 1 dose และติดตามผล Electrolyte เวลา 12.00 น. พบ K 4.0 mmol/l อุณหภูมิร่างกาย 36.0-36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-90 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 143/84-144/88 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 94-97 % ในขณะที่ไม่ได้ใส่ออกซิเจน แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการและอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการและผลเอกซเรย์ทรวงอกอีก 1 สัปดาห์



จากการดูแลพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 :** เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจลดลง

**เป้าหมายการพยาบาล :** ไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

**กิจกรรมการพยาบาล :** ประเมินลักษณะการหายใจ และการใช้กล้ามเนื้อในการหายใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดท่านอนศีรษะสูง ให้ได้รับออกซิเจน canular 3 ลิตร/นาที พร้อมกับตรวจวัดสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ฟังเสียงปอดทุก 2 ชั่วโมง และดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะ Lasix ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามปริมาณน้ำที่เข้าสู่ร่างกายและปริมาณปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง และดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพื่อลดภาระการทำงานของหัวใจ

**การประเมินผล :** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 (วันที่ 9 ตุลาคม 2560)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :** ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากความบกพร่องในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจจากภาวะหัวใจล้มเหลว

**เป้าหมายการพยาบาล :** ไม่มีภาวะน้ำเกิน

**กิจกรรมการพยาบาล :** ให้การพยาบาลโดยประเมินภาวะน้ำเกิน เช่น อาการบวม หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง และประเมินสัญญาณชีพ รวมทั้งฟังเสียงปอดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะน้ำในถุงลม และดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะ Lasix ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามปริมาณน้ำที่เข้าสู่ร่างกายและปริมาณปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง

**การประเมินผล :** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 (วันที่ 9 ตุลาคม 2560)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :** ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและ Electrolyte เนื่องจากได้รับยาในกลุ่ม Diuretics

**เป้าหมายการพยาบาล :** ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำและ Electrolyte

**กิจกรรมการพยาบาล :** ดูแลให้ได้รับ E.KCl 30 ml. ๑ ตามแผนการรักษา บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งบันทึกจำนวนสารน้ำเข้าและออกของร่างกาย เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นค่า Electrolyte

**การประเมินผล :** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 (วันที่ 9 ตุลาคม 2560)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :** เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือน้ำตาลในเลือดสูง

**เป้าหมายการพยาบาล :** ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือน้ำตาลในเลือดสูง

**กิจกรรมการพยาบาล :** ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนเบาหวาน และดูแลให้ได้รับยา Pioglitazone (15 mg.) 1x1 ๑ pc. ตามแผนการรักษา บันทึกประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และติดตามผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ก่อนอาหาร เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน

**การประเมินผล :** ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 (วันที่ 9 ตุลาคม 2560)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

**เป้าหมายการพยาบาล :** ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

**กิจกรรมการพยาบาล :** แนะนำญาติผู้ป่วยให้นายที่ผู้ป่วยใช้ประจำมาโรงพยาบาล ให้ตรวจสอบ และดูแลให้ได้รับยาเพื่อรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ตามแผนการรักษา บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นค่า Electrolyte

**การประเมินผล :** ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 (วันที่ 9 ตุลาคม 2560)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 :** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย

**เป้าหมายการพยาบาล :** ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

**กิจกรรมการพยาบาล :** อธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุผลที่ต้องทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง การจำกัดการรับประทานน้ำ และอธิบายสาเหตุ อาการ การรักษา เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่พอสังเขป และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง และแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค เช่น หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น เช่น การดื่มสุราและสูบบุหรี่

**การประเมินผล :** ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 5 ตุลาคม 2560)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 :** พร่องความรู้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากไม่ทราบกระบวนการของโรค

**เป้าหมายการพยาบาล :** มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม

**กิจกรรมการพยาบาล :** อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องการรับประทาน อาหาร และการดื่มน้ำอย่างเหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ การสูบบุหรี่ ชี้แจงให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการมาตรวจตามแพทย์นัด แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น อาการเหนื่อย อาการบวม

**การประเมินผล :** ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้นในการเยี่ยมครั้งที่ 5 (วันที่ 9 ตุลาคม 2560)

## 7. ผลสำเร็จของงาน

ผลการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ใช้เวลารักษาเป็นเวลา 7 วัน ตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2560 พบปัญหาทางการพยาบาล 7 ข้อ ปัญหาทั้งหมด ได้รับการรักษาพยาบาลและการแก้ไขทั้งหมด พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และนัดติดตามอาการต่ออีก 1 สัปดาห์

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ใช้เป็นเครื่องมือนิเทศให้กับนักศึกษาพยาบาล

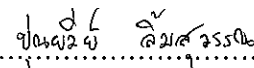
### 9. ความยุ่งยาก ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย เนื่องจากกลับเข้ามาอนรักษานใน โรงพยาบาลซ้ำ เพราะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาที่จังหวัดปราจีนบุรี แต่ผู้ป่วยมาอยู่กับบุตรชายที่กรุงเทพมหานคร ทำให้มีปัญหาเรื่องการรักษาต่อเนื่อง

### 10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยให้ทีมสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน
2. ประสานงานกับศูนย์ประกันสุขภาพ ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติย้ายสิทธิการรักษาอยู่ใน กรุงเทพมหานครเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้มีดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

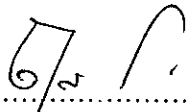
ลงชื่อ.....

(นางสาวปวงยวีร์ ลิ้มสุวรรณ)

ผู้ขอรับการประเมิน

๒๑ พ.ค. ๒๕๖๓

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....


(นางฤดีวรรณ รัตนานูวัตติ)

หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

๒๑ พ.ค. ๒๕๖๓

ลงชื่อ.....

(นางอัมพร เกียรติปานอกกุล)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

๒๑ พ.ค. ๒๕๖๓

หมายเหตุ: ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ระหว่างวันที่ 29 ส.ค. 2559 – 1 มี.ค. 2563

คือ นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมณีศักดิ์ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

### เอกสารอ้างอิง

- จันทร์จิรา เจียรณย์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการผันแปรของออกซิเจนและการระบายอากาศ.  
นครราชสีมา: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเลิศศิลป์ สาส์ณ โฮลดี้ง.
- ชมพูนุท ศรีรัตน์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. ใน ประทุม สร้อยวงศ์,  
การพยาบาลอายุรศาสตร์. เชียงใหม่: บริษัท สิ่งพิมพ์และบรรจุกัณฑ์ สมาร์ท โค้ทดี้ง แอนด์ เซอร์วิส  
จำกัด.
- พัสมณฑิ์ คุ่มทวีพร และคณะ. (2558). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (*Pathophysiology in Nursing*).  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ทีเอสบี โปรดักส์.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัย  
และการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พรีเมียม.
- หอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร. (2559-2561). สถิติข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่  
เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชาย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางสาวปณียวีร์ ลิ้มสุวรรณ

เพื่อประกอบการประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล (ตำแหน่งเลขที่ รพล. 187)

สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

สำนักการแพทย์

เรื่อง คู่มือการดูแลผู้เลิกบุหรี่

หลักการและเหตุผล

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลกและเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคเรื้อรัง รวมทั้ง โรคมะเร็ง โรคปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด (World Health Organization, 2019) บุหรี่มีสารพิษมากกว่า 7,000 ชนิด (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2556) สารพิษที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอยากบุหรี่และไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้คือ นิโคติน ซึ่งนิโคตินเมื่อสูบเข้าไปในปอดจะดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตอย่างรวดเร็ว (เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2556) และไปสู่สมอง กระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีน บริเวณระบบประสาทส่วนกลางที่มีส่วนรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นสุข ซึ่งนอกจากนิโคตินจะมีผลเพิ่มการหลั่งสารโดปามีนแล้ว นิโคตินยังเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทชนิดอื่น เช่น Acetylcholine, Norepinephrine, Serotonin,  $\beta$ -endophin และ GABA เป็นต้น (Benowitz, 2008) ทำให้เกิดความรู้สึกในเชิงบวกต่ออารมณ์และความรู้สึก เกิดการตื่นตัว ลดความรู้สึกซึมเศร้า ความคิดความจำดีขึ้น มีสมาธิมากขึ้น มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และลดความอยากอาหาร แต่เมื่อหมดฤทธิ์ของสารนิโคตินจะทำให้เกิดความรู้สึกในเชิงลบ เช่น มีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย ซึมเศร้า สมาธิลดลง มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้ผู้สูบบุหรี่พยายามที่จะหาบุหรี่มาสูบ (ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์, 2552) ซึ่งในแต่ละปีมีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 70 ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 44 ลองพยายามเลิกบุหรี่ แต่น้อยกว่าร้อยละ 7 ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Jones-Assini, Hughes, Riley, Sokol, & Stewart, 2011) มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่สูบบุหรี่จะเคยมีประสบการณ์ของอาการถอนนิโคตินหลังจากหยุดสูบบุหรี่ และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ (Hesami, Alvanpour, Kashani, Tafti, & Heydari, 2010)

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครเป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ มีคลินิกช่วยเลิกบุหรี่ ที่ให้บริการผู้ที่สนใจเลิกสูบบุหรี่ โดยมีพยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ อีกทั้งยังมีแผ่นพับเรื่องโทษและพิษภัยของการสูบบุหรี่ให้ผู้ที่สนใจเลิกสูบบุหรี่ได้ศึกษาด้วย แต่ยังคงมีคู่มือการดูแลผู้เลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นการจัดการกับอาการสำคัญ คืออาการถอนนิโคตินที่ทำให้ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่อาจกลับไป

สูบบุหรี่ซ้ำได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการแก้ไขอาการถอนนิโคตินมีความสำคัญในการช่วยเลิกบุหรี่ สามารถช่วยให้ผู้ใช้บริการสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ใช้บริการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการและได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจากผู้ใช้บริการ จากหลักการและเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นแนวคิดในการจัดทำคู่มือการดูแลผู้เลิกบุหรี่ เพื่อช่วยให้ผู้ที่สนใจในการเลิกบุหรี่ มีแนวทางในการเลิกบุหรือนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีแนวทางในการช่วยลดอาการถอนนิโคติน นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ใช้บริการมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการถอนนิโคติน

#### เป้าหมาย

1. หน่วยงานมีคู่มือการดูแลผู้เลิกบุหรี่

2. ผู้ใช้บริการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ในบุหรี่ 1 มวน ประกอบด้วย ไบยาสูบ กระดาษที่ไหม้จน และสารเคมีหลายร้อยชนิด ที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นและรส เพื่อลดการระคายเคืองและเพื่อให้บุหรี่น่าสูบ เมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด ซึ่งอย่างน้อย 250 ชนิด เป็นที่รู้จักว่ามีสารที่อันตราย และมากกว่า 70 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง ซึ่งสารประกอบที่สำคัญเหล่านี้ ได้แก่ นิโคติน (Nicotine) ทาร์หรือน้ำมันดิน (Tar) คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) (World Health Organization, 2019; มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2556)

การสูบบุหรี่ร่างกายจะได้รับนิโคตินประมาณ 1-2 มิลลิกรัมต่อมวน เมื่อสูดควันเข้าไป นิโคตินจะเข้าสู่กระแสโลหิตอย่างรวดเร็วและเข้าสู่สมอง โดยทั่วไปคนสูบบุหรี่จะสูด 10 ครั้ง ภายในเวลา 5 นาที (ประภิต วาธิสารกกิจ, 2552) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงกว่า 25 ชนิด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหืด โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคมะเร็งปอด (รักษา สานติยานนท์ และคณะ, 2550)

อาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal symptoms) คือ อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น กระวนกระวาย หงุดหงิด ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ เหนื่อยล้า ซึมเศร้า ง่วง มีน้้ำขี้ตา เหม่อลอย บางคนนอนไม่หลับและบางคนมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ครั่นเนื้อครั่นตัว ซึ่งเกิดจากการที่ระดับของสารนิโคตินลดลงจากที่เคยมีอยู่ในร่างกายเนื่องมาจากการหยุดสูบบุหรี่ หรือการลดจำนวนการสูบบุหรี่ลง (ประภิต วาธิสารกกิจ, 2552)

แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติด พ.ศ.2555 สำหรับพยาบาล (อรสา พันธุ์ภักดี, 2555) เป็นแนวปฏิบัติที่ให้แนวทางในการดูแลผู้สูบบุหรี่ที่มารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาล และผู้ใช้บริการที่อยู่ในชุมชน เป็นแนวปฏิบัติในการบำบัดผู้สูบบุหรี่สำหรับพยาบาล ซึ่งให้การบำบัดผู้สูบบุหรี่โดยใช้หลัก 5A และ 3P คือ สอบถามประวัติการสูบบุหรี่ (Ask) แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ (Advise) ประเมินความรุนแรงในการสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ (Assess) ช่วยเลิกบุหรี่ (Assist) ติดตามผลการช่วยเลิกบุหรี่ทุกราย (Arrange) ป้องกันผู้สูบบุหรี่ใหม่ (Prevent new users) ป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ (Prevent relapse) และสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ (Promote motivation) ซึ่งการให้คำปรึกษาในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ แบ่งเป็น

1. การให้คำปรึกษาแบบสั้น (1-3 นาที) ต้องกระชับ ได้ใจความ โดยใช้เทคนิค 4 ล ประกอบด้วย เลือกว่าจะเลิกสูบบุหรี่ไม่เกิน 2 สัปดาห์ ล้นวาจา บอกคนในครอบครัวถึงความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมลงมือวางแผนรับมือกับปัญหาหลังการเลิกสูบบุหรี่และรับมือกับอาการถอนนิโคติน ละอุปสรรค กำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

2. การให้คำปรึกษาแบบเข้ม ซึ่งมีการเน้น 2 ประเด็น คือการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ ค้นหาแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน วางแผนรับมือกับอาการถอนนิโคติน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การฝึกฝนพัฒนาตนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจทำให้เสี่ยงต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำอีก

จากแนวคิดดังกล่าว ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานพยาบาล โดยนำมาคิดค้นคู่มือการดูแลผู้เลิกบุหรี่ เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการมีแนวทางในการเลิกบุหรี่ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่องและพัฒนางานพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เสนอผู้บังคับบัญชาทราบเพื่อขออนุมัติจัดทำคู่มือการดูแลผู้เลิกบุหรี่
2. ค้นหาและรวบรวมข้อมูลจากตำราวิชาการ และอินเทอร์เน็ต
3. ประชุมปรึกษาในหน่วยงานและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย เพื่อร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และระดมความคิดเพื่อคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อแก้ไขปัญหา
4. จัดซื้ออุปกรณ์ในการทำคู่มือการดูแลผู้เลิกบุหรี่ ได้แก่ กระดาษ สติกเกอร์ใส
5. จัดทำคู่มือการดูแลผู้เลิกบุหรี่ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ต่อร่างกาย การแก้ไขอาการถอนนิโคตินซึ่งมีคำบรรยายและรูปภาพประกอบ

6. นำคู่มือวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคตินให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้มีความชำนาญในการดูแลผู้ที่สูบบุหรี่ ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

7. แก้ไขเนื้อหาในคู่มือการดูแลผู้เลิกบุหรี่ตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ

8. นำคู่มือการดูแลผู้เลิกบุหรี่มาใช้กับผู้ที่สนใจเลิกสูบบุหรี่

9. ประเมินผลการดำเนินการทุก 1 เดือน โดยมีการติดตามทางโทรศัพท์

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดอาการกำเริบของอาการถอนนิโคติน
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
3. บุคลากรเกิดความภาคภูมิใจ เกิดแรงบันดาลใจในการทำงาน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

ค้อยอดผลงานอย่างต่อเนื่อง

#### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีคู่มือการดูแลผู้เลิกบุหรี่ในปี พ.ศ. 2564
2. ผู้ใช้บริการสามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 90

(ลงชื่อ) .....  
 ปุณณวิทย์ ลิ้มสุวรรณ

(นางสาวปุณณวิทย์ ลิ้มสุวรรณ)

ผู้ขอรับการประเมิน

๒๑ พ.ค. ๒๕๖๓



## เอกสารอ้างอิง

- Benowitz, N. L. (2008). Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. *Am J Med*, 121(4 Suppl 1), S3-10. doi: 10.1016/j.amjmed.2008.01.015
- Hesami, Z., Alvanpour, A., Kashani, B. S., Tafti, S. F., & Heydari, G. R. (2010). Severity of Nicotine Withdrawal Symptoms after Smoking Cessation. *Tanaffos*, 9(1), 42-47
- Jones-Assini, C., Hughes, R., Riley, K., Sokol, H., & Stewart, S. (2011). Evidence-Based Strategies For Treating Tobacco Dependence *Assessment of Tobacco Use*. New York: Medical Society of the State of New York.
- World Health Organization. (2019). Tobacco. Retrieved 11 November, 2019, from <http://www.who.int/topics/tobacco/en/>
- เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2556). *คู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับประชาชน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครปฐม: หจก. สันทวีกิจ พรินติ้ง.
- ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. (2552). การเสพติดบุหรี่และการประเมินผู้สูบบุหรี่. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประภิต วาทีสาธกกิจ. (2552). สถานการณ์การสูบบุหรี่และพิษภัยของบุหรี่. ใน กรองจิต วาทีสาธกกิจ, ถนนปชต การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2556). *เอกสารบุหรี่ = ยาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- รัชนา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกูล, และกาญจนา สุริยพรหม. (2550). พิษภัยของบุหรี่. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- อรสา พันธุ์กักดี. (2555). แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพติดยาสูบ พ.ศ. 2555 สำหรับพยาบาล. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และสุรจิต สุนทรธรรม, *แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน การบำบัดโรคเสพติดยาสูบในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555*. กรุงเทพมหานคร.