



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วม ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก

กัญยรัตน์ บุญเรือง พย.บ

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลคลองใหญ่

E- mail : koonkanyarat@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 69 ปีแพทย์วินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะซีด(Congestive Heart Failure with Anemia) มีโรคประจำตัว คือ โรคไตเรื้อรัง ซึ่งยังคงเป็นปัญหาของผู้ป่วยในครั้งนี้ ส่วนโรคประจำตัวอื่น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซีด และเข้าเสื่อมนั้นสามารถควบคุมโรคได้ดีพอควร โดยในครั้งแรกนั้นผู้ป่วยมาตามนัดติดตามอาการหลังจากนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยเรื่องเหนื่อยมากจากภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะซีด ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยดื่มน้ำมาก บริโภคอาหารเค็ม และรับประทานอาหารได้น้อย วันที่พบผู้ป่วยยังมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย หายใจเร็ว 24 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) 95-96 % ยังนอนราบไม่ได้ บวมกดบวมระดับ2+ จากปลายเท้าถึงใต้เข่า มีภาวะซีดความเข้มข้นเลือด (Hematocrit) 28.% ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) 8.7 g/dl ไตวายเรื้อรังระดับ3b อัตราการกรองของไต (eGFR) 30.1 ml/min/1.73 m² ดังนั้นจึงให้การพยาบาลตามปัญหาต่าง ๆ โดย เก็บรวบรวมข้อมูล ค้นหาปัญหา เพื่อให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหาโดยเริ่มจากการป้องกันภาวะช็อคและภาวะหัวใจล้มเหลว ลดภาวะซีด จำกัดน้ำไม่เกินวันละ 1,500 มิลลิลิตร จำกัดเกลือโซเดียมไม่เกินวันละ 2,000 มิลลิกรัม การสังเกตอาการบวม การบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกร่างกาย แนะนำการและประเมินการใช้ยา แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค การจัดบันทึกอาหารรายวัน เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วย ป้องกันการเกิดความไม่สมดุลของระดับเกลือแร่และภาวะน้ำตาลต่ำ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตลอดจนดูแลภาวะจิตใจของผู้ป่วย และญาติโดยการประเมินคำถาม 2Q plus และ 9Q ให้การเสริมสร้างพลังใจให้อำนาจในการตัดสินใจ (empowerment) ให้ความรู้การปฏิบัติตัวและการแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมทั้งให้ช่องทางการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน จนกระทั่งปัญหาด้านร่างกาย คือ อาการเหนื่อย ขาบวมกดบวม นอนราบไม่ได้ยุติลง น้ำหนักตัวลดลง จาก 72 กิโลกรัม เหลือ 70 กิโลกรัม ระดับออกซิเจนในเลือดเป็นปกติ 98% ความเข้มข้นเลือดสูงขึ้นเป็น 30.7% ฮีโมโกลบินเพิ่มเป็น 9.5 g/dl โรคไตเรื้อรังได้รับการฟื้นฟูให้ดีขึ้น เป็นระดับ3a (eGFR 51.9 ml/min/1.73m²) ด้านจิตใจได้รับการติดตามอาการซึมเศร้าและเสริมสร้างกำลังใจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติ ประสานความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพและชุมชนจนได้รับการปรับปรุงบ้านและได้รับอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ รวมระยะเวลาที่ดูแลทั้งสิ้น 5 ครั้ง เป็นเวลา 35 วัน

บทนำ

จากการปฏิบัติงานในหน่วยงานผู้ป่วยนอกพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยมักต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดและมักต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำๆ ในผู้ป่วยรายเดิม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ญาติมีความทุกข์ใจจากสูญเสียรายได้ และสูญเสียทรัพยากรในการรักษาเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังดังกล่าวเป็นภาวะที่พบบ่อยในโรงพยาบาลชุมชน (ความชุกเฉลี่ย 1% ของประชากร) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ปัจจุบันประมาณว่ามีผู้ป่วยมากถึง 170 ล้านคนทั่วโลกและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 200 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยปี พ.ศ. 2564 – 2566 โรงพยาบาลคลองใหญ่มีผู้ป่วยจำนวน 14 19 และ 18 รายโดยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ มีอัตราเสียชีวิต ปีละ 2 - 3 ราย พบอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ปีละ 3-4 ราย (สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลคลองใหญ่ ปี 2564-2566) ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหรือมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำทำให้ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดติดตามอาการ นอกจากนี้ภาวะหัวใจล้มเหลวยังเป็นภาวะที่มีอัตราการตายสูง (เฉลี่ยราว 10% ต่อปี) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงและใช้ทรัพยากรของชาติในการดูแลรักษาสูงมาก (รังสฤษดิ์ กาญจนระวีชัย และอรินทยา พรหมนิธิกุล, 2556) มักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและนอกจากจะส่งผลต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลอีกด้วย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2562) ดังนั้น พยาบาลผู้ป่วยนอกจึงมีความสำคัญในการให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบในขณะผู้ป่วยมารับบริการตลอดจนการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการประสานความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติควรได้รับจึงจะสามารถช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำก่อนวันนัด อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำและอัตราการเสียชีวิตลงได้

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยอาการและอาการแสดงที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ

คำนิยามและพยาธิสรีรวิทยา (definition and pathophysiology)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเป็นที่ระดับโครงสร้างหรือการทำงานที่ผิดปกติของโครงสร้าง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ ระบบหลอดเลือดทั้งที่หล่อเลี้ยงร่างกายและปอดทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ เช่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย แขน ขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่งพอง และภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะหัวใจล้มเหลวมักค่อย ๆ สะสมอาการขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการน้อย ๆ ค่อนข้างคงที่เป็นระยะเวลานานในช่วงที่เป็นผู้ป่วยนอก (Chronic Heart failure) เมื่อติดตามอาการต่อไป ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเป็นระยะ เรียกว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Heart failure) ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องดูแลใกล้ชิด ความรุนแรงของอาการนั้นอาจไม่สัมพันธ์กับระดับความผิดปกติ ของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง แต่ขึ้นกับปัจจัยกระตุ้นในขณะนั้น ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่เพียงส่งผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ยังส่งผลถึงการการทำงานของระบบอื่น ๆ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีความผิดปกติที่เป็นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว จะส่งผลให้ความดันโลหิตในห้องหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น (elevated filling pressure) การไหลเวียนโลหิตโดยรวมไม่เพียงพอต่อการทำงานของอวัยวะ (decreased cardiac output) ทำให้ระบบต่าง ๆ ได้รับเลือดไม่เพียงพอต่อการใช้งาน (inadequate organ perfusion) การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบฮอร์โมนและ cytokine จะถูกกระตุ้น ซึ่งเป็นพยาธิสรีรวิทยาหลักที่เกิดขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลวมีผลต่อเนื่องให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) ซึ่งส่งผลเสียในระยะยาว (maladaptive remodeling) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นต่อหัวใจห้องล่างซ้ายนั้นมักถูกจำแนกออกเป็นความผิดปกติของระยะบีบตัว (systolic dysfunction) และความผิดปกติของระยะคลายตัว (diastolic dysfunction) ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นผลจากความผิดปกติใด ๆ ของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่สามารถเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตโดยรวม

(cardiac output) ได้เพียงพอเมื่อร่างกายถูกกระตุ้นและต้องการการไหลเวียนโลหิตโดยรวมมากขึ้น (ปิยภัทร ชุณหรัศมี, ธีรภัทร ยิ่งชนม์เจริญ และระพีพล ภูณัฐร ณ อยุธยา, 2562)

อาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว

อาการหรืออาการแสดงที่เกิดจากการที่เลือดออกจากหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรือเกิดจากการคั่งของเลือดในหัวใจห้องซ้ายและปอด เรียกว่า pulmonary venous congestion ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้หรือเกิดจากการคั่งของเลือดในหัวใจห้องขวาทำให้หลอดเลือดดำคอโป่ง ตับโต จุกแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ และบวมอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเหนื่อย (dyspnea) เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยอาการเหนื่อยจากภาวะหัวใจล้มเหลวอาจมีลักษณะดังนี้

1. อาการเหนื่อยขณะออกกำลังกาย (dyspnea on exertion)

2. อาการเหนื่อยหายใจไม่สะดวกขณะนอนราบ (orthopnea) เนื่องจากในท่านอนของเหลวจากบริเวณท้องและขาทั้ง 2 ข้างไหลกลับเข้าในทรวงอกเพิ่มขึ้นและกระบังลมยกสูงขึ้นทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น การแลกเปลี่ยนแก๊สในถุงลมผิดปกติทำให้รู้สึกเหนื่อยในขณะนอนราบบางครั้งผู้ป่วยจะไอขณะนอนราบด้วยอาการหายใจไม่สะดวกขณะนอนหลับและต้องตื่นขึ้นเนื่องจากอาการหายใจไม่สะดวก (paroxysmal nocturnal dyspnea, PND) ซึ่งเป็นอาการที่ค่อนข้างจำเพาะสำหรับภาวะหัวใจล้มเหลวและอาการบวมในบริเวณที่เป็นรยางค์ส่วนล่างของร่างกาย (dependent part) เช่น เท้า ขา เป็นลักษณะบวมกดปุ่มรวมทั้งอาการอ่อนเพลีย (fatigue) อาการแน่นท้อง ท้องอืด เนื่องจากตับโต มีน้ำในช่องท้อง (ascites) อาจพบอาการคลื่นไส้เบื่ออาหารร่วมด้วย

อาการแสดงที่ตรวจพบบ่อย ได้แก่

1. หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) หายใจเร็ว (tachypnea)

2. เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง (jugular vein distention)

3. หัวใจโตโดยตรวจพบว่า apex beat หรือ Point of Maximum Impulse (PMI) ในผู้ป่วยที่มีหัวใจโตขึ้นจะเลื่อนไปทางรักแร้และลงล่าง คลำพบหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular heaving) หรือหัวใจห้องล่างขวา (right ventricular heaving) ได้

4. เสียงหัวใจผิดปกติ โดยอาจตรวจพบเสียง S3 หรือ S4 gallop หรือ cardiac murmur บ่งชี้ถึงความผิดปกติของหัวใจ เช่น การตรวจพบ diastolic rumbling murmur ที่ยอดหัวใจ (apex) บ่งชี้ถึงภาวะลิ้นหัวใจไม่ตรัสลับ (mitral stenosis) ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุของหัวใจล้มเหลว

5. เสียงปอดผิดปกติ (lung crepitation) จากการที่มีเลือดคั่งในปอด (pulmonary congestion) ในผู้ป่วยบางรายอาจมีเสียงหายใจวี๊ด (wheezing) เนื่องจากมีการหดตัวของหลอดลม (bronchospasm) เมื่อมีเลือดคั่งในปอดที่เรียกว่า cardiac wheezing ในผู้ป่วยบางรายอาจตรวจพบเสียงหายใจลดลงจากการมีน้ำในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion)

6. ตับโต (hepatomegaly) หรือน้ำในช่องท้อง (ascites)

7. บวมกดปุ่ม (pitting edema)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย

1. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก เป็นการตรวจเพื่อยืนยันภาวะเลือดคั่งในปอด (pulmonary congestion) ภาวะที่มีความผิดปกติของหัวใจและตรวจหาความผิดปกติที่อาจบ่งชี้ถึงโรคปอดที่เป็นสาเหตุของอาการเหนื่อยโดยลักษณะที่ตรวจพบในภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ Cardiomegaly จะพบลักษณะ cephalization of pulmonary vasculature คือ หลอดเลือดในปอดจะมีการเพิ่มปริมาณหลอด เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณปอดด้านบน (upper lobe) มากกว่าปอดด้านล่าง (lower lobe)

2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography) สามารถบอกถึงความผิดปกติของหัวใจ เช่น หัวใจโต (chamber enlargement) การมีกล้ามเนื้อหัวใจตายจาก pathological Q wave หัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น atrial fibrillation ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของหัวใจล้มเหลว

3. การตรวจเลือด

- Complete blood count (CBC) เพื่อตรวจหาภาวะซีด ซึ่งอาจทำให้มีอาการเหนื่อยและอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง

- การทำงานของไต (Renal function) การตรวจ BUN , creatinine เพื่อประเมินการทำงานของไตซึ่งการทำงานของไตที่ลดลงอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเกินและมีอาการและอาการแสดงเหมือนภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง

- ระดับ natriuretic peptides ในกระแสเลือด (serum natriuretic peptides) สาร natriuretic peptides เป็นสารที่หลั่งออกจากหัวใจเมื่อเกิด wall stress

- การตรวจการทำงานของตับ (Liver function test) : ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อาจมีการทำงานของตับผิดปกติ เนื่องจากมีการคั่งของเลือดในตับ (hepatic congestion) และผู้ป่วยตับแข็ง (cirrhosis) อาจมีอาการบวมและเหนื่อยง่าย

- การทำงานของต่อมไทรอยด์ (Thyroid function test) ในกรณีที่มีอาการบ่งชี้ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ต่อมไทรอยด์โต มือสั่น น้ำหนักลดเนื่องจากภาวะการทำงานของต่อมไทรอยด์สูง (hyperthyroid) หรือการทำงานของต่อมไทรอยด์ต่ำ (hypothyroid) (รังสฤษฎ์ กาญจนระวีชัย และ อรินทยา พรหมนิจกุล, 2558)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก

พยาบาล โดยเฉพาะพยาบาล ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก เป็นผู้มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ จำเป็นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อเป้าหมายของการรักษาด้วยการใช้ยาควบคู่กับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งบทบาทดังกล่าว ได้แก่ การลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง การจัดการกับอาการ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (รพีพรรณ อภิรมรัตน์, 2560) โดยมีสิ่งที่จะต้องพิจารณาเป็นพิเศษ คือ การทำให้เกิดการรับรู้ศักยภาพตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักถึงความสามารถในการติดตามประเมินอาการที่ผิดปกติและความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง รวมทั้งการส่งเสริมความรู้เพื่อพัฒนาให้เป็นผู้ป่วยที่มีความรู้ สามารถเป็นผู้นำในการปฏิบัติดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง จนไปถึงการเป็นผู้ป่วยที่เชี่ยวชาญ (expert patient) ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองเพื่อคงสภาวะสุขภาพ (self care maintenance) การติดตามตนเอง (self care monitoring) และการจัดการดูแลตนเอง (self care management) โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพยาบาลประกอบด้วย การประเมินอุปสรรค การประเมินศักยภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้ การกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญ การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและการให้แรงเสริมทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง(อริกาญจน์ ชัยมงคล ศรีญญา ภูวนันท์ และ ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์, 2565)

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบผู้ป่วยนอก

1. ประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกับแพทย์โดยการซักประวัติสอบถามอาการของภาวะน้ำเกิน เช่น อาการเหนื่อยการนอนศีรษะสูงการนอนราบไม่ได้ ไอเสมหะสีชมพู สอบถามกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ที่บ้าน
2. ชั่งน้ำหนักประเมินภาวะบวมน้ำหนักเพิ่มของผู้ป่วย ติดตามปริมาณน้ำเข้าออก และดูแลจำกัดน้ำตามแผนการรักษา
3. การวัดความดันโลหิตโดยต้องวัดทั้ง 3 ท่า คือ ท่านอน ท่านั่ง ทำยืน เพื่อประเมินภาวะ orthostatic hypotension วัดชีพจร ความอึดตัวของออกซิเจน และประเมินการหายใจหอบเหนื่อย
4. ส่งตรวจติดตามผล Chest – Xray ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ
5. ประเมินความรู้ความสามารถและประเมินปัญหาการดูแลตัวเองผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ เช่น การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการแก้ไขเบื้องต้น การจัดการเมื่อมีอาการบวม เหนื่อย
6. ประเมินการร่วมมือ (compliance) เรื่องยาร่วมกับเภสัชกรโดยต้องแนะนำให้ผู้ป่วยนำยา มาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้งที่มาตรวจ
7. ประเมินเรื่องการปฏิบัติตัวการรับประทานอาหารและให้คำแนะนำผู้ป่วยในหัวข้อที่ผู้ป่วยยังไม่ได้ รับการสอนหรือหัวข้อที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจส่งเสริมให้กำลังใจสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือปฏิบัติตัวให้เหมาะสม
8. ประเมินความต้องการการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม คาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหา สุขภาพหรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นเมื่ออยู่ที่บ้าน
9. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ ทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็น ข้อมูลในการวางแผนกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสม
10. ประเมินผลลัพธ์การให้การดูแลตามตัวชี้วัดของปัญหาทางการพยาบาลที่กำหนด
11. ประสานความช่วยเหลือในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่ได้รับ
12. ให้ช่องทางการติดต่อหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้กรณีฉุกเฉินเช่น หมายเลขโทรศัพท์ ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและหน่วยงานส่วนท้องถิ่น

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia)

ภาวะขาดธาตุเหล็กเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในภาวะทุพโภชนาการ และมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย ภาวะโลหิตจางมีสาเหตุมาจากการขาดธาตุเหล็ก ธาตุเหล็กมีความสำคัญต่อการทำงานของเซลล์ โดยเป็น องค์ประกอบของฮีโมโกลบินที่ทำหน้าที่ในการขนส่งก๊าซออกซิเจนไปส่วนต่างๆ ของร่างกาย และเป็นส่วนประกอบ ช่วยการทำงานของเอนไซม์ในร่างกาย สาเหตุของการขาดธาตุเหล็กในร่างกายต้องการธาตุเหล็กมากขึ้น ได้แก่

1. ทารกและวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงวัยของการเจริญเติบโต ผู้หญิงตั้งครรภ์ให้นมบุตร และผู้ป่วยโรคไตที่ ได้รับการฉีดยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (erythropoietin stimulating agent therapy)
2. ร่างกายสูญเสียธาตุเหล็กมากกว่าปกติจากภาวะเลือดออกเฉียบพลันและเรื้อรัง พบบ่อย คือ ภาวะ ประจำเดือนมามาก (hyper menorrhea) แผลในกระเพาะอาหาร ริดสีดวงทวารหนัก หรือเป็นอาการเริ่มต้น ของมะเร็งลำไส้ใหญ่ ภาวะเสียเลือดหลังจากผ่าตัด
3. ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กได้ลดลงจากการผ่าตัดกระเพาะอาหารหรือลำไส้ส่วนต้น ได้แก่ gastrectomy duodenal bypass และ bariatric surgery และจากโรคในทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคลำไส้ อักเสบเรื้อรัง ไครห์น (Crohn's disease) รวมถึงภาวะที่ทำให้กระเพาะอาหารมีสภาวะเป็นกรดลดลงหรือค่า pH เพิ่มขึ้น ได้แก่ การติดเชื้อในกระเพาะอาหาร Helicobacter pylori การรับประทานยา Proton prompt inhibitor, H2-receptor blocker และ antacid เป็นต้น
4. รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอจากสาเหตุต่าง ๆ โดยเฉพาะการเกิดภาวะชืดในผู้สูงอายุ

ภาวะซีดในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กนั้นมักมีการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ เช่น ไม่ชอบรับประทานเนื้อสัตว์ จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ไม่มีฟันในการบดเคี้ยว มีความรู้สึกเบื่ออาหาร เบื่อเนื้อสัตว์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ยอมรับประทานหรือรับประทานอาหารเองไม่ได้ ปัญหาจากเศรษฐกิจ ไม่มีเงินซื้ออาหารที่มีธาตุเหล็กในการบริโภค

การป้องกันภาวะซีดในผู้สูงอายุ

ควรมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานที่ถูกต้อง โดยเน้นการรับประทานอาหารที่สามารถป้องกันภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กได้ และให้คำแนะนำการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น รายที่ไม่มีฟันบดเคี้ยวควรส่งพบทันตแพทย์ เพื่อทำฟันเทียม รายที่มีปัญหาเศรษฐกิจ ควรส่งเสริมอาหารที่มีธาตุเหล็กราคาถูก เช่น ไข่ ผักพื้นบ้าน ผักกูด ผักโขม ขมิ้นขาว ดอกโสน ยอดมะกอก กระถิน ใบชะพลู ชี้เหล็ก เป็นต้น รวมถึงสารอาหารที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก อาทิ วิตามินบี 12 โฟเลต และวิตามินซีสูง รวมถึงการหลีกเลี่ยงอาหารที่ยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็ก โฟเลต และวิตามิน B12 ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะซีดจากการขาดสารอาหารได้ และควรส่งพบนักโภชนาการด้วยเช่นกัน

อาการของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

อาการเหนื่อยง่ายเวลาออกแรง อ่อนเพลีย ใจสั่น ง่วงนอน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ วูบหน้ามืด หัวใจล้มเหลว ตัวซีด ผม่วง ผิวแห้ง เล็บผิดปกติเป็นรูปช้อน (koilonychia) ลิ้นลิ้น (atrophic glossitis) และมีแผลที่มุมปาก (Cheilosis) บางคนอาจมีความอยากรับประทานอาหารแปลก ๆ (Pica) เช่น ดิน แป้ง สี หากพบในเด็กจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางร่างกาย พฤติกรรมและสติปัญญา โดยอาการแสดงอาจมากหรือน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับเม็ดเลือดแดงในร่างกายและความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะโลหิตจางของแต่ละคน ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุหากโลหิตจางขั้นรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจและสมอง ทำให้หัวใจทำงานหนักเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนจากเลือดมากขึ้น จนถึงขั้นหัวใจล้มเหลวได้

การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

การวินิจฉัยเริ่มจากการซักประวัติความเสี่ยง อาการและตรวจร่างกายเบื้องต้น จากนั้นเจาะเลือดดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count: CBC) พบความผิดปกติ คือ ระดับฮีโมโกลบินต่ำลง เม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก และเกล็ดเลือดสูงขึ้น หรือตรวจสมิแยร์เลือด พบเม็ดเลือดแดงขนาดเล็กและติดสีจาง ส่วนการยืนยันการวินิจฉัยโรคสามารถเจาะวัดค่าปริมาณสะสมของธาตุเหล็กในร่างกาย (ferritin) น้อยกว่า 30 ไมโครกรัมต่อลิตร

การรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

การรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ประกอบด้วย การให้ธาตุเหล็กทดแทน ทั้งรูปแบบรับประทานหรือให้ทางหลอดเลือดดำ (iron therapy) และการให้เลือดแดง (red blood cell transfusion) ขึ้นกับความรุนแรงของอาการและสาเหตุของการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยสูงอายุอาจพิจารณาให้เลือดแดงทดแทนในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจร่วมหรือซีดรุนแรง การให้ธาตุเหล็กทดแทนแบบรับประทานอาจไม่เพียงพอต่อการรักษา (ปิยธิดา ชุมนุญศิริวัฒน์, 2564)

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้สูงอายุ

ควรวางแผนในการทำกิจกรรมให้หยุดทำกิจกรรมเมื่อรู้สึกเหนื่อย ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันเท่าที่จำเป็น วางอุปกรณ์ของใช้ไว้ใกล้ตัวผู้สูงอายุเพื่อสงวนพลังงาน ฝ้าติดตามสัญญาณชีพ และความเข้มข้นเลือด ให้ยาที่จำเป็นต่อการสร้างหรือกระตุ้นให้เกิดการสร้างเม็ดเลือดแดง ให้ความรู้เกี่ยวกับ

สารอาหารที่จำเป็น ชั่งน้ำหนักเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ บันทึกรายการอาหารประจำวัน (food daily) และดูแลสุขอนามัยในช่องปากให้ดีอยู่เสมอ (ปิยธิดา ชุมนุชศิริวัฒน์, 2564) ผู้สูงอายุควรได้รับการคัดกรองภาวะชืด โดยการซักประวัติเพื่อค้นหาอาการที่อาจเกิดจากภาวะชืด เช่น อากาศอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เหนื่อยง่าย เวลาทำงาน อาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ถ่ายดำ เป็นต้น รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่อาจทำให้เกิดภาวะชืด เช่น การรับประทานยาที่ยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็ก การดื่ม เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ผู้สูงอายุที่รับประทานยาในกลุ่มเอ็นเสด (NSAID) เป็นประจำ เนื่องจากอาจมีการเสียเลือดเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่รับประทานยาลดกรดเป็นประจำที่จะส่งผลต่อการดูดซึมธาตุเหล็กทำให้มีภาวะชืดได้

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นภาวะที่มีการเสื่อมการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานเป็นเดือนหรือปี ส่วนใหญ่มักจะทำให้ไตเสื่อมลงอย่างถาวรและพบบ่อยในประชากรไทย เป็นปัญหาทางสาธารณสุขในด้านทรัพยากรและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตไม่ดี และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

สาเหตุโรคไตเรื้อรัง ได้แก่

1. เบาหวานประเภท 1 และประเภท 2
2. ภาวะความดันเลือดสูง
3. เกิดการติดเชื้อในกลไกการกรองของเสียของไตและเกิดการติดเชื้อซ้ำในไต
4. เกิดการติดเชื้อบริเวณท่อไตและโครงสร้างโดยรอบ
5. มีความผิดปกติที่มีผลต่อไตและอวัยวะอื่นๆ
6. การอุดตันอย่างต่อเนื่องในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากภาวะต่าง ๆ เช่น ต่อมลูกหมากโต
7. มีการไหลของปัสสาวะย้อนกลับเข้าไต
8. ยาบางชนิดเช่นยากลุ่ม เอ็นเสด (NSAIDs)

เกิดนิ่วในไต และมะเร็งบางชนิด

ระยะของโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะตามอัตราการกรองของไต (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย,2565)

ระยะของโรคไตเรื้อรัง	ระดับการกรองของไต	คำนิยาม
	(eGFR ml/min/1.73M ²)	
ระยะที่1	>90	ไตมีภาวะผิดปกติเช่นมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ แต่อัตราการกรองยังปกติ
ระยะที่2	60-89	ไตมีภาวะผิดปกติเช่นมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ แต่อัตราการกรองลดลงเล็กน้อย
ระยะที่3a	45-59	อัตราการกรองลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง
ระยะที่3b	30-44	อัตราการกรองลดลงปานกลางถึงมาก
ระยะที่4	15-29	อัตราการกรองลดลงมาก
ระยะที่5	<15	ไตวายระยะสุดท้าย

อาการของโรคไต เริ่มแรกมักจะไม่มีอาการใดๆโรคไตจึงจัดเป็นภัยเงียบชนิดหนึ่ง แม้ไตจะเสียหายที่ไปถึงร้อยละ 50 ก็ตาม แต่จะแสดงอาการก็ต่อเมื่อมีอัตราการกรองของไตลดลงมากกว่าร้อยละ 70 แล้ว โดยมักมีอาการ บลัดยูเรียไนโตรเจน (blood urea nitrogen) : BUN และครีเอตินิน (creatinine) สูงขึ้น พบโลหิตจางแบบ normochromic normocytic เกลือแรผิดปกติ เช่น ระดับโปแทสเซียมเริ่มสูง ฟอสฟอรัสสูง และ แคลเซียม

ต่ำลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะบ่อยกลางคืน ไม่มีแรง โลหิตจาง ขาบวม หน้าบวม และความดันโลหิตสูง
คันตามตัว ผอมร่วง ผิวหนังแห้งและหยาบ เบื่ออาหาร

การตรวจวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง

1. ตรวจเลือดระดับบิลิรูบินในไตรเจน (blood urea nitrogen) และครีเอตินิน (creatinine) และค่าอัตราการกรองของไต (eGFR mL/min/1.73 m²)
2. ตรวจปัสสาวะดูการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ
3. การอัลตราซาวด์เพื่อดูขนาดของไต

การพยาบาลเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (วรรณวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุภาพ, วลัยนารี พรหมลา, 2564)

1. การซักประวัติและค้นหาปัจจัยที่ทำให้การดำเนินโรคเร็วมากขึ้น เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) และระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า (FPG) การควบคุมระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณน้ำดื่ม ภาวะอ้วนจากดัชนีมวลกายสูง และการออกกำลังกาย
2. การตรวจร่างกายตามระบบประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย อาการชา อาการบวม ลักษณะสีปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นฟอง หากพบความผิดปกติพิจารณาส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยระยะของโรคไตเรื้อรัง
3. การส่งตรวจและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยประเมินค่าอัตราการกรองไต (GFR) และตรวจหาค่าอัลบูมินในปัสสาวะ ตรวจค่าครีเอตินิน (Creatinine) และคำนวณค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ตรวจปัสสาวะ Urine Protein Creatinine Ratio (UPCR), Potassium, Calcium, phosphate ปีละ 1 ครั้ง ทุก 6 เดือน หรือ 3 เดือน ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. การประเมินอาการแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน อาการบวม เหนื่อยหอบ เบื่ออาหาร โรคติดเชื้อ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง รวมทั้งอาการทางด้านจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า โดยเฉพาะในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 4 ขึ้นไป เป็นต้น
5. การส่งเสริมให้ความรู้เรื่องโรค ให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถชะลอความเสื่อมไตได้
6. การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะซีด ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ภาวะเลือดเป็นกรดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น
7. ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อช่วยชะลอการทำลายของไตส่วนที่ยังเหลืออยู่ให้เป็นไปอย่างช้า ๆ ยึดระยะเวลาในการเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตออกไปให้นานที่สุด โดยจะต้องมีทางเลือกในการรับประทานอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม ดังนี้ การเลือกอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาล (Glycemic Index: GI) ต่ำหรือน้อยกว่า 55 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น ผัก ผลไม้ที่รสหวานน้อย ธัญพืชต่าง ๆ เป็นต้น อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่ควรเป็นหมู่แป้งปลอดโปรตีน ได้แก่ วัณเส้น ก๋วยเตี๋ยวเซี่ยงไฮ้ ซาหรึม สาคุ การจำกัดปริมาณอาหารโปรตีน 0.6-0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพื่อลดปริมาณของของเสีย (Urea) ในเลือด การจำกัดอาหารที่มีไขมันสูง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล ไข่แดง กะทิ การจำกัดเกลือและโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน หลีกเลี่ยงการปรุงรสเพิ่ม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารหมักดองเนื่องจากโซเดียมสูง ถ้าผู้ป่วยที่มีฟอสฟอรัสในเลือดมากกว่า 5.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรควรหลีกเลี่ยงนมทุกชนิด ไข่แดง โปรตีนจากถั่ว และผลิตภัณฑ์จากถั่ว หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีสีเข้ม

ได้แก่ ชา กาแฟ โกโก้ น้ำอัดลมสีเข้ม เผื่อระวังอาการของภาวะน้ำเกิน จำกัดน้ำดื่ม (ปริมาณน้ำดื่มที่สามารถดื่มได้ คือ ปริมาณปัสสาวะจากวันก่อนหน้า บวกด้วย 500 มิลลิลิตร)

8. การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยควบคุมน้ำหนักให้ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ระหว่าง 18.5 - 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แนะนำการออกกำลังกายแบบผสมผสานทั้งแบบยืดหยุ่นและแบบมีแรงต้าน หรือแบบแอโรบิค อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และเป็นเวลาอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์หลีกเลี่ยงกีฬาที่มีการปะทะ

9. ส่งเสริมให้รับประทานยาต่อเนื่องและถูกต้องตามแผนการรักษา งดการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs, Cox-2, Antifungal ระวังการใช้ยาในกลุ่ม Amiglycoside อาหารเสริมและสมุนไพรที่มีผลต่อไต

10. ให้คำแนะนำการงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

11. ประสานงานกับทีมสุขภาพและชุมชน ผู้นำส่วนท้องถิ่นเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม

ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน – 5 ตุลาคม 2566 จำนวน 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 35 วัน

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

1. ผิวหนังและสภาพทั่วไปภายนอก: น้ำหนัก 72 กิโลกรัม สูง 140 เซนติเมตร (BMI 36.73 กิโลกรัม/เมตร²) วัดอุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ผิวหนังอุ่น เทียบวัน สิวคล้ำไม่มีรอยโรคผิวหนัง ปลายมือปลายเท้าอุ่น

2. ศีรษะ ใบหน้าและลำตัว: เส้นผมแห้ง ผมบาง ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีแผลหรือก้อนใด ๆ ไม่มีสะเก็ดหรือตุ่มหนองบนใบหน้า ใบหน้าและเปลือกตาไม่บวม ริมฝีปากแห้ง ตาไม่เหลือง เปลือกตาด้านในซีด ลิ้นซีด ไม่มี Neck vein engorged คลำต่อมน้ำเหลืองไม่โต คลำไม่พบก้อน ไม่มีปลายมือปลายเท้าสีม่วง (No cyanosis)

3. ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ: ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95 % ขณะหายใจทรวงอก ขยายเท่ากันทั้ง 2 ข้าง มีเสียงผิดปกติ fine crepitations ปอดด้านล่างทั้ง 2 ข้าง หายใจค่อนข้างเร็ว อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที

4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด: ลักษณะของทรวงอกปกติเสียงหัวใจ systolic ejection murmur (SEM) อัตราการเต้นของหัวใจเร็วสม่ำเสมอ 61 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/88 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบเส้นเลือดดำโป่งพอง

5. ระบบต่อมน้ำเหลือง: ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ คอและขาหนีบไม่โต

6. ระบบทางเดินอาหาร: ลักษณะของหน้าท้องไม่มีผื่น เสียงเคลื่อนไหวของลำไส้ 3-4 ครั้ง/นาที ท้องไม่อืด กดหน้าท้องไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด คลำไม่พบก้อน การกลืนการขับถ่ายเป็นปกติทุกวัน แต่มีอาการเบื่ออาหาร ไม่ชอบรับประทานเนื้อสัตว์

7. ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์: กระเพาะปัสสาวะไม่เต็ม กดไม่เจ็บ ปัสสาวะไม่แสบขัด ปัสสาวะสีเหลือง วันละ 4-5 ครั้ง ไม่มีความรู้สึกทางเพศ

8. ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสนมีนงง แขนขามีแรงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง มือ แขน ทำงานประสานกันดี ไม่มีอาการคอแข็งหรือปากเบี้ยว ขณะพูดมีใบหน้าสั้นเล็กน้อย เสียงพูดชัดเจนดี นอนไม่หลับในบางคืน ความจำปกติดี เข้าใจไม่มี Sensory loss ซ้ำพรที่เท้าแรงดี

9. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก: กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง ไม่เบี้ยว เข้า 2 ข้างโค้งผิดรูป ปวดเข่าบางวัน ไม่มีอาการข้อติดขัด เดินได้แต่ไม่คล่อง ไม่มีอาการอักเสบหรือบวมแดง กล้ามเนื้อบริเวณแขนปกติ กล้ามเนื้อขาอ่อนข้างลีบเล็ก ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ไม่ได้ออกกำลังกาย



10. สุขภาพจิตการรับรู้ ความเชื่อ และอัตมโนทัศน์: คำถาม 2 Q plus positive 1 ข้อ รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย กลัวบาป

11. การพักผ่อนนอนหลับ ใช้ยาช่วยให้นอนหลับจะนอนหลับได้ดี แต่มีตื่นกลางดึกแล้วนอนไม่หลับบ้าง

ผลการตรวจพิเศษ

Chest X-Ray: Marketed cardiomegaly, mild cephalization วันที่ 1 กันยายน 2566

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Blood chemistry

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่/เดือน (พ.ศ. 2566)			แปลผล
		1 กันยายน	6 กันยายน	28 กันยายน	
FBS	<126 mg/dl	98	127	111	ปกติ
BUN	7-18 mg/dl	36	38	42	สูงกว่าปกติ
Creatinine	0.6-1.3 mg/dl	1.71	1.62	1.35	สูงกว่าปกติ
eGFR	>90 mL/min/1.73m ²	30.1	32.2	40.1	ต่ำกว่าปกติ
Sodium	136-145 mmol/L	137	135	138	ปกติ
Potassium	3.5-5.1 mmol/L	5	4.5	4.9	ปกติ
Chloride	98-107 mmol/L	102	101	106	ปกติ
CO ₂	21-31 mmol/l	31.1	30.8	29.6	ปกติ
HbA1C	4.0-6.4 %	-	5.2	-	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

มีค่าผิดปกติ คือ BUN 36-42 mg/dl และ Creatinine 1.35-1.71 mg/dl ค่าสูงกว่าปกติ และมีอัตราการกรองของไตที่ต่ำกว่าปกติที่ 30.1 - 40.1 mL/min/1.73m² อยู่ในกลุ่มไตวายเรื้อรังระดับ 3b โดยผู้ป่วยพบภาวะไตวายเรื้อรังครั้งแรกเมื่อวันที่ 31/5/2566 ก่อนรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ซึ่งสาเหตุของไตวายเรื้อรังในรายนี้น่าจะเกิดจากโรคเรื้อรังเดิม คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน 14 ปี ร่วมกับการรับประทานยาโซเดียมสูงเนื่องจากผู้ป่วยขึ้นขอบรสเค็ม ส่วนค่าเกลือแร่ทุกชนิดที่ได้รับการตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลสะสมอยู่ในเกณฑ์ควบคุมโรคเบาหวานได้ดี

CBC (Complete Blood Count)

รายการตรวจ	ค่าปกติ	วันที่/เดือน (พ.ศ. 2566)		แปลผล
		1 กันยายน	28 กันยายน	
WBC	5.0-10.0 10 ³ /uL	7.28	6.08	ปกติ
RBC	2.5-5.0 10 ⁶ /uL	3.91	4.04	ปกติ
Hemoglobin	12.0-17.0 g/dL	8.7	9.5	ปกติ
Hematocrit	36.0-47.0 %	28.4	30.7	ซีดผิดปกติ
MCV	80.0-100 fl	72.6	75.9	ต่ำกว่าปกติ
MCH	26-38 pg	22.3	23.5	ต่ำกว่าปกติ
Platelet	140-400 mmol/l	226	190	ปกติ
Neutrophil	37.0-72 %	76.1	71.0	สูงกว่าปกติ/ปกติ
Lymphocyte	20.0-50.0 %	15.8	19.1	ต่ำกว่าปกติ
Monophil	0.0-14.0 %	5.1	6.0	ปกติ
Eosinophil	0.0-6.0 %	2.2	3.3	ปกติ
Basophil	0.0-1.0 %	0.8	0.6	ปกติ

การวิเคราะห์ผล

พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hemoglobin 8.7 และ 9.5 g/dL Hematocrit 28.4 - 30.7% พบค่า MCV MCH ต่ำกว่าปกติ แสดงว่ามีเม็ดเลือดแดงขนาดเล็กซึ่งเป็นลักษณะความผิดปกติตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยโลหิต



จางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้น่าจะเกิดจากผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร ไม่ชอบรับประทานอาหาร เนื้อสัตว์
รับประทานได้น้อยเป็นระยะเวลาหลายเดือนก่อนมาโรงพยาบาล

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

Congestive heart failure with Anemia (ภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะซีด)

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

รับไว้ในการดูแลครั้งที่ 1.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. เสี่ยงต่อภาวะช็อคและภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากบีบตัวของ
กล้ามเนื้อหัวใจบกพร่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวและ
ภาวะซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. มีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่
เพียงพอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำและความไม่สมดุลของเกลือแร่เนื่องจากได้
ยาควบคุมระดับน้ำตาล ยาขับปัสสาวะ และไตทำหน้าที่บกพร่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย
เรื้อรังและโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

รับไว้ในการดูแลครั้งที่ 2. พบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเดิม 2 ข้อและพบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาลใหม่ 1 ข้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. เสี่ยงต่อภาวะช็อคและภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากบีบตัวของ
กล้ามเนื้อหัวใจบกพร่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. มีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่
เพียงพอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6. ผู้ดูแลมีภาวะเหนื่อยล้าเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็น
เวลานาน

รับไว้ในการดูแลครั้งที่ 3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1-6 บรรลุวัตถุประสงค์พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
ใหม่ 1 ข้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7. ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่
เหนื่อยง่าย ปวดเข่า และน้ำหนักตัวมาก

รับไว้ในการดูแลครั้งที่ 4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1-7 บรรลุวัตถุประสงค์ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาลใหม่ จึงนัดมาติดตามอาการซ้ำอีก 1 ครั้ง

รับไว้ในการดูแลครั้งที่ 5. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1-7 บรรลุวัตถุประสงค์ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาลใหม่ จำหน่ายจากการดูแล

รายละเอียดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแต่ละข้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. เสี่ยงต่อภาวะช็อคและภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากบีบตัวของ
กล้ามเนื้อหัวใจบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า เหนื่อยง่าย ถ้าทำกิจกรรมแบบเร่งรีบจะเหนื่อยมาก เพื่อยุติ คราวก่อนเหนื่อยมากจนต้องนอนโรงพยาบาล
2. อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ตูเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 61 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/88 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 72 กิโลกรัม
3. Chest x-ray: Marketed cardiomegaly, mild cephalization Lung : fine crepitation both Lower No Retraction
4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีความผิดปกติดังนี้ Biochemistry ค่า Creatinine 1.71mg/dl และ BUN 36 mg/dl สูงผิดปกติ ค่าอัตราการกรองของไตต่ำผิดปกติเป็นไตวายเรื้อรังระดับ 3b มีค่า eGFR 30.1 mL/min/1.73 M². CBC มีค่า Hematocrit 28.4 % MCV 72.6 fl และ MCH 22.3 pg บ่งชี้ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก
5. ขาบวมกดบวมถึงใต้เข่าระดับ 2+
6. เมื่อ 9 วันก่อนมานอนโรงพยาบาลด้วยเรื่องเหนื่อย นอนราบไม่ได้ มีภาวะน้ำเกิน ประวัติขณะนอนโรงพยาบาลพบว่าช่วงก่อนหน้านั้นรับประทานอาหารเช้า ดื่มน้ำมากเนื่องจากอากาศร้อน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะซีดและภาวะหายใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะซีด ความดันโลหิต 120-140/70-90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที แแรง ชัดเจน สม่ำเสมอ ชีพจรส่วนปลายแรง อุณหภูมิปลายมือปลายเท้าอุ่น Capillary refill < 3 วินาที
2. ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที
3. ไม่มีภาวะ Cyanosis ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) \geq 95%
4. เสียงการหายใจปกติ Lung clear หรือ crepitation ลดลง หลอดเลือดดำjugularไม่โป่งพอง
5. ผลเลือด Electrolyte, BUN, Cr อยู่ในเกณฑ์ปกติ BUN = 20-40 mg/dl, Cr = 1.0-0.135 mg/dl, K = 3.5-5.0 mmol/L, Na = 135-150 mmol/L, Cl = 95-112 mmol/L, CO₂ = 22-32 mmol/L
6. ผล film chest X-ray ปอดปกติไม่มีภาวะน้ำคั่งในปอด หรือ improve ขึ้นจากเดิม
7. Urine output flow > 30cc/hr /24ชม. หรือ 700-750 มล./24 ชม.
8. ระดับการบวมลดลง 1 ระดับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินภาวะซีดและภาวะหายใจล้มเหลว ชีพจร ความดันโลหิต เช่น ชีพจรเบาเร็วร่วมกับความดันโลหิตต่ำกว่าระดับพื้นฐานเดิมของผู้ป่วย ที่ 120/70 มิลลิเมตรปรอท ประเมินการหายใจ เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก หายใจเร็วตื่น นอนราบไม่ได้ และสังเกตอาการไอเสมหะเป็นฟองสีชมพู ฟังเสียงปอด เช่น Crepitation, Wheezing และตรวจวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation)
2. ประเมินอาการบวมแสดงภาวะน้ำเกิน บริเวณแขนขา ก้นกบ รอบกระบอกตา ประเมินการโป่งพองของหลอดเลือดดำjugular
3. ชั่งน้ำหนักทุกครั้ง que ผู้ป่วยมาตามนัดและแนะนำชั่งน้ำหนักพร้อมจดบันทึกน้ำหนักที่บ้านวันละ 1 ครั้งในช่วงเช้า

4. แนะนำให้จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา หรือตามผู้ป่วยรู้สึกสบาย หายใจสะดวก ประสานงาน กลุ่มงานปฐมภูมิเยี่ยมบ้านและจัดหาเตียงยกศีรษะสูง (fowler's position) ให้ผู้ป่วยใช้งานที่บ้านแทนการนอน หมอน 2 ใบ

5. จำกัดน้ำ <1500 ml/day ตามแผนการรักษาโดยให้ตวงน้ำดื่มและเครื่องดื่มต่าง ๆ ทุกชนิด โดย แนะนำผู้ป่วยและญาติตวงปัสสาวะ โดยใช้ภาชนะที่สามารถบอกปริมาณปัสสาวะเป็นมิลลิลิตรได้ ควรได้ปัสสาวะประมาณวันละ 700-750 มล. (ประมาณ 30 มล./ชม.)

6. จำกัดโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่ม จัดให้รับประทานอาหารรสจืด ควบคุมปริมาณโซเดียมใน อาหารไม่เกิน 2000 มิลลิกรัม/วัน (น้ำปลาหรือซีอิ๊วขาวประมาณ 4 ช้อนชา) โดยใช้เทคนิคการปรุงรสจืดสนิทและ นำน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาวเติมเฉพาะในมื้ออาหารตามปริมาณที่กำหนด คือ ไม่เกิน 4 ช้อนชา/วัน เท่านั้น

7. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาขับปัสสาวะและยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์ Furozemide 40 มิลลิกรัม Enalapril 20 มิลลิกรัม อย่างละ 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า และ Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหารเช้า เพื่อให้การขับปัสสาวะและระดับความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์ปกติ แนะนำแบบเน้นย้ำญาติผู้ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาโดยยังไม่ต้องปรับลดยาเพิ่มยาเอง เพราะจะส่งผลเสียต่อการรักษา คือ ขับปัสสาวะและเกลือแร่ออกมามากเกินไปหรือน้อยเกินไปได้ จนอาจมีการ ลดลงผิดปกติของความดันโลหิต รวมทั้ง มีการขับน้ำออกจากร่างกายมากเกินไปจนเกิดภาวะขาดน้ำ Dehydration และ Hypovolemic

8. ตรวจสอบติดตามค่าเกลือแร่ในเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผลการพยาบาล

ไม่พบภาวะช็อค และภาวะหายใจล้มเหลว เสียงปอดยังมี fine Crepitation แต่เสียงเบาลง น้ำหนัก 71.5 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.3 องศาเซลเซียส หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) 98% บวมลดลงจากหลังเท้า ถึงกลางหน้าแข้ง ระดับ 1+ ไม่พบการโป่งพองของหลอดเลือดดำjugular ตื่นน้ำและเครื่องดื่มอื่นไม่เกินปริมาณที่ แนะนำ คือ 1500 มิลลิลิตร/วัน ได้ยาตามแนวทางการรักษา ไม่ปรับเพิ่มยาหรือลดยาเอง ปัสสาวะออกวันละ 700-800 มิลลิลิตร ยังเติมเครื่องปรุงรสเค็มน้ำปลา รับประทานปลาเค็มทอด ค่าเกลือแร่ปกติ Sodium 138 mmol/L Potassium 4.9 mmol/L Chloride 106 mmol/L CO₂ 29.6 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะซีด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “หายใจลำบากเหมือนนอนราบ ยังเดินไปห้องน้ำเองไม่ได้ รู้สึกเพลียไม่มีแรง คราวที่แล้วนอนโรงพยาบาลหมอให้เลือดป่าไป 1 ถุงก็ดีขึ้นนะแต่ก็ยังไม่หายเพลีย”

2. Lung fine crepitation both Lower lungs ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) 95-96% CXR: Marketed cardiomegaly, mild cephalization (วันที่ 1 กันยายน 2566) ความเข้มข้นเลือด 28.4% Hemoglobin 8.7g/dl

3. อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส สังเกตพบว่ายังหายใจเหนื่อย อัตรา 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 61 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/88 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 72 กิโลกรัม

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อการเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย



เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ E4V5M6
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 120-140/70-90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที ชีพจรส่วนปลายแรงชัดเจน ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที
3. ไม่มีภาวะ Cyanosis Oxygen Saturation $\geq 95\%$
4. เสียงการหายใจปกติ Lung clear

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) ระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียวริมฝีปากเขียว มี Cyanosis หมดสติ เป็นต้น
2. ประเมินระดับการมีปริมาตรสารน้ำในร่างกาย เช่น ระดับการบวม ตัวบวม หน้าบวม ขาบวมกดบวม ฟังเสียงหายใจที่ผิดปกติ คือ Crepitation หรือเส้นเลือดดำที่คอโป่ง (Neck Vein Engorged) การไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู
3. จัดลำดับการพบแพทย์ของผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ก่อนโดยไม่รอตตามคิวปกติ และกรณีมีอาการกระสับกระส่ายหรือเหนื่อยหอบมากอัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้ง/นาที หรือมีภาวะ Cyanosis มีค่า Oxygen Saturation $\leq 94\%$ ควรส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินทันที
4. ใช้รถนั่งหรือรถนอนให้บริการผู้ป่วยขณะมาพบแพทย์ เพื่อลดความต้องการในการใช้ออกซิเจน จัดทำให้นั่งหรือนอน semi หรือ Flower's position 30-45 องศา เพื่อช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีพร้อมทั้งแนะนำผู้ป่วยขยับเคลื่อนไหว ๆ ร่างกายบ่อย ๆ เพื่อลดการคั่งค้างเสมหะที่ปอด
5. สอนและสาธิตการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ และกระตุ้นให้ออกซิเจนอย่างถูกวิธีให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติเพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย
6. ส่งตรวจและติดตามผลเลือด CBC โดยเฉพาะค่าความเข้มข้นเลือดเพื่อประเมินปริมาณเม็ดเลือดแดงที่เป็นตัวนำพาออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย
7. แนะนำและส่งเสริมการรับประทานยาบำรุงเลือด Ferrous fumarate 200 มิลลิกรัมและ Vitamin B complex อย่างละ 1 เม็ด 3 มื้อหลังอาหารทุกวัน แนะนำรับประทานธาตุเหล็กในช่วงท้องว่างหรือรับประทานร่วมกับวิตามินซี เช่นผลไม้จำพวก ฝรั่ง ส้ม เพื่อเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็กได้ดีขึ้น
8. แนะนำสังเกตอาการเสียเลือดจากส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ อาเจียนเป็นเลือด ที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะซีดได้ แนะนำให้เห็นถึงความแตกต่างของอุจจาระสีดำจากยาธาตุเหล็กที่รับประทานและอุจจาระสีดำจากการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร

การประเมินผลการพยาบาล

ระดับความรู้สึกตัวปกติ E4V5M6 ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตามนัด น้ำหนัก 71.5 กิโลกรัม ลดลง 0.5 กิโลกรัม การบวมลดลงเป็นระดับ1+ ฟังเสียงปอด ยังมี fine Crepitation แต่เสียงเบาลง ชีพจร 60 - 100 ครั้ง/นาที ชีพจรส่วนปลายแรงชัดเจนดี ไม่มีอาการหายใจลำบาก อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะ Cyanosis ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) 98% ตั้งแต่ครั้งที่ 3 ที่มาตามนัดจนถึงวันที่จำหน่ายจากการดูแล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3.มีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “อ่อนเพลียไม่แรงบ่อย เวียนศีรษะบางวัน เหนื่อยง่ายเมื่อออกแรงทำกิจกรรม เดินไปห้องน้ำไม่ไหว ทำอะไรนิดหน่อยก็เหนื่อย”
2. ญาติบอกว่า “แม่ยังไปห้องน้ำเองไม่ได้ แต่พอที่จะขยับตัวไปมาทำอะไรได้ด้วยตนเองรอบๆบริเวณที่นอนได้ แปร่งฟัน กินข้าวได้เอง หลังเช็ดตัวเปลี่ยนเสื้อผ้าจะดูเหนื่อยมาก ต้องให้พักก่อน ถ้านอนๆนั้นก็ดูไม่เหนื่อย”
3. ตรวจร่างกาย พบว่า เปลือกตาล้างและลิ้นซีดเล็กน้อย ผลตรวจความเข้มข้นเลือด Hematocrit 28.4% Hemoglobin 8.7 g/dl (วันที่ 1/9/2566) ผล CXR Marked Cardiomegaly Mild cephalization (วันที่23/8/2566) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดขณะนั่งพัก (Oxygen Saturation) 95-96%

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผลตรวจความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นหรือได้ตามเป้าหมายที่ Hematocrit $\geq 33\%$ และ Hemoglobin ≥ 12 g/dl
2. ตรวจร่างกาย เปลือกตา ลิ้น มีลักษณะซีดลดลง
3. อาการอ่อนเพลียไม่มีแรงลดลง ทำกิจกรรมต่างๆ และช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น
4. ไม่มีภาวะ Cyanosis Oxygen sat 95-100%

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนร่วมกับญาติในการดูแลการทำกิจกรรม ไม่ทำกิจกรรมต่อเนื่องนานและหนักจนผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยโดยแบ่งเวลาที่จะให้ผู้ป่วยได้พักและกำหนดกิจกรรมโดยให้พักเป็นระยะๆหยุดทำกิจกรรมเมื่อรู้สึกเหนื่อย
2. แนะนำผู้ดูแลให้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเท่าที่จำเป็นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเองโดยเน้นกิจกรรมที่ออกแรงน้อย เช่น รับประทานอาหาร ล้างหน้าแปร่งฟันด้วยตนเองบริเวณที่นอน
3. แนะนำให้จัดวางอุปกรณ์ของใช้ไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย เพื่อสงวนการใช้พลังงาน แนะนำผู้ดูแล ถ้าเป็นไปได้ในช่วงที่ยังเหนื่อยง่ายควรจำกัดคนเยี่ยมหรือคนไปมาหาสู่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่
4. ประสานพยาบาลงานปฐมภูมิและองค์กรรวมเพื่อเยี่ยมบ้าน และจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันเพื่อลดการใช้พลังงานของผู้ป่วย เช่น เตียง Fowler ราวจับต่างๆ
5. ส่งตรวจและติดตามผลความเข้มข้นเลือด Hematocrit และ Hemoglobin เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการทำกิจกรรม
6. แนะนำการใช้ยาที่เป็นปัจจัยในการสร้างเม็ดเลือด คือ Ferrous fumarate 200 มิลลิกรัม แนะนำรับประทานธาตุเหล็กในช่วงท้องว่างหรือรับประทานร่วมกับวิตามินซีเช่นผลไม้จำพวก ฝรั่ง ส้ม เพื่อเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็กได้ดีขึ้น แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เช่น ท้องผูก ท้องเสีย เบื่ออาหาร ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระสีดำ
7. ควรหลีกเลี่ยงอาหาร เช่น ชา กาแฟ เพราะมีสารแทนนิน ลดการดูดซึมธาตุเหล็ก ไม่ควรรับประทานอาหารเสริมแคลเซียมหรือนมพร้อมธาตุเหล็ก เพราะจะทำให้ลดการดูดซึมธาตุเหล็กเช่นกัน
8. เฝ้าติดตามสัญญาณชีพ ทุกครั้งที่มาตามนัด

ประเมินผลการพยาบาล

ผลตรวจความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้น Hematocrit จาก 28.7% เป็น 30.7% และ Hemoglobin จาก 8.7g/dl เป็น 9.5 g/dl (วันที่ 28/9/2566) ตรวจร่างกาย เปลือกตา ลิ้น มีลักษณะมีสีแดงมากขึ้น ผู้ป่วย

สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น รับประทานอาหาร แปรุงฟัน เช็ดตัวได้ด้วยตนเองมากขึ้นนานขึ้นโดยไม่เหนื่อย ไม่มีอาการหายใจลำบาก อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะ Cyanosis ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดขณะพัก (Oxygen Saturation) 98% ตั้งแต่ครั้งที่ 3 ที่มาตามนัดจนถึงวันที่จำหน่ายจากการดูแล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำและความไม่สมดุลของเกลือแร่เนื่องจากได้ยาควบคุมระดับน้ำตาล ยาขับปัสสาวะ และไตทำหน้าที่บกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยมาเป็นเวลานานแล้ว คลื่นไส้เป็นบางเวลา”
2. ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะที่เป็นสาเหตุให้ร่างกายขับเกลือแร่ออกจากร่างกาย คือ Furozemide 40 มิลลิกรัม รับประทาน 1 เม็ด และได้รับยากลุ่ม ACEI ซึ่งเป็นยาที่มีกลไกทำให้ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง คือ Enalapril 20 มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหาร 1 เม็ด เข้าและเย็นทุกวัน และได้รับยา metformin 500 มิลลิกรัม 2 เม็ดรับประทานหลังอาหาร เข้า – เย็น ทุกวัน เพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาล ยาที่มีผลข้างเคียงของยาทำให้ความอยากอาหารลดลง เช่น ยา metformin และยาที่มีผลข้างเคียงทำให้คลื่นไส้อาเจียนเช่น Sertraline simvastatin และ Ferrous fumarate
3. ผู้ป่วยมีภาวะ Major depressive disorder ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเบื่ออาหารร่วมด้วย
4. ผู้ป่วย มีภาวะไตวายเรื้อรัง ไตเสียหน้าที่CKD stage3b มีนัดคลินิกชะลอไตเสื่อมเป็นประจำ เป็นระดับที่ไตสูญเสียหน้าที่ค่อนข้างมาก ทำให้การขับและกักเก็บเกลือแร่และสารน้ำผิดปกติ
5. ตรวจร่างกายพบขาทั้ง 2 ข้างบวมกดบวม 2+ ถึงใต้เข้า Lung fine crepitation both Lower lungs ผลตรวจเลือดมีค่า BUN 36 mg/dl Creatinine 1.71 mg/dl และค่า eGFR 30.1 mL/min/1.73 m²

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ระดับน้ำตาลและเกลือแร่ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์ประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 80-130 mg/dl ระดับน้ำตาลสะสม 5.0-6.9 %
2. ไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลต่ำ เช่น มือสั่น ใจสั่น ใจหวิว เหงื่อแตก ตัวเย็น หรืออาการของสมองขาดน้ำตาล ได้แก่ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง มือชา ปากชา อาการชักหรือหมดสติ
3. ผลเลือดเกลือแร่ Electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ potassium =3.5-5.0 mmol/L Sodium = 135-150 mmol/L Chloride= 95-112 mmol/L ไม่มีอาการชา เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง
4. ผลเลือดค่า Creatinine = 0.6-0.13mg/dl หรือดีขึ้นกว่าเดิม อัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นจากเดิม
5. ระดับการบวมลดลงจากระดับเดิม 1 ระดับ
6. ระดับความรู้สึกตัวปกติ (Glasgow Coma Score: GCS) 15 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลต่ำ เช่น มือสั่น ใจสั่น หรืออาการของสมองขาดน้ำตาล ได้แก่ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง มือชา ปากชา อาจมีอาการชักหรือหมดสติ หากพบอาการดังกล่าวให้รีบแก้ไขอาการเบื้องต้น โดยเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้ขึ้นกับอาการความรุนแรงและระดับความรู้สึกตัว ถ้ายังรู้สึกตัว ให้บริบทน้ำหวานหรือรับประทานของหวาน ๆ เช่น กล้วยกอม 2 เม็ด หรือให้น้ำหวานเข้มข้น 2 ซ้อนโต๊ะ ผสมน้ำครึ่งแก้ว ถ้าอาการไม่ดีขึ้น สามารถให้น้ำหวานได้อีกครึ่งแก้ว และถ้าอาการ

ยังไม่ดีขึ้นให้รีบนำส่งโรงพยาบาล แต่ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือหมดสติ โทรแจ้งระบบ EMS 1669 เพื่อนำผู้ป่วยสู่โรงพยาบาลทันที

2. ให้คำแนะนำแบบเน้นย้ำกับผู้ป่วย ห้ามใช้น้ำหวาน น้ำตาล ลูกอมหรืออาหารอื่น ๆ แก่ผู้ป่วยหมดสติเด็ดขาดเนื่องจากจะทำให้สำลักอุดกั้นทางเดินหายใจจนเสียชีวิตได้

3. ติดตามตรวจระดับน้ำตาลทุกครั้งที่นัดผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลและซักประวัติอาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติอาจไม่ทราบว่าเป็นอาการผิดปกติ เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลต่ำ

4. แนะนำญาติผู้ดูแลให้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด ได้แก่ metformin 500 มิลลิกรัม 2 เม็ดรับประทานหลังอาหาร เข้า - เย็นทุกวัน Furozamide 40 มิลลิกรัม และ Enalapril 20 มิลลิกรัม รับประทานหลังอาหารมื้อเช้าอย่างละ 1 เม็ด Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทาน 2 เม็ด หลังอาหารมื้อเช้าทุกวัน ไม่ปรับยาเอง เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาล กลีโอะแร่ สารน้ำ และการควบคุมความดันโลหิต

5. แนะนำญาติสังเกตอาการความไม่สมดุลของเกลือแร่ ได้แก่อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นเหน็บหรือชา ตามร่างกาย ใจสั่นหรือใจเต้นเร็วผิดปกติ เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ท้องเสีย ตะคริวที่ท้อง ชัก สับสน หรือหงุดหงิดฉุนเฉียว หากพบอาการดังกล่าวให้รีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

6. แนะนำการดื่มน้ำสะอาดที่บ้านแบบง่าย ๆ โดยใช้อุปกรณ์ที่มีเช่นขวดน้ำดื่ม 1500 มล. ควรดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยประมาณ 700-750 มล. ในผู้ป่วยท่านนี้ หากพบปริมาณปัสสาวะออกมากกว่าปริมาณน้ำทุกชนิดที่ดื่มเข้าร่างกายหรือออกน้อยกว่า 500 มล. ต่อวันให้มาพบแพทย์ก่อนนัด

7. แนะนำญาติบันทึกการรับประทานอาหารที่บ้านของผู้ป่วยและนำผลการบันทึกมาประเมินภาวะขาดสารอาหารหรือได้รับสารอาหารและเกลือแร่บางชนิดมากเกินไปหรือน้อยไป

8. ส่งตรวจและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเกลือแร่ ค่าการทำงานของไตตามแผนการรักษาของแพทย์และให้การพยาบาลรวมทั้งปรับคำแนะนำให้เหมาะสมกับค่าเกลือแร่และค่าการทำงานของไตอย่างสม่ำเสมอ

9. งดการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs, Cox-2, Antifungal ระวังการใช้ยาในกลุ่ม Amiglycoside อาหารเสริมและสมุนไพรที่มีผลต่อไต

10. ติดตามสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวปกติทุกครั้งที่มาตามนัด

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้ถูกต้อง ไม่ได้ปรับเพิ่มยาหรือลดยาเอง มีญาติเป็นผู้จัดยาให้รับประทานทุกมื้อ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 127 mg/dl และ 111 mg/dl ในวันที่ 6 และ 28/9/2566 ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) 5.2 % ระดับความรู้สึกตัวปกติ (Glasgow Coma Score : GCS) 15 คะแนน ยังอ่อนเพลียอยู่ในการมาตามนัดครั้งที่ 2 และ 3 แต่ดีขึ้นจนรู้สึกได้ชัดเจนในครั้งที่ 4 ปัสสาวะออกดี 700-800 มิลลิลิตร ทุกวัน ไม่มีปัสสาวะออกมากเกินไปกว่าปริมาณน้ำทุกชนิดที่ดื่มกิน ค่าเกลือแร่ Electrolyte เป็นปกติ Sodium 135-138 mmol/L Potassium 4.5-4.9 mmol/L Chloride 101-106 mmol/L (วันที่ 6 และ 28/9/2566) ค่าการทำงานของไตดีขึ้น แต่ยังคงอยู่ในภาวะไตวายเรื้อรังระดับ 3b คือ Creatinine 1.62 และ 1.35 mg/dl และอัตราการกรองของไต eGFR 32.2 และ 40.1 mL/min/1.73 m² ตามลำดับ BP 120/70-148/72 mmHg HR 60-70 ครั้ง/นาที RR 20-22 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติผู้ดูแลให้ประวัติว่า “ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร นอนหลับยากต้องกินยาช่วยให้นอนหลับทุกคืน บางครั้งนอนไม่หลับ”
2. สังเกตพบว่าผู้ป่วยพูดน้อย ขณะพูดใบหน้าจะสั่น บอกว่าเบื่ออาหาร เบื่อตัวเองที่เจ็บป่วยเป็นภาระลูกหลาน
3. ซักประวัติ 2 Q Plus Positive 1 คะแนน คือ มีอาการท้อแท้ สิ้นหวัง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเอง ไม่ฆ่าตัวตาย

เกณฑ์ประเมินผล

1. คะแนน 2 Q Plus negative
2. ผู้ป่วยไม่ทำร้ายตนเอง ไม่ฆ่าตัวตาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจมีความสัมพันธ์ทางบวก เพื่อสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนรับฟังปัญหาและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย แนะนำญาติให้เฝ้าระวังอาการซึมเศร้าจัดเก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ หรือสิ่งนี้อาจทำร้ายตนเองได้ไว้ให้มิดชิดห่างจากผู้ป่วย และไม่ควรให้ผู้ป่วยหยิบยารับประทานเอง เพราะอาจใช้ยาเกินขนาดเป็นอันตรายต่อชีวิตได้
2. แนะนำให้ญาติผู้ดูแลให้รับประทานยาต้านซึมเศร้าตามแผนการรักษา Sertraline 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด มื้อเช้าทุกวัน และไม่ควรขาดนัดคลินิกจิตแจ่มใสในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อจะได้รับการดูแลรักษาโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง
3. ซักประวัติ 2 Q Plus เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าทุกครั้งที่มาใช้บริการพยาบาล และประเมิน 9 เมื่อพบ 2 Q plus positive กรณีพบคะแนน 9 Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ควรส่งพบทีมพยาบาลสุขภาพจิตและรายงานแพทย์ทราบในวันเดียวกัน
4. ส่งข้อมูลให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน และหรือ อสม. คอยเป็นที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อลดภาวะเครียดของผู้ดูแล และลดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ป่วย
5. แนะนำให้คนในครอบครัวร่วมการรับประทานอาหารกับผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยหายดีไม่มีอาการเหนื่อย ควรพาไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด ไปทำการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่วัด รวมทั้งทำกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน หรือพาออกจากสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดความเสี่ยงทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้

ประเมินผลการพยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยตามนัดครั้งที่1-3 ญาติผู้ดูแลมาส่งผู้ป่วยทุกครั้งให้ประวัติว่าผู้ป่วยได้ยาต้านซึมเศร้า Sertraline 50 มิลลิกรัม 1 เม็ด และยาช่วยให้นอนหลับ Lorazepam ตามแผนการรักษาทุกวัน โดยมีญาติจัดให้และดูแลให้ได้รับประทานยาต่อหน้าญาติเสมอ คำถาม 2 Q plus ยังคง Positive แต่คำถาม 9 Q ได้ 5 คะแนน และไม่มีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ครั้งที่5 ที่ผู้ป่วยมาตามนัด ถามคำถาม 2 Q Plus ผล negative ผู้ป่วยมีสีหน้าสดใส ยิ้มแย้ม พูดคุยทักทายกับผู้ป่วยท่านอื่นมากขึ้น

รับไว้ในการดูแลครั้งที่ 2

วันที่รับไว้ในความดูแล ครั้งที่ 2 (วันที่ 6 กันยายน 2566)

ผู้ป่วยมาโดยรถนั่ง ใบหน้าและลำตัวไม่บวม ขาบวมกดบวม 2+ หลังเท้าถึงหน้าแข้ง ปัสสาวะออกดี ยังคงนอนราบไม่ได้ ต้องหนุนหมอน 2 ใบ ไม่ไอ และยังมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง จะเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมแบบ เร่งรีบ น้ำหนัก 71.5 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.3 องศาเซลเซียสหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (*Oxygen Saturation*) 98% ระดับน้ำตาลในเลือด 127 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ตรวจร่างกายยังพบเปลือกตาล่างและลิ้นซีด เล็กน้อย มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความผิดปกติ คือ Biochemistry ค่า Creatinine 1.62 mg/dl และ BUN 38 mg/dl อัตราการกรองของไตต่ำผิดปกติ eGFR 32.2 mL/min/1.73m² ยาที่ได้รับเป็นยาเดิม ขนาดและวิธีใช้คงเดิม ครึ่งนี้ยังคงให้การประเมินปัญหาทางการพยาบาลเดิมที่พบในครั้งก่อนหน้านั้น ยังพบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเดิม จากการดูแลครั้งที่ 1. ยังไม่บรรลุลักษณะ 2 ข้อ และปัญหาเพิ่มเติม 1 ข้อ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. เสี่ยงต่อภาวะช็อคและภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1.ขาทั้ง 2 ข้างยังบวมกดบวม 2+ หลังเท้าถึงกลางหน้าแข้ง น้ำหนักลดลงเพียง 0.5 กิโลกรัม (น้ำหนัก 71.5 กิโลกรัม)

2.ยังคงนอนราบไม่ได้ ต้องหนุนหมอน 2 ใบ ยังเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรมแบบเร่งรีบ เช่น การลุกเดินไปห้องน้ำยังเหนื่อยมาก

3.พบว่าผู้ป่วยยังรับประทานอาหารโซเดียมสูง รับประทานข้าวต้มกับปลาเค็มทอด ใส่ผงชูรสในอาหาร ซึ่งมีโซเดียมสูงส่งผลต่อการบวม และภาวะน้ำเกิน

4.ตรวจร่างกายยังคงพบเปลือกตาล่างและลิ้นซีดเล็กน้อย

วัตถุประสงค์ /เกณฑ์การประเมินผล (เดิม)

กิจกรรมการพยาบาล (เพิ่ม)

9.ให้ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตที่บ้านทุกวันตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home monitoring blood pressure) นำผลมาส่งในนัดครั้งต่อไป เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับยาของแพทย์และการให้การพยาบาลที่เหมาะสม

10.ให้ผู้ป่วยยืมเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วไปวัดปริมาณออกซิเจนด้วยตนเองที่บ้านเพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนได้ด้วยตนเองที่บ้าน หากพบมีปริมาณออกซิเจนปลายนิ้วต่ำกว่า 95% ควรมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด

11.ทบทวนเรื่องการรับประทานยา พยาบาลปรึกษาแพทย์เรื่องการปรับยาขับปัสสาวะเพิ่มหรือลดด้วยตัวผู้ป่วยเอง แพทย์พิจารณาให้เพิ่มยาได้กรณีปัสสาวะออกน้อยกว่าวันละ 500 มิลลิลิตร เป็น Furosemide 40 มิลลิกรัม 1 เม็ดมือเช้า และ 1/2 เม็ดมือเที่ยงได้ ถ้าปัสสาวะยังคงออกน้อยหรือบวมมากขึ้นให้มาพบแพทย์ก่อนนัด และให้กลับมารับประทานยาตามปกติ คือ Furosemide 40 มิลลิกรัม 1 เม็ดมือเช้า ในวันต่อมาที่ปัสสาวะออกมากกว่า 500 มิลลิลิตร

12.แนะนำให้งดอาหารเค็ม โซเดียมสูง ปลาเค็ม เปลี่ยนเป็นปลาต้มหรือปลาอย่างแทน และเน้นควรลดโซเดียมต่อโดยยังคงให้ปรุงแบบจืดสนิท ให้ใส่ผงชูรสลงในอาหารได้เพียง 1 ช้อนชา/วัน แต่ให้ลดน้ำปลาหรือ

ซีอีวขาวเหลือเพียง 3 ซ้อนชา เพื่อช่วยให้อาหารร่อยโดยไม่เพิ่มโซเดียมเกินปริมาณ 2,000 มิลลิกรัมที่เป็น ปริมาณที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและโรคไตเรื้อรัง

13. เร่งรัดติดตามการเยี่ยมเตียง Fowler ให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้านจากพยาบาลกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม เนื่องจากเตียง Fowler จะทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงได้อย่างสบาย เพิ่มพื้นที่การขยายตัวของปอด เพิ่มการ แลกเปลี่ยนออกซิเจนเข้าสู่ปอดได้ดี ช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยอาการดีขึ้น บวมลดลง ใบหน้าและลำตัวไม่บวม ขาบวมกดบวม 1+ หลังเท้าถึงกลางหน้าแข้ง ปัสสาวะออกดีประมาณ 800-1000 มิลลิลิตรทุกวัน ยังคงนอนราบไม่ได้ นอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา บนเตียง Fowler ไม่ไอ เหนื่อยเมื่อต้องออกแรงทำกิจกรรม เช่น เดินเข้าห้องน้ำ แต่เหนื่อยน้อยลง ยังคงรับประทานอาหาร ได้ค่อนข้างน้อย น้ำหนัก 71 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.3 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) 98% ได้รับเตียง Fowler ให้เยี่ยมใช้งานที่บ้านจนกว่าจะหายดีจึงค่อยส่งคืน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3. มีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับ ออกซิเจนไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยยังเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรมแบบเร่งรีบหรือต้องใช้แรง เช่น การลุกขึ้นนั่ง ยืน การเดินไปห้องน้ำ ยังเหนื่อยจนต้องนั่งพักนานหลายนาที

วัตถุประสงค์/เกณฑ์ประเมินผล (เดิม)

กิจกรรมการพยาบาล (เพิ่ม)

9. แนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ต้มเลือดหมู(งดเครื่องในสัตว์เพื่อเลี่ยงไขมันสูง) ผักใบเขียว ปลา เพื่อเพิ่มอาหารธาตุเหล็กส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือด ลดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก

10. แนะนำให้ญาติจัดหา ดัดตั้งอุปกรณ์ช่วยพยุงตัวลุกขึ้นนั่งหรือยืน เช่น ราวเหล็ก ราวท่อพีวีซี ที่แข็งแรงเพื่อลดการใช้แรงและออกซิเจนของผู้ป่วยเมื่อต้องเปลี่ยนอิริยาบถ

ประเมินผลการพยาบาล

ญาติทำราวจับจากท่อพีวีซีให้ผู้ป่วยใช้เกาะลุกนั่ง ลุกยืนแต่ผู้ป่วยยังใช้การเขยิบตัว ทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้นโดยรู้สึกเหนื่อยเพียงเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6. ผู้ดูแลมีภาวะเหนื่อยล้าเนื่องจากต้องดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน
ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติผู้ดูแลบอกว่า “ฉันต้องดูแลทั้งพ่อที่ติดเตียงและแม่ที่ป่วยหลายโรค ฉันเหนื่อยมาก บางวัน ท้อแท้ไม่อยากทำอะไรเลย เบื่อ เมื่อไรจะหมดภาระ แต่ก็รู้สึกผิดต่อพ่อแม่ทุกครั้งที่อยู่แบบนี้ ทุกวันนี้มีฉันคนเดียวที่เป็นหลักในการดูแลพ่อแม่ จะหาใครเปลี่ยนก็ไม่มี เวลาฉันมาส่งแม่ก็ต้องทิ้งพ่อไว้ที่บ้านคนเดียว แฟน ต้องไปทำงาน ลูกไปโรงเรียน เดียวฉันขอลากลับบ้านก่อน ไปหมักไก่ บ่าย ๆ จะอย่างขายหน้าบ้าน ฉันฝากแม่ไว้กับหมอก่อนนะ เดี่ยวมาดูแลใหม่”

2. สังเกตเห็นญาติแสดงอาการหงุดหงิดและโต้เถียงกับผู้ป่วยเป็นบางครั้งที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ดูแลไม่มีภาวะซึมเศร้า
2. ผู้ดูแลได้มีโอกาสผ่อนคลายความเหนื่อยล้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของญาติผู้ดูแล รับฟังปัญหาและความรู้สึกของผู้ดูแล สอบถามความต้องการที่จะให้ทางพยาบาลหรือทางโรงพยาบาลช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ชื่นชมผู้ดูแล และประเมิน 2 Q Plus ญาติผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ
2. แนะนำให้พี่น้องหรือญาติมาผลัดเปลี่ยนบ้างถ้ารู้สึกเหนื่อยล้ามาก ถ้าเป็นไปได้อาจจ้างผู้อื่นให้มาทำหน้าที่ดูแลชั่วคราวเป็นครั้ง ๆ ไป เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีเวลาพักผ่อนหรือทำธุระส่วนตัวบ้าง
3. แนะนำให้แบ่งหน้าที่ด้านต่าง ๆ ให้ญาติพี่น้องคนอื่นได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกันบ้าง เช่น ภาระค่าใช้จ่ายในบ้าน การทำความสะอาดบ้าน หรือหน้าที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล
4. แนะนำให้หาเวลาพักผ่อนไปทำกิจกรรมที่ตนเองชอบบ้างเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์เล่นโซเชียลเน็ตเวิร์ค การดูคลิปวิดีโอสนุกสนานผ่อนคลาย สร้างความเพลิดเพลิน
5. พุดคุยพบปะสังสรรค์ เข้าสังคมบ้าง ไปนอกบ้านบ้าง นอกจากบรรเทาความเครียดแล้วอาจได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาของตนเองได้
6. แนะนำให้ดูแลรักษาสุขภาพกายของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ ไม่ขาดยาโรคความดันโลหิตสูงของตนเองที่ต้องรับประทานเป็นประจำ
7. ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลที่รับผิดชอบเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และอสม. หรือส่วนท้องถิ่นช่วยบรรเทาปัญหา หรือเข้าช่วยเหลือเมื่อจำเป็น เช่น ดูแลจัดบ้าน เครื่องใช้ที่จำเป็นต่าง ๆ ปลั๊กไฟ และอุปกรณ์การแพทย์ ได้แก่ เตียงเฟาเลอร์ ที่นอนเจล ถุงขยะติดเชื้อ แอลกอฮอล์ให้แก่ผู้ป่วยทั้ง 2 คนที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความสะดวกลดความยุ่งยากเหนื่อยล้าลง
7. แนะนำผู้เกี่ยวข้องที่สามารถช่วยเหลือการดูแลของญาติได้ เช่น หมายเลขโทรศัพท์ผู้รับแจ้งดูแลผู้ป่วยติดเตียง หมายเลขโทรศัพท์ EMS 1669 และหมายเลขโทรศัพท์ส่วนท้องถิ่น หน่วยกู้ชีพฉุกเฉินห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลคลองใหญ่
8. ให้กำลังใจให้ญาติให้ดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำของพยาบาลและแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยภายในบ้านหลังนี้ลงได้

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจมากขึ้น มีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น ประเมิน 2 Q Plus แล้ว Positive จึงประเมิน 9 Q ได้ 4 คะแนน ไม่มีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย มีเพียงความเครียดเท่านั้น การพบกันครั้งที่ 4 ญาติบอกว่ามีพยาบาลลงเยี่ยมบ้านแล้ว และสามารถติดต่อพยาบาลและหรือ อสม. ที่รับผิดชอบทางไลน์ แอปพลิเคชันได้ตลอดเวลาจึงรู้สึกสบายใจมากขึ้น นอกจากนั้นอาการของผู้ป่วยก็ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลลดภาระการดูแลลงได้ความเครียดลดลง

วันที่รับไว้ในความดูแล ครั้งที่ 3 (วันที่ 8 กันยายน 2566)

ผู้ป่วยมาโดยรถนั่ง ใบหน้าและลำตัวไม่บวม ขา บวมกดบวม 1+ หลังเท้าถึงกลางหน้าแข้ง ปัสสาวะออกดี ยังคงนอนราบไม่ได้ นอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศาบนเตียง Fowler ไมไ่มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ผู้ป่วยบอกว่าอาการโดยรวมดีขึ้น เหนื่อยเมื่อต้องออกแรงทำกิจกรรม เช่น เดินเข้าห้องน้ำ แต่เหนื่อยน้อยลง

ยังคงรับประทานอาหารเช้าก่อนข้างน้อย น้ำหนัก 71 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.3 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที่ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) 98% ระดับน้ำตาลในเลือด 127 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไม่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการชนิดอื่น และยาที่ได้รับในครั้งที่ 3 นี้ยังเป็นยาเดิมขนาดเดิม ขนาดและวิธีใช้คงเดิม พยาบาลติดตามปัญหาจากการพยาบาลครั้งที่ผ่านมามาพบปัญหาเพิ่มเติม คือ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7. เสี่ยงต่ออุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่เหนื่อยง่าย ปวดเข่าและน้ำหนักตัวมาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ตอนนี่เริ่มเดินไปห้องน้ำได้เอง เหนื่อยง่าย แต่เหนื่อยน้อยลง แต่เดินบ่อย ๆ ก็ปวดเข่าและกลัวล้มด้วย”
- 2.ญาติบอกว่า “หมอเคยบอกว่าแม่เป็นโรคเข่าเสื่อม แล้วแม่ก็อ้วนมาก ก็เลยยิ่งทำให้เดินลำบาก”
3. สังเกตพบเข่าทั้ง 2 ข้าง ของผู้ป่วยโก่งงอ กล้ามเนื้อขาอ่อนแอลีบกว่าคนทั่วไป
4. ผู้ป่วยน้ำหนัก 71 กิโลกรัม สูง 140 เซนติเมตร (BMI 36.22 กิโลกรัม/เมตร²) อ้วนระดับ 3

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลผู้ช่วยนอกประสานส่งข้อมูลให้พยาบาลเยี่ยมบ้านร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยออกแบบจัดบ้านให้เหมาะสม มีอุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุ มีราวจับให้เดินในบริเวณที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวัน
2. ประสานงานเยี่ยมอุปกรณ์ช่วยเดินจากงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลคลองใหญ่ให้ผู้ป่วยได้ใช้งานที่บ้านเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
3. แนะนำญาติให้จัดสถานที่ให้ผู้ปวยนอนใกล้ส่วนของห้องน้ำ ทำความสะอาดพื้นห้องน้ำ ให้ไม่มีตะไคร่ คราบสบู่ แชมพูที่อาจทำให้ลื่น ปูผ้าอย่างกันลื่นป้องกันผู้ป่วยลื่นล้มในห้องน้ำ จัดหาอุปกรณ์ เช่น ติดกริ่งในห้องน้ำเรียกญาติให้มาช่วยเหลือและมาเผื่อระวังเมื่อห้องน้ำได้ ติดราวจับในห้องน้ำเพื่อให้ผู้ป่วยมีที่จับยึดเหนี่ยวป้องกันอุบัติเหตุ จัดเก็บข้าวของในบ้านไม่ขวางทางเดิน ไม่วางของหนักไว้นิที่สูงที่ผู้ป่วยต้องเอื้อมหยิบป้องกันสิ่งของพลัดตกกระแทกผู้ป่วย แนะนำติดตั้งไฟให้สว่างบริเวณทางเดินและบริเวณที่ผู้ป่วยต้องใช้งาน
4. แนะนำญาติให้ดูแลควบคุมปริมาณอาหารให้ผู้ป่วยเพื่อช่วยควบคุมน้ำหนัก หรือลดน้ำหนักเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าและควบคุมระดับน้ำตาล โดยให้รับประทานอาหารเช้าเพียงน้อยลงโดยจำกัดอยู่ 2 ทัพพีมาตรฐาน/มื้อ วันละ 3 มื้อ ลดอาหาร ผัดทอด อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ งดน้าหวาน ขนมหวาน แนะนำผลไม้รสหวานน้อยที่ไม่ส่งผลกระทบต่อโรคไต เช่น ชมพู แอปเปิ้ล ส้ม วันละ 6-8 ชิ้น พอดีคำ
5. ส่งพนักโภชนาการและนักกายภาพบำบัดเพื่อช่วยดูแลแนะนำและควบคุมปริมาณอาหาร แนะนำสอนการออกกำลังกาย สอนท่าบริหารเข่าที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยเพื่อช่วยลดอาการปวดเข่า ควบคุมหรือลดน้ำหนัก

การประเมินผลการพยาบาล

จัดให้ผู้ปวยนอนชั้นล่างของบ้านและอยู่ใกล้ห้องน้ำ ญาติได้ซื้อผ้าอย่างกันลื่นปูพื้นห้องน้ำ ทำราวเหล็กสำหรับยึดจับในห้องน้ำ ผู้ป่วยได้รับอุปกรณ์ช่วยเดิน คือ คอกกอลูมิเนียม 4 ขา (Walker Stick) จากงาน

กายภาพบำบัดโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม มีนัดพบนักโภชนาการและนักกายภาพบำบัด ในวันนัดครั้งต่อไป

วันที่รับไว้ในความดูแลครั้งที่ 4 (วันที่ 28 กันยายน 2566)

ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดีขึ้นมาก เหนื่อยน้อยลงทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น นอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศาบนเตียง Fowler อาการอ่อนเพลียลดลง บวมเฉพาะหลังเท้ากดบวม ระดับที่ 1+ ไบพัสผู้ป่วยมีความสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ไอ ไม่มีไข้ น้ำหนัก 70 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 125/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 61 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ไม่เหนื่อย ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) 98% ระดับน้ำตาล ในเลือด 111 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีผลตรวจเลือดที่ผิดปกติ คือ ค่า Creatinine 1.35 mg/dl และ BUN 42 mg/dl ยังสูงผิดปกติ มีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ค่า eGFR 40.1 mL/min/1.73m² ประเมินได้ว่าการทำหน้าที่ของไตดีขึ้น ซึ่งในครั้งนี้นอกจากผู้ป่วยจะได้รับยาเดิม ขนาดเดิมแล้ว แพทย์ยังเพิ่มยาเสริมวิตามิน B complex ให้รับประทาน 1 เม็ด 3 มื้อหลังอาหาร เพื่อช่วยบำรุงร่างกาย และส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดงด้วย จึงแนะนำการใช้ยาดังกล่าวและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยา เช่น ผื่นแดง คัน หรือ ตาตัวเหลือง ตับอักเสบ ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ครั้งนี้ไม่พบปัญหาทางการแพทย์เพิ่มเติม แต่ยังคงพบอาการบวมเฉพาะหลังเท้ากดบวมระดับ 1+ จึงทบทวนเรื่องการจำกัดน้ำ การลดเค็ม ลดโซเดียม การรับประทานยาขับปัสสาวะ จึงเปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาความไม่เข้าใจต่างๆ ปรับคำแนะนำต่างๆให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ พร้อมทั้งชื่นชมในสิ่งที่ปฏิบัติได้ดีแล้ว ทุกข้อวินิจฉัยทางการแพทย์บรรลุดูประสงคทั้งหมดไม่พบข้อวินิจฉัยใหม่ นัดติดตามอาการต่ออีก 1 ครั้ง

วันที่รับไว้ในความดูแลครั้งที่ 5

ผู้ป่วยรู้สึกว่าการดีขึ้นจนเป็นปกติ ไม่เหนื่อยเลย สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสทั้งผู้ป่วยและญาติ ยังนอนศีรษะสูงเล็กน้อย บนเตียง Fowler เพราะรู้สึกสบายดีทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น ไม่อ่อนเพลียรับประทานอาหารได้พอ ๆ เดิมผู้ป่วยบอกว่ายังรู้สึกเบื่ออาหารบ้างเล็กน้อย แต่พยาบาลสังเกตพบว่า ผู้ป่วยรับประทานข้าวราดแกงจนหมด 1 ถ้วย ไบพัส ลำตัว หลังเท้าไม่บวม ไม่ไอ ไม่มีไข้ น้ำหนัก 70 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 128/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) 98% ค่าน้ำตาลในเลือด 121 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ตรวจเลือดตามแผนการรักษาผลตรวจ ดังนี้ ค่าน้ำตาลสะสม HbA1c 4.8% ความเข้มข้นเลือดดีขึ้นซีดลดลง Hematocrit 32 % Biochemistry ค่า Creatinine 1.09 mg/dl อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ BUN 28 mg/dl ยังสูงผิดปกติ ซึ่งน่าจะเกิดจากการรับประทานโปรตีนคือไข่ขาวมากขึ้น จึงส่งพบนักโภชนาการ ดูแลเรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อไป อัตราการกรองของไตยังต่ำผิดปกติ ยังเป็น ไตวายเรื้อรัง แต่ฟื้นฟูขึ้นมาอยู่ในระดับ 3a โดยมีอัตราการกรองของไตอยู่ที่ eGFR 51.9 mL/min/1.73m² พยาบาลได้ให้การพยาบาลติดตามปัญหาต่าง ๆ ตั้งแต่การดูแลครั้งที่ผ่านมามีทั้งหมด พบว่า ทุกปัญหาบรรลุดูประสงคทางการแพทย์พยาบาลแล้ว ไม่พบปัญหาใหม่เพิ่มเติม จึงประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่าผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้น สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ญาติให้การดูแลจัดยา อาหาร ตามแนะนำของพยาบาลได้ดี จึงจำหน่ายออกจากการดูแลแบบการจัดการรายกรณีเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลทั้งหมด 35 วัน หลังจากนั้น ผู้ป่วยยังคงมีนัดที่คลินิกชะลอไตเสื่อม เบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลชุมชนต่อในวันที่ 18 มกราคม 2567

การนำไปใช้ประโยชน์



นำไปใช้เป็นคู่มือ แนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วมที่มารับบริการ ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนและ/หรือบุคลากรทางการพยาบาลทั่วไปได้นำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วมรายอื่น ๆ เพื่อช่วยสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้ป่วยต่อไป

ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วม ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ราย วันที่รับไว้ในความดูแล วันที่ 1 กันยายน 2566 วันที่จำหน่ายจากการดูแล วันที่ 5 ตุลาคม 2566 รวมเป็นระยะเวลา 35 วัน โดยให้การดูแลทั้งหมด 5 ครั้ง

เชิงคุณภาพ

ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและมีโรคร่วมเป็นภาวะชืดและมีโรคประจำตัวหลายโรค มีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรม บวมกดบ่มระดับ 2+ จึงได้ให้การพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหา ใช้ทักษะในการประเมิน การวางแผนการพยาบาล ลงมือให้การพยาบาลแก้ปัญหา ทั้งการบำบัด รักษา ป้องกันฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนแบบองค์รวม โดยได้รับความร่วมมือญาติผู้ดูแล และสหวิชาชีพที่ได้รับการประสานงาน จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงดีขึ้นตามลำดับ และแม้ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะชืดจากการขาดธาตุเหล็กรวมทั้งโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคซึมเศร้า ไตวายเรื้อรังจะไม่หายไป แต่ก็สามารถควบคุมโรคให้สงบได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้

เอกสารอ้างอิง

- ณรงค์กร ชัยวงศ์. (2566). เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบเลือด. <http://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/7829>
- ปิยธิดา ชุมนุมศิริวัฒน์. (2564). ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron deficiency anemia) มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/262_2021-01-14.pdf
- ปิยภัทร ชุณหรัศม์, อธิภัทร ยิ่งชนม์เจริญ และระพีพล กุญชร ณ อยุธยา. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแล รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562 (Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 Heart Failure Guideline). สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. กรุงเทพมหานคร: เนคสเทป ดีไซน์
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์
- รพีพรรณ อภิรัตน์. (2560). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจ และทรวงอก, 28(2), 2-15.
- รังสฤษฏ์ กาญจนวณิช และอรินทยา พรหมนิธิกุล. (2558). คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบ บูรณาการ Comprehensive Heart Failure Management Program (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์ เมดิคัล.
- วรวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุกภาพ และวลัยนารี พรหมลา. (2564). บทบาทพยาบาลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้. วารสารศุนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 15 ฉบับที่ 38 กันยายน-ธันวาคม 2564
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม): ศรีเมืองการพิมพ์
- สาวิตรี สิงหา. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า Nursing of the Elderly with Depression วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2559
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3 หน้าที่ 73-83
- อรวิกาญจน์ ชัยมงคล, ศรีัญญา ภูวนันท์ และศุทธิจิต ภูมิวัฒน์. (2565). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ณ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก. วารสารการพยาบาล ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2565