

การพยาบาลผู้ป่วยลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม: กรณีศึกษา Nursing Care for Patients with Chronic Thromboembolism pulmonary hypertension and Heart Failure According to Orem's Self-Care Framework: Case Study

วรัญช์รัช โชติตันติไพศาล
สถาบันโรคทรวงอก
กรมการแพทย์

Warunrat Chottuntiphisan
Central Chest Institute of Thailand,
Department of Medical Services

DOI: 10.14456/jrpsi.2024.3

Received: September 11, 2024 | Revised: December 6, 2024 | Accepted: December 11, 2024

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 49 ปี มีอาการเหนื่อยง่ายเป็นๆ หายๆ มาหลายปี ระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล 3 ทฤษฎีย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง 2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล กรณีศึกษานี้ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่านได้เรียนรู้และเข้าใจถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม โดยเฉพาะทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง และต้องการการดูแลเฉพาะทางจากพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

จุดเน้นทางการพยาบาล คือ กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างละเอียดและรอบคอบ 2) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย 3) การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 4) การดูแลแบบองค์รวมโดยให้ความสำคัญกับปัจจัยทางกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่ครอบคลุมและเหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความพร้อมในการดูแลตนเองและจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยพบปัญหาหลายด้าน เช่น การรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสม และการปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลในการปรับปรุงความพร้อมเหล่านี้ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีความสุข และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากกลับบ้าน การนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและมีเป้าหมายชัดเจน

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคของตนเอง และสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน
จึงเป็นการพัฒนาทักษะการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

ติดต่อผู้พิมพ์: วลัยรัชช์ โชติตันติไพศาล

อีเมล: nanchachat14@gmail.com

คำสำคัญ: ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรัง, ภาวะหัวใจล้มเหลว, ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

Abstract

This case study focuses on a 49-year-old Thai male patient with a history of chronic shortness of breath who received care through the application of Orem's nursing theory framework, which comprises three interrelated sub-theories: 1) the self-care theory, 2) the self-care deficit theory, and 3) the nursing systems theory. The objective of this study was to facilitate understanding and application of Orem's nursing theory, with particular emphasis on the self-care deficit theory, in managing patients with chronic conditions who require specialized nursing care. The goal was to achieve optimal nursing outcomes and improve the patient's self-care abilities prior to discharge.

The nursing process involved four key steps: 1) a comprehensive assessment of the patient's self-care deficits, 2) the formulation of an individualized nursing care plan based on Orem's theoretical framework, 3) the promotion of the patient's self-care capabilities, and 4) the provision of holistic care that addresses the patient's physical, psychological, and social needs.

The results of the care demonstrated that the patient acknowledged his self-care limitations and accepted assistance from the nurse. This support facilitated the resolution of issues such as proper nutrition, hydration, and adherence to the treatment plan. With guidance, the patient was able to enhance his self-care abilities, leading to an improvement in quality of life and overall satisfaction upon discharge. By applying Orem's theory, the nurse was able to develop a structured care plan, foster the patient's understanding of his condition, and ensure adherence to the prescribed treatment regimen. This approach not only enhanced nursing practice but also contributed to the long-term well-being of the patient with a chronic condition.

Corresponding Author: Warunrat Chottuntiphisan

E-mail: nanchachat14@gmail.com

Keywords: Chronic thromboembolic pulmonary hypertension (CTEPH), Heart Failure, Orem's Self-Care Theory.

สถานการณ์โรค

ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรัง (Chronic thromboembolic pulmonary hypertension: CTEPH) เป็นสาเหตุของภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงในกลุ่มที่ 4⁽¹⁾ การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง ตามลักษณะทางคลินิกสามารถแบ่งออกได้ 5 กลุ่ม⁽²⁾ ดังนี้ 1) ภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง (Pulmonary arterial hypertension; PAH) สาเหตุของภาวะนี้อาจเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic pulmonary arterial hypertension) 2) ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงที่เกิดจากโรคหัวใจ (Pulmonary hypertension due to heart disease) 3) ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงเกิดร่วมกับโรคปอดและภาวะพร่องออกซิเจน (Pulmonary hypertension due to lung disease and/or hypoxia) โรคปอดอาจทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สในปอดมีความผิดปกติอย่างรุนแรง จนทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน 4) ภาวะที่มีความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรัง (Pulmonary hypertension due to pulmonary artery obstructions; chronic thromboembolic pulmonary hypertension: CTEPH) เป็นภาวะขัดขวางการไหลเวียนของเลือดหรือทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง ภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง กลุ่มนี้มีโอกาสรักษาให้หายหรือดีขึ้นได้หากได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างเหมาะสม 5) ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงจากสาเหตุอื่น (Pulmonary hypertension with unclear and/or multifactorial mechanisms) โรคและความผิดปกติอื่นที่ทำให้เกิดภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง

ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรัง (Chronic thromboembolic pulmonary hypertension: CTEPH) อุบัติการณ์ของภาวะนี้พบประมาณร้อยละ 0.1-9.1 หลังเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน และบางการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ประมาณ 5 คนต่อประชากร 1,000,000 คนต่อปี⁽³⁾ ในปัจจุบันการเกิดของภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรังนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก⁽³⁾ คือ เกิดจากการอุดตันเรื้อรังของหลอดเลือดแดงใหญ่ (Major vessel disease) ร่วมกับพยาธิสภาพของหลอดเลือดขนาดเล็ก (Small vessel arteriopathy) มีความชุกประมาณ 43 รายต่อประชากร 1 ล้านคน⁽⁴⁾ โดยผู้ป่วยร้อยละ 25-50 อาจไม่มีประวัติเป็นลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดแบบเฉียบพลัน (Acute pulmonary embolism) นำมาก่อนได้ ซึ่งภาวะนี้ส่งผลให้หัวใจห้องขวาท้องทำงานหนักขึ้น การแลกเปลี่ยนออกซิเจนและสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้น้อยลง มีอาการเหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เหมือนเดิม หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว⁽⁵⁾ ภาวะนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด (Pulmonary endarterectomy; PEA) เป็นการผ่าตัดเปิดหัวใจเพื่อลอกเอาผนังหลอดเลือดแดงปอดออกมาพร้อมกับลิ่มเลือดเรื้อรัง⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดแดงในปอดนำไปสู่ภาวะหัวใจด้านขวาล้มเหลวและเสียชีวิต⁽³⁾

ภาวะหัวใจล้มเหลวมีพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น ทำให้อาการและอาการแสดงของโรครุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เช่น หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย บวม⁽⁷⁾ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและแผนกฉุกเฉินบ่อยครั้ง⁽⁸⁾ และมีอัตราการเสียชีวิตสูง⁽⁹⁾ การศึกษาในโครงการ THAI-ADHERE Registry พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ⁽¹⁰⁾ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐาน 7.5 วัน อัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวพบ ร้อยละ 10 ต่อปี

และร้อยละ 50 เสียชีวิตภายใน 5 ปี หลังได้รับการวินิจฉัยโรค⁽¹⁰⁾ ภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมถอยด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁽⁹⁾ ปัจจัยที่มีความสำคัญในการชะลอการดำเนินของโรค ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การดูแลตนเอง⁽¹¹⁾ การดูแลตนเองเป็นการกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุก ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้น เป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จิตใจ⁽¹²⁾

มีการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วย CTEPH ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคของตนเองมากขึ้น สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา และลดความเสี่ยงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้⁽¹³⁾ งานวิจัยหลายงานที่ชี้ให้เห็นว่า การใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจล้มเหลว หรือโรคปอดเรื้อรัง ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากพยาบาลมุ่งเน้นการประเมินปัญหาอย่างเป็นระบบ และจัดการปัญหาความพร้อมอย่างเหมาะสม⁽¹⁴⁾ สถาบันโรคทรวงอกให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ จากสถิติผู้ป่วยลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรังที่เข้ามารักษาพบได้ค่อนข้างน้อย สถิติสถาบันโรคทรวงอกในปี 2564 ถึง 2566 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญนำเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ ภาวะหัวใจล้มเหลว มีจำนวน 1,424 ราย 1,422 ราย และ 1,419 ราย ตามลำดับ⁽¹⁵⁾ หนึ่งในนั้นมีลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรังเป็นโรคร่วม อย่างไรก็ตามภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรัง (CTEPH) ซึ่งเป็นภาวะที่ซับซ้อนและมักเป็นสาเหตุสำคัญของความดันหลอดเลือดปอดสูงในกลุ่มที่ 4 พบได้น้อยมากในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีรายงานผู้ป่วย CTEPH ที่เข้ารับการรักษาเพียง 1-2 ราย เท่านั้น⁽¹⁵⁾ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการวินิจฉัยและการดูแลรักษาโรคนี้ ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับ CTEPH ทั้งในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย เนื่องจากภาวะนี้อาจถูกมองข้ามหรือเข้าใจผิดว่าเป็นเพียงภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วไป การประยุกต์ใช้แนวคิด การดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็ม จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาว

การพยาบาลผู้ป่วยลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ซึ่งได้เลือกใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยเน้นการฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย CTEPH และภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากอาการเหนื่อยง่ายและการทำงานของหัวใจที่ลดลง ทฤษฎีของโอเร็มจะช่วยประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และระบุข้อพร่องที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล ส่งเสริมความรู้ และทักษะผู้ป่วย เน้นการให้ความรู้การฝึกทักษะ และการเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีการดูแลแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคเรื้อรัง การพยาบาลจึงไม่ใช่แค่การรักษาอาการทางกายเท่านั้น แต่รวมถึงการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลเป็นขั้นตอนมีเป้าหมายชัดเจน ช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพ

และเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังจำหน่าย และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ผู้ศึกษาได้ศึกษาและพัฒนาแนวทางการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อตุดก้นหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ซับซ้อนต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อตุดก้นหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อตุดก้นหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว :กรณีศึกษา

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อตุดก้นหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในอายุรกรรม
2. รวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยตามระบบ และข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาล
3. ศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจากตำรา งานวิจัย บทความวิชาการ วารสารทางการแพทย์ และพยาบาล และฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์
4. ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางแผนโดยสอดคล้องกับทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม และประเมินผลตามแผนการรักษา
5. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะกับญาติและผู้ป่วย
6. นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษา เขียนเรียบเรียงผลงานวิชาการจัดทำเป็นเอกสารนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน
7. เรียบเรียงเนื้อหาพัฒนาตามข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นการพัฒนาการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลคนไข้

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี สถานภาพสมรส หม้าย มีบุตรชาย 1 คน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ น้ำหนัก 109 กิโลกรัม ส่วนสูง 181 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 33.3 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ภาวะอ้วน ระดับที่ 1 การศึกษา จบชั้นมัธยมศึกษา อาชีพเคยทำงานขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง และรับเหมาก่อสร้าง ปัจจุบันว่างงานมานาน 5 ปี ไม่มีรายได้ สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่อยู่ ตำบลบางปรอก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

ประวัติความเจ็บปวด

อาการสำคัญ: เหนื่อย นอนราบไม่ได้ ขาบวมกดบ่มระดับ 2-3 ก่อนมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (History of the present illness)

- 4 ปี ก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มมีอาการเหนื่อย ไปตรวจที่โรงพยาบาลแพทย์แจ้งว่า มีภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism) รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด วาร์ฟาริน (Warfarin) รับการรักษาที่โรงพยาบาลจนอาการดีขึ้น ไม่ได้รับประทานวาร์ฟารินต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าหายดีแล้ว

- 3 ปีก่อน มีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง แพทย์แจ้งว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic stroke) รักษาที่โรงพยาบาล ปัจจุบันอาการฟื้นฟูล้มกลับมาปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง แต่พบว่าอาการเหนื่อยง่ายไม่ดีขึ้น เข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำท่วมปอด 3-4 ครั้งต่อปี แพทย์ทำอัลตราซาวด์หัวใจพบว่า การบีบตัวของหัวใจปกติ แต่พบว่า มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง (Pulmonary arterial hypertension: PAH) จึงส่งตัวรักษาต่อ

- 1 ปีก่อน ผู้ป่วยมาตรวจตามใบส่งตัวที่แผนกผู้ป่วยนอก มีอาการเหนื่อยง่าย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้น้อยกว่าปกติ อ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก แต่เมื่อพักแล้วดีขึ้น ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว เท่ากับ 92 % บวมทั่วตัว ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงถึงภาวะหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว (Atrial fibrillation) อัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 78 ครั้งต่อนาที ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest x-ray) พบว่าหัวใจโต (Cardiomegaly) และมีภาวะน้ำคั่งในปอด (Pulmonary congestion) รับเข้ารักษา แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ขณะนอนโรงพยาบาลได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- 2 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย นอนราบไม่ได้ นอนหนุนหมอน 2 ใบ เจ็บตื้อๆ หน้าอกด้านซ้าย ขาบวม กดบ่มระดับ 2-3 จึงไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่า มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้รับยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ รับการรักษาด้วยจนอาการทุเลา แพทย์ให้กลับบ้าน และเขียนใบส่งตัว ให้มารับการรักษาต่อ

- วันนี้ (14 มีนาคม 2566) มาตรวจตามหนังสือส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัด ยังมีอาการเหนื่อย อัตราการหายใจเท่ากับ 24 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้วเท่ากับ 92% ใช้ออกซิเจน ช่วยในการหายใจ 3 LPM ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้วเท่ากับ 97% นอนหนุนหมอน 2 ใบ ปัสสาวะปกติ ออกประมาณ 1,000 มิลลิลิตร สีเหลืองอ่อนใส ไม่ขุ่น ขาบวมกดบ่มระดับ 2-3 ไม่มีใจสั่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงถึงภาวะหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว (Atrial fibrillation; AF) อัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 74 ครั้ง/นาที ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest x-ray) พบว่า หัวใจโต (Cardiomegaly) และมีภาวะน้ำคั่งในปอด (Pulmonary congestion) แพทย์ให้นอนพักรักษา ในโรงพยาบาล วินิจฉัยว่า มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (History of the past illness) โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลปทุมธานี เมื่อปี 2561 อย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันไม่มีแขนขาอ่อนแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ โรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง

ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว (Family history) ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บันทึกเวชกรรม

การตรวจร่างกายตามระบบที่ผิดปกติ (Physical examination)

ทรวงอกและปอด: ลักษณะการหายใจมีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย ไม่พบการใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 24-26 ครั้งต่อนาที ฟังเสียงปอดพบเสียง Crepitation at LLL คลำไม่พบก้อน เคาะปอดได้ยินเสียง Resonance ทั้งสองข้าง

ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต: ประเมินความดันในหลอดเลือดดำที่คอขณะผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา พบเส้นเลือดดำที่คอโป่ง ดูเลือดดำ Jugular พบว่า มีความดันสูงเหนือมุมกระดูกสันอก (Sterna angle) เกิน 2 ซม. ฟังเสียงหัวใจปกติ ไม่พบเสียงฟู่ (Normal S1, S2, no murmurs) ได้ยินเสียงควบ 3 จังหวะ ไม่สม่ำเสมอ (Right ventricular gallop) อัตราการเต้นหัวใจเท่ากับ 76 ครั้ง/นาที คลำพบฝ่ามือยกขึ้น (Heave) มีหัวใจโต

ระบบทางเดินอาหาร: หน้าท้องโป่งนูน ฟังเสียงลำไส้เคลื่อนไหว 8 ครั้ง/นาที ไม่ได้ยินเสียง Vascular sounds เคาะพบ Shifting dullness มี Ascites คลำพบตับโต ประมาณ 2 Fingerbreadth กดไม่เจ็บ ไม่พบก้นลมเหนือหน้าท้องเกร็งตัว คลำม้ามไม่โต

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ: wbc 4,140 cell/cu.mm, INR 1.63, magnesium 1.7, SGOT 39, direct bilirubin 5.62, total bilirubin 8.1, bun 23.2, creatinine 1.47, NT-Pro BNP 4,459

ผลการตรวจพิเศษ (Investigation)

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 Lead) วันที่ 14 มีนาคม 2566 : อัตราการเต้นของหัวใจ เท่ากับ 82 ครั้งต่อนาที จังหวะไม่สม่ำเสมอ

ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest x-ray) วันที่ 14 มีนาคม 2566 : ปริมาตรปอดปกติ ไม่มีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจเล็กน้อย มีหัวใจโต วันที่ 19 มีนาคม 2566 : ปริมาตรปอดปกติ ไม่มีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ไม่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด มีหัวใจโต (Normal lung volume, No pneumothorax or pleural effusion, Cardiomegaly)

การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดอาหาร (Transesophageal echocardiogram) วันที่ 18 มีนาคม 2566 : ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ 60% พบภาวะลิ้นหัวใจไตรคัสปิดรั่วระดับรุนแรง (Severe TR) พบลิ้มเลือดขนาด 3.10 cm ที่หลอดเลือดแดงพัลโมนารีด้านขวา

การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดปอด (Computer tomography pulmonary angiography: CTPA) วันที่ 11 มกราคม 2566 : พบลิ้มเลือดอุดตันในปอดเรื้อรัง ตรงบริเวณหลอดเลือดแดงใหญ่พัลโมนารีซึ่งบ่งชี้ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงจากลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงเรื้อรัง และพบภาวะความดันหลอดเลือดแดงในปอดสูง ร่วมกับมีภาวะหัวใจโต ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีน้ำคั่งในช่องท้อง

ลักษณะทางเวชกรรม

ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงจากลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงเป็นภาวะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่อยู่ในหลอดเลือดแดงที่ปอด

การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งและหนาขึ้นอาจมีเนื้อเยื่อส่วนเกินก่อตัวขึ้น และหลอดเลือดอาจจะมีการตีง ไม่มีการยืดหยุ่นหรือการอักเสบติดเชื่อ การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงในปอดอาจส่งผลต่อการลดหรือขัดขวางการไหลเวียนของเลือดผ่านหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนได้ยากขึ้น และเพิ่มระดับความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงในปอดสูงขึ้น ในขณะเดียวกันจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์อาจก่อให้เกิดหลอดเลือดบริเวณนั้นมีการอักเสบหรือการติดเชื่อแบบเรื้อรัง ส่งผลให้ร่างกายมีการเพิ่มของเอนไซม์หรือโปรตีน C-reactive protein, Monocyte chemotactic protein-1, Tumor necrosis factor (TNF)- α และ Interferon- γ induced protein-10 ไปขัดขวางกระบวนการสลายลิ่มเลือด ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด Pulmonary artery⁽³⁾ ทำให้พื้นที่หลอดเลือดมีขนาดเล็กลงส่งผลให้ Pulmonary vascular resistance เพิ่มขึ้นทำให้ Afterload ของหัวใจห้องล่างขวาสูงขึ้น หัวใจห้องล่างขวาขยายตัวผิดปกติ เกิดภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลว และส่งผลให้ Cardiac output ลดลง การเพิ่มความตึงในผนังหัวใจห้องล่างขวา (rv wall tension) ส่งผลกดเบียดหลอดเลือดหัวใจด้านขวา (Right coronary artery) ทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างขวาขาดเลือดได้ นอกจากนี้หัวใจห้องล่างขวาที่ขยายตัวผิดปกติทำให้ผนังกันหัวใจห้องล่างถูกกดและเบียดไปทางหัวใจห้องล่างซ้ายส่งผลให้การขยายตัวรับเลือดของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ (Left ventricular diastolic dysfunction) และทำให้การขยายรับเลือดได้ลดลงทำให้ Cardiac output ลดลง เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ ในขณะเดียวกันเมื่อร่างกายอยู่ในภาวะที่มีความดันหลอดเลือดปอดสูงแบบเรื้อรังเป็นเวลานาน ปริมาณการไหลเวียนเลือดจากหัวใจเข้าสู่ปอดจะลดลง ทำให้เกิดแรงต้านในหัวใจห้องล่างขวาสูง กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นในการบีบเลือดเข้าสู่ปอดจนทำให้กล้ามเนื้อผนังหัวใจห้องล่างขวานหนา ส่งผลให้หัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว (Right-sided heart failure) โดยปกติหัวใจห้องล่างขวาทำหน้าที่รับเลือดจากร่างกายส่งไปยังปอด หากเกิดภาวะนี้จะทำให้ของเหลวในร่างกายคั่งเกิดการบวมของเท้า ตับโต แน่นท้อง เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นผลเสียทำให้ผู้ป่วยมีอาการหัวใจล้มเหลวแย่ง เวลาผ่านไปอาจเกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้

มโนทัศน์หลักในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

แนวคิดทฤษฎีของโอเร็มมี 6 มโนทัศน์หลัก ประกอบด้วย การดูแลตนเอง (Self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) โดยทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มแบ่งเป็น 3 ทฤษฎีย่อยที่มีความสัมพันธ์กัน⁽¹⁵⁾ ได้แก่ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) 2) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) เป็นทฤษฎีที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เพื่อสงวนและคงไว้ระหว่างเงื่อนไขต่างๆ ทางด้านพัฒนาการ และการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยมีมโนทัศน์ที่สำคัญ⁽¹⁶⁾ ได้แก่ การดูแลตนเอง (Self-care) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) ความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการพยาบาลช่วยเหลือในการดูแล แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมี 3 แบบ คือ 1) ความต้องการที่สมดุล 2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ 3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ ในความสัมพันธ์ของสองรูปแบบแรกนั้นถือว่า ไม่มีภาวะพร่อง (No deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่สามเป็นความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเป็น ได้ทั้งความพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) โดยมีมีโนทัศน์ที่สำคัญ 2 มีโนทัศน์ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และระบบการพยาบาล (Nursing system) ซึ่งระบบการพยาบาลเป็นการออกแบบและการจัดกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งระบบการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้ คือ ระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการณ์ดูแลตนเอง

กรณีศึกษาใช้ทฤษฎีการพยาบาลความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit nursing theory) ของโอเร็ม⁽¹²⁾ เป็นกรอบแนวคิดการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี หากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) บุคคลจะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) และต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล พยาบาลจะใช้ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ช่วยเหลือโดยการจัดระบบการพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive nursing system) เป็นระบบที่เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล⁽¹⁷⁾

เมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการพยาบาลช่วยเหลือในการดูแล แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าว มี 3 แบบ คือ 1) ความต้องการที่สมดุล 2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ 3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ ในความสัมพันธ์ของสองรูปแบบแรกนั้นถือว่า ไม่มีภาวะพร่อง (No deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่สามเป็นความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งความพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด

การดำเนินโรค

ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self – care requisites)

ความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัย เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้น้อย จึงต้องพึ่งพิงครอบครัว

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร่องในเรื่องความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัย ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตคือ การเจ็บป่วยที่ต้องเข้าโรงพยาบาล การรักษาที่ต้องได้รับ และความเปลี่ยนแปลงเมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านหลังการเจ็บป่วย ความต้องการในวัยผู้ใหญ่ที่คาดหวังเรื่องสุขภาพแข็งแรง อาจไม่สมหวัง

ที่คาดหวังไว้ การใช้ชีวิตที่บ้านหลังจากการเจ็บป่วยจึงมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งคาดหวังว่าตนเองจะต้องปรับตัวได้
สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self – care requisites)

ด้านความรู้ ความสนใจต่อโรคและผลกระทบต่อโรคเอง : ผู้ป่วยมีความสนใจต่อโรคไม่เหมาะสม เช่น ไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องคุมอาหาร เพราะคิดเองว่าอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม หรือล้มการรับประทานยาบางครั้ง

สรุป : ผู้ป่วยมีพ้องความรู้ มีความต้องการการส่งเสริมเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และป้องกันโรค

: การควบคุมเรื่องการรับประทานอาหารที่บางครั้งชอบรับประทานอาหารที่ชอบ ซึ่งไม่เหมาะสมกับโรค และการควบคุมด้านกิจกรรมที่ใช้แรงบางครั้งที่ไม่ถูกต้อง การฟื้นฟูและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยังมีความพ้องเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

สรุป : ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และการป้องกันโรค

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวินิจฉัยปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วย

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียงเล็กน้อย หายใจเหนื่อย นอนศีรษะสูง 45 องศา ใส่ออกซิเจนทางจมูก (Oxygen cannula) 3LPM อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที หัวใจเต้นจังหวะสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/89 mmHg, SpO2 97-100% ไม่มีอาการใจสั่น ปลายมือปลายเท้าอุ่นทั้งสองข้าง แพทย์วินิจฉัยว่า ความดันหลอดเลือดปอดสูงจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดง ปอดเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว และได้ทำการรักษาด้วยการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาขับปัสสาวะร่วมด้วย อาการผู้ป่วยทุเลาลง อาการเหนื่อยลดลง ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการประเมินผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวพ้องออกซิเจน มีความพร้อมในการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ มีความพร้อมในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำที่เหมาะสม และได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติจากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัย ผู้ป่วยมีความพร้อมในเรื่องความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต พ้องความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และการป้องกันโรค มีความต้องการการส่งเสริมเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

การประเมินจากการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองมีน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดดังจะเห็นได้จาก

1. ผู้ป่วยบอกเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ต้องหนุนหมอนสูง 2-3 ใบ และมีอาการเหนื่อยเพิ่มมากขึ้น เมื่อทำกิจกรรม ทำให้มีโอกาสดังกล่าวพ้องออกซิเจน RR=24-26 ครั้ง/นาที, SpO2 92% ฟังเสียงลมผ่านปอด ได้ยินเสียง Crepitation บริเวณปอดทั้งสองข้าง CXR: pulmonary congestion การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดปอดพบก้อนลิ่มเลือดที่มีลักษณะผิดปกติ ตรงบริเวณ Main pulmonary artery และ พบการอุดตันหลอดเลือดแดงซึ่งบ่งชี้ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงเรื้อรัง และพบภาวะความดันหลอดเลือดแดงในปอดสูง การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ 60% พบภาวะล้นหัวใจไตรคัสปิดรั่วระดับรุนแรง พบลิ่มเลือดขนาด 3.10 เซนติเมตร ที่หลอดเลือดแดงพัลโมนารีด้านขวา

2. ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เริ่มมีอาการผิดปกติ ได้แก่ หลังจากนอนหลับไปแล้วจะตื่นขึ้นมาเหนื่อยหอบกลางดึก นอนราบไม่ได้ต้องหนุนหมอน 2-3 ใบ ยังรับประทานอาหารเช้าและลิ้มรับประทายาบางครั้ง มีความพร่องในการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ทำให้เกิดปัญหาในระบบการรักษาสสมดุลของร่างกายและการพักผ่อนตามมา ขาบวมกดบุ๋ม 2+ ทั้งสองข้าง บันทึกสารน้ำเข้าออก Intake=1,000 ซีซี, Output=500 ซีซี แผนการรักษา ได้ยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่าเป้าหมายการรักษา

3. ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว แต่ยังไม่มีความตระหนักในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุม การรับประทานอาหารเช้า ยังรับประทานอาหารเช้า และลิ้มรับประทายาบางครั้ง การควบคุมด้านกิจกรรม ที่ใช้แรงบางครั้งที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดปัญหามีอาการเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรม เช่น รับประทานอาหารเช้าหรือลูกนั่งปัสสาวะ เป็นต้น แต่จะไม่มีอาการขณะพัก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การใช้ชีวิตที่บ้านหลังจากการเจ็บป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งผู้ป่วยคาดหวังว่าตนเองจะต้องปรับตัวได้ ผู้ป่วยบอกมีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกแรง เดินได้ไม่ถึง 5 เมตรก็จะเหนื่อย ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและการดำเนินของโรคและแผนการรักษา ผู้ป่วยมีความสนใจต่อโรคอย่างไม่เหมาะสม เช่น ไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องคุมอาหาร ขอรับประทานอาหารที่ชอบซึ่งไม่เหมาะสมกับโรค เพราะคิดเองว่าอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง ยังไม่มีความรู้เพียงพอในการฟื้นฟูและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ยังไม่มีความรู้เพียงพอ มีความต้องการการส่งเสริมเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน จากการสอบถามผู้ป่วย บางวันซื้ออาหารทานเอง คุมอาหารเค็มยังไม่ได้ ขอรับประทานขนมกรุบกรอบ ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล และบอกว่ามีความวิตกกังวลเมื่อต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยสอบถามถึงอาการ การดำเนินโรค แนวทางในการรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยใน

ตารางที่ 1 การดูแลผู้ป่วยล้มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรังร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความพร่องในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็ม

การประเมิน	วางแผน/ ระบบพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
1. ผู้ป่วยเหนื่อย นอนราบไม่ได้ อ่อนเพลีย และเหนื่อยเพิ่มมากขึ้น เมื่อทำกิจกรรม อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที SpO2 92 % ฟังเสียงปอดพบเสียง crepitation CXR: pulmonary congestion ผลการตรวจ CTPA	ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธี - การชี้แนะให้แนวทาง - การสอน	1. ประเมินสัญญาณชีพและอาการ ซึ่งแสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน 2. ประเมินระดับ SpO2 อย่างน้อยทุก 4-8 ชั่วโมง โดยดูแลให้ได้รับออกซิเจน หากระดับ SpO2 ต่ำกว่า 95 % ให้ O ₂ Cannula 3LPM และรายงานแพทย์ 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงหรือทำ fowler's position และติดตามระดับค่า INR อย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วยสามารถสำรวจอาการผิดปกติของตนเอง ได้ถูกต้อง ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

การประเมิน	วางแผน/ ระบบพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
บ่งชี้ถึงภาวะ CTEPH พบหัวใจโต มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดทั้งสองข้าง และมีน้ำในช่องท้อง ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน จากภาวะหัวใจล้มเหลว		4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงลดปริมาณความต้องการออกซิเจนของร่างกาย 5. ดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา	ระดับ SpO2 เท่ากับ 96-97 % RR 18-22 ครั้ง/นาที่
2. นอนราบไม่ได้ ต้องหนุนหมอน 2-3 ใบ ขาบวม กดบวม 2+ ทั้งสองข้าง intake 1,000 มิลลิลิตร output 500 มิลลิลิตร ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยมีความพร่องในการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ทำให้เกิดปัญหาในระบบการรักษาสมดุลของร่างกาย	- ระบบทดแทนบางส่วน - ระบบสนับสนุน และให้ความรู้ด้วยวิธีการชี้แนะให้แนวทางการสอน 1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการติดตามปริมาณน้ำเข้าออกในร่างกาย 2. เน้นให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักทุกวัน การสังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำเกิน	1. ประเมินเสียงหายใจที่ผิดปกติ ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกตามแผนการรักษา เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะน้ำเกิน 2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการติดตามปริมาณน้ำเข้าออกในร่างกาย จำกัดปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน ไม่เกินวันละ 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน 3. ชั่งน้ำหนักทุกวัน จดบันทึก และสังเกตอาการที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำเกิน 4. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ทุก 8 ชั่วโมง หากพบปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ 5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา 6. ดูแลจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง 30-45 องศา	มีภาวะสมดุลของน้ำที่เข้าออกร่างกาย น้ำหนักตัวลดลง จากเดิม 69 กิโลกรัม เท่ากับ 66 กิโลกรัม
3. ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายเวลาออกแรง เดินได้ไม่ถึง 5 เมตร ยังรับประทานอาหารเค็ม และลิ้มรับประทานยาบางครั้ง	- ระบบทดแทนบางส่วน - ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธีการชี้แนะให้แนวทางการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม	1. ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และอาการเหนื่อย 2. ร่วมวางแผนกับผู้ป่วย และญาติ ถึงกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ และกิจกรรมใดไม่ควรปฏิบัติ	ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยหายใจได้ปกติ ไม่ต้องใส่ออกซิเจน ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

การประเมิน	วางแผน/ ระบบพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	การประเมินผล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยพร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การควบคุมด้านกิจกรรมที่ใช้แรงยังไม่ถูกต้อง มีอาการเหนื่อย เมื่อทำกิจกรรม	- การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนพัฒนาการ	3. จัดช่วงเวลาให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อน ช่วงระหว่างวันอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง สลับกับการทำกิจกรรม 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ และสารอาหารเหมาะสมเพียงพอกับความต้องการของร่างกายและสภาวะของโรค 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค และอาการตามการประเมิน	รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวลและบอกว่ามีความวิตกกังวลเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยสอบถามถึงอาการการดำเนินโรค แนวทางในการรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวลและบอกว่ามีความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	การวางแผน/ระบบพยาบาล - ระบบทดแทนบางส่วน - ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธี 1. การชี้แนะให้แนวทาง 2. การสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม	1. ประเมินสาเหตุของความวิตกกังวล และระดับความวิตกกังวล โดยการสังเกต พูดคุย ซักถาม และประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และรับฟังด้วยความจริงใจ หาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง 4. ดูแลอธิบายถึงการปฏิบัติตัวขณะเข้าพักในหอผู้ป่วยในอายุรกรรม แนะนำวิธีขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน 5. ดูแลอธิบายเหตุผลที่ต้องรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล วิธีการรักษา และความจำเป็นในการเฝ้าระวังและประเมินอาการอย่างใกล้ชิด 6. ดูแลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ความก้าวหน้าในการรักษา รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทางที่ดี เช่น สัญญาณชีพดีขึ้น ออกซิเจนในเลือดดีขึ้น เป็นต้น 7. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาคลายความวิตกกังวล	ผู้ป่วยมีความสนใจและมีความตั้งใจฟังคำแนะนำของพยาบาล สอบถามเป็นระยะๆ ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิดปกติของตนเองได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้เบื้องต้น แล้วยังต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมจากพยาบาล ผู้ป่วย และญาติมีสีหน้ายิ้มแย้ม พูดคุยเป็นกันเองกับพยาบาล ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการจัดการกับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ หากเกิดขึ้นที่บ้าน

วิจารณ์

กรณีศึกษาเป็นโรคภาวะความดันโลหิตเลือดปอดสูงจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงปอดเรื้อรัง ส่วนมากอาการของโรคมักจะไม่เฉพาะเจาะจง ในช่วงแรกอาจไม่มีอาการหรือมีอาการเหนื่อยแบบเรื้อรัง ต่อมาเมื่อโรคเป็นมากขึ้นก็จะมีอาการแสดงจากภาวะหัวใจข้างขวาล้มเหลว อาการที่พบได้ เช่น ขาบวมกดบวม เจ็บหน้าอกเวลาออกแรง มักมีสาเหตุมาจากภาวะความดันโลหิตเลือดปอดสูง และภาวะพร่องออกซิเจน จากโรคปอดทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สในปอดมีความผิดปกติจนทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันได้

จากการวิเคราะห์พยาธิสรีรวิทยาพบว่า สอดคล้องกับกรณีศึกษาทุกประการ แต่ในกรณีศึกษานี้ ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ เนื่องจากตำแหน่งของก้อนลิ่มเลือดที่ตรวจพบ ไม่อยู่ในตำแหน่งที่สามารถรักษา ด้วยการผ่าตัดได้ตามเกณฑ์ของ American college of chest physician 2016 จึงรักษาด้วยการใช้ยาเป็นหลัก ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล ในกรณีศึกษาผู้ป่วยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยที่ร่วมกับการใช้การพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบปัญหาได้แก่ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเอง มีความพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล เมื่อผู้ป่วยได้พยายาม ปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การทำกิจกรรมและการพักผ่อน หลังจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ได้รับจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนและหลัง จำหน่ายพบว่า ปัญหาเกี่ยวกับการพร่องความรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยยังต้องการคำแนะนำชี้แนะเพิ่มเติม มีการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่าย (ทางโทรศัพท์) 3 ครั้ง เพื่อติดตาม ประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองตามที่พยาบาล ให้คำแนะนำอย่างเคร่งครัด ทั้งในระยะที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะที่อยู่ที่บ้าน ยังไม่พบ ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ปัญหาเกี่ยวกับการพร่องความรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ ซึ่งได้รับการแก้ไขโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถ ดูแลตนเองที่บ้านได้ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วย สามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและเพิ่ม คุณภาพชีวิตในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ ควรมีการติดตามความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยและมีการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ที่ต่อเนื่อง ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Simonneau G, Montani D, Celermajer DS, Denton CP, Gatzoulis MA, Krowka M, et al. Hemodynamic definitions and updated clinical classification of pulmonary hypertension. *Eur Respir J*. 2019;53(1):1801913; doi. 10.1183/13993003.01913-2018
2. Kalyapreuk W. Pulmonary Veno-occlusive Disease. *Thai Journal of Tuberculosis Chest Diseases and Critical Care*. 2019;38(3):91-9. (in Thai)
3. Panyawachiraphon N. Chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *Thai Journal of Tuberculosis Chest Diseases and Critical Care*. 2017;36(2):69-78. (in Thai)
4. Gall H, Hoeper MM, Richter MJ, Cacheris W, Hinzmänn B, Mayer E. An epidemiological analysis of the burden of chronic thromboembolic pulmonary hypertension in the USA, Europe and Japan. *Eur Respir Rev*. 2017;26(143):160121. doi. 10.1183/16000617.0121-2016
5. Petchrat S, Duangduan S. Pulmonary artery hypertension in congenital heart disease [Internet]. Mueang Khon Kaen. Queen Sirikit Heart Center of the Northeast; 2017 [cited 2024 September 2] 73 p. Available from: <https://heart.kku.ac.th/images/PDF/conference/M-PAH.pdf> (in Thai)
6. Klamyusuk P, Pirompanich P. Pulmonary vasculitis mimicking CTEPH. In: Proceedings of the 2022 Annual Meeting “Paradigm Shift of Management in Post COVID Era”, The Thoracic Society of Thailand; 2022 Aug 25-27. *CIMjournal*. 2022. (in Thai)
7. Bozkurt B, Coats AJ, Tsutsui H, Abdelhamid M, Adamopoulos S, Albert N, et al. Universal definition and classification of heart failure: A report of the Heart Failure Society of America, Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, Japanese Heart Failure Society and writing committee of the universal definition of heart failure. *J Card Fail*. 2021;27(4):387-413.
8. Niklasson A, Maher J, Patil R, Sillén H, Chen J, Gwaltney C, et al. Living with heart failure: Patient experiences and implications for physical activity and daily living. *ESC Heart Failure*. 2022;9(2):1206-15.
9. Lee AA, Aikens JE, Janevic MR, Rosland AM, Piette JD. Functional support and burden among out-of-home supporters of heart failure patients with and without depression. *Health Psychol*. 2020;39(1):29-36.
10. Choonharasmith P, Yingchomcharoen T, Kunchorn Na Ayudhya R. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 heart failure guideline: recommendations for diagnosis and management. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. Samut Prakan: Nextstep Design; 2019. (in Thai)
11. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, et al. Self-care for

the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *J Am Heart Assoc.* 2017;6(9):e006997.

12. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. Louis: Mosby; 2001.
13. Dellafiore F, Arrigoni C, Riegel B. Connecting dots for framing health: the self-care process. In: *Guide for advanced nursing care of the adult with congenital heart disease*. Cham: Springer International Publishing; 2022. [cited 2024 September 2] 255-262 p.
14. Ghanbari-Afra L, Moradi T. Using Orem's self-care model to measure the quality of life of patients with heart failure: a systematic review. *Qom Univ Med Sci J.* 2023;16(11):858-67.
15. Medical Records Unit and Quality Center; Central Chest Institute of Thailand. *Heart failure patient statistics*. Nonthaburi: Medical Records Unit; 2023. (in Thai)
16. Ornan H. *Nursing process: theory into practice*. 2nd ed. Bangkok: Thanarun Printing; 2022. (in Thai)
17. Harnyut A. *Nursing process: Theory to practice*. 2nd ed. Bangkok: Thanarun Printing; 2022. (in Thai)