	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา		
	วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)	เอกสารหมายเลข : WI-YH-IPD-011	จัดทำเมื่อ : 31/03/2567
		ฉบับที่ : A วันที่ออกเอกสาร : 31/03/2567	แก้ไขครั้งที่ : 00 หน้าที่ : 1 ของ 9 หน้า

เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)

หน่วยงาน ผู้ป่วยในหญิง	กลุ่มงาน การพยาบาล
------------------------	--------------------

ระเบียบปฏิบัติงาน
เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยโรคภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)

ผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา

ผู้จัดทำเอกสาร

รชานา สออะ

(นางสาวรชานา สออะ)

พยาบาลวิชาชีพ

ผู้ทบทวนเอกสาร



(นางสาวมินตรา ทองธรรมชาติ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ผู้อนุมัติใช้



(นายทินกร บินหะย็อรัง)

ผอ.รพร.ยะหา

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

1.นโยบาย/วัตถุประสงค์

ลดการเสียชีวิตในโรคภาวะหัวใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องในการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล
2. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. คำจำกัดความ

(Definition) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) หมายถึง กลุ่มอาการ อาการแสดงออก รวมถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาที่เกิดจากภาวะผิดปกติในการทำงานของหัวใจ ให้หัวใจไม่สามารถส่งเลือดออกไปเลี้ยงร่างกายในอัตราที่เพียงพอต่อความต้องการของอวัยวะต่างๆ หรืออาจส่งไปเลี้ยงได้โดยการเพิ่มปริมาตรและแรงดันในการบรรจุเลือดที่สูงกว่าปกติ เมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว อาการแสดงออกล้วนเป็นผลมาจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง ผู้ป่วยจะมีภาวะการคั่งของเลือดในระบบการหมุนเวียนโลหิต(Pulmonary and Systemic Venous Congestion) จึงทำให้เรียกภาวะนี้ว่า “ภาวะหัวใจเลือดคั่ง” อัตราตายจากภาวะนี้โดยเฉลี่ย 20-50% ต่อปี โดยเฉพาะผู้ป่วยหนัก Functional Class 4 อาจตายสูงถึง 50% ใน 6 เดือน ดังนั้นการเข้าใจในกลไกการเกิดโรค การวินิจฉัยได้อย่างทันท่วงที เป็นพื้นฐานสำคัญในการรักษาโรคที่ถูกต้องต่อไปสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะหัวใจล้มเหลวการทำงานของหัวใจ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการคือ

- 1) ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจ
- 2) ภาระด้านหน้า (preload) หรือปริมาตรเลือด/ความดันในเวนตริเคิล เมื่อสิ้นสุดการคลายตัวของหัวใจ (ventricular end diastolic volume/pressure)
- 3) ภาระด้านหลัง (afterload) หรือความดันหรือแรงต้านทานการบีบตัวส่งเลือดออกของเวนตริเคิล
- 4) อัตราการเต้นของหัวใจ ดังนั้น การทำงานของหัวใจจะล้มเหลวได้เมื่อเกิดความผิดปกติในองค์ประกอบดังกล่าวกลไกการชดเชยที่เกิดขึ้น คือ

1. การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ (Increased heart rate) ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที เป็นผลผลิตของอัตราการเต้นของหัวใจและปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกในแต่ละครั้ง การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด จึงมีผลเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีได้ แต่การชดเชยด้วยอัตราการเต้นของหัวใจนี้มีขีดจำกัดและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อหัวใจจากเหตุผล 2 ประการคือ - เมื่อหัวใจเต้นเร็วมาก เวลาของการคลายตัวของหัวใจเพื่อให้เลือดเข้าหัวใจจะสั้นลงเลือดเข้าสู่หัวใจได้น้อย จึงออกจากหัวใจได้น้อยเช่นกัน ดังนั้นปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีจึงลดลง แม้อัตราการเต้นจะเพิ่มขึ้น - เลือดจะไหลเข้าหลอดเลือดโคโรนารีในช่วงหัวใจคลายตัว เมื่อระยะเวลาการคลายตัวลดลง เวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจจะได้รับเลือดจึงน้อยลงตาม แต่การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น ดังนั้นอาจเกิดอันตรายกับกล้ามเนื้อหัวใจได้โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแคบอยู่แล้ว

2. การเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้ง (Improved stroke volume) การกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก (Sympataticcurve) หลอดเลือดดำหดตัว จะเพิ่มปริมาตรเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจ ไยกกล้ามเนื้อของหัวใจถูกยืดขยายมากขึ้น เกิดหัวใจยืดขยาย (cardiac dilatation) และภาระด้านหน้า(preload)การบีบตัวจึงแรงขึ้น ทำให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้ง และปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพิ่มขึ้น แต่กลไกการชดเชยนี้มีความจำกัด เพราะเมื่อใดที่ไยกกล้ามเนื้อถูกยืดขยายอย่างมากเกิน การหดตัวจะไม่มีประสิทธิภาพและการยืด

ขยายนี้ หัวใจต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นมาก อาจเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ แม้ในภาวะที่หลอดเลือดหัวใจปกติ ซึ่ง จะส่งผลทำให้หัวใจบีบตัวได้ลดลงในที่สุด

3. การหดตัวของหลอดเลือดแดง (Atrial vasoconstriction) การหดตัวของหลอดเลือดแดงเนื่องจากการ ทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympataticcurve) จะช่วยดำรงความดันโลหิตและช่วยเพิ่มการกำซาบเลือด ภายใต้อาหารที่มีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจน้อยลง ในขณะที่เดียวกันจะเพิ่มภาระด้านหลังของหัวใจด้วย ซึ่งยิ่งทำให้ หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เวนทริเคิลต้องเสียพลังงานเพื่อเอาชนะภาระด้านหลัง (after load) จึงทำให้ปริมาตร เลือดที่หัวใจบีบออกลดลง

4. การเพิ่มแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (Increased myocardial contraction) ระบบประสาทซิม พาเทติก (Sympataticcurve) จะกระตุ้นใยกล้ามเนื้อหัวใจให้หดตัวมากขึ้น ที่เรียกว่ามี positive inotropic effect ในหัวใจปกติการกระตุ้นนี้จะช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีได้มาก แต่ในขณะที่กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ หัวใจจะไม่สามารถเพิ่มความแรงในการหดตัวได้ 5. การคั่งของสารน้ำและเกลือ (Sodium and water retention) ในภาวะที่ร่างกายมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เลือดไปเลี้ยงไตจะลดลง เกิดการกระตุ้นกลไก เรนิน- แอนจิโอเทนซินแอลโดสเตอโรน โดยเริ่มที่รีเฟล็กซ์ รับแรงดันในหลอดเลือดรีนัลถูกกระตุ้นจากความดันในหลอดเลือด ที่ลดลง ทำให้มีการปล่อยเอนไซม์เรนินออกมาในกระแสเลือด เรนินทำปฏิกิริยากับแอนจิโอเทนซิน ซึ่งเป็นพลาสมา โปรตีนเกิดเป็นแอนจิโอเทนซิน และสารนี้จะถูกแอนจิโอเทนซินคอนเวิร์ตติงเอนไซม์จากปอด(angiotensin converting enzyme) เปลี่ยนเป็นแอนจิโอเทนซิน ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัวแรงมาก

ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลว

1. หัวใจล้มเหลวในการบีบตัว และหัวใจล้มเหลวในการคลายตัว (systolic and diastolic heart failure) ความผิดปกติในการบีบตัวของหัวใจพบบ่อยในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงและในอายุระหว่าง 50-70ปี เป็นความพร่องของ เวนทริเคิลที่สามารถบีบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพพอที่จะส่งปริมาตรเลือดที่เพียงพอไปยังเอออร์ตาและหลอดเลือด แดงพัลโมนารีได้

2. เวนทริเคิลซ้ายล้มเหลวและเวนทริเคิลขวาล้มเหลว (Left ventricle and right ventricle failure) การ แบ่งเป็นเวนทริเคิลล้มเหลวและเวนทริเคิลขวาล้มเหลว มีแนวคิดจากการมีการคั่งของสารน้ำอยู่ด้านหลังของเวนทริเคิล ที่ล้มเหลว

3. กลุ่มอาการที่มีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพิ่มขึ้นและลดลง (High-output and Low-output syndrome) ภาวะหัวใจล้มเหลวจะพบกลุ่มอาการที่ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อหัวใจ ไม่สามารถบีบตัวได้ การไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลายจะบกพร่องและหลอดเลือดส่วนปลายจะหดตัว ในกลุ่ม อาการที่ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีเพิ่มขึ้นแม้ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีจะเป็นปกติหรือมากกว่า ปกติแต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการเมตาบอลิซึมของร่างกายได้เพียงพอ มักเกิดจากร่างกายมีความต้องการ เมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น เช่น ต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ ภาวะไข้ การตั้งครรภ์ เป็นต้น

4. ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Acute and chronic heart failure) ภาวะ หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เกิดขึ้นในระยะเวลาดสั้น มักจะมีสาเหตุจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณกว้างหรือขนาด ใหญ่ มีการทะลุของกล้ามเนื้อพเพิลลารี(Papillary muscle) ส่วนภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมักพบในผู้ป่วยที่มีความ ผิดปกติของลิ้นหัวใจ

3. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Procedure)

- มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure)

Focus list

FOCUS	GOALS/OUTCOMES
1. การทำงานของหัวใจลดลง (Decrease cardiac function)	1. หัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ช็อก (จากการไหลเวียนเลือดลดลง)	1. ไม่มีภาวะช็อก 2. การไหลเวียนโลหิตปกติ ความดันโลหิตปกติ
3. ปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจลดลง (decrease cardiac output)	1. ปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจปกติ
4. หายใจลำบาก (Dyspnea)	1. หายใจปกติ ทางเดินหายใจโล่ง
5. การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	1. ร่างกายมีการแลกเปลี่ยนก๊าซปกติ 2. ระดับ Sat O ₂ > 95%
6. วิตกกังวล กลัวการตาย	1. เพื่อลดความวิตกกังวล
7. ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลด้านสุขภาพและสามารถดูแลตนเองอย่างถูกต้อง
8. ปัสสาวะออกน้อย	1. ปริมาณปัสสาวะปกติ
9. มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย	1. มีภาวะสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์

Focus charting

Focus	ROGRESS NOTE A : Assessment I : Intervention E : Evaluation
1. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องและการกำซาบของเนื้อเยื่ออวัยวะส่วนปลายลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง	<p>Assessment :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจผิดปกติทั้งอัตราความลึก จังหวะและแบบแผน 2. ความดันเลือดดำส่วนกลางต่ำหรือสูงกว่าปกติชีพจรส่วนปลายเบา 3. มีอาการเขียวคล้ำค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน < 95% 4. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ผิวหนังเย็น ซีด 5. ปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ซีซี.ต่อน้ำหนักตัวต่อชั่วโมง <p>Intervention :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เฝ้ารอและบันทึกสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ ค่าความดันหลอดเลือดดำส่วนกลาง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และ

Focus	ROGRESS NOTE A : Assessment I : Intervention E : Evaluation
	<p>บันทึกอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมงและทุกครั้งเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. ประเมินสภาวะทางสมอง เพื่อค้นหาอาการที่สมองได้รับออกซิเจนลดลง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย 3. ดูแลให้ออกซิเจนแคนนูลา 3-5ลิตรต่อนาทีตามการรักษา 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนในท่าที่สุขสบาย งดกิจกรรมต่างๆ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ 5. ช่วยเหลือจัดให้นอนท่า Se-mi fowler หรือ high fowler 's position 6. เฝ้าระวังและติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด โดยใช้เครื่องวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้ว (pulse oxymetry) และติดตามผลค่าความดันก๊าซในเลือดแดง 7. ประเมินสีผิว ค้นหาอาการเขียวคล้ำทุก 1-2 ชั่วโมงหรือบ่อยครั้งขึ้นตามอาการ 8. บันทึกปริมาณปัสสาวะและปริมาณสารน้ำเข้า ออกทุก 8 ชั่วโมง <p>Evaluation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งอัตราความลึกจังหวะและแบบแผน 2. ความดันเลือดดำส่วนกลางอยู่ในเกณฑ์ปกติชีพจรส่วนปลายแรงชัด 3. ไม่มีอาการเขียวคล้ำ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนมากกว่า 95% 4. ระดับความรู้สึกตัวดี ผิวหนังอุ่น แห้ง มีความตึงตัวดี 5. ปริมาณปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 ซีซี.ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง
<p>2. มีภาวะน้ำเกิน เนื่องจากการกรองของไตลดลง (จากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที มีแอนตี้ไดยูเรติก ฮอริโมนเพิ่มขึ้น และมีการคั่งของโซเดียมและน้ำ)</p>	<p>Assessment :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปริมาตรสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายไม่สมดุล 2. น้ำหนักตัวมากกว่าปกติ 3. มีอาการบวมตามแขนขา ก้นกบ รอบกระบอกตา 4. เสียงปอดผิดปกติ หลอดเลือดดำบริเวณคอโป่งพอง

Focus	ROGRESS NOTE A : Assessment I : Intervention E : Evaluation
	<p>ความดันหลอดเลือดดำส่วนกลางผิดปกติ</p> <p>5. ผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ</p> <p>6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ อิเล็กโทรไลต์ ยูเรียไนโตรเจน ครีอะตินิน อยู่ในเกณฑ์ที่สูงผิดปกติ</p> <p>Intervention:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชั่งน้ำหนักเมื่อรับใหม่และวันละครั้งหลังตื่นนอนบันทึก และรายงานน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น หรือลดลงมากกว่า 0.5 – 1 กิโลกรัมต่อวัน 2. ประเมินการบวมบริเวณแขน ขา ก้นกบ รอบกระบอกตา อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง 3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความจำเป็นในการจำกัดน้ำดื่ม และดูแลผู้ป่วยให้ได้รับน้ำและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก บันทึกจำนวนครั้ง และปริมาณปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง 5. ฟังเสียงปอดและเสียงหัวใจทุก 2-4 ชั่วโมง ประเมินเสียงหายใจที่ผิดปกติ เสียงแทรก เช่น Crepitation เสียงวี๊ด (Wheezing) สังเกตอาการหายใจลำบาก มากขึ้น หายใจเร็ว นอนราบไม่ได้ ไอเสมหะเป็นฟอง หรือมีสีชมพู 6. ติดตามผลการถ่ายรังสีทรวงอกตามการรักษา 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามการรักษา ได้แก่ อิเล็กโทรไลต์ ยูเรียไนโตรเจน ครีอะตินิน 8. เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉินในการใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อมใช้ได้ทันที <p>Evaluation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปริมาตรสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกายมีภาวะสมดุล 2. น้ำหนักตัวลดลงหรืออยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการ 3. อาการบวมตามแขนขา ก้นกบ รอบกระบอกตาลดลง 4. เสียงปอดปกติ หลอดเลือดดำบริเวณคอไม่โป่งพอง ความดันหลอดเลือดดำส่วนกลางปกติ 5. ผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกปกติ 6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ อิเล็กโทรไลต์ ยูเรียไนโตรเจน ครีอะตินิน อยู่ในเกณฑ์ปกติ

<p>3. ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจาก ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่ลดลงจากความไม่ สมดุลของการได้รับและความต้องการใช้ออกซิเจน จาก อาการเหนื่อยล้าหรือจากอิเล็กโกลด์เสียสมดุล</p>	<p>Assessment :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีความทนต่อกิจกรรมลดลง ตามขีดความสามารถโดย มีอาการเจ็บหน้าอกหรือหายใจลำบาก หรือเหนื่อยล้ามาก เกินไป 2. ซีพจร หายใจ และความดันโลหิตขณะมีกิจกรรมและ หลังมีกิจกรรม ผิดปกติ <p>Intervention :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. วางแผนกับผู้ป่วยถึงกิจกรรมที่ควรทำได้ในระยะแรก กิจกรรมที่ห้ามทำ การเพิ่มหรือลดกิจกรรมต้องพิจารณา การตอบสนองของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมนั้น ๆ ด้วย 2. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพ และติดตามการ ตอบสนองของระบบไหลเวียนเลือดและปอดต่อการทำ กิจกรรมทั้งก่อนและหลังการทำกิจกรรม เช่นอาการหัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจลำบาก สังเกตเวลาที่ใช้ในการทำให้ค่าและอาการต่างๆที่เกิดขึ้นกลับสู่ปกติ หลังทำกิจกรรม 3. ให้การดูแลและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันที่ทำไม่ได้ 4. ช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงจัดทำ นอนให้สุขสบาย หลีกเลี่ยงการกดทับ ขณะเปลี่ยนท่า สังเกตผิวหนัง ส่วนที่ถูกกดทับและบริเวณปุ่มกระดูก
<p>4. วิตกกังวลจากการรับรู้โรคหัวใจเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือจากการอ่อนกำลังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้</p>	<p>Assessment :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าและพฤติกรรมที่แสดงความวิตกกังวล 2. ผู้ป่วยนอนไม่หลับ 3. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการพยาบาล <p>Intervention :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินระดับความวิตกกังวล สิ่งที่เกี่ยวข้อง สังเกตอาการ ของความวิตกกังวล เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออก เกือบ ตัว พุดตลอดเวลา ซีพจรและอัตราการหายใจเร็ว วิธีการ ที่ผู้ป่วยใช้ลดความวิตกกังวล 2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกกลัว ความไม่สบายใจที่มีอยู่ เปิดโอกาสให้สอบถาม 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ความก้าวหน้าในการรักษา ให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทางที่ดี แต่ไม่ควรให้ ความมั่นใจเกินความจริง

	<p>Evaluation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีพฤติกรรมที่แสดงความวิตกกังวล ความกลัวลดลง สามารถบอกเล่าสิ่งที่ตนเองกังวลได้ 2. มีความสามารถในการเผชิญและขอความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา
<p>5. ขาดความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน</p>	<p>Assessment :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยบอกว่าตนเองไม่รู้เรื่องโรค และดูแลตนเองไม่ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เข้าใจในการรักษาและดูแลสุขภาพตนเอง <p>Intervention :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน 2. ให้ข้อมูลให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด และอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น น้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว บวมหายใจลำบาก ไอเป็นเลือด 3. ประเมินสภาพเศรษฐกิจ อาจจะต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน หรือสังคมสงเคราะห์เพื่อหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม 4. แนะนำให้พกบัตรประจำตัว ระบุชื่อ ที่อยู่ญาติที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ เบอร์โทรศัพท์และแนะนำสถานพยาบาลใกล้บ้าน 5. สอนวิธีการนับและบันทึกชีพจรประจำวันให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ถ้าต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที <p>Evaluation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บอกถึงปัจจัยและสาเหตุส่งเสริมทำให้มีอาการและอาการแสดงและวิธีการในการหลีกเลี่ยง 2. สามารถวางแผนจำกัดน้ำ และควบคุมอาหารทั้งพลังงานและโซเดียมได้ 3. บอกกิจกรรม ที่ควรทำและหลีกเลี่ยงได้ถูกต้อง 4. บอกวิธีการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียงได้ถูกต้อง 5. สามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องรีบไปพบแพทย์บอกสถานพยาบาลใกล้บ้าน ที่จะให้การช่วยเหลือในขณะมี

	อาการฉุกเฉินได้
--	-----------------

เกณฑ์พิจารณา refer

พิจารณา refer ในผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

- ๑) Acute respiratory failure หรือ impending respiratory failure
- ๒) Alteration of consciousness
- ๓) BP unstable ใช้ inotrope ในปริมาณสูง . poor organ tissue perfusion)




เอกสารอ้างอิง (Reference Document)

เกรียงไกร เสงร์ศรี. (2560). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว2560. กรุงเทพฯ. สุขุมวิทการพิมพ์.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2560). มาตรฐานการพยาบาล CVT : แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ ฉบับปรับปรุงครั้งที่2. กรุงเทพฯ : สุขุมวิท การพิมพ์.

ผ่องพรรณ อรุณแสง.การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. (พิมพ์ครั้งที่2).ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติในระบบหัวใจ และหลอดเลือด. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ : ลิพวิงทรานมีเดีย

ผู้จัดทำเอกสาร	ผู้รับรอง	ผู้อนุมัติใช้
		
(นางสาวอรานา สะอะ)	(นางสาวมินตรา ทองธรรมชาติ)	(นายทินกร บินหะยี่อารง)
พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ผอ.รพร.ยะหา

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต