

Effects of Self Care Program in Congestive Heart Failure Patients in Uttaradit Hospital

¹Patcharaporn Phungthong, ¹Sirinat Mecharean, ²Jirapa Kumdum, ²Chonticha Kaewthongma
Cardiac Care Unit, Department of Medical, Uttaradit Hospital

ABSTRACT

Objective: To compare hospital readmission rate between congestive heart failure patients before and after using congestive heart failure care program.

Methods: 114 CHF patients who admitted to Cardiac Care Unit, Pre-Post CAG Unit and attended the CHF Clinic were included and compared the same group under two different periods of time. Control group (n=114 subjects), data collected during August 2021 to November 2021. Intervention group (Congestive Heart Failure care Program) (n=114 subjects), data collected during December 2021 to March 22. The data were analyzed by using frequency, mean, paired t-test, sign rank test and chance of readmission by multilevel difference regression.

Results: Congestive Heart Failure Care Program can reduce hospital readmission rate to 82.5% (95 % Confident Interval= 89.4-75.5, $p<0.001$).

Conclusion: CHF patients should follow Congestive Heart Failure Care Program which can decrease volume overload, decrease acute kidney injury and reduce hospital readmission rate.

Keywords: CHF, Readmi, LVFF, NYHA classificatio

Contact : Patcharaporn Phungthong

Address : Cardiac Care Unit Uttaradit Hospital

38 Jetsadabodin road, Tha It, Muang, Uttaradit 53000

E-mail : patcharaporn626@gmail.com



ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่ออัตรา การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

¹พัชรพร พวงทอง, ¹สิรินาถ มีเจริญ, ²จิราภา คำคำ, ²ชลธิชา แก้วทองมา

หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (readmit) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลตนเอง

รูปแบบการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ Efficacy Research ชนิด Intervention Before and after designs โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ หอผู้ป่วยหนักการโรคหัวใจ และคลินิก Heart Failure โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2564 จนถึงเดือนกันยายน 2564 จำนวน 114 คน (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเดิม) และเดือนตุลาคม 2564 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 114 คนเดิม (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบใหม่)

วิธีการศึกษา: ผู้ป่วยกลุ่มอ้างอิงได้รับการดูแลรูปแบบเดิมคือ การแนะนำการปฏิบัติตัวในเรื่อง การรับประทานยา มาตรวจตามนัด รูปแบบใหม่ คือให้คู่มือการปฏิบัติตัว แบบบันทึกน้ำหนัก แบบบันทึกน้ำเข้า-ออก และโทรติดตามเยี่ยม เปรียบเทียบกลุ่มที่ศึกษาด้วย t -test, sign rank test และวิเคราะห์โอกาสเกิด readmit ด้วย multilevel risk difference regression

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบใหม่ ลดโอกาสกลับมารักษาซ้ำได้ร้อยละ 82.5 เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมการดูแล โดยเชื่อมั่นร้อยละ 95 ว่าโอกาสที่ลดลงนี้อยู่ระหว่างลดลง ร้อยละ 89.4 ถึงลดลงร้อยละ 75.5 ($p < 0.001$)

สรุป: ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับโปรแกรมการดูแลแบบครอบคลุมทุกราย เนื่องจากพบว่าช่วยอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว, อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน, ความสามารถในการปัสสาวะของหัวใจห้องล่างซ้าย, การแบ่งระดับอาการของผู้ป่วยโรคหัวใจ

ติดต่อ : พัชรพร พวงทอง

สถานที่ติดต่อ : หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เลขที่ 38 ถนนเจริญาภดินทร์ ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ 53000

อีเมล : patcharaporn626@gmail.com



บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure: CHF) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากโครงสร้างหรือความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความยุ่งยากซับซ้อนทางคลินิกมาก โดยมีอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกความผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อย ขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่ง เหนื่อยง่าย ใจสั่น และมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย^{1,2} ซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการเสียชีวิต และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmit) เพิ่มขึ้นเป็น 3 อันดับแรกของโรงพยาบาลอุตรดิตถ์โดยมีจำนวนผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทั้งหมดในปี 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 411,415 และ 394 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย readmit 128, 126 และ 122 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 31.14, 30.36 และ 30.96 ตามลำดับ³

ปัจจุบันการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวจะรักษาด้วยการใช้ยาและ/หรือการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ CRT (Cardiac Resynchronization Therapy) เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้เกิดกำเริบ อย่างไรก็ตามยังมีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้อัตราการกลับเข้ามารักษาโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสาเหตุที่เกิดจากพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย^{4,5}

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์มีการจัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลวประกอบไปด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ พยาบาลเภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนาการ เพื่อดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลอการดำเนินของโรค ควบคุมอาการกำเริบ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการสอนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว แนะนำให้ชั่งน้ำหนักทุกวัน แต่ก็ยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำเกิน ไตวายเฉียบพลัน รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง บริโภคอาหารไม่เหมาะสม ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น และกลับมารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ในปี 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 33, 28 และ 21 ราย ตามลำดับ โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

ภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่ คือ เรื่องของการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องการจำกัดน้ำ การดื่มน้ำเข้า-ออก ไม่เป็น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาสีขาวไม่ถูกต้อง ไม่ชั่งน้ำหนักตัวเองทุกวัน เป็นต้น การจัดการเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การควบคุมปริมาณน้ำเข้า-ออก อย่างเคร่งครัด การชั่งน้ำหนักเป็นประจำทุกวัน การรับประทานยาสีขาวถูกต้อง ทำให้ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำจากภาวะน้ำเกินได้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม น่าจะช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้ เพราะภาวะหัวใจล้มเหลวต้องอาศัยการดูแลตนเองเป็นสำคัญ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ร่วมกับการศึกษานำร่อง พบว่า การใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวโดยการให้คู่มือความรู้เรื่องโรคหัวใจล้มเหลวและการดำเนินของโรค เรื่องการรับประทานยาโดยเน้นเรื่องของการรับประทานยาสีขาว การชั่งน้ำหนักทุกวัน การบริโภคอาหารโดยเฉพาะโซเดียม การบันทึกน้ำเข้า-น้ำออกอย่างเคร่งครัด การออกกำลังกาย การควบคุมและการจัดการอาการของตนเอง ร่วมกับการติดตามภาวะสุขภาพโดยการโทรศัพท์เยี่ยมทุกสัปดาห์ จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้⁶⁻⁸

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลตนเอง สมมติฐานผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองลดอัตราการ readmit มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Efficacy Research ชนิด Intervention Before and after designs โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและคลินิก Heart Failure โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2564 จนถึงเดือนกันยายน 2564 จำนวน 114 คน (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบเดิม) และเดือนตุลาคม 2564 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 114 คนเดิม (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลตนเองแบบใหม่) โดยมีคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่อยู่ในคลินิกเฉพาะโรค Heart failure
2. มีค่า LVEF <40%
3. ระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ สมาคมโรคหัวใจ นิวยอร์ก (New York Heart Association: NYHA) อยู่ใน Class I-III
4. รู้สึกตัวดี ประเมินจากการตอบคำถาม รับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล หากระหว่างการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีสถานะดังต่อไปนี้ ผู้วิจัยจะคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)
 1. ผู้ป่วยเสียชีวิต
 2. ผู้ป่วยย้ายที่อยู่อาศัย
 3. ผู้ป่วยไม่มา follow up ที่คลินิก Heart failure ตามแพทย์นัด

โดยได้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่อง เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประเภทของหัวใจล้มเหลว โรคประจำตัว ระดับ Functional class ค่าเฉลี่ยของการบีบตัวของหัวใจ การ readmit ในอดีต และสาเหตุของการ readmit (ตารางที่ 1) วิเคราะห์โอกาสเกิด readmit ด้วย multilevel risk difference regression

การศึกษานี้เพื่อศึกษาอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (readmit) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวแบบใหม่ ภายใต้สมมติฐานว่าอัตราการเกิด readmit ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมแบบเดิมเท่ากับ 16.7% ในกลุ่ม intervention จะลดลงเหลือเท่ากับ 8.35% กำหนดการทดสอบเป็น two-sided กำหนดระดับนัยสำคัญ (significance) หรือความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งที่ 0.05 และกำหนด power ที่ 0.80 กำหนดให้สองกลุ่ม (ก่อน-หลัง) มีจำนวนตัวอย่างเท่ากัน คำนวนจำนวนผู้ป่วยได้กลุ่มละ 104 ราย คำนวนได้อย่างน้อย 104 รายแต่ผู้ป่วยในคลินิก CHF ณ เวลานั้นมีทั้งหมด 122 ราย และถูกคัดออกจากการเสียชีวิต ย้ายที่อยู่ และไม่มาตรวจตามนัด 8 ราย เหลือผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ 114 ราย ซึ่งตรงตาม inclusion criteria จึงนำมาศึกษาทั้งหมด 114 ราย จึงเกินจากการคำนวณ sample size ตอนแรกที่คำนวณได้ 104 ราย

ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย เลขที่โครงการ 38/2564 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ และได้ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายให้ผู้ป่วย

และญาติทราบขั้นตอนการทำ อธิบายถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ประกอบไปด้วยการดูแลด้วยวิธีที่ทันสมัย สมุดคู่มือการปฏิบัติตัว การลงข้อมูลในแบบบันทึกน้ำหนัก แบบบันทึกน้ำเข้า-น้ำออก และการโทรติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์ ถ้าตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วจะให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน และสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มารักษาที่คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลอุดรดิตถ์จำนวน 114 ราย เป็น ชาย : หญิง เท่ากับ 61:53 คิดเป็นร้อยละ 53.5:46.5 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 58.5 ± 15.4 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาที่ระดับประถมศึกษา รองลงมาเป็นมัธยมศึกษา และปริญญาตรี เท่ากับ 70, 21 และ 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.4, 18.4 และ 14.9 ส่วนใหญ่มีอาชีพทำธุรกิจส่วนตัว รองลงมาไม่ได้ทำงาน เกษตรกร รับราชการ และค้าขาย เท่ากับ 43, 30, 26, 10 และ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.7, 26.3, 22.8, 8.8 และ 4.4 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-15,000 บาท รองลงมาน้อยกว่า 5,000 บาท และไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 69.3, 13.2 และ 10.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น CHF ชนิด Non ischemic รองลงมาเป็นชนิด Ischemic เท่ากับ 78 และ 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.4 และ 31.6 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไตเสื่อมเรื้อรัง และหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation: AF) เท่ากับ 30, 27, 22, 8 และ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.3, 23.7, 19.3, 7.0 และ 12.3 และส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรค NYHA Functional class II มากกว่า Class I จำนวน 61 และ 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.5 และ 46.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยมีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) เฉลี่ย 34.4 ± 9.2 และมีผลการทดสอบระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (6MWT) เฉลี่ย 339.9 ± 93.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 Patient baseline characteristics

ลักษณะที่ศึกษา	n (114)	%
Gender		
Male	61	53.5
Female	53	46.5
Age (year), mean $\pm$ SD	58.5	$\pm$ 15.4
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	6	5.3
ประถมศึกษา	70	61.4
มัธยมศึกษา	21	18.4
ปริญญาตรี 17	14.9	
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	30	26.3
รับราชการ	10	8.8
เกษตรกร	26	22.8
ค้าขาย	5	4.4
ธุรกิจส่วนตัว	43	37.7
รายได้		
ไม่มีรายได้	12	10.5
<5,000 บาท	15	13.2
5,000-15,000 บาท	79	69.3
>15,000 บาท	8	7.0
CHF Type		
Ischemic	36	31.6
Non ischemic	78	68.4
Comorbidity		
HT	30	26.3
DM	27	23.7
DLP	22	19.3
CKD	8	7.0
AF	14	12.3
NYHA Class		
I	53	46.5
II	61	53.5
Echo EF(%), mean $\pm$ SD	34.4	$\pm$ 9.2
6MWT (เมตร), mean $\pm$ SD	339.9	$\pm$ 93.9

ในส่วนของการเกิด readmit ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเกิด readmit มากกว่าหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เท่ากับ 108:14 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.7:12.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ readmit จำนวนครั้งต่อคนในกลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมากกว่าหลังได้รับโปรแกรมการดูแล

เท่ากับ $1.33\pm(0.72):0.12\pm(0.33)$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนสาเหตุของการ readmit ของทั้งกลุ่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นภาวะน้ำเกิน รองลงมาเป็นภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) เท่ากับ 70 และ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.4 และ 17.5 และ 11:3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.7:2.6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ลักษณะที่ศึกษา	Before (n=114)		After (n=114)		p-value
	n	%	n	%	
Readmit					
ไม่เกิด	6	5.3	100	87.7	<0.001
เกิด	108	94.7	14	12.3	
อุบัติการณ์ readmit (ครั้ง/คน)					
Mean±SD	1.33	± 0.72	0.12	± 0.33	<0.001
Median (min,max)	1	0,3	0	0,1	<0.001
สาเหตุ readmit					
น้ำเกิน	70	61.4	11	9.7	<0.001
AKI	20	17.5	3	2.6	
FC change	11	9.7	0	0	
ขาดยา	2	1.7	0	0	
Arrhythmia	5	4.4	0	0	

ในพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบใหม่ที่ประกอบด้วยทำให้ดูวิตัสน์ ร่วมกับการสอน ให้คู่มือการปฏิบัติตัว และการโทรติดตามเยี่ยมลดโอกาสเกิด readmit ลงได้ร้อยละ 82.5 ด้วยความเชื่อมั่นที่ 95% เทียบกับก่อนได้รับ

โปรแกรมการดูแลแบบใหม่ โดยมีความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 89.4 ถึงลดลงร้อยละ 75.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวกับการ readmit

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อน		หลัง		Risk difference (%)	95%CI	p-value
	n	%	n	%			
มี re-admit	108	94.7	14	12.3	-82.5	-89.4, -75.5	<0.001
ไม่มี re-admit	6	5.3	100	87.7			

อภิปรายผล

ในการปฏิบัติงานที่ผ่านมาจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีข้อสังเกตที่ซ้ำๆกันจากการวิจัยในรายงานฉบับนี้ว่า เพราะสาเหตุอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบและมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ หอผู้ป่วยหัตถการโรคหัวใจ และคลินิกหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ มีอัตราการ readmit ด้วยภาวะน้ำเกิน ไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury: AKI) ระดับความรุนแรงของโรค Functional classification แย่ลง การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเพิ่มมากขึ้น เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาใช้ปรับปรุงคุณภาพการบริการทางคลินิก เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

ผลการศึกษาของรายงานฉบับนี้ยืนยันข้อสังเกตว่า เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับโปรแกรมการดูแลแบบครอบคลุมที่ประกอบไปด้วย การให้คู่มือที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การสอนให้ความรู้ และให้สมุดคู่มือที่ประกอบไปด้วยความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวและข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่อง การรับประทานยา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว และภายในคู่มือจะมีแบบบันทึกน้ำหนัก บันทึกน้ำเข้า-น้ำออกในแต่ละวันให้ผู้ป่วยบันทึกเพื่อประเมินการคั่งของน้ำในร่างกาย การสังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีการเรียนรู้ จดจำข้อมูล และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัว¹⁰ นอกจากนี้การมีสมุดคู่มือการปฏิบัติตัวและแบบบันทึกต่างๆ ของผู้ป่วยยังสามารถทำให้ผู้ป่วยและญาตินำข้อมูลตัวเองกลับมาทบทวนซ้ำ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้¹¹ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ทีมผู้วิจัยยังมีการติดตามเยี่ยม พูดคุยแลกเปลี่ยนอาการกับผู้ป่วยและ/หรือญาติผู้ดูแลทุก 1 สัปดาห์ ซึ่งการโทรสอบถามอาการ ร่วมกับการชื่นชมการปฏิบัติตัวที่ทำได้อย่างถูกต้อง

จะทำให้เสริมแรงบวกให้ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติพฤติกรรมมารดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม มีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมมารดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง^{10,11} การดูข้อมูลจากแบบบันทึกในเรื่องของน้ำหนัก ปริมาณน้ำเข้า น้ำออก ในแต่ละวันจากสมุดคู่มือที่แจกให้ หรือจากการสอบถามทางโทรศัพท์ ร่วมกับทีมผู้วิจัยให้กำลังใจ และสะท้อนข้อมูลกลับโดยการชมเชย ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือ และมีพฤติกรรมมารดูแลตนเองถูกต้องอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงตนเองไม่ว่าจะเป็นเรื่องของน้ำหนัก ปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกในแต่ละวัน ถ้าควบคุมได้ดีจะลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำเกิน และภาวะไตวายเฉียบพลันได้ (ตารางที่ 2) เพราะน้ำหนัก และปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกในแต่ละวันสามารถบ่งบอกการคั่งของน้ำในร่างกาย¹² ร่วมกับการสังเกตการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ บวมกดบุ๋มบริเวณหน้าแข้ง สามารถค้นหาสาเหตุ ผู้ป่วยเห็นถึงแนวโน้มอาการผิดปกติและจัดการกับสาเหตุนั้นได้หรือรับมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินทำให้ได้รับการรักษาได้ทันเวลาที่ก่อนเกิดภาวะวิกฤต การเฝ้าระวังอย่างเข้มข้น (active monitoring) ช่วยสร้างความตระหนักและรับรู้อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว และเมื่อเกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมได้ ลดอาการกำเริบ ลดความรุนแรงของโรคและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (readmit) ในโรงพยาบาล (ตารางที่ 3)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่อยู่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบครอบคลุมในเรื่องของการได้คู่มือที่สอน การสอนการปฏิบัติตัว และแจกสมุดคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยในคู่มือจะมีแบบบันทึกน้ำหนัก ปริมาณน้ำเข้า-น้ำออกในแต่ละวัน ร่วมกับการโทรติดตามเยี่ยมทุก 1 สัปดาห์ เมื่อจำหน่ายกลับบ้านทำให้ผู้ป่วยตระหนักและทราบถึงการจัดการอาการผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว และเมื่อจัดการอาการไม่ได้จะรับมาโรงพยาบาลก่อนเกิดอาการรุนแรงหรือเกิดภาวะวิกฤตจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ



ในภาพรวมควรมีการทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ หอผู้ป่วยหัตถการโรคหัวใจ และที่คลินิกหัวใจล้มเหลว ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เห็นความสำคัญของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และใช้ให้เป็นแนวทางเดียวกัน และทีมผู้วิจัยเห็นว่าพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ หรืออาจมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการให้โปรแกรมการดูแลตนเองควรต้องกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในทุกครั้งที่ผู้ป่วยมา follow up ที่คลินิกหัวใจล้มเหลว เพื่อ maintain พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่องทำให้อัตราการ readmit ค่าใช้จ่าย และอัตราการตายลดลง

ข้อยุติและการนำไปใช้

ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรแนะนำให้ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวแบบครอบครัวทุกราย เนื่องจากพบว่า

เอกสารอ้างอิง

1. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557, 23-36.
2. วิทยา ศรีมาดา. 2550. ตำราอายุรศาสตร์ 4. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550, 202-18.
3. จิราภรณ์ มีชูสิน, อารณ ดินาน, และศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553, 18(2),19-31.
4. วาสนา สุวรรณศรี, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ, และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2556). ประสิทธิภาพการมี อาการ การจัดการกับอาการ และภาวะการณำหน้าทีในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, สำนักพิมพ์; 2556, 24(1),2-16.
5. Demir, M., & Unsar, S. (2011). Assessment of quality of life an activities of daily living in Turkish patients with heart failure. International Journal of Nursing Practice; 2011, 17(6),607-14.
6. Hole, T., Grundtvig, M., Gullestad, L., Flonaes, B., & Westheim, A. (2010). Improved quality of life in Norwegian heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinics: Results from the Norwegian heart failure registry. European Journal of Heart Failure; 12(11),1247-52.

ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะน้ำเกิน ไตวายเฉียบพลัน อัตราการ readmit ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ.ดร.นพ.ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ ภาควิชาโรคหัวใจและหลอดเลือดและสรีรศาสตร์คลินิก ศูนย์วิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์รังสิต รศ.ชไมพร ทวีศรี อาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย แพทย์หญิงสิริลักษณ์ ยิ้มเจริญ อายุรแพทย์โรคหัวใจ คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลอุดรดิตต์ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และจัดทำรายงานวิจัย

7. Luttik, M. L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderma, R., & Van Veldhuisen, D.J.(2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: An overview of the literature. The journal of Cardiovascular nursing; 20(3),162-9.
8. Riegel B, et al. (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Journal American Heart Association; 6(9),86-96.
9. วณิดา หาจักร, และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2556). อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556, 25(1),79-92.
10. Chung, M. L., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Frazier, S. K. (2013). Perceived social support predicted quality of life in patients with heart failure, but the effect is mediated by depressive symptoms. Quality of Life Research; 22(7),1555-63.
11. Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E. Jr., Drazner, M. H., Wilkoff, B. L. (2013). ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: A report of the American college of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Journal of American College of Cariology; 62(16),147-239.

