

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ  
ทางการแพทย์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
  - 1.1 พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
  - 1.2 แนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
  - 1.3 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
2. ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
  - 2.1 ระบบบริการผู้ป่วยนอก
  - 2.2 ระบบบริการผู้ป่วยใน
3. การจัดการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
  - 3.1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
  - 3.2 การประเมินผู้ป่วย
  - 3.3 การให้ความรู้และฝึกทักษะ
  - 3.4 การจัดการดูแล
  - 3.5 การดูแลอย่างต่อเนื่อง
  - 3.6 การควบคุมคุณภาพ
4. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่กำหนดโดยสถาบันพัฒนาและรับรอง  
คุณภาพโรงพยาบาล
  - 4.1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
  - 4.2 การประเมินผู้ป่วย
  - 4.3 การวางแผน
  - 4.4 การดูแลผู้ป่วย
  - 4.5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
  - 4.6 การดูแลต่อเนื่อง

## ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อนที่เป็นผลจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ ทำให้ความสามารถในการรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจลดลง หรือความสามารถในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง (American College of Cardiology and the American Heart Association [ACC/AHA], 2005)

### พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจเสียไป ซึ่งเป็นผลมาจากกล้ามเนื้อหัวใจเสียหายที่ โดยมีลักษณะของหัวใจห้องล่างซ้ายมีการขยายตัวหรือมีการหนาตัวเกิดขึ้น หรือมีลักษณะทั้ง 2 อย่างร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นการเสียหายที่ของการบีบตัวหรือการคลายตัวหรือทั้ง 2 อย่างร่วมกัน ซึ่งทำให้นิวโรฮอโมนัล (neurohormonal) และการไหลเวียนโลหิตผิดปกติ มักมีผลต่อลักษณะของอาการ ได้แก่ อาการของของเหลวคั่ง อาการหายใจลำบาก และอาการอ่อนล้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะออกแรง หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมักจะมีการดำเนินโรคร้ายต่อเนื่องทั้งระดับของการทำหน้าที่ของหัวใจและอาการทางคลินิก (HFSA, 2010)

สมาคมแพทย์โรคหัวใจภาคพื้นยุโรป (European Society of Cardiology [ESC], 2008) ให้คำจำกัดความภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังคือ ลักษณะอาการที่ซับซ้อนหนึ่งอย่างหรือหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ การไหลเวียนโลหิต การใช้ออกซิเจน และความสามารถในการทำกิจกรรม อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่พบได้บ่อยคือ อาการหายใจลำบากหรืออาการอ่อนล้าขณะพักหรือระหว่างออกแรง ซึ่งเกิดจากการที่มีของเหลวคั่งในร่างกาย เช่น การคั่งของเลือดในปอด หรือการบวมที่เท้าและข้อเท้า และตรวจพบความผิดปกติของโครงสร้างหรือหน้าที่ของหัวใจขณะพัก ลักษณะอาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ประกอบด้วย

1. ลักษณะอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ หายใจลำบากขณะพักหรือออกกำลัง อาการอ่อนล้า บวมที่เท้าและข้อเท้า
2. ลักษณะสำคัญของอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง คือ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว มีน้ำในถุงลมปอด มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ค่าแรงดันโลหิตในหลอดเลือดดำที่คอเพิ่มขึ้น บวมบริเวณส่วนปลายของร่างกาย คับโต

3. ตรวจพบความผิดปกติของโครงสร้างหรือหน้าที่ของหัวใจขณะพัก ได้แก่ หัวใจโตผิดปกติ ฟังเสียงหัวใจพบเสียงที่สาม มีเสียงลิ้นหัวใจรั่ว การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจพบความผิดปกติ เนทริยูเรติก-เปปไทด์มีความเข้มข้นมากขึ้น

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่วนใหญ่มีสาเหตุจาก 1) โรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจเสียไป 2) โรคความดันโลหิตสูงทำให้มีแรงต้านของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต แต่อัตราส่วนของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจห้องล่างเทียบกับปริมาณเลือดที่เหลืออยู่ในหัวใจห้องล่างปกติ 3) ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ 4) ยาที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ ยากลุ่มปิดกั้นเบต้าอะดรีเนอร์จิกรีเซพเตอร์ ยากลุ่มขัดขวางการเคลื่อนที่ของแคลเซียมอ็อกซอน และยาต้านภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ 5) สารพิษต่าง ๆ ได้แก่ แอลกอฮอล์ โคลเคน สารปรอท และสารหนู 6) โรคระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ เบาหวาน ไทรอยด์ต่ำหรือไทรอยด์เป็นพิษ และเนื้องอกของต่อมหมวกไตส่วนใน 7) เกี่ยวกับสารอาหาร ได้แก่ ภาวะขาดวิตามินบี 1 อ้วนมาก ผอมมาก และ 8) สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ เอ็ดส์ โรคไตระยะสุดท้าย การตั้งครรภ์ (ชนรัตน์ ชุนงาน, 2552; ESC, 2008) จากสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังข้างต้น สามารถแบ่งประเภทของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ดังต่อไปนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เกิดจากหัวใจไม่สามารถบีบหรือคลายตัวได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอาการและหรืออาการแสดงของหัวใจล้มเหลวและมีอัตราส่วนของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายเทียบกับปริมาณเลือดที่เหลืออยู่ในหัวใจห้องล่างซ้ายขณะคลายตัว (ejection fraction) น้อยกว่าร้อยละ 40 จัดอยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิดบีบตัว (systolic heart failure) เป็นภาวะที่มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากหัวใจห้องล่างซ้ายไม่สามารถบีบเลือดออกไปได้เหมือนปกติ ส่วนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอาการและหรืออาการแสดงของหัวใจล้มเหลว และมีอัตราส่วนของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายเทียบกับปริมาณเลือดที่เหลืออยู่ในหัวใจห้องล่างซ้ายขณะคลายตัวมากกว่าร้อยละ 40-50 จัดอยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิดคลายตัว (diastolic heart failure หรือ heart failure with preserved ejection fraction [HFPEF]) เป็นภาวะที่มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากความผิดปกติของการรับเลือดเข้าหัวใจห้องล่างซ้ายในช่วงคลายตัว โดยที่อัตราส่วนของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายเทียบกับปริมาณเลือดที่เหลืออยู่ในหัวใจห้องล่างซ้ายขณะคลายตัวปกติ (ชนรัตน์ ชุนงาน, 2552; ESC, 2008)

2. ภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีมากและน้อย ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดจากหัวใจทำงานหนักขึ้น เพื่อบีบเลือดไปยังเนื้อเยื่อให้เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย เพื่อชดเชยภาวะพร่องของโรค เช่น ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (thyrotoxicosis) การ

ขาดวิตามินบี (beri beri) ภาวะโลหิตจาง (anemia) การติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia) เป็นต้น เมื่อไม่สามารถชดเชยได้เพียงพอกับความต้องการจะเกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เรียกว่า high output heart failure มีการคั่งของน้ำในปอด (pulmonary congestion) จากการเพิ่มขึ้นของแรงดันขณะหัวใจคลายตัว (diastolic pressure) ร่วมกับปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ปกติหรือสูงกว่าปกติ แต่เมื่อใดก็ตามที่หัวใจบีบเลือดออกจากหัวใจได้น้อยลง (low cardiac output) ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เช่น โรคคลื่นหัวใจตีบ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น ทำให้ปริมาตรเลือดเพิ่มขึ้นในช่วงหัวใจคลายตัว ทำให้หัวใจต้องขยายตัวโตขึ้น การบีบตัวจะลดลง และเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง จนเกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เรียกว่า low output heart failure ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; ESC, 2008)

3. ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่แบ่งตามด้านของหัวใจที่ล้มเหลว ได้แก่ ภาวะหัวใจข้างขวาล้มเหลว (right-sided heart failure) คือ ภาวะที่การทำงานของหัวใจห้องล่างขวา (right ventricle) ผิดปกติจนไม่สามารถจะสูบฉีดเลือดไปสู่ปอด และหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) ทำให้มีการคั่งของเลือดในหัวใจห้องขวามากขึ้น ความดันในหัวใจห้องขวาเพิ่มขึ้น เกิดการคั่งของหลอดเลือดดำทั่วร่างกาย จะพบว่ามีการคั่งของเลือดดำที่คอโป่ง ตับโต และบวมบริเวณส่วนต่ำของร่างกาย ส่วนภาวะหัวใจข้างซ้ายล้มเหลว (left-sided heart failure) คือ ภาวะที่การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) ผิดปกติ จนไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะอื่นได้เพียงพอ ความต้องการของร่างกาย ทำให้มีการคั่งของเลือดในหัวใจห้องซ้ายและในปอด (pulmonary congestion) ความดันหลอดเลือดในปอดสูงขึ้น (pulmonary hypertension) และทำให้เกิดภาวะหัวใจข้างขวาล้มเหลวตามมา เกิดอาการหายใจลำบาก (dyspnea) อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ (orthopnea) อาการหายใจลำบากกำเริบในเวลากลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea [PND]) (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; ESC, 2008)

การแบ่งประเภทของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในปัจจุบันนิยมแบ่งเป็น ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิดบีบตัว (systolic heart failure) กับภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิดคลายตัว (diastolic heart failure หรือ heart failure with preserved ejection fraction [HFPEF]) เนื่องจากมีผลต่อการรักษาที่แตกต่างกัน (ESC, 2008)

โดยทั่วไปการทำงานของหัวใจที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ซึ่งปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออกมาในแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ ปริมาตรของเลือดในหัวใจห้องล่างก่อนการบีบตัว (preload) แรงต้านการไหลของเลือดในขณะหัวใจบีบตัว (afterload) และการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial contractility) เมื่อเกิดความผิดปกติ

เกิดขึ้นส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ร่างกายจึงมีกลไกในการปรับตัวในระยะสั้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที แต่ในระยะยาวการปรับตัวนี้มีข้อจำกัดทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา ดังนี้

1. เพิ่มการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและหลอดเลือดมีการหดตัว เกิดแรงต้านการไหลของเลือดในขณะที่หัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้น หัวใจห้องล่างซ้ายต้องบีบตัวแรงขึ้นเพื่อทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจที่แข็งแรงเพิ่มขึ้นมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น แต่ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอส่งผลให้แรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ทำให้มีปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายก่อนการบีบตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปริมาตรเลือดในหัวใจห้องบนซ้ายเพิ่มขึ้นเช่นกัน เลือดที่ค้างอยู่ในหัวใจมากขึ้นจนทันทกลับไปที่ปอด มีการเพิ่มขึ้นของแรงดันในหลอดเลือดฝอยที่ปอด ถ้าแรงดันนี้สูงกว่า 28-30 มม.ปรอท คือสูงกว่าความดันออสโมติกของหลอดเลือดจะทำให้สารน้ำจากหลอดเลือดฝอยของปอดเข้าไปอยู่ในถุงลมปอด ทำให้การแพร่และการซึมผ่านของออกซิเจนในถุงลมปอดเข้าสู่หลอดเลือดฝอยของปอดได้ลดลง ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย หายใจลำบาก (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

2. การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายที่ลดลงทำให้ความดันโลหิตลดลงส่งผลให้เลือดไปสู่ไตลดลง และกระตุ้นการทำงานของระบบเรนินแองจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน ทำให้แองจิโอเทนซินวัน ถูกเปลี่ยนเป็น แองจิโอเทนซินทู ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัว และออกฤทธิ์ที่ไตทำให้การจับน้ำและเกลือลดลง ร่วมกับการดูดซึมโซเดียมและน้ำกลับสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้มีการเพิ่มปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียน นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อมีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงจะมีการกระตุ้นไฮโปทาลามัสให้หลั่งฮอร์โมนที่ยับยั้งการขับปัสสาวะจากต่อมพิทูอิทารีส่วนหลังที่ออกฤทธิ์ที่ท่อไต ทำให้มีการดูดซึมน้ำกลับเพิ่มขึ้น ทำให้มีการเพิ่มปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนและการมีแรงดันในหลอดเลือดที่สูงมากพอที่จะขับสารน้ำออกจากหลอดเลือดเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ เกิดอาการบวมบริเวณส่วนปลายของร่างกาย และเกิดน้ำท่วมปอด (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยและสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (ACC/AHA, 2001) ได้แบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวดังนี้

ระยะ A ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ยังไม่มีความผิดปกติทางด้านโครงสร้างหรือหน้าที่ของเยื่อหุ้มหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ หรือลิ้นหัวใจ และไม่เคยมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ

เบาหวาน ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ผู้ที่มีประวัติเกิดพิษของยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจ ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคไข้วมาติก และผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ระยะ B ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านโครงสร้างของหัวใจแล้ว แต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวหรือเกิดพังผืด ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายขยายขนาด ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายมีความแรงในบีบตัวลดลง ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ไม่เคยมีอาการ ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ระยะ C ผู้ป่วยที่กำลังมีอาการเกิดขึ้นหรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกับมีโรคซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ เช่น อาการหายใจลำบากหรืออาการอ่อนล้าเนื่องจากหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวผิดปกติ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเนื่องจากการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวมาก่อน

ระยะ D ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโครงสร้างหัวใจอย่างมาก และมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวขณะพัก โดยได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้วรวมถึงผู้ที่ต้องการการรักษาเฉพาะทาง เช่น ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่รอการทำการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ผู้ป่วยที่ได้รับยากระตุ้นการทำงานของหัวใจทางหลอดเลือดอย่างต่อเนื่องที่บ้านสำหรับบรรเทาอาการ หรือต้องใส่เครื่องช่วยการทำงานของหัวใจ และผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในสถานบริการสำหรับดูแลและจัดการเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

การจำแนกผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะของโรค เพื่อแสดงถึงการดำเนินของโรคที่ดำเนินไปด้านหน้าอย่างเฉียวไม่สามารถย้อนกลับได้ และพยาธิสภาพของโรคที่มีความเสื่อมลงเป็นลำดับ เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยแต่ละระยะคือ ช่วยให้อาการดีขึ้น มุ่งเน้นการชะลอความเสื่อมของพยาธิสภาพเป็นสิ่งสำคัญ เช่นกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ยังไม่มีความผิดปกติของหัวใจ เป้าหมายในการรักษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อป้องกันการเกิดพยาธิสภาพที่หัวใจ

สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA] as cited in ESC, 2008; SIGN, 2007) ได้จำแนกความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA functional classification) โดยพิจารณาจากระดับกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติและอาการที่ปรากฏดังนี้

ระดับหนึ่ง (Class I) มีกิจกรรมตามปกติในแต่ละวัน ไม่แสดงอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

ระดับสอง (Class II) มีกิจกรรมตามปกติ มีอาการอ่อนเพลีย ใจเต้น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก แต่เมื่อได้พักอาการต่าง ๆ จะหายไป

ระดับสาม (Class III) มีกิจกรรมน้อยกว่าปกติ มีอาการอ่อนเพลีย ใจเต้น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก แต่เมื่อได้พักอาการต่าง ๆ จะหายไป

ระดับสี่ (Class IV) มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวแม้ในขณะที่พัก

การจำแนกผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระดับความรุนแรงของอาการ เป็นการแบ่งเพื่อ บ่งบอกถึงอาการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวดังกล่าว สามารถ เปลี่ยนแปลงกลับไปมาได้ระหว่างระดับที่ 1-4 เช่น ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ 4 ภายหลังจาก ได้รับการดูแลรักษาจนอาการดีขึ้น ระดับความรุนแรงลดลงเหลือระดับ 2 หรือระดับ 3 เป็นต้น

### แนวทางการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ปัจจุบันนี้เป้าหมายในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมุ่งเน้นที่ควบคุมอาการของ โรค ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ป้องกันและชะลอความเสื่อมของหัวใจ แนวทาง ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวมีดังนี้

1. แก้ไขสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือด หัวใจโคโรนารี โรคพังคืดหุ้มหัวใจครัด เป็นต้น รักษาโรคต่าง ๆ เหล่านี้ด้วยการผ่าตัด หรือ การใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.)

2. การรักษาด้วยยา (pharmacological treatment) ยาที่เป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ ยากลุ่มยับยั้งฤทธิ์ของแองจิโอเทนซิน ยาเบต้าบล็อกเกอร์ ยาด้าน ตัวรับอัลโดสเทอโรน ยาด้านตัวรับแองจิโอเทนซินทู ยาดิจิตาลิส ยาขับปัสสาวะ (ESC, 2008)

2.1 ยาขับปัสสาวะ (diuretics) ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของโซเดียมและคลอไรด์ เพิ่มการขับโซเดียมและน้ำทางไต ทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง จึงช่วยลดปริมาตรของ เลือดในหัวใจห้องล่างก่อนการบีบตัว (preload) มีผลบรรเทาอาการคั่งของน้ำตามส่วนต่าง ๆ ของ ร่างกาย และลดอาการบวมได้ (Chiu & Cheng, 2007) ยากลุ่มนี้สามารถแบ่งตามตำแหน่งที่ยาออก ฤทธิ์ได้ดังนี้ 1) ยากลุ่มไทอะไซด์ (thiazides) ออกฤทธิ์ที่หน่วยไตส่วนปลาย (distal tubules) ยาใน กลุ่มนี้ได้แก่ ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (hydrochlorothiazide) มักใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการน้ำเกินไม่มาก และการทำงานของไตเป็นปกติ 2) ยากลุ่มลูปไดยูเรติก (loop diuretics) ออกฤทธิ์ที่หน่วยไตส่วน เชนเลอูป (henle's loop) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ฟูโรซีไมด์ (furosemide) บูมีทานิด (bumetanide) มักใช้ สำหรับผู้ป่วยที่อาการรุนแรงมาก การทำงานของไตบกพร่อง หรือมีอาการบวมที่ไม่ตอบสนองต่อ ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ที่หน่วยไตส่วนปลาย อาการไม่พึงประสงค์ของยาสองกลุ่มนี้คือ ภาวะโปตัสเซียม

ในเลือดต่ำ (hypokalemia) ทำให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และอาจทำให้เกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติได้ ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง (hyperuricemia) ซึ่งควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเก๊าท์ และ 3) ยาขับปัสสาวะกลุ่มกักเก็บโปตัสเซียม (potassium sparing diuretics) ออกฤทธิ์ที่หน่วยไตส่วนคอลเล็กติงทิวบูล (collecting tubules) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ สไปโรโนแลกโตน (spironolactone) ไตรแอมเทรีน (triamterene) อะมิโลไรด์ (amiloride) อาการไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่มนี้คือ ภาวะโปตัสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้ การใช้สไปโรโนแลกโตน (spironolactone) ในผู้ชายอาจทำให้เต้านมโตได้ (ปราณี ฐิไพเราะ, 2550)

2.2 ยากลุ่มยับยั้งฤทธิ์ของแองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitor [ACEI]) ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซิน คอนเวตติง เอ็นไซม์ (angiotensin converting enzyme) โดยยับยั้งปฏิกิริยาการเปลี่ยนแองจิโอเทนซินวัน (angiotensin I) เป็นแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ทำให้หลอดเลือดขยายตัว (HFSA, 2010) ช่วยลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ช่วยให้มีเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) มากขึ้น ช่วยป้องกันการเปลี่ยนรูปร่างและขนาดของหัวใจห้องล่าง ทำให้หัวใจไม่ขยายขนาดและไม่หนาตัวมากขึ้น ทำให้การทำงานของหัวใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อีนาลาพริล (enalapril) แคปโทพริล (captopril) ลิสิโนพริล (lisinopril) อาการไม่พึงประสงค์ของยากลุ่มนี้คือ ความดันโลหิตต่ำ อาการไอแห้ง ๆ ซึ่งมักพบอาการไอหลังได้รับยาไปแล้ว 1 สัปดาห์ถึง 6 เดือน การทำงานของไตลดลง ภาวะโปตัสเซียมในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง มีผื่นขึ้นตามตัว (maculopapular rash) ซึ่งอาจมีอาการคันหรือไม่คันก็ได้ (ปราณี ฐิไพเราะ, 2550; SIGN, 2007)

2.3 ยากลุ่มต้านตัวรับเบต้าอะดรีนาลิจ หรือยาเบต้าบล็อกเกอร์ (beta-adrenergic receptor antagonist [beta-blocker]) ออกฤทธิ์ต้านตัวรับเบต้าอะดรีนาลิจ จึงลดการหลั่งอะดรีนาลิน ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทซิมพาทติก โดยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้มีการไหลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น ช่วยป้องกันการเปลี่ยนรูปร่างและขนาดของหัวใจห้องล่าง ทำให้หัวใจไม่ขยายขนาดและไม่หนาตัวมากขึ้น ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ โพรพรานอลอล (propranolol) อะทีโนลอล (atenolol) เมโทโพรลอล (metoprolol) อาการไม่พึงประสงค์ของยากลุ่มนี้คือ หัวใจเต้นช้า (bradycardia) ความดันโลหิตต่ำ อาการอ่อนเพลีย (Chiu & Cheng, 2007; Viera et al, 2009)

2.4 ยากลุ่มต้านตัวรับอัลโดสเตอโรน (aldosterone receptor antagonist [AA]) ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของอัลโดสเตอโรน ทำให้มีการขับน้ำและเกลือแร่ ช่วยลดการกั่งของน้ำและเกลือ โดยยับยั้งการสูญเสียโปตัสเซียมไปกับปัสสาวะ (Gao, Peng, Adhikari, Lin, & Zuo, 2007; Hamaguchi et al., 2010) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ สไปโรโนแลกโตน (spironolactone) อาการ

ไม่พึงประสงค์ของยากลุ่มนี้คือ ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เต้านมโตหรือปวดเต้านมในผู้ชาย (gynaecomastia) ปวดศีรษะ ง่วงนอน คลื่นไส้ อาเจียน (ปราณี ฑูไพเราะ, 2550)

2.5 ยากลุ่มต้านตัวรับแองจิโอเทนซินทู (angiotensin receptor blocker [ARB]) ออกฤทธิ์ยับยั้งทำงานของแองจิโอเทนซินทู โดยการออกฤทธิ์ต้านตัวรับแองจิโอเทนซินทูโดยตรง (angiotensin II type I receptor [ATI]) (HFSA, 2010) และออกฤทธิ์ลดแรงต้านการไหลของเลือดในขณะหัวใจบีบตัว (afterload) โดยขยายหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง ลดความต้องการออกซิเจน และลดการทำงานของหัวใจ เนื่องจากยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดโดยไม่ทำให้ระดับเบรคดีไคนิน (bradykinin) ในร่างกายเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการไอจากการใช้ยากลุ่มยับยั้งฤทธิ์ของแองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitor) แพทย์มักเปลี่ยนมาใช้ยากลุ่มนี้แทน ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ โลซาร์แทน (losartan) เออร์บีซาร์แทน (irbesartan) วาลซาร์แทน (valsartan) อาการไม่พึงประสงค์ของยากลุ่มนี้คือ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ความดันโลหิตต่ำ โปแตสเซียมในเลือดสูง โซเดียมในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง (Chiu & Cheng, 2007)

2.6 ยาดิจิตาลิส โกลโคไซด์ (digitalis glycosides) ออกฤทธิ์ด้วยการยับยั้งเอนไซม์โซเดียมโปแทสเซียม เอทีพีเอส ( $\text{Na}^+/\text{K}^+$  ATPase) ทำให้โซเดียมในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น มีผลต่อการแลกเปลี่ยนโซเดียมและแคลเซียมที่ผนังเซลล์ ทำให้แคลเซียมเข้าเซลล์ได้มากขึ้น เพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (positive inotropic effect) ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจหนึ่งครั้งและเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที และมีฤทธิ์ลดความเร็วของการนำกระแสไฟฟ้าภายในกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง จึงใช้ในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการเต้นของหัวใจห้องบนแบบสั่นพริ้ว (atrial fibrillation) ทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น (Cheng & Ryrak, 2010) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ดิจอกซิน (digoxin) ดิจิโทกซิน (digitoxin) อาการไม่พึงประสงค์ของยากลุ่มนี้คือ เวียนศีรษะ การมองเห็นผิดปกติ เห็นแสงสีเหลืองหรือเขียว (blurred or yellow vision) ผลต่อระบบทางเดินอาหารคือ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผลต่อระบบประสาทส่วนกลางคือ เกิดอาการสับสน เพ้อคลั่ง ประสาทหลอน ชัก เนื่องจากระดับยาที่ให้ผลการรักษากับระดับยาที่ทำให้เกิดอาการพิษมีค่าใกล้เคียงกันมาก (therapeutic index แคบ) ดังนั้นการใช้ยาในกลุ่มนี้จึงต้องมีความระมัดระวังในเรื่องขนาดยา เพราะอาจทำให้เกิดอาการพิษได้ (ปราณี ฑูไพเราะ, 2550)

2.7 ยาประเภทยับยั้งการทำงานของแคลเซียม (Calcium channel blockers [CCB]) ออกฤทธิ์ต่อหลอดเลือดโดยยับยั้งการนำแคลเซียมเข้าสู่เซลล์ ผลคือจะมีการขยายหลอดเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจเพิ่มมากขึ้น และขยายหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้แรงต้านทานภายในผนังหลอดเลือด (afterload) ลดลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อหัวใจโดยลดการทำงานของหัวใจ ทำให้ความ

ต้องการออกซิเจนลดลง ทำให้อาการปวดเค้นหน้าอกบรรเทาลง แต่ยาในกลุ่มนี้ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิดบีบตัว (systolic heart failure) โดยทำให้เกิดผลเสียได้ เนื่องจากไปเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ แอมโลดิพีน (amlodipine) เฟโลดิพีน (felodipine) วีราพามิล (verapamil) ไนเฟดิพีน (nifedipine) อาการไม่พึงประสงค์ของยาในกลุ่มนี้คือ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ บวม น้ำบริเวณข้อเท้าและเท้า อ่อนเพลีย คลื่นไส้ (Chiu & Cheng, 2007)

3. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non pharmacological intervention) ได้แก่ การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม การจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียม การติดตามการชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน การเฝ้าระวังภาวะน้ำและเกลือคั่ง การออกกำลังกาย การควบคุมภาวะโภชนาการ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มชาและกาแฟ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ และการฝึกทักษะ

3.1 การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม (restrict fluid intake) การจำกัดน้ำดื่มพิจารณาทำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการรุนแรง หรือมีอาการหอบเหนื่อยมากต้องให้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง ผู้ป่วยโรคไตที่มีน้ำและเกลือคั่งง่าย และผู้ป่วยที่มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) โดยจำกัดน้ำดื่มในปริมาณ 1.5-2 ลิตรต่อวัน การจำกัดน้ำดื่มในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับอาการน้อยถึงปานกลาง (อาการไม่รุนแรง) ไม่มีความจำเป็นต้องจำกัดปริมาณน้ำอย่างเคร่งครัดนัก (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.; ESC, 2008; HFSA, 2010)

3.2 การจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียม (restrict salt) แนวทางการรักษามาตรฐานส่วนใหญ่ แนะนำให้ผู้ป่วยบริโภคเกลือแกงน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน โดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง และไม่เติมเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วลงไปเพิ่มในอาหาร ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (NYHA FC IV) หรือ จำเป็นต้องให้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูงจำเป็นต้องเคร่งครัดเรื่องนี้อย่างมาก ควรอ่านฉลากแสดงส่วนประกอบทางโภชนาการ เพื่อดูปริมาณส่วนผสมของเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) ในอาหารนั้น ๆ ไม่แนะนำให้ใช้เกลือสุขภาพซึ่งประกอบด้วยเกลือโปแตสเซียมทดแทน เนื่องจากอาจทำให้มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.; American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association [ACCF/AHA], 2009; ESC, 2008; SIGN, 2007)

3.3 การติดตามการชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน (home daily weight monitoring) แนะนำให้ผู้ป่วยชั่งและบันทึกน้ำหนักตัวทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในตอนเช้า ภายหลังจากขับถ่ายแล้ว และก่อนรับประทานอาหารเช้า ถ้ามีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัมภายใน 1-2 วัน (หรือ 2 กิโลกรัมใน 3 วัน) แสดงว่าเริ่มมีภาวะน้ำและเกลือคั่ง หากน้ำหนักไม่ลดลงสู่ปกติใน 3-4 วัน หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่า 2 กิโลกรัม ใน 3 วัน ผู้ป่วยควรพบแพทย์ (สมาคมแพทย์

โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.; ESC, 2008; SIGN, 2007) การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวจะสัมพันธ์กับการเสื่อมลงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังและการคั่งของน้ำในร่างกาย (ESC, 2008)

3.4 การเฝ้าระวังภาวะน้ำและเกลือคั่ง ผู้ป่วยควรรู้จักอาการต่าง ๆ ของภาวะน้ำและเกลือคั่ง เช่น เหนื่อยมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น บวม นอนราบไม่ได้ หรือต้องลุกมานั่งหอบตอนกลางคืน หากเริ่มมีอาการดังกล่าวผู้ป่วยควรแจ้งให้ทีมผู้ดูแลทราบแต่เนิ่น ๆ ก่อนอาการกำเริบรุนแรง ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.)

3.5 อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ คืออาการที่แสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เลวลง และอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่า 2 กิโลกรัม ใน 3 วัน บวมมากขึ้น ไอ เหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้ ต้องนั่งหายใจสั้น แน่นหน้าอก อ่อนเพลียมากขึ้น เจ็บขาไม่มีแรง เป็นลมหน้ามืด เป็นต้น (ฐาปณีย์ น้ำเพชร, 2547)

3.6 การออกกำลังกาย ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้แนะนำการออกกำลังกายโดยการเดินบนทางราบ โดยเริ่มทีละน้อยจาก 2-5 นาทีต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์แล้วเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน ความถี่ในการออกกำลังกายคือ 3 ถึง 7 ครั้งต่อสัปดาห์ และให้มีการอบอุ่นร่างกายและการชะลอการออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 10 ถึง 15 นาที (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.; American college of sports medicine[ACSM], 2006) รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การออกกำลังกาย (aerobic exercise) ที่พอเหมาะอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อลีบและปรับการไหลเวียนของร่างกายส่วนปลายให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทำงานต่าง ๆ ได้มากขึ้น ไม่อ่อนเพลีย และรู้สึกกระปรี้กระเปร่าขึ้น อย่างไรก็ตาม โปรแกรมออกกำลังกายต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่เกร็งกล้ามเนื้อ เช่น การเบ่ง การยกของหนักกว่า 10 กิโลกรัม หรือการออกกำลังกายมากเกินไปจนฝืนความรู้สึกตนเอง ควรงดการออกกำลังกายในวันที่รู้สึกไม่ค่อยสบาย เป็นหวัด อ่อนเพลีย นอนไม่เพียงพอ หรือมีอาการเหนื่อย ใจสั้น แน่นหน้าอกมากขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.)

3.7 การควบคุมภาวะโภชนาการ แนะนำให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักหากมีน้ำหนักเกิน (body mass index [BMI] = 23-24.9 กก./ม.<sup>2</sup>) หรือเป็นโรคอ้วน (BMI มากกว่า 25 กก./ม.<sup>2</sup>) เนื่องจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการรุนแรงมักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยมักมี

อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อึดอัด แน่นท้อง อาหารไม่ย่อยและดูดซึมไม่ดี แสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีหากมีน้ำหนักลดมากกว่า 5 กิโลกรัม หรือมากกว่าร้อยละ 7.5 ของน้ำหนักตัวเดิมในเวลา 6 เดือน หรือดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ม.<sup>2</sup>) ควรเน้นให้มีการเพิ่มน้ำหนักของกล้ามเนื้อ แต่ไม่ควรเพิ่มการคั่งของน้ำและเกลือ ซึ่งทำได้โดยการออกกำลังกายให้เพียงพอรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.)

3.8 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol consumption) เนื่องจากมีผลลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.) แอลกอฮอล์อาจส่งผลกระทบต่อแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อในทางลบ และอาจสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตและเสี่ยงต่อหัวใจเต้นผิดจังหวะ การดื่มในปริมาณที่มากเกินไปอาจทำให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรจำกัดปริมาณที่ 10-20 กรัมต่อวัน (1-2 แก้วไวน์ต่อวัน) และถ้าเป็นไปได้ควรงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ESC, 2008; SIGN, 2007)

3.9 การสูบบุหรี่ (smoking) แนะนำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ อธิบายผลเสียของการสูบบุหรี่ (ESC, 2008; SIGN, 2007) ในบุหรี่มีสารนิโคตินออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง ทำให้มีการหลั่งสารโดปามีนในสมองเพิ่มขึ้น ออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลางทำให้ความรู้สึกต่าง ๆ ซ้ำลง นิโคตินบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดไปออกฤทธิ์โดยตรงต่อมหมวกไต กระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอพิเนฟรินทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ และไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแขนขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2547)

3.10 ชา และกาแฟ แนะนำให้ผู้ป่วยงดดื่มเครื่องดื่มประเภทชาและกาแฟ อธิบายผลเสียของการดื่มชาและกาแฟที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ โดยกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งคอร์ติซอลมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดมีการหดตัว และหัวใจเต้นเร็ว สารคาเฟอีนในกาแฟจะกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ และยังกระตุ้นให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหารมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดหดตัวและหัวใจทำงานหนักขึ้น (ฐาปณีย์ น้ำเพชร, 2547)

3.11 การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ และการฝึกทักษะ (counseling & education & coaching) แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้คำปรึกษาในเรื่องอาการที่เกิดขึ้น ภาวะน้ำเกิน การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต และอาการอ่อนล้า เพื่อให้เกิดความอบอุ่นใจ มั่นใจ ให้กำลังใจ เสริมแรงบวก ในการออกกำลังกาย สนับสนุน ส่งเสริม ครอบครัวยุติผู้ป่วยในเรื่องการช่วยเหลือ และให้กำลังใจกับผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การดูแลน้ำหนักตัว ให้ครอบครัวมีส่วนสนับสนุนด้านจิตใจโดยเอาใจใส่ สังเกตอาการที่สำคัญเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.) ดังนี้

3.11.1 การให้ความรู้ทั่วไป ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค พยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรค แผนการบำบัดรักษา ปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น และการพยากรณ์โรค

3.11.2 การติดตามอาการด้วยตนเอง ประกอบด้วย การรู้จักและเฝ้าระวัง อาการกำเริบ อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำและเกลือคั่ง การชั่งและบันทึกน้ำหนักตัวทุกวัน และการปฏิบัติตัวกรณีที่เกิดอาการกำเริบ

3.11.3 คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการ ประกอบด้วย การควบคุมการบริโภคเกลือโซเดียม การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม และการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3.11.4 การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย ประกอบด้วย การทำงาน การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์

3.11.5 การให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ประกอบด้วย ชื่อยาแต่ละตัว การออกฤทธิ์ของยา ขนาดยา วิธีการใช้ยา และผลข้างเคียงของยา การจัดการกับปัญหาการใช้ยาจำนวนมากและซับซ้อน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

#### ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หมายถึงผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังจากวิธีการดูแลที่ได้รับ เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านสภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วยในปัจจุบันและอนาคตที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จาก การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่า ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์นั้นมีความหลากหลายขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยส่วนใหญ่ ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมอาการ สภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง อัตราตายลดลง การใช้บริการสุขภาพลดลง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลดลง และค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพลดลง ดังเช่นงานวิจัยดังต่อไปนี้

เฟรดเดอริก, บีนแลนด์, สแพลดิง, และ ซิลวา (Fredericks et al., 2010) ได้ทำการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาผลของลักษณะการสอนต่อผลลัพธ์ของการจัดการ ความรู้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยทำการประเมินประสิทธิผลของวิธีการสอน รูปแบบการ

สอน และจำนวนครั้งที่สอนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของการสอนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วยการสอนแบบรายบุคคล การสอนร่วมกับการใช้สื่อต่าง ๆ และจำนวนครั้งในการสอนที่มากกว่าหนึ่งครั้งขึ้นไป เป็นประโยชน์ในการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และมีจำนวนครั้งในการเกิดอาการ (symptom experience) ลดลง

ดีวอลท์ และคณะ (DeWalt et al., 2006) ทดสอบ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรู้ทุกระดับ ต่ออัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราตาย และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure-related quality of life) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยเน้นที่การชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน การปรับขนาดยาขับปัสสาวะด้วยตัวเอง และการรู้จักอาการและการจัดการอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือและความมีวินัยในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มทดลองมีความรู้ดีขึ้น สมรรถนะแห่งตนดีขึ้น และพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่ 12 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่ม

เบรนดอน ชูสเลอร์ เอลลิสัน และ ลาเซนบี (Brandon, Schuessler, Ellison, & Lazenby, 2009) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของระบบการติดตามทางโทรศัพท์โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการพยาบาลที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องรูปแบบหนึ่งในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และตามด้วย 2 สัปดาห์ต่อครั้งเป็นเวลา 10 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 7 ครั้ง ในการติดตามทางโทรศัพท์ ระยะเวลาในการติดตามแต่ละครั้งนานประมาณ 5 ถึง 30 นาที ขึ้นอยู่กับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วย ซึ่งต้องให้การสอนหรือสนับสนุนตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน ผลลัพธ์จากการติดตามทางโทรศัพท์โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พบว่าการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ออสติน, วิลเลียม, โรส, โมซีเลวี และ ฮัททิสัน (Austin, Williams, Ross, Moseley, & Hutchison, 2005) ทดสอบ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจต่อสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย คุณภาพชีวิต และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ

หัวใจล้มเหลวเรื้อรังในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย การฝึกและปฏิบัติการออกกำลังกายสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจเป็นเวลา 6 เดือน การได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การบำบัดรักษาและยาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ การได้รับคำปรึกษาจากนักโภชนาการ นักจิตบำบัด และนักฝึกอาชีพ โดยมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกเป็นผู้ประสานงานและติดตามผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีสถานะการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคสำหรับภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น และมีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดิทีวิก, บล็อก, ฮาเวอ, และ เวินินดาาล (Ditewig, Blok, Havers, & Veenendaal, 2010) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับประสิทธิผลของการจัดการตนเองต่ออัตราการตาย การกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ อัตราการนอนโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยรวบรวมการศึกษาที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผลของการจัดการตนเองของผู้ป่วยต่ออัตราการตายลดลง จำนวน 1 ใน 9 การศึกษา ผลของการจัดการตนเองต่อทุกสาเหตุของการนอนโรงพยาบาลซ้ำลดลง จำนวน 2 ใน 8 การศึกษา ผลของการจัดการตนเองต่ออัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง จำนวน 2 ใน 4 การศึกษา และผลของการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเพิ่มขึ้น จำนวน 11 ใน 14 การศึกษา

โฮ และคณะ (Ho et al., 2007) ได้ทำการศึกษาการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่บ้านและที่คลินิกโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ต่อความคุ้มค่าคุ้มทุนในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้รับการนัดติดตามดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ทุก 4 สัปดาห์ ร่วมกับการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอทุก 2 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่จะได้รับการนัดติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอกทุก 2-3 เดือน ร่วมกับการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอทุก 3-4 สัปดาห์ โดยพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังลดลง ได้แก่ จำนวนครั้งและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง ค่าใช้จ่ายด้านบริการในการนอนโรงพยาบาลลดลง อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ภาวะหัวใจล้มเหลวลดลง จำนวนครั้งและค่าใช้จ่ายในการใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินลดลง และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA functional classification) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อลเลน และ เดนนิสัน (Allen & Dennison, 2010) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาถึงวิธีการทางการพยาบาล (nursing intervention) ในการลดระยะเวลาและความ

รุนแรงของโรค การป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน (secondary prevention) ต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยรวบรวมการศึกษาที่เป็น การวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการใช้วิธีการทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า วิธีการพยาบาลส่วน ใหญ่ที่ใช้เป็นกลยุทธ์แรกคือ การสอนให้ความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษาและการส่งเสริมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลลัพธ์จากการใช้วิธีการพยาบาลดังกล่าวมากกว่าครึ่งหนึ่งของการศึกษา พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 ผลลัพธ์ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ปริมาณไขมันในเลือด กิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การเลิกสูบบุหรี่ การลดน้ำหนักตัว การใช้บริการด้านสุขภาพ อัตราตาย คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีจากการดูแลผู้ป่วยโดย ใช้วิธีการทางการแพทย์ การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพมี ความสำคัญอย่างยิ่ง ต้องเกิดจากความร่วมมือกันของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ ร่วมกับระบบบริการจะต้องเอื้อต่อการจัดการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งต้องอาศัย การจัดการทางการแพทย์ที่ดีของระบบบริการ

### ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด พยาธิสภาพของ โรคจะมีการดำเนินไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นเมื่อได้รับการดูแลรักษาอย่าง เหมาะสม แต่มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการกำเริบจนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรืออาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้หากระบบบริการสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไม่เหมาะสม ผู้ ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เรื้อรัง สามารถแบ่งระบบบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ 2 ประเภท คือ ระบบบริการผู้ป่วยนอก และระบบบริการผู้ป่วยใน โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### ระบบบริการผู้ป่วยนอก

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังใน ระบบบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นการออกแบบระบบการให้บริการ การวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยให้ ได้ผลดี และเป็นการพัฒนาคุณภาพในการดูแล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาที่มี ประสิทธิภาพ ระบบบริการผู้ป่วยนอกสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีดังนี้

1. การจัดการโรค (disease management) ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และแนวทางการดูแลรักษาที่เข้าใจได้ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิต เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและจัดการตนเองได้ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และการสนับสนุนการดูแลตนเอง การบูรณาการในการให้ความช่วยเหลือและการประสานการดูแล การกำหนดบทบาทที่ชัดเจนภายในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลรักษาผู้ป่วย การจัดให้มีผู้จัดการกรณีหรือจัดการโรค (case manager/ disease manager) ซึ่งเป็นพยาบาล เพื่อประสานทีมผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย และทบทวนทะเบียน เพื่อประเมินการจัดบริการผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและภาพรวม (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [สปสช], 2553; Hauptman et al., 2008)

2. การประเมินผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยการประเมินตั้งแต่เริ่มแรกที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิก และประเมินทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการตรวจตามการนัดหมาย การประเมินที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นส่วนสำคัญในการพยากรณ์ความเสี่ยงต่ออัตราการตายและโรคที่เกิดร่วมกับระบบหัวใจและหลอดเลือด นำไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Hauptman et al., 2008) ประกอบด้วย

2.1 ประเมินสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมโดยการทบทวนและสืบค้นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อนำไปสู่การเฝ้าระวังและกำจัดปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคแย่ลง

2.2 การประเมินการทำหน้าที่ โดยการประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก โดยการประเมินทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และประเมินจำนวนระยะทางที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังสามารถเดินได้ภายในระยะเวลา 6 นาที (six minute walk test)

2.3 การติดตามประเมินอาการทางคลินิกที่จำเป็น ได้แก่ อาการบวม อาการหายใจเหนื่อย อาการอ่อนล้า และอาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น

2.4 ประเมินสถานภาพของระบบไหลเวียนโลหิต โดยการประเมินกำลังสำรองของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความสมดุลของน้ำและเกลือในร่างกาย และการกำซาบ

2.5 ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

2.6 การประเมินความเสี่ยงอันเนื่องมาจากพฤติกรรมและจิตสังคม โดยการประเมินการยอมตามการบำบัดรักษา ค้นหาสาเหตุของการไม่ยอมตามการบำบัดรักษา การประเมินภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล และการประเมินความช่วยเหลือของครอบครัวและสังคมรอบข้าง

2.7 การประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นของผู้ป่วยและครอบครัว

2.8 การประเมินความต้องการของผู้ป่วย ทักษะคิดต่อโรค และการวางแผนในระยะท้ายของชีวิต (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.; Hauptman et al., 2008)

3. การประเมินคุณภาพชีวิต (quality of life assessment) โดยการสำรวจสภาวะสุขภาพเฉพาะโรคของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังหรือคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นทำโดยการถามคำถามผู้ป่วยทุกคน และทำการประเมินแบบรายบุคคล (Hauptman et al., 2008)

4. การบำบัดรักษาทางการแพทย์และการประเมินการบำบัดรักษาด้วยยา (medical therapy and drug evaluation) ประกอบด้วย (Hauptman et al., 2008)

4.1 การบำบัดรักษาทางการแพทย์เป็นการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ในแนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

4.2 การจัดการตนเองเกี่ยวกับการปรับยาขับปัสสาวะที่เหมาะสม มีความรู้ที่ถูกต้อง

4.3 การประเมินเกี่ยวกับยาเมื่อผู้ป่วยเข้าคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และเมื่อมีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับปัจจัยทางคลินิก

4.4 การประเมินความร่วมมือในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และมีการพัฒนากลยุทธ์เพื่อปรับปรุงให้เกิดความร่วมมือเพิ่มมากขึ้น

5. การประเมินภาวะโภชนาการ (nutrition assessment) ประเมินภาวะโภชนาการตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และประเมินทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เมื่อมีอาการบ่งชี้ทางคลินิก ควรให้คำแนะนำในการจำกัดการบริโภคเกลือและน้ำดื่ม ระบบในการติดตามน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย เมื่อสงสัยว่ามีภาวะขาดสารอาหารต้องมีการคำนวณแคลอรีของผู้ป่วย (Hauptman et al., 2008)

6. การติดตามต่อเนื่อง (follow up) การติดตามอย่างเป็นระบบหรือการมาตรวจตามนัดที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอก ตามแนวทางการปฏิบัติระบบการมารับบริการที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังภายใน 7 ถึง 10 วัน หรือ ภายใน 72 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ภายหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หรือ ภายหลังจากใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ การมาตรวจตามนัดที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไม่ควรเกิน 12 เดือน และการมาตรวจที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังก่อนเวลานัดในผู้ป่วยที่มีอาการมาก ในระบบการติดตามต่อเนื่องนี้ควรมีการประเมินค่าเกลือแร่ใน

ร่างกาย การทำงานของไต และการติดตามอื่น ๆ เช่น การวัดการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยการกำหนดความถี่ในการวางแผนการรักษาในผู้ป่วยแต่ละคน (Hauptman et al., 2008)

7. การวางแผนการดูแล (advance planning) การดูแลต้องมีความรอบรู้ และมีความสะดวกในการปฏิบัติการดูแลขั้นสูงเกี่ยวกับแนวคิดในการวางแผนการดูแล มีการรวบรวมการวางแผนการดูแลขั้นสูงเข้าไว้ด้วยกัน มีการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Hauptman et al., 2008) มีการวางแผนล่วงหน้าในการให้บริการที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการให้บริการดูแลที่เข้มข้นและลงรายละเอียดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (สปสช, 2553)

8. การสื่อสาร (communication) ความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการกับผู้ป่วยมีความไว้วางใจกัน ภาษาหรือคำพูดที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยมีความเหมาะสมระหว่างผู้ให้บริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง (Hauptman et al., 2008)

9. ความรู้ของผู้ให้บริการ (provider education) ผู้ให้บริการต้องได้รับความรู้ที่ต่อเนื่อง และทันสมัย ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การติดตามโรคหัวใจและหลอดเลือดสอดคล้องกับข้อกำหนดของการประชุมวิชาการด้านการฝึกทักษะโรคหัวใจ เพื่อให้การดูแลด้านคลินิกสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอาการมากและผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ผู้ให้บริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเฉพาะสำหรับภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอาการมากและผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การประเมินการปฏิบัติเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอเป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการเรียนรู้พื้นฐานในการปฏิบัติการดูแล (Hauptman et al., 2008)

10. การประเมินคุณภาพ (quality assessment) เป้าหมายของการสร้างสิ่งใหม่ ๆ ขึ้นมาสำหรับการปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น การออกแบบโครงสร้างและกระบวนการเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติที่ดีขึ้น การทบทวนการปฏิบัติเพื่อประเมินการดูแลที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การปฏิบัติของมาตรฐานแนวปฏิบัติทางคลินิกหรือแผนการดูแล การประเมินการปฏิบัติทางคลินิกสัมพันธ์ที่สัมพันธ์กับผู้ให้บริการอื่น ๆ รวมทั้งบ่งชี้ถึงสิ่งต่าง ๆ หรือหน่วยงานที่ต้องมีการปรับปรุงให้ดีขึ้น และการพัฒนากลยุทธ์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Hauptman et al., 2008)

11. การเก็บรักษาและการทบทวนข้อมูล (record keeping and data review) การเก็บบันทึกและการทบทวนข้อมูลการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติ ข้อมูลนี้สามารถใช้เป็นระบบเตือนเพื่อติดตามผู้ป่วยมารับบริการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ข้อมูลการบริการผู้ป่วยยังสามารถใช้แบ่งปัน

ระหว่างทีมผู้ให้บริการดูแล ช่วยติดตามกำกับผลการปฏิบัติงานของระบบบริการดูแลรักษาและทีมผู้ให้การดูแล (สปสช, 2553; Hauptman et al., 2008)

### ระบบบริการผู้ป่วยใน

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในระบบบริการผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการออกแบบระบบการให้บริการ การวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยให้ได้ผลดี และเป็นการพัฒนาคุณภาพในการดูแล เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ระบบบริการผู้ป่วยในสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีดังนี้

1. การจัดการโรค (disease management) การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกหรือหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือการจัดการโรค อิงหลักฐานที่ได้รับการยืนยัน ทั้งนี้ผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยควรให้การดูแลที่สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในแต่ละบุคคล ประกอบด้วย การช่วยเหลือการจัดการตนเองของผู้ป่วย การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม (fluid management) การจัดการอาการ โภชนาการ และอาหาร ยา การออกกำลังกาย การลดความเครียด สนับสนุนการปรับตัวเมื่อเผชิญโรคที่ก้าวหน้าขึ้นหรือการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการฉีดวัคซีน การลดปัจจัยเสี่ยง และการดูแลแบบประคับประคอง (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO], 2010)

2. การประเมินผู้ป่วย (assessments of participants) การประเมินผู้ป่วยนั้นต้องประเมินอย่างครอบคลุมตามแนวทางของแนวปฏิบัติทางคลินิกหรือหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ (functional capacity) (JCAHO, 2010) การประเมินด้านจิตใจ การประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น การประเมินความช่วยเหลือของครอบครัวและสังคมรอบข้าง การประเมินอุปสรรคทางด้านเศรษฐกิจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.; JCAHO, 2010)

3. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย การฝึกทักษะในการจัดการตนเอง ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยเรื่อง การรับประทาน อาหาร ระดับในการทำกิจกรรม การเข้ารับการตรวจและรักษาตามนัด การติดตามน้ำหนักตัว รับรู้ และเข้าเกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่แยลงและเมื่อต้องติดต่อกับผู้ปฏิบัติการดูแล ความร่วมมือในการวางแผนการดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน (JCAHO, 2010)

4. การวางแผนการดูแล การพัฒนาการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมโดยกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการดูแลในระยะสั้นและระยะยาว โดยขึ้นอยู่กับลำดับความสำคัญและความเสี่ยง การจัดเตรียมการให้บริการนี้รวมถึงการวินิจฉัยโรค การแสวงหาทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในชุมชน และทางเลือกในการบำบัดรักษา กลุ่มผู้ปฏิบัติการดูแลมีการสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลสภาพการณ์และโรคร่วมที่เกิดขึ้น เพื่อให้การบำบัดรักษาและการจัดการที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านโภชนาการเน้นการจำกัดการบริโภคเกลือและการลดอาหารไขมัน การจัดการควบคุมปริมาณน้ำดื่ม กิจกรรมและการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว และการลดพฤติกรรมที่ทำให้มีอาการแย่ลง (JCAHO, 2010)

5. การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีลักษณะของอาการทางคลินิกที่มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่องและต้องการบำบัดรักษาที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมแล้ว มีการพยากรณ์โรคไม่ดีในระยะสั้น และควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสม การดูแลที่ให้ความสำคัญเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การควบคุมอาการ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเสื่อมลงสามารถตรวจพบและให้การรักษาได้ตั้งแต่นั้น ๆ และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ประกอบด้วย ความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การติดต่อประสานงานระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองกับทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในการร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ประกอบด้วย การจัดการอาการ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตัดสินใจทางคลินิก การสนับสนุนด้านจิตใจ การประสานการดูแล และให้การดูแลในระยะสุดท้ายที่มีคุณภาพ โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล การทบทวนถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอสำหรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมในอนาคต การดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการบำบัดรักษาด้วยยา บริการช่วยเหลือและสนับสนุนการจัดการเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (ESC, 2008; SIGN, 2007)

6. การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care from hospital to community) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในขณะที่ผู้ป่วยยังรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับอาการเตือนและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่แย่ลง การฝึกทักษะการจัดการตนเอง ปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแย่ลง การบำบัดรักษาด้วยยา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย และทีมสุขภาพผู้ให้การ

ดูแล การวางแผนระบบการนัดติดตามต่อเนื่อง การจัดหาทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ เพื่อสนับสนุนการจัดการโรคที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป้าหมายและความต้องการที่สำคัญคือ การช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ลักษณะที่สำคัญของการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านอีกอย่างคือการฝึกผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยในการจัดการโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Arnold et al., 2008)

7. การวางแผนจำหน่ายและการติดตามต่อเนื่อง ประกอบด้วย การจัดรูปแบบสำหรับประเมินผู้ป่วยซ้ำโดยทีมผู้ให้การดูแลภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล รูปแบบการประเมินซ้ำนี้ได้แก่ การประเมินซ้ำทางโทรศัพท์ การติดตามเยี่ยมที่บ้านของผู้ป่วย หรือตามการนัดติดตามที่โรงพยาบาล การประสานความร่วมมือระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ในการนัดหมายเพื่อการติดตามต่อเนื่องก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ให้บริการในการดูแลสุขภาพให้การติดตามผู้ป่วยภายใน 7 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (JCAHO, 2010)

8. คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติการดูแล (practitioners qualified and competent) ผู้ปฏิบัติการดูแลต้องเป็นผู้มีการศึกษา มีประสบการณ์ ผ่านการฝึกทักษะ และมีองค์ความรู้ในการให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นรายบุคคล ผู้ปฏิบัติการดูแลได้รับการสนับสนุนให้ศึกษาต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (JCAHO, 2010)

9. สารสนเทศทางคลินิก ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสารครอบคลุมการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน การดูแลต่อเนื่อง ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแผนกผู้ป่วยในเพื่อเชื่อมโยงกับผู้ปฏิบัติการดูแลในแผนกผู้ป่วยนอกและเชื่อมโยงการดูแลของผู้ปฏิบัติภายใน 72 ชั่วโมง ภายหลังจากจำหน่ายออกจากแผนกผู้ป่วยใน การบันทึกเวชระเบียนต้องมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการระบุตัวผู้ป่วย มีข้อมูลเพียงพอสำหรับสนับสนุนการวินิจฉัยโรค มีข้อมูลเพียงพอสำหรับประเมินความเหมาะสมของการดูแล การรักษา และการบริการ มีข้อมูลเพียงพอสำหรับทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง ผลการดูแลรักษา และการบริการ มีข้อมูลเพียงพอสำหรับเฝ้าติดตามผู้ป่วยผ่านระบบการดูแล ความต่อเนื่องในการดูแล การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายและการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มีการทบทวนความสมบูรณ์และความถูกต้องของเวชระเบียนเป็นระยะ ๆ สม่ำเสมอ (JCAHO, 2010)

10. การประเมินคุณภาพการดูแลและการประเมินผลลัพธ์ การประเมินคุณภาพการดูแลโดยเลือกใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สัมพันธ์กับการจัดการโรค ใน

การบันทึกและจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและผลลัพธ์จากการดูแลในผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยการติดตามว่า ผู้ป่วยมีการพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ดีขึ้นหรือไม่ ผู้ป่วยมีอาการคงที่หรือไม่ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ภายใน 30 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือไม่ (JCAHO, 2010)

กล่าวโดยสรุป การจัดระบบบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี จำเป็นต้องมีการวางแผนทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และมีความต่อเนื่อง รวมถึงการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมนักสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย การจัดการทางการพยาบาลเป็นวิธีการให้บริการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคได้ ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

### การจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การจัดการทางการพยาบาล (nursing management) เป็นการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการบริการด้านสุขภาพตามขอบเขตหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพโดยทีมนพยาบาลของโรงพยาบาล เป็นการให้บริการสำหรับผู้รับบริการกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือโรคใดโรคหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ

บทบาทของพยาบาลในการค้นหา การประเมิน และพัฒนางานวางแผนการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วย ช่วยเหลือระเบียบวิธีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรค และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการประเมิน กลยุทธ์ในการจัดการ การจัดทำแนวทางในการให้บริการ เช่น การปฏิบัติโดยตรง และการช่วยเหลือในการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการใช้ทฤษฎีการพยาบาล งานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล ซึ่งพยาบาลสามารถใช้เพื่อช่วยเหลือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย การจัดหาเครื่องมือที่ใช้ในการวัดพฤติกรรมและประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย การจัดหา กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการจัดการทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการจัดการทางการพยาบาล (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2005)

1. การเข้าถึงและการรับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทุกขั้นตอนของการดูแล สิทธิในการได้รับการประเมินการจัดการดูแลอย่างเหมาะสมจากองค์กรและผู้ให้การดูแล สิทธิในการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยและ

ครอบครัว รวมถึงการได้รับความเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ความเป็นบุคคล วัฒนธรรม และความเชื่อที่มีต่อการดูแล องค์กรและผู้ให้การดูแลตระหนักถึงความเป็นบุคคลและสิทธิผู้ป่วย การพัฒนา องค์กรเพื่อรับรองและรักษาคุณภาพการปฏิบัติให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ การจัดการดูแลมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ แสดงออกถึงค่านิยม วัฒนธรรม ความเชื่อ ความพึงพอใจของผู้ป่วย การตัดสินใจทางคลินิกทำอย่าง ซื่อสัตย์สุจริต (JCAHO, 2010; RNAO, 2005) พยาบาลต้องจัดหาข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อเสนอทางเลือกเกี่ยวกับแผนการบำบัดรักษาของผู้ป่วย

2. การประเมินผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง วิธี ที่ใช้ในการประเมิน การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ การบันทึกผลการประเมิน การประเมินและ ติดตามผลลัพธ์ของการดูแล ช่วงเวลาที่ใช้ในการประเมิน (Hauptman et al., 2008; Staples & Earle, 2004) การประเมินผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 ประเมินสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมโดยการทบทวนและสืบค้นสาเหตุของภาวะ หัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เฝ้าระวังและกำจัดปัจจัยที่ทำให้อาการแย่ลง เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง กับวิถีชีวิตซึ่งอาจมีผลต่อการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.; RNAO, 2005)

2.2 การประเมินการทำหน้าที่ โดยการประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจ ล้มเหลวเรื้อรังตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก โดยการประเมินทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับ บริการที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และประเมินจำนวนระยะทางที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เรื้อรังสามารถเดินได้ภายในระยะเวลา 6 นาที ประเมินสถานภาพของระบบไหลเวียนโลหิตโดยการ ประเมินกำลังสำรองของหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular reserve) ประเมินความสามารถใน การทำหน้าที่ของร่างกายจากกิจกรรมที่ทำได้ (functional capacity) ประเมินความสมดุลของน้ำและ เกลือในร่างกายโดยการประเมินภาวะน้ำและเกลือคั่ง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยใน พระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.; Hauptman et al., 2008; RNAO, 2005)

2.3 การติดตามประเมินอาการทางคลินิกที่จำเป็น อาการหายใจเหนื่อย ภาวะน้ำ และเกลือคั่ง เช่น ปวดบวม น้ำ อาการบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หลอดเลือดดำที่คอโป่ง อาการอ่อนล้า ความปวด เป็นต้น

2.4 ประเมินความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ อาการที่สงสัยภาวะ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (thromboembolic event) ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ (recurrent ischemic event) ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.)

2.5 การประเมินความเสี่ยงอันเนื่องมาจากพฤติกรรมและจิตสังคม ได้แก่ ประเมินการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งปริมาณและความถี่ในการดื่ม การใช้เครื่องมือในการประเมินการดื่มที่ถูกต้อง โดยประเมินเป็นประจำสม่ำเสมอ ประเมินการสูบบุหรี่และความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การประเมินการให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาเกี่ยวกับแผนการรักษาในแต่ละครั้งอย่างเหมาะสม และค้นหาสาเหตุของการไม่ให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา การประเมินภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล การประเมินความช่วยเหลือของครอบครัวและสังคมรอบข้าง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.; Hauptman et al., 2008; RNAO, 2005)

2.6 การประเมินภาวะโภชนาการ โดยประเมินตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ประเมินทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และทุกครั้งเมื่อมีอาการบ่งชี้ทางคลินิก ประเมินเกี่ยวกับอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งอาจมีผลต่อการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียม ประเมินและติดตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม.<sup>2</sup> เส้นรอบเอวที่มากกว่า 102 เซนติเมตรในเพศชาย และ 88 เซนติเมตรในเพศหญิง เมื่อสงสัยว่ามีภาวะขาดสารอาหารต้องมีการคำนวณแคลอรีของผู้ป่วย (Hauptman et al., 2008; RNAO, 2005)

2.7 การประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การประเมินการดูแลตนเอง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.; RNAO, 2005)

2.8 การประเมินความต้องการของผู้ป่วย สำรวจความคาดหวังของผู้ป่วย ทักษะคติต่อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การวางแผนในระยะท้ายของชีวิต (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, ม.ป.ป.; RNAO, 2005)

2.9 การประเมินคุณภาพชีวิต (quality of life assessment) โดยการสำรวจสภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตเฉพาะสำหรับภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การประเมินคุณภาพชีวิตทำโดยการถามคำถามผู้ป่วยทุกคน และทำการประเมินแบบรายบุคคล (Hauptman et al., 2008)

3. การให้ความรู้และฝึกทักษะ ได้แก่ การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการจัดการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อสนับสนุนสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านหรือหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Yehle & Plake, 2010) ประกอบด้วย

3.1 เครื่องมือหรือสื่อที่ใช้ในการสอนและฝึกทักษะ เช่น แผ่นพับ เอกสารคู่มือ วีดีโอเทป ออดิโอเทป เป็นต้น (Fredericks et al., 2010)

3.2 กลยุทธ์หรือรูปแบบที่ใช้ในการสอนและฝึกทักษะ ตลอดจนช่วงเวลา ระยะเวลา ความถี่หรือจำนวนครั้งที่สอนและฝึกทักษะ ได้แก่ แบบตัวต่อตัว การสอนโดยการใช้วิธีการทางโทรศัพท์ การแจกเอกสารแผ่นพับและคู่มือต่าง ๆ การใช้หลายวิธีการร่วมกัน (เช่น วิธีการสอนทางโทรศัพท์โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพร่วมกับการแจกเอกสารแผ่นพับ) การสอนและฝึกทักษะแบบรายบุคคลซึ่งรวมถึงการสอนผู้ป่วย 1 คนต่อ 1 ครั้งโดยพยาบาล การสอนและฝึกทักษะแบบรายกลุ่มซึ่งรวมถึงการให้โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ หรือการคู่มือวิดีโอ การสอนผ่านการเยี่ยมชมบ้าน และการใช้ระบบเพื่อนช่วยเพื่อนในการสอนระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยด้วยกัน (Fredericks et al., 2010; Yehle & Plake, 2010)

3.3 หัวข้อเนื้อหาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย และการฝึกทักษะในการจัดการตนเอง ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยเรื่องการรับประทานอาหาร ระดับในการทำกิจกรรม การเข้ารับการตรวจและรักษาตามนัด การติดตามน้ำหนักตัว การรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่แย่งและเมื่อต้องติดต่อกับผู้ปฏิบัติการดูแล และความร่วมมือในการวางแผนการดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน (JCAHO, 2010)

3.4 บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสอนและฝึกทักษะ ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพหรือพยาบาลผู้ให้การดูแล (Fredericks et al., 2010) เกษชกร และนักสุขศึกษา (Yehle & Plake, 2010)

3.5 การบันทึกและติดตามประเมินผลการสอนและการฝึกทักษะ เช่น การประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความรู้ในการดูแลตนเอง และการควบคุมอาการ (Fredericks et al., 2010)

4. การจัดการดูแล ได้แก่ การจำกัดการบริโภคเกลือ การจำกัดน้ำดื่มและของเหลว การติดตามการชั่งน้ำหนักตัว การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การจัดการปัญหาและการติดตามภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การติดตามภาวะแทรกซ้อน การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจัดการดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา ตลอดจนการจัดเตรียมทรัพยากรเพื่อสนับสนุนให้มีการจัดการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ อาทิเช่น เครื่องมือในการประเมินและการจัดการปัญหาของผู้ป่วย คู่มือการจัดการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง แบบบันทึกการจัดการดูแล และแผ่นพับการให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Fredericks et al., 2010) การจัดการกับวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ออกแบบวางแผนการจัดการ การประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่นที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อให้การช่วยเหลือ และการดำเนินการเพื่อลดระยะเวลาและความรุนแรงของโรค ป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อน (secondary prevention) การ

ให้คำปรึกษาในการจัดการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การสนับสนุนให้กำลังใจและจัดหาสิ่งที่เดือนความจำเพื่อช่วยให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา พยาบาลจะต้องมีเอกสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ (RNAO, 2005)

5. การดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การปรับแผนการดูแลให้มีความเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ประเมินได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการติดตามประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อปรับแผนการดูแลที่เหมาะสมรวมถึงการติดตามหลังจำหน่ายและระบบการติดตาม การติดตามประเมินผลสำเร็จของการจัดการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (ESC, 2008; SIGN, 2007) พยาบาลต้องทำให้ผู้ป่วยแน่ใจว่าผู้ที่ขาดจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อให้ได้การดูแลแก่ผู้ป่วย พยาบาลจะต้องสนับสนุนผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาขับปัสสาวะให้ได้รับการติดตามที่เหมาะสม ในการประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ (RNAO, 2005) รูปแบบการติดตามต่อเนื่องประกอบด้วย

5.1 การติดตามทางโทรศัพท์โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นวิธีการพยาบาลที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องรูปแบบหนึ่งในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ระยะเวลาในการติดตามแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังของผู้ป่วย ซึ่งต้องให้การสอนหรือสนับสนุนตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน (Brandon et al., 2009; Allen & Dennison, 2010)

5.2 การติดตามที่โรงพยาบาล ได้แก่ การติดตามดูแลที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังโดยแพทย์ พยาบาลด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด เน้นการติดตามเกี่ยวกับความรู้ และการควบคุมอาการ (Ditewig et al., 2010) การติดตามดูแลที่คลินิกผู้ป่วยนอกโดยพยาบาลและแพทย์ เน้นการติดตามเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องการบริโภคอาหาร การติดตามอาการ การจำกัดเกลือโซเดียม การรักษาสมดุลของน้ำในร่างกาย ปัญหาทางด้านจิตใจ (Allen & Dennison, 2010)

5.3 การติดตามที่บ้านของผู้ป่วย โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านร่วมกับการใช้การติดตามทางโทรศัพท์ เน้นการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Allen & Dennison, 2010)

6. การควบคุมคุณภาพ ได้แก่ การติดตามประเมินผลลัพธ์ และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพด้านการจัดการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การศึกษาผลการวิจัยหรือความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การปรับปรุงมาตรฐานทางคลินิก การทบทวนและปรับปรุงคู่มือการจัดการดูแล แบบบันทึกการจัดการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และ

แผ่นพับการให้ความรู้เรื่องการจัดการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ระบบการติดตามและกำกับ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การติดตามประเมินความ คิดเห็นและความต้องการของพยาบาลที่ให้การจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตาม มาตรฐานทางคลินิก ระบบการบันทึกและตรวจสอบข้อมูลตัวบ่งชี้คุณภาพเกี่ยวกับการจัดการดูแล การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแก่บุคลากรพยาบาลที่ให้การ ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Hauptman et al., 2008)

### มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่กำหนดโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) ได้กำหนดแนวทางพัฒนาและ ควบคุมคุณภาพของสถานบริการ จากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระ เกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี หมวด กระบวนการดูแลผู้ป่วย ได้กำหนดไว้ 6 ด้าน โดยมี รายละเอียดดังนี้

1. การเข้าถึงและการรับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย ภายใต้ ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

1.1 ผู้รับบริการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการ ทีมผู้ให้บริการ จัดบริการที่สะดวกในการเข้าถึง ลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่าง รวดเร็ว ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ลดระยะเวลาการรอคอย เพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับและพึงพอใจใน บริการ

1.2 ผู้รับบริการที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเร่งด่วน ได้รับการประเมินและดูแลรักษา อย่างรวดเร็วเหมาะสม ทีมผู้ให้บริการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการ ดูแลเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน ติดตามระบบงาน กระบวนการดูแล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

1.3 การประเมินขีดความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล กำหนดเกณฑ์การรับ ผู้ป่วยไว้ดูแล กำหนดแนวทางในการปฏิบัติเมื่อไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ดูแลได้ ประเมินความ เหมาะสมในการให้บริการ การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และการหาสถานบริการสุขภาพที่ เหมาะสมในกรณีที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลได้

1.4 ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล มีความเหมาะสม ชัดเจน และเข้าใจง่ายในการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์ และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและ

ครอบครัวมีการพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเองก่อนลงนามยินยอมรับการรักษาหรือการทำหัตถการสำคัญ และมีระบบการบันทึกข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษาและการทำหัตถการ

2. การประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม ประกอบด้วย

2.1 ผู้ให้บริการมีการประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งข้อมูลที่ประเมินได้จะต้องเพียงพอในการนำมาวางแผนการดูแล ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตนเอง การประเมินด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ มีการประสานงานกับทีมผู้ให้การดูแลเพื่อลดความซ้ำซ้อน โดยการร่วมกันวิเคราะห์เชื่อมโยงผลการประเมิน การระบุปัญหาที่สำคัญและความต้องการเร่งด่วน

2.2 วิธีการประเมินผู้ป่วยแต่ละรายมีความเหมาะสม ประกอบด้วย การคัดกรองและส่งต่อ การประเมินแรกรับ การบันทึก และการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่กำหนดอย่างเหมาะสม หากเป็นการประเมินที่ใช้เครื่องมือในการประเมินต้องเป็นผู้ที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญในการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยทำการประเมินในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมในการประเมินผู้ป่วย

2.3 ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่กำหนดโดยองค์กร ประกอบด้วย ทีมผู้ให้การดูแลมีการกำหนดระยะเวลาที่ต้องประเมินผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล มีการบันทึกผลการประเมินที่มีคุณภาพในเวชระเบียนผู้ป่วย พร้อมทั้งจะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น มีการทบทวนการประเมินที่ล่าช้าเพื่อนำมาพัฒนาระบบการประเมิน

2.4 ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ตามกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยทั่วไป ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาในการรับรู้ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจในปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการร่วมกันหาทางเลือกที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วย

2.5 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคที่จำเป็นครบถ้วน ถูกต้อง ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ เมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติมีการอธิบายหรือส่งตรวจเพิ่มเติม ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสม ระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจที่มีประสิทธิภาพทันเวลา สามารถสืบค้นผลการตรวจได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม

2.6 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ประกอบด้วยข้อมูลที่ครอบคลุมสอดคล้อง และเพียงพอในการนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรค ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจวินิจฉัยแยกโรค มีการลงบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และ

บันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ

3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการวางแผนการจำหน่าย ทีมผู้ให้บริการมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการวางแผนการจำหน่ายที่ครอบคลุม เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยประกอบด้วย

3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยง และมีการประสานกันระหว่างทีมผู้ให้บริการ แผนการดูแลมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาและการวางแผนการดูแลหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ แผนการดูแลต้องครอบคลุมเป้าหมายที่ต้องการ มีการสื่อสารและประสานงานกันระหว่างทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม ตลอดจนการเข้าใจบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติของการดูแล ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสถานะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป

3.2 การวางแผนจำหน่าย มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ โดยพิจารณาตั้งแต่เริ่มแรก การวางแผนจำหน่ายควรทำร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินและระบุปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นและประเมินซ้ำเป็นระยะ ในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล การปฏิบัติตามแผนจำหน่ายมีความเชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมในการจัดการดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาโดยการใช้หลักการเสริมพลัง มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. การดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และการดูแลเฉพาะ ประกอบด้วย

4.1 การดูแลทั่วไป ทีมผู้ให้บริการมีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา ตามมาตรฐานวิชาชีพ จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มีการสื่อสารและประสานการดูแลเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล

4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการวิเคราะห์ผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์หรือผลการวิจัย ทีมผู้ให้บริการได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และนำความรู้ที่ได้รับมาสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรและเครื่องมือมีความพร้อมในการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงที ทีมผู้ให้บริการมีการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย

4.3 การดูแลเฉพาะ ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลเฉพาะ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.3.1 ด้านโภชนาการ มีระบบบริการอาหารที่ดี ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนบำบัด ได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสม เพียงพอกับความต้องการพื้นฐาน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับโภชนบำบัด และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารได้เหมาะสมกับสภาวะโรค

4.3.2 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทีมผู้ให้บริการมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการประเมินและการประเมินซ้ำเกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ ผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ความต้องการด้านจิตสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

4.3.3 การฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการฟื้นฟูสภาพตามผลการประเมินด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งระดับที่เหมาะสมในการทำหน้าที่ การดูแลตนเอง การจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทีมผู้ให้บริการประเมินปัญหาและความต้องการผู้ป่วยอย่างครอบคลุม จิตความสามารถ ภาวะด้านอารมณ์ จิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้ และการดูแลตนเอง ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็น ให้การช่วยเหลือ ตลอดจนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการกำหนดกลยุทธ์ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม

ทีมผู้ให้บริการ ติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ประเมินและปรับปรุง กระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย และครอบครัว และทำกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล

6. การดูแลต่อเนื่อง ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการ ติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง ทีมผู้ ให้บริการมีการประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้กับ หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ ของผู้ป่วย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปใช้บริการที่ต่อเนื่อง การบันทึกข้อมูลต้องมีความสมบูรณ์สำหรับการ ดูแลต่อเนื่อง มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง นำผลการติดตามผู้ป่วยมาใช้ปรับปรุงและวางแผน บริการในอนาคต

#### กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการทางการ พยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง ในประเด็น เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในลักษณะการจัดการทางการพยาบาล โดยศึกษาตามกรอบแนวคิดมาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของสถาบัน พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551) ตอนที่ 3 หมวดกระบวนการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย องค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การ วางแผน 4) การดูแลผู้ป่วย 5) การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และ 6) การดูแล ต่อเนื่อง