

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ผกามาศ พิมพ์ธารา* ดาราวรรณ รองเมือง**

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงมีภาวะสุขภาพเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลตามมโนทัศน์ทางการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ และการใช้บทบาทเสริมในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ขณะรับการรักษา ก่อนและต่อเนืองหลังจำหน่าย กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย 1) ระยะเฉียบพลัน พยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) การดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ได้แก่ การประเมินและบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยความพร้อมของผู้ป่วยญาติและสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงในการกลับมารักษาตัวซ้ำ การให้ความรู้และเตรียมทักษะในการดูแล 6 ประเด็น ได้แก่ การรับประทานยาและน้ำ การรับประทานยา การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน การประเมินตนเองก่อนอาการแย่ลง และการมาตรวจตามนัด และ 3) การดูแลหลังการจำหน่าย ได้แก่ การโทรศัพท์ติดตามอาการและการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในดำเนินการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ลดโอกาสการกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล และลดอัตราการตายจากภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน ภาวะหัวใจล้มเหลว การกลับมารักษาซ้ำ

*วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: Pakamas@pnc.ac.th

**วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก,

Received: March 2, 2019

Revised: June 4, 2019

Accepted: April 14, 2020

Transitional care for patients with congestive heart failure to reduce readmission rates

Pakamas Pimtara* Daravan Rongmuang**

Abstract

Heart failure is a chronic disease that causes suffering. It affects patients activities of daily living, decreases quality of life and deteriorates health condition, both physically and mentally. Patients who are hospitalized with heart failure have a high risk of readmission. This article is intended to present guidelines for the care of patients with heart failure to reduce readmission rates by using the transitional care model that was developed by Melies et al. The model includes assessment of readiness, preparation for transition and role supplementation, in order to provide care for patients in the acute phase, during hospitalization, and prior to and after discharge. The nursing activities consist of the following: 1) during acute care, nurses should provide care for patients to prevent a life threatening crisis while in hospital, 2) patient care before discharge consists of assessment and record of basic health data, patient's and caregiver's readiness, environment, and risk of readmission. Nurses should also provide education and skills training in 6 aspects of care including diet and water intake, medical adherence, activity and rest, importance of daily weight monitoring, what to do if the symptoms worsen and follow-up appointments, and 3) post discharge care can be conducted by telephone calls and home visits. Nurses play a crucial role in the care of patients in every phase of the disease in order to increase the quality of life of the patients, to reduce the chance of relapse and readmission, and to decrease the mortality rate from heart failure.

Keywords: transitional care, congestive heart failure, re-admission

*Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand

E-mail: Pakamas@pnc.ac.th

**Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromrajchanok Institute, Thailand

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก เช่น หายใจเหนื่อยหอบ มีน้ำคั่งในร่างกาย อ่อนเพลีย ความดันในหลอดเลือดดำที่คอสูงหรือมีน้ำคั่งในปอด เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการบีบตัวของหัวใจ ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เกิดความดันในห้องหัวใจเพิ่มขึ้น¹ อุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสำหรับประเทศไทยในปี 2559 พบอุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 0.40 โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอายุเฉลี่ย 67 ปี ซึ่งน้อยกว่าในยุโรปและสหรัฐอเมริกา² ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ โดยพบมากเป็นอันดับ 5 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 19.00 มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล 7.50 วัน มีอัตราการตายเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 6.00 และอัตราการตายภายใน 5 ปี หลังการวินิจฉัย ร้อยละ 50.00 และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ย 119,000 บาท/ราย/ปี³⁻⁴ ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวยังส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระยะยาว⁵ การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถควบคุมอาการของโรคภายหลังจำหน่ายป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ และลดอัตราการตายจากภาวะหัวใจล้มเหลว^{1,6} จากรายงานที่ผ่านมา พบว่า การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะอาการคงที่ และระยะหลังจำหน่ายที่ครอบคลุมเชื่อมโยงและมีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำได้⁷

บทความวิชาการนี้ จะนำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลตามโมเดลต้นทางการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่าน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 1) การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 3) การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน 4) บทบาทของพยาบาลกับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และ 5) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึงการที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำทั้งในแผนกฉุกเฉินและรับไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยไม่ใช้วันนัด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล⁸ ในต่างประเทศกำหนดภายใน 30 วัน⁹⁻¹⁰ ส่วนในประเทศไทยกำหนดที่ 28 วัน¹¹ แม้ว่าปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง แต่อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีจำนวนมาก จากสถิติพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำมากที่สุด โดยมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 2-3 สัปดาห์แรกหลังการจำหน่ายสูงที่สุด และหนึ่งในสามของผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในระยะ 1 ปี¹²⁻¹³ ซึ่งสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ เกิดจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ปัจจัยที่มีผลต่อกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ความรุนแรงของโรค จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล^{9,11} ขาดความรู้ความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมไม่สามารถประเมินความผิดปกติและจัดการความเจ็บป่วยดังกล่าวได้ด้วยตนเอง^{13,15} และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ¹¹ ส่งผลให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น ดังนั้นการดูแลและระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีความสำคัญเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁷

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและเหมาะสมกับระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะอาการคงที่ และระยะภายหลังจำหน่ายกลับไปรักษาที่บ้าน ดังนั้นในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยควรได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิต ในระยะอาการคงที่ ผู้ป่วยควรได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และในระยะหลังการจำหน่ายผู้ป่วยควรได้รับความรู้ การติดตาม และการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค¹⁵ ในปี 2000 เมลิสและคณะ ได้กล่าวถึงทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านว่า มนุษย์ทุกคนจะต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังสภาวะหนึ่งในแต่ละช่วงของชีวิต ถ้าบุคคลรับรู้ปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน และมีการเตรียมตัวที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินความพร้อม ปัจจัยส่วนบุคคล และแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน

(assessment of readiness) 2) การเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่สภาวะใหม่ โดยให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้อง และจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านประสบความสำเร็จ (preparation for transition) และ 3) การใช้บทบาทเสริม (role supplementation) โดยการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย^{15,17}

บทบาทพยาบาลกับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลในระยะยาว การวางแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านที่มีคุณภาพ สามารถลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ วันนอนเฉลี่ย และค่ารักษาพยาบาลได้¹⁵ เป้าหมาย คือ ลดช่องว่างระหว่างการดูแลในโรงพยาบาล การดูแลตนเองที่บ้าน และการดูแลในระดับปฐมภูมิ ซึ่งกิจกรรม ได้แก่ การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามอาการ การเปิดคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว การให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน และการเยี่ยมบ้าน พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านให้ประสบความสำเร็จตามบทบาทสำคัญ 3 ประการ คือ 1) สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและการดูแลในระดับปฐมภูมิ และ 3) ส่งเสริมให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่าน

บทความนี้ผู้เขียนนำเสนอรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลวโดยประยุกต์บทบาทการบำบัดทางการพยาบาลของเมลิสและคณะ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การดูแลในระยะเฉียบพลัน

เป็นการดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่มร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล เพื่อให้อาการของผู้ป่วยสงบและพ้นจากวิกฤติ

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลในระยะก่อนจำหน่าย

พยาบาลต้องประเมินความเสี่ยง ความพร้อมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับมารับการรักษาซ้ำ ให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลับมารับการรักษาซ้ำ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในการเรียนรู้จากความเสื่อมด้านความคิดและความจำ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมควรทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ดังนี้

2.1 การประเมินความพร้อมและความเสี่ยง ตลอดจนแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน

ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินและบันทึกข้อมูลเบื้องต้น เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว ประสิทธิภาพการบีบตัวของ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตาม New York Heart Association และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผ่านมาข้อมูลของผู้ดูแล สภาพแวดล้อม ประเมินคุณภาพชีวิตโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตของสมาคมโรคหัวใจล้มเหลวมินนิโซต้า (Minnesota living with heart failure questionnaire) ที่ได้รับการยอมรับ และใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาตัวซ้ำ ดังแสดงในตารางที่ 1¹⁸

ตารางที่ 1 การประเมินความเสี่ยงและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงระดับสูง
การประเมินความเสี่ยง		
1. มีการกลับมารักษาในรพ. 1-2 ครั้งใน 1 ปี	1. มีการกลับมารักษาในรพ. 2-3 ครั้งใน 1 ปี	1. มีการกลับมารักษาในรพ. มากกว่า 3 ครั้งใน 1 ปี
2. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ	2. ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติเมื่อแรกรับในรพ.	2. ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติตลอดเวลาที่รักษาตัวในรพ.
3. ไม่มีปัญหาเรื่องความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	3. มีความเสี่ยงเรื่องการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวขณะอยู่บ้าน	3. มีปัญหาเรื่องความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว/ ไม่มีผู้ดูแลหลังจากจำหน่าย

ตารางที่ 1 การประเมินความเสี่ยงและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง	ความเสี่ยงระดับสูง
การวางแผนการดูแล		
1. ให้ข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ของ พยาบาลที่รับผิดชอบกับผู้ป่วย และญาติเพื่อขอคำปรึกษาเรื่อง การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะ หัวใจล้มเหลว	เหมือนกับความเสี่ยงต่ำ	เหมือนกับความเสี่ยงต่ำ
2. พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม อาการภายใน 48 ชั่วโมง หลัง จำหน่ายในกรณีที่ไม่สามารถส่ง ต่อให้ระบบบริการปฐมภูมิได้	เยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์หลัง จำหน่ายหากผู้ป่วยยินยอม	เยี่ยมบ้านภายใน 48 ชั่วโมง หลังจำหน่ายหากผู้ป่วย ยินยอม

นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินแหล่งเอื้อประโยชน์รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคมเช่น ญาติผู้ดูแล และบุคคลใกล้ชิด โดยอาจใช้แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (multidimensional scale of perceived social support) ซึ่งถูกพัฒนาโดยซิเมทและคณะ¹⁹ เพื่อประเมินปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้านและใน การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ป่วยควรได้รับการวางแผนการดูแลและการติดตามอาการจากทีมสุขภาพที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ เกสัชกร นักกายภาพบำบัด รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยควรเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากร ทั้งเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจล้มเหลว การคัดกรองผู้ป่วย เพื่อเข้ารับ การดูแลอย่างต่อเนื่องในสถานบริการใกล้บ้าน การให้ข้อมูลวิธีการขอความช่วยเหลือหากเกิดเหตุฉุกเฉิน และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อการ

ดูแลอย่างต่อเนื่องและการประเมินแหล่งเอื้อประโยชน์ต่อการเปลี่ยนผ่าน

2.2 การเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่สภาวะใหม่ โดยให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่จำเป็น โดยให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ จัดเตรียมคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อใช้เตือนความจำ และวางแผนการสอนเมื่ออาการคงที่ หรือก่อนจำหน่าย ครอบคลุม 6 หัวข้อหลัก คือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำกิจกรรมการชั่งน้ำหนัก อาการที่บ่งชี้ถึงภาวะของโรคเลวลง และการมาตรวจตามนัด โดยใช้เวลาในการสอนทุกหัวข้อเฉลี่ยอย่างน้อย 60 นาที²⁰ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การรับประทานอาหารและน้ำ

แนะนำให้รับประทานอาหาร โซเดียมต่ำ ไม่เกิน 5 กรัม/วัน (1 ช้อนชา/วัน) หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม อาหารแปรรูป อาหารกระป๋อง และของหมักดอง ไม่เติมเครื่องปรุงในอาหาร เช่น ไม่เติมเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วเพิ่ม และจำกัดน้ำดื่มไม่เกินวันละ 1,500 มิลลิลิตร²¹

2.2.2 การรับประทานยา

แนะนำรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาในแต่ละกลุ่ม ได้แก่

1) ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (beta blocker) เช่น ไบโซโพรลอล (Bisoprolol) คาร์เวดีลอล (Carvedilol) เมโทโพรลอล (Metoprolol) เป็นต้น ออกฤทธิ์ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มระยะเวลาการไหลของเลือดจากห้องบนสู่ห้องล่าง เพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยจับชีพจรด้วยตนเอง สังเกตอาการเป็นลม และให้เคลื่อนไหวช้าๆ เมื่อต้องการเปลี่ยนท่า

2) ยากลุ่มขับปัสสาวะ (Diuretic) เช่น ฟูโรซีไมด์ (Furosemide) บูเมทาไมด์ (Bumetanide) เป็นต้น ออกฤทธิ์ขับน้ำและโซเดียม ลดปริมาตรน้ำในร่างกาย ป้องกันและลดความรุนแรงของการคั่งของน้ำที่ปอด ควรแนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักตัวและ บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุกวัน สังเกตอาการโพแทสเซียมต่ำ เช่น ตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาในช่วงเช้าเพื่อลดการรบกวนการนอนหลับและลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืน

3) ยากลุ่มยับยั้งฤทธิ์ของแองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor: ACEI) เช่น อีนาลาพริล (Enalapril) และ แคปโตพริล (Captopril) เป็นต้น ออกฤทธิ์ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงแองจิโอเทนซินวัน (angiotensin I) เป็นแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ยับยั้งการดูดกลับของน้ำและโซเดียมร่วมกับขยายหลอดเลือด ลดภาระงานของหัวใจ อาการข้างเคียง

เช่น ไอเรื้อรัง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และ ความดันโลหิตต่ำ

2.2.3 การทำกิจกรรมและการพักผ่อน

การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ถูกวิธีและเหมาะสม จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของหัวใจและหลอดเลือด และเพิ่มความจุของปอดได้ ทำให้ความทนในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยมีข้อแนะนำดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ควรออกกำลังกายเพื่อคงการเคลื่อนไหวของข้อ (range of motion exercise) ออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (resistance exercise) หรือ ออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) เช่น การเดินเร็ว การแกว่งแขน การบริหารข้อต่อต่างๆ เป็นต้น แต่ไม่ควรออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อ (isometric exercise) เช่น การดันกำแพง เนื่องจากมีผลทำให้ หัวใจทำงานมากขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้นได้²²

2) ในการออกกำลังกายควรมี 3 ระยะ คือระยะอบอุ่นร่างกาย 5-10 นาที เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด เพิ่มอุณหภูมิร่างกาย และลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ โดยการหมุนข้อต่อต่างๆ เคลื่อนไหวร่างกายแบบแอโรบิคช้าๆ หรือการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ในระยะการออกกำลังกายเริ่มแรกอาจใช้เวลา 5-10 นาที และเพิ่มเวลาให้นานขึ้นอย่างน้อย 20-30 นาที โดยประเมินจากความหนักเบาของการออกกำลังกายและความทนต่อกิจกรรมของผู้ป่วย และระยะผ่อนคลายเป็นร่างกาย (cool down) เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้ออย่างต่อเนืองเบาๆ 5-10 นาที

3) ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวควร ออกกำลังกายในระดับความแรงปานกลาง (moderate-high intensity exercise) โดยอัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ ร้อยละ 60.00-70.00 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในขณะออกกำลังกาย (maximum heart rate) และควรหยุดออกกำลังกายเมื่อมีระดับความเหนื่อย 11-13 คะแนนใน Borg scale²³ ความถี่ของการออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์โดยเพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกายให้นานขึ้นทีละน้อย โดยไม่ก่อปัญหาให้กับผู้ป่วย

4) ควรงดออกกำลังกายเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หรืออัตราการเต้นของหัวใจขณะพักมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เช่น เจ็บหน้าอกหรือหอบเหนื่อยมาก ใจสั่น ตาพร่ามัว หน้ามืด เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรพักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้สบายไม่เครียด

2.2.4 การชั่งน้ำหนักตัว

แนะนำให้เฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน โดยการชั่งน้ำหนักทุกวันในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น ตอนเช้าภายหลังถ่ายปัสสาวะและก่อนรับประทานอาหารเข้า หากน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 2 กิโลกรัมใน 1 วัน ให้รีบมาพบแพทย์

2.2.5 การรับรู้และการจัดการอาการ

แนะนำการประเมินอาการเมื่อภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง เช่น หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เหนื่อยหรือต้องนอนหนุนหมอนมากกว่า 1 ใบ หรือหลังนอน 1-2 ชั่วโมงแล้วต้องลุกขึ้นนั่ง บวม น้ำหนักขึ้นมากผิดปกติ ใจสั่น เหนื่อยง่าย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ไอบ่อย คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น หากมีอาการดังกล่าวให้รีบมาพบแพทย์

2.2.6 การมาพบแพทย์ตามนัด

เน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามอาการและการดำเนินของโรค รวมถึงร่วมกันวางแผนการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ

2.3 การใช้บทบาทเสริม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง มีสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

พยาบาลมีบทบาทในการประสานการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย กับบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ดังนี้

3.1 การโทรศัพท์ติดตามอาการอย่างมีแบบแผน (structure telephone support)

การโทรศัพท์ การติดต่อสื่อสารทางโซเชียล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เฟสบุ๊ก ติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย 48 ชั่วโมง เป็นวิธีการที่ง่าย ต้นทุนต่ำ ประหยัดเวลา และลดช่องว่างของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย และทีมผู้ดูแล¹⁸ ลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว²⁴ โดยประเด็นการสื่อสาร ได้แก่ การสอบถามอาการ การทวนสอบความรู้ในการดูแลตนเอง การให้ความรู้เพิ่มเติม การสอบถามอาการข้างเคียงของยา และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย แต่การโทรศัพท์ติดตามยังมีข้อจำกัด เช่น ข้อมูลที่ได้ อาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง หรือผู้ดูแลไม่สามารถประเมินสภาพจริงของผู้ป่วยขณะพูดคุยได้ ดังนั้นพยาบาลและทีมสหวิชาชีพจึงต้องมีการติดตามอาการด้วยการเยี่ยมบ้านควบคู่ไปด้วย

3.2 การเยี่ยมบ้าน (home visit)

การเยี่ยมบ้าน ควรทำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลางขึ้นไป¹⁸ โดยส่งต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ การเยี่ยมบ้านนอกจากจะได้ประเมินผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถประเมินสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงความสามารถและความพร้อมของผู้ดูแล เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ผู้ป่วย และผู้ดูแล นำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษา และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลระยะยาว

บทสรุป

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต มีการกลับรักษาซ้ำสูง และต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ผู้เขียนได้นำเสนอรูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเปลี่ยนผ่านไว้ 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะเฉียบพลัน เป็นการดูแลให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิต 2) ระยะก่อนจำหน่าย เป็นการประเมินเบื้องต้น ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยญาติและสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำ การให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็น และ 3) ระยะหลังการจำหน่าย เป็นการโทรศัพท์ติดตามอาการ และเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และผู้ดูแลในการส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยในทุกๆระยะประสบความสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดโอกาสการกำเริบของโรค ลดการกลับมารักษาซ้ำ และลดอัตราตายจากภาวะหัวใจล้มเหลว

References

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of

acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129-200.

2. Laothavom P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Moleerergpoom W, Laorakpongse D, Pachirat O. Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). *CVD Prev Control*. 2010; 5:89-95.
3. Reyes EB, Ha JW, Firdaus I, Ghazi AM, Phrommintikul A, Sim D, et al. Heart failure across Asia: same healthcare burden but differences in organization of care. *Int J Cardiol*. 2016;223:163-7.
4. Wan TTH, Terry A, Cobb E, McKee B, Tregerman R, Barbaro SDS. Strategies to Modify the risk of heart failure readmission: a systematic review and meta-analysis. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2017;4:1-16.
5. Apiromrat R. Promotion of quality of life among patients with congestive heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2017;28(2):2-15. (in Thai).
6. Howie-Esquivel J, Carroll M, Brinker E, Kao H, Pantilat S, Rago K, et al. A strategy to reduce heart failure readmissions and inpatient costs. *Cardiol Res*. 2015;6(1):201-8.
7. Vedel I, Khanassov V. Transitional care for patients with congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2015;13(6):562-71.

8. Soomhirun R, Monkong S, Khuwawatanasamrit K. A Literature Review Related to the management for reducing Readmission in patients with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2009;20(1):17-32. (in Thai).
9. Aizawa H, Imai S, Fushimi K. Factors associated with 30-day readmission of patients with heart failure from a Japanese administrative database. *BMC cardiovascular disorders*. 2015;15(1):134.
10. Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: A systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(8):520-8.
11. Kobkuechaiyapong S. Characteristics of Heart Failure Patients Readmitted within 28 Days in Saraburi Hospital. *The Journal of Prapokkiao Hospital Clinical Medical Education Center*. 2013;30(1):35-46. (in Thai).
12. Pandor A, Gomersall T, Stevens JW, Wang J, Al-Mohammad A, Bakhai A, et al. Remote monitoring after recent hospital discharge in patients with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Heart*. 2013;99(23):1717-26.
13. Lambrinou E, Kalogirou F, Lamnisis D, Sourtzi P. Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(5):610-24.
14. Kato N, Kinugawa K, Ito N, Yao A, Watanabe M, Imai Y, et al. Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. *Heart Lung*. 2009;38(5):398-409.
15. Chaikitamnuaychok S, Unburee J. Development of a Transitional Care Programme for Heart Failure Patients at Kamphaengphet Hospital. *Thai Journal of Nursing Council*. 2016;30(4):45-56. (in Thai).
16. Wattradul D. Cardiac Rehabilitation : Transition care from hospital to home. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2015;26(1):89-103. (in Thai).
17. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000;23(1):12-28.
18. Chan WX, Lin W, Wong RCC. Transitional care to reduce heart failure readmission rates in South East Asia. *Card Fail Rev*. 2016;2(2):85-9.
19. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41.
20. American Heart Association. Get with the guidelines: heart failure enhanced heart failure patient education prior to hospital discharge. [Internet] 2011 [cited 2019 Feb 1]; Available from:<https://www.Heart.org/idc/groups/heart-public/@private/@>.
21. Angkulkhajorn S. The effect of health program applying pender's model on treatment adherence in adult patients with heart failure (dissertation). Chulalongkorn university; 2013. (in Thai).

22. Witwanukool P, Jitpanya C. The effect of self-efficacy and outcome expectancy promoting program on functional capacity in congestive heart failure patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2009; 20(2):17-30. (in Thai).
23. Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med sci sports exerc*. 1982;14(5): 377-81.
24. Feltner C, Jones CD, Cené CW, Zheng Z-J, Sueta CA, Coker-Schwimmer EJ, et al. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2014;160(11): 774-84.