



ผลการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

แพรโพนม อังศุสิงห์

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจังหวัดนนทบุรี

Received: 31st May 2023

Revised: 13th Oct 2023

Accepted: 18th Oct 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาผลการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง(retrospective descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลการดูแลและผลของการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 85 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.41 ช่วงอายุ 30 -60 ปี ร้อยละ 56.47 มีโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 58.82 โรคเบาหวาน ร้อยละ 37.65โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ร้อยละ 18.82 โรคไตเรื้อรัง(ระยะ3-5) ร้อยละ 15.29 ตามลำดับ ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.59 ดื่มสุรา ร้อยละ 51.76 หลังจากเข้าคลินิก ผู้ป่วยมีอัตราการได้รับยากลุ่ม ACEI (angiotensin-converting enzyme inhibitor),ARBs (angiotensin receptor blockers) หรือ ARNI (Angiotensin Receptor Blocker/NeprilysinInhibitor)มากกว่าร้อยละ 80 และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้ารับการรักษา พบว่าผู้ป่วยได้รับยาตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นทุกชนิด จากสถิติพบว่าการเพิ่มของการให้ MRA(Mineralocorticoid receptor antagonist),Beta-blocker และ SGLT-2 (sodium-glucose co-transporter-2) inhibitorอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ ส่วนการประเมินโดยใช้ NYHA (New York Heart Association) functional class พบว่า ผู้ป่วยที่มี functional class III, IV มีอาการดีขึ้นเป็น class I, II ได้เกือบทั้งหมด รวมทั้งสมรรถภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้นอย่างชัดเจนในเวลา 3 เดือนหลังเข้าคลินิก ผู้ป่วย 85 คน มีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3.50 ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเวลา 1 ปีหลังจากเข้ารับการรักษาในคลินิกสรุปหลังจากผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับยาที่มีขนาดเหมาะสม ทำให้คุณภาพของโรคได้ อาการดีขึ้นลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากตัวโรคและลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ผลการดำเนินงานของของคลินิกบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ ส่วนแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ให้เป็นปัจจุบันทันสมัยกับการรักษาที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผลการดูแล สหสาขาวิชาชีพ โรคหัวใจล้มเหลว

ผู้นิพนธ์ประสานงาน: แพทย์หญิงแพรโพนม อังศุสิงห์

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 02- 528-4567 ต่อ 41308

E-mail address: dr.praepayom@gmail.com

Effects of multidisciplinary care in the heart failure clinic of Pranangklaao Hospital

Praepayom Angsusing

Medical Department Phranangklaao Hospital, Nonthaburi

Abstract

Its primary objective was to assess the data and outcomes of multidisciplinary treatment within the heart failure clinic at Pranangklaao Hospital. The research encompassed a total of 85 patients, with a notable predominance of males at 69.41%. A majority of these patients fell within the age between 30 and 60 years. Moreover, 56.47% of the subjects presented comorbidities, including hypertension (58.82%), diabetes mellitus (37.65%), atrial fibrillation (18.82%), and chronic kidney disease (stage 3-5, 15.29%), with a substantial proportion being smokers (50.59%) and alcohol consumers (51.76%). More than 80% of patients received ACEI (angiotensin-converting enzyme inhibitors), ARBs (angiotensin receptor blockers), and ARNI (Angiotensin Receptor Blocker/Neprilysin Inhibitor). A comparative analysis of pre- and post-treatment data revealed that a higher number of patients achieved treatment goals in alignment with heart failure treatment guidelines. Notable improvements were observed in the utilization of MRA (Mineralocorticoid receptor antagonist), beta-blockers, and SGLT-2 (sodium-glucose co-transporter-2) inhibitors, all of which demonstrated statistical significance ($p < 0.001$). NYHA (New York Heart Association) functional class evaluations indicated a substantial shift from Class III and IV to Class I and II for nearly all patients, with significant improvements in cardiac performance status noted three months after treatment initiation. Heart failure hospitalization within the subsequent three months was limited to just 3.5% of the participants, and no fatalities occurred within the one-year follow-up. In conclusion, the implementation of multidisciplinary care resulted in more patients receiving the recommended medication dosages, improved disease control, symptom management, and a reduction in disease-related complications. Mortality and hospitalization rates decreased, while clinic performance met the desired benchmarks, enhancing patients' quality of life. The study underscores the importance of healthcare professionals and multidisciplinary teams staying abreast of evolving treatment modalities.

Keywords: multidisciplinary approach, multidisciplinary care, heart failure clinic

Corresponding author: Praepayom Angsusing, M.D.

Medical Department Phranangklaao Hospital MaungNonthaburi 11000

02- 528-4567 ext.41308

E-mail address: dr.praepayom@gmail.com



บทนำ (Introduction)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาวะที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนมากถึง 170 ล้านคนทั่วโลก และจะเพิ่มเป็น 200 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้าในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับทั่วโลก^{1,2} ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกมีการจัดตั้งคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาบำบัดมาร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ในแง่การรักษาด้วยยาปัจจุบันพบว่ามียาจำนวนมากหลายชนิด ได้แก่ ยากลุ่ม ACEI (angiotensin-converting enzyme inhibitor), ARBs (angiotensinreceptor blockers), ARNI (Angiotensin Receptor Blocker/Neprilysin Inhibitor), Beta-blocker, MRA(Mineralocorticoid receptor antagonist) ,SGLT-2 (sodium-glucose co-transporter-2) inhibitorซึ่งพบว่าช่วยลดอัตราการเสียชีวิตอัตราการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวได้³ ซึ่งยาที่ได้ประโยชน์ส่วนใหญ่มักเห็นผลชัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการบีบตัวของหัวใจลดลง (Heart failure reduced ejection fraction) โดยโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นั้น นับเป็น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง จากสถิติผู้ป่วยของคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มียอดผู้มารับบริการในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 85 คน(โดยมีเกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยเข้าคลินิก คือ 1.เป็นผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจากสาเหตุโรคหัวใจล้มเหลว 2 ครั้งขึ้นไป 2.มีผลการทำงานของหัวใจช่วงซิสโตลีน้อยกว่าร้อยละ 40 จากการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) 3.ไม่เป็นโรคระยะเรื้อรังระยะลุกลาม)

คลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเปิดให้บริการตั้งแต่ปีพ.ศ. 2562การให้บริการ มีจุดประสงค์เพื่อติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิดดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และแบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย โดยใช้การทำงานร่วมกันเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ ในกระบวนการต่างๆ

ในแง่การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคที่เป็น สามารถดูแลตัวเองได้ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว^{4,5} บางงานวิจัยพบว่า หากมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับแพทย์เฉพาะทางหลายหน่วย ร่วมกันดูแลผู้ป่วยยิ่งส่งผลดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น ในแง่การดูแลโรคร่วมต่างๆ และการดูแลแบบองค์รวม⁶ การมีเภสัชกรร่วมดูแลและแจกจ่ายยาผู้ป่วย ช่วยให้ความรู้ในแง่การรับประทานยาให้กับผู้ป่วย ก็พบได้ว่าลดผลข้างเคียงจากยาได้มาก⁷งานวิจัยเรื่องการประเมินผลลัพธ์ระบบบริการในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลรามารัตน์⁸ พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าคลินิก

นี้มีประโยชน์คือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้นเข้ารับบริการได้สะดวกสามารถขอคำปรึกษาได้หลายช่องทาง ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าควรนำรูปแบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพไป

ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่ดีการจัดการข้อมูลเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดได้แก่การจัดเก็บข้อมูลการบันทึกและรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานซ้ำซ้อนและการสื่อสารระหว่างบุคลากรในหน่วยงานและปัญหาการติดตามผู้ป่วย จากนั้นนำมาพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ และการพัฒนาเครื่องมืออื่น ๆ ที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากคลินิกโรคหัวใจเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ผลสัมฤทธิ์หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการนอนโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 33 และร้อยละ 8, $p < 0.001$) และส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายการนอนรักษาพยาบาลลดลง 8,839.72 บาทต่อคน ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในระดับดีถึงดีมากที่สุด⁹

ในแง่การรักษา มีข้อมูลจากทั้งทางฝั่งยุโรปและอเมริกา^{10,11,12} พบว่าผู้ป่วยได้รับยาที่เป็นยาเป้าหมายสำหรับการรักษาโรคหัวใจล้มเหลวที่ขนาดสูงเท่าไร ผู้ป่วยยังได้ประโยชน์จากยามากเท่านั้น ทั้งข้อมูลจากประเทศไทย¹³ ก็ได้นำข้อมูลจากทั่วโลกมาพัฒนาเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของไทยเอง และได้มีการพัฒนาคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวตามมา โดยประโยชน์มีให้เห็นเด่นชัด ทั้งในแง่ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิต^{14,15} และยังพบว่าการจัดตั้งคลินิกที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์หรือผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคหัวใจล้มเหลว ได้ผลดีกว่าการรักษาตามคลินิกโรคทั่วไป¹⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าคลินิกนั้นๆ ประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพ ยิ่งทำให้ได้ผลลัพธ์การรักษาที่ดียิ่งขึ้น¹⁷

จากข้อมูลจะเห็นประโยชน์และความสำคัญของการดูแลโรคหัวใจล้มเหลวแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกและในส่วน of โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ายังไม่มีการศึกษาข้อมูลในส่วนนี้ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ จึงสนใจศึกษา วิจัย เรื่อง ผลการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว บุคลากร แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ (Hospital Accreditation) และดำเนินงานตาม service plan (การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ) เรื่องโรคหัวใจล้มเหลว เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนที่มาใช้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อศึกษาข้อมูลการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
2. เพื่อศึกษาผลการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



วิธีการศึกษา (Materials and Methods)

การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง(Retrospective descriptive study)

รูปแบบโครงการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ (รหัสโครงการวิจัยเลขที่ PE6617 วันที่รับรอง 10 มีนาคม 2566) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย New York Heart Association (NYHA) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – พ.ศ. 2566 ที่มีข้อมูลครบถ้วนในหัวข้อดังนี้ เพศ อายุ โรคร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สิทธิการรักษา ผลการตรวจ echocardiogram คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ สมรรถภาพของผู้ป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต สาเหตุของการเสียชีวิตจำนวน 85 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกการเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาผลการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มีแบบบันทึกการเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สิทธิการรักษา และแบบบันทึกการเก็บข้อมูล ผลการตรวจ echocardiogram คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ สมรรถภาพของผู้ป่วย ประวัติการนอนโรงพยาบาล หรือเสียชีวิต สาเหตุของการเสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานลักษณะทั่วไปและสภาวะโรค นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลผู้ป่วย โดยใช้สถิติไคสแควร์(Chi square)และการทดสอบฟิชเชอร์(Fisher exact test)โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.01$

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – พ.ศ. 2565พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยที่มารักษาในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมดจำนวน 85 คน เป็นเพศชายจำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 69.41 เพศหญิง จำนวน 41คน คิดเป็นร้อยละ 30.59 ผู้ป่วยที่มาใช้บริการจำแนกได้ตามช่วงอายุ คือ อายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.35 ช่วงอายุ 30-60 ปี จำนวน 48 คน คิดเป็น

ร้อยละ 56.47 ช่วงอายุ 61-74 ปี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 35.30 และอายุมากกว่า 75 ปี ขึ้นไป จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 ตามลำดับ โรครวม ประกอบด้วย โรคเบาหวาน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 37.65 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 58.82 โรคไตเรื้อรัง(ระยะที่3-5) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 15.29 โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 ประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 50.59 ดื่มสุรา 44 คน คิดเป็นร้อยละ 51.76 สิทธิการรักษา ประกอบด้วย สิทธิประกันสุขภาพ จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 80 สิทธิประกันสังคม จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 14.12 ชำระเงินเอง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3.53 สิทธิเบิกจ่ายตรง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.35 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา (จำนวน 85 ราย)

ข้อมูลพื้นฐาน		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	59 (69.41)
	หญิง	41 (30.59)
อายุ	<30 ปี	2 (2.35)
	30-60 ปี	48 (56.47)
	61-74 ปี	30 (35.30)
	≥75 ปี	5 (5.88)
โรครวม	โรคเบาหวาน	32 (37.65)
	โรคความดันโลหิตสูง	50 (58.82)
	โรคไตเรื้อรัง (ระยะที่3-5)	13 (15.29)
	โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว	16 (18.82)
ประวัติการสูบบุหรี่	สูบบุหรี่	43 (50.59)
ประวัติการดื่มสุรา	ดื่มสุรา	44 (51.76)
สิทธิการรักษา	สิทธิประกันสุขภาพ	68 (80.00)
	สิทธิประกันสังคม	12 (14.12)
	ชำระเงินเอง	3 (3.53)
	สิทธิเบิกจ่ายตรง	2 (2.35)

การจำแนกสาเหตุของการเป็นหัวใจล้มเหลว ตามตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม (Non-Ischemic cardiomyopathy) ร้อยละ 51.70 เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic cardiomyopathy) ร้อยละ 47.10 และสาเหตุอื่น ๆ คือ Left ventricular non compaction (LVNC) ร้อยละ 1.20 ตามลำดับ



ตารางที่ 2 แสดงการจำแนกตามสาเหตุของการเป็นหัวใจล้มเหลว

สาเหตุชนิดของโรคหัวใจ	จำนวนราย(ร้อยละ)
Ischemic cardiomyopathy	40 (47.10)
Non-Ischemic cardiomyopathy	44 (51.70)
Left ventricular non compaction (LVNC)	1 (1.20)

ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกแพทย์วินิจฉัยและรักษา ผู้ป่วยได้รับยาบรรลุตตามเป้าหมายของการรักษาและเภสัชกรทำหน้าที่ประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วยแนะนำการรับประทานยาร่วมกับการรักษาของแพทย์ดังผลการใช้ยา ในตารางที่ 3 การได้รับยาในกลุ่มBeta-blocker ร้อยละ 81.20 ACEI, ARBs, ARNI ร้อยละ 77.60 และ MRA 47.10 สามอันดับแรกตามลำดับ ส่วนยา SGLT-2inhibitor มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับยานี้เป็นจำนวนน้อย โดยส่วนใหญ่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาเมื่อแรกเข้ารับการรักษาในคลินิกนอกเหนือจากนั้นเป็นยาชนิดอื่นๆที่ร่วมใช้ในการรักษาโรคหัวใจล้มเหลว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการใช้ยาแรกเข้าในคลินิกหัวใจล้มเหลวแบบสหสาขาวิชาชีพ

รายการยาที่ใช้	จำนวนราย(ร้อยละ)
ACEI/ARB/ARNI	66 (77.60)
MRA	40 (47.10)
Beta-blockers	69 (81.20)
SGLT-2 inhibitor	6 (7.10)
Ivabradine	2 (2.40)
Digoxin	4 (4.70)
Hydralazine	9 (10.60)
Nitrate	6 (7.10)
Diuretic	72(84.7)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยได้รับยาตามเป้าหมายเพิ่มมากขึ้นทุกชนิด แต่จากสถิติพบว่าการเพิ่มของการให้ MRA, Beta-blocker และ SGLT-2 inhibitor อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ดังแสดงตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการใช้จ่ายในคลินิกหัวใจล้มเหลวแบบสหสาขาวิชาชีพเมื่อแรกเข้าคลินิกและหลังเข้าคลินิก 6 เดือน

การใช้จ่าย	จำนวนผู้ป่วยราย(ร้อยละ)		χ^2	P - value
	แรกเข้าคลินิก	หลังเข้าคลินิก 6 เดือน		
ACEI/ARB/ARNI	66 (77.60)	80 (94.10)	0.017 ^a	0.896
MRA	40 (47.10)	52 (61.2)	23.646 ^a	<0.001
Beta-blockers	69 (81.20)	84 (98.80)	4.364 ^a	0.037
SGLT-2 inhibitor	6 (7.10)	8 (9.4)	41.375 ^a	<0.001

ผู้ป่วยที่เข้าคลินิกจะได้รับการประเมินสมรรถภาพโดยใช้ NYHA (New York Heart Association) functional class ซึ่งจะได้รับการประเมินโดยแพทย์ (จากการซักประวัติ) จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยที่มี NYHA functional Class III, IV มีอาการดีขึ้นเป็น Class I, II ได้เกือบทั้งหมด รวมทั้งสมรรถภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้นอย่างชัดเจนในเวลา 3 เดือนหลังเข้าคลินิก (จากการเทียบ NYHA functional Class ก่อนและหลังเข้ารับการรักษา) และหลังการรักษาในคลินิกในระยะตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปไม่พบว่ามีผู้ป่วยมีสมรรถภาพตาม NYHA (New York Heart Association) ถึงระดับ functional class IV

ตารางที่ 5 แสดงสมรรถภาพของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ 3 เดือน และหลังเข้าคลินิก 6 เดือน

ระยะเวลาการเข้าคลินิก	จำนวนผู้ป่วยราย (ร้อยละ)			
	functional class			
	class I	class II	class III	class IV
NYHA functional class แรกเข้า	1 (1.18)	60 (70.59)	23 (27.05)	1 (1.18)
NYHA functional class 3 เดือน	49 (57.64)	35 (41.18)	1 (1.18)	0 (0.00)
NYHA functional class 6 เดือน	62 (72.94)	22 (25.88)	1 (1.18)	0 (0.00)

ประเมินอัตราการเข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาลด้วยอาการหัวใจล้มเหลว ที่ 3 และ 6 เดือน พบว่า มีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน จำนวน 3 คน ร้อยละ 3.50 6 เดือน จำนวน 1 คนร้อยละ 1.20 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ 3, 6 เดือนหลังเข้าคลินิก

ระยะเวลา	จำนวนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว(ร้อยละ)
3 เดือน	3 (3.50)
6 เดือน	1 (1.20)

หลังจากจัดตั้งคลินิกครบ 3 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 85 คน ติดตามผลครบทั้งหมด 85 คน พบอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ที่ 3 และ 6 เดือน ลดลงร้อยละตั้งแต่ ร้อยละ 3.50 ร้อยละ 1.20



ตามลำดับ รวมทั้งไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเวลา 1 ปี หลังเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

อภิปรายผล (Discussion)

จากผลการศึกษาการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่าข้อมูลผู้ป่วยที่มารักษาในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมดจำนวน 85 คน เป็นเพศชาย จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 69.41 เพศหญิง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 30.59 ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-60 ปี ซึ่งมีจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 56.47 และมีโรคร่วม ซึ่งประกอบด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 37.65 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 58.82 โรคไตเรื้อรัง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 15.29 โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 ซึ่งโรคร่วมแต่ละชนิดล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เพราะฉะนั้นเราจะต้องให้การรักษาโรคร่วมควบคู่ไปกับโรคหัวใจล้มเหลวด้วย การมีสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยจะทำให้สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงและลดภาวะความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลวได้ ในแง่ประวัติการสูบบุหรี่ พบว่ามีจำนวนร้อยละ 50.59 ดื่มสุราคิดเป็นร้อยละ 51.76 ซึ่งทั้งสองปัจจัยนับเป็นความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ในด้านสิทธิการรักษา ประกอบด้วย สิทธิส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเป็นสิทธิประกันสุขภาพ จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งมีผลต่อการได้รับยา กลุ่ม ARNI, SGLT-2 inhibitor ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง

ปัจจุบันได้มีวิธีการรักษา โดยใช้ยาจำนวนมากหลายชนิดได้แก่ ยา กลุ่ม ACEI, ARBs, ARNI, Beta-blocker, MRA, SGLT-2 inhibitor ซึ่งพบว่าช่วยลดอัตราการเสียชีวิต อัตราการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวได้ จากการศึกษาพบว่า แรกเข้าคลินิกผู้ป่วยได้รับยาบรรลุตามเป้าหมายของการรักษา โดยได้รับยาในกลุ่ม Beta-blocker ร้อยละ 81.20 ACEI, ARBs, ARNI ร้อยละ 77.60, และ MRA 47.10 สามอันดับแรกตามลำดับ ส่วนยา SGLT-2 inhibitor มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับยานี้เป็นจำนวนน้อย และเมื่อเปรียบเทียบการได้รับยาหลังเข้าคลินิก 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยได้รับยาตามเป้าหมายเพิ่มมากขึ้นทุกชนิด แต่จากสถิติพบว่าการเพิ่มของการให้ MRA, Beta-blocker และ SGLT-2 inhibitor อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม ACEI, ARBs, ARNI เป็นสัดส่วนที่มากที่สุดตั้งแต่เริ่มเข้าคลินิก จึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่างชัดเจน ส่วน SGLT-2 inhibitor มีสัดส่วนการใช้ที่น้อยตั้งแต่แรกเริ่ม จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนแม้มีการจ่ายยาเพิ่มในผู้ป่วยจำนวนน้อย

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพในการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ด้านผู้ป่วย ได้รับยาบรรลุตามเป้าหมายของการรักษา โดยสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวตามมาตรฐาน New York Heart Association Functional Class หลังจากเข้าคลินิกและได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพดีขึ้น

หลังจากเข้ารับการรักษาที่คลินิกพบอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ที่ 3 และ 6 เดือน ลดลงตั้งแต่ ร้อยละ 3.50 ร้อยละ 1.20 ตามลำดับ รวมทั้งไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับการดูแลแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งบรรลุตามเป้าหมายของตัวชี้วัด

สรุปผล(Conclusion) และข้อเสนอแนะ (Recommendation)

ผลของการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โดยได้รับยาที่เป็นยากลุ่มจำเพาะที่ใช้ในการรักษาโรคหัวใจล้มเหลวตามมาตรฐานมากขึ้น มีอัตราการนอนโรงพยาบาลที่ลดลง ลดอัตราการเสียชีวิต โดยผู้วิจัยมีเป้าหมายที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัย มาใช้ในการพัฒนาและดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว รวมทั้งพัฒนาคุณภาพการบริการและความรู้ของทีมให้เป็นปัจจุบัน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยต่อไป

สถานการณ์ปัจจุบันพบโรคระบาด เช่น โควิด19 ซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคต่อการมารับบริการของผู้ป่วยและการตรวจรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ นานาประเทศได้มีการพัฒนาการรักษาในรูปแบบใหม่ คือ การแพทย์ทางไกล (telemedicine)^{18,19} เพื่อลดการติดต่อ การสัมผัส และการแพร่กระจายของโรค โดยนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการด้านการแพทย์และสาธารณสุข พบว่ามีประโยชน์ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีการเดินทางลำบาก²⁰ และกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป และการที่ผู้ป่วยได้รายงานอาการของตนเองทำให้ผู้ป่วยใส่ใจในสุขภาพของตนเองมากขึ้น^{21,22} โดยเทคโนโลยีชนิดนี้มีประโยชน์อย่างมากในยุคที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ²³ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดภาระงานของแพทย์พยาบาล²⁴ เนื่องจากเราสามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นหากผู้ป่วยมีอาการเพียงเล็กน้อยซึ่งการรักษาวิธีนี้พบว่าลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและลดอัตราการเสียชีวิตได้²⁵

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์หญิงนิชาภา สวัสดิ์กานนท์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล การศึกษาวิจัยแพทย์หญิงศศิธร พินิจผล หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่ให้คำปรึกษาตลอดการวิจัย เจ้าหน้าที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและเก็บข้อมูลวิจัย และขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้



เอกสารอ้างอิง (References)

1. รังสฤษฏ์ กาญจนวณิชย์, อรินทยา พรหมนธิกุล. คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2558.
2. Savarese G, Becher PM, Lund LH, et al. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res*. 2023 Jan 18;118(17):3272-3287.
3. Greene SJ, Butler J, Albert NM, et al. Medical Therapy for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The CHAMP-HF Registry. *J Am Coll Cardiol* 2018 Jul 24;72(4):351-366.
4. Weinstein JM, Greenberg D, Sharf A, et al. The impact of a community-based heart failure multidisciplinary team clinic on healthcare utilization and costs. *ESC Heart Fail*. 2022 Feb;9(1):676-684.
5. Sokos G, Kido K, Panjath G, et al. Multidisciplinary Care in Heart Failure Services. *J Card Fail*. 2023 Mar 14:S1071-9164(23)00067-2.
6. Essa H, Walker L, Mohee K, et al. Multispecialty multidisciplinary input into comorbidities along with treatment optimisation in heart failure reduces hospitalisation and clinic attendance. *Open Heart*. 2022 Jul;9(2):e001979.
7. Yates L, Valente M, Wadsworth C. Evaluation of Pharmacist Medication Review Service in an Outpatient Heart Failure Clinic. *J Pharm Pract*. 2020 Dec;33(6):820-826.
8. Promwong W, Siripitayakunkit A, Hanprasitkam K. Evaluation of Health Care Services Using a Multidisciplinary Care Model for Persons with Heart Failure at the Heart Failure Clinic, Ramathibodi Hospital. *Rama Nurs J*. 2019;25: 166-179.
9. Srisaku U, Umpornwirojkit W, Pattanasan S, So-ngern A, Pummangura C, Rucksawong P, et al. Development of Multidisciplinary Care Model for Outpatients with Chronic Heart Failure. *Health Systems Research Institute*. 2019; 05-01T06: 54-59.
10. McDonagh TA, Metra M, Adamo M. et al, 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021 Sep 21;42(36):3599-3726.
11. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D. et al, 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022 May 3;145(18):e895-e1032.
12. Bayés-Genís A, Aimo A, Metra M, et al. Head-to-head comparison between recommendations by the ESC and ACC/AHA/HFSA heart failure guidelines. *Eur J Heart Fail* 2022 Jun;24(6):916-926.

13. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยใน พระบรมราชูปถัมภ์.แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2562
14. Taklalsingh N, Wengrofsky P, Levitt H. The Heart Failure Clinic: Improving 30-Day All-Cause Hospital Readmissions. *J HealthcQual*2020 Jul/Aug;42(4):215-223.
15. Hauptman P, Rich M, Heidenreich P, et al. The heart failure clinic: a consensus statement of the Heart Failure Society of America. *J Card Fail* 2008 Dec;14(10):801-15.
16. Lainscak M, Keber I. Heart failure clinic in a community hospital improves outcome in heart failure patients. *Swiss Med Wkly*2006 Apr 29;136(17-18):274-80.
17. Diederich T, Burdorf A, Pozehl B, et al. The role of a multidisciplinary heart failure clinic in optimization of guideline-directed medical therapy: HF-optimize. *Heart Lung* 2023 Jan-Feb;57:95-101.
18. Lin MH, Yuan WL, Huang TC, et al. Clinical effectiveness of telemedicine for chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis. *J Investig Med* 2017 Jun;65(5):899-911.
19. Imberti JF, Tosetti A, Mei DA, Maisano A, et al. Remote monitoring and telemedicine in heart failure: implementation and benefits. *CurrCardiol Rep* 2021 May 7;23(6):55.
20. Andr  s E, Zulfiqar AA, Talha S, et al. Telemedicine in elderly patients with heart failure. *GeriatrPsychol Neuropsychiatr Vieil*2018 Dec 1;16(4):341-348.
21. Laz  rov   M, Hlavinka A,   ulc P, et al. Use of telemedicine in patients with heart failure. *VnitrLek*2022 Fall;68(3):154-158.
22. Ding H, Jayasena R, Chen SH, et al. The Effects of Telemonitoring on Patient Compliance With Self-Management Recommendations and Outcomes of the Innovative Telemonitoring Enhanced Care Program for Chronic Heart Failure: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2020 Jul 8;22(7):e17559.
23. Fatrin S, Auliani S, Pratama S, et al. Telemedicine to Support Heart Failure Patients during Social Distancing: A Systematic Review. *Glob Heart*. 2022 Dec 19;17(1):86.
24. Zhu Y, Gu X, Xu C. Effectiveness of telemedicine systems for adults with heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Fail Rev*. 2020 Mar;25(2):231-243. 263960/12
25. Puwanant S, Sinphurmsukskul S, Krailak L, et al. The impact of the coronavirus disease and Tele-Heart Failure Clinic on cardiovascular mortality and heart failure hospitalization in ambulatory patients with heart failure. *PLoS One*. 2021 Mar 23;16(3):e0249043.