

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศของการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
 - 1.1 สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
 - 1.2 พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
 - 1.3 อาการและอาการแสดงทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
 - 1.4 ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
 - 1.5 การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
2. แนวทางการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
3. การจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
 - 3.1 ความหมายของการจัดการตนเอง
 - 3.2 แนวคิดในการจัดการตนเอง
 - 3.3 กระบวนการจัดการตนเอง
 - 3.4 การจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง
 - 3.5 ผลลัพธ์ที่ดีของการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ความหมาย

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic heart Failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่แสดงถึงการดำเนินโรคขั้นสุดท้ายของโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจทั้งทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดและนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอที่จะสามารถตอบสนองต่อกระบวนการเผาผลาญของร่างกายได้ (metabolic requirement) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์, 2550; ACCF/AHA, 2014)

ซึ่งก่อนจะมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังปรากฏนั้นร่างกายจะอาศัยกลไกชดเชยหลายอย่างเข้ามามีบทบาทเพื่อให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ได้อย่างเพียงพอ แต่เมื่อใดที่กลไกเหล่านี้ไม่สามารถจะชดเชยได้อีกต่อไป อาการและอาการแสดงที่สืบเนื่องจากการที่เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงหรือมีเลือดคั่งทั้งในปอดและระบบไหลเวียนจะปรากฏขึ้น (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2547)

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของหัวใจเอง (cardiac in origin) หรืออาจเป็นสาเหตุอื่น ซึ่งไม่ใช่หัวใจ (noncardiac in origin) และสาเหตุชักนำอื่นๆ (precipitating cause)

สาเหตุจากความผิดปกติของหัวใจ (cardiac cause)

สาเหตุจากความผิดปกติของหัวใจ (cardiac cause) แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ 1) ความผิดปกติของกลไกการไหลของเลือด 2) ความผิดปกติที่กล้ามเนื้อหัวใจ 3) ความผิดปกติของจังหวะการเต้นของหัวใจ

1. ความผิดปกติของกลไกการไหลของเลือด (mechanical abnormalities) แบ่งออกเป็น 3 ชนิดได้แก่

1.1 ปริมาตรเลือดในห้องหัวใจห้องล่างในช่วงปลายของระยะคลายตัวมากเกินไป (Preload หรือ volume load มากเกินไป) ทำให้ปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจในแต่ละครั้งของการบีบตัว (stroke volume) ลดลง ทำให้ปริมาตรเลือดที่บีบออกจากหัวใจกลับเข้ามาที่หัวใจเพิ่มขึ้นใน

ระยะคลายตัว เกิดการเพิ่มขึ้นของแรงดันเลือดขณะหัวใจคลายตัว และเกิดการขยายตัวของผนังห้องหัวใจออกด้านนอกและการยืดขยายของเส้นใยกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ขนาดห้องหัวใจขยายตัวออกข้างนอก (chamber enlargement หรือ eccentric hypertrophy) และตามมาด้วยการบีบตัวของหัวใจห้องล่างผิดปกติ (systolic ventricular dysfunction) ซึ่งเกิดจากภาวะลิ้นหัวใจรั่ว หรือการมีรูรั่วของผนังกั้นห้องด้านหัวใจซ้ายและขวา รวมทั้งการรั่วของเส้นเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ มีหลอดเลือดเชื่อมระหว่างหลอดเลือดแดงพัลโมนารีซ้ายและส่วน โค้งลงของหลอดเลือดเอออร์ต้า (patent ductus arteriosus [P.D.A.]), มีรูรั่วระหว่างผนังกั้นเอเทรียม (atrial septal defect [A.S.D.]), มีรูรั่วระหว่างผนังกั้นเวนตริเคิล (Ventricular septal defect [V.S.D.]), ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว (mitral regurgitation, MR) และลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (aortic regurgitation, AR) เป็นต้น (อภิชาติ สุขนครธรรม, 2547)

1.2 แรงดันในหัวใจห้องล่างสูงเกินไป อันเนื่องมาจากแรงต้านเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่าง (afterload) สูงเกินไป ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ เกิดการอุดตันของทางเดินเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ, หลอดเลือดเอออร์ต้าตีบแคบ และการเพิ่มแรงต้านภายในหลอดเลือด (vascular resistance) เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือที่เรียกว่าแรงดันมากเกินไป (pressure overload) ส่งผลให้แรงดันเลือดขณะหัวใจบีบตัวและแรงต้านของผนังหัวใจเพิ่มขึ้น จนเกิดการหนาตัวของเส้นใยกล้ามเนื้อหัวใจและทำให้เกิดผนังหัวใจด้านในหนาตัวขึ้น โดยไม่มีการขยายตัวของผนังห้องหัวใจ (concentric hypertrophy) ซึ่งตามมาด้วยความผิดปกติของกลไกการคลายตัวของหัวใจห้องล่าง (diastolic ventricular dysfunction) (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

1.3 การลดลงของปริมาตรเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจ ได้แก่ ภาวะหัวใจถูกบีบรัดจากการมีของเหลวคั่งในเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) หรือภาวะหัวใจถูกบีบรัดจากพังผืด (constrictive pericarditis) ทำให้หัวใจไม่สามารถจะขยายตัวได้เต็มที่ จึงรับเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจได้น้อยลง ดังนั้นปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจก็น้อยลงตามไปด้วย (European Society of Cardiology [ESC], 2012)

2. ความผิดปกติของของกล้ามเนื้อหัวใจ

นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังยังสามารถเกิดจากความผิดปกติของของกล้ามเนื้อหัวใจ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.1 ความผิดปกติในการบีบตัวของหัวใจ (systolic dysfunction) ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis), กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial ischemia/infarction) และกล้ามเนื้อหัวใจยืดขยายผิดปกติ (dilated cardiomyopathy) ทำให้เกิดปริมาตรเลือดในห้องหัวใจมากเกินไป ตามมาได้ (ACCF/AHA, 2014)

2.2 ความผิดปกติในการคลายตัวของหัวใจ (diastolic dysfunction) ได้แก่ หัวใจห้องล่างมีขนาดใหญ่มากขึ้น (ventricular hypertrophy), การสร้างเส้นใยกล้ามเนื้อหัวใจที่ผิดปกติ (fibrosis), ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction), ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial ischemia) โดยจะทำให้เกิดความผิดปกติของการคลายตัวของหัวใจห้องล่าง และเกิดภาวะลิ้นหัวใจไมตรัลตีบ (mitral stenosis) ทำให้ปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างลดลงส่งผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายขยายตัวได้ลดลง, เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (constrictive pericarditis), ภาวะที่หัวใจถูกกดทับด้วยของเหลวที่มีอยู่ในเยื่อหุ้มหัวใจ (cardiac tamponade), การถูกจำกัดในการยืดขยายของกล้ามเนื้อหัวใจในช่วงคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (restrictive cardiomyopathy) (ESC, 2012)

3. ความผิดปกติของจังหวะการเต้นของหัวใจ

ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (arrhythmia) ทุกชนิดสามารถทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ที่พบบ่อยคือ หัวใจห้องล่างซ้ายเต้นผิดจังหวะมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที (atrial fibrillation with rapid ventricular response) ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจในระยะหัวใจคลายตัว (diastolic dysfunction) ได้แก่ ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วรุนแรง (severe mitral stenosis), การหนาตัวอย่างมากผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้าย (hypertrophic cardiomyopathy), ลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบ (aortic stenosis) และโรคความดันโลหิตสูงที่มีการหนาตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายร่วมด้วย (systemic hypertension with left ventricular hypertrophy) ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน (acute pulmonary edema) ตามมาได้ นอกจากนี้ภาวะหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติคือมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ยังเพิ่มการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด โดยภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายเต้นมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ทำให้เกิดการทำงานที่แยกส่วนกันระหว่างหัวใจห้องบนและหัวใจห้องล่าง (atrio-ventricular dissociation) ส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ภาวะที่หัวใจเต้นช้ากว่าปกติมากๆ (น้อยกว่า 50 ครั้งต่อนาที) ทำให้เกิดปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง และภาวะที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง เช่น หัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติ (ventricular tachycardia), หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะชนิดเรื้อรัง (ventricular fibrillation), หัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ (atrial tachycardia), หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะชนิดเรื้อรัง (atrial fibrillation) และการนำกระแสไฟฟ้าของหัวใจถูกปิดกั้นอย่างสมบูรณ์ (complete heart block) จะช่วยเพิ่มโอกาสที่จะเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น (ACCF/AHA, 2014)

สาเหตุที่ไม่ได้มาจากหัวใจ (noncardiac cause)

นอกจากสาเหตุจากตัวหัวใจเองแล้วยังพบว่ามีสาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่ สาเหตุที่ไม่ได้มาจากหัวใจซึ่งเกิดจากความผิดปกติที่มาจากโรคหรืออวัยวะส่วนต่างๆ

ของร่างกาย (noncardiac cause) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550; ACC/AHA, 2014)

1. ภาวะที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของปริมาตรของเลือดในร่างกาย (blood volume) เช่นมีการคั่งของเลือดและน้ำจากการให้ยาจำพวกสเตียรอยด์, โรคไตวาย, การให้เลือด และการให้น้ำเกลือที่มากและเร็วเกินไป ทำให้จำนวนเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจ (venous return) เพิ่มมากขึ้น ในอัตราที่เร็วเกินกว่าหัวใจจะสามารถขับออกได้ทัน

2. การลดลงของแรงต้านเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่าง (afterload) ได้แก่ มีรูรั่วระหว่างหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ (arteriovenous fistular), โรคขาดวิตามินบี 1 (beriberi), ภาวะตับแข็ง, ภาวะช็อคเรื้อรัง และภาวะที่มีการเพิ่มขึ้นของเมตาบอลิซึม ได้แก่ ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ (hyperthyroidism) ภาวะเหล่านี้ทำให้ร่างกายต้องการปริมาณเลือดมาเลี้ยงอวัยวะต่างๆมากขึ้น และเมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว จะเป็นลักษณะที่เรียกว่า “high output failure” กล่าวคือ ถึงแม้ว่าปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจ (cardiac out put) จะสูงกว่าปกติแล้วแต่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จนทำให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุชักนำอื่นๆ (precipitating cause)

นอกจากสาเหตุที่เกิดจากความผิดปกติของหัวใจเอง (cardiac in origin) และสาเหตุอื่นซึ่งไม่ใช่สาเหตุที่มาจากหัวใจ (noncardiac in origin) ยังพบว่าสาเหตุชักนำอื่นๆ (precipitating cause) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ได้แก่

1. การดูแลรักษาลดลงอย่างไม่เหมาะสม (inappropriate reduction of therapy) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เกิดอาการมากขึ้น เช่น การไม่ควบคุมปริมาณ โซเดียมที่รับประทาน, การขาดการออกกำลังกาย, ภาวะเครียดที่มากเกินไป และการลดขนาดหรือหยุดรับประทานยาเอง (ACCF/AHA, 2014)

2. การติดเชื้อ (infection) การติดเชื้อเกือบทุกชนิดจะกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจห้องซ้าย เช่น ลิ้นไมตรัลตีบ, ลิ้นไมตรัลรั่วหรือลิ้นเอออร์ติคพิการ มักมีภาวะปอดชื้นจากการที่มีความดันเลือดดำในปอดสูง (pulmonary congestion) และการติดเชื้อของเยื่อหัวใจ (infective endocarditis) เมื่อเกิดการอักเสบติดเชื้อทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นจากกระบวนการเมตาบอลิซึมที่สูงขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความผิดปกติของการถ่ายเทออกซิเจนและ

คาร์บอนไดออกไซด์ ส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ซึ่งอาจมีผลเสียต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามมาได้ (ACCF/AHA, 2014)

3. ภาวะโลหิตจาง (anemia) ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังมีผลทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนจากปริมาณของฮีโมโกลบินที่ลดลง ส่งผลเสียต่อกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มภาระการทำงานของหัวใจ รวมถึงปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงหัวใจมีน้อยไม่เพียงพอต่อการทำงานของหัวใจจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามมา

5. ไข้รูมาติก (acute rheumatic carditis) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้รูมาติกอยู่แล้ว เมื่อเกิดไข้รูมาติกซ้ำ จะทำให้การทำงานของหัวใจแย่ลงและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้

6. ภาวะต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและทำงานหนักขึ้น จากเมตาบอลิซึมของร่างกายที่สูงขึ้น หัวใจทำงานหนักมากขึ้นและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามมาได้

7. การออกกำลังกายมากเกินไป, การดื่มน้ำมากเกินไป และภาวะเครียดทางอารมณ์ (emotional excess) ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เนื่องจากมีเมตาบอลิซึมมากร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงแรงดันในหลอดเลือดและเกิดความแปรปรวนของชีพจรทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้

8. การเกิดอุดตันของหลอดเลือดปัลโมนารี (Pulmonary embolism)

9. โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดเดิมอยู่แล้ว โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อให้สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายให้เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามมา

10. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไม่สามารถเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง มักจะต้องมีสาเหตุ (underlying) และปัจจัยกระตุ้น (precipitating cause) ร่วมกันเสมอ

ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีสาเหตุเกิดความผิดปกติของกลไกการไหลของเลือด ความผิดปกติที่กล้ามเนื้อหัวใจ และความผิดปกติของจังหวะการเต้นของหัวใจ ร่วมกับปัจจัยชักนำอื่นๆ ถือเป็นโรคที่มีความซับซ้อน จึงมีการแบ่งชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังออกเป็น 3 รูปแบบ (อภิชาติ สุคนธ์ สรรพ์, 2547) ดังนี้

1. ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่แบ่งตามอาการและอาการแสดงของการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติ

1.1 ภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว (left-side heart failure) คือ ภาวะที่หัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) มีการทำงานที่ผิดปกติจนไม่สามารถทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะอื่นๆ ได้อย่าง

เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เกิดภาวะเลือดคั่งในหัวใจห้องซ้ายและปอด ส่งผลให้ความดันในปอดสูงขึ้น (pulmonary hypertension) จนเกิดภาวะหัวใจข้างขวาล้มเหลวตามมา เช่น อาการเหนื่อยง่ายหายใจไม่สะดวก (orthopnea) หรืออาการหอบในช่วงกลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea [PND]) (ESC, 2012)

1.2 ภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (right – side heart failure) คือ ภาวะที่หัวใจห้องล่างขวา (right ventricle) มีการทำงานผิดปกติจนไม่สามารถสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจห้องล่างขวาไปยังปอดและหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) เกิดภาวะเลือดคั่งในหัวใจห้องขวา ส่งผลให้แรงดันในหัวใจห้องขวาเพิ่มสูงขึ้น จนทำให้เกิดเลือดคั่งในหลอดเลือดดำทั่วร่างกาย เมื่อทำการตรวจร่างกายจะพบหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง ตับโต และอาการบวมของร่างกายส่วนล่าง (ESC, 2012)

2. ชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวที่แบ่งตามการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ

2.1 ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิดบีบตัว (systolic heart failure) หมายถึง ภาวะที่มีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง จากการที่หัวใจห้องล่างซ้ายไม่สามารถบีบตัวเพื่อส่งเลือดออกจากหัวใจได้ตามปกติ มีอัตราส่วนของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายเทียบกับปริมาณเลือดที่เหลืออยู่ในหัวใจห้องล่างซ้ายขณะคลายตัว (left ventricular ejection fraction [LVEF]) ต่ำกว่าร้อยละ 40 (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช และคณะ, 2013)

2.2 ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิดคลายตัว (diastolic heart failure หรือ heart failure with preserved ejection fraction [HFPEF]) หมายถึง ภาวะที่มีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากความผิดปกติของการรับเลือดเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้ายขณะคลายตัว มีอัตราส่วนของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายเทียบกับปริมาณเลือดที่เหลืออยู่ในหัวใจห้องล่างซ้ายขณะคลายตัว (left ventricular ejection fraction [LVEF] มากกว่าร้อยละ 40 -50 (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช และคณะ, 2013)

3. ชนิดของหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่แบ่งตามลักษณะของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที

3.1 ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เกิดจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น (high-output failure) หมายถึง ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอาการและอาการแสดงเกิดจากการที่ร่างกายต้องการปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจมากกว่าปกติ โดยที่การทำงานของหัวใจเป็นปกติ เช่น ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (thyrotoxicosis) ขาดวิตามินบี (beri beri) ภาวะโลหิตจาง (anemia) การติดเชื้อ เป็นต้น (ESC, 2012)

3.2 ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เกิดจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง (low-output failure) หมายถึง ภาวะที่หัวใจบีบเลือดออกจากหัวใจได้น้อยลง (low cardiac output) ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามมา เช่น โรคเส้นหัวใจตีบ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และภาวะความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดการคั่งของน้ำในส่วนต่างๆ ของร่างกาย (ESC, 2012)

การแบ่งชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในปัจจุบันนิยมแบ่งเป็น ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิดบีบตัว (systolic heart failure) และ ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิดคลายตัว (diastolic heart failure หรือ heart failure with preserved ejection fraction [HFPEF]) เนื่องจากมีวิธีการรักษาและผลการรักษาที่แตกต่างกัน (ESC, 2012)

การทำงานของหัวใจมนุษย์ขึ้นกับปัจจัย 5 อย่าง ได้แก่ 1) ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจ (contraction) 2) อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) โดยใช้กลไกทางระบบประสาทอัตโนมัติ 3) ปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (venous return หรือ preload) 4) แรงต้านการไหลของเลือดขณะหัวใจบีบตัว (vascular resistance หรือ afterload) และการเผาผลาญของร่างกายในขณะนั้น (metabolic state) เมื่อเกิดความผิดปกติขึ้นไม่ว่าจะจากส่วนใดก็ตามก็จะทำให้เกิดพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามมา (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2550) กล่าวถึงการทำงานของหัวใจไว้ว่า ในหัวใจคนปกตินั้นความสามารถในการบีบตัวของหัวใจ จะเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนโดยตรงกับความยาวของเส้นใยกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial fiber) ถ้ายิ่งยืดยาวออกมาเท่าใด ก็ยังมีความสามารถในการหดตัวเพิ่มขึ้นเท่านั้น การปรับตัวในสภาพนี้จะมีขีดจำกัดเมื่อถึงจุดหนึ่ง ไม่ว่าเส้นใยกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial fiber) จะยืดยาวออกไปอีกมากเท่าไร ก็ไม่สามารถจะเพิ่มจะเพิ่มการบีบตัวของหัวใจได้อีกต่อไป ร่างกายก็จะมีขบวนการปรับตัว (compensatory mechanism) พยายามรักษาปริมาณเลือดที่ถูกส่งออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) และ ปริมาณเลือดที่จะไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ให้ปกติ ทำให้ไม่เกิดอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว (asymptomatic) แต่เมื่อขบวนการปรับตัวดังกล่าวทำงานอย่างเต็มที่แล้วยังไม่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบกับมีปัจจัยกระตุ้นอื่นๆ (precipitating Factors) ซ้ำเติม ทำให้เกิดกระบวนการบีบตัวของหัวใจเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงร่างกายล้มเหลว (systolic failure) หรือ กระบวนการควายตัวของหัวใจเพื่อ

รับเลือดจากร่างกายกับเข้าสู่หัวใจล้มเหลว(diastolic failure) ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (ACCF/AHA, 2014)

เมื่อเริ่มมีภาวะหัวใจล้มเหลวจากหัวใจเสื่อมสภาพทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ร่างกายจะมีกลไกในการปรับตัวในระยะสั้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แต่ในระยะยาวจะเป็นการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดผลเสียตามมาดังนี้ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

1. การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจเมื่อจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ระบบประสาทซิมพาเทติกจะถูกกระตุ้นโดยอัตโนมัติ ทำให้มีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac Output) จะเพิ่มขึ้นด้วย แต่ในระยะยาว ทำให้เกิดการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ เช่น ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติอย่างรุนแรง (malignant ventricular arrhythmia) ซึ่งอาจเกิดการเสียชีวิตฉับพลัน หรือเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง (atrial fibrillation [AF]) ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดต่ำลงไปอีก นอกจากนี้ยังจะไปเพิ่มการใช้พลังงานของหัวใจ และทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย (ACCF/AHA, 2014)

2. การเพิ่มขนาดของหัวใจ เพื่อให้สามารถบีบตัวและส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอโดยการพยายามควบคุมแรงต้านทานของผนังหัวใจ (wall stress) ให้อยู่ในภาวะปกติ เมื่อหัวใจมีการะการทำงานมากขึ้นทำให้เกิดแรงต้านทานของผนังหัวใจเพิ่มขึ้นไปด้วย โดยแรงต้านทานของหลอดเลือดต่อการไหลออกจากหัวใจจะลดลง (pressure load) และปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างก่อนการบีบตัวของหัวใจ (volume load) เป็นสาเหตุโดยตรงและทางอ้อมของการเพิ่มขึ้นของแรงต้านทานของผนังหัวใจ เมื่อมีการเพิ่มของแรงต้านทานของผนังหัวใจเซลล์ของผนังหัวใจจะขยายตัวหนาขึ้นและยาวขึ้น ทำให้เกิดการขยายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (cardiac hypertrophy) และขนาดของเซลล์ของผนังหัวใจ แต่มีจำนวนเซลล์เท่าเดิม การเปลี่ยนแปลงสภาพของหัวใจครั้งนี้เพื่อปรับตัวตอบสนองต่อภาวะการทำงานของหัวใจที่เพิ่มขึ้น เรียกว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพของหัวใจห้องล่าง (ventricular remodeling [VR]) ซึ่งตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิด VR นอกจากแรงต้านทานของหลอดเลือดต่อการไหลออกจากหัวใจและปริมาณเลือดในหัวใจห้องล่างก่อนการบีบตัวของหัวใจ แล้วยังเชื่อว่าระบบแองจิโอเทนซิน (systemic angiotensin) หรือแองจิโอเทนซินเฉพาะที่ (local angiotensin) จะมีส่วนหรือเป็นตัวควบคุมการเกิดด้วย โดยผลจากการเพิ่มขนาดของหัวใจหรือการเพิ่มมวลของหัวใจห้องล่างนี้ จะช่วยเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของหัวใจดีขึ้น และช่วยควบคุมแรงต้านทานของผนังหัวใจให้อยู่ในภาวะปกติด้วย ในระยะสั้นช่วยให้หัวใจบีบตัวดีขึ้นและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจาก

หัวใจ แต่ในระยะยาว กล้ามเนื้อจะหนาตัวมากขึ้นไป เพิ่มการใช้พลังงานและเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

3. การหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstriction) เนื่องจากการกระตุ้นระบบเรนิน แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (rennin angiotensin-aldosterone) และระบบประสาทซิมพาเทติก เกิดการหลั่งของสารแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II), นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และเอนโดทีลิน (endothelin) ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด ในระยะสั้นจะเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดแดงใหญ่ต่อการฉีดเลือดออกจากหัวใจ (vascular resistance) และความดันโลหิต เพื่อไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้อย่างเพียงพอ แต่ในระยะยาวมีผลเสียจะทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากการเพิ่มแรงต้านต่อการฉีดเลือดออกจากหัวใจต่อหัวใจและการเพิ่มการใช้พลังงานของหัวใจและเกิดเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547)

4. การสะสมเกลือและน้ำในร่างกายเพิ่มมากขึ้น (salt and water retention) จากการที่ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลงตามไปด้วย ทำให้เอนไซม์เรนิน แองจิโอเทนซิน ทู (rennin angiotensin II) และเอนไซม์อัลโดสเตอโรน (aldosterone) หลั่งออกมาเพิ่มขึ้น ทำให้มีการดูดซึมกลับของน้ำและเกลือ โซเดียมบริเวณท่อไตเพิ่มขึ้น ในระยะสั้นจะเป็นการเพิ่มปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างก่อนหัวใจจะบีบตัวและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที แต่ในระยะยาวทำให้เกิดอาการบวมและภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary congestion) (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

นอกจากกลไกหลักทั้ง 3 อย่างนี้ ยังพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและฮอร์โมน (neuro- hormonal) อื่นๆ อีก โดยมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกายดังนี้

1. เอลจินิน วาโซเพรสซิน (arginine Vasopressin [AVP]) ซึ่งเป็นแอนติไดูเรติก ฮอร์โมน (antidiuretic hormone) และเป็นฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้เกิดการหดตัวของเส้นเลือด โดย AVP นี้จะปริมาณขึ้นเป็น 2 เท่าในภาวะหัวใจล้มเหลวระยะหลัง เชื่อว่าแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) เป็นตัวหนึ่งซึ่งมีผลทำให้ AVP เพิ่มขึ้น ซึ่งการเพิ่มขึ้นของ AVP ทำให้เกิดแรงต้านของหลอดเลือดแดงใหญ่ต่อการฉีดเลือดออกจากหัวใจ (vascular resistance) เพิ่มขึ้น (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

2. โพรสตาแกรนดินอี 2 (prostaglandin E2 [PEGE2]) ทำหน้าที่เป็นสารตั้งต้นในการผลิตสารที่ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด (endogenous vasodilator natriuretic substance) เพื่อแก้ไขภาวะการหดตัวของหลอดเลือดและลดการสะสมของเกลือโซเดียม (Na retention) ในภาวะหัวใจล้มเหลว PEGA2 นี้จะถูกสร้างขึ้นในกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด และจะถูกปล่อยออกมาเพื่อ

ตอบสนองต่อภาวะที่มีการลดลงของการกำซาบของเนื้อเยื่อ (tissue perfusion) นอกจากนี้ยังพบว่านอร์อิพิเนพรีน (nor-epinephrine) และแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ซึ่งจะมีปริมาณขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งของ PGE2 เพิ่มขึ้นด้วย (ESC, 2012)

3. เอตรีล แนนทริยูเรติก ฮอร์โมน (atrial natriuretic hormone [ANH]) เป็นสารที่ช่วยในการขยายตัวของหลอดเลือด (endogenous vasodilator) ที่สร้างขึ้นจากหัวใจห้องบนโดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวใจห้องบนขวาจะมีต่อมที่ทำหน้าที่หลั่งฮอร์โมน เมื่อมีการขยายตัวของหัวใจห้องบน จะมีการตอบสนองโดยการเพิ่มของโซเดียมที่อยู่นอกเซลล์ (extracellular sodium) และต่อมที่ทำหน้าที่หลั่งฮอร์โมนในหัวใจห้องบนขวา จะปล่อยสาร 21-28 อะมิโน แอสิด เปปไทด์ (21-28 amino acid peptide) หรือที่เรียกว่า เอตรีล แนนทริยูเรติก ฮอร์โมน (atrial natriuretic hormone [ANH]) ซึ่งทำหน้าที่เป็นสารที่ช่วยในการขยายตัวของหลอดเลือด และยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน รวมทั้งยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนวาโซเพรสซิน (vasopressin action) ด้วย (HFHA, 2010)

4. โดปามีน (dopamine) เป็นฮอร์โมนเริ่มต้นของนอร์อิพิเนพรีน (norepinephrine) จะหลั่งออกมาระหว่างมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจที่ลดต่ำลงดังนั้นระดับของโดปามีนในเลือด จึงเพิ่มปริมาณขึ้นทำให้ตัวรับโดปามีนในท่อไตถูกกระตุ้น (renal tubular dopamine receptor) และช่วยเพิ่มปริมาณของแนทโทยูรีซิส (natriuresis) เพื่อช่วยแก้ปัญหาในเรื่องการสะสมของเกลือโซเดียม ในภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย (รังศฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547)

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

เมื่อขบวนการปรับตัวชดเชยของร่างกายไม่สามารถทำงานเพื่อชดเชยการทำหน้าที่ของหัวใจที่เสียไปต่อไปได้ก็จะทำให้เกิดอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามมา ดังนี้

1. อาการเหนื่อยง่ายหายใจไม่สะดวก (dyspnea หรือ shortness of breath) เป็นอาการที่พบบ่อย และมักเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมักมีอาการเหนื่อยแบบหายใจไม่พอหรือไม่ทัน (need or urge to breath or air hunger) มากกว่าอาการเหนื่อยแบบแน่นหน้าอก ซึ่งมักพบในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่า สาเหตุของอาการเหนื่อยง่าย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (ACCF/AHA, 2014)

1.1 อาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ (orthopnea) หมายถึง อาการเหนื่อยและหายใจไม่สะดวกขณะนอนราบ สาเหตุเนื่องจากมีของเหลวจากบริเวณท้องและขาทั้งสองข้างไหลกลับเข้าในทรวงอกเพิ่มขึ้น และกระบังลมยกสูงขึ้นในท่านอนทำให้ความดันโลหิตในปอดสูงขึ้น เกิดการ

แลกเปลี่ยนแก๊สในถุงลมปอดที่ผิดปกติ ทำให้รู้สึกเหนื่อย บางครั้งอาจทำให้เกิดอาการไอในขณะที่นอนราบทำให้ผู้ป่วยต้องนอนหนุนหมอนหลายๆใบ เพื่อช่วยลดปริมาณของของเหลวที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ อาการนี้มักเกิดในระยะหลังของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ส่วนในระยะการทำหน้าที่ระดับที่ 4 (Function class IV) ผู้ป่วยอาจนอนราบไม่ได้เลย ต้องหลับในท่านั่ง (ACCF/AHA, 2014)

1.2 อาการหอบในช่วงกลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)) หมายถึงอาการหายใจไม่สะดวกอย่างรุนแรงโดยอาจพบอาการไอร่วมด้วยในขณะนอนหลับไปแล้วผู้ป่วยมักต้องตื่นมากลางดึกจากอาการแน่นอึดอัดหายใจไม่ออก ทำให้ต้องลุกมานั่งแล้วอาการจึงจะดีขึ้น และในผู้ป่วยบางรายอาจจะลุกขึ้นมาั่งหอบและมีเสียงหายใจแบบคนเป็นหืดหอบเนื่องจากมีการตีบแคบของหลอดเลือดร่วมด้วย กลไกการเกิดอาการหอบในช่วงกลางคืนพบว่า เกิดจากปริมาตรเลือดดำที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (venous return) เพิ่มมากขึ้นในขณะนอนตอนกลางคืน ซึ่งเมื่อเทียบกับตอนกลางวันซึ่งมักจะยืน เดิน หรือนั่ง ทำให้ปริมาตรเลือดไหลเวียนไปยังปอดสะดวกมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การทำงานที่ลดลงของระบบประสาทซิมพาเทติกในขณะนอนหลับเมื่อเทียบกับในเวลากลางวัน หัวใจจึงไม่สามารถปรับตัวบีบเลือดที่ไหลกลับเข้าหัวใจมากขึ้นออกมาได้ เกิดการคั่งของเลือดในปอด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด หายใจไม่ออกจะต้องตื่นกลางดึกและลุกขึ้นนั่ง ซึ่งขณะลุกขึ้นนั่งจำนวนปริมาตรเลือดดำที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจจะลดลงพร้อมๆกับการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น ภาวะการคั่งของเลือดในปอดก็ลดลงทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น และสามารถกลับไปนอนต่อได้ (HFSA, 2010)

2. อาการบวม (edema) และน้ำหนักตัวเพิ่ม โดยทั่วไปจะพบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีปริมาตรของเหลวในร่างกายมากเกินไป (volume overload) ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2-4 กิโลกรัมจากน้ำหนักปกติของผู้ป่วยแต่ละคน มักพบอาการบวมคดบวมบริเวณหน้าแข้ง ข้อเท้าและหลังเท้าทั้งสองข้าง ถ้ามีอาการไม่มากจะเกิดอาการบวมในช่วงสายหรือบ่ายในแต่ละวัน ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอาการของโรคไตร่วมด้วยจะพบอาการบวมที่มาจากโรคไตได้ ได้แก่ ภาวะบวมของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (myxedema), ภาวะบวมจากอัลบูมินในเลือดต่ำ (hypoalbuminemia) โดยมักพบอาการบวมที่หนังตา (periobital edema) และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีอาการของโรคตับร่วมด้วย อาจทำให้เกิดอาการบวมที่มาจากโรคตับร่วมด้วย โดยพบอาการตัวและตาเหลือง (jaundice) ร่วมกับอาการท้องมานน้ำ (ascites) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550)

3. อาการอ่อนเพลียหรืออ่อนล้า เป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยพบว่าจะเกิดร่วมกับความสามารถในการออกแรงลดลง (exercise intolerance) เกิดจากมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อลดลง โดยต้องแยกจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ภาวะซีด โรคของกล้ามเนื้อ โรคทางเมตาบอลิก และโรคทางจิตเวช (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2547)

4. อาการทางช่องท้อง อาจพบอาการแน่นท้อง ปวดท้องและคลื่นไส้ เบื่ออาหาร เนื่องจากมีตับโตเพราะมีเลือดคั่งในตับเพิ่มขึ้น (Hunt SA et al., 2551)

5. อาการทางระบบประสาท มักพบในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีโรคหลอดเลือดสมองตีบร่วมด้วย เกิดจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการสับสน, ขาดสมาธิ, นอนไม่หลับ และมีอาการหลงลืมได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

6. การหายใจที่เร็วสลับช้าหรือหยุดหายใจเป็นระยะ (cheyne-stokes respiration) เกิดในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองตีบร่วมด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

9. อาการไอ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังบางรายอาจพบอาการไอที่มีเลือดปนได้ เนื่องจากมีความดันโลหิตในหลอดเลือดดำของปอด (pulmonary vein) สูง ทำให้หลอดเลือดดำเกิดแตกออก ทำให้มีอาการไอเป็นเลือดปนฟองอากาศสีชมพู (pink frothy sputum) พบในภาวะปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) ร่วมด้วย แต่ส่วนใหญ่อาการไอที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มักเป็นอาการไอแห้งๆ หรือไอมีเสมหะเป็นฟองขาวๆ เท่านั้น และมักจะมีอาการไอมากเวลานอน ถ้าลูกนั่งจะมีอาการไอน้อยลง (Bauhman et al., 2005)

การแบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

การแบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวมี 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) การแบ่งระยะของหัวใจล้มเหลวตามโครงสร้างและการถูกทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ (ACC/AHA stage of heart failure) และ 2) การแบ่งระยะของหัวใจล้มเหลวตามความรุนแรงของอาการแสดงและการทำหน้าที่ของร่างกาย (NYHA functional classication) (ACCF/AHA, 2014)

1. การแบ่งระยะของหัวใจล้มเหลวตามโครงสร้างและการถูกทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ แบ่งเป็น 4 ระยะคือ (ACCF/AHA stage of heart failure) (ACCF/AHA, 2014)

1.1 ระยะ A ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว ไม่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจ แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดหัวใจล้มเหลวได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจโคโรนารี

1.2 ระยะ B ผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว แต่มีความผิดปกติของหัวใจที่ตรวจพบได้ เช่น ภาวะหัวใจห้องล่างหนาตัวผิดปกติ (left ventricular hypertrophy (LVH)) จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือการตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง, เคยมีประวัติเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย, ลิ้นหัวใจรั่วร่วมกับหัวใจห้องล่างโต (dilated ventricle)

1.3 ระยะเวลา C ผู้ป่วยที่เคยหรือกำลังมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกับมีความผิดปกติของหัวใจที่ตรวจพบได้ เช่น ภาวะหายใจลำบากหรืออาการเหนื่อยล้าที่เป็นผล จากการทำงานผิดปกติของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเพราะได้รับการรักษาภาวะหัวใจ ล้มเหลวมาก่อน

1.4 ระยะเวลา D ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลวอย่างชัดเจน แม้ว่าจะ ได้รับการรักษาทางยาหรือเครื่องมือช่วยเหลืออื่นๆ อย่างเต็มที่แล้ว เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลยังมีอาการมากไม่สามารถให้กลับบ้านได้ หรือต้องรอกการผ่าตัด เปลี่ยนหัวใจ และผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องมือที่กระตุ้นการไหลเวียนเลือด

การจำแนกผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตาม โครงสร้างและการถูกทำลายของ กล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อแสดงถึงการดำเนินของโรคที่มีการดำเนินไปข้างหน้าอย่างเดียวไม่สามารถ ย้อนกลับได้ เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยคือ การมุ่งเน้นชะลอพยาธิสภาพของโรค เช่นผู้ป่วยที่ยัง ไม่มีอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลว แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดหัวใจล้มเหลวได้ เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง

2. การแบ่งระยะของหัวใจล้มเหลวตามความรุนแรงของอาการแสดงและการทำหน้าที่ของ ร่างกาย (NYHA functional classification) (ESC, 2012; ACCF/AHA, 2014; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

2.1 การทำหน้าที่ระดับที่ 1 (Functional Class I) ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ คือถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก

2.2 การทำหน้าที่ระดับที่ 2 (Functional Class II) มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียง เล็กน้อย รู้สึกสบายเมื่อได้พัก แต่ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะทำให้อ่อนเพลีย หายใจลำบาก หรือเจ็บ หน้าอก

2.3 การทำหน้าที่ระดับที่ 3 (Functional Class III) มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ชัดเจน คือถ้ามีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทำให้อ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บอก แต่จะสุขสบายเมื่อได้พัก

2.4 การทำหน้าที่ระดับที่ 4 (Functional Class IV) ไม่สามารถทำกิจกรรมได้โดย ปราศจากความไม่สุขสบาย แม้ในขณะที่พักยังมีอาการของการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ

อย่างไรก็ตามการจำแนกผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังตามระดับความรุนแรง ของอาการ เป็นการแบ่งโดยคำนึงถึงอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยระดับความรุนแรงของ

อาการสามารถเปลี่ยนแปลงได้เช่นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีการทำหน้าที่ระดับที่ 4 เมื่ออาการของโรคสงบลงสามารถเปลี่ยนแปลงระดับกลับไปยังการทำหน้าที่ระดับที่ 3 ได้เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

เมื่อเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังขึ้นทำให้การทำงานของหัวใจมีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลต่อการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายในการบีบตัวสูบลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายลดลง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกาย เมื่อผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไม่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาและความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างไม่เหมาะสม ก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆส่งผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้นยากต่อการควบคุมโรค ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สามารถพบในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีดังนี้(สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์, 2550)

1. ภาวะปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เกิดจากประสิทธิภาพของหัวใจห้องล่างซ้ายในการบีบตัวเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายทำงานได้ลดลง ทำให้มีปริมาณเลือดเหลือค้างอยู่ในหัวใจห้องล่างซ้ายในปริมาณที่มากเกินไปส่งผลให้แรงดันในหัวใจห้องล่างซ้ายสูงขึ้น เลือดไม่สามารถไหลเวียนจากหัวใจห้องบนซ้ายลงมาหัวใจห้องล่างซ้ายได้เกิดแรงดันในหัวใจห้องบนซ้ายสูงตามมา ทำให้เกิดเลือดคั่งอยู่ในปอดมากขึ้นและซึมเข้าสู่ช่องเยื่อหุ้มปอดหรือในหลอดเลือดฝอย ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซทำได้ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกิดภาวะขาดออกซิเจนจากปริมาณออกซิเจนในเลือดลดต่ำ (hypoxemia) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไอเป็นฟองสีชมพู ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Riegel et al., 2009)

2. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmias) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญภาวะหนึ่งของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยมักได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) ทำให้เกิดพิษข้างเคียงจากยาชนิดนี้ได้ง่าย ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงและทำให้เกิดการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ ซึ่งในปัจจุบันภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำถือเป็นปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (ภัทรพงษ์ มกรเวศ, 2551)

3. การติดเชื้ โดยเฉพาะการติดเชื้ในปอด ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีเลือดคั่งในปอดจะมีโอกาสติดเชื้ในปอดได้ง่ายกว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังชนิดอื่น และมีโอกาสติดเชื้อื่นๆได้อย่างรวดเร็ว เมื่อเกิดการติดเชื้จะมีผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้น กล่าวคือ เมื่อเกิดการติดเชื้ในร่างกายกระบวนการเผาผลาญในร่างกายจะเพิ่มสูงขึ้น เช่น มีไข้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น (ภัทรพงษ์ มกรเวศ, 2551)

4. ตับแข็งจากโรคหัวใจ (cardiac cirrhosis) เมื่อหัวใจห้องล่างขวาทำงานล้มเหลวผลที่เกะจะส่งผลให้มีเลือดคั่งในตับ (hepatic congestion) และเกิดเลือดคั่งตามอวัยวะต่างๆในช่องท้องทำให้ผู้ป่วยมีอาการอึดแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และเกิดภาวะเสียสมดุลย์ของน้ำและอิเล็กโตรลัยต์ ส่งผลให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรุนแรงขึ้น เมื่อเกิดภาวะตับแข็ง จะส่งผลความสามารถในการกำจัดยาและสารพิษลดลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากพิษของยา โดยเฉพาะพิษจากยาจิตาติส ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Baughman et al., 2005)

5. ไตวาย (renal failure) เมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังการบีบตัวของหัวใจเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายทำงานได้ลดลง ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงส่งผลให้มีเลือดไปเลี้ยงไตลดลงด้วย เมื่อปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลงต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดภาวะไตวายตามมา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีไตเสื่อมหน้าที่จะมีการกรองและขับถ่ายของเสียได้ลดลงอยู่แล้ว ดังนั้นการขับถ่ายยาออกจากร่างกายจึงลดลงตามไปด้วย เกิดการสะสมของยาและเกิดพิษจากยาได้ง่ายขึ้น และจากการที่มีเลือดไปเลี้ยงไตลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย (volume overload) ทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรุนแรงขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

6. อาการช็อคจากหัวใจ (cardiogenic shock) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง สามารถสังเกตภาวะช็อคจากหัวใจได้จากอาการที่เลวลงของผู้ป่วย และอาการที่บ่งบอกว่ามีการกำซาบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายลดลง เช่น มีปริมาณปัสสาวะลดลง หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง การวินิจฉัยภาวะช็อคจากหัวใจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จะต้องประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลย์ของปริมาตรเลือดของผู้ป่วยที่อาจเกิดจากการใช้ยาขับปัสสาวะที่มากเกินไป หรือจากการซึมผ่านของสารเหลวไปอยู่นอกหลอดเลือดมากเกินไป (Douglas et al., 2008)

การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย (2550) และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American College Cardiology Foundation: American Heart Association [ACC/AHA]) (ACC/AHA, 2014) มีการให้คำแนะนำในการประเมินและวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวดังนี้

1. การซักประวัติอย่างละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง หรือ โรคที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งอาจทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง ได้แก่ ประวัติความเสี่ยงของโรคหลอดเลือด ประวัติ

โรคหัวใจในอดีต ประวัติการได้รับยาหรือสารที่พิษต่อหัวใจรวมถึงแอลกอฮอล์ ประวัติโรคทางร่างกาย เช่นภาวะไตโรคเป็นพิษ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และประวัติโรคหัวใจในครอบครัว

2. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพิจารณาถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ทำการประเมินโดยตามใช้ความรุนแรงของอาการแสดงและการทำหน้าที่ของร่างกาย (NYHA functional classification)

3. การตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อค้นหาโรคที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว และทำการประเมินภาวะน้ำเกินของร่างกาย

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการวินิจฉัยและการวางแผนในการให้การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว การตรวจที่ควรทำการตรวจในผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจมีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกราย ได้แก่ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจการส่งตรวจอัลตราซาวด์หัวใจ (echocardiogram) ในรายที่พบความผิดปกติของภาพรังสีปอดและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการสวนหัวใจ (coronary angiogram) ในรายที่พบความผิดปกติของอัลตราซาวด์หัวใจ

อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผู้ป่วยจะต้องมีความผิดปกติทั้งสองข้อดังต่อไปนี้ (1) อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย (ไม่ว่าจะเป็นขณะพักหรือออกกำลังกาย) หรืออาการซึ่งเกิดจากการมีน้ำและเกลือคั่งในร่างกาย เช่น ขาบวม มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือช่องท้อง และ (2) หลักฐานการตรวจร่างกาย หรือการตรวจพิเศษที่พบว่ามีความผิดปกติของการทำหน้าที่ของหัวใจ

แนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นพยาธิสภาพและการดำเนินโรคขั้นสุดท้ายของโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นผู้ป่วยแต่ละคนควรได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับอาการและอาการแสดงของโรค และการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกิดประสิทธิภาพสูงสุด เป้าหมายการรักษาระยะยาวของภาวะหัวใจล้มเหลวในปัจจุบันตามข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2014 (ACCF/AHA, 2014) และจากแนวปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและเรื้อรังของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งยุโรป ปี ค.ศ. 2012 (ESC, 2012) จึงไม่ใช่เพียงแต่ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นเท่านั้น แต่มุ่งเน้นเพื่อขจัดความเสื่อมพยาธิสภาพและช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย จึงมีการกำหนดหลักการในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไว้ดังนี้

1. การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งโรคหัวใจบางชนิดที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจรูมาติกส์ (Rheumatic heart disease) หรือโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) เป็นต้น (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)
2. การแก้ไขสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ในโรคหัวใจบางชนิด เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือลิ้นหัวใจพิการซึ่งเกิดขึ้นภายหลัง และภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบแบบบีบรัด (constrictive pericarditis) ซึ่งโรคต่างๆเหล่านี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการให้ยาและการผ่าตัด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550; ACC/AHA, 2010)
3. การประเมินชนิดและสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรวม เพื่อวางแผนให้การรักษาอย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการแบบเรื้อรัง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550; SIGN, 2007)
4. การซักประวัติค้นหาโรคหรือภาวะอื่นๆของผู้ป่วยร่วมด้วยและให้การรักษาที่เหมาะสม เช่น โรคเบาหวาน, โรคไตวาย, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคลิ้นเลือดอุดตันในสมอง (อภิชาติ สุคนธสรณ์และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547)

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร วารสารทางการแพทย์ในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า มีการแบ่งประเภทการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังออกเป็น 3 ประเภทดังนี้

1. การรักษาทั่วไป หรือการรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological management) เน้นการสอนให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง, สาเหตุการเกิดโรค, อาการและอาการแสดง และการปฏิบัติที่ที่เหมาะสมกับแผนการรักษา ในเรื่อง การควบคุมน้ำดื่ม, อาหารลดเค็ม, การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น, วิธีการลดการทำงานของหัวใจ, การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550; SIGN, 2007; ESC, 2014; ACCF/AHA, 2014)
2. การรักษาด้วยยา (pharmacological management) เพื่อเพิ่มความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่าง การลดภาระการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น โดยยับยั้งการเปลี่ยนแปลงขนาดและรูปร่าง (remodeling) ของหัวใจ (SIGN, 2007; HFSA, 2010; ACC/AHA, 2014) ได้แก่

2.1 กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretics) เป็นยาที่ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน โดยมีฤทธิ์ขับโซเดียมและน้ำออกจากร่างกาย ช่วยลดอาการคั่งของน้ำใน

ปอด, ลดภาวะท้องมานน้ำและลดอาการบวมบริเวณอวัยวะช่วยปลาย ยกตัวอย่างเช่น ไฮโดรคลอโรไทโธไซด์ (hydrochlorothiazide) หรือ ฟุโรซีไมด์ (furosemide) อาการข้างเคียงของการได้รับยาขับปัสสาวะในขนาดที่ทำให้เกิดการขับถ่ายปัสสาวะมากเกินไป ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย, แขนขาอ่อนแรง, เป็นตะคริวบ่อย, ความดันโลหิตต่ำ, ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ และการทำงานของไตลดลง ผู้ป่วยที่ได้รับยาดังนี้ควรชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน สังเกตอาการบวมตามส่วนต่างๆของร่างกาย ในผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะในขนาดต่ำเกินไปอาจกลับเข้ามารับการรักษารักษาด้วยอาการของภาวะน้ำเกินอย่างรุนแรง จึงมีการสอนให้ผู้ป่วยบางรายปรับขนาดยาขับปัสสาวะตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเอง (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547; HFSA, 2010)

2.2 กลุ่มยายับยั้งการเปลี่ยนเอนไซม์แองจิโอเทนซิน หรือกลุ่มยาเอซีอีไอ (angiotensin- converting enzyme [ACE] inhibitors) ยากลุ่มนี้ทำให้แองจิโอเทนซินลดลง จึงช่วยลดอาการรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้และมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น ยกตัวอย่างเช่น แคปโตพริล (captopril), อินาราพริล (enalapril) ผลข้างเคียงของยาที่สำคัญคือ อาการไอแห้งๆ คันคอ ดังนั้นควรแนะนำให้ผู้ป่วยลดกิจกรรมหรือพักผ่อนหนึ่งถึงสองชั่วโมงหลังรับประทานยา และไม่ควรใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ที่มีการทำงานของไตผิดปกติ (ACC/AHA, 2014)

2.3 กลุ่มยาเบต้าบล็อกเกอร์ (beta-adrenergic receptor antagonist [beta-blocker]) เป็นยาที่ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้น ช่วยป้องกันการปรับเปลี่ยนรูปร่างของหัวใจห้องล่าง ทำให้หัวใจไม่ขยายขนาดและไม่หนาตัวมากขึ้น หัวใจจึงทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยกตัวอย่างเช่น คาร์เวดิโอล (carvedilol), เมโทโพรโพล (metoprolol) ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นคือ ความดันโลหิตต่ำ, หัวใจเต้นช้า, มีภาวะน้ำเกินจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่เลวลง, อาการหอบหืดกำเริบและอาการอ่อนเพลีย (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547)

2.4 กลุ่มยาดิจิทัลิส โกลโคไซด์ (digitalis glycosides) ได้แก่ digoxin เป็นยาที่ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อควบคุมไม่ให้เกิด rapid ventricular response ในผู้ป่วยที่มี atrial fibrillation ผลข้างเคียงอาจทำให้เกิด พิษจากยาดิจิทัลิส (digitalis intoxication) ซึ่งจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน มองเห็นสีเหลือง (yellow vision) และผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ heart block รวมถึง automaticity เช่น premature ventricular contracture (PVC) (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิช, 2547)

3. การรักษาด้วยการผ่าตัดและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (surgery and devices)

3.1 การผ่าตัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีความผิดปกติด้านโครงสร้าง ได้แก่ 1) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary Artery Bypass surgery, [CABG]) ในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) การผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจไมตรัล 3) การผ่าตัด

ซ่อมแซมกล้ามเนื้อหัวใจห้องซ้ายล่าง ได้แก่ การผ่าตัดกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่โป่งพอง (LV aneurysmectomy), การผ่าตัดกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วน (partial left ventriculectomy) และการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (heart transplantation) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550)

3.2 การฝังเครื่องกระตุ้น หรือเครื่องกระตุกหัวใจ ได้แก่ การใส่สายกระตุ้นหัวใจ 3 เส้น ผ่านหลอดเลือดดำเซฟฟาติก (cephalic), หลอดเลือดดำสัฟครเวียน (subclavian) และหลอดเลือดดำเอคซิลลาตี (axillary) (Cardiac resynchronization therapy, [CRT]), การผ่าตัดฝังเครื่องช็อกหัวใจแบบอัตโนมัติ (Implantable Cardioverter defibrillator, [ICD]) และการผ่าตัดฝังเครื่องกระตุ้นและช็อกหัวใจแบบพิเศษ CRT-D (Cardiac resynchronization therapy and defibrillator) (ACCF/AHA, 2014)

การดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังไม่สามารถที่เลือกรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งได้อย่างชัดเจน จำเป็นใช้วิธีต่างๆร่วมกันตามพยาธิสภาพและอาการของผู้ป่วยที่ตรวจพบ นอกวิธีการรักษาด้วยยา วิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา และการรักษาการผ่าตัดแล้ว ยังพบว่ามีอีกวิธีอื่น ๆ อีกที่ช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ในปัจจุบันจึงมีการนำเอาการจัดการตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังควบคู่ไปด้วย

การจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ความหมายของการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่กว้างและมีการใช้อย่างแพร่หลายมานาน แต่ยังไม่มีการให้ความหมายที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามแนวคิดการจัดการตนเองถูกนำมาใช้ในด้านต่างๆ ซึ่งมีการให้ความหมายของการจัดการตนเองแตกต่างกันไปดังต่อไปนี้

การจัดการตนเองในด้านสังคม หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการป้องกันหรือปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ หรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ รวมถึงการให้ความร่วมมือกับบุคลากรในทีมสุขภาพ (Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, 2000)

การจัดการตนเองด้านจิตวิทยา หมายถึง กลยุทธ์และวิธีปฏิบัติที่ควบคุมกระบวนการรู้คิดและพฤติกรรมต่างๆ ของแต่ละบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ (Rehm & Rokke as cited in Kangchai, 2002)

วิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น การแพทย์ การพยาบาล ด้านการฟื้นฟู ด้านสุขภาพจิต และสุขศึกษา ได้มีการนำแนวทางการจัดการตนเองมาใช้ในการปฏิบัติเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในสถานะที่เรื้อรังอย่างแพร่หลายและหลากหลายวิธี แนวคิดการจัดการตนเองถูกนำมาใช้ที่ถูกนำมาใช้ในด้าน การดูแล สุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังเช่น แนวคิดของ ลอริก (Lorig), เคลียร์ (Creer) และริเกล คาร์สัน และ กลาเซอร์ (Riegel, Carson & Glaser)

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า การจัดการตนเองในด้านสุขภาพหมายถึง ความสามารถของ บุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษา การจัดการด้านร่างกายและจิตสังคม และการเปลี่ยนแปลงวิถี ชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น จากโรคต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

แนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง (self- management concept) ของแคนเฟอร์ (Kanfer, 1991) มาจาก ความเชื่อพื้นฐานที่ว่าไม่มีใครสามารถปรับแต่งพฤติกรรมของคนอื่นได้ นอกจากตัวบุคคลนั่นเอง บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจให้เริ่มเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่ง กระบวนการนี้จะประกอบด้วยระยะติดตามตนเอง หรือสังเกตตนเอง การสร้างเป้าหมายและการวัด ความสำเร็จ การส่งเสริมการตระหนักรู้ด้วยตนเอง (self-awareness) และการประเมินตนเอง (self- evaluation) และการสร้างเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยมีการให้รางวัลเมื่อสามารถ เปลี่ยนแปลงตนเองได้

กระบวนการจัดการตนเอง

การจัดการตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ (cognitive) ที่บุคคลจัดการกับตนเองโดยตนเอง เป็นผู้ ที่คิด และปฏิบัติโดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยในการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณและ เฉพาะเจาะจงในการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและเกิดการสะท้อนกลับโดยตัดสินใจจากสถานการณ์ ที่เกิดขึ้น การกระทำ การตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบการตัดสินใจประกอบด้วย การทำได้ซึ่ง ต้องอาศัยกระบวนการแยกแยะและข้อสันนิษฐานที่ถูกต้อง ตลอดจนการสังเกต การรวบรวมข้อมูล และการแปรผลจากการชี้แนะร่วมด้วย (Riegel, Carson, & Glaser, 2000)

เคลียร์ (Creer, 2000) เสนอกระบวนการในการจัดการตนเองไว้ 6 ขั้นตอน คือ

1. การตั้งเป้าหมาย (goal setting) คือ การกำหนดเหตุการณ์หรือพฤติกรรมในอนาคตซึ่ง คาดหวังจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพควรมีการร่วมกันตั้งเป้าหมายและกำหนด

เป้าหมายในการจัดการตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งควรเป็นเป้าหมายที่สามารถวัดได้ และจัดทำเป็นแผนการปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น การจำกัดน้ำดื่มในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ ควรดื่มน้ำไม่เกินวันละ 1.5 ลิตร (ACCF/AHA, 2014) โดยการที่ผู้ป่วยจะสามารถตั้งเป้าหมายได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การรักษา และทักษะในการจัดการกับอาการเจ็บป่วยที่เรื้อรังของตนเอง ซึ่งข้อดีของการตั้งเป้าหมายคือ เป็นการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ และเป็นการเพิ่มการผูกมัดแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2. การรวบรวมข้อมูล (information collection) เป็นการติดตามอาการด้วยตนเอง (self-monitoring) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรมคือ การสังเกตอาการด้วยตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) การติดตามอาการด้วยตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การจัดการตนเองประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งมีแนวทางในการติดตามอาการตนเอง 3 ประการคือ

2.1 ควรติดตามอาการเฉพาะที่กำหนดไว้เป็นพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น เพราะหากทำการเฝ้าระวังอาการต่างๆ มากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้าได้

2.2 ควรมีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่สามารถวัดได้ เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ควรออกกำลังกายด้วยการเดินทางราบทุกวันเป็นเวลา 15-20 นาที (SIGN, 2007)

2.3 ควรสังเกตและบันทึกข้อมูล ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ โดยผู้ป่วยควรสังเกตและบันทึกข้อมูลในช่วงที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพกำหนดไว้ เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังควรชั่งและบันทึกน้ำหนักตัวทุกวันหลังตื่นนอนตอนเช้า (SIGN, 2007)

3. การประมวลผลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) คือการนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นค่ามาตรฐานสากลหรือค่าเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังควรมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยใช้ดัชนีมวลกายของแต่ละบุคคลเป็นตัวเปรียบเทียบ เป็นต้น ซึ่งมีแนวทางในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูล 5 ประการ คือ

3.1 ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง การประมวลผลและประเมินข้อมูลที่ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกเป็นสิ่งที่ไม่ยากหากเป็นการรวบรวมจากข้อมูลที่สามารถวัดได้ เช่นการเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน ซึ่งสังเกตได้จากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นโดยการชั่งน้ำหนัก ซึ่งหากให้ผู้ป่วยทำการเฝ้าระวังและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เป็น โดยสังเกตจาก อาการไอ หรืออาการหายใจเหนื่อยหอบ อาจเป็นเรื่องที่ยากเกินไปสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากระดับความทนของแต่ละคนแตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องสามารถที่จะรับรู้ถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติหรือจากระดับ

ที่เหมาะสมของผู้ป่วยหรือจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่รับรู้ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องและมีการกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงและสามารถวัดได้ในผู้ป่วยแต่ละราย และมีการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังเฉพาะอาการที่เป็นเป้าหมายเท่านั้น

3.2 การมีแบบบันทึกหรือประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน และมีมาตรฐานแน่นอน เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินตนเองและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ตัวอย่างเช่น แบบบันทึกน้ำหนักตัวสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจเรื้อรัง เป็นต้น

3.3 ผู้ป่วยสามารถประเมินและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่รวบรวมได้ และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 1.5-2 กิโลกรัมภายใน 3 วัน แสดงว่ามีภาวะน้ำเกินเกิดขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีการลดปริมาณน้ำที่ดื่มในแต่ละวัน หรือพิจารณาปรับขนาดยาขับปัสสาวะตามคำแนะนำของแพทย์ แต่ในรายที่เป็นการเปรียบเทียบอาการอาจทำได้ยาก ผู้ป่วยอาจเกิดความไม่เข้าใจหรือไม่แน่ใจเกิดขึ้นจึงต้องสอนให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจเกี่ยวกับอาการสำคัญของโรค และวิธีการสังเกตด้วยตนเอง เช่น การสอนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกี่ยวกับอาการที่แสดงว่ามีภาวะน้ำเกิน เช่น ภาวะบวมตามอวัยวะส่วนปลาย เช่น เท้า ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องทำการชั่งน้ำหนักตัวเพื่อประเมินและยืนยันอาการอีกครั้งหนึ่ง

3.4 ผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้ในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอาการเริ่มต้น และสามารถแก้ไขอาการเปลี่ยนแปลงนั้นด้วยตนเอง มีการวิเคราะห์อาการแสดง, พฤติกรรมที่ทำให้เกิดอาการนั้นๆ และผลที่เกิดตามมาจากพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งเป็นการเตรียมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการด้วยตนเองที่ดีที่สุด

3.5 ผู้ป่วยควรพิจารณาการประมวผลและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง โดยควรคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อม เช่น ความสะดวกในการปฏิบัติ, การเรียนรู้วิธีการและพฤติกรรมในการจัดการตนเอง และค่านิยมความเชื่อซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างยิ่ง

4. การตัดสินใจ (decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ประมวผลและประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐาน การตัดสินใจด้วยตนเองของผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้เกิดการจัดการตนเองที่ประสบความสำเร็จ แนวทางในการตัดสินใจมีดังนี้ 1) พิจารณาอาการกำเริบแต่ละครั้งแยกกัน 2) กำหนดแนวทางในการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยพิจารณาเป็นข้อๆ 3) ใช้ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานในการเลือกวิธีการจัดการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สุด 4) กำหนดวิธีการจัดการเป็นขั้นตอนให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป 5)

หลีกเลี่ยงความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการจัดการอาการกำเริบของโรค 6) คำนึงถึงความเป็นไปได้จริงในการปฏิบัติของผู้ป่วย

5. การปฏิบัติ (action) เป็นการใช้ทักษะการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การแสวงหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ การวางแผนและแก้ปัญหา กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นการกระทำที่ผู้ป่วยวางแผนไว้ เช่น เทคนิคผ่อนคลาย (relaxation) การเสริมแรง (reinforcement) การมีต้นแบบ (modeling) เป็น ผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จได้ต้องมีอิสระในการปฏิบัติเป็นขั้นตอนตามแนวทางที่วางแผนไว้สำหรับตนเอง และยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความสะดวก หรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อการใช้ทักษะการจัดการด้วยตนเอง

6. การประเมินตนเอง (self-reaction) หมายถึง การประเมินความสามารถของตนเอง บุคคลควรถามตนเองว่ามีความมั่นใจในการลงมือจัดการตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากการประเมินนี้บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝากทักษะเพิ่มเติม ผู้ป่วยเรื้อรังควรทราบถึงข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ และการประเมินตนเองยังช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกระบวนการดูแลสุขภาพที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรังที่ต้องใช้กระบวนการดูแลตนเองตลอดชีวิต ผู้ป่วยควรได้รับการยอมรับในความสามารถ และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเจ็บป่วยที่เรื้อรังได้ด้วยตนเอง โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง แต่อย่างไรก็ตามความรู้ที่จำเป็นต้องสามารถนำไปผสมผสานสู่ทางเลือกวิถีชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้จึงจะทำให้การจัดการตนเองประสบผลสำเร็จ การจัดการตนเองได้รับการยอมรับมากกว่าทศวรรษที่ผ่านมาว่ามีส่วนช่วยในการจัดการกับผู้ป่วยด้วยสภาวะเรื้อรัง ตามคำนิยามแรกของการจัดการตนเองบ่งบอกถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในโรคเรื้อรังในการรักษา

การจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังถือเป็นภาวะสุดท้ายของการดำเนินโรคที่รุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด ซึ่งถึงแม้จะมีการพัฒนาทางการแพทย์ที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยแต่ก็ยังไม่สามารถรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้หายขาด จึงถือว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างเรื้อรัง (ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2549) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่วนใหญ่มักไม่ทราบรายละเอียดของโรค การเกิดโรค อาการของโรค และวิธีการการดูแลตนเอง ทำให้เกิดอาการของโรคกำเริบขึ้นและกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (ส่องพรรณ

อรุณแสง, 2551) จากการสืบค้นข้อมูลเบื้องต้น พบวิธีการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ดังนี้

รีเกิล และ คณะ (Riegel et al., 2002) ได้ทำการวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง เพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลของการพยาบาลที่ได้มาตรฐานในการจัดการรายกรณีโดยใช้โทรศัพท์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในผู้ป่วยจำนวน 358 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 228 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 130 ราย จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค อาการของโรค การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินทางโทรศัพท์ และได้รับการโทรศัพท์ติดตามอาการโดยเฉลี่ย 17 ครั้งตลอดระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าช่วยลดอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แคสเปอร์ และ คณะ (Kasper et al., 2002) ทำการวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มตัวอย่าง 200 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 98 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 102 ราย เป็นการให้การดูแลร่วมกันของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ, พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ พยาบาลผู้ประสานงานทางโทรศัพท์ และแพทย์ประจำบ้าน ผลการศึกษาพบว่าช่วยลดอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอ สโตรมเบิร์ก และ คณะ (A. Stromberg et al., 2003) ทำการวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองโดยเป็นศึกษาที่มีการติดตามไปข้างหน้า ทำการศึกษาเกี่ยวกับคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวที่ดำเนินการโดยพยาบาลในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ในผู้ป่วย 106 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 53 รายและกลุ่มทดลอง 53 ราย ซึ่งจะได้รับรู้เป็นรายบุคคลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การจำกัดน้ำดื่ม ผลการศึกษาพบว่า ช่วยลดอัตราการตาย ลดอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นพบว่า การจัดการตนเองเป็นสิ่งที่ถูกกล่าวถึงอย่างแพร่หลายในระบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากในกลุ่มนี้ทำให้อาการของโรคเพิ่มมากขึ้นจากพฤติกรรมดำเนินชีวิตประจำวันของแต่ละคน ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยรวม (NICE, 2010)

การจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยากลำบาก ซึ่งรวมไปถึงความยากลำบากในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง กิจกรรมที่ทำได้อย่างจำกัดเป็นประสบการณ์ใหม่ที่พบได้ในผู้ป่วยทุกคน ความก้าวหน้าของโรคทำให้การทำหน้าที่ของส่วนต่างๆ ของร่างกายเสื่อมลง เมื่อเกิดความเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องจะทำให้การทำงานส่วนต่างๆ ของร่างกายเสื่อมลงตามไปด้วย จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับการทำหน้าที่ของร่างกายที่เสื่อมลงเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมได้แก่ อาหารที่รับประทาน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, การจำกัดการบริโภคเกลือ และการสร้างความสมดุลระหว่างการพักผ่อนและการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และปัญหาสุขภาพที่ต้องกับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยชะลอความก้าวหน้าของพยาธิสภาพของโรค นอกจากนี้ทักษะในการจัดการตนเองยังรวมถึงการจัดการกับความเหนื่อยล้า, เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายที่ถูกต้อง ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังให้ประสบความสำเร็จในทุกๆ วัน ในปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเกิดขึ้นมากมาย และส่งผลดีต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (รังสฤษฎณ์ กาญจนระวีชัย, 2547)

สรุป การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังหมายถึง ความสามารถในการบริหารจัดการหรือการติดตามผลการรักษา เช่น การติดตามอาการและการตรวจสอบน้ำหนัก การจัดการตนเองมีความสำคัญเทียบเท่ากับการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะของโรค สามารถตัดสินใจและประเมินสัญญาณที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เพื่อปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการรักษา ซึ่งการจัดการตนเองไม่เพียงรวมถึงการใช้ชีวิตกับสถานะเรื้อรัง แต่ยังเกี่ยวข้องกับการจัดการทางการแพทย์ เช่น ความเชื่อมั่นในการรักษา และยังรวมถึงถึงการคงไว้ซึ่งความต่อเนื่อง, ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและสร้างสรรค์พฤติกรรมในการเข้าร่วมสังคม, การจัดการกับผลกระทบทางอารมณ์ของการอยู่กับสถานะที่เรื้อรัง

การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเพราะเป็นส่วนช่วยป้องกันไม่ให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังกำเริบและอาจจำเป็นที่จะต้องกับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ดังนั้นผู้ป่วยควรมีส่วนในการพัฒนาความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานะที่เรื้อรังของตนเองแบบวันต่อวัน โดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้แนะนำ การจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่จำเป็นประกอบด้วย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550; SIGN,2007; ESC,2008; ACC/AHA, 2009; HSFA, 2010)

1. การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา การดำเนินโรค แผนการรักษา การพยากรณ์โรค เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เป็น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550)

2. การติดตามอาการด้วยตนเอง

2.1 การเฝ้าระวังอาการกำเริบ และอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 1.5 กิโลกรัมในเวลาสองวัน อาการบวมกดบวมตามอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ข้อเท้า หน้าแข้ง อาการหายใจเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้ หรือลุกมาหอบเหนื่อยตอนกลางคืน ซึ่งอาการเหล่านี้ไม่ควรที่จะพบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม หากมีอาการดังกล่าวควรกลับมาพบแพทย์ก่อนเวลานัด (Riegel et al., 2009)

2.2 การชั่งและบันทึกน้ำหนักตัว ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรชั่งและบันทึกน้ำหนักตัวเองทุกวันและในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน เช่น หลังตื่นนอน หลังออกกำลังกาย ก่อนรับประทานอาหารเช้าและควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลังพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้น 1.5 – 2 กิโลกรัมในสองวัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550; SIGN, 2007)

3. การบริโภคอาหาร

3.1 การบริโภคเกลือ ผู้ป่วยควรจำกัดการบริโภคเกลือแกงน้อยกว่าวันละ 4 กรัม/วัน (1.5 ช้อนชา) โดยสังเกตจากฉลากข้างกระป๋อง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจไม่ทราบปริมาณเกลือแกงที่ผสมในอาหารต่างๆ ได้แน่นอน โดยเฉพาะเมื่อไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็ม ของดอง อาหารกระป๋อง และไม่เติมเกลือซีอิ๊วลงไปเพิ่ม และในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (NYHA FC ระดับ 4) และต้องได้รับยาขับปัสสาวะขนาดสูง ต้องจำกัดการบริโภคเกลือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน (ครึ่งช้อนชา) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550)

3.2 การรับประทานวิตามินหรือผลไม้ การรับประทานอาหารเสริมที่มีส่วนผสมของโคเอนไซม์ คิว เท็น (CoQ10) สามารถช่วยลดระดับความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลวได้ (SIGN, 2007)

3.3 การรับประทานอาหารเสริมที่มีส่วนผสมของวิตามินอีไม่มีผลในการช่วยลดความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลว ในผู้ป่วยที่รับประทานยาวาฟาริน (wafarin) ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานผลแคนเบอร์รี่เพราะผลแคนเบอร์รี่จะทำให้ฤทธิ์ของยาเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่รับประทานยาซิมวาสเตติน (simvastatin) ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานองุ่นเพราะองุ่นจะไปรบกวนกระบวนการดูดซึมยา (SIGN, 2007)

3.4 การจำกัดการบริโภคอาหารที่มีไขมันที่เป็นอันตรายและโคเลสเตอรอล ควรงดบริโภคอาหารประเภท เนย และมาการีนชนิดที่เป็น hydrogenated สารที่ทำให้แป้งกรอบ หลีกเลี่ยง

การรับประทาน ครีม เกรวี รวมทั้งในการประกอบอาหารก็ควรลดการใช้ไขมันหมู ไขมันปาล์ม ไขมันมะพร้าว แต่ควรเลือกใช้น้ำมันพืชชนิดที่มีไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น (SIGN, 2007)

3.5 การบริโภคอาหารประเภทโปรตีน อาหารหลายประเภทเช่น เนื้อสัตว์ เป็ดไก่ ปลา นม ไข่ เป็นแหล่งอาหารสำคัญที่ให้โปรตีน แต่บางชนิดจะมีปริมาณ ไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง ดังนั้นการเลือกบริโภคอาหาร โปรตีน ควรเลือกในกลุ่มที่มีปริมาณไขมันต่ำ โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว และโคเลสเตอรอล เช่น ถ้าจะรับประทานนมก็ควรเลือกนมพร่องมันเนย, นมสูตรไขมันต่ำ การรับประทานเนื้อสัตว์ก็ควรเลือกรับประทานในส่วนที่ไม่ติดมัน งดรับประทานในส่วนที่เป็นหนัง งดการรับประทานเครื่องในสัตว์ เพราะมีปริมาณ โคเลสเตอรอลสูง การรับประทานไข่ก็ควรเลือกเฉพาะไข่ขาว งดรับประทานไข่แดงเนื่องจากมีปริมาณโคเลสเตอรอลสูง นอกจากนี้อาจเลือกรับประทานแหล่งอาหารที่เป็น โปรตีนที่ได้จากพืช เช่น อาหารประเภทถั่วถั่วเหลือง การรับประทานปลาโดยเฉพาะปลาทะเล (SIGN, 2007)

4. การจำกัดน้ำดื่ม

4.1 ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 1 ไม่จำเป็นต้องจำกัดการดื่มน้ำหรือบริโภคเกลืออย่างเคร่งครัด เพราะจะทำให้เกิดภาวะเสียสมดุลย์ของเกลือแร่ (ACC/AHA, 2014)

4.2 ผู้ป่วยที่มีโรคไตที่มีน้ำและเกลือคั่งง่ายและผู้ป่วยที่มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำควรจำกัดน้ำดื่มไม่เกิน วันละ 1.5ลิตร (ACC/AHA, 2014)

4.3 ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังทุกชนิดเพราะกระตุ้นให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักมากขึ้น และเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งอาจทำให้อาการของโรคหัวใจล้มเหลวแย่ลง (ACC/AHA, 2014)

5. การจำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดเนื่องจากแอลกอฮอล์ทุกชนิดมีผลลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550; SIGN, 2007)

6. การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยควรงดสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องจะทำให้เพิ่มโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจล้มเหลว และเพิ่มโอกาสในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

7. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (HSFA, 2006; SIGN, 2007)

7.1 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับที่ 1 (NYHA FC I) สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

7.2 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับที่ 2-3 (NYHA FC II-III) ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคเกี่ยวกับการสงวนพลังงาน

7.3 ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับที่ 2-3 (NYHA FC II-III) ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคเกี่ยวกับการสงวนพลังงานและจัดให้มีการนอนพักอย่างสมบูรณ์บนเตียง

8. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย (aerobic exercise) ที่พอเหมาะอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อลีบและปรับ peripheral circulation ให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทำงานต่างๆ ได้มากขึ้น ไม่อ่อนเพลีย วิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม ประหยัดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวคือการเดินบนทางราบ โดยเริ่มจากวันละ 2-5 นาทีต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์และเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน ควรหลีกเลี่ยง isometric exercise เช่น การแบกยกของหนักมากกว่า 10 กิโลกรัมหรือต้องออกแรงมากจนฝืนความรู้สึก และควรงดออกกำลังกายในวันที่รู้สึกไม่สบาย เป็นหวัดอ่อนเพลีย ใจสั่น หรือแน่นหน้าอก (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550)

9. เพศสัมพันธ์

ปัญหาทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขความเครียดและวิตกกังวลผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้

9.1 ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 1-2 (NYHA FC I-II) หรือสามารถเดินขึ้นบันไดได้ 1 ชั้น (8-10 ชั้น) สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547)

9.2 ผู้ป่วยที่มีอาการมากความรุนแรงของโรคระดับที่ 3-4 (NYHA FC III-IV) อาจมีอาการทรุดหลังมีเพศสัมพันธ์ได้ ควรใช้เทคนิคอย่างอื่นช่วย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550)

10. การเดินทาง (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย, 2550)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ควรเดินทางคนเดียว สำหรับการเดินทางโดยเครื่องบินนั้น โดยปกติความดันภายในเครื่องบินจะถูกปรับให้เท่ากับแรงดันบรรยากาศ เทียบเท่ากับที่ระดับความสูง 2,500 เมตร (เท่ากับยอดดอยอินทนนท์) จึงมีออกซิเจนเบาบางกว่าปกติ หากจำเป็นต้องเดินทางควรแจ้งให้สายการบินทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 48 ชั่วโมง เพื่อจัดเตรียมออกซิเจนพิเศษไว้ ผู้ป่วยที่สามารถเดินทางราบได้ 50 เมตรหรือขึ้นบันได 1 ชั้นโดยไม่เหนื่อย จะสามารถเดินทางโดยเครื่องบินโดยสารได้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการกำเริบเดินทางโดยเครื่องบิน

11. การรู้จักใช้ยา (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์; Riegel et al., 2009)

11.1 ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรรู้จักยาที่ใช้ ควรทราบว่ายาดังกล่าวเป็นยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดเลือด และยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ เข้าใจผลของยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยาแต่ละตัว

11.2 ผู้ป่วยต้องมีความอดทนในการรับประทานยาเพราะยาบางตัวในช่วงแรกที่รับประทานอาจทำให้มีอาการแสบลงได้บ้าง แต่ในระยะยาวจะทำให้มีอาการดีขึ้น

11.3 ผู้ป่วยควรนำยามาด้วยทุกครั้งที่มาพบแพทย์ เพื่อตรวจสอบการรับประทานยา ป้องกันการขาดยา หรือรับประทานยาผิด

11.4 ผู้ป่วยไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง งดเว้นการรับประทานยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ เพราะยาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ

11.5 การเขียนตารางการรับประทานยาที่ชัดเจน มีความจำเป็นในกรณีที่มียาจำนวนมาก หรือมีวิธีการบริหารยาที่ซับซ้อน

12. การจัดการกับความเครียด

เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังซึ่งอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะแทรกซ้อน และอาจเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำและวิธีการจัดการที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดของตัวเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน(SIGN, 2007)

13. การจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกรายควรฝึกการบันทึกอาการประจำวันด้วยตนเองซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับการรักษาของแพทย์ ข้อมูลที่ควรจะบันทึกได้แก่ น้ำหนักประจำวัน, การหายใจ (มีอาการหอบเหนื่อยหรือไม่ หายใจลำบาก), อาการไอโดยเฉพาะเวลานอน, อาการแน่นหน้าอกเวลานอนราบจนต้องตื่นตอนกลางคืน โดยบันทึกรายละเอียดถึงวันที่เกิดอาการและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น, ยาที่รับประทาน ต้องรู้ชื่อยา ขนาด ความถี่ของการรับประทาน และผลข้างเคียงของยา, อาหาร กิจกรรมประจำวันที่ทำได้และทำไม่ได้ อาการอื่นๆ เช่น บวม

อาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ ได้แก่ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 1-2 กก.ในเวลาสองวัน, มีอาการบวมที่หลังเท้า ข้อเท้า มือ, มีอาการหายใจลำบาก หรือไอเวลานอน, ปัสสาวะลดลง, มีอาการสับสน มึนงง หรือเป็นลมหมดสติ, มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน, มีอาการอ่อนเพลีย, เป็นตะคริวหรืออ่อนแรง

นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องเตรียมพร้อมสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน โคนมีคำแนะนำสำหรับเหตุการณ์ฉุกเฉินดังนี้

1. เมื่อเกิดอาการแน่นหน้าอกหรือหายใจลำบากให้นอนยกหัวสูง หรือนั่ง หากมีออกซิเจนที่บ้านก็เปิด 4-6 ลิตรให้ผู้ป่วย
2. หากเกิดอาการเจ็บหรือแน่นหน้าอกก็สามารถให้ยาอมใต้ลิ้นแก่ผู้ป่วยและให้ใส่เสื้อผ้าหลวมๆ
3. ผู้ป่วยที่หมดสติหรือไม่รู้สึกตัวให้จับนอนหงาย หันหน้าออกไปทางด้านข้าง หรือให้นอนตะแคงเพื่อป้องกันการสำลัก อย่าป้อนยาหอมหรืออาหารเพราะอาจจะสำลักอาหาร ให้ออกซิเจน โทรปรึกษาแพทย์หรือโรงพยาบาล

นอกจากนี้การจัดการตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความหมายเกินกว่าการบริหารจัดการผลกระทบของโรค โดยทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว เนื่องจากในชีวิตประจำวันผู้ป่วยยังต้องเผชิญความยากลำบากในการจัดการกับผลกระทบทางด้านจิตสังคมในแง่ของการขาดการสนับสนุนทางสังคม, ความวิตกกังวล และเกิดอาการซึมเศร้า แมคคอลิสเตอร์และทีมงาน ได้แบ่งประเภทของเทคนิคการจัดการตนเองที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การติดตามอาการโดยสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบของคลินิกพิเศษ 2) การติดตามอาการโดยสหสาขาวิชาชีพนอกคลินิก 3) การติดตามอาการทางโทรศัพท์ร่วมกับการดูแลแบบประจําภูมิ และ โปรแกรมที่เน้นหลักในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ผู้ป่วยโดยพยาบาลเป็นผู้นำ โดยส่วนใหญ่โปรแกรมเหล่านี้ยังรวมไปถึงการให้การสนับสนุนหรือให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองด้านความร่วมมือในการรักษา ซึ่งพบว่าโปรแกรมที่ดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ผลลัพธ์ที่ดีของการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ผลลัพธ์ของการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง หมายถึง ผลดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังภายหลังได้รับการดูแลด้วยวิธีส่งเสริมการจัดการตนเองในรูปแบบต่างๆ เป็นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ และความผาสุกในชีวิต (Smeulders et al., 2006; ESC, 2012) แบ่งเป็นผลลัพธ์ที่ดีต่อตัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังและผลลัพธ์ที่ดีต่อระบบบริการสุขภาพ

ผลลัพธ์ที่ดีต่อตัวผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค อาการของโรคและการจัดการตนเอง

2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความสามารถและทักษะในการจัดการอาการด้วยตนเองอย่างเหมาะสม
3. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
4. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีสภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น
5. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีระดับความรุนแรงของโรคลดลง
6. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีอัตราการตายลดลง

ผลลัพธ์ที่ดีต่อระบบบริการสุขภาพ

1. การใช้บริการสุขภาพลดลง ได้แก่ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากอาการกำเริบของโรค ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลลดลง
2. ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศในการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ครั้งนี้ประยุกต์จากขั้นตอนของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เสนอโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual, 2014) (The Joanna Briggs Institute, 2014) ประกอบด้วย (1) การกำหนดความสำคัญของปัญหา (2) การรวบรวมเอกสารงานวิจัย (3) การคัดเลือกเอกสารงานวิจัย (4) การประเมินคุณค่าของเอกสารงานวิจัย (5) การสกัดผลการวิจัยเพื่อสรุปวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (6) การจัดทำตารางสรุปวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved