

Factors affecting hospital readmission in heart failure patients with reduced ejection fraction, Phrae Hospital¹

Muthita Lokkhamlue²

Received: 30 November 2025

Accepted: 30 December 2025

Abstract

Heart failure with reduced ejection fraction is a cause of increased mortality and hospital readmission in many hospitals. Therefore, diagnosing the causes of recurrent heart failure is crucial so that patients receive correct and appropriate treatment. This research aimed to study the prevalence and factors affecting hospital readmission in heart failure patients with reduced ejection fraction at Phrae Hospital. This was an analytical, retrospective cohort study conducted in patients with heart failure with a left ventricular ejection fraction (LVEF) below 40% who received follow-up care at the Heart Center of Phrae Hospital for at least 6 months, from January 1, 2023 to December 31, 2023. The research instruments were data recording forms for patient medical records and information related to their heart failure condition. Data were presented as percentages, means and standard deviations. Factors affecting hospital readmission in heart failure patients with reduced ejection fraction were analyzed using Risk-ratio regression with a significance level set at $p < 0.05$.

A total of 293 patients with heart failure with reduced ejection fraction who received follow-up care at the Heart Center, Phrae Hospital were included. The hospital readmission rate was 30.40%. It was found that hypertension, alcohol consumption, uncontrolled blood sugar levels, and incorrect medication use significantly affected hospital readmission ($p = 0.00$, $p = 0.00$, $p < 0.00$ and $p < 0.00$, respectively). Gender, other comorbidities, smoking, substance abuse, medications received, and treatments received (such as surgery, percutaneous coronary intervention with balloon angioplasty, etc.) were found to have no significant effect on hospital readmission.

Keywords: Heart failure with reduced ejection fraction, readmission

¹ Academic Article

² B.Sc. (Cardio-Thoracic Technology), Phrae Hospital, Phrae Province, E-mail : mukcardiaccenter@gmail.com

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน โรงพยาบาลแพร่¹

มุกิตา โลกคำลือ²

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนเป็นสาเหตุที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตและการนอนโรงพยาบาลซ้ำในโรงพยาบาลหลายแห่ง การวิจัยถึงสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน โรงพยาบาลแพร่ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ชนิด Retrospective cohort study ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ต่ำกว่าร้อยละ 40.00 ที่มาติดตามการรักษาในศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลแพร่อย่างน้อย 6 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยและแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วย นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนด้วย Risk-ratio regression

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนที่มาติดตามการรักษาในศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลแพร่จำนวนทั้งหมด 293 ราย มีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำร้อยละ 30.40 และพบว่าโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรตระหนักถึงการคัดกรองข้อมูลประวัติการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน การนอนโรงพยาบาลซ้ำ

¹ บทความวิชาการ

² วท.บ. (เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก) โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ อีเมล mukcardiaccenter@gmail.com



บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure หรือ congestive heart failure) คือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาการแสดงสำคัญของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ หายใจขัด (Dyspnea) และอ่อนล้า (Fatigue) ซึ่งทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถออกกำลังกายหรือออกกำลังกายได้และมีการคั่งของน้ำตามร่างกายส่วนต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะน้ำคั่งในปอด (Pulmonary congestion) น้ำคั่งในช่องท้อง (Splanchnic congestion) และอาการบวมหน้า (Peripheral edema) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเหนื่อยหอบขณะออกกำลังกายโดยไม่มีการคั่งของน้ำร่วม การวินิจฉัยภาวะหัวใจ ล้มเหลวอาศัยอาการทางคลินิกประกอบกับการซักประวัติและผลการตรวจร่างกายเพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะดังกล่าว

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน (Dilated cardiomyopathy) คือภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถ ให้กำเนิดแรงดันในห้องหัวใจได้ ค่าการบีบตัวของหัวใจ (Ejection fraction) ลดลง ทำให้มีเลือดคั่งอยู่ในห้องหัวใจเพิ่มขึ้นส่งผลให้หัวใจจะขยายตัว (dilation) สามารถเกิดขึ้นได้หากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมสภาพที่มีสาเหตุมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcoholic cardiomyopathy) เป็นต้น (ใจนุชกาญจน์, 2563) ซึ่งภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและการนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน ในปัจจุบันมีปริมาณเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ประชากรร้อยละ 1.00-2.00 ของประเทศแถบตะวันตกมีภาวะหัวใจ

ล้มเหลว ประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อยู่ที่ร้อยละ 5.00-7.00 และข้อมูลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในจากการศึกษา THAI-ADHERE Registry¹ ระบุว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในอยู่ที่ ร้อยละ 5.50 โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอยู่ที่ 7.50 วัน โดยทั่วไปอัตราการเสียชีวิตของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 10 ต่อปี และร้อยละ 50.00 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังได้รับการวินิจฉัย และหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (รุ่งตะวันใหญ่ยิ่ง, 2566) มีข้อมูลจากการศึกษาอัตราการตายและการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งพบว่าอัตราการเสียชีวิตและการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากภาวะหัวใจล้มเหลวคิดเป็นร้อยละ 4.70 ต่อปีและร้อยละ 12.10 ต่อปี (เกศินีวานิชชัง, 2565) และมีการศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการกลับเข้าพักรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในช่วงระยะเวลา 1 ปีภายหลังการจำหน่ายที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งพบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวร้อยละ 51.00 ที่กลับเข้าพักรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้าพักรักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95.00 ประกอบด้วยปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ โรคร่วม ความดันโลหิตซิสโตลิก และอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายการกลับเข้าพักรักษาซ้ำของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 57.30 โดยผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีโรคร่วมทำนายการกลับเข้าพักรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมประมาณเกือบสามเท่า



(OR 2.83, 95%CI 1.36-5.91) (ศุภวัธย์ เลิศพงศ์ภาคภูมิ และคณะ, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนเป็นสาเหตุที่ทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตและการนอนโรงพยาบาลซ้ำในโรงพยาบาลหลายแห่ง แต่การศึกษาก่อนหน้านี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งสภาพแวดล้อมตามระบบสุขภาพแตกต่างจากบริบทของประเทศไทยและโรงพยาบาลแพร่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนและปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนในโรงพยาบาลแพร่ เพื่อให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน และใช้เป็นข้อมูลเพื่อจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำได้

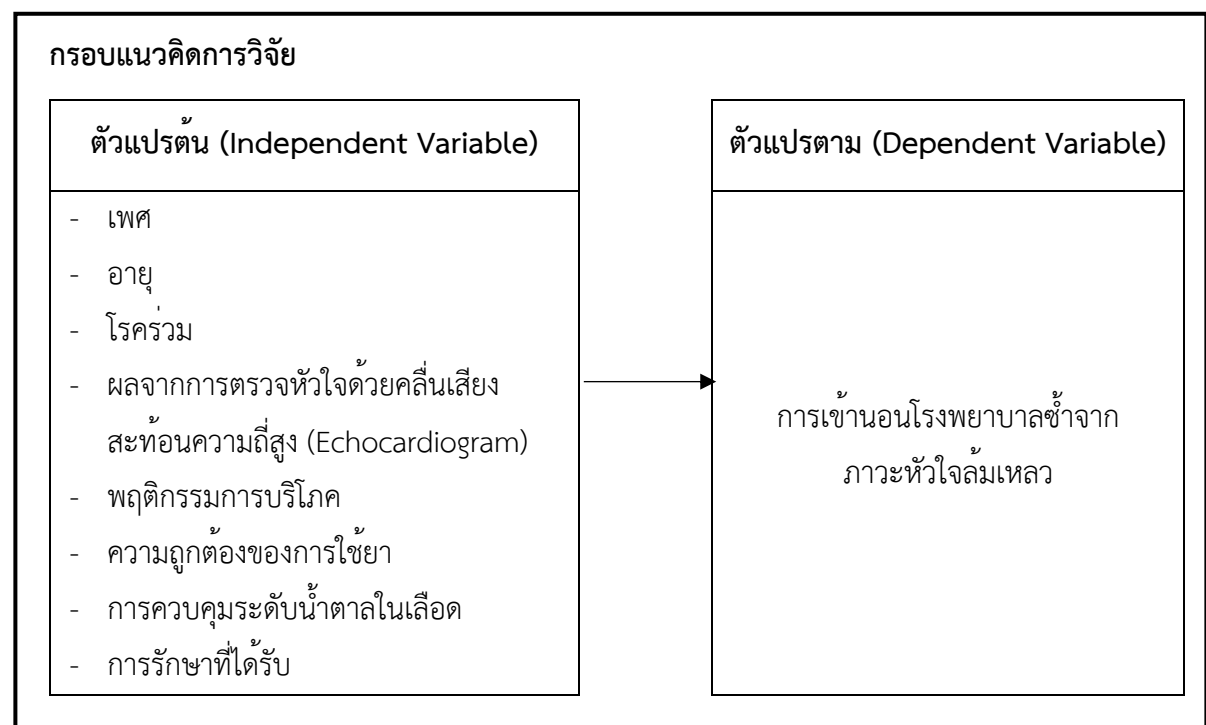
ก่อให้เกิดคุณประโยชน์ต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าความไว (Sensitivity) ค่าความจำเพาะ (Specificity) ของระบบคะแนนHAPS และ BISAP ในการแบ่งชั้นของการพยากรณ์โรคในโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน โรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่

สมมติฐานการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบในโรงพยาบาลแพร่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนในโรงพยาบาลแพร่
3. เพื่อหาแนวทางในการลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน โรงพยาบาลแพร่





วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) ชนิด Retrospective cohort study ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular ejection fraction; LVEF) ต่ำกว่าร้อยละ 40.00 ที่มาติดตามการรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร์อย่างน้อย 6 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566

ประชากร

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลแพร์ ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 1,141 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ต่ำกว่าร้อยละ 40.00 ที่มาติดตามการรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลแพร์อย่างน้อย 6 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ Two sample comparison of proportion จากปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลซ้ำ คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กำหนด power เท่ากับ 80 กำหนดลักษณะแบบ one-sided-test กำหนด alpha error เท่ากับ 0.05 significant ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 132 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 264 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน ค่าการบีบตัวของหัวใจ (LVEF) ต่ำกว่าร้อยละ 40.00 ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี

2. ผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาในศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลแพร์ และมีข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้บันทึกในเวชระเบียนครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษา
 2. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน
- ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

จากนั้นคัดเลือกแบบเจาะจงโดยพิจารณาจากเกณฑ์คัดเลือกตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ซึ่งมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 293 คน จึงเก็บข้อมูลมาทั้งหมด

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิในการรักษาพยาบาล
2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วย ประเภทของภาวะหัวใจล้มเหลว ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย โรคร่วม/โรคที่เป็นสาเหตุการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ประวัติการใช้สารออกฤทธิ์ที่เป็นพิษต่อหัวใจ (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด) ข้อมูลการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ข้อมูลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ข้อมูลการใช้ยา และข้อมูลการนอนโรงพยาบาลซ้ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเอกสารและงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมถึงหนังสือวารสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้
2. ผู้วิจัยขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร์



3. ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลแพร่
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกศัลยกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลซ้ำกับกลุ่มที่ไม่ได้นอนโรงพยาบาลซ้ำด้วย t-test หรือ Wilcoxon rank sum test
3. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าสัดส่วนระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลซ้ำกับกลุ่มที่ไม่ได้นอนโรงพยาบาลซ้ำด้วย Exact probability test)
4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนด้วย Risk-ratio regression ผลการวิเคราะห์แสดงผลเป็น odds ratio (OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95.00 (95% of confident interval) โดยกำหนดกลุ่มอ้างอิงในแต่ละปัจจัยตามความเหมาะสม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 015/2568 อนุมัติเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ต่ำกว่าร้อยละ 40.00 ที่มาติดตามการรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลแพร่ตั้งแต่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 293 คน โดยผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศหญิงจำนวน 104 คน (ร้อยละ 35.50) เป็นเพศชายจำนวน 189 คน (ร้อยละ 64.50) มีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 30.38 ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นผู้ป่วยชายจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 67.42 และผู้ป่วยเพศหญิง 29 คน คิดเป็นร้อยละ 32.58 มีอายุ (มัธยฐาน) 61.10 ปี (ช่วงอายุ 46-76 ปี) มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (มัธยฐาน) ร้อยละ 28.80 (ช่วงการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายร้อยละ 22-36) โรคร่วมที่พบส่วนใหญ่คือ โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ร้อยละ 60.67 และ โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease ; CKD) ร้อยละ 30.34 พฤติกรรมส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 20.22) การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 17.98) และการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 12.36) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลและไม่นอนโรงพยาบาลซ้ำ
(n = 293)

ข้อมูลทั่วไป	นอนโรงพยาบาลซ้ำ		ไม่นอนโรงพยาบาลซ้ำ		p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
เพศ					0.51
หญิง	29	32.58	75	36.76	
ชาย	60	67.42	129	63.24	
อายุ (ปี)					
20 – 29 ปี	3	3.37	5	2.45	
30 – 39 ปี	5	5.62	10	4.90	
40 – 49 ปี	13	14.61	31	15.20	
50 – 59 ปี	10	11.24	32	15.69	
60 – 69 ปี	30	33.71	57	27.94	
มากกว่า 70 ปี	28	31.46	69	33.82	
Mean (SD)	61.10	±15.10	62.20	±14.50	0.57
LVEF (%)					0.00*
Mean (SD)	28.80	±6.80	31.70	±6.50	
โรคร่วม					
โรคความดันโลหิตสูง	54	60.67	77	37.75	0.00**
โรคเบาหวาน	36	40.45	59	28.92	0.06
โรคไขมันในเลือดสูง	28	31.46	44	21.57	0.08
โรคไตเรื้อรัง	27	30.34	39	19.12	0.05*
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	7	7.87	14	6.86	0.81
โรคโลหิตจาง	7	7.87	10	4.90	0.41
โรคไทรอยด์	5	5.62	9	4.41	0.77
โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ	13	14.61	29	14.22	1.00
โรคเส้นเลือดสมอง	5	5.62	15	7.35	0.80
โรคเอดส์	2	2.25	1	0.49	0.22
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	24	26.97	50	24.51	0.66
โรคหอบหืด	4	4.49	1	0.49	0.03*



ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลและไม่นอนโรงพยาบาลซ้ำ (n = 293) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	นอนโรงพยาบาลซ้ำ		ไม่นอนโรงพยาบาลซ้ำ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การสูบบุหรี่					0.01*
ไม่สูบ	73	82.02	189	92.65	
สูบ	16	17.98	15	7.35	
การดื่มแอลกอฮอล์					0.00**
ไม่ดื่ม	71	79.78	187	91.67	
ดื่ม	18	20.22	17	8.33	
การใช้สารเสพติด					0.03*
ไม่ใช้สารเสพติด	78	87.64	194	95.10	
ใช้สารเสพติด	11	12.36	10	4.90	

หมายเหตุ *มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมทางคลินิกที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การใช้ยาไม่ถูกวิธี (ร้อยละ 38.20) และการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ 21.35) ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ (B-blocker) จำนวน 259 คน (ร้อยละ 88.40) Potassium-sparing Diuretic จำนวน 213 คน (ร้อยละ 72.70) Angiotensin-converting-enzyme inhibitors (ACE inhibitors ; ACE-I) จำนวน 183 คน (ร้อยละ 62.46) Diuretic drug จำนวน 79 คน (ร้อยละ 26.96) Angiotensin receptor blockers (ARB) จำนวน 57 คน (ร้อยละ 19.45) Angiotensin Receptor-Nepilysin Inhibitor (ARNI) จำนวน 24 คน (ร้อยละ 8.19) โดยยาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับแล้วส่งผลต่อการนอน

โรงพยาบาลซ้ำได้แก่ ACE inhibitors (ACE-I) จำนวน 33 คน (ร้อยละ 37.08) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจโตและบิบบอน (Dilated Cardiomyopathy ; DCM) จำนวน 167 คน (ร้อยละ 57.00) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อขาดเลือด (Ischemic Cardiomyopathy ; ICM) จำนวน 126 คน (ร้อยละ 43.00) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention ; PCI) จำนวน 16 คน (ร้อยละ 5.46) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Grafting ; CABG) จำนวน 10 คน (ร้อยละ 3.41) และการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ (Cardiac



Device) จำนวน 8 คน (ร้อยละ 2.73) ดังแสดงใน
ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลและไม่นอนโรงพยาบาลซ้ำ
(n = 293)

ลักษณะที่ศึกษา	นอนโรงพยาบาลซ้ำ		ไม่นอนโรงพยาบาลซ้ำ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การไซยา					0.00**
ไซยาไม่ถูกต้อง	34	38.20	8	3.92	
ไซยาถูกต้อง	55	61.80	196	96.08	
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด					0.00**
ควบคุมไม่ได้	19	21.35	5	2.45	
ควบคุมได้	70	78.65	199	97.55	
ยาที่ผู้ป่วยได้รับ					
ACE-Inhibitor					1.00
ได้	56	62.92	127	62.25	
ไม่ได้	33	37.08	77	37.75	
ARB					0.04*
ได้	24	26.97	33	16.18	
ไม่ได้	65	73.03	171	83.82	
ARNI					0.65
ได้	6	6.74	18	8.82	
ไม่ได้	83	93.26	186	91.18	
Beta blocker					0.45
ได้	80	89.89	179	87.75	
ไม่ได้	9	10.11	28	13.73	
Diuretic Drug					0.09
ได้	30	33.71	49	24.02	
ไม่ได้	59	66.29	155	75.98	
Potassium-sparing Diuretic					0.39
ได้	68	76.40	145	71.08	
ไม่ได้	21	23.60	59	28.92	



ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่นอนโรงพยาบาลและไม่นอนโรงพยาบาลซ้ำ (n = 293) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	นอนโรงพยาบาลซ้ำ		ไม่นอนโรงพยาบาลซ้ำ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ					
PCI					0.16
ได้	2	2.25	14	6.86	
ไม่ได้	87	97.75	190	93.14	
CABG					0.45
ได้	4	4.49	6	2.94	
ไม่ได้	86	96.63	198	97.06	
Device					1.00
ได้	2	2.25	6	2.94	
ไม่ได้	87	97.75	198	97.06	
การวินิจฉัย					0.44
DCM	54	60.67	113	55.39	
ICM	35	39.33	91	44.61	

หมายเหตุ *มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนและมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม 2.88 เท่า (OR = 2.88, 95%CI = 1.51-5.49, P = 0.001) และพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่บริโภคถึง

4.54 เท่า (OR = 4.54, 95%CI = 1.89-10.96, P = 0.001) โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนและเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ มีโอกาสนอนโรงพยาบาลซ้ำได้ถึง 16.86 เท่า (OR = 16.86, 95%CI = 5.60-50.77, P < 0.001) และปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำมากที่สุด คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไข้ยาผิด ได้แก่ การไม่มารับยาตามนัดโรงพยาบาล ลืมรับประทาน



ยา รับประทานยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์หยุด
รับประทานยาโดยไม่มีคำสั่งแพทย์ ไม่ปฏิบัติตาม
แผนการรักษา เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความ
เสี่ยงที่จะนอนโรงพยาบาลซ้ำมากถึง 20.40 เท่า

(OR = 20.40, 95%CI = 8.37-49.73, P < 0.001)
ดังแสดงในตารางที่ 3 ความเสี่ยงเหล่านี้ส่งผลให้
อาการของผู้ป่วยแย่ลง เพิ่มความเสี่ยงในการ
เสียชีวิต และมีผลต่อคุณภาพการใช้ชีวิตของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน (n = 293)

ปัจจัยที่ศึกษา	OR	95 % CI	p-value
โรคความดันโลหิตสูง	2.88	1.51-5.49	0.00*
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	4.54	1.89-10.96	0.00*
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	16.86	5.60-50.77	0.00**
การใช้ยาไม่ถูกต้อง	20.40	8.37-49.73	0.00**

หมายเหตุ *มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนที่มาติดตามการรักษาในศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร์ มีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำร้อยละ 30.38 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนได้แก่ การมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง เป็นต้น ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรตระหนักถึงการคัดกรองข้อมูลประวัติการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ และควรให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการและดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อน มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular ejection fraction ; LVEF) ต่ำกว่าร้อยละ 40.00 ที่มาติดตามการรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลแพร์ตั้งแต่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 293 คนพบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใช้ยาผิด, โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และโรคความดันโลหิตสูงร่วมทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะนอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ชี้ว่าภาวะโรคร่วม (Comorbidities) และพฤติกรรม



สุขภาพของผู้ป่วยเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ

1. พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ใส่ใจไม่ถูกต้อง (OR (95%CI) = 20.4 (8.37-49.73), $P < 0.001$)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ใส่ใจไม่ถูกต้องมีโอกาสมากกว่ากลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำสูงกว่าปกติถึง 20.40 เท่า ซึ่งสะท้อนปัญหาด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา (Medication Adherence) สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ของ Ke Shi et al. (2019) ระบุว่าร้อยละ 23.60 ของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีการดูแลตัวเองในระดับต่ำ ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการใช้ยาได้อย่างถูกต้องมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

2. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (OR (95%CI) = 16.86 (5.60-50.77), $P < 0.001$)

ผลการศึกษาพบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (มีค่า HbA1C มากกว่า 7) มีโอกาสนอนโรงพยาบาลซ้ำ 16.86 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kathleen M. Dungan et al. (2010) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะเบาหวานร่วมมีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีเบาหวาน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kosiborod M. et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30-90 วันสูงขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c สูงกว่า 8 เกิดจากภาวะที่เซลล์ในร่างกายตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลง ทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ยากขึ้น ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (Insulin Resistance) เกิดภาวะอ้วนเรื้อรัง และทำให้การทำงานของหัวใจลดลง

3. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (OR (95%CI) = 4.54 (1.89-10.96), $P = 0.001$)

การศึกษาพบว่า การดื่มสุรามีผลต่ออัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำเกือบ 5 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ดื่ม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Klatsky A. et al. (2005) ที่ระบุว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย

4) โรคความดันโลหิตสูง (OR (95%CI) = 2.88 (1.51-5.49), $P = 0.001$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมมีโอกาสนอนโรงพยาบาลซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคนี้เกือบ 3 เท่าสะท้อนถึงผลกระทบของความดันโลหิตสูงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวที่ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของนันท์ธรรคามชิตานนท์ (2567) ที่ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 90 วันด้วยอาการแสดงภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งตะวัน ไญ้อยิ่ง (2566) ที่แสดงว่าปัจจัยเรื่องความดันโลหิตสูงไม่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานในการจัดโปรแกรมการดูแลและคัดกรองผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบอ่อนเพื่อส่งเสริม



ด้านพฤติกรรมในการสังเกตและดูแลตนเองเพื่อป้องกันการนอนโรงพยาบาลซ้ำ

2. เกิดประโยชน์กับสังคมและชุมชนที่นำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะกลั่นเนื้อหัวใจบีบอ่อนเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้เนื่องจากการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังจากเวชระเบียน อาจทำให้เกิดความไม่ครบถ้วนของข้อมูล รวมถึงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลน้อยเกินไป และเป็นการเก็บข้อมูลแค่ผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาในศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลแพร่เท่านั้น จึงอาจทำให้บางปัจจัยที่ศึกษาไม่น่าสนใจทางสถิติ ดังนั้นอาจใช้ข้อจำกัดดังกล่าวเป็นโอกาสในการพัฒนางานวิจัยถัดไปได้

เอกสารอ้างอิง

- เกศินี วานิชชัง. (2565). อัตราการตายและการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 3(1), 15–27.
- ไฉนุช กาญจนภ. (2563). *พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจล้มเหลว*. สืบค้นเมื่อ 19 ตุลาคม 2567, จาก http://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=841
- นันทธร คามชิตานนท์. (2567). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภายใน 90 วัน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 3(1), 76–87.

รุ่งตะวัน ไหล่ยิ่ง. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในโรงพยาบาลหัวหิน. *หัวหินเวชสาร*, 3(1), 27–40.

- ศุภวรัญ เลิศพงศ์ภาคภูมิ, เจนเนจร พลเพชร และจอม สุวรรณโณ. (2562). ปัจจัยทำนายการกลับเข้าพักรักษาซ้ำภายในช่วงเวลา 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 2(1), 126–140.
- Dungan, K. M., Osei, K., Nagaraja, H. N., Schuster, D., & Binkley, P. (2010). Relationship between glycemic control and readmission rates in patients hospitalized with congestive heart failure during the implementation of hospital-wide initiatives. *Endocrine Practice*, 16(6), 945–951.
- Klatsky, A., Chartier, D., Udaltsova, N., Gronningen, S., Brar, S., Friedman, D., & Lundstrom, J. (2005). Alcohol drinking and risk of hospitalization for heart failure with and without associated coronary artery disease. *The American Journal of Cardiology*, 96(3), 346–351.
- Kosiborod, M., Inzucchi, S. E., Spertus, J. A., Wang, Y., Masoudi, F. A., Havranek, E. P., & Krumholz, H. M. (2005). Association of poor glycemic control with prolonged hospital



stay in patients with diabetes
admitted with exacerbation of
congestive heart failure. *Endocrine
Practice*, 11(1), 25–30.

Shi, K., Zhang, G., Fu, H., Li, X.-M., Gao, Y.,
Shi, R., Lou, H., & Cheng, C. (2019).
Rehospitalisation rates and
associated factors within 6 months
after hospital discharge for patients
with chronic heart failure: A
longitudinal observational study.
Journal of Clinical Nursing, 28(7–8),
1305–1313.