

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

แพรวพรรณ สุวรรณกิจ^{1*}, ศิภาพร สุวรรณลำภา¹, นพรัตน์ กรองไผ่กลาง¹, วรพงษ์ เสมอ¹, วัชรภา แก้วมทานิล¹, จริญญา สายะสถิตย์²

¹ภาควิชาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 65000

²ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 65000

Patients' Quality of Life after Open-Heart Surgery

Prawpan Suwanakitch^{1*}, Sipapon Suwanlumpha¹, Nopparat Krongphaiklang¹, Worapong Samer¹, Watchara Kaemahanin¹, Jaran Sayasatit²

¹Department of Cardio-Thoracic Technology, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University 65000

²Department of Surgery, Faculty of Medicine, Naresuan University 65000

หลักการและวัตถุประสงค์: การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการผ่าตัดและใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเป็นวิธีสุดท้ายที่มีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรได้ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 แต่ขาดข้อมูลผลการติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมากกว่า 5 ปี

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549 ถึง 2555 ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 58 ราย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาจากนัดหรือสอบถามทางโทรศัพท์แบบสอบถามประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบบันทึกคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q9Q)

ผลการศึกษา: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยทำทางเบี่ยงหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยซ่อมลิ้นหัวใจและกลุ่มผู้ป่วยหัวใจพิการแต่กำเนิดแปลค่าอยู่ในระดับดี) 112.17±6.01, 113.84±8.69, 113.20±16.93, 113.57±9.39 ตามลำดับ) คุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยทุกกลุ่มอยู่ในระดับดี

สรุป: ทีมสหวิชาชีพควรวางแผนดูแลผู้ป่วยทั้งก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ตลอดจนให้ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต; ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด; เปลี่ยนลิ้นหัวใจ; ทำทางเบี่ยงหัวใจ; หัวใจพิการมาแต่กำเนิด

Background and objective: Heart surgery and applying heart-lung machine are the last effective treatment for curing patients with cardiovascular diseases. Naresuan university hospital has conducted open-heart surgery since 2012. However, there was lacking of long term followed up information on patients' quality of life. Therefore, this study aimed to study the quality of life of post-open heart surgery patients over 5 years.

Method: This was a cross-sectional study. The data were collected during October to November 2017 from 58 post-open heart surgery patients at Naresuan university hospital, Phitsanulok province who visited the doctors by appointment and those who did not visit by telephone. The questionnaires consisted of the basic information of patients, quality of life (WHOQOL-BREF-THAI) and depression screening (2Q9Q).

Results: The quality of health and overall quality of life of bypass surgery patients, valve replacement patients, valve repair patients and congenital patients were at good level) 112.17±6.01, 113.84±8.69, 113.20±16.93, 113.57±9.39, respectively). Other quality of life such as the physical, mental, social and environmental aspects of all patients were at good level.

Conclusion: The multidisciplinary team should plan patient care before, during and post open-heart surgery including the knowledge of self-care for post-open heart patients' good quality of life.

Keyword: quality of life; open heart surgery; valve replacement; bypass surgery; congenital heart disease

ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(2): 178-183. ● Srinagarind Med J 2019; 34(2): 178-183.

*Corresponding author : Prawpan Suwanakitch, Department of Cardio-Thoracic Technology, Faculty of Allied Health Sciences, Naresuan University 65000. Email: prawpuns@nu.ac.th, prawpuns@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี¹ การรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นวิธีการสุดท้ายในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด การผ่าตัดแบ่งได้เป็น 2 วิธี คือการผ่าตัดหัวใจแบบปิดเป็นการผ่าตัดที่ไม่ต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ส่วนใหญ่ทำภายนอกหัวใจ เช่น การถ่างขยายลิ้นหัวใจ สำหรับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดหัวใจโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมทำหน้าที่แทนหัวใจและปอดเพื่อให้ร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ โดยที่ขณะผ่าตัดต้องทำให้หัวใจหยุดเต้นเพื่อให้ ศัลยแพทย์หัวใจผ่าตัดได้สะดวกและมองเห็นพยาธิสภาพที่ต้องการแก้ไขได้ชัดเจน² โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์เริ่มทำการผ่าตัดหัวใจและทรวงอกตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเฉลี่ยประมาณ 3 รายต่อสัปดาห์หรือประมาณ 150 รายต่อปี³ เนื่องจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ได้ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 แต่ขาดข้อมูลผลการติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมากกว่า 5 ปีขึ้นไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ประชากรคือผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในช่วงปี พ.ศ. 2549 ถึง 2555 ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบบันทึกคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI)⁴ และแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q9Q)⁵ การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ เลขที่โครงการ 0472/60 เมื่อวันที่ 27 กันยายน 2560

รูปแบบการศึกษา

ผู้ป่วยที่มาตรวจพบแพทย์ได้จะใช้วิธีสัมภาษณ์โดยตรง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาพบแพทย์ได้จะสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยให้ผู้ป่วยกล่าวยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยร่วมกับการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์จากนั้นบันทึกลงในแบบสอบถาม เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส รายได้ต่อเดือน ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความสามารถในการทำกิจกรรม และข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ชนิดของการผ่าตัด วันที่ผ่าตัดระยะเวลาของการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ระยะเวลาที่พักในหอผู้ป่วยวิกฤติ และระยะเวลาที่พักในโรงพยาบาล ส่วนที่ 2 คือแบบบันทึกคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) ของสุวรรณ มหัตถินันทรกุล และคณะ จำนวน 26

ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คำนวณค่าเฉลี่ยของแต่ละองค์ประกอบและแปลค่าคะแนนคุณภาพชีวิต⁴ ส่วนที่ 3 คือแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q9Q) ของกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งดัดแปลงมาจาก 2Q9Q8Q ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถามและแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม⁶

วิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลนำเสนอเป็นความถี่และร้อยละ ข้อมูลการผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ระยะเวลาการหนีบเส้นเลือดเอออร์ตาและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คะแนนคุณภาพชีวิตและคะแนนจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า นำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลมากกว่า 2 กลุ่มโดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis H test

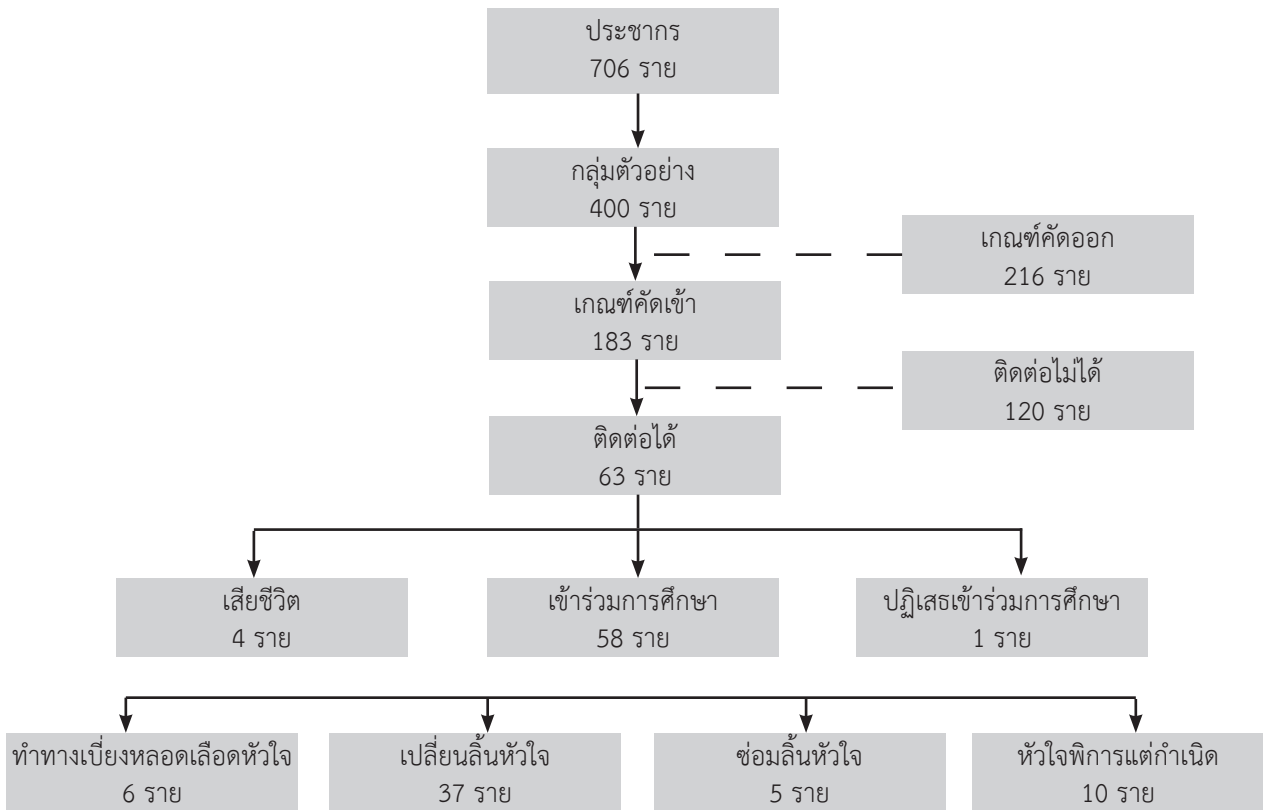
ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมานานกว่า 5 ปี ประชากรคือผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จังหวัดพิษณุโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2555 ทั้งหมด 706 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาร์โยยามาเนะ ได้ผู้ป่วยจำนวน 400 ราย มีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์รับเข้า 183 ราย ติดต่อบริการไม่ได้ 120 ราย ติดต่อบริการทั้งหมด 63 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 4 ราย และปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษา 1 ราย ดังนั้นจึงเหลือผู้ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 58 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6 ราย กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 37 ราย กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจ 5 ราย และกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจพิการแต่กำเนิด 10 ราย (รูปที่ 1)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่ากลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดแก้ไขหัวใจพิการมาแต่กำเนิดอายุน้อยที่สุด 38.3 ± 14.55 ผู้ป่วยทุกกลุ่มส่วนใหญ่สถานภาพโสด รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังผ่าตัดความสามารถในการทำกิจกรรมตามเกณฑ์ New York Heart Association (NYHA) functional Class ส่วนใหญ่อยู่ใน Class I และ II (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมระยะเวลาการหนีบหลอดเลือดเอออร์ตาและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดหัวใจพิการแต่กำเนิดใช้ระยะเวลาสั้นกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$, $p < 0.000$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยทุกกลุ่มได้คะแนนประเมินคุณภาพชีวิตแสดงถึงคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี สุขภาพโดยรวมมากกว่า 96 จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน ด้านร่างกายมากกว่า 27 จากคะแนน



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้าร่วมการศึกษา

เต็ม 35 คะแนน ด้านจิตใจมากกว่า 23 จากคะแนนเต็ม 35 คะแนน ด้านสังคมมากกว่า 12 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ด้านสิ่งแวดล้อมมากกว่า 30 จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมและแต่ละด้านของผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่ากลุ่มผู้ป่วยหัวใจพิการแต่กำเนิดมีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด (1.19 ± 2.58 คะแนน) รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (1.05 ± 2.68 คะแนน) กลุ่มผู้ป่วยทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (0.83 ± 2.04 คะแนน) และกลุ่มผู้ป่วยซ่อมลิ้นหัวใจ (0 คะแนน) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.038$ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนานกว่า 5 ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2555) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จังหวัดพิษณุโลก จากกลุ่มตัวอย่างมี 58 ราย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 6 ราย กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 37 ราย กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจ 5 ราย และกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจพิการแต่กำเนิด 10 ราย สาเหตุที่มีผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์คัดออกจำนวน 216 ราย จากทั้งหมด 400 ราย เนื่องจากข้อจำกัดของการใช้แบบบันทึกคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ใ้ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-60 ปี ผู้ป่วยติดต่อไม่ได้ 120 ราย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่รับย้ายจากโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดใกล้เคียง ผู้ป่วยบางรายได้ย้ายที่อยู่

และเปลี่ยนหมายเลขมือถือ ทำให้ติดต่อไม่ได้ ผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย จากการโทรสัมภาษณ์ญาติพบว่ามิสาเหตุจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต 2 ราย และจากโรคหัวใจ 2 ราย ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มไม่ต่างกัน แต่กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุเฉลี่ยน้อยที่สุด หลังผ่าตัดการประเมินอาการของผู้ป่วยทุกกลุ่มตามเกณฑ์ New York Heart Association (NYHA) Classification⁶ ส่วนใหญ่อยู่ใน Class 1 ข้อมูลขณะผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ระยะเวลาการหนีบหลอดเลือดเอออร์ตาและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจพิการแต่กำเนิดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากในปีแรก ๆ ที่เริ่มให้บริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในผู้ป่วยที่มีความพิการมาแต่กำเนิดได้ผ่าตัดแก้ไขโรคหัวใจที่ไม่มีความซับซ้อนมาก เช่น การปิดรูรั่วที่ผนังหัวใจห้องบน การปิดรูรั่วที่ผนังหัวใจห้องล่าง เป็นต้น กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจมีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ยนานที่สุด อาจเนื่องมาจากมีผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วง 30 วันแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Almassi และคณะที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพริ้ว (Atrial fibrillation) ร้อยละ 29.6 ผู้ป่วยที่ผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นสั่นพริ้วมากกว่าไม่เกิดถึง 2.86 เท่า (odd ratio = 2.86) จึงน่าจะทำให้ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น⁷

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ข้อมูล	ทำทางเบี่ยง หลอดเลือดหัวใจ (n=6) จำนวน (ร้อยละ)	เปลี่ยนลิ้นหัวใจ (n=37) จำนวน (ร้อยละ)	ซ่อมลิ้นหัวใจ (n=5) จำนวน (ร้อยละ)	หัวใจพิการ แต่กำเนิด (n=10) จำนวน (ร้อยละ)	p- value
เพศ					0.060
ชาย	4 (66.67)	25 (67.56)	3 (60.00)	2 (20.00)	
หญิง	2 (33.33)	12 (32.43)	2 (40.00)	8 (80.00)	
อายุ (ปี) อายุเฉลี่ย	58.00 ± 1.41	49.95 ± 7.38	54.40 ± 0.55	38.30 ± 14.55	0.002**
สถานภาพ					0.158
สมรส	0 (0.00)	5 (13.51)	0 (0.00)	4 (40.00)	
โสด	6 (100.00)	31 (83.78)	5 (100.00)	6 (60.00)	
หม้าย	0 (0.00)	1 (2.70)	0 (0.00)	0 (0.00)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					0.961
ต่ำกว่า 5,000	3 (50.00)	21 (56.80)	3 (60.0)	6 (60.00)	
5,001-10,000	1 (16.70)	9 (24.30)	0 (0.00)	4 (40.00)	
> 10,000	2 (33.30)	7 (18.90)	2 (40.0)	0 (0.00)	
การสูบบุหรี่					0.147
ไม่สูบบุหรี่	6 (100.00)	28 (75.70)	3 (60.00)	10 (100.0)	
สูบบุหรี่	0 (0.00)	3 (8.10)	2 (40.00)	0 (0.00)	
เลิกแล้ว	0 (0.00)	6 (16.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	
การดื่มแอลกอฮอล์					0.362
ไม่ดื่ม	6 (100.00)	24 (64.90)	3 (60.00)	6 (60.00)	
ดื่ม	0 (0.00)	11 (29.70)	2 (40.00)	4 (40.00)	
เลิกแล้ว	0 (0.00)	2 (5.40)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Pre-op NYHA					
Class I	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	-	
Class II	6 (100.00)	15 (40.50)	4 (80.00)	-	
Class III	0 (0.00)	17 (45.90)	1 (20.00)	-	
Class IV	0 (0.00)	5 (13.50)	0 (0.00)	-	
Post-op NYHA					
Class I	2 (33.33)	16 (43.20)	5 (100.0)	10 (100.0)	
Class II	4 (66.70)	19 (51.40)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Class III	0 (0.00)	2 (5.40)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Class IV	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลระยะเวลาการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ระยะเวลาการหนีบหลอดเลือดเอออร์ตาและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

หัตถการ (กลุ่ม)	Mean ± S.D.	p-value
ระยะเวลาการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม (นาที) (Bypass time; min)		0.000**
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	155.67 ± 21.43	
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	117.43 ± 38.68	
ซ่อมลิ้นหัวใจ	117.20 ± 24.18	
หัวใจพิการแต่กำเนิด	45.60 ± 24.62	
ระยะเวลาการหนีบหลอดเลือดเอออร์ตา (นาที) (Clamp time; min)		0.000**
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	96.83 ± 13.08	
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	91.73 ± 31.90	
ซ่อมลิ้นหัวใจ	92.20 ± 20.95	
หัวใจพิการแต่กำเนิด	9.00 ± 19.67	
ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล (วัน) (Hospital stay; day)		0.001**
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	13.00 ± 3.90	
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	10.51 ± 4.27	
ซ่อมลิ้นหัวใจ	15.80 ± 5.45	
หัวใจพิการแต่กำเนิด	8.40 ± 1.35	

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยทุกกลุ่มอยู่ในระดับดี คะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยทุกกลุ่มอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับรายงานวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ 6 เดือน คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี⁸ ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหลังการผ่าตัดในระยะสั้นน้อยกว่า 1 ปี 1 ถึง 2 ปี และมากกว่า 2 ปี พบว่ามีคุณภาพชีวิตและสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดังเดิม⁹ งานวิจัยนี้ได้คะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ได้วางแผนปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดจนมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยและให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเองเมื่อย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อีกทั้งผู้ป่วยได้ผ่านระยะเวลาหลังการผ่าตัดมานาน สามารถปรับตัว มีประสบการณ์และการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของอิวาซา ลิวิจนะ และคณะ ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตัวเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต¹⁰

คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยทุกกลุ่มต่ำกว่า 7 คะแนน แปลค่าอยู่ในระดับน้อยหรือไม่มีเลย สอดคล้องกับการศึกษาของจรัญ สายะสฤติ และคณะ ที่พบว่าไม่มีภาวะโรคซึมเศร้าหลัง

ตารางที่ 3 แสดงคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

หัตถการ (กลุ่ม)	Mean ± S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต	p-value
คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม คะแนนเต็ม 130 คะแนน			0.958
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	112.17 ± 6.01	ดี	
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	113.84 ± 8.69	ดี	
ซ่อมลิ้นหัวใจ	113.20 ± 16.93	ดี	
หัวใจพิการแต่กำเนิด	113.57 ± 9.39	ดี	
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คะแนนเต็ม 35 คะแนน			0.185
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	30.17 ± 2.04	ดี	
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	31.00 ± 2.72	ดี	
ซ่อมลิ้นหัวใจ	28.80 ± 0.84	ดี	
หัวใจพิการแต่กำเนิด	30.60 ± 2.94	ดี	
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คะแนนเต็ม 35 คะแนน			0.320
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	25.83 ± 2.23	ดี	
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	27.19 ± 2.36	ดี	
ซ่อมลิ้นหัวใจ	27.40 ± 2.52	ดี	
หัวใจพิการแต่กำเนิด	27.19 ± 2.47	ดี	
คุณภาพชีวิตด้านสังคม คะแนนเต็ม 15 คะแนน			0.050
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	13.33 ± 1.21	ดี	
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	14.24 ± 4.54	ดี	
ซ่อมลิ้นหัวใจ	15.00 ± 0.00	ดี	
หัวใจพิการแต่กำเนิด	14.12 ± 3.75	ดี	
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเต็ม 40 คะแนน			0.532
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	35.50 ± 1.98	ดี	
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	33.76 ± 4.20	ดี	
ซ่อมลิ้นหัวใจ	34.00 ± 6.00	ดี	
หัวใจพิการแต่กำเนิด	33.67 ± 4.22	ดี	

จากผ่าตัดหัวใจ 6 เดือน ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายดีขึ้น มีความสบายใจ สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ ทำให้คนในครอบครัวมีความสุขจิตใจดีขึ้นตามไปด้วย⁹ และจากการได้สัมภาษณ์พบว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นไม่ได้มีสาเหตุมาจากการผ่าตัดหัวใจหรือปัญหาในดูแลตนเองหลังผ่าตัดหัวใจเพราะผู้ป่วยผ่านระยะเวลาหลังผ่าตัดมาเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี แต่มีสาเหตุจากปัจจัยภายนอก คือปัญหาทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การประกอบอาชีพ รายได้ สถานะการเงิน ปัญหารายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า¹¹ ข้อจำกัด

ตารางที่ 4 แสดงอาการโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

หัตถการ (กลุ่ม)	Mean ± S.D.	p-value
อาการโรคซึมเศร้า		0.038
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	0.83 ± 2.04	
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	1.05 ± 2.68	
ซ่อมลิ้นหัวใจ	0.00 ± 0.00	
หัวใจพิการแต่กำเนิด	1.19 ± 2.58	

ในการศึกษานี้ ได้แก่ เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเดียวและจำนวนผู้ป่วยน้อย จึงมีข้อเสนอแนะควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นและประเมินคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัดเปรียบเทียบกับหลังผ่าตัด โดยสรุปผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนานกว่า 5 ปี ทั้ง 4 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยซ่อมลิ้นหัวใจ และกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดแก้ไขหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและโดยรวมระดับดี และมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี สำหรับอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยหรือไม่มี

สรุป

ทีมสหวิชาชีพมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัด และให้ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนานกว่า 5 ปี มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและโดยรวมอยู่ในระดับดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติที่ร่วมมือในการทำวิจัย เจ้าหน้าที่คลินิกศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จังหวัดพิษณุโลก ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

เอกสารอ้างอิง

- สำนักโรคไม่ติดต่อ. สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด ปี 2559. [สืบค้นเมื่อ 03/08/2018]. แหล่งเข้าถึง <http://www.thaincd.com/>
- แพรวพรรณ สุวรรณกิจ. เครื่องหัวใจและปอดเทียม: หลักการและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1 พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, 2561.
- สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. สถิติผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนในประเทศไทยปี 2559. [สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2561]. แหล่งเข้าถึง http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212.

- สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล, วีระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, ทรงจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะรังกุล. เครื่องชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). [สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2561]. แหล่งเข้าถึง <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>.
- กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า. [สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2561]. แหล่งเข้าถึง <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWVpbnxkcndyb290fGd4OjFjMWNkOTc5ZW-M1ZDMwYTI>.
- Heart online. New York Heart Association (NYHA) Classification. [สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม 2561]. แหล่งเข้าถึง [http://www.heartonline.org.au/media/DRL/New_York_Heart_Association_\(NYHA\)_classification.pdf](http://www.heartonline.org.au/media/DRL/New_York_Heart_Association_(NYHA)_classification.pdf).
- Almassi GH, Schowalter T, Nicolosi AC, Aggarwal A, Moritz TE, Henderson WG, et al. Atrial fibrillation after cardiac surgery. Ann Surg 1997; 226: 501-13.
- แพรวพรรณ สุวรรณกิจ, ฐานิตา มั่นมี, ทิพย์รัตน์ อัครสารทูล, อลิษา คุ่มแพทย์, วิชรา แก้วพานิช, เจษฎา เมธจรุณานนท์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. พุทธชินราชเวชสาร 2555; 26: 36-43
- จรัญ สายะสถิตย์, ธงวิไล กันทะสอน, ภาวินี เถารอด, วันดี เครือยา, สุวรรณ ภูทิมา. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. พุทธชินราชเวชสาร 2552; 26: 216-28.
- จิวิสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย, ชอลดา พันธุ์เสนา. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. สงขลานครินทร์เวชสาร 2551; 26: 141-50.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, อุมพร อุดมทรัพย์กุล. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56: 103-16.

