

Original Article

นิพนธ์รัตน์ชัย

การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ปี 2550

นิลเนตร วีระสมบัติ

วันนา บุรณวานิช

โรงพยาบาลสูงเนิน นครราชสีมา

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจที่ถูกส่งมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2550 จำนวน 20 ราย โดยใช้แนวทางการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและช่องทางการดูแลผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากหัวใจของโรงพยาบาลสูงเนิน การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ร้อยละ 90 โดยเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ร้อยละ 60 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 55.6 พบปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่เฉพาะเพศชาย ร้อยละ 71.4 ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นตามแนวทางปฏิบัติที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 80 แต่ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันเวลาภายใน 10 นาทีตามเกณฑ์ ร้อยละ 40 ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ร้อยละ 90 แต่ส่งต่อทันเวลาตามเกณฑ์เพียง ร้อยละ 11.1 ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกมาก่อนแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจพบร้อยละ 27.8 ทำให้การรักษาเบื้องต้นล่าช้าและส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตก่อนการส่งต่อ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ได้รับการรักษาโดยการเปิดเส้นเลือด ร้อยละ 33.3 ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเสียชีวิต ร้อยละ 27.8 เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ร้อยละ 16.7 ผลการประเมินครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคลกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันควรได้รับการคัดกรองตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แม้ว่าอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดไม่ชัดเจน ควรทบทวนแนวทางการวินิจฉัยแยกโรคอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด ตลอดจนการเพิ่มสมรรถนะการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้กับพยาบาลวิชาชีพ และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และต้องติดตามประเมินผลต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน, การประเมินผล, โรงพยาบาลชุมชน

บทนำ

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจโคโรนารี เกิดขึ้นเมื่อรอยโรคที่ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพอย่างเฉียบพลัน เกิดการปริแตกและกระตุ้นให้เกิดการก่อตัว

ของลิ้มเลือด จนทำให้หลอดเลือดอุดตันอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรุนแรง ซึ่งถ้ารุนแรงมากและเป็นระยะเวลานาน จะสามารถทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน แบ่งเป็น 1) กลุ่มอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก (unstable angina) 2) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (non-ST-elevation myocardial infarction) 3) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-elevation myocardial infarction-STEMI) กลุ่มอาการเหล่านี้จัดเป็นภาวะฉุกเฉิน ของโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญมีแนวโน้มอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อย ๆ⁽¹⁻²⁾ ในประเทศอังกฤษ 1 ใน 6 ของผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน มีสาเหตุจากโรคหัวใจ โดยไม่เคยมีอาการอื่น ๆ นำมาก่อน จากการศึกษาของกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันของประเทศไทย (Thai ACS registry) พบอัตราการตายในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 14.7 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST เป็นสาเหตุที่สำคัญของ ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันถึงร้อยละ 30 และการรักษาขึ้นอยู่กับเวลาที่สำคัญที่สุดคือ การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันให้เปิดออกมีเลือดไหลผ่านได้สะดวกเหมือนปรกติอย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้⁽³⁾ แนวทางในการรักษาและป้องกัน แบ่งเป็น⁽⁴⁾

1. การดูแลก่อนเกิดโรค แบ่งเป็น 1.1) การป้องกันแบบปฐมภูมิ คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน เพศชายและผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยประเมินความเสี่ยงในผู้ป่วยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจทุก 3-5 ปี 1.2) การป้องกันแบบทุติยภูมิ คือ เมื่อเกิดอาการต้องวินิจฉัยโรคได้ทันเวลาและรักษาทันที ต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป เพื่อให้ทราบอาการและอาการแสดงรวมทั้งการปฏิบัติตัวเบื้องต้น เช่น การหยุดกิจกรรมประมาณ 5 นาทีหรืออมยา nitroglycerine ได้ลิ้น ถ้าไม่ดีขึ้นให้ตามรถพยาบาล

ฉุกเฉินดีกว่ามาด้วยตนเอง เพราะมีโอกาสเกิดหัวใจเต้นผิดปรกติ (ventricular arrhythmia) โดยเฉพาะใน 1-4 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ และสามารถไปโรงพยาบาลได้ทันเวลา

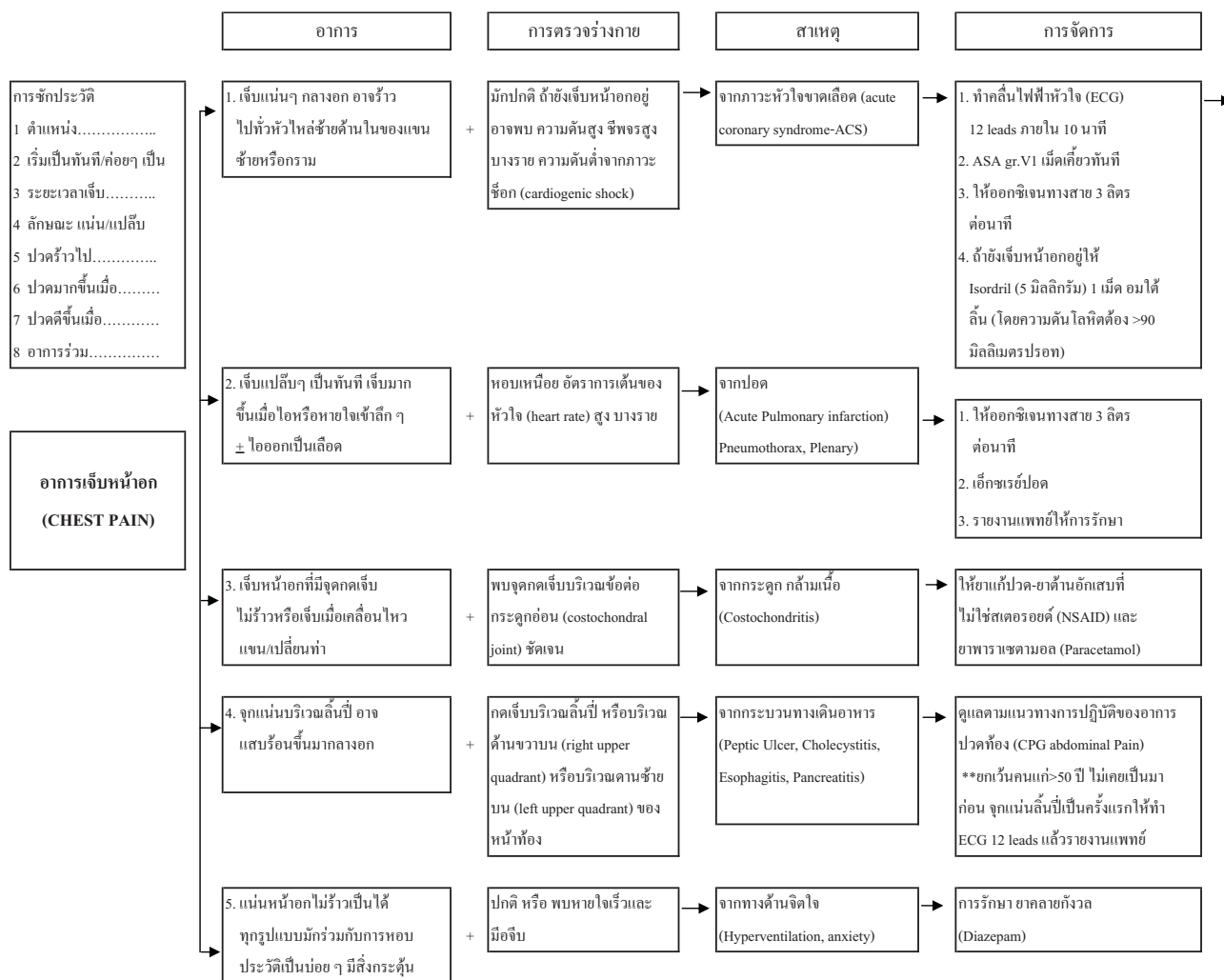
2. การดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล: มีข้อแนะนำคือ 2.1) ระบบบริการฉุกเฉิน (emergency medical service-EMS): บุคลากรในระบบบริการฉุกเฉิน ต้องทำหัตถการกระตุ้นหัวใจเบื้องต้นได้ (early defibrillation) รถฉุกเฉินต้องมีเครื่องกระตุ้นหัวใจ (defibrillator) เครื่องอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจควรเป็นเครื่องอ่านอัตโนมัติและสามารถส่งกลับไปยังโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแปลผลและดำเนินการตามขั้นตอนการรักษา บุคลากรในระบบต้องสามารถประเมินภาวะผู้ป่วยเพื่อส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทันเวลา 2.2) การให้ยาละลายลิ้มเลือด (fibrinolysis): สามารถให้ได้หากมีแพทย์ประจำรถฉุกเฉินหรือบุคลากรประจำทีมได้รับการอบรมจนสามารถแปลผลส่งข้อมูลและแพทย์สั่งการรักษาได้ การให้ยาเร็วจะช่วยลดอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยต้องให้ภายในเวลา 30 นาทีที่รถฉุกเฉินไปถึงผู้ป่วย 2.3) การคัดกรองผู้ป่วย: คัดกรองผู้ป่วยที่สมควรให้ยาละลายลิ้มเลือดในการเปิดหลอดเลือด

3. การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล: ผู้ป่วยทุกรายที่มาห้องฉุกเฉินด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกสงสัยหัวใจขาดเลือด ควรได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างรวดเร็ว โดยมีค่าเป้าหมาย ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (door-to-ECG time) ภายใน 10 นาที และหากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ควรให้การรักษาด้วยการเปิดเส้นเลือด (reperfusion therapy) ยิ่งให้ยาละลายลิ้มเลือดได้เร็วเท่าไร ยิ่งมีประโยชน์ในการลดอัตราการตายได้มากขึ้นเท่านั้น ความล่าช้าของการให้ยาละลายลิ้มเลือดมี 2 ตอน คือ 1) การมาถึงโรงพยาบาลช้า (presentation delay): ช่วงตั้งแต่เจ็บหน้าอกจนมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งต้องแก้ไขความรู้ในการดูแลตนเอง และ

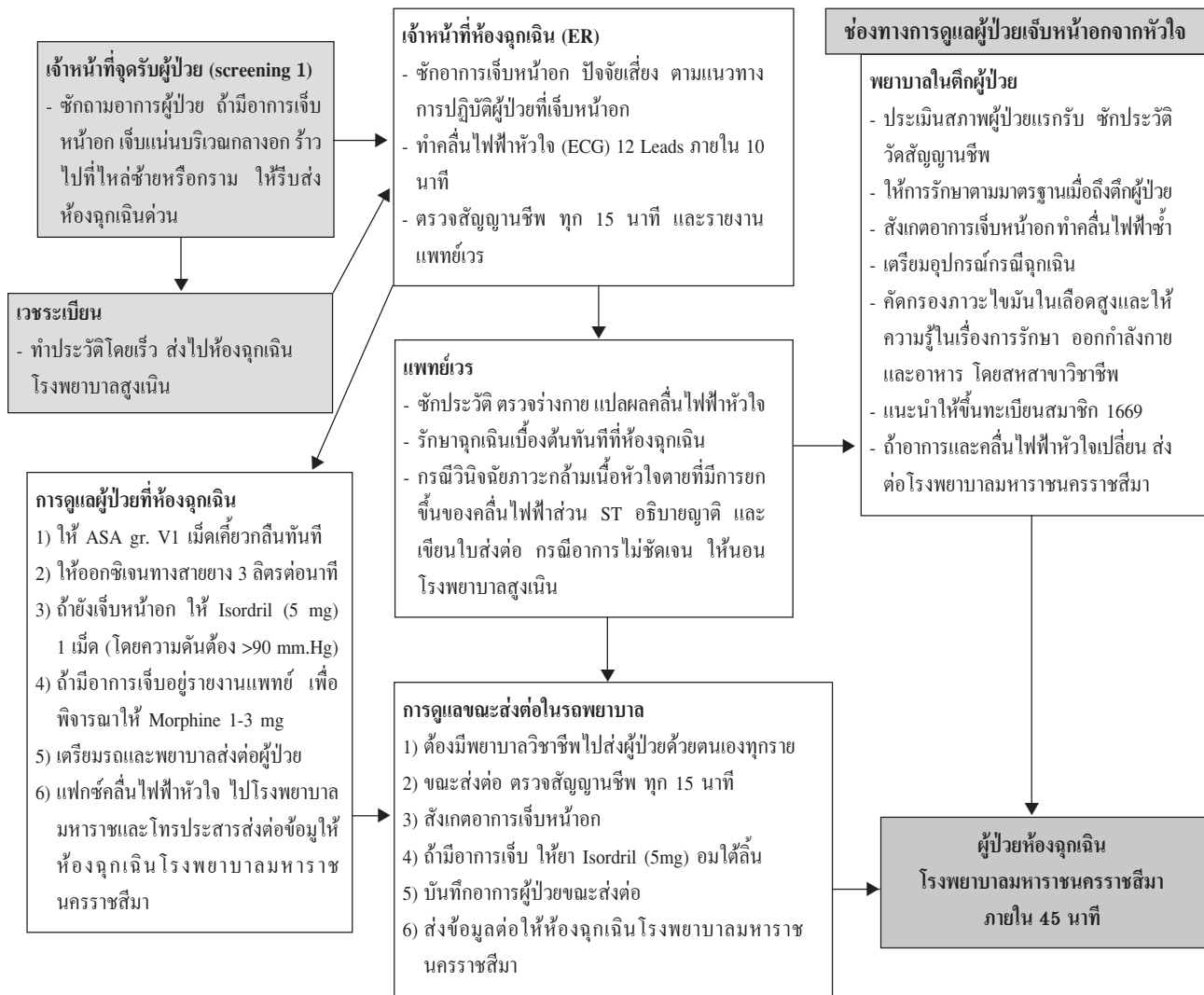
จัดระบบบริการฉุกเฉินในการรับผู้ป่วย 2) การรักษา
ช้า (treatment delay): ตั้งแต่คนไข้เข้ามาในโรงพยาบาล
จนกระทั่งได้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งสามารถแก้ไขโดย
การจัดช่องทางด่วนให้ผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน จากการ
ศึกษาพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการมาถึงโรง
พยาบาลจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (door to
needle time) มีผลต่อการพยากรณ์โรค โดยผู้ป่วยที่ได้
รับยาภายใน 60 นาที มีอัตราการตายร้อยละ 7 ขณะที่ผู้
ป่วยที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีอัตราการตายร้อยละ 28.1
ในประเทศไทยมีเวลาเฉลี่ยที่ 94 นาที

โรงพยาบาลสูงเนิน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด

90 เตียง อยู่ห่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
36 กิโลเมตร ในเดือนพฤศจิกายน 2547 โรงพยาบาล
สูงเนินมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติรักษา (clinical
practice guideline-CPG) ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก
อบรมพยาบาลวิชาชีพเรื่อง การจำแนกผู้ป่วยฉุกเฉิน
และอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี
2548-2549 มีการประเมินการใช้แนวทางการรักษา
ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก พบว่าการซักประวัติไม่ครบ
ถ้วนและการใช้แนวทางปฏิบัติไม่ครอบคลุมต่อเนื่อง
เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานใหม่ไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติ ต่อ
มาโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจัดทำโครงการช่อง



รูปที่ 1 แนวทางการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก (CPG Chest Pain)



รูปที่ 2 ช่องทางการดูแลผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากหัวใจ (chest pain pathway)

ทางด่วน (fast track) สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้สามารถได้รับการรักษาเร็วขึ้น ในเดือนเมษายน 2549 เริ่มมีการจัดระบบโทรแจ้งอาการและส่งคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram-ECG) ทางโทรสารให้แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาทราบก่อนส่งต่อผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยเน้นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตั้งแต่เริ่มมีอาการ

เจ็บหน้าอก การใช้ช่องทางด่วนในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อนำผลการประเมินมาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลังครั้งนี้ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจที่ถูกส่งมาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน 2550 (6 เดือน) จำนวน 20 ราย โดย

ใช้แนวทางการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก (รูปที่ 1) และช่องทางการดูแล ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากหัวใจ (chest pain pathway) (รูปที่ 2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ปัญหาที่พบนำมาพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรค

หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อไป

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกได้รับการคัดกรองที่แผนกฉุกเฉินทั้งสิ้นจำนวน 20 ราย เป็นกลุ่มอาการโรค

ตารางที่ 1 ผลการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (acute coronary syndrome-ACS)

ข้อมูล	STEMI (ร้อยละ)	Non STEMI (ร้อยละ)	การวินิจฉัยโรคอื่น (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
1. ปัจจัยเสี่ยง*	12 (60)	6 (30)	2 (10)	20 (100)
เพศ ชาย	7 (35)	3 (15)	2 (10)	12 (60)
หญิง	5 (25)	3 (15)	0 (0)	8 (40)
อายุ (ปี) ชาย > 45	6 (30)	2 (10)	0 (0)	8 (40)
หญิง > 55	5 (25)	1 (5)	0 (0)	6 (30)
สูบบุหรี่	5 (25)	0 (0)	0 (0)	5 (25)
ความดันโลหิตสูง	2 (10)	3 (15)	0 (0)	5 (25)
เบาหวาน	2 (10)	3 (15)	0 (0)	5 (25)
ไขมันในเลือดสูง	1 (5)	1 (5)	0 (0)	2 (10)
2. ประวัติเจ็บหน้าอกมาก่อน	3 (15)	2 (10)	0 (0)	5 (25)
มีอาการเจ็บหน้าอกแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย	3 (15)	2 (10)	0 (0)	5 (25)
3. อาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด	10 (50)	3 (15)	2 (10)	15 (75)
4. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ: จากโรงพยาบาลถึงทำคลื่นไฟฟ้าห้องฉุกเฉิน (Door to ECG) ใน 10 นาที	4 (20)	3 (15)	1 (5)	8 (40)
การยกของส่วน ST (ST Elevate)	12 (60)	0 (0)	2 (10)	14 (70)
การลงของส่วน ST (ST Depress)	0 (0)	6 (30)	0 (0)	6 (30)
5. การรักษาเบื้องต้นที่ห้องฉุกเฉิน	9 (45)	5 (25)	2 (10)	16 (80)
6. การส่งต่อไปโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	11 (55)	5 (25)	2 (10)	18 (90)
จากโรงพยาบาลสูงเนินถึงโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (Door to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital) ภายใน 45 นาที	1 (5)	1 (5)	0 (0)	2 (10)
7. การรักษาตามแนวทางที่กำหนด (CPG)	5 (25)	4 (20)	2 (10)	11 (55)
การเปิดหลอดเลือด (reperfusion therapy)	6 (30)	0 (0)	0 (0)	6 (30)
8. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย				
ผลลัพธ์เบื้องต้น-ดีขึ้น กลับบ้าน	11 (55)	4 (20)	2 (10)	17 (85)
ผลการรักษาสุดท้าย				
- เสียชีวิต	3 (15)	2 (10)	0 (0)	5 (25)
- รักษาต่อเนื่อง	9 (45)	4 (20)	2 (10)	15 (75)
การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	2 (10)	0 (0)	0 (0)	2 (10)

*กำหนดเป็นปัจจัยเสี่ยงตามแนวของโรงพยาบาล

หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจำนวน 18 ราย (90%) ยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจเลือดที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้แก่ CPK-MB และ Troponin-I ที่มีค่าเพิ่มขึ้น ร่วมกับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (STEMI) ร้อยละ 60 (12/20) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Non STEMI) ร้อยละ 30 (6/20) ส่วนใหญ่เป็นชายร้อยละ 55.6 (10/18) ปัจจัยเสี่ยงที่พบเฉพาะเพศชายคือ การสูบบุหรี่ 5 ใน 7 คน การวินิจฉัยโรคอื่นพบ 2 ราย (10%) เป็นเพศชายทั้งหมดและไม่พบปัจจัยเสี่ยง กลุ่มที่มีอาการเจ็บหน้าอกมาก่อนแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจพบได้ร้อยละ 27.8 (5/18) ซึ่งมีผลทำให้วินิจฉัยและรักษาได้ล่าช้าส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิต อาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดได้รับการวินิจฉัยที่แผนกฉุกเฉิน ตามแนวทางการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก แต่ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันเวลาภายใน 10 นาทีหลังจากเข้ามารับบริการในท้อง ฉุกเฉินได้เพียงร้อยละ 40 (8/20) (ตารางที่ 1)

การรักษาเบื้องต้นตามแนวทางปฏิบัติที่ห้องฉุกเฉินทำได้ร้อยละ 80 (16/20) ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ร้อยละ 90 (18/20) มี 2 รายเสียชีวิตก่อนการส่งต่อ แต่สามารถส่งต่อทันเวลาตามเกณฑ์ 45 นาที นับจากโรงพยาบาลสูงเนินถึงโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพียงร้อยละ 11.1 (2/18) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันโดยการเปิดหลอดเลือด ซึ่งอาจเป็นการให้ยาละลายลิ่มเลือด (streptokinase-SK) หรือการใส่สายสวนหัวใจ (coronary angiogram-CAG) และรักษาโดยการขยายหลอดเลือด (percutaneous coronary intervention-PCI) ร้อยละ 33.3 (6/18) ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการรักษาโดยการขยายหลอดเลือด มีผู้ป่วย 2 รายที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดซึ่งมีอาการดีในช่วงต้นของการรักษา

แต่ต่อมาอาการทรุดลงจึงต้องรับการรักษาต่อโดยการใส่สายสวนหัวใจและต่อมาเสียชีวิต อีก 1 รายอาการดีขึ้นหลังจากรักษาโดยยาละลายลิ่มเลือด ใส่สายสวนหัวใจ อาการทุเลาและให้กลับบ้าน ต่อมาภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ภาวะติดเชื้อ และเสียชีวิต บางรายอายุมากเกินไป (95 ปี) หรือบางรายอาการเจ็บหน้าอกหายไป และผลเลือดในการวินิจฉัยโรค (cardiac enzymes) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงไม่ได้ให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยรวมมีผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเสียชีวิตร้อยละ 27.8 (5/18) เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ร้อยละ 16.7 (3/18) และเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ร้อยละ 11.1 (2/18) ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 75 (15/20) ได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 10 (2/20) (ตารางที่ 1)

วิจารณ์

การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันโดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST มีผลการศึกษาส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป⁽⁵⁻⁷⁾ ที่มีอายุรแพทย์มากกว่า 1 คนหรือมีอายุรแพทย์โรคหัวใจ รวมถึงมีศัลยแพทย์โรคทรวงอกที่สามารถร่วมทำหัตถการการเปิดหลอดเลือดได้ทันเวลาที่ปัญหาความล่าช้าของการให้การรักษาโดยการเปิดเส้นเลือดเป็นปัญหาสำคัญที่พบ โดยผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ภายใน 12 ชั่วโมงหลังมีอาการ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สามารถพิจารณาการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (streptokinase-SK) ได้ ร้อยละ 76.4 ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา⁽⁶⁾ และร้อยละ 88.6 ในโรงพยาบาลปทุมธานี⁽⁷⁾ มีเพียงส่วนน้อยที่ผู้ป่วยมาล่าช้าเกินช่วงเวลา 12 ชั่วโมงคือร้อยละ 23.6 และร้อยละ 11.4 ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา⁽⁶⁾ และโรงพยาบาลปทุมธานี⁽⁷⁾ ตามลำดับ แต่เมื่อนำรายงานไปเปรียบเทียบกับการศึกษาวิจัยในต่างประเทศเช่น GUSTO IIb และ GRACE study

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาเร็วกว่าโดยเฉลี่ยประมาณ 2-3 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย⁽⁸⁻⁹⁾ โดยเฉพาะใน GRACE study มีผู้ป่วยร้อยละ 41 ที่มาใน 2 ชั่วโมง ปัญหาในจุดนี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการให้ความรู้กับประชาชน การพัฒนาการประสานงานกันในระบบเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ทันเวลา โครงการช่องทางด่วน (fast track) สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันริเริ่มในคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับทีมแพทย์ โรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ ด้วยการส่งโทรสารคลื่นไฟฟ้าหัวใจมายังช่องทางด่วน ทำให้มีการวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว และเข้าช่องทางด่วนในโรงพยาบาลในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือเปิดเส้นโดยการใส่สายสวนหัวใจ ซึ่งทำให้ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) ลดลงเหลือค่าเฉลี่ย 32.5 นาที⁽¹⁰⁾ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้ริเริ่มโครงการช่องทางด่วนเช่นเดียวกับจังหวัดเชียงใหม่ในปี 2549 จากการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลชุมชน เช่นโรงพยาบาลสูงเนินที่มีอายุรแพทย์เพียง 1 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจได้รับการวินิจฉัยและรักษาเบื้องต้นร้อยละ 80 ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก (CPG chest pain) และช่องทางการดูแลผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากหัวใจ (chest pain pathway) แต่ยังคงพบปัญหาการทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันเวลาภายใน 10 นาที หลังจากเข้ามารับบริการในห้องฉุกเฉินได้เพียงร้อยละ 40 แม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ร้อยละ 90 แต่มี 2 รายเสียชีวิตก่อนการส่งต่อ และสามารถส่งต่อทันเวลาภายใน 45 นาทีเพียงร้อยละ 11.1 ซึ่งสามารถสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังนี้

1. ปัญหาการวินิจฉัยแยกโรคเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด (cardiovascular chest pain) จากเจ็บหน้าอกทั่วไป: จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มี

อาการเจ็บหน้าอกมาก่อนแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจ แม้ว่าจะมีปัจจัยเสี่ยงชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเป็นหญิงที่อายุมากกว่า 55 ปี ไม่ได้รับการส่งต่อมาทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ห้องฉุกเฉิน และแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ไม่ได้รับการรักษาเบื้องต้นตามแนวทางกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เช่น ยาอมใต้ลิ้น การเดินทางมาโรงพยาบาลทันที ถ้าอ้อมยาแล้วไม่หายแน่นหน้าอก ผลการศึกษาที่พบคือ ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก กินยาโรคกระเพาะอาหารไม่ดีขึ้น และเมื่อเดินทางมาโรงพยาบาล อาการก็กำเริบ จนเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินโดยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ไม่ทันเวลา จำนวน 2 ราย ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่ชัดเจน แม้ว่าจะมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีการยกของส่วน ST แต่เมื่อผลเลือดในการวินิจฉัยอยู่ในเกณฑ์ปกติ สรุปผลการวินิจฉัยว่าไม่ใช่เจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด ซึ่งพบว่าไม่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค

2. ปัญหาการวางแผนดูแลผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับโรค: สืบเนื่องจากการวินิจฉัยผิดพลาดว่าไม่ใช่เจ็บหน้าอกจากกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยผิดพลาดล่าช้า

3. ขาดทักษะในการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การบันทึกอาการผู้ป่วย และการวางแผนการพยาบาล: แม้ว่าจะมีเครื่องอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ แต่พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน รวมทั้งแพทย์ประจำการต้องมีทักษะในการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น ที่สอดคล้องกับอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างสำคัญที่พบ ได้แก่ การให้ยามอร์ฟีน (morphine) เพื่อระงับอาการปวด และลดการทำงานของหัวใจ (preload) เมื่อผู้ป่วยอ้อมยาใต้ลิ้นแล้วอาการไม่ดีขึ้น การติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ที่เป็นสัญญาณแสดงถึงการเพิ่มขึ้นของการอุดตันหลอดเลือด และต้องได้รับการส่งต่อเพื่อได้รับการเปิดหลอดเลือดโดยด่วนต่อไป

4. ระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจากส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และการติดตามเยี่ยมบ้าน: หลังจากส่งต่อผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลสูงเนินไม่ทราบข้อมูลการวินิจฉัยและการรักษาว่าเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST หรือไม่ได้รับการรักษาโดยเปิดหลอดเลือดหรือไม่ภายในเวลาเท่าไร เพื่อดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการเกิดอาการครั้งต่อไป จากผลการศึกษาพบว่า เกือบทุกรายได้รับยาลดไขมันในเลือด แต่ไม่ได้รับความรู้ในการกินยาอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการกินอาหาร และการออกกำลังกายตามสมควร ขาดการให้ความรู้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บหน้าอก (chest pain alert) โดยให้อยา isordril ได้ล้นทันทีที่มีอาการ และเมื่ออาการไม่ดีขึ้น ให้เรียกรถพยาบาลฉุกเฉินไปรับมากกว่าเดินทางไปโรงพยาบาลด้วยตนเอง

การนำแนวทางการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก และช่องทางการดูแลผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากหัวใจ รวมถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงมาใช้ในโรงพยาบาลสูงเนิน เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น เปรียบเทียบกับก่อนปี 2547 ที่ไม่มีการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยชัดเจน ผลลัพธ์นี้ตรงกับการศึกษาของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า⁽⁵⁾ ซึ่งหลังการประกาศใช้แนวทางการรักษา พบว่า การให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัญหาที่พบจากการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มงานการตามรอยโรคทางคลินิก (clinical tracer) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ได้ทำการอบรมเพิ่มสมรรถนะการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้กับพยาบาลวิชาชีพ โดยอายุรแพทย์ของโรงพยาบาล

ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยหลังจากส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และกำหนดเกณฑ์การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสูงเนิน โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคและควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เป็นการประเมินตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก โดยใช้แนวทางการปฏิบัติรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก (CPG chest pain) และช่องทางการดูแลผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากหัวใจ (chest pain pathway) แม้ว่า การรักษาเบื้องต้นตามแนวทางปฏิบัติที่ห้องฉุกเฉินทำได้ร้อยละ 80 และผู้ป่วยได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ร้อยละ 90 แต่พบปัญหาการวินิจฉัยแยกโรคเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดจากเจ็บหน้าอกทั่วไป ส่งผลให้วินิจฉัยผิดพลาด ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และไม่ได้รับการรักษาเบื้องต้นตามช่องทางการดูแลผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากหัวใจ ซึ่งปัญหานี้มีความสำคัญมากกว่าการทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า และส่งผลให้เสียชีวิตก่อนการส่งต่อ ผลการประเมินครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันควรได้รับการคัดกรองตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แม้ว่า จะมีอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามการทบทวนแนวทางการวินิจฉัยแยกโรคอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด การเพิ่มสมรรถนะการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้กับพยาบาลวิชาชีพ และการ

ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อให้มีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก เป็นการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องมีการติดตามประเมินผลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชุณหเกษม โชตินัยวัตรกุล. Management of acute coronary syndrome (ACS). ใน: วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, สุนิรัตน์ คงเสรีพงศ์, บรรณาธิการ. Current concepts and progress in Guideline 2000 cardiopulmonary, cerebral resuscitation and emergency cardiovascular care. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2547. หน้า 27.
2. ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 2546; 2(3):19-33.
3. องค์การ เรื่องรัดนมอัมพร. Best practice for STEMI 2004. ใน: วัชระ จามจุรีรักษ์, สุนันทา สวรรค์ปัญญาเลิศ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ส.รุ่งทิพย์ ออฟเซท; 2547. หน้า 1-3.
4. ACC/AHA Guidelines of the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (executive summary). Circulation 2004; 110:1-49.
5. อมร เจษฎาญาณเมธา. การประเมินแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4 2548; 7(2):179-89.
6. ชานินทร์ สิมชาราแก้ว. ศึกษาอัตราเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4 2549; 8(1):10-7.
7. วิวัฒน์ ภาณุวัฒน์วงศ์. ผลลัพธ์ของการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation ภายหลังจากการใช้แบบแผนการรักษาในโรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4 2550; 9(3):198-205.
8. The Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndromes (GUSTO IIb) angioplasty substudy investigators. A clinical trial comparing primary coronary angioplasty with tissue plasminogen activator for acute myocardial infarction. N Engl J Med 1997; 336: 1621-8.
9. Steg AG, Goldberg RJ, Gore JM, Fox KA, Eagle KA, Flather MD, et al. GRACE investigators. Baseline characteristics, management practices and in-hospital outcomes of patients hospitalized with acute coronary syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). Am J Cardiol 2002; 90:358-63.
10. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบบูรณาการ รางวัลรองชนะเลิศ การประกวด BUPA Clinical Excellent Award 2004 [Serial online] 2549 [สืบค้นเมื่อ 18 ธ.ค. 49]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.ha.or.th/>

Abstract **Health Care Assessment of Patients with Acute Coronary Syndrome in Sung Noen Hospital, Changwat Nakhon Ratchasima, 2007**

Nilnetr Virasombat, Wanna Buranawanich

Sung Noen Hospital, Nakhon Ratchasima

Journal of Health Science 2009; 18:202-11.

The purpose of this retrospective study was to assess health care of patients with Acute Coronary Syndrome (ACS). Twenty patients with cardiovascular chest pain at emergency room in Sung Noen Hospital were assessed by “Clinical Practice Guidelines of chest pain” (CPG chest pain) and “chest pain pathway” of Sung Noen Hospital from January to June, 2007. It was found that acute coronary syndrome and acute ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) diagnosed in 90 and 60 per cent of patients with chest pain respectively. Most of acute coronary syndrome patients were male (55.6%). Smoking risk factor accounted for 71.4 percent of those males with acute coronary syndromes. Eighty percent of the patients with chest pain were primarily managed in line with clinical practice guidelines of chest pain, but only 40 percent underwent electrocardiogram (ECG) within 10 minutes as planned. Ninety percent of these patients were referred to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, but 11.1 percent made it as specified. Patients with previous chest pain but undiagnosed as cardiovascular chest pain were found in 27.8 percent of the patients with acute coronary syndrome. Treatment for these patients were, hence, delayed and some died before being referred to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Only 33.3 percent of the patients with acute STEMI were treated by reperfusion therapy. Fatalities in patients with acute coronary syndrome and acute STEMI were 27.8 and 16.7 percent respectively. It was proposed that patients with risk factors for acute coronary syndrome should be screened by electrocardiogram in spite of inconspicuous cardiovascular chest pain. Revision of clinical practice guidelines of chest pain, improvement of electrocardiogram interpretation competency of registered nurses and patients’ home health care should be further assessed and improved for patients with acute coronary syndrome.

Key words: **acute coronary syndrome (ACS), health care assessment, community hospital**