

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาวิเคราะห์ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ใน ICU โรงพยาบาลแพร่

Case Study and Analysis of Patients with Acute Myocardial Infarction in Intensive Care Unit of Prae Hospital

วิเชียร ลัทธวิงศกร พ.บ., น.บ.

ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่

Vichien Latdhivongsakorn M.D, L.L.B

Prae Hospital, Prae Province, Thailand

บทคัดย่อ

ได้ศึกษาวิเคราะห์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 109 ราย 5 ปีย้อนหลัง ระหว่างมกราคม 2532 ถึง
มกราคม 2537 เป็นผู้ป่วยชาย 45 ราย ผู้ป่วยหญิง 64 ราย อายุเฉลี่ย 60.83 ปี มีผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 14 ราย
อัตราการตายในโรงพยาบาล 12.84% ส่วนมากเสียชีวิตจาก cardiogenic shock มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมา
ด้วยอาการเจ็บอกเป็นสำคัญ พบว่าอัตราการตายในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับสูงอายุ, เพศหญิง Killip's class
สูงและโรคหัวใจเดิม อัตราตายของ Q และ Non-Q infarction ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการติดตามผู้ป่วย 79 รายซึ่งออกจากโรงพยาบาล พบว่าอัตราการตายภายใน 1 ปี เท่ากับ 10.13% และเวลา
ที่เหมาะสมในการจำหน่ายผู้ป่วยคือ 6 วันหลังรับไว้ในโรงพยาบาล

ABSTRACT

Clinical data from 109 patients diagnosed as acute myocardial infarction admitted in ICU and
Sub-ICU units of Prae Hospital between January 1989 to January 1992 were studied and analysed.
There were 45 male patients and 64 female patients. The average age was 63.08 years old (32-94).
There were 14 patients died in the hospital. In-hospital mortality rate was 12.84%. Most of them
died from cardiogenic shock. Age and severity of congestive heart failure on the admission day
were the important mortality indices. There was no statistically significant in the mortality rate
between Q and non-Q wave infarction in the hospital. Seventy-nine patients who survived had been
followed-up for 1 year and the mortality rate was 10.13%. Good timing for discharge was 6 days
after admission.

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน เป็นอาการแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุดและเป็นสาเหตุตายที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยตายทันทีภายใน 1 ชั่วโมง (sudden death)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction หรือ AMI) หมายถึง การตายเฉียบพลันของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจอันเป็นผลจากการขาดเลือด หรือออกซิเจน⁽¹⁾ สาเหตุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) มีส่วนน้อยที่เกิดกับหลอดเลือดโคโรนารีที่ปกติ⁽²⁾ มีโรคเพียงไม่กี่อย่างที่ทำให้ผู้ป่วยตายกระทันหัน (sudden death) และที่พบบ่อยที่สุดคือ AMI

แต่เดิมก่อนที่จะมีการจัดตั้งหน่วย ICU และ CCU อัตราตายของ AMI สูงมาก ภายหลังจากที่มีการจัดตั้งหน่วย ICU และ CCU ขึ้นแล้วทำให้อัตราตายของ AMI ในโรงพยาบาลลดลงอย่างมาก^(3,4) แต่อัตราตายของโรคนี้อย่างสูงมากในผู้ป่วย AMI ก่อนการ Admit และภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอาจไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง ได้รับสุขศึกษาไม่เพียงพอ ขาดความรู้ ขาดยาหรือไม่ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ดังนั้น การศึกษาวิเคราะห์ผู้ป่วย AMI จึงเป็นประโยชน์อย่างมากเพื่อจะได้รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลแต่เนิ่นๆ รักษาได้ทันทีไม่ต้องรอให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรืออาจเสียชีวิตโดยกระทันหัน การรู้ Prognosis ของโรคก็สามารถเพิ่มความระมัดระวังในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นได้ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลใน ICU (ซึ่งสูงมาก) ลงได้ไม่มากนักน้อย เป็นการประหยัดรายจ่ายของโรง

พยาบาลเพื่อนำไปพัฒนาด้านอื่นๆ ต่อไป

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ผลการรักษาผู้ป่วย AMI ซึ่งรับไว้ในหน่วย ICU และ Sub-ICU ของโรงพยาบาลแพร์ และศึกษา Prognosis ของผู้ป่วย AMI บางประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่ อายุ เพศ อาการ อัตราตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและอัตราตายภายในระยะเวลา 1 ปี หลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว โดยเปรียบเทียบกับตำรามาตรฐาน

วิธีการศึกษา

กลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างและวิธีการศึกษา

การศึกษาได้ทำขึ้นโดยติดตามดูแลผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น AMI และได้รับการรักษาใน ICU และ Sub-ICU ของโรงพยาบาลแพร์ในช่วงตั้งแต่ มกราคม พ.ศ.2532 จนถึง มกราคม พ.ศ.2537 รวม 5 ปี พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแน่นอนว่าเป็น AMI จำนวน 109 รายโดยอาศัยประวัติ อาการ และการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าเป็นหลักในการวินิจฉัย ผู้ป่วยเหล่านี้บางรายจะได้รับการรักษาใน ICU ตั้งแต่แรก บางรายรักษาที่ Sub-ICU อาการไม่ดีจึงย้ายเข้า ICU ในเวลาต่อมา

ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตใน ICU บางรายอาการดีขึ้นจึงย้ายไปรักษาที่ Sub-ICU และหอผู้ป่วยสามัญ จนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาขยายหลอดเลือดหัวใจ แต่ไม่ได้รับ thrombolytic treatment เลย

หลังจากกลับบ้านแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องโดยนัดผู้ป่วยเข้ารักษาที่คลินิกโรคหัวใจเดือนละ 1 ครั้งหรือเป็นระยะๆ ตามอาการ ถ้าขาดการติดต่อจะส่งจดหมายไปตามตัวมาเพื่อรักษาต่อไป

ผลการศึกษา

ในผู้ป่วย AMI 109 ราย เป็นชาย 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.3 เป็นหญิง 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.7 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 60.83 ปี (32-94 ปี) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยหญิง 63.63 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยชาย 53.87 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยหญิงจึงสูงกว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยชาย ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการดูแลรักษาใน ICU เฉลี่ย 4.02 วัน (1-19 วัน) และได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล 6.60 วัน (1-21 วัน) เวลาที่เหมาะสมในการจำหน่ายผู้ป่วยคือ 6 วันหลังรับไว้ในโรงพยาบาล

การกระจายของอายุ

พบว่า 77.99% ของผู้ป่วยมีอายุอยู่ระหว่าง 50-79 ปี และกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 60-69 ปี พบ

ได้ถึง 31.20% อายุน้อยที่สุด 32 ปี อายุมากที่สุด 94 ปี และอายุเฉลี่ย 60.83 ปี (ภาพที่ 1)

การกระจายของเพศ

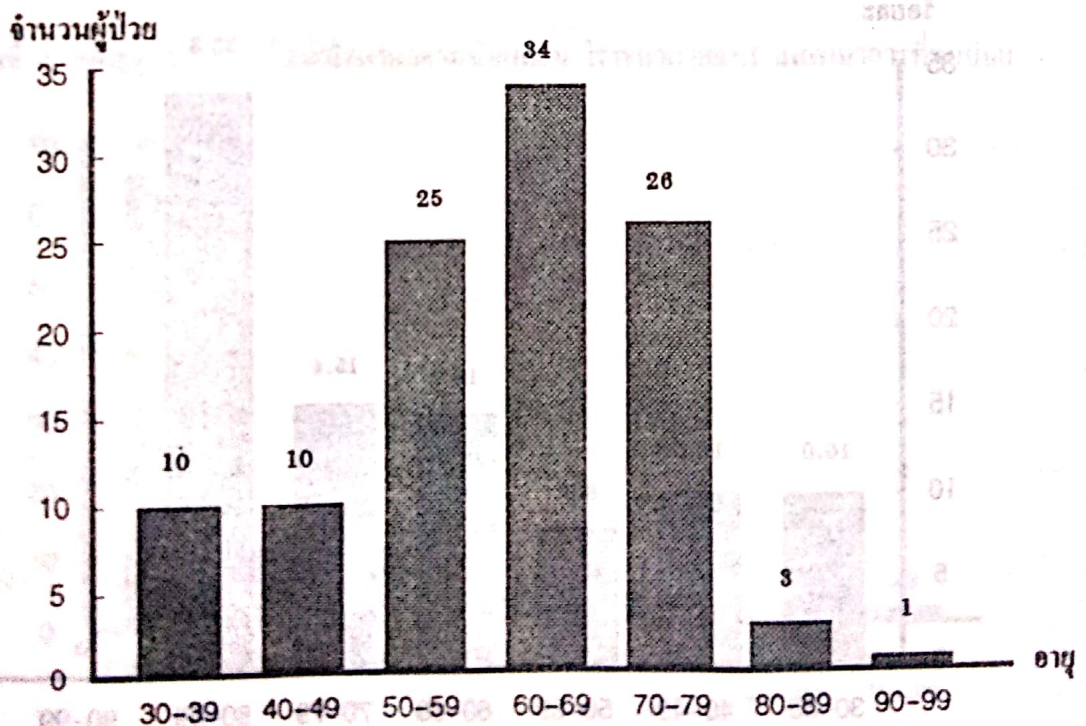
พบว่าในผู้ป่วยทั้งหมด 109 คน เป็นหญิง 64 คน เป็นชาย 45 คน อัตราส่วนผู้ชาย:ผู้หญิง = 45:64 หรือ 1:1.42

ชนิดและตำแหน่งของ Myocardial infarction

พบว่าผู้ป่วยเป็น:

- Anterior wall infarction 71 คน = 65.14%
- Inferior wall infarction 36 คน = 33.02%
- Posterior wall infarction 2 คน = 1.84%
- มีผู้ป่วยเป็น Q infarction 60 คน = 55.05%
- Non-Q infarction 49 คน = 44.95%

ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงการกระจายของอายุผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน โรงพยาบาลแพร์



อัตราการตายในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยทั้งหมด 109 ราย เสียชีวิต 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.84 อายุเฉลี่ยของผู้ที่เสียชีวิต 61.07 ปี (34-80 ปี) เป็นหญิง 8 ราย ใน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.14 เป็นชาย 6 ราย ใน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.86 ดังนั้นผู้ป่วยหญิงตายมากกว่าผู้ป่วยชาย เป็นผู้ป่วย Anterior wall infarct 10 รายใน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.43 ผู้ป่วย Inferior wall infarct 3 รายใน 14 ราย คิดเป็น 21.43 เป็นผู้ป่วย Posterior wall infarct 1 รายใน 14 รายคิดเป็นร้อยละ 7.14 เป็นเบาหวาน 3 รายคิดเป็น 21.43% เป็นโรคหัวใจ 4 รายคิดเป็น 28.57% โรคความดัน 2 รายคิดเป็น 14.29% เป็นโรคหลอดเลือดเรื้อรัง 2 รายคิดเป็น 14.29% ไม่มีประวัติเป็นโรค 3 รายคิดเป็น 21.43% จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจเดิมอยู่แล้วมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มอื่น แสดงว่าโรคหัวใจเดิมมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายใน

โรงพยาบาล

โรคแทรกซ้อนและสาเหตุของการเสียชีวิต

- Cardiogenic shock 10 ราย = 71.43%
- Ventricular arrhythmia 1 ราย = 7.14%
- CHF with pulmonary edema 1 ราย = 7.14%
- Respiratory failure 2 ราย = 14.29%

อัตราการตายจะสูงขึ้นตามอายุ (ภาพที่ 2) และกลุ่มอายุที่ตายมาก คือ 60-89 ปี อัตราสูงมากกว่า 70%

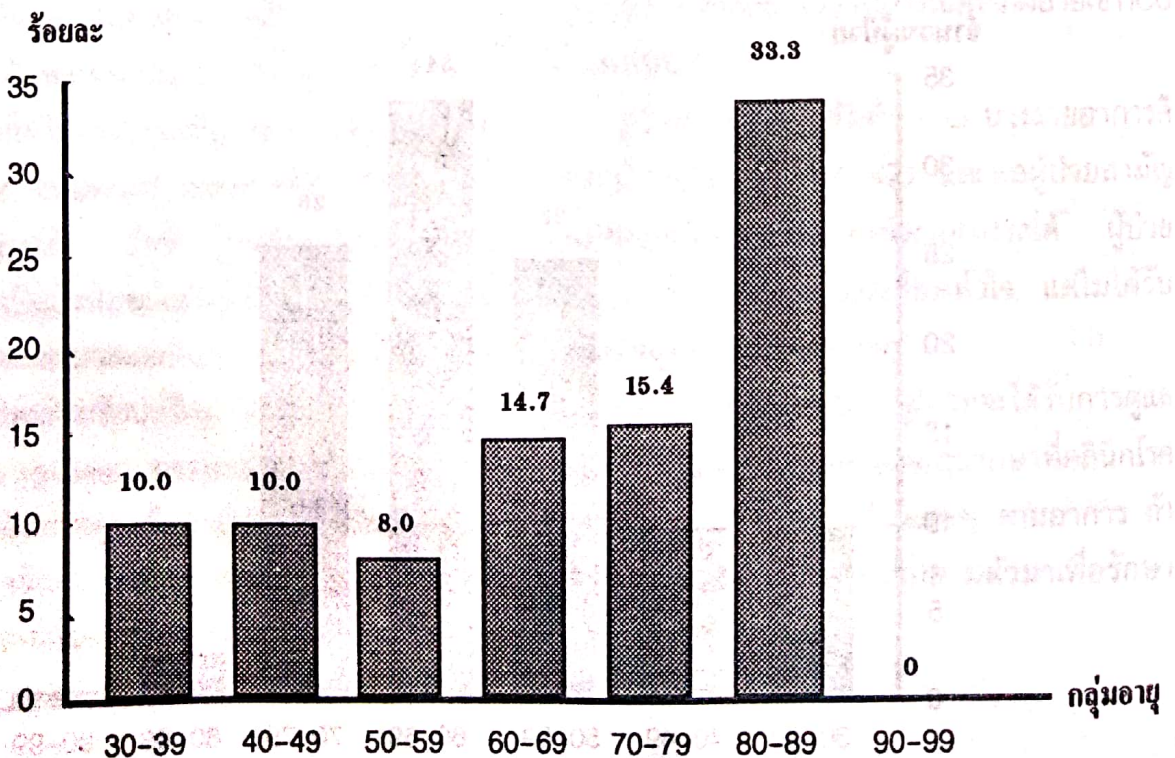
Hospital Mortality และภาวะ CHF แรกรับ

จากการศึกษา พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยสูงขึ้นตามความรุนแรงของภาวะ CHF แรกรับ ดังภาพที่ 3

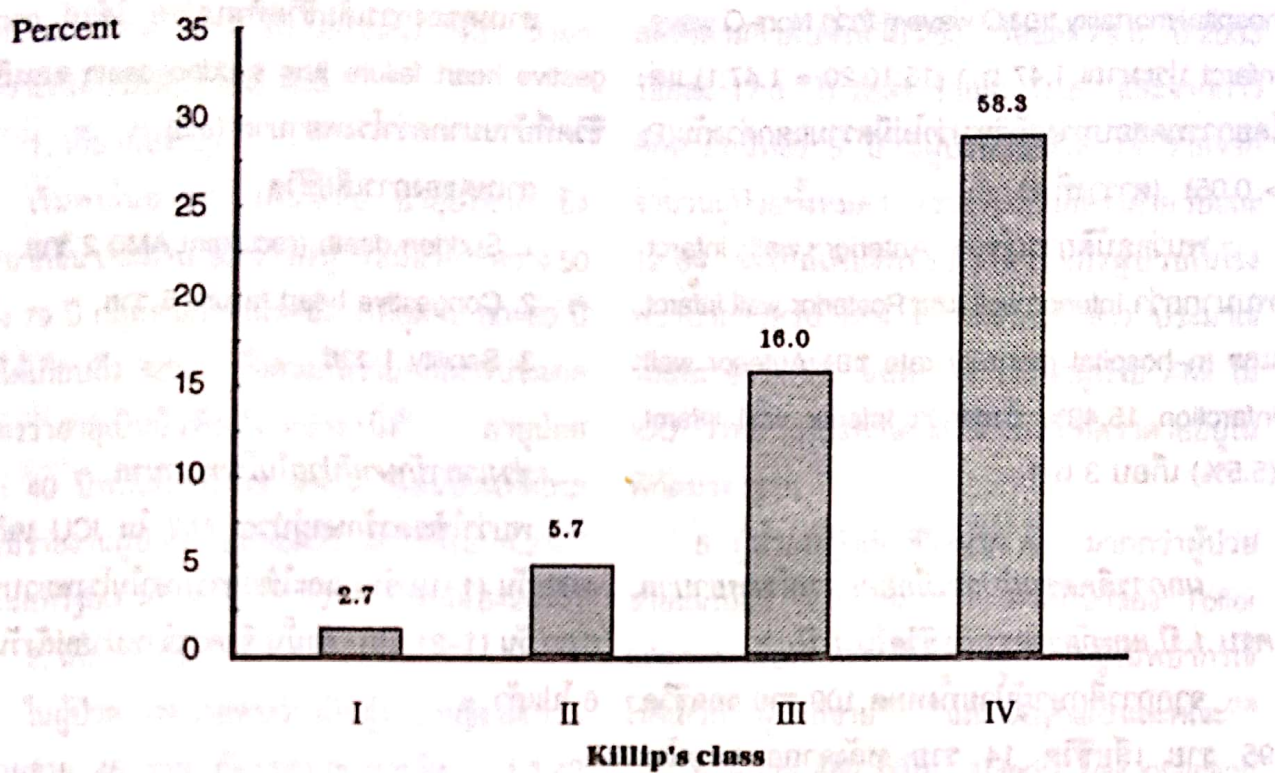
Common clinical manifestations in AMI

พบว่าอาการที่พบบ่อยๆของผู้ป่วย AMI ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ (dyspnea) และเป็นลมหมดสติ (syncope) (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 2 ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน โรงพยาบาลแพ... แสดง Hospital mortality and age distribution

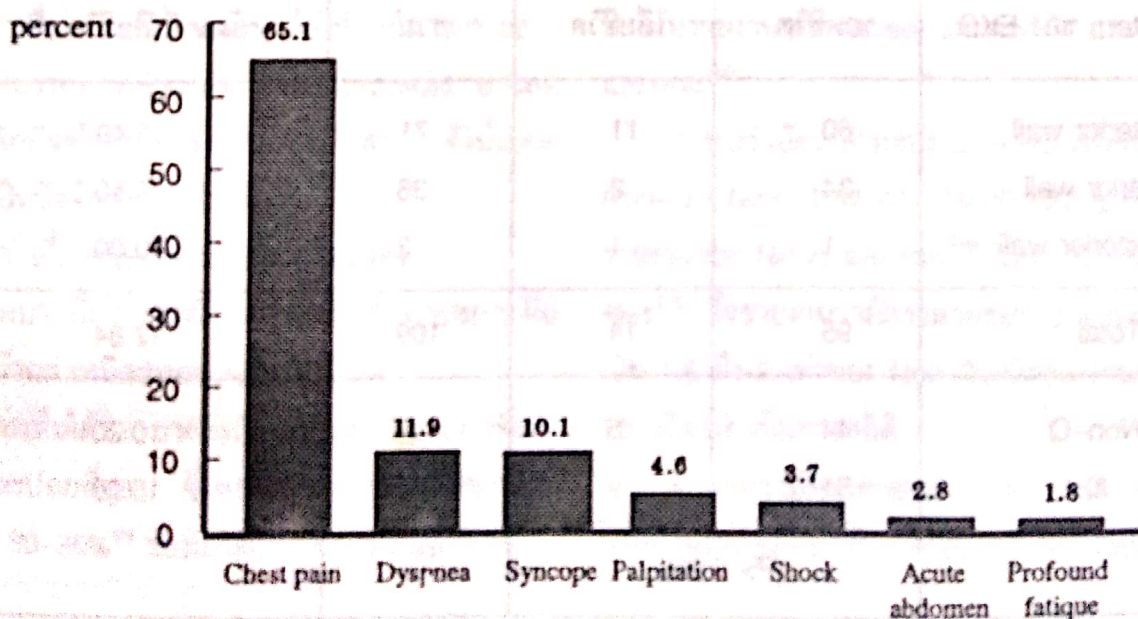


ภาพที่ 3 อัตราตายของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน โรงพยาบาลแพร่ แสดงตาม Killip's class



- Class I** - uncomplicated
- Class II** - mild to moderate CHF
- Class III** - severe CHF or pulmonary edema
- Class IV** - cardiac shock

ภาพที่ 4 ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน โรงพยาบาลแพร่ แสดงอาการที่พบบ่อย



Pattern ของ EKG ในผู้ป่วย AMI เทียบกับ การเสียชีวิตในโรงพยาบาล

พบว่า Incidence ของ Q wave infarct และ In-hospital mortality ของ Q wave สูงกว่า Non-Q wave infarct ประมาณ 1.47 เท่า (15:10.20 = 1.47:1) แต่ โดยการทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (P > 0.05) (ตารางที่ 1)

พบว่าอุบัติการณ์ของ Anterior wall infarct พบมากกว่า Inferior wall และ Posterior wall infarct และ In-hospital mortality rate ของ Anterior wall infarction 15.49% ซึ่งสูงกว่า Inferior wall infarct (5.5%) เกือบ 3 เท่า

ผลการติดตามผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล ครบ 1 ปี และอัตราการเสียชีวิตใน 1 ปี

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 109 ราย รอดชีวิต 95 ราย เสียชีวิต 14 ราย หลังจากออกจากโร...

พยาบาลแล้ว ได้ติดตามการรักษาผู้ป่วยครบ 1 ปี ติดตามได้ 79 ราย ในจำนวนนี้ เสียชีวิต 8 ราย คิด เป็นร้อยละ 10.13

สาเหตุของการเสียชีวิตที่พบบ่อย ได้แก่ congestive heart failure และ sudden death และเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล (5:3)

สาเหตุของการเสียชีวิต

1. Sudden death (recurrent AMI) 2 ราย
2. Congestive heart failure 5 ราย
3. Senility 1 ราย

ช่วงเวลารักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล

พบว่าใช้เวลารักษาผู้ป่วย AMI ใน ICU เฉลี่ย 4.02 วัน (1-19 วัน) และใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล 6.60 วัน (1-21 วัน) ดังนั้น จึงควรจำหน่ายหลังวันที่ 6 ไปแล้ว

ตารางที่ 1 Pattern ของ EKG ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน โรงพยาบาลแพ... และ อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล

Pattern ของ EKG	รอดชีวิต	เสียชีวิต	รวม	อัตราที่เสียชีวิต (%)
Anterior wall	60	11	71	15.49
Inferior wall	34	2	36	5.50
Posterior wall	1	1	2	50.00
Total	95	14	109	12.84
Non-Q	44	5	49	10.20
Q	51	9	60	15.00
	(P> 0.05)			

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ทั้งหมด 109 รายในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ระหว่างมกราคม 2532 ถึง มกราคม 2537 นำมาวิเคราะห์ได้ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. เกี่ยวกับอายุ

เริ่มพบในอายุกลางคนขึ้นไป อายุยิ่งมาก ยิ่งพบมากขึ้น ประมาณ 80% ของผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 50 ปีถึง 79 ปี กลุ่มอายุที่พบโรคนี้มากที่สุดคือ 60-69 ปี พบได้เกือบถึง 32% ซึ่งตรงกับรายงานต่างประเทศ แสดงว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง⁽⁵⁾ อายุน้อยกว่า 40 ปีพบได้ประมาณ 9% ซึ่งในประเทศไทยเคยมีรายงานผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 40 ปีพบ 4.2%⁽⁶⁾ แต่ในสหรัฐอเมริกาอายุน้อยกว่า 35 ปีพบได้ 6-24%⁽⁷⁾

2. เกี่ยวกับเพศ

ในผู้ป่วย 109 รายพบว่า เป็นผู้ป่วยหญิง 64 ราย ผู้ป่วยชาย 45 ราย อัตราส่วนชาย:หญิง = 1:1.42 พบในหญิงมากกว่าชายเล็กน้อยซึ่งแตกต่างจากรายงานในต่างประเทศ ที่พบว่าชายเป็นมากกว่าหญิง⁽⁸⁾ แต่อัตราส่วนเท่าไรไม่แน่ชัด

ในคนอายุน้อยกว่า 40 ปีมีรายงานว่า ชาย:หญิง = 7:1⁽⁶⁾ แต่หลังอายุ 50 ปีมีรายงานว่า ชายกับหญิงมีอัตราเสี่ยงพอกัน น่าจะพบได้เท่าๆกัน เพราะชายเริ่มมีสมรรถภาพเสื่อมลง การทำงานลดลง อาจลดหลังเลิกปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น บุหรี่ สุรา ดังนั้นเพศจึงไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคนี้

3. เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง

พบว่าทั้ง 2 เพศมีอาการสำคัญที่พบบ่อยๆ คือ เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ หน้ามืดเป็นลม

จะเห็นได้ว่า อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการที่พบมากและบ่อยที่สุด ซึ่งตรงกับรายงานต่างประเทศที่พบถึง 80-85%⁽⁹⁾ รองไปได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ

4. เกี่ยวกับอัตราการตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วย AMI

พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแพร่ลดลงตามลำดับดังนี้ ปี 2532 ร้อยละ 29.6 ปี 2533 ร้อยละ 17.0 ปี 2534 ร้อยละ 15.5 และจากการศึกษาย้อนหลัง 5 ปี มีผู้ป่วยเสียชีวิต 14 รายจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 109 ราย คิดเป็นอัตราการตายร้อยละ 12.84 ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราการตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสำหรับ AMI ในประชากรผิวขาว ประมาณร้อยละ 9-14^(9,10) แสดงว่าการรักษาผู้ป่วย AMI ใน ICU โรงพยาบาลแพร่ได้ผลดี เพราะอัตราการตายอยู่ในพิกัดมาตรฐาน

5. ผู้ป่วยหญิงเสียชีวิตจาก AMI มากกว่าผู้ป่วยชายเล็กน้อย (8:6) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Tofler และคณะ เมื่อปี 1987 ซึ่งบ่งว่าผู้ป่วยหญิงมีพยากรณ์โรคเลวกว่าผู้ป่วยชาย^(11,12) และ Maynard และคณะ⁽¹⁰⁾

6. ผู้ป่วย AMI ที่เป็น Anterior wall infarction จะมีอัตราการตายสูงกว่า Inferior wall infarction และ Posterior wall infarction เนื่องจากตำแหน่งของ Anterior wall เป็น left ventricle ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับ cardiac contraction ดังจะเห็นได้จากสาเหตุการเสียชีวิตซึ่งเป็น Cardiogenic shock เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งตรงกับรายงานของ Maisel และคณะ⁽¹³⁾ และ Hands และคณะ⁽¹⁴⁾

7. พบว่าอัตราการตายของ Q-wave infarct สูงกว่า Non-Q infarct 1.47 เท่า (15.00:10.20) ซึ่งตรงกับรายงานของ Nicod และคณะ⁽¹⁵⁾ และ O'Brien และคณะ⁽¹⁶⁾ ซึ่งรายงานว่าอัตราการตายของ Q wave infarct เป็น 1.5 ถึง 2 เท่าของ Non Q แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8. พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วย AMI จะสูงขึ้นตามอายุและสูงเกือบถึง ร้อยละ 50 ในผู้ป่วยอายุ 70

ปีขึ้นไป ซึ่งตรงกับรายงานของ Maynard และคณะ⁽¹⁰⁾

9. สำหรับความรุนแรงของภาวะ CHF แรกรับ จะเป็น Prognostic index ที่ดีมาก พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยจะสูงขึ้นเมื่อความรุนแรงของ CHF เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยกลุ่ม Killip's class สูง (Killip's class IV) ซึ่งมีภาวะ cardiogenic shock เสียชีวิตในโรงพยาบาล 7 รายจาก 12 ราย คิดเป็นร้อยละประมาณ 60 หรือประมาณสองในสามของ class IV ซึ่งตรงกับรายงานของ Forester และคณะ⁽¹⁷⁾ และศุภชัย ไชยธีระพันธ์ และคณะ⁽⁶⁾

10. สำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตมาทั้งหมด 95 ราย และมา follow up ครบ 1 ปี มี 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.16 ติดตามไม่ได้ 16 ราย คิดเป็น 16.84 ทั้งที่มีจดหมายหรือไปรษณียบัตรติดตามแล้วก็ไม่มา อาจเป็นเพราะขาดความเข้าใจถึงความจำเป็นในการรักษาแบบต่อเนื่อง ทำให้อัตราการตายภายใน 1 ปีหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้วยังสูงอยู่ จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 1 ปี 8 รายจากทั้งหมดที่ติดตามได้ 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.13

11. ระยะเวลาอันเหมาะสมในการจำหน่ายผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.60 วัน ใน ICU 4.02 วัน ปกติแล้วมักจะออกจากโรงพยาบาลภายในวันที่ 6-7 หลังวันรับเข้ารักษา ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการหายปกติและไม่มีโรคแทรกซ้อน ซึ่งตรงกับรายงานของ Pasternak และ Braunwald⁽⁷⁾ กรณีที่ผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนต้องรักษาโรคนั้นจนอาการคงที่เสียก่อนจึงจะให้ออกจากโรงพยาบาลได้และควรนัดเข้าคลินิกโรคหัวใจมาติดตามการรักษาและให้คำปรึกษาแนะแนวเป็นระยะๆ เพื่อป้องกันเกิดโรคซ้ำ

เคยมีรายงานว่า Early discharge (3 วันหลังรับไว้ในโรงพยาบาล) ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อ AMI ⁽¹⁸⁻²⁰⁾

ประมาณร้อยละ 50 และมีรายงานเหมือนกันว่า late discharge กลับทำให้อัตราป่วยและอัตราการตายเพิ่มขึ้น⁽²¹⁾

สรุป

1. อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 50-79 ปี ร้อยละ 34 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี
2. เพศ ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยง พบได้พอกๆกันทั้งหญิงและชาย
3. อาการสำคัญที่สุดที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือ อาการเจ็บอก พบได้ถึงร้อยละ 65 รองไปคือ อาการเหนื่อยหอบ
4. อัตราตายในโรงพยาบาล ประมาณ 12.84% จัดอยู่ในเกณฑ์ไม่สูงเกินไป (ปกติ 9-14%)
5. เพศหญิงมีอัตราการตายสูงกว่าเพศชาย
6. ผู้ป่วย AMI ที่เป็น Anterior infarct มีอัตราการตายสูงกว่า Inferior wall infarct
7. ผู้ป่วย AMI ชนิด Q wave infarct มีอัตราการตายสูงกว่า Non-Q wave infarct ประมาณ 1.47 เท่า
8. อัตราตายของผู้ป่วย AMI จะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุและสูงเกือบถึง 50% ในผู้ป่วยอายุ 70 ปีขึ้นไป
9. ความรุนแรงของ CHF แรกรับจะเป็นตัว Prognostic อย่างดี ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาก มักจะเสียชีวิตได้ง่ายถึงร้อยละ 60 หรือสองในสามของผู้ป่วย ซึ่งมีภาวะ cardiogenic shock เข้าแทรกซ้อนทำให้เสียชีวิต
10. One-year mortality rate 10.13% ซึ่งไม่สูงมากนัก แสดงว่าการรักษาน่าพอใจ
11. ระยะเวลาอันเหมาะสมในการให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยไม่มีอาการแทรกซ้อน คือ 6-7 วันหลังจากวันรับไว้รักษา

เอกสารอ้างอิง

1. วิเชียร ทองแดง. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน: จินตนา ศิรินาวิน, สุมาลี นิยมมานนิตย์, วันชัย วนะชิวานาวิน, บรรณาธิการ. ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เอช เอน สเตชันเนอ์และการพิมพ์, 2532;16:165-185.
2. ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์. กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน. ใน: สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, พันธุ์พิษณีย์ สาครพันธ์, บรรณาธิการ. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด, พิมพ์ครั้งที่ 1. สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูไนเต็ดโปรดักชั่น, 2524:15,302-323.
3. Lee TH, Goldman L. The coronary care unit turns 25: historical trends and future directions. *Ann Internal Med* 1988;108:887-894.
4. Killip T 3d, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit: a two year experience with 250 patients. *Amer J Cardiol* 1967;20:457-464.
5. Myers AR. Ischemic heart disease. Singapore: The Nation Medical Series for Independent Study: Medicine, 1989:19-28.
6. ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, วิเชียร ทองแดง, พิงใจ งามอุโฆษ, และคณะ. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยอายุน้อย. *วารสารโรคหัวใจ* 2533;3:19-24.
7. Pasternak RC, Braunwald E, Sobel BE. Acute myocardial infarction. In: Braunwald E. Heart disease, a textbook of cardiology, 4thed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1992:1201-1270.
8. Pasternak RC, Braunwald E, Alpert JS. Acute myocardial infarction. In: Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS. Harrison's principle of Internal medicine, 11st ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1987:982-992.
9. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomised trail of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. *Lancet* 1988;2:349-360.
10. Maynard C, Weaver WD, Litwin PE, et al. Hospital mortality in acute myocardial infarction in the era of reperfusion therapy. *Am J Cardiol* 1993;72:877-882.
11. Tofler GH, Stone PH, Muller JE, et al. Effects of gender and race on prognosis after myocardial infarction: adverse prognosis for women, particularly black women. *J Am Coll Cardiol* 1987;9:473-482.
12. Kannel WB, Sorlic P, McNamera PM. Prognosis after initial myocardial infarction: the Framingham Study. *Am J Cardiol* 1979;44:53-59.
13. Maisel AS, Gilpin E, Holt B, et al. Survival after hospital discharge in matched populations with inferior or anterior myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1985;6:731-736.

14. Hands ME, Lloyd BL, Robinson JS, DeKlerk N, Thompson PL. Prognostic significance of electrocardiographic site of infarction after correction for enzymatic size of infarction. *Circulation* 1986;73:885-891.
15. Nicod P, Gilpin E, Dittrich H, et al. Short- and long-term clinical outcome after Q wave and Non-Q wave myocardial infarction in a large patient population. *Circulation* 1989;79:528-536.
16. O'Brien TX, Ross J Jr. Non-Q-wave myocardial infarction; incidence, pathophysiology, and clinical course compared with Q-wave infarction. *Clin Cardiol* 1989;12(Suppl 3):3-9.
17. Forrester JS, Diamond G, Chatterjee K, Swan HJC. Medical therapy of acute myocardial infarction by application of hemodynamic subsets. *N Eng J Med* 1976;295:1404-1415.
18. Pryor DB, Hindman MC, Wagner GS, Califf RM, Rhoads MK, Rosati RA. Early discharge after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1983;99:528-538.
19. Mark DB, Sigmon K, Topol EJ, Kereiakes DJ, Pryor DB, Candela RJ, Califf RM. Identification of acute myocardial infarction patients suitable for early hospital discharge after aggressive interventional therapy. *Circulation* 1991;83:1186-1193.
20. Topol EJ, Burek K, O'Neill WW, et al. A randomized controlled trial of hospital discharge three days after myocardial infarction in the era of reperfusion. *N Engl J Med* 1988;318:1083-1088.
21. Abraham AS, Sever Y, Weinstein M, Dollberg M, Menczel J. Value of early ambulation in patients with and without complications after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1975;292:719-722.