

การศึกษาภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน
Acute Coronary Syndrome in Taphanhin Crown Prince Hospital

วิศิษฐ์ อภิสัทธีวิทยา พ.บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ข้อมูลของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันที่มารักษาใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินในเรื่องของ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง กระบวนการรักษา และ ผลการรักษา นำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบกับข้อมูลใน ประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ICD-10 codes I20-I25) ที่ รักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ย้อนหลังในช่วงเวลา 1 กันยายน 2550 - 30 กันยายน 2550 หรือ 1 เมษายน 2548 – 30 กันยายน 2549

จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบในช่วงเวลาดังกล่าว 117 คน แบ่งเป็นการ วินิจฉัย Unstable angina ร้อยละ 51.3, Unstable angina with ST-T segment changes ร้อยละ 5.1, Non ST segment elevation MI (NSTEMI) ร้อยละ 34.2, ST segment elevation MI (STEMI) ร้อยละ 9.4 อายุเฉลี่ย

66.7 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.3 ผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยได้รับยา Aspirin, Beta blockers, ACEIs และ Statins คิดเป็นร้อยละ 97.4, 53, 46.1 และ 50.4 ตามลำดับ ผู้ป่วย NSTEMI ได้รับยา LMWH ร้อยละ 80 ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา Thrombolytic agent ร้อยละ 53 ระยะเวลาที่ได้รับยาจากเมื่อมาถึง โรงพยาบาลถึงได้รับ ยาเท่ากับ 58.5 นาที ระยะเวลาที่ได้รับจากเริ่มมีอาการ แน่นหน้าอกถึงได้รับยาเท่ากับ 2 ชั่วโมง 9 นาที อัตรา การเสียชีวิตในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 5.1 และคิด เป็นร้อยละ 28.6 ในกลุ่มผู้ป่วย STEMI และร้อยละ 18.2 ในกลุ่มผู้ป่วย NSTEMI อัตราการส่งต่อเพื่อรักษา คิดเป็นร้อยละ 12 โดยคิดเป็นร้อยละ 36.41 ในกลุ่ม ผู้ป่วย STEMI และร้อยละ 17.5 ในกลุ่มผู้ป่วย NSTEMI การศึกษานี้พบว่ามี การเสียชีวิตและการส่งต่อ ผู้ป่วยที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย NSTEMI และ STEMI จึงควรพัฒนาหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยและ ระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

* นายแพทย์ 7 กลุ่มงานเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

Abstract

The main objective of this research was to study the epidemiology, management and outcome of patients with acute coronary syndrome (ACS): unstable angina, unstable angina with ST-T segment changes, Non ST segment elevation Infarction (NSTEMI), ST segment elevation myocardial Infarction (STEMI) who were admitted to Taphanhin Crown Prince Hospital by collected data of patient with confirmed discharge diagnosis at AMI (ICD-10 codes I20-I25) during the peroid April 1, 2005 to September 30, 2006.

Results showed 117 cases were included in study of these patients, 51.3% had unstable angina 5.1% had unstable angina with ST segment changes, 34.2% had NSTEMI and 9.4% had STEMI. Mean ages was 66.7 years old. 51.3% were female. Patient were treated with Aspirin, Beta blockers, ACEIs and Statins in 97.4%, 53%, 46.1% and 50.4% respectively. Enoxaparin was used in 80% of NSTEMI cases. Thrombolytic therapy was used in 53% of STEMI cases. Mean of door to needle time was 58.5 minutes and mean of chest pain to thrombolitic time was 2 hours and 9 minutes. In-hospital mortality was 5.1% overall and 28.6% of STEMI cases which was higher than 18.2% of NSTEMI cases. Total tranferal cases were 12% and 36.4% of STEMI cases which was

higher than 17.5% at STEMI cases. The results of this study provide additional data concerning ACS in a rural hospital. There was high rate of both in-hospital mortality and transfer, especially in STEMI and STEMI cases. The finding suggest that there would be benefit from developing improve guidelines of ACS management and transferal systems of patients with ACS admitted in Taphanhin hospital.

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรในประเทศไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ซึ่งนับเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข

มีการศึกษาถึงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ซึ่งข้อมูลในประเทศจะมีข้อมูลในระดับโรงพยาบาลขนาดใหญ่และในโรงเรียนแพทย์⁽¹⁾

สำหรับข้อมูลในระดับจังหวัดมีรายงานอยู่บางแห่ง⁽²⁾ ส่วนในข้อมูลของโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอ นั้นมีแต่การศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา Thrombolytic agent ในโรงพยาบาลชุมชน⁽³⁾

สำหรับรายงานในต่างประเทศ พบว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลชุมชน มีคุณภาพต่ำ

กว่าโรงพยาบาลในเมือง ซึ่งมีขนาดใหญ่และศักยภาพที่มากกว่า^(4, 5, 6, 7)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันที่มีรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหินในเรื่องของข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยง กระบวนการรักษา และผลการรักษา นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูลในประเทศไทยและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันที่มีรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort study) จากแฟ้มเวชระเบียน ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน (ICD-10 codes I20-I25) ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2548 - 30 กันยายน 2549 โดยจะเก็บข้อมูลและนำมาวิเคราะห์เกี่ยวกับอายุ เพศ ปัจจัยเสี่ยง กระบวนการรักษา ได้แก่ ความรวดเร็วของการได้รับยา thrombolytic agent การได้รับยา ASA, Beta blockers, ACEIs และ Statins การวินิจฉัยโรคได้แก่ Unstable angina, Unstable angina with ST-T segment changes, Non ST segment elevation MI (NSTEMI), ST segment elevation MI (STEMI) และ

ผลการรักษาโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และร้อยละ (Percentage)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน ตั้งแต่ 1 เมษายน 2548-30 กันยายน 2549 มีทั้งหมด 117 ราย โดยแบ่งเป็น ภาวะ Unstable angina 60 ราย, ภาวะ Unstable angina with ST-T Segment changes 6 ราย, ภาวะ NSTEMI 40 ราย, ภาวะ STEMI 11 ราย

อายุเฉลี่ยทั้งหมด 66.7 ปี เป็นเพศหญิง 60 คน คิดเป็นร้อยละ 51.3 เป็นเพศชาย 57 คน คิดเป็นร้อยละ 48.7

มีปัจจัยเสี่ยงเป็นเบาหวาน 30 รายคิดเป็นร้อยละ 25.6 ความดันโลหิตสูง 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.8 ไขมันในเลือดสูง 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.4 สูบบุหรี่ 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 6 เคยสูบบุหรี่ 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.5 ดังแสดงในตาราง 1 โดยไม่มีปัจจัยเสี่ยง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.4 ปัจจัยเสี่ยง 1 ข้อ 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.6 ปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อ 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.6 ปัจจัยเสี่ยง 3 ข้อ หรือมากกว่ามี 11 รายคิดเป็น ร้อยละ 9.4

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลผู้ป่วยและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน

	UA N= 60 (51.3%)	UA with ST-TSegment changes N= 6 (5.1%)	NSTEMI N= 40 (34.2%)	STEMI N= 11 (9.4%)	Total N=117 (100%)
อายุเฉลี่ย (ปี)	65.53	64.7	70.3	63	66.7
อายุ (ปี)					
< 45	5 (8.3%)	1(16.7%)	0	1(9.1%)	7 (6%)
45 - 54	7 (11.7%)	0	4 (10%)	3 (27.3%)	15 (12.8%)
55 – 64	12 (20%)	3 (50%)	1 (2.5%)	2 (18.2%)	16 (13.7%)
65 – 74	23 (38.3%)	1(16.7%)	21 (52.5%)	1 (9.1%)	46 (39.3%)
> หรือเท่ากับ 75	13 (21.7%)	1(16.7%)	14 (35%)	4 (36.4)	33 (28.2%)
เพศหญิง (คน)	28 (47.7%)	3 (50%)	21 (52.5%)	8 (72.7%)	60 (51.3%)
ปัจจัยเสี่ยง					
- เบาหวาน	17 (28.3%)	1 (16.7%)	8 (20%)	4 (36.4%)	30 (25.6%)
-ความดันโลหิต	30 (50%)	2 (33.3%)	27 (67.5%)	5 (45.5%)	70 (59.8%)
-ไขมันในเลือดสูง	25 (41.7%)	4 (66.6%)	19 (47.5%)	4 (36.4%)	52 (44.4%)
-สูบบุหรี่	4 (6.7%)	1 (16.7%)	2 (5%)	0	7(6%)
-เคยสูบบุหรี่	30 (50%)	4 (66.6%)	0	4 (36.4%)	38 (32.5%)

Unstable angina (UA) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เข้าได้กับภาวะหัวใจขาดเลือดและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ดูแลรักษา

Unstable angina with ST-T Segment changes หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เข้าได้กับภาวะหัวใจขาดเลือดและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Unstable angina และมีคลื่นหัวใจที่เปลี่ยนแปลงเข้าได้กับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

Non ST Elevation myocardial Infarction (NSTEMI) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เข้าได้กับภาวะหัวใจขาดเลือด และมีค่า Troponin I เป็นบวก

ST Elevation myocardial Infarction (STEMI) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เข้าได้กับภาวะหัวใจขาดเลือด และมีค่าคลื่นหัวใจ ST segment ยกตัวสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 0.2 mV ใน leads V₁, V₂, V₃ และมากกว่าหรือเท่ากับ 0.1 mV ใน leads อื่น ใน leads ที่ติดกัน 2 leads ขึ้นไปหรือมีความสัมพันธ์กันตั้งแต่ 2 leads ขึ้นไป

2. การได้รับการรักษาและระยะเวลาการได้รับยา

ผู้ป่วยได้รับยา Aspirin ทั้งหมด 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.4 โดยได้รับทันทีที่ห้องฉุกเฉิน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 47 โดยกลุ่มผู้ป่วย STEMI มีผู้ป่วยที่รับยา Aspirin ทันทีที่ห้องฉุกเฉินมากที่สุด 8 ใน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.8 ผู้ป่วยได้รับยา Beta-blockers ทั้งหมด 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 53 โดยกลุ่มผู้ป่วย STEMI มีผู้ป่วยที่รับยา Beta-blocker มากที่สุด 7 ใน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 ผู้ป่วยได้รับยา ACEIs หรือ ARBs 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.1 โดยกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มได้รับยาในอัตราใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยได้รับยา Statins 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.4 โดยกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มได้รับยาในอัตราใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยได้รับยา Enoxaparin 32, 3, 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 80, 50, 8.3 ในผู้ป่วย NSTEMI, Unstable angina with ST-T Segment changes และ Unstable angina ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.4 จากผู้ป่วย STEMI ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของชนิดของยา จำแนกตามประเภทการรักษา

	UA	UA with ST-Segment changes	NSTEMI	STEMI	Total
	N= 60 (51.3%)	N= 6 (5.1%)	N= 40 (34.2%)	N= 11 (9.4%)	N=117 (100%)
Streptokinase	0	0	0	4 (36.4%)	4 (3.4%)
Enoxaparin	5 (8.3%)	3 (50%)	32 (80%)	5 (45.5%)	44 (37.6%)
Aspirin at ER	26 (4.3%)	2 (33.3%)	19 (47.5%)	8 (72.8%)	55 (47%)
Aspirin	57 (95%)	6 (100%)	40 (100%)	11(100%)	114 (97.4%)
Beta-blockers	36 (60%)	2 (33.3%)	17 (42.5%)	7 (63.6%)	62 (53%)
ACEIs or ARBs	28 (46.7%)	3 (50%)	18 (45%)	5 (45.5%)	54 (46.1%)
Statins	36 (60%)	3 (50%)	16 (40%)	4 (36.3%)	59 (50.4%)
Fibrates	4 (6.7%)	0	1 (2.4%)	0	5 (4.3%)

ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับยาละลาย Streptokinase ในผู้ป่วย STEMI โดยเฉลี่ย 58.5 นาที ต่ำสุด 44 นาที สูงสุด 85 นาที ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอกจนได้รับยา Streptokinase ในผู้ป่วย STEMI โดยเฉลี่ย ประมาณ 2 ชั่วโมง 9 นาที ต่ำสุด 1 ชั่วโมง 25 นาที สูงสุด 3 ชั่วโมง 49 นาที ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase

ระยะเวลา	ผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase (N= 4)		
	\bar{x}	Min	Max
Door to needle time	58.5 นาที	44 นาที	85 นาที
ระยะเวลาตั้งแต่ห้องฉุกเฉินถึงได้รับยา			
Symptom to thrombolytic time	2 ชม. 9 นาที	3 ชม. 49 นาที	1 ชม. 25 นาที
ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการแน่นหน้าอกถึงได้รับยา			

3. ผลการวิจัย

มีผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 9 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย จาก 7 รายในกลุ่มผู้ป่วย STEMI (ตัดผู้ป่วย Refer ออกไป) คิดเป็นร้อยละ 28.6 โดยผู้ป่วย 2 ราย ที่เสียชีวิตไม่ได้รับยา Streptokinase ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 6 ราย จาก 30 ราย ในกลุ่มผู้ป่วย NSTEMI (ตัดผู้ป่วย ส่งตัวไปรักษาต่อออกไป) คิดเป็นร้อยละ 18.2 ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย จาก 6 ราย ในกลุ่มผู้ป่วย Unstable angina with ST-T Segment changes คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีผู้ป่วยส่งตัวไปรักษาต่อทั้งหมด 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 12 แบ่งเป็น ส่งตัวไปรักษาต่อ 4 ราย ในกลุ่มผู้ป่วย STEMI 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.4 ส่งตัวไปรักษาต่อ 7 ราย ในกลุ่มผู้ป่วย NSTEMI 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.5 ส่งตัวไปรักษาต่อ 3 รายในกลุ่มผู้ป่วย Unstable angina 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 5

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 วัน โดยน้อยที่สุด 2.92 วัน ในกลุ่มผู้ป่วย Unstable angina และมากที่สุด 4.9 วัน ในกลุ่มผู้ป่วย NSTEMI ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผลการรักษาและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

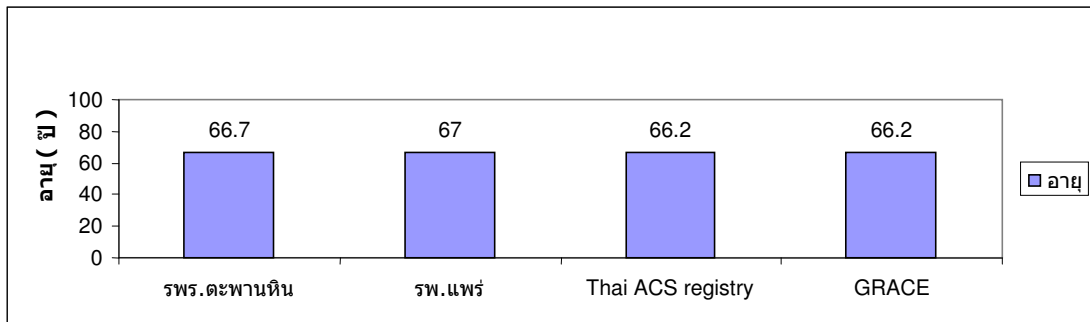
	UA	UA with ST-Segment changes	NSTEMI	STEMI	Total
	N= 60 (51.3%)	N= 6 (5.1%)	N= 40 (34.2%)	N= 11 (9.4%)	N=117 (100%)
เสียชีวิต	0	1 (16.7%)	6 (15%)	2 (18.1%)	9 (7.7%)
ส่งตัวรักษาต่อ	3 (5%)	0	7 (17.5%)	4 (36.4%)	14 (12%)
อาการดีขึ้นจนกลับบ้านได้	57 (95%)	5 (83.3%)	27 (67.5%)	5 (45.5%)	94 (71.8%)
ระยะเวลาการนอน (วัน)	2.9	4	4.9	4	3.75

วิจารณ์

แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยออกมาอย่างชัดเจน^(8, 9, 10) และมีงานวิจัยใหม่ออกมาอย่างต่อเนื่อง^(11, 12, 13) แต่คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความแตกต่างกันจากปัจจัยของแพทย์ผู้ดูแล เช่น อายุรแพทย์เมื่อเปรียบเทียบกับอายุรแพทย์โรคหัวใจ^(14, 15, 16) จากปัจจัยของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง (Urban Hospital) เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในพื้นที่ห่างไกล (Rural Hospital)^(4, 5, 6, 7)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง มี ICU 3 เตียง มีอายุรแพทย์ 1 คน แพทย์เฉพาะทางด้านอื่นอีก 3 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอีก 5 คน (ขณะที่เก็บข้อมูลวิจัย) โรงพยาบาลห่างจากโรงพยาบาลศูนย์ที่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจประมาณ 100 กิโลเมตร การเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง การแบ่งผู้ป่วยในงานวิจัยนี้แบ่งผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบกับ Thai ACS Registry (n = 1,214)⁽¹⁾ ซึ่งเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 16 แห่งทั่วประเทศเป็นงานวิจัยของไทยและ GRACE study (n = 64,675)⁽¹³⁾ ซึ่งเก็บข้อมูลใน 14 ประเทศ 84 โรงพยาบาลเป็นงานวิจัยของต่างประเทศและบางส่วนเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่มีการทำวิจัยที่คล้ายคลึงกันคือ โรงพยาบาลแพร่ (n = 208)⁽²⁾ โดยประกอบด้วยผู้ป่วย 3 กลุ่มแรกคือ STEMI, NSTEMI, Unstable angina with ST-T Segment changes⁽¹⁾ ส่วนภาวะ Unstable angina เป็นเก็บข้อมูลตามการวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา ซึ่งทั้งหมดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกและมักมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อน ซึ่งพบว่าผู้ป่วย STEMI และ Unstable angina with ST-T Segment changes มีปริมาณน้อย

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 117 คน พบว่าอายุเฉลี่ยคือ 66.7 ปี ใกล้เคียงกับของโรงพยาบาลแพร์, Thai ACS Registry และ GRACE มีอายุเฉลี่ย 67, 66.2, 66.2 ปี ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 1 ผู้ป่วยกลุ่ม NSTEMI มีอายุเฉลี่ยสูงสุด (อายุเฉลี่ย 70.3 ปี) และช่วงอายุ 65 - 74 ปี เป็นช่วงอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด เช่นเดียวกับโรงพยาบาลแพร์, Thai ACS Registry และ GRACE ที่มีผู้ป่วยกลุ่ม NSTEMI มีอายุเฉลี่ยสูงสุดและช่วงอายุ 65 - 74 ปี เป็นช่วงอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด study เช่นกัน



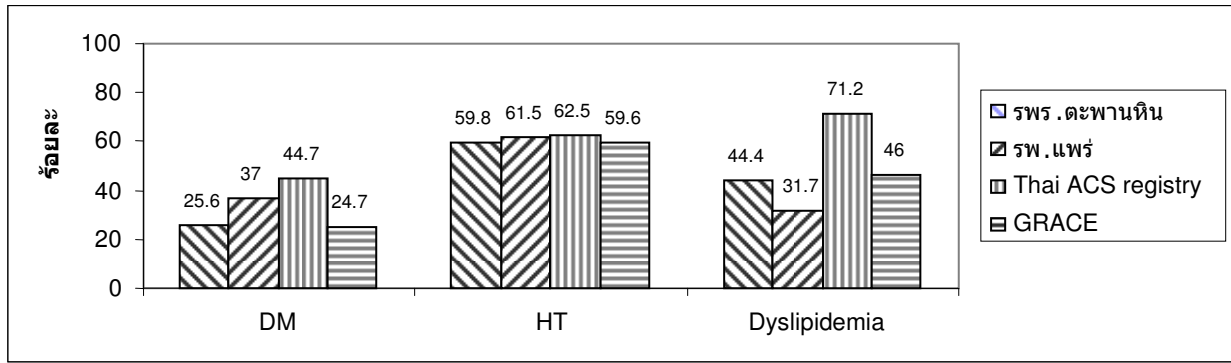
ภาพที่ 1 แสดงกราฟเปรียบเทียบอายุผู้ป่วย

เป็นผู้หญิง 60 คน เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 51 ซึ่งสูงกว่าโรงพยาบาลแพร์, Thai ACS Registry และ GRACE ที่เป็นเพศหญิงร้อยละ 45.2, 40, 33.2 ตามลำดับ

ด้านปัจจัยเสี่ยง พบว่ามีผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 25.6 ซึ่งใกล้เคียงกับ GRACE ที่พบ ร้อยละ 24.7 แต่น้อยกว่าโรงพยาบาลแพร์, Thai ACS Registry พบความดันโลหิตสูงร้อยละ 59.8 ซึ่งใกล้เคียงกันทุกการศึกษา และมีภาวะไขมันเลือดสูงร้อยละ 44.4 ใกล้เคียงกับ GRACE ที่พบร้อยละ 46 แต่มากกว่าโรงพยาบาลแพร์ที่พบร้อยละ 37.1 และน้อยกว่า Thai ACS Registry ที่พบร้อยละ 71.2

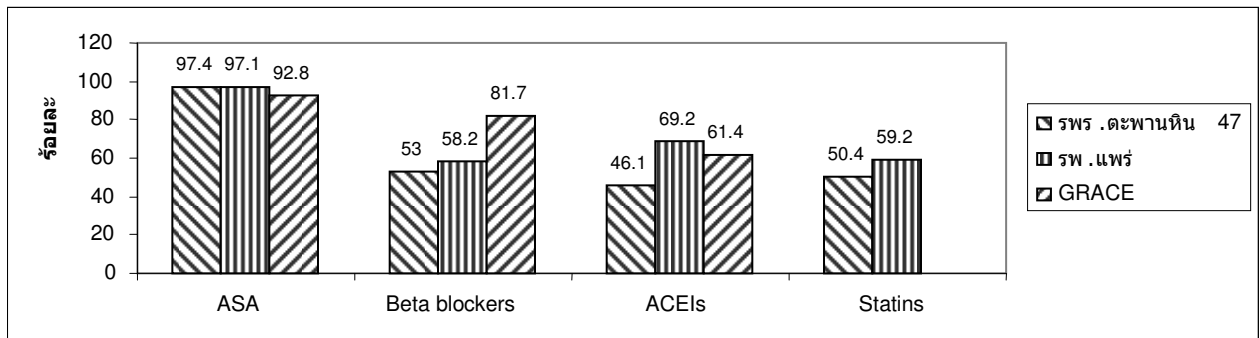
ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากที่สุด ร้อยละ 37.6 ซึ่งใกล้เคียงกับผู้มีปัจจัยเสี่ยง 1 ข้อ พบร้อยละ 31.6 ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลแพร์

สรุปได้ว่าปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยในการศึกษาที่น่าเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันมากนัก ดังแสดงในภาพที่ 2



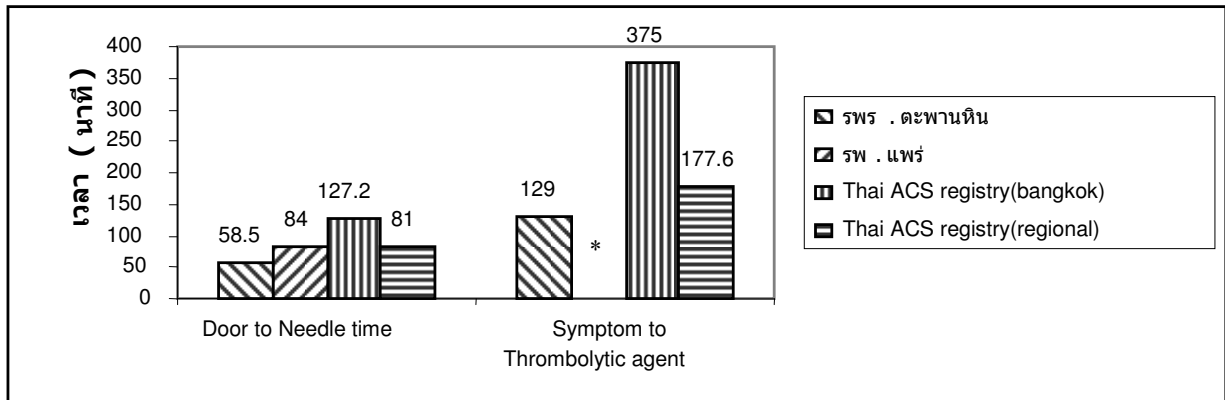
ภาพที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง

ด้านการรักษาผู้ป่วยได้รับ Aspirin สูงถึงร้อยละ 97.4 ซึ่งสูงกว่าในการศึกษาของ GRACE ซึ่งพบร้อยละ 92.8 มีการใช้ Beta blockers, ACEsI/ARBs, statins ร้อยละ 53, 46.1, 50.4 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ายังมีการใช้น้อยกว่าโรงพยาบาลแพร์ และ GRACE พบว่ามีการใช้ LMWH ร้อยละ 80 ในกลุ่ม NSTEMI ซึ่งควรต้องได้รับทุกรายถ้าไม่มีข้อห้ามดังแสดงในตารางที่ 1 การได้รับยา Streptokinase พบการใช้ร้อยละ 36.4 ซึ่งไม่พบภาวะแทรกซ้อนเลือดออกรุนแรง และระยะเวลาได้รับยาจะน้อยกว่าการศึกษานี้แต่ปริมาณข้อมูลยังน้อยอยู่ ดังแสดงในภาพที่ 3 - 4



ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบการรักษา*

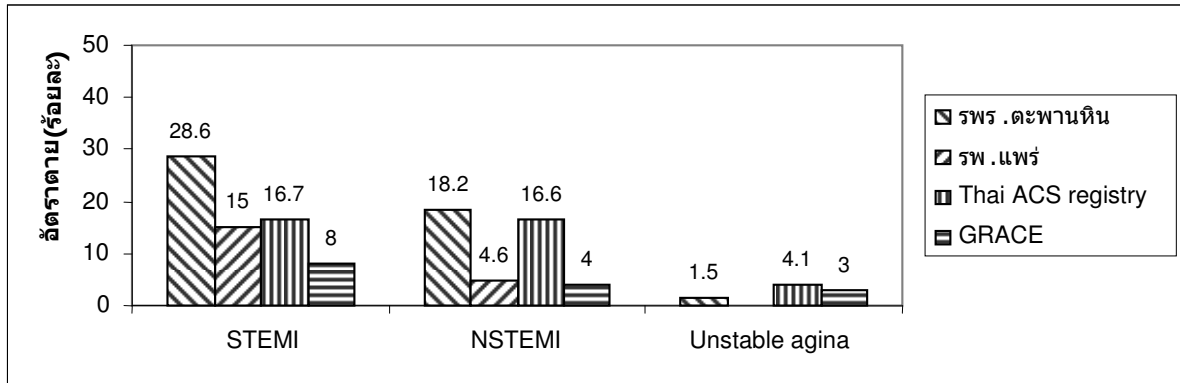
*ไม่มีข้อมูลของ Thai ACS Registry , GRACE(ในยาStatins)



ภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบระยะเวลาในการให้ยา Thrombolytic agent*

* ไม่มีข้อมูลของ GRACE, โรงพยาบาลแพร์ (ใน Symptom to Thrombolytic agent)

ผลการรักษาอัตราการเสียชีวิตในกลุ่ม STEMI ร้อยละ 28.6 โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิต 2 คน ใน 7 คน ซึ่งมีข้อมูลปริมาณไม่มากแต่เมื่อเทียบกับ Thai ACS registry และ GRACE ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 16.9 และ ร้อยละ 8 ตามลำดับ ยังเป็นอัตราการเสียชีวิตที่สูง โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ Streptokinase สำหรับกลุ่ม NSTEMI อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 18.2 ซึ่งยังสูงกว่า การศึกษาอื่นๆดังภาพที่ 5 ส่วนการเปรียบเทียบในกลุ่ม Unstable angina ยังมีนิยามความหมายและการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกันจึงไม่เปรียบเทียบในคนไข้กลุ่มนี้ (Thai ACS registry ใช้ข้อมูล Unstable angina with ST-T changes, โรงพยาบาลแพร์แบ่งผู้ป่วยเป็น STEMI กับ NSTEMI) ส่วนการ Transfer ผู้ป่วย กลุ่ม STEMI ในปริมาณที่สูงร้อยละ 36.5 ด้วยเหตุผลไม่มี ICU รองรับผู้ป่วย (มีการกำหนดให้ Streptokinase เฉพาะ ICU) ซึ่งควรพัฒนาโดยสามารถให้ยา Streptokinase ได้ในหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อให้ผู้ป่วยไปรับยาโดยเร็วและลดอัตราการส่งตัว รวมถึงอาจลดอัตราการเสียชีวิตลงได้



ภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิต

สรุป

การศึกษานี้ให้ตามสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีข้อจำกัด ทั้งในด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่ ซึ่งยังมีอัตราการเสียชีวิตและอัตราการส่งต่อโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย ST segment elevation MI ค่อนข้างสูง

ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ทันสมัยและเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลและพัฒนาระบบการส่งตัวที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราภาวะแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิตและอัตราการส่งต่อในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Thai ACS Registry Update Result [updated 2005 Sep 10; cited 2007 Jun 1]. Available from : <http://www.thaiherat.org/index.php>.

2. Mongkol Maraprasertsak. Acute coronary syndrome in Phrae hospital. Thai heart J 2006; 19: 96-104.

3. Jaroong Bankan. Thrombolysis therapy for acute ST elevation myocardial infarction in Sichon hospital. REG15-17 Med J 2006; 20: 211-218.

4. Kazim Sheikh, Claudia Bullock. Urban-Rural differences in the quality of care for medicare patients with acute myocardial infarction. Arch Intern Med 2001; 161: 737-43.

5. Shaun Marshall, Marshall Godwin, Robert Miller. Availability of thrombolytic therapy in rural Newfoundland and Labrador. Can Med Assoc J 1995; 152(2): 177-82.

6. Huy Dihn, Richard F Heller, Lynette L-Y. Mortality after acute myocardial infarction is lower in metropolitan regions than in non-metropolitan regions. J Epidemiol Community Health 2004; 54: 590-3.

7. Trustin Domes, Olga Szafran, Cheryl Bilous. Acute myocardial infarction. Quality of care in rural Alberta. Can Fam Physician 2006; 52: 69-76.
8. Ryan TJ, Antman EM, Books MH. ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction : a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force On Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). J Am Coll Cardiol 1999; 34: 890-911.
9. Braunwald E, Antman E, Beasley J. ACC/AHA 2002 guidelines update for the management of patients with unstable angina and non-ST segment elevation myocardial infarction : Summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task Force on Practice Guidelines (Committee on the management of Patients With Unstable Angina). J Am coll Cardiol 2002; 40: 1366-74.
10. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW. ACC/AHA guidelines for the Management of Patients With ST Elevation Myocardial Infarction : a report of the American Heart Association ask Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines of the Management of Acute Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 677-719.
11. Rajenda H Mehta, Cecelia K Montoye, Meg Gallaly. Improving quality of care for acute myocardial infarction the Guidelines Applied in Practice (GAP) initiative. JAMA 2002; 287: 1269-76.
12. Mehta RH, Das S, Tsia TT, Nolan E, Kearly G, Eagle KA. Quality improvement initiative and its impact on the management of patients with Myocardial Infarction. Ach Intern Med 2000;160: 3057-62.
13. Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) [cited 2007 Jun 1] ; Available from : <http://www.outcomes-umassmed.org/GRACE/index.cfm>.
14. Ian A Scott, Kate Heath, Catherine Happer. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. Inter J for Quality in health care 2003; 15(2): 155-61.
15. Casale PN, Jones JL, Wolf FE, Pei Y, Eby LM. Patients treated by cardiologists have a lower in hospital mortality for acute myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 1998; 32: 885-9.
16. Ayanian JZ, Guadagnolo E, McNeil BJ, Cleary PD. Treatment and outcome of acute myocardial among patients of cardiologists and generalist physicians. Arch Intern Med 1997; 157: 2570-6.