

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
Factor Related to Delayed Onset to Door of ST-segment
Elevation Myocardial Infarction (STEMI)

ฉลองชัย ทุนดี, พ.บ.*

Chalongchai Thundee, M.D.*

*กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000

*Department of Medicine, Surin Hospital, Surin Province, Thailand, 32000

*Corresponding author, E-mail address : ctoondee@yahoo.com

Received : 10 Nov 2020. Revised : 18 Nov 2020. Accepted : 21 Dec 2020

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีสาเหตุเกิดจากการอุดตันด้วยลิ่มเลือดในหลอดเลือดหล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน และเป็นโรคที่ยังมีอัตราการตายสูง การรักษาโดยการช่วยเปิดเส้นเลือดหล่อเลี้ยงหัวใจที่อุดตันภายในระยะเวลาที่เหมาะสมจะสามารถลดอัตราการตายได้ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคหัวใจตายเฉียบพลัน และกำหนดตัวชี้วัดให้ผู้ป่วยโรคนี้เข้าถึงการรักษายังสถานบริการภายใน 3 ชั่วโมง หลังจากมีอาการจากการศึกษาที่ผ่านมาพบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมาพบแพทย์ยังสถานบริการล่าช้า โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์ที่แตกต่างกันไปตามสังคมและวัฒนธรรม
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีผลต่อการมาพบแพทย์ที่ล่าช้าในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- วิธีการศึกษา** : เก็บข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2560 ในด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา การรู้จักโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จนกระทั่งเข้ามารับการตรวจที่โรงพยาบาลสุรินทร์หรือโรงพยาบาลอำเภอเครือข่ายในจังหวัดสุรินทร์โดยใช้ค่ากลางของระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนมาพบแพทย์เป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้สถิติ logistic regression
- ผลการศึกษา** : ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 52 ราย จากจำนวน 66 ราย ที่ข้อมูลครบถ้วนนำมาวิเคราะห์ พบว่าระยะเวลาดังแต่มีอาการจนมาพบแพทย์ (onset to door) เวลาเฉลี่ยโดยใช้ค่ากลาง (Median) ผู้ป่วยมาพบแพทย์คือ 120 นาที (2-1,277 นาที) ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เร็วภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 60.6 การทราบอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่รู้จักอาการของโรคนี้ถึง 13.7 เท่า (95%CI 1.20-156.80) $p = 0.04$ กลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะลดการมาที่โรงพยาบาล

ล่าช้าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ถึงร้อยละ 91 (95%CI = 21- 99 %) $p=0.03$ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัย ด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ การเรียกรถระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีผลต่อระยะเวลาการมาพบแพทย์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

สรุป

: การรู้จักอาการและการรู้จักโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้รวดเร็วขึ้นน้อยกว่า 3 ชั่วโมง โดยที่ปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และการเรียกรถระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีผลต่อระยะเวลาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มาพบแพทย์

คำสำคัญ

: ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อระยะเวลามาโรงพยาบาล โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ABSTRACT

Background

: ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) occur suddenly after the coronary artery is blocked with a thrombus. Today this disease is still high mortality rate. The main treatment is aim to open the blocked coronary artery vessel early as possible, to lower the mortality rate. Due to the delay in onset to door (OTD) of STEMI patients in Thailand, the Ministry of Health of Thailand has set the policy to reduce the mortality rate in STEMI and set the OTD within 3 hour as the key performance indicator (KPI)

Methods

: Retrospective data collecting of all STEMI patients in Surin Province thorough year 2017 were collected along questionnaire and analysis by logistic regression model.

Results

: 52 from 66 STEMI patients were included. The Median of OTD is 120 minute (2-1,277 minute). The STEMI patients that have OTD within 3 hours is 60.6%. The STEMI patients group that have knowledge about acute myocardial infarction (AMI) result in early presentation 13.7 time more than late OTD group (95% CI=1.20-156.80) $P=0.04$, and 91% (95% CI= 21%-99%) of the patients who have knowledge about AMI will come to hospital earlier than the lack of knowledge group. Other factors; age, sex, level of education, occupation or 1669 calling are not related to the OTD in STEMI

Conclusion

: The major factor, the knowledge about AMI is statistically related to onset to door (OTD) in STEMI patients, but not with age, sex, level of education, occupation nor 1669 calling.

Keywords

: Delayed onset to door, ST segment elevation myocardial infarction (STEMI)

หลักการและเหตุผล

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นปัญหาที่สำคัญของการสาธารณสุขของประเทศไทย จากข้อมูลปี พ.ศ.2560 พบว่าร้อยละ 10.1 ของผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศไทยจะเสียชีวิต⁽¹⁾ และจากข้อมูลปี พ.ศ.2557 ถึงปี พ.ศ.2559 พบว่าอัตราการตายของ STEMI ในจังหวัดสุรินทร์ อยู่ที่ร้อยละ 13.1 ร้อยละ 12.3 และร้อยละ 12.5 ตามลำดับ⁽²⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบาย Service Plan (SP) โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานและรวดเร็วด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) เพื่อลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันลง ให้น้อยกว่าร้อยละ 10^(1,3)

ตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในปัจจุบัน แนะนำให้รักษาโรคด้วยการช่วยเปิดเส้นเลือดหัวใจที่อุดตัน (Reperfusion therapy) หากผู้ป่วยมาถึงหน่วยบริการภายใน 12 ชั่วโมง (Golden period) นับจากเวลาที่เริ่มมีอาการ (Onset) ซึ่งสามารถลดอัตราการตายได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการช่วยเปิดเส้นเลือดหัวใจ⁽⁴⁾ นอกจากนั้นยังพบว่าหากดำเนินการช่วยเปิดเส้นเลือดหัวใจที่อุดตันได้เร็ว หรือการย่นระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Total ischemic time) ให้สั้นลง อัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก็ยิ่งลดลงตามเวลาที่ลดลงด้วย⁽⁵⁾

ระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Total ischemic time) คือระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ (Onset) จนถึงจุดที่ได้รับการช่วยเปิดเส้นเลือดหัวใจ (Needle time) จึงขึ้นกับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย และ ปัจจัยด้านหน่วยบริการ^(3,4) ตามนโยบาย Service plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือดจะกำหนดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นตัวชี้วัดแล้ว ได้กำหนดอัตราการช่วยเปิดเส้นเลือดหัวใจที่อุดตัน (Reperfusion therapy) หรือการย่นระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Total ischemic time) ให้น้อยกว่า 3 ชั่วโมง ให้ได้มากกว่าร้อยละ 50⁽¹⁾

จากข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจตายเฉียบพลันในจังหวัดสุรินทร์ มีอัตราการช่วยเปิดเส้นเลือดหัวใจที่อุดตันภายใน 3 ชั่วโมง อยู่ที่ร้อยละ 27.3 ร้อยละ 38.5 และร้อยละ 44.4 ในปี พ.ศ.2557 พ.ศ.2558 และ พ.ศ.2559 ตามลำดับ⁽¹⁾ กระบวนการดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาล (Door to needle) ของหน่วยบริการ มีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 61 นาที โดยระยะเวลามาตรฐานอยู่ที่ภายใน 30 นาที ดังนั้นการมีมาตรการเพื่อลดหรือย่นระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Total ischemic time) ให้สั้นลง ก็จะมีผลในการลดอัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันลงได้

หากพิจารณาว่าการมาพบแพทย์นั้นเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ ดังนั้นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตัดสินใจที่จะมาหรือไม่มาพบแพทย์ อาจจะสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยด้านสังคม ทัศนคติ ประสบการณ์ ตลอดจนการรับรู้ถึงอันตรายของการเจ็บป่วย

จากการศึกษาของ Goldberg RJ. และคณะ⁽⁵⁾ ถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมาโรงพยาบาลที่ล่าช้ากว่า 2 ชั่วโมง ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary disease, the GRACE registry) พบปัจจัยเรื่องอายุ ปัจจัยการรักษาด้วยอินซูลิน สัมพันธ์กับการมาโรงพยาบาลที่ล่าช้า การศึกษาของ Albrahim M และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้แบบสอบถามพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มาช้ากว่า 6 ชั่วโมงมากถึง 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มาล่าช้ากว่าเวลาที่กำหนดสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง นอกจากนั้นยังพบว่าที่มาล่าช้าสัมพันธ์กับการขาดความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอีกด้วย การศึกษาของ Kelly McDermott และคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมาโรงพยาบาลล่าช้ากว่า 12 ชั่วโมง ในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในทหารผ่านศึก โดยปัจจัยที่พบสัมพันธ์กับการอาศัยอยู่ลำพัง การมีโรคร่วมทางกายหลายโรค ทำให้อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแสดงออกไม่จำเพาะ

เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ดีขึ้นหากทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาที่โรงพยาบาลล่าช้า ซึ่งจะทำให้ปรับกระบวนการรักษาผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเข้ารับการรักษาที่ล่าช้าในหน่วยบริการของจังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์หรือโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดสุรินทร์

วิธีการศึกษา

เก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาโดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือญาติทางโทรศัพท์ ตามแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2560 โดยเก็บข้อมูลด้าน อายุ เพศ ระดับการ

ศึกษา การรู้จักโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยบันทึกข้อมูลที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จนกระทั่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (Onset to door) ที่มากกว่า 3 ชั่วโมง จัดเป็นกลุ่มที่ล่าช้า

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการขอคำยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยและญาติ โดยมีการทำหนังสือชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัยและได้รับการอนุมัติจากกรรมการจริยธรรม

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์จำนวน 66 คน มีข้อมูลครบถ้วนที่สามารถนำเข้าการวิเคราะห์ด้วยสถิติ logistic regression จำนวน 52 คน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่ากลาง (Median) ของระยะเวลาดังแต่มีอาการจนกระทั่งมาถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 120 นาที (2-1277 นาที) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 60.6 ที่มาถึงโรงพยาบาลก่อนระยะเวลา 3 ชั่วโมง โดยข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ข้อมูลทั่วไป	ตัวแปร
เพศชาย	52(78.8%)
อายุ mean $\pm$ SD	64.3 $\pm$ 12.8
>60 ปี	41(62.1%)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา และ ประถมศึกษา	50(75.8%)
มัธยมศึกษา	4(6.1%)
อนุปริญญา	4(6.1%)
ปริญญาตรี	7(10.6%)
สูงกว่าปริญญาตรี	1(1.5%)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ตัวแปร
อาชีพ	
เกษตรกร	38(57.6%)
รับราชการ	7(10.6%)
ค้าขาย	2(3.0%)
พนักงานบริษัทเอกชน	2(3.0%)
รับจ้าง	8(12.1%)
อื่นๆ	9(13.6%)
การรู้จักโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	44(68.8%)
ทราบอาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ควรมาพบแพทย์	54(87.1%)
ระยะเวลาที่มาพบแพทย์หลังจากมีอาการ (นาทีก) Median (rang)	120(2-1,277)
การมาพบแพทย์เร็วกว่า 3 ชั่วโมง	40(60.6%)

เมื่อนำข้อมูลต่างๆ มาวิเคราะห์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมาถึงโรงพยาบาลช้าหรือเร็วกว่า 120 นาที พบว่า การรู้จักอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่รู้จักอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันถึง 13.7 เท่า (95%CI=1.20-156.80) $p=0.04$

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะลดการมาที่โรงพยาบาลช้า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 91 (95%CI=21%-99%) $p=0.03$ ทั้งนี้เมื่อควบคุมปัจจัยจากตัวแปรอื่นๆ แล้ว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการมาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

	Adj OR	p-value	95%CI	Crude OR	p-value	p-value
เพศชาย	0.57	0.51	0.11 2.96	1.00	1.00	0.30 3.29
อายุ >60 ปี	2.74	0.22	0.55 13.69	1.52	0.43	0.54 4.28
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษา	1.00	-	- -	1.00	-	- -
อนุปริญญา	43.00	0.07	0.71 2,620.82	1.24	0.84	0.16 9.55
ปริญญาตรี	1.00	-	- -	1.24	0.81	0.23 6.78
สูงกว่าปริญญาตรี	1.00	-	- -	1.00	-	- -
อาชีพ						
รับราชการ	0.21	0.34	0.01 5.27	1.52	0.65	0.25 9.38
ค้าขาย	0.03	0.12	0.00 2.46	0.76	0.85	0.04 13.13
พนักงานบริษัทเอกชน	1.00	-	- -	1.00	-	- -
รับจ้าง	0.08	0.11	0.00 1.70	0.38	0.30	0.06 2.35
อื่นๆ	0.12	0.07	0.01 1.16	0.38	0.22	0.08 1.76
การรู้จักโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	0.09	0.03	0.01 0.79	0.57	0.32	0.19 1.71
ทราบอาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ควรมาพบแพทย์	13.72	0.04	1.20 156.80	2.81	0.24	0.50 15.86
การเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล						
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)	0.77	0.78	0.12 4.80	0.92	0.88	0.33 2.56
รถรับจ้าง	1.00	-	- -	1.00	(empty)	- -

ทั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ การเรียกรถระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ไม่มีผลต่อระยะเวลาการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วิจารณ์

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าระยะเวลาของการมาพบแพทย์ที่เร็วขึ้นคือ 120 นาที ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในปี พ.ศ.2559 พบว่าผู้ป่วยมาพบแพทย์ภายใน 3 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 60.6 น่าจะเกิดจากการได้รับการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ สู่ชุมชนมาก่อนแล้ว โดยบุคลากรที่รับผิดชอบงาน Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือดในระบบบริการ สาธารณสุขในแต่ละท้องที่⁽²⁾

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรู้จักอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการรู้จักโรคหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรีบมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Albrahim M และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่าการมาล่าช้าสัมพันธ์กับการขาดความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยผู้ป่วยที่รู้จักอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมาที่โรงพยาบาลเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่รู้จักอาการถึง 13.7 เท่า (95%CI=1.20-156.80) $p=0.04$ และกลุ่มที่รู้จักโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้มาโรงพยาบาลเร็วถึงร้อยละ 91 (95%CI=21%-99%) $p=0.03$ ดังนั้นการประชาสัมพันธ์ โดยวิธีการต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้รู้จักอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะทำให้ผู้ที่เป็โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความตระหนัก หากเกิดอาการดังกล่าวจะต้องรีบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่รวดเร็วขึ้น เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจตายเฉียบพลัน^(7,8) นอกจากนั้นโรงพยาบาลต่างๆ ที่เป็นสถานบริการรองรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะต้องเตรียมพร้อมรองรับในการวินิจฉัยโรคนี้ให้แม่นยำมากขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่รวดเร็ว อาจมีผลต่อการวินิจฉัยที่ยากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การสร้างแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ อาจจะไม่ครอบคลุมทุกปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการมาพบแพทย์ การศึกษาที่ผ่านมา ก็พบปัจจัยแตกต่างกันไปตามสังคมและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ก็สามารถให้คำตอบที่ให้แนวทางเพื่อการรณรงค์ด้านชุมชนต่อไป

สรุป

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่พบบ่อย มีอัตราการตายสูงและมีโอกาสเกิดซ้ำได้ การรักษาที่จำเพาะคือการช่วยเปิดเส้นเลือดหัวใจที่อุดตันให้ได้เร็วที่สุด หรือคือการย่นระยะเวลาที่หัวใจขาดเลือดให้สั้นที่สุด ซึ่งประกอบด้วยการลดระยะเวลาในกระบวนการดูแลรักษาของหน่วยบริการ และ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ยังหน่วยบริการที่รวดเร็ว โดยการรู้จักอาการ และการรู้จักโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้เร็วที่สุด ดังนั้นมาตรการเชิงรุกต่างๆ ที่ลงในชุมชนเพื่อให้ประชาชนรู้จักและเข้าใจถึงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงเป็นมาตรการที่สำคัญที่ช่วยให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งระบบ สมบูรณ์ขึ้น และยังมีผลช่วยลดอัตราการตายจากโรคนี้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. อมรรัตน์ ลัมจิตสมบุญ. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary) ผลการตรวจราชการคณะที่ 1 การส่งเสริม ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (ปีงบประมาณ 2560). เอกสารประกอบการประชุมสรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2560 รอบที่ 1 เขตสุขภาพที่ 9. วันที่ 8-10 กุมภาพันธ์ 2560 ณ ห้องประชุมสระโบราณ โรงพยาบาลสุรินทร์. สุรินทร์ : กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ.
2. ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลสุรินทร์. รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2560. เอกสารนำเสนอในที่ประชุม Service plan จังหวัดสุรินทร์ เขตสุขภาพที่ 9 ตรวจราชการ; 7-8 กุมภาพันธ์ 2560 ; ณ ห้องประชุมสระโบราณ โรงพยาบาลสุรินทร์. สุรินทร์ : กลุ่มงานนโยบายและแผนงานโรงพยาบาลสุรินทร์; 2560.
3. สุวีณา เบาะเปลี่ยน, พัทธกร อุ่นเตจ๊ะ. บทบาทพยาบาลเพื่อลดการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15:78-83.
4. McKee G, Mooney M, O'Donnell S, O'Brien F, Biddle MJ, Moser DK. Multivariate analysis of predictors of pre-hospital delay in acute coronary syndrome. Int J Cardiol 2013; 168(3):2706-13.
5. Goldberg RJ, Steg PG, Sadiq I, Granger CB, Jackson EA, Budaj A, et al. Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (the GRACE registry). Am J Cardiol 2002;89(7):791-6.
6. Albrahim M, Ahmed AM, Alwakeel A, Hijji F, Al-Mallah MH. Predictors of delayed pre-hospital presentation among patients with ST-segment elevation myocardial infarction. Qatar Med J 2016;2016(1):7.
7. McDermott K, Maynard C, Trivedi R, Lowy E, Fihn S. Factors associated with presenting >12 hours after symptom onset of acute myocardial infarction among Veteran men. BMC Cardiovasc Disord 2012;12:82.
8. Rajagopalan RE, Chandrasekaran S, Pai M, Rajaram R, Mahendran S. Pre-hospital delay in acute myocardial infarction in an urban Indian hospital: a prospective study. Natl Med J India 2001;14(1):8-12.