

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มโรคหลอดเลือดโคโรนารีที่มีการขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) เกิดจากการที่มีการอุดตันหรือการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีซึ่งถ้ามีภาวะที่รุนแรงจะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงหรือเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอต่อความต้องการทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย และเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากที่สุด ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตโดยอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา จากรายงานของสมาคมโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2007 ผู้สูงอายุช่วงอายุ 65-74 ปี, อายุ 75-84 ปี และอายุมากกว่า 85 ปีป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 24.6, 20.7 และ 8.2 ของกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจตามลำดับ และยังพบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 25.6-31.4 ของผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ (Alexander et al., 2007) สำหรับประเทศไทยพบผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในอัตราร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้สูงอายุอันดับสาม โดยพบเป็นร้อยละ 40 ของการเสียชีวิตของประชากรสูงอายุ (สถิติสาธารณสุข, 2549 อ้างในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2549) และจากสถิติหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ในปี พ.ศ. 2548 ถึง ปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้ามารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 33.38, 34.07 และ 40.53 ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมด และอัตราการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 15.78, 19.50 และ 27.50 ของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2548-2550)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง และเป็นเวลานานจนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ (injury) จากการขาดออกซิเจนถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (Katz & Purcell, 2006) ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง (coronary atherosclerosis) (Baliga, Siva, & Noble, 2005) ซึ่งภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งจะพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุถึงร้อยละ 90 ของประชากร (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) โดยภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งในผู้สูงอายุจะพบว่า เกิดจากการสะสมของไขมันและแคลเซียม และเกิดจากเยื่อพังผืด (fibrotic lesions) แทรกอยู่ระหว่างเส้นใยกล้ามเนื้อหัวใจหรือเข้าไปแทนที่เส้นใยกล้ามเนื้อหัวใจ โดยเยื่อพังผืดจะมีขนาดใหญ่ โดยมีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 2 เซนติเมตร จากสาเหตุดังกล่าวจะทำให้เกิดการตีบ และแคบของหลอดเลือดโคโรนารี เมื่อหลอดเลือดตีบและแคบทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวกทำให้ออกซิเจนไปถึงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อยลง (Gardner & Altman, 2005) หรือเกิดจากการที่มีการฉีกขาด หรือปริแตกที่ด้านในของผนังหลอดเลือดส่วนที่เชื่อมสภาพอย่างเฉียบพลัน (plaque rupture, disruption) เมื่อเกิดรอยโรค (raw surface) ขึ้นที่ผนังด้านในของหลอดเลือด เกล็ดเลือดจะเกาะกลุ่ม (platelet aggregation) อย่างรวดเร็วตรงบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาด หลังจากนั้นจะมีการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (thrombus formation) อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าว (อภิชาติ สุขนุชสรณ์, 2549) หากลิ่มเลือดเกิดอุดกั้นบางส่วน (partial occlusion) ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วน เกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) โดยยังไม่มีการอุดตันของหลอดเลือดโดยสมบูรณ์ (complete occlusion) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction, AMI) (Katz & Purcell, 2006) และผลจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยจะมีตำแหน่งเอสทียกสูงขึ้น (ST segment elevation) เป็นระยะจากจุดสิ้นสุดของคลื่นไฟฟ้า QRS ไปถึงจุดเริ่มต้นคลื่นไฟฟ้า T ภาวะการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรงจะนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหันภายใน 2 ชั่วโมง (David & Williams, 2004; Steg, Bonnefoy, & Chabaud, 2003) ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยที่เร็ว และให้การรักษาที่เหมาะสมจะสามารถช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการพัฒนาให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลาโดยแนวทางการรักษาเป็นการเปิดทางเดินของหลอดเลือดหัวใจให้มีเลือดไหลผ่านให้เร็วที่สุดเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจในภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือดอย่างเฉียบพลัน ซึ่งต้องปฏิบัติด้วยความรวดเร็ว เนื่องจากตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเวลาที่ทำให้การรักษามีผลต่อการพยากรณ์โรค การรักษาจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดได้รับเลือดอีกครั้งหนึ่ง ลดขนาดการตาย

ของกล้ามเนื้อหัวใจ และให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอตลอดเวลา (Weaver, Avery, Brizendine, & Mcgrath, 2004) การรักษาที่ล่าช้าเป็นการเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงและเสียชีวิตได้ (อภิชาติ สุคนทรทรัพย์, 2549) ปัจจุบันหลักการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงขึ้นที่สำคัญ ได้แก่ การเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุด ในปัจจุบันมี 2 วิธี ได้แก่ การใช้ยาละลายลิ่มเลือด และการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนโดยถือว่าการรักษาที่ได้มาตรฐานของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และถูกใช้มากขึ้น เพราะการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง (Fibrinolytic Therapy Trialists's Collaborative Group, 1994) ซึ่งยาละลายลิ่มเลือดจะไม่มีประโยชน์ในการรักษาเลยถ้าหากผู้ป่วยมีอาการนานกว่า 12 ชั่วโมง (ยกเว้นในรายที่ยังคงมีอาการเจ็บหน้าอก) (Alexander et al., 2007) ยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ สเตรปโตไคเนส (streptokinase [SK]), แอลทีเพลส (alteplase [tPA]), รีเทเพลส (reteplase [r-PA]) และทีเนคทีเพลส (tenecteplase [TNK-tPA]) การให้ยาละลายลิ่มเลือดจะมีข้อจำกัดของการรักษา เนื่องจากมีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ในผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของ เบรส, ลิซท์แมน, แวง, กอร์วิทซ์, เรดฟอร์ด, และ กรูมโฮลด์ (Brass, Lichtman, Wang, Gurwitz, Radford, & Krumholz, 2000) พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำนวน 31,732 ราย พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนได้แก่เลือดออกในสมองจำนวน 455 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.43 โดยผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงอาการทางระบบประสาท (neurological sign) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด โดยการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย

จากการทบทวนความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดพบว่า การดูแลจะต้องครอบคลุมในเรื่อง การประเมินซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการตรวจพิเศษ เพื่อประกอบการวินิจฉัยก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งการซักประวัติในผู้สูงอายุจะต้องมีความชัดเจน เพราะการแสดงอาการจะไม่เฉพาะเจาะจง (atypical) (Milner, Funk, Richards, Vaccarino, & Krumholz, 2001; Morton, 2005; Tough, 2005) กล่าวคือ อาการเจ็บหน้าอกที่แสดงถึงการขาดเลือดอย่างรุนแรงที่พบโดยทั่วไปจะมีอาการเจ็บบริเวณใต้กระดูกหน้าอก (substernal) เจ็บบริเวณคอรัวไปคาง และบริเวณสะบักแขน แต่ในผู้สูงอายุบางรายอาการที่นำมา ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า (fatigue) เวียนศีรษะมึนงง (dizziness) เป็นลม (faintness) มีอาการเจ็บหน้าอกที่ตำแหน่งอื่นๆ อาการชา เจ็บแน่นท้อง เจ็บแสบร้อน หรืออาการเจ็บ

บริเวณลิ้นปี่ หายใจลำบาก หัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) (Milner et al., 2001) ดังนั้นการประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอกของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะต้องมีความละเอียดชัดเจนยิ่งขึ้น โดยการซักถามจะต้องครอบคลุมในเรื่องของเวลาที่เริ่มเกิดอาการ (onset) สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ และวิธีที่ทำให้อาการทุเลาลง (precipitating and palliative) ลักษณะอาการเจ็บหน้าอก (quality) การเจ็บร้าว (radiation) ความรุนแรงของอาการเจ็บ (severity) และระยะเวลาที่เจ็บ (duration) (Maria, Jong, & Garretson, 2001; Alexander et al., 2007; Paudel, Pandel, Paudel, Pathak, & Alurkar, 2009) ซึ่งการประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บที่ใช้ได้ในผู้สูงอายุประกอบด้วย การใช้มาตรวัดแบบตัวเลข 0-10 คะแนน (Numerical Rating Scale) แบบวัดการแสดงออกทางสีหน้า (Face Pain Scale) และแบบวัดการพูดอธิบายความเจ็บปวด (Verbal Descriptor Scale) คือ ไม่เจ็บ เจ็บเล็กน้อย เจ็บปานกลาง เจ็บมาก ซึ่งแบบวัดการพูดอธิบายความเจ็บปวด (Verbal Descriptor Scale) เป็นการประเมินที่เข้าใจได้ง่าย และเหมาะสมอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ (Herr, Spratt, Mobily, & Richardson, 2004) และการประเมินที่จะช่วยให้การวินิจฉัยชัดเจนยิ่งขึ้น โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ซึ่งผลที่จะแสดงถึงการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ คือ มีตำแหน่งเอสทียกสูงขึ้น (Mant et al., 2004; Wiley & Sons, 2006) ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันบางรายอาจพบตำแหน่งบริเวณที่ส่งผ่านแขนงที่ทอดผ่านห้องล่างซ้ายหยุดทำงาน (left bundle branch block [LBBB]) ที่เกิดขึ้นใหม่ (Fibrinolytic Therapy Trialists's Collaborative Group, 1994; Berger, Radford, & Krumholz, 2000) หรือตำแหน่งเอสทีลดต่ำลง (reciprocal ST segment depression) ในตำแหน่ง V₁-V₄ (Mant et al., 2004) ซึ่งการประเมินดังกล่าวจะช่วยประกอบการตัดสินใจให้การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มยาละลายลิ่มเลือดจัดได้ว่าเป็นกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงในการได้รับ เพราะกลุ่มยาบางชนิด เช่น สเตรปโตไคเนส (streptokinase [SK]) สกัดจากเชื้อแบคทีเรีย ผู้ป่วยที่ได้รับอาจเกิดปฏิกิริยาการแพ้ได้ง่ายกว่า ยาละลายลิ่มเลือดอัลเทิเพส (alteplase [t-PA]), รีเทเพส (reteplase [r-PA]) และทีเนคทีเพส (tenecteplase [TNK-tPA]) ที่เป็นเอนไซม์ธรรมชาติ โดยกลุ่มยาละลายลิ่มเลือดจะมีการเผาผลาญ การแปรสภาพยาที่ตับเป็นส่วนใหญ่ และการขับยาจะเกิดโดยกระบวนการกรองที่ไตและการขับออกทางท่อไต ซึ่งในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำงานของไตลดลง (บุษบา จินดาวิจักษ์, 2547) จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ดังนั้นก่อนการได้รับยาละลายลิ่มเลือดจะต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงทุกครั้ง (Milner et al., 2001; Smallwood, Pidgeon, & Kemp, 2004; Wiley & Sons, 2006) และในขณะเดียวกันการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จะต้องติดตามให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งขณะ และหลังการได้รับยา จะต้องมีการติดตามประเมินเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Albarran & Kapeluch, 1994;

American College of Physicians, 1999; Wiley & Sons, 2006) ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ภาวะเลือดออกในสมองหรือมีเลือดออกในตำแหน่งอื่นๆ การเต้นผิดปกติของหัวใจ และการแพ้ยา (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2549; American College of Physicians, 1999; Maria et al., 2001; Smallwood et al., 2004) การประเมินอย่างรอบคอบจะทำให้การดูแลรักษาเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 756 เตียง โดยผู้ป่วยร้อยละ 30 เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2545) จึงได้มีการก่อตั้งหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2545 มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 6 เตียง ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยจำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในปี พ.ศ. 2548 ถึง ปี พ.ศ. 2550 คิดเป็นร้อยละ 33.58, 34.07 และ 40.53 ของผู้มารับบริการตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2548-2550) และผู้สูงอายุที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) ในปี พ.ศ. 2549 ถึง ปี พ.ศ. 2550 คิดเป็น ร้อยละ 22.29 และ 25.39 ของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามลำดับ (สถิติหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2549-2550) และจากการติดตามให้การดูแลพบว่า ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในปี พ.ศ. 2550 พบภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่เกิดภาวะช็อกจากหัวใจร้อยละ 7.73 ภาวะเลือดออกร้อยละ 4.02 และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติที่เป็นอันตรายร้อยละ 8.66 ของผู้สูงอายุที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (สถิติหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2550) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นดังจะเห็นได้จากค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในปี พ.ศ. 2549 ถึง ปี พ.ศ. 2550 ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดต่อปี เป็นเงิน 5,893,674.00 - 6,321,214.00 บาท โดยเฉลี่ยค่ารักษา 18,246.67 - 19,570.32 ต่อรายที่เข้ารับการรักษาที่ตึกวิกฤตโรคหัวใจ (สถิติหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2549-2550)

ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งทางหน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจโดยทีมแพทย์และพยาบาล ได้มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นเอกสารย่อๆ ที่แสดงกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาลตลอดระยะเวลาของการรักษาตัวในโรงพยาบาล (แผนก

อายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์, 2545) หลังจากที่น่าแผนการดูแลมาใช้พบปัญหาว่า การปฏิบัติให้การดูแลไม่เป็นไปในแนวเดียวกัน เนื่องจากแผนการดูแลที่นำมาใช้ยังไม่มีคุณภาพเจาะจงในส่วนของการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาลดไขมันลิเทียม ดังนั้นเมื่อมีผู้ป่วยเข้ามาทำการรักษาผู้ให้การดูแลที่เป็นแพทย์และพยาบาล จะมีการปฏิบัติตามกิจกรรมที่แตกต่างกันไป เช่น ด้านการรักษาได้แก่ การวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกประกอบด้วย การประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่แสดงการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ การประเมินอาการ และอาการแสดง การประเมินการเจ็บหน้าอก และการประเมินปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนที่ได้รับยาลดไขมันลิเทียม ด้านการพยาบาลได้แก่ กิจกรรมการพยาบาล การดูแลก่อนขณะ และหลังได้รับยาลดไขมันลิเทียม และการติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยการดูแลรักษาที่ได้กล่าวข้างต้นยังขาดความครอบคลุม และการระบุรายละเอียดความชัดเจนของกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดการรักษาที่ล่าช้า และภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้ การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสิ่งที่สำคัญ และเป็นเป้าหมายของการรักษา คือ เพื่อให้ได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจภายในระยะเวลา 30 นาที (door-to-needle-time) (Weaver et al., 2004) โดยจากการติดตามให้การดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาลดไขมันลิเทียม ในปี พ.ศ. 2549 ถึง ปี พ.ศ. 2550 ระยะเวลา 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 7.30 และ 10.11 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ระยะเวลา 30 - 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 65.63 และ 42.69 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา และระยะเวลามากกว่า 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 34.38 และ 31.46 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา (สถิติหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์, 2549-2550) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับยาลดไขมันลิเทียมที่ล่าช้า ดังนั้นทีมการดูแลจึงมีความเห็นร่วมกันที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาลดไขมันลิเทียม โดยอาศัยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์หรือความรู้เชิงประจักษ์ที่มีอยู่ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วย และบุคลากรมีแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน ลดความหลากหลายของการปฏิบัติ ลดความเสี่ยงความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด (Cohen, 2004) และเพื่อมีแนวทางสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาลดไขมันลิเทียม

แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinic practice guidelines) เป็นข้อกำหนดที่จัดทำอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-base practice) และจากผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาชีพ นำข้อสรุปที่เหมาะสมมาใช้เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติในทีมสุขภาพ โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกจะระบุถึงชุดกิจกรรม กฎหรือวิธีปฏิบัติ ตลอดจนผู้รับผิดชอบการปฏิบัติแต่ละกิจกรรม โดยให้เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ และสะดวกในการนำไปใช้ โดยเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

และญาติและทีมสุขภาพสาขา (จิตร สิทธีอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, และ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, 2543) จากการสืบค้นพบแนวปฏิบัติทางคลินิกการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด และการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของสถาบัน National Guideline Clearinghouse (Wiley & Sons, 2006) โดยแนวปฏิบัติทางคลินิกมีส่วนเฉพาะของการรักษาของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ยังไม่มีความครอบคลุมชัดเจนของรายละเอียดสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จึงได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และการประเมินผลของสภาวะวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) มาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้โดยมีขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบประกอบด้วย การกำหนดขอบเขตปัญหา การกำหนดทีมพัฒนา แนวปฏิบัติทางคลินิก กำหนดวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ของการพัฒนา ทบทวนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์หรือความรู้เชิงประจักษ์ซึ่งเป็นข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์สังเคราะห์ถึงผลดีผลเสีย มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ การนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ และนำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และชัดเจนเป็นในทางเดียวกันเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการแก่ผู้มารับบริการให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

คำถามการศึกษา

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเป็นอย่างไร
2. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือไม่

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

คำจำกัดความ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หมายถึง กระบวนการจัดทำข้อกำหนดสำหรับเป็นแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่มีตำแหน่งเอสทียก (ST segment elevation) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) ที่ได้รับการพัฒนามาจากงานวิจัย ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากการทบทวนความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับหน่วยงาน ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ประกอบด้วย การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอบเขตของแนวปฏิบัติ การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่ใช้แนวปฏิบัติ การกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ การยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิก การจัดทำแผนการเผยแพร่และแผนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ จัดทำรายงานรูปแบบของแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับยกร่าง การจัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ การให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแนวปฏิบัติ การทดลองใช้แนวปฏิบัติ และการปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีเข้าร่วมในทีมพัฒนา

การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) หมายถึง การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST segment elevate) ด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันอย่างรวดเร็ว ด้วยกลุ่มยาละลายลิ่มเลือดที่นิยมใช้ ได้แก่ สเตรปโตไคเนส (streptokinase [SK]), แอลทีเพเลส (alteplase [t-PA]), รีเทเพเลส (reteplase [r-PA]) หรือทีเนคทีเพเลส (tenecteplase [TNK-tPA])

ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตำแหน่งเอสทียก (ST segment elevate) ยกสูงอย่างน้อย 2 leads ที่เกี่ยวเนื่องกัน หรือตำแหน่งบริเวณที่ส่งผ่านแขนงที่ทอดผ่านห้องล่างซ้ายหยุดทำงาน (left-bundle branch block) ที่เกิดขึ้นใหม่ หรือตำแหน่งเอสทีลดต่ำลง (reciprocal ST segment depression) ในตำแหน่ง V_1-V_4



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved