

บทบาทพยาบาลเพื่อลดการมารักษาล่าช้าของผู้ป่วย กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

Nurses' Roles in Decreasing Delay Access to Treatment in Acute Coronary Syndrome Patients

บทความวิชาการ

สุวีณา เบาะเปลียน* พัทธราภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ**

Suweena Bohplian, R.N., M.S.*

Patcharaporn Untaja, R.N., M.S., Ph.D.**

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD) เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรหลายประเทศ รวมทั้งในประเทศไทย แม้มีการพัฒนาวิธีการรักษาไปมากแต่ยังพบว่าผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ส่วนหนึ่งเข้าถึงการรักษาที่ล่าช้าซึ่งเกิดจากทั้งปัจจัยในตัวผู้ป่วยและปัจจัยภายนอก การรักษาที่ล่าช้าส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจจนอาจทำงานไม่มีประสิทธิภาพและทำให้คุณภาพชีวิตลดลง พยาบาลวิชาชีพจึงต้องเข้าใจบทบาทและหน่วยงานของตนเอง ว่าอยู่ในโรงพยาบาลระดับใดเพื่อทำการเชื่อมประสานระบบให้เป็นเนื้อเดียวกัน ไม่ว่าผู้ป่วยจะเข้ามาส่วนใดของระบบบริการสุขภาพและระยะเจ็บป่วยใดก็สามารถเข้าถึงการป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยงและการเกิดอาการ การวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วโดยมุ่งที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพเพิ่มโอกาสให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน, การเข้าถึงการรักษาล่าช้า, บทบาทพยาบาล

Abstract

Coronary Artery Disease (CAD) is a major health problem among people in many countries including Thailand. Although there has been a significant development and advanced technology of treatment, the number of patients which acute coronary syndrome (ACS) still increase due to delay access to treatment. The causes of delay access were from both internal and external factors, leading to loss of cardiac function, ineffective heart function and decreased quality of life. Nurses must be able to realize roles in their context and their organization in order to harmonize other parts of health system to reduce delay access to treatment for ACS patient. This would eventually contribute to greater health outcomes and better quality of life.

Keywords: Acute Coronary Syndrome, Delay access to treatment, Nurses' roles

Corresponding Author: * ร้อยเอกหญิง, อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก, Captain, Nursing Instructor, Medical and Surgical nursing department, The Royal Thai Army Nursing College, E-mail : Suweenanaja@gmail.com

** พันโทหญิง ดร., อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก, Lieutenant Colonel, Nursing Instructor, Medical and Surgical nursing department, The Royal Thai Army Nursing College, E-mail : pat.3563@hotmail.com

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ในปี 2030 ว่าประชากรโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองเป็นอันดับสองรองจากมะเร็ง จากรายงานในต่างประเทศมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจเพียงร้อยละ 4.9 ขณะที่ประเทศไทย จากรายงานของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในปี 2554 มีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 12.6 อาจกล่าวได้ว่ามีผู้ป่วยไทยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 2.3 คน ทุก 30 นาที หรือวันละ 54 คน หากไม่มีการจัดการผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) อย่างเหมาะสมรวดเร็ว บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายจะขยายกว้างขึ้นจนอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Libby, Bonow, Mann, & Zipes, 2008) ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเสียชีวิตภายในหนึ่งชั่วโมงแรกเนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง (Patrick, et al., 2013) หากผู้ป่วยที่รอดชีวิตยังไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่ระยะเวลาประมาณ 20 - 30 นาทีหลังเกิดอาการและเพิ่มเป็นร้อยละ 100 ภายในเวลาประมาณ 4 - 6 ชั่วโมง ดังนั้นการรักษาที่ทำได้อย่างรวดเร็วจะลดอัตราการตาย ลดระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ (Patrick, et al., 2013) แม้จะมีการรักษาทางยาที่มีประสิทธิภาพและการทำหัตถการที่ทันสมัยแต่ผู้ป่วยมักล่าช้าจากการรอดูอาการว่าเกิดจากหัวใจชัดเจนหรือไม่ รวมทั้งการไม่เรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน (Dracup, et al., 2009) ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายของพยาบาลในการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็วเกิดประสิทธิผลของการรักษาสูงสุด

พยาธิสภาพของการเกิดกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อมีความรุนแรงจนกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเรียกว่า Acute coronary syndrome (ACS) แสดงเป็นกลุ่มอาการที่มาด้วยเจ็บแน่นหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเนื่องจากหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการอุดตันทำให้เสียสมดุลของการใช้ออกซิเจนในกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดกระบวนการเมตาบอลิซึมเปลี่ยนจาก aerobic ไปเป็น anaerobic เกิดผลลัพท์จากเผาผลาญที่ผิดปกติของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ พบว่าการขาดเลือดเฉียบพลันมักเกิดจากการปริแตกของ atheromatous plaque จากผนังหลอดเลือดมีผลให้เกล็ดเลือดมาเกาะจับกลุ่มกับบริเวณส่วนของคราบไขมันที่

ปริแตก เกล็ดเลือดจะกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือด ทำงานผ่าน fibrinogen cross-links และ thrombin จนเกิด thrombus และก่อให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดรุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการของหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้น (Libby, Bonow, Mann, & Zipes, 2008)

การรักษากลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

การรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้ง 3 วิธี การใช้วิธีการใดขึ้นกับความพร้อมด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสภาวะของผู้ป่วยได้แก่

1. การรักษาด้วยยา ยาที่ใช้รักษาแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มหลัก ๆ คือ Anti-ischemic drugs เช่น nitrates, Beta-blockers และ calcium-channel blockers เป็นต้น ฝั่าระวังความดันโลหิตต่ำ ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelets) ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agents) และยาต้านลิ่มเลือด (anticoagulants) ฝั่าระวังภาวะเลือดออกง่าย

2. สวนหัวใจเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดที่ตีบหรืออุดตัน (Percutaneous Coronary Intervention; PCI) มีประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาภายในเวลาน้อยกว่า 6 ชั่วโมง และไม่เกิน 12 ชั่วโมง (Patrick, et al., 2013) PCI ทำโดยใส่สายนำผ่านเข้าทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือหรือขาหนีบจนกระทั่งปลายสายไปถึงหลอดเลือดหัวใจ จากนั้นแพทย์สอดเส้นลวดขนาดเล็กผ่านสายนำเข้าไปจนกระทั่งปลายเส้นลวดผ่านเลยจุดตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ หลังจากนั้นจะใช้เส้นลวดเป็นแกนช่วยนำสายชนิดพิเศษที่มีบอลลูนติดอยู่ตรงปลายใช้ภาพเอกซเรย์ที่เห็นบนจอช่วยในการวางตำแหน่งบอลลูนให้ตรงกับจุดที่มีการตีบแคบของหลอดเลือด แล้วใช้แรงดันทำให้บอลลูนกางออก แรงดันของบอลลูนจะผลักรอยตีบของหลอดเลือดหัวใจให้เปิดกว้างทำให้เลือดไหลผ่านได้สะดวกขึ้น เสริมแล้วจึงดึงบอลลูนออกจากตัวผู้ป่วย (Patrick, et al., 2013)

3. การผ่าตัดทำทางเดินเลือดใหม่โดยนำหลอดเลือดดำที่ขาหรือหลอดเลือดแดงที่ผนังหน้าอกมาตัดต่อ เรียกว่า การผ่าตัดบายพาส (Coronary Artery Bypass Graft) เป็นการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเข้าหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Grafts: CABG) ใช้เส้นเลือดดำที่ขา (Sphenous vein) มาเชื่อมต่อระหว่างหลอดเลือดแดงเอออร์ตากับหลอดเลือดแดงโคโรนารีในตำแหน่งที่อยู่ต่ำกว่าบริเวณอุดตัน หรือใช้หลอดเลือดแดงภายในทรวงอก

(Internal mammary artery) ตัดปลายมาเชื่อมกับหลอดเลือดโคโรนารีในตำแหน่งที่อยู่ต่ำกว่าบริเวณจุดต้น (Patrick, et al., 2013)

การรักษาที่ทำได้อย่างรวดเร็วที่สุดคือใช้ยาละลายลิ่มเลือดช่วยลดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายและคงความสามารถในการบีบตัวของหัวใจ ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการรักษาสูงสุดเมื่อได้รับการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง นับจากมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีแพทย์และทีมบุคลากรห้องสวนหัวใจและเครื่องมืออุปกรณ์มีความพร้อม เช่นเดียวกับกรณีการรักษาโดยทำผ่าตัดบายพาส อาจกล่าวได้ว่า เวลาที่มีผลต่อการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ หากผู้ป่วยมารับการรักษาซ้ำซ้ำ การตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะมากขึ้นจนกระทั่งกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในที่สุด

เหตุใดผู้ป่วยจึงมารับการรักษาซ้ำ

แม้จะมีการพัฒนาวิธีการรักษาหลากหลายวิธี และข้อมูลงานวิจัยจำนวนมากยืนยันว่าเวลาการเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็วยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยนับจากเกิดอาการผิดปกติถึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอยู่ในช่วง 2 - 6.5 ชั่วโมง โดยร้อยละ 25 - 50 ของผู้ป่วยใช้เวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาลนานกว่า 6 ชั่วโมง (Dracup, et al., 2009) มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลให้ผู้ป่วยมารับการรักษาซ้ำแยกออกเป็น 2 กลุ่มปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองที่มีผลต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษา คือ การรับรู้และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ โดยผู้ป่วยไม่เข้าใจหรือไม่มีความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติ แปลอาการผิด อาการแสดงไม่ชัดเจนในผู้สูงอายุ เพราะส่วนใหญ่จะรู้สึกเจ็บแน่นหน้าอกแล้วไปแขนซ้าย เหงื่อแตก เหนื่อยมากขึ้น แต่หากเป็นอาการจุกเสียด ปวดเมื่อย จุกลิ้นปี่ จะทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าเป็นอาการของโรคหัวใจและไม่ตระหนักถึงอันตราย จึงรอดูอาการให้ดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายรู้สึกลำบากใจที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีจำนวนผู้ป่วยที่เรียกใช้ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินน้อย ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาซ้ำ (Porras, Whitehead, Strike, & Steptoe, 2009)

2. ปัจจัยภายนอกที่มีผลให้มารักษาซ้ำ ได้แก่ อุปสรรคในการเดินทาง ระยะทางจากสถานที่เกิดเหตุอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล (Dracup, et al., 2009; Porras, Whitehead,

Strike, & Steptoe, 2009) แรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร เพื่อน ช่วยหาวิธีการช่วยเหลือต่าง ๆ มีการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาล โดยสิทธิการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องชำระเงินก่อนมีระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลนานกว่าสิทธิการรักษาพยาบาลที่ไม่ต้องชำระค่ารักษาเนื่องจากภาระเรื่องค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง และกลุ่มที่ไม่ทราบว่สิทธิการรักษาของตนครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาเรื่องใดบ้างจะมารักษาซ้ำเช่นกัน (สุวิภา เบาะเปลี่ยน, 2554) มีการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการมารับการรักษาที่ซ้ำซ้ำอื่น คือ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการผิดปกติ และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ (Walkiewicz, M., Krówczyńska, D., Kuchta, U., Kmiećicka, M., Kurjata, P., 2008)

บทบาทพยาบาลในการจัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมารับการรักษาเร็วขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นว่าประสิทธิภาพการรักษาขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่ทันเวลา ซึ่งมีการเสนอแนวทางในการจัดการลดการมารับการรักษาซ้ำซ้ำนี้ โดยการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเน้นให้ความรู้ในเรื่องโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการผิดปกติที่พบที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล การจัดการเบื้องต้นที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการ โดยพยาบาลให้ความรู้ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยพักอยู่ในโรงพยาบาล การให้ความรู้ในลักษณะเฉพาะรายให้เข้าใจและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีการกระจายความรู้ไปสู่ประชาชนในรูปของสื่อวิทยุ โทรทัศน์ เครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Walkiewicz, M., Krówczyńska, D., Kuchta, U., Kmiećicka, M., Kurjata, P., 2008) รวมทั้งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจอาการ การใช้ยาเมื่อกลับบ้าน การจัดการความวิตกกังวลและความเครียดซึ่งส่งเสริมให้เกิดอาการกำเริบได้ (Riegel, et al., 2011; Ting & Bradley, 2009) แต่ในความเป็นจริงพยาบาลที่อยู่ในส่วนต่าง ๆ ของระบบบริการสุขภาพมีความพร้อมและเผชิญกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะของโรคแตกต่างกัน จึงต้องวิเคราะห์ความพร้อมของบริบทหน่วยงานและทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย ACS ได้เหมาะสมเมื่อพิจารณาตามระดับของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลพยาบาลมีบทบาทต่างกันไปตามขีดความสามารถของหน่วยงาน ดังนี้

1. บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีขีดความสามารถในการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง แพทย์เฉพาะทาง และความพร้อมของบุคลากรระดับต่าง ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอาการรุนแรงซับซ้อน จึงมุ่งเน้นการรักษาเป็นหลัก และยังรับการส่งต่อผู้ป่วยหนักจากโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นบทบาทพยาบาลที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกต้องเข้าใจบริบททางสังคมของผู้ป่วยแต่ละราย และเตรียมแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่าง ๆ ให้สามารถช่วยผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ทันท่วงทีเมื่อเกิดอาการ โดยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจาก ครอบครัว เพื่อน และ บุคคลสำคัญของผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อตัดสินใจรวมทั้งการจัดการเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจมารับการรักษาได้เร็วขึ้น โดยเฉพาะสามี ภรรยา บุตร ซึ่งมีอิทธิพลและมีส่วนช่วยในการตัดสินใจมากที่สุด (Dracup, et al., 2009) จึงควรส่งเสริมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการและการปฏิบัติตนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง การใช้ยาขยายหลอดเลือดเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อันตรายที่เกิดจากการมารับการรักษาช้าให้กับครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล นอกจากนี้ควรให้ความรู้ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยมีครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่มารับการรักษาครั้งแรก และต้องให้ข้อมูลเป็นระยะ ๆ อาจจัดเป็นกลุ่มกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้รักษหัวใจ ลดปัจจัยเสี่ยงให้ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงเป็นโรคร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยพยาบาลเป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น (Walkiewicz, et al., 2008) สำหรับพยาบาลที่ทำงานในห้องฉุกเฉิน หน่วยรถพยาบาล และหอผู้ป่วยอาการหนักต้องแม่นยำในมาตรฐานการพยาบาล เพิ่มประสิทธิภาพด้านการจัดระบบช่องทางด่วนสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยตนเอง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อการรักษา

2. บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน มีความสำคัญในส่วนของการประเมิน คัดแยก ตรวจวินิจฉัย ส่งต่อให้ถูกต้องรวดเร็ว รับผู้ป่วยส่งกลับมาควบคุมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณาจากขีดความสามารถในการรักษาพบว่าโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งสามารถให้ยา thrombolytic ได้แต่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์จึงต้องมีการวางระบบการรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไว้เป็นการเฉพาะพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนจึงควรร่วมกับทีมแม่ข่าย หรือระบบการขอคำปรึกษากับโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขีดความสามารถ

เฉพาะในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ ทำการทบทวนตัวชี้วัดประสิทธิภาพของระบบอย่างต่อเนื่อง มีการใช้แบบคัดกรองภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเพิ่มศักยภาพพยาบาลในการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้สามารถวินิจฉัยเบื้องต้นได้แม่นยำ จากการศึกษาของตราคัพ และคณะ (2009) ทบทวนการบันทึกผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน พบว่าเกิดจากการคัดกรองที่ไม่ครอบคลุม เช่น ผู้ป่วยมาด้วยอาการ epigastrium pain ไม่ได้รับการทำ ECG ในเวลาที่กำหนด ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า (Dracup, et al., 2009) และพยาบาลยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคอย่างครอบคลุมอาจเนื่องจากมีประสบการณ์ไม่เพียงพอ จึงควรจัดการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการคัดกรองรวมทั้งทบทวนความรู้เรื่องอาการของโรคและการใช้แบบคัดกรองให้เข้าใจตรงกัน การจัดหน่วยพยาบาลออกให้ความรู้ประชาชนทั่วไปในเรื่องโรค อาการ และการป้องกันโรค การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการเมื่ออาการกำเริบหรืออาการที่ตนเองเผชิญ เป็นต้น นอกจากนี้ การจัดระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็วด้วยการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System: EMSS) จัดทำบัตรสมาชิกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีผลต่อระบบหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย เป็นต้น พัฒนาระบบ GPS เพื่อกำหนดตำแหน่งผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่ออาการเฉียบพลัน ชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการเรียกบริการ 1669 และวิธีแจ้งอาการ เมื่อเกิดอาการฉุกเฉินอีกด้วย (Riegel, et al., 2011)

ควรจัดทำแนวปฏิบัติมาตรฐาน (Clinical Practice Guidelines) ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนของตน เพิ่มศักยภาพในด้านเครื่องมือและสถานที่ โดยมีการแยกพื้นที่ผู้ป่วยวิกฤติให้อยู่ใกล้ nurse station มีเครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (AED), เครื่องช่วยหายใจ, เครื่องตรวจและเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีความพร้อมของรถกู้ชีพและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นในรถ ร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัดในการกำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยและการประสานงาน จัดให้มีระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อนส่งต่อทุกราย ระหว่างส่งต่อต้องมีพยาบาลดูแล 2 คน มีแบบฟอร์มการดูแลขณะนำส่ง หรือจัดทำกลุ่มอาการที่ต้องมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทันทีให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบทุกคนในโรงพยาบาล ต้องมีการจัดทำแนวทาง

ช่องทางการรักษาด่วนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ (ACS Fast track) และแนวทางการเริ่มให้ยา thrombolytic ที่โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น (พัชรภรณ์ อุ๋นเตจ๊ะ และ ศิริอร สิ้นธุ, 2554) ในการพัฒนาความรวดเร็วปลอดภัยในการส่งต่อ เช่น โทรประสานผลการตรวจต่าง ๆ ขณะส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์โดยไม่ต้องรอผลที่โรงพยาบาลชุมชนโดยกำหนดค่าโปรตีนที่พบในกล้ามเนื้อหัวใจ คือ Troponin-T, Creatinin kinase -MB (CKMB) เป็นความเร่งด่วนที่มีการประกันเวลาภายใน 30 นาที พัฒนาระบบดูแลต่อเนื่องโดยจัดระบบติดตามเยี่ยมบ้านด้วยการประสานกับทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในการประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติซ้ำของโรค ที่สำคัญต้องจัดระบบการเก็บข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การส่งต่อจนถึงชุมชนเพื่อนำมาวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง (Ting & Bradley, 2009)

3. บทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นพยาบาลเข้าถึงประชาชนและครอบครัวและมีความใกล้ชิดกับชุมชนมาก จึงเป็นด่านหน้าทั้งในการป้องกันและกลับมาควบคุมไม่ให้โรคกำเริบโดยมุ่งปรับพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ส่วนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการเฉียบพลันให้มารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วนั้น จากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า พยาบาลต้องเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคให้ผู้ป่วยและครอบครัว จัดการเชิงรุกโดยติดตามเยี่ยมบ้าน จัดทำทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเข้าเยี่ยมและให้ความรู้แบบเคาะประตูบ้าน โดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล สังเกตอาการ และจัดการอาการเบื้องต้นที่ถูกต้อง (Walkiewicz, et al., 2008)

สรุป ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมารับการรักษาซ้ำแตกต่างกันและบทบาทพยาบาลมีความสำคัญที่จะช่วยลดปัญหานี้ได้ บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์เน้นการพยาบาลโดยให้ความรู้ตั้งแต่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการรักษาที่ทันสมัย การใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ บทบาทพยาบาลหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลชุมชนมีความสำคัญในส่วนของ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ เน้นการคัดแยก ตรวจ วินิจฉัย ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและส่งต่อให้ถูกต้องรวดเร็ว และบทบาทพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เน้นในเรื่องของการป้องกันส่งเสริมสุขภาพ เข้าถึงประชาชนและ

ครอบครัว รวมทั้งติดตามควบคุมการปฏิบัติซ้ำของกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาศัยความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลเป็นเหมือนสะพานเชื่อมการดำเนินงานต่าง ๆ รวมทั้งมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในทุกระดับโรงพยาบาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษายาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ชฎาภา ประเสริฐทรง และสายสมร เฉลยภิตติ. (2556). ภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 14(1) : 85-91.
- พัชรภรณ์ อุ๋นเตจ๊ะ และศิริอร สิ้นธุ. (2554). *โครงการประเมินปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน*. ทูลสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติปีงบประมาณ 2554.
- สุวีณา เบาะเปลี่ยน. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สิทธิการรักษา และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 12 (พิเศษ), 62-74.
- Dracup, K., Mckinley, S., Riegel, B., Moser, D. K., Meischke, H., Doering, L. V., et al. (2009). A randomized clinical trial to reduce patient prehospital delay to treatment in acute coronary syndrome. *Circulatory Cardiovascular Quality Outcomes*, 2, 524-532.
- Libby, P., Bonow, R. O., Mann, D. L., & Zipes, D. P. (Eds.). (2008). *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Patrick, T. O., Frederick, G. K., Deborah, D. A., Donald, E. C., Mina, K. C. et al. (2013). 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task

- Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 127, e362-e425.
- Porras, L. P., Whitehead, D. L., Strike, P. C., & Steptoe, A. (2009). Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home to hospital delay. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1), 26-33.
- Riegel, B., Elmi, A., Moser, D. K., McKinley, S., Meischke, H. et al. (2011). Who Listens to Our Advice? A Secondary Analysis of Data from a Clinical Trial Testing an Intervention Designed to Decrease Delay in Seeking Treatment for Acute Coronary Syndrome. *Patient Educ Couns*, 85(2): e33–e38.
- Ting, H. H., & Bradley, E. H. (2009). Patient Education to reduce Prehospital Delay Time in Acute Coronary Syndrome: Necessary But Not Sufficient. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2, 522-523.
- Walkiewicz, M., Krówczyńska, D., Kuchta, U., Kmiećicka, M., Kurjata, P. (2008). Acute coronary syndrome - how to reduce the time from the onset of chest pain to treatment?. *Kardiologia Polska*, 66: 11-18.