

C02 : พัฒนาแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โรงพยาบาลห้วยตะพาน อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

นางเมวดี ชูจิตต์

โรงพยาบาลห้วยตะพาน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ความรุนแรงของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วและเฉียบพลัน พบว่าในกระบวนการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไม่ครอบคลุมเพียงพอ โดยผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะไม่ปรากฏอาการแต่อย่างใด ตามแบบคัดกรอง เช่น ช่วงอายุที่แตกต่าง ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกที่ชัดเจน ไม่มีปัจจัยเสี่ยงตามแบบคัดกรองเดิม จึงทำให้เกิดการคัดกรองผิดพลาด ไม่เข้าถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที และการตรวจที่จำเป็นอื่นๆ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด รักษาล่าช้า และเสียชีวิตเฉียบพลัน การศึกษาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) (Sackett D,1996)ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์พัฒนาแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันของโรงพยาบาลห้วยตะพาน และศึกษาผลการใช้แบบคัดกรอง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่สร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ที่มารับบริการที่จุดคัดกรองด้านหน้า (Triage) จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 248 ราย พบเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจำนวน 46 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 โดยผลการศึกษาเปรียบเทียบกับอัตราการคัดกรองผิดพลาดล่าช้าก่อนและหลังศึกษา ผลการศึกษาพบว่าอัตราการคัดกรองผิดพลาดล่าช้าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลดลงจากก่อนการศึกษาปี 2561 จากร้อยละ 20.93 ลดลงเป็นร้อยละ 4.34 และพบว่าอาการนำที่ผู้ป่วยตัดสินใจมาโรงพยาบาลมากที่สุดได้แก่อาการเจ็บแน่น แค้น หน้าอก รองลงมาคือ ใจสั่น เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 10 มีอาการนำที่แตกต่างจากกลุ่มอาการที่ใช้ประเมินรูปแบบเดิม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในบริบทของโรงพยาบาลห้วยตะพาน สามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ครอบคลุมมากขึ้น ตรวจจับได้รวดเร็วขึ้น ลดอัตราการคัดกรองผิดพลาดล่าช้าได้ ทั้งนี้ควรมีการกระตุ้นและติดตามในระยะยาวเพื่อพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน,แบบคัดกรองผู้ป่วย

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญโดยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และจัดได้ว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ รองจากอุบัติเหตุและมะเร็ง ความรุนแรงของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ถูกต้องและรวดเร็ว โดยเฉพาะการขยายหลอดเลือดหัวใจจะช่วยให้เส้นเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ทันเวลา อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2560) พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสภาพ การประเมินสภาพการรักษา ตลอดจนการให้การพยาบาลเพื่อที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างทัน่วงที (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552)

โรงพยาบาลหัวตะพาน เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับบริการ ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 37 ราย ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 32 ราย ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 31 ราย ในส่วนของความเสียหายที่เกิดของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลยังพบข้อมูลของการวินิจฉัยผิดพลาดล่าช้า ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 7 ราย ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 5 ราย ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 9 ราย ซึ่งเกิดจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เกิดในกระบวนการคัดกรองสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่เมื่อทบทวนผู้ป่วยในทุกรายพบว่า ไม่ครอบคลุมเพียงพอ และพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะไม่ปรากฏอาการแต่อย่างใดตามแบบคัดกรอง เช่น ช่วงอายุที่แตกต่าง ไม่มีลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีปัจจัยเสี่ยงตามแบบคัดกรอง จึงทำให้เกิดการคัดกรองผิดพลาด ไม่เข้าถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที และการตรวจที่จำเป็นอื่นๆ ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด รักษาล่าช้า และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเฉียบพลัน

จากข้อมูลการดูแลรักษาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้สืบค้นวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำนวนหนึ่ง จะไม่ปรากฏอาการแต่อย่างใด เช่น พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดโดยบังเอิญ จากการตรวจร่างกายประจำปี เช่น จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด อาการเจ็บเค้นอกที่เป็นลักษณะเฉพาะ (Typical angina pectoris) ตรงตามตำราโดยสมบูรณ์เพียงประมาณร้อยละ 30 ดังนั้นจึงศึกษาค้นคว้าหลักฐานในการวินิจฉัยโรคนี้ ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่มาด้วยอาการที่ไม่ชัดเจนด้วย อาการนำที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2560) สอดคล้องกับข้อมูลการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ชี้ให้เห็นว่า แบบคัดกรองที่โรงพยาบาลหัวตะพานใช้อยู่ ไม่สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมเพียงพอ จึงทำให้เกิดอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดล่าช้า

จากข้อมูลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาแบบคัดกรองให้เหมาะสมกับการประเมินผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน

รูปแบบการวิจัย

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

หลังใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันอัตราการคัดกรองผิดพลาดล่าช้าลดลง

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทุกรายที่มารับบริการที่จุดคัดกรองด้านหน้า ตั้งแต่ วันที่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

กรอบแนวคิดการวิจัย

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) โดย Dr. David Sackett (1996) กระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (The EBP Process) กระบวนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน 1. การประเมินผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (Assess the patient) 2. การตั้งคำถาม (Ask the question) 3. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Acquire the evidence) 4. การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Appraise the evidence) 5. การนำไปใช้ (Apply: talk with the patient) 6. การประเมินผล (Evaluation)

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ไปที่เข้าเกณฑ์การประเมินตามแบบคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ชนิด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation (STEMI), ชนิด NSTEMI และชนิด Unstable angina ที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

2. แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หมายถึง แบบคัดกรองสำหรับคัดกรองผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือการดำเนินวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือในการดำเนินการ

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม
2. เครื่องมือในการดำเนินการแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ภาษาที่ใช้ และการประเมินที่ถูกต้อง และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือ IOC (Index of Item Objectives Congruence) ได้ 0.8 ซึ่งข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้ (สุรพงษ์ คงสัตย์, 2551)

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยหลังจากได้ทำหนังสืออนุญาตผู้อำนวยการและคณะกรรมการงานพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยประจำโรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ต่อจากนั้นผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลหัวตะพาน แพทย์และพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแผนก

ผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการศึกษาหลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและเข้ารับ การคัดกรองอาการที่จุดคัดกรองด้านหน้า(Triage) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2. ใช้แบบคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในผู้ป่วยคุณสมบัติที่กำหนด

3. เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนทุก 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ.2561 ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2562

4. ประเมินและสรุปผลการนำไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เวลาที่ได้รับการ EKG อาการนำ ปัจจัยอื่นๆ โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. เปรียบเทียบอัตราการคัดกรองผิดพลาดซ้ำของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันก่อนและหลังศึกษาโดยใช้ร้อยละ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 60.87 และเพศหญิง 39.13 ทั้งสองกลุ่มมีอายุตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไป กลุ่มอายุมากที่สุดคือมากกว่า 75 ปี

1.2 ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

พบว่าทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีประวัติเบาหวาน ความดันและโรคร่วมอื่นๆ ผลการเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้านลักษณะทางคลินิก ด้านปัจจัยเสี่ยงพบว่าเป็นผู้สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มalcoholมากที่สุดร้อยละ 21 อาการสำคัญที่สุดที่นำคนไข้มาโรงพยาบาลและให้ประวัติพยาบาลมากที่สุดคือเจ็บแน่น เค้น หน้าอกรองลงมาคือ ใจสั่น เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม และอาการ

จุกเสียดแน่นท้อง ลึนปี กินยาไม่ทุเลา ผู้ป่วยร้อยละ 95 ได้รับการประเมิน EKG ภายใน 10 นาที

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง	
	n=46	
	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	28	60.87
หญิง	18	39.13
2.อายุ		
<45 ปี	6	13.04
46-60 ปี	9	19.56
61-75 ปี	14	31.04
>75 ปี	17	36.96

ตารางที่1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง	
	n=46	
	จำนวน	ร้อยละ
3.โรคร่วม		
ความดัน	5	10.87
เบาหวาน	3	6.52
เบาหวาน/ความดัน	19	41.30
เบาหวาน/ความดัน/ไต/หัวใจ	11	23.91
อื่นๆ	4	8.7
ไม่มีโรคเดิม	4	8.7
4.ปัจจัยเสี่ยง		
บุหรี	12	26.08
เครื่องดื่มalcohol	11	23.91
บุหรีและเครื่องดื่มalcohol	21	45.65
ยาเสพติด บุหรี เครื่องดื่มalcohol	2	4.34
5.อาการนำสำคัญที่สุดที่ตัดสินใจมารพ.		
เจ็บแน่น แค้น หน้าอก	14	30.43
ปวดจุกแน่น คาง คอ ไหล่ หลัง	3	6.52
ใจสั่น เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม	12	26.08
จุกเสียดแน่นท้อง ลิ้นปี่ กินยาไม่ทุเลา	12	26.08
เหงื่อออกตัวเย็น วิงเวียน หน้ามืด	5	10.87
6. ระยะเวลาได้รับการ EKG		
ภายใน 10 นาที	44	95.65
มากกว่า 10 นาที	2	4.34
ไม่ได้ประเมิน EKG	0	0

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการการคัดกรองผิดปกติ/ล่าช้า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ หลังใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันก่อนและหลังการศึกษา

อุบัติการณ์	ก่อนการศึกษาปี2561		หลังการปี2562	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วย ACS ทั้งหมด	43	100	46	100
จำนวนผู้ป่วยคัดกรองผิดปกติ/ล่าช้า	9	20.93	2	4.34

จากตารางที่ 2 พบว่าหลัง แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันปี 2561 และปี 2562 ใกล้เคียงกัน และพบว่าอัตราการคัดกรองผิดปกติล่าช้าลดลงในปี 2562

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมเบาหวานความดัน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรัง เป็นกลุ่มมีโอกาสเกิดโรคมากที่สุด จากสภาพของหลอดเลือดเกิดความผิดปกติเป็น ภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อภาวะที่หลอดเลือดอ่อนแอ แดงง่าย และทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง (สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย,2561) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยยังมีปัจจัยด้านบุหรี่ยาสูบและดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 21 สอดคล้องกับสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันเลือดสูงหรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันเลือดสูงและไขมันในเลือดจะเสี่ยงต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป เมื่อผู้ศึกษาใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยที่สร้างขึ้นในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการนำที่ผู้ป่วยให้ประวัติที่ชัดเจนที่สุดได้แก่เจ็บแน่น แค้น หน้าอก รองลงมาคือ ใจสั่น เหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ20 อาการนำที่มาโรงพยาบาล ไม่แน่นอนหน้าอกชัดเจน เช่น แน่นคาง คอไหล่ เหนื่อย เหงื่อแตก ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่า แบบคัดกรองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้สามารถประเมินได้ครอบคลุมอาการได้มากขึ้น ผู้ป่วยที่สงสัยได้รับการ EKG และประเมินภาวะหัวใจขาดเลือดได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้อัตราของการคัดกรองผิดปกติ/ล่าช้าลดลง สอดคล้องกับข้อมูลของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (2560) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำนวนหนึ่ง จะไม่ปรากฏอาการแต่อย่างใด เช่น พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดโดยบังเอิญเลือด อาการเจ็บแน่นอกที่เป็นลักษณะเฉพาะ (Typical angina pectoris) ตรงตามตำราโดยสมบูรณ์เพียงประมาณร้อยละ 30 ดังนั้นแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันสามารถนำมาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยได้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพจริง

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติมาตรฐาน
2. ผลสำเร็จของการเรียนรู้และพัฒนาในรูปแบบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร
3. หากผลลัพธ์ศึกษาผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันดีขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้รูปแบบคำสั่งการรักษากับโรคอื่น ๆ ที่มีปัญหากันได้คล้ายคลึงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

แบบคัดกรอง โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันควรมีการประเมินผลในระยะยาว และปรับปรุงอยู่เสมอ ซึ่งได้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุขสำนักโรคไม่ติดต่อ.(2555). รายงานประจำปี 2554. กรุงเทพฯ:สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). พยาธิสรีรวิทยาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย.[ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2561,จาก <http://www.thaiheart.org>.
3. สุกิจ แยมวงษ์.(2548). การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. เครือข่ายวิจัยสุขภาพมูลนิธิสารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย
4. เสาวนีย์เนาวพาณิชย์. (2552). คู่มือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับ การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูน. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
5. Sackett, D. (1996). "Evidence-based Medicine - What it is and what it isn't". BMJ; 312:71-72. Retrieved from <http://www.bmj.com/cgi/content/full/312/7023/71>
6. Schardt, C. and Mayer, J. (2010). "What is Evidence-Based Practice (EBP)?". Retrieved from <http://www.hsl.unc.edu/Services/Tutorials/EBM/welcome.htm>. Revised July 2010.