

บทที่ 2

เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้ คือ

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.1 พยาธิสรีรภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.2 สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.6 แนวทางการรักษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย
3. การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
4. การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 4.1 วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 4.2 ระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

พยาธิสรีรภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

พยาธิสรีรภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (atherosclerosis) แรกเริ่มจะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน (intimal layer) โดยเซลล์บุชั้นใน (endothelial cell) ทำหน้าที่ผิดปกติไปจากปกติ เกิดการจับของไขมัน มีการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ แมคโครฟาร์จ (macrophage) และ ลิมโฟไซต์ (lymphocyte) ตลอดจนเกร็ดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดก็จะแคบลงเลือดไหลผ่านไม่สะดวกและมีปริมาณน้อยลง นอกจากนี้บริเวณที่หลอดเลือดตีบแคบยังมีแรงต้านทาน แรงเสียดสีของเลือดที่ไหลกับผนังหลอดเลือดมีสูงสุด ประกอบกับบริเวณดังกล่าวมีปริมาณไขมันที่สูง ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเกิดเป็นร่องได้มากกว่าบริเวณอื่น เมื่อมีการแตกของผนังหลอดเลือด เกร็ดเลือดและสารที่ทำให้เลือดแข็งตัวจะมาพอกและซ่อมแซมบริเวณที่แตก ทำให้เกิดลิ่มเลือดขนาดใหญ่ซึ่งทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจเกือบสมบูรณ์หรือสมบูรณ์ ทำให้การไหลเวียนของเลือดหยุดชะงักและลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบาดเจ็บและตายอย่างเฉียบพลัน (จริยา, 2547; ศุภชัย, 2542 ; อุไร, 2543; อภิชาติ, 2543)

สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สาเหตุสำคัญที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบาดเจ็บและขาดเลือดอย่างกะทันหันและรุนแรงคือ หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจมีการอุดตันเกือบสมบูรณ์หรือสมบูรณ์ โดยผู้ป่วยมีปัจจัยที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน เมื่อมีทรอมบิน (thrombin) มาเกาะรอบๆคราบไขมัน (atherosclerotic plaque) และมีปัจจัยเหนียวนำที่กระตุ้นให้คราบลิ่มเลือดไขมันในหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการปริแตกอย่างเฉียบพลัน (acute thrombosis from plaque rupture) เช่น การออกกำลังกายอย่างหนัก การสูบบุหรี่ อารมณ์ที่เครียดมาก ภายหลังมีเพศสัมพันธ์ อากาศที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด ซึ่งการปริแตกของคราบเลือดไขมันมักมีขนาดใหญ่และกว้างลึก ทำให้มีเลือดออกเกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจทันที ซึ่งกลไกการปริแตกของก้อนไขมัน (plaque) ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากการเพิ่มความดันและการไหลของเลือดในหลอดเลือดหัวใจที่แข็งและตีบแคบร่วมกับมีทรอมบัสและเกิดการแข็งตัวของเลือดมากกว่าปกติ (hypercoagulability) (จริยา, 2547)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้และไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (เกสรา, 2544; จริยา, 2547; อุไร, 2543; อภิชาติ, 2543) ไว้ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดโรค และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุด ค่าความดันโลหิตที่สูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือผู้ที่มิมีเฉพาะความดันโลหิตสูงที่เกินกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (อุไร, 2543) พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและตายอย่างกะทันหันได้สูงถึง 2 เท่า มีการประมาณว่าค่าความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น 7 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 27 และการใช้ยาลดความดันอย่างต่อเนื่องสามารถลดความดันโลหิตสูงได้ 5-6 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ร้อยละ 14 (อภิชาติ, 2543) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงควรได้รับการดูแลรักษาด้วยยา ร่วมกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ลดความเครียด และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยต้องควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกินกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ถ้าผู้ป่วยมีโรคเบาหวานหรือโรคไต ความดันโลหิตต้องน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (Curb et al., 1996) ซึ่งจะช่วยให้สามารถลดและชะลอการเพิ่มคราบไขมัน และช่วยป้องกันการทำลายเยื่อบุผนังในของหลอดเลือดแดงได้

2. ระดับไขมันในเลือดที่สูงผิดปกติ โรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับระดับโคเรสเตอรอลชนิดไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (high-density lipoprotein or HDL) และไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (low-density lipoprotein or LDL) โดยไขมันที่มีความหนาแน่นสูงเป็นตัวนำโคเรสเตอรอลไปยังตับเพื่อขับออกจากร่างกาย จึงสามารถป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้ ส่วนไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำเป็นตัวพาโคเรสเตอรอลไปยังเซลล์ จึงมีผลทำให้เกิดโรคขึ้นมา จากการศึกษพบว่า ผู้ที่มีระดับโคเรสเตอรอลในเลือด ที่เกินกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมีไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำสูงกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ ทั้งนี้ระดับไขมันในเลือดชนิดต่าง ๆ จะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ต่างกัน

3. การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย โดยผู้ที่สูบบุหรี่มากมีโอกาสเป็นโรคมก พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 1-4 มวน มีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2.5 เท่า ในประเทศไทยพบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบร้อยละ 62.2 (จริยา, 2547) สำหรับประเทศตะวันตกพบได้สูงถึงร้อยละ 86 จาก

การศึกษาของฟาร์มิงแฮม พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สำหรับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ต้องสูดควันบุหรี่อย่างต่อเนื่องก็มีความเสี่ยงเท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่เช่นกัน อัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่และระยะเวลาที่สูบ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอัตราการตายสูงถึง 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่สูบบุหรี่แล้วเป็นมะเร็งปอดตาย

4. เพศ พบว่า เพศชายที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปีมีอุบัติการณ์เกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า เนื่องจากเพศหญิงยังคงมีประจำเดือนซึ่งมีฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ รวมทั้งเพศหญิงบางรายที่หมดประจำเดือนแล้วรับประทานฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทน แต่จะใกล้เคียงกันในช่วงอายุที่มากกว่า 54 ปี เนื่องจากระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ในปี 1988 พบว่าเพศชายมีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า และอัตราการตายในเพศหญิงจะสูงหลังอายุ 60 ปี สำหรับประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในช่วงอายุที่ต่ำกว่า 50 ปีนั้นจะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตรา 5: 1

5. อายุ อุบัติการณ์ของอายุที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดในเพศหญิงและชายแตกต่างกันคือ เพศชายมักเกิดโรคหัวใจขาดเลือดก่อนอายุ 40 ปี และเพศหญิงมักเกิดโรคเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี หรือหลังหมดประจำเดือน สำหรับประเทศไทยพบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ตั้งแต่อายุ 28-75 ปี และช่วงอายุที่ต่ำกว่า 40 ปี มีอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 4.2 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาจากประเทศตะวันตก อัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดในเพศชายสูงถึง 15 เท่าในช่วงอายุตั้งแต่ 35-44 ปี ส่วนเพศหญิงช่วงอายุ 55-64 ปี มีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงประมาณ 30 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชายในช่วงระหว่างอายุเดียวกัน อาจเนื่องจากเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นโรคเรื้อรังหลายชนิดมากกว่าเพศชายในช่วงระหว่างอายุเดียวกัน ร่วมกับกายวิภาคหลอดเลือดแดงโคโรนารีของเพศหญิงที่มีขนาดเล็กและแคบกว่าเพศชาย จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เพศหญิงที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดมีระดับความรุนแรงของโรคและอัตราการตายสูงกว่าเพศชาย

6. เบาหวาน ภาวะหลอดเลือดแดงเสื่อมแข็ง (atherosclerotic) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากในผู้ป่วยเบาหวาน มีรายงานการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าที่สูงจะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเพิ่มระดับไขมันในเลือดทุกชนิด เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ มีการกำหนดว่าผู้ที่เป็นเบาหวานนานกว่า 8 ปี ให้นับปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเป็น 2 ชนิด คือ เป็นทั้งเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ผู้ที่เป็นเบาหวานมานานแล้วเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมักมีเส้นเลือดตีบตันหลายเส้นและกายวิภาคของเส้นเลือดที่ตีบตันมักไม่เหมาะสมกับทำหัตถการด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และมีอัตราการเกิดโรคหัวใจขาด

เลือดซ้ำใหม่เกิดขึ้นได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน รวมทั้งเบาหวานยังเป็นดัชนีที่แสดงถึงการพยากรณ์โรคไม่ดี เมื่อเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยโรคมักมีความรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อน

7. ความอ้วน ดัชนีที่บ่งชี้ว่าอ้วนสามารถคำนวณได้จากสูตรน้ำหนักตัวหารด้วยส่วนสูงที่เป็นเมตรซึ่งจะเป็นค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ค่าที่เหมาะสมควรมีน้อยกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย ระหว่าง 25 ถึง 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าน้ำหนักเกินและถ้าค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าเป็นโรคอ้วน (อภิชาติ, 2543) มีรายงานการศึกษาพบว่าความอ้วนมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มความถี่ของอาการเจ็บหน้าอกและเพิ่มอัตราการตายอย่างกะทันหัน และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก 5-8 กิโลกรัม ภายในเวลา 18 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ 1.25 เท่าขึ้นไป (Willett et al., 1995)

8. การออกกำลังกาย การไม่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีรายงานการศึกษามากมายที่สนับสนุนการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ คือ ในหนึ่งสัปดาห์ หากออกกำลังกายอย่างน้อย 5 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที พบว่าสามารถช่วยลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ซึ่ง การศึกษาของฟาร์มิงแฮมพบว่าการ เพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายในทุกวัย รวมทั้งผู้สูงอายุจะช่วยเพิ่มความสามารถในการทนต่อการออกแรงของหัวใจ และลดอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดได้ เพราะการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะสามารถช่วยเพิ่มระดับไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) และช่วยลดระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) ลดความดันโลหิต เพิ่มมายโอโกลบิน (myoglobin) ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดการเกาะกันของเกร็ดเลือด และช่วยให้ผ่อนคลาย

9. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติกรรมพันธุ์ในครอบครัวและจะเพิ่มความเสี่ยงมากยิ่งขึ้นหากมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย อาทิเช่น สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง อ้วน เครียด เป็นต้น

10. ยาคุมกำเนิดและการใช้ฮอร์โมนทดแทนในหญิงวัยหมดประจำเดือน ในสตรีที่หมดประจำเดือนหรือได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (อภิชาติ, 2543) และในสตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ยาคุมกำเนิดจะมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้เร็วกว่าปกติและรบกวนการเผาผลาญไขมัน เพิ่มความดันโลหิตรวมทั้งทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็ง มีรายงานว่าผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 40 ปีที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานจะมีความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้สูงถึง 4-20 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่

รับประทานยาคุม และพบว่าผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 40 ปีที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดมักมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานร่วมกับสูบบุหรี่ (จรรยา, 2547)

11. ความเครียดหรือบุคลิกภาพแบบเอ (personality type A) เป็นบุคลิกภาพที่มีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจังกับงาน มุ่งมั่น เคร่งครัด ตรงเวลา ทะเยอทะยาน เนื่องจากบุคลิกภาพแบบเอจัดเป็นภาวะเครียดชนิดเรื้อรังที่มีผลทำให้เพิ่มการหลั่งสารแคททีโคลามีน (catecholamine) กระตุ้นประสาทซิมพาเทติก (sympathetic activity) เร่งและเพิ่มการเกาะกันของเกร็ดเลือดและขบวนการเกิดเลือดแข็งตัว เพิ่มการสะสมของไขมัน เพิ่มความดันโลหิตและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่เร่งการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขาดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เผชิญกับภาวะเครียดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจะเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดกลุ่มอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและตายกะทันหัน และมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำถึง 5 เท่า เมื่อเทียบกับบุคลิกภาพแบบบี เนื่องจากมีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งทำให้มีการทำลายหลอดเลือดโคโรนารีและเร่งการฉีกขาดหรือแตกของก้อนไขมัน (plaque)

อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

อาการและอาการแสดงในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้หญิงและผู้ชายจะมีลักษณะที่แตกต่างกันในบางอาการและมีอาการที่เหมือนกันในบางอาการ ซึ่งอาการที่เกิดร่วมกันทั้งในเพศหญิงและเพศชาย (Goff et al., 1993; Goldman & Bennett, 2000; Luepker et al., 2003; Urden et al., 2002) ได้แก่

1. อาการเจ็บแน่นหน้าอก มีลักษณะปวดแบบแน่นๆ ปวดเหมือนมีอะไรมาทับ ปวดแน่นๆ หรือปวดเหมือนถูกบีบรัด กลางหน้าอกเป็นอยู่นานหลายนาที อาการจะเป็นๆหายๆ
2. อาการปวดบริเวณช่วงบนของร่างกาย เป็นอาการปวดหรือไม่สุขสบายบริเวณหน้าอก ไหล่ แขน หลัง คอ ฟัน และขากรรไกร
3. อาการปวดกระเพาะ มีอาการปวดลงไปบริเวณช่วงล่างคือช่องท้อง
4. อาการหายใจลำบาก มีอาการหายใจตื่นหรือมีความพยายามหายใจให้ลึก
5. อาการวิดกกังวล
6. อาการเหงื่อแตก
7. อาการคลื่นไส้และอาเจียน
8. เหนื่อยล้า
9. อาการไม่สุขสบายบริเวณคอ ไหล่ หลังส่วนบนและช่องท้อง

10. อาการวิงเวียน หรือมึนงง

มีการศึกษาอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในบริบทประเทศไทยของการศึกษาของปฏิพร (2543) ได้ให้คำบรรยายอาการของผู้ป่วยไทยที่มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ อาการแน่นๆ อึดอัด หรือปวดบริเวณหน้าอกด้านซ้าย ส่วนอาการที่พบได้แก่ อาการปวด/แน่นอึดอัดบริเวณหน้าอกด้านซ้าย อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เหงื่อออก ใจสั่น คลื่นไส้ วิงเวียน/หน้ามืด/เป็นลม อาเจียน แขนขาเปื่อยช่น ซาที่แขนและมือ มีอาการเหมือนมีไข้ ท้องอืด ปวดศีรษะ และกลัว เป็นต้น และการศึกษาของจิราวรรณ (2548) พบว่าอาการเด่นชัด (typical symptoms) ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบบ่อยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกไม่ได้ เหงื่อออก แขนขาเย็นชื้น/ชืด อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า/ไม่มีแรง วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม ใจสั่น กลัว/ตกใจกลัว หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ปวดหลัง/กลางหลัง เจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย เจ็บ/ปวดบริเวณคอ/กราม ซาปลายเท้า/แขน-ขา กังวลใจ/หงุดหงิด เจ็บ/ปวดแขนซ้าย เป็นต้น และอาการที่ไม่เด่นชัด (atypical symptoms) ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบบ่อยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกไม่ได้ เหงื่อออก อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า/ไม่มีแรง แขนขาเย็นชื้น/ชืด เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ รู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย/ท้องอืด/มีแก๊สในกระเพาะอาหาร กลัว/ตกใจกลัว วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม ใจสั่น เสียดท้อง อาการเหมือนมีไข้หรือหนาวสั่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เป็นต้น

ลักษณะของอาการเจ็บหน้าอกที่สัมพันธ์กับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่ได้หมายถึงอาการเจ็บหน้าอกอย่างเดียว แต่มักจะมีอาการแน่นๆ เหมือนมีอะไรมาทับหรือจุกๆ เจ็บเหมือนหัวใจถูกบีบเค้นหรือบีบรัด ทำให้หายใจไม่ออก แสบร้อน เป็นต้น อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประมาณร้อยละ 70-80 มักมีอาการไม่สุขสบาย/ปวดบริเวณกลางหน้าอกหรืออกด้านซ้าย ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกเกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการเมตาโบลิซึม ทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่างๆ เช่น ไคนิน (kinin) แบริคติน (bradykinin) อะดีโนซีน (adenosine) ซึ่งกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกตรงผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีและกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ส่งผ่านไปประสาทระดับคอ (cervical) และระดับหน้าอก (thoracic) เข้าสู่สมองส่วนทาลามัส (thalamus) และคอร์เทกซ์ (cortex) ทำให้เกิดการรับรู้แปลเป็นความรู้สึกต่างๆ คือ ความรู้สึกไม่สุขสบาย ปวดแน่นในทรวงอกเป็นแนวกว้างตามแขนงของเส้นประสาทไขสันหลังตั้งแต่ระดับกรามไปถึงบริเวณช่องท้อง และอาจมีอาการร้าวไปที่บริเวณไหล่หรือต้นแขนด้านใน ซึ่งเป็นบริเวณที่มีปลายประสาทรับความรู้สึกที่ผิวของร่างกาย (somatic

นิน ซี (Troponin C) โปรตีนเหล่านี้สามารถพบได้จากกล้ามเนื้อลาย แต่ในโครงสร้างด้านกรดอะมิโนของโทรโปนิน ที และโทรโปนิน ไอ ในเซลล์กล้ามเนื้อลายแตกต่างจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ขณะที่โทรโปนิน ซี ทั้งในเซลล์กล้ามเนื้อลายและเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจคล้ายกัน ฉะนั้น โทรโปนิน ที และโทรโปนิน ไอ จึงเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยจะมีโทรโปนิน ที และโทรโปนิน ไอ หลังออกจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือถูกทำลาย โทรโปนิน ที เริ่มมีค่าสูงภายใน 3-5 ชั่วโมง หลังมีขาดเลือดหรือขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ มีค่าสูงสุด 8-10 ชั่วโมงและมีค่าสูงต่อไปได้อีกนาน 14-21 วัน โทรโปนิน ที และโทรโปนิน ไอ มีความไวและความเที่ยงสูงถึงร้อยละ 100 นอกจากนี้ โทรโปนิน ที ที่มีค่าสูงในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ระหว่าง 30 วัน- 6 เดือน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนและตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ โทรโปนิน ไอ มีความไวสูงเฉพาะในรายที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายนานกว่า 7-14 ชั่วโมง หรือในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือหลังทำกระตุ้นหัวใจด้วยกระแสไฟฟ้า (cardioversion) ที่สงสัยว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และค่า โทรโปนิน ไอ ที่มีค่าสูงกว่า 3.1 ไมโครกรัม/ลิตร เป็นระยะเวลาต่างๆ จะเป็นดัชนีในการพยากรณ์โอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือตายที่ 30 วัน และ 1 ปี นอกจากนี้ยังเป็นดัชนีบ่งชี้ว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นวงใหญ่หรือเกิดการอุดตันซ้ำ (reinfarction) และหากพบโทรโปนิน ไอ สูงอย่างน้อย 0.4 ไมโครกรัม/ลิตร ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ก็จะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในการเพิ่มอัตราการตายระหว่าง 40-50 วัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องจัดการรักษาด้วยการถ่ายขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารี

3.3 ค่าซีรีรัมครีเอทีน ไคเนส มัยโอโกลบิน (serum creatine kinase myoglobin: CK-MB) เป็นตัวบ่งชี้ที่นิยมและตรวจร่วมกับค่าโทรโปนินในเลือด เพื่อยืนยันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตาย เป็นการตรวจที่ค่อนข้างแม่นยำ (ค่าปกติ 0-16/25 U/L) CK-MB จะมีค่าสูงขึ้นภายหลังมีอาการ 4-6 ชั่วโมงและกลับสู่ค่าปกติภายใน 72 ชั่วโมง ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระดับ CK-MB จะมีค่าสูงสุดในช่วง 10-12 ชั่วโมงแรก ค่า CK-MB ที่มากกว่าค่าปกติ 2 เท่า แสดงว่าได้ผลบวก หากค่าที่ได้สูงมากๆ หลายเท่าจะเป็นดัชนีบ่งชี้ว่ามีการตายบริเวณกว้างและ ไม่มีการไหลเวียนของเลือด

แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แนวทางการรักษาสำหรับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเน้นความเร็วในการวินิจฉัยเพื่อการรักษาที่ช่วยให้มีการเปิดเส้นเลือดอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป้าหมายการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ ลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจด้วยการเปิดเส้นเลือดให้เร็ว

ที่สุด โดยมีการรักษาใน 2 รูปแบบด้วยกันคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการถ่างขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารี (primary percutaneous transmural coronary intervention: PCI) ซึ่งเป็นการทำหัตถการขยายหลอดเลือด (จรรยา, 2547) โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. ยาละลายลิ่มเลือด

เป็นยาที่ใช้เฉพาะสำหรับรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่เป็น ST Elevation ร่วมกับยังคงมีอาการปวดแน่นหน้าอกที่มีระยะเวลาน้อยกว่า 12 ชั่วโมง ซึ่งสามารถลดอัตราการตาย ลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดภาวะแทรกซ้อน ยาละลายลิ่มเลือดออกฤทธิ์โดยการเปลี่ยนเอนไซม์พลาสมิโนเจน (plasminogen) ให้เป็นเอนไซม์พลาสมีน (plasmin) ซึ่งจะทำหน้าที่ละลายลิ่มเลือดในร่างกายให้เป็นไฟบริน ดีเจเดชัน โพรดักต์ (Fibrin degradation product :FDP) ยาละลายลิ่มเลือดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่กำลังบาดเจ็บและตายได้ โดยประสิทธิภาพของยาจะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เริ่มให้ยา นั่นคือ หากเริ่มมีอาการและให้ยาเร็วเท่าไร อัตราการตายจะยิ่งลดลง ถ้าให้ยาเร็วภายใน 1 ชั่วโมงที่มีอาการจะสามารถลดอัตราการตายร้อยละ 50 คืออัตราการตายเหลือเพียงร้อยละ 1 แต่ถ้าให้ยาภายในมากกว่า 3-6 ชั่วโมง ลดอัตราการตายได้ร้อยละ 20 (Dracup et al., 1995; Habib, 1995) ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในปัจจุบันมี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1) สเตร็ปโตโคไคนาส (Streptokinase) กลุ่มที่ 2) ทิสซู พลาสมีโนเจน แอคติเวเตอร์ (Tissue Plasminogen Activator: t-PA) กลุ่มที่ 3) ยาซินเนอร์จิสติก คอมไบเนชัน (Synergistic combination: t-PA) โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มที่ 1 ยาสเตร็ปโตโคไคนาส (Streptokinase : SK) เป็นยาละลายลิ่มเลือดที่สกัดจากเชื้อแบคทีเรียกรุปซี เบต้า ฮีโมไลติก สเตร็ปโตคอคคัส (group C beta-hemolytic streptococci) ออกฤทธิ์โดยจับพลาสมีโนเจนในเลือด เป็นสเตร็ปโตโคไคนาส พลาสมีโนเจน คอมเพล็กซ์ (SK-plasminogen complex) จะกระตุ้นพลาสมีโนเจนในกระแสเลือดและลิ่มเลือดให้เปลี่ยนเป็นพลาสมีน ทำให้เกิดกระบวนการละลายลิ่มเลือดในร่างกายให้กลายเป็นไฟบริน ดีเจเดชัน โพรดักต์ (FDP) มีค่าครึ่งชีวิต (half-life) 18-23 นาที ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซิสทีมิก ไฮโปโคแอกกูเลเบิล สเตต (systemic hypocoaguable state) ได้นานถึง 24-36 ชั่วโมง (ระยะเวลาดังกล่าวจึงควรเลี่ยงหัตถการต่าง ๆ เพราะจะให้เลือดหยุดยาก) ขนาดของยา 1.5 ล้านยูนิตผสมกับสารน้ำหยดเข้าทางเส้นเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง หรือให้ได้โดยฉีดโดยตรงเข้าทางหลอดเลือดแดงโคโรนารี ผลข้างเคียงจากยา คือ อาการแพ้ ความดันโลหิตต่ำ (ระหว่างได้ยานี้ควรหยุดขยายหลอดเลือดชนิดอื่นก่อน) สามารถช่วยเปิดเส้นเลือดที่ 90 นาที ร้อยละ 48-58 ราคาค่อนข้างถูกหากเทียบกับยาดัอื่น จึงเป็นยาที่นิยมใช้มาก

กลุ่มที่ 2 ยากลุ่มทิสซุ พลาสมิโนเจน แอคติเวเตอร์ (Tissue Plasminogen Activator :t-PA) เป็นยาที่สังเคราะห์จากผนังด้านในสุดของหลอดเลือด (vasculat endothelium) เป็นยาที่สร้างขึ้นโดยวิธีพันธุวิศวกรรม (recombinant DNA technology) t-PA เป็นเอนไซม์ธรรมชาติ จึงไม่ทำให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ มีฤทธิ์ละลายลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ จึงไม่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกตามอวัยวะอื่น ๆ ทิสซุ พลาสมิโนเจน แอคติเวเตอร์ออกฤทธิ์ในการละลายลิ่มเลือดโดยการเปลี่ยนพลาสมิโนเจนให้เป็นพลาสมินและเกิดการละลายลิ่มเลือดขึ้น มีค่าครึ่งชีวิต (half-life) 3-5 นาที ประสิทธิภาพในการเปิดเส้นเลือดที่ 90 นาที อยู่ระหว่างร้อยละ 61-89 มีเลือดออกและความดันโลหิตต่ำน้อยกว่ายาสเตรปโตไคเนส แต่มีการอุดตันซ้ำสูงกว่ายาสเตรปโตไคเนส ต้องใช้เวลาในการให้ยาวนานถึง 3 ชั่วโมง ขนาดของยาเริ่มด้วยฉีด 10 มิลลิกรัม ตามด้วยหยดเข้าเส้นเลือด 50 มิลลิกรัม ใน 1 ชั่วโมง แล้วตามต่อด้วย 20 มิลลิกรัมหยดต่ออีก 2 ชั่วโมง

กลุ่มที่ 3 ยากลุ่มยาซินเนอร์จิสติก คอมไบเนชัน (Synergistic combination, t-PA) ปัจจุบันได้มีการพัฒนาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ง่ายและผลข้างเคียงน้อย แต่ราคาแพงมาก ยังไม่มีใช้ในประเทศไทย ได้แก่ ยาริเทพลัส (Retepase) ; ทีเอ็นเค ทีพีเอ (TNK-t-PA) เป็นต้น ที่ใช้ฉีดเข้าเส้นเพียงครั้งเดียว แต่ประสิทธิภาพในการเปิดเส้นเลือดไม่แตกต่างกับยาสเตรปโตไคเนส หรือทีพีเอ (t-PA) ปัจจุบันจึงได้มีการศึกษาใช้ยาละลายลิ่มเลือดสเตรปโตไคเนส ร่วมกับยากลุ่มไกลโคโปรตีนทูบี/ทรีเอ แอนตาโกนิส (Glycoprotein II b/IIIa antagonist) คือ แอบซิซิแมบ (Abciximab) (1/2dose) แต่ผลพบว่ามีปัญหาเลือดออกมาก และใช้ยาสเตรปโตไคเนส ร่วมกับยาอินออกซาพาริน (Enoxaparine) (ขนาดครึ่งหนึ่งของฉีดใต้ผิวหนัง) ปัญหาเลือดออกเพิ่มไม่มากและมีแนวโน้มอาจจะใช้มากขึ้นในปัจจุบัน

2. การถ่างขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารี

การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยลูกโป่งบอลลูน แล้วตามด้วยการตะแกรงขดลวดสะเต็นท์ (coronary stent) เป็นหัตถการที่นิยมและได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน เพื่อให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบตันถูกเปิดกว้างออกใหม่ ทำให้เลือดสามารถไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ใหม่อย่างเพียงพอ ด้วยการใส่สายสวนที่มีลูกโป่งบอลลูนเข้าไปตำแหน่งหลอดเลือดไขมันให้แบนแฟบ นอกจากนี้อาจใช้หัตถการตัดคราบเลือดไขมันในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (rotational atherectomy) หรือการยิงแสงเลเซอร์ตัดคราบเลือดไขมันในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (eximer laser angioplasty) แล้วตามด้วยการฝังตะแกรงขดลวดสะเต็นท์ ปัจจุบันเทคโนโลยีในการฝังตะแกรงขดลวดสะเต็นท์ ได้มีการพัฒนาเป็นขดลวดที่เคลือบด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อลดการตีบตันซ้ำในระยะยาว (จรรยา, 2547) ผลสำเร็จในการใส่สแต็นท์พบว่ามีถึง 98% ส่วนที่ไม่สำเร็จพบว่าใส่ไม่ตรงจุดหรือบริเวณที่ต้องการ (อุไร, 2543)

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย

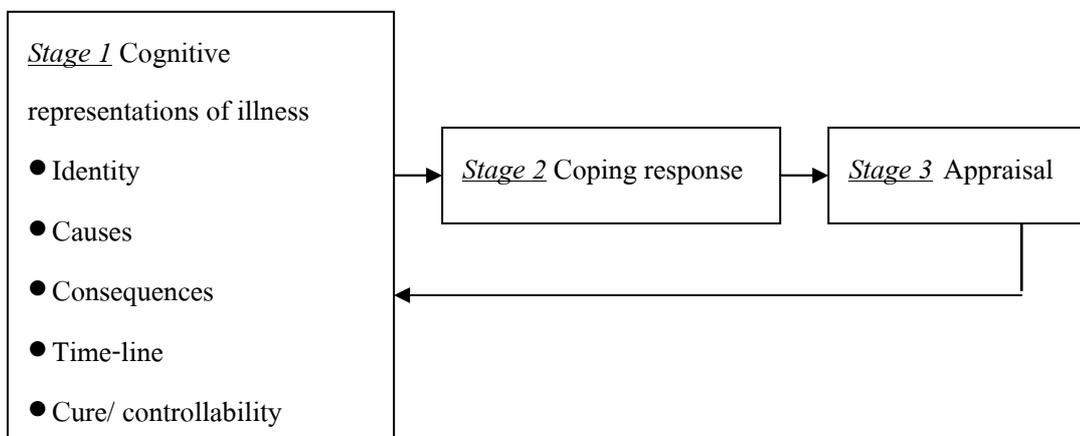
กรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-regulatory model) โดยตีเวนทาลและคณะ ใช้ในการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (Cameron, Leventhal, & Leventhal, 1993; Cameron, Leventhal, & Leventhal, 1995; Leventhal, Easterling, Leventhal, & Cameron, 1995) ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยทำให้นุคคลเข้าใจถึงภาวะที่คุกคามสุขภาพและการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลมีโครงสร้างที่เป็นรูปแบบและโครงสร้างดังกล่าวมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ก่อนมีการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้มาจากสังคม สิ่งแวดล้อม โดยกรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง มีด้วย 3 ระยะด้วยกันคือ ระยะที่ 1 ระยะของการให้ความหมายหรือการแปลผลสิ่งที่เกิดขึ้น ระยะที่ 2 ระยะของการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยหรือการวางแผนทำกิจกรรมต่างๆ และระยะที่ 3 การประเมินความสำเร็จของบุคคลในการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะของการให้ความหมายหรือการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น อาศัย 5 องค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย คือ

1. อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค เป็นการรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นและรับรู้ว่าอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับโรคลำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. สาเหตุของโรค เป็นการรับรู้สาเหตุของโรคว่ามาจากสาเหตุใดเช่น กรรมพันธุ์ เชื้อโรค เป็นต้น
3. ช่วงเวลาของการเป็นโรค เป็นการรับรู้ว่าช่วงเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคว่าจะมีช่วงเวลายาวนานเพียงไร
4. ผลกระทบจากการเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือผลลัพธ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย
5. การรักษาหรือการควบคุม เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นว่าจะสามารถรักษาหรือควบคุมได้มากน้อยเพียงไร

ระยะที่ 2 การตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (coping response) เป็นการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อตอบสนองการเจ็บป่วยหรือจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Leventhal & Cameron, 1987; Leventhal, Safer, & Panagis, 1983) ซึ่งอาจมีรูปแบบหรือไม่มีก็ได้

ระยะที่ 3 การประเมินความสำเร็จของบุคคล (Appraisal) หรือประเมินผลลัพธ์ในการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ว่าสำเร็จหรือล้มเหลว หากสำเร็จก็จะมีกรปฏิบัติตามแผนต่อไป แต่หากไม่ประสบผลสำเร็จ บุคคลก็จะกลับไปยังระยะที่ 1 ใหม่และมีการทบทวนค้นหาปัญหาใหม่ ดังรูป 2



ภาพ 2 กรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-Regulatory Model: SRM) ของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984)

จะเห็นได้ว่ากรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง มุ่งเน้นในเรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคล บุคคลจะจัดการกับการเจ็บป่วยโดยการตอบสนองทั้งด้านพฤติกรรมและด้านอารมณ์ ซึ่งอยู่บนพื้นฐานใน 5 องค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย เช่น ผู้ป่วยที่รู้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถรักษาหรือควบคุมได้ จะมีความตั้งใจมาฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Petrie et al., 1996; Whitmarsh et al., 2003) และผู้ป่วยที่รู้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะหายไปในช่วงเวลาอันสั้น มีผลกระทบไม่รุนแรง สามารถกลับไปทำงานได้เร็ว ส่วนผู้ป่วยที่รู้ว่าผลกระทบรุนแรงจะกลับไปทำงานช้าและต้องนอนในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ (Petrie et al., 1996) นอกจากนี้การรับรู้การเจ็บป่วยยังมีผลต่อระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนมารับการรักษา โดยพบว่าผู้ป่วยที่รู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลกระทบรุนแรง จะมารับการรักษาเร็ว (Walsh et al., 2004) ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บตื้อๆและรู้ว่าไม่รุนแรงจะมารับการรักษาช้า (Johansson et al., 2004) จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาสามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากอุบัติการณ์พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการตายของประชากรอันดับที่ 1 ของโลก ไม่ยกเว้นแม้ประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย โดยสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดกล้ามเนื้อหัวใจ (อภิชาติ, 2543) ดังนั้นการรักษาที่เป็นที่ยอมรับและสะดวกที่สุดคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดกลับ ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดังเดิม แต่กระบวนการดังกล่าวมีระยะเวลาเป็นตัวบ่งชี้ หากผู้ป่วยมารับการรักษาภายใน 6 ชั่วโมง ภายหลังมีอาการ สามารถช่วยลดอัตราการตายได้ แต่ยิ่งเร็วเท่าไรยิ่งดี สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วคือ การรับรู้การเจ็บป่วย หากผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยถูกต้อง และมีวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ องค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วยมี 5 องค์ประกอบด้วยกันคือ 1) อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค 2) สาเหตุของโรค 3) ช่วงเวลาของการเป็นโรค 4) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและ 5) การรักษา/การควบคุมการเจ็บป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. อาการที่เกี่ยวข้องกับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นการรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นและรับรู้ว่าเป็นอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งอาจรับรู้จากการเจ็บป่วยของตนเองหรือการเจ็บป่วยของบุคคลอื่น (Leventhal et al., 1984) มีการศึกษาถึงความไม่สอดคล้องของการรับรู้อาการที่มีจริงกับอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังการศึกษาของฮอร์นและคณะ (Horn, et al., 2000) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 58 มีประสบการณ์อาการจริงแต่รับรู้ว่าเป็นอาการไม่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีเพียงร้อยละ 29 เท่านั้นที่รายงานว่ามีความสอดคล้องอาการจริงและอาการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการเจ็บหน้าอก (ร้อยละ 64) มีอาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่และแขน (ร้อยละ 66) ส่วนอาการที่ผู้ป่วยรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า อาการเจ็บตรงกลางหน้าอก (ร้อยละ 76) และอาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่และแขน (ร้อยละ 34) และจากการศึกษาของแอสตินและ โจนส์ (Astin & Jones, 2006) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มากกว่าร้อยละ 80 เคยมีประสบการณ์อาการ 1-2 อาการก่อนทำการถ่ายขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารี โดยอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ หายใจลำบาก แน่นหน้าอกและเหนื่อยง่าย นอกจากนี้ยังมีหลายๆการศึกษาที่พบว่า การรับรู้อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายๆกัน เช่น การศึกษาของจิลและแคทลีน (Jill & Kathleen, 2005) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ตาย คืออาการเจ็บหน้าอก, หายใจลำบาก, เหงื่อเย็น และการศึกษาของโฟเกลและคณะ (Fogle et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บหน้าอก, ปวดบริเวณแขนหรือไหล่, หายใจลำบาก เป็นอาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2. สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดจากสาเหตุใด (Leventhal et al., 1984) ซึ่งเป็นกระบวนการค้นหาที่บุคคลส่วนใหญ่ปฏิบัติ โดยค้นหาว่าอะไรที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยการรับรู้สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาจากหลายๆสาเหตุด้วยกัน เช่น การศึกษาของเซอร์วิก คิง และวาโซวิก (Zerwic, King, & Wlasowicz, 1997) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยกับโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค พบว่า ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของโรคเกิดจากการสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง การศึกษาของแมคคินลีย์และคณะ (McKinley et al., 2000) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเครียด กรรมพันธุ์ และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย หรือภาวะน้ำหนักเกิน เป็นสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเช่นเดียวกันกับการศึกษาของอีวาและคารินา (Eva & Carina, 2001) ที่พบว่าสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจมี 3 ปัจจัยด้วยกันคือ พันธุกรรม วิถีชีวิต และน้ำหนักเกิน ส่วนการศึกษาของคิง (King, 2002) พบว่าสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้แก่ ความเครียด แบบแผนการดำเนินชีวิต การออกกำลังกาย การกินอาหาร และการศึกษาของเฟรน มาตู ซีเนียร์และเวนแมน (French, Marteau, Senior, & Weinman, 2002) พบว่าสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้แก่ ความเครียด ความดันโลหิตสูง และกรรมพันธุ์ การศึกษาของฮาร์ท (Hart, 2005) พบว่า สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากอายุ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ลักษณะการดำเนินชีวิต ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ประวัติครอบครัวและการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การศึกษาของคาเมรอน เพทรี เอลลิส บลูอิกและเวนแมน (Cameron, Petrie, Ellis, Bluick, & Weinman, 2005) ศึกษาประสบการณ์อาการและสาเหตุในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นครั้งแรก พบว่า สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้แก่ ความเครียด ไขมันในเส้นเลือด กรรมพันธุ์ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและโรคความดันโลหิตสูง

3. ช่วงเวลาของการเป็นโรค เป็นการรับรู้ที่ผู้ป่วยอธิบายถึงช่วงเวลาของการเป็นโรคว่าเป็นไม่นานหรือเป็นช่วงเวลานาน (Leventhal et al., 1984) ซึ่งการรับรู้ช่วงเวลามีอิทธิพลต่อการรักษาที่ต่อเนื่อง ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า หากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดขึ้นและสามารถหายได้ในระยะเวลาไม่นาน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะสามารถดูแลตัวเองได้ และไม่ต้องพึ่งพาคือคนอื่น แต่หากผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นช่วงเวลานาน ผู้ป่วยต้องพึ่งพาคือคนอื่น เช่นการศึกษาของเพทรี และคณะ (Petrie et al., 1996) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการ

เจ็บป่วยจะหายไปในช่วงเวลาไม่นาน ผู้ป่วยจะกลับเข้าไปทำงานได้เร็วและการศึกษาของเซอร์วิก และคณะ (Zerwic et al., 1997) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นช่วงเวลานาน มีปัญหาต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวในการรักษา

4. ผลกระทบจากเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความรุนแรงที่มีต้นเหตุมาจากการเจ็บป่วย (Leventhal et al., 1984) โดยพบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาจากโรค ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในตนเอง คิดว่าตนเองไร้ความสามารถและการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่เป็นแล้วรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทที่น้อยลงและการทำหน้าที่ของตนเองลดลงด้วย (Cherrington et al., 2004) เช่น การศึกษาของชวานพิศ (2541) พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นแล้วรุนแรงรักษาไม่หาย ต้องรักษาตลอดชีวิต และการศึกษาของปฎิพร (2543) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 ประเมินว่าอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุนีย์ (2540) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 62 ประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นมีอันตรายมาก ทำให้เสียชีวิตได้รวดเร็ว นอกจากนี้พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือทำหน้าที่ของตนเองได้ ทำให้มีผลต่อภาวะการเงินและเศรษฐกิจ เช่นการศึกษาของเพตรี และคณะ (Petrie et al., 1996) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วย มีผลกระทบรุนแรง จะกลับเข้าไปทำงานช้ากว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีผลกระทบไม่รุนแรง และการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ คนรอบข้างมองว่าเป็นคนป่วยเช่น การศึกษาของคิง (King, 2002) พบว่าผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้บุคคลสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองและเชื่อว่าตนเองไร้ความสามารถ และการศึกษาของแอสตินและโจนส์ (Astin & Jones, 2006) ที่พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นผลกระทบจากโรครุนแรง ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจในตนเอง คิดว่าตนเองไร้ความสามารถ

5. การรักษา/การควบคุม เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการรักษาว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือสามารถควบคุมได้ (Leventhal et al., 1984) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่าการรักษา/การควบคุมมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถควบคุมหรือรักษาได้ จะมีความตั้งใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่สามารถควบคุมหรือรักษาได้ (Petrie et al., 1996) เช่นเดียวกับการศึกษาของวิทมาร์ช เคอร์เทนจิ และไซด์ล (Whitmarsh, Koutantji, & Sidell, 2003) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถควบคุมหรือรักษาได้จะมีความตั้งใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการศึกษาของแฮกเกอร์และออบเบล (Hagger & Orbell, 2003) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

สามารถรักษาหรือควบคุมได้ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี สุขภาพกายดีและการหน้าที่ทางสังคมดีขึ้นและการศึกษาของมอเซอร์และดราคัป (Moser & Dracup, 1995) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าจะสามารถควบคุมโรคได้ มีความวิตกกังวลน้อย ซึมเศร้าน้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดการรับรู้การเจ็บป่วย

เครื่องมือที่ใช้วัดการรับรู้การเจ็บป่วยใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire: IPQ) สร้างโดยเวนแมนและคณะ (Weinman et al., 1996) ในปี 1996 และแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire Revise: IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002) มีการปรับปรุงในปี 2002 ในแต่ละแบบสอบถามมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire: IPQ) (Weinman et al., 1996) ผู้สร้างแบบสอบถามได้สร้างตามกรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของลีเวนทาล (Leventhal et al., 1984) ซึ่งครอบคลุมใน 5 องค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย ประกอบด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค 12 อาการ ในส่วนของอาการนี้นักวิจัยสามารถเพิ่มอาการให้มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคที่ศึกษาได้ (Weinman et al., 1996) การวัดสามารถวัดได้โดยการสอบถามผู้ป่วยว่าในการเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านมีประสบการณ์อาการเหล่านี้หรือไม่และท่านคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับโรคลำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ โดยมีคะแนน 0 กับ 1 คะแนน คะแนนรวมกันอยู่ระหว่าง 0 ถึง 16 คะแนน นำคะแนนที่ได้มารวมกัน หากระดับคะแนนสูงหมายถึงอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคที่ศึกษา ในส่วนของ 4 องค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วยมีการคละรวมกันและมีระดับการให้คะแนน 5 ระดับด้วยกันคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนน 1-5) และมีการคิดคะแนนย้อนกลับในบางข้อของช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรคและการรักษา/ควบคุม หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละองค์ประกอบ ในส่วนสาเหตุของโรคไม่เหมาะสมที่จะนำมารวมกันทุกข้อ เนื่องจากในบางข้อแสดงให้เห็นถึงรับรู้ที่เฉพาะ ซึ่งนักวิจัยนำไปวิเคราะห์เป็นรายข้อ หรือปัจจัยภายในและภายนอก

การหาความเที่ยงและความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยไปหาความเที่ยงใช้การทดสอบก่อน-หลัง และหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbrach's alpha coefficient) ได้ดังนี้ คือ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคได้ค่าความเที่ยง 0.82 ช่วงเวลาของการเป็นโรค ได้ค่าความเที่ยง 0.73 ผลกระทบจากโรคได้ค่าความเที่ยง 0.82 และการรักษา/การควบคุมได้ค่าความเที่ยง 0.73

2. แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire - Revise: IPQ-R)(Moss-Morris et al., 2002) เนื่องจากแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับเดิมองค์ประกอบเกี่ยวกับช่วงเวลาของการเป็นโรค และการรักษา/การควบคุม มีค่าความเที่ยงต่ำกว่าองค์ประกอบอื่นๆ จึงมีการพัฒนาโดยมีการเพิ่มจำนวนข้อเข้าไปในทุกองค์ประกอบ ซึ่งทำให้แต่ละองค์ประกอบมีค่าความเที่ยงที่ดีขึ้น ในส่วนของช่วงเวลาของการเป็นโรค จากเดิมเป็นแบบเป็นช่วงเวลาไม่นานและเป็นช่วงเวลานาน (acute/chronic) มีการเพิ่มช่วงเวลาเป็นรอบๆ (cyclical) ซึ่งทำให้มีค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้นจาก 0.73 เป็น 0.89 ในส่วนของการรักษา/การควบคุมมีการแยกออกเป็นการควบคุมโดยตัวบุคคล (personal control) และการควบคุมด้วยการรักษา (treatment control) โดยมีค่าความเที่ยงอยู่ที่ 0.81 และ 0.80 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (illness coherence) ซึ่งมีค่าความเที่ยงอยู่ที่ 0.87 และการรับรู้ด้านอารมณ์ (emotional representation) มีค่าความเที่ยงที่ 0.88

จะเห็นได้ว่าแบบสอบถามฉบับเดิมและฉบับปรับปรุงมีความแตกต่างกันทั้งในรายละเอียดและระดับค่าความเที่ยงในบางองค์ประกอบ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เน้นการคิดรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (cognitive representation) โดยแบบสอบถามฉบับเดิมออกแบบมาสำหรับวัดเฉพาะการคิดรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (cognitive representation) ส่วนฉบับปรับปรุงสามารถวัดได้ทั้งการคิดรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (cognitive representation) และการรับรู้ด้านอารมณ์ (emotional representation) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามฉบับเดิมมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากแบบสอบถามฉบับเดิมมีความจำเพาะกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา สามารถใช้ง่ายและมีความยืดหยุ่นสูง

การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย

วิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใช้เพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วย มี 4 วิธีด้วยกัน (Dracup & Moser, 1997) ดังนี้ คือ

1. การพยายามอดทน/รอดูอาการ บางครั้งอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ไม่ชัดเจนหรือไม่เฉพาะเจาะจงกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเช่น อาการปวดตามแขน ไหล่ กรามและฟัน ทำให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าเป็นอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงรอดูอาการ โดยรับรู้ว่

อาการที่เกิดขึ้นอาจจะหายไปเองได้ (Dracup & Moser, 1997) เช่น จากการศึกษาของปฏิพร (2543) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรอดูอาการ (ร้อยละ 86) สอดคล้องกับการศึกษาของโฮและคณะ (Ho et al., 1988) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการมารับการรักษาที่ช้า (ร้อยละ 87) เนื่องจากคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นจะหายไป และการศึกษาของสุนีย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยเลือกรอดูอาการไปก่อน ไม่หายแล้วค่อยไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 37) และรอดูอาการไปก่อนไม่ต้องรีบไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 11)

2. การรักษาด้วยตนเอง เนื่องจากอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันบางครั้งมีอาการที่ไม่เด่นชัด เช่น อาการแน่นยอดอก หรือแสบยอดอก ทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือโรคกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยจึงตัดสินใจรับประทานยาลดกรด รับประทานอาหารและเครื่องดื่มต่างๆ เพื่อบรรเทาอาการ (MacInnes, 2006) จากการศึกษาของปฏิพร (2543) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรักษาด้วยตนเอง (ร้อยละ 69) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 33 จะรักษาด้วยตนเองก่อนเมื่อมีอาการครั้งแรก ถ้าหากอาการไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

3. การปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันบางครั้งไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับโรคและอาการที่เกิดขึ้นจากโรคได้ ผู้ป่วยจึงปรึกษานักบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นก่อนมารับการรักษา เช่น การศึกษาของดราคัปและมอเซอร์ (Dracup & Moser, 1997) พบว่า ขณะมีอาการร้อยละ 9 บอกเล่าให้สมาชิกในครอบครัว และร้อยละ 1.8 บอกเล่าให้เพื่อนหรือคนอื่นฟัง เช่นเดียวกับการศึกษาของปฏิพร (2543) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 88 ใช้วิธีปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น โดยพบว่า ปรึกษานุตรชายและบุตรสาวมากที่สุด (ร้อยละ 48.9) รองลงมาคือปรึกษาคู่สมรส (ร้อยละ 33) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วย ปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากคู่สมรสและบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 75) และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ (2548) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 93.6 มีพฤติกรรมปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.8 ปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากคู่สมรส/บุตร/ญาติมากที่สุด รองลงมาร้อยละ 17.6 ปรึกษาเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และร้อยละ 2.4 ปรึกษาขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่ไม่รู้จัก

4. การแสวงหาการรักษา/การปรึกษานักวิชาการในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยที่สามารถประเมินได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีการตัดสินใจมารับการรักษาทันที แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกใช้เป็นกระบวนการสุดท้าย เช่น จากการศึกษาของ

ดราคัปและมอเซอร์ (Dracup & Moser, 1997) ที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 2 เท่านั้น ที่มารับการรักษาโดยการเรียกรถฉุกเฉิน และการศึกษาของจิราวรณ (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 1.6 เท่านั้นที่ปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากคลินิกหรือโรงพยาบาล

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่มีวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย โดยการพยายามอดทน/รอดูอาการ การรักษาด้วยตนเองและการปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น และสุดท้ายมีการแสวงหาการรักษา/การปรึกษานุเคราะห์ในทีมสุขภาพ แต่วิธีการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาช้า ผู้ป่วยจึงมีโอกาสที่จะเสียชีวิตมากขึ้นและมีอัตราการตายที่สูงขึ้น

ระยะเวลาที่ใช้ก่อนมารับการรักษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ระยะเวลามีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราป่วยและอัตราการตาย (Rosenfeld et al., 2005) โดยสาเหตุของโรคเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจจากก้อนเลือด (plaque) ซึ่งจะทำให้มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจและขนาดของการตายจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการรักษาที่รวดเร็วคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งยาละลายลิ่มเลือดมีระยะเวลาเป็นตัวกำหนด หากเริ่มมีอาการและให้ยาเร็วเท่าไร อัตราการตายจะยิ่งลดลง ถ้าให้ยาเร็วภายใน 1 ชั่วโมงที่มีอาการจะสามารถลดอัตราการตายร้อยละ 50 ถ้าให้ยาภายใน 3-6 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตายได้ ร้อยละ 20 (จริยา, 2547; GISSI, 1986) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 90 นาที ตั้งแต่เริ่มมีอาการ จะมีประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด และจะไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาเมื่อเวลาผ่านไปมากกว่า 6 ชั่วโมงนับจากเริ่มมีอาการ (Demsey, Dracup, & Moser, 1995) สรุปได้ว่าประสิทธิภาพของยาละลายลิ่มเลือด มีระยะเวลาภายใน 6 ชั่วโมง ซึ่งเป็นนาทีทอง (golden period) สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาช้า เช่น การศึกษาของโจฮานสัน สตรอมเบิร์ก และสวาน (Johanson, Stromberg, & Swahn, 2004) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 59 มารับการรักษาช้ามากกว่า 1 ชั่วโมงภายหลังจากมีอาการแต่โดยค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้เวลาก่อนมารับการรักษาประมาณ 6-29 ชั่วโมง (Dracup & Moser, 1991; Goldberg, Gurwitz, & Gore, 1999) จึงเป็นเหตุให้มีอัตราการตายที่สูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในประเทศไทยการศึกษาของสุนีย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใช้เวลาตัดสินใจมารับการรักษาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง 47 นาที และการศึกษาของปฏิพร (2543) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ใช้เวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า 1 ชั่วโมง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย โดยการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสมสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่รวดเร็ว ซึ่งมีประเด็นการศึกษาดังต่อไปนี้ คือ

1. อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับอาการ (symptom) และประสบการณ์อาการ (symptom experience) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีประสบการณ์อาการและอาการนั้นเกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมารับการรักษาเร็ว เช่น การศึกษาของจอร์นสันและคิง (Johnson & King, 1995); คิงและแมคไกวี่ (King & McGuire, 2000) พบว่า ถ้าผู้ป่วยอธิบายว่าอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการไม่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการศึกษาของ ฮอร์น และคณะ (Horne et al., 2000) พบว่า ประสบการณ์อาการและการอธิบายลักษณะของอาการ มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาช้า โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์อาการเจ็บหน้าอกจะมารับการรักษาช้ากว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการเจ็บหน้าอก และการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นในอันดับแรกเป็นอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถลดระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลได้เช่น การศึกษาของมาลโฮตรา กุปตา จันทรา โกรเวอร์และปานฮี (Malhotra, Gupta, Chandra, Grover, & Pandhi, 2003) พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาช้าเนื่องจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาของออตเทเซิน และคณะ (Ottesen et al, 2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการที่เฉพาะเจาะจงและไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมารับการรักษาช้า เช่นเดียวกับการศึกษาของวู และคณะ (Wu et al., 2004) พบว่า อาการแสดงที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นปัจจัยที่มีผลกับการมารับการรักษาช้า นอกจากนี้การศึกษาของโจฮันสันสันและคณะ (Johanson et al, 2004) พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมารับการรักษาที่ช้าได้แก่ อาการปวดคือๆ (dull pain) ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรงและไม่กังวล สอดคล้องกับการศึกษาของเลฟเลอร์และบอนดี้ (Lefler & Bondy, 2004) พบว่า อาการแสดงของโรคที่ไม่เฉพาะเจาะจงและผู้ป่วยสับสนเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาช้า และการศึกษาของรัสตันและเคลย์ตัน (Ruston & Clayton, 1998) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับอาการหรือต้นเหตุของโรคสัมพันธ์กับระยะเวลาก่อนมารับการรักษา การศึกษาของคาร์เนย์ ฟิทซิมอนและเดม

เตอร์ (Carney, Fitzsimons, & Dempster, 2002) พบว่า การรับรู้ถึงที่มาของอาการ สามารถทำนาย การมารับการรักษาภายใน 60 นาทีภายหลังมีอาการ และการมีประสบการณ์อาการที่ไม่รุนแรงคล้าย อาการของโรคกระเพาะ ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า และการศึกษาของกรอสแมนและคณะ (Grossman et al., 2003) พบว่า การรับรู้อาการที่ไม่ชัดเจนมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่ ช้า

2. สาเหตุของโรค การที่บุคคลรับรู้ว่ามีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีต้นเหตุ มาจากหัวใจ บุคคลจะมารับการรักษาทันที แต่ถ้ารับรู้ว่ามีต้นเหตุมาจากโรค กระเพาะอาหาร จะมารับการรักษาช้า (MacInnes, 2006) เช่นการศึกษาของโจฮันสัน และคณะ (Johansson et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาเร็วเนื่องจากรับรู้ว่ามีต้นเหตุ มาจากหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของจอร์นสันและคิง (Johnson & King, 1995) พบว่าผู้ป่วยจะมา รับการรักษาเร็ว หากรับรู้ว่ามีต้นเหตุของอาการมาจากหัวใจ

3. ช่วงเวลาของการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการทบทวนพบว่าไม่พบ รายงานการศึกษา แต่มีการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นการศึกษาของฟรอสทโฮล์มและคณะ (Frostholm et al., 2005) ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการใช้บริการสุขภาพในระดับ ปฐมภูมิ พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคเป็นช่วงเวลานานสามารถทำนายการเข้ารับบริการสุขภาพใน ระดับปฐมภูมิได้ และการศึกษาของคามเธรนและคณะ (Cameron et al., 1993) พบว่า การรับรู้ ช่วงเวลาที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยในบางโรค

4. ผลกระทบจากการเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาจากการเป็นโรค หากผู้ป่วยรับรู้ว่ามี ผลกระทบที่เกิดขึ้น มีความรุนแรงมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจมารับการรักษาเร็วขึ้น จาก การศึกษาของโจฮันสัน และคณะ (Johansson et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยที่กลัวว่าจะเสียชีวิตจะ ตัดสินใจมารับการรักษาเร็ว โดยใช้เวลาน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นไม่ รุนแรง จะมารับการรักษาช้า เช่นเดียวกับการศึกษาของเลฟเลอร์และบอนดี้ (Lefler & Bondy, 2004) พบว่า การรับรู้ว่ามีอาการไม่รุนแรง มีผลกระทบเพียงเล็กน้อยจากอาการของโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาช้า และการศึกษาของวาลซ์และคณะ (Walsh et al., 2004) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลกระทบรุนแรง จะ มารับการรักษาเร็ว และการศึกษาของแมคอินเนส (MacInnes, 2006) พบว่า การรับรู้ว่ามีอาการของ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาช้า

5. การรักษา/การควบคุม ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่สามารถรักษา หรือควบคุมได้ จะมารับการรักษาช้า ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถ รักษาได้หรือควบคุมได้ จะมารับการรักษาเร็ว เช่น การศึกษาของคาร์เนย์และคณะ (Carney et al.,

2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการควบคุมโรคขึ้นอยู่กับโชคชะตา จะมารับการรักษาช้า แต่ก็มีผลการรักษาที่ขัดแย้งกัน เช่น การศึกษาของเบอนเนทและคณะ (Burnett et al, 1995) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยไม่สามารถควบคุมได้ มารับการรักษาที่เร็ว เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้โรคสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่รุนแรงและมีอัตราการตายที่สูง มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ การรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบันคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งยาละลายลิ่มเลือดมีระยะเวลาเป็นตัวกำหนด หากผู้ป่วยมารับการรักษาที่รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากยาละลายลิ่มเลือด แต่หากผู้ป่วยมารับการรักษาช้า ไม่สามารถรับประโยชน์จากยาละลายลิ่มเลือดได้ ดังนั้นการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสำคัญ หากผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง เช่น อาการที่สัมพันธ์กับโรค สาเหตุของโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรคและการรักษา/การควบคุม และมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เหมาะสม โดยมารับการรักษาที่เร็ว สามารถลดภาวะเสี่ยงการเสียชีวิตจากโรคได้ แต่จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยมีวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยก่อนมารับการรักษา เช่น การพยายามอดทน/รอดูอาการ การปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น และการรักษาด้วยตนเอง แม้ในที่สุดแล้วผู้ป่วยมีการแสวงหาการรักษา/การปรึกษานุเคราะห์ในทีมสุขภาพ แต่ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า จึงไม่ได้รับประโยชน์จากการให้ยาละลายลิ่มเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง มีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เหมาะสม และตระหนักถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากยาละลายลิ่มเลือด โดยการมารับการรักษาที่เร็ว ทำให้ความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิตจากโรคลดลงได้