

ที่มา: ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดส่วนของเอสทียกขึ้น เป็นการจำเป็นที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องด้วยความรวดเร็ว. แต่พบว่า ในประเทศไทยยังมีข้อมูลของระหว่างระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาด้วยวิธีการทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่อุดตันเปิดออก กับการตายระยะยาวยังมีน้อย.

วิธีการศึกษา: จากการศึกษาในโครงการทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศไทย เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2545 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ.2548. มีจำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดส่วนของเอสทียกขึ้นที่มีชีวิตออกจากโรงพยาบาลจำนวน 3,184 คน การสืบค้นข้อมูลการตายใช้ข้อมูลเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก หรือชื่อและนามสกุล.

ผลการศึกษา: จำนวนผู้ป่วยในการศึกษา 2,698 คน (อายุเฉลี่ย 61 ± 13 ปี, เพศชาย ร้อยละ 68).ระยะเวลาในการติดตาม 4.26 ± 1.75 ปี พบอัตราการตายรวมทั้งสิ้น ร้อยละ 23. พบว่าในกลุ่มที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาด้วยวิธีการทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่อุดตันเปิดออกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ชั่วโมงเมื่ออัตราการตายน้อยกว่ากลุ่มที่ระยะเวลามากกว่า 4 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 13.8 และ ร้อยละ 19.4, ค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.035). แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการตายในกลุ่มที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 15.8 และ 20.8, ค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.183) จากการศึกษา Multivariate Cox Proportional Hazard พบปัจจัยเสี่ยงของการตายในระยะยาว ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี, โรคเบาหวาน, ภาวะหัวใจล้มเหลว, ระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาด้วยวิธีการทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่อุดตันเปิดออก มากกว่า 4 ชั่วโมง และมีภาวะแทรกซ้อนเลือดออก. ปัจจัยป้องกันการตายในระยะยาว ได้แก่ มีอาการแน่นหน้าอกเป็นอาการนำ, ได้รับยาเบต้าบล็อกเกอร์และยาแอสเตติน.

สรุป: อัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดส่วนของเอสทียกขึ้นในระยะยาวยังอยู่ในระดับสูง.ระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาด้วยวิธีการทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่อุดตันเปิดออกมีความสำคัญต่อการตายในระยะยาวของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด.

BACKGROUND: Previous studies have demonstrated that early reperfusion or revascularization significantly reduced morbidity and mortality in patients with acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI). However, there has been paucity of data regarding the effect of time-to-treatment on long-term mortality in patients with acute STEMI.

OBJECTIVES: To compare long-term all-cause mortality among acute STEMI with different time-to-treatment and to determine the clinical predictors of long-term mortality in these patients.

MATERIAL AND METHODS: Patients with STEMI who were alive at hospital discharge between August 1, 2002 and October 31, 2005 were identified from Thai Acute Coronary Syndrome Registry. From 3,184 patients. A total of 2,698 patients were included in the study. The time-to-treatment and all cause mortality were assessed from the Bureau of Registration at Ministration Department of Provincial Administration, Ministry of Interior of Thailand, on December 1, 2008.

RESULTS: Of 2,698 patients (age 61 ± 13 years, 68 % male) were follow up (median follow up time 4.26 years). Total mortality was 23.4 %. The patients who received thrombolytic and primary PCI were selected for further analysis. In thrombolytic group, long-term mortality was significantly reduced in patients who had time-to-treatment ≤ 4 hours compared with > 4 hours (13.8 % vs. 19.4 %, p value = 0.035). But no signification was shown in primary PCI group (15.8 % vs. 20.8 %, p value = 0.183). Using multivariate Cox proportional-hazard analysis of predictors for long-term mortality, the long-term mortality risk factors were age more than 65 years, diabetes, heart failure within 48 hours and bleeding complication. The preventive factors for long-term mortality were chest pain at presentation, received beta-blocker and statin therapy.

Conclusions: Despite the advance in STEMI management, long-term mortality of Thai-STEMI patients remains high. Early time-to-treatment, especially time-to-thrombolytic therapy ≤ 4 hours has significant impact on long-term mortality especially the thrombolytic group.