การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

An Assessment on Quality of Care among Patients with High Cardiovascular Risk in Golden Jubilee Medical Center

สมชาย คุษฎีเวทกุล

ฝ่ายการแพทย์ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีการดำเนินงานวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงพรรณาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบตัน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 323 ราย ตั้งแต่ 24 พ.ค. 2555 ถึง 30 พ.ค. 2556 โดยประเมินผลการรักษาโรคเรื้อรังหรือปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย

*ผลการวิจัย:*ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 323 ราย โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่เป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบตัน แต่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป (Primary prevention) จำนวน 265 ราย(82%) และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบตันแล้ว (Secondary prevention) จำนวน 58 ราย(18%) อายุเฉลี่ย 68.8 $\pm$ 9.5 ปี พบว่าการควบคุมน้ำหนักให้ได้เกณฑ์มาตรฐาน หรือไม่มีภาวะอ้วนลงพุง ในเพศหญิง (รอบเอว < 80 cm) เท่ากับ 12.7% เพศชาย (รอบเอว < 90 cm) เท่ากับ 41.9%, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการควบคุมความดันโลหิตได้ดี (< 140/90 mmHg) เท่ากับ 64.8%, ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดี (HbA1c < 7%) เท่ากับ 44.2% ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงซึ่งในงานวิจัยนี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป ดังนั้นเป้าหมายการควบคุมไขมันให้ดีคือ LDL < 100 mg/dl เท่ากับ 52.2%, ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบหรือตันแล้ว ควบคุมไขมันได้ดี (LDL<70 mg/dl) เท่ากับ 15.8% พบภาวะหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอหรือ Atrial fibrillation 6.6% ผู้ป่วยเกือบทุกรายได้รับยาป้องกันการเกิดการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (95.2%) โดยได้รับ Aspirin 57.1%, Warfarin 38.1%

ข้อสรุป: จากการศึกษานี้พบว่ามีประเด็นที่จะต้องไปพัฒนาการรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดดังต่อไปนี้ ปัญหาอ้วนลงพุง หรือโรคอ้วนโดยเฉพาะผู้ป่วยหญิงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ยังควบคุมได้ไม่ดี, การลดไขมันในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบ (Secondary prevention), เพิ่มการใช้ยา Warfarin เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอหรือ Atrial fibrillation

คำสำคัญ: ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด, การประเมินผล, โรคเรื้อรัง

Abstract

Objective: To assess the quality of care among patients with high cardiovascular risk in Golden Jubilee Medical Center.

Method: Descriptive cross-sectional study. The patients who had 3 or more risk factors of cardiovascular disease or had previous history of cardiovascular events were enrolled at out-patient department of Golden Jubilee Medical Center between May 2012 and May 2013. The risk factors were assessed by using the international guidelines for the management of each risk factor.

Result: Three hundred and twenty three patients were enrolled to the study. The group of high cardiovascular risk factor ($\geq$ 3 risk factors) or primary prevention group had 265 patients (82%) and the group of previous history of cardiovascular events or secondary prevention group had 58 patients (18%). Mean age was 68.8 $\pm$ 9.5 years old. Women who had no metabolic syndrome (waist circumference > 80 cm) had 12.7%. Men who had no metabolic syndrome (waist circumference > 90 cm) had 41.9%. Hypertensive patients who were achieved target blood pressure (<140/90 mmHg) had 64.8%. Diabetic patients who were achieved target HbA1c (<7%) had 44.2%. LDL level <100 mg/dl in primary prevention group patients was 52.2%. LDL level <70mg/dl in secondary prevention group patients was 15.8%. Prevalence of atrial fibrillation in this study was 6.6%. Almost of the patients who had atrial fibrillation were treated for thromboembolic prevention medication (aspirin 57.1%, warfarin 38.1%).

Conclusion: The risk factors which are not achieved the goal of treatment should be revised. Metabolic syndrome or over weight problem especially in women is not yet good control. LDL level in the secondary prevention group is still high. Encourage warfarin is used in the patients who have atrial fibrillation.

Keywords: quality of care, high cardiovascular risk patient, risk factors

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆของประชากรไทย และในอีกหลายประเทศทั่วโลก (1, 2) ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดตีบตันได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ผู้ป่วยรายใดที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายข้อก็จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงน้อย และที่สำคัญถ้าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวแล้ว ได้รับการรักษาที่ถูกต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงหรือโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ดี โอกาสที่จะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดก็จะน้อยลง ตรง

ข้ามกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการรักษาให้ดีได้ โอกาสที่จะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดก็จะมากขึ้น และเป็นเหตุให้เกิดการเสียชีวิตและทุพลภาพได้ (3)

โรคเรื้อรังเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรัง เป็นปัญหาคุกคามสุขภาพของคนไทย ที่สำคัญเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวนาน และมีผลต่อผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจโดยรวมต่อการพัฒนาประเทศ(4) การรักษาโรคเรื้อรังดังกล่าวมีแนวทางการรักษา และเกณฑ์มาตรฐานการรักษาของโรคนั้นๆกำหนดไว้ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ได้รับการรักษาให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานก็จะลดโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจและหลอดเลือด (ถ้าเป็นแล้ว) หรือลดการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และที่สำคัญที่สุดคือลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้ (5)

งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีการดำเนินงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นเป็นการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยคัดเลือก ผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล เริ่มตั้งแต่ 24 พ.ค. 2555 ถึง 30 พ.ค. 2556 โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบตันมาแล้ว ซึ่งเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจะมีรายละเอียดตามข้อ ก หรือ ข้อ ข ดังนี้

ก. มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป ได้แก่

1. โรคเบาหวาน {ชนิดที่ 1 หรือชนิดที่ 2 หรือภาวะก่อนเบาหวาน (Impair fasting glucose)}
2. โรคความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิต > 140/90 mmHg หรือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตแล้ว)
3. ไตวายเรื้อรัง (มีโปรตีนในปัสสาวะ $\geq$1+ หรือ eGFR<60 ml/min)
4. โรคไขมันในเลือดสูง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันแล้ว
5. สูบบุหรี่ (ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่อยู่)
6. เพศชายอายุ >55ปี, เพศหญิงอายุ >65ปี
7. มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบหรือตันก่อนวัยอันควร

ข. มีประวัติการเป็นโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดแดงตีบมาแล้ว

1.เจ็บหน้าอกเรื้อรังจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2.กล้ามเนื้อหัวใจตาย
3.หลอดเลือดสมองตีบ
4.หลอดเลือดแดงที่ขาตีบ

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดลก่อนที่จะเริ่มการคัดเลือกผู้ป่วยเข้างานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายคือ ร้อยละสำหรับเพศ ปัจจัยเสี่ยง ประวัติโรคหลอดเลือดตีบหรือตัน, ยาที่ผู้ป่วยได้รับ, ผลการตรวจกราฟไฟฟ้าหัวใจ สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับอายุ

ผลการวิจัย

มีผู้ป่วยได้รับการคัดเลือกเพื่อเข้างานวิจัยนี้จำนวน 323 ราย โดยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 1

จากจำนวนผู้ป่วย 323 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ยังไม่เป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบตัน แต่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป (Primary prevention) จำนวน 265 ราย คิดเป็นร้อยละ 82 และเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบตันแล้ว (Secondary prevention) จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 18 อายุเฉลี่ย 68.8 $\pm$ 9.5 ปี โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงตีบตัน (Risk factors) ที่พบเรียงจากมากไปน้อยคือ ไขมันในเลือดสูง 97.8%, ความดันโลหิตสูง 91.6%, อายุมาก 84.4%, เบาหวานหรือภาวะก่อนเบาหวาน (Impair fasting glucose) 58.1%, ไตวายเรื้อรัง (eGFR < 60 ml/min) 15.3%, สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบก่อนวัยอันควร 3.4% และ สูบบุหรี่ 3.1%

ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบตันมาแล้ว (Secondary prevention) จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 18 ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ 23 ราย (7.2%), โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 17 ราย (5.3%), กล้ามเนื้อหัวใจตาย 17 ราย (5.3%) และหลอดเลือดแดงที่ขาตีบ 1 ราย (0.3%) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะมีปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ด้วยเช่นกัน

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	323 ราย
อายุเฉลี่ย (ปี)	68.8 $\pm$ 9.5
เพศชาย (%)	48.4
<u>ปัจจัยเสี่ยง</u>	
เบาหวาน หรือ ภาวะก่อนเบาหวาน (Impair fasting glucose)	58.1%
ความดันโลหิตสูง	91.6%
ไตวายเรื้อรัง (eGFR<60 ml/min)	15.3%
ไขมันสูง	97.8%
สูบบุหรี่	3.1%

เพศชายอายุ >55ปี, เพศหญิงอายุ >65ปี	84.4%
สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบก่อนวัยอันควร	3.4%
<u>มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน</u>	
เจ็บหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ(Chronic stable angina)	17 ราย (5.3%)
กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)	17 ราย (5.3%)
หลอดเลือดสมองตีบ (Stroke, TIA)	23 ราย (7.2%)
หลอดเลือดแดงที่ขาตีบ (Peripheral vascular disease)	1 ราย (0.3%)
<u>มีประวัติได้รับการรักษาทางหลอดเลือด</u>	
การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (PCI)	3.4%
การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ(CABG)	2.2%

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบของผู้ป่วยได้รับการประเมินว่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แสดงในตารางที่ 2 โดยพบว่าการควบคุมน้ำหนักให้ได้เกณฑ์มาตรฐาน หรือไม่มีภาวะอ้วนลงพุง ในเพศหญิง (รอบเอว < 80 cm) เท่ากับ 12.7% เพศชาย (รอบเอว < 90 cm) เท่ากับ 41.9%, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการควบคุมความดันโลหิตได้ดี (< 140/90 mmHg)(6) เท่ากับ 64.8%, ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดี (HbA1c < 7%)(7) เท่ากับ 44.2% ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีพอสมควร (HbA1c < 7.5%) เท่ากับ 56.7%, ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูงซึ่งในงานวิจัยนี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป ดังนั้นเป้าหมายการควบคุมไขมันให้ดีคือ LDL < 100 mg/dl เท่ากับ 52.2%, ควบคุม Triglyceride ได้ดี (Triglyceride < 150 mg/dl) เท่ากับ 72.5%, เพศชายควบคุมไขมันดีได้ดี (HDL > 40 mg/dl) เท่ากับ 81.8%, เพศหญิงควบคุมไขมันดีได้ดี (HDL > 50 mg/dl) เท่ากับ 70%, ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบหรือตันแล้ว ควบคุมไขมันได้ดี (LDL<70 mg/dl)(8) เท่ากับ 15.8%

ตารางที่ 2 ร้อยละของปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ดี

ปัจจัยเสี่ยง	***เปอร์เซ็นต์ที่ควบคุมได้ดี***
รอบเอว (Waist circumference) เพศชาย < 90 cm	41.9%
รอบเอว (Waist circumference) เพศหญิง < 80 cm	12.7%
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ BP < 140/90 mmHg	64.8%
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ HbA1C ≤ 7%, <7.5%	44.2%, 56.7%

ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง ที่ LDL < 100 mg/dl	52.2%
ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง ที่ Triglyceride < 150 mg/dl	72.5%
ผู้ป่วยโรคไขมัน ที่ HDL > 40 mg/dl (เพศชาย)	81.8%
ผู้ป่วยโรคไขมัน ที่ HDL > 50 mg/dl (เพศหญิง)	70%
ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน ที่ LDL<70 mg/dl	15.8%

มีผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 293 ราย (91.6%) ยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับได้แก่ Calcium channel blockers 78.8%, Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) 34.8%, Angiotensin receptor blockers (ARBs) 32.1%, Beta-blockers 46.4%, Diuretics 24.9%, Alpha blockers 4.5 % (ตารางที่ 3) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับยาลดความดันโลหิตเพียงหนึ่งชนิดเท่ากับ 26.6%, ได้รับยา 2 ชนิด เท่ากับ 36.9%, ได้รับยา 3 ชนิด เท่ากับ 24.9% และได้รับยา 4 ชนิด เท่ากับ 11.6% (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 จำแนกชนิดของยาลดความดันโลหิตที่ใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (N= 293 ราย)

ชนิดของยารักษาโรคความลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับ	***เปอร์เซ็นต์***
Calcium channel blockers	78.8%
Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs)	34.8%
Angiotensin receptor blockers (ARBs)	32.1%
Beta-blockers	46.4%
Diuretics	24.9%
Alpha blockers	4.5 %

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนชนิดของยาที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับเพื่อควบคุมความดันโลหิต

จำนวนชนิดของยารักษาโรคความลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับ	***เปอร์เซ็นต์***
ยาลดความดันโลหิต 1 ชนิด	26.6%
ยาลดความดันโลหิต 2 ชนิด	36.9%
ยาลดความดันโลหิต 3 ชนิด	24.9%
ยาลดความดันโลหิต 4 ชนิด	11.6%

มีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน หรือภาวะก่อนเบาหวาน (Impair fasting glucose) ทั้งหมด 186 ราย (58.1%) โดยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 104 ราย ผู้ป่วยภาวะก่อนเบาหวาน (Impair fasting glucose) 82 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับยาฉีดอินซูลิน (Insulin) เท่ากับ 8.1%, ยากลุ่ม Sulfonylureas 31.9%, ยากลุ่ม Biguanides 48.1%, ยากลุ่ม Thiazolidinediones 5.4%, ยากลุ่ม DPP4-inhibitors 3.2% (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำแนกชนิดของยาลดน้ำตาลที่ใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (N = 104 ราย)

ชนิดของยาลดน้ำตาล	***เปอร์เซ็นต์***
Insulin	8.1%
Sulfonylureas	31.9%
Biguanides	48.1%
Thiazolidinediones	5.4%
DPP4-inhibitors	3.2%

มีผู้ป่วยที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงทั้งหมด 313 ราย (97.8%) ได้รับยากลุ่ม Statin 99.4%, ยากลุ่ม Fibrate 7.8%, ยากลุ่ม Niacin 1.6%, ยา Ezetimibe 1.6% (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำแนกชนิดของยาลดไขมันในผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง (N= 313 ราย)

ชนิดของยาลดไขมัน	***เปอร์เซ็นต์***
Statin	99.4%
Fibrate	7.8%
Niacin	1.6%
Ezetimibe	1.6%

ผู้ป่วยได้รับการตรวจกราฟไฟฟ้าหัวใจ (ECG) จำนวน 319 ราย พบว่าหัวใจเต้นเป็นจังหวะปกติ (Sinus rhythm) 92.8%, หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Atrial fibrillation) 6.6% ผู้ป่วยได้รับการตรวจอัลตราซาวด์หัวใจ (Echocardiogram) จำนวน 125 ราย พบว่าการบีบตัวของหัวใจปกติ (LVEF >50%) 94.4% การบีบตัวของหัวใจไม่ดี (LVEF < 50%) 5.6%

ตารางที่ 7 แสดงกราฟไฟฟ้าหัวใจ (ECG) และ Left ventricular ejection fraction (LVEF)

ผลการตรวจกราฟไฟฟ้าหัวใจ (ECG) (319 ราย)	จำนวน
หัวใจเต้นเป็นจังหวะปกติ (Sinus rhythm)	298 ราย (92.8%)
หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Atrial fibrillation)	21 ราย (6.6%)
Echocardiogram (N= 125ราย)	
การบีบตัวของหัวใจไม่ดี (LVEF < 50%)	7/125ราย (5.6%)
การบีบตัวของหัวใจปกติ (LVEF >50%)	118/125ราย (94.4%)

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Atrial fibrillation) 21 ราย ได้รับยาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolic prevention) 20 ราย (95.2%) โดยได้รับเป็นยา Aspirin (Antiplatelet) 12 ราย (57.1%), ยา Warfarin (Anticoagulant) 8 ราย (38.1%) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 การป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (N=21 ราย)

การรักษา	จำนวน
ได้รับยาป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน	20 ราย (95.2%)
ได้รับยา Aspirin (Antiplatelet)	12 ราย (57.1%)
ได้รับยา Warfarin (Anticoagulant)	8 ราย (38.1%)

บทวิจารณ์

การศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบ (Primary prevention) โดยปัจจัยเสี่ยงหรือโรคที่พบสามอันดับแรกได้แก่ ไขมันในเลือดสูง, ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ผลการรักษาพบว่าภาวะอ้วนลงพุงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่คุมได้ไม่ดีเป็นลำดับที่หนึ่ง โดยผู้ป่วยหญิงมีภาวะอ้วนลงพุงมากถึง 87.3% มากกว่าเพศชายซึ่งมีภาวะอ้วนลงพุง 58.1%

ผลการรักษาโรคเบาหวานให้ได้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม HbA1c น้อยกว่า 7% คิดเป็นร้อยละ 44.2 ซึ่งจากรายงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปี 2555(4) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม HbA1c น้อยกว่า 7% อยู่ในช่วงตั้งแต่ 34.1% ถึง 45.3% ชนิดของยาลดน้ำตาลที่ใช้มาก 3 ลำดับแรกได้แก่ Biguanides, Sulfonylureas และ Insulin ตามลำดับ

ผลการรักษาโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (SBP<140 และ DBP<90 mmHg) คิดเป็นร้อยละ 64.8% ซึ่งจากรายงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปี 2555(4) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีอยู่ในช่วงตั้งแต่ 59.5% ถึง 72.3% ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องใช้ยามากกว่า 1 ชนิดขึ้นไปจึงจะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ถึงเป้าหมายได้ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพียง 26.6% ที่ใช้ยาเพียง 1ชนิด

ส่วนผลการรักษาโรคไขมันในเลือดสูงนั้นเนื่องจากเป้าหมายในการรักษาระหว่างกลุ่มที่ยังไม่เป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบ(Primary prevention) กับกลุ่มที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบแล้ว(Secondary prevention) มีความต่างกันคือ กลุ่มที่ยังไม่เป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบ(Primary prevention) แต่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2ข้อขึ้นไปให้รักษาระดับ LDL < 100mg/dl ส่วนกลุ่มที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบแล้ว(Secondary prevention) ให้รักษาระดับ LDL < 70mg/dl(8) ในงานวิจัยนี้กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงแต่ยังไม่เป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบ(Primary prevention) สามารถควบคุมระดับไขมัน LDL<100mg/dl เท่ากับ 52.2% แต่กลุ่มที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบแล้ว(Secondary prevention) ควบคุมไขมัน LDL<70mg/dl ได้เพียง 15.8% ซึ่งถือว่ายังน้อยมาก เหตุที่ยังได้เป้าหมายน้อยเพราะ การลดระดับไขมัน LDL<70mg/dl เป็นเรื่องยาก จำเป็นต้องใช้ยาลดไขมันขนาดสูงซึ่งภาวะแทรกซ้อนของยาก็จะสูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาขนาดสูงได้ หรืออาจต้องใช้ยาลดไขมันมากกว่า 1ชนิด ซึ่งค่ายาก็จะมากขึ้นด้วย ยาลดไขมันกลุ่ม Statin เป็นยาที่ใช้มากที่สุด

สูงถึง99.4% เนื่องจากเป็นยาที่สามารถลดไขมัน LDL ได้ดี และเป็นยาที่ได้รับคำแนะนำให้ใช้เป็นตัวแรกในแนวทางการรักษาโรคไขมันสูง(8)

ในการศึกษานี้พบภาวะหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอหรือ Atrial fibrillation 6.6% ผู้ป่วยเกือบทุกรายได้รับยาป้องกันการเกิดการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (95.2%) โดยได้รับ Aspirin 57.1%, Warfarin 38.1% ยาที่สามารถป้องกันการเกิดการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ดีที่สุดก็คือ Anticoagulant หรือ Warfarin(9) แต่การใช้ยานี้ก็มีความยุ่งยากเช่น ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจเลือดเพื่อดูผลการแข็งตัวของเลือด (PT, INR) ทุกครั้งที่มาตรวจ และอาจต้องเจาะเลือดบ่อยถ้ามีการปรับขนาดยา, การปรับยา Warfarin ให้ได้ระดับการแข็งตัวของเลือดที่เหมาะสมนั้นก็ไม่ง่าย, ยา Warfarin มีปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interactions) กับยาตัวอื่นหลายชนิด, มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกสูง เหตุผลเหล่านี้เป็นข้อจำกัดทำให้อัตราการใช้ยา Warfarin เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลายๆงานวิจัยยังคงต่ำอยู่(10)

จากงานวิจัยนี้พบว่ามีประเด็นที่จะต้องไปพัฒนาการรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดดังต่อไปนี้ ปัญหาอ้วนลงพุง หรือโรคอ้วนโดยเฉพาะผู้ป่วยหญิงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ยังควบคุมได้ไม่ดี, การลดไขมันในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงตีบ (Secondary prevention), เพิ่มการใช้ยา Warfarin เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอหรือ Atrial fibrillation

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติสาธารณสุขปี พ.ศ.2554. Number and Death Rates per 100,000 Population of First 10 Leading Cause Groups of Death (According to ICD Mortality Tabulation List1, 10 th Revision) 2007-2011.

2.Global status report on noncommunicable disaeses 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.

3. Risk Factors for Atherosclerosis. XV International Symposium onAtherosclerosis , June 14 - 18th,2009.

4.พ.อ.ผศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์, ศ.นพ.ปิยทัศน์ ทัศนาวิวัฒน และคณะ. การประเมินผล การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555

5. Myron L. Weisfeldt and Susan J. Zieman. Advances In The Prevention And Treatment Of Cardiovascular Disease. Health Affairs 2007, 26, no.1:25-37.

6.2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertension 2013*; 31 : 1281- 1357.

7.American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2013. *Diabetes Care*. 2013;36(suppl 1):S11-S66.

8.ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *European Heart Journal 2011*; 32, 1769–1818.

9.ACC/AHA/ESC Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Circulation 2001*;104:2118-2150.

10. Lawrence M. Brass,MD; Harlan M. Krumholz,MD;Jeanne M. Scinto,PhD. Warfarin use among patients with atrial fibrillation. *Stroke 1997*;28:2382-2389.