

สรุปแนวทางการวิเคราะห์ระบบเฟืองะวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ

ปี พ.ศ. 2559

: ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงของเหตุการณ์ผิดปกติ
ทางสาธารณสุข

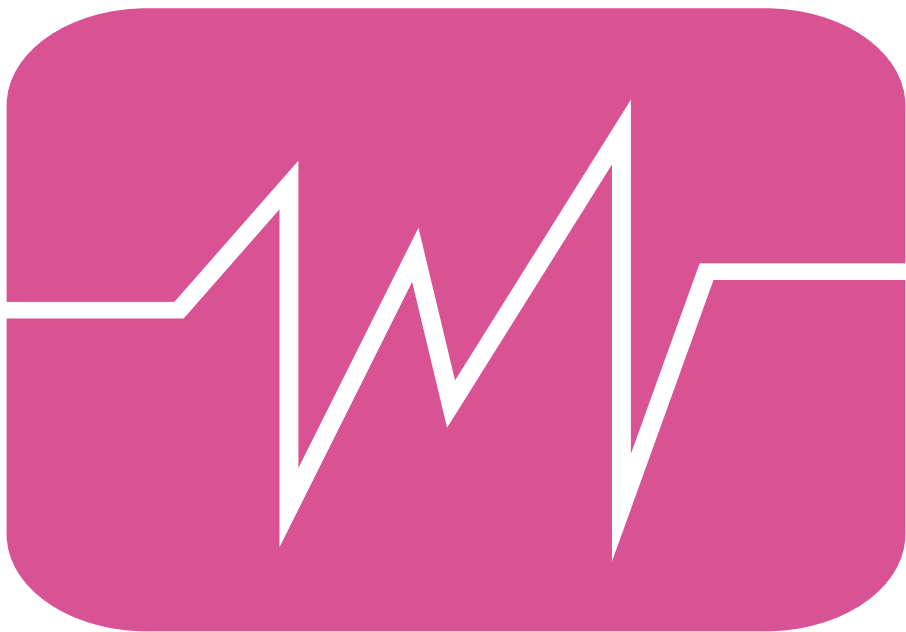


กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 3

ระบบเฟิร์มแวร์ไม่ติดต่อ



การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบ เฝ้าระวังโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

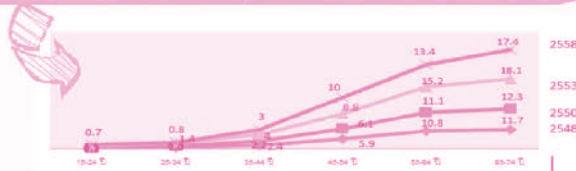
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังตามองค์ประกอบ 5 มิติ เพื่อติดตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง
2. ทบทวนการติดตามหรือประเมินผลเพื่อสะท้อนช่องว่างที่ยังขาดสำหรับพัฒนาแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน
3. มีมาตรการป้องกันควบคุมโรคเชิงรุกอย่างเป็นระบบและมีขบวนการจัดการสุขภาพรายบุคคล
4. ตระหนักถึงการสร้างสุขภาพในกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มวัยทำงานที่ขาดการติดตามการรักษา กลุ่มที่ไม่ทราบตนเองป่วย และกลุ่มประชาชนทั่วไป

พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง



ความชุกโรคเบาหวานในอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 2.8 เท่า



แหล่งข้อมูล: BRFSS พ.ศ. 2558

มีผู้ป่วยเบาหวาน 2.8 ล้านคน ที่รับการรักษาในระบบบริการสุขภาพ แต่อีก 2 ล้านคน ไม่เคยทราบมาก่อนว่าตนเองป่วย และยังไม่ได้รับการรักษา และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานราว 28,000-33,000 คนต่อปี

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเผ่าะวังโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล¹, อรรฐรา รวงผึ้ง², อมรา ทองหงษ์²
¹สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ²สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย จากการประมาณการขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2543 พบทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 171 ล้านคนและจะเพิ่มเป็น 366 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573^[6] สำหรับประเทศไทยประมาณการว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ปีละประมาณ 320,000 คน^[1] ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ประมาณการมีผู้ป่วยโรคเบาหวานในปัจจุบัน 4.8 ล้านคน ในจำนวนนี้ประมาณ 2 ล้านคนมีระดับน้ำตาลสูงผิดปกติแต่ไม่เคยทราบตนเองว่ามีโรคเบาหวาน^[2] แนวโน้มการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงคิดเป็นประมาณร้อยละ 12 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ^[3] และในปี พ.ศ. 2556 พบว่าการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะที่สำคัญมากเป็นลำดับที่ 2 ในผู้หญิง และเป็นลำดับที่ 7 ในผู้ชาย^[4] ส่งผลให้ระบบการเผ่าะวังโรคเบาหวานต้องเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น สำหรับการกำกับติดตามการเปลี่ยนแปลงได้ทันเวลา และเป็นข้อมูลที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานให้ประสบความสำเร็จ

แนวทางวิเคราะห์

รายงานการเผ่าะวังโรคเบาหวานนี้จัดทำขึ้นเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โรคเบาหวานตามกรอบการเผ่าะวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข โดยการรวบรวมชุดข้อมูลจากแหล่งต่างๆที่สามารถติดตามแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงได้

ผลการวิเคราะห์

1. ความชุกและการป่วยด้วยโรคเบาหวาน

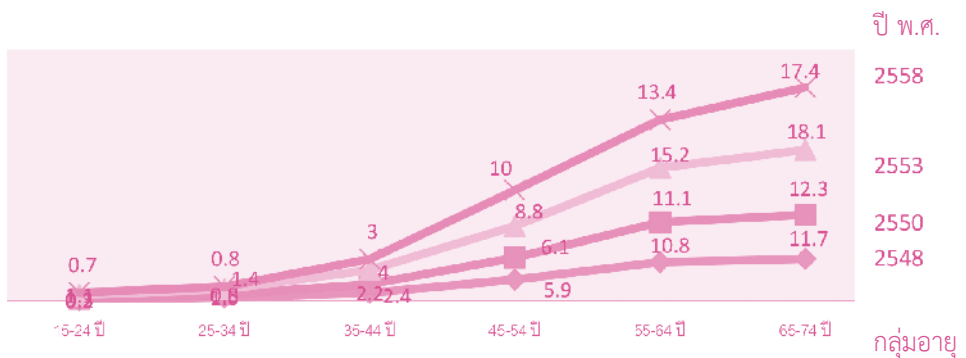
จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายระหว่างปี พ.ศ.2534 ถึงพ.ศ. 2557 พบว่าความชุกโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ จากความชุก 2.3 เพิ่มเป็น 8.8 หรือมีความชุกเพิ่มเป็น 2.8 เท่า ระหว่างปี 2534 -2557 เฉพาะกรุงเทพมหานครมีความชุกร้อยละ 7.0 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงที่สุดร้อยละ 10.4 รองลงมาคือภาคกลางร้อยละ 9.6

ภาคเหนือร้อยละ 8.4 และภาคใต้ร้อยละ 6.0 จากการตรวจระดับน้ำตาลพบว่า มีผู้เป็นโรคเบาหวานประมาณ ร้อยละ 43.2 ที่ไม่ทราบว่าตนมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอยู่ในกลุ่มป่วยหรือไม่รู้ตัวมาก่อน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.3 ในการสำรวจฯ ปี พ.ศ. 2552 เช่นเดียวกับผู้มีระดับน้ำตาลสูงแต่ยังไม่สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (Pre-DM or Impairment Fasting Glucose 100-125mg) เพิ่มจากร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 15.6 หรือประมาณการในปัจจุบันมี 7.7 ล้านคน

หากพิจารณา ร่วมกับการรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บระหว่าง ปีพ.ศ. 2548-2558 จากการสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไปอายุ 15-74 ปี มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกันคือผู้ที่ ทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวานหรือเคยได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 3.7 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 8.3 ในปี พ.ศ. 2558 (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) หรือประมาณการประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปมี 2.44 ล้านคนที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน เมื่อเปรียบเทียบความชุกปรับฐานอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 49 นอกจากนี้ยังพบผู้หญิงทราบตนเองเป็นโรคเบาหวานความชุกร้อยละ 9.6 สูงกว่าผู้ชาย มีความชุก ร้อยละ 6.5 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง คือ 1: 1.5 อายุเฉลี่ยที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน ครั้งแรกคือ 49.2 ปี โดยช่วงอายุที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวานครั้งแรกอยู่ระหว่างอายุ 45-64 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 66.5 รองลงมามีอายุระหว่าง 25-44 ปี ร้อยละ 18.9 อายุ 65 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 12 และอายุระหว่าง 15-24 ปีพบร้อยละ 2.6 ตามลำดับ

โรคเบาหวานมีการเพิ่มความชุกตามอายุที่สูงขึ้น จึงพบมากในกลุ่มผู้ที่มีอายุสูงเช่นเดียวกับความชุก ผู้ทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวานสูงมากขึ้นตามลำดับ (diabetes awareness) อายุระหว่าง 15-24 ปี มีร้อยละ 0.2 ถึง 1.1 และช่วงอายุ 44-54 ปี เป็นช่วงอายุที่มีการเพิ่มความชุกอย่างรวดเร็ว เมื่อมีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไปมีผู้ทราบว่าตนเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18 หรือเกือบ 1 ใน 5 (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 ความชุกโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15-74 ปีรายกลุ่มอายุ ปี พ.ศ.2548-2558



การป่วยด้วยโรคเบาหวานมักพบร่วมกับโรคแทรกซ้อนสำคัญ (co-morbidity) เช่น ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังและมีโรคเบาหวานร่วมพบมากที่สุดร้อยละ 40 รองลงมาคือผู้มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคเบาหวานร้อยละ 28.1 ผู้มีความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานร้อยละ 27.1 และผู้มีโรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับเบาหวานร้อยละ 27.6 ยังพบร่วมกับผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมหรือโรคกระดูกพรุนร้อยละ 29.1 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 18.5 และโรคโลหิตจาง ร้อยละ 10.6 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดเป็นผู้ป่วยเบาหวานมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการฉีดอินซูลินร้อยละ 15.0 และควบคุมด้วยยาชนิดรับประทานร้อยละ 88.3

นอกจากนี้ ข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพ พบว่าการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2541-2551 โดยพบอัตราเพิ่มขึ้นจาก 175.7 เป็น 675.7 ต่อประชากรแสนคน^[5] ส่วนการรับบริการสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 74.4 ได้รับการตรวจไต ร้อยละ 61.2 ได้รับการตรวจตา และร้อยละ 59.2 ได้รับการตรวจเท้าในรอบปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 87.3 ได้พบแพทย์ในรอบปีที่ผ่านมา ขณะที่ร้อยละ 12.7 ไม่ได้พบแพทย์หรือรับการตรวจในรอบปีที่ผ่านมา โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 25-34 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 48.2)^[7]

2. อัตราการเสียชีวิตและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มักมีโรคแทรกซ้อนหรือมีโรคไม่ติดต่อสำคัญอื่นๆ ร่วมด้วยเช่น โรคไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ หรืออาจมีโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีการบันทึกโรคแทรกซ้อนหรือโรคอื่นๆ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักเป็นจำนวนมาก จึงทำให้ไม่สามารถแสดงภาวะของโรคเบาหวานที่แท้จริงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้มีโรคเบาหวานได้รับการบันทึกสาเหตุการตายหลัก (primary cause of death) เป็นโรคเบาหวานไม่ถึงร้อยละ 40^[8] สำหรับการรายงานจากระบบทะเบียนการเสียชีวิตประเทศไทยแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานประมาณ 9,000-11,000 คน แต่เมื่อได้รับการปรับแก้ไขความถูกต้องจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากขึ้น 2.8 เท่า หรือ มีปีละ 28,000 -33,000 คนต่อปี ประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานวันละ 80 คน จากรายงานการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 สาเหตุการเสียชีวิตได้รับการปรับแก้ความถูกต้องแล้ว พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในผู้หญิงคือมีผู้หญิงเสียชีวิตปีละประมาณ 18,000 คนหรือร้อยละ 8.8 ส่วนผู้ชายเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 8 ประมาณปีละ 11,000 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1^[4] เมื่อพิจารณาการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี (premature death rate 30-69 years) โดยคำนวณอัตราตายรายกลุ่มอายุจากฐานข้อมูลสำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่มีการปรับความถูกต้องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2545-2558) พบว่ามีอัตราการเสียชีวิต 13.3-17.5 ต่อ ประชากรแสนคน

3. โปรแกรมการป้องกันควบคุมโรคและระบบบริการสุขภาพ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แผนงานลดความเสี่ยงและลดโรคไม่ติดต่อระดับประเทศที่สำคัญ ได้แก่ โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2555 ประกอบด้วยกิจกรรมการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเอง โครงการระดับชุมชน ได้แก่

โครงการชุมชนลดเสี่ยงลดโรค โครงการชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คลินิกคนไทยไร้พุง ผู้ดำเนินงานในหลายพื้นที่ได้บูรณาการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องสอดคล้องให้ไปด้วยกัน และในพื้นที่ต่างๆ มีความเข้มข้นของการดำเนินงานมากน้อยแตกต่างกัน ประกอบด้วยข้อจำกัดของการขาดการประเมินผลลัพธ์กิจกรรมและขาดความต่อเนื่องของกิจกรรม จึงทำให้ไม่สามารถเลือกกิจกรรมใดที่มีความคุ้มค่าที่ส่งผลต่อการลดโรคได้ดี (Best Buy) หรือกำหนดลำดับความสำคัญของกิจกรรมได้

จากนโยบายการเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการเพิ่มคุณภาพการบริการรักษาที่หน่วยบริการต่างๆ ดำเนินการเริ่มตั้งแต่การคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยและให้มีการจัดการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพการบริการตามเกณฑ์มาตรฐานเวชปฏิบัติ ในปี พ.ศ. 2557 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 52.9[2] และในปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 56.5^[7] ขณะที่พบมีการเพิ่มขึ้นของผู้ไม่ทราบว่าตนมีโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.3 เมื่อปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 43.1 ในปี พ.ศ. 2557 ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ โดยประเมินจากการวัดระดับน้ำตาลเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 44.5 ใน ปี พ.ศ. 2552 และร้อยละ 41.3 ในปีพ.ศ. 2557^[2] ขณะที่การประเมินโดยการตรวจหาระดับ (HbA1C) < 7.0 % ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยเบาหวานผ่านเกณฑ์ร้อยละ 34.1^[1] จากรายงานเปรียบเทียบแนวโน้มภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของแหล่งข้อมูลต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2537-2555 พบว่า มีแนวโน้มลดลงตามลำดับตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ปี พ.ศ. 2537-2557

งานวิจัย	พ.ศ.	ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน				
		ภาวะแทรกซ้อนทางตา (Diabetic retinopathy)	ภาวะแทรกซ้อนทางไต (Diabetes nephropathy)	ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า (Diabetes foot complications)		
				Diabetic neuropathy	Pulse deficit	Amputation
1. Thai Multicenter Research Group on Diabetes Mellitus	2537	32.1	18.7	-	-	1.3
2. Thailand diabetes registry (TDR) project	2549	30.7	43.9		3.9	1.6
3. The Diabetes –Asia	2550	21.0	39.0	34.0	-	-
4. Clinical complication in type2 diabetes patients สถาบันวิจัยและประเมินทางการแพทย์ กรมการแพทย์	2554	23.7	38.3	21.0	5.3	0.45
5. เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทย์แห่งประเทศไทย (Medical Research Network; MedResNet)	2555 2557	7.0 6.7	11.6 7.2	- -	- -	0.2 0.1

4. พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของขบวนการเมตาบอลิซึม ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นแต่ไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานให้กับร่างกายได้ สุขนิสัยการรับประทานหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงสูงที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับโรคเบาหวาน จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบมีการดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มรสหวานทุกวันหรือมากกว่าวันละครั้ง ดังนี้ อายุ 2-6 ปี พบร้อยละ 10-15 อายุ 7-19 ปีพบมากที่สุดร้อยละ 20, อายุ 20-29 ปีพบร้อยละ 15 และอายุ 30-59 ปี พบร้อยละ 10^[2] เมื่อประเมิน 4 พฤติกรรมเสี่ยงหลักที่จะส่งผลต่อการเพิ่มแนวโน้มของโรคเบาหวานและเป็นปัจจัยเสี่ยงนำที่สำคัญ (Predisposing factors) โดยเปรียบเทียบความชุกปรับฐานอายุระหว่างปี พ.ศ. 2548-2558 พบว่าความชุกของภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร²) ของคนไทยเพิ่มขึ้น 155% หรือ 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับปี 2548 การรับประทานผักและผลไม้เพียงพอมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อสัปดาห์เพิ่มขึ้นร้อยละ 40 การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันมีความชุกคงเดิม ขณะที่การมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอที่เป็นผลลดการเกิดโรคเบาหวานลดลงร้อยละ 10 (ตารางที่ 2) ทั้งการขอรับประทานหวานและภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงที่จะส่งผลสำคัญต่อการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวาน

ตารางที่ 2 ความชุกพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและความชุกปรับฐานอายุ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2548-2558

ปัจจัยเสี่ยง	ความชุก(%)				ความชุกปรับฐานอายุ				% Change
	2548	2550	2553	2558	2548	2550	2553	2558	
1. สูบบุหรี่ในปัจจุบัน	22.25	21.50	18.70	21.30	21.76	21.18	18.54	21.47	-1.35
2. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	37.44	36.10	29.50	36.20	36.25	35.35	28.92	36.85	1.68
3. รับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐาน ใน 7 วันที่ผ่านมา	17.34	22.50	21.70	24.30	17.20	22.26	21.53	24.13	40.29
4. ภาวะน้ำหนักเกิน BMI \geq 25 kg/m ²	16.10	19.10	21.30	30.50	15.11	17.84	20.74	29.33	94.10
5. ภาวะอ้วน BMI \geq 30 kg/m ²	3.03	3.70	4.40	7.50	2.89	3.50	4.23	7.38	155.68
6. กิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ (PA)	91.51	92.5	82.2	-	90.93	92.31	81.91	-	-9.92

หมายเหตุ 1).Reference population: WHO World standard 2). % change between 2548 and 2558 3). 2558 change PA criteria

5. ปัจจัยกำหนด

กลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหลักหรือมีปัจจัยเสี่ยง ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บปี พ.ศ. 2558 พบในพื้นที่เขตเทศบาลหรือนอกเขตเทศบาลมีความชุกโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน คือ 8.4 และ 8.2 ตามลำดับ แต่พบว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาหรือกลุ่มผู้มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนผู้เป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. มีการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลการ फैาระวังโรคเบาหวาน ตามองค์ประกอบ फैาระวัง 5 มิติ ด้วยตัวชี้วัดที่สำคัญในระดับต่างๆ สามารถเปรียบเทียบกันได้เพื่อการติดตามสถานการณ์โรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการทบทวนความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้างการดำเนินการตามมาตรการกับการติดตามหรือประเมินผลเพื่อสะท้อนช่องว่างที่ยังขาดสำหรับพัฒนาแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานอย่างเป็นรูปธรรม
3. ควรมีมาตรการป้องกันควบคุมโรคเชิงรุกอย่างเป็นระบบและมีขบวนการจัดการสุขภาพรายบุคคล
4. การเพิ่มความตระหนักถึงการสร้างสุขภาพในกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มป่วยวัยทำงาน (อายุ 25-34 ปี) ที่ขาดการติดตามการรักษา กลุ่มที่ไม่ทราบตนเองป่วย และกลุ่มประชาชนทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

- 1 พ.อ.ผศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์ และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555.
- 2 วิชัย เอกพลากรและคณะ. ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๕ (เบื้องต้น) เอกสารอัดสำเนา (2559)
- 3 ชัชฉิต รัตนสาร. การระบาดของโรคเบาหวานและผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย www.novonordisk.com
- 4 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิลเต็มส์ จำกัด (2558)
- 5 สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและ รูปแบบด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด (2557).
- 6 Sarah Wild. Global Prevalence of Diabetes Estimates for the year 2000 and projection for 2030. Diabetes Care, vol. 27, no 5, may 2004
- 7 Kamolthip Vijitsoonthornkul. NCDs Surveillance Indicators : Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015 available from <http://www.thaincd.com/information-statistic/brfss-data.php>
- 8 Partick L. Remington. Ross C. Brownson, Mark V Wegner. 3rd Diabetes in Chronic Disease Epidemiology and Control. Interior Design and Typesetting 2009.

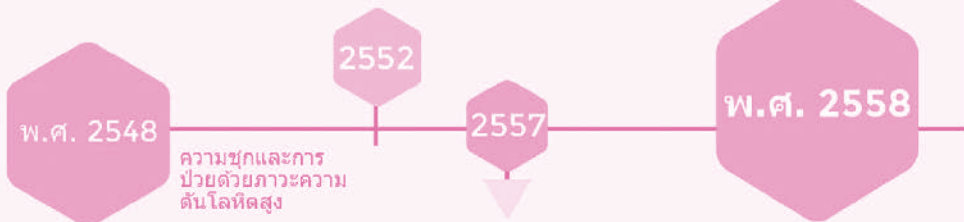
การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเผ่าะวังภาวะความดันโลหิตสูงทั้ง 5 มิติของการทำงาน

ความชุกภาวะความดันโลหิตสูงในภาคต่างๆจาก พ.ศ. 2552 ถึงพ.ศ. 2557 [Source: NHES 4,5]

ภาคเหนือเพิ่มจาก 23.5 เป็น 32.6
ภาคใต้เพิ่มจาก 21.6 เป็น 28.3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มจาก 15.2 เป็น 20.5
ภาคกลางลดลงจาก 24.5 เป็น 23.4
กรุงเทพมหานครลดลงจาก 29.8 เป็น 22.8

ในช่วง 10 ปี มีรายงานผู้เสียชีวิตจากสาเหตุภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงมากขึ้น จาก 2,446 เป็น 7,115 ราย
Source: สถิติชีพการตาย พ.ศ. 2548 - 2557

ความชุกผู้ที่ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไม่ติดต่ออื่นๆในประชากรอายุ 15-79 ปี

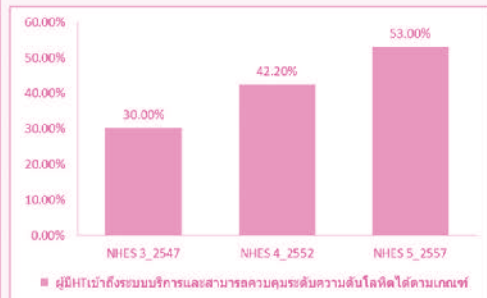
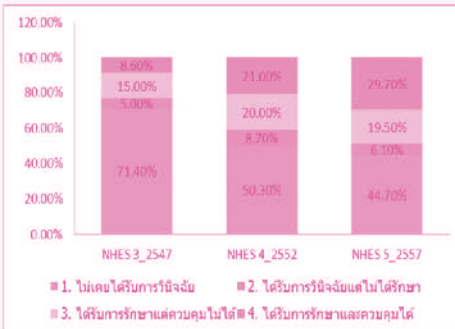


ความชุกผู้ที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือเคยได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 8.3 ใน พ.ศ. 2548 เป็น 15.3 ใน พ.ศ. 2558
Source: BRFSS 2548-2558)

ความชุกภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 21.4 ใน พ.ศ. 2552 เป็น 24.7 ใน พ.ศ. 2557
Source: NHES 4,5

- ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีการป่วยร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 59.2
 - พบร่วมกับโรคเบาหวานร้อยละ 58.2
 - พบร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 49.8
 - พบร่วมกับโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตร้อยละ 47.2
 - และพบร่วมกับโรคกระดูกพรุนร้อยละ 45.1
- Source: BRFSS 2558

ตารางแสดงร้อยละประเภทผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3-5



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

มีการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลการเผ่าะวังโรคเบาหวาน ตามองค์ประกอบเผ่าะวัง 5 มิติด้วยตัวชี้วัดที่สำคัญในระดับต่างๆ สามารถเปรียบเทียบกันได้สำหรับการติดตามสถานการณ์โรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง



มาตรการรณรงค์ลดการบริโภคน้ำตาลในคนไทย มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และเริ่มลดการบริโภคน้ำตาลตั้งแต่ขบวนการเตรียมอาหารและการปรุงอาหารในระดับต่างๆของเส้นทางการผลิตอาหาร

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเผ่าะวังภาวะความดันโลหิตสูงถึง 5 มิติของการดำเนินงาน

กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล¹ และ กมลชนก เทพลีธา²
¹สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ²สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

บทนำ

จากการทบทวนรายงานความชุกภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศต่างๆ พบมีความชุกสูงที่สุดถึง 73.5 ในประเทศโปแลนด์ และความชุกต่ำที่สุด 3.4 ในเขตชนบทของประเทศอินเดีย^[3] ภาวะความดันโลหิตสูงอาจจะพัฒนาไปสู่การป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตได้ จึงเป็นปัญหาท้าทายสำคัญในระบบสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2555 World Health Statistics ได้ประมาณการความชุกภาวะความดันโลหิตสูงของโลก 29.2 ในผู้ชายและ 24.8 ในผู้หญิง และประมาณการว่ามีการเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูง 7.5 ล้านคนต่อปีหรือร้อยละ 12.8 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก (58.8 ล้านคน) ประมาณร้อยละ 90 ผู้มีอายุ 55-65 ปีที่ยังไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะพัฒนาไปสู่การมีภาวะความดันโลหิตสูงเมื่ออายุ 80-85 ปี^[4] แม้ว่าความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงจะแตกต่างกันในหลายบริบทและพื้นที่ แต่คงมีความสำคัญเป็นอย่างมากทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา

แนวทางการวิเคราะห์

รายงานการเผ่าะวังภาวะความดันโลหิตสูงจัดทำขึ้นเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ภาวะความดันโลหิตสูงตามกรอบการเผ่าะวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข โดยการรวบรวมชุดข้อมูลจากระบบการเผ่าะวังโรคไม่ติดต่อ และจากแหล่งข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องสามารถติดตามแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงได้

ผลการวิเคราะห์

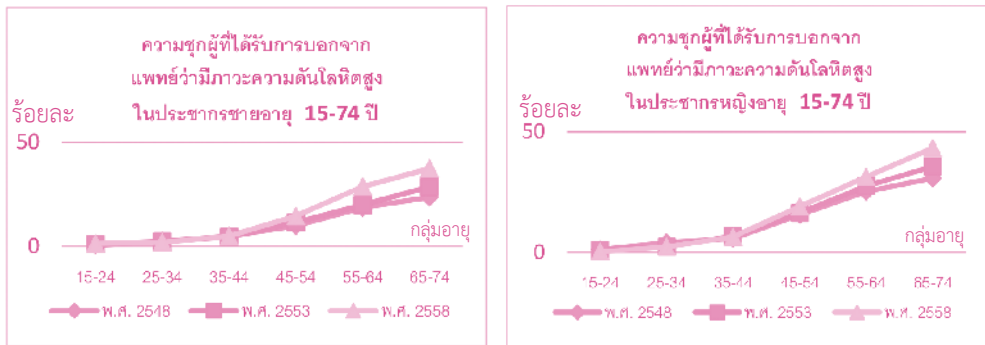
1. ความชุกและการป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูง

ความชุกจากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบความชุกภาวะความดันโลหิตสูง 24.7 เพิ่มขึ้นจาก 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 หรือพบมีภาวะความดันโลหิตสูง 1 ในทุก 4 คน หรือประมาณการมีประชากร 13 ล้านคนมีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกันกับในภาคต่างๆ ก็มีแนวโน้มความชุกนี้เพิ่มสูงขึ้น ภาคเหนือมีความชุกเพิ่มจาก ร้อยละ 23.5 เป็น 32.6 ภาคใต้จากร้อยละ 21.6 เป็น 28.3 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือจาก 15.2 เป็น 20.5 ยกเว้นภาคกลางพบความชุกลดลงเล็กน้อยจาก 24.5 เป็น 23.4 และกรุงเทพมหานครลดลงจากร้อยละ 29.8 เป็น 22.8

ผู้ชายมีความชุกร้อยละ 25.6 สูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 23.9) ในจำนวนนี้มีร้อยละ 44.7 หรือประมาณการมีประชากร 5.2 ล้านคน ที่ไม่เคยทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงมาก่อน (undiagnosed)^[1]

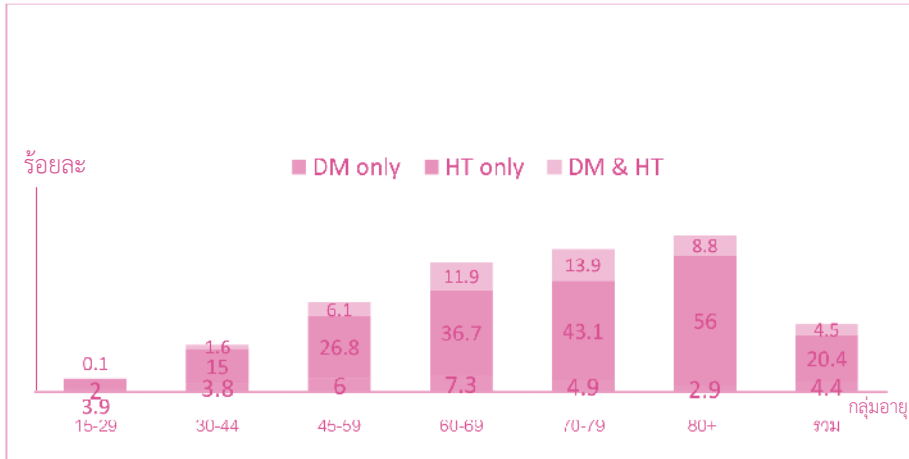
สำหรับการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ โดยการสัมภาษณ์ประชากรอายุ 15-74 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2558 พบความชุกผู้ที่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงหรือเคยได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension awareness) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.3 เป็น 15.3 หรือประมาณการมีประชากร 5,733,872 คน ในปี พ.ศ. 2558 ผู้หญิงทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 16.6 หรือประมาณการ 3,363,744 คน ซึ่งสูงกว่าผู้ชายที่พบความชุก 13.8 หรือประมาณการ 2,370,128 คน การเพิ่มขึ้นเป็นการเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2548 ในเขตเทศบาลมีความชุกมากกว่านอกเขตเทศบาล (17.2 และ 14.1 ตามลำดับ) อายุสูงมากขึ้นพบภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไปผู้หญิงมีความชุกร้อยละ 49 สูงกว่าผู้ชายที่พบความชุกนี้ร้อยละ 40 ตามรูปที่ 1

รูปที่ 1 ความชุกผู้ที่ได้รับการบอกจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงจำแนกตามกลุ่มอายุ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บในปี พ.ศ. 2548 ปี พ.ศ.2553 และปี พ.ศ. 2558



ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้มากถึงหนึ่งในสี่หรือหนึ่งในสามของประชากรทั่วไป (common risk condition) อาจพบมีภาวะความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวหรือพบร่วมกับโรคอื่นๆ (co-morbidity) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 ความชุกผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวร้อยละ 20.4 มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานร้อยละ 4.4 และมีโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียวร้อยละ 4.5 เมื่ออายุสูงมากขึ้นโอกาสของการพบทั้งภาวะความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานสูงมากขึ้น คือ กลุ่มผู้อายุ 70-79 ปี มีความชุกการป่วยร้อยละ 61.9 และอายุมากกว่า 80 ปี มีความชุกร้อยละ 67.7 ^[1] (ตามรูปที่ 2)

รูปที่ 2 ความชุกผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557



เมื่อวิเคราะห์ประชากรอายุ 15-79 ปี ที่ทราบว่าตนมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการมีโรคไม่ติดต่ออื่นๆ รวมด้วยหรือไม่ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมีการป่วยร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 59.2 รองลงมาคือพบร่วมกับโรคเบาหวานร้อยละ 58.2 พบร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 49.8 พบร่วมกับโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตร้อยละ 47.2 และพบร่วมกับโรคกระดูกพรุนร้อยละ 45.1 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ในประชากรอายุ 15-79 ปีจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2558

โรคไม่ติดต่อร่วมในประชากรที่ทราบตนเอง	มีภาวะความดันโลหิตสูง		ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง		รวม	
	จำนวน	Wt %	N	Wt %	n	Wt %
1. โรคเบาหวาน	994	58.2	665	41.8		100
2. โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดสมอง	131	47.2	103	52.8	234	100
3. โรคหัวใจขาดเลือด (เส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจแข็ง/ตีบ/ตัน)	143	49.8	129	50.2	272	100
4. โรคถุงลมโป่งพองหรือหลอดลมอักเสบเรื้อรัง	48	33.5	81	66.5	129	100
5. โรคโลหิตจาง โรคเลือดหรือโรคซีด	72	11.9	249	88.1	321	100
6. โรคไตวายเรื้อรัง	68	59.2	46	40.8	114	100
7. โรคซึมเศร้า	58	28.1	102	71.9	160	100
8. โรคกระดูกพรุน	87	45.1	102	54.9	189	100
9. โรคข้อเสื่อม หรือรูมาตอยด์	192	40.5	250	59.5	442	100

การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2555 โดยการศึกษาในผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ปี พบว่า มีการควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 59.5 และเมื่อเปรียบเทียบการมีโรคเบาหวานร่วมด้วย พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 66.7 มากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานพบร้อยละ 47.0 และภายใน 1 ปีที่ผ่านมาพบมีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มโรคไตร้อยละ 5.0 ซึ่งมากกว่าพบภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดและหัวใจซึ่งพบร้อยละ 1.3 และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมองร้อยละ 0.5^[2] ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่มีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์และการภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย	ผู้ป่วย HT		ผู้ป่วย HT และ DM		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. BP*เหมาะสม:<140/90 mmHg (ไม่เป็นเบาหวานร่วม) และ≤ 130/80 mmHg (มีเบาหวานร่วม)	21,866	66.7	9,302	47.0	31,168	59.5
ภาวะแทรกซ้อน						
2. ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมอง	153	0.5	88	0.4	241	0.5
3. ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด	392	1.2	303	1.5	695	1.3
4. ภาวะแทรกซ้อนทางไต	880	2.7	1,726	9.0		5.0

*หมายเหตุ BP. Bloodpressure (ความดันโลหิต)

แหล่งข้อมูล: การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครประจำปี 2555

นอกจากนี้ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นต้องลดพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ เช่น การสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดความรุนแรงและลดภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บปี พ.ศ. 2558 พบผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงและสูบบุหรี่ร้อยละ 14.1 ในจำนวนนี้มีร้อยละ 32.9 ที่ลด-ละการสูบบุหรี่ และสำหรับผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันร้อยละ 19.1 ในจำนวนนี้ร้อยละ 49.0 ได้ลด-ละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. อัตราการเสียชีวิตและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จัดทำรายงานผู้เสียชีวิตจากสาเหตุภาวะความดันโลหิตสูงพบมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นตามลำดับ ปี พ.ศ. 2548 มีจำนวน 2,446 รายเพิ่มเป็น 7,115 ราย หรือมีอัตราการตายจากสาเหตุความดันโลหิตสูง 11 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 มีอัตราการตายก่อนวัยอันควร (อายุ 30-69 ปี) ด้วยความดันโลหิตสูงเท่ากับ 3.3 คนต่อประชากรแสนคน หากได้รับการปรับความถูกต้องของสาเหตุการตายด้วยผลการศึกษา Verbal Autopsy และความครบถ้วน จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 9,251 คนต่อปีหรือมีอัตราการตายเฉพาะสาเหตุ 14.8 ต่อ 100,000[6] เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงได้พัฒนาไปเป็นโรคต่างๆที่เป็นสาเหตุการตายหลักอื่นๆ (Primary cause of death) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และไม่มีการบันทึกภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่สอง (Secondary or Contribution cause of death)

3. โปรแกรมการป้องกันควบคุมโรคและการจัดระบบบริการสุขภาพ

แผนงานป้องกันและควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง มักดำเนินงานควบคู่ไปกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ได้แก่ โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชนเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแก่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2555 หรือโครงการชุมชนลดเสี่ยงลดโรค โครงการชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คลินิกคนไทยไร้พุงแล้ว ขณะนี้ยังมีการดำเนินงานให้มีการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี หรือ Risk score assessment ในผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงด้วย Thai CVD Risk Score ที่พัฒนาจากฐานประชากรไทย หากมีความเสี่ยงสูงเกิน 30% จะถูกเข้าสู่โปรแกรมการจัดการสุขภาพ นอกจากนี้มาตรการรณรงค์ลดการบริโภคเกลือในคนไทย มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการสร้างตระหนักและความเข้าใจว่าเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และเริ่มลดการบริโภคเกลือตั้งแต่ขบวนการเตรียมอาหารและการปรุงอาหารในระดับต่างๆ ของเส้นทางการผลิตอาหาร

ด้านการเข้าถึงบริการและคุณภาพด้านการบริการ พบมีแนวโน้มการได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตโดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นจากความชุกร้อยละ 65.8 ในปี 2548 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.1 ในปี พ.ศ. 2558 ผู้หญิงได้รับการตรวจมากกว่าผู้ชายร้อยละ 79.4 และ 68.5 ตามลำดับ และเมื่ออายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบได้รับการตรวจมากถึงร้อยละ 90[7] สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พบผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูงลดลงจากร้อยละ 71.4 ในปี พ.ศ. 2547 เหลือร้อยละ 44.7 ในปี พ.ศ. 2557 เมื่อพิจารณาผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงที่เข้าถึงบริการสุขภาพสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 53 ในปี พ.ศ. 2557^[1] ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละประเภทผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3-5

ประเภทผู้มีภาวะความดันโลหิตสูง	NHES 3 2547	NHES 4 2552	NHES 5 2557
1. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	71.4%	50.3%	44.7%
2. ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา	5.0%	8.7%	6.1%
3. ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้	15.0%	20.0%	19.5%
4. ได้รับการรักษาและควบคุมได้	8.6%	21.0%	29.7%
5.ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงที่เข้าถึงบริการ และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์	30.0%	42.2%	53.0%

4. พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

ในการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า อายุ (เมื่อเปรียบเทียบกับอายุมากกว่า 60 ปีกับอายุ 18-29 ปี) (Prevalence Ratio PR=12.30, 95%CI6.69-22.10), ภาวะน้ำหนักเกิน (PR=1.75, 95%CI1.28-2.40), ภาวะอ้วน (PR=2.72, 95%CI 1.94-3.83) และการเป็นโรคเบาหวาน (PR= 2.44, 95%CI 1.32-4.51) มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มการป่วยและมีผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิตสูงในผู้หญิง ส่วนผู้ชายพบอายุ (PR= 6.0, 95%CI 3.10-11.58), ภาวะน้ำหนักเกิน (PR=2.12, 95%CI 1.45-3.11), ภาวะอ้วน (PR=1.64,95%CI 0.84-3.22),การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ดื่มมากกว่า 10 แก้วมาตรฐานต่อเดือนเปรียบเทียบกับผู้ไม่ดื่ม) (PR=1.60,95%CI 1.13-2.26) และประวัติมีภาวะความดันโลหิตสูงในครอบครัว (PR=1.51,95%CI 1.12-2.04) ที่มีผลเช่นเดียวกัน^[5] จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีแนวโน้มการเพิ่มของภาวะน้ำหนักเกิน 1 เท่าตัวและเพิ่มภาวะอ้วน 1.5 เท่า ขณะที่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ยังคงที่ ส่วนปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เช่น พฤติกรรมการบริโภคเกลือและการบริโภคอาหารมันเกิน ปกติมีการวัดเพียงความถี่ของการรับประทานอาหาร (Food frequency questionnaires จาก Recall) ที่ให้ความสำคัญในระดับหนึ่ง ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ให้ทุกประเทศสมาชิกจัดทำข้อมูลพื้นฐานปริมาณการบริโภคเกลือ เช่นจาก sodium output (urine 24 hours) และยังได้กำหนดเป็นเป้าหมาย ให้มีการลดการบริโภคเกลือได้ร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 เพื่อให้เกิดการป้องกันควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

5. ปัจจัยกำหนด

ปัจจัยกำหนดที่สำคัญคือประชากรสูงอายุ พบความชุกภาวะความดันโลหิตสูงมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาในต่างประเทศพบว่าความแตกต่างความชุกยังพบสภาพสังคมเมืองสูงกว่าสังคมชนบท เชื้อชาติ (race) พบชนผิวดำมีความชุกสูงกว่าชนผิวขาว ชาวอิสลามมีความชุกสูงกว่าชาวจีน และผู้มีประวัติการป่วยในครอบครัว จึงอาจพบมีความชุกแตกต่างกันในกลุ่มเสี่ยงและพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

มีการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลการ फैาระวังภาวะความดันโลหิตสูง ตามองค์ประกอบ फैาระวัง 5 มิติด้วยตัวชี้วัดที่สำคัญในระดับต่างๆ สามารถเปรียบเทียบกันได้สำหรับการติดตามสถานการณ์โรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลารและคณะ. ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 (เบื้องต้น) เอกสารอัดสำเนา (2559)
2. พ.อ.ผศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์ และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555.
3. Patricia M. Kearney, Megan Whelton, Kristi Reynolds, Paul K. Whelton, Jiang He Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *Journal of Hypertension* 2004 Vol 22. No1.
4. William J. Elliot. The economic Impact of Hypertension. *Journal of Clinical Hypertension Supplement 2* Vol. V No. III May/June 2003
5. Prashant Kotwani et.al. Epidemiology and awareness of hypertension in a rural Ugandan community: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2013,3:1151.
6. Kamolthip Vijisoonthornkul, Yothin Sawagedee, Apichat Chamrattrithirong, Wansa Poa-in. The change of premature mortality in Thailand between 1997and 2006. *J Health Res* 2011 Vol.25 No.2 June
7. Kamolthip Vjitsoonthornkul. NCDs Surveillance Indicators : Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015 available from <http://www.thaincd.com/information-statistic/brfss-data.php>



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control