

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์
Prevalence and Risk factors for Cardiovascular Disease among Patients with
Chronic diseases in Samchai District, Kalasin Province.

(Received: August 21,2023 ; Revised: August 26,2023 ; Accepted: August 27,2023)

ณัฐวดี สุภิตาภรณ์¹
Nattawadee Supitaporn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 181 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากผลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ปี 2564-2565 ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และข้อมูลการตรวจทางเคมีของเลือด (Blood chemistry) ได้แก่ HDL, LDL, Cholesterol, Triglyceride, Hb A1C, GFR วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Chi-Square กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 9.94 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศ (OR=7.05, 95% CI = 2.47-20.11) โรคประจำตัว (OR=13.08, 95% CI =3.56-46.81) LDL-cholesterol (OR=3.35, 95% CI =1.23-9.15) และ Total-cholesterol (OR=5.87, 95% CI =1.64-21.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05

คำสำคัญ: ความชุก, โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstracts

The purpose of this research was to study the prevalence and factors related to cardiovascular disease among chronically ill patients. It is a cross-sectional analytical study. A sample of 181 people was collected from the health checkup results of hypertension patients. and diabetes for the year 2021-2022, consisting of personal information such as gender, age, body mass index, congenital disease, and blood chemistry examination data such as HDL, LDL, Cholesterol, Triglyceride, Hb A1C, GFR data analysis with descriptive statistics and Chi-Square, the level of significance was set at 0.05.

The results showed that the prevalence of cardiovascular disease in chronic disease patients was 9.94%. Factors related to cardiovascular disease in chronic disease patients were gender (OR=7.05, 95% CI = 2.47-20.11), underlying disease (OR =13.08, 95% CI =3.56-46.81), LDL-cholesterol (OR=3.35, 95% CI =1.23-9.15) and total-cholesterol (OR=5.87, 95% CI =1.64-21.04) with statistical significance. at 0.05

Keywords: Prevalence, Cardiovascular Disease, Chronic Disease Patients

บทนำ

โร ค ร ะ บ บ หั ว จ ใจ แ ล ะ ห ล อ ด เ ลื อ ด (Cardiovascular disease) คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) โรคหลอดเลือดสมอง

(Cerebrovascular disease) และหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral artery disease) ทั้งสามโรคนี้มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ถ้าเกิดที่หลอดเลือดหัวใจ จะทำให้

¹ โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

เกิดการอุดตันและหัวใจขาดเลือด แต่ถ้าการแตกปริของหลอดเลือดแดงส่วนที่ตีบแคบลง และมีก้อนเลือดไปอุดตันเส้นเลือดหัวใจจะเกิดภาวะหัวใจตาย⁵ องค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease, CVD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงปีละ 17.5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2012 ส่วนใหญ่อยู่อายุต่ำกว่า 70 ปี¹⁰ และในปี พ.ศ. 2573 แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของคนในทั่วโลก จากโรคนี้จะเพิ่มสูงขึ้นถึง 23.6 ล้านคน⁶

บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดอาจมีเพียงปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยจากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 นี้ พบว่า ในประชาชนชายและหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.3 และ 39.0 ตามลำดับ มี 1 ปัจจัยเสี่ยง และร้อยละ 36.2 และ 29.6 ตามลำดับ มีตั้งแต่ 2 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไป⁴ ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีหลายปัจจัย ได้แก่ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และเชื้อชาติ⁷ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยประเทศไทย พบว่า ความชุกของภาวะอ้วน มีค่า Body Mass Index (BMI) มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 34.4 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 ค่า BMI ที่สูงขึ้นส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ภาวะความดันโลหิตสูง พบความชุกร้อยละ 22.0 ภาวะน้ำตาลสูง พบความชุกร้อยละ 6.9 ภาวะไขมันในเลือด พบความชุกร้อยละ 21.7 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบออกกำลังกายไม่เพียงพอ ความชุกร้อยละ 18.5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประชากรไทย พบความชุกร้อยละ 38.7⁸ และพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ การดื่มสุรามากเกินขนาดที่กำหนดจะส่งผลต่อความดันโลหิต (Association of Hypertension of Thailand,

2015) และยังมีการศึกษาพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 3-4 เท่า และโรคหลอดเลือดของสมอง 7 เท่า จากความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ⁹

โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยด้วยโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด 128 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 66 คน และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 62 คน ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 15 ราย, ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 18 ราย, ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 22 ราย ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจนในทุกๆปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน² ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม จะมีโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนคือโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งทวีความรุนแรงและเสียชีวิตหรือพิการเร็วขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลสามชัย ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันและควบคุมอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษา Cross-Sectional Analytic Study โดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง จากข้อมูลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในโปรแกรม Hosxp โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จำนวน 327 คน กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้โปรแกรมคำนวณของ G*Power สำหรับกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร Multivariate analysis ใช้สถิติ Multiple logistics regression กำหนดค่า Odds ratio = 4.7 ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ พิทยา ธรรมวงศา และวงศา เล้าหศิริวงศ์ (2561)³ เรื่อง สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี ค่า $\alpha = 0.05$ และ $\beta = 0.20$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1) มีอายุ 40 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาลสามชัยในปี 2564-2565 และเกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ไม่มีผลการตรวจทางเคมีของเลือด (Blood chemistry) ได้แก่ HDL, LDL, Cholesterol, Triglyceride, Hb A1C, GFR อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 181 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในโปรแกรม Hosxp โรงพยาบาลสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ แล้วรวบรวมข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตรวจทางเคมีของเลือด (Blood chemistry) ได้แก่ HDL, LDL, Cholesterol, Triglyceride, Hb A1C, GFR

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายโครงการวิจัยและคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจและปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการคัดลอกข้อมูลด้วยแบบคัดลอกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Chi-Square กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 133 คน ร้อยละ 73.48 อายุเฉลี่ย 51.17 ปี (S.D.=5.17)

อายุต่ำสุด 37 ปี สูงสุด 83 ปี กลุ่มอายุส่วนใหญ่มากกว่า 50 ปี จำนวน 144 คน ร้อยละ 62.98 ส่วนใหญ่ มี BMI ≤ 18 Kg/m² และ ≥ 23 Kg/m² จำนวน 134 คน ร้อยละ 74.03 โดย BMI เฉลี่ย 25.75 Kg/m² (S.D.=4.32) BMI ต่ำสุด 16.44 Kg/m² สูงสุด 46.71 Kg/m² โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน จำนวน 169 คน ร้อยละ 93.37

HDL-cholesterol ≥ 40 mg/dl จำนวน 124 คน ร้อยละ 68.51 เฉลี่ย 46.30 mg/dl (S.D.=11.99) ต่ำสุด 19 mg/dl สูงสุด 94.40 mg/dl, LDL-cholesterol ≥ 100 mg/dl จำนวน 118 คน ร้อยละ 65.19 เฉลี่ย 119.18 mg/dl (S.D.=41.17) ต่ำสุด 7.80 mg/dl สูงสุด 245 mg/dl, Total-cholesterol ≥ 200 mg/dl จำนวน 91 คน ร้อยละ 50.28 เฉลี่ย 207.37 mg/dl (S.D.=52.30) ต่ำสุด 100 mg/dl สูงสุด 460 mg/dl, triglyceride ≥ 150 mg/dl จำนวน 124 คน ร้อยละ 68.51 เฉลี่ย 213.13 mg/dl (S.D.=138.67) ต่ำสุด 33 mg/dl สูงสุด 1,079 mg/dl, ระดับน้ำตาล HbA1C ≥ 7 % จำนวน 171 คน ร้อยละ 94.48 เฉลี่ย 9.61 % (S.D.=2.71) ต่ำสุด 5.71 % สูงสุด 16.20 %, ค่าการทำงานของไต eGFR ≥ 60 ml/min จำนวน 148 คน ร้อยละ 81.77 เฉลี่ย 87.18 ml/min (S.D.=30.34) ต่ำสุด 4.82 ml/min สูงสุด 87.18 ml/min, ความชุกโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 9.94

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศ โรค

ประจำตัว LDL-cholesterol และ Total-cholesterol ซึ่งสามารถแปลผลได้ดังนี้

เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 7.05 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 (OR=7.05, 95% CI = 2.47-20.11) ดังตารางที่ 1

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 13.08 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักกว่าเป็นโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 (OR=13.08, 95% CI = 3.56-46.81) ดังตารางที่ 1

ผู้ที่มีระดับ LDL-cholesterol ≥ 100 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 3.35 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับ LDL-cholesterol < 100 mg/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 (OR=3.35, 95% CI = 1.23-9.15) ดังตารางที่ 1

ผู้ที่มีระดับ Total-cholesterol ≥ 200 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 5.87 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับ Total-cholesterol < 200 mg/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 (OR=5.87, 95% CI = 1.64-21.04) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยง	เป็น Stoke		ไม่เป็น Stoke		χ^2	OR	95% CI
	n	%	n	%			
เพศ							
ชาย	12	66.67	36	22.09	16.53	7.05*	2.47-20.11
หญิง	6	33.33	127	79.91	Ref.	1	1
อายุ							

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยเสี่ยง	เป็น Stoke		ไม่เป็น Stoke		χ^2	OR	95% CI
	n	%	n	%			
≤ 50 ปี	5	27.78	62	38.04	Ref.	1	1
> 50 ปี	13	72.22	101	61.96	0.732	1.56	0.54-4.69
ค่า BMI (Kg/m ²)							
≤18 และ ≥23	13	72.22	121	74.23	0.034	0.90	0.30-2.68
>18 -<23	5	27.78	42	25.77	Ref.	1	1
โรคประจำตัว							
เบาหวาน	12	66.67	157	96.32	Ref.	1	1
ความดันโลหิตสูง	6	33.33	6	3.68	23.02	13.08*	3.56-46.81
HDL-cholesterol							
< 40 mg/dl	8	44.44	49	69.94	1.554	1.86	0.69-5.00
≥ 40 mg/dl	10	56.56	114	30.06	Ref.	1	1
LDL-cholesterol							
< 100 mg/dl	11	61.11	52	31.90	Ref.	1	1
≥ 100 mg/dl	7	38.89	111	38.10	6.09	3.35*	1.23-9.15
Total-cholesterol							
< 200 mg/dl	15	83.33	75	46.01	Ref.	1	1
≥ 200 mg/dl	3	16.67	88	53.98	9.03	5.87*	1.64-21.04
Triglyceride							
< 150 mg/dl	9	50.00	48	29.45	Ref.	1	1
≥ 150 mg/dl	9	50.00	115	70.55	3.17	2.40	0.90-6.41
ระดับน้ำตาล HbA1C							
< 7 %	1	5.56	9	5.52	Ref.	1	1
≥ 7 %	17	94.44	154	94.48	0.99	1.01	0.12-8.43
ค่า eGFR							
< 60 ml/min	1	5.56	33	20.25	4.45	0.23	0.03-1.8
≥60 ml/min	17	94.44	130	79.75	Ref.	1	1

*p-value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว LDL-cholesterol และ Total-cholesterol ซึ่งสามารถแปลผลได้ดังนี้

เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 7.05 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ชายมี

การตระหนักต่อภาวะสุขภาพของตนเองน้อยกว่า ผู้หญิงซึ่งการขาดความตระหนักต่อภาวะสุขภาพอาจทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงการคัดกรองและการรักษาของผู้ป่วยเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาภายหลัง สอดคล้องกับ เกษชดา ปัญเศษ และคณะ (2558)¹ พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นอยู่กับสถานภาพด้านเพศ โดยเพศชายมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือดเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 13.08 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักว่าเป็นโรคเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้ความดันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักและหนาตัวขึ้น เลือดดีจากปอดและหัวใจห้องบนซ้ายไม่สามารถไหลลงหัวใจห้องล่างซ้ายได้ ส่งผลทำให้หัวใจโตและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด สอดคล้องกับพิทยา ธรรมวงศา และวงศา เล้าหศิริวงศ์ (2561)³ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับปานกลางร้อยละ 18.05 (95%CI =14.87-21.58) และ Nakapong, R., Srichang, N., & Jumprakarw, L.A. (2010)⁸ พบว่า ความชุกของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.0

ผู้ที่มีระดับ LDL-cholesterol \geq 100 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงต่อโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 3.35 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับ LDL-cholesterol $<$ 100 mg/dl และผู้ที่มีระดับ Total-cholesterol \geq 200 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงต่อโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็น 5.87 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับ Total-cholesterol $<$ 200 mg/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value $<$ 0.05 (OR=5.87, 95% CI =1.64-21.04) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติหมายถึงระดับไขมันในเลือดหนึ่งชนิดหรือมากกว่านั้นอยู่ในระดับที่ผิดปกติ ซึ่งจากการวิจัยพบว่า LDL-cholesterol และ Total-cholesterol ที่มีค่าผิดปกติมีผลต่อโรกระบบหัวใจและ

หลอดเลือด ทั้งคอเลสเตอรอลที่ “ไม่ดี” ขนส่งอนุภาคคอเลสเตอรอลไปทั่วร่างกายคอเลสเตอรอล LDL สะสมในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็งและแคบ อาจทำให้หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิทยา ธรรมวงศา และวงศา เล้าหศิริวงศ์ (2561)³ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีไขมันแอลดีแอล มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มก./ดล. มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 8.42 เท่าของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีไขมันแอลดีแอลน้อยกว่า 100 มก./ดล. (95%CI: 3.43-20.69; p-value $<$.001)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากการวิจัยนี้ไม่ศึกษาปัจจัยการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พบว่าเพศชายซึ่งอาจจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง
2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้ข้อมูลย้อนหลัง จากข้อมูลการตรวจสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จึงไม่ได้ศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ซึ่งอาจจะมีผลต่อ Cholesterol ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ปัจจัยการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เป็นต้น
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น ควรจัดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. เกษชดา ปัญเศษ และคณะ (2558). ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ ปฏิบัติราชการ ส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุขโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama - EGAT Heart Score. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/39500>
2. คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสามชัย (2566). ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสามชัย. โปรแกรม Hosxp.
3. พิทยา ธรรมวงศา และวงศา เล้าหศิริวงศ์. (2561). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/download/168634/121338/>
4. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. <https://www.hsri.or.th/media/printed-matter/detail/13443>.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2559). คู่มือประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.).องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก .
6. American Heart Association. (2015). Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC, p.4. <https://eccguidelines.heart.org/wpcontent/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-English.pdf>
7. Punset, K., Klinthuesin, S., Kingkaew, A., & Wongmaneeroj, W. (2013). Cardiovascular risk among staff working at The Central of Ministry of Public Health Using Risk Assessment of Rama-EGAT Heart Score. Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 23(2), 57-70. (in Thai).
8. Nakapong, R., Srichang, N., & Jumprakarw, L.A. (2010). practical guide for health behavioral modification to reduce multiple risk factors of cardiovascular disease. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
9. Vasan, R.S., Larson, M.G., Leip, E.P., Kannel, W.B., & Levy, D. (2001) Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. The Lancet, 358(9294), 1682-1686.
10. World Health Organization. (2016). World health statistics 2016: Monitoring health for the SDGs, and sustainable Development goals. Geneva: World Health.