

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม 2557 - กันยายน 2557

THE END
NCDs

หมั่นคอยดูแล และรักษาดวงใจ



"CVD"

ก้าวทันโรค รู้ทัน โรคหลอดเลือดสมอง
ดัดนิสัย NCD คุณภาพ ดัดนิสัยที่ไม่ใช่แค่ดัดนิสัยบริการ
รักหัวใจองอาจเต็มก้นน้



สารบัญ

กองบรรณาธิการ
เขียนโดย นพ.ทักษพล ธรรมรังสี 3

คอลัมน์ NCDs ย่องเจียม
CVD คืออะไร เขียนโดย พศ.นพ.สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ 4-5

คอลัมน์ก้าวทันโรค รู้ทัน NCDs
โรคหลอดเลือดสมอง เขียนโดย รศ.นพ.สมบัติ มุ่งทวิพงษ์ 6-7

8-9
คอลัมน์สลายกาย ห่างไกล NCDs
คลินิก NCD คุณภาพ “คลินิกที่ไม่ใช่แค่คลินิกบริการ”
เขียนโดย พญ.จุรีพร คงประเสริฐ

10-11
คอลัมน์เครือข่าย NCDs
รักหัวใจอย่าเค็ม เขียนโดย พศ.ดร.เบนิตา ปิยะติการ

12-13
คอลัมน์รอนรื้อ รอนโรค NCDs
ชุมชนร่วมมือ รักษาหัวใจ เขียนโดย NCDjkkk

คอลัมน์ตระเวนท่องโลกงานวิจัย NCDs
สานหัวใจชุมชนและโรงพยาบาลสู่แนวทาง
สาธารณสุขแห่งอนาคต เขียนโดย NCDjkkk 14-15

ผู้จัดทำ แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Network)

บรรณาธิการ : นพ.ทักษพล ธรรมรังสี
ที่ปรึกษา : นพ.วิรัช เกษมทรัพย์
กองบรรณาธิการ : น.ส.สุกฤตา พุ่มดวง
ภญ.วรรณสุดา งามอรุณ
นายพุฒินันทน์ เรืองสม
น.ส.นงลักษณ์ ศศิวิจน์ไพสิฐ
นายวิษณุกร สุริยะวงศ์ไพศาล

ออกแบบปกและรูปเล่ม : นายจิรายุทธ ยมาภัย





CVD โรคร้อยเนื้อทำนองเดียว

สวัสดีครับ สำหรับ The End NCDs ฉบับนี้เลือกเอาโรค CVD หรือ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นพระเอก เอาแค่ชื่อก็พากันงงแล้วทั้งภาษาอังกฤษและไทย บ่อยครั้งที่ได้ยินคนพูดถึงโรค CVD เป็น VCD และบ่อยครั้งที่คนพูดถึง CVD ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

CVD มาจากคำว่า Cardiovascular Diseases ซึ่งหมายถึงกลุ่มโรคของหลอดเลือด และ หัวใจ ที่ครอบคลุมหลายกลุ่มโรคย่อย แม้ว่ากลุ่มโรค CVD จะมีหลายโรค แต่มหันตภัยหลักก็มาจาก 2 กลุ่มคือ โรคของหลอดเลือดสมองและหัวใจ ทำไมจึงบอกว่า ร้อยเนื้อทำนองเดียว

ประการแรกโรคเหล่านี้มีต้นทางร่วมกัน ปัจจัยเสี่ยงหลักของ CVD ก็คือ เก็งค์ 4 ฆาตกร อันประกอบด้วย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ข้อมูลยืนยันว่าพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เป็นสาเหตุของโรค CVD ถึง 80%

นอกจากจะเพิ่มความเสี่ยงของโรคแล้ว คนใช้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทั้ง 4 ก็มีความรุนแรงของโรคสูงกว่า ในทางตรงกันข้ามการปรับพฤติกรรมเสี่ยงก็จะช่วยทำให้พยากรณ์โรคดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็โรคไหนๆ ก็มาจากต้นทางที่ 4 หัวใจนี้ ดังนั้นแนวทางการจัดการปัญหาจึงไม่ควรปล่อยให้ 4 หัวใจก นี้ลอยนวลอีกต่อไป

ประการที่ 2 แนวทางการจัดการกับโรค CVD ที่ได้ผลคุ้มค่าที่สุด อยู่ที่การปรับสภาพแวดล้อมทางสังคม และการจัดการระดับประชากร ไม่ใช่การตั้งรับรักษาไปเรื่อยๆ

“วิกฤติปัญหาโรคหัวใจไม่ได้เป็นเพราะเราขาดห้องผู้ป่วยวิกฤติ (CCU) แต่เป็นเพราะเราปล่อยให้ประชาชนอาศัยอยู่ในสภาพสังคมที่เอื้อต่อการเป็นโรค โดยไม่ได้จัดการสาเหตุหลัก”¹

มาตรการที่ได้ผลเหล่านี้จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ นอกเหนือไปจากภาคสุขภาพ ส่วนจะจัดการโรคนี้ได้อย่างไร ใครทำอะไร อยู่บ้าง พลิกไปอ่านเนื้อหาโดยพลัน



1. Report of WHO's Commission on Social Determinants of Health 2009



NCDs (เอ็นซีดี) หรือ Non-Communicable Diseases หมายถึง โรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อจากคนที่ เป็นโรคไปสู่คนที่ไม่เป็นโรคฯ พุดง่าย ๆ คือ เป็นโรคที่ต่างคนต่างเป็น ตัวใครตัวมัน แม้ว่า คนที่เป็นโรคกลุ่มนี้อาจจะมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเดียวกัน แต่ “การกิน การอยู่ การใช้ชีวิต” ต่างหากที่ส่งผลมากกว่าในการทำให้ เป็นโรคนี้ จึงมีบางคนเรียกว่า โรควิถีชีวิต ผู้เขียนเองเรียกว่า โรคร้าย แห่งการพอกพูนสะสม หรือ โรคพอกพูน เพราะการกินอยู่ที่ “อ. อร่อยเกิน อ. อยู่สบายเกิน อ.เอาแต่ใจเกิน ส. สูบบุหรี่ ส.ดื่มสุรา” ทำให้เกิดการพอกพูนสะสมของ น้ำตาล ไขมัน เกลือโซเดียม สารพิษ ที่เราบริโภคเข้าไปแล้ว ใช้ไม่หมด กำจัดออกไม่ทัน ในร่างกายเรา จนเกิดเป็นโรคเบาหวาน ความดัน(โลหิตสูง) ไขมัน(ผิดปกติ) โรคจาก การสูบบุหรี่ อ้วนพิมิพุง แล้วก็เกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือด สมอง ตีบ ตัน แดก หรือ มะเร็งตามมา

ในบรรดาโรค NCDs ทั้งหลาย โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือที่ฝรั่งเรียกว่า CVD ซึ่งย่อมาจาก Cardiovascular Diseases เป็นกลุ่มโรคที่ทำให้ชาวโลก ชาวไทย ป่วย พิการและตายมากที่สุด CVD เป็นโรคของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ เลี้ยงสมอง เลี้ยงไต เลี้ยงแขนขา และอวัยวะอื่น ๆ ที่เมื่อเกิดคราบไขมันไปพอกพูนสะสมจนหลอดเลือดตีบแคบลง ความดัน เลือดที่สูงขึ้นก็กระทบหลอดเลือดแดงที่ไขมันพอกอยู่จนเกิดการปริแตกเป็นแผล เกิดลิ่มเลือดมาปิดปากแผล ซึ่งลิ่มเลือด นี้ก็จะโตขึ้น ๆ จนขบวนการละลายลิ่มเลือดเราละลายไม่ทัน จนลิ่มเลือดอุดหลอดเลือดจนตัน ถ้าหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เลียบพลัน เกินกว่า 6 ชั่วโมง กล้ามเนื้อหัวใจจะตาย (Acute coronary syndrome ซึ่งแบ่งเป็น Acute ST-Elevation Myocardial Infarction, Acute Non-ST-Elevation Myocardial infarction หรือ Unstable angina) เกิดอาการเจ็บ แน่นหน้าอกเฉียบพลัน หรือ อาจเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงจนหมดสติเสียชีวิตทันทีก็ได้ (Sudden cardiac death) ต่อจากนั้นในระยะยาว หลอดเลือดหัวใจที่เป็นแผลจะ ตีบแคบลงเลือดจะไปเลี้ยงหัวใจลดลง จนเกิดอาการแน่นหน้าอก ขณะออกแรง ที่เรียกว่า Chronic stable angina ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตัน รวมเรียกว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ Coronary heart disease



ถ้าหลอดเลือดสมองตัน เกินกว่า 4 ชั่วโมง สมองจะตาย (Thrombotic stroke or Embolic stroke) ทำให้เป็นอัมพาต ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก หรือถ้าหลอดเลือดสมองแตก เกิดเลือดออกในสมอง (Cerebral hemorrhage) เกิดอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงเฉียบพลัน อาจหมดสติ เสียชีวิตทันทีได้เหมือนกัน แต่ถ้าอาการทางสมอง เกิดขึ้นแล้วหายไปได้ใน 24 ชั่วโมง เรียกว่า ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว หรือ Transient ischemic attack or TIA โรคหลอดเลือดสมองที่ตีบ ตัน แตก ดังกล่าว รวมเรียกว่า โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Cerebrovascular accident หรือ CVA แต่ถ้าเกิดหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงขาอุดตันเฉียบพลัน (Acute limb ischemia) ก็จะมีอาการปวดขามากทันที อาจเกิดกล้ามเนื้อขาตายได้ หรือเกิดที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไต ก็อาจมีไตวายเฉียบพลัน (Ischemic acute kidney injury) สรุปว่า CVD เป็นโรคของหลอดเลือดแดงที่ตีบ ตัน หรือ แตก จนสมอง หัวใจ ไต หรือแขนขาขาดเลือดเกิดอาการและอาการแสดงของการทำงานที่ผิดปกติของอวัยวะที่ขาดเลือด จนอาจถึงแก่ชีวิตเฉียบพลัน การป้องกันก็ทำได้โดยลดปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสเกิด CVD คือ เบาหวาน ความดันฯ ไขมัน บุหรี่ อ้วนพิมิพุง

Blood Clot
The Left Anterior Descending (LAD) coronary artery is blocked with a blood clot causing damage to the heart muscle and an irregular EKG.

รูปหลอดเลือดหัวใจที่มีคราบไขมันไปเกาะ จะเปราะง่าย จนแรงดันเลือดทำให้หลอดเลือดปริแตกเป็นแผลแล้วมีลิ่มเลือดมาปิดปากแผลจนหลอดเลือดตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายอาจเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงจนเสียชีวิตได้

Cerebral hemorrhage
Cerebral embolus
Cerebral thrombosis

A

รูปหลอดเลือดสมอง ตีบ ตัน แตก

THE END CVD

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่อยู่ในอันดับต้นๆ ของประเทศไทย นอกจากนี้ ยังเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพที่สำคัญ และส่งผลถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจสูง ประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ต่ำกว่า 50,000 – 100,000 บาทต่อราย มีการศึกษาใน พ.ศ. 2542 พบว่าในประชากรไทยมีความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 690 รายต่อ 100,000 ประชากร ในปี 2552 ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 1,880 รายต่อ 100,000 ในประชากรอายุ 45 ถึง 80 ปี เนื่องด้วยสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรสูงขึ้นกว่าเมื่อ 10 ปีก่อน ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองจึงมากกว่าที่เคยศึกษาไว้ใน พ.ศ. 2542 อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอีกใน 10 ปีข้างหน้าตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ การลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพจากโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับต้นๆ สำหรับการสาธารณสุขของประเทศ ปัจจุบันมีการพัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน โดยเฉพาะการให้ยาละลายก้อนเลือดทางหลอดเลือดดำ เพื่อหวังผลลดความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 30



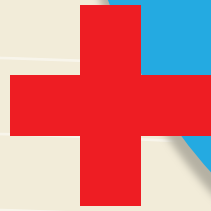
แต่เนื่องจากการให้ยาละลายก้อนเลือดทางหลอดเลือดดำนั้นจำเป็นต้องให้ภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง
หลังเกิดอาการจึงมีความจำเป็นที่ประชาชนต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มต้นและช่องทางในการ
เข้ารับการรักษาด่วนของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อไป
รับการรักษาได้ทันที่ โดยอาการเริ่มต้นและสายด่วน
โรคหลอดเลือดสมองแสดงในภาพ

ตรวจเช็คอาการ “โรคหลอดเลือดสมอง” (STROKE)



โดยจำง่าย ๆ ใช้คำย่อ FAST (Face Arm Speech Time) ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีความพยายามในการค้นคว้าวิธีการรักษาใหม่ๆ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น่าเสียดายที่การรักษาใหม่ๆ เหล่านี้กลับได้ผลไม่ดีกว่าการให้ยาละลายก้อนเลือดทางหลอดเลือดดำจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเน้นเรื่องความเร่งด่วนของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ประชาชนตระหนัก และเร่งรีบเพื่อเข้าถึงการรักษา

THE END CVD



คลินิก NCD คุณภาพ

“คลินิกที่ไม่ใช่แค่คลินิกบริการ”



ขณะที่สถานการณ์โรค NCDs (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต มะเร็ง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง) มีผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเก่าและใหม่ โรงพยาบาลคับคั่งไปด้วยผู้ป่วยที่มารอตรวจและผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล คำถามที่ต้องการคำตอบมากคือ “อะไรคือคุณภาพของคลินิก NCD” สามารถวัดคุณภาพได้อย่างไร การมีจำนวนแพทย์ พยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์เพียงพอต่อความต้องการใช้หรือไม่ หรือวัดคุณภาพที่ระยะเวลา รอคอย การมีแพทย์เฉพาะทาง การได้รับยาที่เหมาะสม หรือการไม่มีภาวะแทรกซ้อน กระทบวงสาธารณสุขได้พัฒนา “คลินิก NCD คุณภาพ” ใน พ.ศ. 2556 นำร่องใน รพศ. รพท. และรพช. โดยมีแนวคิดที่ว่า ... เมื่อคุณภาพของระบบเปลี่ยนแปลงส่งผลให้คุณภาพและผลลัพธ์การรักษาเปลี่ยน .. トラバドที่ยังไม่มีการเปลี่ยนหรือปรับปรุงระบบการบริหาร ระบบการจัดการของคลินิกให้มีระบบ ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษาแบบเดิมๆ รักษาโรคเป็นครั้งๆ ขาดการรักษาคนแบบองค์รวม อาจเนื่องมาจากกระบวนการทัศน์ของผู้ให้บริการ/ ผู้ป่วย เวลาไม่เพียงพอ การขาดทักษะ ระบบไม่เอื้ออำนวย หรืออื่นๆ

กรอบแนวคิด ของคลินิก NCD คุณภาพ พัฒนาจากการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic care model) มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางและนโยบาย การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสารสนเทศ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน โดยใช้กระบวนการ PDCA พัฒนาระบบงาน ที่สอดคล้องกับบริบทของสถานบริการ ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ หรือตติยภูมิ เป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการมีผลลัพธ์การดูแลและคุณภาพชีวิตที่ดี ผ่านการลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นเชื่อมโยงใน/ระหว่างทีมและ เครือข่ายการบริการ ตั้งค่าเป้าหมายโดยคำนึงถึงบริบท สถานการณ์และปัญหาของพื้นที่เป็นหลัก

ทิศทางและนโยบาย

การปรับระบบและกระบวนการบริการ

ระบบสารสนเทศ

ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

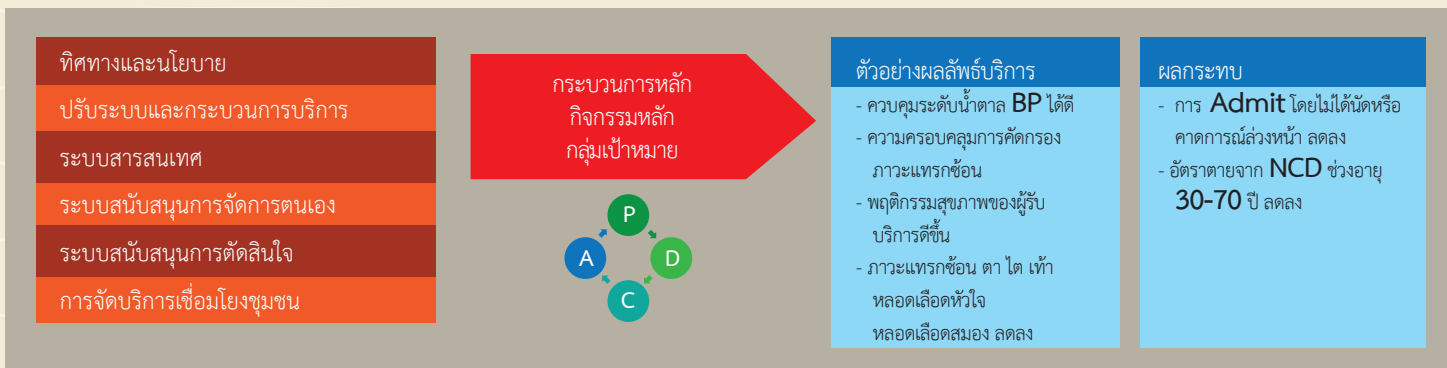
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน



จากการสุ่มประเมินการพัฒนาสู่คลินิก NCD คุณภาพในปี 2556 ใน 12 เขตตรวจราชการ เขตละ 1 จังหวัด (1 รพท. 1 รพท. 2 รพช. 1 รพสต.ต่อจังหวัด) พบว่าองค์ประกอบที่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ การมีทิศทางนโยบาย ผ่านเกณฑ์น้อยที่สุดและเป็นองค์ประกอบที่ควรพัฒนาเพิ่มขึ้นในทุกระดับของสถานบริการ คือ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รพท. และรพช. มีองค์ประกอบที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ระบบสนับสนุนการตัดสินใจแก่ผู้ให้บริการ ในภาพเครือข่ายต้องเร่งพัฒนาระบบสารสนเทศ ระบบทะเบียนข้อมูล ให้มีความเชื่อมต่อของระบบข้อมูล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างเครือข่าย ความต่อเนื่องในการบริการ การนำข้อมูลจากหลายแหล่งหลายด้านมาวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาความท้าทายของพื้นที่ในการสร้างคลินิก NCD คุณภาพ

เนื่องจากสภาพผู้ป่วยมีการดำเนินตามระยะของโรคและตลอดช่วงชีวิต การดูแลนอกจากการรักษาแล้ว ต้องเน้นการปรับพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อไม่ให้ซ้ำเติมโรคที่เป็นอยู่ให้เลวร้ายมากขึ้น ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนจึงมีบทบาทหลักในการดูแลจัดการตนเอง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนหรือพี่เลี้ยง จึงต้องเร่งพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่และมีเครื่องมือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถลดปัจจัยเสี่ยง จัดการตนเองได้และการสร้างคลินิก NCD คุณภาพ เฉพาะสถานบริการแบบเดี่ยวๆ ไม่สามารถประสบความสำเร็จในการลดปัญหา NCDs ของพื้นที่ได้ ในระดับพื้นที่ต้องมีนโยบายในการขับเคลื่อนในภาพเครือข่ายบริการ ออกแบบระบบโดยพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บูรณาการการป้องกันในการจัดการโรคเรื้อรัง ประสานการดำเนินงานร่วมกันเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล สร้างความเชื่อมโยงระบบระหว่างครอบครัว/ชุมชน รพสต. รพช. รพท. และรพท. รับทราบและส่งต่อข้อมูลซึ่งกันและกันเพื่อใช้ในการวางแผน สร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาหรือสนับสนุนทรัพยากร(คน เงิน ของ) ส่วนขาดให้เติมเต็มในภาพพื้นที่ ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างมีระบบทั้งในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การช่วยเหลือด้านสังคมเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วย NCDs ที่มีอยู่ให้มีผลลัพธ์การรักษา มีคุณภาพชีวิตที่ดี





รักหัวใจอย่าเค็ม

ปัจจุบันมีผู้คนทั่วโลกจำนวนไม่น้อยติดการบริโภคอาหารรสเค็ม ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติของมนุษย์ทั่วไป แต่ด้วยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากยุคบรรพบุรุษ เช่น มีการนั่งทำงานในอาคารมากกว่าการทำงานในที่แจ้ง กับการเข้าถึงเกลือ/โซเดียมที่ง่ายยิ่งขึ้น ทำให้การสูญเสียและการได้รับเกลือ/โซเดียมขาดเสียสมดุล ซึ่งเป็นต้นตอของการป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว และด้วยเหตุนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้กำหนดตัวชี้วัดด้านการลดการบริโภคเกลือ/โซเดียม (Salt/sodium intake reduction) ไว้ในแผนปฏิบัติการระดับโลก เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกำหนดให้การบริโภคเกลือ/โซเดียมในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปลดลงร้อยละ 30¹

สำหรับประเทศไทยนั้นผู้คนนิยมปรุงรสชาติด้วย เกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊ว ให้ได้ความ “เค็ม” ตามที่แต่ละคนต้องการและจากการเติมเครื่องปรุงรสเค็มในปริมาณมากอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการยับยั้งเอ็นเคลิออนกายที่น้อยลง ซึ่งช่วยลดปริมาณเกลือ/โซเดียมทางอ้อมจึงทำให้คนไทยกลุ่มหนึ่งที่ติดรสเค็มมีภาวะเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เพราะร่างกายไม่สามารถขับเกลือส่วนที่เกินออกจากร่างกายได้มากเท่าที่ควร ทำให้ร่างกายกักเก็บน้ำไว้ในร่างกายมากขึ้น หรือเกิดภาวะบวม น้ำ ซึ่งนำไปสู่ความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อหลอดเลือดและอวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ ไต ให้ทำงานหนักขึ้นและเสื่อมสภาพก่อนวัยอันควร

ดังนั้นภาครัฐและเอกชนจึงมีการรณรงค์ลดเค็ม และเพิ่มการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดกับโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เป็นผลพวงจากการกินเค็ม มีการศึกษาและทำวิจัยต่างๆ เพื่อลดการบริโภคเค็มทั้งในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งนวัตกรรมทางอาหารอย่างหนึ่งที่กำลังเป็นที่สนใจในปัจจุบันคือ

การใช้สารแทนรสเค็ม เช่น การใช้โพแทสเซียมคลอไรด์แทนเกลือ (โซเดียมคลอไรด์) ในเครื่องปรุงรส น้ำปลา ซีอิ๊วและซอสต่างๆ การใช้ยีสต์ การใช้ไฮโดรไรด์โปรตีนที่มาจากพืชในการปรุงอาหาร รวมทั้งการใช้ผงชูรส อย่างไรก็ตาม การใช้สารทดแทนดังกล่าวยังคงมีข้อจำกัดทางการค้าขาย เช่น สารที่ใช้ทำให้รสเปลี่ยนจนผู้บริโภคไม่ยอมรับ หรือมีข้อจำกัดทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่สามารถบริโภคอาหารที่มีส่วนผสมของสารทดแทนได้เพราะจะก่อผลเสียต่อสุขภาพ

ด้วยเห็นความทำลายของนวัตกรรมด้านอาหาร สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทยซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นนักโภชนาการ/โภชนากร/นักกำหนดอาหารในโรงพยาบาลทั่วประเทศ และเป็นหนึ่งในเครือข่าย NCDs ได้จัดทำการศึกษาการดัดแปลงอาหารเพื่อลดเค็มให้กินได้โดยพยายามคงตำรับเดิมให้มากที่สุดและลดเค็มลงอย่างน้อย 30% เพื่อให้คนไทยได้ค่อยๆ ปรับปรุงรับรสเค็มลง

และหวังให้คนไทย ลดเค็ม ลดความดัน ลดไต และลดโรคหัวใจ โดยดัดแปลง สูตรอาหารโดยนำเอาเครื่องเทศ สมุนไพร เช่น พริก ขิง ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด ยี่ห่วยรวมทั้งเทคนิคต่างๆ ในการทำอาหารมาใช้

อ้างอิง

1. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. 2013. Available from: www.who.int/ncd



ก๋วยเตี๋ยวเส้นเล็กน้ำหมูปลั่งเห็ด

คุณค่าทางโภชนาการของก๋วยเตี๋ยวเส้นเล็กน้ำหมูปลั่งเห็ด/ตำรับ

| ตำรับ | พลังงาน (กิโลแคลลอรี่) | คาร์โบไฮเดรต (กรัม) | โปรตีน (กรัม) | ไขมัน (กรัม) | คอเลสเตอรอล (มิลลิกรัม) | โซเดียม (มิลลิกรัม) |
|--------------|------------------------|---------------------|---------------|--------------|-------------------------|--------------------------|
| สูตรดั้งเดิม | 363 | 34 | 14 | 19 | 36 | 1279 |
| สูตรดัดแปลง | 389 | 56 | 21 | 9 | 36 | 865 |
| | | | | | | ปริมาณโซเดียมที่ลดลง (%) |
| | | | | | | 32 |

THE END CVD

ชุมชนร่วมมือ รักษาหัวใจ



หัวใจสำคัญของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ อย่างโรค CVD (โรคหัวใจและหลอดเลือด) ให้ได้ผล คือ “รู้ใจโรค” ซึ่งก็คือการคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่า โรคจะเกิดขึ้นกับใคร และจัดสรรวิธีการป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการคาดการณ์โรคสามารถทำได้ด้วยการตรวจคัดกรองและการจัดสรรวิธีการป้องกันโรคสามารถทำได้โดยให้คำปรึกษาแนะนำ แก่กลุ่มเสี่ยงอย่างเหมาะสม ทว่า หากบุคลากรทางการแพทย์ต้องรับมือกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวนมากแล้วใครเล่าจะมีความรู้และโอกาสมากกว่ากลุ่มบุคลากรดังกล่าวในการเข้าถึงชุมชนบ้าง?

วิธีการหนึ่งที่จะมีผลอย่างมากต่อความสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรค CVD ในระดับชุมชนคือการบูรณาการทรัพยากรในระดับท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ^{1,2,3} โดยตัวอย่างความสำเร็จแรกเห็นได้จากกรณีของอาสาสมัครสาธารณสุขในประเทศแคนาดา การศึกษาชิ้นหนึ่ง⁴ เผยให้เห็นว่าการจัดฝึกอบรมอาสาสมัครให้มีการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ควบคู่ไปกับการให้คำปรึกษาแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และโครงการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Management: CDM) ของชาวแคนาดาที่มีเชื้อสายของคนในเอเชียใต้ที่มาประกอบกิจการทางศาสนาในศาสนสถาน ในเมืองคัลแกรี (Calgary) ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีทั้งในด้านของการปรับระดับไขมันในเลือดให้เหมาะสม และสร้างความสะดวกในการเข้าถึงการตรวจคัดกรองในชุมชน โดยผู้ที่เข้ามาประกอบกิจการทางศาสนาที่มีเชื้อสายเอเชียใต้จำนวน 238 ราย ที่ได้รับการตรวจคัดกรองครั้งแรกนั้น มีการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดในทางที่ดีขึ้น โดยค่าคอเลสเตอรอล สุทธิในเลือดลดลง 1.04 มิลลิโมล/ลิตร และค่าไขมัน HDL เพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่เหมาะสม 0.07 มิลลิโมล/ลิตร นอกจากนี้มีผู้เข้าถึงผู้ให้บริการทางสาธารณสุขซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวมีส่วนสำคัญต่อการเข้าถึงกลุ่มการให้บริการทางสาธารณสุขที่ศาสนสถานถึงร้อยละ 82 การปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาตนเองร้อยละ 22 และร้อยละ 3.5 ได้เข้าร่วมโครงการจัดการโรคเรื้อรังที่จัดให้กับชาวเอเชียใต้ในแคนาดาที่มีพื้นเพวัฒนธรรมต่างกัน



นอกจากจะใช้อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่แล้ว การใช้บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าถึงชุมชนได้ง่ายอย่างเภสัชกร ก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจสำหรับการตรวจคัดกรองและให้คำปรึกษาแนะนำโดยการศึกษาวิจัยชิ้นหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา⁵ เผยว่าเภสัชกรมีบทบาทในการตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือด พร้อมกับให้คำแนะนำการใช้ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างถูกต้อง เพื่อลดผลข้างเคียงจากยาที่อาจก่อให้เกิดโรค หรือภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

เช่นนี้ก็อาจกล่าวได้ว่า ความสำเร็จในการตรวจคัดกรองและการให้คำปรึกษาแก่ชุมชนในการปรับพฤติกรรมตนเอง ให้ห่างไกลโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น มีหัวใจอยู่ที่การกระจายภาระงานสู่บุคลากรที่มีความรู้และทักษะทางสาธารณสุข ที่สามารถเข้าถึงชุมชนได้ง่าย

ตัวอย่างของความสำเร็จดังกล่าวนี้ ไม่ได้ปรากฏเพียงแต่ในต่างประเทศเท่านั้น เพราะในประเทศไทยยังมี อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

ที่เปรียบเสมือนกับหูและตาของประชาชนและบุคลากรทางสาธารณสุขที่คอยติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ

อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จดังกล่าวก็มีอุปสรรคที่สำคัญ

อยู่ประการหนึ่งคือ การจัดลำดับความสำคัญของการบริการ ปฐมภูมิเพื่อป้องกันโรค NCDs และภาระงานที่ อสม.

ต้องแบกรับไว้ ซึ่งความช่วยเหลือจากพื้นที่และส่วนกลาง จะเป็นกำลังสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของการป้องกัน และควบคุมโรค NCDs ในอนาคตต่อไป

Cardiovascular Diseases

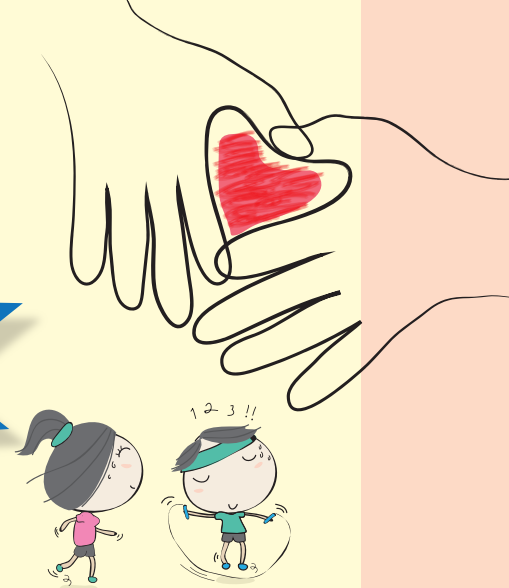


เอกสารอ้างอิง:

1. Karwalajtys T, Kaczorowski J, 2010. An integrated approach to preventing cardiovascular disease: community-based: community-based approaches, health system initiatives, and public health policy. Risk Management and Healthcare Policy. Vol 3. Dove Medical Press Limited.
2. Pennant M, Davenport C, Bayliss S, et al. 2010. Community programs for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review. Vol. 172. American Journal of Epidemiology. Oxford University Press
3. Frieden T R, and Berwick D M, 2011. The “Million Hearts” Initiative- preventing heart attacks and strokes. Vol. 10. The New England Journal of Medicine. Massachusetts Medical Society
4. Jones C A, Nanji A, Mawani S, Davachi S Ross L, et al. 2013. Feasibility of community-based screening for cardiovascular disease risk in an ethnic community: the South Asian Health Assessment and Management Program (SA-CHAMP). Vol. 13. Journal of Public Health. BioMed Central Limited.
5. Santschi V, Chiolero A, Burnand B, et al. 2011. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors. Vol. 171. Arch Intern Med. American Medical Association.



สานหัวใจชุมชนและโรงพยาบาล สู่แนวทางสาธารณสุขแห่งอนาคต



ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีความสำเร็จมากมาย ในมิติของงานวิจัยด้านการป้องกัน และควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ Secondary and tertiary cares⁶ ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรค CVD ในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากกว่าในอดีต กระนั้นรายงานจำนวนผู้ป่วย และภาระโรค CVD ยังคงเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของประเทศไทย⁸ ซึ่งปัญหาดังกล่าวสวนกระแสกับความรุดหน้า เทคโนโลยีทางการแพทย์ แล้วอะไรคือจุดใต้ตำตอของปัญหาโรค CVD?

จากข้อมูลระดับโลกและระดับประเทศ^{6,8,9,10} โรค CVD นั้นมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ มาจากการดำเนินชีวิตประจำวันของคนทั่วไป เช่น การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (โดยเฉพาะกลุ่มอาหารที่มีปริมาณเกลือ น้ำตาล และไขมันสูง) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ฯลฯ ด้วยเหตุนี้ การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) จึงมีความสำคัญมากกว่าการรักษาในโรงพยาบาลที่เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ และพื้นที่ที่เป็น จุดยุทธศาสตร์ของการสร้างเสริมสุขภาพ คงไม่พ้นที่ไดนอกเสียจากชุมชน

การศึกษาวิจัยในปัจจุบันที่เกี่ยวกับมาตรการ/เครื่องมือ (Intervention) ที่ใช้เพื่อการ ป้องกันควบคุมโรค CVD ในปัจจุบันนั้น อาจแบ่งออกเป็นสองรูปแบบใหญ่ๆ คือ มาตรการ/ เครื่องมือที่ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพของคนทั่วไป^{1,2,3,5} และมาตรการ/ เครื่องมือที่ชุมชนสร้างขึ้นเพื่อดูแลกันเอง^{4,7} จากงานวิจัยพบว่า มาตรการที่ชุมชนกำหนดขึ้นเอง โดยมีบุคลากรสาธารณสุขให้การสนับสนุนอยู่นั้น มักมีความยั่งยืนในการดำเนินการในระดับชุมชน มากกว่ามาตรการที่บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้กำหนดนโยบายมอบให้ชุมชนปฏิบัติตาม สาเหตุสำคัญ ที่ทำให้มาตรการที่ชุมชนสร้างและดำเนินการด้วยตนเองมีความยั่งยืนมากกว่านั้น เป็นเพราะผู้คนใน ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) มาตรการที่กำหนดขึ้น อีกทั้งมาตรการยังมีความสอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชนทำให้ไม่เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ต้องทำเป็นภาระของ ใครคนใดคนหนึ่ง^{6,7}



การดูแลรักษาาระดับปฐมภูมิต่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จะสามารถเกิดขึ้นได้
อย่างแท้จริงเมื่อภาคประชาชน และภาคสาธารณสุขจับมือเดินไปพร้อมกัน หากเป็นไปได้เช่นนี้
ความสุขที่ปราศจากโรคและได้มีเวลาอยู่กับคนใกล้ชิดในชุมชนของประชาชนย่อมมีมากขึ้น
ในขณะที่เดียวกันก็เป็นการแบ่งเบาภาระงานของบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นการสร้างโอกาส
ทางอ้อมให้กับสาธารณสุขไทยในการก้าวข้ามสู่มิติแห่งการพัฒนาความรู้และนวัตกรรมใหม่ๆ
ที่สามารถนำมาใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น



อ้างอิง

1. วิโรจน์ เขียมจรัสรังษี. 2550. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model หรือ CCM). ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ธวัชชัย แต่ประยูร. 2550. ประสิทธิภาพของรูปแบบการลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองขุน อำเภอดงหลวง จังหวัดชัยนาท. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2(1), 837-843.
3. บรรจบ อุบลแสน, รุจี พรชัย. 2550. ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2(1), 873-879.
4. ปิยะ ศิริลักษณ์. 2551. การใช้กระบวนการกลุ่มในการป้องกันภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มข้าราชการ อำเภอศรีมหาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1(2), 188-198.
5. สุนีย์ วงศ์เจริญ. 2554. ความผิดปกติของดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด และการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพฯ ที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปี ในปีพ.ศ. 2553. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 5(2), 216-223.
6. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2554. รายงานการสาธารณสุขไทย 2551-2553. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
7. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2555. การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน. นครปฐม:สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน, มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2555. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด.
9. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2556. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด.
10. World Health Organization. 2011. Noncommunicable diseases country profiles. Geneva: World Health Organization.

ในบรรดาโรค NCDs ทั้งหลาย โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นกลุ่มโรค
ที่ทำให้ชาวโลก ชาวไทย ป่วย พิการ และตายมากที่สุด

ผศ.นพ.สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประชาชนต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการเริ่มต้นและช่องทางในการเข้ารับการรักษาด่วน
ของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อไปรับการรักษาได้ทันที่ โดยจำง่ายๆ ใช้คำย่อ

FAST (Face Arm Speech Time)

รศ.นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คลินิก NCD คุณภาพ เมื่อคุณภาพของระบบเปลี่ยน
ส่งผลให้คุณภาพและผลลัพธ์การรักษาเปลี่ยน

พญ.จุรีพร คงประเสริฐ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การดัดแปลงอาหารลดเค็มเพื่อให้คนไทยกินได้ค่อยๆ ปรับปุ้มรับรสเค็มลง
และหวังให้คนไทยลดเค็ม ลดความดัน ลดไต และลดโรคหัวใจ

ผศ.ดร.ชนิดา ปิโซติการ นายกสมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย

ติดต่อสอบถามและเสนอความคิดเห็นได้ที่

แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD network)

มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ชั้น 2 อาคารคลังพิสดุ ซอยสาธารณสุข 6 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร 02-5902308,025902370 โทรสาร: 02-590-2370 หรือ e-mail : ncd@ihpp.thaigov.net <http://www.thaincdnet.com>

