

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อโรค
หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองใน
คลินิกพิเศษโรคเบาหวาน รพ.สอยดาว

Ext.ภัทรพล บุญคู่

Ext.ผดุงศักดิ์ ชาญวรวิฒิ

Ext.วิทยา เข้มสว่าง



บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดขึ้นเพิ่มขึ้นมากกับประชากรทั่วไปในปัจจุบัน ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างส่งเสริมให้เกิดโรคนี้ ทั้งในเรื่องของ อาหารการกินที่หลากหลายรวมไปถึงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป การออกกำลังกายลดลง ส่งผลให้ประชากรส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่อง **BMI** ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสิ่งนี้เป็นผลทำให้เกิดโรคเบาหวานตามมา

ซึ่งโรคเบาหวาน มักจะมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับเส้นเลือดตามมา ส่งผลถึงอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ดังนี้ ตา ไต หัวใจ และ ระบบประสาท

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันนี้จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง นั้นมีเพิ่มมากขึ้น และสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเหล่านี้ ส่วนใหญ่ั้นมาจากโรคเบาหวาน ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว จะเป็นการเพิ่มปัญหาให้มีภาระงานในด้าน สาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ จึงมีความสำคัญ เป็นอย่างมาก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วย การคัดกรองและป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดข้อแทรกซ้อนในเรื่องของหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง จึงเป็นสิ่งที่ควรทำ เพื่อลดภาระงานได้ในระยะยาว ทางกลุ่มผู้จัดทำจึงเล็งเห็นความสำคัญในส่วนนี้ จึงได้ทำการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อชี้ให้เห็นถึงการคัดกรองเพิ่มขึ้น เพื่อให้พบปัญหารวมไปถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ได้อย่างรวดเร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อให้ทราบถึงจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ของ รพ.สอยดาว ปี 2556-2557 โดยใช้ **QRISK Score**
- เพื่อปรับปรุงการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละราย
- เพื่อที่จะได้ต่อยอดงานวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวาน กับโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองต่อกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตของการวิจัย

- ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกพิเศษทั้งหมดของ รพ.สอยดาว ที่ไม่มีข้อแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง
- ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจากการเก็บข้อมูล และได้รับการรักษาในช่วงปี 2556-2557

สมมติฐานการวิจัย

- มีผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับ **low doses of acetylsalicylic acid (ASA)** ใน **primary prevention** มากเท่าไร แบ่งตามอายุ เพศ และ **QRISK**
- ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง ($> 30\%$) ได้รับ **low doses of acetylsalicylic acid (ASA)** 100%
- ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่ำ ($< 20\%$) ไม่ได้รับ **low doses of acetylsalicylic acid (ASA)**

นิยามศัพท์เฉพาะ

■ ผู้ป่วยเบาหวาน

1. มีอาการของโรคเบาหวานร่วมกับระดับน้ำตาลในพลาสมา ในเวลาใดก็ตามได้เท่ากับ หรือ มากกว่า 200 มก./ดล.
2. ระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังอดอาหารมาอย่างน้อย 8 ชม. เท่ากับหรือมากกว่า 126 มก./ดล. 2 ครั้ง
3. ระดับน้ำตาลในพลาสมาที่ 2 ชม. หลังการดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัมเท่า กับหรือ มากกว่า 200 มก./ดล.
4. **HbA1c > 6.5%**

นิยามศัพท์เฉพาะ

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตมากกว่า หรือเท่ากับ 140/90 ซึ่งจะเป็นค่า **SBP** หรือ **DBP** ก็ได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

- โรคหลอดเลือดสมอง

เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติไป ส่งผลให้สมองเกิดความเสียหาย

นิยามศัพท์เฉพาะ

- โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคเกิดจากหลอดเลือดหล่อเลี้ยงหัวใจ ตีบแคบเล็กลง หรือ ตีบตัน จึงส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจจึงทำงานผิดปกติ

นิยามศัพท์เฉพาะ

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติหรือมี **GFR** น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร นานติดต่อกันเกิน 3 เดือน โรคไตเรื้อรังสามารถแบ่งเป็นระยะต่างๆ ดังแสดงในตาราง

TABLE 280-1 Classification of Chronic Kidney Disease (CKD)

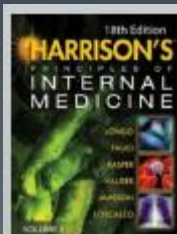
Stage	GFR, mL/min per 1.73 m ²
0	>90 ^a
1	≥90 ^b
2	60–89
3	30–59
4	15–29
5	<15

^aWith risk factors for CKD (see text).

^bWith demonstrated kidney damage (e.g., persistent proteinuria, abnormal urine sediment, abnormal blood and urine chemistry, abnormal imaging studies).

Abbreviation: GFR, glomerular filtration rate.

Source: Modified from National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis 39:suppl 1, 2002.



นิยามศัพท์เฉพาะ

- โรค **rheumatoid arthritis**

American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ของ rheumatoid arthritis ปี 2010 ไว้ดังนี้

ผู้ที่สงสัยได้แก่

1. มีอย่างน้อย 1 ข้อ (**joint**) ที่มีลักษณะของเยื่อหุ้มข้ออักเสบ (**synovitis**)
2. เยื่อหุ้มข้ออักเสบ (**synovitis**) ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุอื่นที่เหมาะสมกว่า

- โดยการวินิจฉัยจะต้องได้คะแนน 6 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 10 จากการประเมินข้อ


A-D

A. การอักเสบข้อ

- 1 ข้อขนาดใหญ่ = 0 คะแนน
- 2-10 ข้อขนาดใหญ่ = 1 คะแนน
- 1-3 ข้อเล็ก (อาจจะมีข้อใหญ่หรือไม่ก็ได้) = 2 คะแนน
- 4-10 ข้อเล็ก (อาจจะมีข้อใหญ่หรือไม่ก็ได้) = 3 คะแนน
- มากกว่า 10 ข้อ (มีอย่างน้อย 1 ข้อเล็ก) = 5 คะแนน

B. ผลตรวจเลือดอย่างน้อยต้องได้ผลบวกอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ได้แก่

- ให้ผลลบต่อ RF และ ACPA = 0 คะแนน
- เป็นบวกแบบเล็กน้อย ของ RF หรือ ACPA = 2 คะแนน
- เป็นบวกแบบมาก ของ RF หรือ ACPA = 3 คะแนน

- 
- **C.** สารแสดงปฏิกิริยาการอักเสบ ต้องได้ผลบวกอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ได้แก่
 - CRP และ ESR ปกติ = 0 คะแนน
 - มีความผิดปกติของ CRP หรือ ESR = 1 คะแนน
 - **D.** ระยะเวลาของอาการ
 - น้อยกว่า 6 สัปดาห์ = 0 คะแนน
 - มากกว่า 6 สัปดาห์ = 1 คะแนน
 - โดย ACPA = anti citrullinated protein antibody

นิยามศัพท์เฉพาะ


- ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation (AF)


Atrial fibrillation (AF) เป็น supraventricular tachyarrhythmia ที่มีการกระตุ้นของหัวใจห้องบนแบบกระจายไม่เป็นระเบียบ ซึ่งเป็นผลให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนเสียไป โดยมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีรูปร่างของ P wave หลากรูปแบบ มีความถี่เกินกว่า 350 ครั้งต่อนาทีและไม่สม่ำเสมอ





Cardiovascular complication

- Cardiovascular disease is increased in individuals with type 1 or type 2 DM.
- The Framingham Heart Study revealed a marked increase in PAD, CHF, CHD, MI, and sudden death (risk increase from one- to fivefold) in DM.

- 
- Type 2 diabetes patients without a prior MI have a similar risk for coronary artery–related events as nondiabetic individuals who have had a prior MI.
 - The absence of chest pain ("silent ischemia") is common in individuals with diabetes

- 
- The prognosis for individuals with diabetes who have CHD or MI is worse than for nondiabetics.
 - The increase in cardiovascular morbidity and mortality rates appears to relate to the synergism of hyperglycemia with other cardiovascular risk factors.

- 
- type 2 DM increases the cardiovascular death rate twofold in men and fourfold in women.
 - Risk factors for macrovascular disease in diabetic individuals include dyslipidemia, hypertension, obesity, reduced physical activity, and cigarette smoking.

- 
- Improved glycemic control started soon after the diagnosis of diabetes reduces cardiovascular complications in DM
 - cardiovascular events were not reduced by intensive treatment during the trial but were reduced at follow-up 10–17 years later



Cerebrovascular complication

- Cerebrovascular disease is increased in individuals with DM (threefold increase in stroke).
- Individuals with DM have an increased incidence of CHF.
- The etiology of this abnormality is probably multifactorial and includes factors such as myocardial ischemia from atherosclerosis, hypertension, and myocardial cell dysfunction secondary to chronic hyperglycemia.



Cardiovascular Risk Factors

- Dyslipidemia
- Hypertension
- Smoking
- DM
- Family history

นิยามศัพท์เฉพาะ

- โอกาสเสี่ยงการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง
 - ต่ำ คือ Qrisk score <10%
 - ปานกลาง คือ Qrisk score 10-<20%
 - สูง คือ Qrisk score 20-<30%
 - สูงมาก คือ Qrisk score 30-40%
 - สูงอันตราย คือ Qrisk score >40%

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES—2014



Recommendations: Antiplatelet Agents (1)

- Consider aspirin therapy (75–162 mg/day)

C

- As a primary prevention strategy in those with type 1 or type 2 diabetes at increased cardiovascular risk (10-year risk >10%)
- Includes most men >50 years of age or women >60 years of age who have at least one additional major risk factor
 - Family history of CVD
 - Hypertension
 - Smoking
 - Dyslipidemia
 - Albuminuria

Recommendations: Antiplatelet Agents (2)

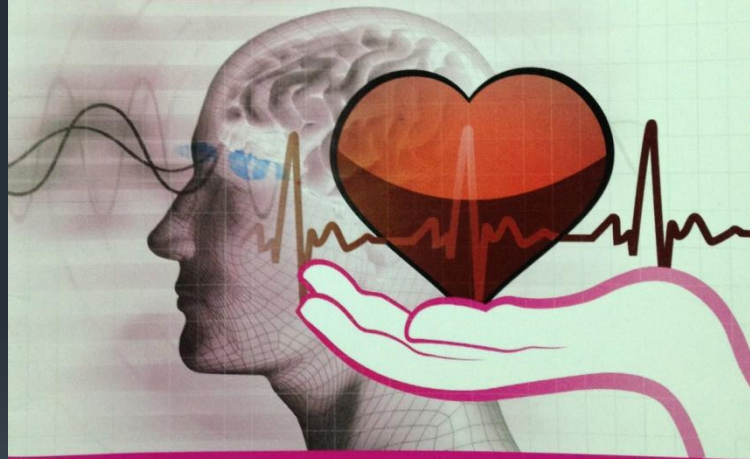
- Aspirin should not be recommended for CVD prevention for adults with diabetes at low CVD risk, since potential adverse effects from bleeding likely offset potential benefits **C**
 - Low risk: 10-year CVD risk <5%, such as in men <50 years, women <60 years with no major additional CVD risk factors
- In patients in these age groups with multiple other risk factors (10-year risk 5–10%), clinical judgment is required **E**

Recommendations: Antiplatelet Agents (3)

- Use aspirin therapy (75–162 mg/day)
 - Secondary prevention strategy in those with diabetes with a history of CVD **A**
- For patients with CVD and documented aspirin allergy
 - Clopidogrel (75 mg/day) should be used **B**
- Dual antiplatelet therapy is reasonable for up to a year after an acute coronary syndrome **B**

แนวทางการประเมิน
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหัวใจและหลอดเลือด

Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk



สุขภาพดี
เริ่มต้นที่นี่



4. Antiplatelet drugs

- กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (risk < 20%)

ไม่ให้ low-dose aspirin

- กลุ่มเสี่ยงสูง (risk 20 - < 30 %)

พิจารณาให้ low-dose aspirin เฉพาะราย โดยต้องคำนึงระหว่างผลดีและอันตรายจากการได้รับยา aspirin

- กลุ่มเสี่ยงสูงมาก (risk ≥ 30 %)

ควรให้ low-dose aspirin ทุกราย

วิธีดำเนินการวิจัย




ประชากร

- ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกพิเศษทั้งหมดของ รพ.สอยดาว ที่ไม่มีข้อแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองในปี 2556-2557

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในคลินิกพิเศษเบาหวาน รพ.สอยดาวจากระบบฐานข้อมูลของ รพ.สอยดาว
2. นำหมายเลขประจำตัวโรงพยาบาล <HN> ของผู้ป่วย มาทำการค้นหาในโปรแกรม HOSxP เพื่อดูผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องการนำมาศึกษา ซึ่งได้แก่ SBP, Type DM, HT drug, ASA, BW, Ht, BUN, Cr, smoking



3. นำข้อมูลที่ค้นหาได้ดังกล่าวมาบันทึกลงในกระดาษ

4. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการจำแนกกลุ่มของผู้ป่วยเบาหวานตามความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมมาแบ่งตาม **QRISK Score**

โปรแกรมคำนวณความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ (Framingham Risk Score)



NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM

Third Report of the Expert Panel on

Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)

Risk Assessment Tool for Estimating 10-year Risk of Developing Hard CHD (Myocardial Infarction and Coronary Death)

The [risk assessment tool](#) below uses recent data from the Framingham Heart Study to estimate 10-year risk for “hard” coronary heart disease outcomes (myocardial infarction and coronary death). This tool is designed to estimate risk in adults aged 20 and older who do not have heart disease or diabetes. Use the calculator below to estimate 10-year risk.

Age:

years

Gender:

Female Male

[Total Cholesterol:](#)

mg/dL

[HDL Cholesterol:](#)

mg/dL

[Smoker:](#)

No Yes

[Systolic Blood Pressure:](#)

mm/Hg

Currently on any medication to treat high blood pressure.

No Yes

Calculate 10-Year Risk

About you

Age (25-84):

Sex: Male Female

Ethnicity:

UK postcode: leave blank if unknown

Postcode:

Clinical information

Smoking status:

Diabetes status:

Angina or heart attack in a 1st degree relative < 60?

Chronic kidney disease?

Atrial fibrillation?

On blood pressure treatment?

Rheumatoid arthritis?

Leave blank if unknown

Cholesterol/HDL ratio:

Systolic blood pressure (mmHg):

Body mass index

Height (cm):

Weight (kg):

Calculate risk over years.

ชายไทย อายุ 46 ปี เชื้อสายจีน ไม่มีโรคประจำตัว มีระดับไขมันในเลือดจากการตรวจสุขภาพประจำปี ดังนี้

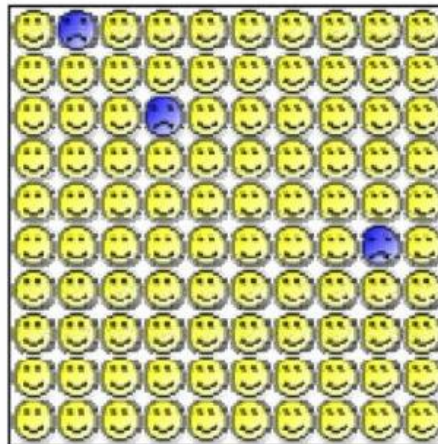
TC 227 mg/dl LDL 172 mg/dl HDL-C 33 mg/dl

Your results

Your risk of having a heart attack or stroke within the next 10 years is:

2.6%

In other words, in a crowd of 100 people with the same risk factors as you, 3 are likely to have a heart attack or stroke within the next 10 years.



Risk of
heart attack or stroke

โปรแกรมคำนวณความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด QRISK Score



Welcome to the QRISK[®]2-2013 risk calculator: <http://qrisk.org>

About you

Age (25-84):
Sex: Male Female
Ethnicity:
UK postcode: leave blank if unknown
Postcode:

Clinical information

Smoking status:
Diabetes status:
Angina or heart attack in a 1st degree relative < 60?
Chronic kidney disease?
Atrial fibrillation?
On blood pressure treatment?
Rheumatoid arthritis?

Leave blank if unknown

Cholesterol/HDL ratio:
Systolic blood pressure (mmHg):
Body mass index
Height (cm):
Weight (kg):

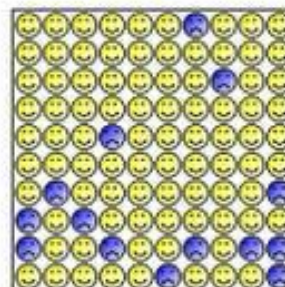
Calculate risk over years.

Your results

Your risk of having a heart attack or stroke within the next 10 years is:

13.9%

In other words, in a crowd of 100 people with the same risk factors as you, 14 are likely to have a heart attack or stroke within the next 10 years.



Risk of
heart attack or stroke

Your score has been calculated using estimated data, as some information was left blank.

Your body mass index was calculated as 22.72 kg/m².

How does your 10-year score compare?

Your score

Your 10-year QRISK [®] 2 score	13.9%
The score of a typical person with the same age, sex, and ethnicity*	3.5%
Relative risk**	4
Your QRISK [®] Heart Age***	69



About you

Age (25-84):

Sex: Male Female

Ethnicity:

UK postcode: leave blank if unknown

Postcode:

Clinical information

Smoking status:

Diabetes status:

Angina or heart attack in a 1st degree relative < 60?

Chronic kidney disease?

Atrial fibrillation?

On blood pressure treatment?

Rheumatoid arthritis?

Leave blank if unknown

Cholesterol/HDL ratio:

Systolic blood pressure (mmHg):

Body mass index

Height (cm):

Weight (kg):

Age: years
Gender: Female Male
[Total Cholesterol:](#) mg/dL
[HDL Cholesterol:](#) mg/dL
[Smoker:](#) No Yes
[Systolic Blood Pressure:](#) mm/Hg
Currently on any medication to treat high blood pressure. No Yes

Calculate risk over years.

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

- รวบรวมข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกพิเศษเบาหวานผ่านโปรแกรม HOSxP ของ รพ.สอยดาว

การวิเคราะห์ข้อมูล



This calculator is only valid if you do not already have a diagnosis.

About you

Age (25-84):

Sex: Male Female

Ethnicity:

UK postcode: leave blank if unknown

Postcode:

Clinical information

Smoking status:

Diabetes status:

Angina or heart attack in a 1st degree relative < 60?

Chronic kidney disease?

Atrial fibrillation?

On blood pressure treatment?

Rheumatoid arthritis?

Leave blank if unknown

Cholesterol/HDL ratio:

Systolic blood pressure (mmHg):

Body mass index

Height (cm):

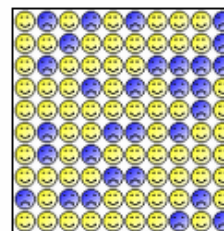
Weight (kg):

Your results

Your risk of having a heart attack or stroke within the next 10 years is:

30.3%

In other words, in a crowd of 100 people with the same risk factors as you, 30 are likely to have a heart attack or stroke within the next 10 years.



Risk of heart attack or stroke

Your score has been calculated using estimated data, as some information was left blank.

Your body mass index was estimated as 29 kg/m².

How does your 10-year score compare?

Your score	
Your 10-year QRISK [®] 2 score	30.3%
The score of a typical person with the same age, sex, and ethnicity*	24.5%
Relative risk**	1.2
Your QRISK [®] Heart Age***	76

* This is derived from all people of your age, sex and ethnic group, whatever their clinical information.

** Your relative risk is your risk divided by the typical person's risk.

*** Your QRISK[®] Heart Age is the age at which a typical person of your sex and ethnicity has your 10-year QRISK[®]2 score.

❗ dm 2 71 ❗

Calculate risk over years.

This calculator is only valid if you do not already have a diagnosis.

- Reset
- Information
- Publications
- About
- Copyright
- Contact Us
- Algorithm
- Software

About you

Age (25-84):

Sex: Male Female

Ethnicity:

UK postcode: leave blank if unknown

Postcode:

Clinical information

Smoking status:

Diabetes status:

Angina or heart attack in a 1st degree relative < 60?

Chronic kidney disease?

Atrial fibrillation?

On blood pressure treatment?

Rheumatoid arthritis?

Leave blank if unknown

Cholesterol/HDL ratio:

Systolic blood pressure (mmHg):

Body mass index

Height (cm):

Weight (kg):

Your results

Your risk of having a heart attack or stroke within the next 10 years is:

31.1%

In other words, in a crowd of 100 people with the same risk factors as you, 31 are likely to have a heart attack or stroke within the next 10 years.



Risk of heart attack or stroke

Your score has been calculated using estimated data, as some information was left blank.

Your body mass index was estimated as 29.1 kg/m².

How does your 10-year score compare?

Your score	
Your 10-year QRISK [®] 2 score	31.1%
The score of a typical person with the same age, sex, and ethnicity*	23.7%
Relative risk**	1.3
Your QRISK [®] Heart Age***	81

* This is derived from all people of your age, sex and ethnic group, whatever their clinical information.

** Your relative risk is your risk divided by the typical person's risk.

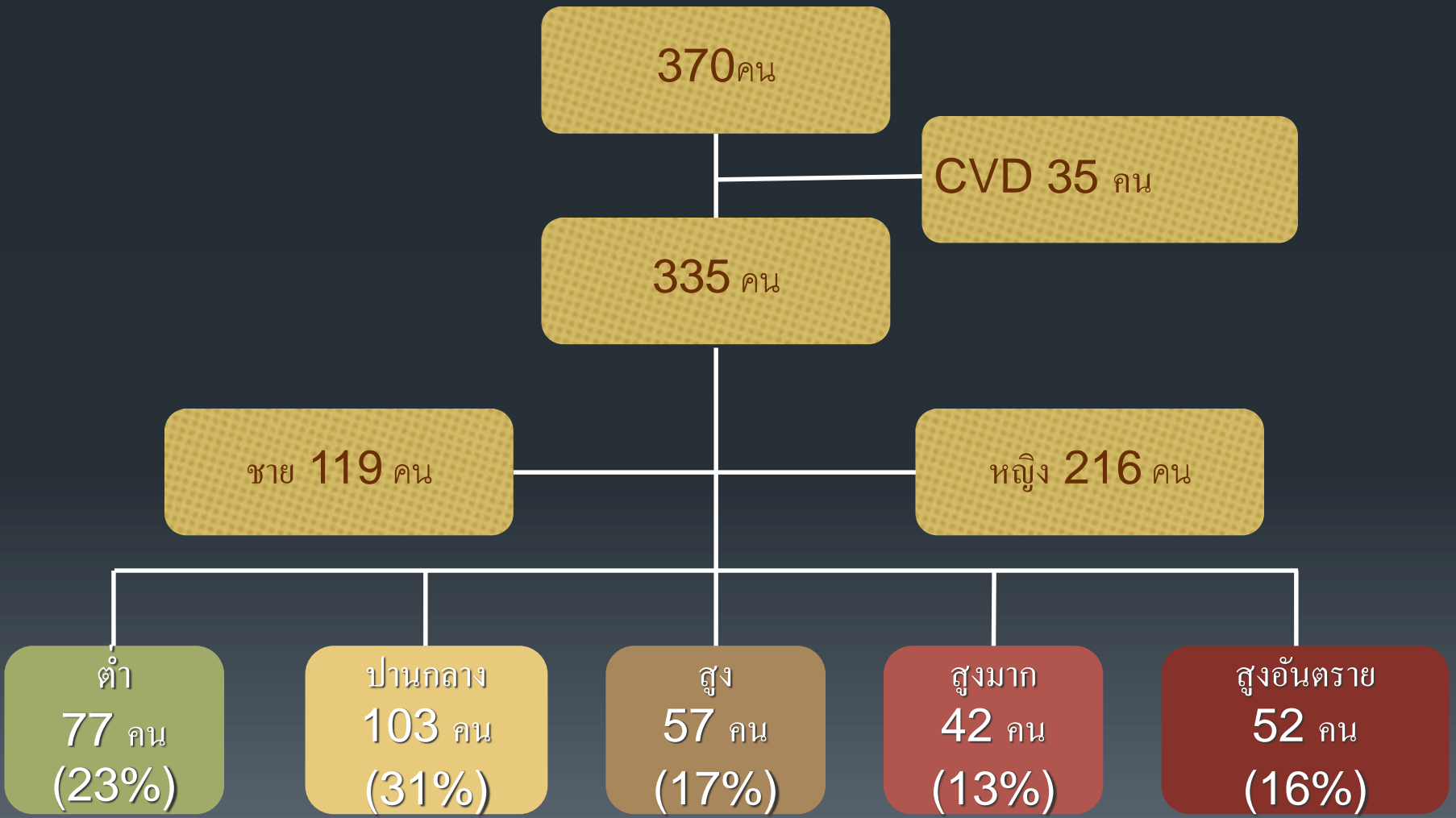
*** Your QRISK[®] Heart Age is the age at which a typical person of your sex and ethnicity has your 10-year QRISK[®]2 score.

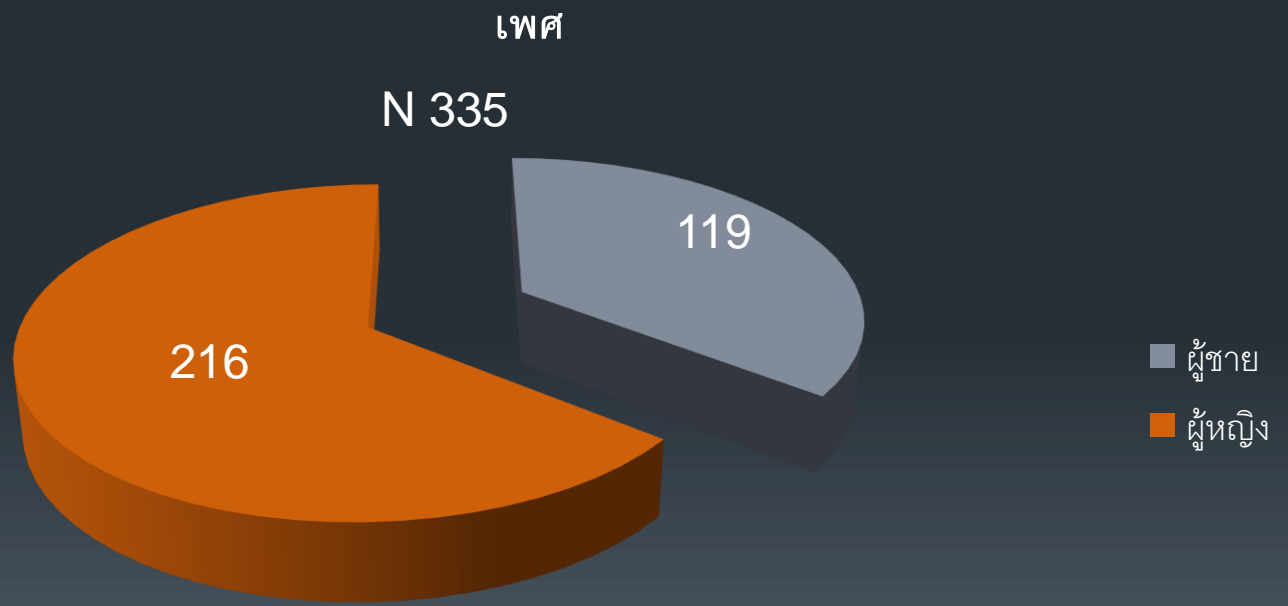
๗ dm 2 76 ปี

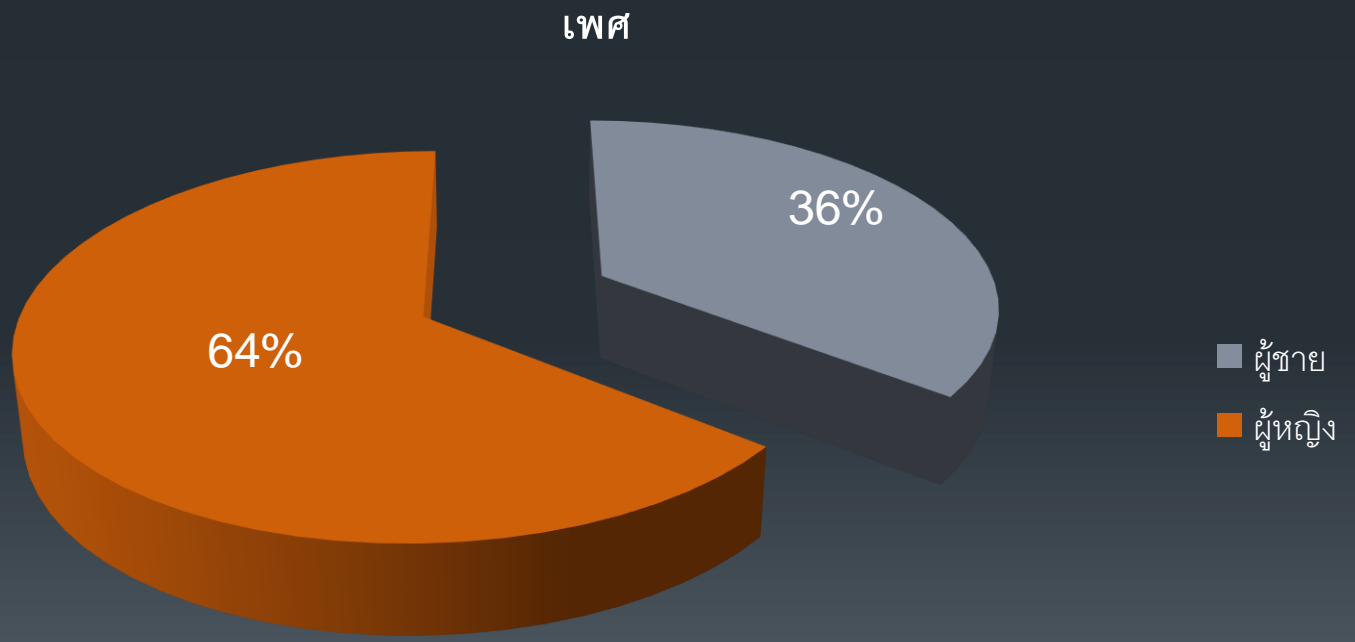
Calculate risk over years.

สรุปผลการวิจัย

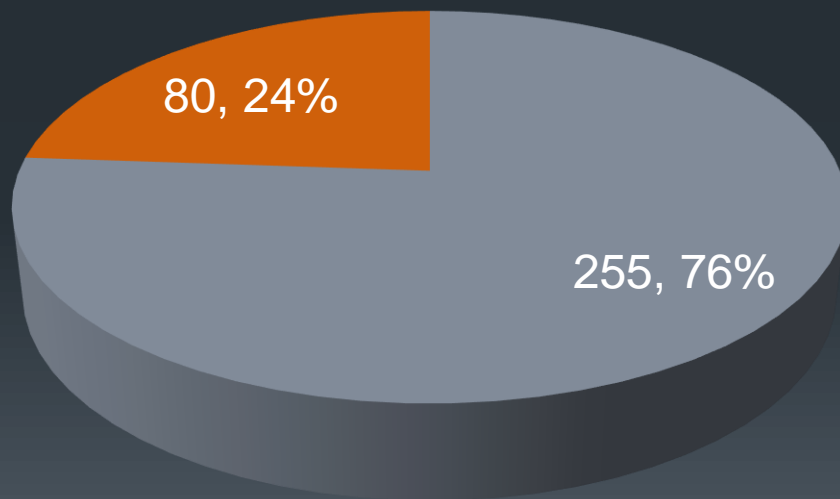
- จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า
 - ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกพิเศษเบาหวาน รพ.สอยดาว มีจำนวน **370** ราย
 - ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองร่วมด้วย มีจำนวน **35** ราย
 - ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถจำแนกได้เป็นผู้ป่วยชายจำนวน **126** ราย และผู้ป่วยหญิงจำนวน **169** ราย
 - แบ่งตามตารางได้ดังนี้







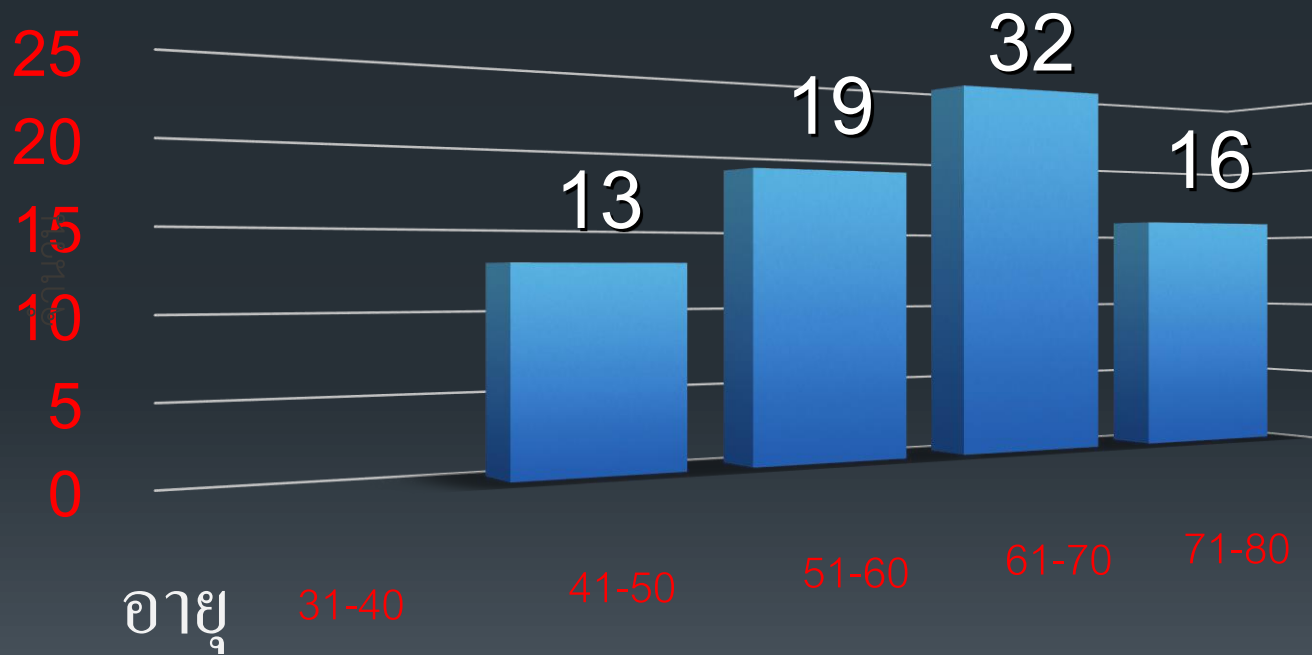
ได้รับ ASA



■ ไม่ได้รับ ASA

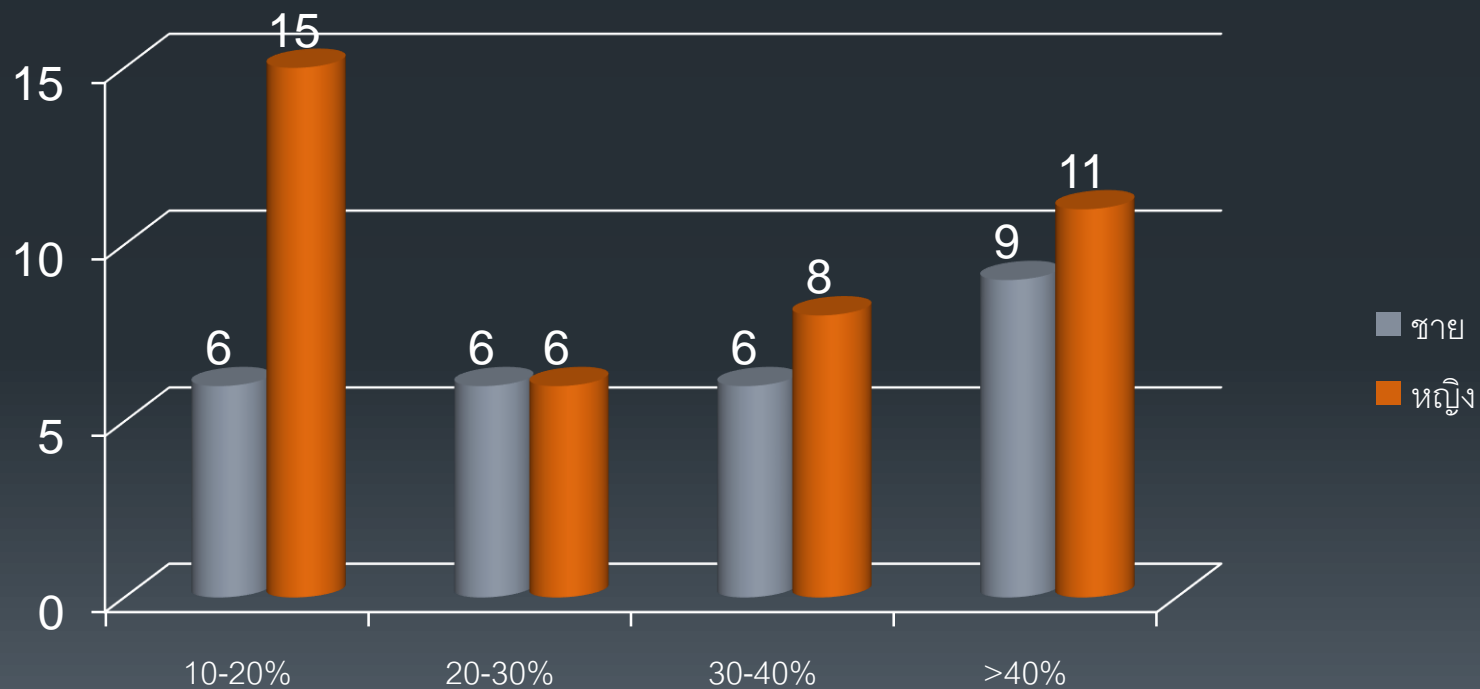
■ ได้รับ ASA

ASA แบ่งตามช่วงอายุ



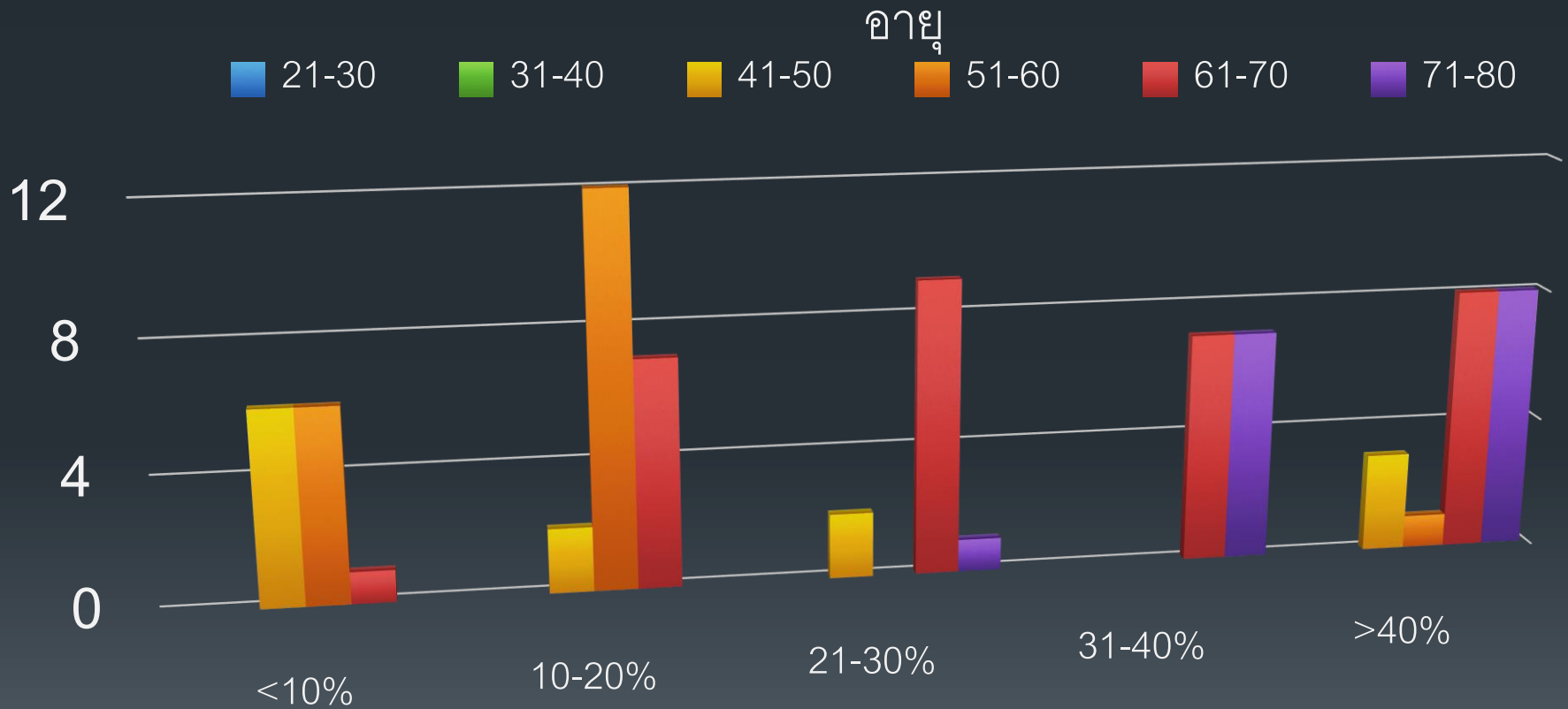
N=80

ASA แบ่งตามเพศและRisk



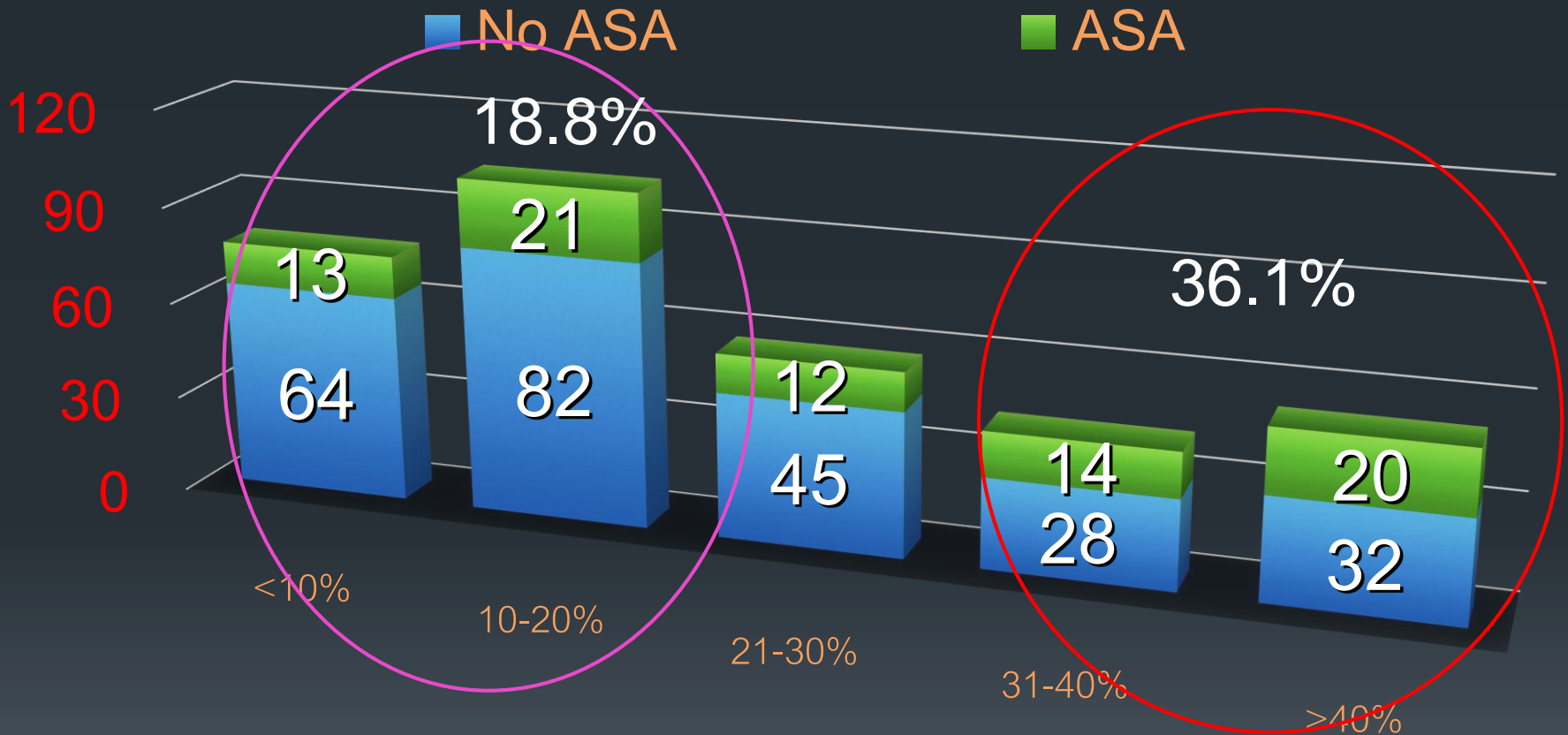
N=80

ASA แบ่งตามช่วงอายุและความเสี่ยง



N=80

จำนวนคนที่ได้ASAแบ่งตามrisk



Qrisk

อภิปรายผลการวิจัย

- จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนนั้นมีจำนวนน้อย (9.5%) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มาตามนัดติดตามอาการเพื่อปรับยาและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงคิดว่า **compliance** ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

อภิปรายผลการวิจัย

- การให้ASAเป็นPrimary prevention ของทั้ง Cardiovascular disease และ Cerebrovascular disease ในรพ.สตอยดาวยังไม่เหมาะสม คือ
 - มีการให้ASAในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ คิดเป็น 18.8% ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อเลือดออกในทางเดินอาหารได้มากขึ้น
 - มีการให้ASAในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและสูงอันตราย คิดเป็น 36.1% ซึ่งยังไม่ได้ตามเป้าหมายของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อของไทยตั้งเป้าไว้



[Home](#)

[Food](#)

[Drugs](#)

[Medical Devices](#)

[Radiation-Emitting Products](#)

[Vaccines, Blood & Biologics](#)

[Animal & Veterinary](#)

[Cosmetics](#)

[Tobacco Products](#)

Drugs



[Home](#) > [Drugs](#) > [Resources for You](#) > [Information for Consumers \(Drugs\)](#)

Resources for You

[Information for Consumers \(Drugs\)](#)

[Educational Resources](#)

[JumpStarting Drug Review](#)

[Questions & Answers](#)

[Buying & Using Medicine Safely](#)

[Tips for Seniors](#)

[Tips for Parents](#)

[En Español](#)

[Prescription Drug Advertising](#)

Use of Aspirin for Primary Prevention of Heart Attack and Stroke

[05/02/2014] Cardiovascular disease, including heart disease and stroke, affects tens of millions of people in the United States. Consumers and patients who do not suffer from cardiovascular disease sometimes consider taking aspirin to reduce the possibility of having a heart attack or stroke. Reducing the possibility of having a first heart attack or stroke is called primary prevention. **The FDA has reviewed the available data and does not believe the evidence supports the general use of aspirin for primary prevention of a heart attack or stroke.** In fact, there are serious risks associated with the use of aspirin, including increased risk of bleeding in the stomach and brain, in situations where the benefit of aspirin for primary prevention has not been established.

The available evidence supports the use of aspirin for preventing another heart attack or stroke in patients who have already had a heart attack or stroke, or have other evidence of coronary artery disease, such as angina or a history of a coronary bypass operation or coronary angioplasty. Reducing the risk of additional heart attacks or strokes is known as secondary prevention. In patients who have had such cardiovascular events, the known benefits of aspirin for secondary prevention outweigh the risk of bleeding.

FDA is committed to reviewing any data supporting new medicines and new uses to improve the health of the American public.

Joint British Societies' consensus recommendations for the prevention of cardiovascular disease (JBS3)

JBS3 Board

British Cardiovascular Society, Association of British Clinical Diabetologists, British Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, British Association for Nursing in Cardiovascular Care, British Heart Foundation, British Hypertension Society, British Renal Society, Diabetes UK, HEART UK, Renal Association, Stroke Association

Correspondence to
BCS, 9 Fitzroy Square,
London, W1T 5HW
jbs3@bcs.com

FOREWORD

In 1961, the publication of the findings of the Framingham study provided the National Institutes of Health (NIH), the USA, and the world at large with a huge return on the initial investment. Identification of the common risk factors fuelling the epidemic of cardiovascular disease (CVD) stimulated a 'call to arms' and the initiation of programmes to attack these targets on a national scale. This has led to stunning declines in CVD mortality over the last 40–50 years in North America, Western Europe and other high income countries. Nonetheless, this is not the time for complacency. CVD is by far and away the leading cause of deaths worldwide; the epidemic of CVD in the low and middle income countries is rampant and the alarming increases in obesity and diabetes threaten to reverse or blunt the steady decline in CVD mortality, particularly in younger people. The focus on prevention is as imperative now as it ever has been.

This is the 3rd iteration of the Joint British Societies (JBS) recommendations for the prevention of cardiovascular disease. Current prevention strategies tend to focus upon patients at relatively short term (10-year) risks and upon specific thresholds for pharmacologic therapies, although there is considerable variability among the different guidelines. This approach is logical and has been successful in directing therapy to those at highest risk who stand to gain the greatest benefit.

A unique aspect of JBS3 is the emphasis upon the lifetime risk of CVD events, so as to encompass a large pool of people in the population who have a lower 10-year risk of a CVD event but who nevertheless have a high lifetime event risk. Such predominantly younger patients and women might be excluded from therapy based upon the 'high risk strategy', even though they have a high rate of significantly elevated and modifiable risk factors. Recognition of this 'continuum of risk', and the impact of the duration of exposure to risk factors upon future CVD events, is an important concept and offers the opportunity to modify the evolution of CVD.

This consensus statement is clearly written, evidence based, and beautifully illustrated. The JBS3 risk calculator is a novel and exciting tool that can be used to motivate both physicians and patients to tackle the potential scourge of CVD, at a time when overt disease is not present and prevention may exert its greatest impact. The importance of these consensus recommendations and this document will extend beyond the boundaries of the UK and provides an invaluable resource for all physicians and healthcare providers who are involved in the prevention of CVD.

Bernard J Gersh

Professor of Medicine, and Consultant, Division of Cardiovascular Diseases, Mayo Clinic and Mayo Clinic College of Medicine

EXECUTIVE SUMMARY

Despite the improvements in outcomes for cardiovascular disease (CVD) over the last 20 years, it remains the major cause of morbidity and mortality in the population. More patients are surviving their first CVD event and they remain at high risk. Furthermore, levels of certain risk factors such as obesity and diabetes are increasing. More focus on prevention is therefore required.

- ▶ There is clear evidence that evolution of atherosclerosis and clinical events are related to several modifiable risk factors and that lowering levels of these factors results in benefit. Cardiovascular outcome is usually determined by the combination of multiple co-existing risk factors, rather than high levels of a single factor.
- ▶ JBS3 emphasises the need for an integrated approach to CVD prevention across related disease conditions and different organ systems.
- ▶ JBS3 endorses intensive risk factor lowering in patients with established CVD, as well as in

those with high risk diseases which cause CVD without the need for estimation of CVD risk. Specific recommendations are made for those diseases resulting from atherosclerosis (coronary disease, stroke, peripheral arterial disease (PAD) and dementia), as well as for risk factors, and are based on recent evidence which shows that broader risk factor treatment to lower levels produces clinical benefit.

- ▶ Current prevention strategies for the population have been based on quantification of absolute short term (10-year risk) and prescription of pharmacological treatments above a threshold. This 'risk based' approach has been successful and directs treatment of those at highest absolute risk and who stand to obtain the highest absolute benefit.
- ▶ There is a continuum of CVD risk in the population and most CVD events occur in individuals who are at 'intermediate' CVD risk. These individuals would not receive risk factor lowering



CrossMark

To cite: JBS3. *Heart* 2014;100:ii1-ii67.

- ▶ Those aged 18–30 years should receive statins if persistent albuminuria is detected, with caution exercised in women of childbearing potential.

Blood pressure

- ▶ This should be maintained at 130/80 mm Hg and consideration of lower values (120/75–80 mm Hg) as a target in younger type 1 diabetes (aged <40 years) with persistent microalbuminuria.
- ▶ ACE inhibitors should be the drugs of first choice.

Aspirin

- ▶ There is no role for aspirin in primary prevention of CVD in type 1 diabetes.

Glycaemic control

- ▶ Intensive Glycaemic control to achieve and maintain an HbA1c of 48–58 mmol/L, should be aimed for.

Type 2 diabetes mellitus

All people with type 2 diabetes should receive professional life-style advice.

Glycaemic control

- ▶ The effect of intensive glucose lowering cannot be conclusively quantified, but trial results suggest a 10–15% reduction in CVD events for ~0.9% (10 mmol/mol) reduction in HbA1c.
- ▶ Recent trial findings and observational studies have noted that younger onset type 2 diabetes has an especially poor prognosis, requiring earlier intensive glucose lowering and reduction of all CVD risk factors, whereas intensive glucose lowering may not be appropriate in older patients and/or those with existing CVD.
- ▶ The CVD effects of intensive glucose lowering are less than can be achieved with statin therapy or BP lowering therapy.

Aspirin

- ▶ Low dose aspirin is not recommended for primary prevention of CVD in patients with type 2 diabetes.

Chronic kidney disease recommendations

- ▶ In CKD, the JBS3 risk calculator can be used to highlight the increased CVD risk and to guide appropriate risk factor modification.

ข้อเสนอแนะ

- จากการวิจัยที่ได้นำเสนอไปข้างต้น การให้ **ASA** ในผู้ป่วยที่ยังไม่มี **complication** นั้นไม่เหมาะสม เพราะจะมีผลเสียมากกว่าดังเช่นที่กล่าวมา จึงคิดว่าอาจจะต้องมีการตรวจสอบถึงข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วย เพื่อที่จะทำการลดยาดังกล่าวลง เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยลง รวมไปถึงลดค่าใช้จ่ายของทางรพ.ลงด้วย

- 
- จากข้อมูลขอโรงพยาบาลในปัจจุบันจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นจำนวนมาก ทางโรงพยาบาลควร มีการแนะนำในเรื่องของตัวโรค การป้องกัน การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา รวมไปถึง **compliance** ในการมาตามนัดและการกินยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานในคนไข้ใหม่ และไม่ให้คนไข้เดิมมีอาการที่แยกลง

8. ข้อห้ามใช้

- 1) ห้ามใช้แก้ปวด ลดไข้ในเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี ยกเว้นมีความจำเป็น เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิด Reye's Syndrome
- 2) ห้ามใช้แก้ปวด ลดไข้ในผู้ป่วยที่เป็นไข้หวัดใหญ่และอีสุกอีใส เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิด Reye's Syndrome
- 3) ห้ามใช้รักษาอาการปวดเมื่อยเนื่องจากทำงานหนัก เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร
- 4) สตรีให้นมบุตรห้ามใช้ยานี้
- 5) ห้ามใช้กับผู้ป่วยที่แพ้แอสไพรินรวมทั้ง salicylates หรือ NSAIDs เนื่องจากอาจแพ้แอสไพรินได้เช่นเดียวกัน
- 6) ห้ามใช้กับผู้ป่วยหอบหืด vasomotor rhinitis ริดสีดวงจมูก (nasal polyps) ลมพิษ และ angioedema เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจแพ้แอสไพรินได้ง่าย
- 7) ห้ามใช้กับผู้มีปัญหาเลือดออกหยุดยาก เช่น ฮีโมฟีเลีย และใช้เลือดออก หรือ ใช้กับผู้ที่ใช้ยาที่ทำให้เลือดแข็งตัวช้า
- 8) ห้ามใช้กับผู้ป่วยโรคเกาต์
- 9) ห้ามใช้กับผู้ที่มีการทำงานของตับหรือไตเสียไปอย่างมาก
- 10) ห้ามใช้กับผู้ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือมีปัญหาเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ
- 11) ห้ามใช้กับสตรีมีครรภ์ในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

12) ห้ามใช้กับผู้กำลังเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ (peptic ulcer) แผลเลือดออกในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ หรือมีประวัติเคยเป็นโรคดังกล่าว

13) ห้ามกินยาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ซึ่งมีกลิ่น น้ำส้มสายชูรุนแรง หรือมีเกล็ดสีขาวบนเม็ดยา

10. อันตรกิริยากับยาอื่น

ยาที่ใช้ร่วมด้วย	ผลที่เกิดขึ้น
Alcohol และ corticosteroid	เพิ่มผลข้างเคียงต่อทางเดินอาหาร
Anticoagulants (heparin, warfarin)	เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก
Sulfonylureas	เพิ่มฤทธิ์การลดระดับกลูโคสในพลาสมา
Methotrexate	เพิ่มพิษต่อไขกระดูก
Uricosuric agent	ลดฤทธิ์การขับ uric acid
NSAIDs	เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก ลดการทำงานของไต เพิ่มพิษต่อทางเดินอาหาร และลดฤทธิ์ antiplatelets ของ aspirin

11. สตรีมีครรภ์และสตรีระหว่างให้นมบุตร

แอสไพรินในขนาดปานกลาง (analgesic dose) มีผลต่อการแข็งตัวของเลือดทั้งต่อมารดาและทารก จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในสตรีมีครรภ์โดยเฉพาะระยะไตรมาสที่สามเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกผิดปกติ นอกจากนี้ aspirin ยังอาจส่งผลให้เกิดการคลอดเลยกำหนด (delayed birth) และการคลอดยืดเยื้อ (prolonged labour) ยาในขนาดสูงอาจทำให้ ductus arteriosus ปิดก่อนกำหนดส่งผลให้เกิด pulmonary hypertension ในทารกแรกเกิดได้ (ดูข้อห้ามใช้ คำเตือนและข้อควรระวัง)

แอสไพรินผ่านสู่น้ำนมมารดาได้จึงห้ามใช้ในสตรีขณะให้นมบุตรเพราะอาจทำให้เกิดผื่นและภาวะเลือดออกผิดปกติในเด็กได้ ตลอดจนเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด Reye's syndrome ในเด็ก (ดูข้อห้ามใช้)



Thank you