

เอกสารนำเสนอข้อมูล

การปรับภูมิทัศน์นโยบายการเข้าถึงการรักษา โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย

ศ.เกียรติคุณ นพ. อภิชาติ สุคนธสรรพ์, นายกสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

ศ.เกียรติคุณ พญ. วรณีย์ นิธิยานันท์, นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

รศ.ภก. สุรกิจ นาชีสุวรรณ, อาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

NIKHIL KHICHA, ผู้อำนวยการอาวุโส IQVIA APAC

PETER KIM, รองผู้อำนวยการ, เอเชีย, IQVIA APAC

HONG HUEI TAN, รองที่ปรึกษา, เอเชีย, IQVIA APAC



สารบัญ

บทนำ	3
สถานการณ์ของโรคในปัจจุบัน	4
ความต้องการหลักที่ยังไม่ถูกเติมเต็ม	5
การตระหนักรู้ วิธีชีวิต และการป้องกัน	5
การคัดกรองและวินิจฉัย	6
การรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลรักษา	6
ณ ปัจจุบันได้มีการลงมือทำสิ่งใดไปแล้วบ้าง	9
แนวทางการแก้ไขปัญห่อื่นๆ	10
การตระหนักรู้ วิธีชีวิต และการป้องกัน	10
การคัดกรองและวินิจฉัย	10
การรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลรักษา	12
การกระตุ้นให้เกิดความสนใจ: สามารถทำอะไรได้บ้างเวลานี้	13
เอกสารอ้างอิง	16
ผู้เขียน	18
เกี่ยวกับ บริษัท IQVIA Asia Pacific	19

บทนำ

ในประเทศไทย โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยมีโรคหัวใจและหลอดเลือดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Artherosclerotic CVD: ASCVD) อันประกอบด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic Heart Disease: IHD) เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในหมู่โรคหัวใจและหลอดเลือด¹ และควบคู่ไปกับภาระมากมายที่เกิดจากโรคดังกล่าว งบประมาณใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งมีมูลค่ารวมหนึ่งหมื่นเก้าพันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2562 ถูกจัดสรรให้กับการป้องกันและรักษาโรค CVD มากที่สุด² ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพต่อคนในประเทศไทยนั้นสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia: SEA) (276 ดอลลาร์สหรัฐฯ ในประเทศไทยเทียบกับ 152 ดอลลาร์สหรัฐฯ ในประเทศเวียดนาม และ 112 ดอลลาร์สหรัฐฯ ในประเทศอินโดนีเซีย เมื่อปี พ.ศ. 2561) แต่ก็ยังนับว่าต่ำกว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมหลักในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific: APAC) เช่น ประเทศญี่ปุ่น และเกาหลีใต้³ ในทำนองเดียวกัน ค่าใช้จ่ายต่อจำนวนปีสุขภาพ (Disability-Adjusted Life-Year: DALY) ที่เสียไปเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี พ.ศ. 2562 ในประเทศไทยมีมูลค่าสูงสุด (109 ดอลลาร์สหรัฐฯ) เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่ก็ยังคงเทียบไม่ได้กับประเทศอุตสาหกรรมหลักอื่นๆ (491 ดอลลาร์สหรัฐฯ ในประเทศออสเตรเลีย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน)⁴ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยยังอาจตกเป็นรองการใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งที่กำลังเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้ ซึ่งสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับประเทศอุตสาหกรรมหลักอื่นๆ ในทวีปเอเชีย

แม้ว่าผู้กำหนดนโยบายในประเทศไทยได้ตอบสนองต่อภาระโรคที่กำลังเพิ่มสูงขึ้น ด้วยการริเริ่มหลายโครงการเพื่อลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด⁵ แต่ก็ยังมีความไม่สอดคล้องกันระหว่างนโยบายและแผนดำเนินการของรัฐบาลในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเป็นพิเศษต่อภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งมีอัตราการเกิดของโรคที่เพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในบรรดาปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทั้งหมดในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา⁶

หากไม่ดำเนินการแก้ไขทันที คาดว่าภาระโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแต่จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South East Asia: SEA)⁷ เอกสารเสนอข้อมูลและคำแนะนำฉบับนี้ จะสำรวจปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขที่เกี่ยวข้องกับภาระโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กำลังเพิ่มสูงขึ้นในประเทศไทย รวมทั้งนำเสนอกลยุทธ์สำหรับการจัดการปัญหาเหล่านี้ เช่น โครงการเฉพาะสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา และการเข้าถึงยารักษาใหม่ๆ ที่สามารถออกฤทธิ์ได้นาน

**รัฐบาลจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน
เนื่องจากภาระทางการแพทย์และทาง
เศรษฐกิจอันเป็นผลจากโรคหัวใจและ
หลอดเลือดในประเทศไทยจะเพิ่มสูงขึ้น
อย่างน่าตกใจในไม่ช้านี้**

สถานการณ์ของโรคในปัจจุบัน

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดแดงที่หัวใจ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic Heart Disease: IHD) และโรคหลอดเลือดที่สมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาประเทศไทยมีประชากรผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีสาเหตุหลักจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งคิดเป็น 62% ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด¹ ด้วยความชุกของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ 8.4% ประเทศไทยมีประชากรผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ความชุกที่ 7.3% ในประเทศสิงคโปร์ และ 6.5% ในประเทศมาเลเซีย)¹

โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2562 โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดและโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียไป (DALY) คิดเป็น 1,463 ปี และ 1,817 ปีต่อประชากร 100,000 คน

ตามลำดับ (ภาพที่ 1)¹ และภาระโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีมายังมาพร้อมกับค่าใช้จ่ายที่สูงอีกด้วย โดยประมาณการว่าการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและอื่นๆ) ทำให้ผู้ป่วยชาวไทยต้องเสียค่าใช้จ่าย 215 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ต่อปี¹

ภาพที่ 1 โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพจำนวนมากในประเทศไทย

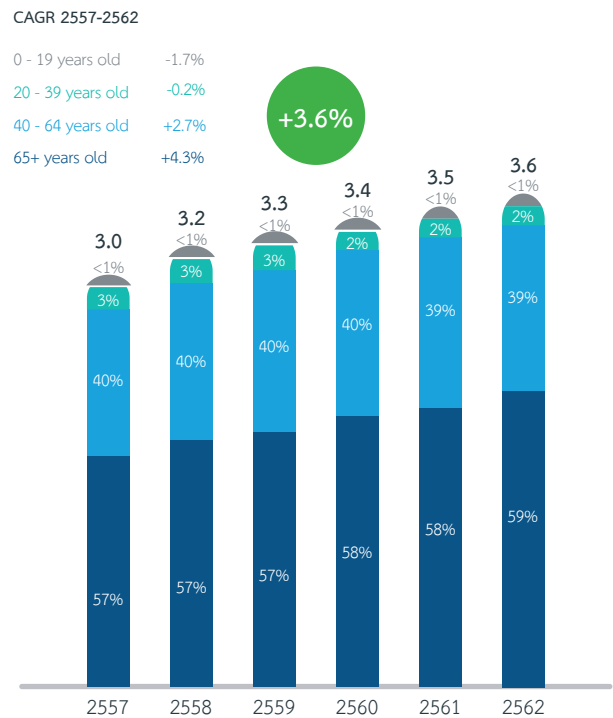


HIV/AIDS (ไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องในมนุษย์/กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องจากการติดเชื้อไวรัส)
ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation – Thailand

สิ่งที่เห็นได้ชัดคือผู้ป่วยที่เป็น ASCVD ในประเทศไทยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 65 ปี (ภาพที่ 2) โดยมีผู้ป่วย 3 ใน 5 คนอยู่ในกลุ่มอายุนี้นอกจากนี้ ASCVD ยังเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยอีกด้วย ในปี พ.ศ. 2562 โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 2 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี โดยมี DALY อยู่ที่ 11,040 และ 10,179 ปี ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าประเทศอุตสาหกรรมหลักในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกบางประเทศ เช่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน¹ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังมีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วที่สุดในภูมิภาคนี้ และมีแนวโน้มว่าภายในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปถึง 17 ล้านคน ซึ่งมากกว่าหนึ่งในสี่ของจำนวนประชากรทั้งหมด¹ และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในสัดส่วนประชากรที่รวดเร็วนี้ จึงทำให้สัดส่วนผู้ป่วย ASCVD ซึ่งอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุยิ่งสูงขึ้นตามไปด้วย และผลที่ตามมาคือภาระโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล

ภาพที่ 2 ภาระโรคหัวใจและหลอดเลือดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งอยู่ในระดับสูงสุดในกลุ่มประชากรสูงอายุในประเทศไทย

จำนวนผู้ป่วย ASCVD ในประเทศไทยโดยประมาณ แบ่งตามช่วงวัย (หน่วยล้านคน, 2557 - 2562)



CAGR (อัตราการเติบโตต่อปีแบบทบต้น)

ที่มา: สถาบัน Institute for Health Metrics and Evaluation – ประเทศไทย สามารถดูได้ที่:

<http://www.healthdata.org/thailand>

ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นถึงภาระโรค ASCVD ที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศไทย ซึ่งยิ่งทวีคูณขึ้นจากกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นทางภาครัฐจึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วและครอบคลุมยิ่งขึ้น เพื่อทำความเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับ ASCVD และระบุแนวทางแก้ไขปัญหามุ่งเน้นการจัดการกับภาระโรคที่กำลังเพิ่มขึ้นนี้

ASCVD เป็นภัยคุกคามทางสุขภาพอันดับหนึ่งในประเทศไทยและเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในระดับที่สูงในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เนื่องจากประเทศไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วที่สุดในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ภาระโรคนี้จึงมีแต่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หากไม่มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ความต้องการหลักที่ยังไม่ถูกเติมเต็ม

รัฐบาลไทยได้ตั้งเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease: NCD) ที่สำคัญ 4 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โดยตั้งเป้าให้ลดลง 25% ภายในปี พ.ศ. 2568¹ อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ อาการป่วยจาก CVD ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน¹⁰ เมื่อเล็งเห็นแล้วว่าปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติการณ์ทางหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular: CV) ครั้งแรก การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาเป็นอย่างมาก เพื่อลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด¹⁰ ทั้งนี้ ประเทศไทยยังควรปรับปรุงการจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรค CVD ตลอดระยะเวลาการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งพบว่ามีความชุกสูงขึ้นจาก 16.4% เป็น 23.5% ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา⁶

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระดับชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) และแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ การส่งเสริมความร่วมมือกัน และการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเพื่อลดภาระของโรคไม่ติดต่อที่สามารถหลีกเลี่ยงได้¹¹ แม้จะมีการกล่าวถึง โรคหัวใจและหลอดเลือดไว้ในโมเดล 5x4x5 แต่ในการดำเนินการตามแผนดังกล่าวยังคงมุ่งเน้นเพียงการจัดการภาวะความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นหลักเท่านั้น¹ ความต้องการหลักซึ่งยังไม่ถูกเติมเต็มที่น่ามากกว่าถึงในนี้สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้: การตระหนักรู้ วิถีชีวิต และการป้องกัน; การคัดกรองและการวินิจฉัย; และการรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (ภาพที่ 3)

การตระหนักรู้ วิถีชีวิต และการป้องกัน

แนวทางเสริมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเป้าหมายอยู่ที่การป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นครั้งที่สองในผู้ที่เคยมีภาวะหัวใจวายหรือโรคหลอดเลือดสมอง โดยปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยา เลิกบุหรี่ ออกกำลังกาย หรือปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ในขณะที่แนวทางหลักในการป้องกันจะหมายถึงขั้นตอนการปฏิบัติในการป้องกันผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ไม่ให้เกิดอุบัติการณ์เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดครั้งแรก แนวทางป้องกันหลักมุ่งเน้นที่การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการจัดการวิถีชีวิต และการรับประชนาพยาบาลหากจำเป็น¹²

ในประเทศไทยมีการกำหนดนโยบายมากมายสำหรับการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการเรียกเก็บภาษีสรรพสามิตสำหรับเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ย และการส่งเสริมการตระหนักรู้ และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดการบริโภคแอลกอฮอล์ เกลือ และน้ำตาล¹³ เมื่อไม่นานมานี้ หน่วยงานกำกับดูแลในประเทศไทยได้มีคำสั่งห้ามใช้ไขมันทรานส์สังเคราะห์ ซึ่งเป็นสารที่ถูกบ่งชี้ว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งถือเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ได้ดำเนินการดังกล่าว คำสั่งนี้ห้ามการผลิต นำเข้า และขายน้ำมันที่ผ่านการเติมไฮโดรเจนบางส่วน รวมทั้งอาหารใดๆ ที่มีน้ำมันประเภทดังกล่าวผสมอยู่¹³ แม้จะมีความพยายามเหล่านี้ การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพระดับชาติก็ยังขาดการเน้นย้ำถึงภาวะไขมันในเลือดสูง และการส่งเสริมการตระหนักรู้ในสังคมวงกว้างถึงภัย และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงยังคงอยู่ในระดับที่ต่ำ

ภาพที่ 3 สรุปความต้องการที่สำคัญซึ่งยังไม่ได้รับการตอบสนองในประเทศไทย



การคัดกรองและวินิจฉัย

โครงการรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบครอบคลุมเพื่อส่งเสริมการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดีและการตระหนักรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย ได้นำไปสู่อัตราการวินิจฉัยปัจจัยเสี่ยงซึ่งปรับเปลี่ยนได้ (ภาวะความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง) ที่ดีขึ้นในปี พ.ศ. 2557 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2547⁶ แต่ถึงกระนั้น อัตราการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูงยังคงอยู่ในระดับต่ำ (37.5%) เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกัน (ภาพที่4)¹⁴⁻¹⁶ และเมื่อเทียบกับปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น โรคเบาหวาน (69.4%) และภาวะความดันโลหิตสูง (51.2%) อัตราการวินิจฉัยที่สำคัญสำหรับภาวะไขมันในเลือดสูงอาจเป็นผลจากการไม่กำหนดเป้าหมายความชุกและอัตราการวินิจฉัย และขาดระบบคัดกรองหรือเฝ้าระวังโรค⁶

นอกจากนี้ การขาดแคลนโครงการที่มีเป้าหมายเฉพาะสำหรับภาวะไขมันในเลือดสูงอาจส่งผลให้ประชาชนทั่วไปมองว่าการควบคุมระดับคอเลสเตอรอล หรือคอเลสเตอรอล ชนิดไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (Low-density lipoprotein cholesterol: LDL-C) มีความสำคัญน้อยกว่าการควบคุมระดับความดันโลหิต หรือระดับน้ำตาลในเลือด

**"ความต้องการหลักที่ยังไม่ถูกเติมเต็ม
ประการสำคัญในการจัดการโรคหัวใจ
และหลอดเลือด นั่นคือขั้นตอนก่อนการ
วินิจฉัย เนื่องจากการตระหนักรู้ถึงโรค
ของสาธารณชนทั่วไปยังอยู่ในระดับต่ำ"
– ผู้เชี่ยวชาญในอุตสาหกรรมยาในประเทศไทย**

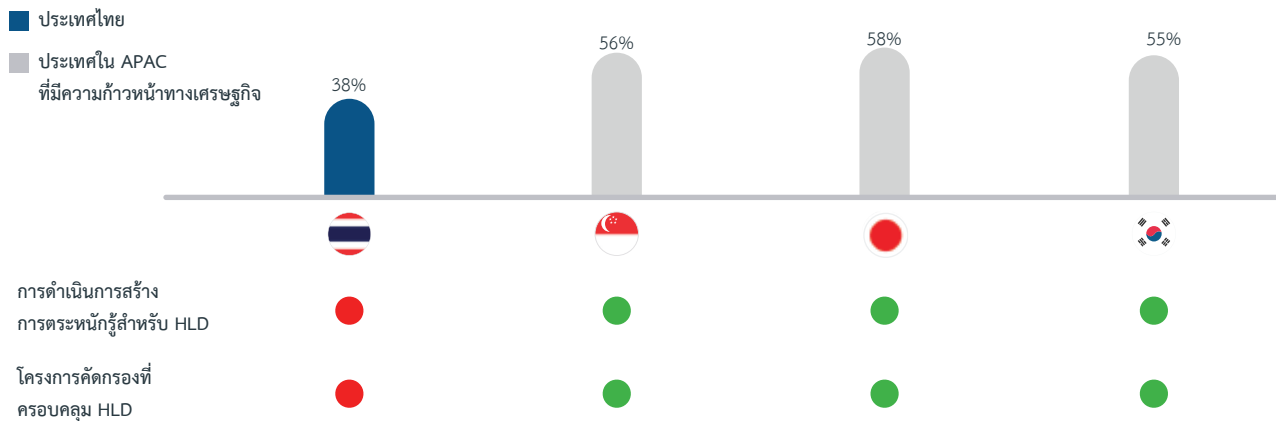
การรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

ความแตกต่างระหว่างปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดยังพบได้หลังการวินิจฉัย จากการสำรวจสุขภาพประชากรในประเทศไทย (National Health Examination Survey: NHES) ครั้งที่ 6 พบว่าภาวะไขมันในเลือดสูงมีอัตราการเริ่มให้การรักษาต่ำสุด (31.9%) เมื่อเทียบกับโรคเบาหวาน (55.5%) และภาวะความดันโลหิตสูง (47.6%)⁶ อัตราการเริ่มให้การรักษาที่มีความใกล้เคียงกันระหว่างสิทธิประกันสุขภาพ 3 สิทธิในประเทศไทย ได้แก่ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBs), สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme: UCS) และสิทธิประกันสังคม (Society Security Scheme: SSS) ข้อมูลที่ได้จาก 25 ศูนย์ทั่วประเทศไทย พบชี้ว่า ถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ASCVD หรือมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการต่อการเกิดโรค ASCVD จะได้รับการรักษาตามคำแนะนำที่กำหนดไว้ในเวชปฏิบัติ แต่การรักษาปัจจัยเสี่ยงต่อ ASCVD ที่น้อยกว่าจำเป็นยังคงอยู่ในอัตราที่สูงที่ 35.8%, 45.3% และ 59.0% สำหรับภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ¹⁷

ปัจจัยที่เป็นไปได้หลายประการ อาจเป็นสาเหตุของการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยที่ต่ำกว่าระดับที่เหมาะสม การไม่ตระหนักรู้ว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นโรคร้ายแรงชนิดหนึ่งนั้นได้นำไปสู่เกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่สูงเกินไป และความล่าช้าในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ในการกำหนดหรือปรับแผนการรักษา การขาดการตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาที่จัดอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางหัวใจและหลอดเลือด ความกังวลเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากยา การไม่ปฏิบัติตามกระบวนการรักษา และการขาดความรู้เกี่ยวกับผลของการได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอ ล้วนอาจส่งผลให้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับต่ำกว่าที่ควร¹⁷

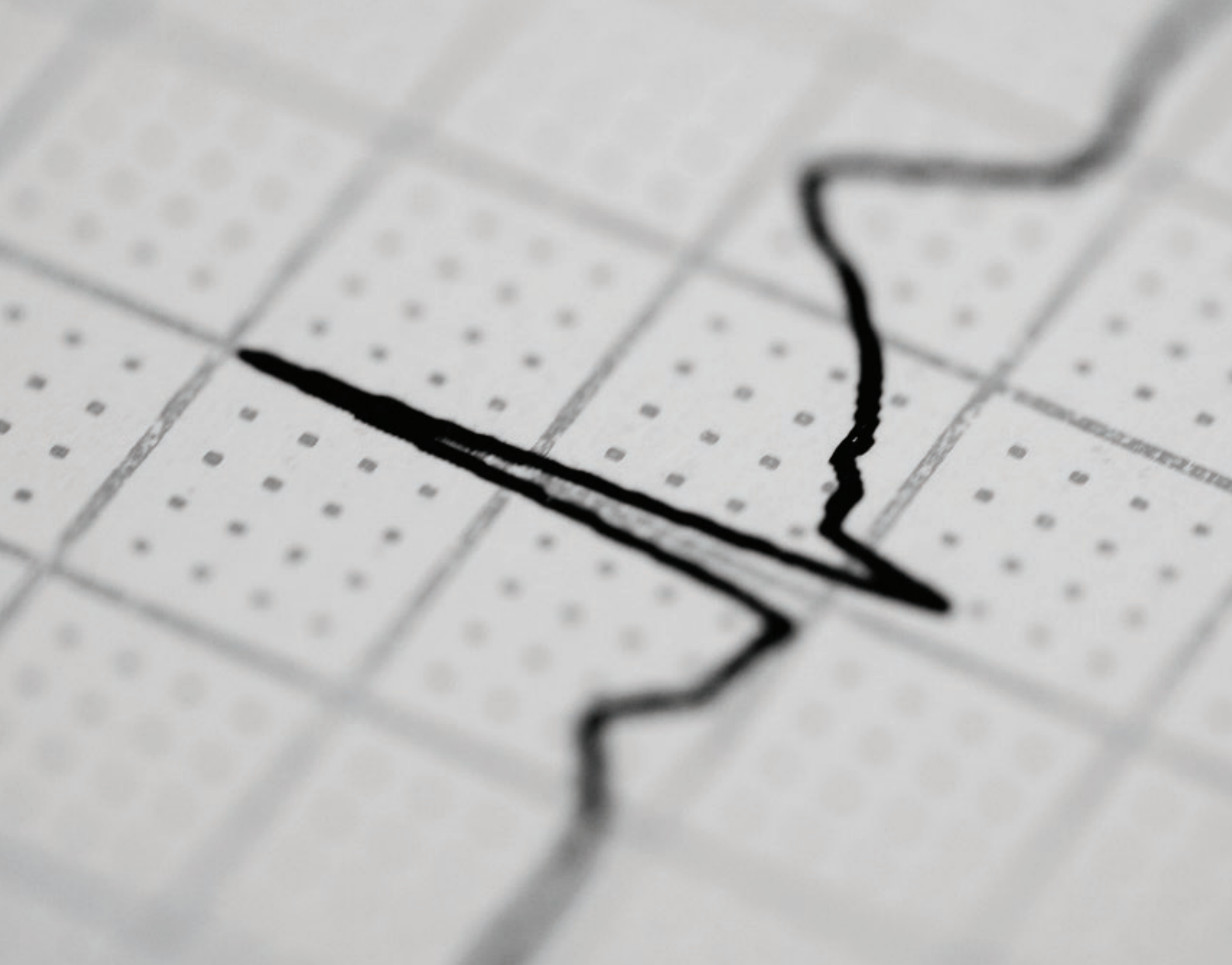
ภาพที่ 4 อัตราการวินิจฉัยปัจจัยเสี่ยงระดับสูงของโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยที่มีโครงการตระหนักรู้และการคัดกรองซึ่งเน้นภาวะไขมันในเลือดสูง

อัตราการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูง (%)



HLD (ภาวะไขมันในเลือดสูง)

ที่มา: Man REK et al. Popul Health Metrics 2019;17, Opoku S et al. Sci Rep 2021;11:10056, Korea National Health Survey.



"โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักมีความลังเลใจในการเริ่มการรักษา เนื่องจากพวกเขามองว่าภาวะไขมันในเลือดสูงมีความเสี่ยงน้อยกว่าโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อันอาจเป็นผลมาจากการขาดการตระหนักรู้ นอกจากนี้ ภาวะไขมันในเลือดสูงก็ตรวจเก็บข้อมูลได้ยากกว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง"

—
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจากโรงพยาบาลชั้นนำในประเทศไทย

แม้ว่าประเทศไทยมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาเกือบ 20 ปี แต่การสำรวจระดับชาติเมื่อไม่นานมานี้ พบว่า มีผู้ป่วยด้วยภาวะไขมันในเลือดสูง (ค่าคอเลสเตอรอลรวม ≥ 240 มก./เดซิลิตร) เพียง 26.5% ที่บรรลุเป้าหมายการควบคุมระดับไขมัน^{6,18} อัตราการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับต่ำนั้น อาจเป็นผลมาจากความลังเลของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะปรับหรือเพิ่มขนาดยา เพื่อลดระดับ LDL-C และการไม่ปฏิบัติตามคำสั่งในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงความไม่เต็มใจของผู้ป่วยที่จะเริ่มการรักษา ดุลยพินิจของแพทย์ที่เลือกใช้ยาที่มีฤทธิ์น้อยในการรักษาลำดับแรก รวมถึงการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาแบบเก่า ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง¹⁷

"แม้ว่าในอดีตแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจและด้านต่อมไร้ท่อจะไม่ค่อยอยากใช้ยากลุ่มสแตตินที่มีความเข้มข้นสูง แต่ปัจจุบัน มีการยอมรับมากขึ้น และมีการใช้ยากลุ่มสแตตินความเข้มข้นสูง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม อัตราการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ"

– แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจากโรงพยาบาลชั้นนำในประเทศไทย

ปัจจัยสำคัญอีกประการที่ส่งผลให้มีการควบคุมระดับ LDL-C ได้ไม่ดี คือการเข้าถึงวิวัฒนาการด้านการรักษาใหม่ๆ ได้น้อยในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาภาวะไขมันผิดปกติของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยซึ่งตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ. 2559 นั้นไม่ได้รับการปรับให้ทันสมัย แนวทางปฏิบัติดังกล่าวไม่ได้รวมยาชนิดใหม่ที่ใช้เพื่อลดระดับ LDL-C ในผู้ป่วยที่เป็น ASCVD ซึ่งยานี้เป็นตัวเลือกใหม่ที่สำคัญตามคำแนะนำในแนวทางการรักษาระดับสากล^{19,20} คำแนะนำในแนวทางการรักษาที่แตกต่างกันนี้อาจช่วยอธิบายถึงอัตราการบรรลุเป้าหมาย LDL-C ในระดับต่ำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากบุคลากรทางแพทย์ไม่เลือกแนวทางรักษาอื่นที่นอกเหนือจากยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (National List of Essential Medicines: NLEM) ซึ่งมียาในกลุ่มสแตตินเป็นยาหลัก

"หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับไขมันของตนได้ด้วยสแตติน แพทย์ก็ไม่มีทางเลือกอื่นที่จะใช้ในการรักษาได้ เนื่องจากเป็นยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถนำไปขอเบิกค่ารักษาพยาบาลได้"

– ผู้เชี่ยวชาญในอุตสาหกรรมยาในประเทศไทย

นอกจากนี้ เกณฑ์การเบิกจ่ายที่เข้มงวดสำหรับยาใหม่ยังเป็นอุปสรรคต่อการนำยาเหล่านี้เข้าสู่ตลาดในประเทศไทยอีกด้วย ยาเหล่านี้จะสามารถเบิกจ่ายได้ด้วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการเท่านั้น ซึ่งครอบคลุมเพียงแค่ 5-10% ของประชากรไทย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องจ่ายเงินเองเพื่อรับการรักษากภาวะไขมันในเลือดสูงที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดภาระทางการเงินอย่างมากสำหรับผู้ป่วย²¹ นอกจากนี้ประเด็นปัญหานี้แล้ว ยังมีประเด็นเกี่ยวกับการใช้จ่ายด้านยารักษาในประเทศไทยนั้น ซึ่งถึงแม้ว่าจะสูงกว่าประเทศอื่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่ในปัจจุบันก็มุ่งเน้นไปที่การรักษาโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง²¹ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรพิจารณาเพิ่มการใช้จ่ายงบประมาณในการรักษากภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อสะท้อนถึงภาระของโรคที่แท้จริง รวมทั้งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความต่อเนื่องในการดูแลรักษานั้น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ในเขตเมือง มีอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและคงความต่อเนื่องในการดูแลรักษาดีพอสมควร (70-80%) อย่างไรก็ตาม การขาดระบบลงทะเบียนผู้ป่วยระดับประเทศ เพื่อการติดตามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ASCVD นั้น แสดงให้เห็นถึงการขาดระบบการเฝ้าระวังสำหรับการดูแลรักษาต่อเนื่องในประเทศไทย²² ซึ่งประเด็นนี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบรรดาผู้ใช้ชีวิตในพื้นที่ชนบทและจำเป็นต้องเน้นย้ำถึงความสำคัญของการพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษาเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงและใช้ยาที่มีการออกฤทธิ์ระยะยาว เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

"อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา และคงความต่อเนื่องในการรักษาอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันสำหรับปัจจัยเสี่ยงหลักทั้ง 3 ประการ แต่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อภาวะไขมันในเลือดสูง จะมีอัตราการปฏิบัติตามอยู่ในระดับที่สูงกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากพวกเขาตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการโรคที่ตนเองเป็นมากกว่า อย่างไรก็ตาม สถิติเหล่านี้ อาจอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า ในพื้นที่นอกกรุงเทพฯ เนื่องจากปัญหาด้านการรู้หนังสือของผู้ป่วย"

– แพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจในโรงพยาบาลชั้นนำของประเทศไทย

ภาพที่ 5 บทสรุปข้อเสนอแนะทางการแก้ปัญหาและแผนงานเพื่อการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ



ณ ปัจจุบันได้มีการลงมือทำสิ่งใดไปแล้วบ้าง

นอกเหนือจากการโครงการที่ได้กล่าวถึงไปก่อนหน้านี้หน่วยงานของไทยได้ดำเนินการหลายขั้นตอน เพื่อเพิ่มอัตราการวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเริ่มต้น และเพื่อเพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมายในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำเครื่องมือสำหรับให้ความรู้ที่เรียกว่า "รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง" ("Know your numbers, know your risks") เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วย โดยใช้คะแนนความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของประเทศไทย โครงการนี้ยังให้คำอ้างอิงสำหรับเป้าหมายดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดด้วย

นอกจากนี้ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยยังได้ออก "นโยบายการสร้างสุขภาพในที่ทำงาน" ("Healthy Workplace Policy") เพื่อเสริมสร้างสุขภาพและสุขภาพที่ดีในสถานที่ทำงาน ซึ่งครอบคลุมถึงการออกกำลังกายและโภชนาการ ปีนี้รัฐบาลได้ริเริ่มแนวทางใหม่ๆ หลายแนวทางสำหรับการเฝ้าติดตามและประเมินโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งรวมถึงแอปพลิเคชันไทยสุขภาพ "ThaiSook" สำหรับการติดตามตัวเลขบ่งชี้สุขภาพทางหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วย และมอบหมายผู้ดูแลแนะนำเพื่อให้คำปรึกษาด้านวิถีชีวิตแก่ผู้ป่วย โดยมีโครงการฝึกอบรมผู้นำด้านสุขภาพในสถานที่ทำงาน รวมทั้งโครงการริเริ่มการควบคุมน้ำหนักที่มีแผนดำเนินการทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2566

กรณีศึกษา 1: ชุมชนผู้สร้างชาติที่มีสุขภาพดีในประเทศมาเลเซีย (Healthy Community of Nation Builders in Malaysia, KOSPEN)²³



KOSPEN เป็นโครงการโดยรัฐบาลมาเลเซียเพื่อการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเพื่อส่งเสริมให้ชาวมาเลเซียใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดีมาปรับใช้ และปฏิบัติเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ โครงการดังกล่าวมุ่งเน้นที่ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และการควบคุมน้ำหนัก รวมทั้งการคัดกรองและส่งต่อเพื่อตรวจหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น กิจกรรมในโครงการนี้ส่งเสริมให้รับประทานอาหารเช้า (โดยการลดการบริโภค เค็มน้ำตาล) การใช้ชีวิตให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ และการเลิกสูบบุหรี่ ร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการตรวจวัดและคัดกรองในเรื่องของความดันโลหิต

ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย จนถึงปัจจุบันมีการจัดตั้งที่ทำการสาขามากกว่า 6,000 แห่ง ที่มีอาสาสมัครผู้ได้ผ่านการฝึกอบรมเข้าดำเนินโครงการ 40,000 คน ในการประเมินผลโครงการเมื่อไม่นานมานี้ พบว่าประชากร 66% รู้จัก KOSPEN และผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูง 750,000 คน ได้ผ่านการ คัดกรองและส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติม



แนวทางการแก้ไขปัญห่อื่นๆ

แม้จะมีความพยายามต่างๆ จากหน่วยงานของไทยในการลดภาระจากโรค ASCVD แต่ยังคงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมมากขึ้นในการจัดการปัญหาโรคดังกล่าวและความต้องการ ซึ่งยังไม่ได้รับการตอบสนองตลอดเส้นทางการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับภาวะไขมันในเลือดสูง แนวทางแก้ไขปัญหานั้นจะกล่าวถึงต่อจากนี้ อาจช่วยส่งเสริมและปรับปรุงการจัดการโรคและความต่อเนื่องในการดูแลรักษาซึ่งจะช่วยให้อัตราการรักษาสําหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงดีขึ้นในที่สุด (ภาพที่ 5)

การตระหนักรู้ วิธีชีวิต และการป้องกัน

เพื่อกระตุ้นความกระตือรือร้น การให้ความสำคัญ และการตระหนักรู้เรื่องภาวะไขมันในประชากรทั่วไป รัฐบาลสามารถพิจารณาโครงการที่มีเป้าหมายเฉพาะในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตั้งแต่นั้นๆ (กรณีศึกษา 1) โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และปรับปรุงการจัดการโรคในระยะยาว

นอกจากนี้ รัฐบาลยังสามารถศึกษาการร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐและเอกชนในประเทศอื่น (กรณีศึกษา 2) และพิจารณาการประยุกต์โครงการที่คล้ายคลึงกัน โดยปรับให้เข้ากับบริบทของโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย

การคัดกรองและการวินิจฉัย

ภายใต้นโยบายควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยในปัจจุบัน ควรต้องมีการตระหนักรู้ และจัดการกับปัญหาการพลาดโอกาสในการตรวจคัดกรองระดับไขมัน รัฐบาลสามารถพิจารณาดำเนินการโครงการคัดกรองในชุมชน คล้ายกับโครงการที่ได้ดำเนินการสำหรับโรคความดันโลหิตสูง (กรณีศึกษา 3) นอกจากนี้ รัฐบาลยังจำเป็นต้องพิจารณาขยายโครงการตรวจคัดกรองเพื่อให้ครอบคลุมถึงภาวะไขมันในเลือดสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง (กรณีศึกษา 4) และประชากรวัยทำงานที่มีอายุน้อย (กรณีศึกษา 5) ซึ่งจะช่วยให้มีอัตราการวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ดีขึ้นต่อไป และการแก้ไขปัญหาที่ขับเคลื่อนโดยนโยบายซึ่งส่งเสริมการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายชัดเจนในการวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือด (กรณีศึกษา 6) ก็มีความสำคัญเท่าเทียมกัน

กรณีศึกษา 2: โครงการส่งเสริมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพของสิงคโปร์²⁴



โครงการส่งเสริมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพของสิงคโปร์ริเริ่มโดยคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้มีการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้นในประเทศสิงคโปร์ โดยการร่วมมือกับบริษัทอาหารและเครื่องดื่ม (F&B) จากภาคเอกชนเพื่อมอบอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้นให้แก่ลูกค้า โดยรัฐบาลสิงคโปร์ได้มอบเงินทุนเป็นจำนวน 3,000 ดอลลาร์สิงคโปร์ (ประมาณ 2,195 ดอลลาร์สหรัฐฯ) สำหรับทำการตลาดและประชาสัมพันธ์ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ร้านค้าผู้จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มเข้าร่วมโครงการ โดยที่ร้านค้าผู้จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มต้องเสนอตัวเลือกอาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพอย่างน้อย 1 รายการจึงจะมีคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการได้ เป้าหมายเบื้องต้นของโครงการนี้คือ

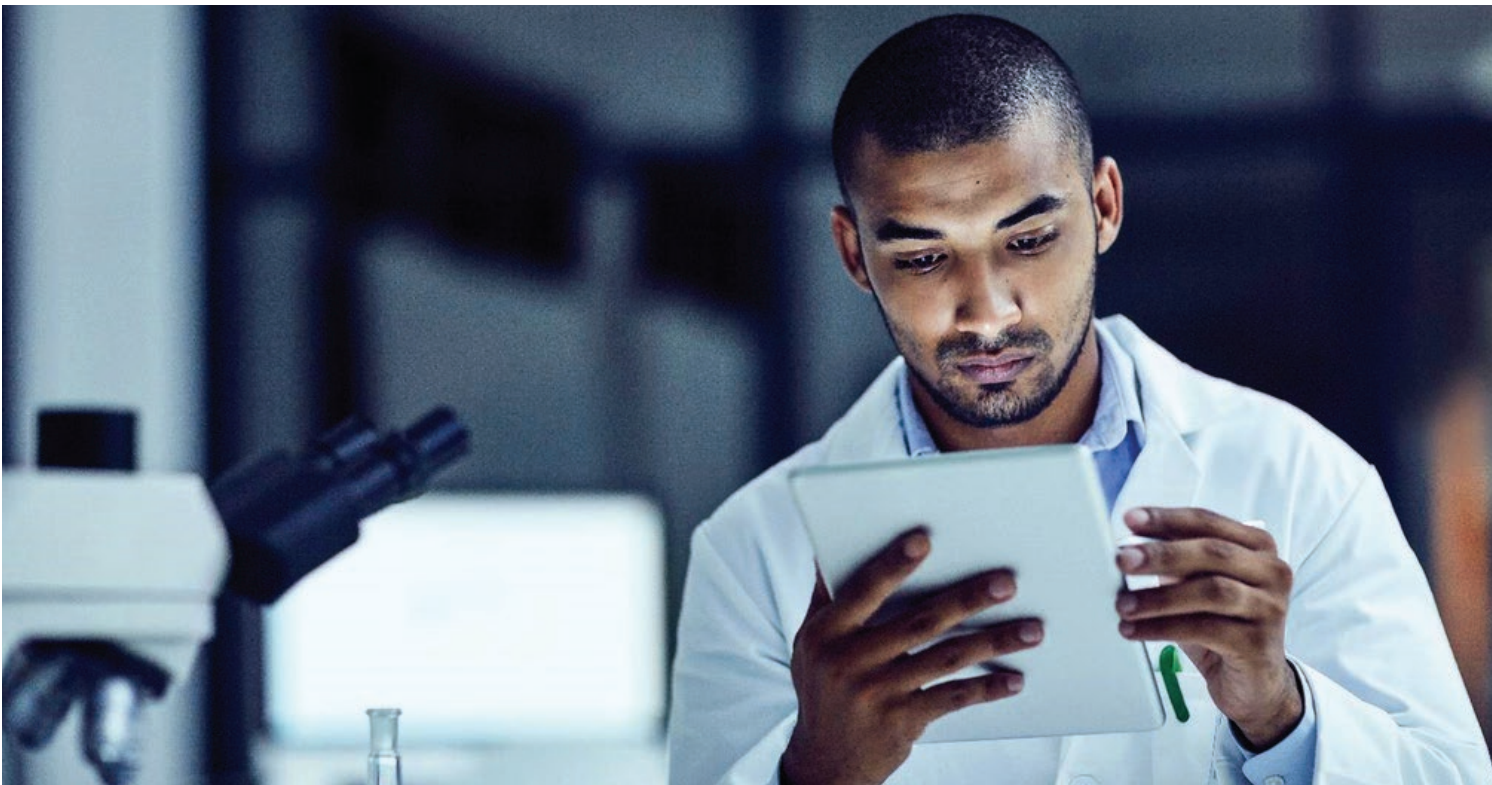
การเพิ่มจำนวนมื้ออาหารที่บริโภคนอกบ้าน ให้เป็นอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้นเป็น 180 ล้านมื้อต่อปี และเพิ่มขึ้นเป็น 20% ของมื้ออาหารที่บริโภคนอกบ้านทั้งหมดภายในปี พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ ระหว่างปี พ.ศ. 2557 และพ.ศ. 2560 มื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ ที่ขายผ่านโครงการดังกล่าวมีจำนวนเพิ่มขึ้น 300% และมีพันธมิตรมากกว่า 2,000 ร้านค้าเข้าร่วมโครงการนับตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินโครงการ เป็นต้นมา



กรณีศึกษา 3: การคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงประจำปีระดับชุมชน²⁵

ในประเทศไทย จะมีการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงระดับชุมชนทั่วประเทศทุกปี โดยสำหรับผู้ใหญ่อายุ 35 ปีหรือมากกว่า ทั้งหมดในกลุ่มประชากรระดับตำบล หรือหมู่บ้านที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ขอบเขตของโครงการนี้ นอกจากการคัดกรองหาภาวะความดันโลหิตสูงแล้ว ยังรวมไปถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริม วิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยโรคสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงและการติดตามผล

รายงานผลจากโครงการดังกล่าวในปี พ.ศ. 2562 ระบุว่าผู้ใหญ่จำนวนทั้งสิ้น 17 ล้านคน ได้รับการตรวจคัดกรองหาภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งคิดเป็น 88% ของประชากรเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนด ทั้งนี้พบว่า 74% มีความดันโลหิตในระดับปกติ (ความดันโลหิต <130/80 มม.ปรอท) 22% มีภาวะความดันโลหิตสูงขั้นต้น และ 4% มีภาวะความดันโลหิตสูง ทุกคนที่มีความดันโลหิต $\geq 130/80$ มม.ปรอท ถูกส่งต่อเพื่อรับการตรวจติดตามเพิ่มเติมและเพื่อยืนยันการวินิจฉัยที่ศูนย์สุขภาพ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



กรณีศึกษา 4: หัวใจล้านดวงในสหรัฐอเมริกา²⁶



หัวใจล้านดวงเป็นโครงการคัดกรองในสหรัฐอเมริกาที่มีแนวทางปฏิบัติและเป้าหมาย ที่จำเพาะเจาะจงสำหรับการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับชุมชน เพื่อให้มีความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ สำหรับการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่เนิ่นๆ และการป้องกันอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงสูง (เช่น คนสูบบุหรี่ ผู้ใหญ่ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น) โครงการนี้ใช้ประโยชน์จากบันทึกสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อคัดกรองและระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและทำการติดต่อเชิงรุก เพื่อหาผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงหรือภาวะไขมันในเลือดสูงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย โครงการนี้ได้ใช้ข้อมูลในเครือข่ายระดับชาติซึ่งมีพันธมิตรจากภาคเอกชนมากกว่า 300 ราย และหน่วยงานของรัฐบาลกลาง 20 หน่วยงานทั่วทั้ง 50 รัฐ เพื่อดำเนินการกิจกรรมการตรวจคัดกรองต่างๆ

นอกจากนี้ โครงการนี้ยังให้การสนับสนุนและฝึกฝนผู้ป่วยรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวให้เฝ้าติดตามระดับความดันโลหิตและคอเลสเตอรอลที่บ้านอีกด้วย นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2555 โครงการนี้พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย 27,000 ราย และป้องกันการเกิดภาวะหัวใจวาย โรคหลอดเลือดในสมอง และอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉียบพลันได้ประมาณ 135,000 ครั้ง ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายทางอ้อมในกระบวนการรักษาได้ 5,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ โดยประมาณจากการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และตรวจพบปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่เนิ่นๆ

กรณีศึกษา 5: โครงการคัดกรองระดับชาติของเกาหลีใต้เพื่อค้นหาภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูง²⁷



ประเทศเกาหลีใต้ได้พัฒนาโครงการคัดกรองระดับชาติแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อตรวจหาโรคเรื้อรังสำหรับชาวเกาหลีใต้ทุกคนที่มีอายุ 20 ปี หรือมากกว่าโครงการคัดกรองนี้ครอบคลุมภาวะไขมันในเลือดสูง (ทุก 4 ปี) ภาวะความดันโลหิตสูง (ทุก 2 ปี) และโรคเบาหวาน (ทุก 2 ปี) โครงการแรกเริ่มมีให้เฉพาะผู้ที่สมัครเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น นั่นหมายความว่าชาวเกาหลีใต้ 3% ที่อยู่ในโครงการการช่วยเหลือทางการแพทย์ (Medicaid) ไม่มีคุณสมบัติที่จะเข้าร่วมในโครงการนี้

ในปี พ.ศ. 2550 ประชากรเป้าหมายแรกเริ่มได้ขยายวงกว้างขึ้นจากช่วงเริ่มต้น และมีการอนุญาตให้เข้าถึงโครงการได้มากขึ้นผ่านโครงการคัดกรองระดับชาติสำหรับประชากรช่วงวัยเปลี่ยนผ่าน นับแต่นั้นเป็นต้นมา ประชากรเป้าหมาย 66% ก็ได้เข้าร่วม โครงการคัดกรองดังกล่าว และนอกจากนี้ ยังมีรายงานจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงว่า ได้ปฏิบัติตามแนวทางการรักษา และให้ความร่วมมือในการรับประทหายารักษาโรคเบาหวานของตนดีขึ้นอันเป็นผลมาจากการสมัครเข้าร่วมในโครงการนี้

การรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

เพื่อเพิ่มอัตราการเริ่มให้การรักษารัฐบาลสามารถพิจารณาโครงการที่มุ่งเน้นการจัดการภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อวินิจฉัยและจัดการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่ไม่สามารถควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงได้ดีเท่าที่ควร (กรณีศึกษา 7) ยารักษาชนิดใหม่ๆ ที่ออกฤทธิ์นานและมีประสิทธิภาพดีกว่าเดิมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและผลการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ดีขึ้นกว่าเดิมในประเทศไทย

จากแบบจำลองผลกระทบต่อรายจ่ายซึ่งสร้างโดย บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด การนำยารักษาใหม่มาใช้เพื่อควบคุมระดับ LDL-C ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบผสมผสานไม่ได้ผล ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายเป็นมูลค่ารวมถึง 285 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ และช่วยเพิ่มจำนวนปีคุณภาพชีวิต (Quality-Adjusted Life-Years: QALY) ได้ประมาณ 80,678 ปีในช่วงระยะเวลา 10 ปี (ภาพที่ 6)³⁰

แม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ASCVD ในประเทศไทยจะมีอัตราการปฏิบัติตามกระบวนการรักษาและคงความต่อเนื่องในการดูแลรักษาที่อยู่ในระดับสูง แต่ก็ยังสามารถเพิ่มการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคให้มากยิ่งขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ชนบท และรัฐบาลสามารถพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายโดยอาศัยกลไกระดับชุมชน นโยบาย และ/หรือยารักษา เพื่อช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลรักษาโครงการ COACH ในประเทศออสเตรเลีย³¹ และแผนระยะยาวสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดของหน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติในสหราชอาณาจักร³² เป็นตัวอย่างของโครงการแก้ปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดระยะยาวที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดผ่านกระบวนการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง: การวินิจฉัย การรักษา และการติดตามผลให้มีประสิทธิภาพที่สุด

กรณีศึกษา 6: นโยบายการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของสหราชอาณาจักร²⁸



แผนระยะยาวของหน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) (พ.ศ. 2562 - 2571) ของสหราชอาณาจักรยอมรับว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสำคัญลำดับต้นๆ ในส่วนของการรักษาพยาบาล และวางเป้าหมายที่จะป้องกันอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดตลอดเส้นทางการรักษาของผู้ป่วย แผนระยะยาวนี้มีเป้าหมายเพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติ ทำงานร่วมกับสาธารณสุขของประเทศอังกฤษ และหน่วยงานควบคุมดูแลด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมองให้ได้มากกว่า 150,000 ครั้งในช่วง 10 ปีข้างหน้า และเพื่อบรรลุผลดังกล่าว จะต้องมีการปรับปรุงประสิทธิภาพการตรวจสุขภาพโดยหน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติโดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาเพื่อให้การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุด ให้การวินิจฉัย และรักษาที่ตรงจุดและเหมาะสมที่สุด

และลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคล และระดับประชากรโดยรวมให้เหลือน้อยที่สุด โดยให้มีกระบวนการตรวจติดตามผลและส่งต่อที่ทันท่วงที กิจกรรมภายในกรอบโครงสร้างนโยบายนี้ ครอบคลุมถึงการส่งเสริมการตระหนักรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง การตรวจคัดกรองตั้งแต่นั้นๆ และการสนับสนุนในระดับชุมชนเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด การเพิ่มการเข้าถึงการตรวจสุขภาพ และการตรวจเลือด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีประวัติภาวะคอเลสเตอรอลสูงในครอบครัว) การบ่งชี้กรณีผู้ป่วยที่สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการรักษาและการจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ผ่านทางจุดบริการสุขภาพด่านแรก รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

กรณีศึกษา 7: คลินิกรักษาโรคไขมันสูงแบบสหสาขาในสหรัฐอเมริกา²⁹



จุดประสงค์ของคลินิกรักษาโรคไขมันสูงแบบสหสาขา (Multidisciplinary lipid clinic: MDLC) คือการนำแนวทางปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มาประยุกต์ให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง คลินิกรักษาโรคไขมันสูงแบบสหสาขา ซึ่งจัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2562 ให้การดูแลรักษาผ่านคลินิกแบบรวมศูนย์ภายใต้ระบบสาธารณสุข ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาเป็นผู้ที่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการรักษาภาวะคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงได้ ในปัจจุบันจากการดูแลรักษาในสถานบริการสุขภาพด่านแรกหรือคลินิกโรคหัวใจ คลินิกรักษาโรคไขมันสูงแบบสหสาขามีเจ้าหน้าที่เป็นแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านไขมัน

ขณะที่ผู้ให้คำปรึกษาด้านพันธุกรรมและเภสัชกรต่างได้ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านจัดการภาวะเกี่ยวกับไขมัน คลินิกนี้เปิดให้บริการทุกสองเดือน ณ สถานที่ตั้งคลินิกแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุข จนถึงปัจจุบันนี้ มีการส่งต่อผู้ป่วยมายังคลินิกรักษาโรคไขมันสูงแบบสหสาขา 420 คนในแต่ละปี โดยมีผู้ป่วย 83 คนที่ได้รับการรักษาภาวะไขมันในคลินิกรักษาโรคไขมันสูงแบบสหสาขา โครงการดังกล่าวนี้ไม่เพียงช่วยให้อัตราการวินิจฉัย/ ความแม่นยำดีขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการรักษาดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้นอีกด้วย โดยอัตราการควบคุมระดับ LDL-C ดีขึ้นจาก 15% ในปี พ.ศ. 2562 เป็น 70% ในปี พ.ศ. 2563

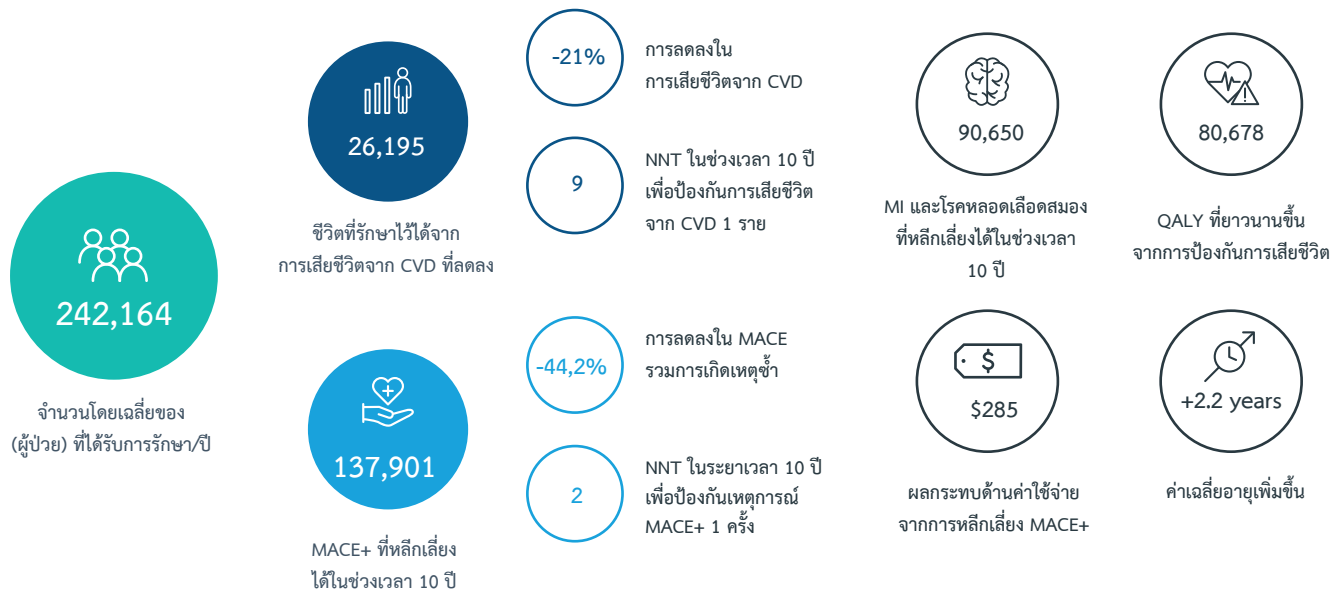
การใช้ยาที่ออกฤทธิ์นานสามารถช่วยเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา และคงความต่อเนื่องในการดูแลรักษาได้ ข้อควรพิจารณาประการหนึ่งคือ การตอบสนองต่อยาลดระดับไขมันที่ออกฤทธิ์นานเหล่านี้ อาจแตกต่างกันไปในกลุ่มชาติพันธุ์ที่หลากหลายในประเทศไทย การใช้อินซูลินดีกลูเด็ค (insulin degludec) (กรณีศึกษา 8) เป็นตัวอย่างหนึ่งของการบำบัดด้วยยาฉีดแบบออกฤทธิ์นานที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย³³

การกระตุ้นให้เกิดความสนใจ: สามารถทำอะไรได้บ้างในเวลาสั้น

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะทางเศรษฐกิจและการแพทย์เป็นอย่างมากในประเทศไทย เนื่องจากประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ภาวะนี้ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วต่อไปตราบเท่าที่ยังมีช่องโหว่ในนโยบายการจัดการโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปัจจุบัน รัฐบาลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขปัญหานี้ และร่วมรับรู้ถึงความจำเป็นเร่งด่วน

ภาพที่ 6 ผลลัพธ์จากโมเดลผลกระทบด้านงบประมาณ (จากการคำนวณครอบคลุมช่วงเวลา 10 ปี)

ผลกระทบในหนึ่งกลุ่มประชากร



MACE (การเกิดเหตุการณ์แทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจที่รุนแรง); MI (กล้ามเนื้อหัวใจตาย); NNT (จำนวนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา) ที่มา: โมเดลผลกระทบภายในจากบริษัท ไบราร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด



กรณีศึกษา 8: การปรับใช้ยาที่ออกฤทธิ์นานและมีผลข้างเคียงน้อยกว่า³³

ยาที่ออกฤทธิ์นานที่ใช้ในการรักษาปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการติดตามผลการรักษา และการเฝ้าติดตามได้ และอาจช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ได้ดีขึ้น อินซูลิน ดีกลูเด็ค (insulin degludec) เป็นอินซูลินอะนาล็อกที่ออกฤทธิ์นานเป็นพิเศษ สำหรับการรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งมีการใช้ในประเทศไทยตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559

การวิจัยพบว่าประสิทธิภาพของอินซูลิน ดีกลูเด็ค (insulin degludec) มีความสอดคล้องกับผลที่พบในการวิจัยทางคลินิก โดยสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จากการรายงานของผู้ป่วย และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรายงานว่ามีความพึงพอใจในผลการรักษามากขึ้นอีกด้วย

เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวโน้มที่น่าเป็นห่วงของภาวะจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการร่วมมือกันและความพยายามเชิงรุกจากทุกฝ่ายทั้งจากรัฐบาล ผู้กำหนดนโยบาย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสนับสนุนความพยายามทั้งหลายเหล่านี้ ได้แก่ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการรักษาในระดับท้องถิ่น การจัดทำฐานข้อมูลระดับชาติเพื่อป้องกัน และตรวจติดตามผู้ป่วย การจัดทำโครงการรณรงค์การปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต และการคัดกรองที่จำเพาะเจาะจงสำหรับภาวะไขมันในเลือดสูง กระบวนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และส่งเสริมการเข้าถึงวิวัฒนาการด้านยารักษาใหม่ๆ ได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น แนวทางแก้ไขปัญหามาเพื่อเติมเต็มความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง จำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการ มีเป้าหมาย และครอบคลุมถึงประชากรทั่วไป รวมถึงกลุ่มเสี่ยงสูงด้วยขั้นตอนต่างๆ ที่จะดำเนินการ ในตอนนี้จะสามารถลดภาระของโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้อลงได้เป็นอย่างมากในภายภาคหน้าต่อไป

รัฐบาลไทยและผู้กำหนดนโยบายควรดำเนินการทันที เพื่อจัดการภาระทางเศรษฐกิจและทางการแพทย์ที่กำลังเพิ่มขึ้นจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง การดำเนินการที่สามารถลงมือปฏิบัติได้ ได้แก่ การเพิ่มโครงการคัดกรองภาวะไขมันในเลือดสูง การจัดการการรักษาให้ดีขึ้น และการนำยารักษาใหม่ๆ ที่ออกฤทธิ์นานมาใช้เพื่อการควบคุมระดับ LDL-C ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โครงการที่เริ่มดำเนินการในวันนี้ อาจช่วยเพิ่มจำนวนปีสุขภาวะได้ถึง 80,678 ปี และประหยัดเงินได้ถึง 285 ล้านดอลลาร์ สหรัฐฯ ในช่วงเวลา 10 ปี ข้างหน้า³⁰



เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Thailand, IHME; 2022. [Accessed January 2022]. Available from: <http://www.healthdata.org/thailand>.
2. World Health Organization. Global Health Expenditure Database. [Accessed January 2022]. Available from: <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>.
3. The World Bank. Current health expenditure per capita (current US\$) – Thailand. [Accessed January 2022]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=TH>.
4. IQVIA MIDAS MAT 03 2019 Data. [Data on file].
5. Division of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. NCD report 2019: Diabetes, Hypertension and risk factors. Ministry of Public Health Thailand. 2019.
6. Thai National Health Examination Survey V and VI Study Group. Thai National Health Examination Survey, NHES V and VI. Nonthaburi, Thailand: National Health Examination Survey Office, Health System Research Institute, 2014 and 2019–2020.
7. Economic Research Institute for ASEAN and East Asia. Population Ageing in Thailand: Lessons from One of the Most Aged ASEAN Member State. 2021. [Accessed January 2022]. Available from: <https://www.eria.org/publications/population-ageing-in-thailand>.
8. Inthawong, R. , Khatab, K. , Whitfield, M. , Collins, K. , Raheem, M. and Ismail, M. (2019) Health Care and Hospitalisation Costs of Cardiovascular Disease (CVD) in Thailand. Open Access Library Journal, 6, 1-5. doi: 10.4236/oalib.1105320.
9. The World Bank. Thailand Economic Monitor – June 2016: Aging Society and Economy. [Accessed January 2022]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/country/thailand/publication/thailand-economic-monitor-june-2016-aging-society-and-economy>.
10. Salim Yusuf, Steven Hawken, Stephanie Ôunpuu, Tony Dans, Alvaro Avezum, Fernando Lanas, Matthew McQueen, Andrzej Budaj, Prem Pais, John Varigos, Liu Lisheng, on behalf of the INTERHEART Study Investigators*. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937–52.
11. Ministry of Public Health Thailand. 5-Year National NCDs Prevention and Control Strategic and Action Plan (2017–2021). [Accessed January 2022]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/thailand/ncds/national-ncd-prevention-and-control-plan-2017-2021-eng.pdf>.
12. Harvard T.H. Chan School of Public Health. The Nutrition Source: Preventing Heart Disease. 2022. [Accessed January 2022]. Available from: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/disease-prevention/cardiovascular-disease/preventing-cvd/>.
13. Bangkok Post. Ban on trans fats comes into force. Bangkok Post [Internet]. 10 January 2019. Available from: <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/1608342/ban-on-trans-fats-comes-into-force> (accessed January 2022).
14. Man, R.E.K., Gan, A.H.W., Fenwick, E.K. et al. Prevalence, determinants and association of unawareness of diabetes, hypertension and hypercholesterolemia with poor disease control in a multi-ethnic Asian population without cardiovascular disease. Popul Health Metrics 17, 17 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12963-019-0197-5>
15. Opoku S, Gan Y, Yobo EA, Tenkorang-Twum D, Yue W, Wang Z, Lu Z. Awareness, treatment, control, and determinants of dyslipidemia among adults in China. Sci Rep. 2021 May 12;11(1):10056. doi: 10.1038/s41598-021-89401-2. PMID: 33980884; PMCID: PMC8115030.
16. Oh K, Kim Y, Kweon S, Kim S, Yun S, Park S, Lee YK, Kim Y, Park O, Jeong EK. Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 20th anniversary: accomplishments and future directions. Epidemiol Health. 2021;43:e2021025. doi: 10.4178/epih.e2021025. Epub 2021 Apr 19. PMID: 33872484; PMCID: PMC8289475.
17. Arintaya Phrommintikul¹, MD, Rungroj Krittayaphong², MD, Wanwarang Wongcharoen¹, MD, Sukit Yamwong³, MD, Smonporn Boonyaratavej⁴, MD, Rapeephon Kunjara-Na-Ayudhya⁵, MD, Pyatat Tatsanavivat⁶, MD, Piyamitr Sritara³, MD, CORE-Thailand investigators. Management of atherosclerosis risk factors for patients at high cardiovascular risk in real-world practice: a multicentre study. Singapore Med J 2017; 58(9): 535-542. doi: 10.11622/smedj.201704.
18. Buddhari W, Uerojanaungkul P, Sriratanasathavorn C, Sukonthasarn A, Ambegaonkar B, Brudi P, Horack M, Lautsch D, Vyas A, Gitt AK. Low-Density Lipoprotein Cholesterol Target Attainment in Patients Surviving an Acute Coronary Syndrome in Thailand: Results From the Dyslipidaemia International Study (DYSIS) II. Heart Lung Circ. 2020 Mar;29(3):405-413. doi: 10.1016/j.hlc.2019.02.193. Epub 2019 Mar 28. PMID: 31006593.

19. The Heart Association of Thailand Under the Royal Patronage of H.M. The King. 2016 RCPT Dyslipidemia Guideline. [Accessed January 2022]. Available from: <http://www.thaiheart.org/Download/2016-RCPT-Dyslipidemia-Guideline.html>.
20. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, Braun LT, de Ferranti S, Faiella-Tommasino J, Forman DE, Goldberg R, Heidenreich PA, Hlatky MA, Jones DW, Lloyd-Jones D, Lopez-Pajares N, Ndumele CE, Orringer CE, Peralta CA, Saseen JJ, Smith SC Jr, Sperling L, Virani SS, Yeboah J. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019 Jun 18;139(25):e1082-e1143. doi: 10.1161/CIR.0000000000000625. Epub 2018 Nov 10. Erratum in: *Circulation*. 2019 Jun 18;139(25):e1182-e1186. PMID: 30586774; PMCID: PMC7403606.
21. IQVIA MIDAS Data. 2021. [Data on file].
22. IQVIA Primary Market Research. 2021. [Data on file].
23. Lim KH et al. Technical report evaluation of effectiveness of implementation of “Komuniti sihat perkasa negara” (KOSPEN) programme in Malaysia- phase 1. 2015. [Accessed January 2022]. Available from: <https://iku.moh.gov.my/images/IKU/Document/REPORT/2014/KOSPEN2014.pdf>
24. Singapore Healthier Dining Programme. 2022. [Accessed January 2022]. Available from: <https://www.hpb.gov.sg/healthy-living/food-beverage/healthier-dining-programme>
25. World Health Organization. Hypertension care in Thailand: best practices and challenges, 2019. [Accessed January 2022]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330488>.
26. The Centers for Disease Control and Prevention. US. Million Hearts. 2022. [Accessed January 2022]. Available from: <https://millionhearts.hhs.gov/>.
27. IZA Institute of Labor Economics. Knowing Is Not Half the Battle: Impacts of the National Health Screening Program in Korea. 2017. [Accessed January 2022]. Available from: <https://docs.iza.org/dp10650.pdf>.
28. National Health Service. Cardiovascular disease. England. 2021. [Accessed January 2022]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/clinical-policy/cvd>.
29. Jones, L.K., McMinn, M., Kann, D. et al. Evaluation of a multidisciplinary lipid clinic to improve the care of individuals with severe lipid conditions: a RE-AIM framework analysis. *Implement Sci Commun* 2, 32 (2021). <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00135-8>.
30. Novartis Internal Impact Model. 2021. [Data on file].
31. The COACH Program. Australia. 2022. [Accessed January 2022]. Available from: <https://www.thecoachprogram.com>.
32. National Health Service. NHS Long Term Plan: Cardiovascular disease. England. 2022. [Accessed January 2022]. Available from: <https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/chapter-3-further-progress-on-care-quality-and-outcomes/better-care-for-major-health-conditions/cardiovascular-disease>.
33. Thewjitcharoen Y, Yenseung N, Malidaeng A, Butadej S, Chotwanvirat P, Krittiyawong S, Thammawiwat C, Himathongkam T. Effectiveness of Insulin Degludec in Thai Patients with Diabetes Mellitus: Real-World Evidence From a Specialized Diabetes Center. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2021 Sep;129(9):666-673. doi: 10.1055/a-0899-5118. Epub 2019 Oct 9. PMID: 31597169; PMCID: PMC8416321.

ผู้เขียน



DR. APICHARD SUKONTHASARN,
ศ.เกียรติคุณ นพ. อภิชาติ สุคนธสรรพ์

ศ.เกียรติคุณ นพ. อภิชาติ สุคนธสรรพ์ จบการศึกษาและฝึกปฏิบัติงานที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นศาสตราจารย์ด้านอายุรแพทย์และหทัยวิทยาที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ในอดีตเคยดำรงตำแหน่งหัวหน้าแผนกอายุรกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเป็นบรรณาธิการวารสาร สมาคมการแพทย์ไทย ปัจจุบัน เป็นนายกสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ศ.เกียรติคุณ นพ. อภิชาติ มีผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์และเป็นบรรณาธิการให้ตำราเกี่ยวกับหทัยวิทยาในภาษาไทยมากกว่า 30 เล่ม นอกจากนี้ ยังมีส่วนร่วมในบทความภาษาอังกฤษที่ได้รับการตีพิมพ์มาแล้วมากกว่า 100 บทความทั้งในฐานะผู้เขียนและผู้เขียนร่วม ผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ทั้งหมดเน้นด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ



DR. SURAKIT NATHISUWAN,
รศ.ภก. สุรกิจ นาทีสุวรรณ

ปัจจุบัน รศ.ภก. สุรกิจ นาทีสุวรรณ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งคณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นอาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก จบการศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับปริญญาเอกด้านเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รับวุฒิปดฺตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาเภสัชบำบัดจากสมาคมเภสัชกร แห่งอเมริกา มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี ในการสนับสนุนรูปแบบการดูแลรักษา แบบสหสาขาสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยและต่างประเทศ รศ.ภก. สุรกิจ มีการวิจัยด้านเภสัชบำบัดสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตีพิมพ์หลายฉบับ



DR. WANNEE NITIYANANT,
ศ.เกียรติคุณ พญ. วรณี นิธิยานันท์

ศ.เกียรติคุณ พญ. วรณี นิธิยานันท์ ศาสตราจารย์เกียรติคุณทางอายุรแพทย์ ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านการฝึกระดับบัณฑิตศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกาในสาขาอายุรแพทย์โดยมีความชำนาญสาขาย่อยด้านโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม มีประสบการณ์ด้านการจัดการโรคเบาหวาน และกลุ่มอาการจากความผิดปกติในการเผาผลาญอาหารในประเทศไทยมานานกว่า 30 ปี งานวิจัยของมุ่งเน้นด้านโรคเบาหวานและไขมันเป็นหลัก ปัจจุบันดำรงตำแหน่งนายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย



NIKHIL KHICHA,
ผู้อำนวยการอาวุโส IQVIA APAC

Nikhil Khicha เป็นผู้อำนวยการอาวุโสของบริษัท IQVIA Asia Pacific ประจำประเทศสิงคโปร์ มีประสบการณ์ในอุตสาหกรรมเภสัชกรรมและการดูแลสุขภาพมานานกว่า 20 ปี ปัจจุบัน เป็นที่ปรึกษาให้แก่ธุรกิจภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก มีประสบการณ์ทำงานอย่างลึกซึ้งในโครงการต่างๆ ที่ช่วยให้บริษัทประสบความสำเร็จทางการตลาดและทางการเติบโตของผลกำไรทางธุรกิจได้มากขึ้น มีความสนใจการพัฒนาและประยุกต์ใช้นวัตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาให้ตรงตามความต้องการลูกค้ามากที่สุด ได้รับปริญญาโทด้านเทคโนโลยีชีวภาพจากมหาวิทยาลัยนอร์เวสเทิร์น ประเทศสหรัฐอเมริกา และปริญญาตรีด้านวิศวกรรมเคมี จากมหาวิทยาลัยเวอร์จิเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา



PETER KIM,
รองผู้อำนวยการ, เอเชีย,
IQVIA APAC



HONG HUEI TAN,
รองที่ปรึกษา, เอเชีย,
IQVIA APAC

Peter Kim เป็นรองผู้อำนวยการของบริษัท IQVIA Asia Pacific ประจำกรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย หัวหน้าโครงการที่ปรึกษาทางกลยุทธ์ในระดับภูมิภาคและระดับโลกให้กับบริษัท IQVIA ในปัจจุบัน มีตำแหน่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการเข้าสู่ตลาด (market access) และระบบสุขภาพโลก รวมถึงเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมเภสัชกรรมหน่วยงานรัฐ และหน่วยงานสุขภาพโลก เคยทำงานร่วมกับบริษัทที่ปรึกษาทางกลยุทธ์ชั้นนำในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หลายบริษัท จึงมีประสบการณ์อย่างลึกซึ้งทั้ง ในอุตสาหกรรมด้านการดูแลสุขภาพและด้านเภสัชกรรม ได้รับปริญญาเอกด้านวิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์จากมหาวิทยาลัยเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย

Hong Huei Tan เป็นรองที่ปรึกษาของบริษัท IQVIA Asia Pacific ประจำประเทศสิงคโปร์ มีประสบการณ์มากกว่า 8 ปี ในอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพและเภสัชกรรม นอกจากนี้ ยังได้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมคลินิกทั้งในประเทศสิงคโปร์และมาเลเซียโดยมีความเชี่ยวชาญในสาขาอายุรกรรม มีความสนใจทางด้านโรคหัวใจ โรคไต และโรคเบาหวาน ได้รับปริญญาโทด้านบริหารธุรกิจ จากมหาวิทยาลัยแลงคาสเตอร์ สหราชอาณาจักร และปริญญาตรีด้านเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์แห่งมาเลเซีย

ผู้เชี่ยวชาญร่วม

PEI GUAN OON, นักวิเคราะห์, เอเชีย, IQVIA APAC
SMIT TRIVEDI, รองที่ปรึกษา, เอเชีย, IQVIA APAC
YIE WEI CHONG, รองที่ปรึกษา, เอเชีย, IQVIA APAC

ADITI PATIL, ที่ปรึกษา, เอเชีย, IQVIA APAC
JISU KIM, รองที่ปรึกษา, เอเชีย, IQVIA APAC

เกี่ยวกับบริษัท IQVIA Asia Pacific

บริษัท IQVIA (NYSE:IQV) เป็นผู้ให้บริการชั้นนำระดับโลกด้านการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง โซลูชันทางเทคโนโลยี และบริการด้านการวิจัยทางคลินิกแก่ธุรกิจวิทยาศาสตร์สุขภาพต่างๆ บริษัท IQVIA สร้างเครือข่ายอัจฉริยะเพื่อเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพทุกแง่มุมเข้าด้วยกันด้วยการใช้เทคโนโลยีการวิเคราะห์ข้อมูลเทคโนโลยีดิจิทัล ทรัพยากรข้อมูลขนาดใหญ่ และความเชี่ยวชาญลึกซึ้งเฉพาะด้าน IQVIA Connected Intelligence™ ให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีประสิทธิภาพสูงอย่างรวดเร็วจับใจ ส่งผลให้ลูกค้าสามารถดำเนินการวิจัยและพัฒนาทางคลินิก รวมถึงสามารถนำนวัตกรรมมารักษา ซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพและผลการรักษาของผู้ป่วยออกสู่ตลาดได้อย่างรวดเร็ว บริษัท IQVIA มีพนักงานกว่า 70,000 คน ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในมากกว่า 100 ประเทศ

บริษัท IQVIA Asia Pacific มีบริษัทแม่ประจำภูมิภาคตั้งอยู่ที่ประเทศสิงคโปร์ และมีสำนักงานใน 15 ประเทศ บริษัท IQVIA Asia Pacific เป็นผู้ให้บริการและโซลูชัน ทางเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของลูกค้า ทั้งในท้องถิ่นและระดับนานาชาติ ซึ่งดำเนินธุรกิจอยู่ในภูมิภาคเอเชีย แปซิฟิก บริษัท IQVIA มุ่งมั่นในการพัฒนาการดูแลสุขภาพด้วยการให้บริการข้อมูล เชิงลึกซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่ลึกซึ้งในการเป็นผู้นำทางความคิด โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มพูนความเข้าใจและเร่งการสร้างนวัตกรรมในระบบนิเวศของการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ www.iqvia.com/locations/asia-pacific

สนับสนุนโดย บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด



CONTACT US

iqvia.com/contactus

LOCATION

79 Anson Road #19-01

Singapore 079906

iqvia.com

