นิพนธ์ต้นฉบับ **Original Article**

ผลของการใช้แนวทางการนัดติดตามความดันโลหิตเพื่อคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง
The effect of scheduled monitoring appointment on hypertension screening

ปิยพงษ์ ชินสุทธิ์[1], อาคม รัฐวงษา[2], อลิสา รัฐวงษา[3]
Piyapong Chinnasut[1], Akom Ruttawongsa[2], Alisa Ruttawongsa[3]

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูง คือ ภัยเงียบและเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นปัจจัยสำคัญหลักในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก ดังนั้นการคัดกรองความดันโลหิตให้มีความครอบคลุมมากขึ้น จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยและดูแลอย่างรวดเร็วทันเวลาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือดการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิตและกลุ่มที่ไม่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิต โดยเป็นวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 215 ราย ศึกษาในระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุม (กลุ่มที่ไม่ได้ใบนัด) มีจำนวน 16 คน จาก 108 คน (ร้อยละ 14.81) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้ใบนัด) จำนวน 36 คน จาก 107 คน (ร้อยละ 33.64) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง การให้ใบนัดวัดความดันโลหิต ช่วยให้ผู้ที่มีความดันโลหิต ≥ 140/90 mmHg เข้าถึงการวินิจฉัยและรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2.27 เท่า [95%CI 1.34 – 3.83] ดังนั้น ผู้ที่ตรวจพบความดันโลหิตสูงจึงควรได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิตทุกราย

คำสำคัญ : การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง, การนัดติดตามความดันโลหิต, โรคความดันโลหิตสูง

[1]**แพทยศาสตรบัณฑิต วุฒิบัตรประกอบวิชาชีพเวชกรรม (เวชศาสตร์ครอบครัว) โรงพยาบาลโกสุมพิสัย**
[2,3]**พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, [2]ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย**

Abstract

Hypertension (HT) poses a silent threat as a leading risk factor for chronic non-communicable diseases, specifically cardiovascular diseases, the primary cause of global mortality. Consequently, comprehensive screening for hypertension is crucial to enable early diagnosis and proactive management, thus preventing cardiovascular complications. This study aimed to investigate the effectiveness of a follow-up strategy for individuals with high blood pressure, comparing those who received scheduled blood pressure monitoring appointments with those who did not. A randomized controlled trial design was employed with a total of 215 participants. The study was conducted from July 15, 2021, to October 15, 2021. Data analysis involved inferential statistics, included Chi-square test and Fisher's Exact test, and descriptive statistic. Results indicated that the control group (participants without follow-up appointments), 16 out of 108 individuals (14.81%) were newly diagnosed hypertension. In comparison, the experimental group (participants with follow-up appointments), 36 out of 107 individuals (33.64%) received the diagnosis. Offering scheduled blood pressure monitoring appointments significantly increased access to diagnosis and management of hypertension for individuals with blood pressure ≥140/90 mmHg, with a risk ratio of 2.27 [95%CI 1.34-3.83]. As conclusion, pre-hypertensive individuals should be recommended for regular follow-up appointments for all cases.

Keywords : Hypertension screening, Monitoring appointment on hypertension, Hypertension

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลก[1] และภาวะความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[2] การปล่อยให้ความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา[3,4] ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ สาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากร 17.7 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 31 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก[5]

ด้วยเหตุนี้ทั่วโลกจึงให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูงไม่ว่าจะเป็นองค์การอนามัยโลกที่ประกาศเป้าหมายในการต่อสู้ปัญหาโรคเรื้อรังผ่าน NCD 9 global targets ซึ่งต้องการลดความชุกของการมีภาวะความดันโลหิตสูง (raised blood pressure) ลงร้อยละ 25 ของแต่ละประเทศแต่สถานการณ์ของประเทศไทยพบว่าความชุกของความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.4 ในปี พ.ศ. 2557 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553[6]

สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่ามีประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ประมาณ ร้อยละ 44.7 (คิดเป็นประชากร 24.45 ล้านคน)[7] ซึ่งในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีการคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และใช้การคัดกรองในชุมชนเพื่อให้ครอบคลุมถึงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุดข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าการคัดกรองด้วยระบบดังกล่าวสามารถคัดกรองได้ ร้อยละ 86.2 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดแต่เป็นการคัดกรองซ้ำในผู้ที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงอยู่แล้วถึง ร้อยละ 15 และคัดกรองผิดกลุ่มเป้าหมาย (อายุน้อยกว่า 35 ปี) ร้อยละ 6.2 ดังนั้นการคัดกรองนี้จึงครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเพียงร้อยละ 63.7 จากจำนวนผู้ที่ถูกคัดกรองทั้งหมด พบว่า 971,457 คน (ร้อยละ 4.2) มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงมาก่อน เมื่อศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ในส่วนของการรับบริการในโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ 43 แฟ้ม ทั้งหมดพบว่า ในปีพ.ศ. 2560 ประชากร ร้อยละ 63.4 ของทั้งประเทศ เคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลดังกล่าวโดยพบว่า ประชากรเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป เข้ารับบริการ ร้อยละ 68 ผลการวัดความดันโลหิตของผู้เข้ารับบริการทั้งหมดพบว่า ประชากรอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ตรวจพบความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงมาก่อน 4,955,840 คน ในจำนวนดังกล่าวพบว่ามีผู้ที่ตรวจพบความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงถึง 2,302,852 คน[8] ในส่วนของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย พบว่าในปี พ.ศ. 2564 ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง เพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 89.62 แต่ในกระบวนการตรวจรักษาก็ยังพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก

เพื่อให้การคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความครอบคลุมมากขึ้นและผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแล้วให้รับการดูแลรักษาเร็วขึ้นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด การมีระบบการติดตาม และจัดการกับผู้ที่ตรวจพบภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและรัดกุมมากขึ้นน่าจะช่วยให้สามารถเพิ่มความครอบคลุมของการค้นพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่โดยที่ไม่ต้องเพิ่มกำลังคนและงบประมาณในส่วนนี้มาก เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้คือผู้ที่มาโรงพยาบาลแล้ว

เพียงแต่ยังขาดการจัดการที่เหมาะสมเท่านั้น การศึกษาวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิตและกลุ่มที่ไม่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิต

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (non-blind randomized controlled trial) เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำขึ้นที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม และหน่วยบริการปฐมภูมิ 21 แห่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตแล้วพบว่าความดันโลหิตสูง โดยยังไม่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการรักษาจากแพทย์) เพศชายและหญิงอายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2565 ถึง 15 ตุลาคม 2565 เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยอาศัยอยู่นอกเขตอำเภอโกสุมพิสัยและไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการวิจัย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกภายใต้สมมติฐานว่า ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับใบนัดวัดความดันโลหิตเท่ากับ 11.7% และในกลุ่มที่ไม่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิตเท่ากับ 1.4%[8] ใช้การทดสอบ two-sided ระดับ significance = 0.05 และ power = 0.80 กำหนดให้กลุ่มที่ได้รับใบนัดต่อกลุ่มที่ไม่ได้รับใบ เป็น ratio = 1:1 คำนวณจำนวนผู้ป่วยได้กลุ่มละ 108 รายโดยใช้วิธีจับสลากแบ่งกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้

1. ใบนัดติดตามความดันโลหิต เพื่อเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ปัจจุบัน โรคประจำตัว ความดันโลหิตครั้งแรก และระบุวันนัดให้ไปวัดความดันโลหิตในครั้งถัดไป ณ สถานพยาบาลใกล้บ้านหรือในชุมชน

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้บันทึกข้อมูลที่จากใบนัดติดตามความดันโลหิตที่ถูกส่งกลับมาจากกลุ่มตัวอย่าง

3. ร่างแนวทางการนัดติดตามความดันโลหิต เพื่อคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง (ภาพที่ 2)

4. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มีความดันโลหิต SBP ≥ 140 หรือ DBP ≥ 90 mmHg ที่ยังไม่ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นผู้มารับบริการจะถูกแบ่งกลุ่มโดยวิธีจับสลากเพื่อแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มควบคุม (ไม่ได้ใบนัด) หรือกลุ่มทดลอง (ได้ใบนัด) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับใบนัดเพื่อติดตามความดันโลหิตที่สถานพยาบาลใกล้บ้านหรือในชุมชน จากนั้นทั้ง 2 กลุ่มจะถูกส่งเข้าห้องตรวจโรคโดยแพทย์ตามปกติ

กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใบนัดติดตามความดันโลหิตจะถูกติดตามการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงหลังจากวันมารับบริการ 1 เดือน ส่วนกลุ่มทดลองจะต้องไปวัดความดันโลหิตตามนัดที่ 2 และ 4 สัปดาห์นับจากวันมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยข้อมูลความดันโลหิตที่ไปวัดความดันโลหิตแต่ละครั้งจะถูกส่งให้แพทย์ประจำหน่วยบริการนั้นๆ พิจารณาว่าจะวินิจฉัยโรค

ความดันโลหิตสูงหรือไม่ และเมื่อวัดความดันโลหิตครบตามนัดแล้ว ใบนัดจะถูกส่งกลับมายังผู้วิจัย

แบบเก็บข้อมูล (ใบนัด) ที่สร้างขึ้นครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผลของการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิตและกลุ่มที่ไม่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิต ได้แก่

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สาเหตุที่มาโรงพยาบาล
- ข้อมูลเกี่ยวกับความดันโลหิต ได้แก่ ความดันโลหิตครั้งแรกที่ตรวจพบขณะมาโรงพยาบาล และความดันโลหิตขณะไปติดตามความดันโลหิต ณ สถานพยาบาลใกล้บ้านหรือในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยจำแนกเป็นกลุ่มที่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิต และกลุ่มที่ไม่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิตรายงานเป็นจำนวนร้อยละความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิตและกลุ่มที่ไม่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิตโดยใช้ Chi-square test, Fisher's Exact test (กรณีที่จำนวนผู้ป่วยน้อยกว่า 5 ราย), และ Risk ratio โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ p value ≤0.05

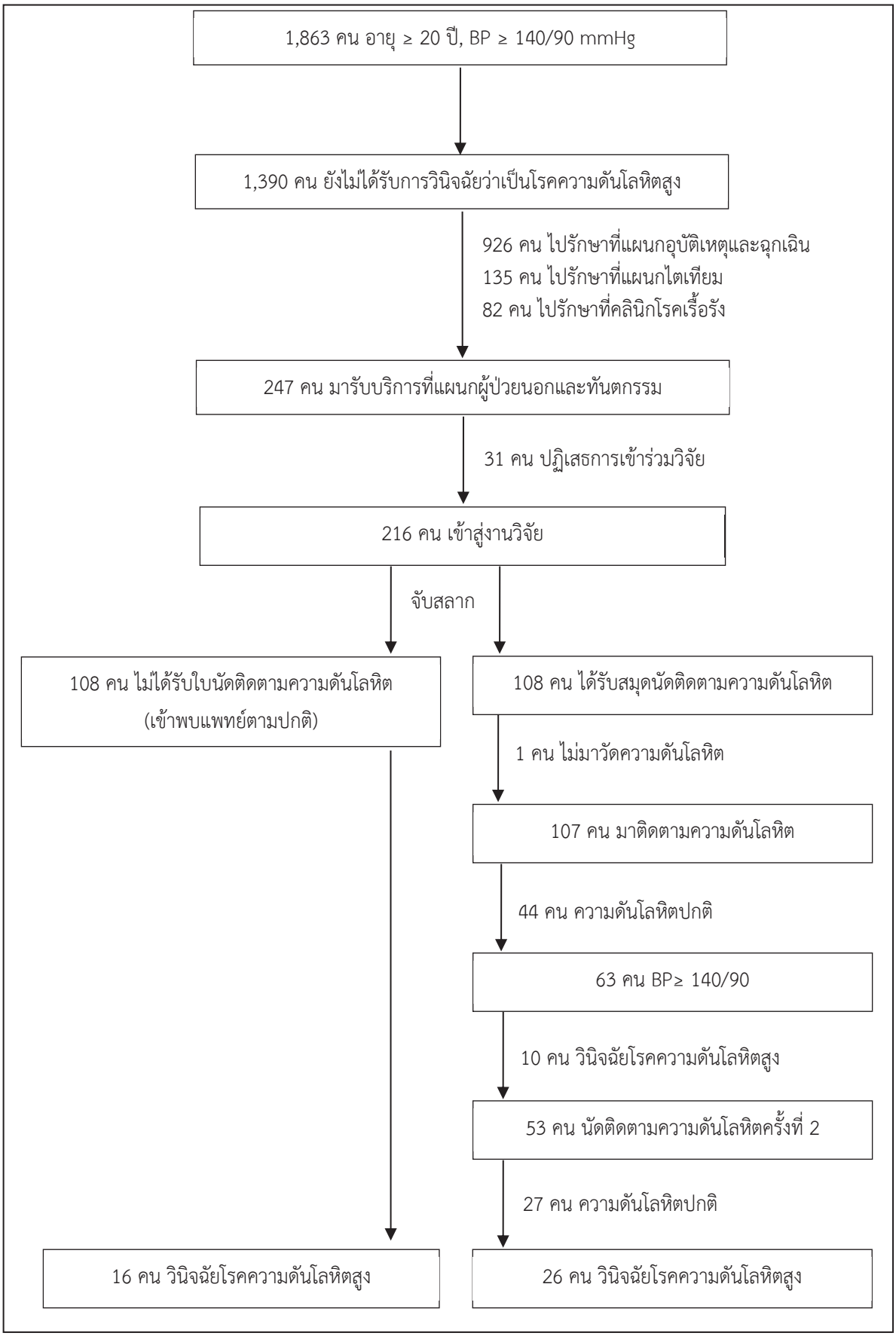
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยที่ 6/2565 วันที่ 15 กรกฎาคม 2565 สำหรับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิต เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะดำเนินการติดตามเข้าแนวทางคัดกรองความดันโลหิตเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากวันที่ 15 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2565 มีประชากรจำนวน 1,863 คน ที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมงานวิจัย ในจำนวนนี้มีประชากรเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว 473 คน ไม่ได้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 1,143 คน และปฏิเสธเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 31 คน จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 216 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 108 คน ได้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิต โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ได้ถอนตัวจากงานวิจัยในระหว่างติดตามความดันโลหิต และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 108 คน ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ไม่ได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิต คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 215 คน (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดงผลการติดตามความดันโลหิต

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 1) โดยเป็นชายต่อหญิงในอัตราส่วนประมาณ 1 ต่อ 1 (ชาย ร้อยละ 53) อายุตั้งแต่ 20 ถึง 87 ปี เฉลี่ย 56 ปี (SD = 11.66) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว มีโรคประจำตัว ร้อยละ 11.52 โรคที่เป็น คือ โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ และโรคไทรอยด์เป็นพิษ สาเหตุที่มาโรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือ ตรวจโรคทั่วไป ร้อยละ 74.19 ขอใบรับรองแพทย์ ร้อยละ 25.81 ความดันโลหิตแรกรับส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 (ร้อยละ 76.50)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มได้ใบนัด (n = 107)		กลุ่มไม่ได้ใบนัด (n = 108)		p value
	n	%	n	%	
เพศ					
ชาย	55	51.40	59	54.63	0.635
หญิง	52	48.60	49	45.37	
อายุ (ปี), Mean (SD)	56.19 (11.09)		57.06 (12.27)		
กลุ่มอายุ					
20-44	14	13.08	17	12.96	0.873
45-59	52	48.60	49	45.37	
≥60	41	38.32	45	41.67	
โรคประจำตัว					
ไม่มี	94	87.85	96	88.89	0.812
มี	13	12.15	12	11.11	
ความดันโลหิตครั้งแรก*					
Stage II	78	72.90	86	79.63	0.505
Stage III	26	24.30	20	18.52	
Stage IV	3	2.80	2	1.85	

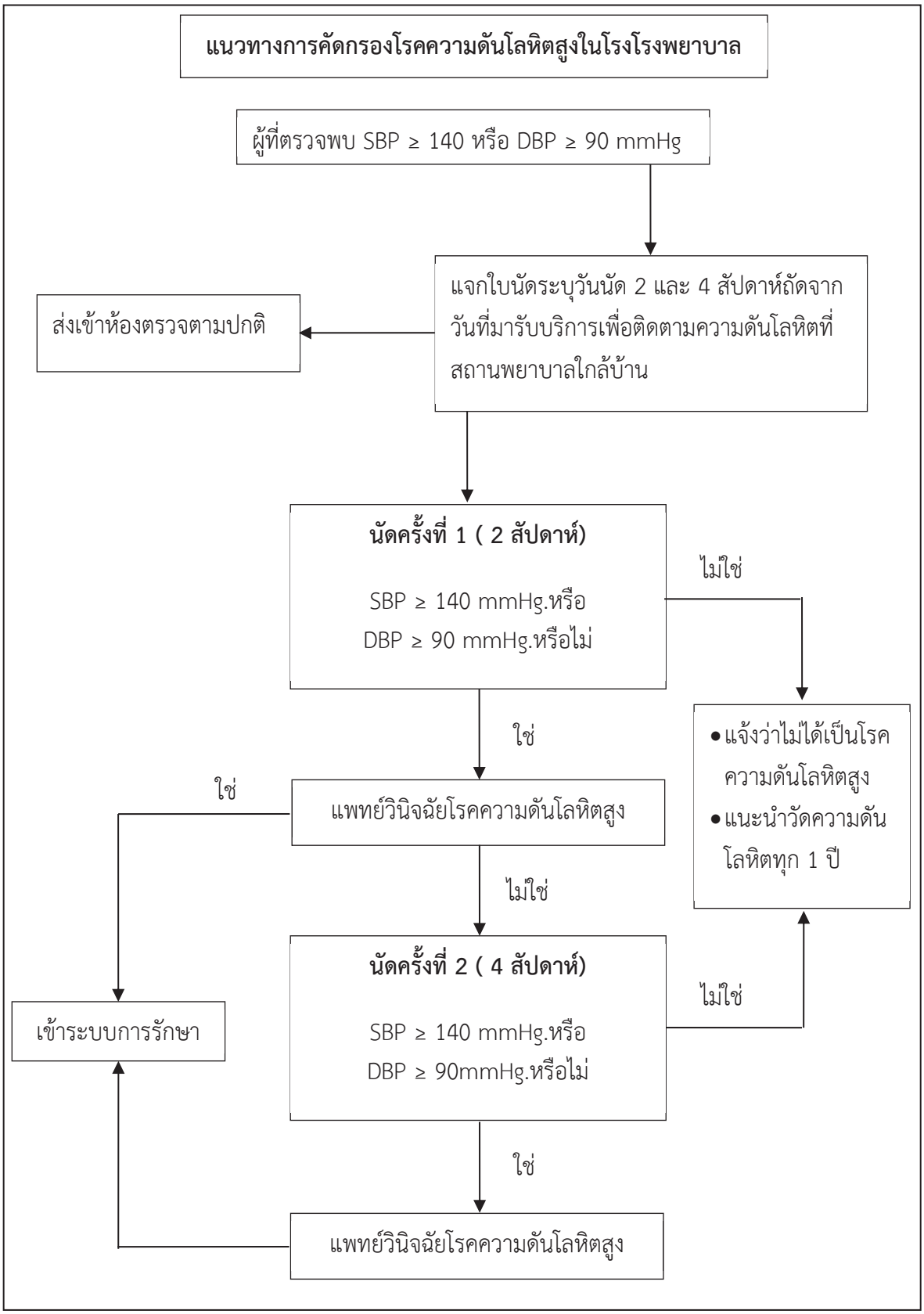
* Stage II SBP ≥ 140 mmHg หรือ DBP ≥ 90 mmHg
Stage III SBP ≥ 160 mmHg หรือ DBP ≥ 100 mmHg
Stage IV SBP ≥ 180 mmHg หรือ DBP ≥ 110 mmHg

ผลลัพธ์

กลุ่มตัวอย่างที่ได้ใบนัดจำนวน 108 คน ไปติดตามความดันโลหิตที่สถานพยาบาลใกล้บ้านหรือในชุมชนจำนวน 107 คน (ร้อยละ 99.07) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 36 คน (ร้อยละ 33.64) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 71 คน (ร้อยละ 66.36) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใบนัด จำนวน 108 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 16 คน (ร้อยละ 14.81) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 92 คน (ร้อยละ 85.19) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้ใบนัด เข้าถึงการวินิจฉัยและรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2.27 เท่า [95%CI 1.34 – 3.83] ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มได้สมุดนัด (n = 107)		กลุ่มไม่ได้สมุดนัด (n = 108)		p value
	n	%	n	%	
การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง					
ไม่เป็น	71	66.36	92	85.19	0.001
เป็น	36	33.64	16	14.81	



ภาพที่ 2 แนวทางการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อกลับมาวัดความดันโลหิตซ้ำที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน ความดันโลหิตกลับมาเป็นปกติ 163 คน (ร้อยละ 75.81) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริงมี 52 ราย (ร้อยละ 24.19) ทั้งนี้แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้สมุดนัดติดตามความดันโลหิต 36 ราย และกลุ่มที่ไม่ได้สมุดนัดติดตามความดันโลหิต 16 ราย ซึ่งเมื่อศึกษาข้อมูลจะเห็นว่า การให้ใบนัดวัดความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต ≥ 140/90 mmHg โดยพยาบาลที่ซักประวัติผู้ป่วยช่วยเพิ่มการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมากกว่าการให้แพทย์วินิจฉัยตามปกติถึง 2.27 เท่า [95%CI 1.34 – 3.83] ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงโรคที่เป็นอยู่ อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง รวมไปถึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยอีกด้วย

การให้ใบนัดวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการวินิจฉัยโรคความดันโลหินสูงเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanuengnij Yueayai และคณะ[8] ที่ทำการศึกษาแบบ pre-post pilot intervention study พบว่าการคัดกรองโรคความดันโลหิตแบบให้ใบนัดวัดความดันโลหิตช่วยเพิ่มอัตราการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 18.6 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Seyed Farzad Jalali และคณะ[9] ที่พบว่า ผู้ใหญ่ 1 ใน 5 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอีกเกือบ ร้อยละ 30

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การให้ผู้ป่วยไปติดตามความดันโลหิตในชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ช่วยลดอัตราการขาดการติดตามการรักษาได้อีกด้วย ซึ่งจากจากศึกษามีผู้ป่วยที่ออกจากการศึกษาระหว่างทำการศึกษาเพียง 1 คนเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Susannah Fleming และคณะ[10] และการศึกษาของ Hassan Al-Riyami และคณะ[11] ที่พบว่าการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านและการวัดความดันโลหิตในชุมชนช่วยเพิ่มการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงได้ประมาณ ร้อยละ 44

สรุปผลการศึกษา

การใช้แนวทางคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการใช้ใบนัดติดตามวัดความดันโลหิตในผู้ที่มีระดับความดันโลหิต ≥ 140/90 mmHg ช่วยเพิ่มการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมากกว่าการให้แพทย์วินิจฉัยตามปกติถึง 2.27 เท่า

ข้อเสนอแนะ

การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ตรวจพบความดันโลหิตสูงควรได้รับใบนัดติดตามความดันโลหิตทุกราย โดยใบนัดนั้นควรแตกต่างไปจากใบนัดติดตามการรักษาปกติ โดยมีเครือข่ายพยาบาลในพื้นที่ร่วมดำเนินการ เพื่อให้แพทย์ผู้ตรวจได้ตระหนักถึงความผิดปกติของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชัยวุฒิ จันดีกระยอม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัยที่อนุญาตให้ศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงคนึงนิจ เยื่อใย และเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนร่วมทุกท่านที่ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015, www.thelancet.com Vol 388 October 8, 2016.
2. อรรถเกียรติกาญจนพิบูลวงศ์. 9 เป้าหมายและ 25 ตัวชี้วัดระดับโลก. ใน: ศิริวรรณพิทยรังสฤษฏ์. รายงานสถานการณ์โรค NCD “kick off the goals” ฉบับที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2557. 2.
3. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_ WHD_2013. 2_eng. pdf, accessed 30 June 2021).
3. Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva : World Health Organization; 2007. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43685, accessed 30 June 2021
4. World Health Organization. News. Fact sheets. Cardiovascular diseases (CVDs). Retrieved June 16 2018. From http: // www. who. int/ mediacentre/ factsheets/ fs317/en/
6. วิชัย เอกพลากร.สรุปสถานการณ์สำคัญโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงหลัก. ใน: ศิริวรรณพิทยรังสฤษฏ์. รายงานสถานการณ์โรค NCD “kick off the goals” ฉบับที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2557. 19.
7. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.
8. Yueayai K, Moran AE, Pratipanwat P, Chaisongkram S, Anosri L, Thitichai P. Hospital-basedintervention to enhance hypertension diagnosis in hospital K, Thailand, 2017-2019: A pre-post pilot intervention study. J Clin Hypertens. 2020; 22: 1310–1320. https://doi.org/10.1111/ jch.13953
9. Jalali S F, Javanian M, Ghadimi R, Bijani A, Mouodi S. Blood Pressure Screening Campaign in the Adult Population. Health Scope. 2021; 10(1) : e110707. https://doi.org/10.5812/jhealthscope.110707.
10. Susannah Fleming, Helen Atherton, David McCartney, James Hodgkinson, Sheila Greenfield, Frederick David Richard Hobbs, Jonathan Mant, Richard J. Mc Manus, Matthew Thompson, Alison Ward, Carl Heneghan, Self-Screening and Non-Physician Screening for Hypertension in Communities: A Systematic Review American Journal of Hypertension 2015; 28 (11) November 2015: 1316-1324. https://doi.org/10.1093/ajh/hpv029

11. Al-Riyami, H., Al-Shezawi, I., Al-Mashari, S. *et al.* Prevalence of high blood pressure and cardiovascular risk factors from a community screening programme in the Middle-East; a 3-year analysis of data from the May Measurement Month programme (2017–2019 in Oman. J Hum Hypertens 2022; 36: 453-460. https://doi.org/10.1038/s41371-021-00616-2