การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย Rama – EGAT Heart Score

ในปัจจุบันประทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นจำนวนมาก เช่น โรงเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง เป็นต้น (IFMSA, 2018) ซึ่งในประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังสูงถึงร้อยละ 71 หรือ 393,000 คน (NONCOMMUNICABLE DISEASES PROGRESS MONITOR, 2017) โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVDs) ที่ทางองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าในทุก ๆ ปี คนเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVDs) มีประมาณ 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของจำนวนการเสียชีวิตทั่วโลก (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ 2/5/61)

จากข้อมูลสถิติ 3 ปีย้อนหลังคือ ปี 2558 2559 และ 2560 มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นจำนวน 57,993 คน และมีแนวโน้มว่าจะมีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจากข้อมูลสถิติล่าสุดปี 2561 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เมษายน พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดรายใหม่ถึง 7,055 คน และยังพบอีกว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายด้วยโรคอันดับที่ 2 จากสาเหตุการตายด้วยโรค 10 อันดับประจำปี2561

(https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11 2/5/61)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด มีด้วยกันอยู่ 4 ปัจจัยหลักๆ คือ ปัจจัยส่วนบุคคลคือ อายุ เพศ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย ปัจจัยด้านสรีระวิทยาร่างกาย เช่น ไขมัน ความดันโลหิต และเบาหวาน เป็นต้น และปัจจัยทางด้านอารมณ์คือ การจัดการกับความเครียด ซึ่งปัจจัยต่าง ๆเหล่านี้ที่เป็นสิ่งที่ชี้นำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลดเลือดหัวใจต่างกัน ซึ่งบางคนอาจมีหลายๆปัจจัยด้านเข้ามารวมกันทำให้มีความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น (สุกิจ และคณะ, 2548; เกษชดา และคณะ, 2558)

จากการศึกษาที่ผ่านมามีการนำเอาแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Framingham heart score, SCORE และ QRISK มาใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Johanna A A G Damen et. al., 2016) ซึ่งแบบประเมินนี้เมื่อในใช้กับประเทศอื่นพบว่าให้ความความเสี่ยงที่เกินความเป็นจริง (Hans-Werner Hense et. al., 2003) ต่อมาได้มีการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่เหมาะสมกับคนโดยชื่อว่า แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama – EGAT Heart Score ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงกับคนไทยมากกกว่า ซึ่งได้มีการเปรียบเทียบพื้นที่ใต้ ROC curve ของแบบประเมินที่ทำโดยบุคลารทางการแพทย์ แบบประเมินด้วยตนเองสำหรับประชาชนทั่วไป และแบบประเมินอย่างง่ายด้วยตนเองของประชาชนโดยไม่ใช้ผลเลือด มีค่าเท่ากับ 0.772 0.712 และ 0.670 ตามลำดับ (สุกิจ และคณะ, 2548) ต่อมาได้มีการทดสอบความถูกต้องของแบบประเมินความเสี่ยง Rama – EGAT Heart Score ในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการทดสอบพื้นที่ใต้กราฟ ROC พบว่าแบบประเมินที่ทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ดัดแปลงมาใช้กับเพศหญิงให้ค่าความแม่นยำสูงสุด โดยมีพื้นที่ใต้กราฟ ROC (area under the ROC curve : AUC) เท่ากับ

0.724 และ 0.849 ในเพศชาย และเพศหญิงตามลำดับ ส่วนแบบประเมินที่ทำด้วยตนเองของประชาชนโดยใช้ร่วมกับผลเลือด และแบบประเมินอย่างง่ายด้วยตนเองของประชาชนโดยไม่ใช่ผลเลือด มีค่า AUC เท่ากับ 0.763 และ 0.69 ตามลำดับ (พัฒนาพร และคณะ 2552)

สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้ตระหนักถึงสุขภาพของบุคลากรของหน่วยงาน และต้องการให้บุคลากรเห็นคุณค่าของสุขภาพของตนเอง ได้จึงได้ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรภายในหน่วยงาน โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama – EGAT Heart Score ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่อคนไทย (สุกิจ และคณะ 2548) ทั้งนี้เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการป้องกัน และส่งเสริมให้บุคลากรมีแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจ