

White Paper

# การกำหนดกรอบนโยบายเกี่ยวกับโรคหัวใจและ หลอดเลือดในภูมิภาคเอเชีย

## ประเทศไทย

**DR. APICHARD SUKONTHASARN**, ศ.เกียรติคุณ นพ. อภิชาติ สุขนครินทร์

**DR. WANNEE NITIYANANT**, ศ.เกียรติคุณ พญ. วรณี นิตยานันท์

**DR. SURAKIT NATHISUWAN**, รศ.ภก. สุรกิจ นาทีสุวรรณ

**NIKHIL KHICHA**, ผู้อำนวยการอาวุโส IQVIA APAC

**PETER KIM**, รองผู้อำนวยการ, เอเชีย, IQVIA APAC

**HONG HUEI TAN**, รองที่ปรึกษา, เอเชีย, IQVIA APAC



# สารบัญ

บทนำ	3
สถานการณ์ของโรคในปัจจุบันเป็นอย่างไร	4
ความจำเป็นที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองที่สำคัญมีอะไรบ้าง	5
การตระหนักรู้ วิธีชีวิต และการป้องกัน	5
การคัดกรองและวินิจฉัย	6
การรักษาและความต่อเนื่องของการดูแลรักษา	6
ถึงตอนนี้ได้มี การทำสิ่งใดไปบ้าง	8
ทางแก้ปัญหาที่มี ศักยภาพอื่นๆมีอะไรบ้าง	9
การตระหนักรู้ วิธีชีวิต และการป้องกัน	9
การคัดกรองและวินิจฉัย	10
การรักษาและความต่อเนื่องของการดูแลรักษา	13
การเรียกร้องให้เกิดการดำเนินการ: ตอนนี้สามารถทำสิ่งใดได้บ้าง	14
เอกสารอ้างอิง	16
ผู้เขียน	18
เกี่ยวข้องกับบริษัท IQVIA Asia Pacific	19

## บทนำ

ในประเทศไทย โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยมีโรคหัวใจและหลอดเลือดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Artherosclerotic CVD: ASCVD) อันประกอบด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic Heart Disease: IHD) เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในหมู่โรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>1</sup> และควบคู่ไปกับภาระมากมายที่เกิดจากโรคดังกล่าว งบประมาณใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งมีมูลค่ารวมหนึ่งหมื่นเก้าพันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2562 ถูกจัดสรรไว้กับการป้องกันและรักษาโรค CVD มากที่สุด<sup>2</sup> ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพต่อคนในประเทศไทยนั้นสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia: SEA) (276 ดอลลาร์สหรัฐ ในประเทศไทย เทียบกับ 152 ดอลลาร์สหรัฐ ในประเทศเวียดนาม และ 112 ดอลลาร์สหรัฐ ในประเทศอินโดนีเซีย เมื่อปีพ.ศ. 2561) แต่ก็ยังนับว่าต่ำกว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมหลักในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific: APAC) เช่น ประเทศญี่ปุ่น และเกาหลีใต้<sup>3</sup> ในทำนองเดียวกัน ค่าใช้จ่ายต่อจำนวนปีสุขภาพ (Disability-adjusted life-year: DALY) ที่เสียไปเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในปีพ.ศ. 2562 ในประเทศไทยมีมูลค่าสูงสุด (109 ดอลลาร์สหรัฐ) เมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่ก็ยังคงเทียบไม่ได้กับประเทศอุตสาหกรรมหลักอื่น ๆ (491 ดอลลาร์สหรัฐ ในประเทศออสเตรเลีย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน)<sup>4</sup> นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยยังอาจตกเป็นรองการใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งที่กำลังเพิ่มขึ้นในขนาดอันใกล้ ซึ่งสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับประเทศอุตสาหกรรมหลักอื่น ๆ ในทวีปเอเชีย

แม้ว่าผู้กำหนดนโยบายในประเทศไทยได้ตอบสนองต่อภาระโรคที่กำลังเพิ่มสูงขึ้นด้วยการริเริ่มหลายโครงการเพื่อลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>5</sup> แต่ก็ยังมีความไม่สอดคล้องกันระหว่างนโยบายและแผนดำเนินการของรัฐบาลในการจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเป็นพิเศษต่อภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งมีอัตราการเกิดของโรคที่เพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในบรรดาปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทั้งหมดในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา<sup>6</sup>

หากไม่ดำเนินการแก้ไขทันที คาดว่าภาระโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแต่จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีสัดส่วนของผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South East Asia: SEA)<sup>7</sup> เอกสารเสนอข้อมูลและคำแนะนำฉบับนี้จะสำรวจปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขที่เกี่ยวข้องกับภาระโรคหัวใจและหลอดเลือดที่กำลังเพิ่มสูงขึ้นในประเทศไทย รวมทั้งนำเสนอกลยุทธ์สำหรับการจัดการปัญหาเหล่านี้ เช่น โครงการเฉพาะสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา และการเข้าถึงยารักษาใหม่ ๆ ที่สามารถออกฤทธิ์ได้นาน

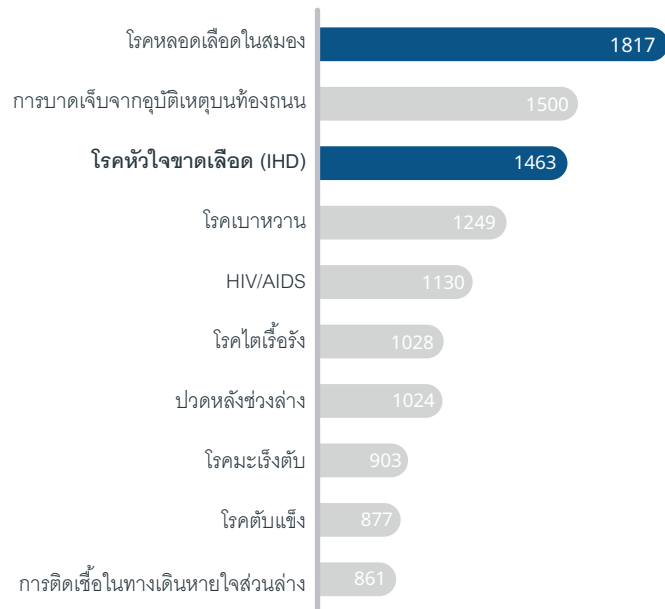
**รัฐบาลจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เนื่องจากภาระทางการแพทย์และทางเศรษฐกิจอันเป็นผลจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นอย่างน่าตกใจในไม่ช้า**

## สถานการณ์ของโรคในปัจจุบันเป็นอย่างไร

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease: CVD) เป็นกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดแดงที่หัวใจ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic Heart Disease: IHD) และโรคหลอดเลือดที่สมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีประชากรผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งมีสาเหตุหลักจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งคิดเป็น 62% ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>1</sup> ด้วยความชุกของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ 8.4% ประเทศไทยมีประชากรผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ความชุกที่ 7.3% ในประเทศสิงคโปร์และ 6.5% ในประเทศมาเลเซีย)<sup>1</sup>

โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในปีพ.ศ. 2562 โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดและโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALY) คิดเป็น 1,463 ปี และ 1,817 ปีต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (ภาพที่ 1)<sup>1</sup> และภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีมากยิ่งมาพร้อมกับค่าใช้จ่ายที่สูงอีกด้วย โดยประมาณการว่าการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และอื่น ๆ) ทำให้ผู้ป่วยชาวไทยต้องเสียค่าใช้จ่าย 215 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ต่อปี<sup>8</sup>

ภาพที่ 1 โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพจำนวนมากในประเทศไทย



HIV/AIDS (ไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคมุ้มน้กับบพร่องในมนุษย์/กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบพร่องจากการติดเชื้อไวรัส)  
ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation – Thailand.  
Available from: <http://www.healthdata.org/thailand>

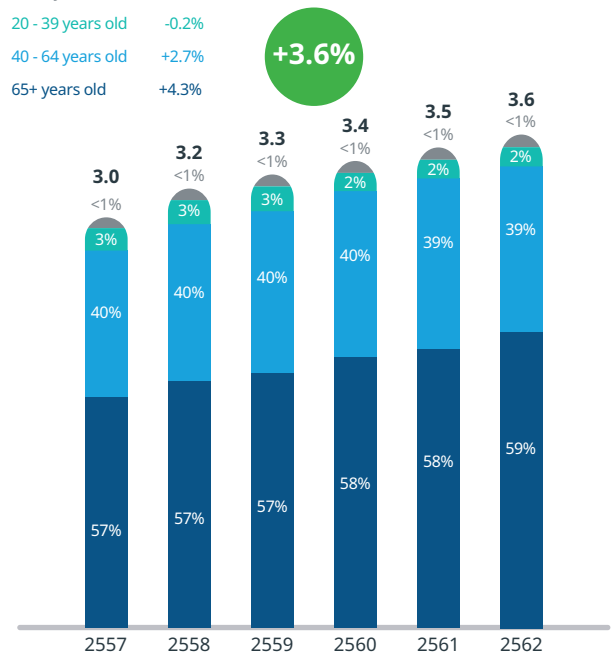
สิ่งที่เห็นได้ชัดคือผู้ป่วยที่เป็น ASCVD ในประเทศไทยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 65 ปี (ภาพที่ 2) โดยมีผู้ป่วย 3 ใน 5 คนอยู่ในกลุ่มอายุนี้นอกจากนี้ ASCVD ยังเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยอีกด้วย ในปีพ.ศ. 2562 โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 2 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี โดยมี DALY อยู่ที่ 11,040 และ 10,179 ปีต่อจำนวนประชากร 100,000 คนตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าประเทศอุตสาหกรรมหลักในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกบางประเทศ เช่น เกาหลีใต้ และได้หวัน<sup>1</sup> ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังมีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วที่สุดในภูมิภาคนี้<sup>7</sup> และมีแนวโน้มว่าภายในปีพ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปถึง 17 ล้านคน ซึ่งมากกว่าหนึ่งในสี่ของจำนวนประชากรทั้งหมด<sup>9</sup> และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในสัดส่วนประชากรที่รวดเร็วนี้ จึงทำให้สัดส่วนผู้ป่วย ASCVD ซึ่งอยู่ในกลุ่มสูงวัยยิ่งสูงขึ้นตามไปด้วย และผลที่ตามมาคือภาระโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล

ภาพที่ 2 ภาระโรคหัวใจและหลอดเลือดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งอยู่ในระดับสูงสุดในกลุ่มประชากรสูงอายุในประเทศไทย

จำนวนผู้ป่วย ASCVD ในประเทศไทยโดยประมาณ แบ่งตามช่วงวัย (หน่วยล้านคน, 2557-2562)

CAGR 2557-2562

0 - 19 years old	-1.7%
20 - 39 years old	-0.2%
40 - 64 years old	+2.7%
65+ years old	+4.3%



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 ภาระโรคนี้จึงมีแต่จะเพิ่มมากขึ้นหากไม่ดำเนินการแก้ไขปัญหาทันที

## ความต้องการหลักที่ยังไม่ถูกเติมเต็มมีอะไรบ้าง

รัฐบาลไทยได้ตั้งเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease: NCD) ที่สำคัญ 4 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โดยตั้งเป้าให้ลดลง 25% ภายในปีพ.ศ. 2568<sup>1</sup> อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>1</sup> อาการป่วยจาก CVD ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน<sup>10</sup> เมื่อเล็งเห็นแล้วว่าปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติการณ์ทางหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular: CV) ครั้งแรก การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่จะต้องพิจารณาเป็นสำคัญเพื่อลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด<sup>10</sup>

ทั้งนี้ ประเทศไทยยังควรปรับปรุงการจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรค CVD ตลอดระยะเวลาการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งพบว่ามีความชุกสูงขึ้นจาก 16.4% เป็น 23.5% ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา<sup>6</sup> กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย

ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระดับชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) และแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ การส่งเสริมความร่วมมือกัน และการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเพื่อลดภาระของโรคไม่ติดต่อที่สามารถหลีกเลี่ยงได้<sup>11</sup> แม้จะมีการกล่าวถึงโรคหัวใจและหลอดเลือดไว้ในโมเดล 5x4x5 แต่ในการดำเนินการตามแผนดังกล่าวยังคงมุ่งเน้นเพียงการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นหลักเท่านั้น<sup>5</sup> ความต้องการที่สำคัญซึ่งยังไม่ถูกเติมเต็มที่นำมากล่าวถึงในที่นี่สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้: การตระหนักรู้ วิถีชีวิตและการป้องกัน; การคัดกรองและการวินิจฉัย; และการรักษา และความต้องการในการดูแลรักษา (ภาพที่ 3)

## การตระหนักรู้ วิถีชีวิต และการป้องกัน

แนวทางเสริมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเป้าหมายอยู่ที่การป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นครั้งที่สองในผู้ที่เคยมีภาวะหัวใจวายหรือโรคหลอดเลือดสมอง โดยปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยา เลิกบุหรี่ ออกกำลังกาย หรือปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ในขณะที่แนวทางหลักในการป้องกันจะหมายถึงขั้นตอนการปฏิบัติในการป้องกันผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ไม่ให้เกิดอุบัติการณ์เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดครั้งแรก แนวทางป้องกันหลักมุ่งเน้นที่การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการจัดการวิถีชีวิต และการรับประทานยา หากจำเป็น<sup>12</sup>

ในประเทศไทยมีการกำหนดนโยบายมากมายสำหรับการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการเรียกเก็บภาษีสรรพสามิตสำหรับเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ และการส่งเสริมการตระหนักรู้และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดการบริโภคแอลกอฮอล์ เกลือ และน้ำตาล<sup>5</sup> เมื่อไม่นานมานี้ หน่วยงานกำกับดูแลในประเทศไทยได้มีคำสั่งห้ามใช้ไขมันทรานส์สังเคราะห์ ซึ่งเป็นสารที่ถูกบ่งชี้ว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งถือเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ได้ดำเนินการดังกล่าว คำสั่งนี้ห้ามการผลิต นำเข้า และขายน้ำมันที่ผ่านการเติมไฮโดรเจเนชันบางส่วน รวมทั้งอาหารใด ๆ ที่มีน้ำมันประเภทดังกล่าวผสมอยู่<sup>13</sup> แม้จะมีความพยายามเหล่านี้ การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพระดับชาติก็ยังไม่ชัดเจน เน้นย้ำถึงภาวะไขมันในเลือดสูง และการส่งเสริมการตระหนักรู้ในสังคมวงกว้างถึงภัยและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงยังคงอยู่ในระดับที่ต่ำ

ภาพที่ 3 สรุปความต้องการที่สำคัญซึ่งยังไม่ได้รับการตอบสนองในประเทศไทย





## การคัดกรองและวินิจฉัย

โครงการรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบครอบคลุมเพื่อส่งเสริมการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดีและการตระหนักรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย ได้นำไปสู่อัตราการวินิจฉัยปัจจัยเสี่ยงซึ่งปรับเปลี่ยนได้ (ภาวะความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง) ที่ดีขึ้นในปี.ศ. 2557 เมื่อเทียบกับปี.ศ. 2547<sup>6</sup> แต่ถึงกระนั้น อัตราการวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูงยังคงอยู่ในระดับต่ำ (37.5%) เมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเดียวกัน (ภาพที่ 4)<sup>14-16</sup> และเมื่อเทียบกับปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น โรคเบาหวาน (69.4%) และภาวะความดันโลหิตสูง (51.2%) อัตราการวินิจฉัยที่สำคัญสำหรับภาวะไขมันในเลือดสูงอาจเป็นผลจากการไม่กำหนดเป้าหมายความชุกและอัตราการวินิจฉัย และขาดระบบคัดกรองหรือเฝ้าระวังโรค<sup>6</sup> นอกจากนี้การขาดแคลนโครงการที่มีเป้าหมายเฉพาะสำหรับภาวะไขมันในเลือดสูงอาจส่งผลให้ประชาชนทั่วไปมองว่าการควบคุมระดับคอเลสเตอรอล หรือคอเลสเตอรอลชนิดไลโปโปรตีน ความหนาแน่นต่ำ (Low-density lipoprotein cholesterol: LDL-C) มีความสำคัญน้อยกว่าการควบคุมระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือด

## “ความจำเป็นซึ่งยังไม่ได้รับการตอบสนองประการสำคัญในการจัดการโรคหัวใจและหลอดเลือด อยู่ในขั้นตอนก่อนการวินิจฉัย เนื่องจากการตระหนักรู้ถึงโรคในสาธารณชนทั่วไปยังอยู่ในระดับต่ำ”

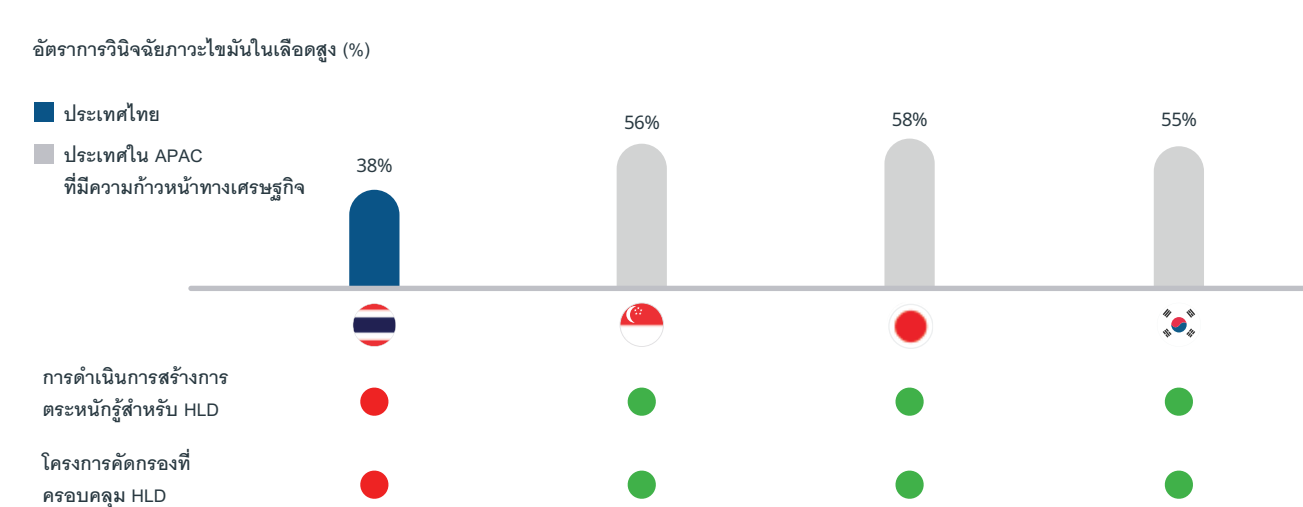
– ผู้เชี่ยวชาญในอุตสาหกรรมยาในประเทศไทย

## การรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

ความแตกต่างระหว่างปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงพบได้หลังการวินิจฉัยจากการสำรวจสุขภาพประชากรในประเทศไทย (National Health Examination Survey: NHES) ครั้งที่ 6 พบว่าภาวะไขมันในเลือดสูงมีอัตราการเริ่มให้การรักษาต่ำสุด (31.9%) เมื่อเทียบกับโรคเบาหวาน (55.5%) และภาวะความดันโลหิตสูง (47.6%)<sup>6</sup> อัตราการเริ่มให้การรักษาที่มีความใกล้เคียงกันระหว่างโปรแกรมประกันสุขภาพ 3 โปรแกรมในประเทศไทย ได้แก่ สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBMS) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme: UCS) และสิทธิประกันสังคม (Society Security Scheme: SSS) ข้อมูลที่ได้จาก 25 ศูนย์ทั่วประเทศไทยบ่งชี้ว่า ถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ASCVD หรือมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการต่อการเกิดโรค ASCVD จะได้รับการรักษาตามคำแนะนำที่กำหนดไว้ในเวชปฏิบัติ แต่การรักษาปัจจัยเสี่ยงต่อ ASCVD ที่น้อยกว่าจำเป็นยังคงอยู่ในอัตราที่สูงที่ 35.8%, 45.3% และ 59.0% สำหรับภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ<sup>17</sup>

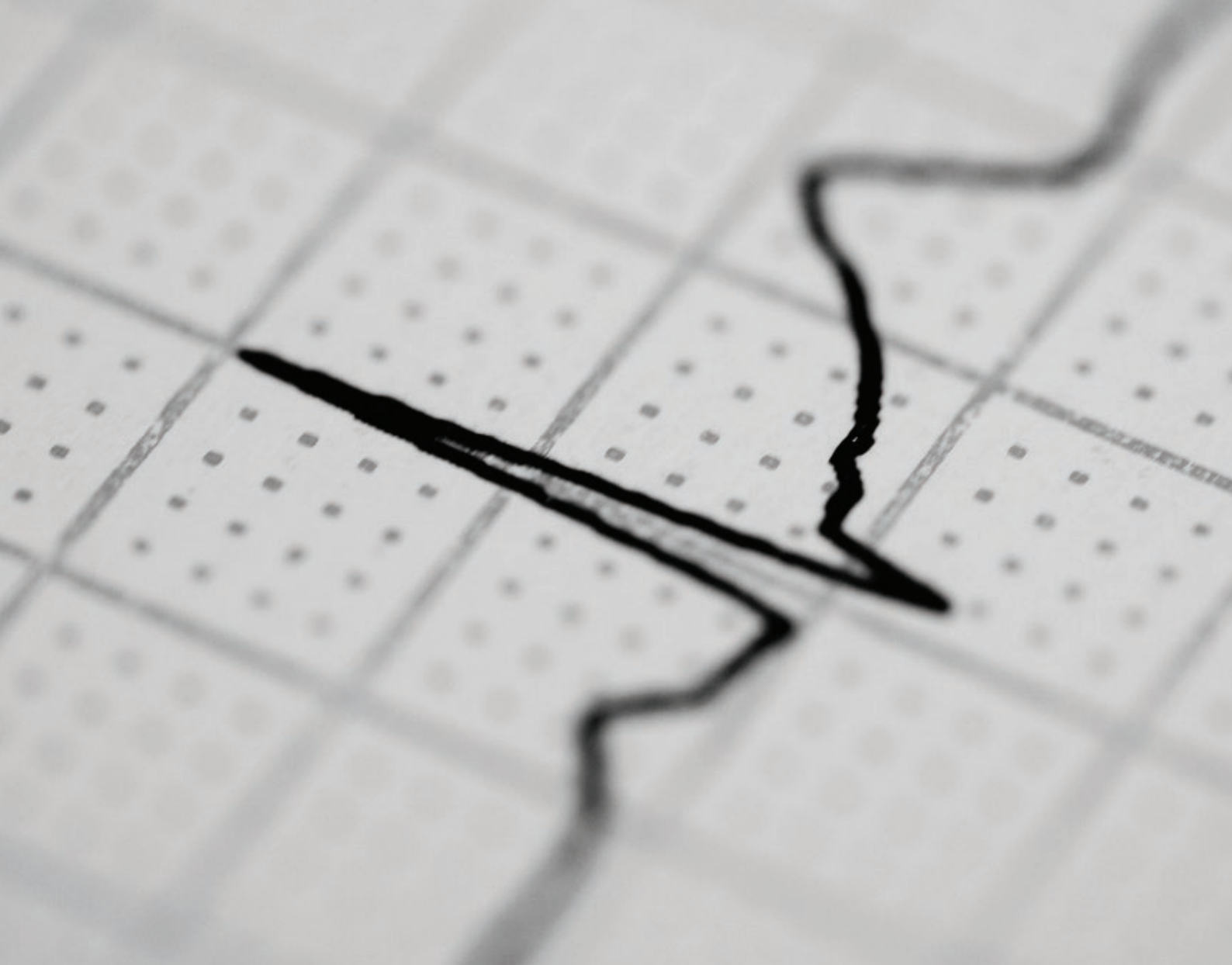
ปัจจัยที่เป็นไปได้หลายประการอาจเป็นสาเหตุของการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยที่ต่ำกว่าระดับที่เหมาะสม การไม่ตระหนักรู้ว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นโรคภัยร้ายแรงชนิดหนึ่งนั้นได้นำไปสู่เกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่สูงเกินไปและความล่าช้าในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ในการกำหนดหรือปรับแผนการรักษา การขาดการตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของภาวะไขมันในเลือดสูง, การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาที่จัดอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีอาการทางหัวใจและหลอดเลือด, ความกังวลเรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากยา, การไม่ปฏิบัติตามกระบวนการรักษา, และการขาดความรู้เกี่ยวกับผลของการได้รับการรักษาที่ไม่เพียงพอ ล้วนอาจส่งผลให้การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับต่ำกว่าที่ควร<sup>17</sup>

ภาพที่ 4 อัตราการวินิจฉัยปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับสูงในประเทศที่มีโครงการตระหนักรู้และการคัดกรองซึ่งเน้นภาวะไขมันในเลือดสูง



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 เนื่องจากพวกเขามองว่าภาวะไขมันในเลือดสูงมีความเสี่ยง น้อยกว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อันอาจเป็นผลมาจากการขาดการตระหนักรู้ นอกจากนี้ ภาวะไขมันในเลือดสูงก็ตรวจเก็บข้อมูลได้ยากกว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง”**

– ผู้นำทางความคิด นำทางความคิดคนสำคัญ  
(Key opinion leader)  
จากโรงพยาบาลชั้นนำในประเทศไทย

แม้ว่าประเทศไทยมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาเกือบ 20 ปี แต่การสำรวจระดับชาติเมื่อไม่นานมานี้ พบว่า มีผู้ป่วยด้วยภาวะไขมันในเลือดสูง (ค่าคอเลสเตอรอลรวม  $\geq 240$  มก./เดซิลิตร) เพียง 26.5% ที่บรรลุเป้าหมายการควบคุมระดับไขมัน<sup>6,18</sup> อัตราการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับต่ำนั้นอาจเป็นผลมาจากความลังเลของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะปรับหรือเพิ่มขนาดยาเพื่อลดระดับ LDL-C และการไม่ปฏิบัติตามคำสั่งในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงความไม่เต็มใจของผู้ป่วยที่จะเริ่มการรักษา ดุลยพินิจของแพทย์ที่เลือกใช้ยาที่มีฤทธิ์น้อยในการรักษาลำดับแรก รวมถึงการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาแบบเก่า ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง<sup>17</sup>

**“แม้ว่าในอดีตแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจและด้านต่อมไร้ท่อจะไม่ค่อยอยากใช้ ยากลุ่มสแตตินที่มีความเข้มข้นสูง แต่ปัจจุบันมีการยอมรับมากขึ้น และมีการใช้ยากลุ่มสแตตินความเข้มข้นสูงเพื่อให้สามารถควบคุมระดับ LDL-C ได้ตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม อัตราการควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงยังคงอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำในประเทศไทย”**

— ผู้นำทางความคิดคนสำคัญ (Key opinion leader)  
จากโรงพยาบาลชั้นนำในประเทศไทย

ปัจจัยสำคัญอีกประการที่ส่งผลให้มีการควบคุมระดับ LDL-C ได้ไม่ดี คือการเข้าถึงวิวัฒนาการด้านการรักษาใหม่ๆ ได้น้อยในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาภาวะไขมันผิดปกติของภาควิทยาศาสตร์อายุรแพทย์แห่งประเทศไทยซึ่งตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ. 2559 นั้นล้าสมัยแล้ว แนวทางปฏิบัติดังกล่าวไม่ได้รวมยารชนิดใหม่ที่ใช้เพื่อลดระดับ LDL-C ในผู้ป่วยที่เป็น ASCVD ซึ่งยานี้เป็นตัวเลือกใหม่ที่สำคัญตามคำแนะนำในแนวทางการรักษาระดับสากล<sup>19,20</sup> คำแนะนำในแนวทางการรักษาที่แตกต่างกันนี้อาจช่วยอธิบายถึงอัตราการบรรลุเป้าหมาย LDL-C ในระดับต่ำ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากบุคลากรทางแพทย์ไม่เลือกแนวทางรักษาอื่นที่นอกเหนือจากยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (National List of Essential Medicines: NLEM) ซึ่งมียากลุ่มสแตตินเป็นยาหลัก

**“หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับไขมันของตนได้ด้วยสแตติน แพทย์ก็ไม่มีทางเลือกอื่นที่จะใช้ในการรักษาได้ เนื่องจากเป็นยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถนำไปขอเบิกเงินคืนได้”**

— ผู้เชี่ยวชาญในอุตสาหกรรมยาในประเทศไทย

นอกจากนี้เกณฑ์การเบิกจ่ายที่เข้มงวดสำหรับยาใหม่ยังเป็นอุปสรรคต่อการนำยาเหล่านี้เข้าสู่ตลาด ในประเทศไทยอีกด้วย ยาเหล่านี้จะสามารถเบิกจ่ายได้ด้วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการเท่านั้น ซึ่งครอบคลุม เพียงแค่ 5-10% ของประชากรไทย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องจ่ายเงินเองเพื่อรับการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดภาระทางการเงินอย่างมากสำหรับผู้ป่วย<sup>21</sup> นอกจากนี้ประเด็นปัญหานี้แล้ว ยังมีประเด็นเกี่ยวกับการใช้จ่ายด้านยารักษาในประเทศไทยนั้น ซึ่งถึงแม้ว่าจะสูงกว่าประเทศอื่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่ในปัจจุบันก็มุ่งเน้นไปที่การรักษาโรคอื่นๆ เช่น เบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง<sup>21</sup> ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรพิจารณาเพิ่มการใช้จ่ายงบประมาณในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงเพื่อสะท้อนถึงภาระของโรคที่แท้จริง รวมทั้งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความต่อเนื่องในการดูแลรักษานั้น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ในเขตเมือง มีอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลรักษาดีพอสมควร (70-80%) อย่างไรก็ตาม การขาดระบบลงทะเบียนผู้ป่วยระดับประเทศเพื่อการติดตามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ASCVD นั้น แสดงให้เห็นถึงการขาดระบบการเฝ้าระวังสำหรับการดูแลรักษาต่อเนื่องในประเทศไทย<sup>22</sup> ซึ่งประเด็นนี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบรรดาผู้ใช้ชีวิตในพื้นที่ชนบท และจำเป็นต้องเน้นย้ำถึงความสำคัญของการพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษา เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงและใช้ยาที่มีการออกฤทธิ์ระยะยาว เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

**“อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา และคงความต่อเนื่องในการรักษาอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันสำหรับปัจจัยเสี่ยงหลักทั้งสามประการ แต่อยู่ในระดับที่สูงกว่าในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากพวกเขาตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการโรคที่ตนเองเป็นมากกว่า อย่างไรก็ตาม สถิติเหล่านี้ อาจอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าในพื้นที่นอกกรุงเทพฯ เนื่องจากปัญหาด้านการรู้หนังสือของผู้ป่วย”**

— แพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจในโรงพยาบาลชั้นนำของประเทศไทย



ภาพที่ 5 บทสรุปข้อเสนอแนวทางการแก้ปัญหาและแผนงานเพื่อการจัดการโรคหลอดเลือดหัวใจ



## ณ ปัจจุบันได้มีการทำอะไรไปแล้วบ้าง

นอกเหนือจากการโครงการที่ได้กล่าวถึงไปก่อนหน้านี้ หน่วยงานของไทยได้ดำเนินการหลายขั้นตอน เพื่อเพิ่มอัตราการวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเริ่มต้นและเพื่อเพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมายในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปีพ.ศ. 2563 และ 2564 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำเครื่องมือสำหรับให้ความรู้ที่เรียกว่า “รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง” (“Know your numbers, know your risks”) เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วย โดยใช้คะแนนความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของประเทศไทย โครงการนี้ยังให้คำอ้างอิงสำหรับเป้าหมายดัชนี

มวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดด้วย นอกจากนี้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยยังได้ออก “นโยบายการสร้างสุขภาพภาวะในที่ทำงาน” (“Healthy Workplace Policy”) เพื่อเสริมสร้างสุขภาพและสุขภาพที่ดีในสถานที่ทำงานซึ่งครอบคลุมถึงการออกกำลังกายและโภชนาการ

ปีนี้ รัฐบาลได้ริเริ่มแนวทางใหม่ ๆ หลายแนวทางสำหรับการเฝ้าติดตามและประเมินโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งรวมถึงแอปพลิเคชันไทยสุขภาพ (“ThaiSook”) สำหรับการติดตามตัวเลขบ่งชี้สุขภาพทางหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วย และมอบหมายผู้ดูแลแนะนำเพื่อให้คำปรึกษาด้านวิถีชีวิตแก่ผู้ป่วย โดยมีโครงการฝึกอบรมผู้นำด้านสุขภาพในสถานที่ทำงาน รวมทั้งโครงการริเริ่มการควบคุมน้ำหนักที่มีแผนดำเนินการทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2566

## กรณีศึกษา 1: ชุมชนผู้สร้างชาติที่มีสุขภาพดีในประเทศมาเลเซีย (Healthy Community of Nation Builders in Malaysia, KOSPEN)<sup>23</sup>



KOSPEN เป็นโครงการโดยรัฐบาลมาเลเซียเพื่อการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ เพื่อส่งเสริมให้ชาวมาเลเซียนำวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดีมาปรับใช้และปฏิบัติเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ โครงการดังกล่าวมุ่งเน้นที่ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และการควบคุมน้ำหนัก รวมทั้งการคัดกรองและส่งต่อเพื่อตรวจหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น กิจกรรมในโครงการนี้ส่งเสริมให้รับประทานอาหารเช้าสุขภาพ (โดยการลดการบริโภค เกลือและน้ำตาล) การใช้ชีวิตให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ และการเลิกสูบบุหรี่ ร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการตรวจวัดและคัด

กรองในเรื่องของความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย จนถึงปัจจุบันมีการจัดตั้งที่ทำการสาขามากกว่า 6,000 แห่งที่มีอาสาสมัครผู้ผ่านการฝึกอบรมเข้า ดำเนินโครงการ 40,000 คน ในการประเมินผลโครงการเมื่อไม่นานมานี้ พบว่าประชากร 66% รู้จัก KOSPEN และผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูง 750,000 คนได้ผ่านการคัดกรองและส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติม



## แนวทางแก้ไขปัญหาคืออื่น ๆ มีอะไรบ้าง

แม้จะมีความพยายามต่าง ๆ จากหน่วยงานของไทยในการลดภาระจากโรค ASCVD แต่ยังคงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมมากขึ้นในการจัดการปัญหาโรคดังกล่าว และความต้องการซึ่งยังไม่ได้รับการตอบสนองตลอดเส้นทางของการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับภาวะไขมันในเลือดสูง แนวทางแก้ไขปัญหาคือจะกล่าวถึงต่อจากนี้อาจช่วยส่งเสริมและปรับปรุงการจัดการโรคและความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผลการรักษาสำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงดีขึ้นในที่สุด (ภาพที่ 5)

### การตระหนักรู้วิถีชีวิต และการป้องกัน

เพื่อกระตุ้นความกระตือรือร้น การให้ความสำคัญ และการตระหนักรู้ในเรื่องภาวะไขมันในประชากรทั่วไป รัฐบาลสามารถพิจารณาโครงการที่มีเป้าหมายเฉพาะในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตั้งแต่นั้นๆ (กรณีศึกษา 1) โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และปรับปรุงการจัดการโรคในระยะ

ยาว นอกจากนี้รัฐบาลยังสามารถศึกษาการร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐและเอกชนในประเทศอื่น (กรณีศึกษา 2) และพิจารณาการประยุกต์โครงการที่คล้ายคลึงกัน โดยปรับให้เข้ากับบริบทของโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย

### การคัดกรองและการวินิจฉัย

ภายใต้นโยบายควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยในปัจจุบัน ควรต้องมีภาระหนักและจัดการกับปัญหาการพลาดโอกาสในการตรวจคัดกรองระดับไขมัน รัฐบาลสามารถพิจารณาดำเนินการโครงการคัดกรองในชุมชน คล้ายกับโครงการที่ได้ดำเนินการสำหรับโรคความดันโลหิตสูง (กรณีศึกษา 3) นอกจากนี้ รัฐบาลยังจำเป็นต้องพิจารณาขยายโครงการตรวจคัดกรองเพื่อให้ครอบคลุมถึงภาวะไขมันในเลือดสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง (กรณีศึกษา 4) และประชากรวัยทำงานที่มีอายุน้อย (กรณีศึกษา 5) ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มอัตราการวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ดีขึ้นต่อไป และการแก้ไขปัญหาคือขับเคลื่อนโดยนโยบายซึ่งส่งเสริมการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมายชัดเจนในการวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือด (กรณีศึกษา 6) ก็มีความสำคัญเท่าเทียมกัน

## กรณีศึกษา 2: โครงการส่งเสริมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพของสิงคโปร์<sup>24</sup>



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

ต้นของโครงการนี้คือการเพิ่มจำนวนมื้ออาหารที่บริโภคนอกบ้าน ให้เป็นอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้นเป็น 180 ล้านมื้อต่อปี และเพิ่มขึ้นเป็น 20% ของมื้ออาหารที่บริโภคนอกบ้าน

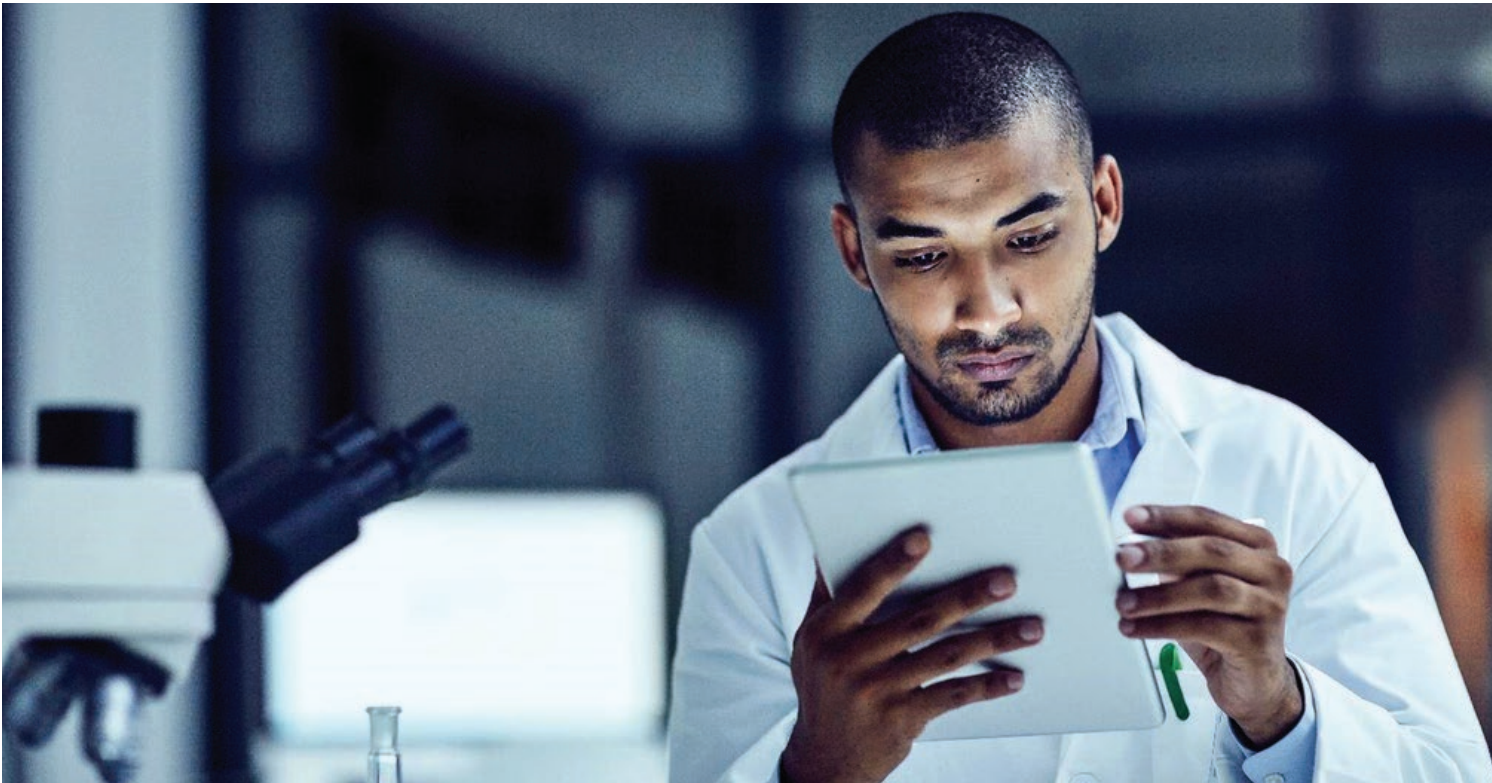
ทั้งหมดภายในปีพ.ศ. 2563 ทั้งนี้ระหว่างปีพ.ศ. 2557 และพ.ศ. 2560 มื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ ที่ขายผ่านโครงการดังกล่าวมีจำนวนเพิ่มขึ้น 300% และมีพันธมิตรมากกว่า 2,000 ร้านค้าเข้าร่วมโครงการ นับตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการเป็นต้นมา



### กรณีศึกษา 3: การคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงประจำปีระดับชุมชน<sup>25</sup>

ทุกปีในประเทศไทย จะมีการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงระดับชุมชนทั่วประเทศสำหรับผู้ใหญ่อายุ 35 ปีหรือมากกว่าทั้งหมดในกลุ่มประชากรระดับตำบลหรือหมู่บ้านที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ขอบเขตของโครงการนี้ นอกจากการคัดกรองหาภาวะความดันโลหิตสูงแล้วยังรวมถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยโรคสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูง และการติดตามผล

รายงานผลจากโครงการดังกล่าวในปีพ.ศ. 2562 ระบุว่าผู้ใหญ่จำนวนทั้งสิ้น 17 ล้านคนได้รับการตรวจคัดกรองหาภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งคิดเป็น 88% ของประชากรเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนด ทั้งนี้พบว่า 74% มีความดันโลหิตในระดับปกติ (ความดันโลหิต <130/80 มม.ปรอท) 22% มีภาวะความดันโลหิตสูงขั้นต้น และ 4% มีภาวะความดันโลหิตสูง ทุกคนที่มีความดันโลหิต  $\geq 130/80$  มม.ปรอท ถูกส่งต่อเพื่อรับการตรวจติดตามเพิ่มเติม และเพื่อยืนยันการวินิจฉัยที่ศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาลตำบล



### กรณีศึกษา 4: หัวใจล้านดวงในสหรัฐอเมริกา<sup>26</sup>



หัวใจล้านดวงเป็นโครงการคัดกรองในสหรัฐอเมริกาที่มีแนวทางปฏิบัติและเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับชุมชน เพื่อให้มีความสำคัญเป็นลำดับต้นๆสำหรับการตรวจหาปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่เนิ่นๆและการป้องกันอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยงสูง (เช่น คนสูบบุหรี่ ผู้ใหญ่ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น) โครงการนี้ใช้ประโยชน์จากบันทึกสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อคัดกรองและระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และทำการติดต่อเชิงรุกหาผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงหรือภาวะไขมันในเลือดสูงที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย โครงการนี้ได้ใช้ข้อมูลในเครือข่ายระดับชาติซึ่งมีพันธมิตรจากภาคเอกชนมากกว่า 300 ราย และหน่วยงานของรัฐบาลกลาง 20 หน่วย

งานทั่วทั้ง 50 รัฐ เพื่อดำเนินการกิจกรรมการตรวจคัดกรองต่างๆ นอกจากนี้ โครงการนี้ยังให้การสนับสนุนและมีกฟนผู้ช่วยรวมทั้งสมาชิก ในครอบครัวให้เฝ้าติดตามระดับความดันโลหิตและคอเลสเตอรอลที่บ้านอีกด้วย

นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการในปีพ.ศ. 2555 โครงการนี้พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย 27,000 ราย และป้องกันการเกิดภาวะหัวใจวาย โรคหลอดเลือดในสมอง และอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ โรคหัวใจและหลอดเลือดเฉียบพลันได้ประมาณ 135,000 ครั้ง ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายทางอ้อมในกระบวนการรักษาได้ 5,600 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ โดยประมาณจากการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและตรวจพบปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่เนิ่นๆ

## กรณีศึกษา 5: โครงการคัดกรองระดับชาติของเกาหลีใต้ เพื่อค้นหาภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูง<sup>27</sup>



ประเทศเกาหลีใต้ได้พัฒนาโครงการคัดกรองระดับชาติแบบไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อตรวจหาโรคเรื้อรังสำหรับชาวเกาหลีใต้ทุกคนที่มีอายุ 20 ปีหรือมากกว่า โครงการคัดกรองนี้ครอบคลุมภาวะไขมันในเลือดสูง (ทุก 4 ปี) ภาวะความดันโลหิตสูง (ทุก 2 ปี) และโรคเบาหวาน (ทุก 2 ปี)

โครงการแรกเริ่มมีให้เฉพาะผู้ที่สมัครเข้าร่วมแผนประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น นั่นหมายความว่าชาวเกาหลีใต้ 3% ที่อยู่ในโครงการความช่วยเหลือทางการแพทย์ (Medicaid) ไม่มีคุณสมบัติที่จะเข้าร่วมในโครงการนี้ ในปีพ.ศ. 2550

ประชากรเป้าหมายแรกเริ่มได้ขยายวงกว้างขึ้นจากช่วงเริ่มต้น และมีการอนุญาตให้เข้าถึงโครงการได้มากขึ้นผ่านโครงการคัดกรองระดับชาติสำหรับประชากรช่วงวัยเปลี่ยนผ่าน นับแต่นั้นเป็นต้นมา ประชากรเป้าหมาย 66% ก็ได้เข้าร่วมโครงการคัดกรองดังกล่าว และนอกจากนี้ยังมีรายงานจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงว่าได้ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและให้ความร่วมมือในการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานของตนดีขึ้นอันเป็นผลมาจากการสมัครเข้าร่วมในโครงการนี้

### การรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

เพื่อเพิ่มอัตราการเริ่มให้การรักษา รัฐบาลสามารถพิจารณาโครงการที่มุ่งเน้นการจัดการภาวะไขมันในเลือดสูง เพื่อวินิจฉัยและจัดการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่ไม่สามารถควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูงได้ดีเท่าที่ควร (กรณีศึกษา 7)

ยารักษาชนิดใหม่ที่ออกฤทธิ์นานและมีประสิทธิภาพดีกว่าเดิมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและผลการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ดีขึ้นกว่าเดิม ในประเทศไทย จากแบบจำลองผลกระทบต่อรายจ่ายซึ่งสร้างโดยบริษัทโนวาริตัส การนำยารักษาใหม่มาใช้เพื่อควบคุมระดับ LDL-C ในผู้ป่วยความเสี่ยงสูงหรือผู้ป่วยที่รับการบำบัดแบบผสมผสานไม่ได้ผล ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายเป็นมูลค่ารวมถึง 285 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ และช่วยเพิ่มจำนวนปีคุณภาพชีวิต (Quality-adjusted life-years: QALY) ได้ประมาณ 80,678 ปีในช่วงระยะเวลา 10 ปี (ภาพที่ 6)<sup>30</sup>

แม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ASCVD ในประเทศไทยจะมีอัตราการปฏิบัติตามกระบวนการรักษาและคงความต่อเนื่องในการดูแลรักษาที่อยู่ในระดับสูง แต่ก็ยังสามารถเพิ่มการสร้างความรู้ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคให้มากขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ชนบท และรัฐบาลสามารถพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยอาศัยกลไกระดับชุมชน นโยบาย และ/หรือยารักษา เพื่อช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลรักษา โครงการ COACH ในประเทศออสเตรเลีย<sup>31</sup> และแผนระยะยาวสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดของหน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติในสหราชอาณาจักร<sup>32</sup> เป็นตัวอย่างของโครงการแก้ปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดระยะยาวที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในกระบวนการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง: การวินิจฉัย การรักษา และการติดตามผลให้มีประสิทธิภาพที่สุด

## กรณีศึกษา 6: นโยบายการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของสหราชอาณาจักร<sup>28</sup>



แผนระยะยาวของหน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) (พ.ศ. 2562 - 2571) ของสหราชอาณาจักรยอมรับว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสำคัญลำดับต้นๆ ในส่วนของการรักษาพยาบาลและวางเป้าหมายที่จะป้องกันอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดตลอดเส้นทางการรักษาของผู้ป่วย แผนระยะยาวนี้มีเป้าหมายเพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติทำงานร่วมกับสาธารณสุขของประเทศอังกฤษ และหน่วยงานควบคุมดูแลด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมองให้ได้มากกว่า 150,000 ครั้งในช่วง 10 ปีข้างหน้า และเพื่อบรรลุผลดังกล่าว จะต้องมีการปรับปรุงประสิทธิภาพการตรวจสุขภาพโดยหน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติโดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาเพื่อให้การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุด ให้การวินิจฉัยและรักษา ที่ตรงจุดและเหมาะสมที่สุด

และลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากรโดยรวมให้เหลือน้อยที่สุดโดยให้มีกระบวนการตรวจติดตามผลและส่งต่อที่ทันทั่วทั้งที่ กิจกรรมภายในกรอบนโยบายนี้ครอบคลุมถึงการส่งเสริมการตระหนักรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง การตรวจคัดกรองตั้งแต่เนิ่นๆ และการสนับสนุนในระดับชุมชนเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด การเพิ่มการเข้าถึง การตรวจสุขภาพ และการตรวจเลือด (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีประวัติภาวะคอเลสเตอรอลสูงในครอบครัว) การบ่งชี้กรณีผู้ป่วยที่สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการรักษาและการจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ผ่านทางจุดบริการสุขภาพด่านแรก รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ



## กรณีศึกษา 7: คลินิกรักษาโรคไขมันสูงแบบสหสาขาในสหรัฐอเมริกา<sup>29</sup>



จุดประสงค์ของคลินิกรักษาโรคไขมันสูงแบบสหสาขา (Multidisciplinary lipid clinic: MDLC) คือการนำแนวทางปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มาประยุกต์ให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง คลินิกรักษาโรคไขมันสูงแบบสหสาขา ซึ่งจัดตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2562 ให้การดูแลรักษาผ่านคลินิกแบบรวมศูนย์ภายใต้ระบบสาธารณสุข ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาเป็นผู้ที่ยังไม่สามารถบรรลุนิยามการรักษาระดับคอเลสเตอรอลและ ไตรกลีเซอไรด์สูงได้ในปัจจุบันจากการดูแลรักษาในสถานบริการสุขภาพผ่านแรกหรือคลินิกโรคหัวใจ คลินิกรักษาโรคไขมันสูงแบบสหสาขา มีเจ้าหน้าที่เป็นแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านไขมัน ขณะนี้ผู้ให้คำปรึกษา

ด้านพันธุกรรมและเภสัชกรต่างได้ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง ด้านการจัดการภาวะเกี่ยวกับไขมัน คลินิกนี้เปิดให้บริการทุกสองเดือน ณ สถานที่ตั้งคลินิกแห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุข จนถึงปัจจุบันนี้มีการส่งต่อผู้ป่วยมายังคลินิกรักษาโรคไขมันสูงแบบสหสาขา 420 คนในแต่ละปี โดยมีผู้ป่วย 83 คนที่ได้รับการรักษาภาวะไขมันในคลินิกรักษาโรคไขมันสูงแบบสหสาขา โครงการดังกล่าวนี้ไม่เพียงช่วยให้อัตราการวินิจฉัย/ความแม่นยำดีขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม แนวทางการรักษาดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยให้ประสิทธิผลการรักษาดีขึ้นอีกด้วย โดยอัตราการควบคุมระดับ LDL-C ดีขึ้นจาก 15% ในปีพ.ศ. 2562 เป็น 70% ในปีพ.ศ. 2563

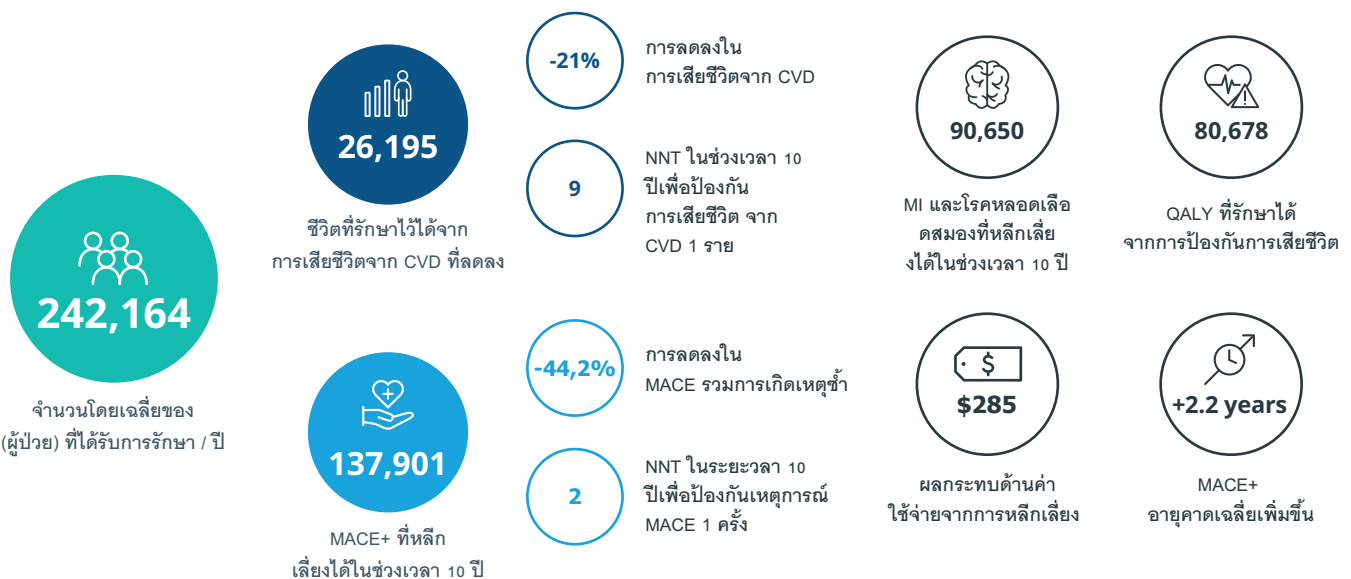
การใช้ยาที่ออกฤทธิ์นานสามารถช่วยเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาและคงความต่อเนื่องในการดูแลรักษาได้ ข้อควรพิจารณาประการหนึ่งคือการตอบสนองต่อยาลดระดับไขมันที่ออกฤทธิ์นานเหล่านี้ อาจแตกต่างกันไปในกลุ่มชาติพันธุ์ที่หลากหลายในประเทศไทย การใช้อินซูลินดีกลูเด็ค (insulin degludec) (กรณีศึกษา 8) เป็นตัวอย่างหนึ่งของการบำบัดด้วยยาฉีดแบบออกฤทธิ์นานที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย<sup>33</sup>

## การกระตุ้นให้เกิดความสนใจ: สามารถทำอะไรได้บ้างในเวลาสั้น

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะทางเศรษฐกิจและทางการแพทย์เป็นอย่างมากในประเทศไทย เนื่องจากประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ภาวะนี้จะยังคงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วต่อไปตราบนานเท่าที่ยังมีช่องโหว่ในนโยบายการจัดการโรคหัวใจและหลอดเลือดในปัจจุบัน รัฐบาลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขปัญหานี้ และร่วมรับรู้ถึงความจำเป็นเร่งด่วน

ภาพที่ 6 ผลลัพธ์จากโมเดลผลกระทบด้านงบประมาณ (จากการคำนวณครอบคลุมช่วงเวลา 10 ปี)

### ผลกระทบในหนึ่งกลุ่มประชากร



MACE (การเกิดเหตุการณ์แทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจที่รุนแรง); MI (กล้ามเนื้อหัวใจตาย); NNT (จำนวนที่จำเป็นต้อง ได้รับการรักษา)  
ที่มา: โมเดลผลกระทบภายในจากบริษัท Novartis



## กรณีศึกษา 8: การปรับใช้ยาที่ออกฤทธิ์นานและมีผลข้างเคียงน้อยกว่า<sup>33</sup>



ยาที่ออกฤทธิ์นานที่ใช้ในการรักษาปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง สามารถช่วยลดความถี่ในการติดตามผลการรักษาและการเฝ้าติดตามได้ และอาจช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้ดีขึ้น อินซูลินดีกลูเด็ค (insulin degludec) เป็นอินซูลินอะนาล็อกที่ออกฤทธิ์นานเป็นพิเศษสำหรับใช้จัดการ

โรคเบาหวานซึ่งมีใช้ในประเทศไทยตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 การวิจัยพบว่าประสิทธิภาพ ของอินซูลินดีกลูเด็ค (insulin degludec) มีความสอดคล้องกับผลที่พบในการวิจัยทางคลินิก โดยสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการรายงานของผู้ป่วย และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังรายงานว่ามีความพึงพอใจ ในผลการรักษามากขึ้นอีกด้วย

เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แนวโน้มที่น่าเป็นห่วงของภาวะจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการร่วมมือกันและความพยายามเชิงรุกจากทุกฝ่าย ทั้งจากรัฐบาล ผู้กำหนดนโยบาย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ องค์ประกอบที่จะช่วยสนับสนุนความพยายามทั้งหลายนี้ได้แก่ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการรักษาในระดับท้องถิ่น การจัดทำฐานข้อมูลระดับชาติเพื่อบ่งชี้และตรวจติดตามผู้ป่วย การจัดทำโครงการรณรงค์การปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต และการคัดกรองที่จำเพาะเจาะจงสำหรับภาวะไขมันในเลือดสูง กระบวนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และส่งเสริมการเข้าถึงวิวัฒนาการด้านยารักษาใหม่ๆ ได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น แนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อเติมเต็มความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและภาวะหลอดเลือดแดงแข็งจำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการ มีเป้าหมาย และครอบคลุมถึงประชากรทั่วไป รวมถึงกลุ่มเสี่ยงสูงด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะดำเนินการในตอนนี้จะสามารถลดภาระของโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ลงได้เป็นอย่างมาก ในภายภาคหน้าต่อไป

**รัฐบาลไทยและผู้กำหนดนโยบายควรดำเนินการทันทีเพื่อจัดการภาระทางเศรษฐกิจและทางการแพทย์ที่กำลังเพิ่มขึ้นจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง การดำเนินการที่สามารถลงมือปฏิบัติได้ ได้แก่ การเพิ่มโครงการคัดกรองภาวะไขมันในเลือดสูง การจัดการการรักษาให้ดีขึ้น และการนำยารักษาใหม่ๆ ที่ออกฤทธิ์นานมาใช้เพื่อการควบคุมระดับ LDL-C ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โครงการที่เริ่มดำเนินการในวันนี้ อาจช่วยเพิ่มจำนวนปีสุขภาวะได้ถึง 80,678 ปีและประหยัดเงินได้ถึง 285 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ในช่วงเวลา 10 ปีข้างหน้า<sup>30</sup>**



## เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Health Metrics and Evaluation – Thailand.  
Available from: <http://www.healthdata.org/thailand> (accessed January 2022).
2. World Health Organization Global Health Expenditure database.
3. The World Bank. Current health expenditure per capita (current US\$) – Thailand.  
Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=TH>  
(accessed January 2022).
4. IQVIA MIDAS MAT 03 2019 data.
5. NCD report 2019: DM, HTN and risk factors, Ministry of Public Health Thailand.
6. National Health Examination Survey – Thailand, 2004, 2014 & 2019–2020
7. Economic Research Institute for ASEAN and East Asia. Population Ageing in Thailand.  
Available from: <https://www.eria.org/publications/population-ageing-in-thailand/>  
(accessed January 2022).
8. Inthawong R et al. Open Access Library J 2019;6:1–5.
9. The World Bank. Thailand Economic Monitor – June 2016: Aging Society and Economy.  
Available from: <https://www.worldbank.org/en/country/thailand/publication/thailand-economic-monitor-june-2016-aging-society-and-economy> (accessed January 2022).
10. Yusuf S et al. Lancet 2004;364:937–52.
11. Ministry of Public Health Thailand. 5-Year National NCDs Prevention and Control Strategic and Action Plan (2017–2021). Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/thailand/ncds/national-ncd-prevention-and-control-plan-2017-2021-eng.pdf> (accessed January 2022).
12. Harvard T.H. Chan School of Public Health. The Nutrition Source: Preventing Heart Disease.  
Available from: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/disease-prevention/cardiovascular-disease/preventing-cvd/> (accessed January 2022).
13. Bangkok Post. Ban on trans fats comes into force. 10 January 2019.  
Available from: <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/1608342/ban-on-trans-fats-comes-into-force> (accessed January 2022).
14. Man REK et al. Popul Health Metrics 2019;17.
15. Opoku S et al. Sci Rep 2021;11:10056.
16. Korea National Health Survey.
17. Phrommintikul A et al. Singapore Med J 2017;58:535–42.



18. Buddhari W et al. Heart Lung Circ 2020;29:405–13.
19. The Heart Association of Thailand Under the Royal Patronage of H.M. The King. 2016 RCPT Dyslipidemia Guideline. Available from: <http://www.thaiheart.org/Download/2016-RCPT-Dyslipidemia-Guideline.html> (accessed January 2022).
20. Grundy SM et al. Circulation 2019;139:e1082–143.
21. IQVIA MIDAS.
22. IQVIA Primary Market Research.
23. Lim KH et al. Technical report evaluation of effectiveness of implementation of “Komuniti sihat perkasa negara” (KOSPEN) programme in Malaysia- phase 1. 2015. Available from: <https://iku.moh.gov.my/images/IKU/Document/REPORT/2014/KOSPEN2014.pdf> (accessed January 2022).
24. Singapore Healthier Dining Programme. Available from: <https://www.hpb.gov.sg/healthy-living/food-beverage/healthier-dining-programme> (accessed January 2022).
25. World Health Organization. Hypertension care in Thailand: best practices and challenges, 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330488> (accessed January 2022).
26. Million Hearts. Available from: <https://millionhearts.hhs.gov/> (accessed January 2022).
27. Institute of Labor Economics. Available from: <https://docs.iza.org/dp10650.pdf>
28. National Health Service. Cardiovascular disease. 2021. Available from: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/clinical-policy/cvd/> (accessed January 2022).
29. Jones LK et al. Implement Sci Commun 2021;2:32.
30. Novartis Internal Impact Model.
31. The COACH Program. Available from: <https://www.thecoachprogram.com/> (accessed January 2022).
32. NHS Long Term Plan. Cardiovascular disease. 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/> (accessed January 2022).
33. Thewjitcharoen Y et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2021;129:666–73.

# ผู้เขียน



**DR. APICHARD SUKONTHASARN,**  
ศ.เกียรติคุณ นพ. อภิชาติ สุคนธสารพ์

ศ.เกียรติคุณ นพ. อภิชาติ สุคนธสารพ์ จบการศึกษาและฝึกปฏิบัติงานที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ท่านเป็นศาสตราจารย์ด้านอายุรแพทย์และหทัยวิทยาที่คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ในอดีตท่านเคยดำรงตำแหน่งหัวหน้าแผนกอายุรกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเป็นบรรณาธิการวารสารสมาคมการแพทย์ไทย ปัจจุบัน ท่านเป็นประธานสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ศ.เกียรติคุณ นพ. อภิชาติมีผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์และเป็นบรรณาธิการให้ตำราเกี่ยวกับหทัยวิทยาในภาษาไทยมากกว่า 30 เล่ม นอกจากนี้ท่านยังมีส่วนร่วมในบทความภาษาอังกฤษที่ได้รับการตีพิมพ์มาแล้วมากกว่า 100 บทความทั้งในฐานะผู้เขียนและผู้เขียนร่วม ผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ของท่านทั้งหมดเน้นด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ



**DR. SURAKIT NATHISUWAN,**  
รศ.ภก. สุรกิจ นาชีสุวรรณ

ปัจจุบัน รศ.ภก. สุรกิจ นาชีสุวรรณทำงานที่ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ท่านจบการศึกษาระดับปริญญาเอกด้านเภสัชศาสตร์จากมหาวิทยาลัยฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกา ท่านยังได้รับวุฒิปริญญาโทด้านเภสัชศาสตร์จากมหาวิทยาลัยฟลอริดา ประเทศสหรัฐอเมริกา ท่านยังได้รับวุฒิปริญญาโทด้านเภสัชศาสตร์จากอเมริกา ท่านมีประสบการณ์มากกว่า 20 ปีในการสนับสนุนรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบสหสาขาสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยและต่างประเทศ รศ.ภก. สุรกิจมีการวิจัยด้านเภสัชบำบัดสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตีพิมพ์หลายฉบับซึ่งมีการบันทึกไว้ให้ติดตามได้



**DR. WANNEE NITIYANANT,**  
ศ.เกียรติคุณ พญ. วรณี นิตยานันท์

ศ.เกียรติคุณ พญ. วรณี นิตยานันท์เป็นศาสตราจารย์เกียรติคุณทางอายุรแพทย์ ท่านได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล ท่านได้ผ่านการฝึกระดับบัณฑิตศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกาในสาขาอายุรแพทย์โดยมีความชำนาญสาขาย่อยด้านโรคต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม ท่านมีประสบการณ์ด้านการจัดการโรคเบาหวานและกลุ่มอาการจากความผิดปกติในการเผาผลาญอาหารในประเทศไทยมานานกว่า 30 ปี งานวิจัยของท่านมุ่งเน้นด้านโรคเบาหวานและไขมันเป็นหลัก



**NIKHIL KHICHA,**  
ผู้อำนวยการอาวุโส  
IQVIA APAC

Nikhil Khicha เป็นผู้อำนวยการอาวุโสของบริษัท IQVIA Asia Pacific ประจำประเทศสิงคโปร์ ท่านมีประสบการณ์ในอุตสาหกรรมเภสัชกรรมและการดูแลสุขภาพมานานกว่า 20 ปี ปัจจุบันนี้ท่านเป็นที่ปรึกษาให้แก่ธุรกิจภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ท่านมีประสบการณ์ทำงานอย่างลึกซึ้งในโครงการต่าง ๆ ที่ช่วยให้บริษัทประสบความสำเร็จทางการตลาดและทางการเติบโตของมูลค่าไรท์ธุรกิจได้มากขึ้น ท่านมีความสนใจการพัฒนาและประยุกต์ใช้นวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาให้ตรงตามความต้องการลูกค้ามากที่สุด ท่านได้รับปริญญาโทด้านเทคโนโลยีชีวภาพจากมหาวิทยาลัยนอร์ทเวสเทิร์นประเทศสหรัฐอเมริกา และปริญญาตรีด้านวิศวกรรมเคมีจากมหาวิทยาลัยเวอร์จิเนียประเทศสหรัฐอเมริกา





**PETER KIM,**  
รองผู้อำนวยการ, เอเชีย,  
IQVIA APAC

Peter Kim เป็นรองผู้อำนวยการของบริษัท IQVIA Asia Pacific ประจำกรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย ท่านรับผิดชอบเป็นหัวหน้าโครงการที่ปรึกษาทางกลยุทธ์ในระดับภูมิภาคและระดับโลกให้กับบริษัท IQVIA ในปัจจุบันท่านมีตำแหน่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการเข้าสู่ตลาด (market access) และระบบสุขภาพโลก รวมถึงเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมเภสัชกรรม หน่วยงานรัฐ และหน่วยงานสุขภาพโลก ท่านเคยทำงานร่วมกับบริษัทที่ปรึกษาทางกลยุทธ์ชั้นนำในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หลายบริษัท จึงมีประสบการณ์อย่างลึกซึ้งทั้งในอุตสาหกรรมด้านการดูแลสุขภาพและด้านเภสัชกรรม ท่านได้รับปริญญาเอกด้านวิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์จากมหาวิทยาลัยเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย



**HONG HUEI TAN,**  
รองที่ปรึกษา, เอเชีย,  
IQVIA APAC

Hong Huei Tan เป็นรองที่ปรึกษาของบริษัท IQVIA Asia Pacific ประจำประเทศสิงคโปร์ ท่านมีประสบการณ์มากกว่า 8 ปีในอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพและเภสัชกรรม นอกจากนี้ท่านยังได้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมคลินิกทั้งในประเทศสิงคโปร์และมาเลเซียโดยมีความเชี่ยวชาญในสาขาอายุรกรรม ท่านมีความสนใจทางด้านโรคหัวใจ โรคไต และโรคเบาหวาน ท่านได้รับปริญญาโทด้านบริหารธุรกิจจากมหาวิทยาลัยแลงคาสเตอร์ สหราชอาณาจักร และปริญญาตรีด้านเภสัชศาสตร์จากมหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์แห่งมาเลเซีย

## ผู้เขียนร่วม

**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 และบริการด้านการวิจัยทางคลินิกแก่ธุรกิจวิทยาศาสตร์สุขภาพต่าง ๆ บริษัท IQVIA สร้างเครือข่ายอัจฉริยะเพื่อเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพทุกแง่มุมเข้าด้วยกันด้วยการใช้เทคโนโลยีการวิเคราะห์ข้อมูล เทคโนโลยีดิจิทัล ทรัพยากรข้อมูลขนาดใหญ่ และความเชี่ยวชาญลึกซึ้งเฉพาะด้าน IQVIA Connected Intelligence™ ให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีประสิทธิภาพสูงอย่างรวดเร็วจับใจ ส่งผลให้ลูกค้าสามารถดำเนินการวิจัยและพัฒนาทางคลินิก รวมถึงสามารถนำนวัตกรรมการรักษา ซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพและผลการรักษาของผู้ป่วยออกสู่ตลาดได้อย่างรวดเร็ว บริษัท IQVIA มีพนักงานกว่า 70,000 คนซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในมากกว่า 100 ประเทศ

บริษัท IQVIA Asia Pacific มีบริษัทแม่ประจำภูมิภาคตั้งอยู่ที่ประเทศสิงคโปร์ และมีสำนักงานใน 15 ประเทศ บริษัท IQVIA Asia Pacific เป็นผู้ให้บริการและโซลูชันทางเทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของลูกค้าทั้งในท้องถิ่นและระดับนานาชาติซึ่งดำเนินการอยู่ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก บริษัท IQVIA มุ่งมั่นในการพัฒนาการดูแลสุขภาพด้วยการให้บริการข้อมูลเชิงลึกซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่ลึกซึ้งในการเป็นผู้นำทางความคิด โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มพูนความเข้าใจและเร่งการสร้างนวัตกรรมในระบบนิเวศของการดูแลสุขภาพ ท่านสามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ [www.iqvia.com/locations/asia-pacific](http://www.iqvia.com/locations/asia-pacific)

สนับสนุนโดย บริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด



---

**CONTACT US**

[iqvia.com/contactus](https://iqvia.com/contactus)

---

**LOCATION**

79 Anson Road #19-01  
Singapore 079906  
[iqvia.com](https://iqvia.com)

