

การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและผลการรักษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธวัชบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๐

กัมปนาท โกวิทางกูร*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ต้องการประเมินคุณภาพและผลการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๐. กลุ่มประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงในช่วงวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวน ๑,๒๗๔ ราย เป็นชาย ๔๘๒ ราย (ร้อยละ ๓๘.๖๒), เป็นหญิง ๗๙๒ ราย (ร้อยละ ๖๑.๓๘) อายุเฉลี่ย ๖๔ ปี ๕ เดือน. ร้อยละ ๘๓.๓๑ มีสิทธิการรักษาพยาบาลด้วยบัตรทอง. การซักประวัติและบันทึกเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงในแต่ละด้านพบว่าต่างกันระหว่างร้อยละ ๒.๕๑ - ๙๐.๖๖. การตรวจร่างกายพบบันทึกค่าดัชนีมวลกายร้อยละ ๘๘.๖๔ อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๕๕.๕๖.

โรคร่วมที่พบบ่อยคือ เลือดมีไขมันมากผิดปกติร้อยละ ๕๓.๑๔, เบาหวานร้อยละ ๓๕.๒๕, ไตเสื่อมร้อยละ ๖.๕๘, หัวใจห้องล่างซ้ายโตร้อยละ ๓.๖๖. ส่วนการใช้ยาลดแรงดันเลือด พบใช้ยา ๒ ชนิดร้อยละ ๓๘.๐๖, ใช้ ๑ ชนิดร้อยละ ๓๕.๕๖. ยาเรียงลำดับจากใช้มากไปหาน้อย ได้แก่ ยา กลุ่มขับปัสสาวะ, เอนซิมม์เปลี่ยนแองจิโอเทนซิน-๑, ตัวสะกดกันบีต้า, ตัวสะกดกันช่องทางแคลเซียม ร้อยละ ๓๖.๕๐, ๒๘.๖๕, ๒๐.๑๕, ๑๒.๓๕ ตามลำดับ. ผู้ป่วยที่มารักษาตามนัดสม่ำเสมอร้อยละ ๖๖.๔๕ แต่มีการควบคุมแรงดันเลือดได้ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ ๒๓.๔๑. รายที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย ควบคุมได้เพียงร้อยละ ๓.๓๘.

โดยสรุปแล้ว การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และครอบครัว เพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดคุณภาพและผลการรักษาที่ดี.

คำสำคัญ: การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย, ผลการรักษา, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

Clinical Audit and Clinical Outcome of Thawatchaburi Hypertensive Clinic in Fiscal Year 2007

Kumpanat Kovitangoon*

**Thawatchaburi Hospital, Roi Et Province*

Hypertension is the most common cause of preventable death in developed countries and also an important problem in developing countries. The objectives of this study were to evaluate clinical audits and clinical outcomes of hypertensive treatment compared with the Thai Hypertension Society guidelines, 2007. The study population included 1,274 patients who were treated in the hypertensive clinic of Thawatchaburi Hos-

*โรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด



pital from October 1, 2006 to September 30, 2007. The results showed that 492 males (38.62%) and 782 females (61.38%) with a mean age of 64 years 5 months participated in the study and 83.31 percent of the cases were under the universal health care coverage system. Only some risk factors associated with hypertension were recorded, ranging from 2.51 percent to 90.66 percent. Almost all (98.74%) of the patients' BMI levels were recorded; 55.57 percent of them had normal BMI. There were several co-morbidities in the records: 53.14 percent had dyslipidemia and 35.24 percent DM. The prevalence of nephropathy and left ventricular hypertrophy was 6.59 percent and 3.77 percent, respectively. One-third of the medical treatments used two categories of hypertensive medicines and the other third used only one category. Diuretics were used in 36.50 percent of the cases, with 29.75 percent being ACE-inhibitors, 20.15 percent beta blockers and 12.35 percent Ca channel blockers. Follow-up adherence was 76.45 percent; 23.41 percent of the cases had well-controlled blood pressure whereas only 3.39 percent of those with DM were well controlled.

In conclusion, a model for the development of hypertensive care should be developed by all stakeholders, including clinicians, other health-care professionals, patients and their families in order to improve continuously the quality of care and its outcome.

Key words: clinical audit, clinical outcome, hypertension

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเวชปฏิบัติ. องค์การอนามัยโลกได้สรุปไว้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดซึ่งสามารถป้องกันได้ในประเทศพัฒนาแล้ว และกำลังมีความสำคัญมากขึ้น ๆ ในประเทศกำลังพัฒนา^(๑). จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗ พบความชุกโรคความดันโลหิตสูงในคนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปร้อยละ ๒๓.๓ ในชาย และ ร้อยละ ๒๐.๙ ในหญิง^(๒). ในจำนวนนี้มีส่วนหนึ่งที่ไม่รู้ตัวว่ามีความดันโลหิตสูง, บางส่วนที่รู้ตัวนั้นยังเข้าไม่ถึงระบบบริการ, ส่วนที่เข้าถึงบริการนั้นบางส่วนยังคงควบคุมแรงดันเลือดไม่ได้ดี. ข้อมูลเบื้องต้นในจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่าการควบคุมแรงดันเลือดในผู้ป่วยที่รักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดร้อยเอ็ดนั้นควบคุมได้เพียงร้อยละ ๓๙.๙๓. ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ ๑๕.๑๕^(๓). การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงเป็นเรื่องที่หน่วยบริการทุกแห่งต้องให้ความสำคัญ. โรงพยาบาลราชบุรี ได้เปิดดำเนินการคลินิกความดันโลหิตสูง, มีการประเมินคุณภาพ, การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามโครงการตรวจประเมินเวชระเบียน เพื่อประเมินคุณภาพ

การดูแลผู้ป่วย ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^(๔), รวมทั้งดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation, HA) มีกิจกรรมการตรวจสอบด้านเวชกรรม (clinical audit) เป็นกิจกรรมหนึ่งในการตรวจสอบเพื่อพัฒนา^(๕). นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลได้จัดให้มีคณะกรรมการที่ดูแลรักษาผู้ป่วย (patient care team; PCT) รับผิดชอบรวมทั้งมีแนวทางการรักษา (clinical practice guideline, CPG) เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง. การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและผลการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่ง.

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลราชบุรีตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐.

รายที่ไม่รับเข้ากลุ่มศึกษาได้แก่

๑. ผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นเพื่อการรักษาต่อเนื่อง.

๒. ผู้ป่วยที่วินิจฉัยครั้งแรกและได้รับการรักษาไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์ นับถึง ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐.

แนวทางการประเมินใช้หลักเกณฑ์และแนวทางของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๐^(๖) โดยมีเป้าหมายการลดแรงดันเลือดดังนี้

๑) ในผู้ป่วยทั่วไปให้มีแรงดันเลือด < ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท.

๒) ในผู้ป่วยอายุน้อยและผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีแรงดันเลือด < ๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท.

๓) ในผู้ป่วยไตเรื้อรังให้แรงดันเลือด < ๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท หากปัสสาวะมีโปรตีน < ๑ กรัม/วัน, และ < ๑๒๕/๗๕ มม.ปรอท หากปัสสาวะมีโปรตีน > ๑ กรัม/วัน.

วิธีการประเมินดังนี้

๑) ประเมินการบันทึกการชั่งประวัติปัจจัยเสี่ยงประวัติบุคคลและประวัติญาติสายตรง.

๒) ประเมินการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ.

● การประเมินผลการรักษา ใช้เกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ หมายถึง ภายใน ๑ ปี ผลการตรวจแต่ละครั้งอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ ๑๐๐; *labile* หมายถึง ภายใน ๑ ปี ผลการตรวจแต่ละครั้งอยู่ในช่วงปกติ ร้อยละ ๘๐-๙๙; *ควบคุมไม่ได้* หมายถึง ภายใน ๑ ปี ผลการตรวจแต่ละครั้งอยู่ในช่วงปกติน้อยกว่าร้อยละ ๘๐.

การเก็บข้อมูลดำเนินการเก็บจากแผ่นบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (OPD card) และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (HT card) ที่ตรวจในช่วงวันที่ ๒๙ มกราคม-๒๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยใช้แบบตรวจสอบการบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและดัดแปลงจากโครงการตรวจประเมินเวชระเบียน เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐.

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ.

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้ ๑,๒๗๔ ราย เป็นโรคความดันเลือดสูงไม่ทราบสาเหตุ ๑,๒๗๓ ราย (ร้อยละ ๙๙.๙๒) มีเพียงรายเดียวที่มีสาเหตุคือโรคไตมีถุงหลายถุง, ผู้ชาย ๔๙๒ ราย (ร้อยละ ๓๘.๖๒), หญิง ๗๘๒ ราย (ร้อยละ ๖๑.๓๘) อายุ ๒๓-๙๔ ปี เฉลี่ย ๖๔ ปี ๕ เดือน. ระยะเวลาเฉลี่ยหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ๔ ปี ๕ เดือน (นับถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐).

ผู้ป่วย ๒๐๖ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๖.๑๗ อาศัยอยู่ในตำบลธงธานี ซึ่งเป็นตำบลที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ ดังรายละเอียดตามตารางที่ ๑. ผู้ป่วย ๑,๐๖๘ ราย (ร้อยละ ๘๓.๘๑) มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังรายละเอียดตามตารางที่ ๒.

การประเมินปัจจัยเสี่ยงจากประวัติบุคคล พบว่ากลุ่มที่มีบันทึกข้อมูลประวัติเลือดมีไขมันมากผิดปกติ ๗๙๙ ราย (ร้อยละ ๖๒.๗๒), สูบบุหรี่ ๑๖๑ ราย (ร้อยละ ๑๒.๖๔), ดื่มแอลกอฮอล์ ๑๒๙ ราย (ร้อยละ ๑๐.๑๓) ดังรายละเอียดในตารางที่ ๓.

การประเมินประวัติปัจจัยเสี่ยงและโรคที่พบในญาติสายตรง พบว่า ไม่มีการบันทึกการชั่งประวัติเกือบทั้งหมด ดังรายละเอียดตามตารางที่ ๔.

ตารางที่ ๑ ภูมิลำเนาของผู้ป่วย

ตำบล	ราย	ร้อยละ
ธงธานี	๒๐๖	๑๖.๑๗
บึงนาราง	๒๐๑	๑๕.๗๘
ราชบุรี	๑๖๗	๑๓.๑๑
มะती	๑๓๗	๑๐.๗๕
เกาะแก้ว	๑๒๕	๙.๘๕
หนองพอก	๑๒๑	๙.๕๐
ท่าม่วง	๘๑	๖.๓๕
พลับพลา	๖๓	๔.๙๔
อื่น ๆ	๑๓๓	๑๐.๔๓
รวม	๑,๒๗๔	๑๐๐.๐๐



ตารางที่ ๒ สถิติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

สถิติ	ราย	ร้อยละ
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๑,๐๖๕	๘๓.๓๑
สวัสดิการข้าราชการ	๑๘๔	๑๔.๔๔
เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล	๑๒	๐.๙๔
ประกันสังคม	๖	๐.๔๗
อื่น ๆ	๓	๐.๑๔
รวม	๑,๒๗๔	๑๐๐

การตรวจร่างกาย

มีการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงครบทุกคนพบค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (๑๘.๕-๒๔.๙ กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ๗๐๘ ราย (ร้อยละ ๕๕.๕๗).

ไม่มีการตรวจฟังเสียงแคโรติด (carotid bruit), การส่องกล้องตรวจก้นตา และการตรวจทางระบบประสาท.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ ๓ ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ประวัติบุคคล	ไม่มีบันทึก		มีประวัติเสี่ยง		ไม่มีประวัติเสี่ยง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
การออกกำลังกาย	๑,๒๔๒	๙๗.๔๕	๑๕	๑.๑๘	๑๗	๑.๓๓
โรคหอบหืด	๑,๑๘๕	๙๓.๓๓	๓๖	๒.๘๓	๔๕	๓.๕๕
กินอาหารเค็ม	๑,๐๘๓	๘๕.๐๑	๑๗๒	๑๓.๕๐	๑๕	๑.๔๕
โรคเกาต์	๑,๐๘๒	๘๔.๕๓	๑๐๔	๘.๑๖	๘๘	๖.๙๑
ดื่มแอลกอฮอล์	๑๓๑	๑๐.๒๘	๑๒๕	๑๐.๑๓	๑,๐๑๔	๗๙.๕๕
สูบบุหรี่	๑๒๖	๙.๘๕	๑๖๑	๑๒.๖๔	๙๘๗	๗๗.๔๗
เลือดมีไขมันมากผิดปกติ	๑๑๕	๙.๓๔	๗๕๕	๖๒.๗๒	๓๕๖	๒๗.๙๔

ตารางที่ ๔ ประวัตินิยามิตายตรงของผู้ป่วย

ประวัติ	ไม่มีบันทึก		มีประวัติเสี่ยง		ไม่มีประวัติเสี่ยง	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
เลือดมีไขมันมากผิดปกติ	๑,๒๗๔	๑๐๐.๐๐	๐	๐	๐	๐
โรคหัวใจขาดเลือด, อัมพาต, อัมพฤกษ์	๑,๒๗๔	๑๐๐.๐๐	๐	๐	๐	๐
ในบิดามารดาหรือพี่น้อง ก่อนเวลาอันควร (ชายก่อนอายุ ๕๕ ปี หญิงก่อนอายุ ๖๕ ปี)	๑,๒๗๔	๑๐๐.๐๐	๐	๐	๐	๐
โรคหลอดเลือดสมอง	๑,๒๗๔	๑๐๐.๐๐	๐	๐	๐	๐
โรคไต	๑,๒๗๔	๑๐๐.๐๐	๐	๐	๐	๐
โรคเกาต์	๑,๒๗๓	๙๙.๙๒	๑	๐.๐๘	๐	๐
โรคความดันโลหิตสูง	๑,๑๓๘	๘๙.๓๒	๑๗	๑.๓๓	๑๑๕	๙.๓๔
โรคเบาหวาน	๑,๑๓๒	๘๘.๕๕	๑๗	๑.๓๓	๑๒๕	๙.๘๑

ตารางที่ ๕ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ	ไม่ได้ตรวจ		ตรวจ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
ระดับไขมันในเลือด	๓๔๕	๒๗.๓๕	๕๒๕	๗๒.๖๑
น้ำตาลที่ไต	๔๗๖	๒๗.๓๖	๗๕๘	๖๒.๖๔
คัดกรองเบาหวาน	๕๒๐	๔๐.๘๒	๗๕๔	๕๙.๑๘
คลื่นไฟฟ้าหัวใจ	๘๗๓	๖๘.๕๒	๔๐๑	๓๑.๔๘
ถ่ายภาพรังสีปอดและหัวใจ	๕๒๕	๗๒.๖๑	๓๔๕	๒๗.๓๕
ภาวะซีด	๑,๑๒๔	๘๘.๒๓	๑๕๐	๑๑.๗๗
กรดยูริกในเลือด	๑,๑๘๐	๙๒.๖๒	๙๔	๗.๓๘
โปรตีนในปัสสาวะ	๑,๒๐๘	๙๔.๘๒	๖๖	๕.๑๘
โปแทสเซียมในเลือด	๑,๒๒๓	๙๖.๐๐	๕๑	๔.๐๐

การตรวจเลือดพบเลือดมีไขมันมากเกินไป ๙๒๕ ราย (ร้อยละ ๗๒.๖๑), การตรวจน้ำตาลที่ไต ๗๕๘ ราย (ร้อยละ ๖๒.๖๔), การตรวจคัดกรองเบาหวาน ๗๕๔ ราย (ร้อยละ ๕๙.๑๘) ดังรายละเอียดในตารางที่ ๕.

การตรวจหาภาวะโรคร่วม พบภาวะเลือดมีไขมันผิดปกติ (dyslipidemia) ๖๗๗ ราย (ร้อยละ ๕๓.๗๖), เบาหวาน ๔๔๙ ราย (ร้อยละ ๒๙.๐๒) ดังรายละเอียดในตารางที่ ๖.

พบร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรค โดยผู้ป่วยยังไม่มีอาการ (target organ damage, TOD) ๑๓๙ ราย (ร้อยละ ๑๐.๕๑) คือโรคไต ๘๔ ราย (ร้อยละ ๖.๕๙), หัวใจห้องล่างซ้ายโต ๔๘ ราย (ร้อยละ ๓.๗๗), จอตาเสื่อมเหตุแรงดันสูงและหรือเบาหวาน ๗ ราย (ร้อยละ ๐.๕๕).

พบอาการจากโรคความดันโลหิตสูง (associated clinical condition, ACC) ๖๐ ราย (ร้อยละ ๔.๗๑) คือ โรคหัวใจ (myocardial infarction, angina, coronary revascularization, congestive heart failure) ๔๖ ราย (ร้อยละ ๓.๖๑), โรคหลอดเลือดสมอง (ischemic stroke, cerebral hemorrhage, transient ischemic attack) ๑๔ ราย (ร้อยละ ๑.๑๐).

ด้านการรักษา ไม่ได้ใช้ยาให้เพียงคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓๓ ราย (ร้อยละ ๒.๕๙) และให้คำปรึกษา

ตารางที่ ๖ โรคร่วมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

โรคร่วม	ราย	ร้อยละ
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	๖๗๗	๕๓.๗๖
เบาหวาน	๔๔๙	๒๙.๐๒
วัณโรคปอด	๗๒	๕.๖๕
โรคเก๊าต์	๖๕	๕.๑๖
หัวใจห้องล่างบีบตัวก่อนจังหวะ (PVC)	๕๕	๓.๘๑
น้ำในทางเดินปัสสาวะ	๔๖	๓.๖๑
ไตล้มเหลวเรื้อรัง	๔๒	๓.๒๖
หัวใจห้องบนกระพือ (AF)	๓๖	๒.๘๓
โรคถุงลมโป่งพอง	๓๒	๒.๕๑
ภาวะธัยรอยด์เกิน	๒๒	๑.๗๓
โรคหืด	๒๑	๑.๖๖
การสั่นก้น เอวี	๑๑	๐.๘๖
โรคคอพอกไม่มีพิษ	๑๑	๐.๘๖

ด้านอาหาร ๕๒๘ ราย (ร้อยละ ๓๖.๗๔), การใช้ยา ๓๘๗ ราย (ร้อยละ ๒๖.๙๓), การออกกำลังกาย ๑๗๙ ราย (ร้อยละ ๑๒.๕๖), การจัดการความเครียด ๑๒๘ ราย (ร้อยละ ๙.๙๑), การเลิกสูบบุหรี่ ๑๒๔ ราย (ร้อยละ ๙.๖๓) และ การงดเครื่องดื่ม ๙๑ ราย (ร้อยละ ๖.๙๓).



ตารางที่ ๗ ผลการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

โรค	ราย	รักษา สม่ำเสมอ		รักษา ไม่สม่ำเสมอ		ควบคุมได้	
		(ราย)	ร้อยละ	(ราย)	ร้อยละ	ตามเกณฑ์ (ราย)	ร้อยละ
ความดันเลือดสูง	๑,๒๗๔	๕๗๔	๓๖.๔๕	๓๐๐	๒๓.๕๕	๒๒๘	๒๓.๔๑
ความดันเลือดสูงไม่มีเบาหวาน	๘๒๕	๕๕๐	๖๖.๕๒	๒๓๕	๒๘.๔๘	๒๑๕	๒๖.๐๖
ความดันเลือดสูงมีเบาหวาน	๔๔๙	๓๘๔	๘๕.๕๒	๖๕	๑๔.๔๘	๑๓	๓.๓๕

พบการใช้ยากลุ่มยาขับปัสสาวะ ๘๗๕ ราย (ร้อยละ ๓๖.๕๐), เอนซายม์เปลี่ยนแองจิโอเทนลิน-๑ ๗๑๓ ราย (ร้อยละ ๒๙.๗๕), ยาสกัดกันบีต้า ๔๘๓ ราย (ร้อยละ ๒๐.๑๕), ยาสกัดกันช่องทางแคลเซียม ๒๙๖ ราย (ร้อยละ ๑๒.๓๕), ยาสกัดกันแอลฟา ๒๖ ราย (ร้อยละ ๑.๐๘), และยาเมธิลโดปา ๔ ราย (ร้อยละ ๐.๑).

การใช้ยาลดแรงดันเลือด ๑ ขนาน ๔๕๓ ราย (ร้อยละ ๓๕.๕๖), ๒ ขนาน ๔๘๕ ราย (ร้อยละ ๓๘.๐๗), ๓ ขนาน ๒๔๔ ราย (ร้อยละ ๑๙.๑๕), ๔ ขนาน (ร้อยละ ๔.๑๖), ๕ ขนาน ๖ ราย (ร้อยละ ๐.๔๗).

พบผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดแรงดันเลือด ๗๙ ราย ได้แก่ อาการไอจากยากลุ่มเอนซายม์เปลี่ยนแองจิโอเทนลิน ๖๔ ราย, หัวใจเต้นช้าจากยาสกัดกันบีต้า ๑๒ ราย, และเลือดพร่องไปแทสเซียมจากยาขับปัสสาวะ ๓ ราย.

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาเอสไพริน พบ ๒๑ ราย โดยมีอาการปวดท้องจนต้องหยุดยา ๑๘ ราย มีอาการเลือดออกจากทางเดินอาหาร ๓ ราย

ผลการรักษา พบว่ามีความสม่ำเสมอในการมาตรวจตามนัด, มีการรักษาสมาเสมอ ในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่เป็นเบาหวานร้อยละ ๘๕.๕๒; ในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่ไม่เป็นเบาหวานร้อยละ ๗๑.๕๒. การควบคุมได้ตามเกณฑ์ ในผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่ไม่เป็นเบาหวานควบคุมได้ร้อยละ ๒๖.๐๖, ผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงร่วมกับเบาหวานควบคุมได้ร้อยละ ๓.๓๕ ดังรายละเอียดตามตารางที่ ๗.

วิจารณ์

จากผลการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าผลการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มีการบันทึกประวัติบุคคลและประวัติญาติสายตรงอยู่ในเกณฑ์ต่ำ. สาเหตุเป็นเพราะในระบบบริการผู้ป่วยคลินิกความดันโลหิตสูงไม่ได้มีแบบฟอร์มการซักประวัติและลงบันทึกผลการซักประวัติ รวมทั้งการปฏิบัติตามแนวทางการรักษายังไม่ได้ดี ยกเว้นประวัติไขมันในเลือดผิดปกติที่พบในเกณฑ์สูงเนื่องจากมีการเจาะเลือดตรวจเป็นประจำ. ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องพัฒนาและดำเนินการให้ได้ตามมาตรฐาน คือ การตรวจไขมันชนิดความหนืดสูง, โปแทสเซียม, กรดยูริก, ภาวะเลือดจาง, โปรตีนในปัสสาวะ. สำหรับการให้คำปรึกษาในแต่ละด้าน ยังคงต้องปรับรูปแบบการบริการและเนื้อหา เพื่อให้เหมาะสมกับการบริการผู้ป่วยนอกตามปรกติต่อไป.

สำหรับกลุ่มของยาลดแรงดันเลือดที่ใช้บ่อย เป็นไปตามแนวทางการรักษาและความนิยมใช้กันทั่วโลก. ส่วนจำนวนขนานยาที่ผู้ป่วยใช้ตั้งแต่ ๓ ขนานขึ้นไปมีร้อยละ ๒๓.๗๘ เพราะไม่สามารถที่จะควบคุมแรงดันเลือดได้ จึงจำเป็นต้องเพิ่มขนานยาและใช้ยากลุ่มสกัดกันแอลฟา และเมธิลโดปาเป็นยาเสริมเพื่อควบคุมแรงดันเลือด.

ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดมีการรักษาต่อเนื่องร้อยละ ๗๖.๔๕ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นแต่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ ๒๓.๔๑ หากมีภาวะเบาหวานร่วมด้วยสามารถควบคุมความดันโลหิต

ได้เพียงร้อยละ ๓.๓๙ ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาอื่น ๆ ในประเทศไทย^(๗-๙). ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเกิดจากเกณฑ์ในการประเมินแตกต่างกัน อีกส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดี จะส่งไปรักษาต่อยังสถานอนามัยใกล้บ้าน.

ผลการประเมินดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทั้ง ผู้ให้บริการ (ผู้กำหนดนโยบาย, ผู้บริหาร, ผู้ปฏิบัติ) และผู้รับบริการ (ผู้ป่วย, ญาติ) ควรตระหนักและร่วมมือกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพและผลการรักษาที่ดีที่สุดไป. อื่นๆ การพัฒนารูปแบบการให้บริการดังกล่าวจำเป็นต้องมีการดำเนินการผสมผสานให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ ทั้งการใช้เครือข่ายการบริการระดับอำเภอ (โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน สถานอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน)^(๑๐,๑๑) การสนับสนุนด้านวิชาการ เทคโนโลยี ทรัพยากร และงบประมาณ เพื่อให้สามารถจัดบริการต่างๆ ตั้งแต่การให้การศึกษากับชุมชน การตรวจคัดกรองโรค การรักษา การส่งต่อและการติดตามผู้ป่วย (ทั้งที่บ้านและสถานบริการ) การพัฒนาเครื่องมือและกลวิธีในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน^(๑๒).

นอกจากนี้ การนำแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีในวารสารทางการแพทย์เป็นระยะอย่างต่อเนื่องมากกว่าทศวรรษ มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดผลการดูแลตามเป้าหมายตามแนวทางมาตรฐานของประเทศไทย ยังทำได้ต่ำกว่าเป้าหมายมากเพราะส่วนหนึ่งเกิดจากเกณฑ์การประเมินที่ผู้ป่วยมารับบริการทุกครั้งต้องมีค่าแรงดันเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ซึ่งเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ และเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิต จึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับที่จะนำหลักการต่างๆ มาประยุกต์ในงานประจำเพื่อให้เกิดผลให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์สูงสุด^(๑๓).

ข้อเสนอแนะ

๑. นำแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

(ฉบับปรับปรุงใหม่ ๑๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๑)^(๑๔) มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย คือ

- การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อแรกพบผู้ป่วยและตรวจซ้ำปีละครั้ง.

- การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยรายบุคคล/รายกลุ่มอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยและหรือญาติมีความรู้และทักษะสามารถดูแลตนเอง และคนในครอบครัว ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม.

- พิจารณาจัดหายาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มเติม เช่น กลุ่ม angiotensin receptor blockers (ARBs), และยาในกลุ่มรวมขนานเพื่อลดจำนวนเม็ดยาที่กินในแต่ละวัน.

- การคิดค้นนวัตกรรมที่เหมาะสม เช่น การจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การจัดรณรงค์วัดแรงดันเลือดเป็นระยะในโอกาสเทศกาลสำคัญเป็นช่วง ๆ ตลอดปี, การจัดให้มีการวัดแรงดันเลือดที่ผู้รับบริการเข้าถึงได้ง่าย เช่น ตลาดนัด, หน่วยรถเร่, การจัด event marketing หมุนเวียน ไปตามศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานอนามัยแต่ละตำบล เพื่อให้ความรู้คัดกรอง รวมทั้งเป็นการรองรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้เฉพาะการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งผู้ป่วยในการศึกษานี้พบเพียง ร้อยละ ๒.๕๙ แต่ในความเป็นจริงมีผู้ป่วยประเภทนี้เป็นจำนวนมากในชุมชน และการมารอคอยรับการตรวจร่วมกับผู้ป่วยปกติที่แออัดอยู่แล้วไม่เหมาะสม.

๒. นำประสบการณ์การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไปประเมินผลการให้บริการในผู้ป่วยประเภทอื่น เพื่อให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรคนั้น ๆ ต่อไป.

กิตติกรรมประกาศ

คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชบุรีได้ช่วยสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและอำนวยความสะดวกในการทำงานโดยเฉพาะนางสาวราพร นิลผาย และนางสาวยุพารัตนเวฬุ พยาบาลวิชาชีพ ที่ได้เป็นศูนย์กลางในการบริหารงานวิจัย จนสำเร็จลุล่วง.



เอกสารอ้างอิง

๑. พีระ บูรณะกิจเจริญ. Hypertension in the elderly. ใน: สมเกียรติ โภธิศักดิ์, เอกสารวิชาการประชุมวิชาการกรมการแพทย์เฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; ๒๕๕๐. หน้า ๘๗.
๒. วิชัย เอกพลาก, การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗ ฉบับย่อ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๐. หน้า ๔๐- ๑.
๓. รายงานผลการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. ๒๕๕๐. เอกสารอัดสำเนา.
๔. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [cited ๒๒ มกราคม ๒๕๕๑]; Available from: <http://www.nhso.go.th>; ๒๐
๕. อนุวัฒน์ ศุภชุตikul, บรรณาธิการ. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๒). พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; ๒๕๔๔.
๖. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๐. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย Thai Hypertension Society: Guideline in the treatment of hypertension 2007. [cited ๒๒ มกราคม ๒๕๕๑]; Available from : http://www.Thaihypertension.org/news_detail.php?news.
๗. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seven Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and treatment of high blood pressure-The JNC7 Report. JAMA 2003;289:2560-72.
๘. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. Situation of hypertension in some Bangkok slums, จดหมายเหตุนานาชาติทางการแพทย์ ๒๕๓๖;๗๖:๑๒๓-๘.
๙. รัตนา จิรกาลวิศิษฐ์. การประเมินผลคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการเขต ๑๒ ๒๕๓๗;๕:๑-๑๑.
๑๐. วิไลพรรณ ริมชลา, สุวรรณมา ธรรมาพงศ์, ไพเราะ เพชรภักดิ์, เอกบุญ ฝึกไฟพวก, ละเอียด สีเพิ่ม. การพัฒนารูปแบบการควบคุมความดันเลือดสูงและเบาหวาน จังหวัดจันทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข/ศูนย์พัฒนาการควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมการแพทย์; ๒๕๓๗.
๑๑. สุวรรณชัย วัฒนายังเจริญชัย, มลีนันท์ พิมพ์พิสุทธิพงศ์, วีระศักดิ์ สืบเสาะ, ภาณุมาศ ปุสธรรม. การวิจัยและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานีอนามัยตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๒.
๑๒. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. เครือข่ายบริการระดับอำเภอกับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (บทบรรณาธิการ). วารสารคลินิก ๒๕๔๘;๒๑:๔๖๔.
๑๓. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. แพทยศาสตร์ศึกษากับมาตรฐานบริการโรงพยาบาลชุมชน (ปัจฉิมพากย์). วารสารคลินิก ๒๕๕๐;๒๑:๓๔๕-๖.
๑๔. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๕๑. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย Thai Hypertension Society: Guideline in the treatment of hypertension 2008. [cited 22 Jan. 2008]; Available from : http://www.Thaihypertension.org/news_detail.php?news.