10.14456/dmhjournal.2009.17

รายงานเบื้องต้น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยจิตเวช

อรวรรณ ศิลปกิจ, พ.บ.[*]
เอมวดี เกียรติศิริ, วท.ม.[*]
สุคนธ์ ชมชื่น, ศศ.ม.[*]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และศึกษาดัชนีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

วัสดุและวิธีการ เป็นการสำรวจผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ/หรือทั้งสองโรคของโรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างวันที่ 26 พฤศจิกายน 2550 ถึงวันที่ 4 ธันวาคม 2550 เก็บบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนได้แก่ การวินิจฉัยโรค ประวัติการรักษา ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง สัมภาษณ์ผู้ป่วย/ญาติทางโทรศัพท์เกี่ยวกับประวัติครอบครัวที่เกี่ยวข้อง ประเมินความเสี่ยงแบบประเมินความเสี่ยงเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

ผล มีผู้ป่วยในอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1,331 คน ซึ่งมีผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 53 คน ในจำนวนนี้มีโรคเบาหวานอย่างเดียว 9 คน ความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 28 คน และโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง 16 คน ร้อยละ 52.8 ของผู้ป่วยมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 62.3 มีสัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกอยู่ในระดับผิดปกติ ร้อยละ 54.7 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

สรุป ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปประมาณร้อยละ 3.3 และ 1.9 ตามลำดับ โดยพบในผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า สัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกผิดปกติมากกว่าดัชนีมวลกาย การประเมินความเสี่ยงเบาหวานในผู้ป่วยจิตเวชควรมีการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ : ความดันโลหิตสูง จิตเวช ดัชนีมวลกาย เบาหวาน

[*] โรงพยาบาลศรีธัญญา

Preliminary Report
Diabetes mellitus and hypertension in psychiatric patients

Orawan Silpakit, M.D.[*]
Emwadee Kiatsiri, M.Sc.[*]
Sukon Chomchuen, M.A.[*]

Abstract

Objective To survey diabetes mellitus (DM) and hypertension (HT) in in-patient of Srithanya Hospital and related health indices.

Materials and methods A cross sectional study was done during 26 November to 4 December 2007. Only patients who had diagnosis of DM or HT or both were measured weight and height. Clinical data such as drugs, history of illness were collected from medical records. Family history were interviewed from their relatives if need. BMI, waist to hip ratio (WHR), and diabetes risk score were calculated.

Results There were 1,331 in-patients age above 15 years. 53 cases had DM and or HT. Among these, 9 had only DM, 28 HT and 16 both conditions. BMI was normal at 52.8%; WHR was abnormal at 62.3%. Family history of DM/HT was positive at 54.7%.

Conclusion The prevalence of DM and HT were 1.9 and 3.3 respectively and there was more prevalent in elderly. WHR was found abnormal than BMI. Appropriate diabetes risk screening should be developed.

Key words : body mass index, diabetes mellitus, hypertension

[*] Srithanya Hospital, Department of Mental Health

บทนำ

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนชาวไทยด้วยการตรวจร่างกายระหว่าง พ.ศ. 2546–2547 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 23 ในผู้ชาย และร้อยละ 21 ในผู้หญิง[1] ขณะที่มีเพียงร้อยละ 34.5 และ 50.8 ในชายและหญิงตามลำดับเท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาร้อยละ 98 คิดเป็นอัตราประชากรชายหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาประมาณร้อยละ 7.7, 10.4 ตามลำดับ สำหรับความชุกของภาวะเบาหวานพบในประชากรร้อยละ 6.4 และ 7.3 ในเพศชายและหญิงตามลำดับ[2] ร้อยละ 23, 21 ในเพศชายและหญิงเท่านั้นได้รับการวินิจฉัย และร้อยละ 80, 85 ของเพศชายและหญิงเท่านั้นได้รับการรักษา ดังนั้นสัดส่วนของประชากรชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษามีประมาณร้อยละ 1.2, 1.3 ตามลำดับ

โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระยะยาว เช่น โรคหัวใจขาดเลือด หรืออัมพาตอัมพฤกษ์ มีผลต่อการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรซึ่งทั้งสองโรคสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[3–4] สำหรับผู้ป่วยจิตเวชมีรายงานความชุกของทั้งสองโรคมากกว่าคนทั่วไป[5–6] อาจจะเนื่องจากผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิตโดยเฉพาะยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่[7–9] การรับรู้สุขภาพของผู้ป่วย[10] พฤติกรรมสุขภาพ[11] การเข้าถึงบริการ[10] ปัจจุบันไม่มีการรายงานความชุกของปัญหาดังกล่าวในระดับประเทศหรือโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาหรือรายงานเฉพาะปัญหาโรคอ้วนลงพุงหรือกลุ่มภาวะเมตาบอลิกจากยา[6,8,12–13] ดังนั้นการสำรวจครั้งนี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นเฉพาะผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ที่สุดของประเทศ เพื่อให้ทราบขนาดปัญหาของโรคและดัชนีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น ดัชนีมวลกาย สัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก

วัสดุและวิธีการ

สำรวจผู้ป่วยในที่รับไว้ระหว่างวันที่ 26 พฤศจิกายน – 4 ธันวาคม 2550 เฉพาะผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยาเบาหวานและยาลดความดันโลหิต จะได้รับการบันทึกน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย บันทึกรอบเอวและสะโพก และคำนวณสัดส่วนของรอบเอวต่อรอบสะโพกระหว่างการสำรวจ โดยจำแนกระดับของสัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก (WHR) เป็น 3 ระดับคือ มีความเสี่ยงระดับต่ำ (<0.95, <0.80) ระดับกลาง (0.96–1.0, 0.81–0.85) และระดับสูง (>1.0, >0.85) เพศชายและหญิงตามลำดับ[14] เก็บบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ประวัติการรักษาจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมจากญาติเกี่ยวกับประวัติโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในครอบครัว ประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน (Diabetes risk score: DRS) พัฒนาโดยวิชัย เอกพลากร[15] จากปัจจัยเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติเบาหวานในครอบครัว และโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน

ผล

มีผู้ป่วยอายุ >15 ปี จำนวน 1,331 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยอายุ ≥ 60 ปี ชายจำนวน 67 คน หญิง 93 คน มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง จำนวน 53 คน อายุเฉลี่ย 55.8 (10.8) ปี BMI เฉลี่ย 24.2 (SD = 5.1) kg/m^2 ดัชนี WHR เฉลี่ย 0.98 (SD = 0.08) โดยที่มีโรคเบาหวานอย่างเดียว 9 คน ความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 28 คน ทั้งสองโรคจำนวน 16 คน ดังนั้นผู้ป่วยในมีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 3.3 เบาหวานร้อยละ 1.9 จำแนกตามการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยจิตเภท (F20–F25) ร้อยละ 69.8 ผู้ป่วยมีดัชนี WHR เสี่ยงระดับสูงรวมร้อยละ 62.3 ดังตารางที่ 1 และมีภาวะน้ำหนักเกินจากดัชนีมวลกายจำนวนร้อยละ 13.2 ดังตารางที่ 2 โดยที่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบในกลุ่มที่ BMI ในระดับปกติมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ส่วนผู้ป่วยมี BMI ≥ 25 kg/m^2 มีค่า WHR ในระดับเสี่ยงสูงทุกราย ดังตารางที่ 3

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิม ร้อยละ 54.7 (n=29) ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิมร่วมกับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ร้อยละ 37.7 (n=20) มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.7 (n=29) คะแนน DRS เฉลี่ย 9.8 (SD = 3.4) ซึ่งมีความเสี่ยงระหว่างร้อยละ 20–30 ของการเกิดโรคเบาหวานใน 12 ปี คะแนน DRS เฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 9.8 (SD = 3.3)

ตารางที่ 1 WHR จำแนกตามโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

WHR	ภาวะที่พบร่วม			รวม	DRS*
	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	ทั้งสองภาวะ		
low	2	5	1	8	4–11
medium	0	7	5	12	8–12
high	7	16	10	33	9–11
รวม	9	28	16	53	9–11

*DRS = 95% CI of means เฉพาะจำนวนเต็ม

ตารางที่ 2 BMI จำแนกตามโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

BMI	ภาวะที่พบร่วม			รวม	DRS*
	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	ทั้งสองภาวะ		
<18.5	0	3	1	4	3–11
18.5–22.9	4	15	9	28	7–10
23–24.9	4	7	3	14	10–13
25–29.9	1	3	3	7	9–16
รวม	9	28	16	53	9–11

*DRS = 95% CI of means เฉพาะจำนวนเต็ม

ตารางที่ 3 WHR กับ BMI จำแนกตามระดับความเสี่ยง

BMI	WHR			รวม
	Low	Moderate	High	
<18.5	1	1	2	4
18.5–22.9	8	5	15	28
23–24.9	3	2	9	14
25–29.9	0	0	7	7
รวม	12	8	33	53

สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุมีโรคเบาหวานอย่างเดียว 3 คน ความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 9 คน มีทั้งสองโรคจำนวน 7 คน ดังนั้นความชุกของภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุร้อยละ 6.3 และ 10 ตามลำดับ ดังนั้นความชุกของภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยจิตเวชอายุ < 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.3 และ 2.4

วิจารณ์

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานมีอัตราสูงกว่าประชากรทั่วไปที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ดังนั้นน่าจะมีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยอีกจำนวนมาก จึงควรมีการศึกษาคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ป่วยจิตเวชเช่นเดียวกับประชากรทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีปัจจัยเสี่ยงสูงและ

มีรายงานภาวะเมตาบอลิกพบได้มากกว่าประชากรทั่วไป[13] และผู้ป่วยจิตเวชอาจจะเข้าถึงบริการระบบปกติสำหรับโรคทางกายได้ต่ำกว่าประชากรทั่วไป การคัดกรองอาจจะเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม เช่น เลือกจุดตัดของค่า BMI ที่เหมาะสม[16] แบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน[15] ซึ่งไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงยังไม่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย มีความเสี่ยงที่จะเกิดเบาหวานเกือบ 1/4 จึงควรเฝ้าระวังในผู้ป่วยเหล่านี้ เนื่องจากคะแนน DRS คำนวณจาก BMI, เส้นรอบเอวเท่านั้นซึ่งไม่ต่างกับค่าเฉลี่ยในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานแล้วและการศึกษาครั้งนี้พบว่า WHR มีแนวโน้มสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานมากกว่า BMI ดังนั้น WHR ในระดับเสี่ยงสูงอาจจะเป็นดัชนีสุขภาพที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วย และอาจจะต้องปรับเกณฑ์ในการประเมินความเสี่ยงด้วย DRS ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เช่น เลือกใช้ WHR แทนเส้นรอบเอวอย่างเดียว สำหรับการตรวจความบกพร่องของการทนน้ำตาล (Impaired Glucose Tolerance Test)[17] มีความแม่นยำสูงในการคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชแต่มีค่าใช้จ่ายสูงมากกว่าวิธีอื่น ๆ

สำหรับโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างมีอัตราต่ำกว่าประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี BMI ในเกณฑ์ปกติและเป็นผู้ป่วยในที่อยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ดังนั้นปัจจัยด้านอาหาร น้ำหนัก อาจจะมีผลต่อระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งต้องศึกษาต่อไป โดยมีระเบียบวิธีที่ตรงกับในรายงานของ เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ[1]

สำหรับค่า WHR ไม่ขึ้นกับค่า BMI อย่างไรก็ดีในกลุ่ม BMI > 25 kg/m^2 WHR จะอยู่ในระดับเสี่ยงสูงทุกราย ดังนั้นกรณีที่มีภาวะ WHR ร่วมกับ BMI ในระดับผิดปกติ ควรมีการเฝ้าระวังหรือนำไปสู่การกำหนดแนวปฏิบัติ เช่น ตรวจคลื่นหัวใจเพิ่มเติม ร่วมกับ การรณรงค์การลดน้ำหนัก ออกกำลังกายเพื่อควบคุมภาวะเมตาบอลิก

สำหรับประวัติการใช้ยาต้านอาการทางจิตกลุ่มเดิมมีจำนวนสูงกว่า เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในสามัญ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ไม่สามารถสรุปยาต้านอาการทางจิตกลุ่มเดิมเป็นปัจจัยสำคัญได้ ผู้ป่วยเกือบครึ่งไม่มีประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ควรมีการศึกษาในระยะยาวต่อไปเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น วิถีชีวิตผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่ไม่มีกิจกรรมออกกำลังกายหรือปัจจัยจากยาต้านอาการทางจิต เช่น รายงานในต่างประเทศ[11,18]

สรุป

โรคเบาหวานพบได้ในสัดส่วนสูงกว่าประชากรทั่วไปที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา แต่โรคความดันโลหิตสูงพบต่ำกว่า ควรมีการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคดังกล่าวให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่างกัน ซึ่งประยุกต์เกณฑ์จากดัชนีสุขภาพ เช่น BMI, WHR

เอกสารอ้างอิง

1. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธ์ บุณยรัตพันธุ์. ความดันโลหิตสูงในคนไทย. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย 2549;2:1-6.
2. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธ์ บุณยรัตพันธุ์. โรคเบาหวานในคนไทย. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย 2549;2:1-6.
3. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1343-50.
4. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002;346.393-403.
5. Tirupati S, Chua LE. Obesity and metabolic syndrome in a psychiatric rehabilitation service. Aust N Z J Psychiatry 2007;41:606-10.
6. Heiskanen T, Niskanen L, Lyytikainen R, Saarinen PI, Hintikka J. Metabolic syndrome in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 2003;64:575-9.
7. Mclntyre RS, Trakas K, Lin D, Balshaw R, Hwang P, Robinson K, et al. Risk of weight gain associated with antipsychotic treatment: results from the Canadian National Outcomes Measurement Study in Schizophrenia. Can J Psychiatry 2003;48:689-94.
8. Melkersson K, Dahl ML, Adverse metabolic effects associated with atypical antipsychotics: literature review and clinical implications. Drugs 2004;64:701-23.
9. Newcomer JW. Antipsychotic medications: metabolic and cardiovascular risk. J Clin Psychiatry 2007; 68 Suppl 4:8-13.
10. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, MeEvoy JP, Davis SM, Stroup TS, et at. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. Schizophr Res 2006;86:15-22.
11. Salokangas RK. Medical problems in schizophrenia patients living in the community (alternative facilities). Curr Opin Psychiatry 2007;20:402-5.
12. Kim B, Kim SJ, Son JI, Joo YH. Weight change in the acute treatment of bipolar I disorder: a naturalistic observational study of psychiatric inpatients. J Affect Disord 2008;105:45-52.
13. Sernyak MJ. Implementation of monitoring and management guidelines for second-generation antipsychotics. J Clin Psychiatry 2007;68 Suppl 4:14-8.
14. BMI calculator: Waist to Hip Ratio Chart. Available from: www.bmi-calculator.net/waist-to-hip-ratio-calculator/. [2007 Jan 30].
15. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าสารสุขภาพ. แบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน. Available from: www.hiso.or.th. [2007 Nov 21].

16. Tirupati S, Chua LE. Body mass index as a screening test for metabolic syndrome in schizophrenia and schizoaffective disorders. Australas Psychiatry 2007;15:470–3.
17. Van Winkel R, De Hert M, Van Eyck D, Hanssens L, Wampers M, Scheen A, et al. Screening for diabetes and other metabolic abnormalities in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: evaluation of incidence and screening methods. J Clin Psychiatry 2006;67:1493–500.
18. Zimmet P. Epidemiology of diabetes mellitus and associated cardiovascular risk factors: focus on human immunodeficiency virus and psychiatric disorders. Am J Med 2005;118 Suppl 2:S3–8.