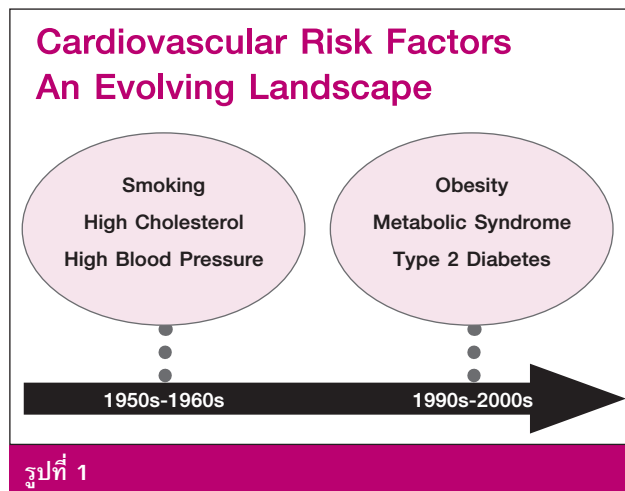


# Obesity, an Exposure to Risk factors or diseases

## Risk Assessment and Management in CVD Prevention

พล.อ.ต.นพ.บรรหาร ก่อหนันตกุล

ตามที่ The Metabolic Syndrome Institute ได้เปิดเผยถึงผลการสำรวจความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เปลี่ยนไปในช่วงปลายทศวรรษที่ 20 จากปัจจัยเสี่ยงหลัก 1. สูบบุหรี่ 2. โคเลสเตอรอลสูง 3. ความดันโลหิตสูง เพราะเกิดจากการ screening และการรักษาที่ดีขึ้น แต่กลับพบว่าความชุกของปัจจัยเสี่ยงหลักต่ออุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลัก 1. obesity 2. metabolic syndrome 3. เบาหวานประเภท 2 เป็นสำคัญ (รูปที่ 1)



วิวัฒนาการของปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือดนี้ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมวลมนุษยชาติในด้านความประพฤติ โภชนาการและการใช้เวลาในชีวิตประจำวันทำงานเพิ่มขึ้น ออกกำลังกายน้อยลง ความเครียดเพิ่มขึ้น ตลอดจนการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เมื่อวิเคราะห์ถึงสภาวะปัจจัยเสี่ยงต่อสถานการณ์ก็จะพบว่า

ก. บุหรี่ : จากการเปิดเผยของ WHO และสถิติประเทศไทยชี้ให้เห็นว่าประชากรที่สูบบุหรี่ มีจำนวนลดลง ในขณะที่บริษัทผลิตบุหรี่กลับมีการผลิตและจำหน่ายบุหรี่เพิ่มขึ้น ดูจะสวนทางกัน ถ้าวิเคราะห์ถึงสาเหตุอาจจะเป็นไปได้ว่าคนที่เลิกสูบบุหรี่หรือจำนวนผู้สูบบุหรี่น้อยลง น่าจะมาจากอัตราการเสียชีวิตของผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จากโรคหรือเหตุผลอื่น ๆ อีกมุมมองหนึ่งผู้ที่สูบบุหรี่ไม่สามารถสูบบุหรี่ต่อไปได้ เพราะเป็นโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด และโดยเฉพาะผู้สูงอายุ

ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง แต่ได้รับการรักษาพียงชีวิตให้ยาวขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับอายุเฉลี่ยของประชากรโลกได้ยืนยาวขึ้นจากการรักษาที่ดีขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ที่ป่วยเรื้อรังนี้เพิ่มขึ้นโดยปริยาย หรืออีกนัยหนึ่งกลายเป็นผลทำให้เหมือนกับว่ามีผู้คงสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น อีกประเด็นคือ อัตราการเกิดของประชากรโลก ไม่ได้ลดลงกลับเพิ่มขึ้น จึงทำให้ประชากรโลกเกิดการเง้อง ส่งผลให้สัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ลดลง

ส่วนความจริงที่บริษัทผลิตบุหรี่ยังคงอยู่ได้ ก็เพราะสามารถเพิ่มอัตราการผลิตและจำหน่ายบุหรี่ได้มากขึ้นนั้น คงจะเป็นเพราะตามสถิติที่ว่า เยาวชนและผู้หญิงมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จำนวนบุหรี่ที่ถูกสูบ/คน/วัน ก็จะต้องเพิ่มขึ้น จึงน่าจะตอบคำถามนี้ได้

การที่สรุปว่าสามารถลดการสูบบุหรี่ลงได้ประสบความสำเร็จอันเกิดจากการณรงค์เลิกสูบบุหรี่น่าจะยังมีข้อกังขาอยู่ ความเป็นจริงและความน่าเชื่อถือของข้อมูลคงจะต้องนำรายละเอียดมาเสนอใหม่อีกครั้ง

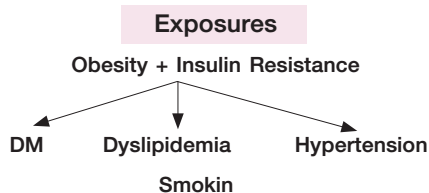
ข. โคเลสเตอรอลสูง หรือ LDL สูง : ได้รับการแก้ไขด้วยประสิทธิภาพของกลุ่มยา statin จนเป็นที่ยอมรับเป็นมาตรการที่ประสบความสำเร็จอย่างแท้จริง ถึงแม้ว่าการควบคุมระดับ LDL-C ในผู้ป่วยให้เป็นไปตามเกณฑ์ และจำนวนผู้ป่วยที่ควรจะได้รับยา statin ยังมีอีกจำนวนมาก

ค. ความดันโลหิตสูง : ด้วยความหลากหลายในประสิทธิผลของยาหลายกลุ่มที่นำมาใช้ร่วมกับแนวทางในการรักษาที่ทันสมัย ตลอดจนการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ประสบความสำเร็จมากขึ้นในการลดจำนวนผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต และอุบัติการณ์โรคหัวใจขาดเลือดได้ แต่การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ยังมีอยู่มากกว่า 50%

จากการสำรวจความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงหลักในปี 2000 ต่อความชุกและอุบัติการณ์ ทำให้พบว่า 1. obesity 2. metabolic syndrome 3. type 2 diabetes มาเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่สุด (รูปที่ 2)

1. Obesity หรือโรคอ้วน : มีผลเพิ่ม metabolic risk เป็นเหตุให้เกิดเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันผิดปกติ อีกทั้งยังเพิ่มระดับ insulin และ hs-CRP ดังนั้น obesity + insulin resistance จึงเปรียบเสมือนปัจจัยที่จุดประกายให้เกิด

**Not consider the duration of exposure to a risk factor or disease and their quantification**

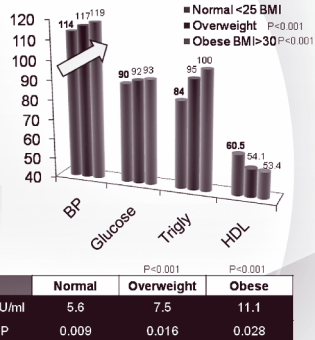


รูปที่ 2

ปัจจัยเสี่ยง และการจุดประกายนี้ อาจจะต้องใช้เวลาเท่าไร จึงจะกลายมาเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก และรุนแรงขนาดไหน ยังเป็นเรื่องที่ไม่สามารถตอบได้ แต่ถ้ามีสัญญาณของโรคอ้วนและสภาวะต้านอินซูลิน ให้ถือว่าบุคคลผู้นั้นเริ่มมีความเสี่ยง แม้เพียงเล็กน้อยต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำเป็นที่จะต้องแก้ไขให้อยู่ในเกณฑ์ซึ่งทำได้ง่าย และเป็นการลดการสูญเสียในอนาคตที่คุ้มค่า แต่ถ้าหากไม่ได้รับการดูแลก็จะเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นมาได้ ดังนั้น มาตรการนี้จึงมีประโยชน์โดยยืดเวลาของการเกิดปัจจัยเสี่ยง ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดช้าลง (รูปที่ 3)

**CV consequences of increasing BMI.....increasing metabolic risk with increased BMI**

- N= 5440
- NHANES
- 1999-2004
- Age 39-54

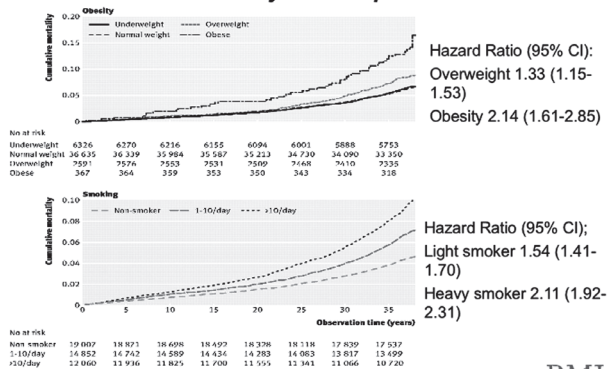


รูปที่ 3

นอกจากนั้นยังได้มีการทำวิจัยในผู้ป่วยที่มีโรคอ้วน ร่วมกับผู้ที่สูบบุหรี่ ซึ่งได้เห็นชัดถึงการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (รูปที่ 4)

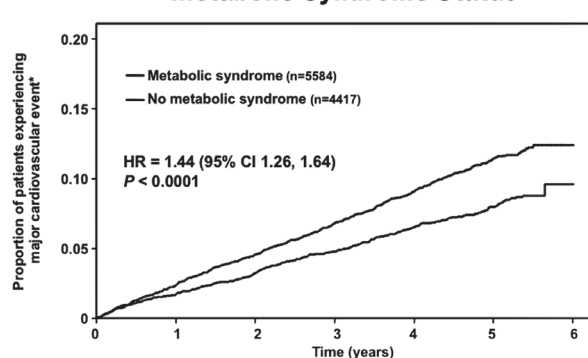
2. **Metabolic syndrome** : ซึ่งถือได้ว่าเป็นการรวมปัจจัยเสี่ยงทางด้าน metabolic เข้าด้วยกัน โดยที่มีโรคอ้วนและ insulin resistance ความดันโลหิตสูง และ thiglycerides สูง ตลอดจน HDL ต่ำ กลุ่ม metabolic syndrome มีอัตราการเพิ่มในประชากรทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และเห็นได้ว่าผู้ที่มี metabolic syndrome จะมี major cardiovascular event แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงอย่างชัดเจน (รูปที่ 5)

**Mortality According to Obesity and Smoking Status in Swedish Military Conscripts: 1969-70**



รูปที่ 4

**Major Cardiovascular Events by Metabolic Syndrome Status**



รูปที่ 5

3. **เบาหวาน** : มากกว่า 10 ปีให้หลังมานี้ การศึกษาวิจัยพบว่า ความสำคัญของเบาหวานได้มีสถานะเทียบเท่ากับโรคหัวใจขาดเลือด ที่สำคัญอัตราการเพิ่ม (ความชุก) ของผู้ที่เป็นเบาหวานในประชากรโลก ตาม IDF เพิ่มขึ้นอย่างน่ากลัว โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา หากไม่มีการดำเนินการควบคุมดูแล โภชนาการ ความประพฤติ การออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงปรับตัวในสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมลงของมวลมนุษย์

สรุป ความจำเป็นที่จะต้องลดความชุกของโรคอ้วน ซึ่งเป็นตัวจุดประกายให้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จะต้องเป็นมาตรการที่สำคัญ ถ้ามีความตั้งใจจริงก็จะทำได้ง่ายและจะได้ประโยชน์สูงสุด ก่อนที่จะเกิดการสูญเสียหรือการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดจนแก้ไขไม่ได้ ทั้งนี้ จำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ทั้งหมดว่า 1. ทุกปัจจัยเสี่ยงที่จะต้องได้รับการดูแลควบคุมหรือจำกัดด้วย 2. การเริ่มต้นรักษาที่เร็วที่สุด ไม่ว่าจะด้วยวิธีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหรือด้วยการรักษาวิธีอื่น ๆ ควบคู่กันไปและจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง (ตลอดชีวิต) จึงจะประสบความสำเร็จ **CVM**