

รายงาน

การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

โรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา ปี 2523-2530

38

สาระสำคัญในฉบับ

Highlights

โรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา ปี 2523-2530

พ.ศ. 2523-2530 อัตราตายด้วยโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นถึง 31 % อัตราตายในเพศหญิงเพิ่มขึ้น 50 % ในเพศชายเพิ่มขึ้น 23 % อัตราตายสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ > 65 ปี คนผิวดำมีอัตราตายด้วยโรคหัวใจสูงกว่าคนผิวขาว โดยคนผิวดำมีอัตราตายเพิ่มขึ้น 44 % ส่วนคนผิวขาวเพิ่ม 36 % จากการสำรวจโดย NAMCS จากจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษา 640 ล้านครั้ง พบว่า 1 % มาด้วยการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจเป็นลำดับแรก พบเป็นคนผิวขาวมากกว่าผิวดำ ผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และอัตราป่วยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ <20 และ > 65 ปี อัตราการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหัวใจจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 6 % เพศหญิงมีอัตราการจำหน่ายสูงกว่าเพศชาย จากการสำรวจโดย NHIS พบความชุกของโรคหัวใจเพิ่มขึ้นประมาณ 29 % มากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ <20 ปี และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งต่างจากกลุ่มอายุอื่นๆ

*Per 100,000 persons, age-adjusted to the 1980 U.S. population.

บทความแปล

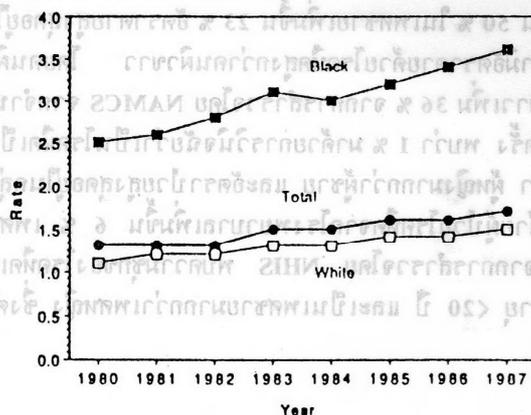
โรคหืดในสหรัฐอเมริกา ปี 2523-2530

โรคหืด เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในทุกกลุ่มอายุ ความชุก อัตราป่วย และอัตราการตาย ในสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่นๆ เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2513 (ทศวรรษ 1970) เป็นต้นมา ในปี 2531 ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหืดในสหรัฐอเมริกาส่งกว่า 4 พันล้านดอลลาร์

ข้อมูลจาก CDC's National Center for Health Statistics, National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS), National Hospital Discharge Survey และ National Health Interview Survey (NHIS) พบว่าตั้งแต่ปี 2523 ถึง 2530 อัตราตายด้วยโรคหืด ซึ่งเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยตายเพิ่มขึ้น 31 % จาก 1.3/100,000 (2891 ราย) เป็น 1.7/100,000 (4360 ราย) ในระยะเดียวกันนี้ อัตราตายในเพศหญิงเพิ่มขึ้น 50 % (จาก 1.2 เป็น 1.8/100,000) ในเพศชายเพิ่มขึ้น 23 % (จาก 1.3 เป็น 1.6/100,000) กลุ่มอายุมากขึ้น อัตราตายจะสูงขึ้น และสูงสุดในกลุ่มอายุ ≥ 65 ปี (7.9/100,000 ในปี 2530)

อัตราการตายด้วยโรคหืดเป็นรายปีพบว่าคนผิวดำมีอัตราการตายสูงกว่าคนผิวขาว และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น 44 % (จาก 2.5 เป็น 3.6/100,000) ส่วนคนผิวขาวเพิ่มขึ้น 36 % (1.1 เป็น 1.5/100,000) ค่าเฉลี่ยเป็นรายปีของอัตราส่วนอัตราการตายในคนผิวดำและผิวขาวเพศชาย คิดเป็น 2.6 ในเพศหญิงคิดเป็น 2.2

FIGURE 1. Age-adjusted death rates* for asthma as the underlying cause of death, by race and year — United States, 1980–1987

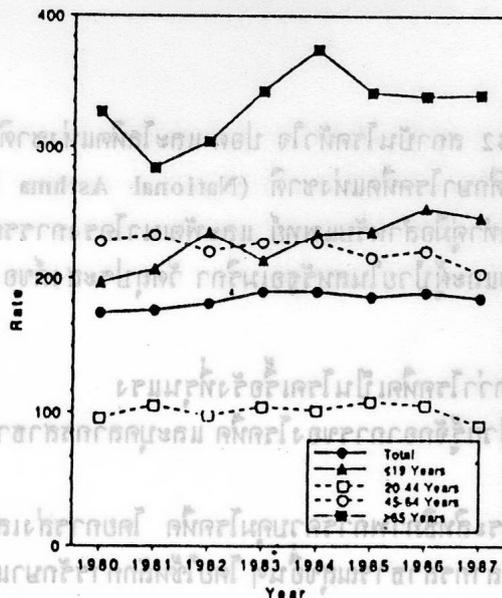


*Per 100,000 persons, age-adjusted to the 1980 U.S. population.

โดยปกติผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดจะรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จากการสำรวจโดย NAMCS พบว่าจากการมารับรักษาที่หน่วยฉุกเฉินประมาณ 640 ล้านครั้ง ในปี 2528 ประมาณ 6.5 ล้านครั้ง (1 %) มารักษาโรคหืดเป็นลำดับแรก คนผิวขาวมีอัตราการมารับรักษาด้วยโรคหืดในแผนกผู้ป่วยนอกสูงกว่าคนผิวดำ (28.0 และ 24.3/1,000 ประชากรตามลำดับ) เพศหญิงมีอัตราสูงกว่าเพศชาย 28.9 และ 25.7/1,000 ประชากรตามลำดับ อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี และตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (33.1 และ 33.3/1,000ตามลำดับ) เพศหญิงมีอัตราการมาตรวจที่คลินิกสูงกว่าเพศชายในทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี

ตั้งแต่ พ.ศ 2523 ถึง 2530 อัตราการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหืดจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 6 % จาก 174.6 เป็น 184.8/100,000 ประชากร อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะกลุ่มอายุสูงสุดในกลุ่มตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป อย่างไรก็ตามอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด (24 %) อยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี (196.8 เป็น 245.0/100,000 ประชากร) ในแต่ละปี เพศหญิงมีอัตราจำหน่ายสูงกว่าเพศชาย คนผิวดำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากเป็น 2 เท่าของคนผิวขาว

FIGURE 2. Age-adjusted hospital discharge rates* for asthma as the first-listed diagnosis, by age and year — National Hospital Discharge Survey, United States, 1980–1987



*Per 100,000 persons, age-adjusted to the 1980 U.S. population.

ผลจากการสัมภาษณ์เพื่อสำรวจสุขภาพแห่งชาติ (NHIS) ปี 2523 ถึง 2530 พบความชุกของโรคหืดเพิ่มขึ้นประมาณ 29 % จาก 31.2 เป็น 40.1/1,000 ประชากร(จาก 6.8 เป็น 9.6 ล้านราย) และเพิ่มมากที่สุดในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี (42 %) โดยเฉพาะเพศหญิงในกลุ่มอายุนี้เพิ่มขึ้นถึง 69 % และในกลุ่มอายุนี้เพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิง (59.9 และ 41.0/1,000 ตามลำดับในปี 2530) อย่างไรก็ตามในกลุ่มอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปอัตราป่วยในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ในแต่ละปีคนผิวดำมีอัตราป่วยสูงกว่าคนผิวขาว (เช่น 44.2/1,000 ในคนผิวดำ และ 40.3/1,000 ในคนผิวขาว ในปี 2530)

บทบรรณาธิการ

เป้าหมายสุขภาพของชาติในปี 2543 ต้องการที่จะลดอัตราป่วยของโรคหืด แต่ข้อมูลจากรายงานแสดงถึงการเพิ่มขึ้นของอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคหืดและยังแตกต่างกันทั้งอายุ เชื้อชาติ และเพศ ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย ได้แก่ได้รับเชื้อหรือสิ่งที่ทำให้หลอดลมตีบและอักเสบ แบบแผนการดูแลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจในการรักษาของผู้ป่วย ความรู้ทางการแพทย์ คุณภาพอากาศ ตลอดจนความรุนแรงและความชุกของโรค เชื่อว่าโรคหืดเป็นขั้นเริ่มต้นของกระบวนการอักเสบของหลอดลม เพื่อให้สามารถบอกลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคหืดในอเมริกาเหนือและยุโรปได้ดีขึ้น กลุ่มงานโรคหืดแห่งชาติร่วมกับชุมชนชาวยุโรป จึงได้สำรวจความชุกของโรคหืด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาต่างๆ เกี่ยวกับลักษณะของโรคหืดและความสำคัญของการติดเชื้อไวรัสที่ระบบทางเดินหายใจ สารภูมิแพ้ และสิ่งแวดล้อมหรืออาชีพที่ก่อให้เกิดโรคหืด

ในเดือนมีนาคม 2532 สถาบันโรคหัวใจ ปอด และโลหิตแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันสุขภาพแห่งชาติได้วางโปรแกรมการศึกษาโรคหืดแห่งชาติ (National Asthma Education Program-NAEP) เพื่อเป็นแนวทางจัดทำคู่มือสำหรับแพทย์ และพัฒนาโครงการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดแก่บุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกา วัตถุประสงค์ของโครงการคือ

- 1) เพิ่มความตระหนักว่าโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่รุนแรง
- 2) เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยรู้จักอาการของโรคหืด และบุคลากรสาธารณสุขสามารถวินิจฉัยโรคหืดได้
- 3) เพื่อให้มั่นใจในประสิทธิภาพการควบคุมโรคหืด โดยการส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย แพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ โดยใช้หลักการรักษาและโปรแกรมการศึกษาที่ทันสมัย

โรคหืดในสหรัฐอเมริกา ปี 2523-2530

(ต่อจากหน้า 40)

NAEP ได้พิจารณาทิศทางและรายละเอียดของโปรแกรมผ่านคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข องค์การสุขภาพอาสาสมัครและตัวแทนรัฐบาล NAEP ยังได้จัดการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังในเด็กและผู้ใหญ่ เนื่องจากระดับการศึกษาของผู้ป่วย มีความสำคัญในการจัดการเกี่ยวกับโรคหืด รายงานจึงเน้นการศึกษาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ NAEP ยังจัดให้มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อจัดเตรียมการให้การศึกษาเกี่ยวกับโรคหืดในโรงเรียน การให้ความรู้แก่บุคลากร ผู้ป่วยและชุมชน สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและชนกลุ่มน้อย โครงการและกิจกรรมที่ดำเนินการจะกว้างขวางขึ้น

จากข้อมูลในรายงานนี้ได้ขอเสนอแนะว่า การที่จะลดอัตราการป่วยและป้องกันการตายที่เกี่ยวข้องกับโรคหืด บุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนต้องใช้เวลาและใส่ใจในการรักษา แพทย์และผู้ป่วยก็ต้องร่วมมือกัน นอกจากนี้ควรกำหนดค่านิยมที่เกี่ยวกับโรคหืด ได้แก่ หลีกเลี่ยงการวินิจฉัย นียามผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรสอดแทรกเรื่องราวของการสูบบุหรี่ คุณภาพอากาศ การดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และการสอนในโรงเรียนด้วย เนื่องจากสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อโรคหืด

เอกสารอ้างอิง

1. Health Care Financing Administration International classification of diseases. Ninth revision : clinical modification. 2nd ed. Washington,DC : US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1980 : DHHS publication no. (PHS) 80-1260.
2. Evans R III, Mullally DI, Wilson RW, et al. National trends in the morbidity and mortality of asthma in the US, prevalence, hospitalization, and death from asthma over two decades :1965-1984. Chest 1987 : 91 (suppl) : 65S-74S.
3. Gergen PJ, Mullally DI, Evans R III. National survey of prevalence of asthma among children in the United States, 1976 to 1980. Pediatrics 1988 : 81 : 1-7.
4. Sly RM. Mortality from asthma, 1979-1984. J Allergy Clin Immunol 1988 : 82 : 705-17
5. Robins ED. Risk-benefit analysis in chest medicine : death from bronchial asthma. Chest 1988 : 93 : 614-8

6. NCHS. Vital statistics mortality data, multiple cause of death detail [machine-readable public-use data tape]. Hyattsville, Maryland US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, 1980-1987.
7. NCHS, Bryant E, Shimizu I. Sample design, sampling variance, and estimation procedures for the National Ambulatory Medical Care Survey. Hyattsville, Maryland : US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, 1988 : DHHS publication no. (PHS) 88-1382. (Vital and health statistics : series 2, no. 108)
8. NCHS. National Hospital Discharge Survey [machine-readable data files]. Hyattsville, Maryland : US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1970-1987.
9. NCHS. National Health Interview Survey [machine-readable public-use data tape]. Hyattsville, Maryland : US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, 1980-1987.
10. Irwin R. 1980-1988 Intercensal population estimates by race, sex, and age [machine-readable data file]. Alexandria, Virginia : Demo-Detail, 1988
11. Public Health Service. Healthy people 2000 : national health promotion and disease prevention objectives [Draft]. Washington, DC : US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1990.
12. Pope CA III. Respiratory disease associated with community air pollution and a steel mill, Utah Valley. *Am J Public Health* 1989 ; 79 : 623-8.
13. Reed CE, Hunt LW. The emergency visit and management of asthma (Editorial). *Ann Intern Med* 1990 : 112 : 801-2.
14. Busse WW. The role of respiratory infections in asthma : update on asthma. Presented at the 1990 World Conference on Lung Health. Boston, Massachusetts, May 20-24, 1990.
15. Barnes PJ. A new approach to the treatment of asthma. *N Engl J Med* 1989 ; 321 : 1517-27.
16. Wilson-Pessano SR, Mellins RB. Workshop on Asthma Self-Management : summary of workshop discussion. *J Allergy Clin Immunol* 1987 ; 80 (3 [pt II]) : 487-90.
17. Clark NM. Asthma self-management education : research and implication for clinical practice. *Chest* 1989 ; 95 : 1110-3.
18. Mayo PH, Richman J, Harris HW. Results of a program to reduce admissions for adult asthma. *Ann Intern Med* 1990 : 112 : 864-71.

โรคเฝ้าระวัง
กองโรคเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ

19. Samet JM. Epidemiologic approaches for the identification of asthma. Chest 1987; 91 (suppl) : 74S-78S.

ถอดความโดย รศ.ดร.นงนุช

นางลลารัตน์ ผาตินาวิน -นางสาวอะเกือ อุณหเลขกะ
Asthma United States, 1980-1987 MMWR 1990,
39(29) : 493-497

เรียน รศ.นงนุช ผาตินาวิน เข้ารับการอบรมหลักสูตรระดับปริญญาและวิชาชีพ

กองระดับปริญญา ขอเชิญท่านผู้สนใจสมัครเข้ารับการอบรมในหลักสูตรดังนี้

1. หลักสูตร

การอบรมระดับปริญญาและวิชาชีพเบื้องต้นครั้งที่ 12 (ภาษาอังกฤษ) ระหว่างวันที่ 3-28 มิถุนายน 2534 วิชาจำนวน 30 วิชา

จุดประสงค์ เพื่อให้มีความรู้ด้านระดับปริญญาและวิชาชีพที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานทางด้านการป้องกันและควบคุมโรค

- คุณสมบัติของผู้สมัคร
- 1. ทำงานทางด้านสาธารณสุขและมีความเกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสาร
- 2. สามารถใช้ภาษาอังกฤษในการพูด อ่าน เขียน ได้พอสมควร
- 3. คุณวุฒิ แพทย์ ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ เภสัชศาสตร์หรือปริญญาโททางสาธารณสุข

DIVISION OF EPIDEMIOLOGY
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
BANGKOK 10200 THAILAND
TEL. 2821887 2826657

ใบสมัคร

ชื่อ-นามสกุล(ตัวบรรจง).....ตำแหน่ง.....
การศึกษา.....สถานที่ทำงาน.....

ปฏิบัติงานฝ่าย.....จะเข้ารับการอบรมหลักสูตร

- [] ระดับปริญญาและวิชาชีพเบื้องต้นครั้งที่ 12
- [] ระดับปริญญาและวิชาชีพเชิงปฏิบัติสำหรับแพทย์และนักวิชาการสาธารณสุข ครั้งที่ 7


(ลัดชิด นิมิตต์)
กรรมการระดับปริญญา