



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

ข้อมูลเพิ่มเติมที่เก็บรวบรวมจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ที่ทำการรักษาที่คลินิกทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องจากผู้ป่วยที่ทำการรักษาในที่นี้มีจำนวนไม่มาก (ย้ายไปรักษาที่คลินิกระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นส่วนใหญ่) และการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจนมากนัก จึงไม่นำมาวิเคราะห์ร่วมกับผลการศึกษา แต่นำมาแสดงเป็นข้อมูลประกอบการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มารับการรักษาจากคลินิกทั่วไปของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2548 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2548 จำนวน 20 คน พบว่า เป็นผู้ป่วยเพศชาย 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 ผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 43 – 80 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.3 ± 11.6 ปี โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ในเวชระเบียน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	55.0
หญิง	9	45.0
อายุเฉลี่ย ($\pm$ SD), Median (IQR) ปี	66.3 ± 11.6 , 65 (52.8,75.5)	
เพศชาย	60.6 ± 8.3 , 61 (52.0,68.0)	
เพศหญิง	67.4 ± 13.6 , 76 (56.0,77.5)	

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี *		
Myocardial infarction	3	15.0
Anterior wall myocardial infarction	1	5.0
Myocardial infarction (ไม่ระบุประเภทย่อย)	2	10.0
Unstable angina	2	10.0
โรคร่วมที่เป็นความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี *		
โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับ โรคไขมันในเลือดสูง	3	15.0
โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับ โรคเบาหวานและ	0	0
โรคไขมันในเลือดสูง	0	0
โรคความดันโลหิตสูง โดยไม่มีโรคอื่นร่วม	1	5.0
โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับ โรคเบาหวาน	0	0
ไม่มีโรคร่วมที่เป็นความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด	16	80.0
หัวใจโคโรนารี		
โรคร่วมอื่นๆ *		
Asthma	2	10.0
Old CVA หรือ stroke	1	5.0
Chronic heart failure	1	5.0
AAA	1	5.0
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	1	5.0
ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่	0	0
ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว	0	0
ไม่มีบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ในเวชระเบียน	19	95.0

a, โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งข้อมูลในตารางนี้ยึดตามการวินิจฉัยที่เขียนไว้ในเวชระเบียน * ผู้ป่วยรายหนึ่งอาจเป็นได้มากกว่าหนึ่งโรค

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา

ในการเก็บข้อมูลเรื่องยาของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มาับการรักษาจากคลินิกทั่วไปของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วย 18 คน (ร้อยละ 90.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ได้รับยาในกลุ่ม antiplatelet agents และตัวที่ได้รับการส่งจ่ายมากที่สุด คือ aspirin จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วย 17 คน (ร้อยละ 85.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ได้รับยาในกลุ่ม beta-blockers และตัวที่ได้รับการส่งจ่ายมากที่สุด คือ atenolol จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วย 13 คน (ร้อยละ 65.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ได้รับยาในกลุ่ม ACE inhibitors และตัวที่มีการส่งจ่ายมากที่สุด คือ enalapril ผู้ป่วยจำนวน 9 คน (ร้อยละ 45.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ได้รับยาในกลุ่ม calcium channel blockers และตัวที่ได้รับการส่งจ่ายมากที่สุด คือ amlodipine จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยจำนวน 2 คน (ร้อยละ 10.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ได้รับยาในกลุ่ม angiotensin receptor blockers และตัวที่ได้รับการส่งจ่าย คือ losartan และ valsartan โดยมีผู้ป่วยได้รับจำนวนเท่ากันคือชนิดละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยจำนวน 9 คน (ร้อยละ 45.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ได้รับยาในกลุ่ม diuretic drugs และตัวที่ได้รับการส่งจ่ายมากที่สุด คือ furosemide จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยจำนวน 2 คน (ร้อยละ 10.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ได้รับยาลดความดันตัวอื่นๆ และตัวที่ได้รับการส่งจ่ายมีเพียงตัวเดียว คือ hydralazine ผู้ป่วยจำนวน 19 คน (ร้อยละ 95.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ได้รับยาในกลุ่ม lipid lowering agents และตัวที่ได้รับการส่งจ่ายมากที่สุด คือ simvastatin จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยจำนวน 10 คน (ร้อยละ 50.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ได้รับยาในกลุ่ม nitrates และตัวที่ได้รับการส่งจ่ายมากที่สุด คือ Isosorbide-5-mononitrate ในรูปแบบรับประทาน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยจำนวน 2 คน (ร้อยละ 10.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด) ได้รับการรักษาเบาหวาน และตัวที่ได้รับการส่งจ่าย คือ glibenclamide และ insulin โดยมีผู้ป่วยได้รับจำนวนเท่ากันคือชนิดละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ

กลุ่มยา	จำนวน	ร้อยละ
Antiplatelet agents	18	90.0
Aspirin	16	80.0
Clopidogrel	2	10.0

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ (ต่อ)

กลุ่มยา	จำนวน	ร้อยละ
Beta-blockers	17	85.0
Atenolol	11	55.0
Metoprolol	4	20.0
Bisoprolol	2	10.0
ACE inhibitors	13	65.0
Enalapril	13	65.0
Calcium channel blockers	9	45.0
Amlodipine	8	40.0
Felodipine	1	5.0
Angiotensin receptor blockers	2	10.0
Lorsartan	1	5.0
Valsartan	1	5.0
Diuretic drugs	9	45.0
Furosemide	6	30.0
HCTZ	3	15.0
Other antihypertensive	2	10.0
Hydralazine	2	10.0
Lipid lowering agents	19	95.0
Simvastatin	16	80.0
Atorvastatin	2	10.0
Gemfibrozil	1	5.0

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ (ต่อ)

กลุ่มยา	จำนวน	ร้อยละ
Nitrates	10	50.0
Isosorbide-5-mononitrate (oral)	9	45.0
Isosorbide dinitrate (sublingual)	1	5.0
Diabetic drugs	2	10.0
Glibenclamide	1	5.0
Insulin	1	5.0

3. ข้อมูลการประเมินในด้านการควบคุมและติดตามความดันโลหิต

จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินรูปแบบของการส่งใช้ยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (ดังแสดงในภาคผนวก ก) ได้ผลดังนี้

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg จำนวน 16 คน ได้รับยาลดความดันโลหิต จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้ป่วยจำนวน 16 คน ได้รับยาลดความดันโลหิตแล้วมีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg หรือ ได้รับยาลดความดันโลหิตแล้วมีความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg (ถ้ามีเบาหวานหรือไตเรื้อรังร่วมด้วย) มีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0

ผู้ป่วยที่ยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 6 คน ได้รับการติดตามการรักษา และวัดระดับความดันโลหิตทุกๆเดือน มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7

ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว จำนวน 9 คน ได้รับการติดตามการรักษาและวัดระดับความดันโลหิตอย่างน้อยทุก 3 หรือ 6 เดือนจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิต จำนวน 16 คน ได้รับการตรวจระดับ serum potassium และ creatinine อย่างน้อย 1-2 ครั้ง/ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการประเมินในด้านการควบคุมและติดตามความดันโลหิต

เกณฑ์การประเมิน	จำนวน (%)					Adherence
	N/A	Yes	No and J	No and U	Insuf. data	
ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ได้รับยาลดความดันโลหิต	4 (20)	16 (80)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	16/16 (100)
ผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิตแล้ว มีความดันโลหิต $< 140/90$ mmHg ($< 130/80$ mmHg ถ้ามีเบาหวานหรือไตเรื้อรังร่วม ด้วย)	5 (25)	9 (45)	2 (10)	4 (20)	0 (0)	9/15 (60)
ผู้ป่วยที่ยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้รับการติดตามการรักษา และวัดระดับความดันโลหิตทุกๆเดือน	13 (65)	1 (10)	0 (0)	5 (25)	0 (0)	1/6 (16.7)
ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว ได้รับการติดตามการรักษาและวัดระดับความดันโลหิตอย่างน้อยทุก 3 หรือ 6 เดือน	11 (55)	9 (45)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9/9 (100)
ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจระดับ serum potassium และ creatinine อย่างน้อย 1-2 ครั้ง/ปี	0 (0)	16 (80)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	16/16 (100)
รวม	33	51	2	9	0	51/62 (82.3)

N/A=not applicable J=justify non-adherence to guideline U=unjustify non-adherence to guideline

Insuf. data=insufficient data

4. การควบคุมและติดตามภาวะไขมันสูงในเลือด

จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินรูปแบบของการสั่งจ่ายยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (ดังแสดงในภาคผนวก ค) ได้ผลดังนี้

ผู้ป่วยที่มี LDL คอเลสเตอรอล มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dl และไม่มีข้อห้ามใช้ยา statins จำนวน 19 คน ได้รับการสั่งจ่ายยา statins จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้ป่วยจำนวน 19 คน ได้รับยาลดไขมันและมีระดับ LDL คอเลสเตอรอล น้อยกว่า 100 mg/dl ตามเป้าหมาย หลังจาก การรักษาภาวะไขมันเลือดสูง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9

ผู้ป่วยที่มีระดับ LDL คอเลสเตอรอล ถึงเป้าหมายแล้ว จำนวน 15 คน ได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้ป่วยที่มีระดับ LDL คอเลสเตอรอลไม่ถึงเป้าหมายจำนวน 4 คน ได้รับการติดตามผลการรักษาทุก 6 – 8 สัปดาห์ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 25

ผู้ป่วยที่ใช้ยา statins ที่มีอาการ muscle soreness, tenderness หรือ pain จำนวน 4 คนได้รับการติดตามระดับ creatinine kinase และ aspartate aminotransferase , alanine aminotransferase อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการควบคุมและติดตามภาวะไขมันสูงในเลือด

เกณฑ์การประเมิน	จำนวน (%)					
	N/A	Yes	No and J	No and U	Insuf. data	Adherence
ผู้ป่วยที่มี LDL คอเลสเตอรอล ≥ 100 mg/dl และไม่มีข้อห้ามใช้ หรือสามารถทนต่อการใช้ยา statins ได้รับการสั่งจ่ายยา statins	1 (5)	19 (95)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	19/19 (100)
ผู้ป่วยมีระดับ LDL คอเลสเตอรอล < 100 mg/dl ตามเป้าหมาย หลังจาก การรักษาภาวะไขมันเลือดสูง	2 (10)	15 (75)	0 (0)	4 (20)	0 (0)	15/19 (78.9)

All rights reserved

ตารางที่ 4 แสดงการควบคุมและติดตามภาวะไขมันสูงในเลือด (ต่อ)

เกณฑ์การประเมิน	จำนวน (%)					
	N/A	Yes	No and J	No and U	Insuf. data	Adherence
ผู้ป่วยunstable angina & NSTEMI ที่มี HDL คอเลสเตอรอล < 40 mg/dl และมีไตรกลีเซอไรด์ > 200 mg/dl ควรให้ยา gemfibrozil หรือ niacins; ผู้ป่วย STEMI ที่มีไตรกลีเซอไรด์ อยู่ระหว่าง 200 ถึง 499 mg/dl ควรพิจารณาให้ยา fibrates หรือ niacins ร่วมกับยา statins และ ถ้ามีไตรกลีเซอไรด์ > 500 mg/dl ควรพิจารณาให้ยา fibrates หรือ niacins ก่อนเลือกให้ยาลดระดับ LDL คอเลสเตอรอล	19 (95)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5)	0 (0)
ในผู้ป่วยที่มีไตรกลีเซอไรด์ > 200 mg/dl เป้าหมายในการลดระดับไขมัน คือระดับ non-HDL คอเลสเตอรอล < 130 mg/dl	20 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ผู้ป่วยที่มีระดับ LDL คอเลสเตอรอล ถึงเป้าหมายแล้ว ได้รับการติดตาม ผลการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	6 (30)	15 (75)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	15/15 (100)
ผู้ป่วยที่มีระดับ LDL คอเลสเตอรอล ไม่ถึงเป้าหมาย ได้รับการติดตาม ผลการรักษาทุก 6 – 8 สัปดาห์	16 (80)	1 (5)	0 (0)	3 (15)	0 (0)	1/4 (25)
ผู้ป่วยที่ใช้ยา statins ได้รับการติดตาม ระดับ CK เมื่อผู้ป่วยมีอาการ muscle soreness, tenderness หรือ pain และ AST, ALT อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	16 (80)	1 (5)	0 (0)	3 (15)	0 (0)	1/4 (25)

ตารางที่ 4 แสดงการควบคุมและติดตามภาวะไขมันสูงในเลือด (ต่อ)

เกณฑ์การประเมิน	จำนวน (%)					
	N/A	Yes	No and J	No and U	Insuf. data	Adherence
รวม	80	51	0	10	5	51/61 (83.6)

N/A=not applicable J = justify non-adherence to guideline U = unjustify non-adherence to guideline

Insuf. data=insufficient data

5. การสั่งจ่ายยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแบบทุติยภูมิ

จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินรูปแบบของการสั่งจ่ายยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (ดังแสดงในภาคผนวก ก) ได้ผลดังนี้

ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามใช้สำหรับยา aspirin จำนวน 19 คน ได้รับการสั่งจ่ายยา จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9

ผู้ป่วย STEMI , chronic stable angina, unstable angina หรือ NSTEMI จำนวน 4 คน ได้รับการสั่งจ่ายยา aspirin เพื่อเป็นยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดในขนาด 75 mg ถึง 325 mg ต่อวัน (หรือขนาด 75 ถึง 162 mg ต่อวัน ในกรณีที่เป็น STEMI) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0

ผู้ป่วย 2 คน ที่มีข้อห้ามใช้ หรือ ไม่สามารถทนต่อการใช้ยา aspirin ได้รับการสั่งจ่ายยา clopidogrel 75 mg วันละครั้ง หรือ ยา ticlopidine 250 mg วันละสองครั้งหรือยา warfarin (โดยติดตามการรักษาให้ INR 2.5-3.5) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 100

หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (post acute coronary syndrome) ผู้ป่วยที่ไม่ปรากฏข้อห้ามใช้ยา beta-blockers จำนวน 10 คน ได้รับการสั่งจ่ายยา beta-blockers จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100

หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยที่ไม่ปรากฏข้อห้ามใช้ยา ACE inhibitors จำนวน 10 คน ได้รับการสั่งจ่ายยา ACE inhibitors จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0

ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการใช้ยา ACE inhibitors หรือยา ACE inhibitors เป็นข้อห้ามใช้ จำนวน 2 คน ได้รับการสั่งจ่ายยา angiotensin receptor blockers 2 คน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 5 แสดงการสั่งจ่ายเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแบบ τυติภูมิ (ต่อ)

เกณฑ์การประเมิน	จำนวน (%)					
	N/A	Yes	No and J	No and U	Insuff. data	Adherence
หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (post MI) ผู้ป่วยที่ไม่ปรากฏข้อห้ามใช้ หรือสามารถทนต่อการใช้ยา ACE inhibitors ได้รับการสั่งจ่ายยา ACE inhibitors	10 (50)	6 (30)	2 (10)	2 (10)	0 (0)	6/10 (60)
หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (post MI) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อการใช้ยา ACE inhibitors หรือยา ACE inhibitors เป็นข้อห้ามใช้ อาจพิจารณาให้ใช้ยา ARBs แทน	18 (90)	2 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2/2 (100)
ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (รวมถึงหลังจากมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย) ควรได้รับการสั่งจ่าย nitroglycerin แบบอมใต้ลิ้น	19 (95)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1/1 (100)
รวม	92	39	4	5	0	39/48 (81.3)

N/A=not applicable J = justify non-adherence to guideline U = unjustify non-adherence to guideline

Insuff. data=insufficient data

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีคะแนนรวมค่อนข้างสูงเนื่องจากที่คลินิกนี้มีรูปแบบการนัดติดตามผู้ป่วย ทุก 1 ถึง 2 เดือน อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยไม่ชัดเจน และมีความรุนแรงของโรคต่ำกว่าผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น หากจะมีการศึกษาต่อไปในอนาคต ควรคำนึงถึงปัจจัยที่ต่างกันเหล่านี้

All rights reserved

ภาคผนวก ข

แบบเก็บข้อมูลลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย

ชื่อ - สกุล.....วันเกิด.....อายุ.....ปี หมายเลข case

ที่อยู่.....HN.....

เบอร์โทรศัพท์..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อาชีพ.....ประวัติการแพ้ยา.....

การวินิจฉัย

☐ Coronary heart disease, Coronary artery disease, Ischemic heart disease ☐ Myocardial infraction ☐ NSTEMI☐ STEMI ☐ Unstable angina pectoris ☐ Chronic stable angina ☐ Triple vessel disease (TVD)☐ Double vessel disease (DVD) ☐ Single vessel disease (SVD) ☐ Dilated cardiomyopathy (DCM)โรคร่วม ☐ ความดันโลหิตสูง ☐ เบาหวาน ☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ อื่นๆ.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

วันที่	ยาที่ได้รับ
	☐ Antiplatelet agents ☐ Aspirin..... ☐ Clopidogrel..... ☐ Ticlopidine
	☐ Anticoagulant agents ☐ Warfarin
	☐ Beta-blockers ☐ Atenolol ☐ Bisoprolol ☐ Metoprolol
	☐ Carvedilol ☐ Propranolol
	☐ ACE inhibitors ☐ Enalapril ☐ Perindopril ☐ Quinapril
	☐ Ramipril
	☐ CCBs ☐ Verapamil ☐ Diltiazem ☐ Nifedipine
	☐ ARBs ☐ Losartan ☐ Irbesartan ☐ Candesartan
	☐ Valsartan ☐ Telmisartan
	☐ Diuretic drugs ☐ Spironolactone ☐ Furosemide ☐ HCTZ
	☐ Other Antihypertensive ☐ Amlodipine..... ☐ felodipine..... ☐ Hydralazine.....
	☐ Lipid lowering agents ☐ Simvastatin ☐ Fluvastatin
	☐ Atorvastatin..... ☐ Pravastatin..... ☐ Gemfibrozil.....
	☐ Nitrates ☐ Isosorbide-5- mononitrate..... ☐ Isosorbide dinitrate
	☐ Diabetic drugs ☐ Glipizide ☐ Glimepiride..... ☐ Chlorpropamide
	☐ Glibenclamide..... ☐ Gliclazide..... ☐ Metformin.....
	☐ Acarbose..... ☐ Voglibose..... ☐ Insulin.....
	☐ Others.....

วันที่	ยาที่ได้รับ

ผลทางห้องปฏิบัติการ

BW					
BP					
HR					
FBS					
TG					
Total Chol					
HDL					
LDL					
VLDL					
BUN					
Cr					
INR					
PT					
Na					
K					
Ca					
P					
Cl					
CO ₂					
Hb					
Hct					
WBC					
Neu					
Eos					
Baso					
Lym					
Mono					
Plt					
HbA _{1c}					

ภาคผนวก ก

แบบประเมินรูปแบบของการใช้ยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแบบทุติยภูมิ

	HN		ID			
แบบประเมินรูปแบบของการใช้ยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแบบทุติยภูมิ	N/A	Yes	No and J	No and U	Insuf data	คะแนน
1.ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ได้รับยาลดความดันโลหิต	☐	☐	☐	☐	☐	
2.ผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิตแล้วมีความดันโลหิต $< 140/90$ mmHg ($< 130/80$ mmHg ถ้ามีเบาหวานหรือไตเรื้อรังร่วมด้วย)	☐	☐	☐	☐	☐	
3.ผู้ป่วยที่ยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้รับการติดตามการรักษา และ วัดระดับความดันโลหิตทุกๆเดือน	☐	☐	☐	☐	☐	
4.ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว ได้รับการติดตามการรักษาและวัดระดับความดันโลหิตอย่างน้อยทุก3หรือ 6 เดือน	☐	☐	☐	☐	☐	
5.ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจระดับ serum potassium และ creatinine อย่างน้อย 1-2 ครั้ง/ปี	☐	☐	☐	☐	☐	
6.ผู้ป่วยที่มี LDL คอเลสเตอรอล ≥ 100 mg/dl และไม่มีข้อห้ามใช้ หรือ สามารถทนต่อการใช้ยา statins ได้รับการส่งจ่ายยา statins	☐	☐	☐	☐	☐	
7.ผู้ป่วยมีระดับ LDL คอเลสเตอรอล < 100 mg/dl ตามเป้าหมาย หลังจากการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง	☐	☐	☐	☐	☐	
8.ผู้ป่วยunstable angina & NSTEMI ที่มี HDL คอเลสเตอรอล < 40 mg/dl และมีไตรกลีเซอไรด์ > 200 mg/dl ควรให้ยา gemfibrozil หรือ niacins ; ผู้ป่วย STEMI ที่มีไตรกลีเซอไรด์ อยู่ระหว่าง 200 ถึง 499 mg/dl ควรพิจารณาให้ยา fibrates หรือ niacins ร่วมกับยาสatins และ ถ้ามีไตรกลีเซอไรด์ > 500 mg/dl ควรพิจารณาให้ยา fibrates หรือ niacins ก่อนเลือกให้ยาลดระดับ LDL คอเลสเตอรอล	☐	☐	☐	☐	☐	

แบบประเมินรูปแบบของการใช้ยาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแบบทุติยภูมิ	N/A	Yes	No and J	No and U	Insuf data	คะแนน
9. ในผู้ป่วยที่มีไตรกลีเซอไรด์ > 200 mg/dl เป้าหมายในการลดระดับไขมัน คือระดับ non-HDL คอเลสเตอรอล < 130 mg/dl	☐	☐	☐	☐	☐	
10. ผู้ป่วยที่มีระดับ LDL คอเลสเตอรอล ถึงเป้าหมายแล้ว ได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	☐	☐	☐	☐	☐	
11. ผู้ป่วยที่มีระดับ LDL คอเลสเตอรอล ไม่ถึงเป้าหมาย ได้รับการติดตามผลการรักษาทุก 6 – 8 สัปดาห์	☐	☐	☐	☐	☐	
12. ผู้ป่วยที่ใช้ยา statins ได้รับการติดตาม ระดับ CK เมื่อผู้ป่วยมีอาการ muscle soreness, tenderness หรือ pain และ AST, ALT อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	☐	☐	☐	☐	☐	
13. ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามใช้สำหรับยา aspirin ได้รับการส่งจ่ายยา aspirin	☐	☐	☐	☐	☐	
14. ผู้ป่วยได้รับการส่งจ่ายยา aspirin เพื่อเป็นยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดซึ่งถูกส่งจ่ายในขนาด 75 mg ถึง 162 mg ต่อวัน (STEMI) หรือขนาด 75 ถึง 325 mg ต่อวัน (chronic stable angina, unstable angina และ NSTEMI)	☐	☐	☐	☐	☐	
15. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อการใช้ยา aspirin หรือ ยา aspirin เป็นข้อห้ามใช้ ควรได้รับการส่งจ่ายยา clopidogrel 75 mg วันละครั้ง หรือ ยา ticlopidine 250 mg วันละสองครั้ง หรือ ยา warfarin (โดยติดตามการรักษาให้ INR 2.5 -3.5) ถ้าไม่มีข้อห้ามใช้ หรือ สามารถทนต่อการใช้ยาได้	☐	☐	☐	☐	☐	
16. หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (post ACS) ผู้ป่วยที่ไม่ปรากฏข้อห้ามใช้ หรือสามารถทนต่อการใช้ยา β -blockers ได้รับการส่งจ่ายยา β -blockers	☐	☐	☐	☐	☐	
17. หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (post MI) ผู้ป่วยที่ไม่ปรากฏข้อห้ามใช้ หรือสามารถทนต่อการใช้ยา ACE inhibitors ได้รับการส่งจ่ายยา ACE inhibitors	☐	☐	☐	☐	☐	
18. หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (post MI) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อ การใช้ยา ACE inhibitors หรือยา ACE inhibitors เป็นข้อห้ามใช้ อาจพิจารณาให้ใช้ยา ARBs แทน	☐	☐	☐	☐	☐	
19. ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (รวมถึงหลังจากมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย) ควรได้รับการส่งจ่าย nitroglycerin แบบอมใต้ลิ้น	☐	☐	☐	☐	☐	
รวมคะแนน						

N/A = Not applicable J = Justified non-adherence to guideline U = Unjustified non-adherence to guideline

Insuf. data = insufficient data

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาว วรธิดา สีตวานิช
วัน เดือน ปี เกิด	9 มิถุนายน 2524
ประวัติการศึกษา	2546 สำเร็จการศึกษาปริญญาเกสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
สถานที่ทำงาน	สาขาวิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved