

“Risk thresholds for alcohol consumption : combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies” (1)

โดย นพ.พลเทพ วิจิตรคุณากร



ในอดีตที่ผ่านมา มีงานวิจัยต่างๆ กล่าวถึงระดับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่ปลอดภัย ซึ่งจากงานวิจัยและคำแนะนำของแต่ละประเทศทั่วโลก พบว่า ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจน กล่าวคือ มีการอ้างถึงระดับแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน ซึ่งสัมพันธ์กับผลเสียทางสุขภาพต่างๆ กัน แต่หลักๆ แล้วจะอ้างอิงจากอัตราการตายและโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) โดยที่ไม่แยกชนิด ซึ่งอันที่จริงแล้วโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) นั้นประกอบด้วยโรคหลายชนิด ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

อ้างอิงงานวิจัยเรื่อง “Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies” ตีพิมพ์วันที่ 14 เมษายน พ.ศ.2561 ในวารสาร Lancet ซึ่งเป็นวารสารที่เป็นที่รู้จักทางการแพทย์มากที่สุดวารสารหนึ่ง โดยจุดประสงค์ของงานวิจัยนี้ คือ ศึกษาปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเสียชีวิตโดยรวม (all-cause mortality) และโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆ (cardiovascular diseases)

โรคหัวใจ และ หลอดเลือด ชนิด ต่าง ๆ (cardiovascular diseases) ประกอบไปด้วย โรคหลอดเลือดสมองทุกชนิด (all strokes) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ ที่ไม่รวมถึงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (coronary diseases excluding myocardial infarction) และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดอื่นๆ (death from other types of cardiovascular disease) ได้แก่ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac dysrhythmia) เสียชีวิตเฉียบพลันจากโรคหัวใจ (sudden cardiac death) และโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (aortic aneurysm)

มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยซึ่งเป็นประชากรที่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดต่าง ๆ จำนวน 599,912 คน ในประเทศที่พัฒนาแล้วกว่า 30 ประเทศ ซึ่งส่วนมากเป็นประเทศในแถบยุโรป โดยเริ่ม

เก็บข้อมูลตั้งแต่ปีพ.ศ.2507 และเก็บข้อมูลแล้วเสร็จในปี พ.ศ.2559 ซึ่งติดตามโดยเฉลี่ย (follow up time) 7.5 ปี (95% CI, 5.0-18.4) สุดท้ายแล้วมีคนเสียชีวิตโดยรวม 40,310 ราย และเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างๆ จำนวน 39,018 ราย สำหรับข้อมูลปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์มีการเก็บในครั้งแรกที่เข้าร่วมวิจัยและบางส่วนได้เก็บข้อมูลซ้ำ (ร้อยละ 12) นอกจากนั้นแล้วมีการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ การสูบบุหรี่ ประวัติโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผลเลือดบางอย่าง เช่น ระดับไขมันดีในกระแสเลือด (high-density lipoprotein, HDL) เป็นต้น โดยทุกคนต้องมีข้อมูลอย่างน้อย 1 ปีเป็นอย่างต่ำ

ผู้เข้าร่วมวิจัยอายุเฉลี่ย 57 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9 ปี) เป็นเพศชายร้อยละ 56 และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 79 ผลการศึกษาที่สำคัญแยกเป็นกลุ่มภาวะและโรค ได้ดังนี้

1. การเสียชีวิตโดยรวม (all-cause mortality)
พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณสูงกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์ (10 หน่วยดื่มมาตรฐาน* ต่อสัปดาห์) จะมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตโดยรวมอย่างต่อเนื่องทั้งในเพศชายและหญิง รวมถึงไม่พบประโยชน์ของการดื่มปริมาณ



แอลกอฮอล์ที่ต่ำกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์ (10 หน่วยดื่มมาตรฐาน* ต่อสัปดาห์)

2. โรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆ (cardiovascular diseases) รายละเอียด ดังนี้

2.1. โรคหลอดเลือดสมองทุกชนิด (all strokes) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ ที่ไม่รวมถึงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (coronary diseases excluding myocardial infarction) พบว่า ไม่มีระดับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ปลอดภัยหรือได้ประโยชน์ ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อปริมาณสูงกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์ (10 หน่วยดื่มมาตรฐาน* ต่อสัปดาห์) จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ดังนี้ โรคหลอดเลือดสมอง 1.14 เท่า (HR 1.14; 95% CI 1.10-1.17) โรคหลอดเลือดหัวใจชนิดอื่น ๆ 1.06 เท่า (HR 1.06; 95% CI 1.00-1.11) และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ 1.18 เท่า (HR 1.18; 95% CI 1.07-1.30)

2.2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) เป็นโรคเดียวที่พบว่า ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ต่ำกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์ (10 หน่วยดื่มมาตรฐาน* ต่อสัปดาห์) จะลดโอกาสเสี่ยงได้แต่ก็ยังไม่ชัดเจน เนื่องจากได้ประโยชน์ในบางระดับเท่านั้น และพบว่า ปริมาณที่สูงกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์ (10 หน่วยดื่มมาตรฐาน* ต่อสัปดาห์) อาจช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ประมาณ 1.06 เท่า (HR 0.94; 95% CI, 0.91-0.97) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า ลดความเสี่ยงได้เฉพาะในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (non-fatal myocardial infarction) ได้ประมาณ 1.08 (HR 0.93; 95% CI 0.90-0.97) และไม่สามารถลดความเสี่ยงได้ในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (fatal myocardial infarction) รวมถึงเมื่อมีการควบคุมปัจจัยที่

เกี่ยวข้องมากขึ้น ได้แก่ ระดับปริมาณไขมันดีในกระแสเลือด (high-density lipoprotein, HDL) กลับไม่พบความสามารถในการลดความเสี่ยงได้เช่นเดิม

3. รูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า การเสียชีวิตโดยรวม (all-cause mortality) มีความเสี่ยงมากขึ้นสำหรับการดื่มเบียร์ (beer) หรือสุรากลั่น (spirit) เมื่อเปรียบเทียบกับ การดื่มไวน์ (wine) และ การดื่มหนัก (binge drinking) ซึ่งหมายถึงการดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณตั้งแต่ 100 กรัม (10 หน่วยดื่มมาตรฐาน) ต่อการดื่มแต่ละครั้ง ก็เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นเช่นกัน

4. จำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (year of life lost) พบว่า ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงมากขึ้นจะลดอายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) อย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น นาย ก. อายุ 40 ปี

- อายุคาดเฉลี่ยจะลดลง 6 เดือน เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่ 1 (>100 ถึง 200 กรัมต่อสัปดาห์)
- อายุคาดเฉลี่ยจะลดลง 1-2 ปี เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่ 2 (>200-350 กรัมต่อสัปดาห์)
- อายุคาดเฉลี่ยจะลดลง 4-5 ปี เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในระดับ 3 (ตั้งแต่ 350 กรัมต่อสัปดาห์) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณการดื่มในระดับต่ำกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์

โดยสรุปงานวิจัยนี้อาจกล่าวได้ว่า เมื่อพิจารณาโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ละชนิดอย่างละเอียดแล้ว พบว่า ระดับปริมาณแอลกอฮอล์สูงกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์ (10 หน่วยดื่มมาตรฐาน* ต่อสัปดาห์) นั้นมีผลเสียต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายชนิดและการเสียชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ เช่นกัน และไม่มีระดับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ที่จะเป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจต่าง ๆ อย่างแท้จริง ถึงแม้ว่าประชากรในงานวิจัยนี้มาจากกลุ่มประเทศที่พัฒนา ซึ่งแตกต่างจากประเทศไทย แต่ก็นับว่าเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือและอ้างอิงได้ที่สุด ณ เวลานี้

* หน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink) คือ ปริมาณของแอลกอฮอล์ 10 กรัม โดยจะประมาณได้เท่ากับ เบียร์ 1 กระป๋อง ไวน์ 1 แก้ว เหล้า/สุรา 1 เบ็ก/กิง ไวน์คูลเลอร์หรือน้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์ 1 แก้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Wood AM, Kaptoge SK, Butterworth AS, Paul DS, Burgess S, Bell S, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data on 599,912 current drinkers in 83 prospective studies. 2018.