



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

(1)

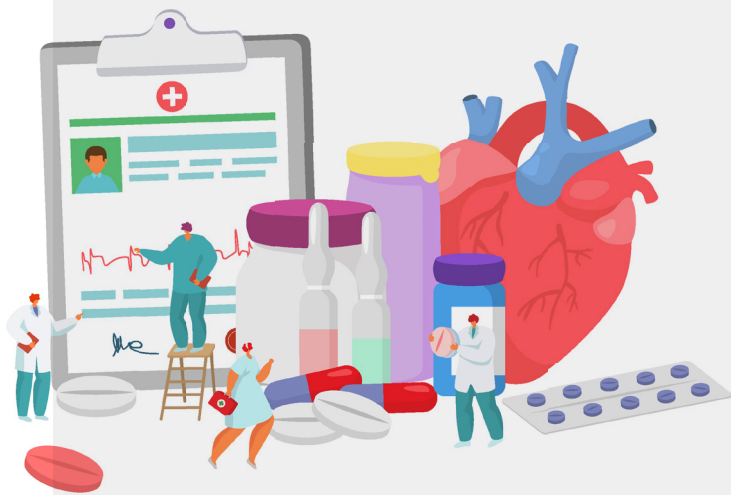


ในอดีตที่ผ่านมาเมื่องานวิจัยต่างๆ กล่าวถึงระดับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่ปลอดภัยซึ่งจากงานวิจัยและคำแนะนำของแต่ละประเทศทั่วโลกพบว่า ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจน กล่าวคือ มีการอ้างถึงระดับแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน ซึ่งสัมพันธ์กับผลเสียทางสุขภาพต่าง ๆ กัน แต่หลัก ๆ แล้วจะอ้างอิงจากอัตราการตายและโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) โดยที่ไม่แยกชนิด ซึ่งอันที่จริงแล้วโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) นั้นประกอบด้วยโรคหลายชนิด ซึ่งจะได้อีกกล่าวต่อไป

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) และโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่าง ๆ (cardiovascular diseases)

Risk thresholds for alcohol consumption





Cardiovascular Diseases

โรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่าง ๆ (cardiovascular diseases) ประกอบไปด้วย โรคหลอดเลือดสมองทุกชนิด (all strokes) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ ที่ไม่รวมถึงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (coronary diseases excluding myocardial infarction) และการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดอื่น ๆ (death from other types of cardiovascular disease) ได้แก่ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ: (cardiac dysrhythmia) โรคความดันโลหิตสูง (hypertensive disease) เสียชีวิตเฉียบพลันจากโรคหัวใจ (sudden cardiac death) และโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (aortic aneurysm)

มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยซึ่งเป็นประชากรที่ดื่มแอลกอฮอล์ และไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดต่าง ๆ จำนวน 599,912 คน ในประเทศที่พัฒนาแล้วกว่า 30 ประเทศ ซึ่งส่วนมากเป็นประเทศในแถบยุโรป โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ปีพ.ศ.2507 และเก็บข้อมูลแล้วเสร็จในปีพ.ศ.2559 ซึ่งติดตามโดยเฉลี่ย (follow up time) 7.5 ปี (95% CI, 5.0-18.4) สุดท้ายแล้วมีคนเสียชีวิตโดยรวม 40,310 ราย และเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่าง ๆ จำนวน 39,018 ราย สำหรับข้อมูลปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์มีการเก็บในครั้งแรกที่เข้าร่วมวิจัยและบางส่วนได้เก็บข้อมูลซ้ำ (ร้อยละ 12) นอกจากนั้นแล้วมีการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ การสูบบุหรี่ ประวัติโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง 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 รวมถึงไม่พบประโยชน์ของการดื่มปริมาณแอลกอฮอล์ที่ต่ำกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์ (10 หน่วยดื่มมาตรฐาน* ต่อสัปดาห์)



2.โรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่าง ๆ (cardiovascular diseases) รายละเอียด ดังนี้

2.1. โรคหลอดเลือดสมองทุกชนิด (all strokes) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ ที่ไม่รวมถึงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (coronary diseases excluding myocardial infarction) พบว่า ไม่มีระดับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ปลอดภัยหรือได้ประโยชน์ยิ่งไปกว่านั้น 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 ยิ่งไปกว่านั้น พบว่า 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) รวมถึงเมื่อมีการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากขึ้น ได้แก่ ระดับปริมาณไขมันดีในกระแสเลือด (high-density lipoprotein, HDL) กลับไม่พบความสามารถในการลดความเสี่ยงได้เช่นเดิม



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



current drinkers in 83 prospective studies

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 เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่ 3 (ตั้งแต่ 350 กรัมต่อสัปดาห์) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับ การดื่มในระดับต่ำกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์

โดยสรุปงานวิจัยนี้อาจกล่าวได้ว่า เมื่อพิจารณาโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ละชนิดอย่างละเอียดแล้วพบว่า ระดับปริมาณแอลกอฮอล์สูงกว่า 100 กรัมต่อสัปดาห์ (10 หน่วยดื่มมาตรฐาน* ต่อสัปดาห์) นั้นมีผลเสียต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายชนิดและการเสียชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ เช่นกัน และไม่มีระดับปริมาณการแอลกอฮอล์ที่จะเป็นประโยชน์ต่อโรคหลอดเลือดหัวใจต่าง ๆ อย่างแท้จริง ถึงแม้ว่าประชากรในงานวิจัยนี้มาจากกลุ่มประเทศที่พัฒนา ซึ่งแตกต่างจากประเทศไทย แต่ก็นับว่าเป็นข้อมูลที่น่าเชื่อถือและอ้างอิงได้ที่สุด ณ เวลานี้



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.