

ที่มา: โรคหลอดเลือดแดงแข็ง เป็นโรคที่เกิดกับหลอดเลือดต่างๆ ทั่วร่างกายมักเป็นในบริเวณจุดที่มีการขัดขวางการไหลเวียนของเลือด โรคนี้มีอาการได้มากมายตั้งแต่ไม่มีอาการ จนถึงมีอาการอย่างชัดเจนในระบบต่างๆ ซึ่งอาจจะเกิดร่วมกันหรือคาบเกี่ยวกัน โดยมีปัจจัยเสี่ยงร่วม คือ อายุมาก เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ การคัดกรองมีความสำคัญและมีความคุ้มค่า เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนต่างๆ การตรวจเอปียไอซึ่งทำได้ง่ายและไม่ซับซ้อน สามารถคัดกรองความเสี่ยงได้เป็นอย่างดีในกลุ่มประชากรดังกล่าว

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาหาความชุกของค่าเอปียไอที่ผิดปกติ(โดยถือเอาค่าที่น้อยกว่า0.9)ในผู้ป่วยที่มีหรือสงสัยว่าจะมีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือมีปัจจัยเสี่ยงสูงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง และหาว่าค่าเอปียไอที่ผิดปกตินั้นมีความเกี่ยวข้องกับการมีหรือไม่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือเกี่ยวข้องกับจำนวนเส้นที่ตีบหรือความมากน้อยของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งในหลอดเลือดหัวใจหรือไม่ และตัวแปรหรือปัจจัยทางคลินิกใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการเกิดค่าเอปียไอที่ผิดปกติ

วิธีการ: ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จากห้องตรวจสวนหัวใจ และ จากแผนกผู้ป่วยนอก จะได้รับการตรวจวัดค่าเอปียไอ และกรอกข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ลงในแบบบันทึกในลักษณะเรียงต่อกันไป แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการศึกษา: พบความชุกของค่าเอปียไอที่ผิดปกติในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ12.1 กลุ่มที่มีหรือสงสัยว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 13.2 กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงร้อยละ 11.6 พบในอายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 15.4 อายุ 50-69 ปีและมีเบาหวานหรือสูบบุหรี่ร้อยละ 7.8 อายุน้อยกว่า 50 ปีและมีเบาหวานร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มอีก 1 อย่าง (ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หรือสูบบุหรี่) ร้อยละ 3.3 และไม่พบว่ามีเกี่ยวข้องกันระหว่างค่าเอปียไอที่ผิดปกติกับการมีหรือไม่มีโรคของหลอดเลือดหัวใจ หรือความมากน้อยของจำนวนเส้นที่ตีบของหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อโอกาสเกิดค่าเอปียไอที่ผิดปกติได้แก่ เพศ อายุ ภาวะเบาหวาน การสูบบุหรี่ และโรคหลอดเลือดสมอง

Background: Atherosclerosis is a diffuse disease involving large and medium size arteries that preferentially target regions of disturbed blood flow. Atherosclerotic vascular syndrome has spectrum ranging from asymptomatic to overt clinical manifestation. These syndromes may overlap and coexist. Common risk factors were found such as age, diabetes, hypertension, dyslipidemia, smoking. Screening is important and cost effective to prevent disability. The ankle-brachial index (ABI) used to diagnose PAD is simple, non-invasive and reproducible to detect subject high risk to have PAD among aforementioned high risk group.

Objective: The purpose was to identify prevalence of abnormal ABI (defined as $ABI < 0.9$) in patients with documented atherosclerotic vascular disease or at high risk of having atherosclerosis and whether it correlates with atherosclerotic burden (which can be presumed by diffuse coronary artery disease) and what clinical variables correlates to abnormal ABI

Method: Eligible patients in cath-lab and OPD were recruited in consecutive fashion. ABI measurement and case report forms, variables were completed then analyzed with SPSS version 13

Results: The prevalence of abnormal ABI is 12.1% in whole population. According to entry criteria, prevalence in known or suspected CAD group was 13.2% and high risk group was 11.6%. Subgroup in high risk group: Age 70 years old or more had prevalence 15.4%, Age 50-69 years old with diabetes or smoking had prevalence 7.8%, and age less than 50 years old with diabetes and either additional atherosclerotic risk factors (hypertension, dyslipidemia, or smoking) had prevalence 3.3%. Abnormal ABI does not associate with atherosclerotic burden in coronary artery system. Finally, gender, age, diabetes, smoking and history of cerebrovascular disease were significantly correlated to abnormal ABI in studied population.