



แอลกอฮอล์ ผลต่อสุขภาพร่างกาย

รศ.นพ.มล.ทยา กิตติยากร

สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

(อาจารย์สาขาวิชาโรคทางเดินอาหารและตับ ภาควิชาอายุรศาสตร์ รพ.รามธิบดี ม.มหิดล)



ตาย

คนตายจากแอลกอฮอล์ ประมาณ
3 ล้านคนต่อปี ทั่วโลก

อุบัติเหตุ/บาดเจ็บ: 900,000 คน

อุบัติเหตุรถชน 373,000

ทำร้ายตัวเอง 146,000

ฆาตกรรม 88,000

หกล้ม/อุบัติเหตุ 77,000

โรคมะเร็ง 400,000 คน

มะเร็งลำไส้ 90,000

มะเร็งตับ 84,000

มะเร็งหลอดอาหาร 73,000

มะเร็งอื่น ๆ 153,000

โรคทางเดินอาหาร: 637,000 คน

ภาวะตับแข็ง 607,000

โรคตับอ่อน 30,000

โรคหัวใจและเส้นเลือด 593,000 คน

รวมผลจากโรคความดันโลหิต โรคเส้นเลือด
หัวใจตีบ หัวใจวาย เส้นเลือดในสมองแตก

โรคติดเชื้อ 400,000 คน

วัณโรค 254,000

โรคปอดบวม 99,000

HIV 33,000

แอลกอฮอล์เป็นพิษ 146,000 คน

ลมชัก 17,000 คน

DALYs: Disability-Adjusted Life Years

ดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ

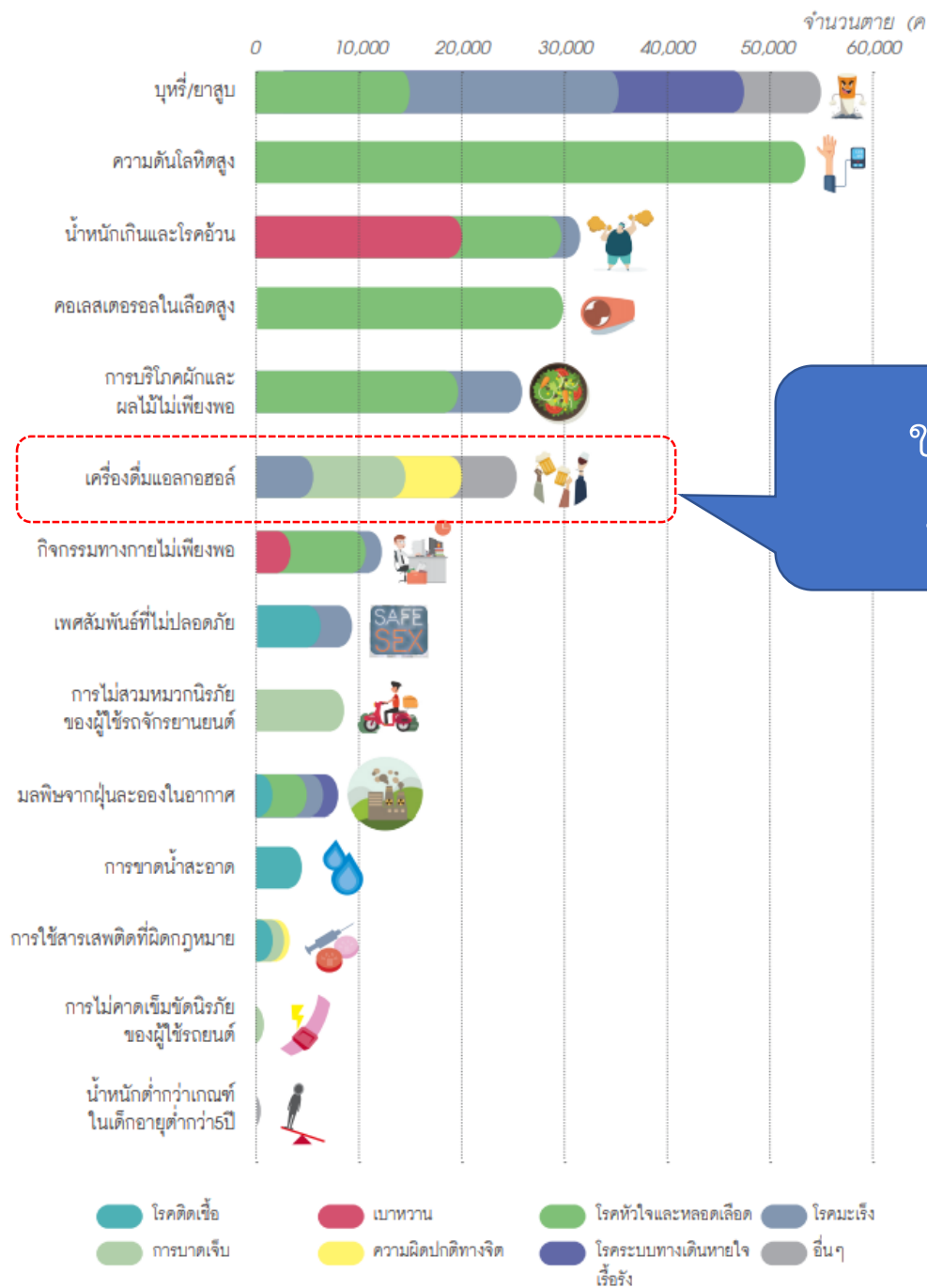
“ปีที่เสียไปจากการตายก่อนอันควรหรือพิการ (ปรับตามอายุ/ความรุนแรง)”

แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุ การเสียชีวิต 132.6 ล้านปีสุขภาวะ DALY ต่อปีทั่วโลก

(เมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ ผลเกิดมากกับประชาชนที่อายุไม่มาก)



รูปที่ 4 การเสียชีวิต จากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย จำแนกตามกลุ่มโรค

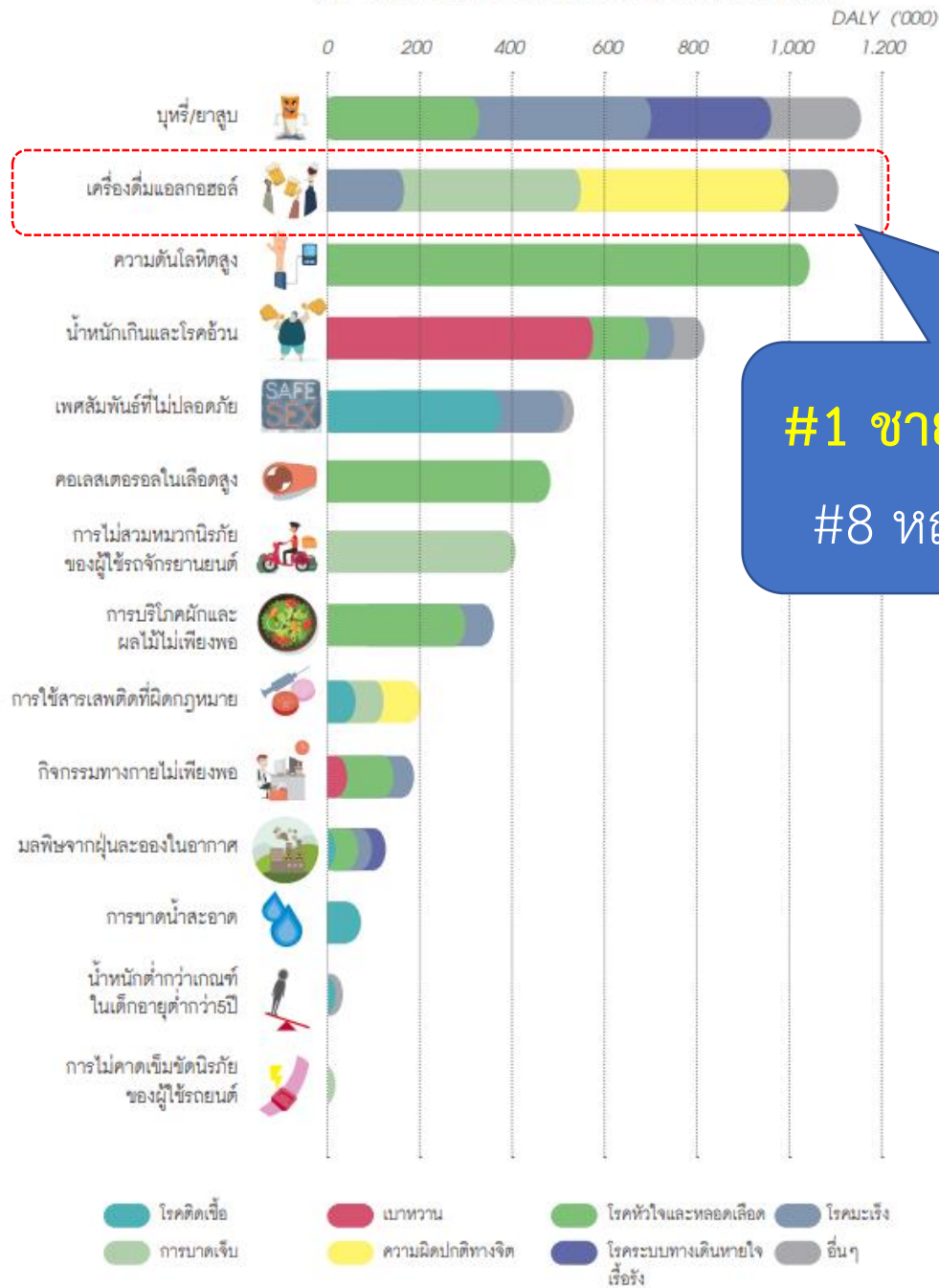


อัตราการตาย แบ่งตาม
ปัจจัยเสี่ยง ปี 2557

ชาย : 20,436 คน
หญิง: 1,408 คน

มะเร็ง
บาดเจ็บ/อุบัติเหตุ
ความผิดปกติทางจิต
อื่น ๆ

รูปที่ 6 การโรค จากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย จำแนกตามกลุ่มโรค



ภาระโรคในประเทศไทย DALYs แยกตามปัจจัยเสี่ยง ปี พศ. 2557

#1 ชาย : 1,039,760 DALYs (12% ของ DALYs)
 #8 หญิง : 81,580 DALYs (1.3% ของ DALYs)

พิการหรือตายจากอุบัติเหตุ
 ความผิดปกติทางจิต
 มะเร็ง
 อื่นๆ

Factors affecting mortality and resource use for hospitalized patients with cirrhosis

A population-based study

Phunchai Charatcharoenwittaya, MD^{a,*}, Ngamphol Soonthornworasiri, PhD^b, Khemajira Karaketklang, MSc^a, Kittiyod Poovorawan, MD^c, Wirichada Pan-ngum, PhD^b, Watcharasak Chotiyaputta, MD^a, Tawesak Tanwandee, MD^a, Kamthorn Phaosawasdi, MD^d

Medicine (2017) 96:32(e7782)

ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วย 10,444 คน ที่มีภาวะตับแข็ง เข้ามานอนรับการรักษาในรพ.

แอลกอฮอล์เป็นเหตุของตับแข็ง 41.1% (อีก 2.4% มีไวรัสตับอักเสบรวมด้วย)

อัตราการเสียชีวิตในรพ. : 10.8%

ค่าใช้จ่าย ต่อครั้งที่เข้ารพ. : 378 USD (ประมาณ 11,340 บาท)

ค่าใช้จ่ายทั้งปี ของการดูแลผู้ป่วยตับแข็งจากการดื่มแอลกอฮอล์ในรพ. = **379.32 ล้านบาท**

สาเหตุอื่น ๆ ของตับแข็ง
ไม่ทราบสาเหตุ/ไม่ได้ระบุ : 43.6%
ไวรัสตับอักเสบบี: 5.5%
ไวรัสตับอักเสบซี: 6.3%

Table 2: Estimates of the economic cost of alcohol consumption in Thailand 2006

	Million baht * (2006)
Direct cost	
Health care cost	5,491.2
Law enforcement cost	242.4
- Court cost	156
- Police cost	86.4
Cost of property damage due to traffic accident	779.4
Indirect cost	
Cost of productivity loss	
- Cost of productivity loss due to premature mortality	104,127.9
- Cost of productivity loss due to reduced productivity	45,464.6
Total costs in million baht	156,105.4
Total cost as % of GDP	1.99
Total per capita (baht per capita)	2,391.3
Total per capita (\$US PPP per capita)*	147.47
Total costs in million \$US (PPP) 2006*	9627.22

*16.215 baht = \$US (PPP) 1

Thavorncharoensap et al. *BMC Public Health* 2010, **10**:323
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/323>

RESEARCH ARTICLE

Open Access

The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006

Montarat Thavorncharoensap^{*1,2}, Yot Teerawattananon¹, Jomkwan Yothasamut¹, Chanida Lertpitakpong¹, Khannika Thitiboonsuwan^{1,2}, Prapag Neramitpitagkul^{1,3} and Usa Chaikledkaew^{1,2}

เราทำอะไรได้กับ 156,105.4 ล้านบาท (ใน 1 ปี!)?

แอลกอฮอล์กับหัวใจ : การดื่มน้อยช่วยหัวใจหรือไม่?

(J-curve มีจริงหรือไม่?)

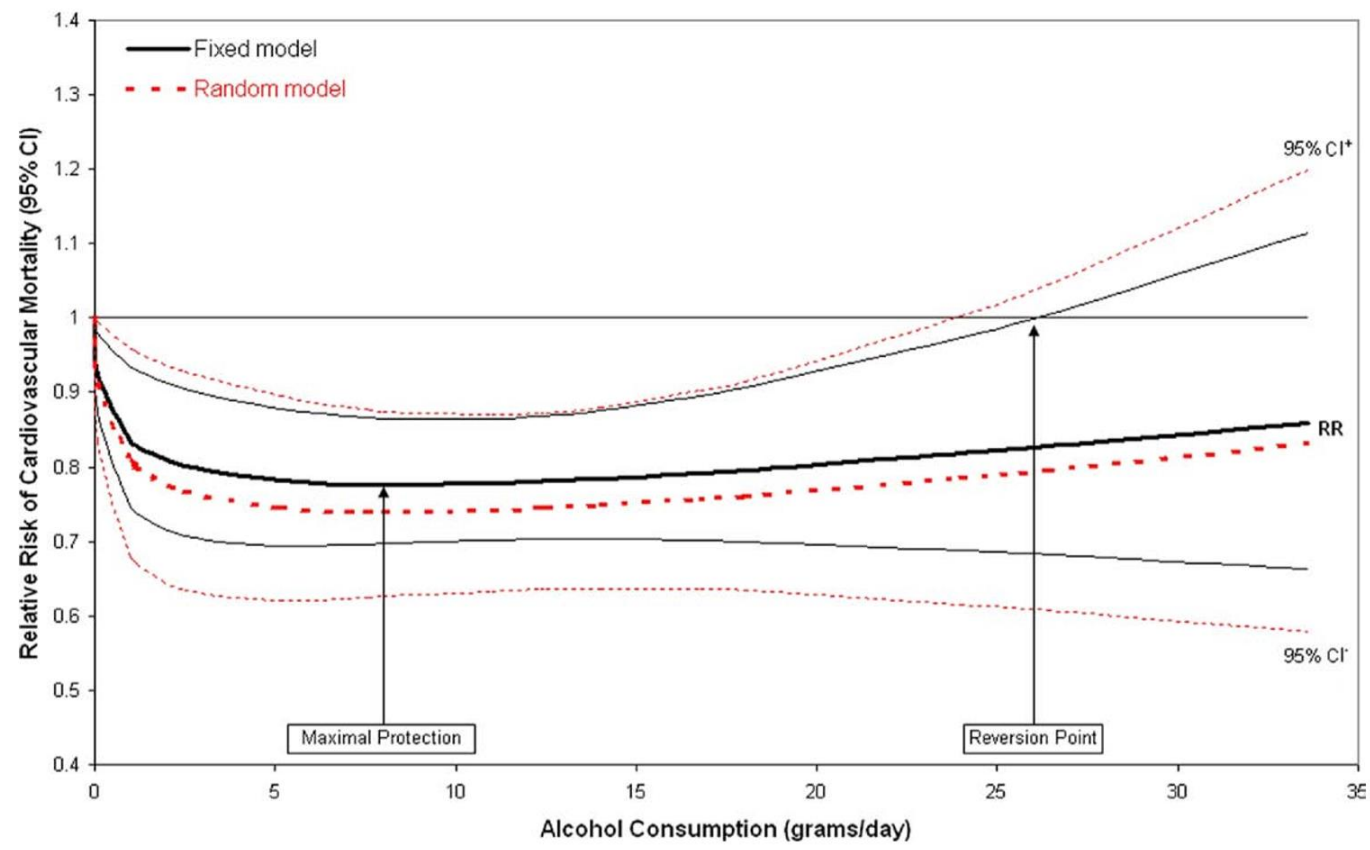


Figure 3 Alcohol Consumption in Relation to Cardiovascular Mortality in Cardiovascular Disease Patients

Pooled curves of relative risk of cardiovascular mortality and alcohol intake, extracted from 7 independent relationships using fixed (solid lines) and random (dotted lines) models. RR = relative risk; 95% CI⁻ = lower value of confidence interval; 95% CI⁺ = upper value of confidence interval.

แต่..งานวิจัยที่รายงานแบบนี้หลายครั้งจะมีความเอนเอียง ทำให้เปรียบเทียบผิด:

1. คัดผู้เข้าวิจัยที่สุขภาพไม่ดีก่อนเริ่ม (Selection bias: healthy survivors) เพราะคนที่ป่วยได้ตายไปก่อนเริ่มแล้ว
2. คนที่บอกว่า “ไม่ดื่ม” อาจมีทั้งคนที่ไม่ดื่มจริง และคนที่ป่วยเลยต้องเลิกดื่ม (Mix former drinkers and abstainers)
3. อาจมีจะมีเหตุผลด้านสุขภาพที่ทำให้คน “ไม่ดื่ม”ไม่ดื่ม Confounders for abstainers (poor health or social status)
4. จำผิด เพราะถามครั้งเดียว (Recall bias/ Misclassification because used a single time point)

ข้อมูลจากงานวิจัย National Child Development study ที่อังกฤษ

งานวิจัย National Child Development study ติดตามเด็กที่เกิดใน 1 สัปดาห์ ค.ศ. 1958 ในประเทศอังกฤษทุกคน และสัมภาษณ์เมื่ออายุ 7, 11, 16, 23, 33, 42, 50, 55 ปี

- คนที่รายงานว่าตัวเองมีสุขภาพไม่ดีตอนอายุ 23 ปี มีโอกาสที่จะอยู่ในกลุ่ม “ไม่ดื่ม/ดื่มน้อย” มากกว่าคนอื่นตอนอายุ 33 ปี
- เมื่อสัมภาษณ์ตอนอายุ 55 ปี มีคนแค่ 1.7% ที่รายงานว่า “ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์เลย” อย่างไรก็ตาม 22% ของคนกลุ่มนี้ พบว่าเคยรายงานว่าเคยดื่ม แอลกอฮอล์ ในการสัมภาษณ์ก่อนนั้น
- คนส่วนใหญ่ ในกลุ่ม “ไม่ดื่ม” ..จริง ๆ แล้วเคยดื่มมาก่อน

Alcohol Consumption and Mortality From Coronary Heart Disease: An Updated Meta-Analysis of Cohort Studies

JINHUI ZHAO, PH.D.,^{a,*} TIM STOCKWELL, PH.D.,^{a,b,c} AUDRA ROEMER, M.SC.,^{a,b} TIMOTHY NAIMI, M.D.,^d & TANYA CHIKRITZHS, PH.D.^{c,e}

TABLE 3. Mean relative risks (RRs) of coronary heart disease mortality due to alcohol consumption by mean age of the study populations at baseline

Drinking categories by mean cohort age	N/n ^a	Unadjusted			Partially adjusted ^b			Fully adjusted ^c		
		RR	[95% CI]	t test p	RR	[95% CI]	t test p	RR	[95% CI]	t test p
Mean age 19–55 (follow-up age: 53–89)^d										
Abstainer		1.00			1.00			1.00		
Current and former drinker vs. abstainer	23/134	0.92	[0.78, 1.09]	.2633	0.97	[0.83, 1.14]	.6760	1.17	[0.99, 1.38]	.0615
Former drinker vs. abstainer	4/9	1.15	[0.86, 1.53]	.3395	1.19	[0.97, 1.46]	.1007	1.45	[1.08, 1.95]	.0136
All current drinker vs. abstainer	23/125	0.88	[0.75, 1.04]	.1064	0.94	[0.80, 1.10]	.3131	1.12	[0.94, 1.33]	.1422
Occasional (<1.30 g/day)	5/10	0.99	[0.76, 1.30]	.9598	1.17	[0.99, 1.38]	.0589	1.44	[1.09, 1.89]	.0101
Low volume (1.30–24.99 g/day)	21/68	0.81	[0.73, 0.89]	.0001	0.80	[0.71, 0.89]	.0001	0.95	[0.75, 1.21]	.7013
Medium volume (25–44.99 g/day)	16/23	0.91	[0.76, 1.09]	.2895	0.88	[0.78, 0.99]	.0350	1.04	[0.81, 1.34]	.7379
High volume (45–64.99 g/day)	8/12	0.72	[0.56, 0.92]	.0090	0.90	[0.79, 1.03]	.1166	1.07	[0.83, 1.39]	.6011
Higher volume (≥65 g/day)	9/12	1.03	[0.80, 1.32]	.8195	0.98	[0.81, 1.18]	.8005	1.15	[0.86, 1.52]	.3414
Mean age 56–78 (follow-up age: 59–109)										
Abstainer		1.00			1.00			1.00		
Current and former drinker vs. abstainer	22/135	0.94	[0.78, 1.14]	.4413	0.89	[0.73, 1.09]	.1983	0.90	[0.74, 1.10]	.2429
Former drinker vs. abstainer	5/9	1.36	[1.05, 1.76]	.0205	1.33	[1.12, 1.58]	.0015	1.34	[1.08, 1.65]	.0078
All current drinker vs. abstainer	22/126	0.87	[0.79, 0.97]	.0239	0.82	[0.75, 0.90]	.0039	0.83	[0.75, 0.92]	.0074
Occasional (<1.30 g/day)	1/1	0.87	[0.40, 1.89]	.7228	0.78	[0.62, 0.98]	.0355	0.77	[0.60, 1.00]	.0511
Low volume (1.30–24.99 g/day)	22/61	0.78	[0.70, 0.86]	.0001	0.80	[0.74, 0.86]	.0001	0.81	[0.69, 0.95]	.0080
Medium volume (25–44.99 g/day)	19/28	0.81	[0.70, 0.94]	.0064	0.76	[0.69, 0.83]	.0001	0.77	[0.66, 0.90]	.0015
High volume (45–64.99 g/day)	13/20	0.95	[0.80, 1.12]	.5282	0.86	[0.77, 0.96]	.0093	0.88	[0.75, 1.04]	.1412
Higher volume (≥65 g/day)	10/16	0.97	[0.80, 1.18]	.7819	0.93	[0.80, 1.07]	.3025	0.95	[0.78, 1.15]	.5801

Notes: Estimates significant at the 5% level ($p < .05$) are **bold**. CI = confidence interval. ^aN = Number of studies; n = number of risk estimates. ^bWeighted estimates adjusted for between-study variation. ^cWeighted estimates adjusted for between-study variation, abstainer biases, sex of study population, alcohol measure accuracy, country, and whether studies controlled for heart problem, social status, and smoking status. ^dTwo risk estimates in the study conducted in China were included.

เมื่อคุณงานวิจัยที่รับผู้ป่วยที่
อายุน้อยกว่า 55 ปี

...พบว่า ไม่พบประโยชน์ทาง
สุขภาพจากการดื่ม
แอลกอฮอล์ปริมาณน้อยต่อ
วัน

