

ภาคผนวก ก

แนวทางการสั่งใช้ยากลุ่มสแตตินในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

1. ด้านข้อบ่งใช้

1.1 ใช้สำหรับการป้องกันแบบทุติยภูมิในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีภาวะคอเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระดับ LDL-C ในเลือด มากกว่าหรือ เท่ากับ 130 mg/dl หรือ ผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับยากลุ่มสแตติน

1.2 การตรวจผลทางห้องปฏิบัติการก่อนสั่งใช้ยา ได้แก่ การตรวจระดับไขมันในเลือดภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

1.3 ข้อห้ามใช้ ได้แก่ ผู้ที่แพ้ยากลุ่มสแตตินหรือแพ้ส่วนประกอบอื่นของตัวยา หญิงตั้งครรภ์ มารดาที่ให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคตับหรือมีค่าเอนไซม์ตับเพิ่มขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ (ค่า transaminase มากกว่าหรือ เท่ากับ 2 เท่าของค่าสูงสุด) และ ผู้ป่วยที่มีค่า CPK มากกว่าหรือเท่ากับ 350 U/L (ยกเว้นผู้ป่วย acute myocardial infarction)

2. ด้านกระบวนการติดตามการใช้ยา

2.1 ขนาดยาเริ่มต้น

- atorvastatin 5-10 mg วันละครั้ง หลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน
- simvastatin 10-20 mg วันละครั้ง หลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน

2.2 ขนาดยาสูงสุด

- atorvastatin 40 mg/วัน
- simvastatin 40 mg/ วัน

2.3. มีการเฝ้าระวังกรณีมีการสั่งร่วมกับยาที่มีอันตรกิริยากับยากลุ่มสแตติน ได้แก่ digoxin, erythromycin, rovamycin, fluconazole, itraconazole, ketoconazole และ warfarin

2.4 การตรวจติดตามผลทางห้องปฏิบัติการที่ 12 สัปดาห์หลังใช้ยา เพื่อประเมินผลการรักษา และอาการอันไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การตรวจระดับไขมันในเลือด การสั่งตรวจค่าเอนไซม์ตับ (SGOT/ SGPT) และการสั่งตรวจค่า CPK

3. การประเมินผลลัพธ์ของการรักษา ประกอบด้วย

- 3.1 เป้าหมายในการรักษา คือ ระดับ LDL-C ในเลือดน้อยกว่า 100 mg/dl
- 3.2 การปรับขนาดยากรณีระดับ LDL-C ในเลือดสูงกว่าเป้าหมาย
- 3.3 การปรับขนาดหรือสั่งหยุดยา กรณีค่าเอนไซม์ตับเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 3 เท่าของค่าปกติสูงสุด
- 3.4 การปรับขนาดหรือสั่งหยุดยา กรณีค่า CPK เพิ่มขึ้นมากกว่า 10 เท่าของค่าปกติสูงสุด
- 3.5 มีการประเมินอาการอื่นไม่พึงประสงค์อื่นๆ

ภาคผนวก ข

ใบประกอบการสั่งใช้ยากลุ่มสเตติน โรงพยาบาลพัทลุง

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....วันที่.....

Doctor Note

A : Indication

- () 1. Primary Prevention ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง (มากกว่า 2 ชนิดในผู้สูบบุหรี่ หรือตั้งแต่ 2 ชนิดในผู้ไม่สูบบุหรี่)
- () 1.1 อายุ (ชาย มากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี, หญิง มากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี หรือหมดประจำเดือน)
- () 1.2 อายุ (ชายน้อยกว่า 35 ปี หรือหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือน ที่มีระดับ LDL-C ตั้งแต่ 220 mg/dl)
- () 1.3 มีประวัติญาติสายตรงเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจก่อนวัย (ชายน้อยกว่า 55 ปี หรือหญิงน้อยกว่า 65 ปี)
- () 1.4 สูบบุหรี่
- () 1.5 ความดันโลหิตสูง (ความดัน > 140/90 mmHg หรือต้องควบคุมด้วยยา)
- () 1.6 โรคเบาหวาน (FBS > 126 mg/dl หรือต้องควบคุมด้วยยา)
- () 1.7 ระดับ HDL-C น้อยกว่า 35 mg/dl
- () 2. Secondary Prevention ในผู้ป่วย IHD ที่มีระดับ LDL-C ตั้งแต่ 130 mg/dl
- () 3. Secondary Prevention ในผู้ป่วย stroke ที่มีระดับ LDL-C ตั้งแต่ 130 mg/dl

B : Contraindication

- () หญิงตั้งครรภ์
- () มารดาที่ให้นมบุตร
- () ในผู้ป่วยที่มีระดับ CPK > 350 u/L
- () ในผู้ป่วยที่มีระดับ SGOT/SGPT > 2 เท่าของค่าปกติสูงสุด

C : ขนาดยา

ขนาดยา.....mg วันละ.....ครั้ง จำนวน.....เม็ด เริ่มใช้ตั้งแต่.....

D : ผลการรักษา

1. Total-C.....mg/dl 2. Triglyceride.....mg/dl 3. HDL.....mg/dl 4. LDL-C.....mg/dl

E : อาการอันไม่พึงประสงค์

- () ไม่มีพบ () คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก ท้องอืด แสบท้อง
- () ผื่นแดง คัน () ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ
- () มองภาพไม่ชัด ต้อกระจก () ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
- () เพิ่มระดับเอนไซม์ตับ SGOT.....u/L SGPT.....u/L
- () เพิ่มระดับ CPKu/L

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ภาคผนวก ค

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ข้อมูลทั่วไป

Case No.....	อายุ.....ปี	เพศ.....	น้ำหนัก.....กก	ส่วนสูง.....ซม	BMI.....
ที่อยู่.....			เบอร์โทร.....		
ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา <input type="checkbox"/> ปวส/อนุปริญญา <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี					
ค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> เบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงาน <input type="checkbox"/> โครงการ 30 บาท <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง <input type="checkbox"/> ประกันชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					
อาชีพ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน <input type="checkbox"/> ลูกจ้าง <input type="checkbox"/> ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> นักเรียน นักศึกษา <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....					

2. ประวัติครอบครัว

ประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคทางพันธุกรรม (พ่อ แม่ พี่ น้อง)

ไม่มี โรคความดันโลหิตสูงได้แก่..... โรคเบาหวานได้แก่..... โรคไขมันในเลือดสูง ได้แก่.....

โรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่..... เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนวัย(ชาย<55ปี,หญิง<65ปี) ได้แก่.....

อื่นๆ.....

3. ประวัติทางสังคมและสุขภาพ

สูบบุหรี่ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ <input type="checkbox"/> สูบ..มวน/วัน <input type="checkbox"/> เคยสูบ (หยุดสูบ....เดือน)	ผู้ดูแลให้กินยา <input type="checkbox"/> ตัวเอง <input type="checkbox"/> ญาติ (ระบุ).....
แอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> ดื่ม (ปริมาณ)... <input type="checkbox"/> เคยดื่ม (หยุด...ปี)	อาหารที่ชอบ <input type="checkbox"/> หวาน <input type="checkbox"/> เค็ม <input type="checkbox"/> ไขมันสูง <input type="checkbox"/> ปกติ
ออกกำลังกาย (ประเภท)..... ครั้งละ..... นาที.....ครั้ง/สัปดาห์	อื่นๆ <input type="checkbox"/> ให้หมมนูตริ <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์
ประวัติแพ้ยา <input type="checkbox"/> ไม่แพ้ยา <input type="checkbox"/> แพ้ยา(ระบุชื่อยา/อาการที่แสดง).....	

4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

.....

.....

ประวัติการใช้ยา (ระบุชื่อยา/ขนาด)

ไม่มี Statins อื่นๆ

5. การเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....

.....

.....

.....

ผลการตรวจอื่น ๆ.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
.....								
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ								
ว/ด/ป								
Total-C(mg/dl)								
TG(mg/dl)								
HDL-C(mg/dl)								
LDL-C(mg/dl)								
SGOT(normal 15-46 U/L)								
SGPT(normal 11-66 U/L)								
CPK(normal 98-170 U/L)								
CK-MB(normal 0-25 U/L)								
LDH(normal 313-618 U/L)								
BUN/Cr								
FBS								
BP								
BW								
อื่นๆ.....								

6.การมาตามนัด/กินยาตามแพทย์สั่ง

	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
วันที่นัด			
วันที่มาตรวจ			
จำนวนยาที่ได้ (วัน)			
จำนวนยาที่ต้องใช้ (วัน)			
%adherence			

9. ปัญหาจากการใช้ยา และการป้องกัน/แก้ไข

ชนิดและรายละเอียดของปัญหา ที่พบ (ว/ด/ป)	การป้องกัน/แก้ไข (ว/ด/ป)	ผลจากการป้องกัน/แก้ไข (ว/ด/ป)

ชนิดของปัญหา

A: ไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ

B: เลือกใช้ยาไม่เหมาะสม

C: ได้รับยาในขนาดต่ำเกินไป

D: ได้รับยาในขนาดสูงเกินไป

E: ไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง

F: อาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

G: เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา

H: ใช้ยาไม่ตรงข้อบ่งใช้/ไม่มีหลักฐานยืนยันข้อบ่งใช้

I: อื่นๆ(แจ้งรายละเอียด)

10. ปัญหาจากการปฏิบัติตัวและการให้คำแนะนำ

ชนิดและรายละเอียดของปัญหา ที่พบ (ว/ด/ป)	การให้คำแนะนำ (ว/ด/ป)	ผลจากการให้คำแนะนำ (ว/ด/ป)

ชนิดของปัญหา

ก. อ้วน/น้ำหนักเกินมาตรฐาน ข. ไม่ออกกำลังกาย

ค. อาหารเค็ม

ง. อาหารหวาน

จ. อาหารไขมันสูง ช. สูบบุหรี่

ซ. ดื่มแอลกอฮอล์

ณ. ภาวะเครียด

ญ. อื่นๆ(แจ้งรายละเอียด)

11. การติดตามผลผู้ป่วย

- การให้ความร่วมมือในการใช้ยา

1. จำนวนครั้งที่ไม่มีมาตามนัด.....ครั้ง
2. การหยุดยา/ไม่มาติดตามผลการรักษา ไม่มี มี
3. การใช้ยาตามแพทย์สั่ง (%adherence) ครั้งที่ 1..... ครั้งที่ 2..... ครั้งที่ 3..... รวม.....

- ความสอดคล้องในการสั่งจ่าย การติดตาม และประเมินผลการใช้ยากลุ่มสแตตินตามแนวทางที่กำหนดใน โรงพยาบาลพัทลุง

1. การตรวจผลทางห้องปฏิบัติการก่อนสั่งจ่ายยา (ในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติใช้ยากลุ่มสแตติน)
 - 1.1 การส่งตรวจไขมันในเลือด ไม่มี มีภายใน 48 ชั่วโมง มีเกิน 48 ชั่วโมง
 - 1.2 liver enzyme SGOT U/L SGPT U/L 3. ไม่มีการตรวจ
 - 1.3 CPK CPK..... U/L ไม่มีการตรวจ
2. ข้อบ่งใช้ (ในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติใช้ยากลุ่มสแตติน)
 - 2.1 การสั่งจ่ายยากลุ่มสแตตินในผู้ป่วยที่มีระดับ LDL \geq 130 mg/dl ไม่มี มี
 - 2.2 ข้อบ่งใช้ ผู้ป่วยที่ระดับ LDL \geq 130 mg/dl อื่นๆ
 - 2.3 ข้อห้ามใช้ ไม่มี ประเมินไม่ได้ pregnancy lactation liver disease
3. ขนาดยา เหมาะสม (ยา/ขนาด)..... ไม่เหมาะสม (ยา/ขนาด).....
4. การได้รับร่วมกับยาที่เกิดอันตรกิริยา ไม่มี มี.....
5. การตรวจติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ
 - 5.1 lipid profile มีการติดตาม ไม่มีการติดตาม
 - 5.2 liver enzyme มีการติดตาม ไม่มีการติดตาม
 - 5.3 CPK มีการติดตาม ไม่มีการติดตาม
6. ผลการรักษาและอาการอันไม่พึงประสงค์
 - 6.1. ระดับ LDL-C ตามเป้าหมาย ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
 - 6.2. การปรับขนาดยากรณีระดับ LDL-C สูงกว่าเป้าหมาย ปรับเพิ่ม ไม่ปรับ อื่นๆ.....
 - 6.3 liver enzyme เพิ่ม < 3 เท่าของค่าสูงสุด เพิ่ม \geq 3 เท่าของค่าสูงสุด ปกติ
 - 6.4 การปรับขนาดยากรณี liver enzyme เพิ่มขึ้น ปรับลด หยุดยา ไม่ปรับ
 - 6.5 CPK เพิ่ม < 10 เท่าของค่าสูงสุด เพิ่ม > 10 เท่าของค่าสูงสุด ปกติ
 - 6.6 การปรับขนาดยากรณี CPK เพิ่มขึ้น ปรับลด หยุดยา ไม่ปรับ
 - 6.7 อาการอันไม่พึงประสงค์อื่นๆ ไม่พบ พบ..... ไม่มีการติดตาม

- การแก้ไขกรณีการสั่งใช้ยากลุ่มสแตตินไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด

1. กรณีไม่มีการสั่งตรวจไขมันในเลือดภายใน 48 ชั่วโมง
 - ไม่ปรับการรักษา ปรับการรักษา.....
2. กรณีไม่มีการสั่งจ่ายยากลุ่มสแตตินในผู้ป่วยที่มีระดับ LDL \geq 130 mg/dl
 - ไม่ปรับการรักษา ปรับการรักษา.....
3. กรณีผู้ป่วยไม่มีข้อบ่งชี้ ไม่ปรับการรักษา ปรับการรักษา.....
4. กรณีผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ ไม่ปรับการรักษา ปรับการรักษา.....
5. กรณีขนาดยาเริ่มต้นไม่เหมาะสม ไม่ปรับการรักษา ปรับการรักษา.....
6. กรณีการได้ร่วร่วมกับยาที่เกิดอันตรกิริยา ไม่ปรับการรักษา ปรับการรักษา.....
7. กรณีไม่มีการตรวจติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ
 - 7.1. lipid profile ไม่ปรับการรักษา ปรับการรักษา.....
 - 7.2. liver enzyme ไม่ปรับการรักษา ปรับการรักษา.....
 - 7.3. CPK ไม่ปรับการรักษา ปรับการรักษา.....
8. ไม่ปรับขนาดยากรณีระดับ LDL-C สูงกว่าเป้าหมาย ไม่ปรับการรักษา ปรับการรักษา.....
9. ไม่ปรับขนาดยากรณี liver enzyme เพิ่มขึ้น \geq 3 เท่าของค่าสูงสุด ไม่ปรับการรักษา ปรับการรักษา.....
10. ไม่ปรับขนาดยา/หยุดยากรณี CPK เพิ่มขึ้น $>$ 10 เท่าของค่าสูงสุด ไม่ปรับการรักษา ปรับการรักษา.....

- การเกิด major adverse outcome (ว/ด/ป)

- death stroke MI.....
- readmis. With UA..... อื่นๆ..... ไม่เกิด

- ผลการประเมินความรู้ด้วยแบบวัดความรู้ (เฉพาะกลุ่มทดลอง)

- คะแนนครั้งที่1.....คะแนน
- คะแนนครั้งที่2.....คะแนน
- คะแนนครั้งที่ 3.....คะแนน

- ผลการประเมินคุณภาพชีวิต (เฉพาะกลุ่มทดลอง)

- คะแนนครั้งที่1.....คะแนน
- คะแนนครั้งที่2.....คะแนน
- คะแนนครั้งที่ 3.....คะแนน

ภาคผนวก ง

สมุดคู่มือ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและ

คอเลสเตอรอลสูง



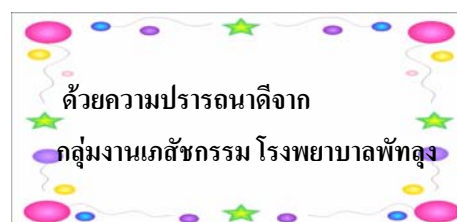
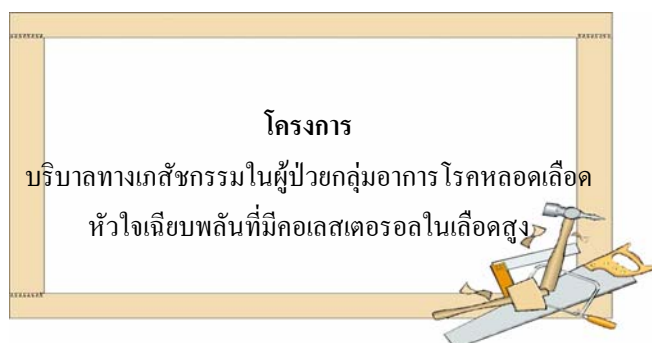
ชื่อ-สกุล.....

เลขที่บัตร.....case no.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ประวัติแพ้ยา.....



หัวใจ

หน้าที่หลักของหัวใจ

คือการส่งเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกาย และ
เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ



หลอดเลือดหัวใจที่ดี

มีความยืดหยุ่นและมีพิวด้ำนในเรียบ
เพื่อให้เลือดไหลได้สะดวก

หลอดเลือดหัวใจตีบ

เกิดเนื่องจากผนังหลอดเลือดชั้นในถูก
ทำลาย และมีไขมันมาสะสมในผนังหลอดเลือด
เกิดการตีบของหลอดเลือด ทำให้เลือดถูกสูบฉีด
ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง



ผลของหลอดเลือดหัวใจตีบต่ออาการเจ็บหน้าอก

ถ้าหลอดเลือดหัวใจตีบถึงร้อยละ 50
กล้ามเนื้อหัวใจยังมีเลือดไปเลี้ยงเพียงพอในขณะที่พัก
แต่ขณะออกกำลังกายหัวใจต้องการเลือดไปเลี้ยง
เพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งจะหายไป
เมื่อหยุดพัก



กล้ามเนื้อหัวใจตาย

เมื่อหลอดเลือดหัวใจตีบจนอุดตัน
กล้ามเนื้อหัวใจจะขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเป็นสาเหตุ
ของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้มีอาการเจ็บแน่น
อกรุนแรง อาจเป็นลมหมดสติและเสียชีวิตได้

สาเหตุของหัวใจวาย

ผลจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้หัวใจ
ทำงานได้น้อยลง อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย
ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย

อาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์

ถ้าอาการเจ็บแน่นอกนานกว่า 15-30 นาที
 ไม่ได้ขึ้นถึงแม้จะนั่งพักหรืออมยาใต้ลิ้น อาจเกิดจาก
 กล้ามเนื้อหัวใจตาย ต้องรีบมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด
 ภายใน 4-6 ชั่วโมงตั้งแต่เริ่มมีอาการ



ข้อควรปฏิบัติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ควบคุมความดันโลหิต
2. ควบคุมภาวะเบาหวาน
3. ควบคุมภาวะคอเลสเตอรอลในเลือด
4. งดสูบบุหรี่
5. ลดความอ้วน
6. ออกกำลังกาย

การวัดระดับไขมันในเลือด

- ผู้ที่จะวัดระดับไขมันในเลือดควรงด
อาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมง โดยค่าที่วัดได้แก่
- ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride-TG)
 - คอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol-TC)
 - เอช ดี แอล คอเลสเตอรอล (HDL) ไขมันชนิดดี
ช่วยลดการอุดตันของหลอดเลือด
 - แอล ดี แอล คอเลสเตอรอล (LDL) ไขมันชนิดไม่ดี
ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด



$$\text{LDL} = \text{TC} - \text{HDL} - \text{TG}/5$$

การประเมินผลระดับไขมันในเลือด

ค่าไขมัน	TC	TG	LDL	HDL
เหมาะสม	น้อย กว่า 200	น้อย กว่า 150	น้อย กว่า 100	มากกว่า 40
ยอมรับได้	-	-	100-129	-
กำลัง	200-239	150-199	130-159	-
สูง	มากกว่า 240	200-449	160-189	-
สูงมาก	-	มากกว่า 500	มากกว่า 190	-

ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

ภาวะที่มีระดับคอเลสเตอรอลรวม หรือระดับ แอล ดี แอล คอเลสเตอรอลสูงกว่าค่าปกติ

ผลของภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

แอล ดี แอล คอเลสเตอรอลจะถูกนำไปสะสมที่ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ



สาเหตุของภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

1. ส่วนใหญ่เกิดจากพันธุกรรม
2. สาเหตุอื่นๆ ได้แก่
 - โรคบางชนิด เช่น เบาหวาน อ้วน ไตวายเรื้อรัง โรคตับ ภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ
 - ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ สเตียรอยด์ สอร์โมนเพศ
 - อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูงและอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ เนื้อติดหนังหรือติดมัน
 - การปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เบียร์ และการไม่ออกกำลังกาย

แนวทางการรักษาภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

1. การรักษาแบบใช้ยาลดไขมัน
2. การรักษาแบบไม่ใช้ยา (การปรับพฤติกรรม) ได้แก่
 - การลดอาหารอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง และอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง
 - การลดน้ำหนักในผู้ที่อ้วนหรือน้ำหนักเกิน
 - การออกกำลังกาย
 - งดสูบบุหรี่
 - เลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



การพิจารณาเลือกแนวทางการรักษา

ภาวะของผู้ป่วย	ระดับ LDL ที่เริ่มรักษา		ระดับ LDL เป้าหมาย
	การปรับพฤติกรรม	การใช้ยา	
ไม่เป็นโรคหัวใจ + ปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่า 2 ชนิด	ตั้งแต่ 160 mg/dl	ตั้งแต่ 190 mg/dl	น้อยกว่า 160 mg/dl
ไม่เป็นโรคหัวใจ + ปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 ชนิด	ตั้งแต่ 130 mg/dl	ตั้งแต่ 160 mg/dl	น้อยกว่า 130 mg/dl
โรคหัวใจ เบาหวาน	ตั้งแต่ 100 mg/dl	ตั้งแต่ 130 mg/dl	น้อยกว่า 100 mg/dl

การรักษาแบบใช้ยาลดไขมัน

1. การเลือกชนิดของยาพิจารณาจากระดับไขมันที่ผิดปกติ
2. ขนาดยา จะมีการปรับขนาดยาจนสามารถควบคุมระดับไขมันได้ตามเป้าหมาย
3. ผู้ที่ได้รับการรักษาแบบใช้ยาลดไขมัน ควรใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง และมีการปรับพฤติกรรมร่วมด้วยเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดไขมัน

1. อาการที่ควรรีบมาพบแพทย์
 - ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อรุนแรงและมีปัสสาวะสีน้ำตาลเข้ม
 - ผื่นแพ้
 - ตัวเหลือง ตาเหลือง
2. อาการที่พบบ่อยแต่ไม่รุนแรง และมักหายได้เองเมื่อใช้ต่อไป
 - ปวดท้อง ท้องอืด ท้องผูก ท้องเสีย
 - ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ



การปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต

♣ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องโภชนาการ ได้แก่

- รับประทานคอเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มก. โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง (ไข่ไก่ไม่เกินอาทิตย์ละ 2-3 ฟอง) เครื่องในสัตว์ กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม เนื้อสัตว์ที่ติดหนังหรือติดมัน เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ไส้กรอก แหนม หมูยอ กุนเชียง และผลิตภัณฑ์จากนม เช่น นม เนย ครีม

- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงซึ่งจะทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์สูง เช่น กะทิ ไขมันจากสัตว์

- ควรรับประทานอาหารที่ให้กรดไขมันไลโนเลอิก เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ซึ่งจะช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด

- หลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารพวกแป้งและน้ำตาล เนื่องจากสะสมเป็นไขมันทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์สูง

- ควรเพิ่มอาหารพวกผักใบต่างๆและผลไม้บางชนิดที่ให้กากใย เช่น คะน้า ผักกาด ส้ม จะช่วยลดการดูดซึมไขมัน

♣ ควรลดน้ำหนักตัวในผู้ที่อ้วนหรือน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งในผู้ใหญ่พิจารณาจากค่าดัชนีมวลกาย (ค่าปกติในผู้ชายเท่ากับ 20 - 25, ในผู้หญิงเท่ากับ 19 - 24)

$$\text{ค่าดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

♣ การออกกำลังกาย ทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์และคอเลสเตอรอลลดลง เพิ่มระดับ เอช ดี แอล ยังช่วยทำให้น้ำหนักลดลง และการทำงานของระบบหัวใจ หลอดเลือดดีขึ้น โดยควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ ครั้งละ 20 - 30 นาที สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก

อาหาร 100 กรัม มีปริมาณคอเลสเตอรอลเป็นมิลลิกรัม ดังนี้

ชนิดอาหาร	ปริมาณ คอเลสเตอรอล	ชนิดอาหาร
เนื้อหมู-เนื้อแดง	60-70	เนื้อไก่-เนื้อสัตว์
-เนื้อปนมัน	126	-ตับ
-น้ำมันหมู	110	เนื้อเป็ด
-ตับ	400	ไข่-ทั้งฟอง
-ตับอ่อน	466	ไข่ขาว
-กระเพาะ	150	ไข่แดง (เป็ด)
-หัวใจ	400	ไข่แดง (ไก่)
-สมอง	3160	ไข่นกกระทา
-ชีโครง	110	ไข่ปลา
-ไส้กรอก	100	เนื้อวัว-เนื้อสัตว์
-กุนเชียง	150	-ตับ
-เบคอน	215	-ตับอ่อน
-แฮม	100	-ไส้ขี้วัว

ปริมาณ คอเลสเตอรอล	ชนิดอาหาร	ปริมาณ คอเลสเตอรอล
60	ปู	101-164
685-750	หอยนางรม	230-470
70-90	หอยแมลงภู่	70
550	หอยแครง	59
0	หอยอื่นๆ	150
1120	กุ้งเล็ก	125
2000	กุ้งใหญ่	250-300
3640	ปลาหมึกเล็ก	384
7300	ปลาหมึกใหญ่	1170
60	ครีม	300
400	เนยเหลว	250
376	เนยแข็ง	90-113
610	นมสด	24
	ไอศกรีม	40

ควรรับประทานคอเลสเตอรอลไม่เกิน 300 มิลลิกรัม/วัน และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัม/ 100 กรัม

ควรตรวจระดับไขมันในผู้ใดบ้าง ??

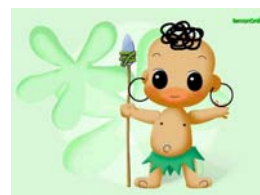
1. ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่
 - อายุ ชาย มากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี
หญิง มากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี หรือหมดประจำเดือน
 - สูบบุหรี่
 - ความดันโลหิตสูง
 - มีประวัติพ่อเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจก่อนอายุ 55 ปี
หรือแม่ก่อนอายุ 65 ปี
 - มีโรคเบาหวาน
 - มีระดับ HDL น้อยกว่า 35
2. ผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงตีบแข็ง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ
3. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี (ถ้าผลอยู่ในเกณฑ์ปกติควรตรวจซ้ำอย่างน้อยทุก 5 ปี)

การประเมินผลระดับน้ำตาล

การควบคุม	ดีมาก	ดี	พอใช้	แย่มาก
ระดับน้ำตาล (mg/dl)	80-120	121-140	141-180	มากกว่า 180

การประเมินผลระดับความดันโลหิต

การควบคุม	ดีมาก	ดี	ไม่ดี
ความดันค่าบน	น้อยกว่า 130	130-139	มากกว่า 140
ความดันค่าล่าง	น้อยกว่า 80	80-89	มากกว่า 90



ภาคผนวก จ

แบบวัดความรู้เรื่องการรักษาภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

Case noHN.....ทดสอบครั้งที่.....วันที่.....

คำชี้แจงสำหรับการใช้แบบวัด

วัตถุประสงค์ของการวัดความรู้ชุดนี้จะวัดเฉพาะการรักษาภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และยาที่ใช้รักษาภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงเท่านั้น เพื่อให้สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงทุกรายไม่ว่าจะใช้ยากุ่มใด

เนื้อหาของแบบวัดความรู้ แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นการวัดความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง อาการแทรกซ้อน ความรู้เรื่องยาที่ใช้รักษา การกินอาหารและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยทำเป็นคำถามแบบมีตัวเลือก 4 ตัว โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบเพียงข้อเดียว การให้คะแนนเมื่อตอบถูกจะได้ 1 คะแนน และตอบผิดจะได้ 0 คะแนน

คำถามที่ 1- 5 วัดความรู้เรื่องภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

คำถามที่ 6- 9 วัดความรู้เรื่องยา

คำถามที่ 10-12 วัดความรู้เรื่องอาหารและการปฏิบัติตัว

ส่วนที่ 2 เป็นการวัดความรู้ของการใช้ยาแต่ละชนิดและเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งคำตอบที่ได้จะขึ้นอยู่กับยาที่ผู้ป่วยได้รับ วิธีการวัดทำโดยผู้ประเมินหยิบซองยาที่จะถามให้ผู้ป่วยดู แล้วให้ผู้ป่วยตอบปากเปล่า และผู้ประเมินจะระบุในกระดาษคำตอบว่าผู้ป่วยตอบถูกหรือผิด การให้คะแนนเมื่อตอบถูกจะได้ 1 คะแนน และตอบผิดจะได้ 0 คะแนน

คำถามที่ 1 ประเมินว่าผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ของการใช้ยาหรือไม่

- คำตอบที่ถูกต้อง คือ ภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

คำถามที่ 2 ประเมินว่าผู้ป่วยทราบวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องหรือไม่

- คำตอบที่ถูกต้อง ต้องถูกทั้งขนาดยา จำนวนครั้งที่กิน และเวลาที่กิน

คำถามที่ 3 ประเมินว่าผู้ป่วยทราบอาการอันไม่พึงประสงค์ของยาหรือไม่

- คำตอบที่ถูกต้อง คือ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อรุนแรง และ/หรือ

- ผู้ป่วยอาจตอบอาการใดอาการหนึ่งเพิ่มเติม ดังนี้ ปวดท้อง ท้องอืด ท้องผูก

ปวด/เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อย ผื่นแพ้

คำถามที่ 4 ประเมินว่าถ้าผู้ป่วยเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา ผู้ป่วยทราบหรือไม่ต้องแก้ไขอย่างไร

- คำตอบที่ถูกต้องจะสัมพันธ์กับคำตอบข้อที่ 3

1. ถ้าผู้ป่วยตอบอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อรุนแรง หรือ ผื่นแพ้

1.1 คำตอบที่ถูกต้อง คือ ให้ผู้ป่วยหยุดยาและมาพบแพทย์

2. ถ้าผู้ป่วยตอบอาการอื่นๆ คำตอบที่ถูกต้อง คือ

2.1. ถ้าอาการไม่รุนแรงให้ผู้ป่วยกินยาต่อไปได้

2.2. ถ้าอาการรุนแรงให้ผู้ป่วยหยุดยาและมาพบแพทย์

แบบวัดความรู้เรื่องการรักษาภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง

คำชี้แจง : แบบวัดความรู้เรื่องการรักษาภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงและใช้สำหรับช่วยท่านในการวางแผนการดูแลรักษาภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูงของท่านให้ได้ผลดีที่สุด กรุณาตอบตามความเป็นจริง ไม่ต้องเดา ข้อใดไม่แน่ใจให้วงกลมหน้าอักษรข้อ “ไม่แน่ใจ”

ส่วนที่ 1 : ให้วงกลมรอบตัวอักษรหน้าข้อความที่ถูกต้อง

1. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับความหมายของภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
 - ก. ระดับไขมันแอล ดี แอล คอเลสเตอรอลในเลือดสูง
 - ข. ระดับไขมันเอช ดี แอล คอเลสเตอรอลในเลือดสูง
 - ค. ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง
 - ง. ไม่แน่ใจ
2. ข้อใดถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับผลของภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
 - ก. เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - ข. เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของโรคความดันเลือดสูง
 - ค. เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของโรคเบาหวาน
 - ง. ไม่แน่ใจ
3. ข้อใดถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
 - ก. อาจเกิดจากพันธุกรรม หรือ จากการกินอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง
 - ข. อาจเกิดจากโรคหรือยาบางชนิด เช่น โรคไตวายเรื้อรัง ยากลุ่มสเตียรอยด์
 - ค. มีสาเหตุจากทั้งข้อ ก และข้อ ข
 - ง. ไม่แน่ใจ
4. ข้อใดถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับการตรวจภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
 - ก. ควรงดอาหารเป็นเวลา 12 ชั่วโมงก่อนเจาะเลือดในตอนเช้า
 - ข. ควรมีการตรวจระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเป็นระยะเพื่อติดตามผลการรักษา
 - ค. ถูกทั้งข้อ ก และข้อ ข
 - ง. ไม่แน่ใจ

5. ข้อใดถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับการรักษาภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
- ก. ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับยาลดคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
 - ข. ผู้ป่วยที่ได้รับยาลดคอเลสเตอรอลในเลือดสูงควรมีการควบคุมอาหารร่วมด้วย
 - ค. การออกกำลังกายไม่มีผลต่อการรักษาภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
 - ง. ไม่แน่นอน
6. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยารักษาภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
- ก. ยาลดคอเลสเตอรอลในเลือด ควรใช้เมื่อกินอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง
 - ข. ยาลดคอเลสเตอรอลในเลือด ต้องใช้ตามที่แพทย์สั่งทุกวัน
 - ค. ยาลดคอเลสเตอรอลในเลือด ผู้ป่วยสามารถหยุดใช้ยาเมื่อไหร่ก็ได้
 - ง. ไม่แน่นอน
7. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับขนาดของยารักษาภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
- ก. ต้องใช้ตามขนาดที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
 - ข. ผู้ป่วยสามารถลดขนาดหรือหยุดยาได้เอง หากหยุดกินอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง
 - ค. ผู้ป่วยสามารถเพิ่มขนาดยาได้เองในบางมื้อที่กินอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง
 - ง. ไม่แน่นอน
8. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อล้มกินยา
- ก. รอไปกินยามือถัดไป
 - ข. ให้รวบยามือที่ล้ม ไปกินพร้อมกับยามือถัดไปหรือกินยาเป็น 2 เท่าของมือปกติ
 - ค. เมื่อนึกขึ้นได้ก่อนมือถัดไปให้กินยาทันที แต่ถ้านึกได้เมื่อใกล้มือถัดไปหึ่งดมือนั้น และรอไปกินยามือถัดไปเลย
 - ง. ไม่แน่นอน
9. ข้อใดถูกต้องเกี่ยวกับเวลาในการกินยา
- ก. ควรกินเวลาเดียวกันทุกวัน ในขนาดยาและจำนวนครั้งตามแพทย์สั่ง
 - ข. กินเวลาใดก็ได้ตามสะดวก แต่ขนาดยาต้องถูกต้องตามแพทย์สั่ง
 - ค. กินเวลาใดก็ได้ตามสะดวก แต่จำนวนครั้งต้องถูกต้องตามแพทย์สั่ง
 - ง. ไม่แน่นอน

10. ข้อใดถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับวิธีการรักษาแบบไม่ใช้ยาของภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
- ผู้ป่วยควรควบคุมอาหารคอเลสเตอรอลสูง
 - ผู้ป่วยควรลดความอ้วน เพิ่มการออกกำลังกาย
 - ถูกทั้งข้อ ก และข้อ ข
 - ไม่แน่ใจ
11. ข้อใดถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
- เครื่องในสัตว์ หอยนางรม
 - ไข่แดง เนื้อมันหรือติดมัน
 - ถูกทั้งข้อ ก และข้อ ข
 - ไม่แน่ใจ
12. ข้อใดถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง
- งดสูบบุหรี่
 - ควบคุมอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง
 - ถูกทั้งข้อ ก และข้อ ข
 - ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 2 จากยาที่ท่านเห็นอยู่นี้ ให้ตอบคำถามในช่องว่างด้านล่างนี้

- ท่านใช้ยานี้รักษาโรคหรืออาการอะไร

<input type="checkbox"/> ตอบถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ตอบผิด (ระบุ).....
-------------------------------------	---
- ยานี้ต้องใช้อย่างไร

<input type="checkbox"/> ตอบถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ตอบผิด (ระบุ).....
-------------------------------------	---
- เมื่อใช้ยานี้แล้วอาจเกิดผลอาการข้างเคียงอะไรบ้าง

<input type="checkbox"/> ตอบถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ตอบผิด (ระบุ).....
-------------------------------------	---
- เมื่อใช้ยานี้แล้วเกิดผลอาการข้างเคียงตามข้อ 3 แล้วจะต้องทำอย่างไร

<input type="checkbox"/> ตอบถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ตอบผิด (ระบุ).....
-------------------------------------	---

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อประเมินผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของท่าน ข้อมูลที่ได้นี้จะนำไปใช้เพื่อการวิจัยและพัฒนาการบริการของโรงพยาบาล ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

กรุณาอ่านคำถามแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมายถูก ✓ ในช่อง □ ของคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	เล็กน้อย	ไม่มีผล
1. โรคของท่านมีผลต่อท่านในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด						
ก. การเดินขึ้นลงบันได	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ข. การทำงานบ้าน	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ค. การวิ่งในระยะทางไกล ๆ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ง. ท่านต้องหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ออกแรงมาก	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
จ. การเดินอย่างน้อย 1 กิโลเมตร	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ฉ. การทำกิจกรรมยามว่าง หรืองานอดิเรก	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. โรคของท่าน มีผลต่ออาการต่าง ๆ ของท่านต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด						
ก. ความรู้สึกอ่อนเพลีย	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ข. ความรู้สึกมีพลังกำลังน้อย	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ค. อาการเจ็บหน้าอกเป็นช่วง ๆ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ง. อาการเหนื่อยล้าเป็นช่วง ๆ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
จ. การทำกิจวัตรประจำวันได้ยากลำบากเพราะอาการเจ็บหน้าอก	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
ฉ. ความรู้สึกหายใจขัดเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. โรคของท่าน ทำให้ท่านรู้สึกขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ						
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	ค่อนข้างน้อย	เล็กน้อย	ไม่มีผล
4. โรคของท่าน ทำให้ท่านรู้สึกซึมเศร้า	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. โรคของท่าน ทำให้ท่านรู้สึกกังวล	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. โรคของท่าน ทำให้ท่านรู้สึกรำคาญหรือหงุดหงิดง่าย	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. โรคของท่าน ทำให้ท่านรู้สึกไม่ผ่อนคลายหรือเครียด	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8. โดยรวมท่านรู้สึกพอใจในชีวิตความเป็นอยู่	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
9. ท่านรู้สึกมีความสุข	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
10. ท่านรู้สึกหดหู่หรือสิ้นหวัง	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. ท่านรู้สึกสบาย ๆ	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
12. ท่านรู้สึกไม่พอใจในชีวิต	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

