

การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวในเพศหญิงและชาย

จุก สุวรรณโณ* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

จอม สุวรรณโณ**ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยหญิงและชายที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนบันทึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวของโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 750 เตียงแห่งหนึ่ง ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2554 ถึงกันยายน พ.ศ. 2558 มีจำนวนทั้งสิ้น 157 ราย ประเมินระดับความเสี่ยงด้วยคะแนน ABCD2 ส่วนจำนวนและชนิดของปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมที่ศึกษามี 5 ชนิด คือ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันคอเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์วิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าสถิติบรรยาย ทดสอบเปรียบเทียบด้วยสถิติที่ สถิติแมนวินนีย์ ยู สถิติไคสแควร์ หรือการทดสอบของฟิชเชอร์และค่าสัดส่วนความเสี่ยง (odds ratio, 95% confidence interval) ผลการวิจัยพบว่า ผู้หญิงมีคะแนนความเสี่ยง ABCD2 สูงกว่าผู้ชาย เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วม 5 ชนิด พบว่าผู้หญิงมีจำนวนปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าผู้ชาย แต่เมื่อวิเคราะห์เฉพาะโรคร่วม 3 ชนิด พบว่าผู้หญิงมีจำนวนโรคร่วมมากกว่าผู้ชาย โดยพบภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันคอเลสเตอรอลสูงอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างน้อยหนึ่งชนิดในอัตราสูงกว่าผู้ชาย แต่พบอัตราการสูบบุหรี่ ที่กับการดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้ชาย หลักฐานการวิจัยนี้พบว่าผู้หญิงและผู้ชายมีความเสี่ยงที่แตกต่างกันทั้งระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยหญิงจึงควรเน้นที่การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมเบาหวาน และการลดไขมันในเลือดชนิดไม่ตีส่วนในผู้ชายควรเน้นที่การจัดการให้เลิกสูบบุหรี่ และลดการดื่มแอลกอฮอล์

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือ ABCD2 ความแตกต่างระหว่างเพศ

*ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

**Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช, E-mail: jomsuwanno@gmail.com

A Comparison of Risk Level, Amount, and Type of Risk Factors for Developing Stroke among Women and Men with Transient Ischemic Attack (TIA)

Juk Suwanno* *M.N.S (Adult Nursing)*

Jom Suwanno** *Ph.D. (Nursing)*

Abstract

The purpose of this study was to compare the level, amount, and type of risk factors of stroke among women and men with TIA. We used retrospective data from TIA Registry, of the total 157 TIA patients who were admitted to a 750-bed tertiary care hospital, between December 2011 and September 2015. The ABCD2 risk score was used to determine risk level of developing stroke. The amount and type of risk factors or comorbidity were the five known vascular risk included hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, smoking, and alcohol drinking. Data were analyzed using descriptive statistic, independent t-test, Mann-Whitney U test, Chi-square or Fisher's exact test, and odds ratio (95% confidence interval). Results revealed that women had a higher risk score on the ABCD2 than did men. Women had less amount of the five total risk factors compared to men. Regarding to the three comorbidities, women had more amount risk factors than did men. More women than men had at least one of any comorbidities: hypertension, diabetes, or hypercholesterolemia. Overall, women were more likely to have a higher risk of hypercholesterolemia, while less likely to smoke cigarettes, or drink alcohol, as compared to men. Women and men with TIA had differences in the level, amount, and type of stroke risk. Secondary prevention in women with TIA should focus on blood pressure control, diabetes control, and lipid lowering, while that in men should focus on stopping smoking and reducing alcohol consumption.

Keywords: Transient ischemic attack (TIA), Stroke risk factors, ABCD2 risk score, Gender differences

*Advanced Practice Nurse and Head of Stroke Care Unit, Hat Yai Hospital, Songkhla Province

** Corresponding author, Assistant Professor, Walailak University School of Nursing, Nakhon Si Thammarat, E-mail: jomsuwanno@gmail.com

การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเพศในหญิงและชาย

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเป็นปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน¹ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายในช่วงเวลาอันสั้นในขณะที่เข้ารักษาอยู่โรงพยาบาล และหลังจำหน่าย โดยอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.6-10 ในช่วง 48 ชั่วโมงแรกเป็นร้อยละ 0.6-13 ในช่วงเจ็ดวันแรกจนถึงร้อยละ 3-18 ในช่วงหนึ่งเดือนแรก และร้อยละ 0.6-21 ในช่วงสามเดือนแรก^{2,3} แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคนี้ยังมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นในระยะยาว

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจพยาธิสภาพของสมองเพื่อวินิจฉัยแยกจากโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ใช้เครื่องมือทางคลินิกคัดกรองและจำแนกระดับความเสี่ยงและค้นหาปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมที่เป็นสาเหตุของหลอดเลือดเสื่อม¹ จึงจะสามารถวางแผนป้องกันได้อย่างเหมาะสมตามระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งหลักฐานความรู้ปัจจุบันมีข้อสรุปว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวมีปัจจัยเสี่ยงชนิดเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมที่เป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดเสื่อมมากกว่าหนึ่งชนิดร่วมกับปัจจัยเสี่ยงที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค นั่นคือ ลักษณะอาการทางคลินิกที่เป็นอาการเด่นและระยะเวลาที่อาการคงอยู่^{2,4,5}

การศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวและโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดยังพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงและชายมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกันและเหมือนกันซึ่งมีผลต่อการพิจารณาเลือกแนวทางการรักษาพยาบาล การฟื้นฟู และการเกิดอุบัติเหตุชนิดที่รุนแรง

จากโรคหัวใจและหลอดเลือด (major adverse cardiovascular event [MACE]) เช่น การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย และการเสียชีวิต¹ มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเปรียบเทียบระหว่างเพศหญิงและชาย มีข้อค้นพบสอดคล้องกันว่าผู้หญิงเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่าผู้ชาย และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงสูงอายุมากกว่าชายสูงอายุ⁶⁻⁹ ปัจจัยเสี่ยงบางชนิดพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ได้แก่ น้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน⁶ ความดันโลหิตสูง^{6,7,9} ปัจจัยเสี่ยงที่พบในผู้หญิงน้อยกว่าผู้ชาย ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคหัวใจและหลอดเลือด^{6,7,9} สำหรับปัจจัยเสี่ยงอีกสองชนิด ยังมีข้อค้นพบที่ไม่สอดคล้องกัน บางการศึกษาพบโรคเบาหวาน และไขมันในเลือดผิดปกติในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย⁷ ซึ่งตรงกันข้ามกับการศึกษาอื่น⁶ และบางการศึกษาพบว่าไม่ต่างกัน⁹

การติดตามผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบว่าผู้หญิงมีอัตราการเกิด MACE สูงกว่าผู้ชาย¹⁰ หรือไม่ต่างกัน⁹ เช่นเดียวกับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว⁴ แต่ผู้หญิงได้รับการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้ชาย เช่น การได้รับยาละลายลิ่มเลือดในสมอง (tPA) การตรวจติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การส่งตรวจไขมันในเลือด การตรวจเอกซเรย์สมอง การตรวจหลอดเลือด การตรวจหัวใจ การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาลดไขมันในเลือด การเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสภาพ^{6,7,11} ซึ่งส่งผลให้ผู้หญิงมีการฟื้นฟูช้ากว่าผู้ชาย^{7,9}

อย่างไรก็ตาม การทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวย้อนหลัง 10 ปี ผู้วิจัยไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบว่าผู้ป่วยเพศหญิงและชายมีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันหรือเหมือนกันอย่างไรบ้าง ทั้งระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดของปัจจัยเสี่ยง แม้จะมีงานวิจัย

จำนวนมาก^{3,12} ที่ศึกษาระดับความเสี่ยงซึ่งจำแนกด้วยเครื่องมือทางคลินิกที่ใช้แพร่หลายคือ ABCD2 แต่มีได้เปรียบเทียบระหว่างเพศ งานวิจัยของประเทศไทยมีเพียงหนึ่งเรื่องเท่านั้นที่ศึกษาเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹³ แต่ไม่ได้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศเช่นกัน การวิจัยนี้ศึกษาเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยเพศหญิงและชาย โดยประเมินด้วย ABCD2 ซึ่งเป็นเครื่องมือทางคลินิกที่ใช้แพร่หลาย ระบบให้คะแนนไม่ยุ่งยาก จำแนกได้จากปัจจัยเสี่ยงที่ประเมินกันอยู่แล้วในการตรวจรักษาผู้ป่วยและมีความแม่นยำในการทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹² นอกจากนี้ยังเปรียบเทียบจำนวนและชนิดของปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมอย่างอื่นที่เป็นสาเหตุของหลอดเลือดเสื่อม ซึ่งจะเป็นหลักฐานความรู้สำหรับพิจารณาเลือกแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ทั้งในระยะเฉียบพลัน และการติดตามระยะยาวเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับลักษณะความเสี่ยงที่แตกต่างกันของผู้ป่วยเพศหญิงและชาย เป็นการเพิ่มผลลัพธ์การรักษาพยาบาล และลดความไม่ทัดเทียมในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดของปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวในเพศหญิงและชาย

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้จำแนกความเสี่ยงออกเป็น 2 ลักษณะตามชนิดของปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ 1) ปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก

หมายถึง กลุ่มปัจจัยเสี่ยงเฉพาะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวซึ่งทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินและจำแนกด้วยระบบคะแนน ABCD2 และ 2) ปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมหมายถึง ปัจจัยเสี่ยงตั้งต้นหรือโรคประจำตัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดเสื่อมหน้าที่ ในรายงานนี้เสนอปัจจัยเสี่ยง 5 ชนิด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน คอเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเรียกรวมว่า ปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม และวิเคราะห์แยกเฉพาะปัจจัยเสี่ยงที่เป็นโรคร่วมสามชนิด คือภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และคอเลสเตอรอลสูง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วมตั้งแต่สองชนิดขึ้นไป ปัจจัยเสี่ยงตั้งต้นที่ทำให้หลอดเลือดเสื่อมหน้าที่ ได้แก่ อายุที่เพิ่ม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ น้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน ซึ่งมักจะพบร่วมกับโรคร่วมที่เป็นสาเหตุสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คอเลสเตอรอลสูง และหรือไขมันในเลือดชนิดอื่นผิดปกติ ความผิดปกติหรือการหนาตัวของหลอดเลือดแดงแคโรติด โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิดห้องบนเต้นพลิ้ว โรคหัวใจขาดเลือด ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย^{1,14} ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวยังมีปัจจัยเสี่ยงและระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค ซึ่งบ่งชี้จากลักษณะอาการทางคลินิกที่เป็นอาการเด่นและระยะเวลาที่อาการคงอยู่^{4,5}

เครื่องมือทางคลินิกที่ใช้จำแนกระดับความเสี่ยงและทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ABCD/ABCD2/ABCD2I/ABCD3/ABCD3I, Oxford TIA (Hankey score), Stroke Prognosis Instrument (SPI), Dutch TIA, LiLAC, Essen Stroke Risk Score เป็นต้น¹² แต่ที่ใช้กันแพร่หลายและมีรายงานวิจัยทดสอบซ้ำมากที่สุดคือ ABCD2 ซึ่งพัฒนามาจาก ABCD¹² ใช้จำแนก

การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเพศในหญิงและชาย

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงจนถึง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว มีระบบคะแนนไม่ซับซ้อน นำไปใช้ประเมินผู้ป่วยได้ง่าย ค่าสถิติจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างแม่นยำ^{4,12} ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง 5 ปัจจัย คือ A-อายุ (age) B-ความดันโลหิตสูงโดยพิจารณาจากค่าซิสทอลิกและหรือไดแอสทอลิกเมื่อแรกเริ่ม (blood pressure) C-อาการทางคลินิกที่เป็นอาการเด่น (clinical features) D-ระยะเวลาที่อาการคงอยู่ (duration of TIA symptoms) โดยระดับความเสี่ยงจะเพิ่มสูงสุดหากเป็นผู้สูงอายุ มีภาวะความดันโลหิตสูงมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ อาการคงอยู่นานเป็นชั่วโมง และเป็นเบาหวาน⁴

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงเปรียบเทียบใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแฟ้มเวชระเบียนบันทึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA Registry)

ประชากร

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 750 เตียง แห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และรับ-ส่งต่อผู้ป่วยทั้งจากโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาตามเกณฑ์ขององค์เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจของอเมริกา¹ คือ มีภาวะระบบประสาทสูญเสียการทำงานชั่วคราวเนื่องจากการขาดเลือดไปเลี้ยงในบางส่วนของสมอง ไซสันหลัง หรือจอประสาทตาซึ่งอาจเกิดขึ้นภายในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมงตามเกณฑ์วินิจฉัยเดิม หรือในระยะเวลาที่ไม่เกิน

60 นาที ตามเกณฑ์วินิจฉัยใหม่แล้วอาการกลับคงเดิมโดยไม่พบร่องรอยการตายของเนื้อเยื่อระบบประสาทส่วนกลาง

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียนบันทึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวตั้งแต่วันที่ธันวาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 รวม 46 เดือน จำนวนทั้งสิ้น 157 รายทุกรายมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษาคือ ไม่เคยมีประวัติการมารักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ไม่เคยมีประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และได้รับการตรวจภาพถ่ายสมองด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และวินิจฉัยโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินหรืออายุรแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวในครั้งแรกที่มีถึงแผนกฉุกเฉิน จากนั้นส่งมายังหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อรักษา ติดตามอาการ และวินิจฉัยยืนยันอีกครั้งจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา ผู้ป่วยในการศึกษานี้ทุกรายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวสอดคล้องกันทั้งเมื่อวินิจฉัยในเบื้องต้นที่แผนกฉุกเฉินและการวินิจฉัยสุดท้ายเมื่อรับเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมิได้คัดผู้ป่วยรายใดออก

เครื่องมือในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลบ่งชี้ความเสี่ยงตามระบบจำแนก ABCD2 ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงโรคร่วม และการรักษา ดังนี้

1. ข้อมูลบ่งชี้ความเสี่ยงตามระบบ ABCD2 transient ischemic attack risk score ใช้จำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว⁴ ข้อมูล ABDD นั้นแพทย์และ/หรือพยาบาลเป็นผู้สัมภาษณ์จากผู้ป่วยและหรือญาติใกล้ชิด ร่วมกับทบทวนจากประวัติการรักษา

โดยนับอายุเป็น (A-age) จำนวนปีเต็ม (คะแนน 1 เมื่ออายุ ≥ 60 ปี) ค่าความดันโลหิต (B-blood pressure) วัดจากแขนข้างใดข้างหนึ่ง ภายในระยะเวลา 10 นาที แรกที่ผู้ป่วยมาถึงแผนกฉุกเฉิน (คะแนน 1 เมื่อค่าซิสทอลิก >140 มม.ปรอท และ หรือค่าไดแอสทอลิก >90 มม.ปรอท) มีการบันทึกและติดตามระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการหายไป (D-duration of TIA symptoms) ให้คะแนน 2 หาก ≥ 60 นาที หรือคะแนน 1 หากมีอาการอยู่ 10-59 นาที สอบถามประวัติการวินิจฉัยโรคเบาหวาน (D-diabetes mellitus) การกินยารักษา และประวัติการรักษาจากเวชระเบียน (คะแนน 1 หากมีโรคร่วมเบาหวาน) ส่วนข้อมูลอาการทางคลินิกที่เป็นอาการเด่น (C-clinical features of TIA) นั้น แพทย์และ/หรือพยาบาลเป็นผู้ตรวจและลงบันทึกเมื่อผู้ป่วยมาถึงแผนกฉุกเฉินและตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรักษาอยู่โรงพยาบาล ประกอบด้วย 2 อาการหลัก คือ การอ่อนแรงครึ่งซีกหรือเฉพาะส่วนของร่างกาย (คะแนน 2) และการพูดผิดปกติโดยไม่มีอาการอ่อนแรง (คะแนน 1) หรือไม่มีอาการหลักอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้นแต่มีการอื่น ๆ เช่น วิงเวียนหรือบ้านหมุน ปวดศีรษะ การมองเห็นไม่ชัด (คะแนน 0)

คะแนนรวม ABCD2 จากปัจจัยเสี่ยงทั้ง 5 ปัจจัย ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0-7 คะแนน คะแนนยิ่งมากผู้ป่วยยิ่งมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทั้งในระยะเฉียบพลัน 24-48 ชั่วโมงถึง 7 วันแรก จนถึงระยะสั้น 3 เดือนหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว^{4,15} จำแนกระดับความเสี่ยงได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ความเสี่ยงต่ำ (คะแนน 0-3) ปานกลาง (คะแนน 4-5) และเสี่ยงสูง (คะแนน 6-7)ตามลำดับ⁴

2. ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงโรคร่วม และการรักษาพยาบาลและหรือแพทย์ที่แผนกฉุกเฉินหรือที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้บันทึกจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ ร่วมกับการทบทวนจากประวัติเวชระเบียน 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และ

เพศ 2) ปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วม ได้จากประวัติการวินิจฉัยและหรือรักษาโรคต่อไปนี้เป็นคือ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว หัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว ไขมันคอเลสเตอรอลสูง และการสูบบุหรี่ (เคยสูบ/ยังสูบ) และ 3) การรักษา ได้จากการประวัติการใช้ยารักษา ก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว และยาที่ได้รับขณะเข้ารับรักษาอยู่โรงพยาบาลหรือเมื่อจำหน่ายได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยารักษาความดันโลหิตสูง ยาเบาหวาน และยาลดไขมันในเลือด ทั้งนี้ข้อมูลน้ำหนักตัว และส่วนสูง มีบันทึกไม่ครบถ้วนจึงไม่สามารถคำนวณค่าดัชนีมวลกายได้ การวิจัยนี้จึงมิได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงน้ำหนักเกินหรืออ้วน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาคุณภาพบริการและการจัดการผลลัพธ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ผู้วิจัยคนแรกซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการ และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่ศึกษา เนื่องจากรายงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิเท่านั้น มิได้กระทำอื่นใดเพิ่มเติมที่จะก่อความเสี่ยงต่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง และมีได้ติดต่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยตระหนักถึงการปกปิดข้อมูลและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ในการดึงข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนมาศึกษาวิจัยนั้นจึงมิให้ปรากฏชื่อ-สกุล ที่อยู่ หมายเลขบัตรประชาชน และหมายเลขทะเบียนผู้ป่วย แต่ใช้รหัสตัวเลขแทนผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ผู้วิจัยคนแรก) เป็นผู้บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว โดยมีการทบทวน ตรวจสอบ

การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเพศในหญิงและชาย

และทวนสอบข้อมูลจากบันทึกการตรวจรักษาของทีมแพทย์และพยาบาล ทั้งที่แผนกฉุกเฉิน หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการมาตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ผลการตรวจวินิจฉัยโรคร่วม การรักษาพยาบาล และการให้คำแนะนำป้องกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความเสี่ยง ระดับความเสี่ยง ใช้สถิติบรรยาย ค่าจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์เปรียบเทียบความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเพศหญิงกับชาย ดังนี้ 1) ระดับความเสี่ยง ใช้สถิติ independent t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ABCD2 ของทุกกลุ่มความเสี่ยงรวมกัน จากนั้นเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มย่อย 4 กลุ่มคือ กลุ่มเสี่ยงสูง ปานกลาง ต่ำ และระดับปานกลางถึงสูง ทั้งนี้กลุ่มความเสี่ยงสูงมีจำนวนตัวอย่างน้อย และคะแนนกระจายไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test ส่วนอีกสามกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยกระจายปกติ และจำนวนเพียงพอสำหรับวิเคราะห์ t-test และ 2) เปรียบเทียบจำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยหญิงกับชาย ใช้สถิติ Chi-square/Fisher's exact test โดยวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วมรวม 5 ชนิด คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน คอเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และวิเคราะห์เฉพาะโรคร่วมจำนวน 3 ชนิดแรกโดยไม่รวมการสูบบุหรี่ และแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งเปรียบเทียบอัตราความชุกหรือค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio [OR]) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval [95% CI]) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างอายุ 35-83 ปี ค่าเฉลี่ย 58.27 ปี (SD=12.83) ประมาณหนึ่งในสามเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งชนิด (ร้อยละ 88.5) รองลงมาอย่างน้อยสองชนิด (ร้อยละ 73.2) และสามชนิด (ร้อยละ 36.9) ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2 วัน เกินกว่าครึ่งมีปัจจัยเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งคือ สูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยทุกรายไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาลดไขมันในเลือดภายในระยะเวลา 12 ชั่วโมงแรกที่เข้ารับรักษา ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และยาลดไขมันในเลือดเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม (หญิง vs ชาย) แยกตามระดับความเสี่ยง ดังนี้ กลุ่มเสี่ยงสูงร้อยละ 8.28 (1.19 vs 6.37) กลุ่มเสี่ยงปานกลางร้อยละ 43.95 (17.83 vs 26.12) กลุ่มเสี่ยงต่ำร้อยละ 47.77 (9.55 vs 38.22) และกลุ่มเสี่ยงปานกลางถึงสูงร้อยละ 52.23 (19.74 vs 32.49) ตามลำดับ

เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงจำแนกจาก ABCD2

ผู้หญิงมีค่าคะแนน ABCD2 เฉลี่ยสูงกว่าชาย โดยมีคะแนนด้านอายุสูงกว่าชาย เมื่อแยกตามค่าคะแนนความเสี่ยงจาก 2-7 คะแนน พบแนวโน้มคะแนนความเสี่ยงสูงขึ้นในผู้หญิงมากกว่าชาย โดยผู้หญิงกลุ่มคะแนน 4 และ 5 มีค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio) เพิ่มขึ้นมากกว่าชาย (ตารางที่ 1)

จุก สุวรรณโณ และจอม สุวรรณโณ

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยแต่ละปัจจัยตาม ABCD2 ค่าคะแนน และระดับความเสี่ยงของผู้หญิงเทียบกับผู้ชาย

คะแนนและระดับความเสี่ยง	หญิง (n=46)	ชาย (n=111)	รวม (n=157)	ค่าสถิติ (p-value)	OR (95% CI)
ABCD2*, คะแนนเฉลี่ย (SD)	3.96 (1.13)	3.54 (1.27)	3.66 (1.24)	t = 2.02 (.047)	
A-อายุ	0.65 (0.48)	0.36 (0.48)	0.45 (0.49)	t = 3.45 (.001)	
B-ความดันโลหิต	0.65 (0.48)	0.51 (0.50)	0.55 (0.49)	t = 1.62 (.108)	
C-ลักษณะอาการทางคลินิก	1.22 (0.41)	1.23 (0.42)	1.28 (0.45)	t = 1.17 (.242)	
D-ระยะเวลาที่อาการคงอยู่	1.20 (0.40)	1.23 (0.42)	1.22 (0.41)	t = 0.41 (.685)	
D-เบาหวาน	0.28 (0.45)	0.19 (0.39)	0.22 (0.41)	t = 1.21 (.228)	
ค่าคะแนน ABCD2*, จำนวน (%)				X ² = 10.05 (.074)	
2 คะแนน	6 (13.04)	26 (23.42)	32 (20.38)		1
3 คะแนน	9 (19.56)	34 (30.63)	43 (27.39)		0.87 (0.27-2.76)
4 คะแนน	15 (32.62)	28 (25.23)	43 (27.39)		1.25 (0.95-1.64)
5 คะแนน	13 (28.26)	13 (11.71)	26 (16.56)		1.62 (1.07-2.47)
6 คะแนน	3 (6.52)	8 (7.21)	11 (7.01)		0.69 (0.20-2.29)
7 คะแนน	0 (0)	2 (1.80)	2 (1.27)		N/A
การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง, จำนวน (%)					
ความเสี่ยงต่ำ (คะแนน ≤ 3)	15 (32.61)	60 (54.05)	75 (47.77)	7.61 (.022)	1
ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 4-5)	28 (60.87)	41 (36.94)	69 (43.95)		1.34 (1.07-1.69)
ความเสี่ยงสูง (คะแนน 6-7)	3 (6.52)	10 (9.01)	13 (8.28)		0.87 (0.29-0.98)
ความเสี่ยงต่ำ (คะแนน ≤ 3)	15 (32.61)	60 (54.05)	75 (47.77)	5.99 (.014)	1
ความเสี่ยงปานกลางถึงสูง (คะแนน 4-7)	31 (67.39)	51 (45.95)	82 (52.23)		1.28 (1.05-1.57)

*ABCD2: A-age; B-blood pressure, C-clinical features of TIA, D-duration of TIA symptoms และ D-history of diabetes mellitus

การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเพศในหญิงและชาย

โดยรวมพบว่าผู้หญิงและชายมีระดับความเสี่ยงแตกต่างกัน ($p < .05$) ทั้งนี้ เมื่อเทียบความชุกกับกลุ่มเสี่ยงต่ำ พบว่าผู้หญิงมีความเสี่ยงระดับปานกลางในอัตราส่วนสูงกว่าชาย (OR 1.34, 95% CI 1.07-1.69) แต่มีความเสี่ยงสูงในสัดส่วนน้อยกว่าชาย (ผู้หญิง OR 0.87, 95 % CI 0.29-0.98 ; ผู้ชาย OR 1.28, 95% CI 1.05-1.57) อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบกับกลุ่มความเสี่ยงต่ำ พบว่าผู้หญิงมีความเสี่ยงระดับปานกลางถึงสูงมากกว่าชาย (OR 1.28, 95% CI 1.05-1.57)

เมื่อวิเคราะห์แยกตามระดับความเสี่ยง 4 กลุ่มพบว่าผู้หญิงในแต่ละกลุ่มมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าชายประมาณ 3-7 ปี ผู้หญิงและชายกลุ่มเสี่ยงสูงมีคะแนน ABCD2 เฉลี่ยรวมและคะแนนเฉลี่ยแต่ละปัจจัยไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้หญิงกลุ่มเสี่ยงปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยด้านอายุสูงกว่าชาย ($p < .01$) เช่นเดียวกับกลุ่มเสี่ยงต่ำ ($p < .01$) และกลุ่มเสี่ยงปานกลางถึงสูง ($p < .05$) ในทางตรงกันข้าม ผู้หญิงกลุ่มเสี่ยงปานกลางมีคะแนนด้านลักษณะอาการทางคลินิกค่อนข้างต่ำกว่าชาย และต่ำกว่าอย่างมีความสำคัญทางสถิติเมื่อวิเคราะห์รวมกลุ่มความเสี่ยงปานกลางถึงสูง ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

เปรียบเทียบชนิดของปัจจัยเสี่ยงแยกตาม ABCD2

ผู้หญิงมีจำนวนของผู้สูงอายุในอัตราส่วนที่สูงกว่าชาย ($t = 11.21, p = .001$) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีแนวโน้มพบในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายแต่ไม่แตกต่างทางค่าสำคัญสถิติ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง อาการอ่อนแรงระยะเวลาอาการนานกว่า 60 นาที และประวัติเป็นเบาหวาน (ตารางที่ 3)

ชนิดและจำนวนของปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมที่ทำให้หลอดเลือดเสื่อม

ผู้หญิงมีอายุเฉลี่ยมากกว่าชาย ($t=2.49, p=.015$) ปัจจัยเสี่ยงชนิดที่พบในผู้หญิงมากกว่าชายคือคอเลสเตอรอลสูง ปัจจัยเสี่ยงชนิดที่พบน้อยกว่าผู้ชายคือการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์เมื่อเปรียบเทียบจำนวนปัจจัยเสี่ยงรวมทั้ง 5 ปัจจัย พบว่าผู้หญิงมีจำนวนปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าชาย ($t = 4.39, p < .001$) แต่ผู้หญิงมีจำนวนโรคร่วมมากกว่าชาย ($t = 2.49, p = .014$) และผู้หญิงที่มีโรคร่วม 2-3 โรคในอัตราส่วนสูงกว่าชาย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ABCD2 ของผู้หญิงและผู้ชายกลุ่มความเครียดสูง ปานกลาง ต่ำ และความเครียดปานกลางถึงสูง

คะแนน ABCD2	กลุ่มเสี่ยงสูง* (n = 13)		กลุ่มเสี่ยงปานกลาง** (n = 69)		กลุ่มเสี่ยงต่ำ** (n = 75)		กลุ่มเสี่ยงปานกลาง-สูง** (n = 82)					
	หญิง (n=3)	ชาย (n=10)	หญิง (n=28)	ชาย (n=41)	หญิง (n=15)	ชาย (n=60)	หญิง (n=31)	ชาย (n=51)				
อายุ	7.83	6.75	66.89 (12.30)	59.49 (12.00)	.015	62.59 (14.84)	56.49 (11.50)	.006	66.48 (12.32)	59.43 (12.16)	.013	
คะแนนรวม ABCD2	6.00	7.30	4.18	4.46 (0.51)	4.32 (0.47)	.229	3.96 (1.13)	3.54 (1.27)	.056	4.61 (0.67)	4.69 (0.80)	.691
A-อายุ	7.33	6.90	.841	0.86 (0.35)	0.56 (0.50)	.006	0.65 (0.48)	0.36 (0.48)	.001	0.84 (0.37)	0.57 (0.50)	.017
B-ความดันโลหิต	7.00	7.00	1.000	0.75 (0.44)	0.66 (0.48)	.425	0.65 (0.48)	0.51 (0.50)	.108	0.77 (0.42)	0.73 (0.45)	.629
C-ลักษณะอาการทางคลินิก	7.00	7.00	1.000	1.25 (0.44)	1.46 (0.50)	.068	1.22 (0.42)	1.31 (0.46)	.242	1.32 (0.47)	1.57 (0.50)	.029
D-ระยะเวลาที่อาการคงอยู่	7.00	7.00	1.000	1.21 (0.42)	1.37 (0.49)	.172	1.20 (0.40)	1.23 (0.42)	.685	1.29 (0.46)	1.49 (0.50)	.071
D-เบาหวาน	5.67	7.40	.435	0.43 (0.50)	0.27 (0.45)	.181	0.28 (0.45)	0.19 (0.39)	.228	0.42 (0.50)	0.33 (0.47)	.439

*สถิติทดสอบ U-test, Mean Rank

**สถิติทดสอบ T-test, Mean (SD)

**การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเพศในหญิงและชาย**

ตารางที่ 3 ชนิดของปัจจัยเสี่ยงแยกตาม ABCD2 ของผู้หญิงเทียบกับผู้ชาย

ปัจจัยเสี่ยงแยกตาม ABCD2*	หญิง (n=46)	ชาย (n=111)	รวม (N=157)	Chi square test (p-value)	OR** (95%CI)
A-อายุ ≥ 60ปี	30 (65.21)	40 (36.03)	70 (44.58)	11.21 (.001)	1.43 (1.14-1.79)
B-มีความดันโลหิตสูง	30 (65.21)	57(51.35)	87 (55.41)	2.53 (.112)	1.18 (0.96-1.43)
C-มีอาการอ่อนแรง	36 (78.26)	77 (69.37)	113 (71.97)	1.27 (.259)	1.40 (0.76-2.57)
D-ระยะเวลาที่มีอาการ ≥ 60 นาที	37 (80.43)	86 (77.48)	123 (78.34)	0.17 (.682)	1.42 (0.85-2.39)
D-มีประวัติเป็นเบาหวาน	13 (28.26)	21 (18.92)	34 (21.66)	1.67 (.196)	1.69 (0.76-3.75)

*ABCD2: A-age, B-blood pressure, C-clinical features of TIA, D-duration of TIA symptoms และ D-history of diabetes mellitus

**ค่าสถิติวิเคราะห์ odds ratio (OR, 95%CI) เทียบกับลักษณะปัจจัยที่มีค่าคะแนนน้อยกว่า คือเมื่อเทียบกับ A-อายุ<60ปี, B-ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง, C-มีอาการปวดผิดปกติแต่ไม่อ่อนแรง, D-ระยะเวลาที่มีอาการ 10-59 นาที, และ D-ไม่เป็นเบาหวาน

ตารางที่ 4 ชนิดและจำนวนปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมของผู้หญิงเทียบกับผู้ชาย

ปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วม	หญิง (n = 46)	ชาย (n = 111)	รวม (N = 157)	ค่าสถิติ (p-value)	OR (95%CI)
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย (SD)	62.59 (14.84)	56.49(11.50)	58.27(12.83)	t = 2.49 (.015)	
กลุ่มอายุทุก ๆ ช่วง 10 ปี				X ² = 7.89 (.048)	
≤ 45 ปี	7 (15.22)	20 (18.02)	27 (17.20)		1
46-55 ปี	8 (17.39)	31 (27.93)	39 (24.84)		0.93 (0.71-1.22)
56-65 ปี	9 (19.56)	32 (28.83)	41 (26.11)		0.95 (0.72-1.25)
≥ 65 ปี	22 (47.83)	20 (18.02)	50 (31.85)		1.32 (1.02-1.84)
ไขมันคอเลสเตอรอลสูง	19 (41.30)	23 (20.72)	42 (26.75)	X ² = 7.03 (.008)	1.93 (1.21-3.08)
สูบบุหรี่	4 (8.69)	88 (79.3)	92 (58.60)	X ² = 66.78 (< .001)	0.67 (0.02-0.18)
ดื่มแอลกอฮอล์	4 (8.69)	79 (71.17)	83 (52.87)	X ² = 50.94 (< .001)	0.08 (0.03-0.22)

จาก สุวรรณโณ และจอม สุวรรณโณ

ตารางที่ 4 ชนิดและจำนวนปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมของผู้หญิงเทียบกับผู้ชาย (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วม	หญิง (n = 46)	ชาย (n = 111)	รวม (N = 157)	ค่าสถิติ (p-value)	OR (95%CI)
จำนวนปัจจัยเสี่ยง, เฉลี่ย (SD) ^{RISK-total}	1.52 (1.17)	2.41(1.15)	2.15 (1.22)	t = 4.39 (< .001)	
ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ^{RISK-total}	12 (26.09)	6 (5.40)	18 (11.46)	X ² = 22.02 (.001)	1
มี 1 ชนิด	10 (21.74)	14 (12.61)	24 (15.29)		0.35 (0.10-1.27)
มี 2 ชนิด	13 (28.26)	44 (39.64)	57 (36.31)		0.57 (0.27-0.89) ^{M>W}
มี 3 ชนิด	10 (21.74)	25 (22.53)	35 (22.29)		0.43 (0.22-0.84) ^{M>W}
มี 4 ชนิด	1 (2.17)	19 (17.12)	20 (12.74)		0.47 (0.23-0.93) ^{M>W}
มี 5 ชนิด	0(0)	3 (2.70)	3 (1.91)		0.35 (0.18-0.68) ^{M>W}
มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิด ^{RISK-total}	34 (73.91)	105 (94.59)	139 (88.53)	X ² = 13.70 (.001)	0.37 (0.24-0.57) ^{M>W}
จำนวนปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ โรคร่วมไม่นับ					
การสูบบุหรี่และ แอลกอฮอล์ ^{COD-3}				t = 6.01 (.014)	
ไม่มี	13 (28.26)	50 (45.04)	63 (40.13)		1
มี 1 ชนิด	12 (26.09)	28 (25.23)	40 (25.48)		0.69 (0.35-1.35)
มี 2 ชนิด	13 (28.26)	26 (23.42)	39 (24.84)		1.19 (0.92-1.53)
มี 3 ชนิด	8 (17.39)	7 (6.31)	15 (9.55)		1.70 (1.03-2.96)
จำนวนโรคร่วม, เฉลี่ย (SD) ^{COD-3}	1.35 (1.08)	0.91(0.97)	1.04 (1.02)	t = 2.49 (.014)	
มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 ชนิด ^{COD-3}	33 (71.74)	61 (54.95)	94(59.87)	X ² = 3.92 (.048)	1.70 (1.07-2.97)

- M > W เป็นค่าสัดส่วนความเสี่ยงของผู้ชายที่สูบบุหรี่มากกว่าหญิง 2.70 (1.94-3.76); ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าหญิง 2.20(1.69-2.87); มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งชนิดในสัดส่วนที่มากกว่าผู้หญิง 2.26 (1.17-4.38)
- M>W วิเคราะห์จากปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมทั้งห้าชนิด (RISK total) เมื่อเทียบสัดส่วนกับผู้ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆ เลย พบค่า odds ratio ในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงทั้งในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหนึ่งชนิด (1.60, 95% CI 0.90-2.84, p = .108) ปัจจัยเสี่ยงสองชนิด (2.92, 95% CI 1.64-5.21, p = 0.001) ปัจจัยเสี่ยงสามชนิด (2.33, 95% CI 1.26-4.32, p = .008) ปัจจัยเสี่ยงสี่ชนิด (13.33, 95% CI 1.92-92.60, p = <.001) และปัจจัยเสี่ยงห้า ชนิด (3.00, 95% CI 1.56-5.76, p = .031)
- RISK-total หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองห้า ชนิดต่อไปนี้ คือ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันคอเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์
- COD-3 (comorbidity) หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงโรคร่วมจำนวนสามชนิด คือ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันคอเลสเตอรอลสูง
- ค่าสถิติวิเคราะห์ odds ratio (OR, 95% CI) เทียบกับไขมันคอเลสเตอรอลไม่สูง ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ Risk total-ไม่มีปัจจัยเสี่ยง และ COD-3-ไม่มีโรคร่วม

การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเพศในหญิงและชาย

ลักษณะความเสี่ยงที่ต่างกันของผู้ป่วย TIA เพศหญิงและชาย

ลักษณะความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเพศหญิงมากกว่าชาย ดังนี้ 1) คะแนนความเสี่ยงและระดับความเสี่ยง ได้แก่ คะแนนความเสี่ยง ABCD2 โดยเฉลี่ยรวม และมีความเสี่ยงระดับปานกลาง

หรือสูงในอัตราที่สูงกว่าชาย 2) ชนิดของปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุเฉลี่ย จำนวนของผู้สูงอายุ และไขมันคอเลสเตอรอลมีจำนวนมากกว่าชาย และ 3) จำนวนปัจจัยเสี่ยง เมื่อนับเฉพาะโรคร่วมความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือคอเลสเตอรอลสูง พบว่าผู้หญิงมีจำนวนโรคร่วมมากกว่าชาย มีโรคร่วมชนิดใดชนิดหนึ่ง และมีโรคร่วมทั้งสามชนิดในอัตราส่วนสูงกว่าชาย (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเพศหญิงและชายที่ต่างกัน

ปัจจัยเสี่ยง	การเปรียบเทียบ	ค่าสถิติ	p-value	สรุป
คะแนนและระดับความเสี่ยง				
คะแนนความเสี่ยง	คะแนน ABCD2 เฉลี่ยรวม	t = 2.02	.047	หญิง > ชาย
คะแนนเฉลี่ยด้านอายุ	คะแนนอายุ (A-age)	t = 3.45	.001	หญิง > ชาย
ค่าคะแนน ABCD2	ค่าคะแนน 5 vs คะแนน 2	OR 1.62 (1.07-2.47)	.012	หญิง > ชาย
ระดับความเสี่ยง	เสี่ยงระดับปานกลาง vs ต่ำ	OR 1.34 (1.07-1.69)	.022	หญิง > ชาย
	เสี่ยงระดับสูง vs ต่ำ	OR 0.87 (0.29-0.98)	.022	หญิง < ชาย
	เสี่ยงระดับปานกลางถึงสูง vs ต่ำ	OR 1.28 (1.05-1.57)	.014	หญิง > ชาย
ชนิดและจำนวนปัจจัยเสี่ยง				
อายุ	อายุเฉลี่ย	t = 2.49	.015	หญิง > ชาย
	อายุเฉลี่ย แยก 4 กลุ่มตามระดับความเสี่ยง	X ² = 7.89	.048	หญิง > ชาย
	อายุในช่วงวัย ≥ 60 ปี vs < 60 ปี	OR 1.43 (1.14-1.79)	.001	หญิง > ชาย
	อายุในช่วงวัย ≥ 65 ปี vs อายุ น้อย < 45 ปี	OR 1.32 (1.02-1.84)	.001	หญิง > ชาย
ไขมันคอเลสเตอรอล	คอเลสเตอรอลสูง vs ปกติ	OR 1.93 (1.21-3.08)	.008	หญิง > ชาย
บุหรี่	สูบบุหรี่ vs ไม่สูบ	OR 0.67 (0.02-0.18)	< .001	หญิง < ชาย
แอลกอฮอล์	ดื่มแอลกอฮอล์ vs ไม่ดื่ม	OR 0.08 (0.03-0.22)	< .001	หญิง < ชาย
จำนวนปัจจัยเสี่ยงเฉลี่ย	ปัจจัยเสี่ยงรวมกับโรคร่วมเฉลี่ยรวม 5 ชนิด	t = 4.39	< .001	หญิง < ชาย
	ไม่มีปัจจัยเสี่ยง vs มีปัจจัยเสี่ยง จำนวน 2/5 ชนิด	OR 0.57 (0.27-0.89)	.001	หญิง < ชาย
	ไม่มีปัจจัยเสี่ยง vs มีปัจจัยเสี่ยง จำนวน 3/5 ชนิด	OR 0.43 (0.22-0.84)	.008	หญิง < ชาย
	ไม่มีปัจจัยเสี่ยง vs มีปัจจัยเสี่ยง จำนวน 4/5 ชนิด	OR 0.47 (0.23-0.93)	< .001	หญิง < ชาย

ตารางที่ 5 ตารางที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเพศหญิงและชายที่แตกต่างกัน(ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	การเปรียบเทียบ	ค่าสถิติ	p-value	สรุป
จำนวนปัจจัยเสี่ยงเฉลี่ย	ไม่มีปัจจัยเสี่ยง vs มีปัจจัยเสี่ยง จำนวน 5/5 ชนิด	OR 0.35 (0.18-0.68)	.031	หญิง < ชาย
	มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ชนิด vs ไม่มี	OR 0.37 (0.24-0.57)	< .001	หญิง < ชาย
	เฉพาะโรคร่วม เฉลี่ยรวม 3 ชนิด	t = 2.49	.014	หญิง > ชาย
	มีโรคร่วมจำนวน 3/3 ชนิด vs ไม่มี	1.70 (1.03-2.96)	.014	หญิง > ชาย
	มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 ชนิด vs ไม่มี	1.70 (1.07-2.97)	.048	หญิง > ชาย

ลักษณะความเสี่ยงที่พบในผู้ป่วยเพศหญิงน้อยกว่าผู้ป่วยชาย ดังนี้ 1) ชนิดของปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ และ 2) จำนวนปัจจัยเสี่ยงรวมกับโรคร่วม ผู้หญิงมีจำนวนปัจจัยเสี่ยงโดยเฉลี่ยน้อยกว่า และมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งชนิด จนถึงสองถึงห้าชนิดในอัตราส่วนที่น้อยกว่าชาย

อภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้มีข้อค้นพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเพศหญิงและชายมีลักษณะความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน ทั้งคะแนนเฉลี่ยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประเมินด้วยเครื่องมือ ABCD2 จำนวนและชนิดของปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วม เป็นข้อค้นพบที่ขยายความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ซึ่งพิจารณาตามพื้นฐานความแตกต่างทางเพศที่เชื่อมโยงกับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยเพศหญิงมีคะแนนความเสี่ยงเฉลี่ยสูงกว่าผู้ชายอย่างมีค่าสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงเฉลี่ยแยกตามระดับ

ความเสี่ยง ก็พบว่าผู้หญิงกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง สูง และกลุ่มเสี่ยงปานกลางถึงสูงมีคะแนนความเสี่ยงไม่ต่างจากผู้ชาย การวิเคราะห์แยกกลุ่มย่อยแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันให้เห็นว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าหรือไม่น้อยกว่าผู้ชาย และทำให้เข้าใจถึงคะแนนเฉลี่ยที่แตกต่างกัน หรือไม่ต่างกันของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดตามแนวทางการประเมินความเสี่ยง ABCD2 จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงด้วยระบบคะแนน ABCD2/ABCD ผู้วิจัยไม่พบว่ามีงานวิจัยใดศึกษาประเด็นความแตกต่างด้านเพศกับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่างๆ ที่หลักฐานความรู้ปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าเพศเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด แต่จากเครื่องมือ ABCD/ABCD2 นั้น พบว่า ความต่างด้านเพศมิได้นับเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁴ นั้นหมายความว่าผู้หญิงมีระดับความเสี่ยงที่ไม่แตกต่างจากผู้ชาย ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้หญิงมีคะแนนความเสี่ยงสูงกว่าผู้ชาย อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยมิได้ควบคุมอิทธิพลร่วมของปัจจัยเสี่ยงชนิดอื่น โดยเฉพาะอายุ ดังนั้น ความแตกต่างที่พบนี้อาจเป็นผลร่วม

การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเพศในหญิงและชาย

กับอิทธิพลของปัจจัยด้านอายุก็เป็นได้ แต่หากประมวลจากจากหลักฐานความรู้ที่ผ่านมาพบว่าอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะยิ่งเพิ่มสูงขึ้นและเกิดเร็วขึ้นตามค่าคะแนน ABCD2 ที่ยิ่งสูง หรือตามระดับความเสี่ยงที่ยิ่งเพิ่มขึ้น เมื่อประมวลจากงานวิจัยที่ผ่านมาจึงน่าจะคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีคะแนนความเสี่ยง และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ป่วยชาย

ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้ผู้ป่วย TIA เพศหญิงมีคะแนนความเสี่ยงโดยรวม หรือคะแนนเฉลี่ย ABCD2 สูงกว่าผู้ป่วยชายก็คือ ปัจจัยด้านอายุ ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีคะแนนปัจจัยเสี่ยงด้านอายุมากกว่าผู้ชาย และอายุเฉลี่ยแก่กว่าผู้ชายประมาณ 6 ปี เมื่อแยกวิเคราะห์ตามระดับความเสี่ยงก็พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงในทุก ๆ กลุ่มความเสี่ยงมีอายุแก่กว่าผู้ป่วยชายประมาณ 3-7 ปี และมีจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผลการศึกษานี้จึงชี้ชัดว่าผู้ป่วยเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุมากกว่าผู้ชาย ดังนั้นจากคะแนน ABCD2 จำนวน 5 ปัจจัย จึงมีเพียงคะแนนปัจจัยด้านอายุเท่านั้นที่แตกต่างกันอย่างมีค่าสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิดซึ่งมีหลักฐานชัดเจนว่าอายุเป็นปัจจัยอิสระทำนาย MACE ทั้งการเกิดโรค การกลับเป็นซ้ำ และการเสียชีวิต¹⁶ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวที่พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยสูงอายุมีอุบัติการณ์สูงกว่าวัยผู้ใหญ่^{4,17} ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับรายงานการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีหลักฐานชัดเจนว่าผู้หญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง/โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวมีอายุมากกว่าผู้ชายประมาณ 6-8 ปี และผู้หญิงประมาณสองในสามจะเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ในวัยสูงอายุ⁹ ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงมีโรคประจำตัวหรือโรคร่วมหลายชนิดที่เกิดพร้อมกับกระบวนการชราภาพ โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง ไขมันคอเลสเตอรอลสูง เบาหวาน ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิดห้องบนเต้นพลิ้ว⁹

นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยและลักษณะทางคลินิกที่เป็นอาการเด่น (C) และระยะเวลาที่อาการคงอยู่ (D) ของผู้ป่วยในกลุ่มความเสี่ยงรวมทุกระดับนั้น ผู้หญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยและลักษณะอาการไม่แตกต่างจากชายเป็นหลักฐานสนับสนุนว่าโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยหญิงมีลักษณะอาการ และความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างจากชาย แต่เมื่อวิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มความเสี่ยงระดับปานกลางถึงสูง กลับพบว่าผู้หญิงมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า แสดงว่ามีอาการกล้ำเนื้ออ่อนแรงเป็นอาการเด่นน้อยกว่าชาย หมายความว่าอาการทางคลินิกของผู้หญิงมีความรุนแรงน้อยกว่าที่พบในผู้ชาย จากการทบทวนงานวิจัยที่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ผู้วิจัยไม่พบว่ามียารักษาใดที่เปรียบเทียบความแตกต่างของอาการในผู้หญิงและชาย จึงไม่มีหลักฐานที่จะอธิบายหรือสนับสนุนข้อค้นพบนี้ได้อย่างแน่ชัด ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันนั้นมีข้อค้นพบที่ไม่สอดคล้องกัน บางรายงานพบว่าผู้หญิงมีอาการทางคลินิกและระดับความเจ็บป่วยรุนแรงกว่าชาย⁷ แต่บางรายงานพบว่าผู้หญิงมีความรุนแรงของอาการไม่ต่างจากชายหรือรุนแรงน้อยกว่า¹⁸ ความแตกต่างของอาการ และระดับความรุนแรงทางคลินิกที่บ่งชี้ความผิดปกติของระบบประสาทนี้เองที่อาจทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวในผู้หญิง ซึ่งมักมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการพูดเป็นอาการเด่นมากกว่าอาการกล้ำเนื้ออ่อนแรง จึงมีความเป็นไปได้สูงที่ผู้หญิงจะได้รับบริการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้ชาย ทั้งการได้รับยา การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และการป้องกันและติดตามความเสี่ยงในระยะยาว

การวิจัยนี้ประเมินปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วม 5 ชนิดที่เป็นสาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดสมอง ผลพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงเฉลี่ย 2 ปัจจัย ผู้ป่วยเพศหญิงมีจำนวนปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าชาย โดยผู้หญิงประมาณสามในสี่ราย และผู้ชายเกือบทุกรายมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งชนิด แต่เมื่อประเมินเฉพาะปัจจัยเสี่ยงที่เป็นโรคร่วม 3 ชนิดไม่นับรวมการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ผู้หญิงมีจำนวนปัจจัยเสี่ยงมากกว่าชาย โดยผู้หญิงประมาณสองในสามราย และผู้ชายประมาณสองในสี่ราย มีโรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งชนิด ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงลักษณะความเสี่ยงทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกันของผู้หญิงกับชายที่เหมือนกันคือทั้งหญิงและชายมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันมากกว่าหนึ่งชนิดสอดคล้องกับรายงานอื่นที่ผ่านมา⁷ ส่วนที่แตกต่างกันคือ ชนิดของปัจจัยเสี่ยง โดยปัจจัยเสี่ยงชนิดที่พบในผู้หญิงอย่างเด่นชัดมากกว่าชายคือ คอเลสเตอรอลสูง ปัจจัยเสี่ยงที่พบในชายเด่นชัดกว่าหญิงคือ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพที่แตกต่างกันของหญิงและชาย สอดคล้องกับรายงานของประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงร้อยละ 1.6 เท่านั้นที่สูบบุหรี่^{9,19} และร้อยละ 3 ดื่มแอลกอฮอล์⁹ แต่น้อยกว่ารายงานอื่น ๆ ประมาณสามเท่า^{6,7} แต่มีหลักฐานความรู้ที่ตรงกันอย่างชัดเจนว่าผู้หญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าผู้ชาย^{6,7,9} ส่วนปัจจัยเสี่ยงคอเลสเตอรอลสูงที่พบในผู้หญิงมากกว่าชายนั้น สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงที่ซับซ้อนหลายประการทั้งด้านพันธุกรรมพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ชาวเอเชียหลายประเทศ พบว่าค่าไขมันคอเลสเตอรอลเพิ่มสูงขึ้นสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันซิสโตลิก และโรคเบาหวาน²⁰ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริโภคการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว ผู้หญิงและผู้ชายมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ดังกล่าวนี้แตกต่างกัน โดย

ทั่วไปผู้หญิงจะมีกิจกรรมการออกกำลังกายและการออกกำลังกายในขนาดต่ำกว่าชายมีปัญหาน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วนมากกว่าชาย และพบความชุกของกลุ่มอาการเมตาบอลิกในผู้หญิงสูงกว่าชาย¹⁹ ชนิดและจำนวนปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ดังกล่าวนี้เป็นหลักฐานชี้ให้เห็นความแตกต่างในด้านวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้หญิงและผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงและผู้ชายมีระดับความเสี่ยงจำนวนปัจจัยเสี่ยง และชนิดของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างกัน

ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยง 2 ชนิดจากทั้งหมด 5 ชนิดที่ประเมินจาก ABCD2 หมายความว่าเมื่อรวมกับปัจจัยอื่นอีก 3 ชนิดแล้วยังทำให้ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น หลักฐานความรู้ที่ผ่านมามีข้อสรุปว่าทั้งความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นปัจจัยอิสระทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งในคนทั่วไปและในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว^{4,17} การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยทั้งหญิงและชายมีค่าคะแนนปัจจัยเสี่ยงสองชนิดนี้ไม่ต่างกัน เป็นหลักฐานยืนยันว่าผู้หญิงมีคะแนนความเสี่ยงไม่น้อยกว่าผู้ชาย และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราส่วนของหญิงกับชายที่มีความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานอย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว แม้ไม่พบค่าความแตกต่างทางสถิติ แต่ก็พบแนวโน้มว่าเพศหญิงมีโรคร่วมชนิดใดชนิดหนึ่งนี้ในอัตราสูงกว่าชายประมาณร้อยละ 10-15 ไม่ว่าจะเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 65.21 vs 51.35) หรือเบาหวาน (ร้อยละ 28.26 vs 18.92) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งชี้ว่าโรคร่วมทั้งสองชนิดนี้จะพบอัตราสูงขึ้นตามอายุ โดยผู้ป่วยประมาณสองในสามมักมีความดันโลหิตสูง และประมาณหนึ่งในสามเป็นเบาหวาน^{2,4,17,21} อัตราความชุกนี้ใกล้เคียงกับที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวไทย¹⁹ ดังนั้นในผู้ป่วยที่ผู้หญิงมีอายุเฉลี่ยแก่กว่าชาย และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงมีแนวโน้มพบโรคร่วมที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้หลอดเลือดเสื่อมในอัตราสูงกว่าชาย

การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยง จำนวน และชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเพศในหญิงและชาย

ผู้ป่วยในการศึกษาทุกรายไม่มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด แตกต่างจากรายงานอื่น^{2,4,17,21} ที่พบโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดต่างๆ ร้อยละ 16-27 ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วร้อยละ 9-21 โรคหลอดเลือดส่วนปลายร้อยละ 6 เคยเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวร้อยละ 8-17 เคยเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 11-22 หลอดเลือดแดงแคโรติดหนาตัวร้อยละ 6-20 นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายในการศึกษานี้ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาลดไขมันเลือดภายในระยะเวลา 12 ชั่วโมงแรก และทุกรายได้ยาทั้งสองชนิดเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งสูงกว่าบางงานวิจัย¹⁷ ที่พบว่าในระยะก่อนจำหน่ายนั้นมีผู้ป่วยร้อยละ 40-46 เท่านั้นที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และร้อยละ 35-38 ได้รับยาลดไขมันในเลือด

ข้อเสนอแนะ

การประเมินความเสี่ยงทางคลินิกด้วยเครื่องมือ ABCD2 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวเพศหญิงมีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ชาย การรักษาพยาบาลในระยะเฉียบพลันและระยะยาวหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะต้องคำนึงถึงความเสี่ยงที่ต่างกันนี้ ผู้ป่วยเพศหญิงควรได้รับการรักษาพยาบาล การติดตามเฝ้าระวังป้องกัน และการจัดการปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วมที่ทำให้หลอดเลือดเสื่อมอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงของแต่ละคน และจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติมาตรฐานไม่น้อยไปกว่าผู้ป่วยชาย

ผู้ป่วยเพศหญิงวัยสูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและมักจะมีปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมหลายชนิด หากมีแนวทางปฏิบัติการรักษาพยาบาลที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยวัยสูงอายุ ก็น่าจะช่วยให้ลดอัตราการอุบัติการณ์การเกิดโรค

หลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเพศหญิงควรได้รับการจัดการลดความเสี่ยงโดยเน้นการควบคุมความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือด ทั้งด้วยการใช้ยา ควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีการดำเนินชีวิต ส่วนผู้ป่วยเพศชายควรเน้นที่การจัดการเพื่อลดการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ควบคู่กับการจัดการปัจจัยร่วมอื่น ๆ ของแต่ละบุคคล

การวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มารักษาจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ผู้ป่วยทุกรายได้เข้ารับการรักษาหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ยประมาณ 2 วัน ทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาลดไขมันภายในระยะเวลา 12 ชั่วโมงแรก และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน แม้จะเก็บข้อมูลในระยะเวลา 5 ปี แต่ก็อาจมีข้อจำกัดในแง่ของการอ้างอิงผล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อาจจะมีระดับความเสี่ยงและอัตราการอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างจากผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทบริการแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Easton JD, Saver JL, Albers GW, Albers MJ, Chaturvedi S, Feldmann E, et al. Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. *Stroke*. 2009;40(6):2276-93.
2. Giles MF, Rothwell PM. Risk of stroke early-after transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2007;6(12):1063-72.

3. Wu CM, McLaughlin K, Lorenzetti DL, Hill MD, Manns BJ, Ghali W A. Early risk of stroke after transient ischemic attack: a systematic review and meta-analysis. Arch In Med. 2007;167(22):2417-22.
4. Chandratheva A, Geraghty OC, Luengo-Fernandez R, Rothwell PM, for the Oxford Vascular Study. ABCD² score predicts severity rather than risk of early recurrent events after transient ischemic attack. Stroke. 2010;41(5):851-6.
5. Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-HuynhMN, Giles MF, Elkins JS, Bernstein AL, et al. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. Lancet. 2007; 369(9558):283-92.
6. GarganoJW, WehnerS, ReevesM. Sex differences in acute stroke care in a statewide stroke registry. Stroke. 2007;39(1):24-9.
7. Irie F, Kamouchi M, Hata J, Matsuo R, Wakisaka Y, Kuroda J, et al. Sex differences in short-term outcomes after acute ischemic stroke: the Fukuoka Stroke Registry. Stroke. 2015;46(2):471-6.
8. LewseyJD, Gillies M, Jhund PS, Chalmers JWT, Redpath A, Briggs A, et al. Sex differences in incidence, mortality, and survival in individuals with stroke in Scotland, 1986 to 2005. Stroke. 2009;40(4):1030-43.
9. Roquer J, Rodríguez Campello A, Gomis M. Sex differences in first-ever acute stroke. Stroke. 2003;34(7):1581-5.
10. Lewsey JD, Jhundm PS, Gillies M, Chalmers JW, Redpath A, Kelso L, et al. Age- and sex-specific trends in fatal incidence and hospitalized incidence of stroke in Scotland, 1986 to 2005. Cir Cardiovasc Qual Outcomes. 2009;2(5):475-83.
11. Simpson CR, Wilson C, Hannaford PC, William D. Evidence for age and sex differences in the secondary prevention of stroke in Scottish primary care. Stroke. 2005;36(8):1771-5.
12. Lemmens R, Smet S, Thijs VN. Clinical scores for predicting recurrence after transient ischemic attack or stroke: how good are they? Stroke. 2013;44(4):1198-203.
13. Worakijthamrongchai T, Tantirittisak T., Hanchaiphiboolkul S. ABCD² score and risk of stroke in transient ischemic attack (TIA) patients. Bulletin Thai Stroke Society. 2012;11(1):8-15. (in Thai)
14. Sorawith J. TIA-transient ischemic attack. Bulletin Thai Stroke Society. 2015;14(3):153-65. (in Thai)
15. Giles MF, Rothwell P M. Systematic review and pooled analysis of published and unpublished validation of the ABCD and ABCD2 transient ischemic attack risk scores. Stroke. 2010;41(4):667-73.
16. Feigin VL, Lawes CMM, Bennett A, Barker-Collo SL, Parag V. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. Lancet Neurol. 2009;8(4):355-69.
17. Sheehan OC, Merwick A, Kelly LA, Hannon N, Marnane M, Kyne L., et al. Diagnosis usefulness of the ABCD2 score to distinguish transient ischemic attack and minor ischemic stroke from noncerebrovascular events: the North Dublin TIA study. Stroke. 2009;40(11):3449-54.
18. Barrett KM, Brott TG, Brown RDJr, Frankel MR, Worrall BB, Silliman SL, et al. for the Ischemic Stroke Genetics Study Group. Sex differences in stroke severity, symptoms, and deficit after first ever-ischemic stroke. J Stoke Cerebrovasc Dis. 2007;16(1):34-9.
19. Suwanwela NC. Stroke epidemiology in Thailand. J Stroke. 2014;16(1):1-7.
20. Zhang X, Patel A, Horibe H, Wu Z, Barzi F, Rodgers A., et al., for Asia Pacific cohort Studies Collaboration. Cholesterol, coronary heart disease, and stroke in the Asia Pacific region. Int J Epidemiol. 2003;32(4):653-72.
21. Cutting S, Regan E, Lee VH, Prabhakaran S. High ABCD2 scores and in-hospital interventions following transient ischemic attack. Cerebrovasc Dis Extra. 2016;6(3):76-83.