ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

วิทวัส ศิริยงค์ พ.บ.ว.ว.อายุรศาสตร์

Prevalence of Stroke and Stroke Risk Factors in Kanchanadit Hospital

Abstract

Introduction : Stroke is important problem in Thai public health. There are top cause of death and disability adjusted life year. Even survival patients carry over of disability. Ministry of public health force to developing stroke service plan for decrease mortality rate. Whereas increase access service with good quality, decrease complications, recurrent and disability of stroke. The goal of mortality rate of stroke less than 7% in 2017. Therefore Kanchanadit hospital realized in priority of stroke.

Objective : To study the prevalence and risk factors of stroke patients in Kanchanadit hospital.

Material and Method : Identified and analyzed as a cross-sectional analysis by collected data sampling of population since 23 June 2017 to 31 December 2017. Furthermore analyzed by descriptive statistic that was number, percent, mean, standard deviation and inferential statistic that was Chi-square test, ODDs ratio.

Results : Prevalence of stroke in Kanchanadit hospital was 8.46%. One hundred and twenty one patients were diagnosed with stroke. Mean age ± S.D. of them were 68.82 ± 12.18 years-old. 73.6% are graduated at primary education. 82.6% had ischemic stroke. Hypertension and hyperlipidemia were significantly risk factors of stroke ($p < 0.001$ and $p < 0.001$, respectively). However, diabetes mellitus, atrial fibrillation and previous stroke were not associate ($p=0.161$, 0.145 and 0.315, respectively).

Conclusion : Hypertension and hyperlipidemia were major risk factors of stroke in Kanchanadit hospital. So the healthcare providers should be aware and emphasize about this for prevention stroke.

Wittawat Siriyong, MD.
Kanchanadit Hospital,
Suratthani Province 84160

วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 Reg 11 2561 Med J 2018 ;32 : 863 - 870

Keywords : Prevalence of stroke, Stroke risk factors

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและการสูญเสียปีสุขภาวะระดับต้น โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนดำเนินการพัฒนาระบบบริการด้านโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดอัตราตาย เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ ลดความพิการ โดยมีเป้าหมายปีพ.ศ.2560 ในการลดอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าร้อยละ 7 ดังนั้นโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ : ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

วิธีการศึกษา : การศึกษาแบบวิเคราะห์ตัดขวาง (cross-sectional analysis) โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 23 มิถุนายน 2560 – 31 ธันวาคม 2560 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, ODDs ratio

ผลการศึกษา : ความชุกโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ร้อยละ 8.46 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 121 คนอายุเฉลี่ย 68.82 ± 12.18 ปี ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 56.2 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.6 ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 82.6 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโรคความดันโลหิตสูง ($p < 0.001$) และไขมันในเลือดสูง ($p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนโรคเบาหวาน ($p = 0.161$), โรคหัวใจสั่นพลิ้ว ($p = 0.145$), ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ($p = 0.315$) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สรุป : โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นอันดับแรกๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำหัส : ความชุกโรคหลอดเลือดสมอง, ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ stroke หรือ cerebrovascular disease (CVD) เป็นโรคที่มีความสำคัญยิ่งของทุกประเทศในโลก เพราะเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกสูงสุดเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง โดยในแต่ละปีประชากรทั่วโลกจะเสียชีวิตอันเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 5.7 ล้านคน และจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life year) เป็นอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปีพ.ศ.2553[1] โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจร โดยเฉพาะระยะเฉียบพลันที่สามารถลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และลดความพิการของผู้ป่วย ส่งผลให้ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว สังคม และประเทศ อย่างไรก็ตามโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยควบคุมปัจจัยเสี่ยง นอกจากนี้ถ้าป่วยด้วยโรคนี้แล้วได้รับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใต้ระบบการบริการตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างเหมาะสม ครอบคลุม และทั่วถึงทุกแห่ง จะมีส่วนช่วยลดอัตราตายและความพิการได้ ปัจจุบันประเทศไทยยังขาดข้อมูลอุบัติการณ์ (Incidence) และความชุก (Prevalence)

ของโรคหลอดเลือดสมองที่เชื่อถือได้ อย่างไรก็ตาม โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย (Thai Epidemiology Stroke Study : TES study) ได้ดำเนินการศึกษาด้านระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองชนิดติดตามไปข้างหน้า ได้ทำการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และตรวจเลือดอาสาสมัครจำนวน 19,997 คน จากกรุงเทพมหานครและพื้นที่ทั้ง 4 ภาคของประเทศ ในระหว่างปี 2547-2549 โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 376 คน คิดเป็นร้อยละ 1.88 ซึ่งการศึกษานี้พบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยในอดีตแต่น้อยกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งอาจเป็นเพราะอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ กล่าวคือ ความชุกค่อนข้างสูงในกรุงเทพมหานคร (3.34%), ภาคกลาง (2.41%) และภาคใต้ (2.29%) และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุมาก เพศชาย ระดับการศึกษา อาชีพ พื้นที่ที่อยู่อาศัย ขนาดรอบเอว การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง[2]

กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนดำเนินการพัฒนาระบบบริการทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง (stroke service plan) เพื่อลดอัตราตาย เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน การกลับเป็นซ้ำ ลดความพิการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยมีเป้าหมายปีพ.ศ.2560 ในการลดอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าร้อยละ 7 และให้โรงพยาบาลระดับ M1 ทุกโรงพยาบาลสามารถให้ thrombolytic agent ได้ จังหวัดสุราษฎร์ธานีขณะนี้มีโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลเกาะสมุยที่มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) และให้ thrombolytic agent สำหรับโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขณะนี้เริ่มมีการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ได้มีการตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่ computed tomography ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา และมีการตรวจพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันที่ทำให้เกิดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ซึ่งไม่ได้มีการเก็บรวมรวมข้อมูลที่ชัดเจน ทางผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวทางการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ตัดขวาง (cross-sectional analysis) โดยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ที่วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 121 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 121 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โดยเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าตั้งแต่ 23 มิถุนายน 2560 – 31 ธันวาคม 2560 นำแบบบันทึกข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์เรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS version 16 โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Chi-square test, ODDs ratio

ผลการศึกษา

ความชุกโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์

จากการศึกษาพบผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปในอำเภอกาญจนดิษฐ์ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูงตั้งแต่ 1 มกราคม 2560 – 31 ธันวาคม 2560 จำนวน 10,260 คน พบเป็น

โรคหลอดเลือดสมอง 868 คน คิดเป็นความชุกโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ร้อยละ 8.46

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จำนวน 121 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.1, อายุเฉลี่ย 68.82 ± 12.18 ปี มีอายุมากกว่า 60 ปี มากถึงร้อยละ 71.9, ส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 80.2, กว่าครึ่งเล็กน้อยไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 56.2, มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.6, รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 56.2 ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว 88.94 ± 11.53 เซนติเมตร และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 24.12 ± 4.78 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	63	52.1
หญิง	58	47.9
อายุ (ปี)		
≤ 59	34	28.1
60-69	29	24.0
70-79	30	24.8
≥ 80	28	23.1
$\overline{X}$ = 68.82 S.D. = 12.18		
สถานภาพสมรส		
โสด	3	2.4
แต่งงาน	97	80.2
หม้าย	19	15.7
หย่า/แยก	2	1.7
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	68	56.2
เกษตรกร	26	21.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	7.4
รับจ้าง	8	6.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	8.3
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	8	6.6
ประถมศึกษา	89	73.6
มัธยมศึกษา/ปวช.	15	12.4
อนุปริญญา/เทียบเท่า	2	1.7
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	6	4.9
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.8

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้		
≤ 5,000 บาทต่อเดือน	68	56.2
> 5,000 บาทต่อเดือน	53	43.8
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)		
$\overline{X}$ = 88.94, S.D. = 11.53		
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)		
$\overline{X}$ = 24.12, S.D. = 4.78		

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จำนวน 121 คน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 76.0 รองลงมาพบไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 45.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละโรคประจำตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 121 คน

โรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	92	76.0
โรคเบาหวาน	31	25.6
ไขมันในเลือดสูง	55	45.5
โรคหัวใจสั่นพลิ้ว	17	14.0

ข้อมูลการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จำนวน 121 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ร้อยละ 82.6 พบโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) น้อยเพียงร้อยละ 3.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละชนิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 121 คน

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Ischemic stroke	100	82.6
Embolic stroke	17	14.1
Hemorrhagic stroke	4	3.3

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ผลการศึกษาพบว่าโรคเบาหวาน ($p = 0.161$), โรคหัวใจสั่นพลิ้ว ($p = 0.145$), ประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($p = 0.315$), การสูบบุหรี่ ($p = 0.326$), การดื่มแอลกอฮอล์ ($p = 0.477$), การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ/

ไม่ออกกำลังกาย (p = 0.417) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

Risk factors	Stroke (121 คน)	Non-stroke (121 คน)	OR	95% CI	p-value
Hypertension (%)	92(76.0%)	121(100.0%)	2.32	1.98 to 2.70	< 0.001
Diabetes mellitus (%)	31(25.6%)	42(34.7%)	0.65	0.37 to 1.13	0.161
Hyperlipidemia (%)	55(45.5%)	98(81.0%)	0.19	0.11 to 0.35	< 0.001
Atrial fibrillation (%)	17(14%)	9(7.4%)	2.03	0.87 to 4.76	0.145
Previous stroke (%)	11(9.1%)	6(5.0%)	1.92	0.69 to 5.36	0.315
Smoking status (%)					
Never (%)	67(55.4%)	69(57.0%)	1		
Ex-smoker (%)	34(28.1%)	48(39.7%)	0.73	0.42 to 1.27	0.326
Current (%)	20(16.5%)	4(3.3%)	5.15	1.67 to 15.86	0.02
Alcohol consumption (%)					
Never (%)	78(64.4%)	75(62.0%)	1		
Ex-alcohol (%)	33(27.3%)	40(33.0%)	0.79	0.45 to 1.38	0.418
Current (%)	10(8.3%)	6(5.0%)	1.13	0.79 to 1.39	0.477
Exercise (%)	38(31.4%)	45(37.2%)	0.77	0.45 to 1.32	0.417
Artificially sweetened beverages	16(13.2%)	15(12.4%)	1.08	0.51 to 2.29	0.848

อภิปรายผล

ความชุกโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยมีความแตกต่างกัน โดยการศึกษาของสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล และคณะ[2] พบว่าความชุกค่อนข้างสูงในกรุงเทพมหานคร, ภาคกลาง และภาคใต้ และพบว่าเพศชาย, อาชีพ, พื้นที่อาศัย, ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างซึ่งมากกว่าการศึกษาของโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ อาจเกิดจากปัจจัยที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มตัวอย่างที่น้อยกว่า ความแตกต่างของพื้นที่ของทางผู้วิจัยศึกษาเฉพาะในอำเภอกาญจนดิษฐ์

ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีเมือง พลังฤทธิ์และสมบัติ มุ่งทวีพงษา[3] ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 714 คน พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง 32.4% รองลงมา คือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 16.9% และสอดคล้องกับการศึกษาของดาริน อารีย์โชคชัย และคณะ[4] ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเป็นการศึกษาแบบ case cohort ใน 12 จังหวัด เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3,041 คน กลุ่มควบคุม 10,752 คน พบว่า 41.6% ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับ

โรคความดันโลหิตสูง ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของเสกสรร จวงจันทร์[5] ในขณะที่บางการศึกษาจะมีปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การศึกษาของกฤษณา พิรเวช[6] พบว่ามีประวัติเคยเป็นอัมพาต โรคหัวใจ สูบบุหรี่เป็นประจำ ดื่มเหล้าเป็นประจำ และการศึกษาของโตมร ทองศรี และคณะ[7] พบว่านอกจากความดันโลหิตสูง พบว่าเบาหวานและการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในสัดส่วนที่สูง

ผลการศึกษาพบว่าโรคเบาหวาน, โรคหัวใจสั่นพลิ้ว, ประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง, การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์, การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ/ไม่ออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของหลายการวิจัย[2,8,9,10,11] ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่านอกจากความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงแล้วยังมีอายุมาก สูบบุหรี่ เบาหวาน หัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation) ขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วนที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่ใช้น้ำตาลเทียม (Artificially sweetened beverages) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Matthew P. และคณะ[12] ได้ศึกษาแบบเฝ้าสังเกต สอบถามในคนสุขภาพดี ผลการศึกษาโดยปรับตัวแปรต่างๆ ให้เท่าเทียมกันทั้งหมด พบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่ใช้น้ำตาลเทียม นั้นเพิ่มโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.9 เท่า โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดแดงตีบตัน

การศึกษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ไม่ได้มีการเจาะเลือดส่งตรวจทาง molecular mechanism เนื่องจากต้องส่งตรวจพิเศษภายนอกโรงพยาบาล และเสียค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยมากมายที่ศึกษาเกี่ยวกับ molecular mechanism ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง[13] ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของ homocysteine เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความหนาของ atherosclerotic plaque และเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด thrombosis[14] ซึ่งก่อให้เกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน การเพิ่มขึ้นของระดับ high-sensitivity C-reactive protein (hsCRP) สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง [15-16] และหลายการศึกษา พบว่าภาวะที่มีระดับ fibrinogen สูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตันได้[17-18]

ข้อเสนอแนะ

1. โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ปรับเปลี่ยนได้ โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มตามสัดส่วนของความดันโลหิตที่สูงขึ้น ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิตให้เหมาะสมจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาจให้ความสำคัญในผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD clinic) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตอำเภอกาญจนดิษฐ์

2. ภาวะไขมันในเลือดสูงก่อให้เกิดไขมันตกตะกอนในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงควรมีการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (primary prevention) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว

3. ในอนาคตโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์จะพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) เองโดยไม่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปให้ยาละลายลิ่มเลือด recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์เอกชัย มุกดาพิทักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณดร. สมหมาย คชนาม ที่ช่วยในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Karen L, et al. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association Stroke. 2011;42:227-76.

2. สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล และคณะ. ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย: โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. จดหมายเหตุทางแพทย์. 2554;94(4):427-36.

3. ศรีเมือง พลังฤทธิ์, สมบัติ มุ่งทวีพงษา. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย. จดหมายเหตุทางแพทย์. 2558;98(7):649-55.

4. Areechokchai D, Vijitsoonthornkul K, Pongpan S, Maeakhian S. Population Attributable Fraction of Stroke Risk Factors in Thailand: Utilization of Non-communicable Disease Surveillance Systems. 2017;10(1):1- 6.

5. เสกสรร จวงจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรพ.บึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2558;29:233-39.

6. กฤษณา พิรเวช, วิวรรณ วิวัฒน์กุล. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยไทย. จดหมายเหตุทางแพทย์. 2546;86 (ฉบับพิเศษ 2): 291-98.

7. โตมร ทองศรี และคณะ. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชากรในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกที่ตรวจสุขภาพประจำปีโดย Modified Framingham Stroke Risk Profile. พุทธชินราชเวชสาร. 2553;27:285-92.

8. กฤดา ณ สงขลา. Relationship between the ischemic stroke subtypes and risk factors included clinical outcome from Prasat Neurological Institute stroke registry. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. 2557;13:3-12.

9. ดิษยา รัตนากร, ชาญพงศ์ ตังคณะกุล, สามารถ นิธินันท์ และคณะ. Current Practice Guide to Stroke Management. : กรุงเทพฯ. 2554.

10.สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. 2558.

11. Feigin VL, et al. Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk factors Study 2010 (GBD 2010) and the GBD Stroke Experts Group. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2014;383:245-54.

12. Matthew P, et al. Sugar-and Artificially Sweetened Beverages and the Risks of Incident Stroke and Dementia A Prospective Cohort Study. American Heart Association/American Stroke Association Stroke. 2017;48:1-8.

13. ธนบูรณ์ วรกิจธำรงค์ชัย, ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล. Novel Risk Factors for Ischemic stroke. จุลสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. 2556;12:23-6.

14. Tanne D, et al. Prospective study of serum homocysteine and risk of ischemic stroke among patients with preexisting coronary heart disease. Stroke. 2003;34:632-6.

15. Martinelli I, et al. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. N Engl J Med 1998;338:1793-7.

16. Mora S, et al. Additive value of immunoassay-measured fibrinogen and high-sensitivity C-reactive protein levels for predicting incident cardiovascular events. Circulation. 2006;114:381-7.

17. Beamer N, et al. Fibrinogen and the albumin-globulin ratio in recurrent stroke. Stroke. 1993;24:1133-9.

18. Rothwell P, et al. Fibrinogen concentration and risk of ischemic stroke and acute coronary events in 5113 patients with transient ischemic attack and minor ischemic stroke. Stroke. 2004;35 :2300-5.