วารสารแพทย์เขต ๖-๗ ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๒-๑ เม.ย. - มิ.ย. ๒๕๕๑ Reg 6-7 Med J Vol. 27 No. 2-1 April - June 2008

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

โรคหลอดเลือดสมองอุดตันในโรงพยาบาลนครปฐม

Cerebral Infarction in Nakhonpathom Hospital

สุเมธ บรรเลงจิต พบ.
ว.ว.ประสาทวิทยา
กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม

Sumet Banlengchit M.D.
Thai Board of Neurology
Division of Medicine
Nakhonpathom Hospital

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและทำให้เกิดความพิการถาวรสูง วัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ด้านอุบัติการณ์ เพศ อายุ ปัจจัยเสี่ยง อัตราตาย และสาเหตุการตาย และเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในโรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งได้ทำการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐมระหว่างเดือนตุลาคม 2549 ถึง กันยายน 2550 พบผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 332 ราย เป็นชาย 163 ราย (ร้อยละ 49.10) หญิง 169 ราย (ร้อยละ 50.90) อายุระหว่าง 21-96 ปี อายุเฉลี่ย 66.04 ปี (ชาย 62.48 ปี หญิง 69.47 ปี) สำหรับระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 77.41 มาถึงโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 15.66 มาถึงโรงพยาบาลภายใน 2 ชั่วโมงแรก ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่พบได้แก่ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 65.36 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 57.53 เบาหวานร้อยละ 31.93 โรคหัวใจร้อยละ 24.70 ประเภทของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันพบ small vessel disease ร้อยละ 51.80 large vessel disease ร้อยละ 36.14 cardioembolism ร้อยละ 11.14

มีผู้ป่วยเสียชีวิต 31 ราย (ร้อยละ 9.34) เกิดจาก Brain herniation (ร้อยละ 38.70) ติดเชื้อ (ร้อยละ 51.61) ส่วนใหญ่เกิดจากปอดบวม (ร้อยละ 45.16) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.08 วัน มีผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัดร้อยละ 52.40

ABSTRACT

Stroke is one of the leading cause of death and high disability. The objectives were to study the clinical profile of ischemic stroke patients about incidence, sex, age, risk factors, death rate and cause of death and evaluate the quality of ischemic stroke care in Nakhonpathom Hospital.

Medical records of the patients diagnosed as cerebral infarction from October 2006 to September 2007 were retrospectively reviewed. A total of 332 patients were included in this study. There were 163 males (49.10%) and 169 females (50.90%). The average age was 66.04 years, the range was 21-96 years. 77.41% of patients came to the hospital within 24 hours after onset of symptoms, 15.66% within 2 hours. The common risk factors included hypertension, diabetic mellitus, hyperlipidemia and heart diseases

were found 65.36%, 57.53% and 24.07% respectively. For the probable subtype of cerebral infarction, small vessel disease was found in 51.80%, large vessel disease 36.14% and cardioembolism 11.14%. The mortality rate was 9.34%. The main cause of death were brain herniation (38.70%) and pneumonia (45.16%). The average length of hospitalization was 5.08 days. Only fifth-two patients met the physical therapist.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการตายสูงเป็นอันดับ 3 ของทั่วโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือดและมะเร็ง และคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 ทั้งโลกจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า นอกจากนั้นยังเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการถาวรในประเทศต่าง ๆ[1] ในประเทศไทยได้มีการศึกษาความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเมืองในกรุงเทพมหานครเมื่อปี พ.ศ. 2527 เป็นครั้งแรก พบอัตราความชุก 690 ต่อประชากร 100,000 คนในคนที่อายุเกิน 20 ปี[2] ต่อมาได้มีการศึกษาเรื่องนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุเกิน 60 ปี) ทั่วทั้ง 4 ภาคในชุมชนชนบทเสร็จสิ้นในปี พ.ศ. 2540 พบอัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 1.123 จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2548 มีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้นเกือบทุกจังหวัด ในปี พ.ศ. 2548 จังหวัดที่มีอัตราผู้ป่วยในมากกว่า 160 ต่อประชากร 100,000 คน มีจำนวนถึง 21 จังหวัด[1] กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้มีโครงการรณรงค์การป้องกันควบคุมโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 อีกด้านหนึ่งกรมการแพทย์ สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ระดับประเทศขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544[4] และมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ นอกจากนี้กรมการแพทย์ได้จัดสัมมนาโครงการพัฒนาเครือข่ายเวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิกโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน กำหนดตัวชี้วัดในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันขึ้น[5]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในโรงพยาบาลนครปฐม ทั้งด้านอุบัติการณ์ เพศ อายุ ปัจจัยเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมองอุดตันประเภทต่าง ๆ อัตราตาย และสาเหตุการตาย

2. เพื่อประเมินคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่เกิดอาการก่อนมาโรงพยาบาลภายใน 7 วัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 ถึง 30 กันยายน 2550 (ไม่รวมผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาจากโรงพยาบาลอื่นแล้ว) ผู้ป่วยได้รับการตรวจ CT scan สมองหรือมีผลการตรวจ CT scan หรือ MRI สมองมาจากที่อื่น นำมาวิเคราะห์โดยดู อายุ เพศ ระยะเวลาที่เกิดอาการก่อนมาโรงพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ เบาหวาน (รักษาโรคเบาหวานอยู่หรือ Fasting plasma glucose 126 mg/dl) ความดันโลหิตสูง (รักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่หรือความดันโลหิต > 140/90 mm.Hg) ไขมันในเลือดสูง (รักษาโรคไขมันในเลือดสูง

อยู่หรือ Total cholesterol > 200 mg/dl หรือ LDL-cholesterol > 130 mg/dl) ในรายที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน จะได้รับ echocardiogram, ESR, VDRL, ANA profile, Protein-C, Protein-S และ anti-thrombin III

ในการแบ่งประเภทของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ผู้วิจัยได้ใช้ TOAST Classification of Subtypes of Acute Ischemic Stroke6 โดยใช้ข้อมูลเท่าที่หาได้ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยได้รับการตรวจ Carotid duplex scan สามารถแบ่งเป็น

1. Large artery atherosclerosis

1.1 Clinical findings included those of cortical impairment ,brain stem or cerebellar dysfunction

1.2 The initial or late CT scan showed evidence of infarction size greater than 1.5 cm. in diameter

1.3 There should be no potential sources of cardiogenic embolism

2. Lacunar infarct (small vessel disease)

2.1 Stroke presenting as a lacunar syndrome was defined as pure motor hemiparesis, pure sensory stroke, sensorimotor stroke and dysarthria clumsy hand syndrome

2.2 No cortical signs

2.3 Normal CT scan or infarction size of less than 1.5 cm. in diameter

3. Cardioembolism

3.1 Presence of a potential cardiac source of embolism

3.2 Clinical and brain imaging findings were similar to those described for large artery atherosclerosis

4. Acute stroke of other determined etiology : nonatherscleroticvasculopathies, hypercoagulable states, or hematologic disorders

5. Stroke of undetermined etiology

ผลการศึกษา

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 ถึง 30 กันยายน 2550 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครปฐมทั้งหมด 332 ราย แบ่งเป็นชาย 163 ราย (ร้อยละ 49.10) หญิง 169 ราย (ร้อยละ 50.90) อายุตั้งแต่ 21-96 ปี อายุเฉลี่ย 66.04 ปี (ชาย 62.48 ปี หญิง 69.47 ปี) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่เป็นซ้ำ 50 ราย (ร้อยละ 15.06)

จากตารางที่ 2 มีผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการภายใน 2 ชั่วโมง จำนวน 52 ราย (ร้อยละ 15.66) ตั้งแต่ 2-12 ชั่วโมง จำนวน 82 ราย (ร้อยละ 24.70) ตั้งแต่ 12-24 ชั่วโมง จำนวน 123 ราย (ร้อยละ 37.04) ตั้งแต่ 1-3 วัน จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 17.47) ตั้งแต่ 4-7 วัน จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 5.12) จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงแรกถึง 257 ราย (ร้อยละ 77.41)

ด้านปัจจัยเสี่ยง ในจำนวน 332 ราย พบความดันโลหิตสูง 217 ราย (ร้อยละ 65.36) เบาหวาน 106 ราย (ร้อยละ 31.93) ไขมันในเลือดสูง 191 ราย (ร้อยละ 57.53) โรคหัวใจ 82 ราย (ร้อยละ 24.70) ในจำนวนนี้พบโรคหัวใจขาดเลือด 46 ราย (ร้อยละ 13.86) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2 ราย (ร้อยละ 0.6) Atrial fibrillation 35 ราย (ร้อยละ 10.54) ลิ้นหัวใจพิการ 14 ราย (ร้อยละ 4.22) หัวใจวาย 12 ราย (ร้อยละ 3.61)

การแบ่งประเภทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันพบ lacunar infarction (small vessel disease) 172 ราย (ร้อยละ 51.80) large artery atherosclerotic infarction 120 ราย (ร้อยละ 36.14) Cardioembolic infarction 37 ราย (ร้อยละ 11.14) cerebral venous thrombosis 1 ราย และไม่ทราบสาเหตุ 2 ราย

จำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.08 วัน มี 71 รายที่มีจำนวนวันนอน 1 วัน ในผู้ป่วยที่มีจำนวนวันนอน 1-2 วัน มีถึง 70 รายที่ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน

จากการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิต 31 ราย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลนครปฐม จำแนกตามเพศและอายุ

อายุ (ปี)	ชาย จำนวนคน (ร้อยละ)	หญิง จำนวนคน (ร้อยละ)	รวม จำนวนคน (ร้อยละ)
20-29	2 (0.60)	0 (0)	2 (0.60)
30-39	3 (2.11)	2 (0.60)	9 (2.71)
40-49	24 (7.23)	10 (3.01)	34 (10.24)
50-59	37 (11.14)	24 (7.23)	61 (18.37)
60-69	53 (15.96)	30 (9.04)	83 (25.00)
70-79	33 (9.94)	64 (19.28)	97 (29.22)
80-89	10 (3.01)	32 (9.64)	42 (12.65)
90-99	2 (0.60)	2 (0.60)	4 (12.05)
รวม	**163 (49.10)**	**169 (50.90)**	**332 (100)**

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาล

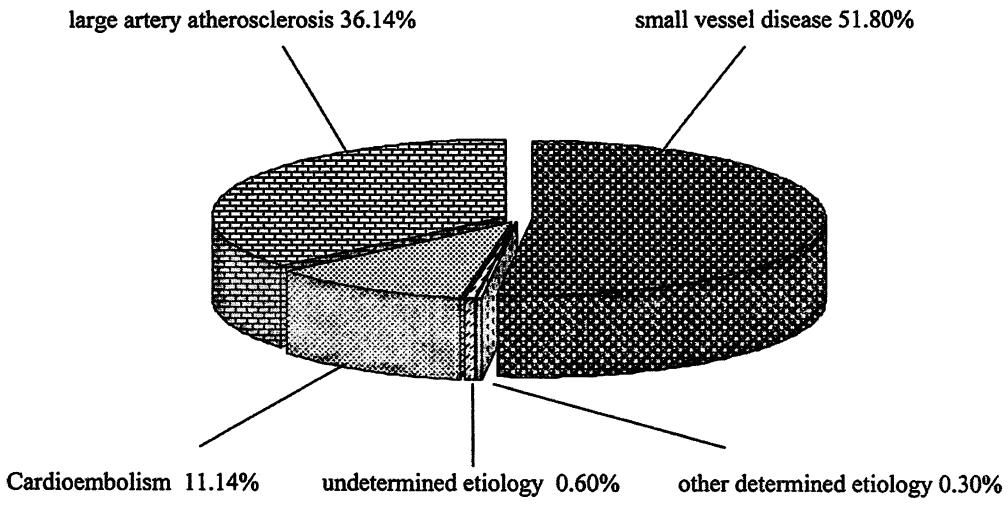
ระยะเวลา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
≤ 2 ชั่วโมง	52	15.66
> 2-12 ชั่วโมง	82	24.70
> 12-24 ชั่วโมง	123	37.04
1-3 วัน	58	17.47
4-7 วัน	17	5.12

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	217	65.36
เบาหวาน	106	31.93
ไขมันในเลือดสูง	191	57.53
โรคหัวใจ	82	24.70
- โรคหัวใจขาดเลือด	46	13.86
- กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	2	0.60
- Atrial fibrillation	35	10.54
- ลิ้นหัวใจพิการ	14	4.22
- หัวใจวาย	12	3.61

หมายเหตุ : ผู้ป่วยหนึ่งรายอาจมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างร่วมกัน

แผนภูมิที่ 1 แสดงการแบ่งประเภทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน



(ร้อยละ 9.34) แยกเป็นสาเหตุดังนี้

1. Brain herniation 12 ราย (ร้อยละ 38.70 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด)
   - 1.1 Middle cerebral artery territory infarct 9 ราย
   - 1.2 Cerebellar infarct 2 ราย
   - 1.3 Internal carotid artery territory infarct 1 ราย
2. Infection 16 ราย (ร้อยละ 51.61 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด)
   - 2.1 Pneumonia with respiratory failure 14 ราย
   - 2.2 UTI Renal calculi IHD 1 ราย
   - 2.3 Bed sore 1 ราย
3. others
   - Acute MI heart failure 1 ราย
   - Cardiovascular failure จาก basilar artery thrombosis 1 ราย
   - Secretion block 1 ราย

วิจารณ์

โรคหลอดเลือดสมองอุดตันพบมากที่สุดในโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ในกลุ่มประเทศอาเซียน เช่น สิงคโปร์ เวียดนามและไทย พบประมาณร้อยละ 70 ของโรคหลอดเลือดสมอง[7,8] ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้กล่าวถึงโรคหลอดเลือดสมองแบบอื่น โดยทั่วไปโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมักพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงในอัตราส่วน 1.3 ต่อ 19 แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบในผู้ชายน้อยกว่าผู้หญิงในอัตราส่วน 0.96 ต่อ 1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้หญิงมีอายุยืนกว่าและในกลุ่มประชากรมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 66.04 ปี ซึ่งอายุเฉลี่ยรวมสูงกว่าการศึกษาของ รัชนี บุณยกาญจนากร[10] ซึ่งพบอายุเฉลี่ย 61.7 ปี ซึ่งน่าจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้นในปัจจุบัน

ส่วนระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยถึง 257 ราย (ร้อยละ 77.41) ที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี[11] ซึ่งผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลในช่วง 1-3 วันมากที่สุด ทั้งนี้น่าจะเกิดจากการคมนาคมที่สะดวกกว่า และอาจจะมีความตระหนักต่ออาการเจ็บป่วยมากกว่า มีผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ 52 ราย (ร้อยละ 15.66) แต่ในจำนวนนี้ยังรวมผู้ป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นขณะนอนหลับ แต่เพิ่งรู้ว่าผิดปกติ

ตอนตื่นนอนรวมอยู่ด้วย เนื่องจากการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Tissue plasminogen activator) ต้องให้ภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ[12] เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ต้องใช้เวลาในการตรวจร่างกาย ตรวจเลือดและ CT scan สมองอย่างน้อยประมาณ 1 ชั่วโมง เพราะฉะนั้นผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลหลังจาก 2 ชั่วโมงแล้วหรือไม่ทราบเวลาชัดเจนขณะเกิดอาการ หรือเกิดอาการขณะนอนหลับ จึงเป็นข้อห้ามในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด นอกจากนี้ยังมีข้อห้ามในการใช้ยาละลายลิ่มเลือดอีกหลายข้อ ดังนั้นโอกาสของผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดคงน้อยมาก ซึ่งแม้แต่ในสหราชอาณาจักรพบว่ามีผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดอาการประมาณร้อยละ 39 แต่ได้รับการตรวจ CT scan สมองภายใน 3 ชั่วโมงเพียงร้อยละ 9 เท่านั้น ทำให้มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 0.2 เท่านั้นที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด แตกต่างจากในสหรัฐอเมริกาที่พบผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดอาการประมาณร้อยละ 48 และในจำนวนนี้ได้รับการตรวจ CT scan สมองภายใน 1 ชั่วโมงถึงร้อยละ 65[13]

ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ คือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 65.36 ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นอันดับ 2 รองจากอายุ จากการศึกษาของ Framingham[14] พบว่า relative risk ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อปรับค่าตามอายุในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 มม.ปรอท ในผู้ชายมีค่าเท่ากับ 3.1 และในผู้หญิงมีค่า 2.9 จากการศึกษาของสถาบันประสาทวิทยา[10] และโรงพยาบาลสมุทรปราการ[15] พบความดันโลหิตสูงร้อยละ 49 และ 64.7 ตามลำดับ

ไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบรองลงมา คือ ร้อยละ 57.53 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ[15] (ร้อยละ 71.4) จะเห็นได้ว่าสูงกว่าการศึกษาในช่วงหลายปีก่อน[8] (ร้อยละ 6.3-29.5) ที่เป็นเช่นนี้เพราะปัจจุบันมีการกำหนดค่าปกติของ cholesterol และ LDL-C ต่ำลงกว่าเดิม และในแนวทางปฏิบัติของ National Cholesterol Education Panel (NCEP) แนะนำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรลดระดับ LDL-C น้อยกว่า 100 mg/dl และน้อยกว่า 70 mg/dl กรณีมีหลายปัจจัยเสี่ยง[16]

จากการศึกษาครั้งนี้พบเบาหวานร้อยละ 31.93 ซึ่งต่ำกว่ารายงานอื่น[10,15] แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้กล่าวถึงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงด้วยเช่นกัน เพราะเก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

การแบ่งประเภทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันพบ small vessel disease (Lacunar infarction) มากที่สุดคือ ร้อยละ 51.80 รองลงมาคือ large vessel disease ร้อยละ 36.14 ซึ่งคล้ายกับรายงานของนิพนธ์ พวงวรินทร์[7] ที่พบว่าในประเทศที่กำลังพัฒนาพบ small vessel disease มากกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วน cardioembolism ในการศึกษาครั้งนี้พบร้อยละ 11.14 ซึ่งอาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะมีผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Echocardiogram จำนวนน้อย

การศึกษาครั้งนี้พบอัตราตายร้อยละ 9.34 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานจากจังหวัดนครราชสีมา[17] สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก brain herniation และปอดบวมคิดเป็นร้อยละ 38.70 และ 45.16 ของการเสียชีวิตทั้งหมดตามลำดับ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากปอดบวมส่วนใหญ่มีโรคร่วมที่รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย และไตวาย สาเหตุสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลในห้อง ICU เพราะไม่มีเตียง ส่วน brain herniation นั้นพบมากที่สุดใน middle cerebral artery territory infarction ข้อผิดพลาดที่พบคือ การที่วินิจฉัย brain herniation ได้ล่าช้าและเวลาที่เหมาะสมในการปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาท ทำให้หลังผ่าตัดมีผู้ป่วยเสียชีวิตถึงร้อยละ 84.38 จากการศึกษาของสมชัย ตั้งบำเพ็ญสุนทร[18] มีผู้ป่วยที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดเพียงร้อยละ 52.40 สาเหตุที่ไม่ได้ทำกายภาพบำบัด เพราะมีจำนวนวันนอนน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม small vessel disease มีผู้ป่วย 70 ราย (ร้อยละ 21) ที่ refer กลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนและมีผู้ป่วย 71 ราย ที่มี

จำนวนวันนอน 1 วัน เนื่องจากมีปัญหาผู้ป่วยล้นเตียง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่มีการอ่อนแรงของแขนขา อาจมีเพียงพูดไม่ชัด พูดไม่ออก หรือสำลักง่าย บางส่วนมีอาการหนักหรือมีโรคร่วมที่รุนแรง ทำให้ไม่ได้รับการทำกายภาพบำบัด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ทำให้ได้ข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ รวมทั้งไม่ได้ติดตามผลการรักษาระยะยาวว่ามีความพิการหลงเหลือมากน้อยเพียงใด

สรุป

จากการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันพบผู้ชายใกล้เคียงกับผู้หญิง อายุเฉลี่ย 6.04 ปี ผู้ป่วยที่เป็นผู้หญิงมีอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้ชาย ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการภายใน 24 ชั่วโมงเป็นส่วนใหญ่ ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง พบ small vessel disease มากกว่า large vessel disease อัตราตายร้อยละ 9.34 ส่วนใหญ่เกิดจากปอดบวม และ brain herniation ผลการประเมินการดูแลรักษายังไม่ถึงเป้าหมายในหลายข้อ ได้แก่ อัตราตาย อัตราการติดเชื้อสูง และผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัดน้อยเกินไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติมาตรฐานงานป้องกันควบคุมโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (โรคหลอดเลือดสมอง). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร, 2550.
2. Viriyavejakul A, Poungvarin N, Vannasaeng S. The prevalence of stroke in urban community of Thailand. J Neurology. 1985 ; 232 : 93.
3. Viriyavejakul A, Sennanarong V, Prayoonwiwat N, Praditsuwan R, Chaisevikul, Poungvarin N. Epidemiology of stroke in the elderly in Thailand. J Med Association Thai. 1998 ; 81 : 497-500.
4. สถาบันประสาทวิทยา, สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์ ฉบับที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มปพ., 2544.
5. เอกสารการสัมมนาเครือข่ายพัฒนาเวชปฏิบัติที่ดีทางคลินิกโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน ณ โรงแรมอมารีแอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร, 23 มกราคม 2549.
6. Adam HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ, Love BB, Gordon DL, Marsh EE 3rd, for the TOAST investigators. Classification of subtype of acute ischemic stroke : definitions for use in a multicenter clinical trail. Stroke. 1993 ; 24 : 35-41. [Abstract]
7. Poungvarin N. Stroke in the developing world. Lancet. 1998 ; 352 : 19-22.
8 Venketasubramanian N. The epidemiology of stroke in ASEAN countries-A review. Neurol J Southeast Asia. 1998 ; 3 : 9-14.
9. Philip A. wolf. An overview of the epidemiology of stroke. Str0ke. 1990 ; 21 : 4-6.
10. Boonyakarnjanakorn R. Risk factors of ischemic stroke in Prasat Neurological Institue. The Journal of Prasat Neurological Institue. 2000 ; 2 : 37-43.
11. ธิติ อึ้งอารี. โรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลอุดรธานี, วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 2547 ; 2 : 83-92.
12. Adams HP, Brott TG, Furlan AJ, et al. Guidelines

for Thrombolytic Therapy for acute stroke : a supplement to the guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke : a statement of healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. Circulation. 1996 ; 94 : 1167-74.

13. Leading Edge. An acute need for better stroke care. The Lancet Neurology. 2007 ; 7 : 571.
14. Wolf PA, Cobb JL, D Agostino RB. Epidemiology of Stroke Pathophysiology, Diagnosis and Management. New York : Churchill Livingstone, 1992 : 327.
15. พุฒิพงศ์ ภู่ทอง. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในโรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี; 2548 : 1 : 31-4.
16. Sacco RL, Adams R, Albers G, et al. Guideline for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attach : a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke : co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention : The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. Stroke. 2006 ; 37 : 577-617.
17. Asawavichienjinola T, Boongired P. Cerebrovascular Disease in North East Thailand. Neurol J. Southeast Asia. 1998 ; 3 : 27-33.
18. สมชัย ตั้งบำเพ็ญสุนทร. ผลการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะผู้ป่วยสมองขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 6-7 ; 2551 : 83-5.