

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Health Related Quality of Life in Stroke Survivors

ทัศนีย์ จินตกานนท์, พ.บ.
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
โรงพยาบาลตราด

Tassanee Jintaganon, M.D.
Department of Rehabilitation Medicine
Trat Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตอยู่จนถึง 3 เดือนหลังจากป่วย

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่รอดจนถึง 3 เดือนหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตราด 201 ราย ได้รับการขึ้นทะเบียนเข้าร่วมเป็นกลุ่มศึกษา เมื่อครบ 3 เดือน ผู้วิจัยจะประเมินคุณภาพชีวิต ความสามารถในการเคลื่อนไหว ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และความเร็วของการเดินระยะไกล ด้วยแบบประเมิน Stroke Specific Scale - 16 (SIS -16), The Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM), Thai Mental Status Examination (TMSE), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย และ 10 Meter Walking Test ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และ multivariable logistic regression test

ผลการศึกษา: อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย คือ 64.8±12.0 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.7 ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 85.1 พยาธิสภาพเป็น cerebral infarction ร้อยละ 83.1 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.6 เบาหวาน ร้อยละ 25.9 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.4 คะแนนคุณภาพชีวิต (SIS -16) เฉลี่ย 61.2±31.4 คุณภาพชีวิตในระดับดีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ (independent living :SIS-16 ≥75) ร้อยละ 42.3 มีภาวะสมองเสื่อม (TMSE ≤23) ร้อยละ 52.2 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 42.8 ไม่สามารถเดินได้ ร้อยละ 17.4 multivariable logistic regression test ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (poor outcome:SIS-16 <75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ คะแนน NIHSS-T แรกรับ คะแนน STREAM โดยมีค่า adjusted odds ratio 1.087, 1.373, 0.871 ตามลำดับ (p<0.05)

สรุป: อายุ ความรุนแรงของโรค และความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตอยู่จนถึง 3 เดือน หลังจากป่วย

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต SIS-16 STREAM
วารสารแพทยเขต 4-5 2562 ; 38(2) : 114-124.

ABSTRACT

Objectives: To study Health Related Quality of Life (HRQoL) and identify factors that determined poor HRQoL in 3 -month stroke survivors.

Materials and methods: In a cross –sectional study, 201 in-patients were prospectively enrolled then assessed 3 months post stroke at rehabilitative clinic, Trat Hospital. After case identification, motor impairment, cognitive deficit, depression, and walking velocity were tested by using the Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM), Thai Mental Status Examination (TMSE), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Thai version and 10 Meter Walking Test. HRQoL was assessed using the Stroke Impact Scale-16 (SIS-16) Multivariable logistic regression analysis was done to explore the factors which influenced poor HRQoL (SIS-16 <75).

Results: The mean age of the patients was 64.8±12.0 years, mainly male 57.7%, mild to moderate stroke 85.1%, cerebral infarction 83.1%. Comorbidities were hypertension 73.6%, diabetes mellitus 25.9%, and smoking 28.4%. At 3 months the mean score of SIS-16 was 61.2±31.4 , good HRQoL (ie. independent living) was 42.3 % , presence of cognitive deficit 52.2% and depression 42.8% unable to walk 17.4%. Age, admission NIHSS-T and STREAM significantly determined poor outcome HRQoL (Adjusted Odd Ratio 1.087, 1.373, 0.871, p<0.05).

Conclusion: Age, severity of stroke and motor impairment were identified as independent determinants of poor HRQoL of 3-month stroke survivors.

Keywords: health related quality of life, stroke survivors, SIS-16, STREAM

Reg 4-5 Med J 2019 ; 38(2) : 114-124.

บทนำ

ในประเทศไทยมีการคาดคะเนว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ถึง 250,000 รายต่อปี¹ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2557 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะ อันดับที่สองในเพศหญิงและเพศชาย (ร้อยละ 7.3 และร้อยละ 6.6 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด)² โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค คือ วัยสูงอายุเพศชาย อาชีพใช้แรงงาน โรคความดันสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น³ โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาจก่อให้เกิดความเสียหายในระยะยาวต่อร่างกาย สติปัญญาและการเรียนรู้ จิตใจ

และสังคม ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ร้อยละ 70-85 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอัมพาตครึ่งซีก⁴ ภายในระยะเวลา 3 เดือน ร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีพ สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระ ร้อยละ 15-30 มีความพิการถาวร ร้อยละ 20 ไม่สามารถดูแลตนเองได้^{5,6} ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่สามารถจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านได้ต้องการความช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน⁷ และร้อยละ 20-25 ของผู้ป่วยที่รอดชีพไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง⁸ ผู้ป่วยที่เดินได้มีโอกาสหกล้มและเกิดกระดูกสะโพกหัก

มากกว่าคนปกติถึง 4 และ 10 เท่าตามลำดับ⁴ มีเพียงร้อยละ 25 ที่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ⁹

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตอยู่จนถึง 3 เดือนหลังจากป่วย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ณ 3 เดือนหลังจากป่วย ในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตราบที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและถูกส่งตัวมารับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง (consecutive prospective registry) ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 201 ราย

มีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันแบบขาดเลือด (cerebral infarction) และแบบเลือดออก (cerebral hemorrhage) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่สมองหยุดทำงานเฉพาะส่วนเฉียบพลันนานกว่า 24 ชั่วโมงจากหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก โดยวินิจฉัยจากอาการและอาการแสดงร่วมกับผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (computerized tomography scan) ไม่รวมถึงกรณีที่มีเฉพาะความผิดปกติของความคิด ความจำ การใช้เหตุผล (conscious mental activity)¹⁰

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่รอดชีวิตอยู่จนครบ 3 เดือน และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ โดยปฏิบัติตามแนวทาง The Revised Helsinki Declaration of 1983 และการวิจัยนี้ได้รับใบอนุญาต จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดตราด เลขที่ 07/2561

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage), sinus venous thrombosis, และจากการบาดเจ็บต่อสมอง (traumatic brain injury)

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาทางการสื่อสาร กระบวนการคิด การรับรู้ และไม่มีญาติผู้ดูแลใกล้ชิดที่สามารถให้ข้อมูลในการทดสอบได้

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคร่วมอื่นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการทดสอบได้ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว พิการแขนขาขาด และกระดูกหัก

4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ตั้งแต่ก่อนที่จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ชนิดและข้างของพยาธิสภาพในสมอง มือข้างที่ถนัด โรคความดันโลหิตสูง (จากประวัติการใช้ยารักษาหรือความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มม.ปรอท ในบันทึกเวชระเบียน) เบาหวาน (จากประวัติการใช้ยารักษาหรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง fasting plasma glucose มากกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มากกว่า 2 ครั้ง) การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า คะแนน NIHSS-T แรกรับ (The National Institute of Health Stroke Scale – Thai) จากการซักประวัติและบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่โรงพยาบาลตราบ หลังจากจำหน่ายแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เมื่อครบ 3 เดือน ผู้วิจัยจะประเมินคุณภาพชีวิตด้วยมาตรวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Specific Scale -16 ตรวจความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว ด้วยเครื่องมือ The Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) ตรวจความสามารถในการรับรู้ การคิด

ความจำ ด้วย Thai Mental Status Examination (TMSE) ตรวจหาภาวะซึมเศร้าด้วย Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย และการทดสอบเดิน 10 เมตร

เครื่องมือวิจัย ได้แก่

1. The National Institute of Health Stroke Scale – Thai (NIHSS-T) ICF Category :Body Structure/Function เป็นเครื่องมือประเมินการทำงานของสมอง 11 ข้อ บ่งชี้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ประกอบด้วย ระดับความรู้สึกรู้ตัว การเคลื่อนไหวของลูกตาในแนวราบ ถานสายตา การเคลื่อนไหวของใบหน้า กำลักรกล้ามเนื้อแขนและขา การประสานงานของแขนขา การรับรู้ความรู้สึก ความสามารถทางภาษา การออกเสียง และภาวะละเลยร่างกาย ครึ่งซีก (neglect) แต่ละข้อมีคะแนน 0-4 0 หมายถึง ไม่มีความบกพร่อง 4 หมายถึง มีความบกพร่องโดยสิ้นเชิง โดยคะแนนรวม สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยได้ดังนี้ คะแนน 0-4 หมายถึง มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย (minor stroke) คะแนน 5-13 หมายถึง มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองปานกลาง คะแนน ≥ 14 หมายถึง มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง (major stroke) คะแนนรวม > 15 มีความเป็นไปได้สูงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต คะแนนรวม < 7 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้ดี ในทุก 1 คะแนนที่เพิ่มขึ้น จะลดโอกาสในการฟื้นตัวลง ร้อยละ 17¹¹

2. The Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) ICF Category : Body Structure/Function¹² เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 30 รายการ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การเคลื่อนไหวของแขนและมือ การเคลื่อนไหวของขา และการเคลื่อนไหวพื้นฐาน ได้แก่ การเดิน การขึ้นลงบันได เป็นต้น คะแนนการเคลื่อนไหวแต่ละรายการ 0-2 คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เลย 2 หมายถึง สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างสมบูรณ์ในรูปแบบปกติ คะแนนการเคลื่อนไหวพื้นฐานแต่ละ

รายการ 0-3 คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เลย 1 หมายถึง สามารถทำกิจกรรมได้บางส่วนหรือทั้งหมด ในรูปแบบที่ไม่เหมือนปกติ อาจใช้อุปกรณ์เช่นไม้เท้า กายอุปกรณ์เสริมข้อเท้าหรือไม่ก็ได้ 3 หมายถึง สามารถทำกิจกรรมได้ทั้งหมดในรูปแบบปกติโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย คะแนนการเคลื่อนไหวแต่ละด้านคิดเป็นร้อยละ คะแนนรวมทั้งหมด เท่ากับค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 3 ด้าน การฟื้นตัวของการเคลื่อนไหวเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 2-3 สัปดาห์แรก และมีแนวโน้มจะทรงตัวที่ระยะเวลา 3-4 เดือนแรก¹³

3. 10 Meter Walking Test (10 MWT) ICF Category : Activities¹² เป็นเครื่องมือวัดความเร็วของการเดินระยะใกล้ในผู้ป่วยโรคระบบประสาท ให้ผู้ป่วยใส่รองเท้าเดินระยะ 14 เมตร ด้วยความเร็วปกติ (preferred speed) อาจใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์อื่นช่วยหรือไม่ก็ได้ จับเวลาการเดินในช่วงกลางระยะ 10 เมตร Perry และคณะ¹⁴ จัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 147 ราย คือ กลุ่มที่มีความเร็วการเดินที่น้อยกว่า 0.4 เมตรต่อวินาที จะสามารถเดินภายในบ้าน กลุ่มที่มีความเร็วการเดิน 0.4-0.8 เมตรต่อวินาที จะสามารถเดินภายในชุมชนได้บ้าง กลุ่มที่มีความเร็วการเดินที่มากกว่า 0.8 เมตรต่อวินาที จะสามารถเดินภายในชุมชนได้

4. Thai Mental Status Examination (TMSE) เป็นแบบทดสอบการทำงานของสมอง ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination ประกอบด้วย คำถาม 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลาสถานที่และบุคคล (orientation) สมาธิและความจำระยะสั้น (registration, recall) ความใส่ใจ (attention) การคำนวณ (calculation) ความสามารถทางภาษา (language) คะแนน ≤ 23 จากคะแนนเต็ม 30 บ่งชี้ว่ามีภาวะสมองเสื่อม¹⁵

5. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่ใช้ค้นหา วินิจฉัยวัด

ความรุนแรงและติดตามการรักษาภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition) มีคะแนนแต่ละข้อ 0-3 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลย 1 หมายถึง มีอาการบางวัน 1-7 วันภายใน 14 วันที่ผ่านมา 3 หมายถึง มีอาการทุกวัน คะแนนเต็ม 27 คะแนนรวม <7 บ่งชี้ว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7-12 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนน ≥ 19 บ่งชี้ว่า มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง¹⁶

6. Stroke Specific Scale-16 (SIS-16) ICF Category : Participation¹² เป็นแบบสอบถามผู้ป่วยเพื่อวัด HRQoL ประกอบด้วย 16 คำถาม เป็นความสามารถทางกายภาพ 4 ด้าน คือ กำลึง การใช้มือ การเคลื่อนไหว การประกอบกิจวัตรประจำวัน แต่ละคำถามมีคำตอบ 1-5 คะแนน 1 หมายถึง ไม่สามารถทำได้เลย (extremely difficult) 2 หมายถึง สามารถทำได้ยากมาก (very difficult) จนถึง 5 หมายถึง สามารถทำได้ไม่ยากเลย (not difficult at all) คะแนนรวม (ร้อยละ) = (คะแนนเฉลี่ย item score - 1)/4 x 100 คะแนน \geq ร้อยละ 75 อยู่ในเกณฑ์ดี (good outcome) บ่งชี้ว่าผู้ป่วยสามารถดำรงชีพได้อย่างอิสระ (independence) คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ เลย Duncan และคณะ สรุปว่า SIS-16 เป็นเครื่องมือที่สมเหตุสมผลเชื่อถือได้ และไวต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับมาตรวัดอื่นที่เคยนิยมใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น Barthel Index และ Short Form-36 SIS-16 สามารถแยกแยะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความบกพร่องเล็กน้อยได้ (minor stroke)¹⁷ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ ความคิด หรือการสื่อสาร อาจยอมให้ญาติผู้ดูแลใกล้ชิดที่เชื่อถือได้ (proxy) เป็นผู้ตอบแบบสอบถามได้อย่างสมเหตุสมผลซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ถูกตัดออกจากการวิจัย¹⁸ คำถามสุดท้าย ข้อที่ 17 ให้ผู้ป่วยประเมินคะแนนการฟื้นตัว

(recovery score) โดยใช้ visual analog scale 0 หมายถึง ไม่มีการฟื้นตัวเลย 100 หมายถึง ฟื้นตัวเต็มที่สู่สภาพปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะของผู้ป่วยแสดงเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย เปรียบเทียบข้อมูลอายุ, คะแนน NIHSS-T แรกรับ, STREAM, TMSE, PHQ-9, SIS-16, 10MWT, และ recovery score ระหว่างเพศชายกับหญิงด้วย independent samples t test หรือ Mann-Whitney U analysis ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (SIS-16: poor outcome) ด้วย univariable logistic regression และใช้ multivariable logistic regression test วิเคราะห์หาปัจจัยที่สามารถทำนายคะแนนคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี รายงานผลลัพธ์เป็น adjusted odd ratio และ 95% confidence interval (aOR, 95% CI) โดยใช้โปรแกรม STATA15.1 (STATA Corp, College Station, TX) พิจารณานัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

ผลการศึกษา

พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตราด เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมตามเกณฑ์คัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 247 ราย เสียชีวิตภายใน 3 เดือนหลังจากป่วย 11 ราย ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการทดสอบ 35 ราย เหลือผู้ป่วย 201 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 64.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.7) มีโรคและปัจจัยร่วมที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.6 เบาหวาน ร้อยละ 25.9 สูบบุหรี่ ร้อยละ 28.4 วินิจฉัยเป็น cerebral infarction ร้อยละ 83.1 และมีพยาธิสภาพที่สมองข้างขวา ร้อยละ 53.7 คะแนน NIHSS-T แรกรับเฉลี่ย 6.7 ± 5.9 (พิสัย 1-31) ส่วนมากเป็น minor stroke ร้อยละ 57.2 และ moderate stroke ร้อยละ 27.9 การทดสอบ ณ เวลา 3 เดือนหลังป่วย คะแนนคุณภาพชีวิต (SIS-16) เฉลี่ย 61.2 ± 31.4 ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระดับดี สามารถดำรงชีพได้

อย่างอิสระ (SIS-16 \geq 75) ร้อยละ 42.3 ผู้ป่วยมีภาวะ
ซึมเศร้า (PHQ-9 \geq 7) ร้อยละ 42.8 และมีภาวะสมองเสื่อม
(TMSE \leq 23) ร้อยละ 52.2 ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้เลย

ร้อยละ 17.4 สามารถเดินภายในบ้านได้ ร้อยละ 26.4
และสามารถเดินภายในชุมชนได้ ร้อยละ 29.4 ดังตาราง
ที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

Characteristics of stroke survivors	Value
Gender : male/female, N (%)	116 (57.7)/85 (42.3)
Age in years : mean (\pm SD)	64.8 \pm 12.0
Comorbidities : N (%)	
Hypertension	148 (73.6)
Diabetes mellitus	52 (25.9)
Smoking	57 (28.4)
Alcohol	36 (17.9)
Atrial fibrillation	19 (9.5)
Type of stroke: N (%)	
Infarction/hemorrhage	167 (83.1) / 34 (16.9)
Side of lesion:N (%)	
Right hemisphere/left hemisphere	108 (53.7) / 93 (46.3)
Concordance/discordance (paretic side)	99 (49.3) / 102 (50.7)
Severity : admission NIHSS-T, N (%)	
Minor stroke (NIHSS-T=0-4)	115 (57.2)
Moderate stroke (NIHSS-T=5-13)	56 (27.9)
Major stroke (NIHSS-T \geq 14)	30 (14.9)
Good outcome (SIS -16 \geq 75)/poor outcome: N (%)	85 (42.3)/116(57.7)
Depression (PHQ-9 \geq 7)/normal : N (%)	86 (42.8)/115(57.2)
Cognitive impairment (TMSE \leq 23)/normal: N (%)	105 (52.2)/96(47.8)
Velocity (10MWT) : N (%)	
Household ambulatory (<0.4 m/s)	53 (26.4)
Limited community ambulatory (0.4–0.8 m/s)	54 (26.9)
Fully community ambulatory (>0.8 m/s)	59 (29.4)
Unable to walk	35 (17.4)

การทดสอบ ณ เวลา 3 เดือนหลังป่วย พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิต (SIS-16) เฉลี่ย 61.2 ± 31.4 คะแนน STREAM เฉลี่ย 76.2 ± 30.9 TMSE เฉลี่ย 21.4 ± 6.4 PHQ-9 เฉลี่ย 6.4 ± 5.2 การวิเคราะห์ข้อมูล อายุ, คะแนน NIHSS-T แรกรับ, SIS-16, STREAM, TMSE, PHQ-9,

recovery score รวมถึงจำนวนผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างเพศชายกับหญิง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาแบ่งตามเพศ

Characteristics	Total (N= 201)	Male (N=116)	Female (N=85)	P-value
Age : mean (± S.D.) year	64.8 (12.0)	63.7 (11.4)	66.3 (12.6)	0.119
range	35-90	35-89	40-90	
Admission NIHSS-T : mean (± S.D.)	6.7 (5.9)	6.7 (5.7)	6.8 (6.2)	0.674
range	1-31	1-26	1-31	
SIS-16 : mean (± S.D.)	61.2 (31.4)	61.9 (32.7)	60.3 (29.7)	0.482
range	0-100	0-100	0-100	
SIS-16 category : N (%)				
Good outcome (SIS -16 ≥ 75)	85 (42.3)	53 (45.7)	32 (37.7)	.312
Poor outcome	116 (57.7)	63 (54.3)	53 (62.3)	
STREAM : mean (± S.D.)	76.2 (30.9)	73.5 (32.6)	79.9 (28.3)	0.993
range	0-100	3.89-100	0-100	
TMSE : mean (± S.D.)	21.4 (6.4)	21.8 (6.1)	20.9 (6.9)	0.455
range	1-30	1-30	2-30	
PHQ-9 : mean (± S.D.)	6.4 (5.2)	6.1 (5.1)	6.7 (5.4)	0.417
range	0-27	0-27	0-27	
PHQ-9 category : N (%)				
Depression	86 (42.8)	51 (44.0)	35 (41.2)	.773
Normal	115 (57.2)	65 (56.0)	50 (58.8)	
Velocity* (10MWT) : mean (± S.D.)	0.63 (0.35)	0.69 (0.36)	0.56 (0.32)	0.015
range	0.08-1.51	0.08-1.51	0.11-1.13	
Recovery score : mean (± S.D.)	63.7 (23.2)	62.5 (25.1)	65.3 (20.5)	0.491
range	0-100	0-100	0-100	

* จำนวนผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ 166 ราย แบ่งเป็น ชาย 94 ราย (ร้อยละ 81.0) หญิง 72 ราย (ร้อยละ 84.7)

การทดสอบ univariable logistic regression พบว่าอายุ คะแนน NIHSS-T แกร็บ STREAM, TMSE และ PHQ-9 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำมาวิเคราะห์ multivariable logistic regression พบว่าปัจจัยที่มี

ผลต่อการเกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ คะแนน NIHSS-T แกร็บ คะแนน STREAM โดยมีค่า aOR 1.087, 1.373 และ 0.871 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SIS-16) : poor outcome

Independent variables	Odd ratio (95% CI)	P-value	Adjusted OR (95% CI)	P-value
Gender	0.718 (0.389-1.320)	.255	0.440 (0.170-1.139)	.091
Age	1.055 (1.029-1.083)	<.001	1.087 (1.037-1.140)	.001
Admission NIHSS-T	1.421 (1.269-1.592)	<.001	1.373 (1.152-1.636)	<.001
3- month STREAM	0.836 (0.784-0.892)	<.001	0.871 (0.819-0.927)	<.001
3- month TMSE	0.848 (0.794-0.904)	<.001	0.981 (0.890-1.082)	.704
3- month PHQ-9	1.123 (1.052-1.200)	.001	1.094 (0.984-1.216)	.095

วิจารณ์

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหลายประเทศ ใช้เครื่องมือวัดที่ต่างกันอาจให้ผลลัพธ์ที่ไม่สอดคล้องกัน คะแนนคุณภาพชีวิต (SIS-16) ในการศึกษานี้มีตั้งแต่ต่ำสุดถึงสูงสุด (0-100) ค่าเฉลี่ย 61.2 ซึ่งต่ำกว่าคุณภาพชีวิตระดับดี มีรายงานปัจจัยที่ทำนายการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า การขาดผู้ดูแลและการมีส่วนร่วมในสังคม เป็นต้น¹⁹ งานวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และคะแนนคุณภาพชีวิต (SIS-16) ของทั้งสองเพศก็ไม่แตกต่างกัน เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศในโอกาสฟื้นตัวจากโรคนี้¹⁰ ไม่มีข้อสรุปร่วมกันว่าอายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวหรือไม่ แต่แน่นอนว่าอายุยิ่งมากทำให้การปรับตัว (readaptation) ยิ่งน้อยลง¹⁰ ซึ่งขัดขวางการฟื้นฟูสภาพ

เพราะการฟื้นตัวของการทำงานของสมองที่สำคัญมาจากการปรับตัวและการเรียนรู้ (learning) ที่เป็นผลให้เกิด neuroplasticity¹³ ในการศึกษาในผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ปัจจัยอายุเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR 1.087, 95% CI 1.037-1.140, p<.05) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Lai⁹ และ Gurcay²⁰ อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างอิสระและบันทึกคุณภาพชีวิต²¹ ความรุนแรงของโรค (admission NIHSS-T) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (aOR 1.373, 95% CI 1.152-1.636, p<.05) อากการอ่อนแรงที่รุนแรงตั้งแต่แรกเริ่มบ่งชี้โอกาสการฟื้นตัวที่ไม่ดี⁸ คะแนน STREAM มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR 0.871, 95% CI 0.819-0.927, p<.05) ยิ่งผู้ป่วยควบคุมการเคลื่อนไหวได้ดีก็ยิ่งมีโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างอิสระมากขึ้น ถึงแม้ว่า

การศึกษานี้พบว่าคะแนน TMSE และ PHQ-9 มีความสัมพันธ์กับคะแนน SIS-16 ในการวิเคราะห์ด้วย univariable logistic regression แต่การวิเคราะห์ด้วย multivariable logistic regression ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการศึกษานี้มีขนาดเล็กเกินไป การทำงานของสมองด้าน cognition และจิตใจ (higher mental function) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวและการปรับตัวของผู้ป่วย¹⁰ ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (post stroke depression) พบได้ 1/3-1/2 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิต มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียความสามารถทางร่างกายและสมอง ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและขัดขวางขบวนการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต²² ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ การวินิจฉัยตั้งแต่แรกเริ่มจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพให้กลับมาเดินได้อีกครั้งเป็นบันไดสำคัญในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ ผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ ร้อยละ 17.4 Balaban²³ พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ ร้อยละ 18 และเดินได้อย่างอิสระ ร้อยละ 50 ณ เวลา 11 สัปดาห์หลังจากป่วย ขณะที่ Copenhagen Stroke Study พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ ร้อยละ 22²⁴ ความแตกต่างนี้อาจขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา งานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 42.3 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีสามารถดำรงชีพได้อย่างอิสระ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ชนิดของพยาธิสภาพในสมอง และข้างที่เป็นไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Abubakar²⁵

จุดแข็งของงานวิจัยนี้ คือ การใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (SIS-16) ในการวัดผลกระทบจากโรค โดยใช้มุมมองและความรับรู้ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความชุกชุมของโรคนี้น่าจะมีมากขึ้นตามไปด้วย มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองที่มีชีวิตรอด และต้องอยู่กับผลกระทบระยะยาวของโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษานี้ให้ข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดตราด ทำให้แพทย์มีความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการมีส่วนร่วมในสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศ.ดร.นพ. ชัยนตรีธร ปทุมานนท์ ผู้ทรงคุณวุฒิทางระบาดวิทยาประยุกต์ ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Suwanwela NC. Stroke Epidemiology in Thailand. J Stroke 2014;16:1-7.
2. International Health Policy Development Agency. Report of Burden of Disease and Injury in Thai Population 2014 [Internet]. 2017 [Cited 2018 Oct 16]. Available from: URL: [http://bodthai.net/download/รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ/](http://bodthai.net/download/รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ)
3. Hanchaiphiboolkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, et al. Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) study. J Med Assoc Thai 2011;94:427-36.
4. Dobkin BH. Strategies for stroke rehabilitation. Lancet Neurol 2004;3:528-36.
5. Asplund K, Stegmayr B, Peltonen M. From the twentieth to the twenty-first century : a public health perspective on stroke. In: Ginsberg MD, Bogousslavsky J, editor. Cerebrovascular Disease. Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Malden: Blackwell Science, 1998.

6. Rosamond W, Flegal K, Furie K, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2008 Update: a report from the American Heart Association Statistics Committee. *Circulation* 2008;117:e25-146.
7. van der Cruyssen K, Vereeck L, Saeys W, et al. Prognostic factors for discharge destination after acute stroke: a comprehensive literature review. *Disabil Rehabil* 2015;37:1214-27.
8. Hendricks HT, van Limbeek J, Geurts AC, et al. Motor recovery after stroke: a systematic review of the literature. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83:1629-37.
9. Lai MS, Studenski S, Duncan PW, et al. Persisting consequences of stroke measured by the stroke impact scale. *Stroke* 2002;33:1840-4.
10. Stroke--1989. Recommendations on stroke prevention, diagnosis and therapy. Report of the WHO Task Force on Stroke and other Cerebrovascular Disorders. *Stroke* 1989;20:1407-31.
11. Saebo. What is The NIH Stroke Scale (NIHSS)? [Internet]. 2017 [Cited 2018 Oct 28]. Available from: URL: <https://www.saebo.com/nih-stroke-scale-nihss/>
12. Kinney CL, Eikenberry MC, Noll SF, et al. Standardization of interdisciplinary clinical practice and assessment in stroke rehabilitation. *Int J Phys Med Rehabil* 2013;1:166-72.
13. Dobkin BH. Rehabilitation after Stroke. *N Engl J Med* 2005;352:1677-84.
14. Perry J, Garrett M, Gronley JK, et al. Classification of walking handicap in the stroke population. *Stroke* 1995;26:982-9.
15. Chulalongkorn University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry. Thai Mental Status Examination (TMSE) [Internet]. 2011 [Cited 2018 Nov 4]. Available from: URL: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&id=539909338>
16. Ministry of Public Health, Department of Mental Health. Clinical practice guidelines for psychosocial treatment of depressive patients for psychiatric nurses in tertiary care facilities [Internet]. 2011 Jun [Cited 2018 Nov 10]. Available from: URL: www.thaidepression.com/www/58/cnpgtertiarycare
17. Duncan PW, Bode RK, Min Lai S, et al. Rasch analysis of a new stroke-specific outcome scale: the Stroke Impact Scale. *Arch Phys Med Rehab* 2003;84:950-63.
18. Carod - Artal FJ, Ferreira CL, Stieven TD, et al. Self- and proxy- report agreement on the Stroke Impact Scale. *Stroke* 2009;40:3308-14.
19. Carod - Artal FJ. Determining quality of life in stroke survivors. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2012;12:199-211.
20. Gurcay E, Bal A, Cakei A. Health related quality of life in first- ever stroke patients. *Ann Saudi Med* 2009;29:36-40.

21. Raju RS, Sarma PS, Pandian JD. Psychosocial problems, quality of life and functional independence among Indian stroke survivors. *Stroke* 2010;41:2932-7.
22. Carod - Artal FJ. Post-stroke depression (I). Epidemiology, diagnostic criteria and risk factors. *Rev Neurol* 2006;42:169-75.
23. Balaban B, Tok F. Gait disturbances in patients with stroke. *PM&R* 2014;6:635-42.
24. Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Recovery of walking function in stroke patients: the Copenhagen Stroke Study. *Arch Phys Med Rehabil* 1995;76:27-32.
25. Abubakar SA, Isezuo SA. Health Related Quality of Life of Stroke Survivors: Experience of a Stroke Unit. *Int J Biomed Sci* 2012;8:183-7.

ว่างขาว
หน้า 125