

ความชุก และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา The prevalence and factors affecting the occurrence of stroke in the population of Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

(Received: December 9,2024 ; Revised: December 14,2024 ; Accepted: December 15,2024)

จักรี สาริกานนท์¹

Jakree Sariganont¹

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้น จำนวน 350 คน รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลใช้ สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างด้วย ไคสแควร์ และฟิชเชอร์ หาปัจจัยโดยวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 62 คน (17.71%) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย การสูบบุหรี่ ไม่เคยใช้ยากลุ่ม statin Hct >45% Triglyceride >150 mg/dl HDL <40 mg/dl DBP >90 mmHg ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ อายุ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะ AF การใช้ยา ASA ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ความชุก ปัจจัย โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This retrospective study aimed to investigate the prevalence of stroke and the factors influencing stroke occurrence among the population in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The study sample consisted of 350 individuals at risk for hypertension and those diagnosed with Stage 1 hypertension. Data were collected from medical records, and statistical analysis was performed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, and logistic regression analysis to identify contributing factors.

The results showed that 62 patients (17.71%) were diagnosed with stroke. Statistically significant factors associated with the occurrence of stroke in Phra Nakhon Si Ayutthaya included male sex, smoking, never using statin (acetylsalicylic acid), hematocrit (Hct) >45%, triglyceride levels >150 mg/dl, HDL <40 mg/dl, and diastolic blood pressure (DBP) >90 mmHg. Other variables, such as age, alcohol consumption, atrial fibrillation (AF), and ASA use no statistical significance.

Keywords : Prevalence factors Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่เลี้ยงสมอง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ โรคสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก โดยโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีอุบัติการณ์สูงกว่าหลอดเลือด

สมองแตก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO)¹ ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง ประวัติขาดสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายน้อย ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน สูบบุหรี่เป็นประจำ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติและ

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

พันธุกรรม มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย² ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มาได้รับการรักษาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง โดยปกติสมองจะมีเลือดมาเลี้ยง 50-55 มิลลิลิตร/เนื้อสมอง 100 กรัม/นาที่ ถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงต่ำกว่า 12 มิลลิลิตร/เนื้อสมอง 100 กรัม/นาที่เป็นเวลานานอย่างน้อย 2 ชั่วโมงขึ้นไป จะทำให้เนื้อเยื่อสมองขาดเลือด เสี่ยงต่อการตายของเนื้อสมอง แต่มีศักยภาพที่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสภาพเดิมได้ (ischemic penumbra) ถ้าได้รับการฟื้นฟูระบบไหลเวียนภายในสมอง แต่ถ้าปล่อยให้ภาวะสมองขาดเลือดรุนแรงมากขึ้น พยาธิสภาพจะขยายวงกว้างขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดเนื้อสมองตายในที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบความผิดปกติในหลอดเลือดแดงแครอทิด (carotid arteries) และหลอดเลือดที่เลี้ยงสมองส่วนหน้า (anterior circulation) มักมีอาการมองภาพไม่ชัดของตาข้างเดียวกับรอยโรค แขนขาข้างตรงข้ามกับรอยโรคมีอาการอ่อนแรง ชา หรือความรู้สึกสัมผัสเปลี่ยนแปลงไป และการสื่อสารโดยการพูดผิดปกติไปส่วนที่เลือดพบในหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองส่วนหลัง (posterior circulation) ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรงหรือใช้งานไม่ถนัด ชา หรือความรู้สึกสัมผัสเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะ เช่น ใบหน้า แขน ขา ทั้งสองด้านของร่างกาย ร่วมกับมีอาการ เวียนหัว เห็นภาพซ้อน กลืนลำบาก พูดไม่ชัด จับใจความไม่ได้หรือเดินเซ เป็นต้น^{3,4}

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2564 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2564 ทั้งหมด 6.7 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจาก ข้อมูลในปีพ.ศ. 2563 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็ง และโรคปอดอักเสบ โดยผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 23,220 รายในปี พ.ศ. 2564 โดยคิดเป็นอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 35.9/100,000 ประชากร

และจากการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง มีความชุกที่สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิงโดยสูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี และยังส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมา เช่น เกิดเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและเสียชีวิต^{1,5}

จากสถิติปี พ.ศ. 2564-2565 ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2,114 คน, 2,318 คน และ 2,513 คน ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยาจำนวน 495 คน, 594 คน และ 610 คน ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 13.55, 12.5 และ 12.5 ตามลำดับ⁶ จากปัญหาการเสียชีวิตดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประชากรในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลจึงเป็นที่มาและเหตุผลในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นการทราบและเข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยให้สามารถป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไป ที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2566
จำนวน 4,975 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2566 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) มีผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง 4) มีการบันทึกในเวชระเบียนครบถ้วน

กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณทราบประชากร ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง BMI โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว Hct, Hb, Cholesterol, Triglycerides, LDL, HDL, FBS, ระดับความดันโลหิต (SBP, DBP)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการรักษา ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การผ่าตัด สถานะการจำหน่าย

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.90 และความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) ของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลแบบแจกแจง (categorical data) จะถูกนำเสนอเป็น จำนวน และ ร้อยละ ในขณะที่ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอโดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD) ใช้สถิติ Chi square test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม กำหนดค่านัยสำคัญ (significance) ที่ $p \leq 0.05$ การหาปัจจัยใช้ค่าสถิติ binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% CI แสดงอัตราปัจจัยเสี่ยงครวละปัจจัยด้วย Odds ratio (OR) ครวละหลายปัจจัยด้วย Adjusted Odds ratio (OR_{adj})

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง ความชุก และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (N=350)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	โรคหลอดเลือดสมอง		p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)	
เพศ			
ชาย	35 (56.45)	101 (35.07)	0.002
หญิง	27 (43.55)	187 (64.93)	
กลุ่มผู้ป่วย			

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (N=350)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	โรคหลอดเลือดสมอง		p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)	
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	48 (77.42)	258 (89.58)	
กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง	14 (22.58)	30 (10.42)	
อายุ			
น้อยกว่า 50 ปี	11 (17.74)	53 (18.40)	0.005
50-60 ปี	10 (16.13)	87 (30.21)	
61-70 ปี	14 (22.58)	87 (30.21)	
71-80 ปี	16 (25.81)	35 (12.15)	
มากกว่า 80 ปี	11 (17.74)	26 (9.03)	
Mean $\pm$ SD	66.47 $\pm$ 14.04	60.82 $\pm$ 13.16	
สถานภาพสมรส			
โสด	14 (22.58)	84 (29.17)	0.476
คู่	47 (75.81)	193 (67.01)	
หม้าย	1 (1.61)	6 (2.08)	
หย่า/แยก	0 (0.00)	5 (1.74)	
อาชีพ			
เกษตรกร	0 (0.00)	9 (3.13)	0.004
รับจ้าง	38 (61.29)	205 (71.18)	
ค้าขาย	0 (0.00)	9 (3.13)	
รับราชการ	10 (16.13)	13 (4.51)	
ไม่มีอาชีพ	14 (22.58)	52 (18.06)	
สิทธิการรักษา			
บัตรทอง	37 (59.68)	217 (75.35)	0.061
ประกันสังคม	4 (6.45)	36 (12.50)	
ข้าราชการ/จ่ายตรง	20 (32.26)	32 (11.11)	
ชำระเงินเอง	1 (1.61)	3 (1.04)	
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	5 (8.06)	25 (8.68)	0.555
ความดันโลหิตสูง	14 (22.58)	30 (10.42)	0.011
โรคหัวใจ (AF)	4 (6.45)	3 (1.04)	0.021
COPD	2 (3.23)	10 (3.47)	0.640
วัณโรคปอด	3 (4.84)	1 (0.35)	0.019
ระดับ BMI กก./ม. ²			
Mean $\pm$ SD	26.39 $\pm$ 5.10	24.77 $\pm$ 4.93	0.025

* P<0.05

จากตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 62 คน (17.71%) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 35 คน (56.45%) ช่วงอายุ 71-80 ปี จำนวน 16 คน (25.81%)

สถานภาพคู่จำนวน 47 คน (75.81%) อาชีพรับจ้างจำนวน 38 (61.29) เป็นโรคความดันโลหิตสูง 14 คน (22.58) ระดับ BMI เฉลี่ย 26.39 กก./ม.² ซึ่งกลุ่มปกติกับกลุ่มเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันด้าน เพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว และระดับ BMI

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับ 1 ขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (N=350)

ข้อมูลด้านพฤติกรรม	โรคหลอดเลือดสมอง		p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)	
การสูบบุหรี่			
สูบ	4 (6.45)	2 (0.69)	0.010
ไม่สูบ	58 (93.55)	286 (99.31)	
การดื่มแอลกอฮอล์			
ดื่ม	7 (11.29)	12 (4.17)	0.034
ไม่ดื่ม	55 (88.71)	276 (95.83)	
การออกกำลังกาย			
ไม่เคย	39 (62.90)	124 (43.06)	0.184
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	6 (9.69)	42 (14.58)	
ออกกำลังกายบางครั้ง	17 (27.41)	122 (42.36)	

* P<0.05

จากตารางที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติการสูบบุหรี่ 4 คน (6.45%) ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 7 คน (11.29%) ส่วนใหญ่ไม่เคยออกกำลังกายจำนวน 39

คน (62.90%) ซึ่งกลุ่มปกติกับกลุ่มเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันด้านการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนการออกกำลังกายไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระดับ 1 ขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (N=350)

ข้อมูลทางคลินิก	โรคหลอดเลือดสมอง		p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)	
ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว			
มี	4 (6.45)	6 (2.08)	0.081
ไม่มี	58 (93.55)	282 (97.92)	
การใช้ยาแอสไพริน (ASA)			
ใช้	22 (35.49)	168 (58.33)	0.003
ไม่ใช้	40 (64.51)	120 (41.67)	
การใช้ยา Simvastatin			
ใช้	11 (17.74)	87 (30.21)	0.031
ไม่ใช้	51 (82.26)	201 (69.79)	
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
Hct	39.46±4.57	37.42±5.32	0.003

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ระดับ 1 ขึ้นไปที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (N=350)

ข้อมูลทางคลินิก	โรคหลอดเลือดสมอง		p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)	
Cholesterol	187.14±38.61	171.41±35.68	0.004
Triglycerides	147.58±77.62	114.33±42.14	0.002
LDL	107.69±40.46	101.78±27.38	0.004
HDL	51.29±17.01	52.77±16.79	0.002
FBS	116.62±31.24	113.88±30.79	0.531
Systolic Blood Pressure	137.59±17.20	134.34±15.61	0.174
Diastolic Blood Pressure	83.71±14.55	78.50±13.63	0.012

*P<0.05

จากตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วย
ที่วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีประวัติการเกิด
โรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวจำนวน 4 คน
(6.45%) มีประวัติการใช้ยาแอสไพริน 22 คน
(17.74%) ใช้ยา Simvastatin จำนวน 11 คน

(17.74%) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Diastolic
Blood Pressure ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน
เล็กน้อย ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และ Systolic
Blood Pressure

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (N=62)

ข้อมูลด้านการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง		
ตีบ	25	40.32
ตัน	7	11.30
แตก	30	48.38
การรักษา		
รักษาด้วยยา	40	64.52
การผ่าตัด	22	35.48
สถานะการจำหน่าย		
ทุเลา	52	83.87
เสียชีวิต	7	11.30
refer	3	4.83

จากตารางที่ 4 การรักษาผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นชนิดแตก จำนวน 30
คน (48.38%) รักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 22 คน (35.48%) เสียชีวิต 7 คน (11.30%)

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปัจจัย	โรคหลอดเลือดสมอง		OR(95%CI)	p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)		
เพศ				
ชาย	27 (43.55)	187 (64.93)	2.40 (1.34-4.19)	
หญิง	35 (56.45)	101 (35.07)	reference	0.002

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปัจจัย	โรคหลอดเลือดสมอง		OR(95%CI)	p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)		
อายุ				
>55 ปี	14 (22.58)	99 (34.38)	2.05 (1.05-3.97)	0.034
<55ปี	48 (77.42)	189 (65.63)	reference	
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
BMI >25 กก./ม. ²	28 (45.16)	166 (57.64)	1.54 (0.88-2.70)	0.127
BMI <25 กก./ม. ²	34 (54.84)	122 (42.36)	reference	
การสูบบุหรี่				
สูบ	4 (6.45)	2 (0.69)	0.12 (0.02-0.65)	0.015
ไม่สูบ	58 (93.55)	286 (99.31)	reference	
การดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่ม	7 (11.29)	12 (4.17)	0.29 (0.10-0.82)	0.020
ไม่ดื่ม	55 (88.71)	276 (95.83)	reference	
การออกกำลังกาย				
ไม่เคย	39 (62.90)	124 (43.06)	0.98 (0.43-1.08)	0.127
ออกกำลังกาย	23 (37.10)	164 (56.94)	reference	
โรคเบาหวาน				
ใช่	5 (8.06)	25 (8.68)	0.93 (0.33-2.66)	0.902
ไม่ใช่	57 (91.94)	263 (91.32)	reference	
โรคความดันโลหิตสูง				
ใช่	14 (22.58)	30 (10.42)	0.36 (0.17-0.75)	0.007
ไม่ใช่	48 (77.42)	258 (89.58)	reference	
โรคไขมันในเลือดสูง				
ใช่	12 (19.35)	69 (23.96)	0.52 (0.62-2.53)	0.517
ไม่ใช่	50 (80.65)	219 (76.04)	reference	
โรคหัวใจ (AF)				
ใช่	4 (6.45)	3 (1.04)	0.17 (0.38-0.80)	0.026
ไม่ใช่	58 (93.55)	285 (98.96)	reference	
ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว				
มี	4 (6.45)	6 (2.08)	0.36 (0.97-1.36)	0.119
ไม่มี	58 (93.55)	282 (97.92)	reference	
การใช้ยาแอสไพริน (ASA)				
ไม่ใช่	32 (51.61)	168 (58.33)	1.92 (1.09-3.37)	0.023
ใช่	30 (48.39)	120 (41.67)	reference	
การใช้ยา Simvastatin				
ไม่ใช่	11 (17.74)	87 (30.21)	2.02 (1.01-4.09)	0.050
ใช่	51 (82.26)	201 (69.79)	reference	
Hct				
Hct >45%	53 (85.48)	265 (92.01)	2.37 (1.10-5.07)	0.027

ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปัจจัย	โรคหลอดเลือดสมอง		OR(95%CI)	p-value
	เป็น (N=62)	ไม่เป็น (N=288)		
Hct <45%	9 (14.52)	23 (7.99)	reference	
Cholesterol				
Cholesterol > 200 mg/dl	44 (70.97)	243 (84.38)	2.43 (1.27-4.67)	0.008
Cholesterol < 200 mg/dl	18 (29.03)	45 (15.62)	reference	
Triglyceride				
Triglyceride >150 mg/dl	42 (67.74)	250 (86.81)	3.24 (1.69-6.21)	0.000
Triglyceride <150 mg/dl	20 (32.26)	38 (13.19)	reference	
LDL				
LDL >100 mg/dl	29 (46.77)	128 (44.44)	0.61 (0.36-1.08)	0.090
LDL <100 mg/dl	33 (53.23)	160 (55.56)	reference	
HDL				
HDL <40 mg/dl	20 (32.26)	82 (28.47)	0.41 (0.23-0.72)	0.002
HDL >40 mg/dl	42 (67.74)	206 (71.53)	reference	
Systolic Blood Pressure				
SBP >140 mmHg	37 (59.68)	203 (70.49)	2.44 (1.38-4.30)	0.002
SBP <140 mmHg	25 (40.32)	85 (29.51)	reference	
Diastolic Blood Pressure				
DBP >90 mmHg	45 (72.58)	242 (84.03)	3.25 (1.77-5.95)	0.000
DBP <90 mmHg	17 (27.42)	46 (15.97)	reference	

* P<0.05

จากตารางที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อวิเคราะห์คร่าวละปัจจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) ได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่ม

แอลกอฮอล์ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ (AF) การใช้ยาแอสไพริน (ASA) การใช้ยา Simvastatin ระดับ Hct Cholesterol Triglyceride HDL Systolic Blood Pressure Diastolic Blood Pressure

ตารางที่ 6 แสดงปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปัจจัย	B	S.E.	wald	Exp(B)	95%CI	p-value
เพศชาย	0.67	0.32	4.26	1.96	1.03-3.71	0.039
การสูบบุหรี่	-2.87	0.95	9.21	1.06	1.09-4.36	0.002
ไม่เคยใช้ยา Simvastatin	0.72	0.32	4.84	2.06	1.08-3.91	0.028
Hct >45%	1.39	0.46	8.96	4.02	1.61-10.01	0.003
Triglyceride >150 mg/dl	1.37	0.37	13.03	3.92	1.87-8.27	0.000
HDL <40 mg/dl	-1.12	0.34	10.91	1.32	1.16-2.63	0.001
DBP >90 mmHg	1.03	0.35	8.76	2.81	1.41-5.56	0.003
ค่าคงที่	-1.89	0.63	8.90			0.003

มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (Nagelkerke $R^2=0.274$, Over percentage correct 85.6%)

จากตารางที่ 6 ปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ได้แก่ เพศชาย การสูบบุหรี่ ไม่เคยใช้ยา ASA Hct $>45\%$ Triglyceride >150 mg/dl HDL <40 mg/dl DBP >90 mmHg

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 17.71% ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น เช่น การศึกษาของเสกสรรค์ จวงจันทร์⁷ พบความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 24.5% วิหวัศศิริยงค์⁸ พบความชุกโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ 8.46% โดยการศึกษาของสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล และคณะ พบว่าความชุกค่อนข้างสูงในกรุงเทพมหานคร ภาคกลาง และภาคใต้ อาจเกิดจากปัจจัยที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มตัวอย่างที่น้อยกว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ความแตกต่างของพื้นที่

ปัจจัยเสี่ยงจากผลการศึกษานี้ พบว่า เพศชาย การสูบบุหรี่ การไม่เคยใช้ยากลุ่ม statin Hct $>45\%$ Triglyceride >150 mg/dl HDL <40 mg/dl DBP >90 mmHg ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายปัจจัยดังกล่าวได้ดังนี้

เพศชาย การสูบบุหรี่ จากการศึกษานี้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าในเพศหญิง 1.96 เท่า โดยเฉพาะการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก การสูบบุหรี่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.06 เท่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดีเท่าเพศหญิง เช่น ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการสูบบุหรี่จะมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การเพิ่มระดับ cholesterol การลดระดับของ high density

lipoprotein เพิ่มการหลั่งของ catecholamine และปริมาณของ carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้สูบบุหรี่มีผลต่อการทำลาย endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ง่าย บุรุษยังเพิ่มโอกาสการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้เกือบสองเท่า เนื่องจากบุรุษจะทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อม ทำให้ปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะไฟบริโนเจนเพิ่มขึ้นทำให้โอกาสเกิดลิ่มเลือดมีมากขึ้น นอกจากนี้สารนิโคตินในบุหรี่ยังมีผลเพิ่มระดับความดันโลหิตและสารคาร์บอนมอนอกไซด์มีผลในการลดจำนวนออกซิเจนในเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มงคล อาตวงศ์, กุลชญา ลอยหา และเด่นดวงดี ศรีสุระ⁹ เพศชาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าเพศหญิง 1.17 เท่า และแตกต่างจากการศึกษาของเจียมจิต แสงสุวรรณ¹⁰ ที่พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกโดยเฉพาะเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรคนอยด์ พบมากในเพศหญิงและมีความแตกต่างกันมากในกลุ่มผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของประเทศแคนาดาพบว่า ในผู้ป่วยเพศชายอายุมากเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การไม่เคยใช้ยากลุ่ม statin เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.06 เท่า Triglyceride >150 mg/dl เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3.92 เท่า HDL <40 mg/dl เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.32 เท่า ซึ่งการใช้ยา Simvastatin เป็นยาที่นำมาใช้ในการลดระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดีและไตรกลีเซอไรด์ในหลอดเลือด ในขณะที่เดียวกันก็จะเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลชนิดดีด้วย จากการศึกษาของหลายสถาบันมีการให้ยาในกลุ่มของ Statin ในผู้ป่วยที่มีระดับคอเลสเตอรอลระหว่าง 200-308 มก./ดล. และ LDL-C 115-174 มก./ดล. สามารถลดอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดได้ร้อยละ 24-35 โดยลด LDL-cholesterol ให้อยู่ต่ำกว่า 100 มก./ดล. นอกจากนี้ยังมีการยืนยันว่าการใช้ Statin ลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 25 ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของประเทศไทยและต่างประเทศ^{11,12} ในการให้ยาลดระดับคอเลสเตอรอลมีประโยชน์และมีข้อบ่งชี้ชัดเจนในการป้องกันการเกิดโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (primary prevention) ในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40-75 ปีที่มีค่า low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) ตั้งแต่ 190 mg/dL ขึ้นไป หรือ ค่าอยู่ระหว่าง 70-190 mg/dL ร่วมกับมีโรคเบาหวานหรือมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ (atherosclerotic cardiovascular disease) ที่ระยะเวลา 10 ปีตั้งแต่ร้อยละ 7.5 ขึ้นไป

ระดับความดันโลหิต DBP >90 mmHg เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.81 เท่า เนื่องจากความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในปัจจุบันอัตราเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในแต่ละราย โดยความดันโลหิตสูงจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดสมองตีบตัน และหลอดเลือดสมองแตกได้ เนื่องจากทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดผนังหลอดเลือด จะหนาและแข็ง (atherosclerosis) และทำให้ Autoregulation ของสมองเปลี่ยนแปลงไป

ด้วย ระดับความดันโลหิตสูง จะส่งผลกระทบต่อหัวใจและหลอดเลือดโดยตรงซึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากความดันโลหิตสูง ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้านการปฏิบัติตัวในเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การลดภาวะเครียด การงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹³⁻¹⁵

ข้อเสนอแนะ

แนวทางการแก้ไขที่เสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้ คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด และการควบคุมระดับไขมันในเลือด ความอ้วน ควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยรณรงค์การปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวัน อาหาร และการออกกำลังกาย การลดการสูบบุหรี่ ทางด้านการรักษา ควรเริ่มใช้ยา Simvastatin ที่ระดับ LDL >130 mg/dl และควบคุมให้อยู่ในระดับ < 100 mg/dl

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Health statistics and health information systems. Available at (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortdata/en/index.html>). Accessed September 26; 2020.
2. กนกศรี สมินทรปัญญา. สาเหตุการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2564; 37(3): 6-14.
3. อาคม อารยวิฆานนท์. โรคหลอดเลือดสมองในเวชปฏิบัติ. โรงพิมพ์ศิริ ธรรมออฟเซต; 2556
4. มัญจมาส มัญจาวงษ์. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. J Thai Stroke Soc. 2019; 18 (1): 59-74.
5. Nilanont Y., Nidhinandana S., Suwanwela NC., Hanchaiphiboolkul S., et al. Quality of Acute Ischemic Stroke Care in Thailand: A Prospective Multicenter Countrywide Cohort Study. J. Stroke Cerebrovasc Dis 2014; 23: 213-219.
6. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. สถิติโรคไม่ติดต่อ 2564-2565. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.
7. เสกสรรค์ จวงจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ.บึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2558, 29(2), 233-239
8. วิทวัส ศิริยงค์. ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2561, 32(1), 836-870.
9. มงคล อาตวงศ์, กุลญา ลอยหา และเด่นดวงดี ศรีสุระ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงในพื้นที่จังหวัดยโสธร. 2564.
https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/sistroke/knowledge_detail.asp?id=5.

- 10.เจียมจิต แสงสุวรรณ. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2552, 4(3), 34-43.
- 11.Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the 72 J Thai Stroke Soc. 18 (1), 2019,231-245.
- 12.American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2021.
- 13.มัญชุมาส มัญจาวงษ์. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. J Thai Stroke Soc. Volume 18 (1), 2019
- 14.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
- 15.Arechokchai D, Vijitsoonthomkul 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.