

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน แผนกอายุรกรรม
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

The factors associated with mortality in patients with cerebrovascular stenosis or
occlusion at the Department of Internal Medicine King Narai Hospital.

(Received: April 25,2025 ; Revised: April 28,2025 ; Accepted: April 29,2025)

ภัทรารณ เวียงทก¹
Pattaraporn wianghok¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุการเสียชีวิต และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2565 กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างตามจำนวน 1:1 ในกลุ่มรอดชีวิต 156 คน กลุ่มเสียชีวิต 156 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ใช้สถิติ Chi square test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม หาปัจจัยใช้ค่าสถิติ binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% CI แสดงอัตราเสี่ยง relative risk (RR)

ผลการวิจัย: ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ในกลุ่มผู้เสียชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 87 คน (55.77%) อายุเฉลี่ย 74.78 ปี มีภาวะแทรกซ้อนจาก Post rtPA Bleeding จำนวน 14 คน (8.97%) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อตำแหน่งพบว่าปอดติดเชื้อพบได้บ่อยที่สุดจำนวน 42 คน (26.92%) รองลงมา ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจำนวน 30 คน (19.23%) จำนวนวันนอนเฉลี่ย 17.34 วัน สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิต จากข้อมูลด้านระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ พบว่า ทั้งกลุ่มเสียชีวิตและกลุ่มไม่เสียชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณโลจิสติก (multiple logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อประเมินด้วย NIHSS มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.79 เท่า การติดเชื้อที่ปอดมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 5.23 เท่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.98 เท่า

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน, การเสียชีวิต

Abstract

This study was retrospective study aimed to investigate the causes of death and factors associated with mortality in patients with ischemic stroke admitted to the Department of Internal Medicine, Phra Narai Maharaj Hospital. The sample group included inpatients diagnosed with ischemic stroke who were admitted to the Internal Medicine Department of Phra Narai Maharaj Hospital between October 1, 2020, and September 30, 2022. A 1:1 ratio sampling method was used, including 156 surviving patients and 156 deceased patients. Data were analyzed using descriptive statistics. The Chi-square test was used to compare data between the groups. Factors associated with mortality were analyzed using binary logistic regression, with a 95% confidence interval (CI), and the relative risk (RR) was presented.

Results: Among the deceased ischemic stroke patients, the majority were male (87 patients, 55.77%) with a mean age of 74.78 years. Post-rtPA bleeding complications were found in 14 patients (8.97%). Infection-related complications showed that pneumonia was the most common (42 patients, 26.92%), followed by urinary tract infections (30 patients, 19.23%). The average length of hospital stay was 17.34 days, which was longer than that of the surviving group. Regarding access time to medical services, no significant differences were observed between the deceased and surviving groups. Multiple logistic regression

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

analysis identified that, compared to other groups, stroke severity assessed using the NIHSS had a 3.79 times higher risk of death. Pneumonia infection increased the risk of death by 5.23 times, and patients with diabetes had a 2.98 times higher risk of mortality.

Keywords: Ischemic stroke, Mortality

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิก เกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่เลี้ยงสมอง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ โรคสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก โดยโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีอุบัติการณ์สูงกว่าหลอดเลือดสมองแตก¹ องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO)² ได้ระบุปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดสูง ประวัติญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การขาดการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายน้อย ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน สูบบุหรี่เป็นประจำ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติและพันธุกรรม มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย³ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มาได้รับการรักษาด้วยอาการผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน แตกต่างกันไปตามตำแหน่งของรอยโรคในสมอง โดยปกติสมองจะมีเลือดมาเลี้ยง 50-55 มิลลิลิตร/เนื้อสมอง 100 กรัม/นาที ถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงต่ำกว่า 12 มิลลิลิตร/เนื้อสมอง 100 กรัม/นาทีเป็นเวลานานอย่างน้อย 2 ชั่วโมงขึ้นไป จะทำให้เนื้อเยื่อสมองขาดเลือด เสี่ยงต่อการตายของเนื้อสมอง แต่มีศักยภาพที่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสภาพเดิมได้ (ischemic penumbra) ถ้าได้รับการฟื้นฟูระบบไหลเวียนภายในสมอง⁴ แต่ถ้าปล่อยให้อาการสมองขาดเลือดรุนแรงมากขึ้น พยาธิสภาพจะขยายวงกว้างขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดเนื้อสมองตายในที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพบความผิดปกติในหลอดเลือดแดงแคโรทิด (carotid arteries) และหลอดเลือด

ที่เลี้ยงสมองส่วนหน้า (anterior circulation) มักมีอาการมองภาพไม่ชัด ของตาด้านเดียวกับรอยโรค แขนขาส่วนตรงข้ามกับรอยโรคมีอาการอ่อนแรง ชา หรือความรู้สึกสัมผัสเปลี่ยนแปลงไป และการสื่อสารโดยการพูดผิดปกติไป ส่วนที่เลือบพบในหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมองส่วนหลัง (posterior circulation) ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนแรงหรือใช้งานไม่ถนัด ชา หรือความรู้สึกสัมผัสเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะ เช่น ใบหน้า แขน ขา ทั้งสองด้านของร่างกาย ร่วมกับมีอาการ เวียนหัว เห็นภาพซ้อน กลืนลำบาก พูดไม่ชัด จับใจความไม่ได้หรือเดินเซ เป็นต้น⁵

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2564 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2564 ทั้งหมด 6.7 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจาก ข้อมูลในปีพ.ศ. 2563 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคปอดอักเสบ โดยผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 23,220 ราย ในปี พ.ศ. 2564 โดยคิดเป็นอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 35.9/100,000 ประชากร⁶ และจากการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความชุกที่สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิงโดยสูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี และยังส่งผลให้เกิดผลกระทบตามมา เช่น เกิดเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและเสียชีวิต⁷

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 536 เตียง รับผู้ป่วยทั้งภายในจังหวัดที่รับผิดชอบ และที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย จากสถิติปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดด้วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองตีบ ตัน ที่แผนกอายุรกรรม จำนวน 538 คน, 559 คน และ 599 คน พบการเสียชีวิต จำนวน 46 คน, 50 คน และ 69 คน คิดเป็นร้อยละ 8.55, 8.94 และ 11.52 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น จากปัญหาการเสียชีวิตดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประชากรในจังหวัดลพบุรี แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการดูแล ดังนั้นการทราบและเข้าใจถึงสาเหตุ รวมทั้งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต จะช่วยให้สามารถป้องกันโรค การดูแลรักษาเมื่อเกิดโรค และการฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 1,696 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2565 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน

3. มีการบันทึกในเวชระเบียนครบถ้วน

กำหนดขนาดตัวอย่าง

โดยใช้สูตรคำนวณ (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2551)

$$n = \frac{X^2 NP(1-P)}{e^2(N-1)+X^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n แทนขนาดตัวอย่าง

$X^2 = 3.84$ คือ ค่าไคสแควร์ (Chi-square

Value) ที่ความเชื่อมั่น 95% กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

N = 1,696 คือ ขนาดประชากร

P = 0.50 คือ สัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจและไม่สนใจ อย่างละครึ่งจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ที่สุด

e = 0.05 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับได้

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 312 คน สุ่ม

แบบเป็นระบบจากฐานข้อมูล HosXp โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์กำหนดให้การสุ่มตัวอย่างตามจำนวน 1:1 ในกลุ่มรอดชีวิต 156 คน กลุ่มเสียชีวิต 156 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว Hct Hb Cholesterol Triglycerides LDL HDL FBS โรคประจำตัว การได้รับ thrombolytic

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านระยะเวลา ประกอบด้วย door-to-general assessment, door-to-CT brain, door-to-CT result, door-to-lab result, door-to-needle time, onset-to-needle time

ส่วนที่ 5 สาเหตุการเสียชีวิต ประกอบด้วย

1. ความรุนแรงของหลอดเลือดสมองจากผลเอกซเรย์ CT brain เช่น สมองบวม มีการกดเบียดเคลื่อนตัวของสมอง 2. โรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน

การหาคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) และความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) ของครอนบาค

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลแบบแจกนับ (categorical data) จะถูกนำเสนอเป็น จำนวน และ ร้อยละ ในขณะที่ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอโดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD) แต่ถ้าการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ (Asymmetrical distribution) จะนำเสนอโดยค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range; IQR) ใช้สถิติ Chi square test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม กำหนดค่านัยสำคัญ (significance) ที่ $p \leq 0.05$ การหาปัจจัยใช้ค่าสถิติ binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% CI แสดงอัตราเสี่ยง relative risk (RR)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่ม

ตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวม และใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ในกลุ่มผู้เสียชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 87 คน (55.77%) อายุเฉลี่ย 74.78 ปี ดัชนีมวลกาย 23.42 kg/m^2 สูบบุหรี่จำนวน 23 คน (14.74%) มีประวัติในครอบครัวเป็น stroke จำนวน 12 คน (7.69%) เป็นโรคเบาหวานจำนวน 34 คน (21.79%) ผลของระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า มีระดับ fasting blood glucose (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) สูงกว่ากลุ่มไม่เสียชีวิต เป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 67 คน (42.95%) มีระดับ systolic blood pressure (SBP) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิต ไขมันในเลือดสูงจำนวน 72 คน (46.15%) มีหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วจำนวน 21 (13.46%) ได้รับยา rtPA จำนวน 120 คน (76.92%) มีคะแนนเฉลี่ย Initial NIHSS ในระดับปานกลาง 10.94 ได้เข้ารับการรักษาใน ICU จำนวน 68 คน (43.59%) stroke unit จำนวน 48 คน (30.76%) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ที่เสียชีวิต มีภาวะแทรกซ้อนจาก Post rtPA Bleeding จำนวน 14 คน (8.97%) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อมีจำนวน 42 คน (26.92%) รองลงมา ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจำนวน 30 คน (19.23%) จำนวนวันนอนเฉลี่ย 17.34 วัน สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิต (ตารางที่ 1)

จากข้อมูลด้านระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการประเมินเบื้องต้นโดยแพทย์ ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับผลอ่านเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจากรังสีแพทย์ ระยะเวลาที่ใช้

ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล จนกระทั่งได้รับผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการครบถ้วน ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล จนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการจนกระทั่งได้รับยา ละลายลิ่มเลือดทั้งกลุ่มเสียชีวิตและกลุ่มไม่เสียชีวิตไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณโลจิสติก (multiple logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อประเมินด้วย NIHSS มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.79 เท่า การติดเชื้ที่ปอดมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 5.23 เท่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.98 เท่า (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน

ข้อมูล	การเสียชีวิต		p-value
	Yes (N=156)	No (N=156)	
เพศชาย	87 (55.77)	64 (41.03)	0.004*
อายุ (mean±SD, ปี)	74.78 ± 29.326	73.24 ± 18.619	0.327
ดัชนีมวลกาย (BMI)	23.42 ± 12.374	23.18 ± 13.096	0.854
สูบบุหรี่	23 (14.74)	18 (11.54)	0.082
ดื่มแอลกอฮอล์	34 (21.79)	38 (24.36)	0.436
มีประวัติในครอบครัวเป็น stroke	12 (7.69)	10 (6.41)	0.062
เบาหวาน	34 (21.79)	28 (17.95)	0.013*
FBS (mean±SD, mg/dl)	198.31 ± 9.241	163.29 ± 6.327	0.001*
HbA1C (mean±SD)	9.83 ± 6.039	7.728± 8.114	0.047*
ความดันโลหิตสูง	67 (42.95)	64 (41.03)	0.396
SBP (mean±SD, mmHg)	169.25 ± 11.361	149.94 ± 9.327	0.007*
DBP (mean±SD, mmHg)	98.67 ± 10.424	90.76 ± 18.325	0.052
ไขมันในเลือดสูง	72 (46.15)	78 (50.00)	0.058
TG (mean±SD, mg/dl)	120.34 ± 28.239	120.12 ± 24.317	0.563
LDL (mean±SD, mg/dl)	116.86 ± 34.218	98.34 ± 23.527	0.020*
หัวใจห้องบนเต้นสั่นพริ้ว	21 (13.46)	23 (14.74)	0.269
ได้รับยา rtPA	120 (76.92)	116 (74.36)	0.738
Admit ICU	68 (43.59)	62 (39.74)	0.182
Admit stroke unit	48 (30.76)	40 (25.64)	0.104
Initial NIHSS	10.94 ± 4.21	7.24 ± 3.76	0.001*
Post rtPA Bleeding	14 (8.97)	12 (7.69)	0.052
Pneumonia	42 (26.92)	24 (15.38)	0.000*
UTI	30 (19.23)	27 (17.31)	0.042*
Sepsis	28 (17.95)	20 (12.82)	0.006*
Bed sore	19 (12.18)	7 (4.48)	0.000*
Length of stay (mean±SD, days)	17.34 ± 29.326	10.28± 18.412	0.002*

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านระยะเวลา

ระยะเวลา	การเสียชีวิต	
	Yes mean±SD	No mean±SD
door-to-general assessment (min)	3.27±2.934	3.18±3.208
door-to-CT brain (min)	16.32±3.628	16.14±2.368
door-to-CT result (min)	36.84±2.081	37.41±2.439
door-to-lab result (min)	60.08±1.249	61.234±2.363
door-to-needle time (min)	50.37±1.107	51.01±2.392
onset-to-needle time (hour)	4.12±3.627	4.03±3.458

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน

Factors	RR ratio (95%CI)	P-value
Initial NIHSS	3.79 (1.394-19.271)	0.001*
pneumonia	5.23 (1.825-42.926)	0.000*
เบาหวาน	2.98 (1.924-17.392)	0.000*
LOS	1.97 (1.053-14.296)	0.000*

* p-value < 0.05 are defined as statistically significant (Nagelkerke R²=0.384, Over percentage correct 73.29%)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ในกลุ่มผู้เสียชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.77 อายุเฉลี่ย 74.78 ปี มีประวัติการสูบบุหรี่ร้อยละ 14.7 มีประวัติในครอบครัวเป็น stroke โรคเบาหวานร้อยละ 21.7 เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 42.95 มีหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วร้อยละ 13.4 ใกล้เคียงกับการศึกษาของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า⁸ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.63 เบาหวาน ร้อยละ 39.06 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 49.16 และหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้ว ร้อยละ 11.78 และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นหลอดเลือดสมองตีบ และขาดเลือดพบโรคร่วมหัวใจห้องบนเต้นสั่นพลิ้วสูงขึ้นถึง 3 เท่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ที่เสียชีวิต มีภาวะแทรกซ้อนจาก Post rtPA Bleeding ร้อยละ 8.97ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อตำแหน่งพบว่าปอดติดเชื้อพบได้บ่อยที่สุดร้อยละ 26.92 รองลงมา ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร้อยละ 19.23 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย และต่างประเทศ เช่น F. Berman

และคณะ⁹ หัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial arrhythmia) เป็นตัวพยากรณ์การเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด โดยมีอัตราการเกิดเลือดออกในสมอง (ICH) ในกลุ่มที่ได้รับยาคือ 4.4%

จากข้อมูลด้านระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ พบว่า ทั้งกลุ่มเสียชีวิตและกลุ่มไม่เสียชีวิต ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ เนื่องจากมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงโรงพยาบาลให้ได้เร็วที่สุดแก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือประชาชนที่มีผู้ใกล้ชิดเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงจะเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาในช่วงระยะหลอดเลือดสมอง และเพิ่มโอกาสในการได้รับการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดสมองด้วยยา rtPA หรือ thrombectomy รวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการระบบช่องทางด่วนให้มีการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางระบบประสาทตลอด 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของพนัญญา ชันติจิตร, ภัทรระ แสนไชยสุริยา และพิมพ์ เทพวัลย์¹⁰ ที่ศึกษาระยะเวลาการมารับการ

รักษาของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง และญาติ ตลอดจนการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบส่งต่อของโรงพยาบาลที่ลดขั้นตอนและระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา

เมื่อปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อประเมินด้วย NIHSS มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.79 เท่า การติดเชื้อมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 5.23 เท่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.98 เท่า แสดงให้เห็นว่าความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อประเมินด้วย NIHSS ซึ่งจะลดความรุนแรงของโรคได้จำเป็นต้องเพิ่มการป้องกันปฐมภูมิเพื่อไม่ให้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคแล้วต้องเข้าถึงการรักษาให้ได้เร็วที่สุดเพื่อเพิ่มโอกาสในการได้รับการรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดด้วยยา rtPA หรือการทำ mechanical thrombectomy ทั้งหมดเพื่อลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองลงและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ในต่างประเทศ ที่พบว่า ผู้ป่วยอายุ ≥ 80 ปีมี

แนวโน้มเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า และกลุ่ม German Stroke Registers Study Group ก็พบว่าอายุที่มากเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตันเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อที่ปอด และมีโรคร่วมเบาหวาน เนื่องจากการเป็นเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดีจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันโดยกำเนิดและแบบจำเพาะเสียหน้าที่การทำงาน ทำให้เม็ดเลือดขาวทำงานผิดปกติ เพิ่มอัตราการติดเชื้อมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้นตามไปด้วย และมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรมีแนวทางลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และการทบทวนการป้องกันการติดเชื้อในการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

ข้อเสนอแนะ

การลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ควรเริ่มตั้งแต่การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น ใน ดังนั้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่ป้องกันได้ เช่น การควบคุมความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. กนกศรี สมินทรปัญญา. สาเหตุการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2564; 37(3): 6-14.
2. 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.
3. อาคม อารยวิฆานนท์. โรคหลอดเลือดสมองในเวชปฏิบัติ. โรงพิมพ์ศิริ ธรรมออฟเซต; 2556
4. มัญญาส มัญจาวัชร์. 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. Joundi RA, Martino R, Saposnik G, Giannakeas V, Fang J, Kapral MK. Predictors and Outcomes of Dysphagia Screening After Acute Ischemic Stroke. Stroke. 2017; 48(4): 900-6
7. Lyden P. Using the national institutes of health stroke scale. Stroke 2017; 48: 513-9.
8. ทยานันท์ อรรถวณิชกุล. สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2567; 40(2): 24-36.

9. Brian T. et.al. Factors Associated With In-Hospital Mortality After Administration of Thrombolysis in Acute Ischemic Stroke Patients. *Stroke* Volume; 37(2): 440-446.
10. พันธ์ญา ขันติจิตร, ภัทระ แสนไชยสุริยา และ พิมพา เทพวัลย์. ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์.