

การศึกษาย้อนหลังความชุกและปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

A retrospective study of the prevalence and risk factors of stroke in patient with transient ischemic attack

บุษกร แก้วเขียว

Budsakorn Kaewkhiew

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail): budsakorn@bcnchainat.ac.th

(Received: May 6, 2025; Revised: August 4, 2025; Accepted: August 14, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยศึกษาย้อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2565 และเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายหลัง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินประวัติโรคร่วม และ 3) แบบประเมินความเสี่ยง ABCD2 Score วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าสูงสุด และต่ำสุด

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 74.28) มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง (67.8%) เบาหวาน (45.2%) ไขมันในเลือดผิดปกติ (39.6%) และหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (3.5%) รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ (26.2%) และการดื่มแอลกอฮอล์ (22.4%) ค่าคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 6 (S.D. = 1.53) โดยมีผู้ที่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูงคิดเป็นร้อยละ 44.55 (95% CI: 41.9–46.2) อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากปี พ.ศ.2561 ถึง 2565 (7.56%, 8.90%, 10.63%, 11.83% และ 12.86% ตามลำดับ)

การวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ตลอดจนการศึกษาปัจจัยเสี่ยงอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว, การศึกษาย้อนหลัง

Abstract

This retrospective study aimed to examine the prevalence and risk factors of stroke among patients with transient ischemic attack (TIA) at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Data were collected from medical records of patients diagnosed with TIA between January 1, 2017, and December 31, 2022, who subsequently developed a stroke. Research instruments consisted of 1) demographic data, 2) the comorbidity assessment form, and 3) the ABCD2 score risk assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, medians, minimums, and maximums.

The results showed that most participants were aged over 60 years (74.28%) and had underlying diseases such as hypertension (67.8%), diabetes mellitus (45.2%), dyslipidemia (39.6%), and atrial fibrillation (3.5%). Risk behaviors included smoking (26.2%) and alcohol consumption (22.4%). The average ABCD2 score was 6.0 (S.D. = 1.53), with 44.55% classified as high risk (95% CI:

41.9–46.2). The incidence of stroke steadily increased from 2018 to 2022 (7.56%, 8.90%, 10.63%, 11.83%, and 12.86%, respectively)

The findings emphasize the importance of continuous surveillance and prevention of stroke among individuals with TIA, as well as the need for further investigation into other related risk factors to enhance future prevention strategies.

Keywords: stroke, transient ischemic attack, retrospective study

บทนำ

ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack : TIA) เป็นภาวะที่ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นชั่วคราวจากการขาดเลือดโดยที่ไม่มีการตายของเนื้อสมอง โดยมีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง พูดไม่ออก เดินเซ เสียการทรงตัว เห็นภาพซ้อน ตาดับมิดข้างใดข้างหนึ่ง หรือ สูญเสียลานสายตาครึ่งซีก มีอาการน้อยกว่า 1 ชั่วโมง และอาการต้องหายสนิท ภายใน 24 ชั่วโมง (Amarenco, 2020) ซึ่งภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเป็นปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันได้ถึงร้อยละ 15-20 (Lioutas et al., 2021) การศึกษาความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว พบว่า เกิดโรคหลอดเลือดสมองภายใน 2 วัน ร้อยละ 2.4, ภายใน 7 วัน ร้อยละ 3.8, ภายใน 30 วัน ร้อยละ 4.1, ภายใน 90 วัน ร้อยละ 20, ภายใน 1 ปี ร้อยละ 23.2 และภายใน 5 ปี ร้อยละ 43.2 (Shahjouei et al, 2021; Mendelson & Prabhakaran, 2021; Mozaffarian et al., 2016)

องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, 2023) คาดการณ์ว่าประชากร 1 ใน 4 ราย ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ร้อยละ 15 จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 90 และจากสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในสหรัฐอเมริกาพบผู้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 795,000 รายต่อปี โดยพบผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 31 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสหรัฐอเมริกา (Aslan & Salt, 2020.) สำหรับทวีปเอเชียมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมากกว่าเชื้อชาติอื่นและเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในเอเชียใต้ เอเชียตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (National Health Service, 2023) ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานสถิติการเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในภาพรวมของประเทศ แต่มีข้อมูลจากเวชระเบียนในโรงพยาบาลศูนย์ของแต่ละภาค รายงานเป็นจำนวนผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2563-2565 ดังนี้ ภาคเหนือ 368, 627 และ 520 รายต่อปี ภาคกลาง 163, 164, และ 187 รายต่อปี ภาคตะวันออก 257, 277, และ 313 รายต่อปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 514, 508, และ 423 รายต่อปี ภาคใต้ 341, 390, และ 371 รายต่อปี และยังพบว่าจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีจำนวนผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเพิ่มขึ้นทุกปีดังนี้ 252, 556, และ 566 รายต่อปี (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จะเห็นได้ว่าภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเกิดได้ทั่วไปในทุกภาคส่วนในประเทศไทยและจำนวนผู้เกิดโรครมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบทุกภาคของประเทศไทย

ปัจจัยการเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมีอยู่ 2 ปัจจัยใหญ่ด้วยกันดังนี้ ปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ คือ อายุ เพศ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัวของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และปัจจัยที่สามารถควบคุมและแก้ไขได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคอ้วน การรับประทานอาหารที่หวาน มัน เค็มมาก การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการใช้แอลกอฮอล์มากเกินไป (Khare, 2016; ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร และอรเพ็ญ สุขะวัลลิ, 2563) ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเป็นความเสี่ยงสูงสุดและเป็นตัวทำนายที่ชัดเจนของโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตที่สามารถป้องกันได้ ผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวจึงได้รับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Amin et al, 2023) โดยเครื่องมือ ABCD2 ประเมินอายุ ความดันโลหิต โรคเบาหวาน อาการ ระยะเวลาที่มีอาการ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อจำแนกติดตามระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (สินีนานู นาคศรี และคณะ, 2565) ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำให้ผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวพัฒนาไปเป็น

โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยหลักที่เร่งให้เกิดอาการอุดตันในหลอดเลือด โรคเบาหวานจะทำให้หลอดเลือดเสื่อมสภาพ ไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดคราบสะสมในหลอดเลือด หัวใจห้องบนสั่นพลิ้วทำให้เกิดลิ่มเลือดที่เคลื่อนไปยังสมอง และการสูบบุหรี่ (AHA, 2021)

ดังนั้น หากปล่อยให้ผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเกิดเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ได้รับผลกระทบในด้านร่างกายทำให้มีความพิการ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือถึงขั้นเสียชีวิต ผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจ รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต อยู่ในภาวะกดดัน เกิดความเครียดวิตกกังวล และอาจแปรสภาพเป็นความก้าวร้าว บางคนอาจมีภาวะซึมเศร้า หมดหวังในชีวิตจนถึงการคิดฆ่าตัวตาย (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561; นางพิมล นิमितานันท์ และคณะ, 2562)

การดูแลรักษาพยาบาลผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว คือการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (American Heart Association/American Stroke Association [AHA/ASA], 2021) ซึ่งปัจจุบันมีวิธีการป้องกันโดยใช้แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ของสมาคมหลอดเลือดสมองของอเมริกา (AHA/ASA, 2021) และ แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2558) มีแนวในการปฏิบัติ ดังนี้ การให้ยาต้านเกร็ดเลือดผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวทุกรายถ้าไม่มีข้อห้ามอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (Verheugt & Granger, 2015) ร่วมกับการควบคุมโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือด โรคหัวใจ และหลอดเลือด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การไม่ออกกำลังกาย (วิราวรรณ จันทมูล และคณะ, 2564; AHA/ASA, 2021; สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย, 2558) แต่อย่างไรก็ตามการดูแลรักษาพยาบาลดังกล่าวยังพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวสูงขึ้น ดังรายงานสถิติการเกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในภาพรวมของประเทศข้างต้น

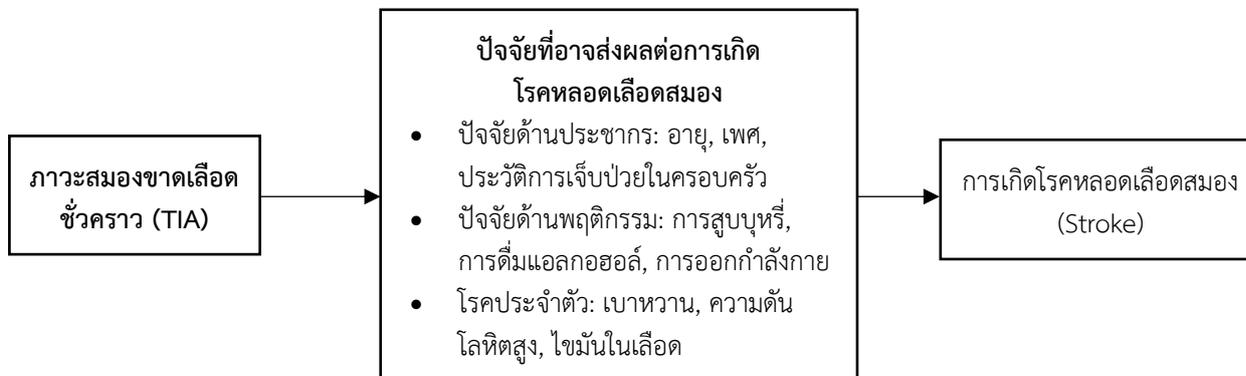
จากการค้นคว้าในประเทศไทยยังไม่พบผู้ศึกษาสถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว พบเพียงการศึกษาที่กล่าวไว้ว่าผู้หญิงและผู้ชายมีความเสี่ยงที่แตกต่างกันทั้งระดับความเสี่ยงจำนวนและชนิดปัจจัยเสี่ยง (จุ สุวรรณโณ และ จอม สุวรรณโณ, 2560) ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตที่สามารถป้องกันได้ เนื่องจากมีอาการเตือนเกิดขึ้นก่อนที่จะเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการดูแลกลุ่มผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ตามระยะเวลาที่ทำให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางในการจัดการได้ทันเวลากับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ อายุ ความดันโลหิตสูง อาการ ระยะเวลา เบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

เพื่อให้การศึกษารังนี้มีทิศทางที่ชัดเจนและครอบคลุมประเด็นสำคัญ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ดังแสดงในภาพต่อไปนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตของงานวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) ความชุกและปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและได้รับการวินิจฉัยมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ได้รับการลงรหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision รหัส G459 (ICD10 code G459) ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2565 และเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

ผู้ศึกษาทบทวนข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) จากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและรับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับการลงรหัสโรค ICD10 code G459 และได้รับวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีการลงรหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision รหัส I60 – I69 (ICD10 code I60 – I69)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและได้รับการวินิจฉัยมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ได้รับการลงรหัสโรค ICD10 code G459 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2565 และเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภายในระยะเวลา 2 วัน 7 วัน 90 วัน 1 ปี และ 5 ปี เนื่องจากพบผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมากที่สุดในระยะเวลา 5 ปี โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง พูดไม่ออก เดินเซ เสียการทรงตัว เห็นภาพซ้อน ตาดับมิดข้างใดข้างหนึ่ง หรือสูญเสียลานสายตาครึ่งซีก มีอาการน้อยกว่า 1 ชั่วโมง และอาการต้องหายสนิทภายใน 24 ชั่วโมง ได้รับการวินิจฉัย มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวได้รับการลงรหัสโรค ICD10 code G459 และเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการลงรหัสโรค ICD10 code I60 – I69

2. เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายในระยะเวลา 2 วัน 7 วัน 90 วัน 1 ปี และ 5 ปี หลังจากมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการและ/หรืออาการแสดงที่ไม่ตรงกับเกณฑ์การวินิจฉัย
2. ผู้ป่วยที่มีบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วน เช่น ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย อายุ ความดัน อาการ ระยะเวลา เบาหวาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด โดยมีเนื้อหาครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว โรคร่วมที่เกี่ยวข้อง และการประเมินความเสี่ยง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหาและประเด็นคำถาม จากนั้นจึงจัดทำเครื่องมือฉบับร่าง

2. ลักษณะของเครื่องมือ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

- 2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ วันแรกเข้าของการได้รับวินิจฉัยมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และอาการของการมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว วันที่ถูกวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อาการเมื่อได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

- 2.2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน และประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์

- 2.3 ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ดำเนินการโดยใช้แบบประเมินคะแนน ABCD2 Score (Amarenco et al., 2018) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับทางคลินิก ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) อายุ (Age) ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ได้ 0 คะแนน และผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้ 1 คะแนน 2) ความดันโลหิต (Blood Pressure) หากความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้ 0 คะแนน และหากมีความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ได้ 1 คะแนน 3) อาการแสดงทางคลินิก (Clinical Features) ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีแขนขาอ่อนแรงและไม่มีอาการผิดปกติในการพูด ได้ 0 คะแนน, หากมีอาการผิดปกติในการพูดโดยไม่มีแขนขาอ่อนแรง ได้ 1 คะแนน และหากมีอาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ได้ 2 คะแนน 4) ระยะเวลาของอาการ (Symptom Duration) หากอาการมีระยะเวลาน้อยกว่า 10 นาที ได้ 0 คะแนน, หากเป็นเวลา 10-59 นาที ได้ 1 คะแนน และหากอาการนานตั้งแต่ 60 นาทีขึ้นไป ได้ 2 คะแนน และ 5) การมีเบาหวาน (Diabetes) ผู้ที่ไม่มีเบาหวาน ได้ 0 คะแนน และผู้ที่เป็นเบาหวาน ได้ 1 คะแนน เมื่อนำคะแนนจากทั้ง 5 องค์ประกอบมารวมกัน จะได้คะแนนรวมตั้งแต่ 0-7 คะแนน ซึ่งสามารถแบ่งระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้เป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-3 หมายถึงความเสี่ยงต่ำ คะแนน 4-5 หมายถึงความเสี่ยงปานกลาง คะแนน 6-7 หมายถึงความเสี่ยงสูง

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือฉบับร่างเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านระบบประสาท เพื่อประเมินความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงจนได้เครื่องมือฉบับสมบูรณ์

2. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการทดลองใช้เครื่องมือ (Try-out) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อประเมินค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าดังนี้ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติโรคร่วม: ค่าความเชื่อมั่น = 0.78 ส่วนที่ 3 การประเมินความเสี่ยงในผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว: ค่าความเชื่อมั่น = 0.85 โดยรวมแล้ว เครื่องมือทั้งหมดมี ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นและสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงได้อย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานฝ่ายเวชระเบียนของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อขอความช่วยเหลือในการขอข้อมูลเพิ่มจากเวชระเบียน
3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ทำการบันทึกตามแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ วันแรกที่เข้ารับบริการ วันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการแรกขณะวินิจฉัย โดยใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) ในการหาความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้สูตรความชุก (Prevalence) คือ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาศึกษาหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมดที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในช่วงเวลาเดียวกัน แล้วคูณด้วย 100 เพื่อแสดงผลเป็นร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงจากแบบประเมินคะแนน ABCD2 Score พิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ แบ่งตามระดับความเสี่ยง แบ่งระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้เป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-3 ความเสี่ยงต่ำ คะแนน 4-5 เสี่ยงปานกลาง คะแนน 6-7 ความเสี่ยงสูง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (Institution Review Board [IRB]) เลขที่ 108/2566 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ.2567 การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภายใต้ชุดข้อมูลทุติยภูมิ โดยมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่มี การระบุรายชื่อหรือข้อมูลอื่นใดที่อาจเชื่อมโยงไปสู่ ข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย อันทำให้เกิดความเสียหาย และผิดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้ การจัดเก็บและการเข้าถึงข้อมูลดำเนินการภายใต้มาตรฐานด้านจริยธรรมและความปลอดภัยของข้อมูลอย่างเคร่งครัด โดยข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาในระบบที่มีการป้องกันการเข้าถึง และใช้เฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยที่เผยแพร่ในบทความฉบับนี้เป็นข้อมูลเชิงภาพรวมในระดับกลุ่ม มิได้ระบุข้อมูลเฉพาะรายบุคคลแต่อย่างใด เพื่อคงไว้ซึ่งจริยธรรมวิชาชีพพยาบาลและหลักคุณธรรมพื้นฐานในการทำวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวในปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ.2565 จำนวน 413 ราย, 463 ราย, 556ราย, 525 ราย, และ 566 ราย ตามลำดับ รวมทั้งสิ้นเท่ากับ 2,523 ราย เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.6) มีอายุเฉลี่ย 59 ปี (S.D. = 14.16) เพศหญิง (ร้อยละ 48.4) มีอายุเฉลี่ย 60 ปี (S.D. = 15.3) ส่วนมากมีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 51.8) พบมีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.8 โรคเบาหวานร้อยละ 45.2 ความผิดปกติของไขมันในเลือดร้อยละ 39.6 และโรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ร้อยละ 3.5 นอกจากนั้นยังพบมีพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ ร้อยละ 26.2 และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22.4 เมื่อศึกษาความชุกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว พบ ร้อยละ 7.56, ร้อยละ 8.90, 10.63, 11.83 และ 12.86 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จำแนกตามระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้การประเมินค่าคะแนน ABCD2 Score (n= 2,523) พบว่า ความเสี่ยงสูง และความเสี่ยงปานกลาง พบในผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.28 และ 65.74 ตามลำดับ) ในขณะที่ความเสี่ยงต่ำพบในผู้ที่อายุน้อยกว่า 60 ปีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.69) ส่วนความดันโลหิต

ผลการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงสูง พบมากในผู้ที่มีความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ขึ้นไป (ร้อยละ 64.77) ในขณะที่ความเสี่ยงต่ำและความเสี่ยงปานกลาง พบในผู้ที่มีความดันน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.22 และ 56.07 ตามลำดับ) อาการ ผลการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงสูง พบมากในผู้ที่มีอาการปวดผิดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง (ร้อยละ 52.40) ในขณะที่ความเสี่ยงต่ำ และความเสี่ยงปานกลาง พบว่ามีอาการปวดได้ปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.21 และ 66.06 ตามลำดับ) ระยะเวลาผลการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงสูง พบมากที่ระยะเวลาในการเกิดตั้งแต่ 60 นาทีขึ้นไป (ร้อยละ 53.74) ในขณะที่ความเสี่ยงต่ำ และความเสี่ยงปานกลาง พบระยะเวลาในการเกิดอยู่ที่ 10 นาที ถึง 59 นาที เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.48 และ 38.35 ตามลำดับ) การเป็นเบาหวานผลการศึกษาพบว่า ความเสี่ยงสูง และความเสี่ยงปานกลางส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน (ร้อยละ 55.78 และ 67.99 ตามลำดับ) ในขณะที่ความเสี่ยงต่ำพบว่าไม่เป็นเบาหวาน (ร้อยละ 67.52) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การแสดงปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามระดับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n= 2,523)

ปัจจัย	ระดับความเสี่ยง N(%)		
	ความเสี่ยงต่ำ (N=468)	ความเสี่ยงปานกลาง (N=931)	ความเสี่ยงสูง (N=1124)
อายุ			
< 60 ปี	270(57.69)	319(34.26)	289(25.72)
≥ 60 ปี	198(42.31)	612(65.74)	835(74.28)
ความดันโลหิต			
ค่าปกติ	338(72.22)	522(56.07)	396(35.23)
≥ 140/90 mmHg.	130(27.78)	409(43.93)	728(64.77)
อาการ			
ปวดได้ปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง	352(75.21)	615(66.06)	311(27.67)
ปวดผิดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง	116(24.79)	208(22.34)	589(52.40)
แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก	0	108(11.60)	224(19.93)
ระยะเวลา			
น้อยกว่า 10 นาที	95(20.30)	106(11.38)	115(10.23)
10-59 นาที	255(54.48)	357(38.35)	405(36.03)
≥ 60 นาที	118(25.22)	468(50.27)	604(53.74)
เบาหวาน			
ไม่เป็นเบาหวาน	316(67.52)	298(32.01)	497(44.22)
เป็นเบาหวาน	152(32.48)	633(67.99)	627(55.78)

คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยเท่ากับ 6 (S.D.=1.53 คะแนน) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ระดับสูง (ร้อยละ 44.55; 95%CI; 41.9-46.2) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว โดยใช้การประเมินค่าคะแนน ABCD2 Score (N = 2,523)

คะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
ระดับคะแนนความเสี่ยง			
คะแนน ABCD2 0-3 (ความเสี่ยงต่ำ)	468	18.55	17.2-20.8
คะแนน ABCD2 4-5 (ความเสี่ยงปานกลาง)	931	36.90	34.1-38.7
คะแนน ABCD2 6-7 (ความเสี่ยงสูง)	1124	44.55	41.9-46.2
Mean \pm S.D. (Min: Max) 6 \pm 1.53 (3 : 7)			

หมายเหตุ : ABCD2 Score ; age, blood pressure, clinical feature, symptom Duration, diabetes

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยร้อยละ 74.28 ของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความเสี่ยงสูง เมื่อพิจารณาตามปัจจัยการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุ 60 ปี ขึ้นไป ค่าความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ขึ้นไป อาการปวดผิดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ระยะเวลาในการเกิดอาการ 60 นาทีขึ้นไป และเป็นเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ชัดเจนที่สุด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Khare, 2016; ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร และ อรเพ็ญ สุขะวัลลิ, 2563 ที่กล่าวไว้ว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในระบบหัวใจและหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดแข็งและมีความยืดหยุ่นลดลง หลอดเลือดขยายตัวได้น้อย ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้างเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมอง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Juli et al. (2022) ที่บอกกว่าอายุเป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว โดยความเสี่ยงในผู้สูงอายุจะมีค่ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า

ด้านความดันโลหิตสูง การเกิดความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะเร่งการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้างมีการทำลายของผนังหลอดเลือดชั้นเอนโดทีเลียมทำให้มีการรวมตัวของเกร็ดเลือด และกระตุ้นการทำงานของสารที่ทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือด ส่งผลให้เกิดการแข็งตัวของลิ่มเลือดเกิดภาวะ Thrombosis (AHA/ASA, 2021; Panuganti et al., 2023) เกิดการหลุดลอยจากหัวใจ ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดในหลอดเลือดบริเวณนั้น หรือเกิดจากหลอดเลือดที่ตีบตัน ซึ่งการขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียหายของเซลล์สมอง ทำให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Wong et al., 2023) จากผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงร้อยละ 43.93 ที่มีค่าความดันโลหิต \geq 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งข้อมูลนี้มีความสอดคล้องกับ การศึกษาของ Biel, Keeley, และ Todd (2025) พบว่าผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ที่มีประวัติความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในช่วง 90 วันแรกหลังออกจากโรงพยาบาลโดยมีหลักฐานสนับสนุนว่า ความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายหลังจากมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว

ด้านอาการของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว จะพบว่ามีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ อาการชาหรืออ่อนแรงอย่างกะทันหันของใบหน้า แขน หรือขา โดยเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย เกิดความสับสนอย่างฉับพลัน มีปัญหาในการพูดหรือทำความเข้าใจ มีปัญหาด้านการมองเห็นไม่ชัดเจนอย่างกะทันหัน ที่ตาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง การเดินลำบากแบบกะทันหัน เสียการทรงตัว เวียนศีรษะ (Subramanian et al., 2020) ซึ่งในผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 25.40 มีอาการปวดผิดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wolters และคณะ (2024) พบว่า อาการสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว คือ อ่อนแรงแขนและพูดไม่ชัด โดยพบว่า ร้อยละ 62.2 ของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมีอาการลักษณะนี้ และหากรวมการมองเห็นผิดปกติ และเวียนศีรษะ จะเพิ่มความไวในการวินิจฉัยจาก ร้อยละ 66 เป็นร้อยละ 86

ด้านระยะเวลาในการเกิดอาการของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ผู้ที่เป็นจะมีอาการน้อยกว่า 1 ชั่วโมง และอาการหายสนิท ภายใน 24 ชั่วโมง หลังมีอาการ (Amarenco, 2020) ในผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 53.74 พบมีระยะเวลาในการเกิดอาการ ≥ 60 นาที มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Amarenco et al. (2018) รายงานว่า 60% ของผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว มีอาการหายภายใน 1 ชั่วโมง และมากกว่า 70% หายภายใน 2 ชั่วโมง ขณะที่ประมาณ 14% ของผู้ป่วยมีอาการนานเกิน 6 ชั่วโมง

ด้านโรคเบาหวานในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่สามารถนำพลังงานจากอาหารที่รับประทานเข้าไปใช้ได้หมด เกิดการสะสมไว้ในหลอดเลือดแดงส่งผลให้เกิดความแข็งกระด้างของหลอดเลือดแดง ทำให้อัตราการไหลเวียนเลือดในสมองที่จะไปเลี้ยงร่างกายลดลงทำให้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (AHA/ASA, 2021; Panuganti et al., 2023; Khare, 2016.) ผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 55.78 เป็นโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Pan, Chen และ Wang (2019) ผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายใน 90 วันสูงถึง 15.8% เมื่อเทียบกับ 6.9% ในผู้ที่ไม่ได้มีเบาหวาน โดยมีค่าสัมพัทธ์ความเสี่ยง เท่ากับ 2.38 นอกจากนี้ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติแม้ยังไม่ถึงเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวาน ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยผู้ที่มีภาวะน้ำตาลผิดปกติมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.57 เทียบกับผู้ที่มิระดับน้ำตาลปกติ (Wang et al., 2016)

จากการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวโดยใช้เครื่องมือ ABCD2 score พบว่าผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่ อายุมากกว่า 60 ปี มีความดันโลหิตสูง มีอาการพูดผิดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง อาการที่เกิดขึ้นมีระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที มีโรคเบาหวาน ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาย้อนหลัง 5 ปี พบผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 7.56, ร้อยละ 8.90, 10.63, 11.83 และ 12.86 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามไม่สามารถอภิปรายผลการศึกษารั้งนี้เปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ผ่านมาเนื่องจากประเด็นนี้ไม่เคยมีการศึกษามาก่อนในประเทศไทย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาลเชิงคลินิก พยาบาลสามารถนำผลการศึกษามาใช้ในการประเมินความเสี่ยงของผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการคัดกรอง การวางแผนการดูแล และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต รวมทั้งสามารถออกแบบแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคลตามปัจจัยเสี่ยงที่ตรวจพบในผู้ป่วยแต่ละราย

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พยาบาลวิชาชีพสามารถนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปใช้พัฒนาโครงการให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน โดยเน้นการตระหนักรู้ถึงอาการเตือนของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3. ด้านการวิจัยและการศึกษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยเชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป เช่น การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลที่พัฒนาโดยพยาบาล หรือการวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามจากทีมพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการยกระดับมาตรฐานวิชาชีพและการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในอนาคตควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้สามารถประเมินระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยได้แม่นยำยิ่งขึ้น และช่วยในการวางแผนการป้องกันหรือรักษาที่เหมาะสม ลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง

2. การวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจากสถานบริการสุขภาพเพียงแห่งเดียว เพื่อให้มีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างในบริบทที่แตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาเพิ่มจากหลายสถานบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561* [Public Health Statistics A.D. 2018]. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สืบค้นจาก <https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว [เอกสารอัดสำเนา].
- จุก สุวรรณโณ และจอม สุวรรณโณ. (2560). การเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงจำนวนและชนิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราวในเพศหญิงและชาย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 23(2), 160-177.
- นงพิมพ์ นิมิตอนันท์, ศศิธร รุจนเวช, และจุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล. (2562). รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองตามมิติวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ไทยทรงดำ: กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(2), 80-92.
- วิราวรรณ จันทมูล, อภรณ์ ดินาน และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(2), 14-27.
- ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร และอรเพ็ญ สุขะวัลลิ. (2563). ชนิด จำนวนโรคร่วม และโรคร่วมหลายชนิดที่พบในผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวแต่ละกลุ่มวัย และในกลุ่มวัยสูงอายุ เทียบกับกลุ่มวัยผู้ใหญ่. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(2), 79-95.
- สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (clinical nursing practice guideline for stroke)*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สินีนานา นาคศรี, อรเพ็ญ สุขะวัลลิ, จุก สุวรรณโณ, จอม สุวรรณโณ และชิตชนนด มยุรภักดิ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนน และระดับความเสี่ยงจำแนกจากคะแนน ABCD2 กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชั่วคราว : การติดตามระยะยาว 12 เดือน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย*, 5(2), 74-84.
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockcroft, K. M., Gutierrez, J., Lombardi-Hill, D., Kamel, H., Kernan, W. N., Kittner, S. J., Leira, E. C., Lennon, O., Meschia, J. F., Nguyen, T. N., Pollak, P. M., Santangelo, P., Sharrief, A. Z., Smith Jr, S. C., Turan, T. N., & Williams, L. S. (2021). 2021 guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52, e364-e467. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375>
- Amarenco, P. (2020). Transient ischemic attack. *The New England Journal of Medicine*, 382(20), 1933-1941. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1908837>

- Amarenco, P., Lavallée, P. C., Tavares, L. M., Labreuche, J., Albers, G. W., Abboud, H., Anticoli, S., Audebert, H., Bornstein, N. M., Caplan, L. R., Correia, M., Donnan, G. A., Ferro, J. M., Gongora-Rivera, F., Heide, W., Hennerici, M. G., Kelly, P. J., Král, M., Lin, H.-F., ... Wong, L. K. S., & the TIARegistry.org Investigators. (2018). Five-year risk of stroke after transient ischaemic attack or minor ischaemic stroke. *The New England Journal of Medicine*, *378*(23), 2182–2190. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1802712>
- Amin, H. P., Madsen, T. E., Bravata, D. M., Wira, C. R., Johnston, S. C., Ashcraft, S., Burrus, T. M., Panagos, P. D., Wintermark, & M., Esenwa, C. (2023). Diagnosis, workup, risk reduction of transient ischemic attack in the emergency department setting: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, *54*(3), 109–121. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000418>
- Aslan, I. K., & Salt, I. (2020). Clinical progress and prognosis in TIA: Experiences of a Specialised Neurology Hospital. *Acta Medica*, *53*(4), 342–349. <https://doi.org/10.32552/2022.ActaMedica.752>
- Biel, A., Keeley, J., & Todd, B. (2025). Stroke risk associated with lowering elevated blood pressure in patients with transient ischemic attack. *Cureus*, *17*(2), e78736. <https://doi.org/10.7759/cureus.78736>
- Juli, C., Heryaman, H., Arnengsih, A., Ang, E.-T., Defi, I. R., Gamayani, U., & Atik, N. (2022). The number of risk factors increases the recurrence events in ischemic stroke. *European Journal of Medical Research*, *27*(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s40001-022-00768-y>
- Khare, S. (2016). Risk factors of transient ischemic attack: An overview. *Journal of Midlife Health*, *7*(1), 2–7. <https://doi.org/10.4103/0976-7800.179166>
- Lioutas, V. A., Ivan, C. S., Himali, J. J., Aparicio, H. J., Leveille, T., Romero, J. R., Beiser, A. S., & Seshadri, S. (2021). Incidence of transient ischemic attack and association with long-term risk of stroke. *JAMA*, *325*(4), 373–381. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.25071>
- Mendelson, S. J., & Prabhakaran, S. (2021). Diagnosis and management of transient ischemic attack and acute ischemic stroke: A review. *JAMA*, *325*(11), 1088–1098. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26867>
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., Das, S. R., de Ferranti, S., Després, J. P., Fullerton, H. J., Howard, V. J., Huffman, M. D., Isasi, C. R., Jiménez, M. C., Judd, S. E., Kissela, B. M., Lichtman, J. H., Lisabeth, L. D., Liu, S., Mackey, R. H., Magid, D. J., McGuire, D. K., Mohler, E. R. 3rd, Moy, C. S., Muntner, P., Reeves, M. J., Rodriguez, C. J., Rosamond, W., Sorlie, P. D., Stein, J., Towfighi, A., Turan, T. N., Virani, S. S., Woo, D., Yeh, R. W., & Turner, M. B.; American Heart Association Statistics Committee; Stroke Statistics Subcommittee. (2016). Executive summary: Heart disease and stroke statistics—2016 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, *133*(4), 447–454. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000366>
- National Health Service. (2023). *Transient Ischaemic Attack (TIA)*. <https://www.nhsinform.scot/illnesses-and-conditions/brain-nerves-and-spinal-cord/transient-ischaemic-attack-tia/>
- Panuganti, K. K., Tadi, P., & Lui, F. (2023). *Transient Ischemic Attack*. StatPearls Publishing.

- Pan, Y., Chen, W., & Wang, Y. (2019). Prediabetes and outcome of ischemic stroke or transient ischemic attack: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(3), 683–692. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.11.008>
- Shahjouei, S., Sadighi, A., Chaudhary, D., Li, J., Abedi, V., Holland, N., Phipps, M., & Zand, R. (2021). A 5-decade analysis of incidence trends of ischemic stroke after transient ischemic attack: A systematic review and meta-analysis. *JAMA neurology*, 78(1), 77–87. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.3627>
- Subramanian, S. K., Baniña, M. C., Sambasivan, K., Haentjens, K., Finestone, H. M., Sveistrup, H., & Levin, M. F. (2020). Motor-equivalent intersegmental coordination is impaired in chronic stroke. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 34(3), 210–221. <https://doi.org/10.1177/1545968319899912>
- Verheugt, F. W., & Granger, C. B. (2015). Oral anticoagulants for stroke prevention in atrial fibrillation: Current status, special situations, and unmet needs. *The Lancet*, 386(9990), 303–310. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60245-8)
- Wang, C., Redgrave, J., Shafizadeh, M., Majid, A., Kilner, K., & Ali, A. N. (2019). Aerobic exercise interventions reduce blood pressure in patients after stroke or transient ischaemic attack: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 53(24), 1515–1525. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098903>
- Wang, Y., Zhao, X., Lin, J., et al. (2016). Association between cyp2c19 loss-of-function allele status and efficacy of clopidogrel for risk reduction among patients with minor stroke or transient ischemic attack. *JAMA*, 316(1), 70–78–691. <https://doi:10.1001/jama.2016.8662>
- Claus, J. J., Berghout, B. B. P., Box, C. V. J., Licher, S., Roozenbeek, B., Ikram, M. K., & Wolters, F. J. (2024). Characterizing TIA and stroke symptomatology in a population-based study: implications for and diagnostic value of FAST-based public education. *BMC Public Health*, 24(1), 3512. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20960-5>
- Wong, C., Cheers, M. S., McGraw, M. A., King, L., & Cerejo, R. (2023). Ischemic stroke and transient ischemic attack. In T. P. Campbell & K. M. Kelly (Eds.), *Handbook of emergency neurology* (pp. 137–172). Cambridge University.
- World Stroke Organization. (2023). *The 2023 World Stroke Day Campaign Is Now Live*. <http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2023/>