

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความเสี่ยงความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้าหนังสือเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ประเภท
 - 1.3 อาการและอาการแสดง
 - 1.4 การป้องกัน
 - 1.5 การตรวจวินิจฉัย
 - 1.6 การรักษา
 - 1.7 ภาวะแทรกซ้อน
2. ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.1 ความรู้ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.2 ความรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง
3. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.1 แบบประเมิน Stroke Risk Scorecard
 - 3.2 แบบประเมิน Stroke Risk Take Test
 - 3.3 การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (Pre - DM, Pre - HT) และผู้ที่มีภาวะอ้วน
 - 3.4 การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ตารางสี (Color Chart)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 4.2 งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หรือที่นิยมเรียกกันว่า Stroke นั้น เป็นศัพท์ภาษาชาวบ้านที่พูดติดปากทั่วไปในชาวตะวันตก ซึ่งในทางการแพทย์เดิมเรียกโรคนี้ว่า cerebrovascular accident (CVA) แต่ในปัจจุบันเห็นว่าชื่อดังกล่าวไม่เหมาะสมเพราะอาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด คิดว่าเป็นโรคทางด้านอุบัติเหตุ จึงเรียกชื่อใหม่ว่า cerebrovascular disease (CVD) คนไทยนิยมเรียกโรคนี้ว่า “โรคอัมพาต” แต่ถ้าผู้ป่วยรายใดมีอาการเพียงชั่วคราวหรืออาการไม่รุนแรงมักจะเรียกว่า “โรคอัมพฤกษ์” (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1. ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดนิยามของ Stroke ไว้ว่า “rapidly developed clinical signs of focal (global) disturbance of cerebral function lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other than a vascular origin” (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมองเป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมง หรือทำให้เสียชีวิต ดังนั้นจะเห็นว่าคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกไม่ได้ครอบคลุมภาวะ transient ischemic attack (TIA) ซึ่งอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550)

สถาบันโรคทางระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Neurological Disorder and Stroke: NINDS) ได้ให้คำจำกัดความของ cerebrovascular disease (CVD) ว่าเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อเนื้อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงหรือมีเลือดออก ไม่ว่าจะมียาธิสภาพที่หลอดเลือดเส้นเดียวหรือมากกว่า โดยอาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นอย่างถาวรก็ได้ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550)

โดยสรุปโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease: CVD) หรือ โรคอัมพฤกษ์อัมพาต จึงหมายถึงโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง จนส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย หรือตายลงในที่สุด ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน และหากอาการและอาการแสดงเกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง เรียกว่าภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) แต่ถ้ามากกว่า 24 ชั่วโมง เรียกว่าโรคหลอดเลือดสมอง

2. ประเภทโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease : CVD) แบ่งได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

2.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) หรือที่เรียกว่าภาวะสมองตีบหรืออุดตันพบประมาณร้อยละ 70 - 80 เกิดจากหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงสมองมีการตีบตัน จึงทำให้เนื้อสมองถูกทำลายหรือตายลง (สมบัติ มุ่งทวีพงษา และคณะ, 2556) ซึ่งสาเหตุสำคัญเกิดจาก

(1) ความผิดปกติของตัวหลอดเลือดเอง หรือที่เรียกว่าหลอดเลือดตีบแข็งจากภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุราจัด ร่วมกับการเสื่อมตามวัย

(2) การมีลิ่มเลือดลอยไปอุดตันที่หลอดเลือดในสมอง เช่นลิ่มเลือดจากการมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือโรคของลิ้นหัวใจพิการ ลิ่มเลือดหรือก้อนไขมันจากหลอดเลือดแดงใหญ่ที่บริเวณคอตีบ

(3) ภาวะที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เช่น เลือดแข็งตัวง่ายกว่าปกติ หรือเลือดชั้นเกินไป ก็สามารถทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้

2.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhage stroke) หรือที่เรียกว่าภาวะหลอดเลือดสมองแตก พบประมาณร้อยละ 20-30 ส่งผลให้มีเลือดออกรอบๆเนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองถูกทำลายหรือตายในที่สุด (สมบัติ มุ่งทวีพงษา และคณะ, 2556) สำหรับสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตกนั้น อรุณี ศิริกังวาลกุล (2554) ได้สรุปไว้ 5 ประการดังนี้

(1) เกิดจากมีเลือดออกในเนื้อสมอง (intracerebral hemorrhage) จากผนังเส้นเลือดเสื่อมสภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนานๆหรือควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี

(2) จากเลือดออกในเนื้อสมองจากการที่เส้นเลือดมีสารอมัลลอยด์สะสม (amyloidangiopathy) และทำให้เส้นเลือดแตกมักมีอาการสมองเสื่อมร่วมด้วยมักพบในผู้สูงอายุแต่พบได้ไม่บ่อยนัก

(3) การแตกของเส้นเลือดโป่งพอง (ruptured aneurysm) ในช่องที่อยู่ของน้ำไขสันหลัง (subarachnoid hemorrhage) ผู้ป่วยมักมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

(4) เส้นเลือดดำและแดงต่อกันผิดปกติ (arteriovenous malformation) ทำให้มีเลือดออกทั้งในเนื้อสมองและในช่องที่อยู่ของน้ำไขสันหลัง (subarachnoidhemorrhage) มักพบในผู้ที่อายุน้อยไม่ทราบสาเหตุ

(5) เกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมองทำให้มีเลือดออกมากั่งและทำลายเนื้อสมองในบริเวณนั้นนอกจากนี้อาจกดเบียดสมองส่วนที่อยู่ใกล้เคียงทำให้สมองส่วนนั้นทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติเกิดอาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต

3. อาการโรคหลอดเลือดสมอง

อาการโรคหลอดเลือดสมองมีหลายแบบขึ้นอยู่กับว่าสมองส่วนใดเสียหายทำงานไป อาการโดยทั่วไปมักพบได้ดังนี้ (นิตยา พันธุเวช และธิดารัตน์ อภิญา, 2555)

- 3.1 ปวดศีรษะ เป็นอาการที่พบบ่อยยกเว้นในกรณีที่มีก้อนเลือดมีขนาดเล็ก
- 3.2 อาเจียน พบประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย โดยมีสาเหตุจากความดันภายในกะโหลกศีรษะสูง
- 3.3 ระดับความรู้สึกตัว/ การรับรู้เปลี่ยนแปลงไป โดยทั่วไปจะใช้ Glasgow Coma Scale เป็นมาตรฐานในการประเมินความรู้สึกตัว
- 3.4 คอแข็งเกร็ง(meningism) อาจพบในบางรายที่มีก้อนเลือดแตกเข้าไปใน ventricle หรือมีเลือดออกใต้ชั้นอแรคโนอิด (subarachnoid hemorrhage)ร่วมด้วย
- 3.5 อาการตามตำแหน่งต่างๆ ของสมอง เช่น อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก มักเกิดที่ตำแหน่งของ putamen และ thalamus อาการชัก มักพบในกรณีเลือดออกที่สมองส่วน lobar hematoma และถ้ามีเลือดออกในสมองส่วน cerebellum มักพบอาการเดินเซ เป็นต้น
- 3.6 หยุดหายใจ(apnea) มักพบร่วมกับการเกิดเลือดออกบริเวณ posterior fossa เนื่องจากมีการกดก้านสมองหรือมีเลือดออกที่ก้านสมอง

4. การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ร้อยละ 80 สามารถป้องกันได้ ด้วยการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และการลดปัจจัยเสี่ยง และสิ่งที่สำคัญคือการควบคุมความเสี่ยงส่วนบุคคล การรู้วิธีการในการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแนวทางป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (National Stroke Association, 2013; สมบัติ มุ่งทวีพงษา และคณะ, 2556) มีดังนี้

- 4.1 การตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละครั้ง และเฝ้าระวังการเกิดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ
- 4.2 ควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากโรคเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการควบคุมได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาสม่ำเสมอ พยายามคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร่วมกับการรับประทานยาหรือนิตยา ควบคุมระดับไขมันในเลือด และปรับพฤติกรรมในการกินอาหาร โดยเลือกอาหารที่มีประโยชน์ กินผักและผลไม้เป็นประจำทุกวันงดอาหารที่มีไขมันทรานส์และคอเลสเตอรอลสูง รวมถึงหลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง เป็นต้น

4.3 ตรวจหาภาวะ Atrial Fibrillation (AF) เนื่องจากภาวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติสามารถเพิ่มความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและอาจทำให้เกิดเลือดคั่งอยู่ในหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4.4 งดสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่มีความเสี่ยงเป็นสองเท่าในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง บุหรี่ทำให้ผนังหลอดเลือดถูกทำลาย หลอดเลือดแดงอุดตันเร็วขึ้น เพิ่มความดันโลหิต และทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น

4.5 ควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ มีการศึกษาจำนวนมากพบความสัมพันธ์การดื่มแอลกอฮอล์กับโรคหลอดเลือดสมองแพทย์ส่วนใหญ่จึงไม่แนะนำให้ดื่ม หากจะดื่มไม่ควรเกินสองครั้งในแต่ละวัน

4.6 การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที

4.7 ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม โดยในคนที่อ้วน/น้ำหนักเกิน ให้ลดน้ำหนักโดยการลดพลังงานจากการกินและเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้น

4.8 มีความรู้และตระหนักเรื่องภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง แต่มักจะทำให้เกิดความพิการได้ การตระหนักรู้และการรักษาภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และมากกว่าร้อยละ 40 ของคนที่เคยเป็นภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวจะพัฒนาเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ (National Stroke Association, 2013)

5. การตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการตรวจวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพและสามารถบ่งชี้ถึงตำแหน่งของสมองและหลอดเลือดที่ผิดปกติ รวมถึงภาวะและสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ มีดังนี้ (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, 2557)

5.1 การตรวจเลือดเพื่อดูความเข้มข้นและความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด

5.2 การตรวจระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเลือด

5.3 การตรวจหาการอักเสบของหลอดเลือด

5.4 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) เพื่อดูจังหวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ

5.5 การตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography) เพื่อดูว่าสมองมีภาวะขาดเลือดหรือภาวะเลือดออกในสมองหรือไม่

5.6 การตรวจอัลตราซาวด์หลอดเลือดบริเวณคอ (Carotid Duplex Scan) เพื่อดูขนาดและการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงบริเวณคอที่ไปเลี้ยงสมองด้วยคลื่นความถี่สูง

5.7 การตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging) เพื่อดูเนื้อสมอง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดที่คอ เป็นวิธีการที่ไม่เจ็บปวดและมีประสิทธิภาพสูง

6. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขึ้นกับสาเหตุ ดังนั้นแนวทางการรักษาจึงมีหลายวิธี ดังนี้

6.1 การรักษาตามสาเหตุ

(1) สาเหตุจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป้าหมายของการรักษาคือทำให้เลือดไหลเวียนได้อย่างปกติ โดยทางเลือกในการรักษามีหลายวิธี ในบางกรณีแพทย์อาจให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งพบว่าจะได้ผลดีกับผู้ที่มีการแสดงอาการของโรคหลอดเลือดสมองและรีบมาโรงพยาบาลภายในระยะเวลาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง

(2) สาเหตุจากหลอดเลือดสมองปริแตกหรือฉีกขาดเป้าหมายของการรักษาคือการควบคุมปริมาณเลือดที่ออกด้วยการรักษาระดับความดันโลหิต ในกรณีที่เลือดออกมาก แพทย์อาจพิจารณาทำการผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสียหายต่อสมองที่อาจเกิดขึ้นหากมีการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต

6.2 การรักษาด้วยยา แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์, 2554)

- (1) ยาด้านเกร็ดเลือด เช่น แอสไพริน, Clopidogrel
- (2) ยาละลายลิ่มเลือด เช่น heparin, low molecular weight heparin, warfarin
- (3) ยาลดไขมัน เช่น statin
- (4) ยาลดความดันโลหิต

6.3 การรักษาด้วยการผ่าตัด กรณีผู้ป่วยบางรายที่เป็นเส้นเลือดสมองแตกหรือเส้นเลือดสมองตีบขนาดใหญ่

6.4 การกายภาพบำบัด

7. ภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนี้ (นัฐธิวรรณ พันธุ์มุง, 2556)

7.1 การติดเชื้อที่ปอด เกิดจากการสำลักอาหาร น้ำลาย โดยมีสัญญาณ 3 ประการที่บ่งถึง การติดเชื้อ คือ ไข้ ไอ และหอบ

7.2 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เกิดจากการขับถ่ายไม่ปกติ กลั้นปัสสาวะ ปัสสาวะไม่ออก หรือการดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง ไม่สะอาด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในกระแสเลือด

7.3 การเกิดแผลกดทับ เกิดจากการกดทับของผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกโอบุ หลังสะโพก ต้นขา ส้นเท้า ป้องกัน โดยการพลิกตัวบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง และหมั่นทำความสะอาดเมื่อผู้ป่วยปัสสาวะ หรืออุจจาระ

ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

1. ความรู้ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงหมายถึง ปัจจัยที่บุคคลปกติเมื่อได้รับสิ่งนั้นหรือมีสิ่งนั้นเป็นเวลานานพอสมควร จะทำให้เกิดพยาธิสภาพหรือโรคเกิดขึ้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกิน และมีประวัติในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (National Stroke Association, 2013) นอกจากนี้ยังปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยทั่วไปมีการแบ่งปัจจัยเสี่ยงเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

(1) อายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุด โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงของทั้งภาวะ Ischemic stroke และ Hemorrhage stroke โรคหลอดเลือดสมองสามารถพบได้ทุกช่วงอายุ แต่ส่วนใหญ่พบมากในผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้น อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณ โดยผู้ที่อายุ 45 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุกๆ 10 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้น (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองพบมากในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (สำนักกระบวนวิชา ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ซึ่งปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในเด็กเพิ่มขึ้นด้วย

(2) เพศ เป็นปัจจัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ โดยพบว่าเกือบทุกช่วงอายุเพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 44 - 76 หรือเพศชายเสี่ยงกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) แต่แนวโน้มการเสียชีวิตกลับพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ปี 2004 พบว่าประชากรทั่วโลกที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศหญิงร้อยละ 11.09 เพศชาย ร้อยละ 8.6 และในประเทศไทยเพศหญิงเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 14.2 และเพศชายร้อยละ 8.8 (WHO, 2004 อ้างใน ชิดรัตน์ อภิญญา และ นิตยา พันธุฤทธิ์, 2556) และจากสถิติสาธารณสุข ปี 2554 พบว่าทุกภูมิภาคของประเทศไทยเพศชายมีอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

(3) ชาติพันธุ์ ในคนผิวดำ คนพื้นเมือง คนเอเชีย และคนเชื้อสาย Hispanic มีความเสี่ยงและอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเกิดจากสาเหตุใด

(4) พันธุกรรมผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนปกติ โดยปัจจัยด้านบิดาเพิ่มปัจจัยเสี่ยง 2.4 เท่าและปัจจัยด้านมารดาเพิ่มปัจจัยเสี่ยงเป็น 1.4 เท่า ของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ใกล้เคียงกัน (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้และมีหลักฐานสนับสนุนชัดเจน

(1) ภาวะความดันโลหิตสูงหมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ขึ้นไป สำหรับระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 120/80 - 139/89 มม.ปรอท ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง (Pre Hypertension) (เพชรภรณ์ วุฒิวงศ์ชัย และณัฐริวรรณ พันธุ์มุง, 2556) ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบัน โดยเพิ่มความเสียหายทั้ง Ischemic stroke และ Hemorrhage stroke ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีอัตราเสี่ยงมากกว่าคนปกติประมาณ 3-17 เท่า ทั้งนี้ขึ้นกับอายุและความรุนแรงภาวะความดันโลหิตสูงของแต่ละคน โดย Systolic blood pressure เป็นปัจจัยก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่า Diastolic blood pressure (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) และผู้ชายที่มีความดัน Systolic blood pressure ระหว่าง 160 - 180 มม.ปรอท มีความเสี่ยงประมาณ 4 เท่าของผู้ชายที่มีความดัน Systolic blood pressure ต่ำกว่า 160 มม.ปรอท (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นการช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำอีกด้วย

(2) โรคเบาหวาน หมายถึงการที่มีระดับกลูโคสในพลาสมาที่เวลาใดเวลาหนึ่งโดยไม่ได้ออกอาหารมีค่า ≥ 200 มก./ดล. หรือมีระดับกลูโคสในพลาสมาตอนเช้าหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่า ≥ 126 มก./ดล. โดยตรวจ 2 ครั้ง ต่างวันกัน หรือมีระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมงหลังการดื่มสารละลายที่มีกลูโคส 75 กรัม พบมีค่า ≥ 200 มก./ดล. (ศิริลักษณ์ จิตต์ระเบีย และคณะ, 2556) เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ หรือเมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอยู่เป็นเวลานาน โรคเบาหวานทำให้เกิด atherosclerosis ของหลอดเลือดได้ทั่วร่างกาย จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบอุบัติการณ์ ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวานสูงขึ้น 2.5 - 4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

(3) ภาวะ atrial fibrillation (AF) คือ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติซึ่งไม่มีโรคอื่นหัวใจร่วมด้วย มีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 5 เท่าของคนปกติ (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) ผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลิ่มเลือดหลุดจากห้องหัวใจ atrium ไปอุดตันหลอดเลือดสมองได้ การรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และการให้ยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด เช่น warfarin และ aspirin สามารถลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้

(4) โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่สูงขึ้น โดยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มความเสี่ยงมากกว่า 2 เท่าในคนปกติในอายุกลุ่มเดียวกัน (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติอื่นๆ ของหัวใจ ที่เพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะลิ้นหัวใจผิดปกติทั้งที่เป็นแต่กำเนิดและภายหลัง พังกั้นห้องหัวใจผิดปกติ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น

(5) ความผิดปกติของหลอดเลือดแดง carotid เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการตีบแคบของหลอดเลือด การรักษาที่เหมาะสมด้วยการผ่าตัด และยาต้านเกล็ดเลือด จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

(6) การสูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยงทั้ง Ischemic stroke และ Hemorrhage stroke โดยผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่จัดเพิ่มความเสี่ยงถึง 3 เท่าในเพศชายที่ไม่สูบบุหรี่ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) เพราะการสูบบุหรี่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง เพิ่มระดับ cholesterol ลดปริมาณไขมันที่ดีหัวใจทำงานหนักมากขึ้น นอกจากนี้ปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้ที่สูบบุหรี่ ยังไปทำลาย endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบง่ายขึ้น

(7) ภาวะไขมันในเลือดสูงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ที่มีระดับ cholesterol, triglycerides และ low density lipoprotein สูง มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและภาวะ atherosclerosis อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนว่าภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง มีเพียงภาวะ low density lipoprotein ที่สูงกว่าปกติที่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงโดยอ้อมของโรคหลอดเลือดสมอง

(8) เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีความเสี่ยงจะเป็นซ้ำร้อยละ 6 - 7 ต่อปี และผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนนาน 5 ปี มีความเสี่ยงเป็น 5 เท่าของคนทั่วไปโดยมีความเสี่ยงสูงถึง 15 เท่าในปีแรก (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550) ดังนั้นจะเห็นว่าอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอดีต การป้องกันด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงในผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจะช่วยลดอัตราเสี่ยงได้มากกว่าการป้องกันในผู้ที่ไม่เคยเป็น โดยการรักษาและได้รับยาต้านเกล็ดเลือดจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้และมีหลักฐานสนับสนุนน้อย

(1) โรคอ้วนผู้ที่อ้วนพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างชัดเจน จึงเป็นเรื่องที่พิสูจน์ยากว่าโรคอ้วนเพียงปัจจัยเดียวเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ โดยพบว่าในผู้ชายที่อ้วนลงพุงมีความเสี่ยง 2.3 เท่า ของคนที่มีสัดส่วนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน และในผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 20 กิโลกรัมขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็น 2.5 เท่าของคนที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่ถึง 5 กิโลกรัม (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2550)

(2) การขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพราะการขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยทำให้อ้วน การออกกำลังกายด้วยแรงปานกลางอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่นภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง

(3) การดื่มสุรามีหลายการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าผู้ดื่มสุรามีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน และ subarachnoid hemorrhage มากกว่าคนปกติ และมีบางประเด็นที่มีงานวิจัยมาสนับสนุนหลายฉบับ เช่นการดื่มสุราขนาดน้อยๆ จะช่วยลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่ผู้ที่ดื่มจัดจะมีความเสี่ยงมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน

(4) การใช้ยาเสพติดยังไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างการใช้ยาเสพติดกับโรคหลอดเลือดสมอง มีบางการศึกษาที่พบว่ายาเสพติดเพิ่มความเสี่ยงทั้ง Ischemic stroke และ Hemorrhage stroke โดยพบว่าส่วนหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดในช่วงเวลาที่เมายา และส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับการติดเชื้อที่ผนังด้านในของหัวใจ

(5) การใช้ยาคุมกำเนิดปัจจัยเสี่ยงนี้เชื่อว่าเป็นผลแทรกซ้อนมาจากการใช้ยาคุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุระหว่าง 15 - 49 ปี โดยพบความเสี่ยงเป็น 5 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงที่กินยาคุมกำเนิดมีความเสี่ยงเป็น 4 เท่าที่จะเสียชีวิตจาก subarachnoid hemorrhage (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ซึ่งมีหลายการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นจึงยังไม่สามารถสรุปชัดเจนได้ว่าการใช้ยาคุมกำเนิดเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ความรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Warning Sign)

Centers for Disease Control and Prevention (2004 อ้างใน ขวัญฟ้า ทาอินคำ, 2554: 17) ระบุว่าอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึงอาการนำก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสมองขาดเลือดชั่วคราว ความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจะเป็นระยะสั้นๆ ประมาณ 5 - 10 นาที และจะหายเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA)

World Stroke Organization, American Stroke Association และ National Stroke Association ได้ระบุอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสอดคล้องและตรงกันไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. อาการชาหรืออ่อนแรงของแขนขา หรือหน้าซีกใดซีกหนึ่งทันทีทันใด
2. สับสน พูดลำบาก มีปัญหาการพูด หรือพูดไม่เข้าใจทันทีทันใด
3. มีปัญหาการมองเห็น ตามัว หนึ่งหรือทั้งสองข้างทันทีทันใด
4. มีปัญหาด้านการเดิน มึนงง สูญเสียการทรงตัวในการยืนทันทีทันใด
5. ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน

การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นวิธีการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนเพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงออกมาในระดับต่างๆ จากการค้นคว้าเอกสารและทบทวนวรรณกรรม พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีหลายแบบ ซึ่งแต่ละแบบก็มีข้อดีข้อเสียและวัตถุประสงค์การนำไปใช้แตกต่างกัน ดังนี้

1. Stroke Risk Scorecard เป็นแบบประเมินระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของ National Stroke Association ที่สร้างขึ้นจากการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับความนิยมและมีการนำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย แต่ก็มีข้อจำกัดในเรื่องการประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Atrial Fibrillation) เนื่องจากเป็นเรื่องที่ใหม่สำหรับประเทศไทย จึงอาจเป็นคำถามที่เข้าใจยากสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Risk Scorecard การให้คะแนน (1 ช่องต่อ 1 คะแนน)

ตารางที่ 2.1 แบบประเมินระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Risk Scorecard

ปัจจัยเสี่ยง Risk Factor	ระดับความเสี่ยงสูง (High Risk)	ระดับเฝ้าระวัง (Caution)	ระดับความเสี่ยงต่ำ (Low Risk)
1. ความดันโลหิต	<input type="radio"/> $\geq 140/90$ mm.Hg	<input type="radio"/> 120-139/80-89 mm.Hg	<input type="radio"/> $< 120 /80$ mm.Hg
2. หัวใจเต้นผิดปกติ (AF)	<input type="radio"/> มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ	<input type="radio"/> ไม่ทราบ	<input type="radio"/> หัวใจเต้นปกติ
3. สูบบุหรี่	<input type="radio"/> สูบบุหรี่เป็นประจำ	<input type="radio"/> กำลังเลิก	<input type="radio"/> ไม่สูบบุหรี่
4. ไขมันในเลือด	<input type="radio"/> ≥ 240 mg/dL หรือไม่ทราบ	<input type="radio"/> 200 – 239 mg/dL	<input type="radio"/> < 200 mg/dL

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง Risk Factor	ระดับความเสี่ยงสูง (High Risk)	ระดับเฝ้าระวัง (Caution)	ระดับความเสี่ยงต่ำ (Low Risk)
5. เบาหวาน	<input type="radio"/> เป็นโรคเบาหวาน	<input type="radio"/> ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับเฝ้าระวัง	<input type="radio"/> ไม่เป็นโรคเบาหวาน
6. การออกกำลังกาย	<input type="radio"/> ไม่ออกกำลังกาย	<input type="radio"/> ออกกำลังกายบางครั้ง	<input type="radio"/> ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
7. การรับประทานอาหาร	<input type="radio"/> มีภาวะน้ำหนักเกิน	<input type="radio"/> น้ำหนักเกินเล็กน้อย	<input type="radio"/> น้ำหนักปกติ
8. ประวัติในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่แน่ใจ	<input type="radio"/> ไม่ใช่
รวมคะแนน			

การแปลผลระดับคะแนนความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Risk Scorecard เป็นการนำคะแนนรวมในแต่ละช่องมาเทียบกับเกณฑ์การแปลผลระดับความเสี่ยงที่กำหนดไว้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวมช่อง High Risk ≥ 3 คะแนน	หมายถึง	ระดับความเสี่ยงสูง
คะแนนรวมช่อง Caution ได้ 4 - 6 คะแนน	หมายถึง	ระดับต้องเฝ้าระวัง
คะแนนรวมช่อง Low Risk ได้ 6 - 8 คะแนน	หมายถึง	ระดับความเสี่ยงต่ำ

2. Stroke Risk Take Test เป็นแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของสถาบัน British Columbia Centre for Stroke and Cerebrovascular Diseases (2003 อ้างใน จุฬารัตน์ ดวงจันทร์คู่ย์, 2554) ที่เฉลิมพล ปัทมะโชติ ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.98 โดยลักษณะแบบสอบถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนทั้งหมด 23 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ชนชาติ เคยมีภาวะมองขาดเลือดชั่วคราวหรือไม่ เคยมีภาวะความดันโลหิตสูงหรือไม่ ถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูง ขณะนี้อยู่ระหว่างการรักษาหรือไม่ ถ้าอยู่ในระหว่างการรักษา ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 หรือไม่ มีระดับคลอเลสเตอรอลสูงหรือไม่ ถ้ามีระดับคลอเลสเตอรอลสูง ขณะนี้อยู่ระหว่างการรักษาหรือไม่ มีระดับโฮโมซิสเตอีน (Homocysteine) สูงหรือไม่ถ้ามีระดับ โฮโมซิสเตอีนสูง ขณะนี้อยู่ระหว่างการรักษาหรือไม่ เป็นโรคเบาหวานหรือไม่ เคยมีอาการโรคหัวใจหรือเจ็บบริเวณทรวงอกหรือไม่ เคยมีอาการแน่นของหัวใจผิดปกติหรือไม่ ถ้าเคย ไข้ยอะไรรักษา ถ้าเคย ไข้ยาดังกล่าว ได้ ไข้ยาในช่วงอายุเท่าไร สูบบุหรี่หรือไม่ ดื่มแอลกอฮอล์เล็กน้อยเพียงใด มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ น้ำหนักเกินกว่าน้ำหนักมาตรฐานประมาณ 13 กิโลกรัมหรือไม่ ออกกำลังกายประมาณ 30 นาที

อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือไม่ รับประทานยาคุมกำเนิดหรือไม่ และรับประทานฮอร์โมนทดแทน หลังหมดวัยประจำเดือนหรือไม่ โดยคำถามทั้ง 23 ข้อจะมีคำตอบย่อยให้เลือกตอบ ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อไม่เท่ากัน คะแนนจะอยู่ในช่วงระหว่าง -3 ถึง 4.5 คะแนน และมีเกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยง 3 ระดับ ดังนี้

>25	คะแนน	หมายถึง	ระดับความเสี่ยงสูง
23 - 25	คะแนน	หมายถึง	ระดับความเสี่ยงปานกลาง
19.75 - 22.75	คะแนน	หมายถึง	ระดับความเสี่ยงค่อนข้างต่ำ
< 17 - 19.5	คะแนน	หมายถึง	ระดับความเสี่ยงต่ำ

ข้อจำกัดของแบบสอบถามนี้คือการตรวจวัดระดับโฮโมซิสเตอีน เป็นการทดสอบที่ค่อนข้างใหม่สำหรับประเทศไทย และคนส่วนใหญ่ไม่รู้จักโฮโมซิสเตอีนอีกทั้งปัจจัยที่ทำให้ภาวะโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง นอกจากโรคหลอดเลือดสมองแล้วยังเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น กรรมพันธุ์ การขาดวิตามินบี 6 บี 12 กรดโฟลิก หรือโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคไต โรคตับ มะเร็ง เบาหวาน เป็นต้น (จุฑารัตน์ ดวงจันทร์คู่ย์, 2554)

3. การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (Pre - DM, Pre - HT) และผู้ที่มีภาวะอ้วน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556) แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) ในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป จำนวน 3 กลุ่ม คือกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre - DM) ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 100 - 125 มก/ดล. เมื่ออดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Pre - HT) ที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 120/80 ถึง 139/89 มม.ปรอท และกลุ่มที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 โดยแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงมีคำถามทั้งหมด 7 ข้อๆละ 1 คะแนน ดังนี้

1. สูบบุหรี่
2. ระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 130/85 มม.ปรอท และ/หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ตั้งแต่ 100 มก/ดล. และ/หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน
4. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีไขมันในเลือดผิดปกติ
5. ขนาดรอบเอว > ส่วนสูง (เซนติเมตร) หาร 2
6. เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต

7. มีประวัติญาติในครอบครัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต

(การเคยได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต แต่ยังไม่ได้รับการรักษาถือเป็นกลุ่มเสี่ยง) สำหรับการแปลผลระดับคะแนน ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน ≥ 5 ข้อ	หมายถึง	ระดับเสี่ยงสูงมาก
คะแนน 3-4 ข้อ	หมายถึง	ระดับเสี่ยงสูง
คะแนน ≤ 2 ข้อ	หมายถึง	ระดับเสี่ยง

4. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ตารางสี (Color Chart) องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (WHO/ISH risk prediction charts) ในอีก 10 ปีข้างหน้า ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือประเทศสมาชิกที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางในการคัดกรองโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง โดยการใช้เครื่องมือที่ง่าย สะดวก สามารถคัดกรองได้แม้ไม่ทราบผล cholesterol นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมกับความแตกต่างด้านเชื้อชาติ (WHO, 2007)

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้นำ WHO/ISH risk prediction charts ขององค์การอนามัยโลก มาเป็นต้นแบบในการสร้างแบบประเมินตารางสี (Color Chart) เพื่อใช้เป็นแนวทางคัดกรองโอกาสเสี่ยงที่จะเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) และ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke) ใน 10 ปีข้างหน้า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (สามารถใช้ได้ในประชาชนทั่วไป อายุ 40 ปีขึ้นไป) โดยวิธีการประเมินโอกาสเสี่ยงทำได้ดังนี้

1. ตรวจสอบว่ามีผลการตรวจหา cholesterol ในเลือดหรือไม่ ถ้ามีใช้ตารางสีที่ 1 ถ้าไม่มีใช้ตารางสี ที่ 2

2. เลือกตารางว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่

3. เลือกเพศชาย หรือหญิง

4. เลือกการสูบบุหรี่ ว่าสูบหรือไม่

5. เลือกช่วงอายุ

6. เลือกค่า systolic blood pressure

7. เลือกค่า cholesterol กรณีทราบค่า cholesterol

8. แปลผลระดับโอกาสเสี่ยง จากแถบสี โดยแถบสีจะบอกถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) และ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke) ใน 10 ปีข้างหน้า ดังนี้

แถบสีเขียว	โอกาสเสี่ยง < 10%	หมายถึง	ระดับเสี่ยงต่ำ
แถบสีเหลือง	โอกาสเสี่ยง 10 - < 20 %	หมายถึง	ระดับเสี่ยงปานกลาง
แถบสีส้ม	โอกาสเสี่ยง 20 - < 30 %	หมายถึง	ระดับเสี่ยงสูง
แถบสีแดงอ่อน	โอกาสเสี่ยง 30 - < 40 %	หมายถึง	ระดับเสี่ยงสูงมาก
แถบสีแดงเข้ม	โอกาสเสี่ยง > 40%	หมายถึง	ระดับเสี่ยงสูงอันตราย

หมายเหตุ :

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานหมายถึงมีผล fasting glucose ตั้งแต่ 126 มก/ดล. หรือระดับน้ำตาลหลังรับประทานอาหารประมาณ 2 ชั่วโมง > 200 มก/ดล. จากการตรวจ 2 ครั้ง หรือได้รับยา insulin
2. ค่าเฉลี่ย systolic blood pressure ในปัจจุบัน จากการวัด 2 ครั้ง ช่วงเวลาห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (ไม่ใช่ก่อนการรักษา)
3. ผู้ที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน รวมถึงผู้ที่หยุดสูบบุหรี่น้อยกว่า 1 ปี ก่อนการประเมิน
4. การตรวจ cholesterol ควรอดอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ใช้ผลการตรวจครั้งล่าสุดก่อนการประเมิน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

ตารางที่ 2.2 สรุปเปรียบเทียบเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ลำดับ	แบบประเมิน	สถาบัน/องค์กร	กลุ่มเป้าหมาย	วัตถุประสงค์	ข้อดี	ข้อจำกัด
1	Stroke Risk Scorecard	National Stroke Association (2013)	ประชาชนทั่วไป	ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	เป็นสากลและง่ายต่อการประเมินเนื่องจากมีคำถามเพียง 8 ข้อ	คนไทยส่วนใหญ่ไม่รู้จักรักและไม่เคยตรวจภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Atrial Fibrillation) จึงไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติหรือไม่
2	Stroke Risk Take Test	British Columbia Centre for Stroke and Cerebrovascular Diseases (2003)	ประชาชนทั่วไป	ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	คำถามมีจำนวน 23 ข้อครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง	การตรวจวัดระดับโฮโมซิสเตอีน เป็นการทดสอบที่ค่อนข้างใหม่สำหรับประเทศไทย และคนไทยไม่รู้จักรักโฮโมซิสเตอีนอีกทั้งปัจจัยที่ทำให้ภาวะโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง นอกจากโรคหลอดเลือดสมองแล้วยังเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น กรรมพันธุ์ การขาดวิตามินบี 6 บี 12 กรดโฟลิก หรือโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคไต โรคตับ มะเร็ง เบาหวาน เป็นต้น

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ลำดับ	แบบประเมิน	สถาบัน/องค์กร	กลุ่มเป้าหมาย	วัตถุประสงค์	ข้อดี	ข้อจำกัด
3	การประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556)	ประชาชนที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน (Pre – DM) 2. กลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูง (Pre – HT) 3. ผู้ที่มีภาวะอ้วน BMI \geq 25	ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	ง่ายต่อการประเมินเนื่องจากมีคำถามเพียง 7 ข้อ	ใช้ได้ในกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม และไม่ได้ประเมินโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ลำดับ	แบบประเมิน	สถาบัน/องค์กร	กลุ่มเป้าหมาย	วัตถุประสงค์	ข้อดี	ข้อจำกัด
4	การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ตารางสี (Color Chart)	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556) นำมาจาก WHO (2007)	กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (สามารถใช้ได้ในประชาชนทั่วไป อายุ 40 ปีขึ้นไป)	ประเมินโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke) ใน 10 ปีข้างหน้า	- เป็นสากล สร้างโดย WHO - ประเมินง่าย มีตารางให้เลือกในกรณีไม่ทราบผล cholesterol	ในการประเมินนอกจากสอบถามข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแล้ว ต้องอาศัยข้อมูลจากสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย เกี่ยวกับค่า cholesterol และ systolic blood pressure

ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ตารางสี (Color Chart) เป็นเครื่องมือในการประเมินระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และออกแบบให้ใช้งานได้แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ โดยตารางสีที่สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นำมาใช้กับคนไทยนี้เป็นแบบของโซนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จึงมีความเหมาะสมกับประเทศไทย อีกทั้งใช้งานได้ง่ายแม้ไม่ทราบผล cholesterol ก็มีทางเลือกให้ และกลุ่มเป้าหมายในแบบประเมินก็มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำและค่อนข้างต่ำมากกว่าร้อยละ 80 - 90 และมีความเสี่ยงระดับปานกลางหรือความเสี่ยงสูงเพียง ร้อยละ 10 - 20 ดังการศึกษาของณัฐฉิณี ศิริสวัสดิ์ (2553) ที่ทำการสำรวจระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้มารับบริการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงต่ำและค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 90.4 ส่วนความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูง มีเพียงร้อยละ 4.7 และ 1.3 ตามลำดับ และการศึกษาของจุฑารัตน์ ดวงจันทร์ดุษฎี (2554) ที่สำรวจระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของพนักงานขับรถโดยสารรับจ้าง จำนวน 352 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความเสี่ยงต่ำและค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 99.4 ส่วนความเสี่ยงปานกลางมีเพียงร้อยละ 0.6 และไม่มีผู้ใดมีความเสี่ยงสูง สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ชนก นิตินันท์สกุล (2555) ที่ศึกษาระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและความเครียดในผู้เกษียณอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงต่ำและค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 90 ส่วนความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูง พบร้อยละ 6 และร้อยละ 4 ตามลำดับ นอกจากนี้มีการศึกษาของพิพัฒน์ ใจเย็น (2550) ที่สำรวจระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนทั่วไปที่อายุ 45 ปีขึ้นไป จังหวัดระยอง จำนวน 103 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่ำและค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 76.70 ส่วนความเสี่ยงปานกลางและสูงเท่ากัน ร้อยละ 11.65 แต่ที่สำคัญคือมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) สูงถึง ร้อยละ 14.56 ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

เดือนเพ็ญ ศรีษาและคณะ (2554) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูงของหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จำนวน 293 คน พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง และสูงปานกลาง ถึงร้อยละ 39.6 และ 37.5 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ไม่มีความเสี่ยงมีเพียงร้อยละ 22.9 ซึ่งผลการศึกษานี้ได้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการสูบบุหรี่ ระดับไขมันในเลือด ขนาดรอบเอว/ดัชนีมวลกาย ภาวะความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน มีแนวโน้มเป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลงหรือเพิ่มขึ้นได้

4.2 งานวิจัยความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

Anne Hickey et al., (2009) ได้ทำการศึกษาความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมองในประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ใน Ireland โดยการสัมภาษณ์ที่บ้าน จำนวน 2,033 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6 มีอาการภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) มาก่อน และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ไม่สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองได้ ยกเว้นปัจจัยเรื่องความดันโลหิตสูงและอาการพูดไม่ชัด ที่สามารถระบุได้ ร้อยละ 74 และ 54 ตามลำดับซึ่งความรู้ดังกล่าวสัมพันธ์กับความยากจนระดับการศึกษา และการอาศัยอยู่ทาง Northern Ireland

Marcus B Nicol & Amanda G Thrift (2005) ได้ทำการทบทวนและสรุปผลการศึกษานาน 15 เรื่อง เกี่ยวกับความรู้เรื่องอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มประชากรทั้งที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในชุมชนมีความรู้เรื่องอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 - 30 ไม่สามารถบอกชื่อปัจจัยเสี่ยงได้ และร้อยละ 10 - 60 ไม่สามารถบอกชื่ออาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้แม้แต่ออาการเดียว เว้นแต่ในการศึกษาที่มีการจัดอาการเตือนที่สำคัญไว้ให้ กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่อายุมาก ระดับการศึกษาต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีความรู้เรื่องอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยและระดับการศึกษาสูง

(Jeyaraj D et al., 2005) ได้ทำการศึกษาระดับการตระหนักรู้ของอาการเตือนปัจจัยเสี่ยงและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในภูมิภาคตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศอินเดีย จำนวน 942 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45 ไม่รับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดกับสมองหรือร่างกายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23 ไม่รู้จักอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27 ไม่สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้แม้แต่อย่างเดียว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7 เชื่อว่าการนวดด้วยน้ำมันจะทำให้อาการโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น โดยระดับการศึกษาที่สูงและ

ฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีมีความสัมพันธ์กับความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และเดือนเพ็ญ ศรีชา (2555) ได้ทำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยมอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 144 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.8 และ 76.4 ตามลำดับ แต่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 25 มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ในข้อที่ว่า ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งหนึ่งแล้วสามารถจะเกิดซ้ำได้อีก ผู้ศึกษาหรือผู้ติดตามแขนหรือขาทันทีทันใดเป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นทันทีทันใดเป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และคนพอมไม่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

หัสยาพร มะโน(2552) ได้ทำการศึกษาการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลดอง จังหวัดแพร่ จำนวน 226 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายข้อกลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากไม่คิดว่าอาการกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด การมองไม่ชัดตามัวหนึ่งหรือสองข้างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และไม่เห็นด้วยกับการจัดการในภาวะฉุกเฉิน กรณีกลืนน้ำลายไม่ได้ หรือกลืนลำบากอย่างทันทีทันใด ร้อยละ 73.45 ร้อยละ 62.27 และร้อยละ 73.45 ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังขาดความเข้าใจอย่างครบถ้วนถึงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 6 อาการ โดยรับรู้เพียงบางอาการเท่านั้น

ขวัญฟ้า ทาอินคำ(2554)ได้ทำการศึกษาการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 398 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดีไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีการรับรู้ในระดับปานกลางในเรื่องของอาการชา หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าข้างใดข้างหนึ่งอย่างค่อยเป็นค่อยไป และอาการตามัวเรื้อรังของตาข้างใดข้างหนึ่งหรือสองข้าง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยยังมีการรับรู้ระดับปานกลางในเรื่องอาการพูดอะอะโวยวาย สับสน ซึมลงอย่างทันทีทันใดด้วยผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดความเข้าใจถึงสัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมอง

ครบทั้ง 5 อาการ และมีความสัมพันธ์ระหว่างอาการเตือนที่เกิดขึ้น โดยทันทีทันใด และอาการเตือนที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง

น้อมจิตต์ นवलเนตร์ และคณะ (2551) ทำการศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 288 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 25 มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้อง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 2.3 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ลำดับ	ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
1	พิพัฒน์ ใจเย็น	2550	การสำรวจระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุ 45 ปีขึ้นไป จังหวัดระยอง	ประชาชนทั่วไปที่อายุ 45 ปีขึ้นไป จังหวัดระยอง จำนวน 103 คน	กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่ำและค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 76.70 ส่วนความเสี่ยปานกลางและสูงเท่ากันร้อยละ 11.65 กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ร้อยละ 14.56
2	ณัฐินี ศิริสวัสดิ์	2553	การสำรวจระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้มารับบริการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ผู้มารับบริการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป	กลุ่มตัวอย่างมีระดับ ความเสี่ยงต่ำและค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 90.4 ส่วนความเสี่ยปานกลางและความเสี่ยสูง มีเพียงร้อยละ 4.7 และ 1.3 ตามลำดับ
3	จุฑารัตน์ ดวงจันทร์คู่ย์	2554	การสำรวจระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของพนักงานขับรถโดยสารรับจ้างของสหกรณ์นครลานนาเดินรถ จำกัด จังหวัดเชียงใหม่	พนักงานขับรถโดยสารรับจ้าง จำนวน 352 คน	พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับความเสี่ยงต่ำและค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 99.4 ส่วนความเสี่ยปานกลาง มีเพียงร้อยละ 0.6 และไม่มีผู้ใดมีความเสี่ยสูง

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
4	เดือนเพ็ญ ศรีษา และคณะ	2554	สถานการณ์ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนสามเหลี่ยมอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูงของหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จำนวน 293 คน	กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงระดับสูง และสูงปานกลาง ร้อยละ 39.6 และ 37.5 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ไม่มีความเสี่ยงมีเพียงร้อยละ 22.9 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการสูบบุหรี่ ระดับไขมันในเลือด ไขมันคอเลสเตอรอล/ดัชนีมวลกาย ภาวะความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน มีแนวโน้มเป็นปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองลดลงหรือเพิ่มขึ้นได้
5	พิมพ์ชนก นิติการณ์สกุล	2555	ระดับความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและความเครียดในผู้เกษียณอายุ	ผู้เกษียณอายุ	กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงต่ำและค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 90 ส่วนความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูง พบร้อยละ 6 และ 4 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.4 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

ระดับ	ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
	<p>Marcus B Nicol & Amanda G Thrift</p>	<p>005</p>	<p>บททวนและสรุปผลการศึกษานาน 15 เรื่อง เกี่ยวกับความรู้เรื่องอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>ในกลุ่มประชากรทั้งที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ</p>	<p>กลุ่มตัวอย่างในชุมชนมีความรู้เรื่องอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20-30 ไม่สามารถบอกชื่อปัจจัยเสี่ยงได้ และร้อยละ 10-60 ไม่สามารถบอกชื่ออาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองได้ แม้แต่อาการเดียว เว้นแต่ในการศึกษาที่มีการจัดอาการเตือนที่สำคัญไว้ให้ กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุอาการเตือนดีขึ้น</p> <p>กลุ่มตัวอย่างที่อายุมาก ระดับการศึกษาต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีความรู้เรื่องอาการเตือนและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยและระดับการศึกษาสูง</p>

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
2	Jeyaraj D et al.,	2005	การตระหนักรู้ของอาการเตือนปัจจัยเสี่ยงและการรักษาโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในภูมิภาคตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศไทย	ประชาชนในภูมิภาคตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศไทยจำนวน 942 คน	กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45 ไม่รับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดกับสมองหรือร่างกายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23 ไม่รู้จักอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27 ไม่สามารถระบุปัจจัยเสี่ยง
2					โรคหลอดเลือดสมองได้แม้แต่อย่างเฉียว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7 เชื่อว่าการนวดด้วยน้ำมันจะทำให้อาการโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น ระดับการศึกษาที่สูงและฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีมีความสัมพันธ์กับความรู้ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
3	Anne Hickey et al.,	2009	ความตระหนักรู้โรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับความรู้ เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของ โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ที่ อายุ 65 ปีขึ้นไปใน Ireland	ผู้สูงอายุ ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ไปใน Ireland จำนวน 2,033 คน	กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ไม่สามารถ ระบุปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรค หลอดเลือดสมองได้ ยกเว้นปัจจัยเรื่องความ ดันโลหิตสูงและอาการปวดไม่ชัด ที่สามารถ ระบุได้ ร้อยละ 74 และ 54 ตามลำดับกลุ่ม ตัวอย่างร้อยละ 6 มีอาการภาวะสมองขาด เลือดชั่วคราว (TIA) มาก่อน ซึ่งความรู้ ดังกล่าวสัมพันธ์กับความยากจน ระดับ การศึกษา และการอาศัยอยู่ทาง Northern Ireland
4	น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และคณะ	2551	ความรู้และการปฏิบัติตัวใน ชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือด สมองของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จำนวน 288 คน	กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีความรู้ เกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมองอยู่ใน ระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 25 มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือด สมอง

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
5	หัสยาพร มะโน	2552	การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลทอง จังหวัดแพร่	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทอง จังหวัดแพร่ จำนวน 226 คน	กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายข้อกลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากยังขาดความเข้าใจอย่างครบถ้วนถึงอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ทั้ง 6 อาการ โดยรับรู้เพียงบางอาการเท่านั้น
6	ขวัญฟ้า ทาอินคำ	2554	การรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลข้าวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติ จำนวน 398 คน	กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้สัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมอง โดยรวมอยู่ในระดับดีไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองยังขาดความเข้าใจถึงสัญญาณเตือนภัยโรคหลอดเลือดสมองครบทั้ง 5 อาการ และมีความสับสนระหว่างอาการเตือนที่เกิดขึ้นโดยทันทีทันใด และอาการเตือนที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

ลำดับ	ผู้ศึกษา	ปีที่ศึกษา	เรื่อง	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
7	น้อมจิตต์ นวลเนตร์ และ เดือนเพ็ญ ศรีษา	2555	ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดสมอง ของผู้มีภาวะ เสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูง โรคเบาหวาน และ ไขมันในเลือดสูง ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 144 คน	กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดสมอง ร้อยละ 52.8 และมี พฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด สมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.4 แต่มี กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 25 มีความรู้ไม่ ถูกต้องเกี่ยวอาการเตือนของโรคหลอดเลือด