

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ

ณัฐกร นิลเนตร

เจ้าพนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก
นำเสนองานประชุมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ประจำปีงบประมาณ 2560
รางวัลชนะเลิศผลงานวิชาการ ประเภทวิจัย

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบ Matched Case-Control Study เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬประชากรศึกษาคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 56 ราย กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 112 ราย โดยการจับคู่เพศและอายุ แบบ 1:2 เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานใช้ Conditional Logistic Regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ($mOR_{adj} = 3.24, 95\%CI = 1.13-9.23$) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ($mOR_{adj} = 4.55, 95\%CI = 1.45-14.20$) การสูบบุหรี่ ($mOR_{adj} = 6.19, 95\%CI = 1.02-37.42$) และการดื่มสุรา ($mOR_{adj} = 17.09, 95\%CI = 4.40-66.38$)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการวางแผนงานนโยบายด้านสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ควรให้ความสำคัญในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่เกิน 5 ปี โดยให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร งดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกกว่าเป็นอันดับ 2 ในประชากรอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรกลุ่มอายุ 15-59 ปี¹ จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554-2558 พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดบึงกาฬ เพิ่มขึ้นจาก 106.0 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2554 เป็น 156.4 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2558 และพบอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 9.1 ต่อประชากร 100,000 คนในปี 2554 เป็น 16.9 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2558²

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล การมีอายุเพิ่มที่สูงขึ้น^{3,4} เพศชาย⁵ ความอ้วนหรือโรคอ้วน⁶ การมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง [ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว](#) และโรคหัวใจขาดเลือด^{6,7,8,9} การมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การขาดการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การสูบบุหรี่ การดื่มสุราในปริมาณที่มากเป็นประจำ และระยะเวลาการนอนหลับสั้นๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงที่เด่นชัดต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าปัจจัยด้านอื่นๆ⁹

แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่ศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มโรค แต่การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไทยยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย รวมทั้งสถานการณ์การเกิดโรคมียังมีแนวโน้มและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยเน้นเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการควบคุม ป้องกัน และเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะส่งผลทำให้อัตราการป่วยและตายของโรคหลอดเลือดสมองลดลง และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Matched Case-Control ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลบึงกาฬ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2559 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 56 ราย กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 112 ราย โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Matched Case-Control ของ Schlesselman (1982)¹¹ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับคู่เพศและอายุ แบบ 1:2 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2560 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยค่า CVI เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม Stata 10.1 ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด McNemar test และ Conditional Logistic Regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mOR_{adj}=3.24, 95\%CI=1.13-9.23$) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mOR_{adj}=4.55, 95\%CI=1.45-14.20$) การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mOR_{adj}=6.19, 95\%CI=1.02-37.42$) การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($mOR_{adj}=17.09, 95\%CI=4.40-66.38$)

อภิปรายผล

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความอ้วนหรือกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าในกลุ่มค่าดัชนีมวลกายระดับปกติ^{6,7,8,12} ซึ่งผู้ที่อ้วนมากกว่าปกติจะมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ทำให้เกิดตะกอนลิ่มเลือดเกาะในหลอดเลือดสมองมากขึ้น³ และส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากการที่เพิ่งเริ่มป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกๆมีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ อย่าง เช่น การปรับยาหรือวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การปรับตัวยอมรับเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับการรักษาที่ถูกต้อง และส่วนของบุคคลที่ไม่ยอมรับการรักษา ไม่ดูแลสุขภาพตัวเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ทานยาตามที่แพทย์สั่ง ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสหวานจัดมันจัด

เค็มจัด มีความเครียด ความวิตกกังวล จนส่งผลกระทบต่อจิตใจ ซึ่งอาจส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^{5,8,12,13} และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ในกลุ่มที่สูบบุหรี่มากกว่า 40 มวนต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน เป็น 2 เท่า^{14,15} ซึ่งอาจเกิดจากการสูบบุหรี่จะทำให้ปริมาณเลือดไหลเวียนในสมองน้อยลง ปริมาณ hemoglobin ในเลือดเพิ่มขึ้น การทำงานของสาร insulin ผิดปกติ เกิดการลดลงของ albumin มีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดและ blood-brain-barrier รวมทั้งมีผลกระทบต่อไปจนถึงระดับ gene¹⁶ และยังพบว่าการสูบบุหรี่จะมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การเพิ่มระดับ Cholesterol การลดระดับของ High Density Lipoprotein (HDL) เพิ่มการหลั่งของ Catecholamine และปริมาณของ Carbon monoxide ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้สูบบุหรี่มีผลต่อการทำลาย Endothelial cell ทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ง่าย¹³

การดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ที่ดื่มในปริมาณปานกลางจนถึงปริมาณมากมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ และพบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเล็กน้อยเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง^{7,15,17} และพบว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากข้อมูลข้างต้นเห็นได้ว่า การมีประวัติเคยดื่มสุรา หรือมีการดื่มสุราในปริมาณที่มาก และมีระยะเวลาในการดื่มนาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการดื่มสุราส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และการดื่มสุราในปริมาณมากๆจะส่งผลให้เลือดอ่อนตัว เลือดออกง่าย แต่หยุดยาก เมื่อเกิดการปริแตกของหลอดเลือดในสมอง ประกอบกับความดันโลหิตสูง และภาวะเลือดออกง่ายจากการดื่มสุรา ความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมองจะมีโอกาสเกิดมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการวางแผนงานนโยบายด้านสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ควรให้ความสำคัญในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่เกิน 5 ปี โดยให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร งดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. World Stroke Day 2016. [Internet]. 2016 [cited 2016 November10]. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org>.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558 (ปี2559). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2559.
3. กิ่งแก้ว ปาจารย์. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
4. Grinnon ST et. al. National Institute of Neurological Disorders and Stroke Common Data Element Project-approach and methods. Clinical Trials (London, England) 2012; 9(3): 322-329.
5. จุฑารัตน์ สติรปัญญา, พรชัย สติรปัญญา และจามรี ไตรจันทร์. ความชุก ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้าภายหลังโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดพัทลุง: การศึกษาแบบตัดขวาง. วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร 2557; 32(5): 275-282.

6. Suwanwela NC. Stroke Epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke* 2014; 16(1): 1.
7. Hajat C, Tilling K, Stewart JA, Lemic-Stojcevic N, and Wolfe CDA. Ethnic Differences in Risk Factors for Ischemic Stroke: A European Case-Control Study. *Stroke* 2004; 35(7): 1562-1567.
8. Sarnowski Bet. al. Lifestyle Risk Factors for Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack in Young Adults in the Stroke in Young Fabry Patients Study. *Stroke* 2013; 44(1): 119-125.
9. Hornsten C et. al. High blood pressure as a risk factor for incident stroke among very old people: a population-based cohort study. *Journal of Hypertension* 2016; 34(10):2059-2065.
10. เสกสรรค์ จวงจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รพ. บึงบอระเพ็ด จังหวัดศรีสะเกษ, *วารสารวิชาการแพทย์* 2558; 29(1): 233-239.
11. Schlesselman JJ. Case-control studies: Design, conduct, analysis. New York: Oxford University; 1982.
12. Kemmeren JM. et. al. Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) study: oral contraceptives and the risk of ischemic stroke. *Stroke* 2002; 33(5): 1202-1208.
13. นิพนธ์ พวงวรินทร์ (บ.ก.). โรคหลอดเลือดสมอง=Stroke. ครั้งที่พิมพ์ (1). กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์เรือนแก้ว การพิมพ์;2534.
14. นิตยา พันธุ์เวทย์ และลินดา จำปาแก้ว. ประเด็นสารรณรงค์อัมพาตโลก ปี 2557 (ปีงบประมาณ 2558). [อินเทอร์เน็ต].2558 [เข้าถึงเมื่อ 19 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/Stroke58>.
15. Wolf PA. Cigarettes, Alcohol, and Stroke. *New England Journal of Medicine* 1986; 315(17): 1087-1089.
16. ศิรินาถ ตงศิริ. บุหรี่กับโรคหลอดเลือดสมอง: ยิ่งสูบยิ่งเสี่ยง. [อินเทอร์เน็ต].2559 [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/49117>.
17. Nightingale ALand Farmer RDT. Ischemic Stroke in Young Women: A Nested Case-Control Study Using the UK General Practice Research Database. *Stroke* 2004; 35(7): 1574-1578