

ความชุกภาวะความบกพร่องของสมรรถนะทางสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง

The Prevalence of Cognitive Impairment in Post-stroke Patients in Kalasin Hospital and Associated Factors for Cognitive Impairment in Post-stroke Patients

ชนินทร หริการภักดี

Chanintorn Harikarnpukdee, MD

แผนกเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพ

Physical Medicine and Rehabilitation

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Department, Kalasin Hospital

บทคัดย่อ

โรคสมองเสื่อมสามารถเกิดขึ้นตามหลังโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองเป็นการศึกษา Hospital based cross-sectional study กลุ่มตัวอย่าง 214 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งมาปรึกษาแผนกเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2561 ใช้แบบทดสอบ Thai Mental State Examination ใช้สถิติ Logistic Regression Analysis ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง นำเสนอค่า Adjusted Odd Ratio และช่วงเชื่อมั่น 95% confidence interval ผลการศึกษาพบเพศชายร้อยละ 51.87 เพศหญิง 48.13 ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม TMSE 24.71 คะแนน (SD = 2.48) พบความชุกภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองร้อยละ 10.28 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองคือ อายุ ≥ 60 ปี (AOR = 9.64 95% CI: 0.04 – 0.17) พยาธิสภาพด้านซ้ายของสมอง (AOR = 0.23 95% CI: 0.15 – 1.01) พยาธิสภาพทั้ง 2 ด้านของสมอง (AOR = 2.97 95% CI: 1.00 – 4.74) และประวัติการเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (AOR = 15.00 95% CI: 0.89 – 9.39) สรุป ภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบได้บ่อย ดังนั้นการประเมินภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญที่จะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง

ABSTRACT

Poststroke dementia is a dementia which is common occurred after stroke. The aim of this research was to study prevalence of cognitive impairment in stroke patients and to determine the associated factors. This Hospital based cross-sectional studied 214 participants were assessed within the May to August 2018 on Thai Metal State Examination. Logistic Regression Analysis was used to identify associated factors, shown the result as adjusted odd ratio and 95% confidence interval. The results indicated that participants are men 51.87% and women 48.13%. Mean TMSE score was 24.7 (SD = 2.48) and the prevalence of cognitive impairment was 10.28%. The factors that associated with cognitive impairment were patients who had age ≥ 60 years old (AOR = 9.64 95% CI: 0.04 – 0.17), left hemispheric lesion of brain (AOR = 0.23 95% CI: 0.15 – 1.01), bilateral hemispheric lesion of brain (AOR = 2.97 95% CI: 1.00 – 4.74) and history of recurrent stroke (AOR = 15.00 95% CI: 0.89 – 9.39). These findings showed cognitive impairment was common detected in post-stroke patients. Consequently evaluation of cognitive impairment in post-stroke patients is necessary to rehabilitation efficiency. Prevention of recurrent stroke is important to reduce risk of cognitive impairment.

คำสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง

โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง

Keywords

Stroke

Poststroke dementia

Cognitive impairment

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองจัดว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้บ่อย ทำให้เกิดความพิการได้มากและมีอัตราการตายสูง โดยองค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคนและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน⁽¹⁾ ความพิการทางกายจะทำให้ผู้ป่วยสูญเสีย

เสียความสามารถทางร่างกายในการเคลื่อนไหวรวมทั้งการดูแลช่วยเหลือตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู โดยมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ฝึกฝนให้ผู้ป่วยนำเอาความสามารถที่ยังคงเหลืออยู่มาพัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ความสามารถในการเรียนรู้ (cognitive function) ของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อการพัฒนาความสามารถ การมีความบกพร่องในด้านความจำ ความนึกคิด เซว้ปัญญาในด้านต่างๆของสมองซึ่ง

จะนำไปสู่โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง⁽²⁾ โดยพบอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง 7% ที่ปีแรก, 15% ที่ 5 ปี, 23% ที่ 10 ปีและสูงถึง 48% ที่ 25 ปี^(3,4)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง มีผลทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยลดลง⁽⁵⁾ ซึ่งความสามารถในการเรียนรู้มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ประสบความสำเร็จผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองซึ่งนำไปสู่โรคสมองเสื่อม จึงเป็นอุปสรรคสำคัญอย่างยิ่งต่อการฝึกฝนเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยอาจทำให้ผลการรักษาดังกล่าวไม่เป็นไปตามเป้าหมายหรือใช้เวลาในการฟื้นฟูนานกว่าปกติ

การใช้แบบทดสอบสมรรถนะทางสมอง ในการประเมินโรคสมองเสื่อมช่วยในการคัดกรองเบื้องต้นมีความจำเป็นและมีประโยชน์ในการวินิจฉัยและติดตามการรักษาอย่างมาก สามารถทำได้รวดเร็วและเสียค่าใช้จ่ายน้อย โดยแบบทดสอบสมรรถนะทางสมองเบื้องต้นในผู้ป่วยสมองเสื่อมในต่างประเทศมีหลายแบบ อาทิเช่น Mini Mental State Examination (MMSE)⁽⁶⁾, Montreal Cognitive Assessment (MoCA)⁽⁷⁾, และ Neurobehavioral Cognitive State Examination (NCSE)⁽⁶⁾

ในประเทศไทยได้มีการแปลแบบทดสอบของต่างประเทศมาใช้ เช่น Mini Mental State Examination: Thai version (MMSE – Thai 2002)⁽⁸⁾ และได้มีการสร้างแบบทดสอบสมรรถนะทางสมองของไทยขึ้นมาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (Train the brain forum) คือ Thai Mental State Examination (TMSE)⁽⁹⁾ โดยแบบทดสอบนี้ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางเพราะแบบทดสอบนี้สะดวก ใช้เวลา

ทดสอบสั้น (ระยะเวลาเฉลี่ยในการทดสอบต่อคนเท่ากับ 10 นาที) คำถามเข้าใจง่าย ไม่ขึ้นกับระดับการศึกษาและอาชีพของผู้ป่วยและเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยทั่วไปเป็นอย่างดี จึงใช้เป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่ใช้คัดกรอง (Screening test) ที่สร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมและใช้ติดตามประเมินผลการรักษาได้อย่างดี ดังนั้นการนำแบบทดสอบนี้มาใช้ทดสอบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นประโยชน์แก่แพทย์ผู้ดูแลก่อนการพิจารณาวางแผนการบำบัดฟื้นฟู และ ระหว่างให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดของการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งปรึกษามายังแผนกเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2561 และเสร็จสิ้นในเดือนสิงหาคม 2561

วัสดุและวิธีการศึกษา

วัสดุ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งปรึกษาไปยังแผนกเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ซึ่งมีจำนวนประมาณ 80 – 100 คนต่อเดือน โดยทำการคัดเข้าทุกรายที่เข้าเกณฑ์การศึกษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2561 ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบทดสอบ Thai Mental State Examination เพื่อประเมินสมรรถนะทางสมอง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองทุกกลุ่มอายุ ทั้งเพศชายและ

เพศหญิง มีระดับการรู้สติดี สามารถสื่อสารพูดคุยโต้ตอบ อ่านและเขียนหนังสือได้ดี ไม่มีประวัติของการเสพยาเสพติดและพิษสุราเรื้อรัง ไม่ใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทและยาต้านซึมเศร้าและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการใช้ภาษาหรือระดับความรู้สติที่ไม่สามารถสื่อสารกันได้เลยและไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 214 คน

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical study) โดยมีรูปแบบการศึกษาเป็น Hospital based cross-sectional study มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้คือ แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป โดยแบ่งออกเป็น 1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ 2. ปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ พยาธิสภาพที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ด้านของสมองที่มีพยาธิสภาพ ประวัติการเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และประวัติโรคประจำตัว (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถนะทางสมองของไทย ใช้แบบทดสอบ TMSE โดยแบบทดสอบนี้มีคะแนนรวม 30 คะแนน โดยแบ่งคะแนนย่อยเป็น 6 ด้าน คือ การรับรู้ (Orientation) 6 คะแนน การจดจำ (Registration) 3 คะแนน ความใส่ใจ

(Attention) 5 คะแนน การคำนวณ (Calculation) 3 คะแนน ด้านภาษา (Language) 10 คะแนน การระลึกได้ (Recall) 3 คะแนน เกณฑ์การตัดสินค่าปกติของการทดสอบสมรรถนะทางสมองของไทย คือต้องมีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน จากคะแนนรวม 30 คะแนน ค่านี้กำหนดขึ้นมาจากคะแนนเฉลี่ยผู้สูงอายุชาวไทย (อายุ 60-70 ปี) มีค่าคะแนนเฉลี่ย 27.38 คะแนน (SD = 2.02) ดังนั้นเกณฑ์ตัดสินค่าปกติของแบบทดสอบสมรรถนะทางสมองของไทยคือ $27.38 - (2SD)^{(9)}$ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่อายุ < 60 ปี จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาของนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2538)⁽¹⁰⁾ และศุภรศม์ วังทองคำ และคณะ (2551)⁽¹¹⁾ ได้มีการใช้แบบทดสอบ TMSE ในการประเมินผู้ป่วยที่มีอายุ < 60 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและใช้สถิติเชิงพรรณนา กรณีที่เป็นข้อมูลแจกแจงนำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ กรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกติ นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ถ้าข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงของข้อมูลไม่ปกติจะนำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ในส่วนของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อค่าระดับคะแนนรวม TMSE ซึ่งจะบอกถึงภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง ใช้สถิติ Logistic Regression Analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นำเสนอค่า Adjusted odd Ratio (AOR) และ 95% confidence interval (95%CI) โดยทำการศึกษาปัจจัย ได้แก่ อายุ ≥ 60 ปี, ด้านของสมองที่มีพยาธิสภาพ, การมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน, การมีโรคประจำตัว, การสูบบุหรี่ การกำหนดปัจจัยที่ทำการศึกษาโดยเลือกปัจจัยที่สำคัญอาศัยองค์ความรู้จากทฤษฎี^(4,12) และการทบทวนวรรณกรรม^(13,14)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 214 คนที่เข้าร่วมศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นเพศชายร้อยละ 51.87 เพศหญิงร้อยละ 48.13 มีภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง 22 คน เป็นเพศชายร้อยละ 6.31 เพศหญิงร้อยละ 14.56 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของลักษณะทั่วไปและการกระจายตัวของภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนที่พบภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง (ร้อยละ)
รวมทั้งหมด	214	22
เพศ		
ชาย	111 (51.87)	7 (6.31)
หญิง	103 (48.13)	15 (14.56)
อายุ (ปี)		
< 60 ปี	69 (32.24)	0
≥ 60 ปี	145 (67.76)	22 (15.17)
ค่าเฉลี่ย ($\pm$ standard deviation)	63.96 (± 13.69)	77.59 (± 6.80)
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด:สูงสุด)	65 (19:90)	77.5 (64:90)
สถานภาพ		
โสด	12 (5.61)	0
สมรส	183 (85.51)	18 (9.84)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่		
ระดับการศึกษา	19 (8.88)	4 (21.05)
ประถมศึกษา		
มัธยมศึกษา	184 (85.99)	21 (11.41)
อนุปริญญา/ปวช./ปวส	10 (4.67)	0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10 (4.67)	0
อาชีพ	10 (4.67)	1 (10.00)
ไม่ได้ทำงาน		
ทำการเกษตร	90 (42.06)	19 (21.11)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	86 (40.19)	3 (3.49)
รับจ้างทั่วไป	14 (6.54)	0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	24 (11.21)	0
สูบบุหรี่	6 (2.80)	0
ไม่สูบบุหรี่		
สูบ	180 (84.11)	16 (8.89)
	34 (15.89)	6 (17.65)

2. ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง พยาธิสภาพที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบสาเหตุจากหลอดเลือดตีบหรืออุดตันเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 80.37 ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 7.21 เดือน (SD = 5.20) พบพยาธิสภาพด้านขวาของสมองร้อยละ 42.52 ด้านซ้ายร้อยละ 39.25 ทั้ง 2 ด้านร้อยละ 18.22 และประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 15.42 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของลักษณะทางคลินิกและการกระจายตัวของภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางคลินิก	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนที่พบภาวะบกพร่องของ สมรรถนะทางสมอง (ร้อยละ)
รวมทั้งหมด	214	22
พยาธิสภาพที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง		
หลอดเลือดตีบหรืออุดตัน	172 (80.37)	20 (11.63)
หลอดเลือดแตก	42 (19.63)	2 (4.76)
ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (เดือน)		
< 6	101 (47.19)	6 (5.94)
1-12	82 (38.32)	13 (15.85)
> 12	31 (14.49)	3 (9.68)
ค่าเฉลี่ย ($\pm$ standard deviation)	7.21 ($\pm$ 5.20)	9.36 ($\pm$ 3.90)
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด:สูงสุด)	6 (1:21)	9 (4:18)
ด้านของสมองที่มีพยาธิสภาพ		
ขวา	91 (42.52)	4 (4.40)
ซ้าย	84 (39.25)	11 (13.10)
ทั้ง 2 ด้าน	39 (18.22)	7 (17.95)
ประวัติการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่เคย	181 (84.58)	9 (4.97)
เคย	33 (15.42)	13 (39.39)
โรคประจำตัว		
ไม่มี	64 (29.91)	7 (10.94)
มี	150 (70.09)	15 (10.00)
เบาหวาน	72 (33.64)	
ความดันโลหิตสูง	112 (52.34)	
ไขมันในเลือดสูง	28 (13.08)	
โรคหัวใจ	27 (12.62)	

3. ระดับคะแนนของแบบทดสอบสมรรถนะทางสมอง TMSE พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมทั้ง 6 หัวข้อหลักของการทดสอบเท่ากับ 24.71 คะแนน (SD = 2.48) พบภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีคะแนน ≤ 23 ร้อยละ 10.28 ดังแสดงในตารางที่ 3 สำหรับหัวข้อหลักในแบบทดสอบ TMSE 6 หัวข้อนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการทดสอบส่วนใหญ่จะเสียคะแนนในหัวข้อการระลึกได้ร้อยละ 94.39 การคำนวณร้อยละ 83.64 และการรับรู้ร้อยละ 60.28 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละของระดับคะแนน TMSE ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับคะแนน	จำนวน (n=214)	ร้อยละ
≤ 23 คะแนน	22	10.28
> 23 คะแนน	192	89.72
ค่าเฉลี่ย ($\pm$ standard deviation)	24.71	± 2.48
ค่ามัธยฐาน (ต่ำสุด:สูงสุด)	24	15:30

ตารางที่ 4 การเรียงลำดับการเสียคะแนนในหัวข้อหลัก 6 หัวข้อของแบบทดสอบ TMSE ในกลุ่มตัวอย่างจากมากไปน้อยโดยคิดจากจำนวนคนที่เสียคะแนนในแต่ละหัวข้อ

หัวข้อหลักของการทดสอบ	จำนวนคนที่พบเสียคะแนนในแต่ละหัวข้อ	ร้อยละ
1. การระลึกได้	202	94.39
2. การคำนวณ	179	83.64
3. การรับรู้	129	60.28
4. ด้านภาษา	43	20.09
5. ความใส่ใจ	9	4.21
6. การจดจำ	3	1.40

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนรวม TMSE ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับค่าคะแนนรวม TMSE ใช้สถิติ Logistic Regression Analysis ($P < 0.05$) พบว่า อายุ ≥ 60 ปี มีผลต่อค่าคะแนนรวม TMSE (AOR = 9.64 95% CI: 0.04 – 0.17) พยาธิสภาพด้านซ้ายของสมอง (AOR = 0.23 95% CI: 0.15 – 1.01) พยาธิสภาพทั้ง 2 ด้านของสมอง (AOR = 2.97 95% CI: 1.00 – 4.74) และประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (AOR = 15.00 95% CI: 0.89 – 9.39) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับการเกิดภาวะบกพร่องทางการรับรู้

ปัจจัย	B	Std.Err	Wald	Df	P-value	AOR	95% CI of AOR
อายุ ≥ 60 ปี	2.27	1.04	4.76	1	0.029	9.64	0.04 to 0.17
ด้านของสมองที่มีพยาธิสภาพ							
ขวา	0.37	0.48	0.57	1	0.450	1.44	0.43 to 3.38
ซ้าย	1.48	0.65	5.25	1	0.022	0.23	0.15 to 1.01
ทั้ง 2 ด้าน	1.09	0.51	4.50	1	0.034	2.97	1.00 to 4.74
ประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.71	0.53	26.01	1	0.000	15.00	0.89 to 9.39
การสูบบุหรี่	0.73	0.57	1.60	1	0.205	2.07	0.39 to 2.53
การมีโรคประจำตัว	0.04	0.53	0.01	1	0.934	1.05	0.44 to 2.05

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ พบความชุกของภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง ซึ่งอาจนำไปสู่โรคสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 10.28 โดยระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 7.21 เดือน (SD = 5.20) ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์ของโรคสมองเสื่อมที่เกิดตามหลังโรคหลอดเลือดสมองที่พบในปีแรกของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7^(3,4) แต่แตกต่างกับการศึกษาของอลิสรา เตชะไพฑูริย์และคณะ (2543)⁽¹⁵⁾ เป็นการศึกษาสมรรถนะทางสมองของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบทดสอบ TMSE พบความชุกร้อยละ 32 และการศึกษานี้ของนนทกา ภักดีพงษ์และคณะ (2555)⁽¹⁶⁾ เป็นการศึกษาสมรรถนะทางสมองในผู้ป่วยสูงอายุ (> 65 ปี) โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยใช้แบบทดสอบ MMSE – Thai 2002 พบร้อยละ 52.8 แต่ทั้งนี้ความแตกต่างของความชุกของภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบในแต่ละการศึกษา อาจมีความแตกต่างกันในลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ อายุที่ประเมิน ช่วงระยะเวลาที่ประเมินและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองซึ่งอาจนำไปสู่โรคสมองเสื่อมพบว่าอายุ ≥ 60 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง 9.6 เท่า (95% CI: 0.04 – 0.17) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อลิสร่า เตชะไพฑูรย์และคณะ (2543)⁽¹⁵⁾ พบว่าอายุมีผลต่อคะแนนรวม TMSE อย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.016$) กลุ่มผู้ป่วยที่อายุ < 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 25.7 ± 3.5 คะแนน และกลุ่มอายุ ≥ 60 ปีมีคะแนนเฉลี่ย 22.11 ± 6.4 คะแนน และการศึกษาของ Sanjiv K. Saxena (2006)⁽¹⁷⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุ > 81 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง 6.78 เท่า (95% CI: 2.34 – 19.64) พยาธิสภาพด้านซ้ายของสมองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง 0.23 เท่า (95% CI: 0.15 – 1.01) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mehool D. Patel และคณะ (2002)⁽¹⁸⁾ พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง 1.6 เท่า (95% CI : 1.01 – 2.4) และการศึกษาของ James F. Toole และคณะ (2004)⁽¹⁹⁾ พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง 3.5 เท่า (95% CI : -5.3 – -1.8) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้พบว่าพยาธิสภาพทั้ง 2 ด้านของสมองพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง 2.97 เท่า (95% CI: 1.00 – 4.74) และประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง 15 เท่า (95% CI: 0.89 – 9.39) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sarah T. Pendlebury และคณะ(2009)⁽²⁰⁾ ซึ่งพบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคสมองเสื่อมเกิดตาม

หลังโรคหลอดเลือดสมองได้ 10% และความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าถ้าผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

การสูบบุหรี่และการมีโรคประจำตัว ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายสุนีย์ เลิศกระโทกและคณะ (2556)⁽²¹⁾ เป็นการศึกษาความชุกและความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองในผู้สูงอายุพบว่า ไม่พบความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่และการมีโรคประจำตัว การที่ไม่พบความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แล้วไม่สูบบุหรี่ พบการสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 15.89 ส่วนการไม่พบความสัมพันธ์ของการมีโรคประจำตัว อาจเกิดจากการศึกษานี้ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 7.2 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวและมีคะแนนรวม TMSE เท่ากับ 24 คะแนน มีจำนวนร้อยละ 53.33 ถ้าเราตามกลุ่มตัวอย่างต่อไปอาจพบผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองเพิ่มมากขึ้น

สรุป

ภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุ ≥ 60 ปี พยาธิสภาพด้านซ้ายหรือทั้ง 2 ด้านของสมอง และโดยเฉพาะการมีประวัติการเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนดังนั้นการประเมินภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมองเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญที่จะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 29 ก.ย.2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thained.com/pdf>
2. Censori B, Manara O, Agostinis C, Camerlingo M, Casto L, Galavotti B et al. Dementia after first stroke. *Stroke* 1996; 27(7): 1205–10.
3. Kokmen E, Whisnant JP, O’Fallon WM, Chu CP, Beard CM. Dementia after ischemic stroke: a population-based study in Rochester, Minnesota (1960–1984). *Neurology* 1996; 46(1): 154–9.
4. เจษฎา เขียนดวงจันทร์. โรคสมองเสื่อมตามหลังโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย* 2558; 14(3): 146–52.
5. Mysiw WJ, Beegan JG, Gatens PF. Prospective cognitive assessment of stroke patients before inpatient rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil* 1989; 68(4): 168–71.
6. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini Mental State.” A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189–98.
7. Godefroy O, Fickl A, Roussel M, Auribault C, Bugnicourt JM, Lamy C et al. Is the Montral Cognitive Assessment superior to the Mini-Meal State Examination to detect poststroke cognitive impairment? A study with neuropsychological evaluation. *Stroke* 2011; 42(11): 1712–6.
8. อัญชลี เตมียประดิษฐ์, วรัญ ดันชัยสวัสดิ์, ชุมศรี หังสพฤษ, อ้อมทิพย์ พันธุ์ศิริ. Mini-mental state examination (MMSE): แบบทดสอบในการตรวจหาภาวะความพิการทางสมอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2533; 35: 208–16.
9. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช* 2536; 45(6): 359–74.
10. Pongvarin N, Prayoonwivat N, Devahastin V, Viriyavejakul A. Dementia in Thai stroke survivors: analysis of 212 patients. *J Med Assoc Thai* 1995; 78:337–43.
11. Wangtongkum S, Sucharitkul P, Silprasert N, Intrachak R. Prevalence of dementia among population age over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2008; 91(11): 1685–90.
12. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส จำกัด; 2557.
13. Surawan J, Areemit S, Tiamkao S, Sirithanawuth-ichai T, Saensak S. Risk factors associated with post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Int* 2017; 9(3): 63–8.
14. Gwo-Chi Hu, Yi-Min Chen. Post-stroke dementia: epidemiology, mechanism and management. *Int J of Gerontology* 2017; 11(4): 210–4.
15. อลิสรดา เตชะไพฑูรย์, วิษณุ กันทรทิต, อรุณรัตน์ โศภยานันท์. สมรรถภาพสมองของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู* 2543; 9(3): 120–3.
16. นันทกา ภักดีหังส, เจียมจิต แสงสุวรรณ. ภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. *วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2555; 7(1): 66–79.
17. Saxena SK. Prevalence and Correlates of Cognitive Impairment in Stroke Patients in a Rehabilitation Setting. *Inter J Psy Rehabil* 2006; 10(2): 37–47.
18. Patel MD, Coshall C, Rudd AG, Woife CD. Cognitive impairment after stroke: clinical determinants and its associations with long-term stroke outcomes. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50(4): 700–6.
19. Toole J, Bhadelia R, Williamson J, Veltkamp R. Progressive cognitive impairment after stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2004; 13(3): 99–103.
20. Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalance, incidence and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2009; 8(11): 1006–18.
21. สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิตกุลตั้ง. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2556; 43(1): 42–54.