

ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Risk Factors and Prevention of Stroke in Hypertensive Patients

ณฐกร นิลเนตร*

Nathakon nilnate*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เพชรบุรี ประเทศไทย 76000

Faculty of Nursing Science, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi, Thailand, 76000

บทคัดย่อ

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศชาย อายุที่มากขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว การมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและมีระดับความดันโลหิตสูง และ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรักษาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไปยังอวัยวะที่สำคัญโดยเฉพาะสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือภาวะเลือดออกในสมองได้ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแล สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแนะนำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ จึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่จะเกิดขึ้น ในอนาคต

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ความดันโลหิตสูง, ปัจจัยเสี่ยง, การป้องกัน

Abstract

Risk factors of stroke in hypertensive patients divided into 2 parts were 1) personal factors were male, increasing ages, diabetes mellitus, obesity, hyperdyslipidemia, atrial fibrillation, family history with stroke, duration of hypertension illness, and high blood pressure. 2) health behavior factors were no adherence to anti-hypertensive medication, no exercise, inappropriate consuming, alcohol consumption and smoking. If no behavior change or inappropriate treatment will leading to main organ complications especially brain causes ischemic or hemorrhagic stroke. Patient with stroke will confront with remain disability which is effect to patient minds and burden caregiving to the family and also high cost patient care. So, the stroke prevention in hypertensive patients by advice the adherence to anti-hypertensive medication, appropriate consuming, regular exercise, no alcohol consumption and tobacco cessation are important to prevent stroke in the future.

Keywords: Stroke, Hypertension, Risk factors, Prevention

Corresponding Author: * E-mail: best_nathakon@hotmail.com

วันที่รับ (received) 15 ธ.ค. 61 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 มี.ค. 62 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 มี.ค. 62

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ว่าทุกปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก โดย 2 ใน 3 พบในประเทศกำลังพัฒนา และปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า¹ องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก ได้รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกว่าเป็นอันดับ 2 ในประชากรอายุมากกว่า 60 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของประชากรกลุ่มอายุ 15-59 ปี ในแต่ละปีมีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคน ซึ่งมากกว่าคนทั่วโลกที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียรวมกัน² จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556-2560 พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 38.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 43.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 และพบว่าอัตราการตาย จากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 35.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2556 เป็น 47.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 68.3 ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากกลุ่มโรคมะเร็ง³

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควรและเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศเศรษฐกิจ เกิดใหม่ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็นจึงมักจะถูกเรียกว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” (silent killer)¹ จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556-2560 พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2556 เป็น 14,926.47 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2560³ และโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาของ Thai Stroke Registry พบว่ามีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เกิดจากความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 53 นอกจากนี้การศึกษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2553-2554 ใน 24 โรงพยาบาล ทั้ง 6 ภูมิภาคของประเทศไทยนั้นพบว่า มีการรายงานจากการตอบแบบสอบถามว่ามีโรคความดันโลหิตสูงก่อนเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 62.5 และพบว่ามีเพียงร้อยละ 49.1 จาก 558 รายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีใน 120 วันหลังจากเกิดโรค

หลอดเลือดสมอง⁴ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากป่วยเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง มักขาดความตระหนักที่จะให้ความสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตแต่การปล่อยให้มีระดับความดันโลหิตสูงอยู่เป็นในระยะเวลาานาน ประกอบกับการมีพฤติกรรมเสี่ยง ด้านสุขภาพ หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไปยังอวัยวะที่สำคัญ โดยเฉพาะที่สมองทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือภาวะเลือดออกในสมอง⁵ และเมื่อเป็นโรคนี้แล้ว ผู้ป่วยที่แม้ว่าจะรอดชีวิตมก็มี ความบกพร่องหรือมีความพิการของร่างกายตามมา ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ความเป็นอยู่ และสังคมของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแล ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เป็นจำนวนมาก⁶

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีอาการแสดงนานกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีสาเหตุมาจากสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกทางสมองที่ไม่รวมสาเหตุอื่น ที่ทำให้สมองอุดตันหรือแตก เช่น บาดเจ็บ เนื้องอก และการติดเชื้อในสมอง ทั้งนี้จะไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวและมีความบกพร่องทางระบบประสาทที่อาการจะเกิดขึ้นและหายไป ใน 24 ชั่วโมง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะการเกิดโรค (pathological classification) ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (ischemic stroke) และ โรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke)⁷

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับ การยืนยันว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อนแล้ว จึงป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายหลัง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาที่ผ่านมาสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า

เพศ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง

ถึง 2.2 เท่า⁸ และพบว่าในกลุ่มประชาชนทั่วไป ในเพศชายจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิงเป็น 1.67 เท่า⁹

อายุ อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนที่สุด โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงทั้งภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) โดยพบว่าเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองก็จะเพิ่มสูงขึ้น^{10,11} โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย 55 ปี เป็น 2.94 เท่า¹⁰ และส่วนใหญ่พบในช่วงอายุระหว่าง 55-85 ปี แต่โรคหลอดเลือดสมองยังสามารถเกิดขึ้นได้ในวัยเด็กและวัยรุ่น ซึ่งพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ตั้งแต่ทารกหลังคลอด สัปดาห์แรก¹¹

โรคเบาหวาน คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคโรคเบาหวานร่วมด้วยจะเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ 1.6 ถึง 6 เท่า¹² เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมักมีไขมันในเลือดสูง ซึ่งไปเกาะตามผนังหลอดเลือดร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เลือดมีความหนืดและเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองได้¹³

ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹³ โดยในผู้ที่มีระดับไขมัน Low Density Lipoprotein (LDL) สูงกว่าปกติจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด Atherosclerosis ของหลอดเลือดแดง Carotid และภาวะไขมันในเลือดสูงที่สะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือด จะทำให้เกิดการเกาะตัวของไขมันในหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดแดง หรือก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้¹⁴ ส่วนการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง โดยการให้ยาลดไขมันในกลุ่มสแตติน (Statin) สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง หรือป้องกันไม่ให้โรคหลอดเลือดสมองดำเนินไปมากขึ้นได้โดยสามารถใช้อย่างกลุ่มสแตตินร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เหมาะสม¹²

ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ทั้งภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่มีลิ้นหัวใจผิดปกติ (Valvular atrial fibrillation) และหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่ไม่มีลิ้นหัวใจผิดปกติ (Nonvalvular atrial fibrillation) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่ไม่มีลิ้นหัวใจผิดปกติ เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีข้อมูล ทางคลินิกที่แน่นอนเกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰

โรคอ้วน ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มักจะมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง¹⁵ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติถึง 3.24 เท่า¹⁶ และพบว่าในผู้ชาย ที่อ้วนแบบลงพุง โดยมีสัดส่วนระหว่างรอบเอวกับรอบสะโพกมากกว่าปกติ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีส่วนปกติในกลุ่มอายุเดียวกัน¹⁵

การมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีพ่อแม่/ พี่น้องที่เป็นญาติสายตรง มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนจะมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง^{7,17} และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประวัติทางพันธุกรรมป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 32.6 เท่า⁸

ระดับความดันโลหิต กลุ่มที่มีความดันโลหิตค่าล่าง (diastolic) มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตค่าบนมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอทจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น⁹ เนื่องจากระดับความดันโลหิตสูงจะส่งผลกระทบต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลอร์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตค่าบน (systolic) มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอทมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่นถึง 47.6 เท่า และผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตค่าล่าง (diastolic) มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่นถึง 31.9 เท่า⁸ เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรควบคุมระดับความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 120/80 มิลลิเมตรปรอท⁶ และถ้าผู้ป่วยมีความดันโลหิตค่าบน (systolic) มากกว่า 185-220 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตค่าล่าง (diastolic) มากกว่า 120-140 มิลลิเมตรปรอท ให้รีบส่งตัวพบแพทย์โดยด่วน ภายใน 4 นาที¹⁸

2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ควรรับประทานอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามที่กำหนดไม่ควรรับประทานยาเอง สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย ได้รายงานว่าการรับประทานยาอย่าง

สม่ำเสมอ จนกว่าแพทย์จะบอกให้หยุด และการแจ้งให้แพทย์ทราบถึงยาต่างๆ ที่รับประทานอยู่ เช่น ยาคุมกำเนิด ยาแก้ปวด เป็นต้น ช่วยป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากยาบางชนิดที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้¹⁵ ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยามีผลหลายเม็ด อาจรู้สึกเบื่อและหยุดยาเอง ซึ่งการหยุดรับประทานยานั้นจะเป็นผลเสียส่งผลทำให้ความดันโลหิต กลับสูงขึ้น มาอีก และอาจสูงมากจนหลอดเลือดในสมองแตก เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ตามมาได้¹⁹

การออกกำลังกาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 17.8 เท่า⁸ การขาดการออกกำลังกายจะเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยมีโรคอ้วนและเกิดความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะมีผลให้ระดับไขมัน Low Density Lipoprotein (LDL) ลดลง และไขมัน High Density Lipoprotein (HDL) เพิ่มขึ้นทำให้ หลอดเลือดแดงไม่เกิดการแข็งตัว ช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้¹³

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บริโภคอาหาร ไม่เหมาะสมมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 18.3 เท่า⁸ เนื่องจากอาหารรสเค็มมีโซเดียมสูงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ซึ่งมีคอเลสเตอรอลเป็นองค์ประกอบจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้¹³

การดื่มสุรา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งภาวะเลือดออกในสมองและภาวะเนื้อสมองขาดเลือด⁸ และการดื่มสุรา ในปริมาณที่มากเป็นประจำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง 7.6 เท่า¹⁰ และในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุราจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มสุรา 17.09 เท่า เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นในการเกิดเส้นเลือดอุดตันในหลอดเลือดสมอง⁸

การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่หรือเคยมีประวัติการสูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มอื่น 6.19 เท่า¹⁶ เนื่องจากการสูบบุหรี่จะมีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การเพิ่มระดับ

คอเลสเตอรอล การลดระดับของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein) เพิ่มการหลั่งของแคทีโคลามีน (catecholamine) และปริมาณของคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) ที่เพิ่มขึ้นในเลือดของผู้สูบบุหรี่ มีผลต่อการทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดสมองตีบได้ง่าย¹⁸ นอกจากนี้บุหรี่ยังเพิ่มโอกาสการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้เกือบ 2 เท่า เนื่องจากบุหรี่จะทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อม ทำให้ปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะไฟบริโนเจนเพิ่มขึ้นทำให้ออกาสเกิดลิ่มเลือดมีมากขึ้น นอกจากนี้สารนิโคตินในบุหรี่ ยังมีผลเพิ่มระดับความดันโลหิตและสารคาร์บอนมอนอกไซด์มีผลในการลดจำนวนออกซิเจนในเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง⁷

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาของณฐกร นิลเนตร และคณะ¹⁶ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี เป็น 4.55 เท่า อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยเริ่มป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกๆ มีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ อย่าง เช่น การปรับยาหรือวิธีการรักษาที่เหมาะสม การปรับตัวยอมรับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรักษาที่ถูกต้อง ส่วนบุคคลปฏิเสธการรักษา ไม่ดูแลสุขภาพตัวเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสหวานจัด มันจัด เค็มจัด มีความเครียด ความวิตกกังวล จนส่งผลกระทบต่อจิตใจ ซึ่งส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น¹⁶ และในกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม หากได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคตได้²⁰

ผลกระทบจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีความพิการที่เรียกว่า “อัมพาต” หลงเหลืออยู่ มีการสูญเสียการทรงตัวตามปกติ และเคลื่อนไหวลำบาก

หรือ มีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายในส่วนที่เป็นอัมพาต เป็นปัญหาระยะยาวที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ รายละเอียดดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย เกิดภาวะความพิการ ทำให้มีการบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือต้องมีผู้ดูแลที่บ้าน²¹ ระดับความรู้สึกตัวลดลงจนถึงไม่รู้สึกรู้สีกตัว ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย มีความผิดปกติของการพูด อ่าน เขียน ประสาทสัมผัสที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย บางรายที่ไม่สามารถขับเสมาหะได้ ทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เกิดการสำลักอาหารได้ง่าย ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ประสิทธิภาพทางเพศลดลง เกิดแผลกดทับ ข้อติด ติดเชื้ทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ²²

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดและตัดสินใจเองได้ ความจำเสื่อม มีอารมณ์แปรปรวน บางครั้งอาจหัวเราะและร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ความพิการที่หลงเหลืออาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำบทบาทบิดา มารดา สามหรือภรรยาได้เช่นเดิม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลงทำให้ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่พึ่งพาผู้อื่นตลอด²² ร่วมกับมีการสื่อสารบกพร่อง ไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นให้เข้าใจตนเองได้ หรือพูดไม่ชัด ซึ่งอาจเกิดผลกระทบต่อการดูแลของบุคคลในครอบครัว มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบ มองตนเองว่าไม่มีคุณค่า เกิดปัญหาด้านจิตใจ มีอาการโรคซึมเศร้า ซึ่งมักพบในช่วง 6 เดือนถึง 2 ปี ภายหลังเกิดโรค²¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความสุข ไม่อยากพูดคุยกับใคร เก็บตัว แยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากรู้สึกว่ตนเองไม่มีค่า ไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม นอกจากนี้เมื่อเกิดโรคแล้วมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพความพิการและบทบาทที่เปลี่ยนแปลงจึงทำได้ยาก²³

3) ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ คือ การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หรือทำหน้าที่ได้ลดลงอาจกระทบต่อการประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง¹⁹ ขณะเดียวกันบางรายอาจมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่สูงขึ้น ทั้งจากการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับการรักษาและการดำรงชีวิตประจำวันผู้ป่วยบางรายอาจมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ผ้าอ้อม ที่นอนลมสำหรับป้องกันแผลกดทับ เครื่อง

ดูดเสมหะ เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ญาติผู้ดูแลอาจต้องลาออกจากงาน ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น²¹ จากการศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยจะเสียค่าใช้จ่ายสูงสุดถึง 1,959.85 บาท ต่อคนต่อวัน ส่วนใหญ่เป็นค่าที่พัก ค่าเดินทาง²¹ จะพบว่า ในแต่ละปีประเทศต่างๆ จะเสียค่าใช้จ่ายกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งทางตรงและทางอ้อมค่อนข้างสูง โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งทางตรง และทางอ้อมประมาณ 34.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ และประมาณค่าใช้จ่ายทางตรงประมาณ 18.8 พันล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งเป็นค่าดูแลรักษาผู้ป่วยนอก ค่านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ค่ายา การเยี่ยมบ้าน และการมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และประมาณการณค่าใช้จ่าย 140,048 เหรียญสหรัฐต่อผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองหนึ่งราย และค่าใช้จ่ายดังกล่าวประมาณ ร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดจะเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงปีแรกของการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง²³

จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัวแล้ว ยังส่งผลต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หรือการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อจะช่วยให้ลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการเกิดความพิการ ลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นโรคเรื้อรังในอนาคต

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคนี้อาจไม่มีอาการชัดเจนในระยะเริ่มแรก ทำให้ผู้ที่เป็นโรคละเลยต่อการรักษาควบคุมให้ถูกต้องตามวิธีการ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราเกิดโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงได้ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยก่อนการรักษาด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิต ควรประเมินความเสี่ยงโดยรวมของผู้ป่วยต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ใน 10 ปี ข้างหน้าก่อนและวางแผนการรักษา ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้การ

รักษาอย่างเหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง โดยจะเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทันทีในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงโดยรวมต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและ หลอดเลือดสูงและสูงมาก ส่วนในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ควรเริ่มให้ยาถ้าหากความดันโลหิตของผู้ป่วยยังคงอยู่ที่ระดับ มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หลังจากให้คำแนะนำไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน และในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางหรือปานกลางถึงสูง ควรเริ่มให้ยาถ้าหากความดันโลหิตของผู้ป่วยยังคงอยู่ที่ระดับ มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หลังจากให้คำแนะนำไปแล้วอย่างน้อย 1 สัปดาห์โดยการให้ยาลดความดันโลหิตควรเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตเริ่มต้นจากยา 4 กลุ่มนี้ ได้แก่ 1) Thiazide-type diuretics 2) Calcium Channel Blockers (CCBs) 3) Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) และ 4) Angiotensin Receptor Blockers (ARBs)²⁴

การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำการรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) จะเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน (ผัก 1 ส่วนมีปริมาณเท่ากับผักดิบประมาณ 2 ทัพพี (1 ถ้วยตวง) หรือผักสุก 1 ทัพพี (1/2 ถ้วยตวง) ผลไม้ 4 ส่วนต่อวัน (ผลไม้ 1 ส่วนมีปริมาณเท่ากับผลไม้หั่นพอดีคำประมาณ 6-8 ชิ้นหรือผลไม้เป็นผลขนาดกลาง 1 ผลหรือผลไม้เป็นผลขนาดเล็ก 2-4 ผลหรือปริมาณผลไม้ที่วางเรียงชั้นเดียวบนจานรองกาแฟได้พอดี 1 จาน) นมไขมันต่ำ และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ 2-3 ส่วนต่อวัน ธัญพืชข้าวเปลือกแข็ง 7 ส่วนต่อวัน²⁴

การออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยแนะนำให้ออกกำลังกายความหนักระดับ ปานกลาง อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน เพื่อสุขภาพที่ดี โดยในแต่ละวันอาจแบ่งออกกำลังกายเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ครั้งละ 10 นาที วันละ 3 ครั้ง และควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ร่างกายที่กระฉับกระเฉงลดพฤติกรรมนั่งๆ นอนๆ เพื่อช่วยควบคุมน้ำหนักตัว²⁴

ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ในกรณีที่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ไม่แนะนำให้ดื่ม แต่ถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรจำกัดปริมาณดังนี้ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (เช่น เบียร์ = 1/3 ขวดใหญ่, เหล้าขาว 40% = 2/3 เป๊ก, ไวน์ 12% = 1 แก้ว) และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน²⁵

ไม่สูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองได้ การที่แพทย์หรือบุคลากร

ทางการแพทย์ใช้เวลาเพียง 3-5 นาที สามารถทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วย เกิดความรู้สึกอยากเลิกบุหรี่ได้²⁵

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีสาเหตุหลักมาจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารหวาน มัน เค็มจัด การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ เมื่อไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวได้ อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ภายหลังการเจ็บป่วยจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีการสูญเสียการทรงตัวตามปกติ และเคลื่อนไหวลำบากหรือมีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายในส่วนที่เป็นอัมพาต เป็นปัญหาระยะยาวที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการดูแล รักษา และควบคุมระดับความดันโลหิตสูงร่วมกับลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญ เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

References

1. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Geneva, Switzerland: Printed Switzerland; 2014. (in Thai)
2. Bureau of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health. World Stroke Day 2016. Bangkok: Bureau of Non-Communicable Diseases; 2016. (in Thai)
3. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public Health Statistics 2017. Bangkok: Siam Charoen Commercial; 2018. (in Thai)
4. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public Health Statistics 2015. Bangkok: Siam Charoen Commercial; 2016. (in Thai)
5. PhajaNee K. Rehabilitation of Stroke Patients. Bangkok: Textbooks, Journals and Publications Medical Technology Education Mahidol University; 2007. (in Thai)

6. Nijasri C. S. Stroke Epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke*. 2014; 16(1): 1-7.
7. Bureau of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health. Manual for Preventing Chronic Non-communicable Diseases of Tambon Health Promotion Hospital. (3th ed). Bangkok: Office of Veterans Organization Printing Office; 2013. (in Thai)
8. Phutthawong W. At al. Factors Associated with Stroke in Hypertensive Patients, Payao Province. *Journal of Public Health*. 2014; 44(1): 30-45.
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. Satirapanya C., Sathiranya P. & TraiChan C. Prevalence of Risk Factors for Stroke and Depression after Stroke in Phatthalung Province: Cross-sectional study. *Songkhla Nakarin Vejsarn Journal*. 2014; 32(5): 275-282.
11. Grinnon S.T. et al. National Institute of Neurological Disorders and Stroke Common Data Element Project-approach and methods. *ClinicalTrials* (London, England) 2012; 9(3): 322-329.
12. Hajat C. et al. Ethnic Differences in Risk Factors for Ischemic Stroke: A European Case-Control Study. *Stroke*. 2004; 35(7): 1562-1567.
13. Sarnowski B. et 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.
14. Suwanwela N. C. Stroke Epidemiology in Thailand. *Journal of Stroke*. 2014; 16(1): 1-7.
15. Blood Pressure Association of Thailand. Guidelines for the treatment of Hypertension In General Practice 2012 (Revised 2015). Bangkok: Blood Pressure Association of Thailand; 2015. (in Thai)
16. Nilnate N., Jirapornkul C. & Maneenin N. Factors Associated with Stroke in Hypertensive Patients, Buengkan Province. *Journal of Health Education*. 2018; 41(1): 62-75.
17. Chuangchan S. Factors Associated with Stroke in Hypertensive Patients, Bueng Bun Hospital Srisaket Province. *Medical Journal*. 2015; 29(1): 233-239.
18. Neurology Institute and Neurological Nursing Club of Thailand. *Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke*. (1th ed). Bangkok: Thanaplace Company Limited; 2016. (in Thai)
19. Wichai C., Pandongnok S. & Sawanyawisut K. Knowledge of Hypertension. (1th ed) Khon Kaen: Health Promotion Unit, Social Medicine, Srinagarind Hospital; 2015. (in Thai)
20. Sichak P. et al. Factors Related to Self-management to Control Blood Pressure Levels of People with Hypertension. *Journal of Health Education*. 2013; 36(2): 17-29.
21. Singphu K. et al. Cost of Stroke Outpatients Srinagarind Hospital. *Journal of Srinakarin Medical*. 2009; 24 (1): 54-59.
22. Chantra R. et al. Care for Stroke Patients with a Multidisciplinary Team. *Journal of Royal Thai Army Nurses*. 2017; 18 (special): 49-55. (in Thai)
23. Saengsuwan J. Stroke and Effects. *Journal of the Neuroscience Society Northeastern region*. 2012; 7 (3): 39-49.
24. Bureau of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health. *Nursing Course for Non-communicable Diseases in The Community (Diabetes and Hypertension)*. (1thed). Bangkok: Kaew Chao Chom Media and Publishing Center Suan Sunandha Rajabhat University; 2017. (in Thai)
25. Tongsiri S. Cigarettes and Stroke: The more You Smoke, The more Risky. *Journal of Public Health*. 2013; 43(3): 296-312.