

Cardiovascular Risk Factors in Young Adult Patients with Acute Ischemic Stroke

จอม สุวรรณโณ, ปร.ด.*

จุก สุวรรณโณ, พย.ม.**

กรรณิการ์ อังกูร, พย.ม.***

เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, พบ., วว.ประสาทวิทยา****

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

**พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก

และหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

***หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

****อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ด้านประสาทวิทยา และหัวหน้าแผนกอายุรกรรม

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

Jom Suwanno, PhD, RN*

Juk Suwanno, MNS, APN, RN**

Kannika Angkoon, MNS, APN, RN***

Kiatsak Rajborirug, MD, Dip. Neurology****

*Assistant Professor, Walailak University
School of Nursing, Nakhon Si Thammarat

**Advanced Practice Nurse and Head of Stroke
Care Unit, Hat Yai Hospital, Songkhla

***Director of Division of Nursing,
Hat Yai Hospital, Songkhla

****Neurologist and Head of Department of
Medicine, Hat Yai Hospital, Songkhla

Corresponding author:

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

เลขที่ 222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา

จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

โทร.075-67-2101 มือถือ. 096-647-1864

E-mail: jomsuwano@gmail.com

Abstract

Background: The number of acute ischemic stroke in young adults (age 45 years and less) has increased steadily. It is not well established whether young stroke patients had different risk factors as found in adults aged more than 45 years.

Objective: The purpose of this study was to compare risk factors of acute ischemic stroke in young adults and those aged more than 45 years.

Methods: We analyzed data from the stroke registry of Hat Yai Hospital from October 2011 to February 2016. There were 6 major risks factors including hypertension, diabetes, hyperlipidemia, previous stroke, atrial fibrillation, and previous cardiovascular diseases. Two minor risk factors including of smoking, and alcohol drinking. We compared individual risk factors using Chi-square, odds ratios (OR), and 95% confidence interval (95%CI).

Results: There were 3,133 patients with a final diagnosis of acute ischemic stroke, aged 16–85 years (mean 63.7 ± 14.2 years), 1,874 men (59.8%). Young adults were 323 (10.3%) cases. Smoking (OR=1.36, 95%CI 1.08–1.71, $p=0.010$), and alcohol used (OR=2.08, 95%CI 1.65–2.63, $p<0.001$) were associated with acute ischemic stroke in young adult patients. They had less diabetes (OR=0.59, 95%CI 0.44–0.81, $p=0.001$), hypertension (OR=0.39, 95%CI 0.30–0.49, $p<0.001$), dyslipidemia (OR=0.46, 95%CI 0.33–0.64, $p<0.001$), and previous history of stroke (OR=0.64, 95%CI 0.41–0.98, $p=0.038$).

Conclusion: Young adults stroke had higher risk of smoking and alcohol used than did adults aged more than 45 years. Primary and secondary stroke prevention in young adults should be more considered in modification smoking and alcohol consumption. (*J Thai Stroke Soc.* 2018; 17 (2): 5–16.)

Keywords: stroke in young adult, cardiovascular risk factors, ischemic stroke

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่อายุน้อย (stroke in young adults) คือโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดในกลุ่มอายุ 15-45 ปี หรือไม่เกิน 50 ปี นับว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ใหญ่วัยต้นและวัยกลางคนเสียชีวิต พิกการ และสูญเสียปีสุขภาวะ¹ ผู้ใหญ่วัยต้นชาวไทย (<35 ปี) มีอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดและโรคสมองขาดเลือดชั่วคราว ร้อยละ 1.8 และ 3.8 และเพิ่มเป็นร้อยละ 5.0 และ 7.7 ตามลำดับ ในวัยกลางคนอายุ 35-45 ปี² โดยอัตราอุบัติการณ์และความชุกน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกันกับประชากรชาวเอเชียใต้^{3,4} และประชากรทั่วโลก⁵ ปัจจัยเสี่ยงของโรคสมองขาดเลือดในผู้ป่วยอายุน้อย นั้น พบว่าเป็นกลุ่มปัจจัยเดียวกันกับที่พบในผู้ใหญ่วัยปลาย อายุตั้งแต่ 50 ปี และผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปี แต่จำนวนปัจจัยเสี่ยงและอัตราความชุกของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย นั้น มีรายงานทั้งที่พบน้อยกว่า มากกว่า และไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่วัยปลายและผู้สูงอายุ

แม้ว่าผู้ป่วยอายุน้อยจะมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก รวมทั้งมีการฟื้นตัวของระบบประสาทได้เร็วกว่า และมีความพิการหลงเหลือน้อยกว่า⁶ แต่เมื่อติดตามในช่วง 1 ปีจนถึง 10 ปีแรก ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ชนิดที่รุนแรงจากสาเหตุโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (major adverse cardiovascular event [MACE]) ได้แก่ การเสียชีวิต โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดอื่น ๆ ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับผู้ใหญ่วัยปลายและผู้สูงอายุ โดยเกิดการเกิด MACE สัมพันธ์กับเสี่ยงหลายชนิด⁷ ผู้ป่วยอายุน้อย มีอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจทุกชนิดรวมกันในช่วงระยะเวลา 10 ปีแรก ร้อยละ 54 ซึ่งสูงกว่าวัยกลางคน ในกลุ่มอายุ 45-54 ปี และกลุ่มอายุ 55-64 ปี ถึงร้อยละ 20 และ 7 ตามลำดับ⁸ การติดตามระยะยาวในผู้ป่วยอายุน้อย⁹ พบว่าผู้ป่วยชายมีอัตราอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำปีละ 3.04 คน และในผู้หญิง 2.52 คนต่อประชากรร้อยละ 100 โดยอัตราเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำลดลงประมาณร้อยละ 60 บางรายงาน¹⁰

พบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและตอนปลายมีอัตราเสี่ยงการเกิดเป็นซ้ำต่ำกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย แต่ไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าแม้จะมีความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างมากในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา แต่ก็ยังมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 40 ที่ยังคงมีปัจจัยเสี่ยงเดิมอยู่ และแนวโน้มอุบัติการณ์การกลับเป็นซ้ำสูงใกล้เคียงกับผู้ป่วยทุกช่วงวัย

การป้องกันและลดความเสี่ยงของ MACE ในผู้ป่วยอายุน้อยให้ได้ผล นั้น จึงต้องจัดการลดปัจจัยเสี่ยงที่จำเพาะตามกลุ่มวัย การศึกษาในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง และการสูบบุหรี่ ทำให้ MACE เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย¹¹ และในผู้ป่วยอายุน้อย^{12,13} มีงานวิจัยทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยที่ศึกษาโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อยในประเด็นเรื่องการฟื้นฟูสภาพ¹⁴ สาเหตุทางพยาธิสภาพ และปัจจัยเสี่ยง^{15,16} อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังมีข้อมูลจำกัดของการศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ป่วยอายุน้อยและกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี^{15,16} ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพิจารณาเลือกแนวทางการป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติการณ์ชนิดที่รุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบจำนวน และความชุกของปัจจัยเสี่ยงของโรคสมองขาดเลือดที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย (15-45 ปี) กับผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี และในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (<40 ปี) กับวัยกลางคน (40-45 ปี)

กรอบแนวคิด

ปัจจัยเสี่ยงของโรคสมองขาดเลือด เป็นปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเดียวกันกับที่ทำให้เกิด MACE^{7,17} เกือบทั้งหมดเป็นปัจจัยที่สามารถจัดการป้องกันได้ จำแนกเป็นสองกลุ่ม คือ (1) ปัจจัยเสี่ยงหลัก (major cardiovascular risk factor) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันคอเลสเตอรอลสูง ไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง และหรือไขมัน

เอชดีแอลต่ำ ผู้ที่มีประวัติเคยเกิดโรคสมองขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว โรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดอื่นและอายุที่เพิ่มขึ้น และ (2) ปัจจัยเสี่ยงรอง (minor cardiovascular risk factor) ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ น้ำหนักตัวเกินและอ้วน ไขมันแอลดีแอลสูง การทำกิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรงน้อย การบริโภคอาหารที่เป็นผลเสียต่อหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ เป็นทั้งสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจนทำให้ขาดเลือด (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhage stroke) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากเอเชีย⁴ และประเทศไทย² พบอุบัติการณ์ของโรคสมองขาดเลือดประมาณ ร้อยละ 70-80 ซึ่งสูงกว่าโรคหลอดเลือดสมองแตก

โรคสมองขาดเลือดแต่ละชนิด (stroke subtypes) มีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาจำแนกสาเหตุตามเกณฑ์ Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment หรือ TOAST¹⁸ ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่แข็ง (large-artery atherosclerosis [LAA]) โรคของหลอดเลือดขนาดเล็กที่อยู่ลึกในสมอง (small-vessel disease [SVD]) โรคหัวใจซึ่งเป็นสาเหตุของลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมอง (cardioembolism source [CE]) โรคสมองขาดเลือดจากสาเหตุอื่นที่สามารถระบุได้ ที่นอกเหนือจาก LAA, SVD หรือ CE (other specific disease etiology [ODE]) และสาเหตุอื่นที่ไม่สามารถจำแนกได้แน่ชัด (undetermined etiology [UND]) ลักษณะพยาธิสภาพของโรคสมองขาดเลือดกลุ่มที่สามารถระบุสาเหตุได้ ที่พบบ่อยผู้ป่วยอายุน้อย ชาวไทย¹⁵ และชาวเอเชีย¹⁹ คือ SVD, LAA หรือ CE โดยสองสาเหตุแรกนั้นมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ผู้ที่เคยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนปัจจัยเสี่ยงของ CE ที่พบมากที่สุดคือ ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว

หลักฐานความรู้ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการเกิด MACE มีอัตราเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับสาเหตุทางพยาธิสภาพ และอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงจำนวนและชนิดของปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันตามกลุ่มวัย ระหว่างผู้ป่วยอายุน้อย กับผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี ผู้ป่วยอายุ

ยิ่งมากจึงมีอัตราการเกิด MASE สูงกว่ากลุ่มอายุน้อย ซึ่งเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านอายุ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงรองแต่ละชนิดที่แตกต่างกัน^{12,13,16} รายงานในประเทศไทย พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของพยาธิสภาพแบบ SVD สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดผิดปกติ โดยผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์ของ SVD เพิ่มขึ้นประมาณ 14 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูง อัตราอุบัติการณ์เพิ่มสูงประมาณ 7 เท่าในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน และ 6 เท่าในผู้ที่มีไขมันสูง¹⁶ รายงานวิจัยที่ติดตามผลลัพธ์ระยะยาว¹³ พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลว โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยอิสระทำนายการเกิด MACE เช่นเดียวกับลักษณะพยาธิสภาพแบบ LAA มีอัตราการตายเพิ่มเป็น 4 เท่าเมื่อเทียบกับ SVD แต่สาเหตุจาก CE, ODE และ UND มีอัตราการตายไม่ต่างจาก SVD และอายุที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 ปี จะเพิ่มอัตราเสี่ยงการเกิด MASE เป็น 1 เท่า การศึกษานี้จึงมีสมมติฐานว่าจำนวน และชนิดของปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงรองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมีความแตกต่างกันตามกลุ่มวัย

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีวิจัยเชิงบรรยาย วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม เป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีบันทึกการมารักษาในระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke registry) ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2554 จนถึง กุมภาพันธ์ 2559 โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 700 เตียง มีการจัดการเรียนการสอนแพทยศาสตรบัณฑิตคลินิก และรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลาและจากจังหวัดใกล้เคียง ผู้ป่วยทุกรายทุกรายได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากอาการทางคลินิก ร่วมกับการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเมื่อมาถึงแผนกฉุกเฉิน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้วินิจฉัยยืนยันโรค

ในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล 52 เดือน มีผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 3,226 ราย จัดกลุ่มตัวอย่างออก 93 ราย เนื่องจากไม่ได้บันทึกข้อมูลอายุ 3 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 32 ราย โรคสมองขาดเลือดชั่วคราว 39 ราย และโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ระบุชนิด 9 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ 3,133 ราย อายุตั้งแต่ 16-85 ปี (เฉลี่ย 63.7 ± 14.2 ปี) เพศชาย 1,874 ราย (59.8%) และเป็นผู้ป่วยอายุน้อย (≤ 45 ปี) 323 ราย (10.3%) เพศชาย 207 ราย (64.1%) ในกลุ่มอายุน้อย พบว่า เป็นผู้ใหญ่ วัยต้น (18-39 ปี) 151 ราย (46.7%) เพศชาย 92 ราย (60.9%)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกด้านโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทบทวนและสรุปรายงานทางการแพทย์ที่บันทึกอยู่ในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย ผลการตรวจวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและหรือญาติ ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย (1) ลักษณะส่วนบุคคล ด้านอายุ และเพศ (2) ปัจจัยเสี่ยงหลัก 6 ชนิด คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว และประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดอื่น และ (3) ปัจจัยเสี่ยงรอง 2 ชนิด คือ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการวินิจฉัยปัจจัยเสี่ยงข้างต้น ด้วยวิธีการต่อไปนี้ (1) สัมภาษณ์จากผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับประวัติการวินิจฉัยและหรือเคยรักษาโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต อัมพฤกษ์ โรคหัวใจ (2) การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา (3) ทบทวนแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัย และรักษาปัจจัยเสี่ยงในข้อ 1 และ 2 และ (4) ผลการตรวจในครั้งที่มารักษาปัจจุบัน หากพบค่าความดันโลหิตซิสทอลิก ≥ 140 มม.ปรอท และหรือ

ไดแอสทอลิก ≥ 90 มม.ปรอท อย่างน้อย 3 ครั้ง ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting plasma glucose) ≥ 126 มก.ดล. ค่าไขมันคอเลสเตอรอล ≥ 200 มก.ดล. ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว รวมถึงอาการและผลตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจชนิดอื่น

ข้อมูล stroke registry ที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้เขียนคนที่สองเป็นหัวหน้าโครงการ โดยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโดยความเห็นชอบของแผนกบริการผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และฝ่ายการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เปรียบเทียบอัตราส่วนของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิด ระหว่างผู้ป่วยอายุน้อย (≤ 45 ปี) กับผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี และในผู้ป่วยอายุน้อย วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (< 40 ปี) กับผู้ป่วยอายุน้อยวัยกลางคน (40-45 ปี) โดยใช้ค่าไคสแควร์ ค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio [OR]) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (confidence interval [95%CI]) เปรียบจำนวนปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงรอง และทุกปัจจัย ใช้สถิติทดสอบทีของสองกลุ่มอิสระ (independent *t*-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเปรียบเทียบที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ชนิดและจำนวนปัจจัยเสี่ยง

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มรวม คือ ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ตามลำดับ สองในสามราย (67.3%) มีปัจจัยเสี่ยงหลักอย่างน้อยหนึ่งชนิด หรือมีปัจจัยเสี่ยงหลักและรองรวมกันอย่างน้อยสองชนิด (68.1%) ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดตามลำดับในผู้ป่วยอายุน้อย คือ สูบบุหรี่ดื่มแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ในผู้ป่วยอายุน้อย พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลักชนิดใดชนิดหนึ่ง (48.6%) และสองในสามรายมีปัจจัยเสี่ยงหลักและรองรวมกันอย่างน้อยสองชนิด (67.2%)

เปรียบเทียบชนิดของปัจจัยเสี่ยง

ชนิดของปัจจัยเสี่ยงที่พบในผู้ป่วยอายุน้อยในอัตราต่ำกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี มี 4 ชนิด คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และประวัติเคยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่พบในผู้ป่วยอายุน้อยสูงกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี คือ การ

สูบบุหรี่ หรือการดื่มแอลกอฮอล์อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่าง เมื่อวิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยพบความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยวัยกลางคนเป็นอัตราสูงกว่าผู้ป่วยวัยต้น ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่เหลือพบอัตราความชุกไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 ชนิดและจำนวนปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดกลุ่มรวมและกลุ่มอายุน้อย

ปัจจัย		กลุ่มรวม (N = 3,133)		กลุ่มอายุน้อย (N = 323)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย		1,874	59.8	207	64.1
กลุ่มตัวอย่างรวม (n=3,233) อายุ ≤45 ปี		323	10.3		
กลุ่มผู้ใหญ่อายุน้อย (n=323) อายุ <40 ปี				151	46.7
ความดันโลหิตสูง		1,852	59.1	123	38.1
เบาหวาน		751	24.0	53	16.4
ไขมันในเลือดสูง		789	25.2	46	14.2
เคยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง		339	10.8	27	7.4
ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว		79	2.5	6	1.9
สูบบุหรี่		1,542	49.2	181	56.0
ดื่มแอลกอฮอล์		1,238	39.5	180	55.7
สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์		1,095	35.0	159	49.2
ปัจจัยเสี่ยงหลัก	≥1 ชนิด	2,108	67.3	157	48.6
	≥2 ชนิด	1,146	36.6	71	22.0
	≥3 ชนิด	472	15.1	22	6.8
	4 ชนิด	84	2.7	2	0.6
ปัจจัยเสี่ยงรอง	≥1 ชนิด	1,685	53.8	159	49.2
	2 ชนิด	1,095	35.0	202	62.5
ปัจจัยเสี่ยงหลัก + บุหรี่	≥1 ชนิด	2,731	87.2	258	79.9
	≥2 ชนิด	1,614	51.5	119	36.8
	≥3 ชนิด	728	23.2	41	12.7
	≥4 ชนิด	237	7.6	14	4.3
	5 ชนิด	42	1.3	1	0.3
ปัจจัยเสี่ยงหลักและรองรวมทุกชนิด	≥1 ชนิด	2,772	88.5	270	83.6
	≥2 ชนิด	2,133	68.1	217	67.2
	≥3 ชนิด	1,060	33.4	82	25.4
	≥4 ชนิด	441	14.1	32	9.9
	≥5 ชนิด	154	4.9	11	3.4
	6 ชนิด	30	1.0	1	0.3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความชุกของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดและจำนวนที่พบในผู้ป่วยอายุน้อยกับผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี และระหว่างผู้ป่วยอายุน้อยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกับวัยกลางคน

ชนิดปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มรวม (N = 3,133)				ผู้ป่วยอายุน้อย (N = 323)			
	อายุ ≤45 ปี (n = 323)		อายุ>45 ปี (n = 2,810)		อายุ <40 ปี (n = 151)		อายุ 40–45 ปี (n = 172)	
ความดันโลหิตสูง	123(38.1)	1729(61.5)	65.91(<0.001)***	0.39(0.30–0.49) ^{MA}	46(30.5)	77(44.8)	7.03(0.008)**	0.71(0.55–0.93) ^{YA}
เบาหวาน	53(16.4)	698(24.8)	11.30(0.001)**	0.59(0.44–0.81) ^{MA}	22(14.6)	31(18.0)	0.69(0.403)	0.87(0.62–1.22)
ไขมันในเลือดสูง	46(14.2)	743(26.4)	22.88(<0.001)***	0.46(0.33–0.64) ^{MA}	17(11.3)	29(16.9)	2.07(0.151)	0.76(0.51–1.13)
เคยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	24(7.4)	315(11.2)	4.29(0.038)*	0.64(0.41–0.98) ^{MA}	7(4.6)	17(9.9)	3.22(0.073)	0.61(0.32–1.14) ^{YA}
ภาวะหัวใจเต้นผิด	6(1.9)	73(2.6)	0.64(0.422)	0.71(0.31–1.64)	4(2.6)	2(1.2)	0.98(0.321)	0.43(0.08–2.39)
สูบบุหรี่	181(56.0)	1361(48.4)	6.70(0.010)*	1.36(1.08–1.71)	78(51.7)	103(59.9)	2.21(0.137)	0.84(0.66–1.06)
ดื่มแอลกอฮอล์	180(55.7)	1058(37.3)	39.61(<0.001)***	2.08(1.65–2.63)	82(54.3)	98(57.0)	0.23(0.630)	0.94(0.75–1.19)
สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	159(49.2)	936(33.3)	32.28(<0.001)***	1.94(1.54–2.45)	69(45.7)	90(52.3)	1.41(0.234)	0.87(0.68–1.09)
สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์	159(49.2)	936(33.3)	32.79(<0.001)***		69(45.7)	90(52.3)	1.45(0.485)	
สูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์	43(13.3)	547(19.5)			22(14.6)	21(12.2)		
ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์	121(37.5)	1327(47.2)			60(39.7)	61(35.5)		

หมายเหตุ คำสำคัญทางสถิติ ****p*<0.001; ***p*<0.01; **p*<0.05

^{MA} ผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี มีความชุกและค่าสัดส่วนความเสี่ยง (odds ratio [OR]) ของปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้สูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อย (≤45 ปี) ได้แก่ เบาหวาน (OR=1.05, 95%CI 1.02–1.07) ความดันโลหิตสูง (OR=1.11, 95%CI 1.08–1.13) ไขมันในเลือดสูง (OR=1.07, 95%CI 1.04–1.09) และประวัติเคยเกิดโรคหลอดเลือดตีบตัน (OR=1.04, 95%CI 1.01–1.07)

^{YA} ผู้ป่วยอายุน้อยวัยกลางคน (อายุ 40–45 ปี) มีความชุกและค่าสัดส่วนความเสี่ยง (odds ratio [OR]) ของปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้สูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ <40 ปี) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (OR=1.85, 95%CI 1.17–2.93) และประวัติเคยเกิดโรคหลอดเลือดตีบตัน (OR=2.25, 95%CI 0.91–5.59)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนปัจจัยเสี่ยงเฉลี่ยในผู้ป่วยอายุน้อยกับผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี และผู้ป่วยอายุน้อยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกับวัยกลางคน

จำนวนปัจจัยเสี่ยง ค่าเฉลี่ย (SD)	Median	กลุ่มรวม			t-test
	(IQR)	รวม (N = 3,133)	อายุ ≤45 ปี (n = 323)	อายุ >45 ปี (n = 2,810)	(p-value)
ปัจจัยเสี่ยงหลัก	1(0,2)	1.22(1.11)	0.78(0.96)	1.27(1.11)	8.45(<0.001)***
ปัจจัยเสี่ยงรอง	1(0,2)	0.89(0.89)	1.12(0.92)	0.86(0.88)	4.74(<0.001)***
ปัจจัยเสี่ยงหลัก + การสูบบุหรี่	2(1,2)	1.71(1.31)	1.34(1.03)	1.75(1.15)	6.64(<0.001)***
ปัจจัยเสี่ยงหลักและรองรวมทุกชนิด	2(1,3)	2.10(1.73)	1.90(1.24)	2.13(1.32)	3.11(0.002)**

จำนวนปัจจัยเสี่ยง ค่าเฉลี่ย (SD)	Median	กลุ่มอายุน้อย			t-test
	(IQR)	รวม (N = 323)	อายุ <40 ปี (n = 151)	อายุ 40-45 ปี (n = 172)	(p-value)
ปัจจัยเสี่ยงหลัก	0(0,1)	0.78(0.96)	0.64(0.88)	0.91(1.01)	2.55(0.011)*
ปัจจัยเสี่ยงรอง	0(1,2)	1.12(0.92)	1.06(0.93)	1.17(0.92)	1.06(0.291)
ปัจจัยเสี่ยงหลัก + การสูบบุหรี่	1(1,2)	1.34(1.07)	1.15(0.91)	1.51(1.12)	3.14(0.002)**
ปัจจัยเสี่ยงหลักและรองรวมทุกชนิด	2(1,3)	1.90(1.25)	1.70(1.12)	2.08(1.33)	2.76(0.006)**

หมายเหตุ ค่าสำคัญทางสถิติ *** $p<0.001$; ** $p<0.01$; * $p<0.05$

เปรียบเทียบจำนวนปัจจัยเสี่ยง

ตารางที่ 3 ผู้ป่วยอายุน้อยมีปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงรอง และปัจจัยเสี่ยงทุกชนิดจำนวนเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี อย่างมีค่าสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มอายุน้อยวัยกลางคนมีปัจจัยเสี่ยงหลัก และปัจจัยเสี่ยงทุกชนิดจำนวนเฉลี่ยมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยวัยต้น

อภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่มีอายุน้อย (≤ 45 ปี) มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงและชนิดของปัจจัยเสี่ยงหลัก 4 ชนิด และปัจจัยเสี่ยงรอง 2 ชนิดที่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี เช่นเดียวกับที่พบเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะในผู้ป่วยอายุน้อยระหว่างผู้ใหญ่วัยต้น (<40ปี) กับวัยกลางคน (40-45 ปี) โดยพบว่าผู้ป่วยอายุน้อยมีจำนวนปัจจัยเสี่ยง และความชุกของปัจจัยเสี่ยง 4 ชนิดในอัตราต่ำกว่ากลุ่ม

ผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และประวัติเคยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยกเว้นปัจจัยเสี่ยงรองการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ที่พบอัตราความชุกในผู้ป่วยอายุน้อยเป็นอัตราสูงกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี

ผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยอายุน้อยมีความชุกของความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และประวัติเคยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในอัตราต่ำกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี อย่างมีค่าสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาอื่นที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ทั้งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีกลุ่มตัวอย่างทุกช่วงวัย^{2,7} และในผู้ป่วยอายุน้อย²⁰ หลักฐานนี้เป็นข้อยืนยันว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชาวไทย มีชนิดปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงการเกิด MACE เช่นเดียวกับรายงานอื่นในชาวเอเชีย⁴ และชาวตะวันตก^{5,7,9} โดยความชุกของปัจจัย

เสี่ยงหลักทั้ง 4 ชนิดจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยกลางคนและสูงอายุ ในการศึกษานี้ยังพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงชนิดที่พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับ 1 ทั้งในกลุ่มอายุน้อย (38.1%) และกลุ่มอายุมากกว่า 45 ปี (61.5%) โดยในกลุ่มอายุน้อย พบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาในผู้ป่วยสมองขาดเลือดอายุน้อยชาวฟินแลนด์¹³ ซึ่งพบร้อยละ 38.3 และร้อยละ 6.7 ตามลำดับ แต่ผู้ป่วยชาวไทยในการศึกษานี้มีปัจจัยเสี่ยงไขมันในเลือดสูงร้อยละ 14.2 เป็นอัตราต่ำกว่าที่พบในชาวฟินแลนด์ซึ่งพบร้อยละ 64.0 อัตราความชุกที่แตกต่างกันนี้เนื่องจากในการศึกษานี้ใช้เฉพาะค่าไขมันคอเลสเตอรอลสูงเท่านั้น แต่การศึกษาในผู้ป่วยชาวฟินแลนด์วินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติจากค่าไขมันชนิดใดชนิดหนึ่งทั้ง 3 ชนิด คือไขมันคอเลสเตอรอลสูง หรือไขมันแอลดีแอลสูงกว่าปกติ หรือไขมันเอชดีแอลต่ำกว่าปกติ ส่วนประวัติการเกิดโรคสมองขาดเลือดนั้นไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบ เนื่องจากการศึกษาในผู้ป่วยชาวฟินแลนด์มีเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยเกิดโรคสมองขาดเลือด แต่ในการศึกษานี้พบผู้ป่วยประมาณร้อยละ 11 เคยเกิดโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อน¹³

ปัจจัยเสี่ยงหลัก 4 ชนิด คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และประวัติเคยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นั้น พบความชุกในผู้ป่วยอายุน้อยเป็นอัตราต่ำกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี สอดคล้องกับรายงานอื่นดังที่กล่าวมาแล้ว^{2,7,20} แต่การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยวัยต้นมีความชุกของความดันโลหิตสูงมากกว่าไขมันในเลือดสูงประมาณร้อยละ 15 ตรงกันข้ามกับรายงานก่อนหน้านี้ ที่พบว่าไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่ง โดยพบบ่อยกว่าความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 30 ส่วนโรคเบาหวานในการศึกษานี้พบสูงกว่าในรายงานก่อนหน้านี้ถึงร้อยละ 10 คิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อ 3.6 ลักษณะความชุกที่แตกต่างกันนี้มีความเป็นไปได้ว่าเป็นลักษณะที่แตกต่างกันจริง หรืออาจเนื่องจากใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่ต่างกัน ในการศึกษานี้วินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดสูงโดยพิจารณาเฉพาะค่าไขมันคอเลสเตอรอล ซึ่งแตกต่างจากรายงานอื่นที่วินิจฉัยจากไขมันคอเลสเตอรอลสูง หรือไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง¹⁶

รายงานวิจัยนี้ ได้วิเคราะห์ให้เห็นถึงลักษณะชนิดและจำนวนปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มวัย มีรายงานของประเทศสวีเดน¹³ ในผู้ป่วยอายุน้อย 15-49 ปี เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มผู้ป่วยวัยต้น (อายุ 15-45 ปี) กับวัยกลางคน (อายุ 45-49 ปี) ผลพบว่ากลุ่มวัยกลางคนมีความชุกของปัจจัยเสี่ยงความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันคอเลสเตอรอลในอัตราสูงกว่าผู้ป่วยวัยต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบอัตราความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยวัยกลางคนสูงกว่าวัยต้น รวมทั้งพบเบาหวาน และไขมันในเลือดสูงในอัตราค่อนข้างสูงกว่า อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อแตกต่างบางประการจากรายงานของสวีเดน คือ (1) การศึกษานี้ใช้เกณฑ์เดิมในการจำแนกโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อยคือไม่เกิน 45 ปี ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างนี้ไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มอายุ 49 ปี ซึ่งในช่วงอายุที่ต่างกันสี่ปี นั้น น่าจะยังพบความชุกของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดเพิ่มขึ้น และ (2) การแบ่งกลุ่มย่อยสองกลุ่มเป็นผู้ใหญ่วัยต้นกับวัยกลางคน นั้น จึงเป็นช่วงอายุที่ต่างกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยวัยต้นในการศึกษาของสวีเดนก็คือกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอายุน้อยเกือบทั้งหมดของการศึกษานี้ การเปรียบเทียบโดยอ้างอิงช่วงอายุที่แตกต่างกันก็อาจพบผลการศึกษาที่สอดคล้องกันหรืออาจขัดแย้งกันก็ได้ ซึ่งในรายงานของสวีเดนไม่ได้อธิบายเหตุผลในการใช้จุดตัดช่วงอายุที่ 45 ปี เป็นเกณฑ์แบ่งกลุ่มย่อย แต่ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มย่อยโดยใช้ค่ามัธยฐานอายุของกลุ่มตัวอย่างเป็นเกณฑ์สำหรับปัจจัยเสี่ยงหลักอีกสองชนิด คือ ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบน้อยกว่าปัจจัยเสี่ยงชนิดอื่นเช่นเดียวกับที่พบในรายงานอื่น^{12,16}

บุหรีและการตีพิมพ์แอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงรองที่สัมพันธ์กับการเกิด MACE การศึกษานี้พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ ประมาณสองในห้าดื่มแอลกอฮอล์ และหนึ่งในสามมีปัจจัยเสี่ยงทั้งสองชนิด ผู้ป่วยอายุน้อยจำนวนเกินกว่าครึ่งสูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์ และเกือบครึ่งมีปัจจัยเสี่ยงทั้งสองชนิด สอดคล้องกับรายงานทบทวนความรู้¹⁷ ที่พบว่าชาวเอเชียที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ แยกในเพศชาย ร้อยละ 40-60 และเพศหญิง

ร้อยละ 3-15 สำหรับปัจจัยเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ในการศึกษานี้มีอัตราสูงกว่ารายงานจากสวีเดน¹³ อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยชาวสวีเดนนั้นรายงานเฉพาะกลุ่มที่ดื่มหนัก (heavy drinking) ซึ่งมีร้อยละ 16.6 แต่ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจำแนกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นดื่มกับไม่ดื่มโดยมิได้แยกปริมาณการดื่ม อีกทั้งมิได้วิเคราะห์ว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นหรือไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคสมองขาดเลือด เพียงแต่เปรียบเทียบให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่อายุน้อยกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี มีอัตราความชุกของปัจจัยเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกันหรือไม่ต่างกัน การศึกษาอื่น ๆ ในประเทศไทย^{2,15} มีรายงานความชุกการสูบบุหรี่แต่ไม่มีรายงานการดื่มแอลกอฮอล์ จึงไม่มีข้อมูลสำหรับการเปรียบเทียบความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ แต่จากรายงานทบทวนความรู้และวิเคราะห์อภิมานจากงานวิจัยของต่างประเทศ²¹ พบว่าปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มที่ดื่มมากในปริมาณ 2-4 ดริงค์ต่อวัน (drink per day) หรือดื่มหนักในปริมาณมากกว่า 4 ดริงค์ต่อวัน เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดอย่างมีค่าสำคัญทางสถิติ โดยค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk [RR]) เท่ากับ 1.08 (95%CI 1.01-1.15) และ 1.14(95%CI 1.02-1.28) ตามลำดับ ส่วนการดื่มในปริมาณเล็กน้อยและปานกลางนั้น ไม่เพิ่มความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ได้คำตอบชัดเจนว่าผู้ป่วยอายุน้อยมีปัจจัยเสี่ยงรองอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างรวมกันในอัตราสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป เมื่อวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบจำนวนปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงรอง และรวมทุกปัจจัย ก็ได้คำตอบเช่นเดียวกันคือพบจำนวนปัจจัยเสี่ยงยิ่งเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุมากกว่า 45 ปี แต่ในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย นั้นพบว่าโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ใหญ่วัยต้นและวัยกลางมีจำนวนปัจจัยเสี่ยงพอ ๆ กัน แต่เมื่อวิเคราะห์แยกในกลุ่มที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ กันจะพบว่าผู้ป่วยวัยกลางคนมีจำนวนปัจจัยเสี่ยง 2-4 ปัจจัยในอัตราสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อย สะท้อนให้เห็นว่าวัยกลางคนน่าจะมีแนวโน้มการเกิด MACE ในอัตราสูงกว่า

ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีอัตราความชุกของปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงรองแต่ละชนิดสูงพอ ๆ กับรายงานของชาวเอเชีย ปัจจัยเหล่านี้เป็นทั้งสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง และการเกิด MACE ดังที่ได้เสนอมาแล้ว ข้อมูลจากโครงการวิจัยระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองของไทย (Thai Epidemiologic Stroke [TES]) ในกลุ่มประชากร 45-84 ปี ทั่วประเทศ³ เมื่อวิเคราะห์เทียบกับผู้ที่ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความชุกของปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยเสี่ยงรองสูงกว่าอย่างมีค่าสำคัญทางสถิติ ทั้งความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ การติดตามในระยะเวลา 5 ปีหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อย¹³ พบอัตราการตายเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการตาย ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว เบาหวาน การดื่มแอลกอฮอล์หนักมาก และเมื่อติดตามต่อเนื่องในระยะเวลา 10 ปี¹² ก็พบอัตราการตายเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเช่นกัน และผู้ที่เคยเลิกบุหรี่แล้วกลับมาสูบบุหรี่มีอัตราการเสี่ยงการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 16 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่กลับมาสูบบุหรี่อีก นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว หลักฐานความรู้ปัจจุบันพบว่าภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นอีกหนึ่งในกลุ่มปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง^{17,22} แต่ในรายงานวิจัยนี้มิได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดอายุน้อยกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี อย่างไรก็ตาม การศึกษาในชาวตะวันตกพบว่าไม่เป็นกลุ่มปัจจัยทำนายอุบัติการณ์โรคสมองขาดเลือดกลับเป็นซ้ำ^{9,13}

จากผลการวิจัยนี้ เมื่อพิจารณาจากชนิด และจำนวนของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดที่พบนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยกลุ่มนี้มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกันหลายชนิด โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่น ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันคอเลสเตอรอลสูง จะพบมากขึ้นตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันคอเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุน้อย อัตราความชุก และจำนวนปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยวัยกลางคน โดยส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่สองชนิดขึ้นไป และผู้ป่วยอายุน้อยยังมีการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์

แผนการรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นซ้ำ และการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดอื่นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อย จึงควรกำหนดแนวทางปฏิบัติและคู่มือการปฏิบัติที่มีรายละเอียดชัดเจนในการระบุปัจจัยเสี่ยง เช่น แนวทางการประเมินเพื่อวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง การใช้ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และหรือควบคู่กับค่าฮีโมโกลบินเอวันซีเป็นแนวทางวินิจฉัย เบาหวาน ใช้ค่าไขมันคอเลสเตอรอลร่วมกับไขมันชนิดร้ายตัวอื่น ทั้งไขมันไตรกลีเซอไรด์ ไขมันเอชดีแอล และไขมันแอลดีแอล สำหรับวินิจฉัยภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถคัดกรองปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้อย่างแม่นยำและระบุจำนวนปัจจัยเสี่ยงครบถ้วน รวมทั้งกำหนดแนวทางการรักษาพยาบาลเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ในผู้ป่วยอายุน้อยจะต้องเน้นย้ำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนากระบวนการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงของผู้ป่วย เพื่อให้มีการติดตามประเมินผลการรักษาพยาบาล การเฝ้าระวัง และการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับชนิดและจำนวนของปัจจัยเสี่ยง จะทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลทั้งในขณะที่เข้ารับการรักษาอยู่โรงพยาบาล การมาตรวจรักษาติดตามที่โรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Puttaala J, Metso AJ, Metso TM, Konkola N, Kraemer Y, Haapaniemi E, et al. Analysis of 1008 consecutive patients aged 15–49 with first-ever ischemic stroke: the Helsinki Young Stroke Registry. *Stroke* 2009;40:1195–203.
2. Kongbunkiat K, Kasemsap N, Thepsuthammarat K, Tiamkao S, Sawanyawisuth K. National data on stroke outcomes in Thailand. *J Clin Neurosci* 2015;22:493–7.
3. Hanchaiphiboolkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, Suwanwela NC, Puthkhao S, Towanabut S, et al. Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) study. *J Med Assoc Thai* 2011;94(4):427–36.
4. Kulshreshtha A, Anderson LM, Goyal A, Keenan NL. Stroke in South Asia: a systematic review of epidemiologic literature from 1980 to 2010. *Neuroepidemiology* 2012;38:123–9.
5. Marini C, Russo T, Felzani G. Incidence of stroke in young adults: a review. *Stroke Res Treat* 2011;2011:535672. doi:10.406/2011/535672.
6. Kulesh SD, Kastsinevich TM, Kliatskova LA, Sauchanka ME, Filina NA, Shumskas MS, et al. Long-term outcome after stroke in Belarus: the Grodno Stroke Study. *Stroke* 2011;42:3274–6.
7. Touze E, Varenne O, Chatellier G, Peyrard S, Rothwell PM, Mas JL. Risk of myocardial infarction and vascular death after transient ischemic attack and ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. *Stroke* 2005;36:2748–55.
8. Hardie K, Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Anderson C. Ten-year survival after first-ever stroke in Perth community stroke study. *Stroke* 2003;34:1842–6.
9. Giang KW, Bjorck L, Stahl CH, Nielsen S, Sandstrom TZ, Jern C, et al. Trends in risk of recurrence after the first ischemic stroke in adults younger than 55 years of age in Sweden. *Int J Stroke* 2016;11(1):52–61.
10. Hata J, Tanizaki Y, Kiyohara Y, Kato I, Kubo

- M, Tanaka K, et al. Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76:368–72.
11. Kim J, Gall SL, Dewey HM, Macdonell RAL, Sturm JW, Thrift AG. Baseline smoking status and the long-term risk of death or nonfatal vascular event in people with stroke: a 10-year survival analysis. *Stroke* 2012;43(12):3173–8.
 12. Aarnio K, Haapaniemi E, Melkas S, Kaste M, Tatlisumak T, Putaala J. Long-term mortality after first-ever and recurrent stroke in young adults. *Stroke* 2014;45:2670–6.
 13. Putaala J, Curtze S, Hiltunen S, Tolppanen H, Kaste M, Tatlisumak T. Causes of death and predictors of 5-year mortality in young adults after first-ever ischemic stroke: the Helsinki Young Stroke Registry. *Stroke* 2009;40:2698–703.
 14. Tiamkao S, Sawanyawisuth K, Silaruks S, Kiatchoosakun S, Tatsanavivat P, Chotmongkol V, et al. Correlation of cause and outcomes in stroke in the young. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2013;22(1):55–7.
 15. Dharmasaroja P. Baseline characteristics of patients with acute ischemic stroke in a Suburban area of Thailand. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2008;17(2):82–5.
 16. Dharmasaroja PA, Muengtawepong S, Lechawanich C, Pattaraarchachai J. Causes of ischemic stroke in young adults in Thailand: a pilot study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2011;20(3):247–50.
 17. Ueshima H, Sekikawa A, Miura K, Turin TC, Takashima N, Kita Y, et al. Cardiovascular disease and risk factors in Asia: a selected review. *Circulation* 2008;118:2702–9.
 18. Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke: definition for use in a multicenter clinical trial. *Stroke* 1993;24:35–41.
 19. Lee T, Hsu W, Chen C, Chen S. Etiology study of young ischemic stroke in Taiwan. *Stroke* 2002;33:1950–5.
 20. Griffiths D, Sturm J. Epidemiology and etiology of young stroke. *Stroke Res Treat* 2011;2011:209370. doi:10.4061/2011/209370.
 21. Larsson SC, Wallin A, Wolk A, Markus HS. Differing association of alcohol consumption with different stroke types: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2016;14(1):193. doi:10.1186/s12916-016-0721-4.
 22. Chrostowska M, Szyndler A, Hoffmann M, Narkiewicz K. Impact of obesity on cardiovascular health. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2013;27(2):147–56.

บทคัดย่อ

ความสำคัญ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันอายุน้อย (อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี) มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่แพร่หลายมากนัก ผู้ป่วยอายุน้อยอาจมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 45 ปี

วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงที่พบในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันอายุน้อยกับผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 45 ปี

วิธีการศึกษา ใช้ข้อมูลจากระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2554 ถึงกุมภาพันธ์ 2559 ปัจจัยเสี่ยงที่ศึกษาประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงหลัก 6 ชนิด คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว ประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดอื่น ปัจจัยเสี่ยงรอง 2 ชนิด คือ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เปรียบเทียบอัตราส่วนของปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดด้วยสถิติทดสอบ ไคสแควร์ ค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio [OR]) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval [95%CI])

ผลการวิจัย ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด 3,133 ราย อายุ 16–85 ปี (ค่าเฉลี่ย 63.7 ± 14.2 ปี) เป็นเพศชาย 1,874 ราย (59.8%) และเป็นผู้ป่วยอายุน้อย 323 ราย (10.3%) ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อย ได้แก่ การสูบบุหรี่ (OR=1.36, 95%CI 1.08–1.71, $p=0.010$) และการดื่มแอลกอฮอล์ (OR=2.08, 95%CI 1.65–2.63, $p<0.001$) ปัจจัยเสี่ยงที่พบน้อยกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี ได้แก่ เบาหวาน (OR=0.59, 95%CI 0.44–0.81, $p=0.001$) ความดันโลหิตสูง (OR=0.39, 95%CI 0.30–0.49, $p<0.001$) ไขมันในเลือดสูง (OR=0.46, 95%CI 0.33–0.64, $p<0.001$) และประวัติเคยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (OR=0.64, 95%CI 0.41–0.98, $p=0.038$)

สรุป ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดอายุน้อยมีปัจจัยเสี่ยงการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปี การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยอายุน้อย จึงควรให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงลดการสูบบุหรี่และลดการดื่มแอลกอฮอล์ ควบคู่กับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่อายุน้อย, ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคสมองขาดเลือด