

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยมากขึ้นกว่าในอดีต ปัจจุบันมีระบบการรักษาที่ดียิ่งขึ้น ได้แก่ การรักษาด้วยระบบ stroke fast track การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic treatment) หรือการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือด (endovascular thrombectomy) ในผู้ป่วย acute ischemic stroke และการรักษาผู้ป่วย acute stroke ในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ซึ่งการรักษาทั้งหมดที่กล่าวมานี้ ย่อมมีผลต่อการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน นำมาซึ่งอัตราการเสียชีวิตที่ลดลง ที่ผ่านมานั้นยังขาดข้อมูลการศึกษาถึงอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

ศึกษาอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทั้งภายในโรงพยาบาล และภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 วัน ทั้งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดและเลือดออกในเนื้อสมอง

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วย acute stroke ทั้งผู้ป่วย acute ischemic stroke (AIS) และผู้ป่วย intracerebral hemorrhage (ICH) ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
2. ศึกษาอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย AIS และ ICH ทั้งภายในโรงพยาบาล และภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 วัน
3. ศึกษาอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย AIS และ ICH จากฐานข้อมูลผู้ป่วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปีงบประมาณ 2560-2565

แนวโน้มการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

สมศักดิ์ เกียมเก่า

สมศักดิ์ เกียมเก่า

อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ:
ศ.นพ.สมศักดิ์ เกียมเก่า

อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น
Email: somtia@kku.ac.th

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (AIS และ ICH) ระหว่างปีงบประมาณ 2560-2565 พบอัตราการ

เสียชีวิตในโรงพยาบาลเฉลี่ยทั่วทั้งประเทศในปี 2565 ร้อยละ 10.24-11.02 โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุดที่ เขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 16.05 และต่ำสุดที่เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 5.35 รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราเสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาล

	2560	2561	2562	2563	2564	2565
เขต 1 เชียงใหม่	8.39	8.36	8.56	8.84	9.6	9.49
เขต 2 พิษณุโลก	13.5	13.55	11.62	12.14	13.51	13.21
เขต 3 นครสวรรค์	13.67	15.64	14.36	13.71	14.80	13.92
เขต 4 สระบุรี	16.00	16.2	15.02	15.36	16.91	16.05
เขต 5 ราชบุรี	13.77	13.16	12.41	12.90	13.60	13.75
เขต 6 ระยอง	15.51	14.18	14.04	14.22	14.95	15.35
เขต 7 ขอนแก่น	5.35	5.10	5.01	4.86	5.27	5.35
เขต 8 อุตรดิตถ์	4.85	4.19	4.60	4.56	5.37	6.05
เขต 9 นครราชสีมา	9.97	8.95	8.75	9.47	9.53	9.24
เขต 10 อุบลราชธานี	6.49	6.75	7.00	7.31	7.79	8.07
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	11.36	10.93	10.61	10.27	11.03	11.26
เขต 12 สงขลา	8.60	7.16	7.38	7.44	7.07	7.59
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	12.57	12.58	11.99	12.02	13.11	12.21
ประเทศไทย	11.02	10.6	10.24	10.35	11.00	10.92

เมื่อติดตามผู้ป่วย (AIS และ ICH) กลุ่มที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไป 30 วัน พบผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีอัตราการเสียชีวิตในปี 2565 ร้อยละ 10.92 เป็น

ร้อยละ 16.85 โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 3 ร้อยละ 18.84 และต่ำสุดในเขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 13.88 รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน 30 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

	2560	2561	2562	2563	2564	2565
เขต 1 เชียงใหม่	18.4	17.98	17.16	17.46	17.91	17.45
เขต 2 พิษณุโลก	19.63	19.52	16.86	17.71	18.75	18.70
เขต 3 นครสวรรค์	18.86	20.41	19.21	18.55	20.21	18.84
เขต 4 สระบุรี	18.17	18.42	16.7	17.58	18.35	17.79
เขต 5 ราชบุรี	16.97	16.22	14.79	15.9	17.38	16.98
เขต 6 ระยอง	18.33	16.95	16.17	17.1	17.62	18.39
เขต 7 ขอนแก่น	20.12	18.14	16.6	17.39	17.95	17.38
เขต 8 อุตรดิตถ์	15.72	14.09	14.12	14.5	15.67	15.71
เขต 9 นครราชสีมา	18.1	17.21	16.1	16.98	17.37	16.55
เขต 10 อุบลราชธานี	18.49	18.40	16.58	16.14	16.99	16.67
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	16.62	15.92	15.32	14.89	15.24	16.35
เขต 12 สงขลา	16.97	15.43	14.53	14.05	14.18	13.88
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	13.82	13.77	13.24	13.70	14.63	13.97
ประเทศไทย	17.71	17.04	15.92	16.31	17.11	16.85

เมื่อศึกษาอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน (AIS) ในโรงพยาบาลพบว่ามีความโน้มคองที่ ในปี 2565 อัตราการเสียชีวิตทั่วทั้ง

ประเทศในโรงพยาบาล ร้อยละ 5.19 โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 7.74 และต่ำสุดในเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 2.28 รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน

	2560	2561	2562	2563	2564	2565
เขต 1 เชียงใหม่	4.24	4.11	4.23	4.08	4.37	4.42
เขต 2 พิษณุโลก	6.37	6.88	4.70	5.10	5.66	6.50
เขต 3 นครสวรรค์	6.09	6.91	6.97	6.74	6.67	7.11
เขต 4 สระบุรี	7.43	7.71	7.18	7.17	7.82	7.74
เขต 5 ราชบุรี	7.00	6.55	5.30	5.86	6.18	6.40
เขต 6 ระยอง	6.99	6.11	6.57	6.4	6.76	7.58
เขต 7 ขอนแก่น	2.06	1.98	1.85	1.70	2.30	2.28
เขต 8 อุดรธานี	1.99	1.74	2.23	2.09	2.24	2.73
เขต 9 นครราชสีมา	4.05	3.67	3.46	4.34	3.96	4.17
เขต 10 อุบลราชธานี	2.78	2.87	2.69	3.03	2.91	3.33
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	5.55	5.32	5.31	5.39	5.31	6.19
เขต 12 สงขลา	4.08	3.34	3.68	3.54	3.52	3.68
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	6.99	6.33	6.61	6.69	6.91	6.89
ประเทศไทย	5.06	4.80	4.64	4.74	4.89	5.19

อย่างไรก็ตามเมื่อติดตามผู้ป่วย AIS กลุ่มที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าเมื่อติดตามไป 30 วันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตค่าเฉลี่ยทั้งประเทศไทยในปี 2565 ร้อยละ 9.68

โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 3 ร้อยละ 11.08 และอัตราการเสียชีวิตต่ำสุด ร้อยละ 8.09 ในเขตสุขภาพที่ 12 รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 วัน

	2560	2561	2562	2563	2564	2565
เขต 1 เชียงใหม่	10.55	10.62	10.96	10.55	10.78	10.44
เขต 2 พิษณุโลก	11.26	10.90	8.74	9.52	9.60	10.70
เขต 3 นครสวรรค์	10.82	10.93	11.47	11.12	11.21	11.08
เขต 4 สระบุรี	9.69	9.96	8.75	9.33	9.67	9.81
เขต 5 ราชบุรี	9.52	9.11	7.35	8.35	9.28	9.16
เขต 6 ระยอง	9.74	8.93	8.85	9.24	9.44	10.54
เขต 7 ขอนแก่น	12.78	11.10	9.67	10.26	10.69	10.42
เขต 8 อุดรธานี	9.01	8.18	8.58	8.64	8.55	8.98
เขต 9 นครราชสีมา	9.85	9.20	8.49	9.67	9.07	9.03
เขต 10 อุบลราชธานี	10.60	10.35	8.61	9.16	9.33	9.67
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	9.04	9.15	9.00	8.93	8.44	10.41
เขต 12 สงขลา	9.41	8.84	8.48	7.87	8.47	8.09
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	8.05	7.05	7.82	8.07	8.63	8.38
ประเทศไทย	9.96	9.45	8.90	9.25	9.42	9.68

กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในเนื้อสมอง (ICH) มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วย AIS โดยพบว่าผู้ป่วย ICH ทั้งหมดในประเทศไทยปี 2565

พบอัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 27.58 โดยพบสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 38.85 และต่ำสุดร้อยละ 14.85 ในเขตสุขภาพที่ 7 รายละเอียด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

	2560	2561	2562	2563	2564	2565
เขต 1 เชียงใหม่	18.16	18.62	19.25	20.87	21.49	22.52
เขต 2 พิษณุโลก	29.01	28.31	27.67	28.36	30.5	28.74
เขต 3 นครสวรรค์	32.25	36.83	34.56	32.84	34.7	33.51
เขต 4 สระบุรี	36.87	37.28	36.58	36.94	39.63	38.85
เขต 5 ราชบุรี	30.74	30.5	31.54	31.54	31.76	33.09
เขต 6 ระยอง	35.57	35.63	34.45	34.48	35.44	35.92
เขต 7 ขอนแก่น	15.4	13.96	15.24	14.72	13.49	14.85
เขต 8 อุดรธานี	14.7	13.59	14.21	13.93	16.34	17.81
เขต 9 นครราชสีมา	26.67	25.17	25.23	25.30	24.79	23.97
เขต 10 อุบลราชธานี	16.86	18.09	19.47	20.76	21.11	21.45
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	29.65	29.13	28.99	28.17	29.56	29.32
เขต 12 สงขลา	21.68	19.25	21.04	20.35	18.94	22.26
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	26.42	28.32	26.64	25.98	28.86	26.73
ประเทศไทย	26.88	26.83	26.82	26.65	27.43	27.58

และเมื่อติดตามกลุ่มผู้ป่วย ICH ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไป 30 วัน พบว่าอัตราการเสียชีวิตกลุ่มผู้ป่วย ICH สูงขึ้นมาก โดยพบอัตราการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทยปี 2565 สูงร้อยละ 37.70 โดยพบอัตรา

การเสียชีวิตสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 3 ร้อยละ 40.85 และต่ำสุด ร้อยละ 27.75 ในเขตสุขภาพที่ 13 รายละเอียด ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 อัตราการเสียชีวิต 30 วันภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

	2560	2561	2562	2563	2564	2565
เขต 1 เชียงใหม่	35.99	35.28	33.10	35.21	34.95	35.50
เขต 2 พิษณุโลก	37.99	38.84	36.24	36.66	38.36	37.20
เขต 3 นครสวรรค์	39.73	43.98	41.12	39.69	41.97	40.85
เขต 4 สระบุรี	38.37	38.82	37.87	38.49	39.63	39.66
เขต 5 ราชบุรี	35.92	34.58	34.64	36.48	37.02	38.18
เขต 6 ระยอง	38.99	38.71	36.75	37.42	38.31	39.49
เขต 7 ขอนแก่น	41.83	37.83	38.38	39.17	38.90	38.80
เขต 8 อุดรธานี	38.69	36.99	37.14	36.68	39.91	39.40
เขต 9 นครราชสีมา	41.78	41.94	40.09	39.81	40.18	38.27
เขต 10 อุบลราชธานี	40.50	41.80	39.10	38.32	38.52	36.62
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	39.09	37.71	37.13	36.03	37.62	37.21
เขต 12 สงขลา	38.54	35.8	36.07	34.07	33.55	34.71
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	27.28	28.54	27.06	26.67	29.01	27.75
ประเทศไทย	38.23	38.03	36.74	36.84	37.92	37.70

กลุ่มผู้ป่วย AIS ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดพบว่าอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยทั่วทั้งประเทศร้อยละ 7.79 โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุดในเขต

สุขภาพที่ 4 ร้อยละ 11.82 และต่ำสุดร้อยละ 3.24 ในเขตสุขภาพที่ 7 รายละเอียด ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

	2560	2561	2562	2563	2564	2565
เขต 1 เชียงใหม่	4.96	5.51	5.39	7.23	8.23	7.43
เขต 2 พิษณุโลก	6.53	7.74	5.62	7.41	9.67	11.63
เขต 3 นครสวรรค์	8.74	9.86	9.35	8.23	10.39	9.74
เขต 4 สระบุรี	6.39	7.29	9.03	7.43	11.18	11.82
เขต 5 ราชบุรี	7.12	10.94	6.74	10.15	8.61	9.64
เขต 6 ระยอง	11.76	6.61	7.65	9.94	7.75	11.00
เขต 7 ขอนแก่น	2.46	3.65	2.59	2.70	2.78	3.24
เขต 8 อุดรธานี	2.57	1.47	3.16	3.83	4.53	4.38
เขต 9 นครราชสีมา	6.99	7.25	5.91	7.01	6.63	7.85
เขต 10 อุบลราชธานี	2.84	3.69	3.12	4.63	5.63	6.52
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	8.96	6.18	6.37	9.16	9.19	9.30
เขต 12 สงขลา	9.30	5.88	6.62	6.53	7.47	5.66
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	6.49	8.54	6.07	8.23	7.00	6.28
ประเทศไทย	6.24	6.38	5.94	7.07	7.44	7.79

วิจารณ์

การศึกษานี้พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) ในระยะเวลา 6 ปี ตั้งแต่ปี 2560-2565 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างคงที่ ดังจะเห็นได้จากอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย acute stroke (AIS และ ICH) ระหว่างร้อยละ 10.24-11.02 ซึ่งมีแนวโน้มคล้ายกับอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย AIS คือ ร้อยละ 4.64-5.19 และอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย ICH คือ ร้อยละ 26.65-27.58 ส่วนอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย AIS ที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดนั้น มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 5.94-7.79 ส่วนอัตราการเสียชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 วัน พบว่ามีค่าสูงกว่าการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอย่างมาก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย AIS ระยะเวลา 30 วันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ ร้อยละ 8.90-9.96 และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ICH ระยะเวลา 30 วันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ ร้อยละ 36.84-38.23 แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะ intermediate care นั้น ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น aspiration pneumonia¹, urinary tract infection²

และ pressure sore³ ส่งผลให้ผู้ป่วย stroke เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จึงต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะ intermediate care ให้ดียิ่งขึ้น

แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตที่ค่อนข้างคงที่ในช่วงเวลา 6 ปีนี้ น่าจะเกิดจากการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ เป็นไปตามนโยบายของ service plan ที่กำหนดให้ทุกโรงพยาบาลในระดับโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ต้องมีความพร้อมในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจร กล่าวคือ ต้องบริการ stroke fast track มี stroke unit ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐานนานาชาติ ผลการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชนไม่มีความแตกต่างกัน ก่อให้เกิดผลดีในการรักษาแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตจึงไม่สูง

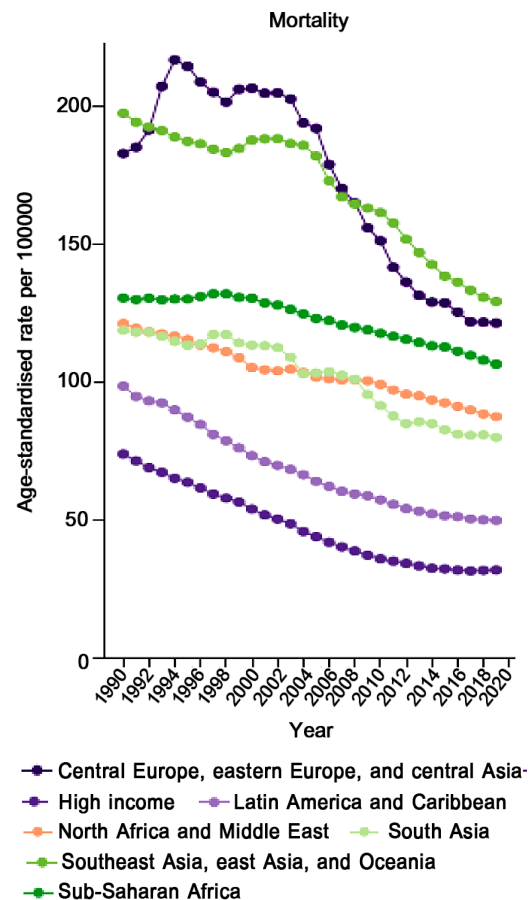
อย่างไรก็ตามอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทั้งผู้ป่วย AIS และผู้ป่วย ICH ในแต่ละเขตสุขภาพยังมีอัตราการเสียชีวิตที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตสูงในเขตสุขภาพที่ 3 และ 4 และอัตราการเสียชีวิตต่ำในเขตสุขภาพที่ 7,8 เป็นไปได้หรือไม่ที่ในเขตสุขภาพที่ 3 และ 4 มีผู้ป่วย ICH สูงกว่าในเขต

สุขภาพอื่นๆ และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย ICH สูงกว่า ผู้ป่วย AIS หลายเท่า จึงส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย ICH สูงในเขตสุขภาพที่ 3 และ 4 อุบัติการณ์ผู้ป่วย ICH ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในเนื้อสมอง

	2560	2561	2562	2563	2564	2565
เขต 1 เชียงใหม่	81.82	89.22	88.11	89.42	98.30	95.09
เขต 2 พิษณุโลก	94.60	103.36	101.14	101.79	108.21	109.53
เขต 3 นครสวรรค์	105.76	114.31	112.99	112.71	119.35	110.99
เขต 4 สระบุรี	102.25	104.9	101.23	100.65	104.13	100.21
เขต 5 ราชบุรี	88.87	95.58	96.71	97.89	101.59	101.19
เขต 6 ระยอง	93.45	93.53	92.65	96.13	94.75	95.47
เขต 7 ขอนแก่น	62.29	69.86	66.65	72.40	77.60	77.39
เขต 8 อุดรธานี	57.40	56.46	59.42	64.45	69.84	70.87
เขต 9 นครราชสีมา	81.82	85.53	86.66	91.78	100.58	97.69
เขต 10 อุบลราชธานี	68.88	74.24	73.95	77.89	85.03	82.97
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	69.72	71.97	74.05	76.31	77.28	79.39
เขต 12 สงขลา	64.82	71.85	70.84	73.21	71.02	63.8
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	75.41	76.6	76.41	96.65	61.92	77.58
ประเทศไทย	79.27	83.57	83.24	87.63	92.06	88.38

นอกจากนี้เขตสุขภาพที่ 3 และ 4 ยังมีปัญหามลภาวะ PM_{2.5} สูงกว่าเขตสุขภาพอื่น⁴ ซึ่งจากการศึกษาของประเทศจีนก็พบว่าปัญหามลภาวะส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁵ อย่างไรก็ตามในภาพรวมอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมของโลกมีแนวโน้มที่ลดลงในทุกพื้นที่⁶ ดังจะเห็นได้ว่าในเขตภูมิภาคที่มีรายได้สูงและปานกลางตามเกณฑ์ของธนาคารโลก พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด และในเขตภูมิภาคที่มีรายได้ต่ำนั้นมีอัตราการเสียชีวิตลดลงไม่มาก ดังภาพที่ 1⁶



ภาพที่ 1 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามภูมิภาคต่างๆ ของโลก

การลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถทำได้ คือ การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและให้การรักษาย่างเหมาะสม เพื่อลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในคนไทย⁷ การลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย ICH ที่ได้ผล และต้องรีบกำหนดเป็นนโยบายของ service plan stroke ทั้งทั้งประเทศไทย คือ การกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลมียาลดความดันแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ ยา labetalol หรือยา nicardipine พร้อมใช้ทันทีในกรณีผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (suspected acute stroke) ที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่า 185/110 และมีค่า GCS ต่ำกว่า 8T ซึ่งมีโอกาสเป็นผู้ป่วย ICH สูงมาก ควรรีบให้การรักษาเบื้องต้นที่โรงพยาบาลชุมชนด้วยการให้ยาลดความดันโลหิต labetalol หรือ nicardipine⁸ ทันทีโดยยังไม่ต้องรอผลการตรวจ CT scan brain เพื่อลดปริมาณเลือดออกในเนื้อสมองได้ และถ้าผู้ป่วย ICH มีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ก็ควรมีระบบการรักษาที่รวดเร็ว⁹ (stroke fast track for ICH) เช่นเดียวกับระบบการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย AIS

สรุป

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างปีงบประมาณ 2560-2565 พบว่ามีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับช่วงเวลาก่อนหน้านี้ สำหรับในภาพรวมของโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดมีแนวโน้มลดลงมากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในเนื้อสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. Banda KJ, Chu H, Kang XL, et al. Prevalence of dysphagia and risk of pneumonia and mortality in acute stroke patients: a meta-analysis. *BMC Geriatrics* 2022;22:420.
2. Stott DJ, Falconer A, Miller H, et al. Urinary tract infection after stroke. *QJM* 2009;102:243-9.
3. Kwan J, Hand P. Infection after acute stroke is associated with poor short-term outcome. *Acta Neurol Scand* 2007; 115:331-8.
4. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัญหามลภาวะ PM_{2.5} กับอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ประสานขอข้อมูลผลการศึกษาจากกลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออก เชียงเหนือ ข้อมูลยังไม่ได้มีการเผยแพร่)
5. Yin P, Brauer M, Cohen AJ, et al. The effect of air pollution on deaths, disease burden, and life expectancy across China and its provinces, 1990-2017: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Planet Health* 2020;4:e386-98.
6. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol* 2021;20:795-820.
7. Nidhinandana S, Ratanakorn D, Chamnarong N, et al. Blood pressure control among stroke patients in Thailand—The i-STROKE Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2014;23:476-83.
8. Minhas JS, Moullaali TJ, Rinkel GJE, et al. Blood pressure management after intracerebral and subarachnoid hemorrhage: The knowns and known unknowns. *Stroke* 2022;53:1065-73.
9. Collins CI, Hasan TF, Mooney LH, et al. Subarachnoid hemorrhage “Fast Track” : A health economics and health care redesign approach for early selected hospital discharge. *Mayo Clin Proc Inn Qual Out* 2020;4:238-48.