

โรคหลอดเลือดสมอง stroke หรือ cerebrovascular disease เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญลำดับต้นๆ ของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตและก่อให้เกิดความพิการได้สูง ส่งผลกระทบกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนเป็นปัญหาของประเทศ ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเป็นมูลค่าที่สูงมาก ปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ถึงแม้จะมีวิธีการรักษาที่ได้ผลดี เช่น การรักษาด้วย thrombolytic treatment, endovascular thrombectomy เป็นต้น แต่อัตราการเสียชีวิตก็ยังคงสูงอยู่ เช่นเดียวกับผู้ป่วย intracerebral hemorrhage ก็ยังมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงมากเช่นเดียวกัน ผู้เขียนได้มีโอกาสเกี่ยวข้องกับระบบการรักษาผู้ป่วย acute stroke ด้วยระบบ stroke fast track มาตั้งแต่ปี 2551 จนถึงปัจจุบัน ในฐานะของแพทย์ผู้ให้การรักษา การออกแบบระบบบริการ และผู้ประเมินระบบบริการ ขอนำเสนอมุมมองส่วนตัวต่อโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

## อดีต

อดีต คือช่วงเวลาก่อนปี 2551 ในยุคนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ว่าจะเป็น acute ischemic stroke (AIS) หรือ acute intracerebral hemorrhage (ICH) ไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลดี ผู้ป่วย AIS ก็ไม่มีการรักษาด้วย thrombolytic treatment ผู้ป่วย ICH ก็เป็นการผ่าตัดเพื่อ remove blood clot ในกรณีมีเลือดออกปริมาณมาก ผู้ป่วยก็จะมีอัตราการเสียชีวิต และความพิการสูง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนอย่างมาก ผู้ป่วยที่มีความพิการก็รักษาด้วยการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการรักษาเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ (secondary prevention) แต่จำนวนผู้ป่วย acute stroke ก็มีไม่มาก เมื่อเทียบกับในปัจจุบัน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยด้วย CT scan บางส่วนไม่ใช่ทุกคนเหมือนในปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลล่าช้า เพราะมีความรู้ ความเข้าใจต่อโรคหลอดเลือดสมองต่ำมาก แล้วยังไม่มีการรักษาด้วยวิธีใหม่ที่จะทำให้ผู้ป่วยหายได้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจึงพึ่งยาบำรุงสมอง การรักษาด้วยวิธีทางเลือก การรักษาด้วยแพทย์แผนโบราณ หรือการรักษาตามความเชื่อของแต่ละคน

# โรคหลอดเลือดสมอง อดีต ปัจจุบัน และอนาคต

สมศักดิ์ เกียมเก่า

สมศักดิ์ เกียมเก่า<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>อนุสาขาศัลยกรรมประสาท ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
<sup>2</sup>กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมองภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ:

สมศักดิ์ เกียมเก่า  
อนุสาขาศัลยกรรมประสาท ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น  
Email: somtia@kku.ac.th

การรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่มี stroke unit เป็นการรักษา รวมกันกับผู้ป่วยโรคต่างๆ ในแผนกอายุรกรรม ส่งผล ให้การรักษาได้ผลดีในระดับหนึ่งเท่านั้น มีภาวะแทรกซ้อน เช่น pressure sore และ aspiration pneumonia ได้บ่อย ต่อมาในปี 2551 ประเทศไทยได้เริ่ม ให้การรักษาด้วยระบบ stroke fast track ในโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล ศุภณีย์ เป็นต้น

## ปัจจุบัน

เริ่มตั้งแต่ยุคที่มีการรักษาด้วย stroke fast track และการรักษาด้วย thrombolytic treatment คือ ตุลาคม 2550 ถึงปัจจุบัน เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมาก มีแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของประเทศไทย และมีการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว อย่างเคร่งครัด มีระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล อย่างเป็นระบบ ตลอดจนมีระบบการตรวจประเมิน ระบบการให้บริการโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลเป็นไปตามมาตรฐานสากล ผู้ป่วยทุกคนที่สงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับการตรวจ CT scan และให้การรักษาตาม แนวทางเวชปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มาทันเวลา 270 นาทีก็จะได้รับ การรักษา stroke fast track ตลอดจนถึงในปี 2565 เริ่ม ให้การรักษาด้วยการทำ endovascular thrombectomy ซึ่งการรักษาทั้งหมดนั้นได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก ภาครัฐ ผู้ป่วยอาจเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มบ้างเป็น ส่วน น้อย

การพัฒนาบริการ stroke fast track เริ่มตั้งแต่ ปี 2551 จนกระทั่งถึงปี 2557 เริ่มมี service plan โรคหลอดเลือดสมอง มีการกำกับติดตามจากผู้บริหาร ของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้ระบบบริการมีการ พัฒนาอย่างเป็นระบบ และได้รับการสนับสนุนจาก ภาครัฐอย่างมาก ทำให้ทุกจังหวัดในประเทศไทยมีการ ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยระบบ stroke fast track มีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา

thrombolytic drug ในทุกจังหวัดของประเทศไทย ถึงแม้ ในจังหวัดนั้นจะไม่มีอายุรแพทย์ระบบประสาทก็ตาม เนื่องจากตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมานั้นมีการสร้างเครือข่าย ระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองโดยมีโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ที่มีอายุรแพทย์ระบบประสาทเป็นโรงพยาบาล แม่ข่าย มีระบบการให้คำปรึกษาต่อทีมผู้ให้การรักษาใน โรงพยาบาลที่ไม่มีอายุรแพทย์ระบบประสาท ส่งผลให้ ทุกจังหวัดในประเทศไทยมีระบบบริการโรคหลอดเลือด สมอง stroke fast track และการให้ยา thrombolytic drug

การพัฒนาบริการโรคหลอดเลือดสมองใน ปัจจุบันนั้นมีการพัฒนาในหลายภาคส่วนอย่างเป็นระบบ ได้แก่

1. การให้ทุนแพทย์ประจำบ้านศึกษาแพทย์เฉพาะ ทางอายุรแพทย์ระบบประสาทจำนวนมากในแต่ละปี เพื่อเพิ่มอายุรแพทย์ระบบประสาทให้ครอบคลุมในทุก จังหวัดทั่วประเทศ และในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมาได้มีการ ส่งเสริมให้แพทย์ศึกษาต่อเพิ่มเติมด้านแพทย์รังสีร่วม รักษาประสาทวิทยา (neuro-intervention) เพื่อพร้อมใน การให้บริการการรักษาด้วยวิธี neuro-intervention
2. การฝึกอบรมอายุรแพทย์ทั่วไปของทุกสถาบัน ต้องจัด rotation ให้ผ่าน stroke unit เพื่อเพิ่มทักษะและ ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย stroke fast track การให้ยา thrombolytic drug และการดูแลผู้ป่วย acute stroke ใน stroke unit
3. การเรียนของนักศึกษาแพทย์ทุกสถาบันต้อง ผ่านการฝึกปฏิบัติที่ stroke unit เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ โดยตรงเช่นเดียวกับอายุรแพทย์ทั่วไป ส่งผลให้แพทย์จบ ใหม่ทุกคนมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย stroke
4. การฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินของทุก สถาบันต้องผ่านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย stroke fast track การให้ยา thrombolytic drug การฝึกประเมินและ ให้การรักษาผู้ป่วย acute stroke ตั้งแต่ที่เกิดเหตุผ่าน ระบบ telemedicine มาถึงแผนกฉุกเฉิน ตลอดจนการ ดูแลผู้ป่วยใน stroke unit

5. การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย acute stroke ในแต่ละจังหวัด และเขตสุขภาพ ควรพัฒนาระบบการดูแลแบบเครือข่ายและไร้รอยต่อ (seamless)

6. สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลขอรับการประเมินคุณภาพการให้บริการของ stroke unit และระบบบริการ stroke fast track, acute stroke ทั้งระบบกับสถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข standard stroke certified centre : SSCC ตลอดจนการประเมิน disease specific certification : DSC และ health-care network accreditation : HNA ของ สรพ.

7. การพัฒนาระบบบริการด้วย mobile stroke unit : MSU ซึ่งปัจจุบันมีการให้บริการในหลายจังหวัด โดยเฉพาะในกรุงเทพและปริมณฑล เพื่อแก้ไขปัญหาการจราจรที่ติดขัด โดยโรงพยาบาลศิริราช สถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลพญาไท

8. เริ่มการบริการ endovascular thrombectomy ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 โดยอยู่ในสิทธิการรักษาของผู้ป่วยบัตรทอง และข้าราชการ ซึ่งในแต่ละเขตสุขภาพ เริ่มมีการพัฒนาความพร้อมในการให้บริการ ซึ่งในปัจจุบันนี้มีการให้บริการที่เขตสุขภาพ 1, 4, 7, 8, 9, 10, 11 และเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร คาดว่าภายในปี 2568 สามารถเปิดบริการได้ครบทุกเขตสุขภาพ 1-13

9. การสร้าง stroke awareness, alert และการ activate stroke fast track ในรูปแบบสื่อต่างๆ ตลอดจนการพัฒนา application “stroke KKU” “1669” ซึ่ง application ดังกล่าวสามารถเรียกรถพยาบาล (ambulance) ให้มารับผู้ป่วยในที่เกิดเหตุได้ และมีบทความให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สามารถค้นหาโรงพยาบาลที่พร้อมในการให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

## อนาคต

การพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองให้ทั่วถึงมากกว่าปัจจุบัน ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษาด้วย thrombolytic drug ได้ทุกๆ 60-80 กิโลเมตร หรือใช้เวลาเดินทางประมาณ 45-60 นาที มีการเพิ่มสถานพยาบาลที่ให้การรักษาด้วย endovascular thrombectomy ได้มากขึ้นอาจต้องเพิ่มเป็นเขตสุขภาพละ 2 แห่ง และสามารถให้บริการได้ 24 ชั่วโมงต่อวัน และ 7 วันต่อสัปดาห์เหมือนการรักษาด้วย thrombolytic drug

สถานพยาบาลทั้งหมดที่เปิดให้บริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองจะผ่านการรับรอง SSCC จากสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และผ่านการรับรอง DSC, HNA จาก สรพ. มากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีความมั่นใจในระบบบริการของสถานพยาบาลต่างๆ มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้จำนวนอายุรแพทย์ระบบประสาทในส่วนของต่างจังหวัดจะมีจำนวนมากยิ่งขึ้น มีการกระจายตัวครบทุกจังหวัดทั่วทั้งประเทศไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามสิ่งที่ยังต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องคือการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองให้มากยิ่งขึ้น ลดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงระบบบริการในแต่ละเขตสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้ได้ผลดียิ่งขึ้น เพราะในสถานการณ์ปัจจุบันนั้นในแต่ละเขตสุขภาพมีการเข้าถึงระบบบริการที่แตกต่างกัน อัตราการเสียชีวิตก็แตกต่างกัน ระบบจะต้องลดความเหลื่อมล้ำตรงนี้ให้ได้ ข้อมูลแสดงดังตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรค acute stroke ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปต่อ 100,000 ประชากรที่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง

	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
เขต 1 เชียงใหม่	169.27	173.65	189.93	198.33	205.03	220.61	229.69	249.13	253.16	280.02	297.59	299.24	313.45	315.01
เขต 2 พิษณุโลก	185.43	194.63	219.05	231.43	242.1	262.89	272.2	279.68	284.84	319.76	329.61	326.81	331.61	342.26
เขต 3 นครสวรรค์	211.2	221.68	244.33	267.3	281.51	317.31	319.03	326.37	347.34	369.01	387.2	391.81	392.27	398.44
เขต 4 สระบุรี	210.78	215.62	251.48	260.91	261.41	290.41	300.97	313.82	333.5	344.04	356.32	346.12	359.75	357.84
เขต 5 ราชบุรี	185.19	183.08	207.6	222.88	232.21	254.85	276.47	285.82	300.04	329.86	346.01	348.1	342.32	356.35
เขต 6 ระยอง	193.41	203.8	220.36	232.78	241.15	262.4	271.26	297.77	313.11	331.41	342.26	336.01	332.95	340.05
เขต 7 ขอนแก่น	105.92	122.03	136.99	148.34	152.85	189.12	216.45	228.54	247.69	272.67	284.97	292.55	299.49	318.2
เขต 8 อุตรดิตถ์	117.59	131.17	142.52	150.01	163.08	179.05	202.67	219.92	243.34	264.57	275.69	289.13	293.71	299.64
เขต 9 นครราชสีมา	148.14	160.95	184.33	194.3	208.45	241.4	259.32	280.16	304.81	340.77	358.53	362.94	372.34	379.03
เขต 10 อุบลราชธานี	113	124.38	148.56	160.54	172.92	193.61	209.1	221.49	249.37	269.83	279.95	303.41	298.76	303.82
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	131.98	142.73	158.75	170.31	184.96	208.08	221.67	239.21	271.35	290.76	318.66	324.34	315.5	323.07
เขต 12 สงขลา	121.59	138.11	153.06	160.28	168.92	191.19	211.68	232.77	255.96	295.54	318.67	307	304.58	298.54
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	151.34	172.07	166.51	181.44	191.5	205.88	216.76	225.61	250.1	264.32	280.22	344.82	219.86	285.44
ประเทศ	163.55	171.32	190.02	200.53	210.29	228.23	243.4	258.83	278.49	303.2	318.89	327.34	330.22	330.72

ตารางที่ 2 ร้อยละการได้รับยา rtpa ในผู้ป่วย acute cerebral infarction สิทธิการรักษาบัตรทอง

	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
เขต 1 เชียงใหม่	0.09	1.61	3.08	3.24	5.04	5.47	5.15	6.41	7.65	7.95	8.66	8.45	8.26	7.44
เขต 2 พิษณุโลก	0	0.21	1.54	2.31	4.41	7.73	6.79	6.88	7.31	9.06	10.22	10.65	9.71	9.41
เขต 3 นครสวรรค์	0.05	0	0.07	0.3	1.05	2.91	3.78	3.19	4.78	7.61	9.05	8.8	6.48	6.27
เขต 4 สระบุรี	0.34	2	5.19	5.44	5.23	5.82	5.26	5.46	5	5.36	7.01	6.42	6.08	5.98
เขต 5 ราชบุรี	0.04	0	0	0.43	0.98	1.97	2.01	3.56	4.87	6.21	7.01	7.43	6.64	6.91
เขต 6 ระยอง	0.36	5.17	1.51	1.65	2.15	2.83	3.47	3.3	4.29	5.04	7.34	6.94	6.51	5.97
เขต 7 ขอนแก่น	0	1.94	2.77	4.18	4.3	4.79	5.98	5.98	7.94	8.17	8.08	10.24	9.64	9.49
เขต 8 อุตรดิตถ์	0	0	0.49	2.82	5.3	5.04	6.55	5.41	5.55	6.75	7.11	6.29	5.89	6.56
เขต 9 นครราชสีมา	0	0.25	1.04	1.86	2.14	2.27	2.71	3.73	4.21	4.64	6.02	6.14	5.85	6.59
เขต 10 อุบลราชธานี	0	0.49	0.5	0.17	0.41	2.12	3.29	4.64	7.69	7.67	9.22	9.59	8.56	8.18
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	0.19	1.13	1.7	2.49	2.4	3.5	3.55	4.27	4.31	7.19	10.12	10.73	10.22	10.67
เขต 12 สงขลา	0.25	0.35	0.95	1.5	3.2	3.51	4.33	5.25	6.44	5.89	6.55	7.42	8.14	8.94
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	0.69	1.17	1.62	1.9	2.62	3.15	3.51	5.28	6.33	6.8	6.93	7.8	6.13	5.1
ประเทศ	0.18	1.24	1.62	2.19	3.02	3.85	4.26	4.82	5.77	6.59	7.75	8.02	7.38	7.36

ตารางที่ 3 ร้อยละการเสียชีวิตผู้ป่วย acute stroke ในโรงพยาบาล

	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
เขต 1 เชียงใหม่	10.1	11.37	11.29	10.44	10.34	9.02	9.81	8.77	8.39	8.36	8.56	8.85	9.6	9.49
เขต 2 พิษณุโลก	15.88	17.2	16.07	14.35	14.04	13.82	14.27	13.99	13.5	13.55	11.62	12.14	13.51	13.21
เขต 3 นครสวรรค์	18.85	17.87	17.74	17.54	17.97	16.12	16.93	15.55	13.67	15.64	14.36	13.72	14.8	13.92
เขต 4 สระบุรี	22.11	22.79	21.6	20.59	19.81	18.41	17.31	17.93	16	16.2	15.02	15.35	16.91	16.05
เขต 5 วาษบุรี	17.49	17.07	16.08	17.28	16.2	15.39	14.09	13.62	13.77	13.16	12.41	12.86	13.6	13.75
เขต 6 ระยอง	20.54	20.19	18.58	19.3	18.41	18.43	16.63	15.86	15.51	14.18	14.04	14.18	14.95	15.35
เขต 7 ขอนแก่น	7.88	7.59	7.16	7.03	6	6.78	5.87	5.08	5.35	5.1	5.01	4.85	5.27	5.35
เขต 8 อุดรธานี	5.06	5.56	5.81	5.99	5.39	5.71	6.12	5.18	4.85	4.19	4.6	4.57	5.37	6.05
เขต 9 นครราชสีมา	14.17	14.87	14.66	14.35	13.7	12.36	11.46	11.03	9.97	8.95	8.75	9.48	9.53	9.24
เขต 10 อุบลราชธานี	8.59	9.06	8.6	8.25	8.86	7.81	7.26	6.46	6.49	6.75	7	7.31	7.79	8.07
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	14.76	14.32	14.7	13.62	13.56	12.92	12.23	13.11	11.36	10.93	10.61	10.27	11.03	11.26
เขต 12 สงขลา	10.56	9.8	9.37	10.76	10.07	8.62	9.41	9.15	8.6	7.16	7.38	7.44	7.07	7.59
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	17.03	15.83	15.21	15.29	14.42	13.58	13.48	13.27	12.57	12.58	11.99	11.91	13.11	12.21
ประเทศ	14.77	14.73	14.2	14.06	13.49	12.69	12.22	11.75	11.02	10.6	10.24	10.33	11	10.92

ระบบการบริการโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต ต้องได้รับการพัฒนาและรับการสนับสนุนจากรัฐบาลในด้านการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการบริการโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนที่มากพอ และมีการกระจายตัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการไม่แตกต่างกัน ลดความเหลื่อมล้ำที่

พบในปัจจุบันลงให้ได้ การสร้าง awareness ของประชาชน และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะถ้าประชาชน หรือผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะดี และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องก็ส่งผลให้การเข้าถึงระบบการบริการโรคหลอดเลือดสมองไม่สูง