

บทนำ

อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นมาตลอด ส่งผลให้มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดส่วนหนึ่งที่มาทันระบบการรักษา stroke fast track ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rtpa) ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 มาถึงปัจจุบัน และใน พ.ศ. 2565 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มสิทธิการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือด (endovascular treatment) สำหรับผู้ป่วยสิทธิการรักษาบัตรทอง และสิทธิข้าราชการ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐานระดับนานาชาติ แต่ยังคงขาดข้อมูลด้านระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่างๆ

การศึกษานี้ต้องการนำเสนอข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2565 เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนในการพัฒนาระบบการบริการในแต่ละพื้นที่ให้มีความเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. ต้องการทราบถึงอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง
2. ต้องการทราบถึงอัตราการเข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด
3. ต้องการทราบถึงอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา

ขออนุญาตใช้ฐานข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ ระหว่าง พ.ศ. 2560-2565 มาศึกษาถึงอุบัติการณ์ในแต่ละปี อัตราการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด อัตราการเสียชีวิต

อุบัติการณ์

โรคหลอดเลือดสมอง ประเทศไทย

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

การศึกษานี้เป็นไปตามปีงบประมาณ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2565 โดยฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพได้มีการปรับปรุงล่าสุดในวันที่ 16 ธันวาคม 2565 ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เพิ่มขึ้นตั้งแต่

ปี 2560 ถึงปัจจุบัน ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) สูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2565 และพบว่าเขตสุขภาพที่ 3 มีอุบัติการณ์สูงสุด คือ 398.44 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และต่ำสุดที่เขตสุขภาพที่ 13 คือ 285.44 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อุตบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560-2565

	2560	2561	2562	2563	2564	2565
เขต 1 เชียงใหม่	253.16	280.02	297.59	299.36	313.45	315.01
เขต 2 พิษณุโลก	284.84	319.76	329.61	326.76	331.61	342.26
เขต 3 นครสวรรค์	347.34	369.01	387.2	392.67	392.27	398.44
เขต 4 สระบุรี	333.5	344.04	356.32	348.74	359.75	357.84
เขต 5 ราชบุรี	300.04	329.86	346.01	349.45	342.32	356.35
เขต 6 ระยอง	313.11	331.41	342.26	336.39	332.95	340.05
เขต 7 ขอนแก่น	247.69	272.67	284.97	292.42	299.49	318.20
เขต 8 อุตรดิตถ์	243.34	264.57	275.69	289.79	293.71	299.64
เขต 9 นครราชสีมา	304.81	340.77	358.53	363.41	372.34	379.03
เขต 10 อุบลราชธานี	249.37	269.83	279.95	303.45	298.76	303.82
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	271.35	290.76	318.66	325.01	315.5	323.07
เขต 12 สงขลา	255.96	295.54	318.67	307	304.58	298.54
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	250.1	264.32	280.22	346.4	219.86	285.44
ประเทศไทย	278.49	303.2	318.89	328.01	330.22	330.72

จากอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองข้างต้น พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2560-2563 และมีอุบัติการณ์ที่คงที่ในปี 2564 และ 2565 ซึ่งอาจเกิดจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ที่อาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงระบบการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมาตรการ lock down และการเข้าถึงระบบการรักษาที่ลำบากในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19

อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเมื่อแยกเป็นผู้ป่วย acute ischemic stroke และ intracerebral hemorrhage พบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วย acute ischemic stroke มีแนวโน้มที่สูงขึ้นเช่นเดียวกับผู้ป่วย stroke (ผู้ป่วย ischemic และ hemorrhagic stroke) โดยพบว่าเขตสุขภาพที่ 3 และ 9 มีอุบัติการณ์ผู้ป่วย acute ischemic

stroke สูงสุด คือ 265 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และอุบัติการณ์ต่ำสุดในเขตสุขภาพที่ 13 คือ 193.39 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และพบว่าอุบัติการณ์คงที่ตั้งแต่ปี 2563-2565 เหมือนกับอุบัติการณ์ของ acute stroke รายละเอียด ดังตารางที่ 2

อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองชนิด intracerebral hemorrhage พบว่ามีอุบัติการณ์สูงสุดในเขตสุขภาพที่ 3 คือ 110.99 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และอุบัติการณ์ต่ำสุดที่เขตสุขภาพที่ 12 คือ 63.8 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาในภาพรวม จะพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วย intracerebral hemorrhage นั้นมีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก แตกต่างจากผู้ป่วย ischemic stroke รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560-2565

	2560	2561	2562	2563	2564	2565
เขต 1 เชียงใหม่	154.98	170.39	186.59	189.62	194.52	195.99
เขต 2 พิษณุโลก	168.96	199.98	213.96	208.17	209	209.5
เขต 3 นครสวรรค์	219.73	228.39	250.85	257.94	251.13	265.90
เขต 4 สระบุรี	212.17	215.16	229.59	223.15	229.51	226.13
เขต 5 ราชบุรี	191.77	211.71	227.24	235.31	221.59	233.71
เขต 6 ระยอง	208.43	225.59	233.33	218.89	218.36	220.89
เขต 7 ขอนแก่น	172.2	193.02	208.9	211.25	214.5	228.35
เขต 8 อุดรธานี	169.55	186.37	201.36	208.79	211.92	208.27
เขต 9 นครราชสีมา	215.04	244.83	253.65	258.18	258.82	265.06
เขต 10 อุบลราชธานี	172.69	186.35	197.28	209.22	199.93	210.28
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	173.49	183.58	211.93	218.8	214.72	213.22
เขต 12 สงขลา	178.81	207.27	233.49	220.47	218	220.4
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	164.05	175.4	188.26	235.91	150.45	193.39
ประเทศไทย	184.11	202.01	217.58	222.73	221.71	222.19

ตารางที่ 3 อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560-2565

	2560	2561	2562	2563	2564	2565
เขต 1 เชียงใหม่	81.82	89.22	88.11	89.42	98.3	95.09
เขต 2 พิษณุโลก	94.6	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	72.4	77.6	77.39
เขต 8 อุดรธานี	57.4	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

การรักษาผู้ป่วย acute ischemic stroke ด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rtpa) เริ่มมาตั้งแต่ปี 2552 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอด ในปี 2560 - 2565 พบว่าอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วย acute ischemic stroke คือ ร้อยละ 5.77, 6.59, 7.75, 8.04, 7.38 และ 7.36 ตามลำดับ พบว่าเขตสุขภาพที่ 11 มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดสูงสุด โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.31 เป็นร้อยละ

10.67 ในปี 2560 - 2565 และพบว่าอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดสูงกว่าร้อยละ 10 เป็นเวลา 4 ปีติดต่อกัน ส่วนเขตสุขภาพที่ 13 นั้นยังพบว่ามีอัตราการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดต่ำ คือ ร้อยละ 5.1 ในปี 2565 นอกจากนี้พบว่าในปี 2564 และ 2565 อัตราการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดนั้นมีแนวโน้มลดลง น่าจะเป็นผลจากการระบาดของโรคโควิด 19 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อัตราการได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย acute ischemic stroke ปี 2560-2565

	2560	2561	2562	2563	2564	2565
เขต 1 เชียงใหม่	7.65	7.95	8.66	8.5	8.26	7.44
เขต 2 พิษณุโลก	7.31	9.06	10.22	10.7	9.71	9.41
เขต 3 นครสวรรค์	4.78	7.61	9.05	8.79	6.48	6.27
เขต 4 สระบุรี	5	5.36	7.01	6.41	6.08	5.98
เขต 5 ราชบุรี	4.87	6.21	7.01	7.47	6.64	6.91
เขต 6 ระยอง	4.29	5.04	7.34	6.96	6.51	5.97
เขต 7 ขอนแก่น	7.94	8.17	8.08	10.26	9.64	9.49
เขต 8 อุดรธานี	5.55	6.75	7.11	6.34	5.89	6.56
เขต 9 นครราชสีมา	4.21	4.64	6.02	6.15	5.85	6.59
เขต 10 อุบลราชธานี	7.69	7.67	9.22	9.58	8.56	8.18
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	4.31	7.19	10.12	10.78	10.22	10.67
เขต 12 สงขลา	6.44	5.89	6.55	7.45	8.14	8.94
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	6.33	6.8	6.93	7.77	6.13	5.1
ประเทศไทย	5.77	6.59	7.75	8.04	7.38	7.36

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตที่ยังอยู่ในเกณฑ์สูง คือ ประมาณร้อยละ 10 ถึง 11 มาตลอดในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา ยังไม่มีแนวโน้มที่ลดลง ถึงแม้จะมีการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองที่ได้มาตรฐานมากขึ้น อัตราการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นก็ตาม เขตสุขภาพที่ 4 พบอัตรา

การเสียชีวิตที่สูง คือ ร้อยละ 16.05 ในปี 2565 และในช่วง 6 ปีที่ผ่านมาพบร้อยละการเสียชีวิตที่สูงมาตลอด ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้องด้วยหรือไม่ เช่น มลภาวะ PM_{2.5} ซึ่งพบเป็นปัญหารุนแรงในเขตสุขภาพที่ 4 เขตสุขภาพที่ 7 พบอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำกว่าเขตสุขภาพอื่นๆ มาตลอดในช่วงเวลาที่ทำการศึกษารายละเอียด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย acute stroke พ.ศ. 2560-2565

	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	14.8	13.92
เขต 4 สระบุรี	16	16.2	15.02	15.36	16.91	16.05
เขต 5 ราชบุรี	13.77	13.16	12.41	12.9	13.6	13.75
เขต 6 ระยอง	15.51	14.18	14.04	14.22	14.95	15.35
เขต 7 ขอนแก่น	5.35	5.1	5.01	4.86	5.27	5.35
เขต 8 อุดรธานี	4.85	4.19	4.6	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	7.31	7.79	8.07
เขต 11 สุราษฎร์ธานี	11.36	10.93	10.61	10.27	11.03	11.26
เขต 12 สงขลา	8.6	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	10.92

ผู้ป่วย intracerebral hemorrhage มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วย ischemic stroke หลายเท่า และที่ในช่วงเวลาที่ผ่านมาอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย intracerebral hemorrhage นั้นยังไม่มีแนวโน้มที่ลดลง แตกต่างจากอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย ischemic

stroke ที่ยังพบแนวโน้มลดลง อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย intracerebral hemorrhage แสดง ดังตารางที่ 6 พบว่าเขตสุขภาพที่ 4 พบมีอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย intracerebral hemorrhage สูงเกือบร้อยละ 40 และพบลักษณะดังกล่าวมาตลอดในช่วง 6 ปีที่ทำการศึกษา

ตารางที่ 6 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย intracerebral hemorrhage พ.ศ. 2560-2565

	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	25.3	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
ประเทศ	26.88	26.83	26.82	26.65	27.43	27.58

ผู้ป่วย ischemic stroke นั้นมีการรักษาที่เป็นมาตรฐาน คือ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rtpa) การรับไว้รักษาใน stroke unit และมีมาตรฐานการรักษาของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ standard stroke certified center : SSCC ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มที่

ลดลงมาตลอดตั้งแต่มีระบบบริการ stroke fast track พบว่าอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 5 โดยประมาณ พบว่าเขตสุขภาพที่ 7 นั้นมีอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำ คือ ร้อยละ 2.28 ในปี 2565 และพบอัตราการเสียชีวิตสูงในเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 7.74 รายละเอียด ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย cerebral infarction พ.ศ. 2560-2565

	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	4.7	5.1	5.66	6.5
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	6.55	5.3	5.86	6.18	6.4
เขต 6 ระยอง	6.99	6.11	6.57	6.4	6.76	7.58
เขต 7 ขอนแก่น	2.06	1.98	1.85	1.7	2.3	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	4.8	4.64	4.74	4.89	5.19

ระบบการรักษาผู้ป่วย stroke fast track ของประเทศไทยเป็นระบบเครือข่ายการบริการ โดยมีอายุรแพทย์ระบบประสาท (neurologist) เป็นหัวหน้าเครือข่าย มีระบบการให้คำปรึกษาต่อทีมผู้ให้การรักษาที่

โรงพยาบาลลูกข่าย ดังนั้นการให้ยาละลายลิ่มเลือดมีทั้งแบบการส่งต่อมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด การให้ยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลลูกข่ายและให้การดูแลต่อเนื่อง หรือการให้ยาละลาย

ลิ้มเลือดที่โรงพยาบาลลูกชาย และส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ดังนั้นการศึกษาถึงอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ischemic stroke ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ้มเลือดจึงมีความสำคัญ เพื่อเป็นการกำกับติดตามมาตรฐานการรักษาอย่างหนึ่ง พบว่าอัตราการเสียชีวิต

ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณ ร้อยละ 7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ้มเลือด ซึ่งพบว่าเขตสุขภาพ 2,4 และ 6 มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าเขตสุขภาพอื่น และต่ำสุดในเขตสุขภาพที่ 7 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย acute cerebral infarction ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ้มเลือด

	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
เขต 7 ขอนแก่น	2.46	3.65	2.59	2.7	2.78	3.24
เขต 8 อุตรดิตถ์	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	9.3
เขต 12 สงขลา	9.3	5.88	6.62	6.53	7.47	5.66
เขต 13 กรุงเทพมหานคร	6.49	8.54	6.07	8.23	7	6.28
ประเทศไทย	6.24	6.38	5.94	7.07	7.44	7.79

ปัจจุบันโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาผู้ป่วย ischemic stroke ด้วยยาละลายลิ้มเลือดได้ทั่วประเทศไทยมีจำนวน 182 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมระบบ

บริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 โรงพยาบาลที่ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ้มเลือดได้ในแต่ละเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จำนวนโรงพยาบาลที่ให้ยาละลายลิ้มเลือด
1 เชียงใหม่	8	17
2 พิษณุโลก	5	11
3 นครสวรรค์	5	5
4 สระบุรี	8	18
5 ราชบุรี	8	21
6 ระยอง	8	20
7 ขอนแก่น	4	14
8 อุตรดิตถ์	7	18
9 นครราชสีมา	4	15
10 อุบลราชธานี	5	9
11 สุราษฎร์ธานี	7	22
12 สงขลา	7	12
13 กทม	1	20

ดังนั้นเขตสุขภาพที่ยังมีโรงพยาบาลให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่การให้บริการ ต้องมีการพัฒนาระบบบริการ และเพิ่มโรงพยาบาลลูกข่ายที่สามารถให้การรักษาดังกล่าวละลายลิ่มเลือดได้ เพื่อเป็นเป็นการลดระยะเวลา onset to needle time และ onset to hospital ให้สั้นลงมากที่สุด

วิจารณ์

การศึกษาด้านระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีการศึกษาหลักล่าสุด โดย Hanchaiphiboolkul S และคณะ¹ ในการศึกษา Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study ในปี 2547 - 2549 พบความชุก 1,880 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป การศึกษาก่อนหน้านี้โดย Viriyavejakul A และคณะ^{2,3} ศึกษาความชุกในปี 2526 พบความชุก 690 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และ ระหว่างปี 2537-2539 พบความชุก 1,120 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประชากรไทยใช้สิทธิการรักษาประมาณ ร้อยละ 75 ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาที่ครอบคลุมประชากรประมาณ ร้อยละ 75 และผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการตรวจวินิจฉัยตามมาตรฐาน คือ ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทุกราย ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke) นั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นกว่าการศึกษาในอดีตอย่างชัดเจน ดังจะเห็นได้จากอุบัติการณ์ในปี 2560 คือ 278.49 สูงขึ้นเป็น 330.72 ในปี 2565 ถึงแม้จะพบว่าในช่วงระหว่างปี 2563-2565 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิดที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสถานการณ์นี้พบเกิดขึ้นในหลายประเทศ⁴ อย่างไรก็ตามกรณีผู้ป่วย acute stroke ที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ intracerebral hemorrhage นั้นไม่พบว่ามีอัตราการลดลงของอุบัติการณ์ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rtpa)

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในแต่ละเขตสุขภาพก็มีความแตกต่างกัน ระหว่าง 285 และ 379 ต่อแสนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 13 และเขตสุขภาพที่ 9 ดังนั้นประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันสูง และการเต้นของหัวใจผิดปกติ atrial fibrillation (AF) ซึ่งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้เป็นโรคร่วมที่พบบ่อย¹ ซึ่งทีมแพทย์ต้องรณรงค์ด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นงานหลัก เพื่อลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดสมองขาดเลือด และเลือดออกในเนื้อสมอง

อุบัติการณ์โรค intracerebral hemorrhage นั้นพบสูงในเขตสุขภาพที่ 1-6 ซึ่งเป็นพื้นที่ในภาคกลาง และภาคตะวันออก และพบน้อยในเขตสุขภาพที่ 11, 12 พื้นที่ภาคใต้ อย่างที่ทราบกันดีว่าปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิด intracerebral hemorrhage นั้นคือภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้นต้องรณรงค์และการคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ดังกล่าวอย่างดี เพื่อสร้างความตระหนักต่อการป้องกัน และรักษาโรคความดันโลหิตสูง⁵

ผลการรักษาผู้ป่วย intracerebral hemorrhage นั้นไม่ดี มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเกือบ ร้อยละ 40 ทั้งที่ในปัจจุบันแต่ละเขตสุขภาพมีศูนย์แพทย์ระบบประสาทให้การรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดเปิดสมอง เพื่อนำก้อนเลือดออกจากเนื้อสมอง แต่ก็ยังไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งการรักษาที่ได้ประโยชน์ในผู้ป่วย hypertensive intracerebral hemorrhage คือ การรีบควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ดีที่สุด และการแก้ไขภาวะเลือดออกผิดปกติร่วมด้วย⁶

การพัฒนาระบบบริการ stroke fast track และ stroke unit นั้นมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน ซึ่ง stroke unit ของเกือบทุกโรงพยาบาล จะให้การรักษาผู้ป่วย acute ischemic stroke เป็นหลัก จึงส่งผลให้การรักษาผู้ป่วย ischemic stroke ได้ผลดี⁷ ลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ต่ำมาก ซึ่งตรงข้ามกับผลการรักษาผู้ป่วย intracerebral hemorrhage ดังนั้นต้องพัฒนาระบบบริการ stroke fast track และ stroke unit สำหรับผู้ป่วย intracerebral hemorrhage

โรคร่วมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ โรคไตเสื่อม⁸ โรคเอดส์⁹ ภาวะปอดติดเชื้อ¹⁰ โรคหัวใจรูห์มาติก¹¹ และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นในฤดูหนาวมีผลการรักษาที่ไม่ดี และมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าในฤดูอื่นๆ ของประเทศไทย¹²

การรักษาผู้ป่วย acute ischemic stroke ด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rtpa) ซึ่งพบว่ามีความนิยมเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งมีพื้นที่ครอบคลุม 7 จังหวัด แต่มีโรงพยาบาลที่ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ถึง 22 โรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว onset to needle time หรือ onset to hospital ทำได้อย่างรวดเร็ว อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดก็สูงขึ้น ดังนั้นการพัฒนา ระบบเครือข่ายการให้บริการ และระบบการปรึกษาจากแม่ข่ายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งจากการศึกษาโดย Vorasoot N และคณะ¹³ พบว่าผลการรักษาผู้ป่วย ischemic stroke ด้วยยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลเครือข่าย และโรงพยาบาลแม่ข่ายมีผลการรักษาไม่แตกต่างกัน จึงควรมีนโยบายในการเพิ่มโรงพยาบาลเครือข่ายในการรักษาผู้ป่วย acute stroke ให้มากขึ้น และครอบคลุมพื้นที่ให้ได้มากที่สุด

สรุป

อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง คือ 330.72 โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด คือ 222.19 โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก คือ 88.38 ต่อประชากรแสนคนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อัตราการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดคือ ร้อยละ 7.36 อัตราการเสียชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.92

เอกสารอ้างอิง

- Hanchaiphibookkul S, Pongvarin N, Nidhinandana S, Suwanwela NC, Puthkhao P, Towanabut S, et al. Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study. *J Med Assoc Thai* 2011;94:427-36.
- Viriyavejakul A PN, Vannasaeng S. The prevalence of stroke in urban community of Thailand. *J Neurol* 1985;232(Suppl):93.
- Viriyavejakul A, Senanarong V, Prayoonwivat N, Praditsuwan R, Chaisevikul R, Pongvarin N. Epidemiology of stroke in the elderly in Thailand. *J Med Assoc Thai* 1998;81:497-505.
- Bersano A, Kraemer M, Touze E, et al. Stroke care during the COVID-19 pandemic: experience from three large European countries. *European Journal of Neurology* 2020;27:1794-800.
- Shen J, Guo FB, Yang P, et al. Influence of hypertension classification on hypertensive intracerebral hemorrhage location. *J Clin Hypertens* 2021;23:1992-9.
- Cordonnier C, Demchuk A, Ziai W, et al. Intracerebral haemorrhage: current approaches to acute management. *Lancet* 2018;392:1257-68.
- Langhorne P, Ramachandra S, Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network metaanalysis (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 4. Art. No.: CD000197.
- Tung LM, Barlas RS, Vart P, et al. Association of chronic kidney disease with outcomes in acute stroke. *Acta Neurologica Belgica* 2021;121:1241-6.
- Cumming K, Tiamkao S, Kongbunkiat K, et al. Impact of HIV on inpatient mortality and complications in stroke in Thailand: a national database study. *Epidemiol Infect* 2017;145:1285-91.
- Barlas RS, Clark AB, Bettencourt-Silva JH, et al. Pneumonia and risk of serious adverse outcomes in hospitalized strokes in Thailand. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2019;28:1448-54.
- Wood AD, Mannu GS, Clark AB, et al. Rheumatic mitral valve disease is associated with worse outcomes in stroke: A Thailand national database study. *Stroke* 2016;47:2695-701.
- Lorking N, Wood AD, Tiamkao S, et al. Seasonality of stroke: Winter admissions and mortality excess: A Thailand national stroke population database study. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2020;199:106261.
- Vorasoot N, Kasemsap N, Kongbunkiat K, et al. Impact of hospital level on stroke outcomes in the thrombolytic therapy era in Northeast Thailand: A retrospective study. *Neurol Ther* 2021;10:727-37.