

บทความพิเศษ

โรคหลอดเลือดสมองในสังคมผู้สูงอายุ

ดวงพล ศรีมณี, พบ.

โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ดวงพล ศรีมณี, พบ.,
196 ถนนเทศบาล ตำบลพระปฐม
เจดีย์ อำเภอเมืองนครปฐม
จังหวัดนครปฐม 73000,
ประเทศไทย
Email: dukebrufen@yahoo.
co.th

Received: June 8, 2023;

Revised: August 3, 2023;

Accepted: January 16, 2024

บทคัดย่อ

การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ต้องใช้ระยะเวลาและทรัพยากรในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพอย่างมาก การเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็วด้วยสิทธิฉุกเฉินตามนโยบายรัฐบาล ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพทุกแห่งที่ใกล้เคียงที่สุดทั้งโรงพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพได้ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดทุพพลภาพหรือพิการตามมา การรับทราบเรื่องสิทธิผู้พิการตามกฎหมายจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสวัสดิการแห่งรัฐ เพื่อการช่วยเหลือทางการเงินและการดูแลทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง สังคมผู้สูงอายุ

SPECIAL ARTICLE

Cerebrovascular Disease in Aging Society

Duangpol Srimaee, MD.

*Nakhonpathom Hospital, Nakhon Paathom, Thailand***Corresponding author :**

Duangpol Srimaee, MD.,
Nakhonpathom Hospital,
196 Tesa Rd, Phra Prathom
Chedi Sub-district, Mueang
Nakhon Pathom District,
Nakhon Pathom 73000,
Thailand
Email: dukebrufen@yahoo.
co.th

Received: June 8, 2023;

Revised: August 3, 2023;

Accepted: January 16, 2024

ABSTRACT

Stepping into an aging society was associated with an increased incidence of ischemic stroke which was a major cause of mortality and incapacitation. Treatment and rehabilitation for these patients require an extensive amount of time and resources. Early access to treatment in any nearest public or private hospitals under the Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) scheme has a significant role in reducing mortality and disability rates. Acknowledgment of rights for patients with a disability or combined disabilities would enable a continuum of care, financial support, and proper medical treatment under state welfare.

Keywords: cerebrovascular disease, aging society

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ตามนิยามผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จากสถิติปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น 66,090,475 คน มีผู้สูงอายุ 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรในประเทศทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุ ชาย 5,622,744 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 และเป็นผู้สูงอายุ หญิง 7,076,288 คิดเป็นร้อยละ 55.73 ประชากรผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำนวน 7,120,271 คน คิดเป็นร้อยละ 56.07 ของประชากรผู้สูงอายุ มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี และคาดการณ์กันว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 ของประชากรไทยทั้งหมด¹ สถานการณ์ที่ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญ ได้แก่ ค่าครองชีพที่สูงขึ้นจากอัตราเงินเฟ้อ ประมาณการณในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาอัตราเงินเฟ้อเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไป ครอบครัวยุคใหม่มีลูกคนเดียวมากขึ้น ประชากรวัยทำงานลดลงส่วนใหญ่ทำงานเต็มเวลา ทำให้มีผู้ดูแลประชากรผู้สูงอายุลดลง ส่วนหนึ่งผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง และปฏิเสธไม่ได้ว่าด้วยวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เพิ่มขึ้นตามมา²

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. 2562 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิตรองจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และเป็นสาเหตุของความพิการอันดับ 3 ของโลก³ ในขณะที่รายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่า เพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁴ สอดคล้องกับฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องจาก 278.49 ในปี พ.ศ. 2560 เป็น

330.72 ในปี พ.ศ. 2565 โดยค่าเฉลี่ย 6 ปี เท่ากับ 314.92 และอัตราการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) สูงขึ้นอย่างชัดเจน จาก 184.11 (ในปี พ.ศ. 2560) เป็น 222.19 (ในปี พ.ศ. 2565) ค่าเฉลี่ย 6 ปี 211.72 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เมื่อเทียบกับอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) 79.27 (ในปี พ.ศ. 2560) เป็น 88.38 (ในปี พ.ศ. 2565) โดยมีค่าเฉลี่ย 6 ปี เท่ากับ 85.69 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป⁵

จากสถิติข้างต้นจะพบว่า การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิต พิจารณา ต้องใช้ระยะเวลาและทรัพยากรในการรักษาดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพอย่างมาก⁶ นับเป็นความท้าทายทั้งทางด้านสาธารณสุขและด้านสวัสดิการสังคมของประเทศอย่างยิ่ง

การดูแลปัจจัยเสี่ยงคือการป้องกันที่ดีที่สุด

การป้องกันโรคด้วยความเข้าใจ และดูแลปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมในผู้สูงอายุมากที่สุด ตั้งแต่ก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (primary prevention) รวมถึงป้องกันการเกิดหลอดเลือดสมองซ้ำ (secondary prevention) โดยมุ่งเน้นปัจจัยที่ควบคุมและป้องกันได้ เริ่มต้นจากการดูแลสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (life style modification) ไปจนถึงการควบคุมโรคอื่น ๆ (disease control) โดยให้น้ำหนักตามหลักฐานข้อมูล (level of evidence) AHA guideline 2021⁷ ดังนี้

1. อาหาร แนะนำเป็นการทานอาหารในลักษณะเดียวกับผู้คนที่อาศัยแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียน⁸ ซึ่งเน้นอาหารจำพวกปลา พืช กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว (monounsaturated fatty ACID, MUFA) หรือกรดไขมันดีที่ได้จากพืช เช่น น้ำมันมะกอก⁹ และอาหารลดเกลือโซเดียมน้อยกว่า 1 กรัม/วัน หรือเกลือแกงน้อยกว่า 2.5 กรัม/วัน¹⁰ น้ำหนักตามหลักฐานข้อมูล ลำดับ 2a

2. การออกกำลังกาย ในผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ครั้งละ 40 นาที 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์¹¹ แต่หากอ้างอิงตามน้ำหนักตามหลักฐานข้อมูล ลำดับ 1 แนะนำผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันแล้ว หรือเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) ควรออกกำลังกายชนิดแอโรบิกครั้งละ 10 นาที 4 ครั้งต่อสัปดาห์¹²

3. งดสูบบุหรี่¹³ และสารเสพติดโดยเฉพาะแอมเฟตามีน และอนุพันธ์โคเคน^{14,15} น้ำหนักตามหลักฐานข้อมูลลำดับ 1

4. ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้หญิงแนะนำให้ดื่มแอลกอฮอล์ <1 drink (12 กรัม/วัน) ผู้ชายแนะนำให้ดื่มแอลกอฮอล์ <2 drink (24 กรัม/วัน)¹⁶ น้ำหนักตามหลักฐานข้อมูล ลำดับ 1

5. การลดน้ำหนัก¹⁷ น้ำหนักตามหลักฐานข้อมูล ลำดับ 1

6. ความดันโลหิตสูง น้ำหนักตามหลักฐานข้อมูล ลำดับ 1 โดยแนะนำให้ควบคุมความดันโลหิต < 130/80 มม.ปรอท เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ แต่อย่างไรก็ตาม แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ยังแนะนำว่าการลดความดันโลหิตตามเป้าหมาย อาจส่งผลต่อภาวะความรู้คิดบกพร่องลดลง (cognitive worsening) ในผู้ป่วยสูงอายุได้ ดังนั้นควรปรับตามความเหมาะสม ทั้งนี้ พบว่าประชากรผู้สูงอายุที่มากกว่า 80 ปี ควรลดความดันโลหิตโดยมีเป้าหมายอยู่ที่ 150/80 มม.ปรอท¹⁹

7. เบาหวาน แนะนำให้ควบคุมระดับ HbA1C <7.0 น้ำหนักตามหลักฐานข้อมูล ลำดับ 1²⁰ แต่อย่างไรก็ดี ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ปรับระดับเป้าหมาย HbA1C <7.0 เป็น 8.0 ในผู้สูงอายุ หรือ HbA1C <8.0 เป็น 9.0 โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและมีโรคร่วม เพื่อป้องกันภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยเลือกพิจารณาเป็นรายๆตามความเหมาะสม²¹

8. ไขมันในเลือดสูง น้ำหนักตามหลักฐานข้อมูล ลำดับ 1 แนะนำผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันแล้วมีเป้าหมายของระดับ LDL <100 มก./ดล.²² แต่หากมีโรคร่วมเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป้าหมายของระดับ LDL <70 มก./ดล. และแนะนำให้ลดระดับ TG

<500 มก./ดล. แต่น้ำหนักตามหลักฐานข้อมูล ลำดับ 2²³

9. ภาวะนอนกรนหยุดหายใจ (obstructive sleep apnea) มีการศึกษาพบว่า ภาวะนอนกรนหยุดหายใจ มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หัวใจเต้นสั่นพริ้ว (atrial fibrillation) โรคหลอดเลือดสมอง โดยคำแนะนำผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันให้รักษาภาวะนอนกรนหยุดหายใจด้วย น้ำหนักตามหลักฐานข้อมูล ลำดับ 2²⁴

10. ภาวะหัวใจสั่นพริ้ว มีน้ำหนักตามหลักฐานข้อมูล ลำดับ 1 ในการดูแลรักษา²⁵

เทคโนโลยีการรักษาหากเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน

เนื่องจากปัจจุบันเทคโนโลยีในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของประเทศไทยได้พัฒนาก้าวหน้าขึ้นมาก และเป็นที่ทราบกันในปัจจุบันว่า การรักษาที่มีหลักฐานว่าช่วยลดอัตราการเสียชีวิตเชิงประจักษ์ได้²⁶ คือ

1. การรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ที่ได้มาตรฐาน เนื่องจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นหอผู้ป่วยที่รองรับโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน/วิกฤต จนถึงระยะฟื้นฟูก่อนกลับบ้าน โดยมีการดูแลทั้งในช่วงที่เฝ้าระวังการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (recombinant tissue plasminogen activator, rtPA) /การเปิดหลอดเลือดด้วยสายสวน (mechanical thrombectomy) การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เฝ้าระวังการหายใจ /สำลัก หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ การทำกายภาพบำบัด ผักการกลืน ฟื้นฟูกำลังแขนขา การพูด การทรงตัว ประเมินและรักษาภาวะซึมเศร้า แนะนำการใช้ยาประจำโดยเฉพาะยาต้านการแข็งตัวของเลือด warfarin การให้คำแนะนำญาติถึงวิธีดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการป้อนอาหารและยาทางสายยาง ด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) รวมถึงส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรที่ออกชุมชนเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

2. การได้รับยาต้านเกล็ดเลือด แอสไพริน ภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมงหลังการเกิดโรค ยกเว้นมีข้อห้าม

3. การเปิดหลอดเลือดสมองที่อุดตันด้วยยาละลาย

ลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ rtPA ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ที่มีอาการภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง ในปัจจุบันหลักฐานทางการแพทย์ระบุว่าผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 80 ปี การให้ rtPA ไม่ใช่ข้อห้ามและยังได้ประโยชน์มากกว่าการไม่ใช้ยา นอกจากนี้รายที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองใหญ่อุดตัน (large vessel occlusion, LOV) ในระยะเวลาประมาณ 6 ชั่วโมง ให้พิจารณาการเปิดหลอดเลือดด้วยสายพาน หรือการเปิดหลอดเลือดสมองที่อุดตันโดยการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้ ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีค่าคะแนนอาการโรคหลอดเลือดสมองตีบ National Institute of Health Stroke Scale : NIHSS ≥ 6 ค่าคะแนนภาพถ่ายคอมพิวเตอร์สมอง Alberta Stroke Program Early CT Score, ASPECTS ≥ 6 ผู้ป่วยได้รับการตรวจ noninvasive intracranial vascular study : CTA/MRA brain เพื่อหาข้อบ่งชี้ของการเปิดหลอดเลือดด้วยสายพาน ในกรณีผู้ป่วยบางรายที่หลอดเลือด internal carotid artery (ICA) หรือ middle cerebral artery (MCA) สมองตีบและอุดตันในสถาบันที่ทำการตรวจประเมิน CT perfusion /diffusion and perfusion MRI เพื่อประเมิน volume mismatch ในระยะเวลา 6-24 ชั่วโมง เพื่อหาข้อบ่งชี้ของการเปิดหลอดเลือดด้วยสายพาน²⁷ ซึ่งผลการรักษาในผู้ป่วยอายุมากกว่า 80 ปี ยังสามารถลดความพิการเมื่อตรวจติดตามในระยะเวลา 90 วัน แต่อย่างไรก็ดีผลการรักษาในผู้ป่วยอายุ 80 ปี ด้อยกว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า²⁸

4. การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (decompressive craniotomy) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวม เนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง จากทั้ง 4 ข้อข้างต้น เป็นกระบวนการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลทั้งสิ้น จะเห็นได้ว่าระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันจนถึงได้รับการรักษา มีความสำคัญต่อผลการรักษาอย่างมาก ดังนั้นกระบวนการตระหนักรู้ และการส่งต่อผู้ป่วยให้ถึงโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง ควรมีการส่งเสริมให้ตระหนักรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง ทั้งกับ

ประชาชนทั่วไปและบุคลากรทางแพทย์ โดยใช้คำย่อที่สื่อสารและจดจำง่าย คือ FAST ที่แปลว่ารวดเร็ว²⁹

F Facial weakness : ใบหน้าซีกหนึ่งอ่อนแรง เบี้ยว

A Arm Weakness : แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง

S Speech disturbance: พูดไม่ชัด / ไม่เข้าใจภาษา

T Time on onset : ระยะเวลาที่เกิดอาการ ให้โทรตามรถฉุกเฉิน

ผู้ป่วย ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักรู้และให้ระลึกเสมอว่า ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด อาจเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาลหรือเอกชน ในระยะเวลา 3.0-4.5 ชั่วโมงนับตั้งแต่เริ่มมีอาการ เพื่อให้แพทย์พิจารณารักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ rtPA ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ และสามารถใช้เวลาโทรศัพท์ 1669 สำหรับเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินเพื่อเข้ารับการรักษาได้ อย่งไรก็ดี เนื่องจากศักยภาพและความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาลในประเทศไทยไม่เท่ากัน ทั้งทางด้านทรัพยากร เครื่องมือทางการแพทย์ และบุคลากร จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาล เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีเร่งด่วนไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อม ภายในระยะเวลา 3.0-4.5 ชั่วโมง นับตั้งแต่เริ่มมีอาการโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ แพทย์สามารถส่งการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตให้แก่ผู้ป่วยในระหว่างทำการส่งตัว เพื่อควบคุมให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 185 /110 มม.ปรอท ตามข้อบ่งชี้ของการให้ยา rtPA เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันแล้ว แพทย์ในโรงพยาบาลที่รับการส่งตัว สามารถให้ยา rtPA ได้ทันที โดยไม่ต้องรอเวลาเพื่อลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยให้ได้ตามเกณฑ์ ในหากสงสัยหลอดเลือดสมองใหญ่อุดตัน (LOV) ควรส่งต่อผู้ป่วยเพื่อประเมินหาข้อบ่งชี้ของการเปิดหลอดเลือดด้วยสายพานด้วย

ตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2560 โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันทุกสิทธิ์การรักษา สามารถเข้ารับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rtPA) หากมีข้อบ่งชี้ ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ด้วยสิทธิ์ฉุกเฉินตามนโยบายรัฐบาล³⁰ (Universal

Coverage for Emergency Patients, UCEP) และตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เพิ่มสิทธิการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือด (endovascular procedure) เพื่อการเปิดหลอดเลือดด้วยสายพาน ในผู้ป่วยสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิข้าราชการอีกด้วย

การตรวจเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษา

หลังเข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมสหสาขาจะมีการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อตรวจเยี่ยมบ้านภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีการประเมินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ตามแนวคิดของ Geriatric assessment ครอบคลุม 4 ด้านหลักดังต่อไปนี้³¹

1. การประเมินด้านร่างกาย ได้แก่ สุขภาพพื้นฐาน การมองเห็น การได้ยิน การขยับถ่าย โภชนาการ การกลืน/สำลัก อาหารทางสายยาง การกายภาพฟื้นฟู อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย ประเมินโรคร่วมเรื้อรังที่เป็นอยู่และการรักษา ผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ เป็นต้น
2. การประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน
3. การประเมินด้านจิตใจ โดยเฉพาะภาวะเครียด ภายหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (post stroke depression) ผู้ป่วยมีอาการได้ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ถึง 5 ปี ภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบอุบัติการณ์ร้อยละ 39-52³² ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ พันธุกรรม ตำแหน่งรอยโรคของหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะสมองส่วนหน้าซ้าย (left frontal hemisphere)³³ ภาวะความเจ็บป่วยโรคเฉพาะโรคทางจิตเดิม และความสามารถในการดำเนินชีวิตหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง³⁴ อาการเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า หรืออาการความทรงจำผิดปกติเล็กน้อย³⁵ ผู้ป่วยจึงควรได้รับการประเมินและรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. การประเมินทางด้านสังคม ได้แก่ ประเมินผู้ดูแลหลัก เศรษฐฐานะทางสังคม และความปลอดภัยในการดำรงชีพภายในบ้าน พิจารณาโอกาสในการผลักดันหกล้มในบ้าน

ความพิการและสิทธิตามกฎหมาย

หลังจากได้รับการรักษาและฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนแล้ว หากผู้ป่วยยังมีความผิดปกติทั้งด้านการเคลื่อนไหว/อ่อนแรงแขนขา หรือความผิดปกติด้านการสื่อสาร แพทย์สามารถพิจารณาความเห็นและออกใบรับรองความพิการตามแนวทางของคู่มือการตรวจวินิจฉัยและตรวจประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์³⁶ โดยพิจารณาใน 2 หมวดที่พบบ่อยคือ

1. ความพิการทางการเคลื่อนไหว พิจารณาจากแขนขาอ่อนแรงหรือมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ โดยตรวจจากภาพลักษณะภายนอก ตรวจกำลังกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง ตรวจการเคลื่อนไหวแขนขาที่มีผลต่อกิจวัตรประจำวัน (active daily living, ADL) เช่น การรับประทานอาหาร การเดิน
2. ความพิการทางการสื่อสาร ตรวจโดยการเรียกชื่อคำ พูดตาม เข้าใจภาษา อ่าน เขียน (การตรวจประเมินภาวะ aphasia)

เพื่อให้ผู้ป่วยทำบัตรผู้พิการ โดยผู้พิการอาจยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการต่อนายทะเบียนกลาง หรือนายทะเบียนจังหวัด ณ สำนักงานทะเบียนกลาง สำนักทะเบียนจังหวัด หรือสถานที่อื่น (ปัจจุบันยื่นคำขอที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่ง) รับสิทธิผู้พิการตามกฎหมาย เพื่อการช่วยเหลือทางการเงินและการดูแล ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 โดยสิทธิผู้พิการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1. สิทธิที่จะได้รับเงินสวัสดิการเบี้ยความพิการ จ่ายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้านของผู้พิการ
2. สิทธิที่จะได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ คือได้รับการช่วยเหลือจากรัฐในด้านการรักษาฟื้นฟูรวมถึงค่าบริการทางการแพทย์ ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและพัฒนาการตามกฎหมายกำหนด
3. สิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือเนื่องจากเป็นคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแล คือ การส่งเข้าอุปการะในสถานสงเคราะห์

4. สิทธิที่จะได้รับการส่งเสริมอาชีพและการกำหนดสัดส่วนการจ้างงาน มาตรา 33 ของพระราชบัญญัติกำหนดให้นายจ้างหรือเจ้าของสถานประกอบการและหน่วยงานของรัฐ ต้องรับคนพิการเข้าทำงานตามอัตราที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง

5. กรณีผู้ป่วยเป็นผู้ประกันตน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ทุพพลภาพ (ผู้ประกันตนทุพพลภาพ) สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งกรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ เหนือจ่ายไม่เกินเดือนละ 500 บาท และได้รับเงินบำเหน็จชราภาพเมื่อมีมติให้เป็นผู้ทุพพลภาพ³⁷

บทสรุป

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุ การป้องกันโรคด้วยการดูแลปัจจัยเสี่ยง การเข้าถึงถึงเทคโนโลยีการรักษาและเข้าถึงบริการเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความสูญเสีย การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางองค์รวม ภาย จิต สังคม รวมถึงการแนะนำสิทธิที่พึงได้ของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร. สถิติประชากร กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://stat.bora.dopa.go.th/StatMIS/#/ReportTenYear/1>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/known/15/926>
3. Johnson W, Onuma O, Owolabi M, Sachdev S. Stroke: a global response is needed. Bull World Health Organ. 2016;94:634-634A.
4. กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565 เน้นสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623/>
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2565;39:39-46.
6. มัญชุมาส มัญจางษ์. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ. วารสารหลอดเลือดสมองไทย. 2562;18:59-74.
7. Kleindorfer D, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockcroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, et al. Guideline for the Secondary Prevention of Ischemic Stroke. Stroke. 2021;52:e364-e467. PubMed PMID: 34024117
8. Rees K, Takeda A, Martin N, Ellis L, Wijesekara D, Vepa A, Das A, et al. Mediterranean-style diet for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev. 2019;3:CD009825. PubMed PMID: 30864165
9. Martinez-González MA, Dominguez LJ, Delgado-Rodríguez M. Olive oil consumption and risk of CHD and/or stroke: a meta-analysis of case-control, cohort and intervention. studies. Br J Nutr. 2014;112:248-59.
10. He FJ, Tan M, Ma Y, MacGregor GA. Salt reduction to prevent hypertension and cardiovascular disease: JACC state-of-the-art review. J Am Coll Cardiol. 2020;75:632-47.
11. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, de Jesus JM, Houston Miller N, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines [published corrections appear in Circulation. 2014;129(suppl 2):S100-1.
12. Turan TN, Nizam A, Lynn MJ, Egan BM, Le NA, Lopes-VirellaMF, et al. Relationship between risk factor control and vascular events in the SAMM-PRIS trial. Neurology. 2017;88:379-85.
13. Evans-Hudnall GL, Stanley MA, Clark AN, Bush AL, Resnicow K, Liu Y, et al. Improving secondary stroke self-care among underserved ethnic minority individuals: a randomized clinical trial of a pilot intervention. J Behav Med. 2014;37:196-204.
14. Indave BI, Sordo L, Bravo MJ, Sarasa-Renedo A, Fernández-Balbuena S, De la Fuente L, et al. Risk of stroke in prescription and other amphetamine-type stimulants use: a systematic review. Drug Alcohol Rev. 2018;37:56-69.
15. Westover AN, McBride S, Haley RW. Stroke in young adults who abuse amphetamines or cocaine: a population-based study of hospitalized patients. Arch Gen Psychiatry. 2007;64:495-502.
16. Ricci C, Wood A, Muller D, Gunter MJ, Agudo A, Boeing H, van der Schouw YT, et al. Alcohol intake in relation coronary heart disease and stroke: EPIC-CVD casecohort study. BMJ. 2018;361:k934.

17. Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, Hill JO, et al. Look AHEAD Research Group. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011;34:1481-6.
18. Rashid P, Leonardi-Bee J, Bath P. Blood pressure reduction and secondary prevention of stroke and other vascular events: a systematic review. *Stroke*. 2003;34(11):2741-8.
19. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008;358:1887-98.
20. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1993;329(14):977-86.
21. Qaseem A, Wilt TJ, Kansagara D, Horwitch C, Barry MJ, Forciea MA. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Hemoglobin A1c targets for glycemic control with pharmacologic therapy for nonpregnant adults with type 2 diabetes mellitus: a guidance statement update from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2018;168:569-76.
22. Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A, Goldstein LB, Hennerici M, Rudolph AE, et al. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med*. 2006;355:549-59.
23. Tanaka K, Ishikawa Y, Yokoyama M, Origasa H, Matsuzaki M, Saito Y, et al. Reduction in the recurrence of stroke by eicosapentaenoic acid for hypercholesterolemic patients: subanalysis of the JELIS trial. *Stroke*. 2008;39:2052-8.
24. Parra O, Sanchez-Armengol A, Bonnin M, Arboix A, Campos-Rodriguez F, Perez-Ronchel J, et al. Early treatment of obstructive apnoea and stroke outcome: a randomized controlled trial. *Eur Respir J*. 2011;37:1128-36.
25. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation study: final results. *Circulation*. 1991;84:527-39.
26. Jauch EC, Saver JL, Adams Jr HP, Bruno A, Connors JJB, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44:870-947.
27. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สำหรับแพทย์ (ฉบับสมบูรณ์) พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2562.
28. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018;49:e46-e110.
29. วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาและให้ยาลดไขมันเลือดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบฉับพลันภายนอกโรงพยาบาลและที่ห้องฉุกเฉิน พ.ศ. 2563. นนทบุรี: วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย; 2563.
30. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เล่ม 134, ตอนพิเศษ 94 ง (ลงวันที่ 29 มีนาคม 2560).
31. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2557.
32. Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and metaanalysis. *Br J Psychiatry*. 2013;202:14-21.
33. Rajashekar P, Pai K, Thunga R, Unnikrishnan B. Post-stroke depression and lesion location: a hospital based cross-sectional study. *Indian J Psychiatry*. 2013;55:343-8.
34. Johnson JL, Minarik PA, Nyström KV, Bautista C, Gorman MJ. Poststroke depression incidence and risk factors: an integrative literature review. *J Neurosci Nurs*. 2006;38(4 Suppl):316-27.
35. Robinson RG, Jorge RE. Post-Stroke Depression: A Review. *American Journal of Psychiatry*. 2015;173:1-8.
36. สถาบันสิริธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์. คู่มือการตรวจวินิจฉัยและประเมินความพิการ ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2555. นนทบุรี: สถาบันสิริธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ; 2563.
37. สำนักงานประกันสังคม. กรณีทุพพลภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://lb.mol.go.th/en/in-case-of-disability>