

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น Treatment and Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Naphong Hospital, Khon-kaen,

อูรอส สิงห์งาม¹

Uros Singngam¹

(Received: December 25 ,2019 ; Accepted: February 19 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) เพื่อศึกษาผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ตามข้อแนะนำการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พศ.2560 ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยฯ ประชากรตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำพอง ในช่วงเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการทั้งรายใหม่และรายเก่า จำนวน 64 และ 316 ราย รวม 380 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบรวบรวมข้อมูลการรักษารักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเป็นเพศชาย ร้อยละ 67.4 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.7 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 62.1 ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.4 ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 25.9 วินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการทดสอบสมรรถภาพปอด ร้อยละ 75.8 ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคอยู่ระดับรุนแรงน้อยและปานกลาง ร้อยละ 76.3 ได้รับการรักษาด้วย Sulbutamol MDI ร้อยละ 85.3 และ Seretide MDI ร้อยละ 53.1 ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่และคำแนะนำประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันปอดอักเสบ ร้อยละ 95.3 ผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ร้อยละ 90.0 เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยการมีภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 6.1 มีภาวะหายใจล้มเหลว ร้อยละ 3.4 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 6.8 เข้ารับการพ่นยาที่ ER ร้อยละ 6.6 กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย (re – admission) ร้อยละ 2.6 และผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 1.3

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, โรงพยาบาลน้ำพอง

Abstract

The retrospective descriptive study aim to study the care results of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) according to the 2017 Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage; T.S.T. The data was collected in the COPD collecting form 2019. All patients who have been diagnosed COPD were included. 380 medical records were reviewed from October 2018 to September 2019, including 64 new cases and 316 regular cases. The descriptive statistic such as frequency, percentage, mean and standard deviation were used.

Result: The demographic data of the present study showed 67.4% were male, 85.7% mean age 61 years, 62.1% jobless, history of smoking 28.4% with 7.4 % still smoke. The COPD in Naphong hospital were received diagnosed by history, physical examination and lung function test 75.8%. The patients who severity of symptoms mild to moderate 76.3%, treatment by Sulbutamol MDI 85.3%, Seretide MDI 53.1%. The patients who received influenza virus vaccine and suggestion about benefit of pneumonia vaccine 95.3%. The results of treatment showed 90% of COPD can control the symptoms. Nevertheless, the present study showed of the complication with pneumonia about 6.1%, complication with heart failure 3.4%, admit 6.8%, received bronchodilator inhalation at emergency room 6.6% , re-admit in 28 days after discharge 2.6% and refer to tertiary hospital 1.3%.

Key word: Chronic Obstructive Pulmonary Disease.,Thoracic society of Thailand under royal patronage., Naphong hospital.

¹ พ.บ. โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคที่มีลักษณะเป็น progressive, not fully reversible airflow limitation เป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด จากฝุ่น และแก๊สพิษ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ควันบุหรี่ ทำให้เกิด abnormal inflammation response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย⁽⁵⁾ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายของประชากรทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปีค.ศ. 2030 และในปี ค.ศ. 2000 ผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เสียชีวิต 2,750,000 คน เป็นอัตราการตาย 1.3 เท่าในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 40 คน ต่อแสนประชากร⁽¹⁾ สอดคล้องกับข้อมูลจาก Gold (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) ที่ได้ประมาณการว่า ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากอันดับ 6 เป็นอันดับ 3 ของโลก ในปีค.ศ. 2020⁽³⁾

จากสถิติข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข(2563) พบว่าปี 2561 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย 12 เขตบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป มีจำนวน 169,009 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 159,398 คน และปี 2559 จำนวน 152,319 คน จากรายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น(2562) พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปีงบประมาณ ปี 2560 – 2562 จำนวน 5,447, 6,626 และ 6,917 รายตามลำดับ และข้อมูลประจำปีของโรงพยาบาลน้ำพอง พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรังปี 2560 – 2562 จำนวน 304, 374 และ 380 รายตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการหอบเหนื่อย อาการจะค่อยเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

นำไปสู่สภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลง ระดับความรุนแรงของโรคจะสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการกำเริบเฉียบพลัน หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบติดเชื้อ ภาวะหายใจหรือหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิต ข้อมูลการเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2557 พบว่าผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน 350 คนต่อประชากร 100,000 คน มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 5.4 มีการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 9.8 และกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย (re – admission) ร้อยละ 28⁽⁵⁾ ผลของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนอกจากกระทบต่อผู้ป่วยเองโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งทางตรง คือ ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษา และทางอ้อม คือ การสูญเสียรายได้จากการขาดงาน เสียอายุก่อนวัยอันควร ครอบครัวหรือผู้ดูแลสูญเสียรายได้⁽³⁾ ดังนั้นการวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ควบคุมอาการของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวได้⁽⁴⁾

โรงพยาบาลน้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ระดับ M2 ขนาด 120 เตียง จัดให้มีคลินิกบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ปีพ.ศ.2550 ผลการรักษาที่ผ่านมาจากข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลน้ำพองปี 2560 – 2562 พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความสำคัญ 5 อันดับ โรคแรก จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ พบว่า อัตราการกำเริบของโรค 189.87, 235.31 และ 380 ครั้งต่อแสนประชากร อัตราการควบคุมโรคได้ ร้อยละ 9.36, 11.71 และ 13.41 อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 21.20, 18.50 และ 20.70 อัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย (re – admission) ร้อยละ 3.43 (6ราย), 7.69(8ราย) และ 4.89 (9ราย) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 5.59, 6.95 และ 4.74 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิต 1 รายในปี

2562 นอกจากนี้พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อราย ของปี 2560 – 2562 เป็นเงิน 1,176/13,118 , 1,132/11,389 และ 904/7,044 บาท ตามลำดับ

การรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันโรงพยาบาลน้ำพอง ได้นำ “ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2560”⁽⁵⁾ มาเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการของโรค และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด เริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยเพื่อการรักษา การรักษาด้วยยาแบบขั้นบันได และการรักษาอื่นๆ เช่น การให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ การแนะนำ/สนับสนุนการเลิกบุหรี่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาของรุ่งทิพย์ (2550)⁽⁴⁾ พบว่าการใช้แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาตามข้อเสนอแนะของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ในการบริหารจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นจริงในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลน้ำพองต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) โรงพยาบาลน้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น พ.ศ. 2562

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ที่ศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำพอง

ในช่วงเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 ทั้งรายใหม่และรายเก่า จำนวน 64 และ 316 ราย รวม 380 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ “แบบรวบรวมข้อมูลการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลน้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม “ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2560”⁽⁵⁾ เป็นหลัก ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนโดยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรในคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.4 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.7 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 62.1 ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.4 เหตุผลเพราะถูกชักชวนโดยบุคคลอื่น ร้อยละ 41.7 รองลงมา สูบบุหรี่ตามค่านิยม ร้อยละ 30.6 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ อยู่ระหว่าง 15 – 24 ปี ร้อยละ 67.6 บุหรี่ที่สูบเป็นชนิดก้นกรอง ร้อยละ 89.8 จำนวนบุหรี่ที่สูบอยู่ระหว่าง 10 – 29 ซอง/ปี ร้อยละ 63.0 การสัมผัสควันบุหรี่ในปัจจุบัน พบว่า หยุดสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 74.1 ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 25.9 มีคนในครอบครัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 14.0 ดัชนีมวลกายของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 18.5 – 24.9 กก.ต่อตร.ม. ร้อยละ 52.4 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ร้อยละ 90.3

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการทดสอบสมรรถภาพปอด ร้อยละ 75.8 มีระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ระดับรุนแรงน้อย (Mild) และปานกลาง (Moderate) ร้อยละ 76.3 ระยะเวลาที่เป็นโรค 5 – 9 ปี ร้อยละ 47.9 (ตาราง 1) ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) ของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มที่มีระดับความรุนแรงน้อย (Mild) มีผลการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) $\geq 80\%$ ร้อยละ 43.7 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีความ

รุนแรงปานกลาง(Moderate) ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) 50 - 79% ร้อยละ 32.6 (ตาราง 2)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่และรายเก่า จำแนกตามข้อมูลการประเมินผู้ป่วยเพื่อ
การรักษา (N=380)

ข้อมูล	รายใหม่ (64)		รายเก่า (216)		รวม (380)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกณฑ์การวินิจฉัย						
ประวัติและการตรวจร่างกาย	1	15.6	35	11.1	45	11.8
การตรวจสมรรถภาพปอด	2	3.1	5	1.6	7	1.8
ประวัติ การตรวจร่างกาย และการทดสอบสมรรถภาพปอด	47	73.4	241	76.3	288	75.8
ทรวงอกรูปร่างคล้ายถังเบียร์	1	1.6	12	3.8	13	3.4
ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ	3	4.7	18	5.7	21	5.5
พบถุงลมโป่งพอง	1	1.6	5	1.6	6	1.6
ระดับความรุนแรงของโรค						
รุนแรงน้อย(Mild)	30	46.9	136	43.0	166	43.7
รุนแรงปานกลาง(Moderate)	19	29.7	105	33.2	124	32.6
รุนแรงมาก(severe)	10	15.6	55	17.4	65	17.1
รุนแรงมากที่สุด(Very Severe)	5	7.8	20	6.3	25	6.6
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)						
น้อยกว่า 1 ปี	24	37.5	34	10.8	58	15.3
1 - 4 ปี	36	56.3	78	24.7	114	30.0
5 - 9 ปี	4	6.2	178	56.3	182	47.9
10 ปีขึ้นไป	0	0.0	26	8.2	26	6.9

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามผลการตรวจสมรรถภาพปอด (N=380)

ข้อมูล	FEV1							
	≥ 80%		50 - 79%		30 -49%		< 30%	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรค								
รุนแรงน้อย(Mild)	166	43.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
รุนแรงปานกลาง(Moderate)	0	0.0	124	32.6	0	0.0	0	0.0
รุนแรงมาก(severe)	0	0.0	0	0.0	65	17.1	0	0.0
รุนแรงมากที่สุด(Very Severe)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	25	6.6

ในภาพรวมผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Sulbutamol MDI ร้อยละ 85.3 Sulbutamol tablet ร้อยละ 13.2 Seretide MDI ร้อยละ 53.2 Bromhexine tablet ร้อยละ 46.8 ร่วมกับ Acetylcysteine ร้อยละ 42.4 Theophylline tablet ร้อยละ 32.9 Beradual MDI ร้อยละ 13.2 Budesonide MDI ร้อยละ 25.2 (ตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามการรักษาด้วยยา (N=380)

ข้อมูล	ระดับความรุนแรง							
	รายใหม่ (64)		รายเก่า (216)		รวม (380)		มากที่สุด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Theophylline tablet	0	0.0	54	30.0	48	26.6	23	12.8
Beradual MDI	10	5.5	20	11.1	13	3.2	5	2.8
Budesonide MDI	1	0.6	82	45.6	14	7.7	10	5.6
Sulbutamol MDI	150	83.3	104	57.8	50	27.7	20	11.1
Sulbutamol tablet	10	5.6	25	13.9	10	5.6	5	28.0
Bromhexine tablet	58	32.2	70	38.9	32	17.8	18	10.0
Acetylcysteine	25	13.9	85	47.2	30	16.7	21	11.7
Seretide MDI	0	0	112	62.2	65	36.1	25	13.9

การรักษาอื่นๆ ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบเรื่องการสูบบุหรี่ ร้อยละ 100.0 ผลการตรวจสอบพบว่าผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.6 ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยได้รับการดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ ร้อยละ 100.0 ฝึกการออกกำลังกาย ร้อยละ 100.0 ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 95.3 ได้รับการแนะนำประโยชน์ของการ

รับวัคซีนป้องกันปอดอักเสบ ร้อยละ 95.3 (รายใหม่ ร้อยละ 93.8 รายเก่า ร้อยละ 95.6) ส่วนการแนะนำกลุ่มอาการรุนแรงขึ้นไป มีผู้ป่วยจำนวน 90 ราย ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเรื่อง การใช้ออกซิเจน การรักษาโดยการผ่าตัด การพยาบาลโรคและวางแผนการดูแลระยะท้าย ร้อยละ 100.0 (ตาราง 4)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามข้อมูลการรักษาอื่นๆ (N=380)

ข้อมูล	รายใหม่ (64)		รายเก่า (216)		รวม (380)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่						
ได้รับวัคซีน	60	93.8	302	95.6	362	95.3
ไม่ได้รับวัคซีน	4	6.2	14	4.4	18	4.7
การแนะนำประโยชน์ของการรับวัคซีนป้องกันปอดอักเสบ						
ได้รับคำแนะนำ	60	93.8	302	95.6	362	95.3
ไม่ได้รับคำแนะนำ	4	6.2	14	4.4	18	4.7
ตรวจสอบเรื่องการสูบบุหรี่						
ยังสูบบุหรี่	10	15.6	18	5.7	28	7.4
เลิกสูบบุหรี่	15	23.4	65	20.6	80	21.0
ไม่ได้สูบบุหรี่	39	61.0	233	73.7	272	71.6
การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด						
ให้ความรู้	64	100.0	310	98.1	374	95.4
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	44	68.8	243	76.9	287	75.5
เทคนิคการขับเสมหะ	48	75.0	158	50.0	206	54.2
ประหมัดและฟื้นฟูกล้ามเนื้อ	35	54.7	82	26.0	117	30.8
อารมณ์และจิตใจ	64	100.0	316	100.0	380	100.0
โภชนาการ	50	78.1	300	94.9	350	92.1
ฝึกออกกำลังกาย	64	100.0	316	100.0	380	100.0

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามข้อมูลการรักษาอื่นๆ (N=380)

ข้อมูล	รายใหม่ (64)		รายเก่า (216)		รวม (380)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การแนะนำกลุ่มอาการรุนแรงขึ้นไป (รายใหม่15, รายเก่า75)						
เรื่อง การใช้ออกซิเจนแบบระยะยาว การรักษาโดยการผ่าตัด และการแจ้งการพยากรณ์โรคฯ	15	100.0	75	100.0	90	100.0

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินทุกครั้งที่มาตรวจพบว่าความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นสูด ผู้ป่วยปฏิบัติได้ร้อยละ 94.2 ความสามารถและความถูกต้องในการใช้ยาพ่นสูด ผู้ป่วยปฏิบัติได้ ร้อยละ 93.7 ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการออกกำลังกาย ร้อยละ 89.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 82.4 (ตารางที่ 5) ส่วนการประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ผู้ป่วยได้รับการประเมินครบร้อยละ 100.0 คือ การตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) โดย Spirometry และการประเมินคุณภาพชีวิต โดย CAT ผู้ป่วยได้รับการทดสอบ Six-minute walking distance (6MWD) ร้อยละ 98.7 (รายใหม่ ร้อยละ 100.0 รายเก่า ร้อยละ 98.4) และผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจ Arterail blood gases (กรณี SpO2<92%) (ตาราง 5)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามการประเมินทุกครั้งที่มาตรวจ (N=380) (ต่อ)

ข้อมูล	รายใหม่ (64)		รายเก่า (216)		รวม (380)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาการหอบเหนื่อยที่มากขึ้นหรือน้อยลงโดยใช้ CAT	64	100.0	316	100.0	380	100.0
อาการไอ และ/หรือปริมาณเสมหะ การเปลี่ยนแปลงสีเสมหะ	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ปฏิบัติได้	56	87.5	285	75.0	341	89.7
ปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ	8	12.5	31	25.0	39	10.3
สถานะของการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ความสามารถและความถูกต้องในการใช้ยาพ่นสูด	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ปฏิบัติได้ถูกต้อง	58	90.6	298	94.3	356	93.7
ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	6	9.4	18	5.7	24	6.3
ความสม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นสูด	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	55	85.9	303	95.9	358	94.2
ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ	9	14.1	13	4.1	22	5.8
ความเข้มข้นของออกซิเจน(SpO2)	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเพื่อประเมินค่า BMI	64	100.0	316	100.0	380	100.0
อาการหรืออาการแสดงของโรคร่วม	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ไม่มีโรคร่วม	43	67.2	270	85.5	313	82.4
มีโรคร่วม	21	32.8	46	14.5	67	17.6

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามการประเมินอย่างน้อยปีละครั้ง (N=380)

ข้อมูล	รายใหม่		รายเก่า		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ

การตรวจสมรรถภาพปอด (FEV1) โดย Spirometry	64	100.0	316	100.0	380	100.0
คุณภาพชีวิต โดย CAT	64	100.0	316	100.0	380	100.0
Six-minute walking distance (6MWD)	64	100.0	311	98.4	375	98.7
Arterial blood gases (กรณี SpO ₂ <92%)	0	0.0	0	0.0	0	0.0

ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ร้อยละ 90.0 เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยการมีภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 6.1 มีภาวะหายใจล้มเหลว ร้อยละ 3.4 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 6.8 เข้ารับการพ่นยา

ที่ ER ร้อยละ 6.6 กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย (re-admission) ร้อยละ 2.6 และผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 1.3 (ตารางที่ 7)

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำแนกตามผลการรักษา (N=380)

ข้อมูล	รายใหม่		รายเก่า		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การควบคุมอาการของโรคได้	64	100.0	316	100.0	380	100.0
ควบคุมอาการของโรคได้	56	87.5	286	90.5	342	90.0
ควบคุมอาการของโรคไม่ได้	8	12.5	30	9.5	38	10.0
การเกิดภาวะแทรกซ้อน						
ปอดอักเสบติดเชื้อ	5	7.8	18	5.7	23	6.1
ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว	3	4.7	10	3.2	13	3.4
เสียชีวิต	0	0.0	0	0.0	0	0.0
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	6	9.3	20	6.3	26	6.8
การเข้ารับการรักษาที่ ER	22	34.4	3	4.7	25	6.6
การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย (re-admission)	2	3.1	8	2.5	10	2.6
การส่งต่อเพื่อรักษาที่ รพ. ในจังหวัด	1	1.6	4	1.3	5	1.3

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.4 มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.7 และส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 62.1 ผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของสลิททิพย์ และคณะ (2561)^(๑) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นเพศชาย ร้อยละ 67.4 มีอายุเฉลี่ย 64 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60–70 ปี ร้อยละ 31.5 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.6 และใกล้เคียงกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2550)^(๔) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ พบมากในเพศชาย ร้อยละ 77.8 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 82.6 แต่มีความแตกต่างในเรื่องการประกอบอาชีพที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ

76.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรซึ่งเป็นอาชีพหลักของชาวชนบทในภาคเหนือ

ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.4 สาเหตุที่สูบบุหรี่เนื่องจากถูกชักชวนโดยบุคคลอื่น ร้อยละ 41.7 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ อยู่ระหว่าง 15–24 ปี ร้อยละ 67.6 อายุเฉลี่ย 17.2 ปี บุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่เป็นชนิดก้นกรอง ร้อยละ 89.8 จำนวนบุหรี่ที่สูบอยู่ระหว่าง 10–29 ซอง/ปี ร้อยละ 63.0 เฉลี่ย 10 ซองต่อปี และผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ ร้อยละ 74.1 ซึ่งมีความแตกต่างจากผลการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2550)^(๔) ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 94.0 มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 73.9 สูบเพื่อไถ่ยุ่งหรือแถมลงขณะออกไปประกอบอาชีพ บุหรี่ที่สูบเป็นบุหรี่จี้ ร้อยละ 70.7 ปริมาณบุหรี่ที่สูบเฉลี่ย 45.8 ซองต่อปี บุหรี่จี้เป็นบุหรี่พื้นบ้านของชาวชนบทภาคเหนือ สามารถปลูกต้นยาสูบเอง

หรือหาซื้อเส้นมาวนด้วยใบตองกล้วยทำให้สะดวกและง่ายต่อการสูบลมกว่าบุหรี่กันกรอง ซึ่งต่างจากวิถีชีวิตของชาวชนบทในภาคอีสานที่ส่วนใหญ่ไม่ได้ปลูกต้นยาสูบในท้องถิ่น ส่วนผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน คือ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ร้อยละ 65.3 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 15 – 24 ปี เฉลี่ย 16.2 ปี และผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 73.3 ผลการศึกษารังนี้และที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽⁵⁾ การป้องกันไม่ให้เกิดผู้สูบบุหรี่ใหม่ และการช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นการกิจสำคัญประการหนึ่งของบุคลากรสาธารณสุข ที่จะช่วยลดอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลดผลกระทบและความรุนแรงจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยแล้ว

ลักษณะทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยที่สมาคมอูเรเวชแห่งประเทศไทย(2560)⁽⁵⁾ กำหนดในองค์ประกอบการซักประวัติเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค การศึกษานี้พบผู้ป่วยมีประวัติคนในครอบครัวเป็น COPD ร้อยละ 14.0 การขาดสาร alpha-1 antitrypsin (severe hereditary deficiency of alpha-1 antitrypsin) เป็น inhibitor ของ serine proteases ที่อยู่ในกระแสเลือด ทำให้เร่งการเกิดภาวะถุงลมโป่งพองก่อนวัยอันควรถึงแม้ว่าจะไม่ได้สูบบุหรี่ โดยภาวะนี้พบได้น้อย และมักพบในยุโรปตอนบน ปัจจุบันข้อมูลสนับสนุนยังไม่ชัดเจนต้องมีการศึกษาค้นคว้าต่อไป⁽³⁾

ดัชนีมวลกายผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18.5 – 24.9 กก.ต่อตร.ม. ร้อยละ 52.4 การดูแลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมเป็นเรื่องสำคัญ และผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินทุกครั้งที่มาตรวจรักษา⁽⁵⁾ เพราะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีน้ำหนักน้อยมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น⁽²⁾ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ร้อยละ 90.3 การศึกษารังนี้ผู้ป่วยโดยรวมสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ร้อยละ 90.0 (ตารางที่ 10) ผลการศึกษาใกล้เคียงกับรุ่งทิพย์ (2550)⁽⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด ร้อยละ 95.2 ทำให้ผู้ป่วยโดยรวมร้อยละ 80.8 มีความรุนแรงของการเหนื่อยง่ายอยู่ในระดับ 0 - 1

การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ประวัติสัมผัสปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านผู้ป่วยคือ ลักษณะทางพันธุกรรม ปัจจัยด้านสภาวะ

แวดล้อมคือควันบุหรี่ และมลภาวะทั้งในบริเวณบ้าน ที่ทำงาน และที่สาธารณะ ร่วมกับอาการ ผลการตรวจร่างกาย ภาพรังสีทรวงอก และยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจ spirometry⁽⁵⁾ การศึกษานี้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการทดสอบสมรรถภาพปอด ร้อยละ 75.8 พบทรวงอกมีรูปร่างคล้ายถังเบียร์ร้อยละ 3.4 ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้ในรายที่มีถุงลมโป่งพองมาก (รุ่งทิพย์, 2560) นอกจากนี้พบภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ ร้อยละ 5.5 ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 5 – 9 ปี ร้อยละ 47.9 ใกล้เคียงกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2560)⁽⁴⁾ ที่พบค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่เป็นโรค 4.1 ปี

ระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงน้อย (Mild) และปานกลาง (Moderate) ร้อยละ 76.3 แตกต่างจากผลการศึกษาของรุ่งทิพย์ (2560) ที่พบผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคในระดับเดียวกัน ร้อยละ 54.5 ผลการตรวจสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยระดับความรุนแรงต่างๆ สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยและระดับความรุนแรงของโรคของสมาคมอูเรเวชแห่งประเทศไทยฯ (2560)⁽⁵⁾

ยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ในภาพรวม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม beta2 agonist (Sulbutamol MDI) ร้อยละ 85.3 และ Sulbutamol tablet ร้อยละ 13.2 ร่วมกับยาขยายหลอดลม (bronchodilators) ชนิดรับประทาน (Theophylline tablet ร้อยละ 32.9) ยาพ่นสูด Steroid (inhaled corticosteroids, ICS) (Budesonide MDI ร้อยละ 25.2) ยา LABA+ICS (Seretide MDI) ร้อยละ 53.2 และกลุ่มยาละลายเสมหะ (Bromhexine tablet ร้อยละ 46.8 และ Acetylcysteine ร้อยละ 42.4) (ตารางที่ 3)

เมื่อพิจารณาการรักษาตามระดับความรุนแรงของโรคตามระดับความรุนแรง การศึกษานี้พบว่า ระดับความรุนแรงน้อย ได้รับยาในกลุ่ม beta2 agonist เป็นส่วนใหญ่ (Sulbutamol MDI ร้อยละ 90.4) ร่วมกับยาละลายเสมหะ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ของสมาคมอูเรเวชแห่งประเทศไทย (2560)⁽⁵⁾ ส่วนผู้ป่วยระดับความรุนแรงปานกลาง รุนแรงมากและรุนแรงมากที่สุด ได้รับการรักษาด้วยยาเหมือนระดับความรุนแรงน้อย แต่เพิ่มยาขยายหลอดลม (bronchodilators) ชนิดรับประทาน (Theophylline tablet) และ ยาพ่นสูดขยายหลอดลม ชนิดออกฤทธิ์ยาว beta₂ agonist ผสม steroid (LABA+ICS) ซึ่งโรงพยาบาลน้ำพองใช้ Seretide MDI

(ตารางที่ 3) การให้ยาในผู้ป่วยความรุนแรงทั้ง 3 กลุ่มนี้ เป็นการให้เพื่อลดอาการของผู้ป่วยและป้องกันการกำเริบของโรคตามแนวทางของสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทยแนะนำให้เพิ่มยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวกลุ่ม anticholinergic และ/หรือกลุ่ม beta₂ agonist

การให้คำแนะนำผู้ป่วยควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยทุกรายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกำเริบ และวางแผนการรักษา ร่วมกับผู้ป่วย ตามเกณฑ์ของสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย (2560)^(๕) เป็นการรักษาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับ ซึ่งคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับ ร้อยละ 100.0 ได้แก่ การตรวจสอบเรื่องการสูบบุหรี่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้านอารมณ์และจิตใจ ฝึกการออกกำลังกาย ส่วนการรับวัคซีน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 95.3 ไม่ได้รับวัคซีนร้อยละ 4.7 เนื่องจากเป็นความสนใจของผู้ป่วยเองที่ไม่รับวัคซีน ส่วนกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดบางกิจกรรม ที่ไม่เป็นไปตามแนวทางของสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย เนื่องจากปัญหาด้านผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแล ที่ไม่มีความสะดวกในการปฏิบัติ หรือปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ ในการแนะนำกลุ่มอาการรุนแรงขึ้นไป ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 90 รายเป็นรายใหม่ 15 ราย รายเก่า 75 ราย ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเรื่อง การใช้ ออกซิเจน การรักษาโดยการผ่าตัด การแจ้งการพยากรณ์โรคและวางแผนการดูแลระยะท้าย ร้อยละ 100.0

การประเมินและติดตามโรค เป็นการประเมินผลการรักษาที่ต้องมีการประเมินทั้งอาการผู้ป่วย (subjective) และผลการตรวจ (objective) ประกอบด้วย การประเมินทุกครั้งที่มาตรวจ และการประเมินที่ควรทำอย่างน้อยปีละครั้ง^(๕) การศึกษานี้ผู้ป่วยได้รับการประเมินทุกกิจกรรมทุกครั้งที่มาตรวจ และพบว่าในกิจกรรมของการใช้ยาผู้ป่วยยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องและไม่สม่ำเสมอ คือ ความสม่ำเสมอในการใช้ยาฟันสูด ผู้ป่วยปฏิบัติได้สม่ำเสมอ ร้อยละ 94.2 ปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอร้อยละ 5.8 เนื่องจากผู้ป่วยลืม ความสามารถและความถูกต้องในการใช้ยาฟันสูด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ร้อยละ 93.7 ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ร้อยละ 6.3 เนื่องจากขั้นตอนในการสูดฟันสูดของผู้ป่วยไม่ลึกพอ และผู้ป่วยไม่ทราบวันหมดอายุของยาเนื่องจากมองไม่เห็นและลืมดูวันหมดอายุ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการออกกำลังกาย ปฏิบัติได้ ร้อยละ 89.7

ปฏิบัติได้แต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 10.3 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ระดับรุนแรงมากที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 82.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของอรุณวรรณ และสุภาภรณ์ (2557)^(๗) ที่พบกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 74.5 การประเมินที่ควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามเกณฑ์ของสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย (2560)^(๕) ผู้ป่วยได้รับการประเมินทุกกิจกรรม ยกเว้นการตรวจ Arterial blood gases (กรณี SpO₂<92%) ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจเนื่องจากไม่มีผู้ป่วยที่ SpO₂<92%

ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ร้อยละ 90.0 เกิดภาวะแทรกซ้อนโดยมีภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 6.1 มีภาวะหายใจล้มเหลว ร้อยละ 3.4 ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ร้อยละ 6.8 เข้ารับการพ่นยาที่ ER ร้อยละ 6.6 กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายผู้ป่วย (re-admission) ร้อยละ 2.6 ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ร้อยละ 1.3 ซึ่งผู้ป่วยที่ส่งต่อเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว (acute respiratory failure) การศึกษานี้แตกต่างกับข้อมูลการเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2557^(๕) พบว่าผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวน 350 คนต่อประชากร 100,000 คน มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 5.4 มีการใช้เครื่องช่วยหายใจหรือใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 9.8 และกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วย (re-admission) ร้อยละ 28

การศึกษานี้จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้แนวทางปฏิบัติตาม “ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560” ของสมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย มาบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและบรรลุเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่สำคัญการบริหารระบบข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน จะช่วยส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลน้ำพองที่ให้การสนับสนุนและส่งเสริมการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ทีมงานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD). เข้าถึงได้ที่ <https://dhes.moph.go.th>.
- 2.คณะทำงานพัฒนาแนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2553.
- 3.นภารัตน์ อมรพันธุ์สถาพร. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). เข้าถึงได้ที่ <https://www.med.mahidol.ac.th>.
- 4.รุ่งทิพย์ เทพวงษ์. การดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;2(1):844-853.
- 5.สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานคร: สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2560.
- 6.สลิทธิชัย กมลศิริ และ. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสาร มจร.วิชาการ. 2561;22(43-44):27-42.
- 7.อรุณวรรณ วงษ์เดิม และสุภาภรณ์ คิ้วแพง. ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2557;9(3):120-128.