

# การดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่

รุ่งทิพย์ เทพวงษ์\*

บทคัดย่อ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสำคัญ ๑ ใน ๕ ของโรงพยาบาลสูงเม่น. การศึกษานี้เป็นแบบตัดขวางเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสูงเม่น. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล ในช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม ๒๕๕๐ จำนวน ๑๖๗ คน. ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๗๗.๘ เป็นชาย อายุเฉลี่ย ๖๘.๒ ปี; ผู้ป่วยร้อยละ ๕๔.๐ มีประวัติสูบบุหรี่และยังคงสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ ๒๖.๗. การวินิจฉัยโรคอาศัยการตรวจสมรรถภาพปอดประกอบกับประวัติและการตรวจร่างกายร้อยละ ๘๔.๗. ผลการตรวจสมรรถภาพปอดพบว่าค่าเฉลี่ย FVC, FEV<sub>1</sub>, และ %FEV<sub>1</sub> ร้อยละ ๖๘.๖, ๕๕.๕ และ ๕๘.๔ ตามลำดับ. ผู้ป่วยร้อยละ ๗๑.๒ มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรง. การรักษาผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับเล็กน้อยและปานกลางได้รับยามากเกินกว่าที่กำหนดไว้ในแนวทางการรักษา โดยเฉพาะยาธีโอฟีลลีนชนิดให้ระดับยาวนาน (sustained-release theophylline) ที่มีการใช้ในอัตราสูงในทุกระดับความรุนแรงของโรค. ยาชายาหลอดลมชนิดพ่นสูดฤทธิ์ยาวและการรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาวยังไม่มีการใช้เนื่องจากปัญหาด้านค่าใช้จ่ายระยะยาว. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน สามารถดำเนินการได้โดยการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลตามศักยภาพที่มีอยู่เพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น.

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรงพยาบาลสูงเม่น, จังหวัดแพร่

Abstract

Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in a Community Hospital, Phrae Province  
Rungtip Teppawong\*

\*Sungmen Hospital, Phrae Province

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the top five diseases treated at Sungmen Hospital. This cross-sectional descriptive study was carried out to review the management practice of COPD patients in Sungmen Hospital. The subjects studied were 167 patients who attended the COPD Clinic from August to October 2007. The majority of patients (77.8%) were male, with the mean age being 68.2 years. Ninety-four percent of them had a history of smoking and 26.7 percent were still active smokers. Diagnosis of COPD was made in 84.7 percent of the cases by history-taking, combined with physical examination and pulmonary function test. The mean values of FVC, FEV<sub>1</sub> and %FEV<sub>1</sub> were 68.6, 55.5 and 58.4 percent, respectively. The patients were categorized based on the severity of the disease; 71.2 percent of the patients suffered moderate to severe disease. The study disclosed that COPD patients with mild to moderately severe morbidity had received excessive medications, according to the COPD clinical practice guidelines. Sustained-release theophylline was prescribed at a high rate in every stage of severity of the patients. More needed long-acting beta-2 agonist inhalers and long-term oxygen therapy, but these therapies were not available due to the patients' economic constraints. The therapeutic management of COPD patients, by establishing a COPD clinic in a community hospital, using existing hospital resources, would offer better efficiency in the diagnosis and treatment of COPD patients.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, Sungmen Hospital, Phrae Province

\*โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่

## ภูมิหลังและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วยและการตายทั่วโลกที่ป้องกันได้ ขณะที่ต้องให้การรักษาระยะยาว ทำให้ค่าใช้จ่ายสิ้นเปลืองมาก<sup>(๑)</sup> องค์การอนามัยโลกระบุว่าใน พ.ศ. ๒๕๔๘ มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับปานกลางถึงรุนแรงในโลก ๘๐ ล้านคน, เสียชีวิต ๓ ล้านคน เฉลี่ยนาที่ละ ๖ คน เป็นสาเหตุการตายอันดับ ๔ รองจากโรคมะเร็ง, โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง และคาดว่าโรคนี้อาจจะขยับขึ้นเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๓ ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ หรือเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ ๓๐ หากไม่มีการแก้ไข. สำหรับประเทศไทยใน พ.ศ. ๒๕๔๘ มีคนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ ๐.๔ หรือประมาณ ๑๘๐,๐๐๐ ราย, พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ๒ เท่า, มากกว่าร้อยละ ๕๐ มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ เนื่องจากคนไทยวัยทำงานอายุระหว่าง ๒๕-๕๔ ปี เป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่มากที่สุด<sup>(๒)</sup>.

การสำรวจของสมาคมปอดอเมริกันพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ร้อยละ ๕๑ ด้านการประกอบอาชีพ, ร้อยละ ๗๐ ด้านการออกกำลังกาย, ร้อยละ ๕๖ ด้านการทำงานบ้าน, ร้อยละ ๕๓ ด้านงานสังคม, ร้อยละ ๕๐ ด้านการนอนหลับ, ร้อยละ ๔๖ ด้านกิจกรรมภายในครอบครัว<sup>(๓)</sup>.

การศึกษาค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ต่อคนต่อปีใน พ.ศ. ๒๕๔๖ เท่ากับ ๑๔,๙๒๓.๒๘ บาท; ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งหมดเท่ากับ ๘,๗๔๖,๒๓๕,๙๔๒ บาท และค่าใช้จ่ายของรัฐเท่ากับ ๑๐,๐๕๗ ล้านบาท, รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ เท่ากับ ๑๘,๘๐๓ ล้านบาท. จากการศึกษานี้ได้ประเมินและคาดประมาณค่าใช้จ่ายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน พ.ศ. ๒๕๔๒ - ๒๕๕๐ พบว่าเริ่มเพิ่มสูงขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต<sup>(๔)</sup>.

จากข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลสูงเม่น พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐ พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มี

ความสำคัญ ๕ อันดับแรก, ประเมินจากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ ค่ารักษาพยาบาลและอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด<sup>(๕)</sup> พบว่า พ.ศ. ๒๕๔๘ และ พ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวนครั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก/ใน ๒,๒๖๐/๓๓๐ และ ๒,๔๔๑/๓๑๘ ครั้ง, รวมค่ารักษาเป็นเงิน ๑,๑๙๑,๐๗๑ และ ๒,๖๑๔,๔๓๒ บาท; อัตราการส่งต่อร้อยละ ๓.๖ และ ๑.๓ ตามลำดับ.

โรงพยาบาลสูงเม่นเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิขนาด ๓๐ เตียง แต่เดิมยังขาดเครื่องตรวจสมรรถภาพปอดขาดแนวทางในการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาโรคที่เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการ. ต่อมาสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติได้เห็นความสำคัญของปัญหา จึงได้สนับสนุนให้มีการจัดการภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สนับสนุนให้มีเครื่องตรวจสมรรถภาพปอดใช้ในการคัดกรองและวินิจฉัยโรค. โรงพยาบาลได้จัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเป็นทางการเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ ดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักกายภาพบำบัด มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่, เริ่มตั้งแต่การคัดกรอง, การวินิจฉัยโรค, การดูแลรักษาโดยใช้ยา, การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และติดตามต่อเนื่องถึงครอบครัวโดยอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม. การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นจริงของการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่.

## ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบตัดขวางเชิงพรรณนา. กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการจากคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลสูงเม่น อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ ในช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวน ๑๖๗ คน. ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้สูตรทาโร ยามาเน. กลุ่มตัวอย่งนี้ใช้เป็นตัวแทนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลสูงเม่นได้ เนื่องจากมีการนัดติดตามทุกเดือน. การ



เก็บข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์ตามแนวทางการดูแลรักษาโรคของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย และแนวทางการจัดการภาวะโรคของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลักในการสร้างแบบสัมภาษณ์ และได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ.

การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยแพทย์และพยาบาลในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้วิธี (ก) สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน, และ(ข) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการหาค่าสถิติเป็นค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง, ประวัติสูบบุหรี่และการสัมผัสภาวะเสี่ยงอื่นที่อาจก่อโรค, การวินิจฉัย ความรุนแรง, ระยะเวลาเกี่ยวกับการเป็นโรคและโรคร่วม, การรักษาผู้ป่วย, ประวัติการรักษาในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา.

### คำจำกัดความศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

**ดัชนีมวลกาย** หมายถึง การเปรียบเทียบความสมดุลระหว่างน้ำหนักตัวกับส่วนสูงของร่างกาย คำนวณโดยใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลัง ๒ และประเมินค่าดังนี้: (ก) น้อยกว่า ๑๘.๕ ผอมเกินไป, (ข) ๑๘.๕-๒๔.๙ เหมาะสม, (ค) ๒๕.๐ - ๒๙.๙ น้ำหนักเกิน<sup>(๖)</sup>.

**บุหรี่ยี่สิบ** หมายถึง บุหรี่ที่มวนด้วยใบตองกล้วย, ขนาดมวนเท่าหัวหัวแม่มือและยาวเกือบสิบ<sup>(๗)</sup>.

**ซองปี (Pack year)** หมายถึงปริมาณบุหรี่ที่สูบใน ๑ ปี โดยการคำนวณบุหรี่ที่สูบเป็นมวนต่อวันคูณระยะเวลาต่อวันที่สูบเป็นปีหารด้วย ๒๐ (บุหรี่ยี่สิบมวนเล็กเท่ากับบุหรี่ปกติคูณ ๓, มวนกลางคูณ ๕ และมวนยาวหนึ่งคืบคูณ ๗)<sup>(๘)</sup>.

**ภาวะเสี่ยงที่อาจก่อโรค** หมายถึง การได้รับฝุ่นละอองควันหรือก๊าซต่าง ๆ<sup>(๙)</sup> เช่น การสูบบุหรี่หรือพืชผลทางการเกษตร, การเผาถ่าน.

FEV<sub>1</sub> (Force expiratory volume in 1 second/FVC (Force vital capacity) < 70% หลังพ่นยาขยายหลอดลม วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง<sup>(๑๐)</sup> โดยมีการจำแนกความรุนแรงของโรคดังนี้ (ก) “mild”: FEV<sub>1</sub> มีค่าร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป, (ข) “moderate”: FEV<sub>1</sub> มีค่าร้อยละ ๕๐-๗๙, (ค) “severe” :

FEV<sub>1</sub> มีค่าร้อยละ ๓๐-๔๙, (ง) “very severe” : FEV<sub>1</sub> มีค่าต่ำกว่าร้อยละ ๓๐<sup>(๑๑)</sup>. ความรุนแรงของการเหนื่อยง่ายจำแนกเป็น (ก) “ระดับ ๐” หมายถึงปรกติไม่มีเหนื่อยง่าย, (ข) “ระดับ ๑” หมายถึงมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อเดินเร็ว ๆ ขึ้นทางชัน, (ค) “ระดับ ๒” หมายถึงเดินในพื้นที่ราบไม่ทันเพื่อนเพราะเหนื่อยหรือต้องหยุดเดินเป็นพัก ๆ, (ง) “ระดับ ๓” หมายถึงเดินได้น้อยกว่า ๑๐๐ หลาหรือขึ้นบันไดได้ ๑ ชั้นเหนื่อย, (จ) “ระดับ ๔” หมายถึง เหนื่อยง่ายเวลาทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ แต่งตัว จนไม่สามารถออกนอกบ้านได้<sup>(๑๐)</sup>.

**โรคร่วม** หมายถึงโรคอื่นที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษา นอกเหนือจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน.

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ๑๖๗ ราย

| ข้อมูล  | ราย | ร้อยละ |
|---|-----|--------|
| <b>เพศ</b>  |     |        |
| ชาย   | ๑๓๐ | ๗๗.๘   |
| หญิง  | ๓๗  | ๒๒.๒   |
| <b>อายุ (ปี)</b>                                      |     |        |
| ๔๐ - ๔๕   | ๓   | ๑.๘    |
| ๕๐ - ๕๕   | ๒๖  | ๑๕.๖   |
| ๖๐ - ๖๕   | ๕๕  | ๓๕.๓   |
| ๗๐ - ๗๕   | ๖๐  | ๓๕.๕   |
| ๘๐ ขึ้นไป   | ๑๕  | ๑๑.๘   |
| น้อยที่สุด ๔๑, มากที่สุด ๘๘, เฉลี่ย ๖๘.๒ ± ๕.๒        |     |        |
| <b>อาชีพ</b>  |     |        |
| เกษตรกร   | ๑๒๘ | ๗๖.๖   |
| ช่างไม้หรือช่างเฟอร์นิเจอร์                           | ๒๕  | ๑๕.๐   |
| สัมผัสภาวะเสี่ยงอื่น                                  | ๑๐  | ๖.๐    |
| อื่น ๆ  | ๔   | ๒.๔    |
| <b>ดัชนีมวลกาย (กก. ต่อ ตร.ม.)</b>                    |     |        |
| ต่ำกว่า ๑๘.๕  | ๘๔  | ๕๐.๓   |
| ๑๘.๕ - ๒๔.๕   | ๗๐  | ๔๑.๕   |
| ๒๕.๐ - ๒๙.๕   | ๑๓  | ๗.๘    |
| น้อยที่สุด ๑๒.๘, มากที่สุด ๒๘.๕, ค่าเฉลี่ย ๑๙.๑ ± ๓.๘ |     |        |

## ผลการศึกษา

ข้อมูลเชิงประชากรศาสตร์ทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่ในเดือนสิงหาคม - ตุลาคม ๒๕๕๐ แสดงในตารางที่ ๑. ผู้ป่วยร้อยละ ๔๔ (๑๕๗ คน) มีประวัติสูบบุหรี่ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ ๒.

ผู้ป่วยร้อยละ ๘๗.๔ ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากประวัติ, การตรวจร่างกาย และการตรวจสมรรถภาพปอด. รายละเอียดอื่นแสดงในตารางที่ ๓. ผู้ป่วยในทุกระดับความรุนแรงของโรคได้รับยาธีโอฟีลลีนชนิดกิน, ยาพ่นสูดบีโรดูอัล แบบ MDI และบิวเตโกลีไนด์ แบบ MDI. รายละเอียดอื่นของการรักษาแสดงอยู่ในตารางที่ ๔. ตารางที่ ๕

ตารางที่ ๒ ประวัติสูบบุหรี่ ในประชากรตัวอย่าง ๑๕๗ คน

|   | ราย | ร้อยละ |
|---|-----|--------|
| <b>สาเหตุที่สูบบุหรี่</b>                             |     |        |
| ไถ่ยุงหรือแมลง  | ๑๑๖ | ๗๓.๙   |
| ตามค่านิยม  | ๒๐  | ๑๒.๗   |
| ถูกชักชวนโดยบุคคลอื่น                                 | ๑๕  | ๙.๖    |
| กลายเครียดหรือแก้เหงา                                 | ๖   | ๓.๘    |
| <b>ชนิดบุหรี่ที่สูบ</b>                               |     |        |
| จ๊วย  | ๑๑๑ | ๗๐.๗   |
| ก้นกรอง   | ๔๖  | ๒๙.๓   |
| <b>อายุที่เริ่มสูบ (ปี)</b>                           |     |        |
| ต่ำกว่า ๑๐ ปี   | ๑๕  | ๙.๐    |
| ๑๑ - ๑๔   | ๒๓  | ๑๓.๘   |
| ๑๕ - ๑๙   | ๖๙  | ๔๓.๓   |
| ๒๐ - ๒๔   | ๔๐  | ๒๕.๘   |
| ๒๕ - ๒๙   | ๑๒  | ๗.๖    |
| ๓๐ ขึ้นไป   | ๘   | ๕.๑    |
| น้อยที่สุด ๖, มากที่สุด ๕๐, ค่าเฉลี่ย ๑๖.๒ ± ๗.๓      |     |        |
| <b>จำนวนบุหรี่ที่สูบ (pack year)</b>                  |     |        |
| น้อยกว่า ๑๐   | ๑๕  | ๙.๖    |
| ๑๐ - ๒๙   | ๔๖  | ๒๙.๓   |
| ๓๐ - ๔๙   | ๔๑  | ๒๖.๑   |
| ๕๐ - ๖๙   | ๒๘  | ๑๗.๘   |
| ๗๐ - ๘๙   | ๑๕  | ๙.๖    |
| ๙๐ ขึ้นไป   | ๑๒  | ๗.๖    |
| น้อยที่สุด ๐.๑๕, มากที่สุด ๑๕๕, ค่าเฉลี่ย ๔๒.๑ ± ๓๒.๕ |     |        |
| หยุดสูบบุหรี่แล้ว                                     | ๑๑๕ | ๗๓.๓   |
| มีสมาชิกในครอบครัวที่ยังสูบบุหรี่                     | ๕๑  | ๓๐.๕   |
| ได้ควั่นบุหรี่จากคนใกล้ชิด                            | ๕๑  | ๓๐.๕   |



ตารางที่ ๓ ข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นโรค

|   | ราย       | ร้อยละ |                  |     |                   |      |
|---|-----------|--------|------------------|-----|-------------------|------|
| <b>เกณฑ์การวินิจฉัย</b>                                 |           |        |                  |     |                   |      |
| จากประวัติและการตรวจร่างกาย                             | ๒๐        | ๑๑.๕   |                  |     |                   |      |
| จากการทดสอบสมรรถภาพปอด                                  | ๑         | ๐.๖    |                  |     |                   |      |
| จากประวัติ การตรวจร่างกายและการทดสอบสมรรถภาพปอด         | ๑๔๖       | ๘๓.๔   |                  |     |                   |      |
| ไอเป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย ๓ เดือนติดต่อกันอย่างน้อย ๒ ปี | ๑๖๔       | ๙๒.๒   |                  |     |                   |      |
| ทรวงอกรูปร่างคล้ายถังเบียร์                             | ๔๖        | ๒๖.๕   |                  |     |                   |      |
| โรคหัวใจหยุดปอด   | ๘         | ๔.๘    |                  |     |                   |      |
| ภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ                                   | ๕๖        | ๓๑.๕   |                  |     |                   |      |
| พบถุงลมปอดโป่งพอง                                       | ๔๔        | ๒๖.๓   |                  |     |                   |      |
| คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ                                  | ๔๕        | ๒๖.๐   |                  |     |                   |      |
| <b>ความอิมตัวออกซิเจน (%)</b>                           |           |        |                  |     |                   |      |
| น้อยกว่า ๙๐   | ๓         | ๑.๖    |                  |     |                   |      |
| ๙๐ - ๙๑   | ๓         | ๑.๘    |                  |     |                   |      |
| ๙๒ - ๑๐๐  | ๑๕๓       | ๘๖.๐   |                  |     |                   |      |
| <b>ระดับความรุนแรงของโรค</b>                            |           |        |                  |     |                   |      |
| น้อย  | ๓๔        | ๒๐.๔   |                  |     |                   |      |
| ปานกลาง   | ๕๓        | ๓๑.๑   |                  |     |                   |      |
| รุนแรง  | ๖๒        | ๓๖.๑   |                  |     |                   |      |
| รุนแรงมาก   | ๑๔        | ๘.๔    |                  |     |                   |      |
| <b>ผลการตรวจสมรรถภาพปอด</b>                             |           |        |                  |     |                   |      |
| ระดับความรุนแรง   | FVC       |        | FEV <sub>1</sub> |     | %FEV <sub>1</sub> |      |
|   | ค่าเฉลี่ย | SD     | ค่าเฉลี่ย        | SD  | ค่าเฉลี่ย         | SD   |
| น้อย (๓๔ ราย)   | ๙๕.๒      | ๘.๓    | ๘๖.๐             | ๕.๓ | ๖๓.๓              | ๕.๘  |
| ปานกลาง (๕๓ ราย)  | ๗๕.๓      | ๑๔.๔   | ๖๒.๕             | ๕.๑ | ๖๐.๕              | ๖.๒  |
| รุนแรง (๖๒ ราย)   | ๕๒.๗      | ๑๐.๘   | ๓๕.๑             | ๓.๐ | ๕๔.๕              | ๑๐.๐ |
| รุนแรงมาก (๑๔ ราย)                                      | ๔๗.๐      | ๑๘.๗   | ๒๓.๗             | ๕.๖ | ๔๐.๘              | ๑๐.๕ |
| รวม   | ๖๘.๖      | ๑๒.๒   | ๕๕.๕             | ๓.๓ | ๕๘.๔              | ๗.๕  |
| หมายเหตุ : SD คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน                   |           |        |                  |     |                   |      |
| เคยมีอาการกำเริบของโรค ๓ ครั้งขึ้นไป                    |           |        |                  | ๘๓  |                   | ๕๒.๑ |
| <b>ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)</b>                          |           |        |                  |     |                   |      |
| น้อยกว่า ๑  |           |        |                  | ๖   |                   | ๓.๖  |
| ๑ - ๔   |           |        |                  | ๕๖  |                   | ๕๗.๕ |
| ๕ - ๙   |           |        |                  | ๔๖  |                   | ๒๖.๕ |
| ๑๐ ขึ้นไป   |           |        |                  | ๑๕  |                   | ๑๑.๔ |
| ค่าเฉลี่ย ๔.๑ ± ๓.๒                                     |           |        |                  |     |                   |      |

## ตารางที่ ๓ (ต่อ)

|   | ราย | ร้อยละ |
|---|-----|--------|
| <b>ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนเป็นโรค (ปี)</b>      |     |        |
| น้อยกว่า ๑๐   | ๑   | ๐.๖    |
| ๑๐ - ๑๙   | ๒   | ๑.๓    |
| ๒๐ - ๒๙   | ๑๐  | ๖.๔    |
| ๓๐ - ๓๙   | ๓๕  | ๒๒.๓   |
| ๔๐ - ๔๙   | ๔๕  | ๒๘.๓   |
| ๕๐ - ๕๙   | ๔๔  | ๒๘.๐   |
| ๖๐ ขึ้นไป   | ๒๐  | ๑๒.๓   |
| น้อยที่สุด ๖ ปี, มากที่สุด ๖๕ ปี, ค่าเฉลี่ย ๔๕.๘ ± ๑๒.๖ |     |        |
| <b>โรคร่วม</b>  |     |        |
| ๑ โรค   | ๗๓  | ๔๖.๑   |
| ๒ โรค   | ๕๑  | ๓๐.๕   |
| ๓ โรคขึ้นไป   | ๑๙  | ๑๑.๔   |
| ระบบทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือด                      | ๖๙  | ๔๑.๓   |
| ระบบอื่น  | ๓๙  | ๒๓.๔   |
| สัมผัสภาวะเสี่ยงอื่นที่อาจก่อโรค                        | ๘๕  | ๕๐.๙   |
| ประวัติโรคภูมิแพ้                                       | ๔   | ๒.๔    |

แสดงรายละเอียดการรักษาค่าห้องฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน.

ในรอบปีที่ผ่านมาผู้ป่วยเคยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ยคนละ ๒ ครั้งต่อปี เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล ๐.๖ ครั้งต่อปี, ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ ๙๕ ได้รับการดูแลจากครอบครัวเหมาะสมตามอัตรภาพและมารับการรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง, ผู้ป่วยร้อยละ ๘๐.๘ มีความรุนแรงของการเหนื่อยง่ายอยู่ในระดับ ๐ - ระดับ ๑ และ ระดับ ๓ - ระดับ ๔ ร้อยละ ๓.๖ (ดังตารางที่ ๕)

### วิจารณ์

การศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นชาย คิดเป็นสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง ๓.๕ ต่อ ๑ สอดคล้องกับผลการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช

พยาบาล<sup>(๑๑)</sup> ที่พบว่าสัดส่วนความชุกเพศชายต่อเพศหญิง ๔.๕ ต่อ ๑. จากการศึกษาศพดัตถกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุในชนบทอีสานของประเทศไทย<sup>(๑๒)</sup> ก็พบว่าผู้ชายมีการสูบบุหรี่ร้อยละ ๗๓.๑ อาจเป็นผลทำให้โรคนี้พบในชายมากกว่าหญิง. ผู้ป่วยร้อยละ ๘๒.๖ มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และอายุเฉลี่ย ๖๘.๒ ปี ใกล้เคียงกับการศึกษาผู้ป่วยในประเทศสเปน<sup>(๑๓)</sup> ซึ่งพบอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ ๖๙.๑ ปี.

ผู้ป่วยร้อยละ ๗๖.๖ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งเป็นอาชีพหลักของชาวชนบทในภาคเหนือ<sup>(๑๔)</sup> ซึ่งเกี่ยวข้องกับเหตุผลหลักในการสูบบุหรี่ที่พบว่าร้อยละ ๗๓.๙ สูบบุหรี่เพื่อไถ่ยุ่งหรือแผลงขณะออกไปประกอบอาชีพ. นอกจากนี้ร้อยละ ๑๕ ของผู้ป่วยประกอบอาชีพหลักเป็นช่างไม้หรือช่างทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ และร้อยละ ๖.๐ ของผู้ป่วยประกอบอาชีพหลักเช่นสีข้าวหรือถั่ว เผาถ่าน ซึ่งมีการสัมผัสฝุ่นละอองและ



ตารางที่ ๔ การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

| การรักษาทางยา<br>ยาที่ใช้           | ระดับความรุนแรงของโรค |        |         |        |        |        |           |        |
|-------------------------------------|-----------------------|--------|---------|--------|--------|--------|-----------|--------|
|                                     | น้อย                  |        | ปานกลาง |        | รุนแรง |        | รุนแรงมาก |        |
|                                     | ราย                   | ร้อยละ | ราย     | ร้อยละ | ราย    | ร้อยละ | ราย       | ร้อยละ |
| ธีโอฟีลลีน เม็ดอัด                  | ๒๖                    | ๓๖.๕   | ๕๓      | ๕๒.๕   | ๕๘     | ๕๓.๕   | ๑๒        | ๘๕.๓   |
| บีโรลูออล MDI                       | ๑๒                    | ๓๕.๓   | ๒๐      | ๓๕.๑   | ๔๒     | ๖๗.๓   | ๑๐        | ๗๑.๔   |
| บิวเดสอโนล MDI                      | ๗                     | ๒๐.๕   | ๑๖      | ๒๘.๐   | ๓๕     | ๖๒.๕   | ๑๐        | ๗๑.๔   |
| สัลบูตามอล MDI                      | ๐                     | ๐      | ๒       | ๓.๕    | ๐      | ๐      | ๐         | ๐      |
| ยาอื่น ๆ                            |                       |        | ราย     | ร้อยละ |        |        |           |        |
| แอมिनอฟีลลีน เม็ดอัด                |                       |        |         | ๘      |        | ๔.๘    |           |        |
| เทอร์บิวทาลีน เม็ดอัด               |                       |        |         | ๑๑     |        | ๖.๖    |           |        |
| สัลบูตามอล เม็ดอัด                  |                       |        |         | ๕      |        | ๓.๐    |           |        |
| บรอมเฮกซีน เม็ดอัด                  |                       |        |         | ๑๔๐    |        | ๘๓.๘   |           |        |
| แอสทิลซีสทีน ผง                     |                       |        |         | ๓๕     |        | ๒๑.๐   |           |        |
| การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด                |                       |        |         |        |        |        |           |        |
| ได้รับคำแนะนำและปฏิบัติตามสม่ำเสมอ  |                       |        |         | ๕      |        | ๕.๔    |           |        |
| ได้รับคำแนะนำและปฏิบัติเป็นบางครั้ง |                       |        |         | ๑๐๗    |        | ๖๔.๑   |           |        |
| ได้รับคำแนะนำแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย    |                       |        |         | ๔๖     |        | ๒๗.๕   |           |        |
| ยังไม่ได้รับคำแนะนำ                 |                       |        |         | ๕      |        | ๓.๐    |           |        |

ตารางที่ ๕ ประวัติการรักษาในโรงพยาบาลในเดือนสิงหาคม-กันยายน ๒๕๕๐ ของผู้ป่วย ๑๖๗ ราย

|                                     | ครั้ง | เฉลี่ย<br>(ครั้งต่อคน) |
|-------------------------------------|-------|------------------------|
| เคยมาพบยาที่ห้องฉุกเฉิน             | ๓๓๐   | ๒.๐                    |
| เคยนอนรักษาที่โรงพยาบาล             | ๑๐๔   | ๐.๖                    |
|                                     | ราย   | ร้อยละ                 |
| การดูแลจากครอบครัวเหมาะสมตามอัตรภาพ | ๑๖๐   | ๕๕.๘                   |
| ไปรับการรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง | ๑๕๕   | ๕๕.๒                   |
| ระดับความรุนแรงของการเหนื่อยง่าย    |       |                        |
| ๐                                   | ๖๔    | ๓๘.๓                   |
| ๑                                   | ๗๑    | ๔๒.๕                   |
| ๒                                   | ๒๖    | ๑๕.๖                   |
| ๓                                   | ๕     | ๓.๐                    |
| ๔                                   | ๑     | ๐.๖                    |

ควันซึ่งก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อปอด<sup>(๙)</sup>. ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๕๐.๓) มีรูปร่างผอมเกินไป (ดัชนีมวลกายต่ำกว่า ๑๘.๕ กก. ต่อ ตร.ม.) ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น<sup>(๑๒)</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ร้อยละ ๕๕.๑ มีรูปร่างค่อนข้างผอม (ดัชนีมวลกายต่ำกว่า ๒๐ กก. ต่อ ตร.ม.). ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า ๒๑ กก. ต่อ ตร.ม. จะมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น<sup>(๑๐)</sup>.

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ ๙๔.๐ มีประวัติ สูบบุหรี่ ซึ่งควันบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อปอด<sup>(๙)</sup>. ผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล<sup>(๑๑)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูบบุหรี่ร้อยละ ๗๕.๕ ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีอัตราต่ำกว่าอาจเนื่องมาจากความแตกต่างกันในด้านวิถีชีวิตของชาวเมืองหลวงกับชาวชนบท เช่นเดียวกันกับชนิดของ

บุหรีที่สูบ ร้อยละ ๗๐.๗ ของผู้ป่วยสูบบุหรีซีไอซึ่งเป็นบุหรีที่บ้านของชาวชนบทภาคเหนือ สามารถปลูกต้นยาสูบเองหรือหาซื้อยาเส้นมาฆนด้วยใบตองกล้วยได้งาย<sup>(๗)</sup> ทำให้สะดวกและงายต่อการสูบกว่าบุหรีกั้นกรอง. ผู้ป่วยร้อยละ ๖๕.๓ เริ่มสูบบุหรีในช่วงวัยรุ่นคือช่วงอายุ ๑๕-๒๔ ปี เฉลี่ย ๑๖.๒ ปี แตกต่างจากการศึกษาในชนบทอิสาน<sup>(๑๒)</sup> เล็กน้อย (อายุที่เริ่มสูบบุหรีคือ ๒๐ ปี). ปริมาณบุหรีที่สูบเฉลี่ย ๔๒.๑ ของต่อปีคล้ายกับผลการการศึกษาในประเทศสเปน<sup>(๑๓)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูบบุหรีเฉลี่ย ๔๕.๘ ของต่อปี.

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรีและสมรรถภาพปอดพบว่าปริมาณบุหรีที่สูบเป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อระดับ FEV<sub>1</sub>. ตัวชี้วัดประกอบสำคัญที่ทำนายค่า FEV<sub>1</sub> ในผู้ชายที่สูบบุหรีคือระยะเวลาที่สูบบุหรีและปริมาณของบุหรีที่สูบ. ส่วนในผู้หญิงตัวชี้วัดประกอบที่ทำนายค่า FEV<sub>1</sub> คือ ปริมาณของต่อปีเท่านั้น และในการศึกษาเดียวกัน<sup>(๑๓)</sup> พบว่ามีผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรีถึงร้อยละ ๖๓.๘ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น ซึ่งมีผู้ที่ยังสูบบุหรีเพียงร้อยละ ๒๗.๗ มีผู้ป่วยเกือบ ๑ ใน ๓ (ร้อยละ ๓๐.๕) มีสมาชิกในครอบครัวที่ยังสูบบุหรีซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วย ต่อสมาชิกในครอบครัวและจากผู้สูบบุหรีเองในอนาคต. ผู้ป่วยร้อยละ ๕๐.๙ เคยสัมผัสภาวะเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรค เช่น ฝุ่นไม้จากการเป็นช่างไม้หรือช่างทำเฟอร์นิเจอร์ การสูบข้าว การเผาถ่าน การรับจ้างพัดข้าวหรือถั่วในทุ่งนา. มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๒.๔ เท่านั้นที่เคยมีประวัติโรคมุมิแพ้หรือโรคหืดมาก่อน ต่อมาได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการตรวจสมรรถภาพปอด.

การวินิจฉัยโรคใช้การตรวจสมรรถภาพปอดประกอบเกณฑ์จากประวัติป่วยและการตรวจร่างกาย (ร้อยละ ๘๗.๔). เนื่องจากทางโรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนเครื่องตรวจสมรรถภาพปอดจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ. ผู้ป่วยร้อยละ ๙๘.๒ มีประวัติไอเป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย ๓ เดือนติดต่อกันมาอย่างน้อย ๒ ปี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศ<sup>(๑๓)</sup> ที่มีผู้ป่วยไอเรื้อรังเพียงร้อยละ ๗๔.๖ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยในการศึกษานี้ไม่ได้รับการคัดกรองโดย

การตรวจสมรรถภาพปอดผู้มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มีประวัติสูบบุหรี ๑๐ ของต่อปีขึ้นไป, กระทั่งมีอาการมากแล้วจึงมาพบแพทย์และโดยเฉพาะผู้ป่วยที่สูบบุหรีมากกว่า ๒๕ ของต่อปี มักมีอาการไอเรื้อรังอยู่แล้วจึงไม่สนใจที่จะมาพบแพทย์ทำให้มีอาการไอเรื้อรังมาเป็นเวลานานหลายปี<sup>(๑)</sup>. ผู้ป่วยร้อยละ ๒๖.๓ มีเส้นผ่านศูนย์กลางทรวงอกจากด้านหน้าไปด้านหลังเพิ่มขึ้นซึ่งในรายที่มีถุงลมโป่งพองมากอาจตรวจพบทรวงอกกลมคล้ายถังเบียร์<sup>(๑๐)</sup>. ภาพรังสีทรวงอกที่มีลักษณะมีปริมาณอากาศค้ำ ในปอดมากทำให้กะบังลมแบนราบลง ในภาพทักซ้างเห็นห้องหลังกระดูกสันนอกกว้างขึ้นและมุมกะบังลมกับผนังอกด้านหน้ากว้าง เกิน ๙๐ องศา, เงาหัวใจยาวและพอมและเงาหลอดเลือดเรียวมาก<sup>(๑๔)</sup>. ผู้ป่วยร้อยละ ๒๗ มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับผลการการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคระบบการหายใจมีโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมถึงร้อยละ ๔๑.๓ (โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๔, โรคหัวใจเหตุปอดร้อยละ ๖.๖, โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ ๔.๘) ซึ่งผู้ป่วยที่สูบบุหรีมานานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงกระด้างและโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่แล้ว<sup>(๑๕)</sup>. ผู้ป่วยร้อยละ ๔.๒ มีค่าอิมตัวออกซิเจนน้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการให้ออกซิเจนระยะยาว ยืนยันจากการศึกษาของ British Medical Research Council<sup>(๑๔)</sup>. ผู้ป่วยในการศึกษานี้ไม่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาว เนื่องจากเหตุผลด้านงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์และค่าใช้จ่ายต่อเนื่อง.

ผู้ป่วยร้อยละ ๗๙.๖ มีความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปจนถึงรุนแรงมากซึ่งแตกต่างจากข้อมูลการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับเดียวกันนี้ร้อยละ ๙๓.๕<sup>(๑๓)</sup>. ผลการตรวจสมรรถภาพปอดได้ค่า FEV<sub>1</sub> เฉลี่ยร้อยละ ๕๕.๔ ซึ่งใกล้เคียงกับในอีกหลายการศึกษา ซึ่งมีค่า FEV<sub>1</sub> เฉลี่ยร้อยละ ๓๖.๐-๕๖.๕<sup>(๑๓)</sup>. สำหรับค่า %FEV<sub>1</sub> เฉลี่ยในการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ ๕๘.๔ และค่า FEV<sub>1</sub> ของผู้ป่วยในระดับความรุนแรงต่าง ๆ สอดคล้องเกณฑ์การวินิจฉัยและลำดับความรุนแรงของโรคของสมาคมอูรเวชแห่งประเทศไทย<sup>(๑)</sup>. ระยะเวลาเป็นโรคเฉลี่ย ๔.๑ ปี ต่างจากบางการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาเป็นโรคเฉลี่ยเท่ากับ ๑๒.๔ปี<sup>(๑๓)</sup>





ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศที่พัฒนาแล้วมีศักยภาพมากกว่า. ส่วนระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนกระทั่งเป็นโรคคือ ๔๕.๘ ปี โรคจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ หลังจากสูบบุหรี่หรือสารระคายเคืองอื่น ๆ เป็นเวลานานหลายปี<sup>(๑๐)</sup>.

การรักษาผู้ป่วยโรคระดับความรุนแรงต่าง ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางการรักษาของสมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยความรุนแรงระดับที่ ๑ ร้อยละ ๓๕.๓ ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นพ่นสูดตามอาการเป็นเพราะผู้ป่วยบางรายไม่ค่อยมีอาการหอบเหนื่อยเลย ไม่ต้องการยาพ่นสูด และบางรายปฏิเสธยาพ่นสูดทั้งที่มีอาการเพราะใช้ไม่สะดวก จึงทำให้การใช้ยาเกินข้อพิสัยลื่นออกฤทธิ์ยาวถึงร้อยละ ๗๖.๕. ผู้ป่วยระดับที่ ๒ ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นพ่นสูดตามอาการร้อยละ ๓๕.๑ และกินธืออพิยลื่นชนิดออกฤทธิ์ยาว ร้อยละ ๙๒.๙ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น<sup>(๑๓)</sup> ซึ่งใช้ธืออพิยลื่นออกฤทธิ์ยาวเพียงร้อยละ ๑๐.๘. แต่การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นพ่นสูดในอัตราใกล้เคียงกันคือร้อยละ ๓๑.๔. ผู้ป่วยระดับที่ ๓ ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นพ่นสูดมากขึ้น (ร้อยละ ๖๗.๗) และได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดพ่นสูดร้อยละ ๖๒.๙ เปรียบเทียบกับการศึกษาเดิม<sup>(๑๓)</sup> ซึ่งมีผู้ป่วยได้รับยาร้อยละ ๓๔.๙ และร้อยละ ๖๓.๗ ตามลำดับ. ผู้ป่วยระดับที่ ๔ ได้รับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นพ่นสูดร้อยละ ๗๑.๔ และยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดพ่นสูดร้อยละ ๗๑.๔ เปรียบเทียบกับในการศึกษาเดียวกับข้างต้น<sup>(๑๓)</sup> พบว่าผู้ป่วยได้รับยาร้อยละ ๔๑.๗ และร้อยละ ๗๑.๔ ตามลำดับ. การรักษาที่ไม่ค่อยเป็นไปตามแนวทางของสมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย ได้แก่การใช้ยาธืออพิยลื่นออกฤทธิ์ในผู้ป่วยระดับที่ ๑ จำนวนมาก และยังไม่มีการรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาวเนื่องจากปัญหาด้านงบประมาณ. โรงพยาบาลยังไม่มียาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาวพ่นสูดตามเวลา เนื่องจากปัญหาด้านงบประมาณเช่นเดียวกัน จึงเป็นผลทำให้อัตราการใช้อาธืออพิยลื่นออกฤทธิ์ยาวสูงกว่าในการศึกษาอื่น<sup>(๑๓)</sup> ทั้ง ๆ ที่การบริหารยากลุ่มนี้มีความยุ่งยากเพราะยามีสัดส่วนพิษกับผล

การรักษาแคบมาก รวมทั้งระดับยาได้ผลในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกันมากด้วย และการกำจัดยาออกจากร่างกายผันแปรมาก ข้อจำกัดในการวัดระดับยาในเลือด ทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ง่ายอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ง่าย<sup>(๑๐)</sup>. ยาในกลุ่มปรับสารมูกซึ่งลดความหนืดของเสมหะได้แก่ บรอมเฮกซิน มีการใช้ร้อยละ ๘๓.๘, และร้อยละ ๒๑.๐ ของผู้ป่วยได้รับยากลุ่มสลายมูก คือ แอเคทิลลคิยลื่นเทอีนซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นซึ่งพบว่าม้อตราการใช้ยาสลายสารมูกร้อยละ ๒๖.๙<sup>(๑๓)</sup>. การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยการฝึกการไอ, การหายใจออกอย่างแรงเพื่อกำจัดเสมหะ, การฝึกหายใจวิธีห่อปากผ่อนหายใจควบคุมการหายใจช่วยให้อาการเหนื่อยลดลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>(๑)</sup>. ผู้ป่วยร้อยละ ๙๗.๐ ได้รับการฝึกการบำบัดทรวงอก แต่มีเพียงร้อยละ ๕.๔ เท่านั้นที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ.

ในช่วงที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ยคนละ ๒ ครั้ง และนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยคนละ ๐.๖ ครั้ง คล้ายกับการศึกษาอื่น ที่พบว่ามีค่าเฉลี่ย ๑.๓ ครั้ง และ ๐.๕๓ ครั้งตามลำดับ<sup>(๑๓)</sup>. ผู้ป่วยร้อยละ ๙๕ ได้รับการดูแลจากครอบครัวเหมาะสมตามอัตรภาพและสามารถมารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าบางคนอาจมาโรงพยาบาลไม่ตรงตามกำหนดวันนัดหมาย ทำให้ผู้ป่วยโดยรวมร้อยละ ๘๐.๘ มีความรุนแรงของการเหนื่อยง่ายอยู่ในระดับ ๐-๑ แต่ก็มีผู้ป่วยเพียง ๑ คน (ร้อยละ ๐.๖) เท่านั้นที่มีอาการเหนื่อยเวลาทำกิจวัตรประจำวันจนไม่สามารถออกนอกบ้านได้และยังไม่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาว.

จากประสบการณ์ที่ได้รับในการศึกษาครั้งนี้ เห็นได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับโรงพยาบาลชุมชน สามารถทำได้ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัด และใช้แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาของสมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย. การบริหารจัดการในรูปแบบนี้สามารถดำเนินการได้ในระดับโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญ.

## กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์กิตติพันธ์ อนรรฆมณี ได้กรุณาให้คำปรึกษา.  
นายแพทย์แสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
สูงเม่นให้การสนับสนุน ทีมงานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  
และเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนทุกท่านได้ให้ความร่วมมือในการ  
เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี.

## เอกสารอ้างอิง

๑. สมเกียรติ วงษ์ทิม. การดูแลผู้ป่วย COPD ในโรงพยาบาล. ใน : วีระพันธุ์ โขวิฑูรกิจ, ธานินทร์ อินทรกำธรชัย (บรรณาธิการ). เวชปฏิบัติผู้ป่วยใน. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๗.
๒. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. MCOT for LEDIES. Available form URL : <http://www.mcot.net/lady/query.php?id=821 & type=2>. Accessed August 15,2007.
๓. American Lung Association. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Fact Sheet. Available from URL : <http://www.lungusa.org/site/pp.asp?c=dvLUK 900 E & b=35020>. Accessed September 11, 2007.
๔. สติกร พงศ์พานิช. การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๖.
๕. งานข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสูงเม่น. รายงานประจำปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐.
๖. วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. ดัชนีมวลกาย. Available from URL : <http://th.wikipedia.org/wiki>. Accessed August 13,2007.
๗. สนิท สมักรการ. สังคมและวัฒนธรรมเชียงใหม่ภาคเหนือ. Available from URL: <http://www.thaifolk.com/doc/northern.htm>. Accessed August 13,2007.
๘. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการภาวะโรคเขตภาคเหนือตอนบน ๘ จังหวัด ประจำปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐.
๙. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๔๘). พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์; ๒๕๔๘.
๑๐. วัชรา บุญสวัสดิ์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๔๘.
๑๑. งานวิจัยด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. วิธีที่เหมาะสมและคุ้มค่าในการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกในผู้สูงอายุ. Available from URL: <http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/Research/COPD.htm>. Accessed August 14,2007.
๑๒. ศรีน้อย มาศเกษม, นฤมล สีนสุพรรณ, ประพิมพ์พร สมณาแขง. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุในชนบทอีสาน. ใน : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. รวมบทคัดย่อ งานวิจัยและวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; ๒๕๔๑.
๑๓. Miravittles M, de la Roza C, Naberan K, Lamban M, Gobartt E, Martin A. Use of spirometry and patterns of prescribing in COPD in primary care. *Respir Med* 2007;101:1753-60.
๑๔. เพชรา บุญยงสรศรีชัย. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. ใน : อุษณา ลูวีระ, วิบูล สัจกุล, ศุภวิทย์ มุตตามระ, วิชัย ประยูร-วิวัฒน์ (บรรณาธิการ). เวชศาสตร์ก้าวหน้า. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ชัยเจริญ; ๒๕๓๕.
๑๕. Ambrosino N, Simonds A. The clinic management in extremely severe COPD. *Respir Med* 2007;101:1641.

## เอกสารอ่านเพิ่มเติม

ศิริลักษณ์ จิตต์ระเบียบ, ประวิณ สีนศรชฎกิจ, สมชัย บวรกิตติ. บุหรี่ขี้โย. สารศิริราช ๒๕๔๐;  
๔๕:๑๐๒๖-๗.