

# การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครนายก

## Emergency Room Visit of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Nakhonnayok Hospital

พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลนครนายก

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีประวัติเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครนายก ตั้งแต่ 1 มกราคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2549 ผู้ป่วยมีจำนวนทั้งสิ้น 145 ราย และมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินในช่วงที่ทำการศึกษามีจำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 49 จำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินเท่ากับ 3.64 ครั้งต่อปี พบว่า เพศ อายุ อาชีพ สิทธิรักษา และสถานภาพการมาตามนัด ไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ขณะที่การมีโรคประจำตัวร่วม การเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาบ่อย การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาบ่อย การเปลี่ยนแพทย์บ่อย และยาที่ใช้ในการรักษา มีผลต่อการเข้ารับการรักษาและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ( $P < 0.05$ ) ส่วนการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา ไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โดยสรุป การศึกษานี้เป็นการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน แต่ยังไม่ครอบคลุมเนื่องจากมีข้อจำกัดในการประเมินความรุนแรงของโรค และไม่สามารถประเมินการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยได้ แต่สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยและวางแผนพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป เพื่อลดการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งหมายถึงการลดการกำเริบของโรคได้

Thai Pharm Health Sci J 2008;3(1):73-79<sup>S</sup>

### บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) หมายถึง กลุ่มของโรคปอดที่มีความผิดปกติที่สำคัญ คือ มีการอุดกั้นของหลอดลม เนื่องจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) ทำให้ผู้ป่วยขับลมออกจากปอดได้ช้ากว่าปกติ หรือไม่สามารถขับลมออกจากปอดจากความจุของปอดทั้งหมดภายในเวลาที่กำหนด<sup>1,2</sup> ในปี 1990 มีรายงานผู้ป่วย COPD ทั่วโลกประมาณ 9.34 ต่อ 1000 คน ในเพศชาย และ 7.33 ต่อ 1000 คน ในเพศหญิง<sup>3</sup> ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลกเป็นอันดับที่ 4<sup>4</sup> และคาดว่าจะ เป็นอันดับที่ 3 ในปี 2020 สำหรับประเทศไทยนั้นมียุบัติการณ์

การเกิดโรคนี้ร้อยละ 5 ของประชากร และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับที่ 4<sup>5</sup>

มีการศึกษาพบว่า การเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะเกิดในประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 45 - 49 ปี) และประชากรสูงอายุ (อายุ 60 - 74 ปี)<sup>6</sup> ในด้านค่าใช้จ่าย มีรายงานค่าใช้จ่ายรวมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เฉลี่ย 7,656.72 บาทต่อปี ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยสูญเสียไปจากการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วประเทศ เป็นเงิน 4,114 ล้านบาทต่อปี เมื่อรวมกับค่าใช้จ่ายในส่วนที่รัฐต้องเสียไปในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอีก 8,297 ล้านบาทต่อปี หรือเท่ากับร้อยละ 4.40 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศในปี พ.ศ. 2541<sup>7</sup>

<sup>S</sup> 13<sup>th</sup> year of Srinakharinwirot Journal of Pharmaceutical Science

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ดังนั้นเป้าหมายของการรักษา คือ การบรรเทาอาการของโรคให้ลดลง ป้องกันการกำเริบของโรค คงสมรรถภาพการทำงานของปอดให้เสื่อมช้าที่สุด และการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>2</sup> โรงพยาบาลนครนายกมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยเดือนละ 180 - 200 ราย ที่ผ่านมายังไม่ได้มีจัดระบบบริการเป็นคลินิกเฉพาะโรค ผู้วิจัยพบว่ามีผู้ป่วยโรคดังกล่าวจำนวนมากไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินบ่อยครั้ง และบางครั้งจำเป็นต้องรับตัวไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาและจำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แผนกฉุกเฉิน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางการพัฒนาการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ให้ลดการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และลดการนอนโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมในที่สุด

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครนายก และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความรุนแรงของโรคโดยวัดจากจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินต่อไป

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียน โดยเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีประวัติเข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมตั้งแต่ 1 มกราคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2549 (ถือเป็นช่วงที่ทำการศึกษา) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อน 1 มกราคม 2549 ส่วนเกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ขาดประวัติการมารักษาย้อนหลังเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างน้อย 2 เดือนต่อเนื่องกันก่อนช่วงที่ทำการศึกษา (ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2548 ถึง 31 ธันวาคม 2548)

การศึกษานี้ ได้กำหนดความหมายของสิ่งที่จะศึกษาดังต่อไปนี้ **การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แผนกฉุกเฉิน** หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับ **การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาและแพทย์** หมายถึง การ

เปลี่ยนแปลงทั้งรูปแบบยาและแพทย์ผู้ส่งจ่ายยาไปจากครั้งก่อนหน้าที่มารับการรักษา สำหรับ **การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาและแพทย์บ่อย** ให้หมายถึง ค่าร้อยละของจำนวนครั้งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาและแพทย์ ต่อจำนวนครั้งที่มารับรักษาทั้งหมด มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25 ส่วน **การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาและแพทย์ไม่บ่อย** คือ มีค่าร้อยละของจำนวนครั้งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาและแพทย์ ต่อจำนวนครั้งที่มารับรักษาทั้งหมดน้อยกว่าร้อยละ 25

**การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา** หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาเพียงอย่างเดียว แต่แพทย์ผู้ส่งจ่ายยายังคงเป็นคนเดิม เมื่อเทียบกับครั้งก่อนหน้าที่มารับการรักษา **การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาบ่อย** คือ มีค่าร้อยละของจำนวนครั้งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา ต่อจำนวนครั้งที่มารับรักษาทั้งหมด มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25 **การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาไม่บ่อย** คือ มีค่าร้อยละของจำนวนครั้งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา ต่อจำนวนครั้งที่มารับรักษาทั้งหมด น้อยกว่าร้อยละ 25

**การเปลี่ยนแพทย์** หมายถึง มีการเปลี่ยนแพทย์ผู้ส่งจ่ายยาเพียงอย่างเดียว แต่รูปแบบยาที่ได้รับยังคงเดิมเมื่อเทียบกับครั้งก่อนหน้าที่มารับการรักษา **การเปลี่ยนแพทย์บ่อย** คือ มีค่าร้อยละของจำนวนครั้งการเปลี่ยนแพทย์ผู้ส่งจ่ายยาต่อจำนวนครั้งที่มารับรักษาทั้งหมดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25 **การเปลี่ยนแพทย์ไม่บ่อย** คือ มีค่าร้อยละของจำนวนครั้งการเปลี่ยนแพทย์ผู้ส่งจ่ายยา ต่อจำนวนครั้งที่มารับรักษาทั้งหมด น้อยกว่าร้อยละ 25 และท้ายที่สุด **การมาตามนัด** หมายถึง การที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตามวันที่แพทย์นัดเพื่อติดตามอาการของโรคมากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนวันที่แพทย์นัดทั้งหมดจากเวชระเบียน สำหรับ **ยาขยายหลอดลม (bronchodilator)** หมายถึง ยาขยายหลอดลมทั้งชนิดรับประทานและชนิดสูดพ่น และ **ยาสเตียรอยด์** หมายถึง ยาสเตียรอยด์ทั้งชนิดรับประทานและชนิดสูดพ่น

## การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป การเปรียบเทียบปัจจัยต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินในรอบ 1 ปี ใช้ สถิติ Chi-square test และ T-test ตามความเหมาะสม เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างจำนวนครั้งต่อปีของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินที่สัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ โดย Mann-Witney test และ Kruskal-Wallis test

## ผลการศึกษา

จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ทำการศึกษา มี ทั้งหมด 145 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.5) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61 - 75 ปี (ร้อยละ 56.1) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 46.2) ใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 66.9)

สำหรับสถานะทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวรวมมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 55.2) (ตารางที่ 2) และโรคประจำตัวที่เกิดร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 29.7)

สำหรับรูปแบบการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาและแพทย์บ่อยค่อนข้างสูง (ร้อยละ 55.8) เปลี่ยนแปลงรูปแบบยาบ่อยพบน้อย (ร้อยละ 16.5) และการเปลี่ยนแปลงแพทย์บ่อยค่อนข้างสูง (ร้อยละ 59.3) สำหรับ

ชนิดยารักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ คือ theophylline sustained release ในรูปแบบรับประทาน (ร้อยละ 13.9) และเมื่อจำแนกตามกลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาขยายหลอดลมร่วมกับยาสเตียรอยด์ทั้งรูปแบบสูดพ่นและรับประทาน (ร้อยละ 53.1)

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินกับที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินในรอบ 1 ปี พบว่ามีขนาดใกล้เคียงกันคือ 72 และ 73 คน ตามลำดับ โดยพบว่ามีเพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ สิทธิการรักษา และการมาตามนัดระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ของตัวอย่างผู้ป่วยจำแนกตามการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและไม่ได้เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน		P-value
	กลุ่มเข้ารับการรักษา (N = 72)	กลุ่มไม่ได้เข้ารับการรักษา (N = 73)	
เพศ			
ชาย	52 (72.2)	59 (80)	0.245†
หญิง	20 (27.8)	14 (20)	
อายุ (ปี): mean ±SD	69.67 ± 10.193	68.74 ± 9.396	0.567*
สถานภาพ			
สมรส	62 (86.1)	54 (74)	0.096†
โสด, หม้าย, สมณะ	10 (13.9)	19 (26)	
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	33 (45.8)	34 (46.6)	1.000†
ประกอบอาชีพ	39 (54.2)	39 (53.4)	
สิทธิการรักษา			
บัตรประกันสุขภาพ	49 (68.1)	48 (65.8)	0.379†
ข้าราชการ, ชำระเงิน	18 (25)	15 (20.5)	
อื่น ๆ	5 (6.9)	10 (13.7)	
การมาตามนัด			
ไม่มาตามนัด	24 (33.3)	16 (21.9)	0.124†
มาตามนัด	48 (66.7)	57 (78.1)	

\* T-test ที่ระดับนัยสำคัญที่  $P < 0.05$

† Chi-square test ที่ระดับนัยสำคัญที่  $P < 0.05$

ผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินพบว่า ผู้ที่เปลี่ยนแพทย์บ่อยกลับเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินน้อยกว่าผู้ที่เปลี่ยนแพทย์ไม่บ่อย ( $P = 0.009$ ) ส่วนผู้ที่เปลี่ยนแปลงรูปแบบยาและแพทย์บ่อยนั้นมักต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินมากกว่า ( $P = 0.030$ ) และผู้ที่ได้รับยาร่วมมักต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินมากกว่า ( $P = 0.001$ )

นอกจากนี้ พบว่าผู้ที่มีโรคร่วม 1 โรค หรือมากกว่า 1 โรคนั้น เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคร่วม ( $P = 0.008$ ) ส่วนการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยานั้น ไม่สัมพันธ์กับการเคยเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินแต่อย่างใด (ตารางที่ 2)

สำหรับอาการที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินมากที่สุดคือ อาการกำเริบเฉียบพลัน (acute

exacerbation) โดยผู้ป่วยมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ครั้ง/ปี คิดเป็นร้อยละ 49 ของจำนวนครั้งของการรับการรักษาทั้งหมด

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินในรอบ 1 ปี

รูปแบบการรักษา		จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและไม่ได้เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน		P-value*
		กลุ่มเข้ารับการรักษา	กลุ่มไม่ได้เข้ารับการรักษา	
		(N = 72 )	(N = 73 )	
โรคประจำตัวร่วม	ไม่มี	23 (31.9)	10 (13.7)	0.008
	มีโรคร่วม 1 โรค	18 (25)	14 (19.2)	
	มีโรคร่วม > 1 โรค	31 (43.1)	49 (58.9)	
การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา	ไม่บ่อย	60 (83.3)	61 (83.6)	0.970
	บ่อย	12 (16.7)	12 (16.4)	
การเปลี่ยนแปลงแพทย์	ไม่บ่อย	37 (51.4)	22 (30.1)	0.009
	บ่อย	35 (48.6)	51 (69.9)	
การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาและแพทย์	ไม่บ่อย	17 (23.6)	47 (64.4)	0.030
	บ่อย	55 (76.4)	26 (35.6)	
ยาที่ได้รับ	ยาเดี่ยว	17 (23.6)	37 (50.7)	0.001
	ยาร่วม	55 (76.4)	36 (49.3)	

\* Chi-square test ที่ระดับนัยสำคัญที่  $P < 0.05$

เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมาทดสอบความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งต่อปีของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน พบว่า เพศ อายุ สิทธิการรักษา อาชีพ สถานภาพสมรส และการมาตามแพทย์นัด ไม่สัมพันธ์กับจำนวนครั้งต่อปีของการเข้ารับรักษาที่แผนกฉุกเฉิน (ตารางที่ 3)

พบว่าตัวอย่างที่มีจำนวนโรคร่วมแตกต่างกันมีจำนวนครั้งต่อปีของการเข้ารับรักษาที่แผนกฉุกเฉินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $P = 0.002$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า 1 โรค มีจำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาที่แผนกฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มอื่น

ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาและแพทย์บ่อยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาและแพทย์ไม่บ่อยอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.001$ ) อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์

บ่อยจะมีจำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาที่แผนกฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ไม่บ่อยอย่างมีนัยสำคัญ ( $P = 0.007$ )

สำหรับความบ่อยของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยานั้นไม่พบความแตกต่างของจำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาที่แผนกฉุกเฉินในกลุ่มที่เปลี่ยนแปลงรูปแบบยาบ่อยและไม่บ่อยแต่อย่างใด

สำหรับการได้รับยาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาขยายหลอดลมร่วมกับยาสเตียรอยด์ มีจำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาที่แผนกฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาขยายหลอดลมอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

ตารางที่ 3 ความแตกต่างระหว่างจำนวนครั้งต่อปีของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางประชากรศาสตร์และปัจจัยทางคลินิก

	ปัจจัย	N	จำนวนครั้ง/ปี	P-value
เพศ	ชาย	111	1.9	0.387*
	หญิง	34	2.03	
อายุ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 55	14	3	0.779†
	56 - 65 ปี	35	2.26	
	66 - 75 ปี	63	1.7	
	มากกว่า 76 ปี	33	1.58	
สถานภาพ	สมรส	116	2.09	0.081*
	โสด หม้าย สมณะ	29	1.28	
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	67	1.88	0.975*
	ประกอบอาชีพ	78	1.95	
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ	97	2.06	0.715*
	สิทธิเบิกได้, ชำระเงิน	33	1.69	
โรคประจำตัว	ไม่มี	33	3.12	0.002†
	มีโรคร่วม 1 โรค	32	2.25	
	มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค	80	1.31	
การมาตามนัด	ไม่มาตามนัด	40	2.53	0.193*
	มาตามนัด	105	1.7	
ความบ่อยการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาและแพทย์	ไม่บ่อย	64	0.44	< 0.001*
	บ่อย	81	3.11	
ความบ่อยการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยา	ไม่บ่อย	121	1.96	0.882*
	บ่อย	24	1.79	
ความบ่อยการเปลี่ยนแปลงรูปแบบแพทย์	ไม่บ่อย	59	2.56	0.007*
	บ่อย	86	1.5	
การได้รับยาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งตามกลุ่มยา	ยาขยายหลอดลมอย่างเดียว	54	0.89	< 0.001*
	ยาขยายหลอดลมร่วมกับยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่น	91	2.55	

\* Mann-Witney U test ที่ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.05

\*\* Kruskal-Wallis test ที่ระดับนัยสำคัญที่ P < 0.05

## อภิปรายผลการศึกษา

ตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศชาย และไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จารุณี บันลือ<sup>8</sup> ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ จำนวน 250 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสอง มีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกันได้แก่ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชาย มีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกันคือ ช่วงอายุ 61 - 75 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่<sup>8</sup> ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังกล่าว

อาจเป็นเพราะว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่สำคัญในการก่อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การสูบบุหรี่ เนื่องจากในอดีต วัยรุ่นชายมีความนิยมในการสูบบุหรี่กันมาก ประกอบกับอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น ต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนานเป็นสิบปี จึงจะแสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการวินิจฉัยในช่วงที่มีอายุมาก และมีอาการแสดงของโรคที่ชัดเจนแล้ว ส่วนสาเหตุที่ทำให้กลุ่มคนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น อาจเป็นเพราะการที่คนกลุ่มนี้มี

อายุที่มากขึ้นถึงวัยเกษียณอายุ จึงไม่ได้ทำงาน หรืออาจเกิดจากมีความรุนแรงของโรคมากจนทำงานไม่ได้ และเมื่อไม่ได้ทำงานแล้วจะทำให้ไม่ได้ออกกำลังกายเท่าที่ควร ดังนั้นสุขภาพร่างกายอาจเกิดความเสื่อมและเกิดความอ่อนแอขึ้น ทำให้แสดงอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ รวมมากกว่าหนึ่งโรค ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากงานวิจัยของ Huiart และคณะ<sup>9</sup>

กลุ่มตัวอย่างได้รับยา theophylline มากที่สุดซึ่งจากการศึกษาของวิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์<sup>10-14</sup> ได้ศึกษาผลของ theophylline ต่ออาการและสมรรถภาพของปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการคงที่ 20 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการและสมรรถภาพของปอดคงเดิม มีจำนวนน้อยที่ดีขึ้นและไม่สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยคนใดจะมีการตอบสนองต่อ theophylline แบบใด หากจะให้ยานี้ควรมีการติดตามวัดระดับยา เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาและควรตรวจสอบสมรรถภาพของปอดเป็นระยะ ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วยได้รับยาขยายหลอดลมรูปแบบ metered dose inhalator (MDI) มากกว่าร้อยละ 50 ดังนั้นในการศึกษาต่อไปจึงควรศึกษาประสิทธิภาพของเทคนิคการใช้ยาพ่นของผู้ป่วย เหล่านี้ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยได้รับยาขยายหลอดลมร่วมกับยาสเตียรอยด์มากกว่าร้อยละ 50 และได้รับยาขยายหลอดลมอย่างเดียวประมาณร้อยละ 50 ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบตามแนวทางการรักษาในปัจจุบัน ที่ให้ยาตามระดับความรุนแรงของโรค<sup>3</sup> พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่โรงพยาบาลนครนายกได้รับยาตามแนวทาง ดังนี้คือ ระดับความรุนแรงระดับ 1 ซึ่งเป็นระดับต่ำ (mild) และระดับ 2 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง (moderate) จะได้รับยาขยายหลอดลมเพียงอย่างเดียว และระดับ 3 ขึ้นไปซึ่งเป็นระดับรุนแรง (severe) จะได้รับยาขยายหลอดลมร่วมกับยาสเตียรอยด์ แต่เนื่องจากข้อจำกัดในการศึกษานี้ ซึ่งทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยไม่มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางคลินิก และขาดเครื่องมือในการวัดสมรรถภาพปอด ทำให้การศึกษานี้ไม่สามารถแบ่งระดับขั้นความรุนแรงของโรคได้ชัดเจน ซึ่งการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคเพื่อให้สามารถศึกษาลักษณะรูปแบบการใช้ยาเปรียบเทียบกับแนวทางการรักษาในปัจจุบันได้ชัดเจนมากขึ้น

ผลการศึกษานี้พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 49 ที่ต้องมารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โดยมาด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน (อาการหอบเหนื่อย) มากที่สุด ซึ่งสอดคล้อง

กับงานวิจัยของ จารุณี บันลือ<sup>8</sup> ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการหอบเหนื่อยเป็นอาการที่พบได้มากที่สุดในระยะหนึ่งปีที่ผ่านมา

โรคประจำตัวร่วมมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินและจำนวนครั้งต่อปีของการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วยมากกว่า 1 โรค มีจำนวนครั้งของการรักษาที่แผนกฉุกเฉินที่ค่อนข้างน้อยกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย 1 โรค และไม่มีโรคร่วม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วยจะถูกนัดมาทำการรักษาที่คลินิกโรคประจำตัวเป็นประจำ ซึ่งกลุ่มที่เป็นโรคประจำตัวร่วมด้วยมากกว่า 1 โรค จะมีการนัดมาโรงพยาบาลดีกว่ากลุ่มเพื่อรักษาโรคร่วม การมาโรงพยาบาลตามนัดบ่อย ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยตระหนักว่าสุขภาพร่างกายตนเองไม่แข็งแรง มีความเจ็บป่วยหลายโรค และได้รับการประเมินอาการ การให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลตนเอง รวมทั้งการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ อาจทำให้เกิดความใส่ใจในสุขภาพของตนเอง ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วยมากกว่า 1 โรค มีการเข้ารับรักษาที่แผนกฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มอื่น

ความบ่อยของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาและแพทย์มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินและจำนวนครั้งต่อปีของการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการเปลี่ยนยาบ่อย อาจทำให้เกิดความสับสนในการใช้ยา และหากมีการเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาร่วมด้วย ก็อาจเพิ่มความสับสนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก จึงมีข้อจำกัดทางด้านความจำและการรับรู้ รวมทั้งการอ่านฉลากการใช้ยา อาจทำให้มีการใช้ยาไม่ถูกต้องได้ ซึ่งจะมีผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนมีข้อจำกัดในการใช้ยาบางรูปแบบ เช่น ยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่น ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ยา และส่งผลให้อาการของโรคแย่ลง

การที่พบว่าความบ่อยของการเปลี่ยนแปลงแพทย์ ให้ผลในทางตรงข้ามกับที่คาดไว้ นั่นคือ มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์บ่อยนั้น นี้อาจเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนแพทย์บ่อย ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หลายท่าน ซึ่งอาจมีเทคนิคในการดูแลรักษาที่แตกต่างกันในรายละเอียด และได้รับฟังข้อมูลซ้ำหลายครั้ง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้และมีความเข้าใจในประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาเพิ่มขึ้น โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงยาร่วมด้วยทำให้ไม่เกิดการสับสน อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาเพียงอย่าง

เดียวไม่มีผลต่อจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงยาอย่างเดี่ยวโดยแพทย์ผู้สั่งจ่ายยายังเป็นคนเดิม นั้น แพทย์จะสามารถให้คำอธิบายและเน้นย้ำแก่ผู้ป่วยได้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาอย่างไร และเปลี่ยนเพราะสาเหตุใด ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นในการใช้ยาของผู้ป่วย และก่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาตามมา

ในการที่พบว่าการใช้ยาขยายหลอดลมร่วมกับยาสเตียรอยด์มีจำนวนการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินต่อปีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาขยายหลอดลมอย่างเดียวนั้น อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มที่ใช้ยาสองชนิดร่วมกันมีความรุนแรงของโรคมากกว่า แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ไม่สามารถแยกแยะระดับความรุนแรงของโรคได้ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถทดสอบความแตกต่างดังกล่าวได้อย่างแม่นยำเท่าที่ควร

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการดังนี้ เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง อาจทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลปัจจัยต่าง ๆ ได้ครบถ้วนครอบคลุม ทำให้ไม่สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของโรงพยาบาลที่ขาดเครื่องมือในการประเมินความรุนแรงของโรค ซึ่งการใช้อาการทางคลินิกที่ได้จากเวชระเบียนอาจไม่เพียงพอ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น การใช้ยาตามแพทย์สั่งและการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วย หรือประวัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ซึ่งในเวชระเบียนของผู้ป่วยมีการระบุไว้บ้างแต่ไม่ครบถ้วน อาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมอาการและการกำเริบของโรคได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าแบบแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงลึกต่อไป เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาและระบบการให้บริการเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเภสัชกรหญิงหทัย คุโณทัย ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

## เอกสารอ้างอิง

1. วิทยา ศรีดามา (บรรณารักษ์). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ตำราโรคปอด/โรคปอดจากสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2548). พิมพ์ครั้งที่ 1. 2548: น. 14.

3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Special issue: GOLD workshop report update. (สืบค้นข้อมูลวันที่ 1 สิงหาคม 2546, ที่ <http://www.goldcopd.org/download.asp?intId=160>.)
4. World Health organization. WHO Report 2003. (สืบค้นข้อมูลวันที่ 13 มิถุนายน 2546, ที่ <http://www.WHO.int/whr/2000/en/Statistics.htm>.)
5. Youngchaiyud P. Current and future management of COPD in 2004. (สืบค้นข้อมูลวันที่ 15 สิงหาคม 2550, ที่ <http://elib.fda.moph.go.th/library/planweb/Doc/km/COPD%2016.PDF>)
6. Wibulpolprasert S (ed.). Thailand health profile 1999-2000. (สืบค้นข้อมูลวันที่ 15 สิงหาคม 2550, ที่ [http://www.moph.go.th/ops/thealth\\_44/](http://www.moph.go.th/ops/thealth_44/))
7. ชัยนตร์ธร ปทุมานนท์, ชไมพร ทวีชตรี, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ และคณะ. ค่าใช้จ่ายและคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปจากการป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
8. จารุณี บันลือ. คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต เวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพมหานคร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
9. Huiart L, Ernst P, Ranouil X, Suissa S. Low-dose inhaled corticosteroids and the risk of acute myocardial infarction in COPD. *Eur Respir J* 2005;25: 634-639.
10. วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. ผลของยาต่ออาการและสมรรถภาพของปอดในผู้ป่วย COPD: ทดสอบแรง ธรรมชาติของโรคหรือรักษาไม่ดี. *วารสารวัณโรคและทรวงอก* 2534;2:61-70.
11. วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. ผลของยาต่ออาการและสมรรถภาพของปอดในผู้ป่วย COPD: Theophylline. *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก* 2530;1:17.
12. วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. ผลของยาต่ออาการและสมรรถภาพของปอดในผู้ป่วย COPD: Corticosteroids. *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก* 2531;2:51-54.
13. วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. ผลของยาต่ออาการและสมรรถภาพของปอดในผู้ป่วย COPD: Inhaled salbutamol. *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก* 2531;3:99-103.
14. วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. ผลของยาต่ออาการและสมรรถภาพของปอดในผู้ป่วย COPD: Ipratropium bromide + fenoterol เทียบกับ salbutamol. *วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก* 2531;4:185-190.