

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบผลการรักษาและค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นรายงานผู้ป่วยใน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเข้ารับการรักษานในตึกผู้ป่วยโรงพยาบาลร่งกวาง จังหวัดแพร่ จำนวน 217 รายงาน ระยะเวลาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2545-31 ธันวาคม 2545 และ 1 กรกฎาคม 2546-31 ธันวาคม 2546 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายโดยแบ่งเป็นส่วนตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการรักษาก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ในการรักษาพยาบาล

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

#### 1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้ แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีจำนวนเพศชายร้อยละ 52.7 เพศหญิงร้อยละ 47.3 กลุ่มหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีจำนวนเพศชายร้อยละ 58 เพศหญิงร้อยละ 42 พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยกลุ่มก่อนใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีอายุเฉลี่ย  $67.09 \pm 8.75$  ปี ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำสุดคือ 42 ปี และสูงสุดคือ 86 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ที่ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย  $69.51 \pm 8.36$  ปี ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำสุดคือ 45 ปี และสูงสุดคือ 90.7 ปี นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยของทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่

สำหรับการศึกษาของผู้ป่วยนั้นพบว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 46.5 มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษาร้อยละ 51.2 และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ร้อยละ 2.3 ส่วนกลุ่มหลังการใช้ แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีผู้ป่วยที่ไม่ได้

เรียนหนังสือ ร้อยละ 46.6 มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษาร้อยละ 50 และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ร้อยละ 3.4 จะเห็นว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน

ลักษณะอาชีพและรายได้ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน โดยผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ที่ไม่ได้ทำงานมีร้อยละ 69 และในกลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ไม่ได้ทำงานร้อยละ 65.9 อาจเนื่องมาจากภาวะสูงอายุ และภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ในผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร รองลงมาคือรับจ้างและค้าขายตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ในด้านสิทธิการรักษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้รักษาทั้ง 2 กลุ่มมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ

ในด้านประวัติการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีจำนวนผู้ป่วยที่เคยสูบบุหรี่และเลิกแล้ว 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.6 และพบว่ามีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่อยู่ถึง 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 31 ส่วนกลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีจำนวนผู้ป่วยที่เคยสูบบุหรี่และเลิกแล้ว 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.2 และยังมีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่อยู่ 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.5 ส่วนประวัติการดื่มแอลกอฮอล์พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์

จากการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ไม่พบความแตกต่างในลักษณะของข้อมูลทั่วไป รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

## ตารางที่ 1

## ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้		กลุ่มตัวอย่างหลังใช้		p - value
	CPG		CPG		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					0.533
ชาย	68	52.7	51	58	
หญิง	61	47.3	37	42	
อายุ (ปี)					0.145
≤ 60	29	22.5	12	13.6	
> 60	100	77.5	76	86.4	
	$(\bar{X} = 67.09, SD = 8.75)$		$(\bar{X} = 69.51, SD = 8.36)$		
	Range = 42-86 ปี		Range = 45-90.7 ปี		
สถานภาพสมรส					0.587
โสด	4	3.1	3	3.4	
คู่	92	71.3	57	64.8	
หย่า, หม้าย	33	25.6	28	31.8	
การศึกษา					0.889
ไม่ได้เรียน	60	46.5	41	46.6	
ประถมศึกษา	66	51.2	44	50.0	
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	3	2.3	3	3.4	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้		กลุ่มตัวอย่างหลังใช้		p - value
	CPG		CPG		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
อาชีพ					0.960
ไม่ได้ทำงาน	89	69.0	58	65.9	
รับจ้าง	18	14.0	14	15.9	
เกษตรกร	21	16.3	15	17.0	
ค้าขาย	1	0.8	1	1.1	
รายได้					0.878
< 2,000	95	73.6	65	73.9	
2,000 – 5,000	31	24.0	20	22.7	
> 5,000	3	2.3	3	3.4	
สิทธิการรักษา					0.128
บัตรประกันสุขภาพ	122	94.6	77	87.5	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	5.4	10	11.4	
ชำระเงิน	0	0	1	1.1	
ประวัติการสูบบุหรี่					0.139
ไม่สูบ	16	12.4	17	19.3	
เคยสูบและหยุดแล้ว	73	56.6	53	60.2	
สูบ	40	31.0	18	20.5	
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์					0.395
ไม่ดื่ม	89	69.0	62	70.5	
เคยดื่มและหยุดแล้ว	21	16.3	18	20.5	
ดื่ม	19	14.7	8	9.1	

## 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย

ประวัติเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใกล้เคียงกัน คือ ระยะ 1-5 ปี โดยผู้ป่วยกลุ่มก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีระยะเวลาการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1-5 ปี จำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 มากกว่า 5 ปี จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.4 และผู้ป่วยกลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีระยะเวลาการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1-5 ปี จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.5 มากกว่า 5 ปี จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.5

จำนวนของโรคที่ผู้ป่วยเป็นขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่มีเพียง 1 โรค โดยผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ที่เป็น 1 โรค มีจำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.9 และกลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มี 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.9 ส่วนผู้ป่วยที่เป็น 2 โรค พบ 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.8 ในผู้ป่วยก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก และ 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.7 ในผู้ป่วยหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก และผู้ป่วยตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป พบในผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.3 และในกลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก 10 รายคิดเป็นร้อยละ 11.4

จากการเปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้ สถิติไค-สแควร์ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ไม่พบความแตกต่างโดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

สำหรับค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก และ กลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก พบว่าไม่แตกต่างกัน ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากการเปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

## ตารางที่ 2

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้		กลุ่มตัวอย่างหลังใช้		p - value
	CPG(n=129)		CPG(n=88)		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง					0.364
1-5 ปี	82	63.6	62	70.5	
> 5 ปี	47	36.4	26	29.5	
จำนวนโรคที่เป็นขณะอยู่ในโรงพยาบาล					0.340
1 โรค	76	58.9	58	65.9	
2 โรค	41	31.8	20	22.7	
≥ 3 โรค	12	9.3	10	11.4	

## ตารางที่ 3

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของกลุ่มตัวอย่าง โดยแสดงระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล

กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	t
กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้ CPG	3.27	1.84	
	Range = 1-11 ปี		
กลุ่มตัวอย่างหลังใช้ CPG	3.25	2.40	0.944*
	Range = 1-15 ปี		

\* p &lt; .05

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการรักษาก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการรักษาผู้ป่วย ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก พบการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.9 ขณะที่ผู้ป่วยหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาลเพียง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3 เปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้ สถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่าการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.035$ ) โดยหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีการเกิด อาการกำเริบเฉียบพลันน้อยกว่า ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

สำหรับการกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมงหลังจำหน่าย พบในกลุ่มผู้ป่วยก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.8 และไม่พบในกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก และเมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่าการกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมง หลังจำหน่าย ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.006$ ) โดยหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีการกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมงหลังจำหน่ายน้อยกว่า

การกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยใน ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใน 28 วัน ในกลุ่มก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก พบ 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.9 และในกลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก พบ 9 ราย เป็นร้อยละ 10.2 เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้ สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) พบว่าการกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใน 28 วัน ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.003$ ) โดยหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีการกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใน 28 วันน้อยกว่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

## ตารางที่ 4

## ข้อมูลการรักษาก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้		กลุ่มตัวอย่างหลังใช้		p - value
	CPG(n=129)		CPG(n=88)		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
การเกิดอาการกำเริบเจ็บพลันระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาล					
เกิด	14	10.9	2	2.3	0.035
ไม่เกิด	115	89.1	86	97.7	
การกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมงหลังจำหน่าย					
กลับมา	10	7.8	0	0	0.006
ไม่กลับมา	119	92.2	88	100	
การกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใน 28 วัน					
กลับมา	36	27.9	9	10.2	0.003
ไม่กลับมา	93	72.1	79	89.8	



### ส่วนที่ 3 ข้อมูลค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการรักษาผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายโดยแบ่งออกเป็นแต่ละด้าน คือ ค่าห้อง ค่าหัตถการและค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายาและเวชภัณฑ์มีชีวะยา ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่าใช้จ่ายรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก นำมาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent – Sample t-test) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5 พบว่า

ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ค่าเฉลี่ยของค่าห้องก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการรักษาผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่แตกต่างกัน

ค่าเฉลี่ยของค่าหัตถการและค่าบริการทางการแพทย์ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการรักษาผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่แตกต่างกัน

ค่าเฉลี่ยของค่ายาและเวชภัณฑ์มีชีวะยาก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการรักษาผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่แตกต่างกัน

ค่าเฉลี่ยของค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการรักษาผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.002$ ) โดยค่าเฉลี่ยของค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีค่ามากกว่าก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายรวมก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการรักษาผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่แตกต่างกัน

## ตารางที่ 5

ค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

ค่าใช้จ่าย	$\bar{X}$ (SD)		p-value
	ก่อนใช้ CPG (n=129)	หลังใช้ CPG (n=88)	
ค่าห้อง	483.16(272.05) Range = 147.00-1617.00	450.22(318.72) Range = 140.00-1820.00	0.415
ค่าหัตถการและ ค่าบริการทาง การแพทย์	461.10(363.42) Range = 21.00-2089.50	514.03(477.59) Range = 60.00-2720.00	0.356
ค่ายาและเวชภัณฑ์ ไม่ใช่ยา	930.72(793.79) Range = 113.40-4718.700	1,012.72(984.46) Range = 150.00-6223.00	0.499
ค่าตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	110.61(243.69) Range = 0.00 – 1659.00	234.43(307.56) Range = 0.00 – 1850.00	0.002
ค่าใช้จ่ายรวม	1,989.00(1,268.23) Range = 458.85-7385.7	2,206.07(1,692.00) Range = 448.00-9423.00	0.308

## อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาและค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการใช้ แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยศึกษาจากรายงานผู้ป่วยในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 217 รายงาน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาล ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก 129 รายงานและกลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 88 รายงาน

ในการศึกษาข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ และข้อมูลเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน โรคที่เป็นขณะอยู่ในโรงพยาบาลและระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังนั้นความแตกต่างของผลการรักษาและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจึงไม่ได้เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้น แต่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก

สำหรับความแตกต่างของผลการรักษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้คือ

ในการศึกษานี้เมื่อเปรียบเทียบการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยลดลง จากร้อยละ 10.9 เหลือ ร้อยละ 2.3 เนื่องจากสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ที่พบมากที่สุดคือการติดเชื้อในทางเดินหายใจ (เพชรรา บุญยงสรรค์ชัย, 2542) ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวคือการค้นหาการติดเชื้อ และให้การรักษาที่ทันทั่วถึง จึงเป็นสิ่งสำคัญ จากแนวทางปฏิบัติทางคลินิก จะพบว่ามีการค้นหาการติดเชื้อหลายขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การซักประวัติและการวัดไข้ เนื่องจากการมีไข้บ่งชี้ถึงภาวะการติดเชื้อได้ นอกจากนี้การถ่ายภาพรังสีทรวงอกและการตรวจนับเม็ดเลือด (Completed Blood Cell Count) ทางห้องปฏิบัติการ ก็สามารถยืนยันถึงภาวะการติดเชื้อได้ด้วยเช่นกัน และเมื่อพบภาวะการติดเชื้อจึงต้องพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ การปฏิบัติตามขั้นตอนดังกล่าวซึ่งระบุในแนวทางปฏิบัติทางคลินิก จึงสามารถลดการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้

นอกจากนี้การกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมง หลังจำหน่ายและการกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยลดลงจากร้อยละ 7.8 เหลือร้อยละ 0 และลดลงจากร้อยละ 27.9 เหลือ ร้อยละ 10.2 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ถูกต้องและครอบคลุม รวมถึงสามารถให้ผู้ป่วยดูแลจัดการตัวเองที่บ้านได้ โดยสามารถอธิบายตามขั้นตอนใน แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ได้ดังนี้

การตรวจร่างกาย (physical examination) และการวัดสัญญาณชีพ (Vital sign) เพื่อประเมินอาการหรือความรุนแรงของโรคประกอบการให้ยา และเป็นการสืบค้นภาวะแทรกซ้อน เช่นอาการไอที่บ่งชี้ถึงภาวะติดเชื้อ หรืออาการบวมซึ่งอาจเกิดจากภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว (cor pulmonale) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สมาคมอุรเวชช์, 2539) เพื่อทำการให้การรักษากภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้น นอกจากนี้การตรวจร่างกายและการวัดสัญญาณชีพในวันต่อๆ มาหลังให้การรักษาสามารถบอกถึงผลการรักษาได้ว่า ดีขึ้นหรือเลวลง

การพิจารณาตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและ ช่วยวินิจฉัยโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ในกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น โรคปอดอักเสบติดเชื้อ โรคหัวใจวาย โรคน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด นอกจากนี้ยังช่วยวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยที่มีประวัติสูบบุหรี่ ซึ่งมีอาการคล้ายโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น มะเร็งปอด (อัมพรพรรณ ชีรบุตร, 2542) ในการการตรวจนับเม็ดเลือด (Completed Blood Cell Count) ก็เพื่อประเมินภาวะของโรค เช่น ระดับเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ เนื่องจากภาวะพร่องออกซิเจนสามารถพิจารณาให้การรักษาโดยใช้ออกซิเจนระยะยาว นอกจากนี้ยังใช้ประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะติดเชื้อ ภาวะซีดจากการขาดอาหารซึ่งมักพบในผู้ป่วยเรื้อรัง สำหรับการตรวจวัดคลื่นหัวใจก็สามารถนำมาใช้ในการวินิจฉัยแยกโรค เนื่องจากอาการเหนื่อยหอบอาจเกิดจากโรคอื่น เช่นโรคหัวใจ และสามารถสืบค้นหาภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่นหัวใจซีกขวาล้มเหลวและหัวใจโต

ในขั้นตอนการตรวจต่าง ๆ ที่กล่าวมา เมื่อพบภาวะแทรกซ้อนจึงทำการรักษาทำให้การรักษาเป็นไปอย่างครอบคลุม ด้านการส่งจ่ายยาในแนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีแบบแผนการให้ยาที่ชัดเจนเป็นขั้นตอนตามความรุนแรงของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น หัวใจเต้นผิดปกติจากยาขยายหลอดลม หรือเลือดออกในการเดินอาหารจากยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ เป็นต้น นอกจากนี้การมีแบบแผนการให้ยาที่ชัดเจนช่วยป้องกันการส่งจ่ายยาซ้ำซ้อนซึ่งจากการศึกษาของ อ่ำไพ ทวีอภิรดีเจริญ (2544) พบการใช้ยาซ้ำซ้อนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยร้อยละ 2.9 แนวทางปฏิบัติทางคลินิก จึงช่วยให้การใช้ยามีประสิทธิภาพและลดปัญหาจากการใช้ยา

นอกจากนี้ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแนะนำตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ประกอบด้วย

การสอนการใช้ยาพ่นสูด (Metered doses inhaler) ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญของการใช้ยาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการศึกษาของ อ่ำไพ ทวีอภิรดีเจริญ (2544) พบว่าผู้ป่วยไม่

ยอมใช้ยาฟันสุดตามแพทย์สั่ง เนื่องจากรู้สึกว่ามีเทคนิคในการพ่นยาที่ยุ่ยยากและจากการศึกษาของ อัจฉรา รักษ์วรรณวงศ์ (2544) พบว่าผู้ป่วยใช้ยาฟันสุดได้ไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 66.67 ดังนั้นการ แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถใช้ยาฟันสุดให้ถูกวิธีจึงช่วยให้ ความร่วมมือในการใช้ยาของ ผู้ป่วย และประสิทธิผลของยา ดีขึ้น

การสอนให้ผู้ป่วยรู้จักเทคนิคการหายใจคือการหายใจโดยการห่อปาก (Pursed-lip breathing) ซึ่งช่วยเพิ่มปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าและออกแต่ละครั้ง ลดอัตราการหายใจ เพิ่ม ประสิทธิภาพของปอดในการแลกเปลี่ยนก๊าซ และเพิ่มระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด จากการศึกษานี้ของ สินีนาฏ ป้อมเย็น (2547) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถจัดการกับ อาการหายใจลำบาก ด้วยตัวเองสำเร็จถึง ร้อยละ 73.33 ด้วยวิธีการหายใจโดยการห่อปาก นอกจากนี้การแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกการบริหารการหายใจก็สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ กล้ามเนื้อกระบังลมในการหายใจ

การให้สุขศึกษาร่วมกับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ M – E – T – H – O – D Model (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

M (Medication) ให้ความรู้เกี่ยวกับยาแต่ละตัว ข้อบ่งชี้ วิธีใช้ และผลข้างเคียงจากยา

E (Environment & Economic) ให้ความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับ สภาวะสุขภาพเช่นจัดบ้านเรือนให้สะอาด เป็นระเบียบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ปลอดโปร่งไม่ แออัด ไม่มีฝุ่นละออง

T (Treatment) ให้ความรู้ความเข้าใจในเป้าหมายของการรักษาว่าเป็นการรักษาว่าเป็น การรักษาตามอาการเพื่อบรรเทาอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

H (Health) ให้ความรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ข้อจำกัด ผลกระทบจากการ เล็บป่วย เช่น งดการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการทำงานหนักที่หักโหมเกินไป หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ใน ที่ชุมชนแออัด หรือบริเวณที่มีมลภาวะ

O (Outpatient Referral) ให้ความเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตาม นัดและรับยาต่อเนื่อง

D (Diet) ให้ความรู้ในการเลือกอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะและข้อจำกัดด้านสุขภาพ เช่นให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ สำหรับค่าใช้จ่ายสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้คือ

ค่าเฉลี่ยของค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 โดยพบว่าค่าตรวจทาง ห้องปฏิบัติการหลังการใช้ แนวทางปฏิบัติทางคลินิก สูงกว่าก่อนการใช้ โดยหลังการใช้มีค่าใช้จ่าย

เฉลี่ย 234.43 บาท และก่อนการใช้จ่ายเฉลี่ย 110.61 บาท เนื่องจากใน แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ได้ระบุให้มีการพิจารณาถ่ายรังสีทรวงอก การตรวจนับเม็ดเลือด และค่าตรวจวัดคลื่นหัวใจ เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วินิจฉัยแยกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากโรคอื่นและค้นหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้การรักษาถูกต้องและครอบคลุมกว่าการไม่ใช้ แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

ค่าเฉลี่ยของค่าหัตถการและค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และค่าห้อง ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ไม่แตกต่างกันที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก ไม่ได้ทำให้ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เพิ่มขึ้น เนื่องจากกิจกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่ได้คิดค่าใช้จ่าย เช่น การให้คำปรึกษาแนะนำ ส่วนในด้านค่ายานั้นเนื่องจาก โรงพยาบาลรื่องขวางเป็น โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ซึ่งมีชนิดของยาไม่หลากหลาย การสั่งจ่ายชนิดและจำนวนยาก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก อาจไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ในการใช้ แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีแบบแผนการใช้จ่ายที่ชัดเจน เป็นขั้นตอนตามความรุนแรงของโรคดังที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น จึงทำให้การใช้จ่ายมีประสิทธิภาพดีกว่า ผลการรักษาจึงดีกว่าการไม่ใช้ แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

แต่เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายรวมเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการใช้ แนวทางปฏิบัติทางคลินิก พบว่าไม่แตกต่างกันที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 จึงกล่าวได้ว่าโดยภาพรวมแล้วหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ไม่ได้ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลรื่องขวาง โดยใช้ แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ที่สร้างขึ้น ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น โดยลดการเกิด อาการกำเริบเฉียบพลันการกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน ภายใน 72 ชั่วโมงหลังการจำหน่าย และการกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้ใช้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นเมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้น ดังการศึกษาของ Hilleman et al. (2000) ซึ่งเป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 413 คน ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษามีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคอยู่ระดับความรุนแรงน้อยมีค่าใช้จ่ายต่ำที่สุด คิดเป็น 1,681 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี และระดับความรุนแรงมากมีค่าใช้จ่ายสูงที่สุด คือ 10,810 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี และการศึกษาต้นทุนค่ารักษาพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลรามาธิบดีของ ยงยศ หัตถพรสวรรค์ และคณะ (2544) พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยปานกลางและมากมีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้นอก เฉลี่ยเท่ากับ 850, 1100, 1041.5 บาท ตามลำดับ และต้นทุนค่า

รักษาพยาบาล ผู้ป่วยในต่อคนต่อวันที่มีความรุนแรงน้อย ปานกลางและมาก เฉลี่ยเท่ากับ 2,200, 2,100 และ 4,298.57 บาทตามลำดับ ในแผนกผู้ป่วยหนักผู้ป่วยที่มีความรุนแรงปานกลางและหนักมีค่ารักษาพยาบาลต่อคนต่อวันเฉลี่ย เท่ากับ 4,775 และ 5,888.42 บาท ตามลำดับ การใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกมีแนวโน้มที่จะชะลอความรุนแรงของโรคได้ เนื่องจากการให้คำปรึกษาแนะนำในการปฏิบัติตัวมีส่วนช่วยชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพปอด ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกซึ่งช่วยชะลอความรุนแรงของโรคนั้นสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของผู้ป่วยให้น้อยลงกว่าการไม่ใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก แต่ก็ไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดเนื่องจากในการศึกษานี้ไม่สามารถวัดระดับความรุนแรงของโรคได้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved