

1.ลำดับที่.....

2.รูปแบบการเขียนผลงานวิชาการ

R2R

3.กลุ่มงาน กลุ่มการพยาบาล

4.การเขียนผลงานวิชาการ

1. ชื่อเรื่อง: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/โรคหืด โดยการตรวจสมรรถภาพปอด spirometry โรงพยาบาลบางแก้ว

2. ผู้จัดทำผลงาน ชื่อ- สกุล นางสาวพิมพ์ใจ คงกาล

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงาน คลินิกโรคเรื้อรัง

เบอร์โทรศัพท์ 0810923503

3. บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/โรคหืดของโรงพยาบาลบางแก้วกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/โรคหืด ที่มารับบริการตรวจรักษาที่ Asthma/COPD Clinic ของโรงพยาบาลบางแก้วตั้งแต่วันที่1ตุลาคม 2566 วันที่ 31 กรกฎาคม 2567 จำนวน 68 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จากเวชระเบียนที่ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล ได้แก่ อายุ (ปี) เพศ (ชาย, หญิง) ประวัติการสูบบุหรี่ ผลการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย Spirometry , ผลการประเมิน mMRC dyspnea scale ซึ่งเป็นคะแนนความรู้สึกเหนื่อย , CAT score (COPD Assessment Test)) ซึ่งเป็นการประเมินผลกระทบของโรคต่อสุขภาวะของผู้ป่วย และประวัติอาการกำเริบของโรค (Exacerbation) โดยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดและนำมาวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)/โรคหืด (Asthma) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 66.17และพบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 67.64 โดยพบมากในช่วงอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 35.29 ประกอบอาชีพเกษตรกรส่วนใหญ่ ร้อยละ47 สำหรับประวัติการสูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ 63.23 มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว และยังมีอีกร้อยละ 4.41ที่ยังสูบบุหรี่ ผลการตรวจวินิจฉัยตามผล Spirometry เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 30.88 รองลงมา Asthma คิดเป็นร้อยละ 48.52 ผลการตรวจ Restrictiveคิดเป็นร้อยละ 13.23 ผลการตรวจปกติ คิดเป็นร้อยละ7.35 เมื่อแบ่งตามระดับความรุนแรงตาม พบว่าส่วนใหญ่แล้ว อยู่ในระดับ GOLD2 Moderate (ค่าFEV1 predicted ≥ 50 -79%) ส่วนใหญ่แล้วอยู่ในผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม A คือไม่มี Exacerbation CAT < 10 mMRC 0-1 ร้อยละ 52.38ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)ที่ได้รับการยืนยันวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับยาตามมาตรฐาน ยาพ่นควบคุม Seretide คิดเป็นร้อยละ 61.90

4.บทนำ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นที่มีลักษณะเป็น progressive, not fully reversible airflow limitation เป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอดจากฝุ่น และแก๊สพิษ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ควันบุหรี่ ทำให้เกิด abnormal inflammation response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆของร่างกาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคปอดอักเสบเรื้อรังที่พบบ่อย เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในระดับต้นๆของประชากรโลกโดยมีพยาธิสภาพส่วนใหญ่เป็นไปในทางเสื่อมลงไม่กลับคืนสู่ภาวะ ยืนยันการวินิจฉัยโรค COPD ผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยว่าจะเป็นโรค COPD ควรได้รับการส่งตรวจ spirometry เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและจัดระดับความรุนแรงของโรค โดยการตรวจ spirometry นั้นต้องตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่(stable) และไม่มีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อย 1 เดือน การส่งตรวจ spirometry เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคถือเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องตรวจที่สุดเพราะในการวัด airway limitation นอกจากนี้ส่งตรวจ spirometry สามารถวินิจฉัยโรค COPD ได้ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการของโรคเลย โดยเกณฑ์การวินิจฉัยโรค COPD คือค่า FEV1 /FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่า ร้อยละ 70 (ค่า FEV1 / FVC ratio ยิ่งน้อยยิ่งบ่งบอกถึงการมี airflow limitation ที่มากขึ้น ส่วนการตรวจด้วยวิธี Peak expiratory flow measurement เพียงอย่างเดียว ไม่น่าเชื่อถือพอที่จะเป็นการส่งตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคได้ แม้ว่าจะเป็นวิธีการตรวจที่มีความไวสูง แต่มีความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคค่อนข้างต่ำ volume in one second):คือการวัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกในช่วง 1 วินาทีแรก การส่งตรวจ spirometry จึงเป็นการตรวจยืนยันการวินิจฉัยและจัดระดับโรงพยาบาลบางแห่งมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยมีคลินิกเฉพาะโรค มีทีมสหวิชาชีพได้แก่แพทย์พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด โภชนากร ในการดูแลผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยยึดตามแนวทาง GOLD Guideline และมีการจัดให้บริการคลินิกอดบุหรี่และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาที่โรงพยาบาล ในพ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 63, 76 และ 83 คนตามลำดับ พบปัญหาผู้ป่วยมีอาการกำเริบต้องมาพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉิน, ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และเสียชีวิตด้วย Respiratory failure ทั้งนี้จากการทบทวนการดูแลพบปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาที่โรงพยาบาลยังไม่เคยได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย Spirometry ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการยืนยันวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคเพื่อให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

ในเดือนเมษายน ปีพ.ศ. 2566 ทางโรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนเครื่อง Spirometry จากโครงการพัฒนาการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Asthma & COPD) เขตสุขภาพที่ 12 เขตน่านรองตามหลักการดูแลสุขภาพ โดยเน้นคุณค่า (Value-based health Care) เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย COPD/Asthma ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐานตามแนวทาง GOLD Guideline 2023 ทีมได้ดำเนินการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย Spirometry เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และแยกระดับความรุนแรงตามระดับการอุดกั้นของหลอดลม (Airflow limitation severity) รวมทั้งมีการประเมินและแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการ

รักษาตามมาตรฐาน ลดอาการกำเริบของโรค ลดอัตราการมานอนโรงพยาบาล มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดอัตราการเสียชีวิต

5.วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/โรคหืดที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลบางแก้วได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Spirometry เพื่อยืนยันการวินิจฉัยแยกโรค
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/โรคหืด ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน (Gold Guild line 2023)
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)/ โรคหืด(Asthma)

6.แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้/ การทบทวนวรรณกรรม

การตรวจสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function Tests) เป็นการตรวจที่สำคัญและมีประโยชน์อย่างยิ่งในกระบวนการวินิจฉัย, ประเมินและติดตามผลการรักษาโรคระบบการหายใจเช่น โรคหืด,โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคปอดจากการทำงาน นอกจากนี้การตรวจสมรรถภาพปอด ยังสามารถบ่งถึงการเสื่อมของการทำงานของปอด ก่อนที่อาการแสดงทางคลินิกจะเริ่มปรากฏ อาการเหนื่อยจึงมักปรากฏหลังจากพยายามในปอดเกิดขึ้นมากแล้ว โดยการตรวจสมรรถภาพปอดเป็นการตรวจที่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยอย่างมากในการออกแรงเป่าอย่างเต็มที่ (maximal effort) การสูดลมและการเป่าต้องทางปากซึ่งไม่ใช่สิ่งที่คุ้นเคยสำหรับคนส่วนใหญ่ นอกจากนั้น จังหวะในการสูดลมและการเป่ามีความสำคัญมากเช่นเดียวกัน ผู้ควบคุมการตรวจ (technician) จึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจ ความชำนาญ และประสบการณ์ ในการตรวจ ผลการตรวจจึงจะเป็นที่น่าเชื่อถือ

7. วิธีการศึกษา

การกำหนดตัวอย่างและวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ไม่เคยได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยด้วยการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Spirometer ที่มารับบริการตรวจรักษาที่ COPD/Asthma คลินิกของโรงพยาบาลบางแก้วตั้งแต่วันที่ 1ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

การรวบรวมข้อมูล (Data Compilation) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งหมดจากทะเบียนผู้ป่วย COPD และจากเวชระเบียนที่ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล ได้แก่ อายุ (ปี)เพศ (ชาย, หญิง) ประวัติการสูบบุหรี่ ผลการเป่า

Spirometry ผลการประเมิน mMRC , CAT score โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดและนำมาวิเคราะห์เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/โรคหืดที่มารับบริการ และได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย Spirometer ซึ่งผลยืนยันวินิจฉัยโรค อาจจะเป็นหรือไม่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(COPD) และ ผู้รับบริการต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางแก้วอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการ ที่ได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย Spirometer แต่ผู้ป่วยไม่สามารถเป่าได้ตามเกณฑ์ ทำให้ไม่สามารถแปลผลได้ อาจเกิดจาก ข้อจำกัดต่างๆ เช่น ไม่มีแรงเป่า อาการของโรคไม่คงที่ หรือผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ไปรักษาต่อที่อื่น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ (Data Analysis and Statistics)

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) ร้อยละ (percent)

8.ผลการศึกษา

ตารางที่1 จำนวนร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยCOPDจำแนกตามเพศ อายุ อาชีพและประวัติการสูบบุหรี่ N=68

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
ชาย	45	66.17
หญิง	23	33.82
อายุ		
<40	2	2.94
41-60	22	32.35
61-70	24	35.29
71-80	16	23.52
81-90	6	8.82

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	คิดเป็นร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	15	22.05
เกษตรกร	32	47
งานบ้าน	21	30.88
ประวัติสูบบุหรี่		
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	43	63.23
ไม่เคยสูบ	22	32.35
ยังสูบบุหรี่	3	4.41

จากตารางที่1 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 66.17และพบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 67.64 โดยพบมากในช่วงอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 35.29 ประกอบอาชีพเกษตรกรส่วนใหญ่ ร้อยละ47 สำหรับประวัติการสูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ63.23 มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว และยังมีอีกร้อยละ 4.41ที่ยังสูบบุหรี่

ตารางที่2 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากผลการตรวจ

ผลการยืนยันวินิจฉัยตามผล Spirometry	จำนวน	ร้อยละ
วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	21	30.88
วินิจฉัยไม่ได้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
Asthma	33	48.52
Restrictive	9	13.23
Normal	5	7.35

จากตารางที่2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยตามผล Spirometry เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 30.88 รองลงมา Asthma คิดเป็นร้อยละ 48.52 ผลการตรวจ Restrictiveคิดเป็นร้อยละ 13.23 ผลการตรวจปกติ คิดเป็นร้อยละ7.35

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ผู้ป่วย COPD แยกระดับความรุนแรงตามระดับการอุดกั้นของหลอดลม (Airflow limitation severity) และการประเมินแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง N = 21 ราย

หมายเหตุ : ไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย COPD 47 ราย

ระดับความรุนแรงตามระดับการอุดกั้นของหลอดลม (Airflow limitation severity)	จำนวน	ร้อยละ
GOLD1 Mild (FEV1 predicted $\geq 80\%$)	6	28.57
GOLD2 Moderate (FEV1 predicted $\geq 50-79\%$)	12	57.14
GOLD3 Severe (FEV1 predicted $\geq 30-49\%$)	3	14.28
GOLD4 Very Severe (FEV1 predicted $< 30\%$)	0	0

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรงพยาบาลบางแก้ว เมื่อแบ่งตามระดับความรุนแรงตามระดับการอุดกั้นของหลอดลม (Airflow limitation severity) พบว่าส่วนใหญ่แล้ว อยู่ในระดับ GOLD2 Moderate (ค่า FEV1 predicted $\geq 50-79\%$) ร้อยละ 57.14 รองลงมาเป็นระดับ GOLD1 Mild ร้อยละ 28.57 ไม่พบ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รุนแรงระดับ GOLD4 Very Severe

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการยืนยันวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประเมินแบ่งกลุ่มตามอาการปัจจุบันโดยค่า mMRC หรือ CAT score N = 21 ราย หมายเหตุ : ไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย COPD 47 ราย

การประเมินแบ่งกลุ่ม	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม A ไม่มี Exacerbation CAT < 10 mMRC 0-1	11	52.38
ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม B ไม่มี Exacerbation CAT ≥ 10 mMRC ≥ 2	0	0
ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม E ผู้ป่วยที่ยังมี Exacerbation	10	47.61

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการยืนยันวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประเมินแบ่งกลุ่มตามอาการปัจจุบัน โดยค่า mMRC หรือ CAT score พบว่า ส่วนใหญ่แล้วอยู่ในผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม A คือไม่มี Exacerbation CAT < 10 mMRC 0-1 ร้อยละ 52.38 และรองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม D คือผู้ป่วยที่ยังมี Exacerbation CAT ≥ 10 mMRC ≥ 2 Exacerbation ร้อยละ 47.61

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่ได้รับยาตามมาตรฐาน

การได้รับยาควบคุม	จำนวน	ร้อยละ
Budesonide	8	38.09
Seretide	13	61.90

จากตารางที่ 5 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่ได้รับการยืนยันวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับยาตามมาตรฐาน ยาพ่นควบคุม Seretide คิดเป็นร้อยละ 61.90 อีกร้อยละ 38.09 ที่ยังได้รับยา Budesonide เป็นยาควบคุม

การอภิปรายผลและสรุปผลการศึกษา / วิจัย / ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย spirometry โรงพยาบาลบางแก้วพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD ด้วยการตรวจสมรรถภาพปอด สามารถที่จะวินิจฉัยแยกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ชัดเจน ซึ่งจากข้อมูลทางวิชาการพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืด อาจเกิดจากสาเหตุอื่นได้เช่น asthma, viral induced hyper responsiveness, bronchiectasis เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อยืนยันพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ที่มีอาการหอบแต่เมื่อตรวจยืนยันด้วยการตรวจ Spirometry พบว่า มิได้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยที่ตรวจ Spirometry ที่ยืนยันวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการตรวจสามารถนำมาแบ่งระดับความรุนแรงตามระดับการอุดกั้นของหลอดลม (Airflow limitation severity) จากผลการตรวจของโรงพยาบาลบางแก้ว พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการอุดกั้นของปอดจัดอยู่ในกลุ่ม Moderate และเมื่อประเมินแบ่งกลุ่ม ตามอาการปัจจุบันโดยค่า mMRC หรือ CAT score และ การเกิด Exacerbation ก็จะสามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยเป็น กลุ่ม A, B หรือ D ซึ่งเมื่อมีการจัดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการ รักษาด้วยยา และโปรแกรม การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ที่เหมาะสมตามมาตรฐาน ยึดแนวทาง GOLD Guideline 2023 และจากผลการศึกษาดังกล่าว ทีมผู้วิจัยจะขยายผลการตรวจ

Spirometry ให้ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยที่มี อาการหอบหืดทั้งหมดในคลินิก Asthma& COPD ที่ยังไม่ได้รับการ ตรวจ รวมถึงขยายผลไป ตรวจในกลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังไม่มีอาการ

สรุป จากการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยการตรวจสมรรถภาพปอด spirometry โรงพยาบาลบางแก้ว ในกลุ่มเป้าหมายจำนวน 68รายเป็น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) 21 ราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 66.17 และพบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ67.64 โดยพบมากในช่วงอายุ 61-70 ปี ร้อยละ ประกอบอาชีพเกษตรกร ส่วนใหญ่ สำหรับประวัติการสูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ63.23มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว และยังมีอีกร้อยละ 4.41ที่ยังสูบบุหรี่ การตรวจสมรรถภาพปอดด้วย Spirometry พบผู้ป่วยที่ยืนยันวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 30.88 รองลงมา ผลมีไข้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแต่เป็น โรคหืด คิดเป็นร้อยละ 48.29 ผลการตรวจ Restrictiveคิดเป็นร้อยละ 13.23 ผลการตรวจปกติ คิดเป็นร้อยละ7.35 ความรุนแรงของโรคตามระดับการอุดกั้นของ หลอดลม (Airflow limitation severity) พบว่า เมื่อแบ่งตามระดับความรุนแรงตาม ระดับการอุดกั้นของ หลอดลม (Airflow limitation severity) พบว่าส่วนใหญ่แล้ว อยู่ในระดับ GOLD2 Moderate (ค่าFEV1 predicted $\geq 50-79\%$) ร้อยละ 57.14รองลงมาเป็นระดับ GOLD1 Mild ร้อยละ 28.14 ไม่พบ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รุนแรงระดับ GOLD4 Very Severe การประเมินแบ่งกลุ่มตามอาการปัจจุบันโดยใช้ค่า mMRC หรือ CAT score พบว่า ส่วน ใหญ่แล้วอยู่ในกลุ่ม A ร้อยละ 52.38 รองลงมาเป็นกลุ่ม E ร้อยละ 47.61 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลบางแก้วร้อยละ 61.90ได้รับยาSeretide เป็นยาควบคุมทั้งหมดได้รับการดูแลที่มี ประสิทธิภาพโดยทีมสหวิชาชีพ และ ได้รับยาตามมาตรฐานการดูแลตามแนวทาง GOLD guild line2023

9.แนวคิดเพื่อการพัฒนา

1. ควรขยายผลการตรวจ Spirometry ให้ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการหอบหืดทั้งหมดในคลินิก Asthma& COPD ที่ยังไม่ได้รับการตรวจ รวมถึง ตรวจในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังไม่มีอาการ
2. ขยายพื้นที่การดำเนินงานกิจกรรม เช่น รพ.สต. ในเขตอำเภอบางแก้ว

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2017.
2. <https://w1.med.cmu.ac.th/family/knowledge/for-doctor/guideline/4528>

3. Global Initiative for Chronic obstructive lung disease guideline. 2023.

4. สมาคมอหุเวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2565, กรุงเทพฯ

