

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาและค่าใช้จ่าย ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาโดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ผลการรักษา
3. ค่าใช้จ่าย
4. แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความหมาย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease [COPD]) เป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นในทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดได้ตั้งแต่หลอดลมถึงถุงลมในปอด โดยขบวนการที่ทำให้เกิดโรคอาจแตกต่างกันแต่ในทางคลินิกจะมีการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพการทำงานของปอดคล้ายคลึงกัน การอุดกั้นที่เกิดในปอดจะเป็นแบบเรื้อรังค่อยเป็นค่อยไป และไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ (เพชรรา บุญยงสรรค์ชัย, 2542; Plata & Celli, 2002) มีโรค 2 ชนิดอยู่ในกลุ่มนี้คือ

หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) หมายถึงการที่ไอมีเสมหะเรื้อรังเป็นๆ หายๆ ติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือนต่อปี เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปีติดต่อกัน โดยไม่พบสาเหตุของไอเรื้อรังอื่นๆ (Plata & Celli, 2002)

โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพภายในปอดโดยมีการขยายตัวอย่างผิดปกติ และถาวรของหลอดลมส่วนปลายและของถุงลม ร่วมกับมีการทำลายของผนัง โดยที่ไม่มี fibrosis เกิดขึ้น (เพชรรา บุญยงสรรค์ชัย, 2542; Plata & Celli, 2002)

สาเหตุ

สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าหลายปัจจัยร่วมกันที่บ่งชี้ว่าน่าจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรค (สมาคมออร์เวซซ์, 2539; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; สุมาลี เกียรติบุญศรี, 2545)

1. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดพบว่า สารเคมีที่เป็นส่วนประกอบในควันบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อหลอดลม เป็นผลให้มีการขยายขนาดและเพิ่มจำนวนของต่อมเมือกต่าง ๆ ทำให้หลอดลมหดเกร็ง การเคลื่อนไหวของซีเลียน้อยลงหรือหยุดไป ควันบุหรี่ยังทำให้คุณสมบัติของสารเชื่อมุผนัง (surfactant) เปลี่ยนไปทำให้ความตึงผิวของถุงลมขณะหายใจเข้ามีโอกาสขยายตัวได้มากเกิดถุงลมโป่งพองได้
2. มลภาวะอากาศ การสูดหายใจเอาสารเคมีหรือฝุ่นละอองเข้าไปในปอดนานๆ จะเป็นตัวเร่งทำให้เกิดอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. อายุ เมื่ออายุมากขึ้นพบว่าความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดจะน้อยลง
4. พันธุกรรม การขาด alpha-1-antitrypsin ซึ่งสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมพบว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองในคนอายุน้อยแต่ไม่ใช่ทุกคนที่ขาดเอนไซม์ที่จะเกิดโรค และมีเพียง 3-5% ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดจากกรรมพันธุ์
5. การติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรคอย่างเฉียบพลัน (acute exacerbation) ซึ่งอาจเป็นการติดเชื้อจากแบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้ออื่นๆ
6. ความผิดปกติในหลอดเลือดของปอดทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและถูกทำลายได้ง่าย
7. ภาวะภูมิแพ้

อาการของโรค

ในระยะแรกๆ ผู้ป่วยอาจจะยังไม่มีอาการปรากฏ แต่ในระยะต่อมาเมื่อปอดถูกทำลายมากขึ้นจะมีอาการไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะและหายใจมีเสียงหวีด (McSweeny & Labuhn, 1990) และอาการไอเรื้อรังมักเป็นมากในตอนเช้า

อาการเหนื่อยหอบจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ หลายปี ส่วนมากจะเริ่มมีอาการผิดปกติเมื่ออายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และตรวจสมรรถภาพปอดพบ moderate หรือ severe airflow limitation สามารถประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อยหอบได้โดยการซักประวัติเกี่ยวกับความสามารถใน

การออกกำลังกาย เช่น ระยะเวลาเดิน การขึ้นลงบันได หรือการทำกิจกรรมประจำวันในปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่อาการมากการทำกิจกรรมส่วนตัวก็ทำให้เหนื่อยหอบได้

ในอาการกำเริบเฉียบพลัน พบมีเสมหะปริมาณมากขึ้นและมีลักษณะเป็น purulent sputum (เพชรรา บุญยงสรรค์ชัย, 2542)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยจะพิจารณาจาก

1. ประวัติไอเรื้อรังและเหนื่อยหอบ ซึ่งจะค่อยเป็นค่อยไป และอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ อย่างช้า ๆ โดยสาเหตุของภาวะนี้ ได้แก่ การสูบบุหรี่และมีส่วนน้อยที่อาจเกิดจากมลภาวะอากาศ การขาดเอนไซม์ alpha-1-antitrypsin และการประกอบอาชีพ อาการดีขึ้นหากแก้ไขสาเหตุ เช่น หยุดสูบบุหรี่และหรือได้รับการรักษาโดยยาแต่จะไม่กลับมาปกติ (วิศิษฎ์ อุดมพาณิชย์, 2542)

2. การตรวจสมรรถภาพทางปอด คือเป็นการตรวจที่เป็นมาตรฐานการวินิจฉัยและยังใช้เป็นข้อมูลในการพยากรณ์โรค การตรวจสมรรถภาพของปอดวัดโดยการใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์ วัดปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็ว และแรงเต็มที่หลังจากหายใจออกโดยเร็วและแรงในเวลา 1 วินาที การรายงานผลค่าร้อยละของอัตราส่วนปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงในเวลา 1 วินาที (Forced Expiratory Volume in 1 second, FEV₁) ต่อปริมาตรของอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงอย่างเต็มที่หลังจากหายใจเข้าอย่างเต็มที่ (Forced Vital Capacity, FVC) ซึ่งเป็นค่าที่ประเมินความผิดปกติในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อรรถวุฒิ ดิสมโชค, 2545) ค่าปกติของ FVC ประมาณ 4,500 มิลลิลิตร และค่าปกติของ FEV₁ ประมาณ 3,000 ถึง 3,500 มิลลิลิตร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

3. การตรวจทางรังสีเพื่อวินิจฉัยแยกโรคอื่นออกไป

การวินิจฉัยแยกโรค (Tierney et al., 2002) จะแยกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากโรค

- หอบหืด (Asthma)
- ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (Congestive heart failure)
- หลอดลมโป่งเป็นกระเปาะ (Bronchiectasis)
- Recurrent pulmonary emboli
- ภาวะขาดเอนไซม์ Alpha-1-antitrypsin

ความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีวิธีการประเมินดังนี้
 การประเมินตามขนาดของการอุดกั้นของหลอดลม โดยวัดสมรรถภาพปอด เพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามค่าปริมาตรอากาศที่หายใจออกโดยเร็วและแรงในเวลา 1 วินาที โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโรคหัวใจ ปอด และโลหิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (US National Heart , Lung and Blood) และองค์การอนามัยโลก ซึ่งแบ่งตามขนาดของการอุดกั้นของหลอดลม (Degree of airflow obstruction) ดังนี้

ระยะที่ 0 กลุ่มเสี่ยง หมายถึงรายที่มีประวัติสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและมีอาการไอเรื้อรังแบบมีเสมหะแต่ตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องสไปโรมิเตอร์อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระยะที่ 1 รุนแรงน้อยมีอัตราส่วน FEV_1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 แต่มีค่า FEV_1 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของค่าคาดคะเน โดยจะมีอาการไอเรื้อรังแบบมีเสมหะหรือไม่ก็ได้

ระยะที่ 2 รุนแรงปานกลาง มีอัตราส่วน FEV_1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 แต่มีค่า FEV_1 อยู่ในช่วงร้อยละ 30 – 80 ของค่าคาดคะเน โดยจะมีอาการไอเรื้อรังแบบมีเสมหะหรือเหนื่อยร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

ระยะที่ 3 รุนแรงมาก มีอัตราส่วน FEV_1/FVC น้อยกว่าร้อยละ 70 แต่มีค่า FEV_1 น้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่าคาดคะเนหรือน้อยกว่าร้อยละ 50 ของค่าคาดคะเน แต่มีลักษณะของภาวะหายใจล้มเหลวหรือหัวใจล้มเหลว

ในทางปฏิบัติอาจพบว่าความรุนแรงของโรคที่แบ่งตามค่า FEV_1 จะไม่สัมพันธ์กับอาการหรือความสามารถในการทำงานที่ทำได้ของผู้ป่วย และมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถที่จะทำการตรวจได้อย่างถูกต้องซึ่งอาจเกิดจากภาวะโรคของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 5 ผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ซึ่งมีผลทำให้ค่า FEV_1 ที่ได้อาจจะไม่แสดงถึงค่าที่แท้จริงของผู้ป่วย ดังนั้น จึงมีการประเมินตัวแปรอื่น ๆ ด้วยนอกเหนือจากการใช้ค่า FEV_1 (อรรถวศ ดิสมโชค, 2545)

การประเมินอาการเหนื่อย ตามมาตราส่วน UK Medical Research Council (MRC) เป็นการประเมินระดับความรุนแรงตามอาการเหนื่อยของผู้ป่วย ทำได้ง่ายและมักใช้ในการประเมิน

เบื้องต้นหรือติดตามผู้ป่วย ซึ่งมีการแบ่งระดับความรุนแรงตามอาการเหนื่อยของผู้ป่วย (Fletcher et al., 1959) ดังนี้

- ระดับที่ 1 รู้สึกหายใจหอบขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น
- ระดับที่ 2 หายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบหรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน
- ระดับที่ 3 เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบหรือต้องหยุดพักเพื่อหายใจเมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ
- ระดับที่ 4 ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังจากเดินได้ประมาณ 100 หลา(90 เมตร) หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ
- ระดับที่ 5 หายใจหอบมากเกินไปที่จะออกจากบ้าน หรือหอบมากขณะแต่งตัวหรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว

การรักษาโรค

แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีดังนี้คือ

ระยะอาการสงบ (stable COPD)

1. การหยุดสูบบุหรี่ (smoking cessation) คือเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาและช่วยป้องกันไม่ให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น หลังเลิกบุหรี่ และเสมหะจะลดลง สมรรถภาพของปอดเสื่อมช้าลง และการพยากรณ์ของโรคจะดีขึ้น (วิศิษฎ์ อุคมพาณิชย์ และคณะ, 2542)

2. การรักษาด้วยยา

2.1 ยาขยายหลอดลม

ยาขยายหลอดลมชนิดสูดดม มี 2 กลุ่มคือ β_2 - agonists และ anticholinergic ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างยา 2 กลุ่มมีความหลากหลาย หากผู้ป่วยตอบสนองยากกลุ่มใดไม่ดี ควรเปลี่ยนหรือเพิ่มยาอีกกลุ่มเข้าไป

ยาในกลุ่ม methylxanthines คือ theophylline มีฤทธิ์ขยายหลอดลมน้อยกว่า 2 กลุ่มแรก แต่การให้ theophylline ร่วมกับ β_2 - agonists หรือ anticholinergic ตัวใดตัวหนึ่ง อาจจะได้ผลดีเพิ่มขึ้น ควรปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (สมาคมอุรเวชช์, 2539)

2.2 คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid)

ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อคอร์ติโคสเตียรอยด์ มีประมาณร้อยละ 15-20 (วิศิษฎ์ อุคมพาณิชย์ และคณะ, 2542)

การใช้คอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูดดมแทนชนิดกินในขนาดที่ต่ำ ยังไม่มีการศึกษาสนับสนุน (Plata & Celli, 2002)

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilitation)
 - การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ลดน้ำหนัก รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่
 - การออกกำลังกายทั่วไป โดยการเดินหรือขี่จักรยาน
 - การฝึกกล้ามเนื้อหายใจ
 - การจัดสิ่งแวดล้อมให้สะดวกต่อการทำงานเพื่อประหยัดแรงงาน
4. การรักษาด้วยการให้ออกซิเจนในระยะยาว ในระยะท้ายของโรคเมื่อผู้ป่วยมีออกซิเจนในเลือดแดงต่ำอยู่ตลอดเวลาการให้ออกซิเจนระยะยาวจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วย
5. การผ่าตัดลดปริมาตรของปอด (Lung Volume Reduction Surgery) ในผู้ป่วยถุงลมโป่งพองที่มี severe hyperinflation ซึ่งมีอาการมากแม้จะหยุดสูบบุหรี่ และได้รับการรักษาตามขั้นตอนจนเต็มที่แล้ว การผ่าตัดเอาเนื้อปอดส่วนที่มีถุงลมโป่งพองมาก ๆ ออกไป จะทำให้ปอดส่วนที่เหลือทำงานได้ดีขึ้นแต่ยังไม่มีการศึกษาผลการรักษาระยะยาว
6. การปลูกถ่ายปอดในผู้ป่วยระยะท้าย อาจทำการปลูกถ่ายปอดเพื่อให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น มีอัตราการรอดชีวิต 2 ปีหลังผ่าตัด ประมาณ 50-70% แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากขาดแคลนผู้บริจาค ค่าใช้จ่ายสูง และต้องใช้ศูนย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ

ระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation)

ในกรณีที่อาการกำเริบเฉียบพลันไม่รุนแรงให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดย

1. เพิ่มขนาดและความถี่ของยาขยายหลอดลมชนิดสูดดมผ่าน spacer หรือเครื่องทำละออง

2. อาจพิจารณาให้ prednisolone ขนาด 20-30 มิลลิกรัมต่อวัน 5-7 วัน

3. อาจให้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic)

หากอาการรุนแรงหรือรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ดีขึ้นควรรับไว้ในโรงพยาบาล

การรักษาอาการกำเริบเฉียบพลัน ในโรงพยาบาล

1. เพิ่มยาขยายหลอดลมชนิดสูดหรือให้ทางเครื่องทำละออง ทุก 20-30 นาที
2. ให้ prednisolone รับประทาน 20-30 มิลลิกรัมต่อวัน
3. พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ

4. ดูแลระบบหายใจ ให้ออกซิเจน กำจัดเสมหะ และช่วยหายใจถ้าจำเป็น

ผลการรักษา

จุดมุ่งหมายเฉพาะของการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือการบรรเทาอาการของโรคให้น้อยลง การป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลัน การลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สมรรถภาพปอดลดลง และการทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น (สมาคมออร์เวซซ์, 2539; เพชรา บุญยงค์สรณ์ชัย, 2542) นอกจากนี้จุดมุ่งหมายของการรักษาเฉพาะในแต่ละโรคแล้ว โรงพยาบาลรื่องกวางซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันและพัฒนาคุณภาพสถานบริการ (Hospital Accreditation) จะมีเครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Quality Indicators) เป็นเครื่องประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยร่วมด้วย โดยในการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาและค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลรื่องกวางนั้น ได้นำเครื่องชี้วัดคุณภาพ การให้การดูแลทางคลินิกของผู้ป่วยใน มาใช้ร่วมในการประเมิน 2 ตัว คือ การกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินหลังการจำหน่าย 72 ชั่วโมง (Returns to the emergency department within 72 hours) และการกลับเข้าอนในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้นัด (Unplanned re-admission within 28 days) ด้วยหลักการที่ว่า การดูแลผู้ป่วยควรมีความสมบูรณ์ และรักษาผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม การที่ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินหรือกลับมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในอีกโดยไม่ได้นัดไว้ก่อน สะท้อนถึงความไม่สมบูรณ์ ความผิดพลาดหรือปัญหาของการรักษาในครั้งก่อน (จิตรมภ์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, 2543)

กล่าวโดยสรุปในการศึกษาครั้งนี้พิจารณาผลการรักษาจากการป้องกันการเกิดภาวะอาการกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายเฉพาะของการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การไม่กลับมารักษาในห้องฉุกเฉินหลังการจำหน่าย 72 ชั่วโมง และ การไม่กลับเข้าอนในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้นัด ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพของการให้การดูแลทางคลินิกของผู้ป่วยใน ตามโครงการ Hospital Accreditation

ค่าใช้จ่าย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษา พบว่าในสหรัฐอเมริกา ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงถึง ปีละ 14 พันล้านเหรียญสหรัฐ (Hurd, 2000) ในออสเตรเลีย สูงถึง 898 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (David, 2003) และ 25,969 ล้าน

บาทในประเทศไทย (Pongpan cited in Duangpaeng, Eusawas, Laungamornlert, Gasemgitvatana & Sritanyarat อ้างใน อนงค์ พูใบ, 2547)

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาของการเป็นโรคช่วงแรก อาจจะรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งใช้ค่าใช้จ่ายไม่มาก และต่อมาจะต้องเข้ารับการักษาพยาบาลเป็นระยะ ๆ และท้ายที่สุด เมื่อสมรรถภาพปอดลดลงมาก จำเป็นต้องใช้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจที่บ้าน ซึ่งต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก และคนไข้ส่วนมากไม่สามารถซื้อเครื่องช่วยหายใจไว้ที่บ้าน ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระในการดูแลทั้งหมด

วิธีการที่จะลดค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สามารถทำได้ คือ (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2541)

1. วิธีที่ดีที่สุดคือการป้องกันการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการแนะนำให้คนหยุดสูบบุหรี่ และถ้าผู้ป่วยสูบบุหรี่ก็ควรแนะนำให้หยุดสูบ ถ้าประชาชนหยุดสูบบุหรี่ จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะลดลงอย่างมาก ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายที่เสียไปกับการรักษาจำนวนมากด้วยเช่นกัน

2. วิธีวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะเริ่มต้น ซึ่งทำได้ง่าย ๆ โดยการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องสไปโรมิเตอร์ (spirometer) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายไม่มากนัก ในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น ผู้สูบบุหรี่ เมื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกได้ การป้องกันการดำเนินของโรคโดยการแนะนำให้หยุดสูบบุหรี่ก็จะป้องกันโรคไม่ให้ดำเนินไปสู่ระยะรุนแรงได้

3. เมื่อเป็นโรคแล้ว การที่จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ก็คือการมีแนวทางการรักษาที่ดี จากการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยวิธีต่าง ๆ พบว่าการใช้ยาขยายหลอดลมโดยวิธี metered dose inhaler ประหยัดเงินกว่าการพ่นละอองฝอย (nebulizer) (Jasper et al., 1987, อ้างใน วัชรา บุญสวัสดิ์, 2541) และการพ่นยา ipratropium bromide จะดีกว่าการใช้ theophylline (Jubran et al., 1987, อ้างใน วัชรา บุญสวัสดิ์, 2541)

นอกจากนี้มีการศึกษาของพิสุทธิ์ ภูพวง (2543) พบว่า การใช้ long acting β_2 agonist ร่วมกับ inhale steroid จะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,287 บาทต่อเดือน

การใช้ high dose inhale steroid จะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,230 บาทต่อเดือน และ การใช้ low dose inhale steroid ร่วมกับ theophylline จะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 730 บาทต่อเดือน

แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline)

แนวทางปฏิบัติทางคลินิก คือแนวทางเวชปฏิบัติซึ่งสร้างขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยให้แพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจ หรือใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรคนั้น (วิทยา ศรีดามา, 2546)

แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องแนวทางการรักษาเท่านั้น แต่หมายรวมถึงขั้นตอนการบริการทั้งหมดตั้งแต่ที่ผู้ป่วยมาสถานบริการ จนผู้ป่วยออกจากสถานบริการและกลับไปบ้าน รวมทั้งการติดตามการรักษาด้วย (จิตร สิทธิอมร, 2542)

แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ต่างจากตำราตรงที่แนวทางปฏิบัติทางคลินิก เป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นขั้นตอนง่ายต่อการปฏิบัติและจัดทำโดยคณะบุคคล ซึ่งปรึกษาหารือตกลงกันโดยอาศัยหลักฐานสนับสนุนที่อยู่ในระดับที่มีความเชื่อมั่นสูงกว่ามาเลือกแนวทางที่ดีที่สุด ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยที่มีความไว (sensitivity) และความเฉพาะเจาะจง (specificity) ที่ดี การรักษาที่มีผลทางคลินิกแน่นอน ประกอบการพิจารณาปัจจัยอื่น เช่น ค่าใช้จ่ายพอสมควร และมีผลข้างเคียงน้อย

ประโยชน์ของ แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (จิตร สิทธิอมร, 2542; จิตร สิทธิอมร, 2543; วิทยา ศรีดามา, 2546)

1. กระบวนการประกอบวิชาชีพเวชกรรมมีความเหมาะสม มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพโดยเลือกการวินิจฉัยและรักษาที่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนว่าได้ประโยชน์ ย่อมทำให้การรักษานั้นมีประสิทธิภาพในการรักษาสูง

2. ทำให้ความหลากหลายในวิชาชีพเวชกรรมในเรื่องเดียวกันลดลง

ในระยะหลังแพทย์มีแนวทางการรักษาโรคแตกต่างกันมากทั้งที่เป็นโรคเดียวกันหรือกลุ่มโรคเดียวกัน เรียกว่ามี MPV (Medical Practice Variation) ซึ่งมีความสำคัญเพราะเกิดขึ้นบ่อย การรักษาของแพทย์แต่ละคนต่างกันมาก และบางครั้งมีผลต่อค่าใช้จ่ายและผลการรักษา สาเหตุสำคัญเกิดจากแพทย์ไม่ได้ศึกษาติดตามวิทยาการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และการที่แพทย์ให้การรักษาตามใจผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอยากผ่าตัด Caesarian section ใดๆ ที่คลอดปกติได้

ในบางโรคในเวชปฏิบัติ มีทางเลือกที่แพทย์จะเลือกการตรวจวินิจฉัยและรักษาได้มากมาย การเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าได้ประโยชน์ชัดเจน ย่อมให้ประโยชน์สูงสุดต่อทั้งแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วยแล้วยังให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานเดียวกันทุกครั้งที่มารับการรักษา

3. เพื่อเป็นแนวทางแก่แพทย์เวชปฏิบัติที่ไม่มีเวลาเพียงพอในการติดตามข้อมูลทางการแพทย์ที่เปลี่ยนไป ให้สามารถติดตามและปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาเพื่อให้เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

4. ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีความคุ้มค่ามากขึ้น การพิจารณาเลือกแนวทางการรักษาจำเป็นต้องพิจารณาถึงความคุ้มค่าของการวินิจฉัย หรือรักษาวิธีต่างๆ การเลือกการวินิจฉัย และรักษาที่มีค่าใช้จ่ายปานกลาง และได้ผลการรักษาที่ดีเทียบเท่ากับการรักษาที่แพงกว่ามาก ช่อม ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคนั้นในโรงพยาบาลนั้นลดลง โดยไม่ได้ลดประสิทธิภาพของการดูแลรักษา

5. เป็นแนวทางเวชปฏิบัติที่แสดงถึงความเหมาะสมว่า โรคหรือภาวะนั้นควรอยู่ในความดูแลของแพทย์เวชปฏิบัติถึงระดับใด และควรส่งต่อผู้ป่วยไปให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อใด จึงจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

6. สามารถนำมาประเมินเพื่อปรับปรุงระบบและเพิ่มคุณภาพของบริการ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการประกันและพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการ ตามโครงการ Hospital Accreditation (HA)

มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า แนวทางปฏิบัติทางคลินิก มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล พบว่าในการศึกษา 59 แห่ง การใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ทำให้แพทย์เปลี่ยนพฤติกรรม 55 แห่ง ไม่เปลี่ยน 4 แห่ง และเมื่อพิจารณาผลต่อผู้ป่วย พบว่า 9 รายงาน จาก 11 รายงาน ให้ผลดีต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก เมื่อเทียบกับที่ไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (จิตร สิทธิอมร, 2542) และจากการศึกษาของ วรา เสดว์วัฒนกุล (2546) ในการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันของโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่าสามารถลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัด ลดชนิด จำนวนและค่าใช้จ่ายในการใช้ยาปฏิชีวนะ และลดระยะเวลาอนโรยพยาบาลหลังการผ่าตัด

การสร้างแนวทางปฏิบัติทางคลินิกมีจุดมุ่งหมายคือนำไปเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผลการรักษาดีขึ้น เพื่อทำให้เกิดความเสมอภาค ลดความแตกต่างทางการรักษา และการใช้จ่ายเงินด้านการรักษาพยาบาลอย่างคุ้มค่า โดยผลลัพธ์ทางคลินิก อาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของการป่วย การตาย อาการ อาการแสดง คุณภาพชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความปลอดภัย

แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ที่ทำขึ้นสำหรับโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ อาจไม่เหมาะสมกับโรงพยาบาล 30 เตียง เพราะบุคลากรและเทคโนโลยีที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นแนวทางปฏิบัติทางคลินิก ที่สร้างขึ้นควรทำการประเมินเป็นระยะ เพื่อปรับปรุงแก้ไข (วิทยา

ศรีดามา, 2546) ด้วยเหตุนี้ โรงพยาบาลรื่องกวางจึงได้สร้างแนวทางปฏิบัติทางคลินิก สำหรับผู้ป่วย ใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเหมาะสมกับขีดความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่ ขึ้นใช้ใน โรงพยาบาลหลังจากใช้จึงควรมีการประเมินผลเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประกอบการพิจารณา ในการ คงไว้หรือปรับปรุงแก้ไข แนวทางปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าว ในการศึกษานี้ได้เลือกประเมินผล โดย การเปรียบเทียบผลการรักษาและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและ หลังการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก โดยผลการรักษาคือการป้องกันการเกิดภาวะ อาการกำเริบเฉียบพลันในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเป้าหมายหนึ่งในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการไม่กลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉินหลังการจำหน่าย 72 ชั่วโมง กับการไม่กลับเข้านอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใน 28 วันโดยไม่ได้นัด ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพการให้ การดูแลทางคลินิกของผู้ป่วยใน ตามโครงการ Hospital Accreditation (HA) และค่าใช้จ่ายใน การศึกษาครั้งนี้คือ ค่าใช้จ่ายที่ใช้ ในการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้า รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยแบ่งออกเป็น ค่าห้อง ค่าหัตถการและบริการทางการแพทย์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ไม่ใส่ยา และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยในการศึกษาจะเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายแต่ละ ด้านและค่าใช้จ่ายรวม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved