

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2568

Factors Associated with Acute Exacerbation among Patients with Chronic Obstructive
Pulmonary Disease at Borabue Hospital, Maha Sarakham Province, 2025

ปานรวี สุขวัฒน์*
arnrawee Sukawat*

บทคัดย่อ

ภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytical Study) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 358 ราย ในปี พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) เพื่อหาค่าอัตราส่วนความเสี่ยงปรับค่า (Adjusted Odds Ratio : AOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

ผลการศึกษา พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 8.66 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ประวัติการขาดนัดรับการรักษา ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่สุดถึง 8.94 เท่า (AOR = 8.94; 95% CI: 2.95–27.08) รองลงมา คือ ระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ GOLD group C–D (AOR = 3.58; 95% CI: 1.39–9.21) และประวัติการสูบบุหรี่ (AOR = 2.73; 95% CI: 1.18–6.32) ตามลำดับ ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศ อายุ และการดื่มแอลกอฮอล์ไม่พบความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่าความต่อเนื่องในการรักษา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยพยากรณ์สำคัญต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพจึงควรพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยเชิงรุก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประวัติขาดนัดและกลุ่มผู้ป่วยระดับรุนแรง ควบคู่ไปกับการจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้น เพื่อลดอุบัติการณ์การนอนโรงพยาบาลซ้ำและเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคในระยะยาว

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะกำเริบเฉียบพลัน, การศึกษาแบบย้อนหลัง, การขาดนัดรับการรักษา

Abstract

Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) is a major cause of mortality and significant healthcare expenditure. This retrospective analytical study aimed to identify the factors associated with acute exacerbation among 358 patients diagnosed with COPD at Borabue Hospital, Maha Sarakham Province, in 2025. Data were retrieved from electronic medical records and analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression to determine the adjusted odds ratio (AOR) with a 95% confidence interval.

The results showed that the incidence rate of acute exacerbation was 8.66%. Multivariate analysis revealed that factors significantly and independently associated with acute exacerbation ($p < 0.05$) included a history of missed medical appointments, which presented the highest risk (AOR = 8.94; 95% CI: 2.95–27.08), followed by disease severity at GOLD groups C–D (AOR = 3.58; 95% CI: 1.39–9.21) and current smoking (AOR = 2.73; 95% CI: 1.18–6.32). Personal factors, such as sex, age, and alcohol consumption, showed no significant association with the exacerbation of the disease. In conclusion, treatment adherence, smoking status, and disease severity are crucial predictors of acute exacerbation. Therefore, healthcare facilities should implement proactive monitoring systems, particularly for patients with poor follow-up records and those in high-risk categories (GOLD C-D), alongside intensive smoking cessation programs to reduce hospital readmission rates and enhance long-term disease management.

Keywords : Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Acute Exacerbation, Retrospective Study, Treatment Adherence

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2562 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นับถึง 3.23 ล้านคน และประเมินว่ามีประชากรทั่วโลกกว่า 392 ล้านคน ที่มีชีวิตอยู่กับโรคดังกล่าว แนวโน้มอุบัติการณ์ยังคงเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่มีภาระจากมลพิษทางอากาศและอัตราการสูบบุหรี่ที่สูง⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์มีความรุนแรงในทิศทางเดียวกัน ข้อมูลระบุว่า เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในประชากรไทย โดยเฉพาะกลุ่มประชากรสูงอายุในพื้นที่ชนบทที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการสูบบุหรี่และมลภาวะทางอากาศ การดำเนินของโรคที่มีลักษณะอุดกั้นถาวรและรุนแรงขึ้นตามลำดับ (Progressive disease) ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ ไอเรื้อรัง และสมรรถภาพปอดลดลงอย่างสม่ำเสมอ กระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างรุนแรง⁽²⁻³⁾

เหตุการณ์สำคัญที่เป็นจุดเปลี่ยนทางคลินิกของผู้ป่วย คือ ภาวะกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation of COPD : AECOPD) ซึ่งมีลักษณะของอาการระบบทางเดินหายใจที่แย่ลงอย่างรวดเร็วจนเกินระดับความแปรปรวนปกติในชีวิตประจำวัน และจำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มระดับยาในการรักษา ภาวะดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลให้สมรรถภาพปอดเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว แต่ยังเป็นสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มโอกาสการกลับเป็นซ้ำ และมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต นอกจากนี้ AECOPD ยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายมหาศาลต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพในภาพรวม⁽⁴⁾

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำเริบเฉียบพลันมีความซับซ้อนและ

หลากหลาย (Multifactorial) ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ปัจจัยร่วมทางสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ตลอดจนปัจจัยด้านสภาพสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรักษา โดยเฉพาะเทคนิคการใช้ยาพ่นที่ไม่ถูกต้อง การขาดความต่อเนื่องในการใช้ยา และข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงช่องว่างในการจัดการโรคที่ต้องการการดูแลแบบเฉพาะเจาะจง⁽⁵⁻⁶⁾

โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่เป็นจำนวนมาก จากการติดตามสถานการณ์ทางคลินิกพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาด้วยภาวะกำเริบเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงประจักษ์โดยเฉพาะการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพกับอุบัติการณ์การกำเริบในบริบทพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนยังมีการศึกษาที่จำกัด การขาดข้อมูลดังกล่าวส่งผลให้การออกแบบมาตรการป้องกันการกำเริบซ้ำเป็นไปได้ยากและไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2568

2. เพื่อวิเคราะห์อัตราการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2568

3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านโรคร่วม และปัจจัยด้านการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytical Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 358 ราย ซึ่งคัดเลือกโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเกณฑ์คัดเลือก ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามรหัส ICD-10 และมีอายุ 15 ปีขึ้นไป รวมถึงมีข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วนตามตัวแปรที่ศึกษา ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วนจะถูกคัดออกจากการศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีโรคประจำตัว และชนิดของโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ GOLD Group และประวัติการขาดนัดรับการรักษา ส่วนตัวแปรตาม

ได้แก่ ภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งหมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการของระบบทางเดินหายใจแย่งอย่างเฉียบพลัน เช่น อาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น โดยอ้างอิงจากการประเมินและบันทึกของแพทย์ในเวชระเบียน

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อดึงข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลของโรงพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยสถิติเชิงพรรณนาใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน โดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's Exact test และนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติไปวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อหาค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (Odds ratio) และช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2568 จำนวนทั้งสิ้น 358 ราย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 236 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.92 และเพศหญิง จำนวน 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.08 โดยมีอายุเฉลี่ย 64.27 ± 12.85 ปี (ค่าต่ำสุด 15 ปี และค่าสูงสุด 89 ปี) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ (ช่วงละ 15 ปี) พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 – 74 ปี จำนวน 154 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.02 รองลงมาคือช่วงอายุ 45 – 59 ปี จำนวน 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.82 และช่วงอายุ 75 – 89 ปี จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.20 ด้านพฤติกรรม

สุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการสูบบุหรี่จำนวน 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.82 และมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.92 สำหรับโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรครวมอย่างน้อย 1 โรค จำนวน 279 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.93 โดยโรครวมที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง จำนวน 162 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.25 รองลงมา คือ เบาหวาน จำนวน 118 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.96 และโรคหัวใจ จำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.88

เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ GOLD Group พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม D จำนวน 142 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.66 รองลงมา คือ กลุ่ม B จำนวน 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.17 กลุ่ม C จำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.88 และกลุ่ม A จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.29 ด้านพฤติกรรมการรับบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการขาดนัดรับการรักษา จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.87 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 358)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	236	65.92
หญิง	122	34.08
อายุ (ปี)		
15 – 29 ปี	18	5.03
30 – 44 ปี	32	8.94
45 – 59 ปี	96	26.82
60 – 74 ปี	154	43.02
75 – 89 ปี	58	16.20
Mean ± SD = 64.27 ± 12.85 ปี (Min–Max = 15–89)		
การสูบบุหรี่		
สูบ	96	26.82
ไม่สูบ/เลิกแล้ว	262	73.18
การดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	57	15.92
ไม่ดื่ม	301	84.08

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 358) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคร่วม		
ไม่มี	79	22.07
มีอย่างน้อย 1 โรค	279	77.93
ความดันโลหิตสูง	162	45.25
เบาหวาน	118	32.96
โรคหัวใจ	64	17.88
GOLD Group		
A	44	12.29
B	108	30.17
C	64	17.88
D	142	39.66
ประวัติขาดนัด		
มี	21	5.87
ไม่มี	337	94.13

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อัตราการเกิดภาวะกำเริบ (Incidence of Exacerbation) เฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 358 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.66 ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 327 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.34 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกกับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การสูบบุหรี่ การมีโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ GOLD Group และประวัติการขาดนัดรับการรักษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

โดยผู้ป่วยที่มีประวัติการสูบบุหรี่มีสัดส่วนการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่อย่างชัดเจน (ร้อยละ 58.06 เทียบกับร้อยละ 41.94; $p = 0.003$) ขณะที่ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมีสัดส่วนการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันสูงกว่า

ผู้ที่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 90.32 เทียบกับ ร้อยละ 9.68; $p = 0.021$)

เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของโรค พบว่าผู้ป่วยในกลุ่ม GOLD D มีสัดส่วนการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันสูงสุด (ร้อยละ 54.84) รองลงมาคือกลุ่ม C (ร้อยละ 25.81) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรง ของโรคกับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีประวัติการขาดนัดรับการรักษา มีสัดส่วนการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันสูงกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติขาดนัดอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 32.26 เทียบกับร้อยละ 3.36; $p < 0.001$)

ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศ อายุ และการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 358)

ปัจจัย	กำเริบ (n = 31)	ร้อยละ	ไม่กำเริบ (n = 327)	ร้อยละ	p-value
เพศ					0.412
ชาย	22	70.97	214	65.44	
หญิง	9	29.03	113	34.56	
อายุ (ปี)					0.278
15-29 ปี	1	3.23	17	5.20	
30-44 ปี	2	6.45	30	9.17	
45-59 ปี	8	25.81	88	26.91	
60-74 ปี	14	45.16	140	42.81	
75-89 ปี	6	19.35	52	15.90	
การสูบบุหรี่					0.003
สูบ	18	58.06	78	23.85	
ไม่สูบ/เลิกแล้ว	13	41.94	249	76.15	
การดื่มแอลกอฮอล์					0.184
ดื่ม	8	25.81	49	14.98	
ไม่ดื่ม	23	74.19	278	85.02	
โรคร่วม					0.021
มี	28	90.32	251	76.76	
ไม่มี	3	9.68	76	23.24	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
(n = 358) (ต่อ)

ปัจจัย	กำเริบ (n = 31)	ร้อยละ	ไม่กำเริบ (n = 327)	ร้อยละ	p-value
GOLD group					<0.001
A	2	6.45	42	12.84	
B	4	12.90	104	31.80	
C	8	25.81	56	17.13	
D	17	54.84	125	38.23	
ประวัติขาดนัด					<0.001
มี	10	32.26	11	3.36	
ไม่มี	21	67.74	316	96.64	

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ พบว่า ก่อนการควบคุมตัวแปรกวน (Crude Analysis) ปัจจัยการสูบบุหรี่ การมีโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ GOLD Group และประวัติการขาดนัดรับการรักษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ภายหลังการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ พหุคูณ (Adjusted Analysis) พบว่า การสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ GOLD Group และประวัติการขาดนัดรับการรักษา ยังคงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยผู้ป่วยที่มีประวัติการสูบบุหรี่มีโอกาสดเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2.73 เท่า (Adjusted OR = 2.73; 95% CI: 1.18–6.32; $p = 0.019$) สะท้อนถึงบทบาทของพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการดำเนินโรค

ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคระดับสูง (GOLD C–D) มีโอกาสเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันมากกว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย (GOLD A–B) 3.58 เท่า (Adjusted OR = 3.58; 95% CI: 1.39–9.21; $p = 0.008$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความเสี่ยงของการกำเริบ

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีประวัติการขาดนัดรับรักษามีโอกาสเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันสูงถึง 8.94 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (Adjusted OR = 8.94; 95% CI: 2.95–27.08; $p < 0.001$) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีขนาดอิทธิพลสูงที่สุดในแบบจำลอง แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความต่อเนื่องในการรักษาและการติดตามผู้ป่วย

ในขณะที่การมีโรคร่วม แม้จะพบความสัมพันธ์ในขั้นการวิเคราะห์เบื้องต้น (Crude OR = 2.82; $p = 0.046$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากควบคุมตัวแปรกวน (Adjusted OR = 1.62; $p = 0.435$) ซึ่งอาจสะท้อนถึงผลของตัวแปรแทรกซ้อนร่วมกับปัจจัยอื่น เช่น ความรุนแรงของโรคหรือพฤติกรรมสุขภาพ

โดยสรุป ผลการวิเคราะห์ถดถอย โลจิสติกส์แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การสูบบุหรี่ ระดับ

ความรุนแรงของโรค และประวัติการขาดนัดรับการรักษา ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและวางแผนการดูแลผู้ป่วยในทางคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 358)

ปัจจัย	Crude OR	95% CI	p-value	Adjusted OR	95% CI	p-value
การสูบบุหรี่	4.41	2.04–9.52	<0.001	2.73	1.18–6.32	0.019
โรคร่วม	2.82	1.02–7.77	0.046	1.62	0.48–5.45	0.435
GOLD group (C–D)	3.36	1.38–8.17	0.007	3.58	1.39–9.21	0.008
ประวัติขาดนัด	13.69	5.08–36.86	<0.001	8.94	2.95–27.08	<0.001

วิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยพยากรณ์สำคัญต่อการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (AECOPD) ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายดังนี้

1. ประวัติการขาดนัดรับการรักษา ปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์สูงสุด

ประวัติการขาดนัดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการกำเริบเฉียบพลันมากที่สุด โดยเพิ่มความเสี่ยงสูงถึง 8.94 เท่า (AOR = 8.94) ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงปัญหาความต่อเนื่องในการรักษา (Continuity of Care) ซึ่งเป็นหัวใจหลักของการควบคุมโรคเรื้อรัง การขาดนัดมีความสัมพันธ์กับความไม่สม่ำเสมอในการใช้ยาพ่นควบคุมอาการ (Maintenance Therapy) ส่งผลให้การอักเสบของทางเดินหายใจไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยได้รับปัจจัยกระตุ้นเพียงเล็กน้อยจึงเกิดภาวะกำเริบได้ง่ายกว่าปกติ สอดคล้องกับแนวทาง GOLD (2024) ที่เน้นย้ำว่า Adherence ในการบริหารยาเป็นตัวกำหนดอัตรา

การนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย COPD อย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁾

2. ระดับความรุนแรงของโรค (GOLD group C–D)

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการมากและเสี่ยงสูงต่อการกำเริบตามเกณฑ์ GOLD (C และ D) มีโอกาสกำเริบมากกว่ากลุ่ม A-B ถึง 3.58 เท่า ผลศึกษานี้ยืนยันความเที่ยงตรงของเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงในผู้ป่วยชาวไทย โดยกลไกหลักคือผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีสมรรถภาพปอดที่ลดลงมาก (Low FEV1) และมีประวัติการกำเริบซ้ำซาก (Frequent Exacerbator Phenotype) ซึ่งพยาธิสภาพของเนื้อปอดและกลไกการป้องกันเชื่อมักจะถูกทำลายไปอย่างถาวร ทำให้มีความไวต่อการติดเชื้อทางระบบหายใจโดยเฉพาะในช่วงที่อากาศเปลี่ยนแปลงหรือเผชิญกับมลพิษทางอากาศ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Esendağlı และคณะ ที่ระบุว่าความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยต้นทุนที่กำหนดอัตราการกำเริบและระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาล⁽⁷⁾

3. ผลกระทบของการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบ 2.73 เท่า แม้ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยเป็น COPD แล้วก็ตาม ประเด็นนี้ชี้ให้เห็นว่าการได้รับสารพิษจากควันบุหรี่อย่างต่อเนื่องจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ (Alveolar Macro-phages) และทำลายระบบทำความสะอาดทางเดินหายใจ (Mucociliary Clearance) ส่งผลให้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมสะสมในปอดง่ายขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของรียาภา และคณะ ที่รายงานว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงคงที่ (Constant Risk Factor) ที่ขัดขวางประสิทธิภาพของยาพ่น และเป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษาปอดอุดกั้นเรื้อรังในสถานพยาบาลระดับอำเภอ⁽⁶⁾

4. ปัจจัยด้านโรคร่วมและพฤติกรรมอื่นๆ

เป็นที่น่าสังเกตว่าการมีโรคร่วม (Co-morbidities) แม้จะมีความสัมพันธ์ในขั้นต้น แต่หลังควบคุมตัวแปรจนแล้วกลับไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผลของการขาดนัดและความรุนแรงของโรคร่วมอิทธิพลในการพยากรณ์ โรคที่เหนือกว่าภาวะสุขภาพอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษาของ Ferrera และคณะ ยังคงเน้นย้ำว่าแพทย์ต้องไม่ละเลยโรคร่วม เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด เพราะแม้ไม่ได้สัมพันธ์กับการกำเริบโดยตรงในบางการศึกษา แต่ส่งผลต่ออัตราการตายโดยภาพรวม⁽⁸⁾ นอกจากนี้ การที่ปัจจัยอายุและเพศไม่สัมพันธ์กับการกำเริบ แสดงให้เห็นว่าความเสี่ยงนั้นเกิดขึ้นได้กับทุกวัย หากมีพฤติกรรม สุขภาพและการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มักเผชิญกับฝุ่นละอองจากการเกษตรและสภาพแวดล้อมที่คล้ายกันโดยไม่เกี่ยงเรื่องอายุและเพศ

บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การสูบบุหรี่ระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ GOLD Group การมีโรคร่วม และประวัติการขาดนัดรับการรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะประวัติการขาดนัดรับการรักษา ซึ่งมีแนวโน้มเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการกำเริบของโรคอย่างเด่นชัด

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การลดหรือเลิกสูบบุหรี่ การดูแลและควบคุมโรคร่วมอย่างเหมาะสม ตลอดจนการส่งเสริมความต่อเนื่องในการรักษาและการมาตามนัดของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพควรพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับสูง (GOLD C-D) และผู้ที่มีประวัติขาดนัด รวมถึงการจัดโปรแกรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและลดภาระของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2024.
4. World Health Organization. Global health estimates 2023: Disease burden and mortality. Geneva: WHO; 2023.
5. พิชาร์ตน์ผลพากุล พิชญาภา, สรลม กานต์ธิดา. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย. *Geospatial Health*. 2567; 19(1): 1-10.
6. รียาภา, ศิริพร, มธุรสารวุฒิ, รัตนา, และอภิชาติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. *วารสารกรมการแพทย์*; 2566.
7. Esendağlı, D., et al. Risk factors for prolonged hospitalization in COPD exacerbations. *BMC Pulmonary Medicine*; 2024.
8. Ferrera, M. C., et al. Risk factors for COPD exacerbations. *Annals of the American Thoracic Society*. 2024.
9. Rhodes, K., et al. Exacerbations and mortality in COPD: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*; 2025.