

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เมษายน 2557 - มิถุนายน 2557

THE END
NCDs

ถ้าสูดอากาศสดชื่นได้เต็มปอด
จะดีแค่ไหนถ้ารอบกาย
ไร้ควันพิษ



“COPD”

สลายกาย ห่างไกลโรค: โรคถุงลมโป่งพองป้องกันได้

เครือข่าย NCDs: คลินิกเลิกบุหรี่แบบง่าย แต่ได้ผลดี

รอบรู้ รอบโรค: เพื่อดึงภัยร้ายเสี่ยง เสี่ยง COPD



สารบัญ

กองบรรณาธิการ
พว.ทักษพล ธรรมรังสี

3

คอลัมน์ NCDs ย่องเงียบ
พศ.พว.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา หน้า 4-5

4-5

6-7

คอลัมน์ก้าวทันโรค รู้ทัน NCDs
พว.ทักษพล ธรรมรังสี หน้า 6-7

คอลัมน์สลายกาย ห่างไกล NCDs
พณ.สิริภัทร ตุลาธรรมกิจ หน้า 8-9

8-9

10-11

คอลัมน์เครือข่าย NCDs
“คลินิกเลิกบุหรี่แบบง่าย แต่ได้ผลดี” (Easy Smoking Cessation Clinic)
พว.รัฐภูมิ เขมพูนา หน้า 10-11

คอลัมน์รอบรู้ รอบโรค NCDs
NCDjttk หน้า 12-13

12-13

14-15

คอลัมน์ตระเวนท่องโลกงานวิจัย NCDs
ร่วมสัปดาห์ หน้า 14-15

ผู้จัดทำ แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Net)

บรรณาธิการ : พว.ทักษพล ธรรมรังสี

ที่ปรึกษา : พว.วิษย์ เกษมทรัพย์

กองบรรณาธิการ : น.ส. สุกฤตา พุ่มดวง

กณ.วรรณสุดา จามอรุณ

นายพุดมีปัญญา เรืองสม

น.ส. นงลภัส ศศิวัฒน์ไพสิฐ

นายวิษณุกร สุริยะวงศ์ไพศาล

ออกแบบปกและรูปเล่ม: จิรายุต์ ยมภักย์

พบกันอีกครั้งกับจดหมายข่าว THE END NCDs นะครับ ก่อนอื่น
 บก.ต้องขอขอบคุณทุกท่านสำหรับคำชม คำติ และข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า
 ต่อการปรับปรุงจดหมายข่าวฉบับนี้ครับ

พูดถึงชื่อของจดหมายข่าว THE END NCDs บางท่านถามว่าทำไมถึงใช้คำภาษาอังกฤษว่า NCDs หรือทับศัพท์ตรงๆ เป็นภาษาไทยว่า “เอ็นซีดี” แทนที่จะใช้คำว่า “โรคเรื้อรัง” หรือ “โรคไม่ติดต่อ” ที่อาจจะคุ้นเคยกันมาก่อน อันนี้ก็เป็นที่ถกเถียงกันอย่างกว้างขวางว่า ขอบเขตของทั้งโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อ นั้นยังไม่ครอบคลุมโรค NCDs อย่างครบถ้วน และทาง NCD Net ก็เชื่อว่า หากใช้คำว่า NCDs ในการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง สังคมไทยจะคุ้นเคยกับ คำดังกล่าวในไม่ช้า เหมือนที่ปัจจุบันเราพูดถึง HIV กันอย่างคล่องปากเช่นเดียวกับมีเสียงแนะนำว่าอยากให้จดหมายข่าว นี้ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือ เมื่อป่วยแล้วควรทำอย่างไร ตรงนี้ทางบก.ขอขอบคุณ และขอนำไปพิจารณาครับ ในเบื้องต้นนี้ขอชี้แจงว่าจุดประสงค์หลักของจดหมายข่าวนี้จะเป็นช่องทางการสื่อสารกับ ภาควิชาหรือหน่วยงานที่ทำงานควบคุมและป้องกันโรครวมถึงบุคลากรสุขภาพ เราเชื่อว่ามีสื่อสุขศึกษามากมายสำหรับ ประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคการสื่อสารไร้พรมแดนเช่นนี้ครับบางทีฉบับต่อไป เราอาจจะ แนะนำสื่อสุขศึกษาที่ครบถ้วนน่าสนใจไว้บ้างครับ

สำหรับเรื่องราวเด่นของฉบับนี้เป็นเรื่องโรค COPD หรือ โรคถุงลมโป่งพอง ที่ผู้คนส่วนใหญ่มักนึกเชื่อมโยง กับการสูบบุหรี่โดยอัตโนมัติ โรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่รู้กันดีว่ามีความทรมาณมาก มีผู้ป่วยท่านหนึ่งเคยเล่าให้ บก.ฟัง จนเห็นภาพว่าสภาพของตนเองเหมือน “คนกำลังจมน้ำแต่ไม่ตายสักที” แม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองเหล่านี้ อาจจะไม่สามารถรักษาหายขาดได้ ทาง บก.เชื่อว่าหากมีการจัดการที่ดีแล้วพวกเขายังสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควรได้ และที่สำคัญสามารถเป็นเรี่ยวแรงในการป้องกันอันตรายจากการสูบบุหรี่ให้กับผู้อื่นได้

พูดถึงบุหรี่ เมื่อหลายสิบปีก่อนข้อมูลทางระบาดวิทยาเคยประมาณการไว้ว่า ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 20 ถึง 25 จะเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อย่างโรคมะเร็งต่างๆ และโรคถุงลมโป่งพอง ที่เป็นพระเอกของจดหมายข่าวฉบับนี้ แต่การศึกษาเมื่อไม่นานมานี้แสดงให้เห็น

ความน่ากลัวว่านั่นว่าสัดส่วนดังกล่าวอาจจะสูงประมาณร้อยละ 50 ที่เดียว พุดง่ายๆ คือ หากเห็นคนสูบบุหรี่เดินมาสองคน จะมีหนึ่งคนเสียชีวิตจากโรค ของการสูบบุหรี่ แล้วจะเกิดอะไรขึ้นกับสังคมไทย เมื่อเยาวชน

ของเราทั้งชายหญิง กำลังเริ่มต้นอาชีพนักสูบปละเป็นแสนคน ไม่ช่วยกัน ป้องกันวันนี้ วันหน้าก็แก้ไขภาระสังคมนี้ไม่ทันเสียแล้ว แล้วพบกันใหม่ครับ



โรคถุงลมโป่งพองคืออะไร

สถานการณ์ในปัจจุบัน

ตลอดช่วงหลายปีที่ผ่านมา โรคถุงลมโป่งพองจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สี่ของประชากรโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอันดับที่สองใน ค.ศ. 2020 สำหรับในประเทศไทยในปัจจุบัน มีผู้ป่วยอยู่แล้วมากถึง 1 ล้านคนทั่วประเทศ! โดยมีค่าความชุก (Prevalence) ที่ร้อยละ 7.1 ของคนไทยทั้งหมด และร้อยละ 90 ของการป่วยมีต้นตอจากการสูบบุหรี่ และถึงแม้จะป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพอง แล้วก็ตามแต่ร้อยละ 32 ของ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานต่อเนื่องไปอีก 10-20 ปีจนกระทั่งเสียชีวิต



โรคถุงลมโป่งพองคืออะไร?

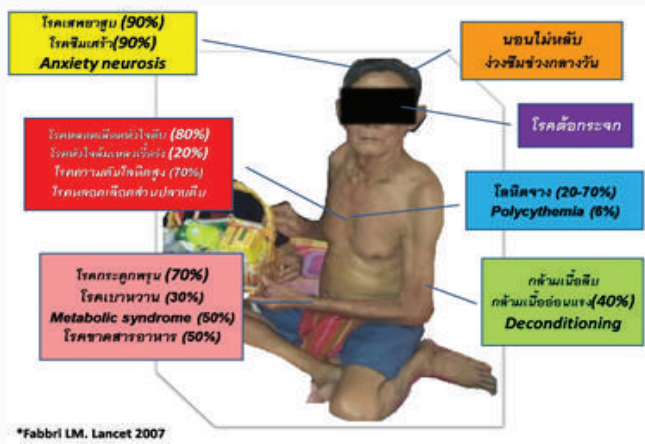


โรคถุงลมโป่งพอง (Chronic obstructive pulmonary disease-COPD) เป็นโรคที่เกิดจากกระบวนการอักเสบเรื้อรัง (Chronic inflammation) ของร่างกายโดยกระบวนการอักเสบนี้จะเกิดขึ้นอย่างรุนแรงและเด่นชัดที่สุดในระบบการหายใจส่วนล่าง โดยเฉพาะที่ถุงลมปอด (Alveoli) และหลอดลม อันเป็นผลจากการสัมผัสสารกระตุ้นต่างๆ เช่น ควันบุหรี่ มลพิษทางอากาศ เป็นต้น ทว่าข้อมูลการแพทย์ในปัจจุบันยังชี้ให้เห็นว่ากระบวนการอักเสบนี้ยังเกิดกับอวัยวะต่างๆ ในระบบอื่นๆ ของร่างกายอีกด้วย เช่น กล้ามเนื้อลาย กระดูก สมอ หลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้อวัยวะต่างๆ และระบบการทำงานของร่างกายทรุดโทรมลงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ในปัจจุบัน จึงอาจกล่าวได้ว่าโรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่เกิดการอักเสบกับทั่วทั้งร่างกาย อาการและอาการแสดงที่พบจึงมิได้มีเพียงอาการทางระบบการหายใจ เช่น หอบเหนื่อยหรือไอเรื้อรังเท่านั้น แต่ยังมีอาการในระบบอื่นๆ อีกมากมายร่วมด้วย ดังจะกล่าวต่อไป

โรคถุงลมโป่งพองเกิดขึ้นได้อย่างไร

กว่าร้อยละ 90 ของการป่วยเป็นโรคดังกล่าวเกิดจากการสูบบุหรี่ ที่เหลือเกิดจากสารกระตุ้นอื่นๆ เช่น มลพิษทางอากาศ การเผาถ่าน การเผาไหม้น้ำมันเชื้อเพลิง การทำเหมืองแร่ หรือเหมืองถ่านหิน การขุดเจาะอะลูมิเนียม เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม เช่น การขาดสารโปรตีน α 1-antitrypsin ในชาวยุโรป ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ส่งผลให้เยื่อหุ้มหลอดลมไวต่อการอักเสบมากกว่าปกติ โดยมีการกระตุ้นเม็ดเลือดขาวโดยเฉพาะ CD8-lymphocyte, neutrophil และ macrophage เมื่อเซลล์เหล่านี้ถูกกระตุ้นก็จะมีการสร้างสารกระตุ้นกระบวนการอักเสบ (Proinflammatory mediators), อนุมูลอิสระ และสารย่อยสลาย โปรตีนเนื้อเยื่อปอด (Proteolytic enzymes) ส่งผลให้หลอดลมสร้างเสมหะในปริมาณมาก ในขณะที่กลไกขับเสมหะบกพร่องไป ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้ มักไอมีเสมหะเรื้อรังอยู่เนาน ผลพวงอย่างหนึ่งของกระบวนการอักเสบสำหรับโรคนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรต่อโครงสร้างของหลอดลมขนาดเล็ก โดยเฉพาะส่วนที่มีเล็กกว่า 2 มิลลิเมตร ทำให้หลอดลมตีบง่าย ผนังของถุงลมถูกทำลายจนขยายตัวโป่งพองออกมารวมตัวกันเป็นถุงลมขนาดใหญ่ ผิดปกติเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ง่าย ในขณะที่เดียวกันระดับของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ในกระแสเลือดก็เพิ่มขึ้นกว่าปกติมากขึ้นเรื่อยๆ

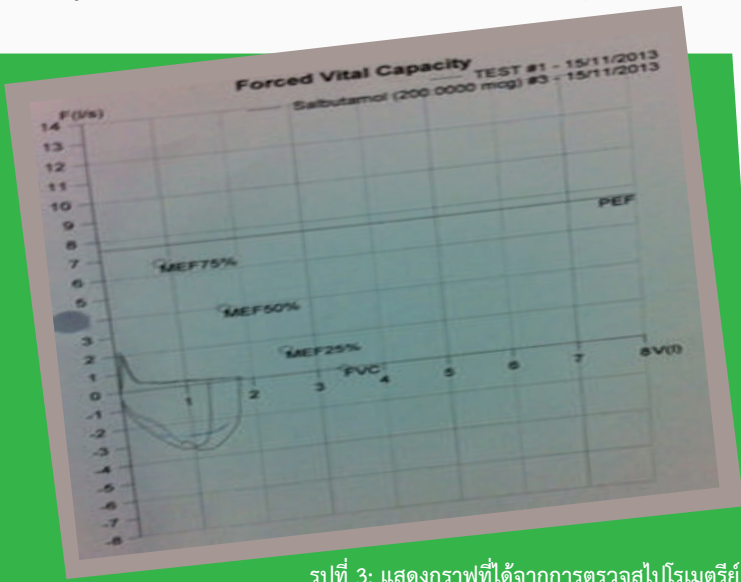
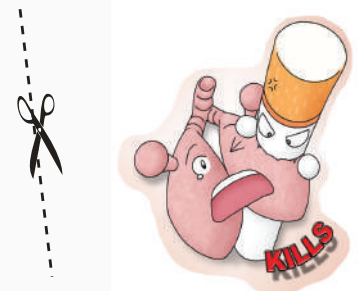
กระบวนการอักเสบแบบเรื้อรังดังกล่าวข้างต้นนี้จะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาราว 10-20 ปี โดยตลอดช่วงเวลาดังกล่าวการดำเนินของโรคจะเป็นไปแบบ Downward spiral กล่าวคือ โรคจะทำให้ร่างกายทรุดโทรมอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการอักเสบเรื้อรัง อวัยวะในระบบทางเดินหายใจทรุดโทรมลงเรื่อยๆ ทำให้เหนื่อยง่าย เร็วแรงถดถอยลง จนกระทั่งมีความรู้สึกเหนื่อยแม้ไม่ได้ขยับไปไหนจนเสียชีวิตในเวลาต่อมา คุณแล้วคล้ายกับพายุหมุนทอร์นาโด ตอนแรกก็หมุนเป็นวงกว้างๆ โดยเหยื่ออยู่ตอนบนๆ ของพายุ เมื่อพายุหมุนต่อเนื่อง เหยื่อก็กจะถูกเหวี่ยงให้ลงไปถึงจุดที่อยู่ต่ำลงเรื่อยๆ ตามเกลียวพายุ จนกระทั่งถึงจุดต่ำสุด และเสียชีวิตตามรูปที่ 1 (ขวามือ)



รูปที่ 2: แสดงอาการและอาการแสดงของระบบอวัยวะอื่นๆ ในโรคถุงลมโป่งพอง

อาการและอาการแสดงในระบบอื่นๆของโรคถุงลมโป่งพอง

กระบวนการอักเสบเรื้อรังที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองนั้น มิได้เกิดขึ้นเฉพาะกับระบบการหายใจเท่านั้น แต่ยังเกิดขึ้นกับระบบอวัยวะอื่นๆ ทั่วร่างกาย ดังนั้น ผู้ป่วยโรคนี้อาจได้รับผลกระทบต่อระบบอวัยวะอื่นๆ และมีอาการหรืออาการแสดงของระบบอวัยวะนั้นๆ ได้ตามรูปที่ 2 (ซ้ายมือ)



รูปที่ 3: แสดงกราฟที่ได้จากการตรวจสไปโรเมตรี

เราจะวินิจฉัยโรคถุงลมโป่งพองได้อย่างไร

การวินิจฉัยก็จะอาศัยอาการและอาการแสดงดังกล่าวข้างต้น เช่น มี AP diameter ของทรวงอกที่กว้างขึ้นกว่าปกติ ได้ยินเสียง wheezes จากการฟังปอด เป็นต้น ร่วมกับการตรวจสไปโรเมตรี (Spirometry) ซึ่งจะพบลักษณะของกราฟช่วง หายใจออกโค้งเว้าลงหาแกน x อันเป็นผลจากการไหลของก๊าซที่ช้าลง เนื่องจาก ต้องไหลผ่านหลอดลมที่ตีบแคบกว่าปกติดังรูปที่ 3 (ซ้ายมือ) สำหรับรายละเอียดนั้น จะกล่าวถึงในคอลัมน์ “สบายกาย ห่างไกลโรค NCDs”

โรค COPD หรือโรคถุงลมโป่งพอง เป็นปัญหาสุขภาพที่ท้าทายอย่างยิ่ง

ในมิติของขนาดปัญหาโรคถุงลมโป่งพอง (COPD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ในสังคมไทย จากฐานข้อมูลของโครงการศึกษาภาระโรคในปี 2552 โรคดังกล่าวเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับห้าในประชากร เพศชาย และอันดับสิบในประชากรเพศหญิง และรวมแล้วคร่าชีวิตประชากรไทยไปเกือบสองหมื่นคนในหนึ่งปี มากกว่าการตายจากโรค HIV เสียอีก

ในมิติของคุณภาพชีวิต โรคถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่ทรมาณ และบั่นทอนคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและคนรอบข้าง ในมิติของระบบบริการสุขภาพ โรคถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่ต้องการทรัพยากรสุขภาพมหาศาล เนื่องจากรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจะต้อง วนๆเวียนๆ อยู่รอบประตู่โรงพยาบาล และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพมหาศาล

ในมิติทางสาธารณสุข โรคถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่มีปัจจัยเสี่ยง ชัดเจน เป็นโรคที่มีระยะเวลาในการก่อโรคนาน มีลักษณะโรคที่สมรรถภาพของปอดค่อยๆเสื่อมลง จึงเป็นโรคที่ป้องกันได้ หากลดความเสี่ยงลง จะลดความเสียหาย ลดมลพิษอากาศภายในบ้าน หรืออาคาร ความเครียด โรคหอบหืด อย่างไรก็ตาม ปัจจัยอีกส่วนที่ป้องกัน ได้ยากหรือป้องกันไม่ได้ เลยก็ยังมี เช่น มลภาวะทางอากาศ ประวัติการติดเชื้อที่ปอด ตั้งแต่วัยเด็ก และกรรมพันธุ์ เป็นต้น ในบรรดาปัจจัยเสี่ยง ทั้งหมดนี้ หัวหัวใจคือ ยาสูบ ยาสูบในที่นี้ไม่ได้ หมายความว่าเฉพาะแค่การสูบ บุหรี่มวน (Cigarette) แต่ยังรวมถึงยาสูบประเภทอื่นทั้งหมด ทั้งซิการ์ ใบบู่ บาราเก้ และกัญชา และที่น่ากลัวไม่น้อยไป คือการได้รับ ควันทูบหรี่มือสอง หากกล่าวให้ง่ายที่สุด ความเสียหาย จากบุหรี่ยี่ก็คือ ผลลัพธ์ จากการคูณกัน ระหว่างปริมาณยาสูบที่ใช้ (เช่นจำนวนบุหรี่ยี่ต่อวัน) และระยะเวลาได้รับยาสูบด้วยเหตุนี้ สมาชิกครอบครัว ของนักสูบที่แม้ไม่ได้สูบเองโดยตรง แต่มีระยะเวลาานพอจึงกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงอย่างไม่รู้ตัว

เรื่อง COPD ก็ไม่ต่างจากโรค NCD อื่นๆ หากเราไม่ช่วยกัน เราทุกคนก็จะตกเป็นเหยื่อของวิกฤต NCD ร่วมกัน ไม่ว่าคุณจะเป็นใคร

ดังนั้น หนทางที่ดีที่สุดในการลดความเสี่ยงจากยาสูบ คือ การหยุดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด หรือป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับควันบุหรี่เลย หรือเรียกว่าทำกลไกขาใดขาหนึ่งให้เป็นศูนย์ ไม่ว่าจะสูบนานเท่าใด การหยุดสูบก็จะช่วยลดความสูญเสียลง หากยัง “ก้ำกั๊ด” ไม่ได้ ก็ต้อง “จำกัด” ขาใดขาหนึ่งหรือสองขาพร้อมกันก็เป็นหนทางลดความเสียหายลง ไม่ว่าจะเป็นการลดปริมาณการสูบ การชะลอการเริ่มสูบ ไปจนถึงการกำหนดเขตห้ามสูบบุหรี่ รวมถึง การทำให้บ้านปลอดบุหรี่ อย่างไรก็ตามการ การพาตัวเองออกไม่ให้สัมผัส ควันบุหรี่เลยไม่ใช่เรื่องง่ายนัก ในระดับมหภาคแล้วการลดจำนวนนักสูบบุหรี่ในสังคมลง จึงเป็นหนทางทางอ้อมในการลดความเสี่ยงทางอ้อมในกลุ่มผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคถุงลมโป่งพองแล้ว ยาสูบยังเพิ่มระดับความรุนแรงของโรค เพิ่มความถี่ในการเกิดอาการ และเพิ่มโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคถุงลมโป่งพองอีกด้วย

จากที่กล่าวมาทั้งหมด

จะพบว่าให้แพทย์ พยาบาล รักษาแต่อาการ

ของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ เปรียบเทียบไปก็เหมือนกับ การนั่งวิดน้ำออกจากเรือที่มีรอยรั่วหลายจุดไปเรื่อยๆ **ต้องขอแรงให้ลุกขึ้นมาจัดการปัญหาที่ต้นตอ** ทำรูรั่วให้เล็กลง หาทางอุดรูรั่วและที่ดีที่สุดคือเราทำเรือให้แข็งแรง ไม่ต้องมากังวลอีกต่อไปแล้วว่าระบบบริการสุขภาพทำอะไรได้บ้างเกี่ยวกับบุหรี่ อาจจะเริ่มต้นที่การจัดการกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ให้หยุดสูบบุหรี่อย่างจริงจัง ขยายต่อไปยังคนข้างเคียง รวมถึงการห้ามสูบบุหรี่ในบ้าน และอาศัยแรงของครอบครัวผู้ป่วยและผู้สูบเป็นตัวช่วยปลุกชุมชนและสังคมให้ตระหนัก และเอาจริงเอาจังกับการปราบหัวหน้าโจรนี้ และป้องกันอนาคตของสังคมจากควันบุหรี่

“COPD”



โดย พญ.สิริกัทร ตูลาธรรมกิจ พญ.วีรยา สถาวรราชส์ และผศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โรคถุงลมโป่งพองป้องกันได้



บทนำ

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดของโรคถุงลมโป่งพอง คือ การสูบบุหรี่ ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกได้รายงานการตรวจพบสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อร่างกายในควันบุหรี่มากกว่า 7,000 ชนิด สารพิษเหล่านี้จะกระตุ้นกระบวนการอักเสบทั้งแบบปฐมภูมิ และทุติยภูมิต่อระบบต่างๆ ของอวัยวะในร่างกาย ทำให้สูญเสียสมรรถภาพของปอดมากกว่าในคนปกติกว่า 2-3 เท่าตัว ผลที่ตามมาคือ อาการหอบ เหนื่อย และอาการทาง systemic ต่างๆ อีกมากมาย ซึ่งท้ายที่สุดแล้วทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

ในปัจจุบัน ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้มากถึงปีละ 1 ล้านคน ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งระดับครัวเรือนและระดับชาติอย่างมหาศาล โดยใน พ.ศ. 2553 ประเทศไทยต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้มากถึง 16,000 ล้านบาท

แม้โรคถุงลมโป่งพองจะสร้างภาระมากมายหลายด้าน แต่โรคดังกล่าวสามารถป้องกันได้ไม่ยาก หากเลิกบุหรี่ และมีการรณรงค์ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ดังจะเห็นได้จากผลการรณรงค์ควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างจริงจังในประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้คนอเมริกันสูบบุหรี่ลดลงไปกว่ากึ่งหนึ่งจากเดิม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองลดลงตามไปด้วย

หากกลับมามองสถานการณ์โรคถุงลมโป่งพองของประเทศไทยในปัจจุบันแล้ว พบว่าสถานการณ์ยังน่าเป็นห่วง เนื่องจากประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคนี้อยู่แล้วมากถึง 1 ล้านคน โดยมีค่าความชุก (Prevalence) ที่ร้อยละ 7.1 ของคนไทย ในจำนวนนี้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง สิ่งที่น่ากังวลกว่านั้นคือ แม้มีการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่มากมาย แต่จำนวนผู้สูบบุหรี่ก็กลับไม่ได้ลดลงมากนัก โดยการสำรวจล่าสุดปี 2554 พบว่าร้อยละ 47 ของชายไทยยังคงสูบบุหรี่อยู่ และมีผู้สูบบุหรี่ทั่วประเทศมากกว่า 13 ล้านคน

หากเป็นเช่นนี้ต่อไป คาดการณ์ได้ว่า ในอีก 10-20 ปีข้างหน้า จะยุติการโรคถุงลมโป่งพองในประเทศไทย เพิ่มขึ้นอีกไม่ต่ำกว่าหนึ่งเท่าตัวของจำนวนที่นับอยู่ในควันปัจจุบันนี้

ไม่ลองทำให้คนใกล้ขีด
ปวงเป็นโรคถุงลมโป่งพอง

ทำได้อย่างไร? อย่าให้เขาเริ่มสูบบุหรี่ และให้เขาหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับปัจจัยกระตุ้นการอักเสบต่างๆ เช่น ฝุ่นควันจากการเผาไหม้ ควันธูป สารระเหย เป็นต้น



ถ้ามีคนสูบบุหรี่ หรือปวงเป็น COPD จะช่วงชิงใจดิฉัน ใครจะช่วงชิงได้บ้าง?

ต้องให้เขาเข้ารับคำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่โดยเร็ว แพทย์ พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพไม่ว่าสาขาใด ช่วยผู้สูบได้ทั้งนั้น ผู้สูบบุหรี่ควรเลิกก่อนอายุ 35 ปี เพราะจากการศึกษาวิจัยของ นพ. Richard Doll พบว่าหาก เลิกสูบก่อนอายุดังกล่าว ผลกระทบต่อสุขภาพแบบถาวร แทบจะไม่เกิดขึ้นเลย!! กระนั้นไม่ว่าจะอายุกี่ปี หากเลิกบุหรี่นี้ ย่อมดีต่อร่างกายแน่นอน

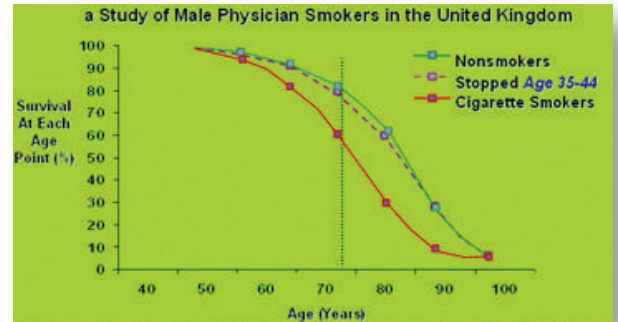
สำหรับกรณีผู้ป่วยเป็น COPD (โรคถุงลมโป่งพอง) แล้ว คงทำได้แค่ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดการหลุดตัวของร่างกาย

ทราบหรือไม่?

- ผลการศึกษาของ National Institute on Drug Abuse (NIDA) ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่สังเกตและติดตามการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหลังจากที่วัยรุ่นได้ทดลองเสพติดยาเสพติดแต่ละชนิดเปรียบเทียบกัน พบว่าบุหรี่ยังเป็นสารเสพติดที่เลิกได้น้อยที่สุดหลังเสพครั้งแรก (รูปที่ 1)
- หากเลิกสูบบุหรี่ได้ตอนที่อายุมากกว่า 35 ปี โรคเรื้อรังจะรุมเร้าเข้าทำลายสุขภาพ (รูปที่ 2)



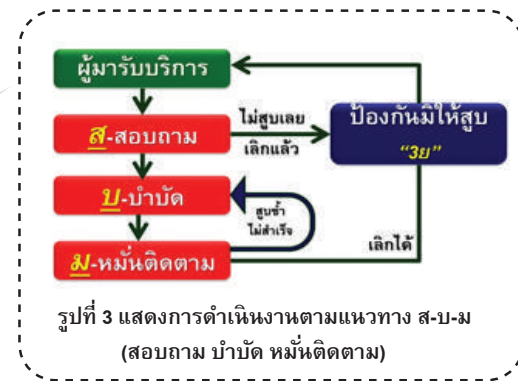
รูปที่ 1: แสดงสัดส่วนของผู้ที่ทดลองเสพยาเสพติดแต่ละชนิดแล้วเลิกไม่ได้



รูปที่ 2 อัตรารอดชีวิตของผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุที่มากกว่า 35 ปีขึ้นไป

แนวทาง 5A กับหลักปฏิบัติ "ส-บ-ม" [สอบถาม-บำบัด-หมั่นติดตาม]

ในการช่วยเหลือบำบัดให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ยานั้น สามารถทำได้ไม่ยากโดยใช้แนวทางที่เรียกว่า 5A ซึ่งประกอบด้วย Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange แนวทางทั้งห้านี้ได้ถูกใช้กันมาในสังคมตะวันตกเป็นเวลานาน โดยไม่เคยได้รับการปรับปรุง ดังนั้นแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัด โรคเสพติดในในประเทศไทย พ.ศ. 2555 จึงได้แนะนำแนวทางที่ง่ายและเหมาะสมกับสังคมไทยมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนเท่านั้นคือ ส-บ-ม (สอบถาม บำบัด หมั่นติดตาม) ซึ่งสรุปหลักได้ดังรูปที่ 3 (ขวามือ) โดยมีรายละเอียดดังนี้



รูปที่ 3 แสดงการดำเนินงานตามแนวทาง ส-บ-ม (สอบถาม บำบัด หมั่นติดตาม)

- 1.สอบถาม:** ทำได้ตั้งแต่ตอน triage หรือขณะวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย ใช้ได้ทั้งกับแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป หรือคลินิกเฉพาะโรคอย่างคลินิก COPD เป็นต้น โดยใช้ 3 คำถามหลัก ได้แก่ “สูบบุหรี่หรือเปล่า” “สูบบุหรี่กี่มวน” “สูบบุหรี่วันแรกหลังตื่น นอนนานแค่ไหน” โดยคำถามแรกใช้เพื่อเปิดการ สนทนา สองคำถามหลังเป็นการประเมินความรุนแรงในการเสพ หากผู้ป่วย สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไปไม่ว่าจะเป็น ยาสูบชนิดใดหรือต้องสูบบุหรี่ภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนก็อาจถือได้ว่าผู้ป่วยรายนั้น น่าจะติดนิโคตินอย่างมาก
 - 2.บำบัด:** ใช้หลัก 4ล (ลือควัน-ลั่นวาจา-ลาอุปกรณ์-ลงมือ) โดยใช้เวลาพูดเพื่อโน้มน้าวผู้ป่วย 2-20 นาที และ ต้องเน้นย้ำผู้ป่วยให้กำหนดวันเลิกที่ชัดเจน ส่งเสริมให้บอกกล่าวความตั้งใจนี้แก่คนสำคัญทุกคน ทั้งอุปกรณ์การสูบทั้งหมดแล้วรีบลงมือทำอย่างมีสติ โดยหากไม่มีที่ซักรับมือกับอาการอยากบุหรี่ที่จะเกิดขึ้นไว้ล่วงหน้า
 - 3.หมั่นติดตาม:** เมื่อให้การบำบัดแล้ว ก็ต้องนัดติดตามผลการบำบัดเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม ตั้งแต่ทุก 2 สัปดาห์ไปจนถึงทุก 1-2 เดือน อย่างไรก็ตาม หากจำเป็นต้องนัดนานเกิน 2 สัปดาห์ควรพิจารณาติดตามผลด้วยวิธีการอื่นควบคู่ด้วย เช่น โทรศัพท์ติดตามผล และเตือนสติผู้ป่วยเป็นระยะๆ หรือร่วมมือกับ Quitline 1600 ในการร่วมโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยก็ยิ่งดี ในการติดตามผลควรมีการวัดค่าระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ทางลมหายใจ หรือตรวจนิโคตินในปัสสาวะ เพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่ให้เที่ยงตรงยิ่งขึ้นด้วย
- สรุป:** โรคถุงลมโป่งพองแม้จะรักษาไม่หายขาด แต่ก็ป้องกันได้ขยับนิดเดียวโดยไม่เริ่มสูบบุหรี่ หรือหากสูบแล้วก็ต้องช่วยบำบัดให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ยุติโดยเร็วที่สุด แนวทางการบำบัดในปัจจุบันที่แนะนำคือ ส-บ-ม (สอบถาม บำบัด หมั่นติดตาม)



“คลินิกเลิกบุหรี่แบบง่าย แต่ได้ผลดี” (Easy Smoking Cessation Clinic)

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เริ่มดำเนินงานให้บริการช่วยเลิกบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม และได้มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อจัดกิจกรรม ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับ การให้คำปรึกษาที่แผนกให้คำปรึกษาด้านสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. 2536 สำหรับการให้บริการนั้นเดิม ไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก และต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขมาช่วย ซึ่งก็มีภาระหน้าที่มากอยู่ ทำให้บางครั้งไม่มีผู้ให้บริการบวกกับคลินิกให้บริการเพียงวันพุธวันเดียว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็มีภาระงานอยู่มาก ส่งผลให้การให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเกิดความติดขัด เสียเวลามาก และการติดตามผลทำไม่ได้ต่อเนื่อง นอกจากนั้นการใช้จ่ายช่วยเลิกบุหรี่ ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของรายคาที่แพงต้องชำระเงินเอง มียาในบัญชียาของโรงพยาบาลเพียงชนิดเดียว และไม่มีแพทย์ที่รับผิดชอบเฉพาะ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มีผู้รับคำปรึกษาเพียง 6-8 ราย/เดือนเท่านั้น และมีผู้ที่ได้รับการติดตามใน 1 ปี เพียง 56 คน ทำให้ช่วยเลิกบุหรี่ ได้ 22 คน/ปีเท่านั้น ทั้งหมดนี้จากการสำรวจ ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ ปี 2551 พบว่ามีผู้ต้องการเลิกบุหรี่ถึงเดือนละ 846 ราย!



โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จึงได้มีการสร้างนวัตกรรมงานบริการใหม่โดยจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่แบบง่ายภายใต้คติ “ฟรี ดี เร็ว” โดยใช้รูปแบบ one-stop clinic ที่ 1) มีหน่วยบริการเฉพาะจัดตั้งเป็นคลินิกเลิกบุหรี่ อยู่ในบริเวณที่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวก เปิดให้บริการตลอดเวลาราชการ และมีเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกตลอดเวลา 2) เจ้าหน้าที่ (ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน) ที่ผ่านการคัดเลือก และได้รับการอบรมด้านการให้คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่ ปฏิบัติงาน ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ผู้รับผิดชอบคลินิกโดยเฉพาะซึ่งคอยควบคุมกำกับการทำงาน มีแนวทางการช่วยเลิกบุหรี่ และแนวทางการใช้จ่ายช่วยเลิกบุหรี่ที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ง่าย 3) จัดระบบบริการในคลินิกให้มีขั้นตอนที่ชัดเจน กระชับ ไม่ใช่เวลานาน คือ ให้ความรู้เกี่ยวกับ พิษภัยบุหรี่ ประเมินผู้ป่วยโดยการทดสอบระดับการติดยาโคติน และเป่าวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ร่วมกับการจ่ายยา ให้คำปรึกษาวิธีการเลิกบุหรี่แนวทาง การเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง การใช้จ่าย การจ่ายยา การนัดหมายติดตามต่อเนื่อง โดยขั้นตอนดังกล่าวใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อกลุ่มผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังมี ระบบการติดตามอย่างต่อเนื่องที่ชัดเจน ติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ จนกว่าจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ หรืออย่างน้อย 1 ปีหลังการเข้ามารับบริการ มีการเก็บข้อมูล และกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน ได้แก่ จำนวนผู้เข้ารับบริการ อัตราการเลิกบุหรี่ ณ เวลา 6 เดือนและ 1 ปี เป็นต้น

หลังจากมีการเปิดคลินิกรูปแบบใหม่ตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม 2552 พบอุปสรรคสำคัญ คือ 1) มีผู้เข้ารับบริการในคลินิกต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากยังไม่เป็นที่รู้จักมากนัก 2) ยังมีความท้าทายด้านความชำนาญการปฏิบัติการ และการสื่อสารข้อมูลของเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการยัง 3) ไม่มีการรณรงค์อย่างจริงจัง ด้วยเหตุทั้งหมดจึงมีการแก้ไข ปัญหาโดยจัดประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกัน กำหนดแนวปฏิบัติขึ้น และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่เจ้าหน้าที่ โดยวางแนวทางดังนี้

ภายในโรงพยาบาล

แผนกผู้ป่วยนอก ทุกห้องตรวจมีการนำหลักการ 5A มาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยทุกราย มีแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้รับบริการเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ดังนี้



ในกรณีผู้ที่ต้องการมารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่โดยตรง (Walk-in) ได้มีการเปิดช่องทางให้สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่ต้องลงทะเบียนเข้ารับบริการ (Visit number) ไม่ต้องใช้ทะเบียนประวัติ (OPD Card) ใช้เพียงเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ก็สามารถเข้ารับบริการได้ทันที

แผนกผู้ป่วยใน มีเครือข่ายประจำในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน 14 เครือข่าย ทำหน้าที่คัดกรอง ให้คำปรึกษา โดยใช้ 5A ผู้ป่วย/ญาติ มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรืรวมถึงสามารถขอคำแนะนำยาบ้วนปากช่วยเลิกบุหรืเพื่อจ่ายให้ผู้รับบริการได้

บทสรุป

การจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรืที่ชัดเจนเป็นส่วน เปิดให้บริการทุกวันในเวลาราชการ ร่วมกับการใช้รูปแบบคลินิกเลิกบุหรืแบบง่ายในการให้บริการ ช่วยทำให้การดูแลผู้รับบริการสะดวก รวดเร็ว และช่วยเลิกบุหรืได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอขอบคุณ

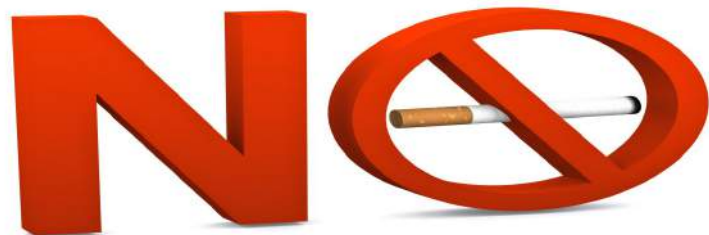
พญ.สุนี จิรสมิธา, นางสาวปรานอม มาเวหา, นางมนีวรรณ ไวกสิกรณ์, ภก.มัทนียา ภูเกสร, ภก.จิรวัฒน์ สุวรรณกิจ, นางอนิลชตา พงษ์พรต, นพ.บุญเติม ตันสุรัตน์
คณะกรรมการโรงพยาบาลปลอดบุหรื โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกและคณะกรรมการพิษณุโลกเมืองสุขภาพดีปลอดบุหรืและเหล้า

ภายนอกโรงพยาบาล

มีเครือข่ายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ในเขตความรับผิดชอบ และชุมชนต้นแบบ 18 เครือข่าย ใช้หลัก 5A ในการให้บริการช่วยเลิกบุหรื และสามารถมาขอรับน้ำยาบ้วนปากเลิกบุหรืจากคลินิกไปให้ผู้ป่วยได้ รวมไปถึงมีแกนนำสุขภาพในชุมชนที่สนใจ ทำหน้าที่เพื่อนช่วยเพื่อนชวนกันเลิกบุหรืให้คำแนะนำแก่คนในชุมชน และสามารถมาขอรับน้ำยาบ้วนปากช่วยเลิกบุหรืจากคลินิกเลิกบุหรืได้

หลังการอบรมและวางแนวทางแก้ไขปรับปรุงระบบ พบว่าผู้รับบริการจากคลินิกเลิกบุหรืมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนดังนี้ ปี 2552 จำนวน 194 ราย ปี 2553 จำนวน 1,292 ราย ปี 2554 จำนวน 1,277 ราย ปี 2555 จำนวน 1,505 ราย โดยมีอัตราการเลิกบุหรื ณ เวลา 1 ปี ปี 2552 ร้อยละ 29.4 ปี 2553 ร้อยละ 23.76 ปี 2554 ร้อยละ 24.75 ปี 2555 ร้อยละ 28.58 ตามลำดับ

ปัจจุบันโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกได้มีการพัฒนา และวางแผนการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการเครือข่ายจิตอาสาของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคณะกรรมการในโครงการพิษณุโลกเมืองสุขภาพดีปลอดบุหรืและเหล้า ดำเนินตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงบริการบำบัดผู้ติดยาสูบในโครงการจังหวัดพิษณุโลกเมืองสุขภาพดีปลอดบุหรืและเหล้า ร่วมกันจัดทำแนวทางการช่วยเหลือบำบัดผู้ติดยาสูบในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ขยายรูปแบบคลินิกเลิกบุหรืแบบง่ายไปสู่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดการประชาสัมพันธ์เครือข่ายการเข้าถึงบริการเลิกบุหรืระดับจังหวัด มีการจัดตั้งศูนย์การช่วยเหลือการเลิกบุหรืและสุราจังหวัดพิษณุโลก และในปี พ.ศ.2557 ได้มีการจัดทำโครงการ "Saving 5,000 Lives from Tobacco Dependence" โดยมีการตั้งเป้าหมายให้มีผู้มารับบริการเลิกบุหรืในจังหวัดพิษณุโลกทุกจุดบริการมีจำนวนมากกว่า 5,000 ราย ในระยะเวลา 1 ปี





หลังจากที่ได้เห็นโรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ในแง่มุมต่างๆ ในประเทศไทย ทั้งสถานการณ์ของโรค การต่อสู้ระดับองค์กร ชุมชน และบุคคลไปแล้ว คราวนี้เราลองมาดูสถานการณ์ของโรค และตัวอย่างของการต่อสู้กับโรคถุงลมโป่งพองในต่างประเทศ เพื่อจุดประกายมุมมองใหม่ๆ สำหรับกำหนดทิศทางการต่อสู้กับโรคดังกล่าวในอนาคตต่อไป

แต่ก่อนที่จะศึกษาวิธีการป้องกันควบคุมโรคอย่างเหมาะสม เราควรรู้จักกับระดับความรุนแรงของการตาย และการเจ็บป่วยจากโรค COPD ในระดับโลกกันก่อนดีกว่า สำหรับการตายจากโรค COPD นั้นองค์การอนามัยโลก ได้ประมาณการผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวไว้ว่ามีประมาณ 3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.1¹ โดยการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา ทั้งนี้เพราะในกลุ่มประเทศดังกล่าวมีประชากรที่มีฐานะยากจนอยู่มาก และกลุ่มประชากรดังกล่าวมีโอกาสที่จะเข้าถึงโอกาสและการบริการต่างๆ ทางสังคม (เช่น การศึกษา การรักษาพยาบาล ฯลฯ) ในระดับต่ำ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุต่อการเสียชีวิตและเจ็บป่วยจากโรค COPD²

แม้ว่าการตายจากโรค COPD จะเป็นสิ่งที่น่าหวาดหวั่น แต่การเจ็บป่วยจากโรคดังกล่าวกลับน่าสะพรึงกลัวยิ่งกว่า ทั้งนี้เพราะโรค COPD ลดประสิทธิภาพ การหายใจ ของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อจักรวัตรประจำวันทีลดลง จนในที่สุดโรคร้ายนี้ก็จะเปลี่ยนชีวิตของผู้ป่วยจากหน้ามือเป็นหลังมือ โดยสิ้นเชิง³

ด้วยความรุนแรงของโรค COPD องค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิกได้ประชุมร่วมกันและมีข้อเสนอแนะชุดมาตรการในด้านต่างๆ เพื่อป้องกันและควบคุมโรค กับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อโรค COPD เช่น ยาสูบ กับมลพิษทางอากาศ โดยมีมาตรการที่สำคัญที่เสนอแนะไว้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้แก่ การขึ้นภาษียาสูบ การห้ามสูบบุหรี่ในอาคารและในสถานที่สาธารณะ การรณรงค์เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ การให้ความรู้และคำปรึกษา เป็นต้น⁴

เมื่อเห็นทางออกดังกล่าว ประเทศหลายประเทศจึงเริ่มดำเนินการตามมาตรการเหล่านั้น ความสำเร็จที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ จากการใช้มาตรการที่เสนอแนะโดยองค์การอนามัยโลก สามารถเห็นได้จากตัวอย่างของประเทศนิวซีแลนด์และประเทศออสเตรเลีย โดยเฉพาะในพื้นที่ทางตอนเหนือ โดยความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากการใช้มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเรือนจำเพื่อลดสารพิษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หลังจากมีการใช้มาตรการต่างๆ ได้แก่ มาตรการควบคุมการจำหน่าย และบริโภค

บุหรี จากการให้การศึกษาและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ต้องขัง และเจ้าหน้าที่ในเรือนจำแล้ว พบว่า ปริมาณสารพิษจากควันบุหรีที่ปนเปื้อนในเรือนจำลดลงอย่างชัดเจนในเวลาหกเดือนของการบังคับใช้มาตรการ (จาก 6.14 ไมโครกรัมต่อตารางเมตรก่อนมีการบังคับใช้ มาตรการ เหลือเพียง 2.44 ไมโครกรัมต่อตารางเมตรหลังมี การบังคับใช้ มาตรการ)

จากตัวอย่างของการจัดการกับโรค COPD จากประเทศต่างๆ เราจะเห็นประโยชน์ของการให้คำปรึกษา และมาตรการการควบคุมการ บริโภคยาสูบเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรค COPD และสิ่งเหล่านี้ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการควบคุมโรค COPD มีประสิทธิภาพตามบริบทของสังคมและกาลเวลาที่เปลี่ยนไปอย่างไร้ที่สิ้นสุด



ที่มา:

1. World Health Organization (2008). The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization.
2. Eisner, M. D., Blanc, P. D., Omachi, T. A. et al. (2011) Socioeconomic status, race and COPD health outcomes. Journal of Epidemiology and Community Health, 65. Retrieve from <http://jech.bmj.com/content/65/1/26.short>
3. Miravitlles, M., Soriano, J. B., Garcia-Rio, F. et al. (2009). Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. British Medical Journal, 65. Retrieve from <http://thorax.bmj.com/content/64/10/863.short>
4. World Economic Forum (2011). Burden to "best buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Economic Forum
5. Steward, I. (2012). Cigge-free prisons a success story. Retrieved February, 6th 2014 from [website] <http://www.stuff.co.nz/national/crime/6995410/Ciggie-free-prisons-a-success-story>
6. AAP (2014). NT hails success of prison smoking ban. Retrieved February 6th, 2014 from [website] <http://www.news.com.au/national/breaking-news/nt-hails-success-of-prison-smoking-ban/story-e6frfku9-1226803275754>

ถ้าสูดอากาศสดชื่นได้เต็มปอด
จะดีแค่ไหนถ้ารอบกาย
ไร้ควันพิษ?

ตระเวนท่องโลกงานวิจัย NCDs ทิศทางการศึกษาวิจัยโรค COPD ในประเทศไทย

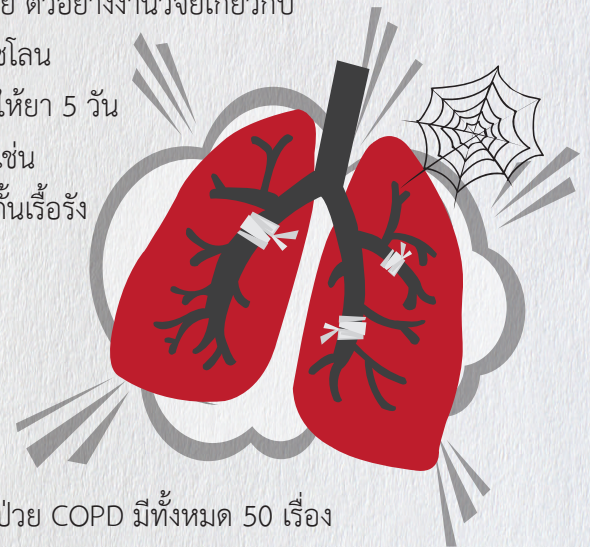


งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคถุงลมโป่งพอง หรือบางครั้งเรียกกันในภาษาวิชาการว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease-COPD) ในประเทศไทยนั้นมีอยู่ เป็นจำนวนมาก ซึ่งจากการสืบค้นจากระบบฐานข้อมูลงานวิจัย Thai Library Integrated System (ThaiLIS) 10 ปีย้อนหลัง ระหว่างปี 2546- 2556 มีทั้งหมด 105 เรื่อง โดยแบ่งกลุ่มงานวิจัยออกเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ 1) สถานการณ์โรค 2) กระบวนการรักษา และ 3) การดูแลตัวเอง และประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย

งานวิจัยสถานการณ์โรคของโรคถุงลมโป่งพองในประเทศไทย จำนวน 8 เรื่อง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา ปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง โดยเมธินี จันต๊ะและคณะ รวมถึงการศึกษาประสบการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรักษาโรค เป็นต้น

ผลจากการสืบค้น กระบวนการรักษาโรค COPD จำนวน 47 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาถึงรูปแบบและแนวทางการรักษา คลินิกและการพยาบาล การวินิจฉัยโรค การใช้ยา และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตัวอย่างงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค COPD เช่น การศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ยา เพรดนิโซโลน (Prednisolone) ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างการให้ยา 5 วัน และ 10 วัน โดยวรวรรณ ศิริชนะ ตัวอย่างงาน วิจัยการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เช่น ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลแม่ลาวจังหวัดเชียงราย โดยสุภาพร ต้นสุวรรณ ตัวอย่างงานวิจัยเกี่ยวกับต้นทุนการวินิจฉัยโรค เช่น การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม และต้นทุน กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของการรักษาพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2550 โดยนภาพร เนตรเกื้อกูล เป็นต้น

ผลการสืบค้น การดูแลตัวเองและประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย COPD มีทั้งหมด 50 เรื่อง โดยการส่งเสริมสุขภาพได้รวมถึง ตั้งแต่โปรแกรมการดูแลตัวเอง การออกกำลังกาย การสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย การได้รับแรงสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม เป็นต้น โดยตัวอย่าง งานวิจัย เช่น การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านในอำเภอพาราวัน จังหวัดเชียงใหม่ โดยสรินยา ไชยพันธ์, ผลของโปรแกรมการฟื้นฟู สมรรถภาพปอดร่วมกับโยคะตามกลวิธีการรับรู้สมรรถนะตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดย สุภาพร ดารา เป็นต้น



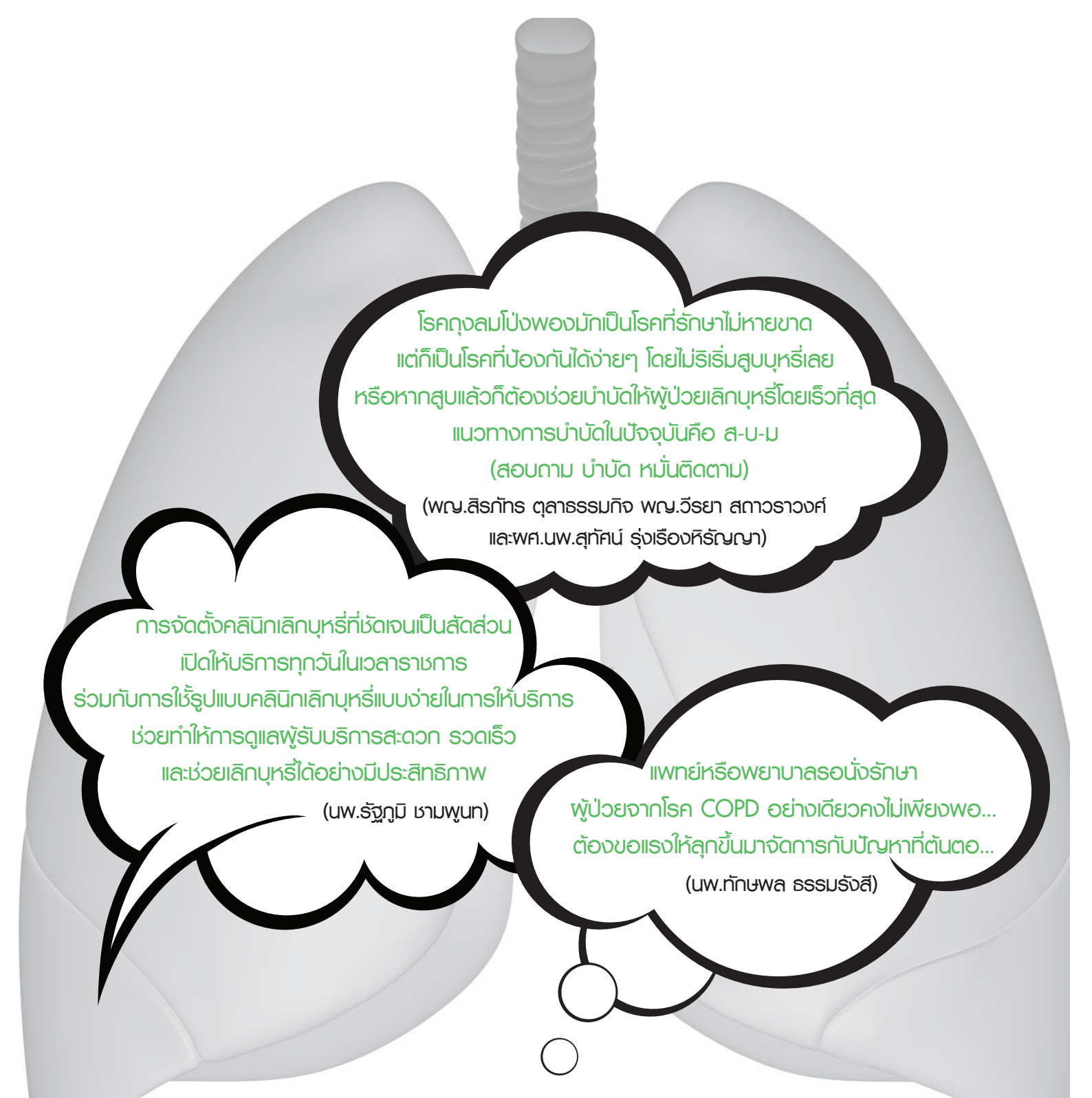
ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่า ทิศทางการศึกษาวิจัยโรค COPD ในประเทศไทยโดยภาพรวม ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มุ่งเน้นไปที่ การศึกษาประสิทธิผลของวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรค COPD โดยเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีวิธีการลักษณะของวิธีการ ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มสมรรถภาพในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการ การใช้ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ซึ่งควบคู่ไปกับกระบวนการรักษาโรค แม้ว่าในปัจจุบันการรักษาโรคถุงลมโป่งพองสามารถ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการกำเริบของโรค ชะลอการลดลงของสมรรถภาพปอด แต่อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลง แนวคิดในการรักษาโรคถุงลมโป่งพองหลายประการ ตั้งแต่คำจำกัดความ การประเมินความรุนแรงของโรค ตลอดจนมียาใหม่ ๆ มาใช้ในการรักษาโรค อาจส่งผลต่อทิศทางการวิจัยเกี่ยวกับโรค COPD ที่เปลี่ยนไป

สิ่งที่สำคัญประการหนึ่งต่อแนวทางการวิจัยในอนาคต คือ การศึกษาแนวทางการรณรงค์หรือการป้องกันโรคถุงลมโป่งพอง เช่น การศึกษาประสิทธิผลของการรณรงค์ให้ประชาชนงดสูบบุหรี่ หรือการรณรงค์ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น นอกจากนี้การพัฒนาการ การวิจัยโรคถุงลมโป่งพองในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบของ โรคแทรกซ้อน ประเภทต่างๆ ของโรคถุงลมโป่งพอง ความเข้าใจถึง อาการอักเสบที่เกิดขึ้นจากโรค และผลกระทบ ของปัจจัยอื่นๆ ที่มีต่ออาการของโรคก็จะ ช่วยให้แพทย์สามารถรับมือกับโรคนี้ ได้ดียิ่งขึ้น



ที่มา

- เมธิณี จันตริยะและคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี สระบุรี, 2552.
- วรวรรณ ศิริชนะ. การศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ยาเพรดนิโซโลนในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างการให้ยา 5 วันและ 10 วัน. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550
- สุภาพร ต้นสุวรรณ. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล แม่ลาว จังหวัดเชียงราย. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
- นภาพร เนตรเกื้อกุล. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของการรักษาพยาบาลปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2550. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สรินยา ไชยนันท์. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านในอำเภอพร้าวกะเทียม จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
- สุภาพร ดารา. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับโยคะตามกลวิธีการรับรู้สมรรถนะตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2553.



โรคถุงลมโป่งพองมักเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด
แต่ก็เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายๆ โดยไม่ริเริ่มสูบบุหรี่เลย
หรือหากสูบแล้วก็ต้องช่วยบำบัดให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่โดยเร็วที่สุด
แนวทางการบำบัดในปัจจุบันคือ ส-บ-ม
(สอบถาม บำบัด หมั่นติดตาม)
(พญ.สิรภัทร ตุลาธรรมกิจ พญ.วีรยา สดาวราวงค์
และ พศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา)

การจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ที่ชัดเจนเป็นส่วน
เปิดให้บริการทุกวันในเวลาราชการ
ร่วมกับการใช้รูปแบบคลินิกเลิกบุหรี่แบบง่ายในการให้บริการ
ช่วยทำให้การดูแลผู้รับบริการสะดวก รวดเร็ว
และช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
(นพ.รัฐภูมิ เขามพูน)

แพทย์หรือพยาบาลรอนั่งรักษา
ผู้ป่วยจากโรค COPD อย่างดีคงไม่เพียงพอ...
ต้องขอแรงให้ลูกขึ้นมาจัดการกับปัญหาที่ต้นตอ...
(นพ.ทักษพล ธรรมรังสี)

ติดต่อสอบถามและเสนอความคิดเห็นได้ที่

แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD network)

มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ชั้น 2 อาคารคลังพัสตุ ซอยสาธารณสุข 6 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร 02-5902308, 025902370 โทรสาร: 02-590-2370 หรือ e-mail : ncl@ihpp.thaigov.net <http://www.thaincdnet.com>

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เมษายน 2557 - มิถุนายน 2557

THE END
NCDs

ถ้าสูดอากาศสดชื่นได้เต็มปอด
จะดีแค่ไหนถ้ารอบกาย
ไร้ควันพิษ?



“COPD”

สลายกาย ห่างไกลโรค: โรคถุงลมโป่งพองป้องกันได้

เครือข่าย NCDs: คลินิกเลิกบุหรี่แบบง่าย แต่ได้ผลดี

รอมควัน รอมโรค: เพื่อดักจับภัยเสี่ยง เลี่ยง COPD



สารบัญ

กองบรรณาธิการ

บพ.ทักษพล ธรรมรังสี

3

คอลัมน์ NCDs ย่องเงียบ

พศ.บพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา หน้า 4-5

4-5

6-7

คอลัมน์ก้าวทันโรค รู้ทัน NCDs

บพ.ทักษพล ธรรมรังสี หน้า 6-7

คอลัมน์สลายกาย ห่างไกล NCDs

พญ.สิริภัทร ตุลาธรรมกิจ หน้า 8-9

8-9

10-11

คอลัมน์เครือข่าย NCDs

“คลินิกเลิกบุหรี่แบบง่าย ใต้ใต้พลดี” (Easy Smoking Cessation Clinic)

บพ.รัฐภูมิ เขมพูนา หน้า 10-11

คอลัมน์รอบรู้ รอบโรค NCDs

NCD รู้ทุก หน้า 12-13

12-13

14-15

คอลัมน์ตระเวนท่องโลกงานวิจัย NCDs

ร่มสีฟ้า หน้า 14-15

ผู้จัดทำ แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Net)

บรรณาธิการ :

บพ.ทักษพล ธรรมรังสี

ที่ปรึกษา :

บพ.วิชัย เกษมทรัพย์

กองบรรณาธิการ :

น.ส. สุกฤตา พุ่มดวง

ภญ.วรรณสุดา จามอรุณ

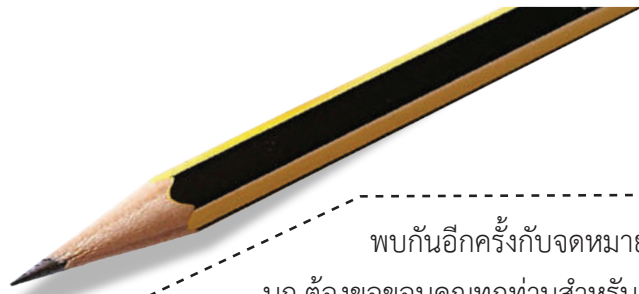
นายพุดมีปัญญา เรืองสม

น.ส. นงลภัส ศศิวัฒน์ไพสิฐ

นายวิษณุกร สุริยะวงศ์ไพศาล

ออกแบบปกและรูปเล่ม :

จิรายุต์ ยมาภักย์



พบกันอีกครั้งกับจดหมายข่าว THE END NCDs นะครับ ก่อนอื่น
 บก.ต้องขอขอบคุณทุกท่านสำหรับคำชม คำติ และข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า
 ต่อการปรับปรุงจดหมายข่าวฉบับนี้ครับ

พูดถึงชื่อของจดหมายข่าว THE END NCDs บางท่านถามว่าทำไมถึงใช้คำภาษาอังกฤษว่า NCDs หรือทับศัพท์ตรงๆ เป็นภาษาไทยว่า “เอ็นซีดี” แทนที่จะใช้คำว่า “โรคเรื้อรัง” หรือ “โรคไม่ติดต่อ” ที่อาจจะคุ้นเคยกันมาก่อน อันนี้ก็เป็นที่ถกเถียงกันอย่างกว้างขวางว่า ขอบเขตของทั้งโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อ นั้นยังไม่ครอบคลุมโรค NCDs อย่างครบถ้วน และทาง NCD Net ก็เชื่อว่า หากใช้คำว่า NCDs ในการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง สังคมไทยจะคุ้นเคยกับ คำดังกล่าวในไม่ช้า เหมือนที่ปัจจุบันเราพูดถึง HIV กันอย่างคล่องปากเช่นเดียวกับมีเสียงแนะนำว่าอยากให้จดหมายข่าว นี้ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือ เมื่อป่วยแล้วควรทำอย่างไร ตรงนี้ทางบก.ขอขอบคุณ และขอนำไปพิจารณานะครับ ในเบื้องต้นนี้ขอชี้แจงว่าจุดประสงค์หลักของจดหมายข่าวนี้จะเป็นช่องทางการสื่อสารกับ ภาควิชาหรือชายคนทำงานควบคุมและป้องกันโรครวมถึงบุคลากรสุขภาพ เราเชื่อว่ามีสื่อสุขศึกษามากมายสำหรับ ประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคการสื่อสารไร้พรมแดนเช่นนี้ครับบางทีฉบับต่อไป เราอาจจะ แนะนำสื่อสุขศึกษาที่ครบถ้วนน่าสนใจไว้บ้างครับ

สำหรับเรื่องราวเด่นของฉบับนี้เป็นเรื่องโรค COPD หรือ โรคถุงลมโป่งพอง ที่ผู้คนส่วนใหญ่ก็นึกเชื่อมโยง กับการสูบบุหรี่โดยอัตโนมัติ โรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่รู้กันดีว่ามีความทรมาณมาก มีผู้ป่วยท่านหนึ่งเคยเล่าให้ บก.ฟัง จนเห็นภาพว่าสภาพของตนเองเหมือน “คนกำลังจมน้ำแต่ไม่ตายสักที” แม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองเหล่านี้ อาจจะ ไม่สามารถรักษาหายขาดได้ ทาง บก.เชื่อว่าหากมีการจัดการที่ดีแล้วพวกเขาจะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควรได้ และที่สำคัญสามารถเป็นเรี่ยวแรงในการป้องกันอันตรายจากการสูบบุหรี่ให้กับผู้อื่นได้

พูดถึงบุหรี่ เมื่อหลายสิบปีก่อนข้อมูลทางระบาดวิทยาเคยประมาณการไว้ว่า ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 20 ถึง 25 จะเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อย่างโรคมะเร็งต่างๆ และโรคถุงลมโป่งพอง ที่เป็นพระเอกของจดหมายข่าวฉบับนี้ แต่การศึกษาเมื่อไม่นานมานี้แสดงให้เห็น

ความน่ากลัวกว่านั้นว่าสัดส่วนดังกล่าวอาจจะสูงประมาณร้อยละ 50 ที่เดียว

พูดง่ายๆ คือ หากเห็นคนสูบบุหรี่เดินมาสองคน จะมีหนึ่งคนเสียชีวิตจากโรค ของการสูบบุหรี่ แล้วจะเกิดอะไรขึ้นกับสังคมไทย เมื่อเยาวชน

ของเราทั้งชายหญิง กำลังเริ่มต้นอาชีพนักสูบปละเป็นแสนคน ไม่ช่วยกัน ป้องกันวันนี้ วันหน้าก็แก้ไขภาระสังคมนี้ไม่ทันเสียแล้ว แล้วพบกันใหม่ครับ



โรคถุงลมโป่งพองคืออะไร

สถานการณ์ในปัจจุบัน

ตลอดช่วงหลายปีที่ผ่านมา โรคถุงลมโป่งพองจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สี่ของประชากรโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นอันดับที่สองใน ค.ศ. 2020 สำหรับในประเทศไทยในปัจจุบัน มีผู้ป่วยอยู่แล้วมากถึง 1 ล้านคนทั่วประเทศ! โดยมีค่าความชุก (Prevalence) ที่ร้อยละ 7.1 ของคนไทยทั้งหมด และร้อยละ 90 ของการป่วยมีต้นตอจากการสูบบุหรี่ และถึงแม้จะป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพอง แล้วก็ตาม แต่ร้อยละ 32 ของ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานต่อเนื่องไปอีก 10-20 ปีจนกระทั่งเสียชีวิต



โรคถุงลมโป่งพองคืออะไร?

โรคถุงลมโป่งพอง (Chronic obstructive pulmonary disease-COPD) เป็นโรคที่เกิดจากกระบวนการอักเสบเรื้อรัง (Chronic inflammation) ของร่างกายโดยกระบวนการอักเสบนี้จะเกิดขึ้นอย่างรุนแรงและเด่นชัดที่สุดในระบบการหายใจส่วนล่าง โดยเฉพาะที่ถุงลมปอด (Alveoli) และหลอดเลือด อันเป็นผลจากการสัมผัสสารกระตุ้นต่างๆ เช่น ควันบุหรี่ มลพิษทางอากาศ เป็นต้น ทว่าข้อมูลการแพทย์ในปัจจุบันยังชี้ให้เห็นว่ากระบวนการอักเสบนี้ยังเกิดกับอวัยวะต่างๆ ในระบบอื่นๆ ของร่างกายอีกด้วย เช่น กล้ามเนื้อลาย กระดูก สมอ หลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้อวัยวะต่างๆ และระบบการทำงานของร่างกายทรุดโทรมลงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ในปัจจุบัน จึงอาจกล่าวได้ว่าโรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่เกิดการอักเสบกับทั่วทั้งร่างกาย อาการและอาการแสดงที่พบจึงมีได้มีเพียงอาการทางระบบการหายใจ เช่น หอบเหนื่อยหรือไอเรื้อรังเท่านั้น แต่ยังมีอาการในระบบอื่นๆ อีกมากมายร่วมด้วย ดังจะได้กล่าวต่อไป

โรคถุงลมโป่งพองเกิดขึ้นได้อย่างไร

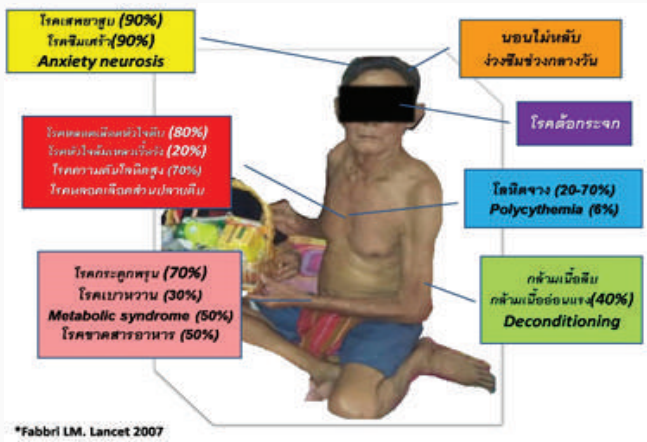
กว่าร้อยละ 90 ของการป่วยเป็นโรคดังกล่าวเกิดจากการสูบบุหรี่ ที่เหลือเกิดจากสารกระตุ้นอื่นๆ เช่น มลพิษทางอากาศ การเผาถ่าน การเผาไหม้ น้ำมันเชื้อเพลิง การทำเหมืองแร่ หรือเหมืองถ่านหิน การขุดเจาะอุโมงค์ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม เช่น การขาดสารโปรตีน $\alpha 1$ -antitrypsin ในชาวยุโรป ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ส่งผลให้เยื่อหลอดเลือดไวต่อการอักเสบมากกว่าปกติ โดยมีการกระตุ้นเม็ดเลือดขาวโดยเฉพาะ CD8-lymphocyte, neutrophil และ macrophage เมื่อเซลล์เหล่านี้ถูกกระตุ้นก็จะมีสารกระตุ้นกระบวนการอักเสบ (Proinflammatory mediators), อนุมูลอิสระ และสารย่อยสลาย โปรตีนเนื้อเยื่อปอด (Proteolytic enzymes) ส่งผลให้หลอดเลือดสร้างเสมหะในปริมาณมาก ในขณะที่กลไกขับเสมหะบกพร่องไป ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้ มักไอมีเสมหะเรื้อรังอยู่นาน ผลพวงอย่างหนึ่งของกระบวนการอักเสบสำหรับโรคนี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรต่อโครงสร้างของหลอดเลือดขนาดเล็ก โดยเฉพาะส่วนที่มีเล็กกว่า 2 มิลลิเมตร ทำให้หลอดเลือดตีบง่าย ผนังของถุงลมถูกทำลายจนขยายตัวโป่งพองออกมารวมตัวกันเป็นถุงลมขนาดใหญ่ ผิดปกติเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ง่าย ในขณะที่เดียวกันระดับของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ในกระแสเลือดก็เพิ่มขึ้นกว่าปกติมากขึ้นเรื่อยๆ

กระบวนการอักเสบแบบเรื้อรังดังกล่าวข้างต้นนี้จะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาราว 10-20 ปี โดยตลอดช่วงเวลาดังกล่าวการดำเนินของโรคจะเป็นไปแบบ Downward spiral กล่าวคือ โรคจะทำให้ร่างกายทรุดโทรมอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการอักเสบเรื้อรัง อวัยวะในระบบทางเดินหายใจทรุดโทรมลงเรื่อยๆ ทำให้เหนื่อยง่าย เรี่ยวแรงถดถอยลง จนกระทั่งมีความรู้สึกเหนื่อยแม้ไม่ได้ขยับไปไหนจนเสียชีวิตในเวลาต่อมา คุณแล้วคล้ายกับพายุหมุนทอร์นาโด ตอนแรกก็หมุนเป็นวงกว้างๆ โดยเหยื่ออยู่บนบนๆ ของพายุ เมื่อพายุหมุนต่อเนื่อง เหยื่อก็กจะถูกเหวี่ยงให้ลงไปถึงจุดที่อยู่ต่ำลงเรื่อยๆ ตามเกลียวพายุ จนกระทั่งถึงจุดต่ำสุด และเสียชีวิตตามรูปที่ 1 (ขวามือ)

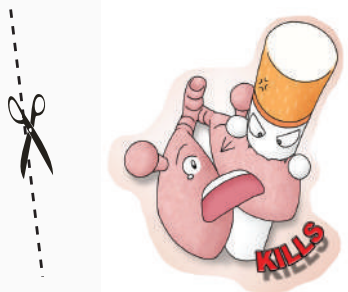


อาการและอาการแสดงในระบบอื่นๆของโรคถุงลมโป่งพอง

กระบวนการอักเสบเรื้อรังที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองนั้น มิได้เกิดขึ้นเฉพาะกับระบบการหายใจเท่านั้น แต่ยังเกิดขึ้นกับระบบอวัยวะอื่นๆ ทั่วร่างกาย ดังนั้น ผู้ป่วยโรคนี้อาจได้รับผลกระทบต่อระบบอวัยวะอื่นๆ และมีอาการหรืออาการแสดงของระบบอวัยวะนั้นๆได้ตามรูปที่ 2 (ซ้ายมือ)

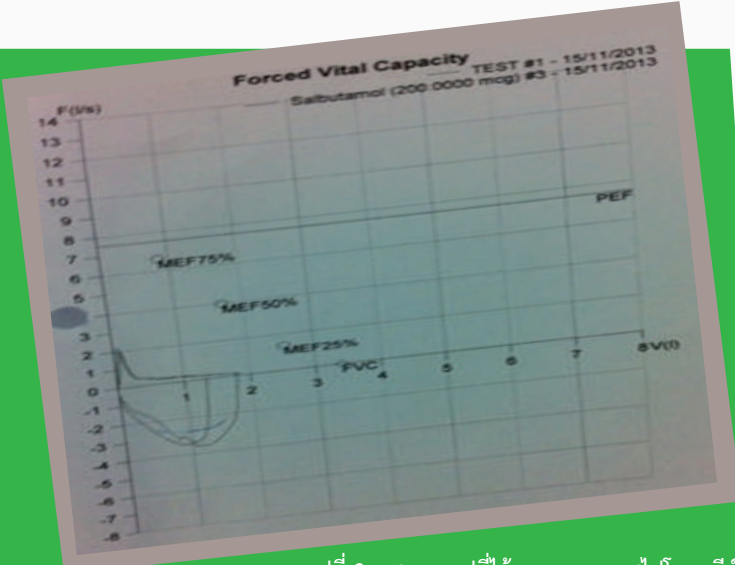


รูปที่2: แสดงอาการและอาการแสดงของระบบอวัยวะอื่นๆในโรคถุงลมโป่งพอง



เราควินิจฉัยโรคถุงลมโป่งพองได้อย่างไร

การวินิจฉัยจะอาศัยอาการและอาการแสดงดังกล่าวข้างต้น เช่น มี AP diameter ของทรวงอกที่กว้างขึ้นกว่าปกติ ได้ยินเสียง wheezes จากการฟังปอด เป็นต้น ร่วมกับการตรวจสไปโรเมตรี (Spirometry) ซึ่งจะพบลักษณะของกราฟช่วง หายใจออกโค้งเว้าลงหาแกน x อันเป็นผลจากการไหลของก๊าซที่ช้าลง เนื่องจาก ต้องไหลผ่านหลอดลมที่ตีบแคบกว่าปกติดังรูปที่ 3 (ซ้ายมือ) สำหรับรายละเอียดนั้น จะกล่าวถึงในคอลัมน์ “สบายกาย ห่างไกลโรค NCDs”



รูปที่ 3: แสดงกราฟที่ได้จากการตรวจสไปโรเมตรี

โรค COPD หรือโรคถุงลมโป่งพอง เป็นปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงอย่างยิ่ง

ในมิติของขนาดปัญหาโรคถุงลมโป่งพอง (COPD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ในสังคมไทย จากฐานข้อมูลของโครงการศึกษาภาระโรคในปี 2552 โรคดังกล่าวเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับห้าในประชากร เพศชาย และอันดับสิบในประชากรเพศหญิง และรวมแล้วคร่าชีวิตประชากรไทยไปเกือบสองหมื่นคนในหนึ่งปี มากกว่าการตายจากโรค HIV เสียอีก

ในมิติของคุณภาพชีวิต โรคถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่ทรมาณ และบั่นทอนคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ในมิติของระบบบริการสุขภาพ โรคถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่ต้องการทรัพยากรสุขภาพมหาศาล

เนื่องจากรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจะต้อง วนๆเวียนๆ อยู่รอบประตูโรงพยาบาล และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพมหาศาล

ในมิติทางสาธารณสุข โรคถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่มีปัจจัยเสี่ยง ชัดเจน เป็นโรคที่มีระยะเวลาในการก่อโรคนาน มีลักษณะโรคที่สมรรถภาพของปอดค่อยๆเสื่อมลง จึงเป็นโรคที่ป้องกันได้

หากลดความเสี่ยงลง ชะลอความเสียหาย ลดมลพิษอากาศภายในบ้าน หรืออาคาร ความเครียด โรคหอบหืด อย่างไรก็ตาม ปัจจัยอีกส่วนที่ป้องกัน ได้ยากหรือป้องกันไม่ได้ เลยก็มี เช่น มลภาวะทางอากาศ ประวัติการติดเชื้อที่ปอด ตั้งแต่วัยเด็ก และกรรมพันธุ์ เป็นต้น ในบรรดาปัจจัยเสี่ยง ทั้งหมดนี้ หัวหน้าโจร คือ ยาสูบ ยาสูบในที่นี้ไม่ได้ หมายความว่าเฉพาะแค่การสูบ บุหรี่มวน (Cigarette) แต่ยังรวมถึงยาสูบประเภทอื่นทั้งหมด ทั้งซิการ์ ไปป์ บาราเก้ และกัญชา และที่มักลืมน้อยไป คือการได้รับ ควันทูบหรี่มือสอง

หากกล่าวให้ง่ายที่สุด ความเสียหาย จากบุหรี่ก็คือ ผลลัพธ์ จากการคูณกัน ระหว่างปริมาณยาสูบที่ใช้ (เช่นจำนวนบุหรี่ต่อวัน) และระยะเวลาได้รับยาสูบ ด้วยเหตุนี้ สมาชิกครอบครัว ของนักสูบที่แม้ไม่ได้สูบเองโดยตรง แต่มีระยะเวลานานพอจึงกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงอย่างไม่รู้ตัว

เรื่อง COPD ก็ไม่ต่างจากโรค NCD อื่นๆ หากเราไม่ช่วยกัน เราทุกคนก็จะตกเป็นเหยื่อของวิกฤต NCD ร่วมกัน ไม่ว่าจะคุณจะเป็นใคร

ดังนั้น หนทางที่ดีที่สุดในการลดความเสี่ยงจากยาสูบ คือ การหยุดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด หรือป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับควันบุหรี่เลย หรือเรียกว่าทำกลไกขาใดขาหนึ่งให้เป็นศูนย์ ไม่ว่าจะสูบนานเท่าใด การหยุดสูบก็จะช่วยลด ความสูญเสียลง หากยัง “กำจัด” ไม่ได้ ก็ต้อง “จำกัด” ขาใดขาหนึ่งหรือสองขาพร้อมกันก็เป็นหนทางลด ความเสี่ยงลง ไม่ว่าจะเป็นการลดปริมาณการสูบ การชะลอการเริ่มสูบ ไปจนถึงการกำหนดเขตห้าม สูบบุหรี่ รวมถึง การทำให้บ้านปลอดบุหรี่ อย่างไรก็ตามการ การพาตัวเองออกไม่ให้สัมผัส ควันบุหรี่เลยไม่ใช่เรื่องง่ายนัก ในระดับมหภาคแล้วการลดจำนวนนักสูบบุหรี่ในสังคมลง จึงเป็นหนทางทางอ้อมในการลดความเสี่ยงทางอ้อมในกลุ่มผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคถุงลมโป่งพองแล้ว ยาสูบยังเพิ่มระดับความรุนแรง ของโรค เพิ่มความถี่ในการเกิดอาการ และเพิ่มโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนของ โรคถุงลมโป่งพองอีกด้วย

จากที่กล่าวมาทั้งหมด

จะพบว่าให้แพทย์ พยาบาล ครอบรักษาแต่อาการ

ของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองอย่างเดียวยังคงไม่เพียงพอ เปรียบเทียบไปก็เหมือนกับการนั่งวิตุ่น้ำออกจากเรือที่มีรอยรั่วหลายจุดไปเรื่อยๆ **ต้องขอแรงให้ลุกขึ้นมาจัดการปัญหาที่ต้นตอ** ทำรูรั่วให้เล็กลง หาทางอุดรูรั่วและที่ดีที่สุดคือเราทำเรือให้แข็งแรง ไม่ต้องมากังวลอีกต่อไปแล้วว่าระบบบริการสุขภาพทำอะไรได้บ้างเกี่ยวกับบุหรี่ อาจจะเริ่มต้นที่การจัดการกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ให้หยุดสูบบุหรี่อย่างจริงจัง ขยายต่อไปยังคนข้างเคียง รวมถึงการห้ามสูบบุหรี่ในบ้าน และอาศัยแรง ของคนรอบข้างผู้ป่วยและผู้สูบเป็นตัวช่วยปลุกชุมชนและสังคมให้ตระหนัก และเอาจริงเอาจังกับการปราบหัวหน้าโจรนี้ และป้องกัน อนาคตของสังคมจากควันบุหรี่



“COPD”

โรคถุงลมโป่งพองป้องกันได้



บทนำ

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดของโรคถุงลมโป่งพอง คือ การสูบบุหรี่ ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกได้รายงานการตรวจพบสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อร่างกายในควันบุหรี่มากกว่า 7,000 ชนิด สารพิษเหล่านี้จะกระตุ้นกระบวนการอักเสบทั้งแบบปฐมภูมิ และทุติยภูมิต่อระบบต่างๆ ของอวัยวะในร่างกาย ทำให้สูญเสียสมรรถภาพของปอดมากกว่าในคนปกติกว่า 2-3 เท่าตัว ผลที่ตามมาคือ อาการหอบ เหนื่อย และอาการทาง systemic ต่างๆอีกมากมาย ซึ่งท้ายที่สุดแล้วทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

ในปัจจุบัน ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นับถึงปีละ 1 ล้านคน ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งระดับครัวเรือนและระดับชาติ อย่างมหาศาล โดยใน พ.ศ. 2553 ประเทศไทยต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้มากถึง 16,000 ล้านบาท

แม้โรคถุงลมโป่งพองจะสร้างภาระมากมายหลายด้าน แต่โรคดังกล่าวสามารถป้องกันได้ไม่ยาก หากเลิกบุหรี่ และมีการรณรงค์ ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ดังจะเห็นได้จากการรณรงค์ควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างจริงจังในประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้คนอเมริกันสูบบุหรี่ลดลงไปกว่ากึ่งหนึ่งจากเดิม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองลดลงตามไปด้วย

หากกลับมามองสถานการณ์โรคถุงลมโป่งพองของประเทศไทยในปัจจุบันแล้ว พบว่าสถานการณ์ยังน่าเป็นห่วง เนื่องจากประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยโรคนี้อยู่แล้วมากถึง 1 ล้านคน โดยมีค่าความชุก (Prevalence) ที่ร้อยละ 7.1 ของคนไทย ในจำนวนนี้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเหล่านี้ ยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง สิ่งที่ร้ายกว่านั้นคือ แม้มีการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่มากมาย แต่จำนวนผู้สูบบุหรี่กลับไม่ได้ลดลงมากนัก โดยการสำรวจล่าสุดปี 2554 พบว่าร้อยละ 47 ของชายไทยยังคงสูบบุหรี่อยู่ และมีผู้สูบบุหรี่ทั่วประเทศมากกว่า 13 ล้านคน

หากปิ่นปิ่นนี้ต่อไป คาดการณ์ได้ว่า ในอีก 10-20 ปีข้างหน้า จะมีผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองในประเทศไทย เพิ่มขึ้นอีกไม่ต่ำกว่าหนึ่งเท่าตัวของจำนวนที่มีอยู่ทุกวันนี้

ไม่ลองทำให้คนใกล้ชิด
ป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพอง
ทำใจได้ضب? อย่าให้เขาเริ่มสูบบุหรี่
และให้เขาหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับปัจจัย
กระตุ้นการอักเสบ ต่างๆ เช่น ฝุ่นควัน
จากการเผาไหม้ ควันธูป สารระเหย
เป็นต้น

ถ้ามีคนสูบบุหรี่ หรือป่วยเป็น COPD
จะห่วงกังวลใจได้ضب ใครจะห่วงเขาได้ضب?
ต้องให้เขาเข้ารับคำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่โดยเร็ว
แพทย์ พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพไม่ว่าสาขาใด
ช่วยผู้สูบได้ทั้งนั้น ผู้สูบบุหรี่ควรเลิกก่อนอายุ 35 ปี เพราะ
จากการศึกษาวิจัยของ นพ. Richard Doll พบว่าหาก เลิกสูบ
ก่อนอายุดังกล่าว ผลกระทบต่อสุขภาพแบบถาวร แทบจะ
ไม่เกิดขึ้นเลย!! กระนั้นไม่ว่าจะอายุกี่ปี หากเลิกบุหรี่ได้
ย่อมดีต่อร่างกายแน่นอน
สำหรับกรณีผู้ป่วยเป็น COPD (โรคถุงลมโป่งพอง)
แล้ว คงทำได้แค่ป้องกันภาวะแทรกซ้อน
และลดอาการทรุดตัวของร่างกาย

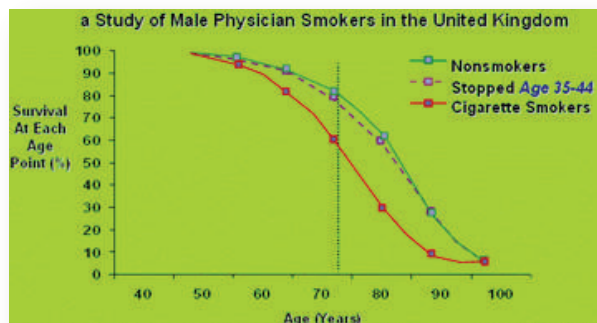


ทราบหรือไม่?

- ผลการศึกษาของ National Institute on Drug Abuse (NIDA) ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่สังเกตและติดตามการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหลังจากที่วัยรุ่นได้ทดลองเสพยาเสพติดแต่ละชนิดเปรียบเทียบกัน พบว่าบุหรี่ยังเป็นสารเสพติดที่เลิกได้น้อยที่สุดหลังเสพยาครั้งแรก (รูปที่ 1)
- หากเลิกสูบบุหรี่ได้ตอนที่อายุมากกว่า 35 ปี โรคเรื้อรังจะรุนแรงเข้าทำลายสุขภาพ (รูปที่ 2)



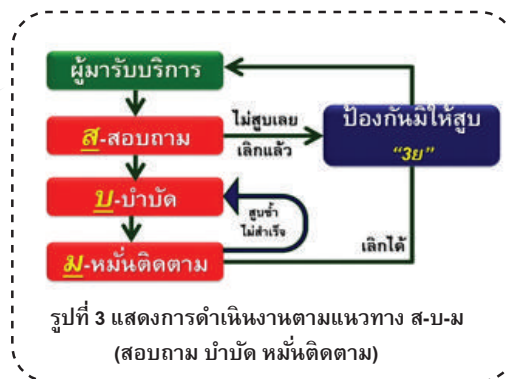
รูปที่ 1: แสดงสัดส่วนของผู้ที่ทดลองเสพยาเสพติดแต่ละชนิดแล้วเลิกไม่ได้



รูปที่ 2 อัตรารอดชีวิตของผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุที่มากกว่า 35 ปีขึ้นไป

แนวทาง 5A กับหลักปฏิบัติ "ส-บ-ม" [สอบถาม-บำบัด-หมั่นติดตาม]

ในการช่วยเหลือบำบัดให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่นั้น สามารถทำได้ไม่ยากโดยใช้แนวทางที่เรียกว่า 5A ซึ่งประกอบด้วย Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange แนวทางทั้งห้านี้ได้ถูกใช้กันมาในสังคมตะวันตกเป็นเวลานาน โดยไม่เคยได้รับการปรับปรุง ดังนั้นแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัด โรคเสพยาสูบในประเทศไทย พ.ศ. 2555 จึงได้แนะนำแนวทางที่ง่ายและเหมาะสมกับสังคมไทยมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนเท่านั้นคือ ส-บ-ม (สอบถาม บำบัด หมั่นติดตาม) ซึ่งสรุปหลักได้ดังรูปที่ 3 (ขวามือ) โดยมีรายละเอียดดังนี้



รูปที่ 3 แสดงการดำเนินงานตามแนวทาง ส-บ-ม (สอบถาม บำบัด หมั่นติดตาม)

1.สอบถาม: ทำได้ตั้งแต่ตอน triage หรือขณะวัดสัญญาณชีพของผู้ป่วย ใช้ได้ทั้งกับแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป หรือคลินิกเฉพาะโรคอย่างคลินิก COPD เป็นต้น โดยใช้ 3 คำถามหลัก ได้แก่ “สูบบุหรี่หรือเปล่า” “สูบวันละกี่มวน” “สูบมวนแรกหลังตื่น นอนนานแค่ไหน” โดยคำถามแรกใช้เพื่อเปิดการสนทนา สองคำถามหลังเป็นการประเมินความรุนแรงในการเสพยา หากผู้ป่วย สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไปไม่ว่าจะเป็น ยาสูบชนิดใดหรือต้องสูบมวนแรกภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนก็อาจถือได้ว่าผู้ป่วยรายนั้น น่าจะติดนิโคตินอย่างมาก

2.บำบัด: ใช้หลัก 4ล (ลือควัน-ลั่นวาจา-ลาอุปกรณ์-ลงมือ) โดยใช้เวลาพูดเพื่อโน้มน้าวผู้ป่วย 2-20 นาที และ ต้องเน้นย้ำผู้ป่วยให้กำหนดวันเลิกที่ชัดเจน ส่งเสริมให้บอกกล่าวความตั้งใจนี้แก่คนสำคัญทุกคน ทั้งอุปกรณ์การสูบทั้งหมดแล้วรับลงมือทำอย่างมีสติ โดยหากลเมื่ที่ใช้รับมือกับอาการอยากบุหรี่ที่จะเกิดขึ้นไว้ล่วงหน้า

3.หมั่นติดตาม: เมื่อให้การบำบัดแล้ว ก็ต้องนัดติดตามผลการบำบัดเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม ตั้งแต่ทุก 2 สัปดาห์ไปจนถึงทุก 1-2 เดือน อย่างไรก็ตาม หากจำเป็นต้องนานเกิน 2 สัปดาห์ควรพิจารณาติดตามผลด้วยวิธีการอื่นควบคู่ด้วย เช่น โทรศัพท์ติดตามผล และเตือนสติผู้ป่วยเป็นระยะๆ หรือร่วมมือกับ Quitline 1600 ในการร่วมโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยก็ยิ่งดี ในการติดตามผลควรมีการวัดค่าระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ทางลมหายใจ หรือตรวจนิโคตินในปัสสาวะ เพื่อประเมินผลการเลิกบุหรี่ให้เที่ยงตรงยิ่งขึ้นด้วย

สรุป: โรคถุงลมโป่งพองแม้จะรักษาไม่หายขาด แต่ก็ป้องกันได้ง่ายนิดเดียวโดยไม่เริ่มสูบบุหรี่ หรือหากสูบแล้วก็ต้องช่วยบำบัดให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่โดยเร็วที่สุด แนวทางการบำบัดในปัจจุบันที่แนะนำคือ ส-บ-ม (สอบถาม บำบัด หมั่นติดตาม)





“คลินิกเลิกบุหรี่แบบง่าย แต่ได้ผลดี” (Easy Smoking Cessation Clinic)

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เริ่มดำเนินงานให้บริการช่วยเลิกบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม และได้มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อจัดกิจกรรม ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ร่วมกับ การให้คำปรึกษาที่แผนกให้คำปรึกษาด้านสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. 2536 สำหรับการ ให้บริการนั้นเดิม ไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก และต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขมาช่วย ซึ่งก็มีภาระหน้าที่มากอยู่ ทำให้บางครั้งไม่มีผู้ให้บริการบวกกับคลินิกให้บริการเพียงวันพฤหัสบดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็มีการะงานอยู่มาก ส่งผลให้การให้คำปรึกษา แก่ผู้รับบริการเกิดความติดขัด เสียเวลามาก และการติดตามผลทำได้ไม่ต่อเนื่อง นอกจากนั้นการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของราคายาที่แพงต้องชำระเงินเอง มียาในบัญชียาของโรงพยาบาลเพียงชนิดเดียว และไม่มีแพทย์ที่รับผิดชอบเฉพาะ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มีผู้รับคำปรึกษาเพียง 6-8 ราย/เดือนเท่านั้น และมีผู้ที่ได้รับการติดตามใน 1 ปี เพียง 56 คน ทำให้ช่วยเลิกบุหรี่ได้ 22 คน/ปีเท่านั้น ทั้งๆที่จากการสำรวจ ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ ปี 2551 พบว่ามีผู้ต้องการเลิกบุหรี่ถึงเดือนละ 846 ราย!



โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จึงได้มีการสร้างนวัตกรรมงานบริการใหม่โดยจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่แบบง่ายภายใต้คติ “ฟรี ดี เร็ว” โดยใช้รูปแบบ one-stop clinic ที่ 1) มีหน่วยบริการเฉพาะจัดตั้งเป็นคลินิกเลิกบุหรี่ อยู่ในบริเวณที่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวก เปิดให้บริการตลอดเวลาราชการ และมีเจ้าหน้าที่ ประจำคลินิกตลอดเวลา 2) เจ้าหน้าที่ (ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน) ที่ผ่านการคัดเลือก และได้รับการอบรมด้านการให้คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่ ปฏิบัติงาน ภายใต้ การดูแลรับผิดชอบของทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ผู้รับผิดชอบคลินิกโดยเฉพาะซึ่งคอยควบคุมกำกับการทำงาน มีแนวทางการช่วยเลิกบุหรี่ และแนวทางการ ใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ง่าย 3) จัดระบบบริการในคลินิกให้มีขั้นตอนที่ชัดเจน กระชับ ไม่ใช่เวลานาน คือ ให้ความรู้เกี่ยวกับ พิษภัยบุหรี่ ประเมินผู้ป่วยโดยการทดสอบระดับการติดยาโคติน และเป่าวัดปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ร่วมกับการจ่ายยา ให้คำปรึกษาวิธีการเลิกบุหรี่แนวทาง การเลิกบุหรี่ ด้วยตนเอง การใช้ยา การจ่ายยา การนัดหมายติดตามต่อเนื่อง โดยขั้นตอนดังกล่าวใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อกลุ่มผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังมี ระบบการ ติดตามอย่างต่อเนื่องที่ชัดเจน ติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ จนกว่าจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ หรืออย่างน้อย 1 ปีหลังการเข้ามารับบริการ มีการเก็บข้อมูล และ กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน ได้แก่ จำนวนผู้เข้ารับบริการ อัตราการเลิกบุหรี่ ณ เวลา 6 เดือนและ 1 ปี เป็นต้น

หลังจากมีการเปิดคลินิกรูปแบบใหม่ตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม 2552 พบอุปสรรคสำคัญ คือ 1) มีผู้เข้ารับบริการในคลินิกต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากยังไม่เป็นที่รู้จักมากนัก 2) ยังมีความท้าทายด้านความชำนาญการปฏิบัติการ และการสื่อสารข้อมูลของเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการยัง 3) ไม่มีการรณรงค์อย่างจริงจัง ด้วยเหตุทั้งหมดจึงมีการแก้ไข ปัญหาโดยจัดประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน กำหนดแนวปฏิบัติขึ้น และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้แก่เจ้าหน้าที่ โดยวางแผนทางดังนี้

ภายในโรงพยาบาล

แผนกผู้ป่วยนอก ทุกห้องตรวจมีการนำหลักการ 5A มาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยทุกราย มีแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้รับบริการเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ดังนี้



ในกรณีผู้ที่ต้องการมารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่โดยตรง (Walk-in) ได้มีการเปิดช่องทางให้สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่ต้องลงทะเบียนเข้ารับบริการ (Visit number) ไม่ต้องใช้ทะเบียนประวัติ (OPD Card) ใช้เพียงเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ก็สามารถเข้ารับบริการได้ทันที

แผนกผู้ป่วยใน มีเครือข่ายประจำในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน 14 เครือข่าย ทำหน้าที่คัดกรอง ให้คำปรึกษา โดยใช้ 5A ผู้ป่วย/ญาติ มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ย่อมถึงสามารถขอรับยาบ้วนปากช่วยเลิกบุหรี่เพื่อจ่ายให้ผู้รับบริการได้

ภายนอกโรงพยาบาล

มีเครือข่ายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพสต.) ในเขตความรับผิดชอบ และชุมชนต้นแบบ 18 เครือข่าย ใช้หลัก 5A ในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ และสามารถมาขอรับยาบ้วนปากเลิกบุหรี่จากคลินิกไปให้ผู้ป่วยได้ รวมไปถึงมีแกนนำสุขภาพในชุมชนที่สนใจ ทำหน้าที่เพื่อนช่วยเพื่อนชวนกันเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำแก่คนในชุมชน และสามารถมาขอรับยาบ้วนปากช่วยเลิกบุหรี่จากคลินิกเลิกบุหรี่ได้

หลังการอบรมและวางแนวทางแก้ไขปรับปรุงระบบ พบว่าผู้รับบริการจากคลินิกเลิกบุหรี่ยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนดังนี้ ปี 2552 จำนวน 194 ราย ปี 2553 จำนวน 1,292 ราย ปี 2554 จำนวน 1,277 ราย ปี 2555 จำนวน 1,505 ราย โดยมีอัตราการเลิกบุหรี่ ณ เวลา 1 ปี ปี 2552 ร้อยละ 29.4 ปี 2553 ร้อยละ 23.76 ปี 2554 ร้อยละ 24.75 ปี 2555 ร้อยละ 28.58 ตามลำดับ

ปัจจุบันโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกได้มีการพัฒนา และวางแผนการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการเครือข่ายจิตอาสาของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และคณะทำงานในโครงการพิษณุโลกเมืองสุขภาพดีปลอดบุหรี่และเหล้า ดำเนินตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงบริการบำบัดผู้ติดยาสูบในโครงการจังหวัดพิษณุโลกเมืองสุขภาพดีปลอดบุหรี่และเหล้า ร่วมกันจัดทำแนวทางการช่วยเหลือบำบัดผู้ติดยาสูบในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ขยายรูปแบบคลินิกเลิกบุหรี่แบบง่ายไปสู่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดการประชาสัมพันธ์เครือข่ายการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ระดับจังหวัด มีการจัดตั้งศูนย์การช่วยเหลือการเลิกบุหรี่ และสุราจังหวัดพิษณุโลก และในปี พ.ศ.2557 ได้มีการจัดทำโครงการ "Saving 5,000 Lives from Tobacco Dependence" โดยมีการตั้งเป้าหมายให้มีผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ในจังหวัดพิษณุโลกทุกจุดบริการมีจำนวนมากกว่า 5,000 ราย ในระยะเวลา 1 ปี

บทสรุป

การจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ที่ชัดเจนเป็นส่วนหนึ่ง เปิดให้บริการทุกวันในเวลาราชการ ร่วมกับการใช้รูปแบบคลินิกเลิกบุหรี่แบบง่ายในการให้บริการ ช่วยทำให้การดูแลผู้รับบริการสะดวก รวดเร็ว และช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอขอบคุณ

พญ.สุนี จิรสมิทธา, นางสาวปรานอม มาเวหา, นางมณีนววรรณ ไวกสิกรณ์, ภก.มัทนียา ภูเกสร, ภก.จิรวัดน์ สุวรรณกิจ, นางอนิลชดา พงษ์พรต, นพ.บุญเติม ต้นสุรัตน์ คณะกรรมการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกและคณะทำงานในโครงการพิษณุโลกเมืองสุขภาพดีปลอดบุหรี่และเหล้า




หลังจากที่ได้เห็นโรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ในแง่มุมต่างๆในประเทศไทย ทั้งสถานการณ์ของโรค การต่อสู้ระดับองค์กร ชุมชน และบุคคลไปแล้ว คราวนี้เราลองมาดูสถานการณ์ของโรค และตัวอย่างของการต่อสู้กับโรคถุงลมโป่งพองในต่างประเทศ เพื่อจุดประกายมุมมองใหม่ๆ สำหรับกำหนดทิศทางการต่อสู้กับโรคดังกล่าวในอนาคตต่อไป

แต่ก่อนที่จะศึกษาวิธีการป้องกันควบคุมโรคอย่างเหมาะสม เราควรรู้จักกับระดับความรุนแรงของการตาย และการเจ็บป่วยจากโรค COPD ในระดับโลกกันก่อนดีกว่า สำหรับการตายจากโรค COPD นั้นองค์การอนามัยโลก ได้ประมาณการผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวไว้ว่ามีประมาณ 3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.1¹ โดยการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา ทั้งนี้เพราะในกลุ่มประเทศดังกล่าวมีประชากรที่มีฐานะยากจนอยู่มาก และกลุ่มประชากรดังกล่าวมีโอกาสที่จะเข้าถึงโอกาสและการบริการต่างๆทางสังคม (เช่น การศึกษา การรักษาพยาบาล ฯลฯ) ในระดับต่ำ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุต่อการเสียชีวิตและเจ็บป่วยจากโรค COPD²

แม้ว่าการตายจากโรค COPD จะเป็นสิ่งที่น่าหวาดหวั่น แต่การเจ็บป่วยจากโรคดังกล่าวกลับน่าสะพรึงกลัวยิ่งกว่า ทั้งนี้เพราะโรค COPD ลดประสิทธิภาพ การหายใจ ของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อกิจกรรมประจำวันที่ลดลง จนในที่สุดโรคร้ายนี้ก็จะเปลี่ยนชีวิตของผู้ป่วยจากหน้ามือเป็นหลังมือ โดยสิ้นเชิง³

ด้วยความรุนแรงของโรค COPD องค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิกได้ประชุมร่วมกันและมีข้อเสนอแนะชุดมาตรการในด้านต่างๆ เพื่อป้องกันและควบคุมโรค กับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อโรค COPD เช่น ยาสูบ กับมลพิษทางอากาศ โดยมีมาตรการที่สำคัญที่เสนอแนะไว้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้แก่ การขึ้นภาษียาสูบ การห้ามสูบบุหรี่ในอาคารและในสถานที่สาธารณะ การรณรงค์เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ การให้ความรู้และคำปรึกษา เป็นต้น⁴

เมื่อเห็นทางออกดังกล่าว ประเทศหลายประเทศจึงเริ่มดำเนินการตามมาตรการเหล่านั้น ความสำเร็จที่เกิดขึ้นในระยะเวลานี้สั้นๆ จากการใช้มาตรการที่เสนอแนะโดยองค์การอนามัยโลก สามารถเห็นได้จากตัวอย่างของประเทศนิวซีแลนด์และประเทศออสเตรเลีย โดยเฉพาะในพื้นที่ทางตอนเหนือ โดยความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากการใช้มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในเรือนจำเพื่อลดสารพิษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หลังจากมีการใช้มาตรการต่างๆ ได้แก่ มาตรการควบคุมการจำหน่าย และบริโภค

บุหรี จากการให้การศึกษาและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ต้องขัง และเจ้าหน้าที่ในเรือนจำแล้ว พบว่า ปริมาณสารพิษจากควันบุหรีที่ปนเปื้อนในเรือนจำลดลงอย่างชัดเจนในเวลาหกเดือนของการบังคับใช้มาตรการ (จาก 6.14 ไมโครกรัมต่อตารางเมตรก่อนมีการบังคับใช้ มาตรการ เหลือเพียง 2.44 ไมโครกรัมต่อตารางเมตรหลังมี การบังคับใช้ มาตรการ)

จากตัวอย่างของการจัดการกับโรค COPD จากประเทศต่างๆ เราจะเห็นประโยชน์ของการให้คำปรึกษา และมาตรการการควบคุมการ บริโภคยาสูบเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรค COPD และสิ่งเหล่านี้ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อการควบคุมโรค COPD มีประสิทธิภาพตามบริบทของสังคมและกาลเวลาที่เปลี่ยนไปอย่างไร้ที่สิ้นสุด



ที่มา:

1. World Health Organization (2008). The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization.
2. Eisner, M. D., Blanc, P. D., Omachi, T. A. et al. (2011) Socioeconomic status, race and COPD health outcomes. Journal of Epidemiology and Community Health, 65. Retrieve from <http://jech.bmj.com/content/65/1/26.short>
3. Miravittles, M., Soriano, J. B., Garcia-Rio, F. et al. (2009). Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. British Medical Journal, 65. Retrieve from <http://thorax.bmj.com/content/64/10/863.short>
4. World Economic Forum (2011). Burden to "best buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Economic Forum
5. Steward, I. (2012). Cigge-free prisons a success story. Retrieved February, 6th 2014 from [website] <http://www.stuff.co.nz/national/crime/6995410/Ciggie-free-prisons-a-success-story>
6. AAP (2014). NT hails success of prison smoking ban. Retrieved February 6th, 2014 from [website] <http://www.news.com.au/national/breaking-news/nt-hails-success-of-prison-smoking-ban/story-e6frfku9-1226803275754>

ถ้าสูดอากาศสดชื่นได้เต็มปอด
จะดีแค่ไหนถ้ารอบกาย
ไร้ควันพิษ?

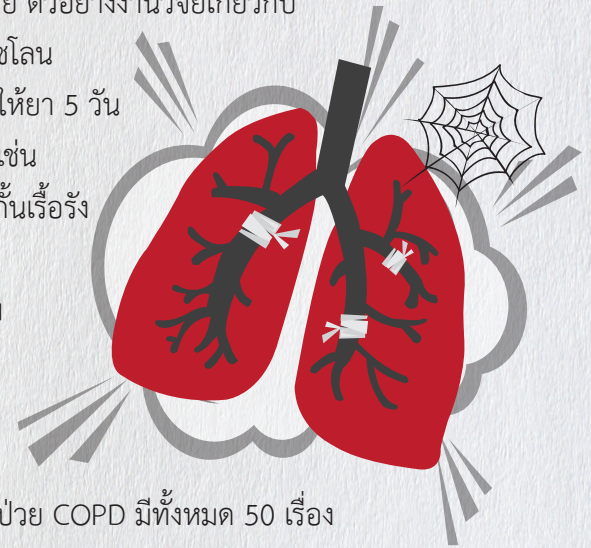
กระแวงท่งโลกงาบริจย NCDS ทิศทางการศึกษาวิจัยโรค COPD ในประเทศไทย



งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคถุงลมโป่งพอง หรือบางครั้งเรียกกันในภาษาวิชาการว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease-COPD) ในประเทศไทยนั้นมีอยู่ เป็นจำนวนมาก ซึ่งจากการสืบค้นจากระบบฐานข้อมูลงานวิจัย Thai Library Integrated System (ThaiLIS) 10 ปีย้อนหลัง ระหว่างปี 2546- 2556 มีทั้งหมด 105 เรื่อง โดยแบ่งกลุ่มงานวิจัยออกเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ 1) สถานการณ์โรค 2) กระบวนการรักษา และ 3) การดูแลตัวเอง และประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย

งานวิจัยสถานการณ์โรคของโรคถุงลมโป่งพองในประเทศไทย จำนวน 8 เรื่อง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา ปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง โดยเมธิณี จันตริยะและคณะ รวมถึงการศึกษาประสบการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรักษาโรค เป็นต้น

ผลจากการสืบค้น กระบวนการรักษาโรค COPD จำนวน 47 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาถึงรูปแบบและแนวทางการรักษา คลินิกและการพยาบาล การวินิจฉัยโรค การใช้ยา และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตัวอย่างงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค COPD เช่น การศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ยา เพรดนิโซโลน (Prednisolone) ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างการให้ยา 5 วัน และ 10 วัน โดยวรวรรณ ศิริชนะ ตัวอย่างงาน วิจัยการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เช่น ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลแม่ลาวจังหวัดเชียงราย โดยสุภาพร ต้นสุวรรณ ตัวอย่างงานวิจัยเกี่ยวกับต้นทุนการวินิจฉัยโรค เช่น การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม และต้นทุน กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของการรักษาพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2550 โดยนภาพร เนตรเกื้อกุล เป็นต้น



ผลการสืบค้น การดูแลตัวเองและประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย COPD มีทั้งหมด 50 เรื่อง โดยการส่งเสริมสุขภาพได้รวมถึง ตั้งแต่โปรแกรมการดูแลตัวเอง การออกกำลังกาย การสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย การได้รับแรงสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม เป็นต้น โดยตัวอย่าง งานวิจัย เช่น การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านในอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ โดยสรินยา ไชยนันท์, ผลของโปรแกรมการฟื้นฟู สมรรถภาพปอดร่วมกับโยคะตามกลวิธีการรับรู้สมรรถนะตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดย สุภาพร ดารา เป็นต้น

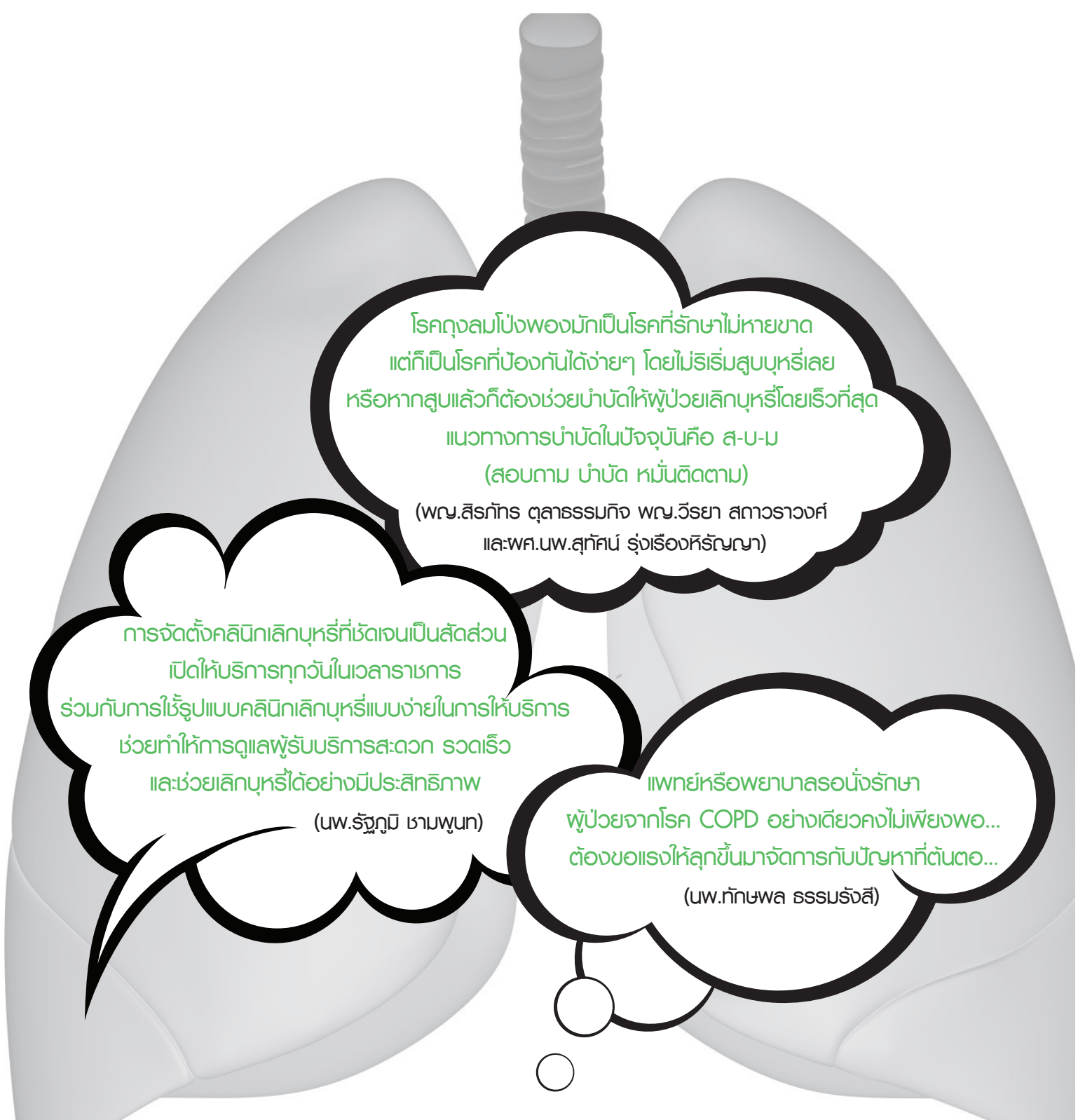
ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่า ทิศทางการศึกษาวิจัยโรค COPD ในประเทศไทยโดยภาพรวม ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มุ่งเน้นไปที่ การศึกษาประสิทธิผลของวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรค COPD โดยเน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีวิธีการลักษณะของวิธีการ ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มสมรรถภาพในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการ การใช้ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ซึ่งควบคู่ไปกับกระบวนการรักษาโรค แม้ว่าในปัจจุบันการรักษาโรคถุงลมโป่งพองสามารถ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดการกำเริบของโรค ชะลอการลดลงของสมรรถภาพปอด แต่อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลง แนวคิดในการรักษาโรคถุงลมโป่งพองหลายประการ ตั้งแต่คำจำกัดความ การประเมินความรุนแรงของโรค ตลอดจนมียาใหม่ๆ มาใช้ในการรักษาโรค อาจส่งผลต่อทิศทางการวิจัยเกี่ยวกับโรค COPD ที่เปลี่ยนไป

สิ่งที่สำคัญประการหนึ่งต่อแนวทางการวิจัยในอนาคต คือ การศึกษาแนวทางการรณรงค์หรือการป้องกันโรคถุงลมโป่งพอง เช่น การศึกษาประสิทธิผลของการรณรงค์ให้ประชาชนงดสูบบุหรี่ หรือการรณรงค์ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น นอกจากนี้การพัฒนาการ การวิจัยโรคถุงลมโป่งพองในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบของ โรคแทรกซ้อน ประเภทต่างๆ ของโรคถุงลมโป่งพอง ความเข้าใจถึง อาการอักเสบที่เกิดขึ้นจากโรค และผลกระทบ ของปัจจัยอื่นๆ ที่มีต่ออาการของโรคก็จะ ช่วยให้แพทย์สามารถรับมือกับโรคนี้ ได้ดียิ่งขึ้น



ที่มา

- เมธิณี จันตियะและคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี สระบุรี, 2552.
- วรวรรณ ศิริชนะ. การศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ยาเพรดนิโซโลนในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างการให้ยา 5 วันและ 10 วัน. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550
- สุภาพร ต้นสุวรรณ. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล แม่ลาว จังหวัดเชียงราย. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
- นภาพร เนตรเกื้อกุล. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของการรักษาพยาบาลปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2550. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สรinya ไชยนันท์. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านในอำเภอพร้าวจังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
- สุภาพร ดารา. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับโยคะตามกลวิธีการรับรู้สมรรถนะตนเองในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2553.



โรคถุงลมโป่งพองมักเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด
แต่ก็เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายๆ โดยไม่ริเริ่มสูบบุหรี่เลย
หรือหากสูบแล้วก็ต้องช่วยบำบัดให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่โดยเร็วที่สุด
แนวทางการบำบัดในปัจจุบันคือ ส-บ-ม
(สอบถาม บำบัด หมั่นติดตาม)

(พญ.สิริกัทร ตุลาธรรมกิจ พญ.วีรยา สดาวราวงศ์
และพศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา)

การจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ที่ชัดเจนเป็นส่วน
เปิดให้บริการทุกวันในเวลาราชการ
ร่วมกับการใช้รูปแบบคลินิกเลิกบุหรี่แบบง่ายในการให้บริการ
ช่วยทำให้การดูแลผู้รับบริการสะดวก รวดเร็ว
และช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(นพ.รัฐภูมิ เขมพูนท)

แพทย์หรือพยาบาลรอนั่งรักษา
ผู้ป่วยจากโรค COPD อย่างเดียวคงไม่เพียงพอ...
ต้องขอแรงให้ลุกขึ้นมาจัดการกับปัญหาที่ต้นตอ...

(นพ.ทักษพล ธรรมรังสี)

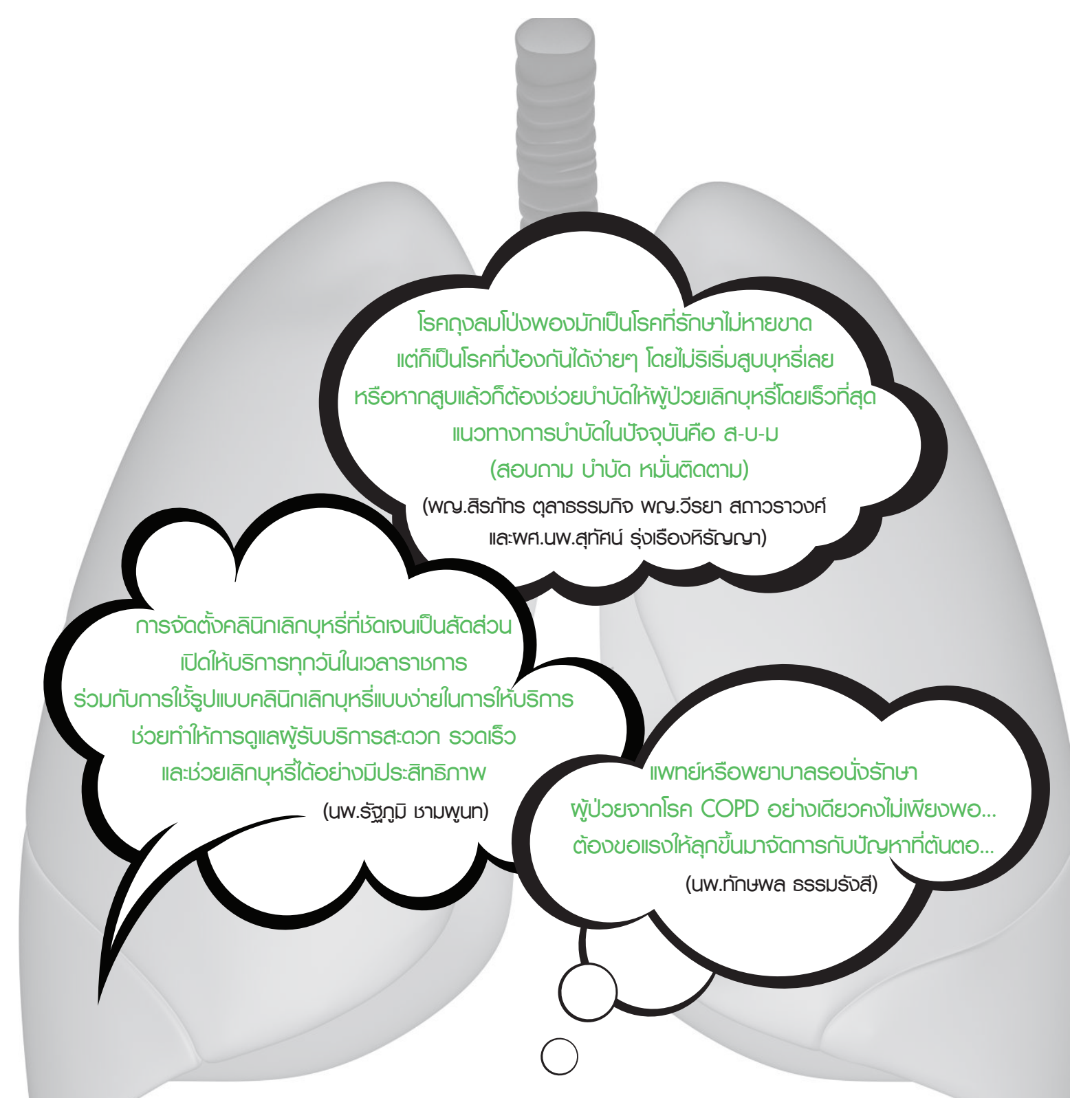
ติดต่อสอบถามและเสนอความคิดเห็นได้ที่

แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD network)

มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ชั้น 2 อาคารคลังพัสตูล ซอยสาธารณสุข 6 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร 02-5902308, 025902370 โทรสาร: 02-590-2370 หรือ e-mail : ncd@ihpp.thaigov.net <http://www.thaincdnet.com>



โรคถุงลมโป่งพองมักเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด
แต่ก็เป็นโรคที่ป้องกันได้ง่ายๆ โดยไม่ริเริ่มสูบบุหรี่เลย
หรือหากสูบแล้วก็ต้องช่วยบำบัดให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่โดยเร็วที่สุด
แนวทางการบำบัดในปัจจุบันคือ ส-บ-ม
(สอบถาม บำบัด หมั่นติดตาม)
(พญ.สิรภัทร ตุลาธรรมกิจ พญ.วีรยา สดาวราวงศ์
และ พศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา)

การจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ที่ชัดเจนเป็นส่วน
เปิดให้บริการทุกวันในเวลาราชการ
ร่วมกับการใช้รูปแบบคลินิกเลิกบุหรี่แบบง่ายในการให้บริการ
ช่วยทำให้การดูแลผู้รับบริการสะดวก รวดเร็ว
และช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
(นพ.รัฐภูมิ เขามพูน)

แพทย์หรือพยาบาลรอนั่งรักษา
ผู้ป่วยจากโรค COPD อย่างดีคงไม่เพียงพอ...
ต้องขอแรงให้ลูกขึ้นมาจัดการกับปัญหาที่ต้นตอ...
(นพ.ทักษพล ธรรมรังสี)

ติดต่อสอบถามและเสนอความคิดเห็นได้ที่

แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD network)

มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ชั้น 2 อาคารคลังพัสตูล ชอยสาธารณสุข 6 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร 02-5902308, 025902370 โทรสาร: 02-590-2370 หรือ e-mail : ncl@ihpp.thaigov.net <http://www.thaincdnet.com>