



ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาซ้ำ หลังการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชน ภายหลังจากที่ได้รับการจำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

อินทร์ทิรา ยิ้มประสิทธิ์ พ.บ.¹

จุฬณี สังกัดชน พ.บ.^{2*}

¹ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

² ภาควิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์และสาธารณสุข คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: chunlaneenmu.ac.th

Vajira Med J. 2021; 65(4) : 280-7

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.27>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชน ภายหลังจากที่ได้รับการจำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย: การศึกษาแบบย้อนหลังในระหว่างมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ.2557 โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 14 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคปอดอักเสบชุมชนจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษา และได้รับการจำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 130 คน โดยจำแนกความรุนแรงของโรคตาม CRB-65 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ 24 คน (ร้อยละ 18.5) โดยกลับมาเป็นผู้ป่วยนอก 18 คน (ร้อยละ 12.3) และกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยใน 6 คน (ร้อยละ 6.2) โดยมี 10 คน (ร้อยละ 7.7) ที่เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ในช่วงเวลาน้อยกว่า 72 ชั่วโมง ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ ($p < 0.01$) และการมีโรคประจำตัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($p = 0.023$)

สรุป : ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนที่มารับการรักษาและได้จำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยมีความรุนแรงของโรคปานกลาง หรือมีโรคประจำตัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีโอกาสเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ ซึ่งควรได้รับการประเมินเพิ่มเติมและติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ : ปัจจัย, โรคปอดอักเสบชุมชน, การเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์



Prevalence and Factors Associated with Adverse Outcomes in Discharged Patients with Community-Acquired Pneumonia at the Emergency Department, Vajira Hospital

Intera Yimprasit MD¹

Chunlanee Sangketchon MD^{2*}

¹ Department of Emergency, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

² Department of Disaster and Emergency medical operations, Faculty of Science and Health technology, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

* Corresponding author, e-mail address: chunlanee@nmu.ac.th

Vajira Med J. 2021; 65(4) : 280-7

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.27>

Abstract

Objective: This study has objectives to study the prevalence and factors associated with adverse outcomes in discharged patients with community-acquired pneumonia (CAP) at the emergency department, Vajira hospital.

Method: This was a retrospective chart review from January to December 2014. Medical records of over 14-year-old CAP patients who were diagnosed and discharged at emergency department were reviewed in 130 records. The severity was categorized according to CRB-65. We analyzed factors that correlate to adverse outcomes.

Results: Prevalence of adverse outcomes in discharged patients with CAP was 24 (18.5%). Eighteen of 24 (12.3%) revisited in outpatient clinic and six of 24 (6.2%) needed admission. Ten of 24 (7.7%) had adverse events within 72 hours. The factors that significantly related to adverse outcomes in patients with CAP were the severity at first ED presentation ($p < 0.01$) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) ($p = 0.023$).

Conclusion: The factors associated to adverse outcomes in discharged CAP patients are moderate severity of CAP and COPD. The CAP patients who has either one of these factors need more assessment and close follow up.

Keywords: Factor, Community-acquired pneumonia, Adverse outcomes

บทนำ

โรคปอดอักเสบชุมชนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน พบบ่อยเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคที่ต้องเฝ้าระวังและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังทั้งหมด¹ จากการศึกษาข้อมูลโรคปอดอักเสบของประเทศไทยจากระบบเฝ้าระวังโรคระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2553 พบว่า มีอัตราการป่วยตายในช่วง 6 ปีที่ศึกษา ร้อยละ 0.60- 0.79² โรคปอดอักเสบชุมชนมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อจุลินทรีย์นอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีรอยหรือปื้นฝ้าขาวเกิดขึ้นใหม่ในภาพรังสีปอดร่วมกับมีอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่างโดยอาการและภาพรังสีปอดที่เปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือไม่เกิน 2 สัปดาห์¹ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

แนวทางการรักษาโรคปอดอักเสบของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยได้มีการกำหนดเกณฑ์ในการตัดสินใจรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเข้ารักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเดิมที่เพิ่มอัตราการตายที่สูงขึ้น เช่น มะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคตับเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดสมอง โรคเบาหวาน โดยพิจารณาร่วมกับการตรวจร่างกายหรือตรวจพบทางห้องปฏิบัติการที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสี่ยงต่อการตายสูง¹ นอกจากนี้ยังมีการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบเพื่อใช้ในการตัดสินใจของแพทย์ในการวางแผนการรักษาและการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาที่เหมาะสม³⁻⁵ ซึ่งวิธีการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบมีหลายวิธี โดยวิธีการประเมินที่นิยมใช้คือ CRB 65³ ประกอบด้วย 5 ตัวแปร คือ ผู้ป่วยมีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอาการสับสน มีอัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที และค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายน้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท⁶⁻⁹

สำหรับแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลได้มีการใช้ CRB 65 ในการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ เนื่องจากเป็นวิธีที่ประเมินง่ายและสามารถจำแนกผู้ป่วยออกตามความเสี่ยงและพิจารณาแนวทาง

การรักษาผู้ป่วยได้ สามารถประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม^{3,8} ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความรุนแรงน้อยและปานกลางจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคปานกลางจะมีการติดตามอย่างใกล้ชิดหรือให้รักษาในโรงพยาบาลได้ในระยะสั้น ส่วนกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคมักจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน⁹ จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคน้อยจึงให้การักษาแบบผู้ป่วยนอก ทำให้เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์และผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก¹¹ ดังนั้น การประเมินความรุนแรงของโรคที่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนอาจนำมาสู่การพัฒนาแนวทางการประเมินและการรักษาผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้¹² ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชน ภายหลังจากที่ได้รับการจำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินวชิรพยาบาล และได้รับการจำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินโดยแพทย์แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินวชิรพยาบาล เพื่อให้กลับบ้าน จากข้อมูลเวชระเบียน

เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนที่มีอายุมากกว่า 14 ปีขึ้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2557

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ลากลับโดยไม่รับฟังคำแนะนำการรักษาของแพทย์ ไม่ได้รักษาจนครบแผนการรักษาหรือได้รับการวินิจฉัยอื่นว่าไม่ใช่โรคปอดอักเสบชุมชนภายหลังจากกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p(1 - p)}{d^2}$$

เลือกใช้ขนาดตัวอย่างที่มีค่ามากที่สุดจากการคำนวณและคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 ในกรณีที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 130 คน

การประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบโดยการใช้ CRB 65 ในการประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบด้วย 4 ตัวแปรดังนี้

1. ผู้ป่วยมีอาการสับสน
2. มีอัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที
3. ค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือ ค่าความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายน้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท

4. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป
นำผลรวมของคะแนนที่ได้ มาแบ่งกลุ่มผู้ป่วย ออกเป็น 3 กลุ่ม

- 1) 0 คะแนน : กลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคน้อย
- 2) 1 – 2 คะแนน : กลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคปานกลาง
- 3) 3 – 4 คะแนน : กลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

2. เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ระดับความรุนแรงของปอดอักเสบและความชุกของการเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์

นิยามของคำว่าผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยนอก การกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน และการเสียชีวิต ภายใน 30 วัน หลังจากรับการจำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินหรืออายุรแพทย์

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 15.0 ซึ่งข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสมของข้อมูล โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ $p\text{-value} \leq 0.05$

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (COA 1/2559)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนที่มารับการรักษา และได้รับการจำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ณ แผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2557 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.50 อายุเฉลี่ย 17 ปี อายุมากที่สุด 92 ปีโดยผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.90 ดื่มสุรา ร้อยละ 3.80 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57 รองลงมา คือ เบาหวาน ร้อยละ 30 ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับระดับความรุนแรงของปอดอักเสบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรุนแรงน้อย ร้อยละ 76.92 ส่วนความชุกของการเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนภายหลังจากรับการจำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 18.46 โดยกลับมาเป็นผู้ป่วยนอก ร้อยละ 12.3 และกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ร้อยละ 6.2 รวมทั้งมีผู้ป่วยร้อยละ 7.7 ที่เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ในช่วงเวลาน้อยกว่า 3 วัน (ตารางที่ 2) ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ คือ ระดับความรุนแรงของโรคปอดอักเสบชุมชน ($p < 0.01$) หรือการมีโรคประจำตัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($p = 0.023$) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 18.5 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์มักพบในผู้ป่วยอายุมาก โดยมีอายุเฉลี่ยคือ 63.9 ± 21.2 ปี และพบว่าร้อยละ 54.20 มีระดับความรุนแรงของปอดอักเสบระดับปานกลางถึงมาก ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์มีค่าเฉลี่ยอายุที่น้อยกว่าคือ 58.3 ± 19.5 ปี และมีระดับความรุนแรงของปอดอักเสบระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 16 ทั้งนี้จากงานวิจัยนี้พบมีอุบัติการณ์ที่กลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 6.2 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนกลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลร้อยละ 7.5¹²

ส่วนปัจจัยด้านอายุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ว่า อายุ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรานั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่มีความสัมพันธ์กันกับความรุนแรงของปอดอักเสบชุมชน¹² ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในงานวิจัยนี้มีจำนวนน้อยที่สูบบุหรี่ และดื่มสุรา จากการวิเคราะห์จึงยังไม่เห็นผลกระทบที่ชัดเจน สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือระดับความรุนแรงของปอดอักเสบ พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย

โรคปอดอักเสบชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าระดับความรุนแรงของปอดอักเสบมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุมาก มีเสมหะปริมาณมาก มีความผิดปกติของการทำงานของเซลล์ในทางเดินหายใจ หรือบางรายมีความจำเป็นต้องใช้สเตียรอยด์ในการรักษา จึงทำให้เกิดอุบัติการณ์ของโรคปอดอักเสบชุมชนได้มากหรือมีอาการของโรคที่รุนแรงมากขึ้นได้¹³

ตารางที่ 1:

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนที่ได้รับการจำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชน (n =130)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	63	48.5
หญิง	67	51.5
อายุ		
น้อยกว่า 65 ปี	74	56.9
มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี	56	43.1
การสูบบุหรี่	9	6.9
การดื่มสุรา	5	3.8
โรคประจำตัว*		
ความดันโลหิตสูง	57	43.8
เบาหวาน	30	23.1
ไขมันในเลือด	25	19.2
เส้นเลือดหัวใจตีบ	20	15.4
โรคหอบหืด	18	13.9
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	14	10.8
โรคเส้นเลือดสมองตีบ	7	5.4
ภาวะนอนติดเตียง	5	3.8
โรคไตวายเรื้อรัง	4	3.1
โรคตับเรื้อรัง	4	3.1
โรคมะเร็ง	3	2.3
โรคหัวใจล้มเหลว	1	0.8

* ผู้ป่วยบางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ตารางที่ 2:

ระดับความรุนแรงของปอดอักเสบและความชุกของการเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชน ภายหลังจากที่ได้รับการจำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ข้อมูลหลังการจำหน่ายผู้ป่วย ออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชน (n = 130)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของปอดอักเสบ		
น้อย	100	76.9
ปานกลาง	28	21.5
มาก	2	1.6
การเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ภายใน 30 วัน		
ไม่เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์	106	81.5
เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์	24	18.5
ลักษณะของผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายใน 30 วัน		
กลับมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก	18	13.8
กลับมารักษาแบบผู้ป่วยใน	6	4.7
เสียชีวิต	0	0
ระยะเวลาของการเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์		
0 - 3 วัน	10	7.7
3 - 7 วัน	6	33.3
7 - 30 วัน	8	25.0

ตารางที่ 3:

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชน ภายหลังจากที่ได้รับการจำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ปัจจัย	การเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์				p-value
	ไม่เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ (n = 106)		เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ (n = 24)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	53	50.0	10	41.7	0.504
หญิง	53	50.0	14	58.3	
อายุ (Mean ± SD)	58.3 ± 19.5		63.9 ± 21.2		0.772
สูบบุหรี่	9	8.5	0	0	0.201
ดื่มสุรา	4	3.8	1	4.2	1.000
โรคประจำตัว					
ความดันโลหิตสูง	45	42.5	12	11.3	0.649
เบาหวาน	25	23.6	5	20.8	0.800
ไขมันในเลือด	23	21.7	2	8.3	0.162
เส้นเลือดหัวใจตีบ	17	16.0	3	12.5	1.000
โรคหอบหืด	14	13.0	4	16.7	0.743
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	8	7.5	6	25.0	0.023
โรคเส้นเลือดสมองตีบ	6	5.7	1	4.2	1.000
โรคไตวายเรื้อรัง	3	2.8	1	4.2	0.563
โรคมะเร็ง	3	2.8	0	0	1.000
โรคตับเรื้อรัง	3	2.8	1	4.2	0.563
ภาวะนอนติดเตียง	3	2.8	2	8.3	0.229
โรคหัวใจล้มเหลว	0	0	1	4.2	0.185
ระดับความรุนแรงของปอดอักเสบ					
น้อย	89	84.0	11	45.8	< 0.001
ปานกลาง	16	15.1	12	50.0	
มาก	1	0.9	1	4.2	

สรุป

ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนที่มารับการรักษาและได้จำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยมีความรุนแรงของโรคปานกลาง หรือมีโรคประจำตัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีโอกาสเกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ ซึ่งควรได้รับการประเมินเพิ่มเติมและติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาแบบย้อนหลังข้อมูลในส่วนที่ไม่เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยอาจจะเสียชีวิตที่บ้านหรือเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลอื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

นำผลการศึกษาวิจัยไปใช้ในการประเมินประสิทธิภาพและพัฒนาแนวทางการรักษาปอดอักเสบชุมชนในแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนำไปใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อยอดและพัฒนาแนวทางปฏิบัติของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินต่อไป

Conflict of Interest

ผู้นิพนธ์ทุกคนขอรับรองว่า ผลงานวิจัยเรื่องนี้ไม่มี Conflict of Interest

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลที่ให้ข้อมูลและร่วมผลักดันให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Udompanit W. Guidelines for the treatment of community pneumonia in Thailand (For adults). Bangkok: The Uravej Association of Thailand; 2001.
2. Kaewnok W. Pneumonia. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2012; 43: 90-8.
3. Welte T. Risk factors and severity scores in hospitalized patients with community-acquired pneumonia: prediction of severity and mortality. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2012; 31: 33-47.
4. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File TM Jr, Musher DM, Whitney C. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. Clin Infect Dis 2003; 37(11):1405-33.
5. Lode HM. Managing community-acquired pneumonia: a European perspective. Respir Med 2007; 101(9):1864-73.
6. Lim WS, Baudouin SV, George RC, Hill AT, Jamieson C, Le Jeune I, et al. Pneumonia Guidelines Committee of the BTS Standards of Care Committee. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. Thorax 2009 ;64 Suppl 3:1-55.
7. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2007; 44 Suppl 2(Suppl 2):S27-72.
8. Ebell MH. Outpatient vs. inpatient treatment of community acquired pneumonia. Fam Pract Manag 2006;13(4):41-4.
9. Community-acquired pneumonia in adults in British hospitals in 1982-1983: a survey of aetiology, mortality, prognostic factors and outcome. The British Thoracic Society and the Public Health Laboratory Service. Q J Med 1987;62(239):195-220.
10. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax 2003;58(5):377-82.
11. Steel K, Gertman P, Crescenzi C, Anderson J. Latrogenic illness on a general medicine service at a university hospital. N Engl J Med 1981; 304:638-42.
12. Minogue MF, Coley CM, Fine MJ, Marrie TJ, Kapoor WN, Singer DE. Patients hospitalized after initial outpatient treatment for community-acquired pneumonia. Ann Emerg Med 1998; 31(3):376-80.
13. Schnoor M, Klante T, Beckmann M, Robra BP, Welte T et al. Risk factors for community-acquired pneumonia in German adults: the impact of children in the household. Epidemiol Infect 2007; 135(8):1389-97.