

การเสียชีวิตจากโรคปอดบวมของผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สมรัก รังकुณวัฒน์*

บทคัดย่อ ในระหว่างเดือน มกราคม-ธันวาคม 2538 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น community acquired pneumonia ที่เสียชีวิตจำนวน 52 ราย อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 7.1 เดือน กลุ่มอายุที่เสียชีวิตมากที่สุดคือ ระหว่าง 1-6 เดือน อัตราส่วนของเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 1 นำหนักโดยเฉลี่ยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 5.4 กิโลกรัมพบว่า 17 ราย (ร้อยละ 33) เป็นผู้ป่วยทุพโภชนาการ ระดับที่ 1 8 ราย (ร้อยละ 15) เป็นทุพโภชนาการระดับที่ 2 และ 3 ราย (ร้อยละ 6) เป็นทุพโภชนาการ ระดับที่ 3 และอยู่ในเกณฑ์ปกติ 24 ราย (ร้อยละ 46) ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยนาน 18.7 วัน 26 ราย (ร้อยละ 50) เสียชีวิตภายใน 7 วันหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ 12 ราย (ร้อยละ 32) เสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาได้เพียง 3 วัน ผู้ป่วย 35 ราย (ร้อยละ 67) เป็นผู้ป่วยส่งต่อมาจาก โรงพยาบาล ต่างๆ ในนครราชสีมา และ จังหวัดใกล้เคียง ในจำนวนนี้ 23 ราย (ร้อยละ 66) ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) จากโรงพยาบาล ดันทาง ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ หายใจลำบากก่อนที่จะเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 3.6, 3.7 และ 2 วัน ตามลำดับ อัตราการหายใจที่นับได้ในการตรวจร่างกายชั้นต้น เฉลี่ย 59 ครั้ง/นาที ทุกรายที่เสียชีวิต ตรวจร่างกายพบว่ามีชายโครงบุ๋ม (severe chest indrawing) อาการอื่นที่พบร่วมด้วย ได้แก่ diarrhea (ร้อยละ 10) cyanosis (ร้อยละ 19) seizure (ร้อยละ 21) otitis media (ร้อยละ 4) และ change of consciousness เช่น drowsiness, stuporous, coma (ร้อยละ 10) ผู้ป่วยที่เสียชีวิต พบว่ามี pre-existing diseases หรือ disorders ร่วมด้วย 24 ราย (ร้อยละ 46) ที่พบได้มาก คือ หัวใจพิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 15) และ Down's syndrome (ร้อยละ 12) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วย 28 ราย (ร้อยละ 54) พบว่ามีเม็ดเลือดขาว โดยเฉลี่ย 20.4 ตัวต่อ ลูกบาศก์มิลลิเมตร ระดับ Hct และ Hb โดยเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยได้รับ การรักษาโดยการช่วยการหายใจ (Ventilatory support) จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 71) ได้รับการช่วยหายใจโดยเฉลี่ย 14.5 วัน ผู้ป่วย 3 ราย มี positive hemoculture ภาวะแทรกซ้อน ที่พบได้ในผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก โรคปอดบวมได้แก่ Pneumothorax 6 ราย (ร้อยละ 12) RUL atelectasis 2 ราย (ร้อยละ 4) acute renal failure 1 ราย และ UTI 1 ราย การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคปอดบวม ชนิด community acquired pneumonia ที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่มีอายุน้อย มีปัจจัยเสี่ยง และมีปัจจัยความผิดปกติที่มีอยู่เดิม ร่วมด้วย

* แพทย์ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้ง ประเทศไทย ด้วย^{1,10} ในปี ค.ศ. 1989 องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญและให้การสนับสนุน ประเทศที่กำลังพัฒนาจัดตั้งโครงการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โดยมีวัตถุประสงค์ ที่จะลดอัตราป่วย และอัตราตายจากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี² จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มี การติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศที่กำลังพัฒนาเสียชีวิตถึงปีละ 4 ล้านคน ซึ่งสูงถึง 10-30 เท่าของประเทศที่พัฒนาแล้ว^{3,11} ในประเทศไทยโรคปอดบวมมีอัตราตายเป็นอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อที่พบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี⁴ จากการศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. 2529 พบว่า อัตราตายของผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 53.8 ต่อแสน ในรายงานของกองวัณโรค⁵ ปี พ.ศ. 2538 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตทั้งสิ้น 389 รายคิดเป็นอัตราตายทั่วประเทศ เท่ากับ 9.94 ต่อแสน สาเหตุการตายของผู้ป่วยปอดบวมส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินของโรครุนแรง การรักษาที่ล่าช้า และความบกพร่องของภูมิคุ้มกันของตัวผู้ป่วยเอง นอกจากนี้การศึกษาผู้ป่วยเด็กที่เสียชีวิตจากโรคปอดบวมในโรงพยาบาลเด็ก⁴ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต คือ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิดร่วมด้วย ภาวะทุพโภชนาการในระดับที่ 2 ขึ้นไป เศรษฐฐานะยากจน อายุอยู่ระหว่าง 2-6 เดือน และมีน้ำหนักร่างเกิดต่ำ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเป็นโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อจากโรงพยาบาลจังหวัดใกล้เคียง อัตราตายของผู้ป่วย เด็กที่เป็นโรคปอดบวมจึงมีอัตราสูงเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผู้ป่วยเด็กที่เสียชีวิต ด้วยโรคปอดบวมที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

1. เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในจังหวัดนครราชสีมา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดบวมที่เกิดขึ้นภายนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งถึงอุบัติการณ์ อายุ เพศ อาการและอาการแสดงทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษา
2. เพื่อหาปัจจัยที่ผู้ป่วยมีอยู่เดิม และอาการหรืออาการแสดงแรกเริ่มที่ทำให้มีการดำเนินโรคเลวลงจนถึงขั้นเสียชีวิต

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงธันวาคม 2538 โดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรกเริ่มว่า เป็นโรคปอดบวมมาจากบ้าน (Community acquired pneumonia) และเสียชีวิตในโรงพยาบาล โดยรวบรวม ข้อมูลดังต่อไปนี้ คือ อายุ เพศ วันที่เข้ารับการักษาในโรงพยาบาล referral hospital อาการและอาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ยาปฏิชีวนะและการได้รับการช่วยหายใจตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งเสียชีวิต

ผลการศึกษา

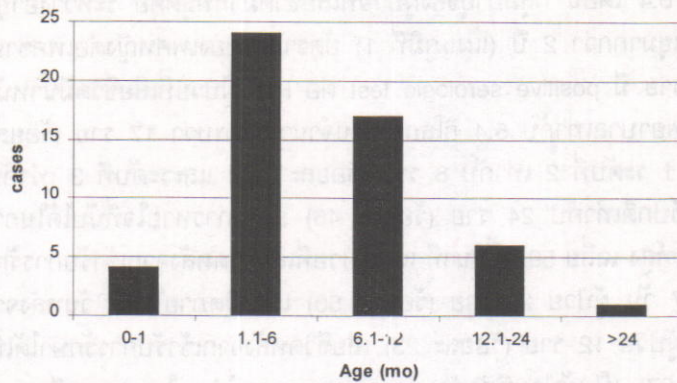
ในระหว่างเดือน มกราคม 2538- ธันวาคม 2538 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น community acquired pneumonia ที่เสียชีวิตจำนวน 52 ราย (ตารางที่ 1) อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เสียชีวิตเท่ากับ 7.1 ± 6.4 เดือน กลุ่มอายุของผู้ป่วยที่เสียชีวิตมากที่สุดคือ ระหว่างอายุ 1-6 เดือน และน้อยที่สุดในกลุ่มอายุมากกว่า 2 ปี (แผนภูมิที่ 1) อัตราส่วนของเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1 : 1 ผู้ป่วยที่เสียชีวิต 7 ราย มี positive serologic test ต่อ HIV ผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีน้ำหนักโดยเฉลี่ยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 5.4 กิโลกรัม ในจำนวนนี้ พบว่า 17 ราย (ร้อยละ 33) มีภาวะทุพโภชนาการระดับที่ 1 ระดับที่ 2 เท่ากับ 8 ราย (ร้อยละ 15) และระดับที่ 3 เท่ากับ 3 ราย (ร้อยละ 6) และอยู่ในเกณฑ์ปกติเท่ากับ 24 ราย (ร้อยละ 46) อัตราการหายใจที่นับได้ในการตรวจร่างกายขึ้นต้นพบว่าอยู่ในเกณฑ์สูง เฉลี่ย 59 ครั้ง/นาที และผู้ป่วยที่เสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยนาน 18.7 วัน ผู้ป่วย 26 ราย (ร้อยละ 50) เสียชีวิตภายใน 7 วันหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วย 12 ราย (ร้อยละ 23) เสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาได้เพียง 3 วัน ผู้ป่วย 35 ราย (ร้อยละ 67) เป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ในนครราชสีมาและจังหวัดใกล้เคียง ในจำนวนนี้ 23 ราย (ร้อยละ 66) ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) จากโรงพยาบาลต้นทางก่อนที่จะมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ป่วย 11 ราย (ร้อยละ 21) ที่ส่งต่อมารับการรักษาและไม่ได้มีการใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า 3 ราย ต้องมาใส่ท่อช่วยหายใจที่ห้องฉุกเฉินเนื่องจากภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) และผู้ป่วย 2 รายที่ส่งต่อมา รับการรักษาต่อ มี cardiac arrest ต้องทำ cardiopulmonary resuscitation (CPR) ที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วย 1 รายเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ 12 ชั่วโมง ผู้ป่วย 15 ราย (ร้อยละ 29) มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคปอดบวมมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

อาการและอาการแสดงของแรกรับของผู้ป่วยที่เสียชีวิตพบว่า ส่วนใหญ่จะมีอาการไข้ ไอและหายใจลำบาก ผู้ป่วยทุกรายที่เสียชีวิตตรวจร่างกายพบว่ามีชายโครงบุ๋ม (severe chest indrawing) ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ หายใจลำบาก ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 3.6, 3.7 และ 2 วันตามลำดับ (ตารางที่ 2) อาการอื่นที่พบร่วมด้วยได้แก่ diarrhea (ร้อยละ 10) cyanosis (ร้อยละ 19) seizure (ร้อยละ 21) otitis media (ร้อยละ 4) และ change of consciousness เช่น drowsiness stuporous, coma (ร้อยละ 10) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ ผู้ป่วยปอดบวมอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เสียชีวิต (N = 52)

ข้อมูลทั่วไป	Mean $\pm$ SD
Age (month)	7.1 $\pm$ 6.38
Sex (Male:Female)	1:1
Body weight (kg.)	5.4 $\pm$ 2.0
Respiratory rate (per min)	59 $\pm$ 11.7
Duration of hospitalization (day)	18.7 $\pm$ 22.9
Ventilatory support (day)	14.5 $\pm$ 21.8

แผนภูมิที่ 1 แสดงกลุ่มอายุของผู้ป่วยปอดบวม ที่เสียชีวิต



ตารางที่ 2 แสดงอาการและอาการแสดงแรกเริ่ม

Sign and symptoms	Number of patients (%)
Fever	48(92)
Cough	47(92)
Dyspnea	49(94)
Respiratory rate > 60/min	27(52)
Chest indrawing	52(100)
Associated symptoms	
Seizure	11(21)
Cyanosis	10(21)
Diarrhea	5(10)
Change of consciousness	5(10)
Otitis media	2(4)
Oral thrush	2(4)
Miscellaneous (Hypotonia, hepatosplenomegaly)	2(4)

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและเสียชีวิตพบว่ามี pre-existing diseases หรือ disorders รวมด้วย 24 ราย (ร้อยละ 46) ที่พบได้บ่อยคือ หัวใจพิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 15) และ Down's syndrome (ร้อยละ 12) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดง Associated Pre-existing Diseases or Disorders ที่ตรวจพบแรกเริ่ม

Pre-existing diseases or disorders	Number of patients(%)
Congenital heart diseases	8(15.3)
Neurological disorder	7(13.4)
Serologic positive for HIV	7(13.4)
Down's syndrome	6(11.5)
CMV hepatitis	1(1.9)
Thalassemia	1(1.9)
BPD	1(1.9)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วย 28 ราย (ร้อยละ 54) พบว่ามีเม็ดเลือดขาวมากกว่า 15,000 ตัวต่อ ลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยเฉลี่ยประมาณ 20.4 ตัวต่อ ลูกบาศก์มิลลิเมตรระดับ Hematocrit และ Hemoglobin โดยเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ตารางที่ 4) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการช่วยหายใจ (Ventilatory support) จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 71 ผู้ป่วยโดยเฉลี่ยได้รับการช่วยหายใจ 14.5 วัน และ 9 ราย (ร้อยละ 17) เสียชีวิตภายใน 3 วันหลังจากที่ได้รับการช่วยหายใจแล้ว

ผู้ป่วย 3 รายมี positive hemoculture เชื้อที่พบได้แก่ P. aeruginosa S.pneumonia และ Cryptococcus neoforman ผู้ป่วย 25 ราย (ร้อยละ 48) ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 2 ตัว เมื่อได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วย 14 ราย (ร้อยละ 27) ได้รับ Ampicillin เพียงอย่างเดียว

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคปอดบวมได้แก่ Pneumothorax 6 ราย (ร้อยละ 12) right upper lobe (RUL) atelectasis 2 ราย (ร้อยละ 4) acute renal failure 1 ราย และ urinary tract infection (UTI) 1 ราย

ตารางที่ 4 แสดงผล complete blood count analysis (N = 52)

complete blood count	(mean $\pm$ SD)
Hemoglobin (g/dl)	12 $\pm$ 6.5
Hematocrit (%)	29.9 $\pm$ 7.4
Total WBC ($10^3/mm^3$)	20.4 $\pm$ 14.5
% PMN	53.7 $\pm$ 19

วิจารณ์

ในประเทศไทยโรคปอดบวมเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้³ และเนื่องจากโรคปอดบวมเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ที่สำคัญเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา และมีอัตราการตายที่สูง รายงานการศึกษาการเสียชีวิตจากโรคปอดบวม ส่วนใหญ่จึงได้จากประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยด้วย

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดบวมมีอาการเลวลงจนถึงขั้นเสียชีวิตที่ได้มีรายงานไว้ ได้แก่ เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย อายุระหว่าง 2 - 6 เดือน อัตราการหายใจเร็วมากกว่า 50 ครั้ง/นาที ภาวะทุพโภชนาการ เศรษฐฐานะยากจน มีภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด^{4 7 8 12} อาการหรืออาการแสดงแรกเริ่มที่สามารถทำนายว่าผู้ป่วยจะมี การดำเนินของโรคเลวลง คือ มีอัตราการหายใจเร็ว มี gallop rhythm ตับโตและเขียว (Cyanosis)⁸ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มอายุของผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมที่เสียชีวิตมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 1 - 6 เดือน และมีน้ำหนักโดยเฉลี่ยประมาณ 5.4 กิโลกรัม ในจำนวนนี้ผู้ป่วยที่เสียชีวิต พบว่ามีภาวะทุพโภชนาการ ร่วมด้วย ร้อยละ 54 และอัตราการหายใจเร็วโดยเฉลี่ย 59 ครั้ง/นาที ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของแพทย์หญิงประมวล สุนากร และคณะ⁴ พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 2-6 เดือน มีภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วย และน้ำหนักเฉลี่ย 5.32 กิโลกรัม แพทย์หญิงสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ และคณะ⁸ ได้ศึกษาผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามธิบดีที่เสียชีวิตจากโรคปอดบวม พบว่า น้ำหนักตัวขณะแรกรับ โดยเฉลี่ย 6.2 กิโลกรัม และจะน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิต และการหายใจจะเร็วโดยเฉลี่ย 53 ครั้งต่อนาที และเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่เสียชีวิต (46.2 ครั้ง/นาที) นอกจากนี้ในการศึกษานี้เด็กเพศชายและหญิงที่เสียชีวิตมีอัตราส่วนเท่ากัน (1:1)

กลุ่มอาการของโรคปอดบวม เช่น ไข้ ไอ และหายใจลำบาก พบได้เสมอในผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรค รุนแรงจนถึงเสียชีวิต เป็นที่น่าสังเกตว่า อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกราย มี severe chest indrawing Shannและคณะ⁶ พบว่าอัตราการตายจะเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยปอดบวมที่มี severe chest indrawing ร่วมด้วย ผู้ป่วยร้อยละ 63 มีอาการอื่นๆ นอกเหนือจากอาการทางระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย เช่น Cyanosis, Convulsion, Change of consciousness ซึ่งบ่งถึงว่าผู้ป่วยอาจจะมีความ severe hypoxia และอาการร่วมที่เกิดขึ้นเป็น late manifestation ของ hypoxia⁹

ปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลที่อยู่ในต่างจังหวัด คือ การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ซึ่งต้องใช้เวลาในการเดินทาง และควรมีบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลระหว่างเดินทาง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่เสียชีวิตเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งมารับการรักษาต่อ และร้อยละ 40 ของผู้ป่วยดังกล่าวมีอาการรุนแรงจนต้องได้รับการใส่ endotracheal tube และผู้ป่วย 3 ราย ต้องได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจทันทีที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 3 วัน ทั้งหมด เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวมารับการรักษาต่อ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการค่อนข้างหนักและรุนแรง แต่อย่างไรก็ตาม การให้การรักษายาบาล การให้ oxygen การ monitor oxygen saturation และ การ clear airway ให้โล่งระหว่างการเดินทาง ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่จะลดอัตราการตายจากการเกิด severe hypoxia ระหว่างการเดินทางได้

จากการศึกษาในโรงพยาบาลเด็ก⁴ และรามธิบดี⁸ พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด ภาวะทุพโภชนาการ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตถึง 12 และ 10 เท่า ตามลำดับ และ พบว่า

ในผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคปอดบวม จะมีภาวะความผิดปกติอื่นของร่างกายร่วมด้วยถึงร้อยละ 53.5 และในกลุ่มนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเช่นหัวใจพิการแต่กำเนิด ร่วมด้วยร้อยละ 30 และจะมีอัตราตายสูงกว่าถึง 6.46 เท่า แต่จากการศึกษาผู้ป่วยที่เสียชีวิตในครั้งนี้นี้พบว่ามีภาวะความผิดปกติอื่นของร่างกายร่วมด้วยร้อยละ 46 โดย เป็นความผิดปกติของหัวใจพิการแต่กำเนิด เพียงร้อยละ 15 ซึ่งใกล้เคียง กับการศึกษาที่ ร.พ.รามธิบดี นอกจากนี้ยังพบ ภาวะความผิดปกติทางระบบประสาท (ร้อยละ 13.4) และภาวะ down's syndrome (ร้อยละ 11.5) เป็นความผิดปกติอื่นที่พบร่วมกับโรคปอดบวมในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 50 ที่มี เม็ดเลือดขาวสูงกว่า 15,000 ตัวต่อลบ.มม และมีค่า Hemoglobin และ Hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจากการศึกษาของแพทย์หญิงสุวรรณา^๑ และคณะ และ ของแพทย์หญิงประมวล สุนากร และคณะ^๔ พบว่า CBC ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคปอดบวม ไม่แตกต่างจาก กลุ่มที่ไม่เสียชีวิต ทั้งนี้รวมทั้ง neutrophil count ด้วย

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เสียชีวิตพบ positive hemoculture ได้ในอัตราที่ต่ำมากเช่นเดียวกับการศึกษาที่ โรงพยาบาลเด็ก ซึ่งพบ positive hemoculture ในอัตราที่ต่ำ ทั้งผู้ป่วยที่เสียชีวิตและรอดชีวิต (ร้อยละ 3-5)^๔

สรุป

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคปอดบวมชนิด community acquired pneumonia ที่เสียชีวิต มักพบในระหว่างช่วงอายุ 1-6 เดือน มีอาการและอาการแสดงแรกเริ่มคือ หายใจเร็วมากกว่า 60 ครั้ง/นาที มี severe chest indrawing ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่ได้ถูกส่งมาการรักษาต่อ

นอกจากนี้ปัจจัยที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย เช่น หัวใจพิการแต่กำเนิด, ภาวะ Down's syndrome ภาวะความผิดปกติทางระบบประสาท ภาวะทุพโภชนาการ ทั้งหมดมีส่วนเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงจนเสียชีวิตได้ การเฝ้าระวังและคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น จะสามารถทำให้แพทย์ช่วยชีวิตและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดบวมที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Situation of Acute Respiratory Infection in Thailand. Tuberculosis Division Department of Communicable Disease Control. Ministry of Public Health 1995
2. WHO Programme for the Control of Acute Respiratory Infections. Management of the young child with acute respiratory infection:Supervisory Skill Geneva; WHO 1990
3. Gruber WC. The epidemiology of Respiratory Infection in Children. Semin Respir Infect ; 6 :49-56, 1995
4. Pramuan Sunakorn, Apirom Vejabhuti, Mukda Wangveerawong, Chaisit Sangtaweasin, Pranom Pasukthai : Risk factors to Pneumonia Mortality in Thai Children ARIC Unit, Tuberculosis Division, Department of Communicable Disease Control, Thailand 1991. (supported by WHO)
5. กองวินโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ "ข่าวสาร ARI" ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤศจิกายน ๒539

6. Shann F, Barker J, Poore P, Clinical signs that predict death in children with severe pneumonia. *Pediatr Infect Dis J* 1989;8: 852-5
7. Tapusi E, Volmonte MA, Sanviclores ME, Determinants of Morbidity and Mortality due to Acute Respiratory Infections : Implication for intervention. *J Infect Dis* 1998; 157: 615-23
8. สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, สุกรี สุวรรณจุฑะ, อีรัชย์ ฉันทโรจนศิริ : "ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับอัตราการตาย และพยาธิสภาพ ของโรคอักเสบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข" ใน : การป้องกันและควบคุม โรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก : รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2536
9. Jadavji T, Law B, Lebel MH, A practical Guide for the Diagnosis and treatment of Pediatric Pneumonia : *Can Med Assoc J* 1997;156:s703-s711
10. Berman S, : Epidemiology of Acute Respiratory Infections in Children of Developing countries. *Rev Infect Dis*; 13:S454-S462, 1991(Suppl)
11. Selwyn BJ : The Epidemiology of Acute Respiratory Tract Infections in Young Children : Comparison From Several Developing Countries. *Rev Infect Dis*;12:S870-S888, 1991(Suppl)
12. ลดาวัลย์ ชื่นจิตร์ และคณะ : การตายของโรคปอดอักเสบในเด็ก วารสารสมาคม กุมารแพทย์ ปีที่ 22 เล่มที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2526; 123-8