

# คุณลักษณะทั่วไป พฤติกรรมและความผิดปกติ ของผู้ป่วยสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ที่มารับการ ตรวจและส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร†

สมชาย อมรย์ธิน พ.บ.\*, อังกาบ ปราการรัตน์ พ.บ.\*, ธารา ตริตระการ พ.บ.\*, อุคม คชินทร พ.บ.\*\*,  
สายพิน เมืองแมน พ.บ.\*, ยุทธนา อุคมพร พ.บ.\*, วิยะดา ชลาชนานานิน พย.บ.\*, ศิริพร คงพลาย พย.บ.\*  
\*ภาควิชาวิสัญญีวิทยา, \*\*ภาควิชาอายุรศาสตร์, ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารวิจิจ วิชาสูติศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล,  
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐.  
†ได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไปและอุปนิสัยของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ที่มารับการให้  
ยาระงับความรู้สึกสำหรับการตรวจและส่องกล้องระบบทางเดินอาหารในโรงพยาบาลศิริราช

**วิธีการศึกษา:** ศึกษาผู้ป่วยที่มารับการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการตรวจและส่องกล้องระบบทางเดินอาหารในโรง  
พยาบาลศิริราชระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๔๘ จนถึงเดือนมีนาคม ๒๕๔๙ จำนวน ๓๑๕ คน ผู้ป่วยทุกคนจะถูกบันทึก  
ข้อมูลทั่วไป, สถานภาพ, การนับถือศาสนา, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, งานอดิเรก, ชนิดการพักผ่อน, การออกกำลังกาย,  
โรคประจำตัวหรือปัญหาก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกและชนิดของการทำหัตถการ นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะ  
ทำการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่, ความคิดตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่, เหตุและปัจจัยที่ยังคงสูบบุหรี่ และเหตุและปัจจัยที่ไม่  
สามารถเลิกสูบบุหรี่

**ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยทั้งหมด ๓๑๕ คน แยกเป็นสูบบุหรี่ ๑๒๕ คน (ผู้ชาย ๑๒๒ คน, ผู้หญิง ๓ คน) และไม่สูบบุหรี่ ๑๙๐ คน  
(ผู้ชาย ๙๐ คน, ผู้หญิง ๑๐๐ คน) ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ส่วนมาก ASA II, III (๗๔.๔%) ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนมาก ASA I, II  
(๘๖.๙%) สถานภาพสมรส, จำนวนบุตร, การนับถือศาสนา, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, งานอดิเรก, ชนิดของการพักผ่อน, การ  
ออกกำลังกาย, การนอนเฉลี่ยต่อคืน, การทำงานเฉลี่ยต่อวันและต่อสัปดาห์ไม่แตกต่างกัน พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่จะมี  
ระดับการศึกษาสูงกว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรจะสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติ และผู้ป่วยที่เป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้านจะไม่สูบบุหรี่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้สูบบุหรี่โรค upper gastroin-  
testinal hemorrhage และโรคประจำตัว liver disease และ diabetes mellitus พบมากในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยสูบบุหรี่มีหัตถการที่พบบ่อย, สายฝนและยาเส้นมากที่สุด (๕๑.๒%, ๒๐.๐%, ๑๙.๒%) ระยะเวลาการสูบตั้งแต่ ๒-๗๐ ปี การสูบต่อวันตั้งแต่ ๑-๔๐ มวน อายุที่เริ่มสูบน้อยที่สุด ๑๐ ปี มากที่สุด ๖๒ ปี เหตุและปัจจัยที่ยัง  
ยังคงสูบบุหรี่และไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ส่วนใหญ่เกิดจากความอยาก, ความเครียด, สูบตามเพื่อนและความเคยชิน

**สรุป:** คุณลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ กล่าวคือผู้ป่วยชาย, การศึกษาต่ำ,  
อาชีพเกษตรกรและผู้ป่วยที่มีโรคหรือความผิดปกติหลายอย่างจะสูบบุหรี่มากกว่า นอกจากนี้โรคหรือความผิดปกติของระบบ  
ทางเดินอาหาร เช่นภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและโรคตับสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

**Abstract:** Demographic and patient characteristics of smokers and nonsmokers who undergoing gastrointestinal endoscopy at Siriraj Hospital  
 Somchai Amornytin, M.D.\*, Ungkab Prakanrattana, M.D.\*, Thara Tritrakarn, M.D.\*,  
 Udom Kachintorn, M.D.\*\*, Saipin Muangman, M.D.\*, Yuthana Udomporn, M.D.\*,  
 Wiyada Chalayonnavin, B.N.\*, Siriporn Kongplay, B.N.\*

\*Department of Anesthesiology, \*\*Department of Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700.

Siriraj GI Endoscopy Center In the Honor of Professor Vikit Viranuvatti

Siriraj Medical Bulletin 2008;1(2):71-80

**Objective:** Smoking is the single greatest cause of preventable disease and premature death. It is a major risk factor for various gastrointestinal diseases. Patient characteristics of smokers and nonsmokers may be different.

**Methods:** Prospectively analyzed the patients on whom gastrointestinal endoscopy had been performed during the period of November, 2005 to March, 2006 in Siriraj Hospital. The patients' characteristics, education, occupation, income, hobby, rest, exercise, diagnosis, preanesthetic problems and endoscopic procedures were assessed. In smokers, variety of smoking used and smoke habit was assessed.

**Results:** Three hundred and fifteen patients were 125 smokers (M 122, F 3) and 190 nonsmokers (M 90, F 100). Most smokers had ASA class II, III (74.4%). Upper gastrointestinal hemorrhage and diabetes mellitus in smoker patients were higher significant than the nonsmokers. The majority of nonsmokers had ASA class I, II (86.9%), dyspepsia (18.4%), gastroesophageal reflux disease (9.5%), CA colon (9.5%) and hypertension hematologic disease liver disease were the most common preanesthetic problems. The cultivator was the most significant occupation in smokers. Age started smoking (10-62), duration of smoke (2-70), cigarettes per day (1-40) and Krongthip, Saifon and tobacco were the most common cigarettes. The tobacco dependence was mainly due to craving a smoke, tension, social and being used to.

**Conclusion:** Patient characteristics of smokers and nonsmokers are significantly different. Smoking is a risk factor for various gastrointestinal diseases such as upper gastrointestinal hemorrhage and liver disease.

**Keywords:** patient characteristic, smoker, nonsmoker, gastrointestinal endoscopy

**บทนำ**

ในปัจจุบันยังคงมีประชากรที่สูบบุหรี่กันอีกมากถึงแม้ว่าทางราชการได้พยายามรณรงค์แต่ก็ยังไม่เป็นที่พอใจ นอกจากนี้ผู้หญิง, วัยรุ่นและเด็กมีแนวโน้มว่าจะสูบบุหรี่กันมากขึ้น โรคและความผิดปกติทางด้านร่างกายหลาย ๆ ชนิดมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยจำเป็นต้องมารับการตรวจและรักษากันมากขึ้น

การสูบบุหรี่จะเพิ่มปริมาณของ carboxyhemoglobin, เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ, ความดันเลือด และ peripheral vasoconstriction, เพิ่มการหลั่ง mucous และประสิทธิภาพการกำจัด mucous เสียไป นอกจากนี้จะลดปริมาณ immunoglobulin, ผู้ป่วยต้องการยาแก้ปวดมากกว่าปกติและพบมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความแตกต่างของ

คุณลักษณะทั่วไปและอุปนิสัยของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ที่มารับการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการตรวจและส่องกล้องระบบทางเดินอาหารในโรงพยาบาลศิริราช

**วัตถุประสงค์**

ผู้ป่วยที่มารับการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการตรวจและส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ณ ห้องตรวจและส่องกล้องระบบทางเดินอาหารวิจิตร วิราวุฒิตีติก ๘๔ ปี ชั้น ๓ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๔๘ จนถึงเดือนมีนาคม ๒๕๔๙ จำนวน ๓๑๕ คน ผู้ป่วยทุกคนจะถูกบันทึกข้อมูลทั่วไป สถานภาพ, การนับถือศาสนา, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, งานอดิเรก, ชนิดการพักผ่อน, การออกกำลังกาย, โรคประจำตัวหรือปัญหาก่อนการให้ยาระงับความ

รู้สึกและชนิดของการทำหัตถการ นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะทำการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่, ความคิดตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่, เหตุและปัจจัยที่ยังคงสูบบุหรี่และเหตุและปัจจัยที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่

ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ หมายถึงผู้ป่วยที่กำลังสูบบุหรี่อยู่จนถึงวันที่ทำการศึกษา

ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่หรือผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย ๖ เดือนจนถึงวันที่ทำการศึกษา

**การวิเคราะห์ทางสถิติ**

ข้อมูลนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) หรือจำนวนร้อยละตามความเหมาะสมใช้ Chi-square test for trend ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ค่า p-value < ๐.๐๕ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

**ผลการศึกษา**

ผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน ๓๑๕ คน แยกเป็นผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ๑๒๕ คน (ผู้ชาย ๑๒๒ คน, ผู้หญิง ๓ คน ; อายุเฉลี่ย ๕๑.๑ ± ๑๓.๗ ปี) และผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ ๑๙๐ คน (ผู้ชาย ๙๐ คน, ผู้หญิง ๑๐๐ คน ; อายุเฉลี่ย ๕๐.๐ ± ๑๔.๔ ปี) ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ส่วนมาก ASA physical status II, III แต่ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนมาก ASA I, II ส่วนค่าเฉลี่ยของน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะมากกว่าดังแสดงในตารางที่ ๑

สถานภาพการสมรส, จำนวนบุตร, การนับถือศาสนา, ระดับการศึกษาสูงสุด, อาชีพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, งานอดิเรก, ชนิดของการพักผ่อน, การออกกำลังกาย, การนอนเฉลี่ยต่อคืน, การทำงานเฉลี่ยต่อวัน และต่อสัปดาห์แสดงในตารางที่ ๒, ๓ และ ๔ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่จะมีระดับการศึกษาสูงกว่า ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยอาชีพรับจ้าง, เกษตรกร, ค้าขาย สูบบุหรี่มากที่สุด (๒๙.๖%, ๑๕.๒%, ๑๔.๔%) ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีอาชีพรับจ้าง, พ่อบ้านและแม่บ้าน, ค้าขาย (๓๐.๐%, ๒๐.๕%, ๑๑.๖%) ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรจะสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่

สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคที่ผู้ป่วยส่วนมากมาทำหัตถการตรวจและส่องกล้องระบบทางเดินอาหารในกลุ่มที่สูบบุหรี่จะเป็น upper gastrointestinal hemorrhage (๑๖.๐%), CA colon (๙.๖%) และ esophageal varice (๙.๖%) ส่วนกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนมากจะเป็น dyspepsia (๑๘.๔%), gastroesophageal reflux disease (๙.๕%) และ CA colon (๙.๕%) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะเป็นโรค upper gastrointestinal hemorrhage มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่จะเป็นโรค dyspepsia มากกว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หัตถการตรวจและส่องกล้องระบบทางเดินอาหารเรียงจากมากไปน้อยดังนี้ esophagogastroduodenoscopy, colonoscopy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, dilate esophagus เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม ส่วนโรคประจำตัวหรือปัญหาอาการให้ยาระงับความรู้สึกพบว่า liver disease (๒๕.๒%), hypertension (๑๙.๔%) และ diabetes mellitus (๑๘.๐%) มากที่สุดในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ ส่วน hypertension (๑๗.๙%), hematologic disease (๑๔.๒%) และ liver disease (๑๐.๕%) มากที่สุดในกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่โดยพบว่า liver disease และ diabetes mellitus พบในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ ๖)

ในกลุ่มผู้ป่วยที่สูบบุหรี่พบว่าจะสูบบุหรี่ยี่ห้อกรองทิพย์, สายฝนและยาเส้นกันมากที่สุด ระยะเวลาการสูบบุหรี่พบได้ตั้งแต่ ๒ ปี จนถึง ๗๐ ปี การสูบบุหรี่ต่อวันมีตั้งแต่ ๑ มวนจนถึง ๔๐ มวน ส่วนอายุที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยที่สุดอายุ ๑๐ ปี มากที่สุดอายุ ๖๒ ปี แสดงในตารางที่ ๗ ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ยังพบว่า ๕๘ คน (๔๖.๔%) ดื่มสุราและ ๙๕ คน (๗๖%) ดื่มชาและกาแฟ โดยดื่มชาและกาแฟอย่างสม่ำเสมอถึง ๕๐ คน (๕๒.๖%) ทั้งนี้ ๖๐% ของผู้ที่สูบบุหรี่จะมีญาติพี่น้องสูบบุหรี่ด้วย นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวต้องการให้เลิกสูบบุหรี่สูงถึง ๙๑.๒% ในส่วนตัวผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และมีความคิดตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่ ๘๒.๔% แต่เคยปรึกษาแพทย์เพื่อเลิกสูบบุหรี่เพียง ๙.๖% เหตุและปัจจัยที่ยังคงสูบบุหรี่เนื่องมาจากความอยาก (๖๒.๔%), ความเครียด (๓๗.๖%),

ตารางที่ ๑. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

	สูบบุหรี่ (๑๒๕)		ไม่สูบบุหรี่ (๑๙๐)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>					<๐.๐๐๑*
ชาย	๑๒๒	๙๗.๖	๙๐	๔๗.๔	
หญิง	๓	๒.๔	๑๐๐	๕๒.๖	
<b>อายุ (ปี)</b>					๐.๕๑๑
๑๕-๓๐	๙	๗.๒	๒๑	๑๑.๐	
๓๑-๔๕	๓๕	๒๘.๐	๕๒	๒๗.๔	
๔๖-๖๐	๕๒	๔๑.๖	๖๙	๓๖.๓	
๖๑-๗๕	๒๔	๑๙.๒	๔๑	๒๑.๖	
> ๗๕	๕	๔.๐	๗	๓.๗	
ค่าเฉลี่ยอายุ ± SD	๕๑.๑ ± ๑๓.๗		๕๐.๐ ± ๑๔.๔		
<b>ASA physical status</b>					<๐.๐๐๑*
I	๓๑	๒๔.๘	๘๐	๔๒.๑	
II	๕๘	๔๖.๔	๘๕	๔๔.๘	
III	๓๕	๒๘.๐	๒๔	๑๒.๖	
IV	๑	๐.๘	๑	๐.๕	
<b>น้ำหนัก (กก.)</b>					๐.๒๓๔
๓๐-๕๐	๒๗	๒๑.๖	๔๗	๒๔.๗	
๕๑-๗๐	๗๕	๖๐.๐	๑๒๓	๖๔.๘	
๗๑-๙๐	๒๒	๑๗.๖	๑๕	๗.๙	
> ๙๐	๑	๐.๘	๕	๒.๖	
ค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ± SD	๖๐.๐ ± ๑๐.๓		๕๘.๕ ± ๑๑.๖		
<b>ส่วนสูง (ซม.)</b>					<๐.๐๐๑*
๑๕๕-๑๖๐	๓๑	๒๔.๘	๑๐๙	๕๗.๔	
๑๖๑-๑๗๕	๘๘	๗๐.๔	๗๑	๓๗.๔	
> ๑๗๕	๖	๔.๘	๑๐	๕.๒	
ค่าเฉลี่ยส่วนสูง ± SD	๑๖๕.๖ ± ๕.๘		๑๖๐.๙ ± ๗.๙		

\* p-value < ๐.๐๕ มีนัยสำคัญทางสถิติ

สูบบุหรี่ (๒๔.๐%) และความเคยชิน (๗.๒%) ส่วนเหตุและปัจจัยที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เนื่องจากความเครียด (๕๑.๕%), ความอยาก (๔๐.๘%), สูบบุหรี่เพื่อน (๑๓.๖%) และความเคยชิน (๑๒.๖%) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ๙๘ คน (๗๘.๔%) จะไม่มีปัญหาและอุปสรรคถ้าจะพยายามเลิกสูบบุหรี่มีเพียง ๒๗ คน (๒๑.๖%) มีปัญหาและอุปสรรคในการพยายามเลิกสูบบุหรี่เนื่องจาก ความเครียด (๔๘.๑%), ความอยาก (๔๔.๔%)

และไม่ได้ตั้งใจจริง (๑๔.๘%) ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ๑๘ คน (๑๔.๕%) มีความต้องการให้แพทย์ช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่

**วิจารณ์**

ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ส่วนมากจะเป็นเพศชาย (๙๗.๖%) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนมากจะเป็นเพศ

ตารางที่ ๒. สถานภาพการสมรส, จำนวนบุตร, การนับถือศาสนาและระดับการศึกษาสูงสุด

	สูบบุหรี่ (๑๒๕)		ไม่สูบบุหรี่ (๑๙๐)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>สถานภาพการสมรส</b>					
โสด	๑๖	๑๒.๘	๓๗	๑๙.๕	๐.๐๗๘
สมรส	๑๐๓	๘๒.๔	๑๕๓	๗๕.๓	
หม้าย	๓	๒.๔	๕	๒.๖	
หย่าร้าง	๓	๒.๔	๕	๒.๖	
<b>จำนวนบุตร (คน)</b>					
๑-๒	๕๘	๕๙.๒	๘๐	๕๗.๑	๐.๖๗๔
๓-๔	๓๐	๓๐.๖	๔๘	๓๔.๓	
> ๔	๑๐	๑๐.๒	๑๒	๘.๖	
<b>การนับถือศาสนา</b>					
พุทธ	๑๒๕	๑๐๐	๑๘๙	๙๙.๕	๐.๔๑๗
คริสต์	-	-	๑	๐.๕	
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>					
ไม่ได้ศึกษา	๔	๓.๒	๙	๔.๗	<๐.๐๐๑*
ประถมศึกษา	๕๓	๔๒.๔	๕๐	๒๖.๓	
มัธยม	๓๖	๒๘.๘	๔๐	๒๑.๑	
อนุปริญญา	๙	๗.๒	๑๖	๘.๔	
ปริญญาตรี	๑๙	๑๕.๒	๖๕	๓๔.๒	
สูงกว่าปริญญาตรี	๔	๓.๒	๑๐	๕.๓	

\* p-value < ๐.๐๕ มีนัยสำคัญทางสถิติ

หญิง (๕๒.๖%) ส่วนสถานภาพการสมรส, จำนวนบุตร และการนับถือศาสนาไม่แตกต่างกัน แต่จะพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่จะมีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรมจะสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่เป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้านจะไม่สูบบุหรี่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีผลต่อการสูบบุหรี่

งานอดิเรก, ชนิดของการพักผ่อน, การออกกำลังกาย, การนอนเฉลี่ยต่อคืน และการทำงานเฉลี่ยต่อวันและสัปดาห์ไม่มีผลแตกต่างกันมากนัก ส่วนโรคหรือความผิดปกติที่ต้องมาทำหัตถการตรวจและรักษา ระบบทางเดินอาหารจะสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ กล่าวคือ upper gastrointestinal hemorrhage, CA colon และ esophageal varice จะพบมากในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ แต่ dyspepsia, gastroesophageal reflux disease และ CA colon จะพบมากในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะเป็นโรค upper gastrointestinal hemorrhage มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่จะเป็นโรค dyspepsia มากกว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับโรคประจำตัวหรือปัญหาก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก liver disease, hypertension และ diabetes mellitus พบมากในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ แต่ hypertension, hematologic disease และ liver disease พบมากในกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยพบว่า liver disease และ diabetes mellitus พบในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การหยุดสูบบุหรี่ก่อนการทำหัตถการหรือการผ่าตัดจะได้ประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างมากแต่ระยะเวลา

ตารางที่ ๓. อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

	สูบบุหรี่ (๑๒๕)		ไม่สูบบุหรี่ (๑๙๐)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>อาชีพ</b>					
รับจ้าง	๓๗	๒๙.๖	๕๗	๓๐.๐	๐.๙๖๐
เกษตรกร	๑๙	๑๕.๒	๑๐	๕.๓	๐.๐๐๕*
ค้าขาย	๑๘	๑๔.๔	๒๒	๑๑.๖	๐.๕๗๓
รับราชการ	๑๗	๑๓.๖	๒๕	๑๓.๒	๐.๙๕๔
พ่อบ้าน, แม่บ้าน	๑๐	๘.๐	๓๙	๒๐.๕	๐.๐๐๔*
ข้าราชการบำนาญ	๗	๕.๖	๑๓	๖.๘	๐.๘๓๖
พระภิกษุ	๕	๔.๐	๑	๐.๕	๐.๐๗๔
อื่น ๆ	๑๒	๙.๖	๒๓	๑๒.๑	๐.๖๑๐
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>					
< ๓,๐๐๐	๕	๔.๖	๕	๓.๔	๐.๔๖๒
๓,๐๐๑-๕,๐๐๐	๑๐	๙.๑	๑๓	๘.๘	
๕,๐๐๑-๑๐,๐๐๐	๓๕	๓๑.๘	๒๙	๑๙.๗	
๑๐,๐๐๑-๓๐,๐๐๐	๔๔	๔๐.๐	๖๘	๓๖.๓	
๓๐,๐๐๑-๕๐,๐๐๐	๑๓	๑๑.๘	๒๒	๑๕.๐	
> ๕๐,๐๐๐	๓	๒.๗	๑๐	๖.๘	

\* p-value < ๐.๐๕ มีนัยสำคัญทางสถิติ

การหยุดสูบบุหรี่ก่อนการทำหัตถการควรใช้เวลานานเท่าใดยังไม่สามารถชี้ชัดได้<sup>๒</sup> มีการศึกษาพบว่าถ้าสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้นานมากเท่าไรก็ยิ่งดี<sup>๓</sup> การหยุดสูบบุหรี่ก่อนการทำหัตถการหรือผ่าตัดถ้าสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย ๖ เดือนก็จะเป็นการดีมาก<sup>๔</sup> ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วจะเป็นไปได้ยาก แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือสงสัยว่าจะมีความเสี่ยงเกี่ยวกับปัญหาหัวใจควรต้องหยุดสูบบุหรี่ถึงแม้ว่าจะสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ช่วงเวลาสั้น ๆ ก็ตาม นอกจากนี้ยังมีแนวทางปฏิบัติสำหรับช่วยการหยุดสูบบุหรี่ไว้มากมาย<sup>๕</sup>

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะมีโอกาสพบผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มาก ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้แนะนำให้แพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิใช้หลัก ๕A<sup>๖</sup> (Ask = สอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในทุกครั้งที่พบผู้ป่วย, Advise = แนะนำให้ผู้ที่ติดยาเลิกสูบ, Assess = ประเมินความเต็มใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วย, Assist = ช่วยเหลือผู้ป่วยในการพยายามเลิกสูบบุหรี่, Arrange = ติดตาม

ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นระยะ) ในการรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยที่ติดยา<sup>๗</sup>

มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ของ Batel P, และคณะ<sup>๘</sup> พบว่าผู้ป่วยที่ติดสุราจะสูบบุหรี่ถึง ๘๘% และจำนวนบุหรี่ที่สูบมีความสัมพันธ์กับการติดสุราและปริมาณสุราที่ดื่ม นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะมีบุคลิกเป็นแบบก้าวร้าว, มีความผิดปกติทางจิตประสาทและไม่ชัดเจน<sup>๙</sup> ทั้งนี้แม้จะมีความแตกต่างกันบ้างในเรื่องตัวแปรอื่น ๆ ระหว่างหญิงและชายแต่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิก, อุปนิสัยและภาวะทางจิตใจจะเหมือนกันระหว่างหญิงและชาย<sup>๑๐</sup> และพบว่าคำแนะนำและการโฆษณาชวนเชื่อมีผลต่อการสูบบุหรี่น้อยกว่า<sup>๑๑</sup>

เศรษฐฐานะทางการเงินมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยยากจนจะสูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางการเงินดี<sup>๑๒</sup> ส่วนเรื่องการศึกษาที่มีรายงานของ Huisman M, และคณะ<sup>๑๓</sup> พบว่า

ตารางที่ ๔. งานอดิเรก, ชนิดการพักผ่อน, การออกกำลังกาย, การนอนเฉลี่ยต่อคืน, การทำงานเฉลี่ยต่อวันและต่อสัปดาห์

	สุขบัญญัติ (๑๒๕)		ไม่สุขบัญญัติ (๑๙๐)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>งานอดิเรก</b>				
ปลูกต้นไม้	๑๒	๓๒.๕	๒๔	๒๙.๓
อ่านหนังสือ	๖	๑๖.๒	๑๕	๑๘.๓
ค้าขาย	๔	๑๐.๘	๗	๘.๕
เลี้ยงสัตว์	๓	๘.๑	๘	๙.๘
ธุรกิจส่วนตัว	๒	๕.๔	๑๑	๑๓.๔
สะสมของ	๒	๕.๔	๑	๑.๒
เล่นดนตรี	๑	๒.๗	๑	๑.๒
อื่น ๆ	๗	๑๘.๙	๑๕	๑๘.๓
<b>ชนิดการพักผ่อน*</b>				
นอน	๑๐๒	๘๑.๖	๑๐๔	๕๔.๒
ดูทีวี	๒๔	๑๙.๒	๕๑	๒๖.๖
สังสรรค์กับเพื่อน	๕	๔.๐	๑๓	๖.๘
ฟังเพลง	๒	๑.๖	๑๑	๕.๗
อ่านหนังสือ	๑	๐.๘	๑๓	๖.๘
<b>การออกกำลังกาย</b>				
ไม่ออก	๕๘	๔๖.๔	๖๔	๓๓.๗
บางครั้ง	๔๑	๓๒.๘	๖๖	๓๔.๗
สม่ำเสมอ	๒๖	๒๐.๘	๖๐	๓๑.๖
<b>การนอนเฉลี่ยต่อคืน (ชม.)</b>				
๓-๕	๑๙	๑๕.๒	๒๖	๑๓.๖
๖-๘	๙๑	๗๒.๘	๑๕๙	๘๓.๗
> ๘	๑๕	๑๒.๐	๕	๒.๗
<b>การทำงานเฉลี่ยต่อวัน (ชม.)</b>				
๑-๓	๗	๖.๔	๘	๖.๐
๔-๖	๒๗	๒๑.๕	๑๖	๑๑.๙
๗-๙	๕๔	๔๙.๑	๘๓	๖๑.๙
> ๙	๒๒	๒๐.๐	๒๗	๒๐.๒
<b>การทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (วัน)</b>				
๓	๔	๓.๖	๒	๑.๕
๔	๑	๐.๘	๑	๐.๘
๕	๓๓	๓๐.๐	๕๘	๔๓.๓
๖	๒๖	๒๓.๗	๓๑	๒๓.๑
๗	๔๖	๔๑.๘	๔๒	๓๑.๓

\* ผู้ป่วยสามารถตอบได้มากกว่า ๑ ชนิด

ตารางที่ ๕. โรคหรือความผิดปกติที่ต้องมาทำห้ตถการ

	สูบบุหรี (๑๒๕)		ไม่สูบบุหรี (๑๙๐)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Upper gastrointestinal hemorrhage	๒๐	๑๖.๐	๑๒	๖.๓	<๐.๐๐๑*
CA colon	๑๒	๙.๖	๑๙	๙.๕	๐.๙๗๓
Esophageal varice	๑๒	๙.๖	๗	๓.๗	๐.๐๕๕
Dyspepsia	๙	๗.๒	๓๕	๑๘.๔	๐.๐๐๙*
Cirrhosis	๙	๖.๔	๗	๓.๗	๐.๔๐๒
CBD stone	๖	๔.๘	๒	๑.๑	๐.๐๙๙
CA stomach	๕	๔.๐	๙	๔.๗	๐.๙๗๕
Peptic ulcer	๕	๔.๐	๖	๓.๒	๐.๙๓๒
Gastroesophageal reflux disease	๔	๓.๒	๑๙	๙.๕	๐.๐๕๕
Gall stone	๔	๓.๒	๒	๑.๑	๐.๓๔๕
Gastritis	๓	๒.๔	๔	๒.๑	๐.๙๒๙
Cholangiocarcinoma	๓	๒.๔	๒	๑.๑	๐.๖๓๔
Lower gastrointestinal hemorrhage	๒	๑.๖	๗	๓.๗	๐.๔๕๙
Hemorrhoid	๒	๑.๖	๖	๓.๒	๐.๖๒๑
อื่น ๆ	๓๐	๒๔	๕๕	๒๙	๐.๔๐๑

\* p-value < ๐.๐๕ มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ ๖. โรคประจำตัวหรือปัญหาก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก\*

	สูบบุหรี (๑๒๕)		ไม่สูบบุหรี (๑๙๐)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Liver disease	๓๕	๒๕.๒	๒๐	๑๒.๗	<๐.๐๐๑**
Hypertension	๒๗	๑๙.๔	๓๔	๒๑.๗	๐.๕๐๓
Diabetes mellitus	๒๕	๑๘.๐	๑๕	๙.๖	๐.๐๐๒**
Hematologic disease	๑๑	๗.๙	๒๗	๑๗.๒	๐.๒๐๕
Cardiovascular disease	๑๐	๗.๒	๗	๔.๕	๐.๑๖๐
Renal disease	๗	๕.๐	๗	๔.๕	๐.๕๙๗
Respiratory disease	๗	๕.๐	๑๑	๗.๐	๐.๙๕๙
Dyslipidemia	๕	๓.๖	๑๒	๗.๖	๐.๕๒๕
Central nervous system disease	๓	๒.๒	๔	๒.๕	๐.๙๒๙
อื่น ๆ	๙	๖.๕	๑๙	๑๑.๕	๐.๖๑๗
ไม่มี	๓๑	๒๔.๙	๙๐	๔๒.๑	๐.๐๐๒**

\* ผู้ป่วยบางคนมีโรคประจำตัวหรือปัญหาก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกมากกว่า ๑ อย่าง

\*\* p-value < ๐.๐๕ มีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ ๗. ชนิดของบุหรี่, ระยะเวลาการสูบ, การสูบเฉลี่ยต่อวันและอายุที่เริ่มสูบ

	จำนวน	ร้อยละ
<b>ชนิดของบุหรี่ *</b>		
กรองทิพย์	๖๔	๕๑.๒
สายฝน	๒๕	๒๐.๐
ยาเส้น	๒๔	๑๙.๒
LM	๑๐	๘.๐
Marlboro	๙	๗.๒
กรุงทอง	๙	๖.๔
Wonder	๕	๔.๐
อื่น ๆ	๙	๖.๔
<b>ระยะเวลาการสูบ (ปี)</b>		
๑-๑๐	๑๐	๘.๐
๑๑-๒๐	๒๕	๒๐.๐
๒๑-๓๐	๓๑	๒๔.๘
๓๑-๔๐	๓๒	๒๕.๖
๔๑-๕๐	๑๓	๑๐.๔
> ๕๐	๑๔	๑๑.๒
<b>การสูบเฉลี่ยต่อวัน (มวน)</b>		
๑-๕	๓๒	๒๕.๖
๖-๑๐	๓๙	๓๑.๒
๑๑-๒๐	๔๔	๓๕.๒
๒๑-๓๐	๔	๓.๒
๓๑-๔๐	๖	๔.๘
<b>อายุที่เริ่มสูบ (ปี)</b>		
๑๐-๑๕	๓๐	๒๔.๐
๑๖-๒๐	๖๕	๕๒.๐
๒๑-๓๐	๒๐	๑๖.๐
๓๑-๔๐	๖	๔.๘
๔๑-๕๐	๓	๒.๔
> ๕๐	๑	๐.๘

\*ผู้ป่วยบางคนสูบบุหรี่ปริมาณมากกว่า ๑ ชนิด

ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ปริมาณมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ปริมาณ เช่นเดียวกับผลการศึกษาร่วมกันของ Cavelaars AEJM, และคณะ<sup>๑๔</sup> ในทวีปเอเชียมีการศึกษาในประเทศจีน<sup>๑๕</sup> ได้ผลเหมือน ๆ กับในทวีปยุโรปและสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ กลุ่มวัยรุ่น, ผู้ชายและไม่ได้เรียนหนังสือมีความสัมพันธ์

กับการสูบบุหรี่ปริมาณและมีแนวโน้มว่าจะเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงมากที่สุดที่จะเน้นและให้ความสำคัญตลอดจนเป็นกลุ่มเป้าหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

**สรุปร**

ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะมีปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารอันเนื่องมาจากคุณลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมที่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ กล่าวคือผู้ชาย, ASA physical status สูง ๆ, ระดับการศึกษาต่ำ, อาชีพเกษตรกร, เป็นโรค upper gastrointestinal hemorrhage, liver disease และ เบาหวาน จะพบในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**เอกสารอ้างอิง**

๑. The Australian and New Zealand College of Anaesthetists: Professional documents. Statement on smoking as related to the preoperative period. 2002;June 25.
๒. Warner DO, Warltier DC. Perioperative abstinence from cigarettes; physiology and clinical consequences. Anesthesiology 2006; 104:556-67.
๓. Warner DO. Preoperative smoking cessation. How long is long enough? Anesthesiology 2005;102:883-4.
๔. Nakagawa M, Tanaka H, Tsukuma H, Kishi Y. Relationship between the duration of the preoperative smoke-free period and the incidence of postoperative pulmonary complications : after pulmonary surgery. Chest 2001;120:705-10.
๕. Bemhard Z. Should smokers stop smoking preoperatively-and if so, when? Curr Opin Anaesthesiol 2002;15:53-5.
๖. Cornuz J. Treating tobacco use and dependence in clinical practice. Expert Opin Pharmacother 2006;7:783-92.
๗. Fiore MC. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000. Available from :http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid = hstat 2 section. 7741.
๘. Batel P, Pessione F, Maitre C, Rueff B. Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. Addiction 1995;90:977-80.
๙. Terracciano A, Costa PT. Smoking and the five-factor model of personality. Addiction 2004;99:472-81.
๑๐. Etter JF, Prokhorov AV, Perneger TV. Gender differences in the psychological determinants of cigarette smoking. Addiction 2002; 97:733-43.
๑๑. Smith KH, Stutts MA. Factors that influence adolescents to smoke. J Cons Aff 1999;33:321-57.
๑๒. Song H, Fish M. Demographic and psychosocial characteristics of smokers and nonsmokers in low-socioeconomic status rural Appalachian 2-parent families in Southern West Virginia. J Rural Health 2006;22:83-7.
๑๓. Pampel FC. Socioeconomic distinction, cultural tastes and cigarette smoking. Soc Sci Quart 2006;87:19-35.
๑๔. Huisman M, Kunst AE, Machenbach JP. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. Tob Control 2005;14:106-13.
๑๕. Cavelaars AEJM, Kunst AE, Geurts JJM, Crialesi R, Grotvedt L, Helmert U, et al. Educational differences in smoking: international comparison. BMJ 2000;320:1102-7.
๑๖. Yang G, Ma J, Chen AP, Brown S, Taylor CE, Samet JM. Smoking among adolescents in China: 1998 survey findings. Int J Epidemiol 2004;33:1103-10.