

ผลการรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด ในโรงพยาบาลบางบัวทอง

ประพุทธ ลีลาพฤกษ์

โรงพยาบาลบางบัวทอง นนทบุรี

บทคัดย่อ

หืดเป็นโรคเรื้อรังและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยและอำเภอบางบัวทอง หนึ่งในปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหืดคือการมีแพทย์หลายคนดูแลผู้ป่วย หรือไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานและไม่ต่อเนื่อง โรงพยาบาลบางบัวทองจึงได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดขึ้นในเดือนเมษายน 2550 เพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้ได้มาตรฐานของ GINA และศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนานี้เปรียบเทียบผล ใน 2 ช่วงเวลา คือตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นข้อมูลก่อนจัดตั้งคลินิกโรคหืด กับตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นข้อมูลหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืด จำนวน 60 คน เพื่อประเมินประสิทธิผลทั่วไปของการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลบางบัวทอง

ผลการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วย 60 ราย ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งสองระยะ แพทย์นำแนวทางการรักษาโรคหืดมาใช้กับ ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทุกราย (ร้อยละ 100) มีอัตราผู้ป่วยโรคหืดพ่นยาได้ถูกต้อง ร้อยละ 51.7 อัตราการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.005) อัตราผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.001) ค่าสมรรถภาพของปอด (PEFR) ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.7 เป็น ร้อยละ 76.6 และมีร้อยละ 51.7 ที่ประเมินการควบคุมโรคหืดด้วยตนเองว่าอยู่ในระดับควบคุมโรคหืดได้ดีแล้ว ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของโรคหืดลดลง มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและงานประจำได้ดีขึ้น

สรุป หลังเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลการรักษาที่ดีขึ้นในทุกด้านเมื่อเทียบกับก่อนเข้าคลินิก โดยพบว่าอาการหอบเหนื่อยในเวลากลางวันและกลางคืน การไอหอบเหนื่อยตลอดลม การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน และการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดลง ค่าสมรรถภาพของปอด (PEFR) มีแนวโน้มดีขึ้น มีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แสดงถึงประสิทธิผลที่ดีในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดโดยการจัดตั้งคลินิกโรคหืด

คำสำคัญ:

คลินิกโรคหืด, ผลการรักษา, สมรรถภาพปอด

บทนำ

หืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม โดยเกิดจากการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งทีกระตุ้นบางชนิดมากกว่าคนปกติ⁽¹⁾ ซึ่งอาจจะเป็นจากภายนอกคือสารก่อภูมิแพ้ การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ

ควันหรือมลพิษต่าง ๆ หรือภายในของผู้ป่วยเอง เช่น ความเครียด การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เมื่อเกิดการกระตุ้นจะทำให้เม็ดเลือดขาวบางชนิดปล่อยสารอักเสบออกมา ทำให้มีการอักเสบของทางเดินหายใจ หลอดลมจะยิ่งไวต่อสิ่งกระตุ้น มีการบวมของผนังหลอดลม และ

กล้ามเนื้อหลอดลมหดเกร็งทำให้หลอดลมตีบและเป็นสาเหตุของอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วยโรคหืด สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย และอาการเหล่านี้จะหายได้เองหรือเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม

โรคหืดถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยทำให้สุขภาพร่างกายด้อยลงจากการที่ผู้ป่วยหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือออกกำลังกายได้ตามปรกติอีกทั้งยังส่งผลต่อภาวะจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย และก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศจากค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในหึ่งฉุกเฉิน และการนอนรักษาต่อในโรงพยาบาล^(2,3) ทั้งนี้ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมามีการพัฒนาแนวทางการรักษาโรคหืด ซึ่งกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับ Heart Lung & Blood Institute (NHLBI) กำหนดเป็น Global Initiative for Asthma (GINA)⁽⁴⁾ มาใช้โดยสมาคมอูเรเวชซ์ร่วมกับสมาคมโรคภูมิแพ้ และอิมมูโนวิทยา และชมรมโรคหืดได้นำแนวทางของ GINA มากำหนดเป็นแนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2537⁽⁵⁾ และปรับปรุงเมื่อ พ.ศ. 2540⁽⁶⁾ และ พ.ศ. 2541⁽⁷⁾ โดยแนวทางดังกล่าวเป็นการใช้ยาพ่นที่มีสเตียรอยด์เป็นหลักเพื่อไปขัดขวาง arachidonic acid metabolism ทำให้ไม่สามารถสร้าง prostaglandin นอกนี้ยังลด microvascular leakage ลดการสร้าง cytokine ทำให้ลดการอักเสบของหลอดลม และทำให้ beta receptor ในหลอดลมทำงานดีขึ้น โดยใช้ร่วมกับยาขยายหลอดลมชนิดพ่นเพื่อบรรเทาอาการ แนวทางการรักษาโรคหืดเดิมมีความยุ่งยากในการประเมินความรุนแรง เพราะต้องเอาระดับของการรักษามาพิจารณาพร้อมกับอาการด้วย จึงได้มีการปรับปรุง GINA guidelines 2006 ขึ้นโดยหันมาประเมินการควบคุมโรคหืดแทนการประเมินความรุนแรงของโรคและปรับการรักษาตามภาวะการควบคุมโรค⁽⁸⁾

ในช่วงปี 2546 ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคหอบหืดในประเทศไทยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และร้อยละ 21 ต้องเข้ารับการรักษาในหึ่งฉุกเฉิน⁽⁹⁾ พบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6.7 ที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ มีการศึกษาของ Suissa และคณะ พบว่าการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอจะสามารถป้องกันการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเรื่องธรรมชาติของโรค ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้นที่อาจกระตุ้นให้โรคกำเริบ วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง การประเมินความรุนแรงของโรค จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น และการประเมินความรุนแรงแล้วให้การรักษาตามความรุนแรงของโรคทั้งขณะที่มีการกำเริบของโรคหืด หรือขณะโรคสงบ มีการจัดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดได้ผลดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายของทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาล

จากข้อมูลของโรงพยาบาลบางบัวทองเมื่อ พ.ศ. 2549 พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐานโดยเฉพาะไม่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาฉุกเฉินนอกเวลาที่หึ่งฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นกลุ่มโรคที่มีการรายงาน re - admit ร้อยละ 2.3 และมียอดการสั่งซื้อยาพ่นชนิดบรรเทาอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ จากปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลบางบัวทองจึงได้จัดให้มีคลินิกโรคหืดขึ้น ตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2550 โดยมีคณะทำงานประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการดูแลอย่างถูกต้องปลอดภัยตามมาตรฐาน 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดมีความรุนแรง และความถี่ของอาการที่ลดลง 3. เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้เช่นเดียวกับคนปรกติ จึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลบางบัวทองก่อนและหลังเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยสืบค้นจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยคลินิกโรคหืด ในผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกรายที่มารักษอย่างต่อเนื่องทั้งใน 2 ช่วงเวลา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นข้อมูลก่อนจัดตั้งคลินิกโรคหืด และตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นข้อมูลหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืด จำนวน 60 คน ทำการรวบรวมข้อมูลแล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าอัตราส่วนร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเปรียบเทียบตัวชี้วัดการควบคุมโรคหืดก่อน-หลัง การเปิดคลินิกโรคหืด โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน paired t-test การเปรียบเทียบค่า peak expiratory flow rate ก่อน-หลังการเปิดคลินิกโรคหืด ใช้สถิติ Pearson chi-square โดยมีความแตกต่างกันทางสถิติเป็น p-value, 95% CI

โดยข้อมูลที่น่าสนใจได้แก่

1. เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา ระยะเวลาที่เริ่มโรค ประวัติการสูบบุหรี่ การมีโรคอื่น ร่วม
2. ระดับความรุนแรงของโรคก่อนและหลังเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด
3. ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด
4. การติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคหืดตามแนวทางการรักษาโรคหืด
5. ผลการตรวจสมรรถภาพปอดก่อนและหลังเข้ารับการรักษา
6. คะแนนการประเมินความสามารถในการควบคุมโรคหืดของตนเอง

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 46 ราย (76.7%) อายุเฉลี่ย 48.50 ปี (อายุ 18

-75 ปี) เป็นโรคหืดมาเฉลี่ย 24.5 ปี (ระหว่าง 2-61 ปี) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา 53 ราย (88.3%) อาชีพรับจ้าง 31 ราย (51.7%) ภูมิลำเนาอยู่นอกเขตรับผิดชอบในโรงพยาบาล 54 ราย (90.0%) มีประวัติสูบบุหรี่ 11 ราย (18.3%) และเป็นโรคหืดร่วมกับโรคอื่น 18 ราย (30.0%)

การประเมินความรุนแรงโรคก่อนและหลังเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด

ก่อนเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 16.7 มีความรุนแรงของโรคในระดับมาก มีเพียงร้อยละ 3.3 ที่มีอาการในระดับที่ควบคุมได้

ผลการติดตามผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคลดลง โดยมีเพียง 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1.7 ที่ยังมี ความรุนแรงของโรคในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคก่อนและหลังเข้าคลินิกโรคหืดโดยใช้ paired-samples t-test พบว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 1)

เปรียบเทียบการรักษาของผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของโรคก่อนและหลังเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด

| ระดับความรุนแรงของโรค | ก่อนเข้าคลินิก คน (ร้อยละ) | หลังเข้าคลินิก คน (ร้อยละ) |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Intermittent | 2 (3.3) | 11 (18.3) |
| Mild persistent | 6 (10.0) | 28 (46.7) |
| Moderate persistent | 42 (70.0) | 20 (33.3) |
| Severe persistent | 10 (16.7) | 1 (1.7) |
| Total | 60 (100) | 60 (100) |

รักษาในคลินิกโรคหืดมีคะแนนเฉลี่ยจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน การเกิดอาการหืดในเวลากลางคืนและการใช้ short acting beta 2 agonist inhaler ลดน้อยกว่าก่อนเข้า asthma clinic อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ผลการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคหืด ในด้านการดูแลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานการรักษาโรคหืด

1. อัตราการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมาใช้ที่เหมาะสมของแพทย์ จากการศึกษาพบว่า แพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหืด ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหืดของสมาคมอหุเวชช์ร้อยละ 100

2. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรในการใช้ยาพ่นเป็นร้อยละ 100 โดยมีการสอนและประเมินผลทุกครั้ง que ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกโรคหืด และเมื่อแพทย์สั่งใช้ยาพ่น (โดยมีการบันทึก ติดตามผลเป็นรายบุคคล)

3. อัตราผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นได้ถูกต้อง ร้อยละ 51.7 (31 คน)

4. อัตราผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นร้อยละ 3.3 (2 คน) โดยมีเชื้อราในช่องปาก 1 คน และมีเสียงแหบ 1 คน

5. อัตราผู้ป่วยที่ไม่ยอมใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่นร้อยละ 5 (3 คน) (ตารางที่ 3)

ค่าเฉลี่ยผลการตรวจสอบสมรรถภาพปอดก่อนและหลังเข้า

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด (n = 60)

| ตัวชี้วัด | ก่อนเข้ารับการรักษา ในคลินิกโรคหืด | | ภายหลังเข้ารับรักษา ในคลินิกโรคหืด | | p-value |
|---|---------------------------------------|----------------|---------------------------------------|----------------|---------|
| | Mean | Std. Deviation | Mean | Std. Deviation | |
| 1. การนอนรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง) | 0.47 | 1.096 | 0.17 | 0.526 | 0.001 |
| 2. การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน (ครั้ง) | 5.10 | 14.129 | 1.72 | 5.279 | 0.005 |
| 3. การเกิดอาการหืดในเวลากลางคืน (ครั้ง) | 1.42 | 2.08 | 0.72 | 1.31 | 0.02 |
| 4. การใช้ Short acting beta 2 agonist inhaler | 2.45 | 1.78 | 1.02 | 1.12 | 0.007 |
| 5. ค่า PEER (ร้อยละ) | 67.48 | 13.18 | 85.51 | 9.72 | 0.000 |

ตารางที่ 3 ผลการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในด้านการได้รับการดูแลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานการรักษาโรคหืด (n=60 คน)

| ตัวชี้วัด | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| อัตราการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมาใช้ที่เหมาะสม | 60 | 100 |
| อัตราผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรในการใช้ยาพ่น | 60 | 100 |
| อัตราผู้ป่วยที่ใช้ยาพ่นได้ถูกต้อง | 31 | 51.7 |
| อัตราผู้ป่วยเกิดอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์ | 2 | 3.3 |
| อัตราผู้ป่วยที่ไม่ยอมใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดพ่น | 3 | 5.0 |

ตารางที่ 4 ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (PEFR) ของกลุ่มตัวอย่างแยกตามระดับตามรุนแรงของโรคหืด จำแนกตามวันแรกที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในคลินิก และหลังเข้าคลินิกโรคหืด (n=60 คน)

| ความรุนแรงของโรคจากการประเมินสมรรถภาพทางปอด (PEFR) | ก่อนเข้าคลินิก | | หลังเข้าคลินิก | |
|--|----------------|----------|----------------|----------|
| | คน | (ร้อยละ) | คน | (ร้อยละ) |
| ไม่ดี (<60%) | 12 | 20.0 | 1 | 1.7 |
| ปานกลาง (60-80%) | 41 | 68.3 | 13 | 21.7 |
| ดี (> 81%) | 7 | 11.7 | 46 | 76.6 |

ตารางที่ 5 คะแนนการประเมินความสามารถในการควบคุมโรคหืดของตนเอง (ตามแบบประเมินการควบคุมโรคหืด ACT) (n=60)

| ระดับคะแนน | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| น้อยกว่า 20 คะแนน (ยังควบคุมโรคหืดได้ไม่ดีนัก) | 29 | 48.3 |
| คะแนน 20-24 คะแนน (อาจจะควบคุมโรคหืดได้ดีแล้ว) | 31 | 51.7 |
| คะแนน 25 คะแนน (สามารถควบคุมโรคหืดได้อย่างสมบูรณ์) | - | - |

รับการรักษา

ผลการตรวจสมรรถภาพปอด (PEFR) ของผู้ป่วยโรคหืดก่อนเข้าคลินิกโรคหืด ส่วนมากมีค่าสมรรถภาพปอดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.3 และมีค่าสมรรถภาพปอดในระดับไม่ดีย้อยู่ที่ 20 เมื่อเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดพบว่าสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากถึงร้อยละ 76.6 มีค่าสมรรถภาพปอดอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 4)

จากผลการศึกษา พบว่าภายหลังเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดกลุ่มตัวอย่างมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดดีขึ้น คือมีการเพิ่มขึ้นของ PEFR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำผลการตรวจสมรรถภาพปอด (PEFR) ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มากกว่าร้อยละ 80 ก่อนและหลังเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดมาเปรียบเทียบกันทางสถิติโดย Pearson chi-square มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

การประเมินความสามารถในการควบคุมโรคหืดของตนเอง

ผลการประเมินการควบคุมโรคหืดโดยใช้แบบประเมินการควบคุมโรคหืด ประเมินความสามารถในการควบคุมโรคหืดของตนเอง ในเดือนสุดท้ายที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคหืด พบว่าผู้ป่วยให้คะแนนการควบคุมโรคหืดของตนเองในระดับที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้ดีแล้วร้อยละ 51.7 ส่วนอีกร้อยละ 48.3 ให้คะแนนที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยยังควบคุมโรคหืดได้ไม่ดีนัก โดยไม่มีผู้ป่วยคนใดให้คะแนนการควบคุมโรคหืดของตนเองว่าสามารถควบคุมโรคได้อย่างสมบูรณ์ (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกเข้ามารับการศึกษา 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในวัยทำงานเฉลี่ย 48.50 ปีซึ่งเป็นวัยทำงานและจากข้อมูลการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงของโรคหลัง

เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดโดยยึดถือหลักการตามแนวทางการรักษาของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทยและ GINA guideline⁽⁴⁻⁸⁾ แพทย์ผู้ทำการรักษาให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโดยผู้ป่วยได้รับการประเมินและการปรับระดับความรุนแรงของโรคและการใช้ยาสูดสเตียรอยด์เพื่อควบคุมโรคร้อยละ 100 ซึ่งยาสูดสเตียรอยด์จะช่วยลดการอักเสบของหลอดลมผลตามมาคือผู้ป่วยมีอาการหอบลดลงมีสมรรถภาพปอดดีขึ้นสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเพิ่มการควบคุมอาการหอบในด้านความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มมีอาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงน้อยถึงร้อยละ 80.0 อาจเนื่องจากในเขตอำเภอบางบัวทองเป็นชุมชนเมืองมีความแออัดของที่อยู่อาศัยและมีมลพิษจากการจราจร รวมทั้งมีโรงงานค่อนข้างมากซึ่งก่อให้เกิดมลพิษในอากาศซึ่งเป็นตัวกระตุ้น ทำให้เกิดโรคหืดมีความรุนแรงมากขึ้น⁽¹⁾

ผลที่ได้จากอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงและอัตราการมารักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลง ทำให้ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือที่ห้องฉุกเฉินในแต่ละครั้ง เคยมีการศึกษาว่า⁽¹¹⁻¹³⁾ ค่าใช้จ่าย 2 ส่วน ส่วนแรกคือ ค่ายา ค่าออกซิเจน ค่าใช้จ่ายส่วนโรงพยาบาล ค่าแพทย์ ค่าพยาบาล ค่าเครื่องมือในการรักษา ส่วนที่ 2 ได้แก่ค่าเสียเวลาทั้งของผู้ป่วยและญาติที่ต้องการดูแลผู้ป่วย ค่ารถค่าเดินทาง ค่าใช้สอยเบ็ดเตล็ด จะเห็นได้ว่าการรักษาใน Asthma Clinic ต่อผลลัพธ์การรักษา น่าจะมีความคุ้มค่าต่อการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์ ดวงดี⁽¹³⁾ และชาญชัย จันทน์วรชัยกุล⁽¹⁴⁾ การดำเนินการจัดตั้ง Asthma Clinic เป็นการจัดระบบบริหารที่ดี แพทย์ใช้เวลาน้อยลงในการดูแลผู้ป่วยมีการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรค เรื่องยา พ่นยาให้ถูกต้องมีการตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด การประเมินความ

รุนแรงของโรคด้วยตนเอง จะทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษา และเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจากการวิจัยของศุภมาส พันธุ์ชัย⁽¹⁵⁾ พบว่าการให้ความรู้อย่างถูกต้องแก่ครอบครัวเพียงอย่างเดียวสามารถลดจำนวนครั้งที่มาห้องฉุกเฉิน ลดจำนวนวันที่หอบ ลดจำนวนวันที่ขาดเรียนในเด็ก 3-15 ปีได้ และสอดคล้องกับข้อมูลของสมาคมออร์เวซที่รายงานว่าการบริหารอย่างถูกต้องตามอาการทางคลินิก การทราบธรรมชาติของโรค ปัจจัยหรือสิ่งที่กระตุ้น และหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านี้ สามารถลดภาวะ airway hyperresponsiveness ทำให้อาการหอบลดลงทั้งกลางวัน-กลางคืนไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลมชนิดกิน ไม่จำเป็นต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน เพราะอาการหอบรุนแรง⁽⁷⁾

ผู้วิจัยเห็นว่าการจัดตั้งคลินิกหอบหืดและนำแนวทางการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคหืดในประเทศไทยมาใช้ทำให้ประสิทธิผลในการดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และสามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการรักษาและงบประมาณรายจ่ายของโรงพยาบาลภาครัฐได้ จึงควรขยายการรักษาให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคหืดทุกราย และนำแนวทางไปขยายผลในการจัดบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยโรคหืดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบางบัวทอง ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมในการเก็บข้อมูลและมาพบแพทย์ประพันธ์ปลื้ม ภาณุภัทร์ อายุรแพทย์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรีที่กรุณาให้แนวคิดในการจัดตั้ง Asthma Clinic และคอยติดตามความก้าวหน้าจนสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Boonsawat W, Charoenphan P, Kaitboonsri S, Wongtim S, Viriyachaiyo V, Pothirat C, et al. Prevalence of

- asthma symptoms in adult in 4 cities of Thailand. Abstract for Joint scientific meeting of the Thoracic Society of Thailand, The Malasia Thoracic Society, and the Singapore Thoracic Society. Bangkok, Thailand 2002;112.
- National Asthma Education and Prevention program. The role of the pharmacist in improving asthma care. Am J health-Syst Pharm 1995; 52:1411-6.
 - Weiss KB, Gergen PJ, Hodgson TA. An economic evaluation of asthma in the United States. N Engl J Med 1992; 326:892-6.
 - National Heart Lung and Blood Institute National Institutes of Health. Global initiative for asthma: Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO Workshop Report Publication 1995; 95-3659:1-176.
 - ประเสริฐ ทองเจริญ. แนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่. แพทยสภาสาร 2538; 24(1):17-29.
 - ประพาฬ ยงใจยุทธ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย (สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ฉบับปรับปรุง). วารสารวันโรคและโรคทรวงอก 2541; 19(3):179-93.
 - สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย (สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ พ.ศ. 2547). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย 2547.
 - วัชรา บุญสวัสดิ์. โรคหืดควบคุมได้...ถ้าใส่ใจ. Medical Progress CME 2007; 6(4):39-43.
 - วัชรา บุญสวัสดิ์, พูนศรี เจริญพันธุ์, สุมาลี เกียรติบุญศรี, Tsanomsieng N. Survey of asthma control in Thailand. Respirology 2004; 9:373-8.
 - Suissa S, Ernst P, Kezouath A. Regular use of inhaled corticosteroids and the long term prevention of hospitalization for asthma. Thorax 2002; 57: 880-4.
 - Barnes PJ, Jonhson B, Clim JB. Efficacy and safety of inhaled corticosteroids. Eur Respir J 1996; 9:636-42.
 - Simonella L, Marks G. Cost-effectiveness of current and optimal treatment for adult asthma. Intern Med J 2006; 36:244-50.
 - อารีย์ ดวงดี. ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 3(2):45-50.
 - ชาญชัย จันทรรักษ์กุล. ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลยางตลาดจังหวัดกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2550; 22(4):449-58.
 - ศุภมาส พันธุ์ไชย. การศึกษาผลการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดแก่ผู้ป่วยเด็กต่อระดับการขาดเรียน จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล และอัตราการมาที่ห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาล. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2547; 5(2):18..

Abstract **Outcomes of Treatment in Asthma Clinic at Bang Bua Thong Hospital**

Praputh Leelaprute

Bang Bua Thong Hospital

Journal of Health Science **2008; 17:SV1411-8.**

Asthma is one of the most important chronic health care problems in Thailand and also in Bang Bua Thong District, which drawing attentions, and health resources in providing care for individual. It was found that most of asthmatic patients did not get continuing and standard treatment. In order to cope with these problems, Bang Bua Thong Hospital had launched a special care in a Asthma Clinic, established according to the guidelines for asthma control, since April 20, 2007. This retrospective descriptive study was to evaluate the effectiveness of treatment in the Asthma Clinic by reviewing medical records of asthmatic patients. The outcomes between 1 October 2006 - 31 March 2007 and 1 October 2007 - 31 March 2008 of the services of the same group of patients were compared. The effectiveness was defined by the Global Initiative for Asthma (GINA) guidelines 2006.

Among the 60 asthmatic patients included in this study, more appropriate asthma management guidelines were applied in 100 percent of them while 51 percent could use the inhalers correctly. The emergency attendance rate was reduce with statistical significance (p-value = 0.055). The hospital admission rate was reduced with statistical significance (p-value = 0.001). Their lung capacities as measured in terms of Peak Expiratory Flow Rate (PEFR) at good level improved from 11.7 percent to 76.6. Moreover, 51.7 percent proclaimed, in self assessment, that their disorders were under control. All patients who attended this clinic could reduce the severity of an asthmatic attack, and led their normal lives.

This study revealed favorable outcomes of asthma management and treatment in Asthma Clinic, in Bang Bua Thong Hospital, which could improve the quality of life of asthmatic patients.

Key words: Asthma Clinic, treatment, Peak Expiratory Flow Rate