

ผลลัพธ์การจับคลินิกโรคหืดในเด็กที่ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

พรชัย วัฒนรังสรรค์

โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช สุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2553 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2555 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเป็นร้อยละและคำนวณหาความสัมพันธ์ทางสถิติ โดยใช้ Wilcoxon signed rank test โดยใช้ $p < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ เพื่อศึกษาผลลัพธ์การปรับปรุงคลินิกโรคหืดในเด็กของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช โดยให้มีการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ จากการเก็บข้อมูลในช่วง 2 เดือนแรกที่มีการปรับปรุงคลินิก พบว่ามีผู้ป่วยที่มาคลินิกในช่วงดังกล่าวและยังคงมาในการติดตามอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 2 ปี โดยยกเว้นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วยเท่ากับ 63 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 58.7 เพศหญิง ร้อยละ 41.3 อายุส่วนมากอยู่ในกลุ่ม 5-10 ปี และส่วนใหญ่มีโรคมุมแพ้มาร่วมด้วย ผลลัพธ์การรักษาในเรื่องอัตราการควบคุมโรคที่ 1 ปี และ 2 ปี เท่ากับ ร้อยละ 79.4 และร้อยละ 98.4 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าที่เริ่มต้นซึ่งเท่ากับร้อยละ 60.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการนอนโรงพยาบาลลดลงจากเริ่มต้น 1.89 ครั้ง/คน/ปี เป็น 0.29 และ 0.03 ครั้ง/คน/ปี ที่ 1 และ 2 ปีตามลำดับ อัตราการมาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินลดลงจาก 3.03 ครั้ง/คน/ปี เป็น 0.78 และ 0.13 ครั้ง/คน/ปี ที่ 1 และ 2 ปี ตามลำดับ และไม่มีอัตราการเสียชีวิตหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยา ผลการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ สามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดได้รับการรักษาที่ดีขึ้น และสามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: คลินิกโรคหืด, สหวิชาชีพ, โรคมุมแพ้มาร่วม, ผู้ป่วยเด็ก

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในเด็ก และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ⁽¹⁾ ความชุกของโรคหืดในผู้ใหญ่ประมาณ ร้อยละ 3-7⁽²⁾ แต่ในเด็กจะมากกว่า โดยมีประมาณร้อยละ 10-15^(3,4) และมีแนวโน้มว่าปัญหาโรคหืดในเด็กจะมีความชุกเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ⁽¹⁾ จากการศึกษาของวัชราน บุญสวัสดิ์ พบว่าอัตราการเกิดโรคหืดในประเทศไทยยังมีสูงขึ้นเรื่อย ๆ และการรักษาส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการรักษาโดยพนักยา

สเตียรอยด์ที่ถูกต้อง มีการใช้ยาพ่นเพียง ร้อยละ 6-7 เท่านั้น⁽⁵⁾ สำหรับโรคหืดในผู้ใหญ่ได้มีการริเริ่มให้มีการรักษาโรคหืดโดยจัดให้มีคลินิกโรคหืดอย่างง่ายขึ้น⁽⁶⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางของประเทศไทย ซึ่งได้ปรับปรุงมาจากแนวทางของ Global Initiative for Asthma (GINA) โดยเน้นการรักษาโดยการให้ยาพ่นสเตียรอยด์เพื่อรักษาการอักเสบของหลอดลมเป็นหลัก โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ (สปสช.) ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้ทั้ง ๆ ที่มีเศรษฐกิจไม่ดี และได้เน้นการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพโดยประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งช่วยให้สามารถควบคุมโรคหืดได้ดีขึ้น มีอัตราการควบคุมโรค การนอนโรงพยาบาล และมาพ่นยาที่ห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินลดลงอย่างมากอย่างชัดเจน⁽⁷⁻¹²⁾

ในเด็กพบว่าการรักษาหืดในเด็กโดยเฉพาะในต่างจังหวัด ยังได้รับการรักษาโดยการพ่นยาสเตียรอยด์อยู่น้อยเช่นเดียวกับการรักษาในผู้ใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น การวินิจฉัยหืดในเด็กยากกว่าผู้ใหญ่ เพราะไม่สามารถตรวจสมรรถภาพปอดในเด็กเล็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปีได้ และอาจทำให้วินิจฉัยเป็นการหอบจากติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเสียส่วนใหญ่ นอกจากนี้ อาจมีปัจจัยที่ทำให้การรักษาได้ผลไม่ดี เช่น การรักษาโดยยาสเตียรอยด์ในเด็กมักพ่นยาได้ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ได้ spacer ในการพ่นยาหรือใช้ spacer ไม่ถูกต้อง⁽¹³⁾ การไม่ได้รับการรักษาโรคร่วมอื่น ๆ เช่น โรคภูมิแพ้จมูกทำให้การควบคุมโรคหืดไม่ได้ผลดี การปรับยาพ่นอย่างไม่เหมาะสม ไม่ได้มีการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และผู้ป่วยมักจะไม่มาตรวจตามนัด เพราะคิดว่าอาการหายดีแล้วไม่มารับยาพ่นต่อเนื่องจนหอบอีกครั้งจึงมารักษาใหม่ เป็นต้น

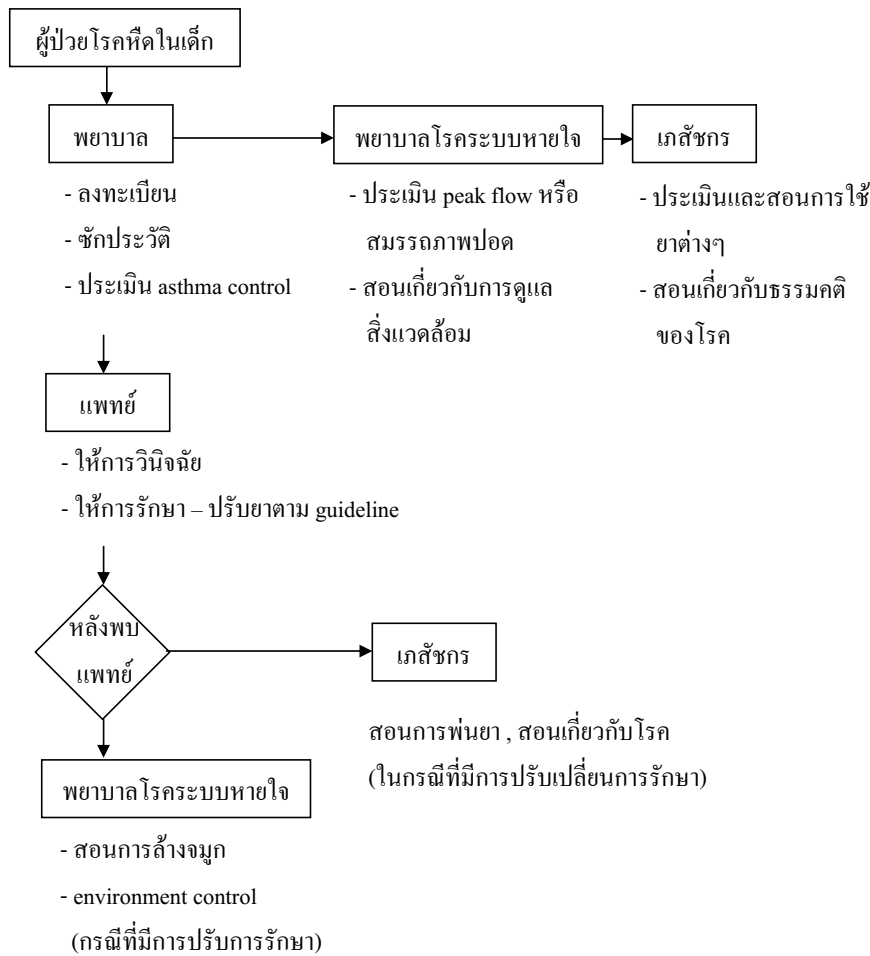
ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ รับรักษาผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง พบว่ามีผู้ป่วยหอบหืดในเด็กมารับการรักษามากขึ้นเรื่อย ๆ มีผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ในปีงบประมาณ 2554 (ตุลาคม 2552-กันยายน 2553) มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งสิ้น 542 คน 1,460 ครั้ง นอนโรงพยาบาล 179 คน 249 ครั้ง มีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) ทั้งหมด 6 ราย ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน 3 ราย โดยใส่ท่อช่วยหายใจ 1 ราย

จากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาคลินิกโรค

หืดในเด็กโดยนำแนวทางของ easy asthma clinic มาใช้ คือเน้นการดูแลเป็นสหวิชาชีพ โดยมีเภสัชกรมาช่วยสอนการพ่นยา ใช้ยาอื่น ๆ และแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาบาลเฉพาะทางโรคระบบทางเดินหายใจช่วยในการตรวจสมรรถภาพปอด เป่า peak flow และให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การล้างจมูก แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินหายใจดูแลปรับยา วินิจฉัยโรคหืดในเด็ก และรักษาโรคที่พบร่วมต่าง ๆ โดยเริ่มให้การปรับปรุงตั้งแต่ประมาณเดือนสิงหาคม 2553 (รูปที่ 1) เพื่อให้ 1) สามารถควบคุมโรคได้ 2) สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รวมถึงการออกกำลังกาย 3) สมรรถภาพปอดปกติ 4) ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบหรือไม่ต้องรักษาแบบฉุกเฉิน 5) หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากยา 6) ป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหืด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการปรับปรุงคลินิกโรคหืดในเด็กที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้า (prospective descriptive study) โดยประเมินผลจากการเก็บข้อมูลของ asthma clinic จากบันทึกประวัติผู้ป่วยนอก ประวัติการรักษา ผู้ป่วยที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยโรคหืดในเด็กที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี และไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมเช่นโรคหัวใจ ที่มารับรักษาในช่วงเดือนสิงหาคม 2553-เดือนกันยายน 2553 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการพัฒนาปรับปรุงการรักษาคลินิกโรคหืดในเด็กของโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ โดยมีการดูแลแบบสหวิชาชีพดังกล่าวข้างต้น และติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลาทั้งหมด 3 ปี โดยดูย้อนหลังกลับไป 1 ปี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และติดตามต่อไปข้างหน้าอีก 2 ปี หลังจากมีการปรับปรุงการรักษาในคลินิกโรคหืดในเด็กแล้วนำตัวบ่งชี้ 1) อัตราการควบคุมโรคหืดในเด็ก 2) อัตราการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากหอบหืด 3) อัตราการมาตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเนื่องจากหอบหืด 4) อัตราการเสียชีวิตจากโรคหอบหืด และ 5)



รูปที่ 1 การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็กโดยภาพรวม

ผลข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ศึกษาข้อมูลได้แก่ 1) อายุ เพศ 2) จำนวนผู้ป่วยของหืดที่เป็นภูมิแพ้จมูก 3) จำนวนผู้ป่วย คน/ครั้ง ที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4) จำนวนผู้ป่วย คน/ครั้ง ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 5) จำนวนผู้ป่วย คน/ครั้ง ที่เสียชีวิตจากโรคหืด และ 6) จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาหรือผลข้างเคียงของยา ในการศึกษาครั้งนี้ มีนิยามตัวแปรมีดังนี้ 1) โรคหอบหืดวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ GINA Guideline คือโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้ไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นหลอดลมก็จะตีบ 2) การใช้ยาพ่นถูกต้อง หมายถึงเภสัชกรประเมินการที่ผู้ป่วยพ่นยาถูกต้อง ตั้งแต่ขั้นตอนการพ่นยา มีการใช้ spacer ร่วมด้วยในเด็กทุกราย และการใช้ยาสม่ำเสมอ

ไม่มีการขาดยา และ 3) ระดับการควบคุมโรค แบ่งเป็นควบคุมได้ (control) ควบคุมได้บางส่วน (partly controlled) ควบคุมไม่ได้ (uncontrol) โดยกำหนดตามเกณฑ์ของแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย พ.ศ. 2555 โดยสมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ และคำนวณหาความสัมพันธ์ทางสถิติ โดยใช้ Wilcoxon signed rank test โดยใช้ $p < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหืดในเด็กของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ตั้งแต่ที่เริ่มมีการปรับปรุงการรักษา

โดยมีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยศึกษาจากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มาตรวจในคลินิกโรคหอบหืดในเด็กทั้งหมดที่มาตรวจในช่วง 2 เดือนแรก แล้วติดตามต่อไปเป็นระยะเวลา 2 ปี และศึกษาเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนหน้านั้น พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 77 ราย แต่ขาดการติดต่อไป 14 ราย คงเหลือที่มาตรวจตามนัดตลอด 2 ปี เท่ากับ 63 ราย ในผู้ป่วย 63 รายนี้เป็นเพศชาย 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.7 มีอายุ 5-10 ปี และอายุน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 36.5 เกิดโรคร่วมแพ้อาหารร่วมกับผู้ป่วยโรคหอบหืด ร้อยละ 81.0 (ตารางที่ 1)

จากการติดตามการรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดในเด็กตามตาราง 2 อย่างต่อเนื่องจากเริ่มต้น (baseline) มีอัตราการควบคุมโรคแบ่งตามระดับเป็น ควบคุมได้ ควบคุมได้บางส่วน และควบคุมไม่ได้ เท่ากับ 34 ราย (54.0%), 13 ราย (20.6%) และ 3 ราย (4.8%) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า อัตราการควบคุมโรคที่ 1 ปี และ 2 ปี เท่ากับ ร้อยละ 79.4 และร้อยละ 98.4 ซึ่งดีกว่าที่เริ่มต้น มีอัตราการควบคุมโรคเท่ากับ ร้อยละ 54.0 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.007 และ < 0.05

ผลการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในเด็กในด้านความรุนแรงและความถี่ของอาการหอบ ตามตารางที่ 3 พบว่า

1. จำนวนผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินมีอัตราลดลงจาก 3.03 ครั้ง/คน/ปี ในระยะเริ่มต้นเป็น 0.78

ครั้ง/คน/ปี ที่ระยะเวลา 1 ปี และเป็น 0.13 ครั้ง/คน/ปี ที่ระยะเวลา 2 ปี ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. อัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลดลงเป็นลำดับ 1.89 ครั้ง/คน/ปี เริ่มต้น เป็น 0.29 ครั้ง/คน/ปี ที่ระยะเวลา 1 ปี และเป็น 0.03 ครั้ง/คน/ปี ที่ระยะเวลา 2 ปี โดยมีความแตกต่างทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. อัตราการเสียชีวิตที่เริ่มต้น 1 ปี และ 2 ปี มีค่าเป็นศูนย์ไม่แตกต่างกัน

ไม่พบผลข้างเคียงของการใช้ยาตั้งแต่เริ่มต้น 1 ปี และ 2 ปี

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก (n=63 คน)

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	37	58.7
หญิง	26	41.3
อายุ (ปี)		
< 5	23	36.5
5-10	30	47.6
> 10-15	10	15.9
Comorbidity		
Allergic rhinitis	51	81.0

ตารางที่ 2 อัตราการควบคุมโรคหืดที่ Baseline, 1 ปี และ 2 ปี หลังการรักษา (n=63 คน)

ระยะเวลาการรักษา (ปี)	อัตราการควบคุมโรค (ราย (ร้อยละ))			p value
	ควบคุมได้ (Controlled)	ควบคุมได้บางส่วน (Partly controlled)	ควบคุมไม่ได้ (Uncontrol)	
เริ่มต้น	38 (60.3)	21 (33.3)	4 (6.4)	
1	50 (79.4)	12 (19.0)	1 (1.6)	0.007
2	62 (98.4)	1 (1.6)	0 (0.0)	< 0.05

ตารางที่ 3 ผลการติดตามผู้ป่วยหอบหืดด้านความรุนแรงของการหอบ

ความรุนแรงของการหอบ	ระยะเวลาที่ติดตามผู้ป่วย			p value
	เริ่มต้น	1 ปี	2 ปี	
จำนวนผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉิน (ราย (ร้อยละ))	47 (74.6)	28 (44.4)	7 (11.1)	
จำนวนครั้งผู้ป่วยมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ครั้ง)	191	49	8	p<0.05
จำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาห้องฉุกเฉิน (ครั้ง/คน/ปี)	3.03	0.78	0.13	p<0.05
จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ราย (ร้อยละ))	39 (61.9)	14 (22.2)	2 (3.2)	
จำนวนครั้งผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง)	119	18	2	p<0.05
อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง/คน/ปี)	1.89	0.29	0.03	p<0.05
อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ (คน (ร้อยละ))	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
อัตราการเสียชีวิตจากโรคหืด (คน (ร้อยละ))	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคหืดในเด็กมีอัตราการเกิดมากขึ้นเรื่อย ๆ อาจเป็นเพราะเนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป มีมลภาวะมากขึ้นและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ดีขึ้นกว่าแต่ก่อน แต่การรักษาในปัจจุบันยังมีผู้ป่วยที่ได้รับยาควบคุมอาการและใช้อย่างถูกต้องอยู่น้อยกว่าที่ควร จึงทำให้ต้องพยายามปรับปรุงคลินิกโรคหืดในเด็กให้ดีขึ้น โดยเป็นการดูแลด้วยสหวิชาชีพคือประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ในการช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมกันจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น

จากการศึกษาพบว่าในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลระยะเวลา 2 เดือนแรกที่ปรับปรุงคลินิกมีผู้ป่วยที่เก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 77 ราย แต่ขาดการติดต่อ 14 ราย เหลือที่ติดตามได้และนำมาวิเคราะห์ทั้งสิ้น 63 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.7 อายุส่วนมากได้แก่ เด็กอายุ 5-10 ปี รองลงมาได้แก่เด็กอายุ 0-5 ปี และส่วนใหญ่มิภาวะภูมิแพ้จุมกร่วมด้วยเท่ากับ ร้อยละ 81 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ กนกพร ศรีรัตนวงศ์และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าข้อมูลเด็กโรคหืดที่คลินิกในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เป็น เพศชาย ร้อยละ 58.2 อายุเฉลี่ย 6.7 SD 3.8 ปี และมีภาวะภูมิแพ้ร่วมด้วย ร้อยละ 75.5 และสอดคล้องกับวิจัยเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์⁽¹⁵⁾

ที่พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.7 อายุเฉลี่ย 5.84 ปีเช่นกัน

อัตราการควบคุมโรคหืดในเด็ก พบว่าที่เริ่มต้นที่ร้อยละ 60.3 หลังการปรับปรุงคลินิกสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้นเป็น ร้อยละ 79.4 และร้อยละ 98.4 ที่ระยะเวลา 1 และ 2 ปี ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในผู้ป่วยผู้ใหญ่⁽⁷⁻¹²⁾ ที่มีการรักษาโดยสหวิชาชีพหรือที่เรียกว่า easy asthma clinic แล้วพบว่าการควบคุมโรคได้ดีขึ้นทั้งนี้น่าจะเป็นเพราะในโรงพยาบาลรัฐบาลจะมีผู้ป่วยจำนวนมากแต่มีแพทย์จำนวนน้อย ทำให้แพทย์ใช้เวลาดูแลคนไข้ได้ไม่มากนัก อาจจะแนะนำได้น้อยกว่าการที่มีพยาบาลและเภสัชมาช่วยในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการดูแลเรื่องการใช้ยาและการควบคุมสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของเฉลิมพลและจามรี⁽¹⁵⁾ ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่พบว่า สาเหตุของการเกิดหืดกำเริบหรือควบคุมโรคได้ไม่ดีในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ยาไม่ถูกวิธี สิมใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้อง^(14,16) และสภาพแวดล้อมตามลำดับ ดังนั้นการปรับปรุงคลินิกโรคหืดนี้จึงเน้นไปที่มีเภสัชกรมาช่วยในการสอนพ่นยาให้ถูกต้องและสม่ำเสมอให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและพยาบาลสอนเกี่ยวกับการควบคุมสิ่งแวดล้อม

ต่าง ๆ และให้ความรู้

ทั้งนี้การที่เด็กส่วนใหญ่มักพ่นยาไม่ถูกต้องเพราะว่าปัจจุบันการควบคุมโรคโดยใช้ยา สเตียรอยด์ชนิดพ่นในเด็กต้องมีการใช้กระบอกหรือ spacer ร่วมด้วย จึงทำให้ยาเข้าสู่ปอดได้ดีที่สุด แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังไม่ได้ใช้กระบอกพ่นยาและบางคนก็ใช้ไม่ถูกต้อง⁽¹⁶⁾ จึงทำให้ใช้ยาไม่ได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกพร ศรีรัตนาวงค์และคณะ⁽¹⁴⁾ และการศึกษาของจิตลัดดา และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า เด็กโรคหืดมักจะไม่พ่นยาโดยใช้กระบอกพ่นยาได้ไม่ถูกต้อง

จากการวิจัยนี้พบว่า อัตราการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหืดกำเริบในเด็กและอัตราการมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินลดลง ที่ระยะเวลา 1 และ 2 ปี ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่⁽⁷⁻¹²⁾ ที่รักษาโดยใช้สทิวาซีฟหรือ easy asthma clinic เช่นกัน ทั้งนี้ น่าจะเป็นจากการที่ควบคุมโรคได้ดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบลดลง

อัตราการเสียชีวิตจากโรคหืดหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยาเท่ากับศูนย์ก็ น่าจะเป็นจากการที่มีอัตราการควบคุมโรคได้ดี และมีการใช้ยาอย่างถูกต้องของผู้ป่วย

ข้อจำกัดอันหนึ่งของงานวิจัยนี้อาจจะเนื่องจากมีผู้ป่วยหลายคน (14 ใน 77 ราย) ที่ไม่มาตรวจตามนัดเนื่อง แม้ว่าจะมีการติดตามทั้งทางจดหมายและโทรศัพท์เท่าที่จะสามารถทำได้แล้ว อาจจะทำให้ได้ผลคลาดเคลื่อนไปได้บ้าง ในการศึกษาต่อไปอาจจะต้องเน้นย้ำหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยถึงความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง ว่ามีผลดีทำให้มีผลการรักษาที่ดีกว่าด้วย

จะเห็นว่า ในโรงพยาบาลชุมชนหรือในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในต่างจังหวัด ส่วนใหญ่มักมีปัญหาการดูแลเด็กโรคหืดคือมีผู้ป่วยจำนวนมากทำให้แพทย์มีเวลาในการดูแลน้อย การแก้ปัญหาโดยการใช้สทิวาซีฟดังกล่าว จะช่วยให้มีการรักษาผู้ป่วยเด็กได้ผลดีขึ้นชัดเจนจากการวิจัยนี้ ซึ่งก็สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ต่อไป แต่อาจต้องมีการอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในการช่วยดูแลถ้าไม่ได้ดูแลเด็กโรคหืดอยู่เป็นประจำ

เพื่อให้คล่องตัว

สรุป

ปัญหาการรักษาโรคหืดในเด็กในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในต่างจังหวัดยังมีอยู่มาก จากการที่ควบคุมโรคไม่ได้ดีจากหลายสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องมานอนโรงพยาบาลหรือมาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินบ่อยครั้ง การจัดตั้งและปรับปรุงการรักษาของคลินิกโรคหืดในเด็กโดยมีการรักษาแบบสหวิชาชีพโดยมีแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ร่วมมือกันช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น การควบคุมโรคดีขึ้น และการนอนโรงพยาบาลหรือมาตรวจฉุกเฉินจากโรคหืดลดลง ไม่มีผลข้างเคียงจากยา ไม่มีการเสียชีวิตจากโรคหืด และสามารถนำไปประยุกต์กับการรักษาพยาบาลโรคหืดในเด็กได้ในโรงพยาบาลแห่งอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชัชวรินทร์ ปิ่นสุวรรณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช แพทย์หญิงไพลิน รัตนพิชญชัย หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม ทีมสหวิชาชีพ กุมารแพทย์ และเจ้าหน้าที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Vichyanond P, Jirapongsanamuruk O, Visitsuntorn N, Tuchinda M. Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the International Study for Asthma and Allergy in Children questionnaires. J Med Assoc Thai 1998;81:175-84.
2. Woolcock A, Rubinfeld AR, Seale JP, Landau LL, Antic R, Mitchell C, et al. Thoracic Society of Australia and New Zealand. Asthma management plan 1989. Med J Aust 1989;151:650-3.
3. Teeratakulpisarn J, Pairojkul S, Heng S. Survey of the prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in school children from Khon Kaen, Northeast Thailand. (An ISAAC study. International Study of Asthma and

- Allergies in Childhood.) Asian Pac J Allergy Immunol 2000;18:187-94.
4. Trakultivakorn M. Prevalance of asthma, rhinitis, and eczema in Northern Thai children from Chiang Mai (International Study of Asthma and Allergiers in Childhood, ISAAC). Asian Pac J Allergy Immunol 1999;17:243-8.
 5. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, Wongtim S, Viriyachaiyo V, Pothirat C, et al. Survey of asthma control in Thailand. Respirology 2004;9:373-8.
 6. วัชรานุกูล นุญสวัสดิ์. คลินิกโรคหืดแบบง่ายๆ (Easy Asthma Clinic). ใน: วัชร จามจุรีรักษ์, สุนันทา สวรรค์ปัญญาเลิศ, บรรณาธิการ. BGH Annual academic meeting: from the basic to the top in Medicine. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ส.รุ่งทิพย์ ออฟเซต; 2548:83-7.
 7. ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล. ผลลัพธ์ของการจัดคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2550;22(4):449-58.
 8. วันทนีย์ มามูล. ผลสัมฤทธิ์ของคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลประสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2553;25(3):377-86.
 9. ครรชิต เจริญมิตร, คู่ขวัญ สวัสดิ์พาณิชย์, จินห์จุฑา กล้ายวงษ์, นิพนธ์ จิตติญาณวิโรจน์. การพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดให้ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลมัญจาคีรี. ขอนแก่นเวชสาร 2550;31(3):232-40.
 10. อุดลย์ ในจรัส, เกษศิริพันธ์ โพธิ์ทิพย์, หัสยากรณ์ ทองเสียน, พรรัตน์ โพธิ์ศรี. การรักษาผู้ป่วยโรคหืดที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551;2(1):550-6.
 11. เลิศชัย จิตต์เสรี. ประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางปะอิน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551;2(1):771-6.
 12. เกษมภัทรฤทธิกุล. ผลการรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาลหนองสองห้อง. ขอนแก่นเวชสาร 2550;31(3):261-8.
 13. Deerojanawong J, Promsaka na Sakolnakorn V, Prapphal N, Hanrutakorn C, Sritippayawan S. Evaluation of metered-dose inhaler administration techniques among asthmatic children and their caregivers in Thailand. Asian Pac J Allergy Immunol 2009;27:87-93.
 14. กนกพร ศรีรัตนวงศ์, ปิยรัตน์ ปรีดียานนท์, อรพรรณ โพชนุกูล. ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลและระดับการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2553;49(4):255-62.
 15. เฉลิมพล สมทรัพย์, จามรี ชีรดกุลพิศาล. การศึกษาสาเหตุที่ทำให้เด็กมีอาการหอบเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ได้รับการรักษาด้วยสเตียรอยด์ชนิดสูดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2552;48(2):151-7.
 16. Prapphal N, Laosunthara N, Deerojanawong J, Sritippayawan S. Knowledge of asthma among caregivers of asthmatic children: outcomes of preliminary education. J Med Assoc Thai 2007;90(4):748-53.

Abstract **Outcomes of Asthmatic Children Clinic at Chaoprayayomraj Hospital**

Pornchai Watanarangsarn

Chaoprayayomraj Hospital, Suphan Buri

Journal of Health Science 2013; 22:437-444.

The purpose of this prospective descriptive research was to evaluate outcomes of an asthmatic children clinic in Chaoprayayomraj hospital. The duration of data collection were from August 1, 2010 to July 31, 2012 and the data analysis were presented in frequency, percentage. Correlation was established by Wilcoxon signed rank test at 0.05 level of significance. The asthma clinic team consisted of a doctor, a nurse and a pharmacist. The subjects were 63 asthmatic patients who visited this clinic since the first 2 months, and had been undergoing treatment through the two years that followed. This subjects had no other underlying diseases. The result showed that the patients were mostly male (58.7%), aged 5-10 years and reported with allergic rhinitis. The asthma control improved significantly from 60.3 to 79.4 and 98.4 percent among asthmatic patients at 1 and 2 year intervals. The admission rate decreased significantly from 1.89 to 0.29 and 0.03 visit/person/year at the same intervals. The Emergency Room visit decreased significantly also from 3.03 to 0.78 and 0.13 visit/person/year consecutively. There was no death or drug adverse event reported in this study. In conclusion, this findings reveals the favorable outcomes among asthmatic patients in the childhood asthma clinic which may be a good model for childhood asthma management by other hospitals

Key words: **asthma clinic, multidiscipline, allergic rhinitis, child patients**