

Outcomes of Easy Asthma Clinic.

Abstract

Nittaya Yuangdetkla, M.D.*

This retrospective descriptive study was to determine outcomes of Easy Asthma Clinic in Sattahip KM.10 Hospital during December 2010 to September 2012 by charts reviewed. The 77 sample study enrolled asthma patients aged more than 15 years that follow up in asthma clinic at least 3 visits. To compared effectiveness of asthma symptoms controlled after setting Easy Asthma Clinic in Sattahip KM.10 Hospital. Data were analyses by percentage mean and pair t-test. The results show that the most of sample were 41-50 years of age with 96.1% and 98.7% of non-smoking and non-alcohol abuse sample respectively. 70.1% of sample had no family history of asthma. 59.7% of sample had co-allergy which one co-allergy was most prevalence (71.7%). Allergic rhinitis was present in 59% of sample with asthma and co-allergy. Most of sample had never performed pulmonary function test (88.3%) and never hospitalized for asthmatic attack within the last 12-month (83.1%). The most of sample were moderate persistent 49.3%. A symptoms controlled group had increased from 6.5% to 45.5% in fifth visits. There are statistically significant different at $P=0.05$ in asthma control between first and fifth visits.

Keywords : Easy Asthma Clinic, Treatment outcomes

*Physicians service department, Sattahip KM.10 Hospital, Chonburi Provinge.

ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย

บทคัดย่อ

นิตยา ยวงเดชกล้า, พ.บ.*

การศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์ในการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2553-กันยายน 2555 โดยทบทวนประวัติจากเวชระเบียนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 77 ราย คือผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มารับการรักษาในคลินิกโรคหืดแบบง่ายอย่างน้อย 3 ครั้ง ศึกษาเปรียบเทียบผลการควบคุมโรคหืดหลังเข้าคลินิกโรคหืด 5 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 96.1 และ 98.7 ตามลำดับ ร้อยละ 70.1 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคหืด ร้อยละ 59.7 มีภาวะภูมิแพ้อื่นร่วมด้วย โดยมีภาวะภูมิแพ้อื่นร่วมด้วย 1 ชนิดมากที่สุดร้อยละ 71.7 โรคภูมิแพ้ทางจมูกเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุดร้อยละ 59.0 และส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสภาพปอดมาก่อน ไม่เคยหอบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 88.3 และ 83.1 ตามลำดับ มีระดับความรุนแรงของโรคหืดปานกลาง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.3 หลังจากเข้าคลินิกโรคหืดพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ควบคุมอาการได้ (Controlled) มีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งที่มาพบแพทย์ จากครั้งที่ 1 พบเพียง 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.5 ครั้งที่ 5 เพิ่มขึ้น 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 เมื่อเปรียบเทียบการควบคุมโรคหืดหลังเข้าคลินิกครั้งที่ 1 และ 5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ คลินิกโรคหืดแบบง่าย, ผลลัพธ์การรักษา

*กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลสตึก กม.10 จังหวัดชลบุรี

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมที่มีผลทำให้หลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ ผู้ป่วยมักมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีด หรือหอบเหนื่อยเกิดขึ้น เมื่อได้รับสารก่อโรคหรือสิ่งกระตุ้น และอาการเหล่านี้หายไปได้เอง หรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม เป็นโรคที่มีความชุกค่อนข้างสูง ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคหืดในเด็กถึงร้อยละ 5.5-13.6 ในกลุ่มประชากรอายุ 6-7 ปี และ 13-14 ปี ซึ่งแล้วแต่พื้นที่ที่ศึกษา⁽¹⁻⁴⁾ และร้อยละ 2.91 ในผู้ใหญ่⁽⁵⁾ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยรวมทั้งประเทศต่างๆ ทั่วโลก ในปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับโรคหืดได้มีการพัฒนาไปมากและมีการจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้น โดยประเทศไทยได้จัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทยขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2537⁽⁶⁾ และมีการแก้ไขในปี พ.ศ. 2540⁽⁷⁾, 2547⁽⁸⁾, 2551⁽⁹⁾ โดยความร่วมมือของสมาคมออร์เวซซ์ สมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา และชมรมโรคหอบหืดโดยมีการแก้ไขปรับปรุงล่าสุดเมื่อ พ.ศ. 2555⁽¹⁰⁾

ถึงแม้จะมีการพัฒนาแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้น แต่ผลการสำรวจกลับพบว่า การควบคุมโรคหืดในประเทศไทยยังต่ำกว่ามาตรฐานที่ตั้งไว้เป็นอย่างมาก จากการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ สงขลา และขอนแก่น ปี 2546⁽¹¹⁾ พบว่าการรักษาโรคหืดในประเทศไทยยังไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาเท่าที่ควร โดยในระยะเวลา 1 ปี มีผู้ป่วยโรคหืดถึงร้อยละ 14.8 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและร้อยละ 21.7 ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเพราะมีอาการหอบรุนแรงเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังพบว่ามาตรฐานการรักษาโรคหืดยังต่ำมาก คือ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6.7 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาด้วย corticosteroid ชนิดสูด และผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดมีเพียงร้อยละ 28 ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติเพราะไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติ⁽¹¹⁾ และพบว่าถึงแม้มีแนวทาง

ในการรักษาโรคหืดมาหลายปียังไม่สามารถลดผลกระทบของโรคหืดลงได้ สาเหตุหลักก็คือแพทย์ไม่ได้นำแนวทางการรักษาโรคหืดไปปฏิบัติ⁽¹²⁾

การจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย (Easy Asthma Clinic) ตามโรงพยาบาลชุมชน โดยมีการประเมินการควบคุมโรคหืดด้วยการถามอาการร่วมกับการวัดค่า peak flow ทุกครั้ง การจัดระบบที่จะทำให้แพทย์ใช้เวลาอันน้อยลงในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มบทบาทของพยาบาลและเภสัชกรในการร่วมดูแลผู้ป่วย และการให้ความรู้เรื่องโรคหืดรวมทั้งแนวทางในการรักษาโรค ความรู้เรื่องการเข้ายาพ่นชนิดต่างๆ แก่ผู้ป่วยทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถลดการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบได้เป็นอย่างมาก

โรงพยาบาลสตึก กม.10 เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ 2.1 จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2553 มีผู้ป่วยโรคหืดมารับการรักษาพยาบาลจำนวน 215 ราย คิดเป็นจำนวน 869 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา corticosteroid ชนิดสูด มักได้ยาขยายหลอดลมชนิดรับประทาน และยาขยายหลอดลมชนิดสูด ทั้งนี้อาจเกิดจากแพทย์ให้ความสนใจปัญหาโรคหืดน้อย ไม่มีการให้สุขศึกษาที่ดีพอรวมทั้งไม่มีการสอนพ่นยาในผู้ป่วยโรคหืด

ด้วยเหตุผลดังกล่าวโรงพยาบาลสตึก กม.10 ได้เริ่มโครงการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดตามรูปแบบโปรแกรม Easy Asthma Clinic ในปีงบประมาณ 2554 โดยได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2553 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ปลอดภัยตามมาตรฐาน ลดอัตราการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ลดอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลจากโรคหืด และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหืดให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติโดยใช้กลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเป็นทีมแบบสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกรและพยาบาลที่ผ่าน

การอบรมเชิงปฏิบัติการมาแล้ว กำหนดนัดผู้ป่วยวันพุธ ช่วงบ่าย พุธเว้นพุธ ตามระดับความรุนแรงของอาการ หอบ แล้วบันทึกผลการรักษา ตลอดจนข้อมูลด้านการรักษาที่ห้องฉุกเฉินนอกเวลาและการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ประเมินระดับความรุนแรงของโรคเป็น ระยะๆ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบ ง่ายจะได้ผลเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบ ง่ายในโรงพยาบาลลัดหีบ กม.10

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ทำการศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่างเป้าหมายโดย

1. รวบรวมข้อมูลจากบันทึกรายงานการตรวจ รักษาผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับการ ตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิกโรคหืดแบบง่ายอย่างน้อย 3 ครั้ง จำนวน 77 ราย โดยบันทึกข้อมูลในแบบ เก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานประชากร ประวัติโรคประจำตัว ประวัติเกี่ยวกับโรคหืด โรคภูมิแพ้ อื่นๆ ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด ผลการควบคุมอาการของผู้ป่วย การใช้ยารักษาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา ผลการ ตรวจสมรรถภาพปอด การมาตรวจรักษาตามนัด ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2553 - 30 กันยายน 2555

2. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 - 30 กันยายน 2555 ในเรื่องจำนวนผู้ป่วยโรคหืด ทั้งหมด (คน/ครั้ง) ที่มารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อ รักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ที่กลับมารักษาซ้ำ ใน 28 วัน และที่เสียชีวิตจากโรคหืด

3. ประเมินความรุนแรงของโรคหืดก่อนเข้า รักษาในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย แบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับตาม GINA guideline⁽¹³⁾ ดังนี้

ระดับ 1 มีอาการนานๆ ครั้ง (intermittent) ช่วง กลางวัน มีอาการหอบหืดน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มี

การจับหืดช่วงสั้นๆ ช่วงกลางคืน มีอาการหอบเวลากลาง คี้นน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน

ระดับ 2 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงน้อย (mild persistent) ช่วงกลางวัน มีอาการหอบหืดอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้งแต่น้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน เวลาจับหืด อาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ ช่วงกลาง คี้น มีอาการหอบเวลากลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน

ระดับ 3 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงปานกลาง (moderate persistent) ช่วงกลางวัน มีอาการหอบทุกวัน เวลาจับหืดมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ ช่วง กลางคืน มีอาการหอบเวลากลางคืนมากกว่า 1 ครั้งต่อ สัปดาห์

ระดับ 4 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงมาก (severe persistent) ช่วงกลางวัน มีอาการหอบตลอดเวลา มีการ จับหืดบ่อยและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ช่วง กลางคืน มีอาการหอบเวลากลางคืนบ่อยๆ

4. ระดับการควบคุมโรคหืด⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับตามลักษณะทางคลินิกและผลการตรวจ สมรรถภาพปอด (PEF หรือ FEV1)

กลุ่มที่ควบคุมอาการได้ (controlled) ช่วงกลาง วัน ไม่มีอาการหอบ หรือหอบน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่มีข้อจำกัดของการออกกำลังกาย ไม่มีอาการหอบช่วง กลางคืนจนรบกวนการนอนหลับ ไม่ต้องใช้ยาพ่นขยาย หลอดลมบรรเทาอาการหรือใช้น้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ผลการตรวจสมรรถภาพปอด PEF 80% ไม่มีการจับหืด เฉียบพลัน (exacerbation)

กลุ่มที่ยังควบคุมอาการได้ไม่เต็ม (partly controlled) มีอาการอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้ 1) ช่วงกลางวันมีอาการ หอบมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ 2) มีข้อจำกัดของการออก กาย 3) มีอาการหอบช่วงกลางคืนจนรบกวนการนอน หลับ 4) ผลการตรวจสมรรถภาพปอด PEF < 80% และ 5) มีการจับหืดเฉียบพลัน (exacerbation) อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อปี

กลุ่มที่ควบคุมอาการของโรคไม่ได้ (uncontrolled) มีอาการในกลุ่มที่ยังควบคุมอาการได้ไม่เต็ม อย่างน้อย 3 ข้อ มีการจับหืดเฉียบพลัน 1 ครั้งในช่วงสัปดาห์ไหนก็ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและข้อมูลเปรียบเทียบ ผลการรักษาสู่สถิติ t-test

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 77.9 ประกอบอาชีพรับจ้าง และแม่บ้าน ร้อยละ 35.1 และ 23.4 ตามลำดับ

ตาราง 1 ปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหืด (n=77)

	ปัจจัย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ช่วงอายุ (ปี)	15-30	4	5.2
	31-40	11	14.2
	41-50	23	29.9
	51-60	19	24.7
	61-70	13	16.9
	71-80	7	9.1
การสูบบุหรี่	สูบบุหรี่	3	3.9
	ไม่สูบบุหรี่	74	96.1
การดื่มแอลกอฮอล์	ดื่ม	1	1.3
	ไม่ดื่ม	76	98.7

จากตาราง 1 พบว่าช่วงอายุของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 29.9 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 96.1 และ 98.7 ตามลำดับ

ประวัติเกี่ยวกับการเริ่มเป็นโรคหืด ค่าเฉลี่ยอายุที่เริ่มเป็นโรคหืดคืออายุ 32 ± 19 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยเป็นโรคหืดมานาน 19 ± 15 ปี และเริ่มมารักษาโรคหืดที่โรงพยาบาลสตึก กม.10 โดยเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 6 ปี 3 เดือน ± 5 ปี 3 เดือน

ตาราง 2 ประวัติเกี่ยวกับโรคหืด (n=77)

	ประวัติ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประวัติครอบครัวสายตรงเป็นโรคหืด	- มี	23	29.9
	- ไม่มี	54	70.1
ภาวะภูมิแพ้ที่อื่นที่เกิดร่วมด้วย	- ไม่มี	31	40.3
	- มี	46	59.7
	- พบ 1 ชนิด	33	71.7
	- พบ 2 ชนิด	11	23.9
	- พบ 3 ชนิด	2	4.4

ตาราง 2 ประวัติเกี่ยวกับโรคหืด (n=77) (ต่อ)

ประวัติ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ชนิดของโรคภูมิแพ้ที่พบร่วม		
- โรคภูมิแพ้ทางจมูก	36	59.0
- โรคภูมิแพ้ทางตา	15	24.6
- โรคภูมิแพ้ทางผิวหนัง	10	16.4
เคยตรวจสมรรถภาพปอดมาก่อน		
- เคย	9	11.7
- ไม่เคย	68	88.3
ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา เคยหอบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
- เคย	13	16.9
- ไม่เคย	64	83.1

จากตาราง 2 พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 70.1 ไม่มีประวัติครอบครัวสายตรงเป็นโรคหืด ร้อยละ 59.7 พบมีโรคภูมิแพ้อื่นๆ ร่วมด้วยโดยพบว่าส่วนใหญ่มีโรคภูมิแพ้ร่วม 1 ชนิดร้อยละ 71.7 โรคภูมิแพ้ที่พบร่วมมากที่สุดคือโรคภูมิแพ้ทางจมูกร้อยละ 59.0 โรคภูมิแพ้ที่พบร่วม

น้อยที่สุด คือ โรคภูมิแพ้ทางผิวหนังร้อยละ 16.4 ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.3 ไม่เคยตรวจสมรรถภาพปอดมาก่อน และในช่วงระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 83.1 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตาราง 3 ระดับความรุนแรงของโรคหืดก่อนเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (n=77)

ระดับความรุนแรง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
มีอาการนานๆ ครั้ง	4	5.2
อาการรุนแรงน้อย	34	44.2
อาการรุนแรงปานกลาง	38	49.3
อาการรุนแรงมาก	1	1.3

จากตาราง 3 เมื่อประเมินตาม GINA guideline⁽¹³⁾ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของอาการโรคหืดปานกลาง ร้อยละ 49.3 รองลงมาคือความรุนแรง

ของอาการโรคหืดน้อย ร้อยละ 44.2 และพบว่าระดับความรุนแรงของโรคหืดที่มีอาการรุนแรงมาก มีเพียงร้อยละ 1.3

ตาราง 4 ผลการควบคุมโรคหืด (n=77)

การควบคุมโรคหืด	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3		ครั้งที่ 4		ครั้งที่ 5	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ควบคุมอาการไม่ได้	57	74.0	36	46.8	24	31.2	24	31.2	14	18.1
ควบคุมอาการได้ไม่ดี	15	19.5	21	27.3	31	40.3	31	40.3	28	36.4
ควบคุมอาการได้	5	6.5	20	25.9	22	28.5	22	28.5	35	45.5
ค่าเฉลี่ยตรวจสอบสมรรถภาพปอด	74.8		78.9		81.1		80.6		81.9	

จากตาราง 4 พบว่าแนวโน้มการควบคุมโรคหืดจากครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 5 นั้นกลุ่มที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้ลดลงจากร้อยละ 74.0 เหลือร้อยละ 18.1 สำหรับกลุ่มที่ควบคุมอาการได้ แนวโน้มมากขึ้นในแต่ละครั้งที่มาพบ

แพทย์ จากร้อยละ 6.5 เป็นร้อยละ 45.5 และแนวโน้มของค่าเฉลี่ยการตรวจสอบสมรรถภาพปอดในคลินิก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.8 เป็นร้อยละ 81.9

ตาราง 5 เปรียบเทียบการควบคุมโรคหืด หลังเข้าคลินิกโรคหืดครั้งที่ 1 กับ 3 และ ครั้งที่ 1 กับ 5 (n=77)

การควบคุมโรคหืด	P-value
หลังเข้าคลินิกครั้งที่ 1 และ 3	0.062
หลังเข้าคลินิกครั้งที่ 1 และ 5	0.05*

จากตาราง 5 พบว่าการควบคุมโรคหืดหลังเข้าคลินิกโรคหืดอย่างง่ายครั้งที่ 1 และ 3 มีความแตกต่าง

กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนครั้งที่ 1 และ 5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 6 การใช้ยาในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (n=77)

ชนิดของยาที่ใช้ควบคุมอาการ	ใช้		ไม่ใช้	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
1. กลุ่ม corticosteroid	76	98.7	1	1.3
2. กลุ่ม xanthine	71	92.2	6	7.8
3. กลุ่ม leukotriene	29	37.7	48	62.3
4. ยา reliever SABA	75	97.4	2	2.6

จากตาราง 6 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในคลินิกได้รับยาควบคุมอาการในกลุ่ม corticosteroid ร้อยละ 98.7

ส่วนการใช้ยาควบคุมอาการในกลุ่ม xanthine ร้อยละ 92.2 นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายได้รับยาควบคุมอาการ

2 กลุ่ม แล้วยังไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ต้อง
ใช้ยาในกลุ่ม leukotriene ควบคู่กันไปด้วย ร้อยละ 37.7
ส่วนการได้รับยาขยายหลอดลมชนิดสูดเพื่อบรรเทาอาการ
ขณะโรคหืดกำเริบ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 97.4 ได้
รับยากลุ่ม SABA ไปไว้ขณะมีอาการโรคหืดกำเริบด้วย
ผลข้างเคียงจากการใช้ยาในคลินิก พบว่ามีเพียง
ส่วนน้อยร้อยละ 6.5 เท่านั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์
ตามนัดสม่ำเสมอร้อยละ 54.5

วิจารณ์

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ
ซึ่งปัจจุบันได้มีการจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดใน
ประเทศไทยขึ้น⁽⁶⁻¹⁰⁾ โดยเป้าหมายในการดูแลรักษาตาม
GINA Guideline⁽¹³⁾ ผู้ป่วยโรคหืดเมื่อได้รับการดูแลรักษา
อย่างถูกต้องตามมาตรฐานและต่อเนื่อง ตลอดจนดูแลโดย
ทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการพ่นยา การประเมิน
การใช้ยาอย่างถูกต้อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น พบว่า
กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ก่อนเข้าคลินิกโรคหืด ความรุนแรง
ของโรคหืดก่อนเข้าคลินิกโรคหืดส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
ปานกลางถึงร้อยละ 49.3 ของผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด
หลังจากเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด ประเมินการ
ควบคุมโรคหืดโดยรวมในการมาพบแพทย์ครั้งที่ 1 และ
ครั้งที่ 3 เปรียบเทียบกันมีความแตกต่างกันอย่างไม่มี
นัยสำคัญทางสถิติ แต่ในการมาพบแพทย์ครั้งที่ 1 และ
ครั้งที่ 5 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด โดยเฉลี่ยตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึง
ครั้งที่ 5 แนวโน้มเฉลี่ยสูงขึ้นจากร้อยละ 74.8 เป็นร้อยละ
81.9 สอดคล้องกับศึกษาของชาญชัย จันทรรวงชัยกุล⁽¹⁴⁾
ซึ่งศึกษาผลลัพธ์ของการจัดคลินิกโรคหืดอย่างง่ายใน
โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ป่วย
ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหืดลดลง มีความ
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและงานประจำได้ดีขึ้น
และสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ เขียมบุญศรีและ
คณะ⁽¹⁵⁾ รวมทั้งการศึกษาของเกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร⁽¹⁶⁾
ที่ศึกษาถึงผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายใน
โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

ส่วนการใช้ยาในคลินิกโรคหืด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้
รับยาควบคุมอาการในกลุ่ม corticosteroid ชนิดสูดและ

ยากกลุ่ม xanthine ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการรักษาโรคหืด
ของประเทศไทย⁽¹⁰⁾

ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหืดหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืด
แบบง่ายในโรงพยาบาลสตึก กม.10 ในภาพรวมพบว่า
ผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการรักษาโดยการพ่นยาขยายหลอดลม
ที่ห้องฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2553 ก่อนตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย
จำนวน 116 ราย 518 ครั้ง ปี พ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นปีแรก
ที่จัดตั้งคลินิกโรคหืด จำนวน 101 ราย 318 ครั้ง และ
ปี พ.ศ. 2555 จำนวน 83 ราย 521 ครั้ง จากการวิเคราะห์
พบว่าผู้ป่วยที่มาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินก่อนและหลังจัดตั้ง
คลินิกโรคหืดลดลงแต่จำนวนครั้งที่มาพ่นยาเพิ่มขึ้นและ
เป็นผู้ป่วยรายเดิมๆ ที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื่องโรคลมชัก
และพิการทางสมอง ครอบครัวยังไม่สามารถดูแลการพ่นยา
ได้ มาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินเกือบทุกวันโดยให้จักษยานยนต์
รับจ้างมาพ่นยา ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่ได้เข้า
รับการรักษาในคลินิกโรคหืดทั้งนี้เนื่องจากการไม่ตระหนัก
ของตัวผู้ป่วยเอง รอให้มีอาการหืดกำเริบจึงมาโรงพยาบาล
เพื่อพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน การไม่ต่อเนื่อง การขาด
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่ง
ยังอยู่นอกระบบของคลินิกโรคหืดแบบง่าย โดยบางราย
นัดให้มาเข้าคลินิกแต่ไม่มา รวมทั้งความรู้ ความเข้าใจ
ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการ
ดูแลรักษาโรคหืด

จำนวนผู้ป่วย และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคหืด
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการโรคหืดกำเริบ
ในปี พ.ศ. 2553 ก่อนตั้งคลินิกโรคหืด มีผู้ป่วยเข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด 31 ราย 40 ครั้ง คิดเป็น
ร้อยละ 1.2 ปี พ.ศ. 2554 และ ปี พ.ศ. 2555 หลังตั้งคลินิก
โรคหืด มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืด
16 ราย 21 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.2 และ 17 ราย 20 ครั้ง
คิดเป็น ร้อยละ 1 ของผู้ป่วยในทั้งหมดตามลำดับ

จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหืดกำเริบรุนแรง
จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจแล้วส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มี
ศักยภาพสูงกว่า ในปี พ.ศ. 2553 ก่อนจัดตั้งคลินิกโรคหืด
พบผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อ 3 ราย 5 ครั้ง
ในปี พ.ศ. 2554 ไม่มีผู้ป่วยโรคหืดที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ
จากอาการหืดกำเริบรุนแรงและในปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วย
โรคหืดที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อ 1 ราย 1 ครั้ง

จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ด้วยโรคหืด พบเฉพาะในปี พ.ศ. 2554 จำนวน 1 ราย 2 ครั้ง ส่วนในปี พ.ศ. 2553 และปี พ.ศ. 2555 ไม่พบผู้ป่วยโรคหืดที่กลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน และไม่พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหืดกำเริบอย่างรุนแรง

สรุป

การจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาล สัตหีบ กม.10 ทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดมีประสิทธิภาพมากขึ้น แนวโน้มการควบคุมโรคหืดดีขึ้น และมีการจัดทำแนวทางการรักษา (CPG) โรคหืดซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องมากขึ้น ช่วยลด

อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินลงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ราเมศร์ อ่ำไพพิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 ที่อนุญาตให้ทำการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ผลงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณโสภิต สร้อยสอดศรี ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ทีมเจ้าหน้าที่พยาบาล เกสัชกร ที่ร่วมช่วยกันดูแลผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดแบบง่ายและบันทึกข้อมูลไว้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Vichyanond P, Jirapongsananuruk O, Visitsuntorn N, Tuchinda M. Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC (International Study for Asthma and Allergy in Children) questionnaires. J Med Assoc Thai 1998;81:175-84.
2. 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.
3. Trakultivakorn M. Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in Northern Thai children from Chiang Mai (International Study of Asthma and Allergies in Childhood, ISAAC). Asian Pac J Allergy Immunol 1999;17:243-8.
4. Teeratakulpisarn J, Wiangnon S, Kosalaraksa P, Tuchinda M. Surveying the prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in school-children in Khon Kaen, Northeastern Thailand using the ISAAC questionnaire: phase III. Asian Pac J Allergy Immunol 2004;22:175-81.
5. Dejsomritrutai W, Nana A, Chierakul N, Tscheikuna J, Sompradeekul S, Ruttanaumpawan P, et al. Prevalence of bronchial hyper responsiveness and asthma in the adult population in Thailand. Chest 2006;129:602-09.
6. ประเสริฐ ทองเจริญ. แนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่. แพทยสมาคม 2538;24(1):17-29.
7. ประพาฬ ยงใจยุทธ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย (สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ ฉบับปรับปรุง). วารสารโรคและตรวจเอกซเรย์ 2541;19:179-93.
8. ประพาฬ ยงใจยุทธ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ. 2547. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย;2547.
9. คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ. 2551. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข : การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:ศรีเมืองการพิมพ์;2552.

10. อภิชาติ คณิตทรัพย์, มุกดา หวังวีรวงศ์, บรรณธิการ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร:ยูเนี่ยนอุตสาหกรรม;2555.
11. 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.
12. Liwsrisakun C, Pothirat C. Actual implementation of the Thai Asthma Guideline. *J Med Assoc Thai* 2005;88:898-902.
13. Global Initiative for Asthma. Asthma management and prevention program. Global strategy for asthma management and prevention (update 2006). Bethesda, MD US Department of Health and Human Service Publication NIK;2006:1-106.
14. Janworachaikul C. Outcomes of Easy Asthma Clinic in Yangtalad Hospital. *Srinagarind Med J* 2007;22(4):449-58.
15. Jeamboonsri P, Kaewsing P, Kotpat S, Kompha P, Prathumpet P, and Charoensri R. The Results of Adult Asthmatics Care in the ๕๐th Anniversary of Mahavajiralongkorn Hospital. *Srinagarind Med J* 2010;25(4):265-71.
16. Hansittiporn K. The Result of Setting up an Easy Asthma Clinic in Chiang Yuen Hospital Maha Sarakham Province. *Srinagarind Med J* 2012;27(2):167-71.