



ขอนแก่นเวชสาร

KHON KAEN HOSPITAL MEDICAL JOURNAL

ปีที่ 31 ฉบับที่ 3

เดือน กันยายน - ธันวาคม 2550

Volume 31 Number 3

September - December 2007



ด้วยการสนับสนุน
จาก

NOVARTIS (Thailand) Limited



Improvement of Standard Treatment of Asthma at Manjakiree Hospital

Kanchit Chermchitrphong MD. Thai Board of Preventive Medicine *

Kookwan Sawadpanich MD. Thai Board of General Medicine **

Jinjutha Klaiwong RN. ***

Niphon Thitiyanviroj BS. (Pharmacy) ****

**Director Manjakiree Hospital*

***Internist Manjakiree Hospital*

**** Asthma Clinic Manjakiree Hospital*

***** Pharmacy Division, Manjakiree Hospital*

Abstract

Asthma disease is chronic bronchitis which frequently found and be the health problem of Thailand and the world. The study was examine the result of the development through Asthmatic Standard Treatment by the goal of GINA guideline at Manjakiree Hospital. Retrospective study was designed for this one year study to compare the indicators for asthma control. The population was the patients who registered at Easy Asthma Clinic of Manjakiree Hospital and the 87 respondents of 139 patients of Easy Asthma Clinic were analyzed. The information was gained from medical registry unit of OPD data between pre and post Easy Asthma Clinic operation (August 15, 2004 and August 15, 2005)

The result was found that the significantly different indicators between pre and post the operation of Easy Asthma Clinic were: using broncho-dilator drug and steroid spray, Asthma attacked case at E.R., the mean (x) of Peak Expiratory Flow Rate and Asthmatic case who got asthma control after clinic had the operation.

In conclusion, although Manjakiree Hospital is only the community hospital but Manjakiree Hospital can achieve the Asthmatic Standard Treatment to control and treat asthma disease due to it's effective Easy Asthma Clinic operation.

Keywords : *Asthma disease, Easy Asthma Clinic*

การพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดให้ได้มาตรฐาน ในโรงพยาบาลมัญจาคีรี

กรรชิต	เจิมจิตรม่อง	พบ. อว. เวชศาสตร์ป้องกัน (แพทยสภา)*
กฤษัญญ	สวัสดิ์พาณิชย์	พบ. วว. อายุรกรรม (แพทยสภา)**
อินทร์จูลา	กัญญาวิมล***	
นิพนธ์	จิตติยานวิโรจน์ ****	

*ผู้อำนวยการ รพ.มัญจาคีรี

**อายุรแพทย์ รพ.มัญจาคีรี

***พยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคหอบหืด รพ.มัญจาคีรี

****เภสัชกร รพ.มัญจาคีรี

บทคัดย่อ

โรคหอบหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย และของโลก การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดให้ได้มาตรฐานตามโดยใช้ตัวชี้วัดในการควบคุมโรคหอบหืด ตามเป้าหมายของแนวทางการรักษา (GINA guideline) ในโรงพยาบาลมัญจาคีรี โดยเป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ย้อนหลัง กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยที่ลงทะเบียนใน Easy Asthma Clinic ของโรงพยาบาลมัญจาคีรี โดยศึกษาจากข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก โดยเปรียบเทียบตัวชี้วัดในการควบคุมโรคหอบหืด ก่อนและหลังเปิด Easy Asthma Clinic ในวันที่ 15 สิงหาคม 2547 และหลังเปิด Easy Asthma Clinic มาครบ 1 ปี ในวันที่ 15 สิงหาคม 2548 ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน Easy Asthma Clinic ของโรงพยาบาลมัญจาคีรี จำนวน 139 ราย แต่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ได้จำนวน 87 ราย พบว่าตัวชี้วัดที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างก่อนและหลังเปิด Easy Asthma Clinic คือการใช้ยาขยายหลอดลมและยาสเตียรอยด์พ่น ผู้ป่วยโรคหอบหืดมารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน ค่าเฉลี่ยของ Peak Expiratory Flow Rate ของผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้ asthma control หลังเปิดคลินิก สรุปผลการศึกษา โรงพยาบาลมัญจาคีรี แม้จะเป็นเพียงโรงพยาบาลชุมชน แต่ก็มีความสามารถที่จะรักษาและควบคุมโรคหืดให้ได้มาตรฐาน โดยการดำเนินงาน Easy Asthma Clinic อย่างได้ผล

รฐาน

บทนำ

โรคหอบหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย^(1,2) และของโลก^(3,4) ซึ่งจากข้อมูลของโครงการริเริ่มเพื่อโรคหอบหืดระดับโลก (Global Initiative for Asthma) พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลก⁽⁶⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าในระหว่างปีพ.ศ. 2523 และ พ.ศ. 2541 คือเพิ่มจาก 6.7 ล้านคนเป็น 17.3 ล้านคนโดยประมาณ⁽⁷⁾ และจากการเพิ่มสัดส่วนประชากรในเมืองทั่วโลกที่ประมาณการณ์ไว้จากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 59 ภายในปีพ.ศ. 2568 นั้นมีแนวโน้มว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นอย่างรุนแรงในอีกสองทศวรรษข้างหน้า โดยคาดกันว่าอาจมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้เพิ่มขึ้น 100 ล้านคนภายในปีพ.ศ. 2568⁽⁸⁾

การรักษาโรคหอบหืดจึงมีความสำคัญและในแต่ละประเทศก็มีการรักษาที่แตกต่างกันมาก ดังนั้นเพื่อการรักษาโรคหอบหืดมีมาตรฐานเดียวกัน องค์การอนามัยโลก(WHO) ร่วมกับ National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) ของอเมริกาจึงได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจาก 17 ประเทศ มาร่วมกันจัดทำแนวทางการรักษาโรคหอบหืดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก ในปี 1995 เรียกว่า Global Initiative for Asthma Guideline (GINA)⁽⁴⁾ ซึ่งหลายประเทศได้นำ GINA guidelines ไปเป็นแนวทางในการรักษาโรคหอบหืดรวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งแนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทยได้จัดทำขึ้น ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2537⁽⁸⁾ โดยความร่วมมือของสมาคมอุรเวชช์สมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา และชมรมโรคหอบหืด และได้มีการปรับปรุงครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2540⁽⁹⁾ และครั้งล่าสุดในปีพ.ศ. 2547⁽¹⁰⁾

เป้าหมายในการรักษาโรคหอบหืดที่ GINA guideline ได้ตั้งไว้คือ ผู้ป่วยโรคหอบหืดไม่ควรจะมีอาการหอบ ไม่ต้องตื่นขึ้นมาหอบในช่วงกลางคืน ไม่ต้องไปห้องฉุกเฉินเพราะอาการหอบ มีสมรรถภาพปอดเป็นปกติ โดยปราศจากอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

หลังจากมีการนำเอา GINA guideline มาใช้

หลายปี จากการสำรวจในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดประมาณร้อยละ 6.7 มีอาการหอบรุนแรงเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 14.8 มีอาการหอบกำเริบต้องมาที่ห้องฉุกเฉินร้อยละ 21.7 และไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติร้อยละ 23.6⁽¹¹⁾

ส่วนในโรงพยาบาลมัญจาคีรีก็พบว่า มีผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการหอบรุนแรงเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 17.5 มีอาการหอบกำเริบต้องมาที่ห้องฉุกเฉินร้อยละ 35.4 และ เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงคิดหนึ่งในสิบอันดับแรกของโรคที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดของผู้ป่วยนอก ดังนั้นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดมากกว่าครึ่งมีคุณภาพชีวิตด้อยกว่าคนปกติเพราะผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางที่ได้แนะนำไว้ (GINA guideline) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดในประเทศไทยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์มีเพียงร้อยละ 6.7 และผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดมีเพียงร้อยละ 28⁽¹¹⁾

จากความล้มเหลวในการพยายามรักษาผู้ป่วยให้ควบคุมโรคหืดให้ได้ตามเป้าหมายของ GINA guideline ทางผู้วิจัยจึงได้เข้าร่วมกับเครือข่ายคลินิกโรคหอบหืดแบบง่าย ๆ (Easy Asthma Clinic ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ บุญสวัสดิ์) โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดให้ได้มาตรฐานตามเป้าหมายของแนวทางการรักษา (GINA guideline) และเป็นแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อผู้ป่วยจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นใกล้เคียงคนปกติ ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับโรคนี้อีกต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาตัวชี้วัดการควบคุมโรคหืดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากหืดกำเริบเฉียบพลันในโรงพยาบาลมัญจาคีรี ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ใกล้เคียงคนปกติ

วิธีการศึกษาและสถิติ

เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในคลินิกโรคหอบหืด (Easy Asthma Clinic ; EAC) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น โดยทางโรงพยาบาลได้เริ่มเข้าร่วมเครือข่ายคลินิกโรคหืด (Easy Asthma Clinic) ตั้งแต่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2547 โดยมีขั้นตอนการทำงานดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนจะต้องพบกับพยาบาลก่อนเพื่อลงทะเบียนและประเมินการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามง่าย ๆ (asthma control questionnaires) (ตารางที่ 1) เสร็จแล้วก็ให้คนไข้เป่า PEF (peak expiratory flow rate) เพื่อวัดความเร็วสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถเป่าได้

2. เมื่อพยาบาลประเมินเสร็จก็ส่งผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ แพทย์จะให้การรักษาตามแนวทางการรักษาที่คัดแปลงง่าย ๆ กล่าวคือเราจะไม่ต้องจำแนกผู้ป่วยตามความรุนแรงซึ่งยากแก่การจดจำ แต่จะประเมินว่าผู้ป่วยควบคุมโรคหอบหืดได้หรือยัง (กล่าวควบคุมโรคได้หมายความว่า ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการทั้งกลางวันและกลางคืน ต้องไม่มีการใช้ยาขยายหลอดลม ต้องไม่ไปห้องฉุกเฉิน และ PEFR เกินร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน) ถ้าผู้ป่วยยังควบคุมโรคหอบหืดไม่ได้ แพทย์ก็จะให้ยารักษาโดยให้ยาพ่นสเตียรอยด์ ขนาดปานกลาง (500-1000microgram) ไปก่อน ถ้าครั้งหน้าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ก็ให้เพิ่มยาเข้าไป โดยยาที่จะให้เพิ่มก็มีเพียงยา 3 ตัวคือ long acting beta 2 agonists , theophyllin และ anti-leukotrienes ถ้าควบคุมโรคได้ก็ค่อย ๆ ลดยา

3. เมื่อแพทย์สั่งการรักษาเสร็จก็ส่งผู้ป่วยพบกับเภสัชกรเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค และการรักษา พร้อมทั้งสอนเรื่องการใช้ยาพ่น

4. ข้อมูลผู้ป่วยจะถูกบันทึกในฐานข้อมูลรวมผ่านเว็บไซต์ แบบสอบถามเพื่อการประเมินการควบคุมโรคหอบหืดของผู้ป่วย (asthma control questionnaires) โดยถามคำถามง่าย ๆ 4 ข้อ

1. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีอาการไอ

หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจมีเสียงดังวี๊ด ในช่วงกลางวันบ้างหรือไม่

2. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณต้องลุกขึ้นมาไอ หายใจฝืด และแน่นหน้าอก หายใจมีเสียงดังวี๊ดในช่วงกลางคืนบ้างหรือไม่

3. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณใช้ยาบรรเทาอาการหอบ (ยาขยายหลอดลม) บ้างหรือไม่

4. ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยหอบมากจนต้องไปรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หรือต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลบ้างหรือไม่

ข้อมูลที่เก็บย้อนหลังจะเริ่มตั้งแต่วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2547 - 14 สิงหาคม พ.ศ. 2548 จำนวน 139 คน และวิเคราะห์ข้อมูลแบบดังต่อไปนี้ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดแบ่งตาม GINA guideline 1995 และ 2002 ได้แก่ มีอาการนาน ๆ ครั้ง (intermittent asthma) อาการรุนแรงน้อย (mild persistent asthma) อาการรุนแรงปานกลาง (moderate persistent asthma) และ อาการรุนแรงมาก (severe persistent asthma) การได้รับยาของผู้ป่วยหอบหืด ตัวชี้วัดการควบคุมโรคหืด เปรียบเทียบก่อน - หลังการเปิดคลินิกโรคหืด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่นอนโรงพยาบาลด้วยอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน (จำนวนครั้งต่อคนต่อปี) ผู้ป่วยโรคหอบหืดมารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน (จำนวนครั้งต่อคนต่อปี) ผู้ป่วยโรคหอบหืดมารักษาที่ตรวจที่ OPD (จำนวนครั้งต่อคนต่อปี) ค่าเฉลี่ยของ peak expiratory flow rate ของผู้ป่วยหอบหืด อัตราผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ตรวจสมรรถภาพปอด โดย การวัดค่าความเร็วสูงสุด (peak expiratory flow rate) ได้มากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้ asthma control หลังเปิดคลินิกตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากหืดกำเริบเฉียบพลันเปรียบเทียบก่อน - หลังการเปิดคลินิกโรคหืด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ตายจากอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน และ ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ใส่ท่อช่วยหายใจจากอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์ โดยการเปรียบเทียบตัวชี้วัดการควบคุมโรคหืดก่อน - หลังการเปิดคลินิกโรคหืด โดยใช้

สถิติเชิงอนุมาน paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหืดที่ใช้ยาพ่นขยายหลอดลม และสเตียรอยด์ก่อนและหลังเปิดคลินิกใช้สถิติ McNemar's chi-square ผู้ป่วยหอบหืดที่ได้ค่า peak expiratory flow rate มากกว่าร้อยละ 80 เปรียบเทียบก่อนและหลังเปิดคลินิกใช้สถิติ Pearson chi-square โดยมีความแตกต่างกันทางสถิติเป็น *p*-value , 95 % CI

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษารวมทั้งสิ้น 139 ราย ต้องออกจากการศึกษา 52 คน คิดเป็นร้อยละ 37.41 เพราะไม่ได้มาติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง 30 ราย

(ร้อยละ 57.70) วินิจฉัยผิดพลาดผู้ป่วยเป็นหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) 6 ราย (ร้อยละ 11.54) และข้อมูลไม่สมบูรณ์ 29 ราย (ร้อยละ 55.77) ดังนั้นจึงมีผู้เข้าร่วมการศึกษา 87 ราย มีอายุเฉลี่ยขณะที่เริ่มทำการรักษา 48.21 ปี (15-83 ปี) โดยเป็นเพศชาย 30 คน (ร้อยละ 34.48) เพศหญิง 57 คน (ร้อยละ 65.52) สูบบุหรี่ 28 คน (ร้อยละ 32.2) ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดมีดังนี้ มีอาการนาน ๆ ครั้ง 4 คน (ร้อยละ 4.6) มีอาการรุนแรงน้อย 24 คน (ร้อยละ 27.61) มีอาการรุนแรงปานกลาง 33 คน (ร้อยละ 37.93) มีอาการรุนแรงมาก 26 คน (ร้อยละ 29.86) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคหอบหืด

	ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)
อายุ	0-10	0
	11-20	1
	21-40	24
	41-60	45
	61-80	16
	> 80	1
เพศ	ชาย	30 (34.48 %)
	หญิง	57 (65.52 %)
การสูบบุหรี่		28 (32.2 %)
ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด		
	มีอาการนาน ๆ ครั้ง (intermittent asthma)	4 (4.6 %)
	มีอาการรุนแรงน้อย (mild persistent asthma)	24 (27.61 %)
	มีอาการรุนแรงปานกลาง (moderate persistent asthma)	33 (37.93%)
	มีอาการรุนแรงมาก (severe persistent asthma)	26 (29.86 %)

ตัวชี้วัดการควบคุมโรคหืด ได้แก่การได้รับยาของ ผู้ป่วยหอบหืดก่อนเปิดคลินิกโรคหืด พบว่าได้รับยาพ่นขยายหลอดลม 79 คน (ร้อยละ 90.8) และยาพ่นสเตียรอยด์ 41 คน (ร้อยละ 47.37) ยาอื่น ๆ อีก 8 คน (ร้อยละ 9.20) เปรียบเทียบหลังเปิดคลินิกที่ผู้ป่วยได้รับ

ยาพ่นขยายหลอดลมเพิ่มเป็น 87 คน (ร้อยละ 100) และได้รับยาพ่นสเตียรอยด์เพิ่มเป็น 83 คน (ร้อยละ 95.40) เมื่อคำนวณทางสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคหืดได้รับยาพ่นขยายหลอดลม และสเตียรอยด์เพิ่มขึ้นจากเดิมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value=0.0078 และ <0.001 สำหรับ

ชายขาดลมและยาเสียดยรรยงค์ตามลำดับ โดยมี 95% CI -0.164 - -0.197 และ -0.599 - -0.366) หลังเปิดคลินิกผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ต๋องนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหืดกำเริบเฉียบพลันลดลงจากเดิมก่อนเปิดคลินิกเฉลี่ย 0.22 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 0.11 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งเมื่อคำนวณทางสถิติแล้วยังไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.161 โดยมี 95% CI -0.042-0.249) ผู้ป่วยโรคหอบหืดมารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหืดกำเริบเฉียบพลันก่อนเปิดคลินิกลดลงจาก 1.3 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 0.69 ครั้งต่อคนต่อปีหลังเปิดคลินิกแล้ว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0033 โดยมี 95% CI 0.028-1.01) ผู้ป่วยโรคหอบหืดมารักษาที่ OPD หลังเปิดคลินิกลดลงจากเดิม 3.95 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 3.24 ครั้งต่อคนต่อปี แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0617 โดยมี 95% CI - 0.036 -1.461). ผู้ป่วย

โรคหอบหืดที่ตรวจสมรรถภาพปอดโดยการวัดค่าความเร็วสูงสุด (peak expiratory flow rate) ได้ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนเปิดคลินิก 69.89 % เป็น 76.18 % ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001 โดยมี 95% CI - 8.90- -3.68) ถ้าตรวจสมรรถภาพปอดแล้วได้ค่าเฉลี่ย PEFr มากกว่าร้อยละ 80 พบว่าก่อนเปิดคลินิกมี 26 คน (ร้อยละ 29.90) และ หลังเปิดคลินิกเพิ่มเป็น 37 คน (ร้อยละ 42.53) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.083) , ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้ asthma control หลังเปิดคลินิกโรคหืดมี 66 คน คิดเป็นร้อยละ 60.92และ poor control มี 34 คนคิดเป็นร้อยละ 39.08 ดังตารางที่ 2

ส่วนตัวชี้วัดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากหืดกำเริบเฉียบพลันพบว่า ไม่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดเสียชีวิต และต้องใส่ท่อช่วยหายใจจากอาการหืดกำเริบเฉียบพลันทั้งก่อน และหลังการเปิดคลินิกโรคหืด

ตารางที่ 2 แสดงตัวชี้วัดการควบคุมโรคหืดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากหืดกำเริบเฉียบพลันเปรียบเทียบก่อน - หลังการเปิดคลินิกโรคหืด (15/8/47-14/8/48)

ตัวชี้วัด	ก่อนเปิด คลินิก โรคหืด	หลังเปิด คลินิก โรคหืด	P-value	95% CI
การใช้ยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด (ร้อยละ)				
Bronchodilator inhaler	79 (90.80%)	87 (100%)	0.0078	-0.164- -0.197
Corticosteroid inhaler	41 (47.37 %)	83 (95.40%)	<0.001	-0.599- -0.366
ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่นอนโรงพยาบาลที่เกิดจากหืด กำเริบเฉียบพลัน(จำนวนครั้ง/คน/ปี)	0.22	0.10	0.161	-0.420- 0.249
ผู้ป่วยโรคหอบหืดมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน จากหืดกำเริบเฉียบพลัน(จำนวนครั้ง/คน/ปี)	1.3	0.69	0.0033	0.208- 1.010
ผู้ป่วยโรคหอบหืดมารับการรักษาที่ OPD (จำนวนครั้ง/คน/ปี)	3.95	3.24	0.061	-0.355- 1.460
จำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ตรวจสมรรถภาพปอด โดยการวัดค่าความเร็วสูงสุด (peak expiratory flow rate) ได้มากกว่าร้อยละ 80	26 (29.90%)	37 (42.53%)	0.083	Pearson chi-square

ตัวชี้วัด	ก่อนเปิด	หลังเปิด	P-value	95% CI
	คลินิกโรคหืด	คลินิกโรคหืด		
ค่าเฉลี่ยของ peak expiratory flow rate ของผู้ป่วยหอบหืด	69.89	76.18	<0.001	-8.90-3.68
ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ poor asthma control (ร้อยละ)	-	34 (39.08%)	-	-
ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้ asthma control (ร้อยละ)	-	66 (60.92%)	-	-
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหอบหืดจากอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน	0	0	-	-
อัตราผู้ป่วยโรคหอบหืดใส่ท่อช่วยหายใจจากอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน	0	0	-	-

วิจารณ์

โรคหอบหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ถูกมองข้าม แม้จะส่งผลกระทบต่อคนทั่วโลกเชื้อชาติทุกระดับ เศรษฐกิจสังคม และทุกวัย แม้แต่ในประเทศไทยผู้ป่วยโรคหอบหืดจำนวนมากยังต้องทนทุกข์ทรมานกับโรค เพราะไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการพันธุรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือต้องนอนรักษาที่โรงพยาบาลจากอาการหืดกำเริบเฉียบพลัน รวมทั้งมีอัตราการเสียชีวิต และใส่ท่อช่วยหายใจจากหืดกำเริบเฉียบพลันด้วย ปัจจุบันมีแนวทางการรักษาโรคหอบหืดที่ได้ผลดี ซึ่งได้จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับ National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) และผู้เชี่ยวชาญจาก 17 ประเทศทั่วโลกเป็นแนวทางการรักษาโรคหอบหืดที่ได้มาตรฐานเดียวกันเรียกว่า GINA¹⁴ ซึ่งประเทศไทยก็นำมาใช้เป็นแนวทางในการรักษาโรคหอบหืดด้วย โดยเป้าหมายในการรักษาคือการควบคุมโรคหืดให้ได้ หมายความว่าผู้ป่วยโรคหืดต้องมีอาการน้อยหรือไม่มีอาการเลยมีโรคกำเริบน้อยครั้ง ไม่ต้องหอบมากจนต้องไปห้องฉุกเฉิน ใช้ยาขยายหลอดลมน้อยมากหรือไม่ต้องใช้เลย สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสามารถออกกำลังกายได้เป็นปกติ มีสมรรถภาพปอดปกติ ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา แต่หลังจากมีการนำเอาแนวทางการรักษาตาม GINA guideline มาใช้พบว่ามีความ

ยุ่งยากซับซ้อนทำให้ยากต่อการปฏิบัติตามเช่น การจำแนกความรุนแรงของโรคหอบหืด และการให้ยารักษาตามระดับความรุนแรงของโรค รวมทั้งแพทย์ไม่มีเวลามากพอในการดูแลรักษาคนไข้โรคหอบหืด จึงได้มีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดขึ้น (Easy Asthma Clinic) ของผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วัชร บุญสวัสดิ์ เพื่อเป็นวิธีการหนึ่งในการทำให้โรคหอบหืดรักษาง่ายขึ้น และเป็นไปในแนวทางเดียวกันตามมาตรฐานของ GINA ซึ่งโรงพยาบาลมัญจาคีรีได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดขึ้น และนำหลักการ รวมทั้งขั้นตอนการทำงานมาปรับใช้ ซึ่งจากผลการดำเนินงานดังกล่าว ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังพบว่า การควบคุมโรคหอบหืดสามารถทำได้เพิ่มขึ้นจากเดิมและไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากหืดกำเริบเฉียบพลัน

สรุป

จากผลการศึกษาที่ได้ มีดังนี้การได้รับยาของผู้ป่วยหอบหืดก่อนเปิดคลินิกโรคหืดพบว่าได้รับยาพ่นขยายหลอดลม 79 คน (ร้อยละ 90.8) และยาพ่นสเตียรอยด์ 41 คน (ร้อยละ 47.37) ยาอื่น ๆ อีก 8 คน (ร้อยละ 9.20) เปรียบเทียบหลังเปิดคลินิกที่ผู้ป่วยได้รับยาพ่นขยายหลอดลมเพิ่มเป็น 87 คน(ร้อยละ 100) และได้รับยาพ่นสเตียรอยด์เพิ่มเป็น 83 คน(ร้อยละ 95.40) เมื่อคำนวณทางสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคหืดได้รับยาพ่นขยายหลอดลม และสเตียรอยด์เพิ่มขึ้นจากเดิมแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.0078 และ <0.001 สำหรับ ชายชายหลอดลมและยาสเตียรอยด์ตามลำดับ โดยมี 95% CI -0.164 - -0.197 และ (-0.599 - -0.366) หลังเปิดคลินิกผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ต้อนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหืดกำเริบเฉียบพลันลดลงจากเดิมก่อนเปิดคลินิกเฉลี่ย 0.22 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 0.11 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งเมื่อคำนวณทางสถิติแล้วยังไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.161 โดยมี 95% CI -0.042-0.249) ผู้ป่วยโรคหอบหืดมารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการหืดกำเริบเฉียบพลันก่อนเปิดคลินิกลดลงจาก 1.3 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 0.69 ครั้งต่อคนต่อปีหลังเปิดคลินิกแล้ว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.0033 , โดยมี 95% CI 0.028-1.01) ผู้ป่วยโรคหอบหืดมารักษาที่ OPD หลังเปิดคลินิกลดลงจากเดิม 3.95 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 3.24 ครั้งต่อคนต่อปี แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.0617 , โดยมี 95% CI - 0.036 -1.461) ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ตรวจสมรรถภาพปอดโดยการวัดค่าความเร็วสูงสุด (peak expiratory flow rate) ได้ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 26 คน (ร้อยละ 29.90) และ หลังเปิดคลินิกเพิ่มเป็น 37 คน (ร้อยละ 42.53) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.083) ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้ asthma control หลังเปิดคลินิกโรคหืดมี 66 คน คิดเป็นร้อยละ 60.92 และ poor control มี 34 คน คิดเป็นร้อยละ 39.08 ผลงานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลมัจจุาศิริ แม้จะเป็นเพียงโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น แต่ก็มีความสามารถที่จะรักษาและควบคุมโรคหืดให้ได้มาตรฐานระดับโลก โดยมีขั้นตอนง่าย ๆ และสามารถปฏิบัติได้ในการประเมินการควบคุมโรคหืดด้วยการถามอาการร่วมกับการวัดค่า PEFr ทุกครั้ง การรักษามีการใช้ยาสเตียรอยด์เพิ่มขึ้น มีการสอนผู้ป่วยเรื่องการใช้อุปกรณ์และความรู้เรื่องโรคหืด และ โรงพยาบาล

ชุมชนอื่นสามารถนำไปใช้ได้เช่นกัน

กิติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิชา นุญสวัสดิ์ ที่ช่วยให้คำปรึกษาและให้ข้อคิดเกี่ยวกับงานวิจัย การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลอย่างดีมาแต่ต้น

ภาคผนวก

นิยามตัวแปร

1. โรคหอบหืด (asthma)

วินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ GINA คือโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นหลอดลมก็จะตีบ⁽⁴⁾

2. GINA guideline 1995 (global initiative for asthma) เป็นแนวทางการรักษาโรคหืดที่จัดทำขึ้นในปีค.ศ. 1995 โดยได้ให้นิยามโรคหืดว่าเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นหลอดลมก็จะตีบ⁽⁴⁾ ดังนั้นการรักษาโรคหืดต้องลดการอักเสบของหลอดลมและยาพ่นสเตียรอยด์ซึ่งลดการอักเสบของหลอดลมได้ดีจึงเป็นยาหลักในการรักษาหอบหืด และเชื่อว่าโรคหอบหืดไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่แพทย์สามารถที่จะควบคุมโรคหืดได้โดยไม่ยาก ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาโรคหืดคือการควบคุมโรคหืดให้ได้

3. Total asthma control คือผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการเลย มีโรคกำเริบน้อยครั้ง ไม่ต้องหอบมากจนต้องไปห้องฉุกเฉิน ใช้ยาชายหลอดลม น้อยมากหรือไม่ต้องใช้เลย สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสามารถออกกำลังกายได้เป็นปกติ มีสมรรถภาพปอดปกติ ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา

4. ระดับความรุนแรงของโรคหืด และการรักษา⁽¹⁰⁾ ดังตาราง

ตารางที่ 3 ขั้นที่ 4 ระดับความรุนแรงมาก (severe persistent asthma)

อาการทางคลินิก	การรักษา
มีอาการหอบตลอดเวลา	Corticosteroid ชนิดสูดขนาดสูง ร่วมกับ long-acting beta 2 agonist (LABA) ชนิดสูด และร่วมกับยาตัวใดตัวหนึ่งหรือมากกว่าได้แก่
มีอาการหอบตอนกลางคืนบ่อย ๆ	● Sustained -release theophylline
มี exacerbation บ่อย ๆ	● Long-acting oral beta 2 agonist
กิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยถูกจำกัดด้วยอาการหอบ	● Leukotriene modifier
PEF หรือ FEV ₁ ≤ 60 % ของค่ามาตรฐาน	● Oral corticosteroid
ความผันผวน > 30 %	
* ค่าความผันผวน = $\frac{\text{PEF สูงสุด} - \text{PEF ต่ำสุด}}{\frac{1}{2} (\text{PEF สูงสุด} + \text{PEF ต่ำสุด})} \times 100$	Beta 2 agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้น เมื่อมีอาการ

ตารางที่ 4 ขั้นที่ 3 ระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate persistent asthma)

อาการทางคลินิก	การรักษา
มีอาการหอบทุกวัน	Corticosteroid ชนิดสูดขนาดต่ำ ถึงปานกลาง (200-1000 mg BDP or equivalent) ร่วมกับ LABA ชนิดสูดหรือข้อใดข้อหนึ่งได้แก่
มีอาการหอบตอนกลางคืน > 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์	● Corticosteroid ชนิดสูดขนาดสูง
Exacerbation มีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนของผู้ป่วย	● Corticosteroid ชนิดสูดขนาดปานกลาง ร่วมกับ sustained release theophylline
จำเป็นต้องใช้ beta 2 agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นทุกวัน	● Corticosteroid ชนิดสูดขนาดปานกลาง ร่วมกับ leukotriene modifier
PEF or FEV ₁ = 60-80 % ของค่ามาตรฐาน , ความผันผวน > 30 %	Beta 2 agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นเมื่อมีอาการ แต่ใช้ไม่มากกว่า 3-4 ครั้งต่อวัน

ตารางที่ 5 ขั้นที่ 2 ระดับความรุนแรงน้อย (mild persistent asthma)

อาการทางคลินิก	การรักษา
มีอาการหอบ ≥ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ < 1 ครั้งต่อวัน	Corticosteroid ชนิดสูดขนาดต่ำ (< 500 mg BDP or equivalent) หรือข้อใดข้อหนึ่งได้แก่
มีอาการหอบกลางคืน > 2 ครั้งต่อเดือน แต่ < 1 ครั้งต่อสัปดาห์	● Sustained -release theophylline
Exacerbation อาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนของผู้ป่วย	● Leukotriene modifier
PEF or FEV ₁ ≥ 80 % ของค่ามาตรฐาน , ความผันผวน > 20- 30 %	Beta 2 agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นเมื่อมีอาการ แต่ใช้ไม่มากกว่า 3-4 ครั้งต่อวัน

ตารางที่ 6 ชั้นที่ 1 มีอาการนาน ๆ ครั้ง (intermittent asthma)

อาการทางคลินิก	การรักษา
มีอาการหอบ < 1 ครั้งต่อสัปดาห์	Beta 2 agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้น เมื่อมีอาการ แต่ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ beta 2 agonist ชนิดรับประทานเมื่อมีอาการ
มีอาการหอบกลางคืน > 2 ครั้งต่อเดือน	
Exacerbation ช่วงสั้น ๆ (2-3 ชม.ถึง 2-3 วัน)	
ไม่มีอาการและสมรรถภาพปกติช่วงที่ไม่มี exacerbation	
PEF or FEV ₁ ≥ 80 % ของค่ามาตรฐาน ,	
ความผันผวน < 20 %	

เอกสารอ้างอิง

- Boosawat W, Charoenphan P , Kaitboonsri S, et al. Prevalence of asthma symptoms in adult in 4 cities of Thailand. Joint scientific meeting the Thoracic Society of Thailand, the Malaysia Thoracic Society and the Singapore Thoracic Society. Bangkok, Thailand; 2002:112.
- 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. Journal of the Medical Association of Thailand. 1998;81(3):175-84.
- Teeratakulpisarn J, Pairojkul S, Heng S. Survey of the prevalence of asthma , allergic rhinitis and eczema in schoolchildren from Khon Kaen. Northeast Thailand. An ISAAC study. International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Asian Pac J Allergy Immunol.200;18 (4):187-94.
- Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO workshop report. 1995.
- Woolcock AJ. The problem of asthma worldwide. Eur Respir Rev. 1991;1(4):243-6.
- Global Burden of Asthma เผยแพร่ในเดือนพฤษภาคม 2547 ที่ <http://www.ginasthma.com>.
- Action Against Asthma. A Strategic Plan for the Department of Health and Human services. May 2000.
- แนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่. แพทยสภาสาร. 2538;24(1) : 17-29.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่ฉบับปรับปรุง) . วารสารวันโรคและทรวงอก. 2541;19(3):179-93.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ. 2547. 1 ed กรุงเทพฯ :สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย; 2547.
- Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, et al. Survey of asthma control in Thailand. Respiriology. 2004;9 (3):373-8.