

# ประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางปะอิน

เลิศชัย จิตต์เสรี\*

## บทคัดย่อ

โรคหืดเป็นโรคระบบการหายใจที่มีหลอดลมอักเสบเรื้อรัง. รายที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตได้. โรงพยาบาลบางปะอินได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดขึ้นโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งให้การวินิจฉัยและรักษาตามแนวปฏิบัติของสมาคมอหิวาต์แห่งประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด ในช่วงวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๔๕ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๐ จำนวน ๘๒ คน เป็นชายร้อยละ ๒๔.๔ เป็นหญิงร้อยละ ๗๕.๖.

การศึกษาพบว่าอัตราผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาลภายหลังรับการรักษาที่คลินิกโรคหืดลดลงจากร้อยละ ๒๔.๔ เหลือร้อยละ ๒.๔, อัตราการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินลดลงจากร้อยละ ๗๕.๖ เหลือร้อยละ ๑๔.๖, อัตราการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดฤทธิ์สั้นลดลงจากร้อยละ ๘๑.๗ เหลือร้อยละ ๒๑.๒, อัตราผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่อมีอาการกำเริบเป็นร้อยละ ๗๑.๒, อัตราผู้ป่วยในกลุ่มที่สมควรได้รับยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๕.๕ เป็นร้อยละ ๑๐๐, อัตราผู้ป่วยใช้ยาพ่นได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๘.๕ เป็นร้อยละ ๘๗.๘. ส่วนผลการประเมินการควบคุมโรคหืดในระดับควบคุมได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๑ เป็นร้อยละ ๒๔.๔, และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยจำนวนครั้งการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล, การมาพ่นยาห้องฉุกเฉิน, การใช้จ่ายยาขยายหลอดลมชนิดฤทธิ์สั้น และค่าตรวจอัตราไหลหายใจออกสูงสุดก่อนและหลังการรับรักษาที่คลินิกโรคหืด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ๐.๐๕.

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การจัดตั้งคลินิกโรคหืดโดยให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานร่วมกับการที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องนั้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น, ลดอัตราการมาอนรักษาในโรงพยาบาลและการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินลงได้ ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข.

**คำสำคัญ:** โรคหืด, คลินิกโรคหืด, โรงพยาบาลบางปะอิน

## Abstract Efficacy of Treatment in the Asthma Clinic of Bang-Pa-In Hospital Lerdchai Jitsaree\*

\*Bang-Pa-In Hospital, Ayutthaya Province

Asthma is a chronic inflammatory disease of the airways; occasional cases may succumb from severe attacks. Bang-Pa-In Hospital established an asthma clinic in 2006; it is operated by a multidisciplinary team which provides treatment according to international standard guidelines. This study was undertaken to evaluate the efficacy of the Hospital's asthma clinic by comparing the results of the care before and after attending the clinic in 82 selected patients (24.4% male, 75.6% female) in the period from June 1, 2006 to December 31, 2007.

\*โรงพยาบาลบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



The results showed that the hospitalization rate of asthma cases was reduced from 24.4 to 2.4 percent, the rate of patients receiving nebulizers in the emergency room was reduced from 75.6 to 14.6 percent, the use of short-acting beta<sub>2</sub>-agonist was reduced from 81.7 to 23.2 percent, the rate of correct practice during asthma attack was 73.2 percent, the use of inhaled corticosteroid (ICs) increased from 19.5 to 100 percent, the rate of correct use of inhalers increased from 28.9 to 87.8 percent, and the control of the disease increased from 11 to 24.4 percent. The means of in-patient admission, visiting the emergency room, use of short-acting beta<sub>2</sub>-agonist, and peak expiratory flow of the experimental group was significantly different at the 0.05 level.

This overall result implies that the quality of life of the asthmatic subjects became better and that asthma can be controlled by providing, in addition to the use of appropriate drugs (ICs), appropriate education about the disease and an understanding of how asthma treatments work. Finally, the reduction in in-patient admissions, emergency department visits and school or work days missed was achieved.

**Key words:** asthma control, asthma clinic, Bang-Pa-In Hospital

## ภูมิหลังและเหตุผล

โรคหืด คือโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้หลอดลมไวต่อการถูกกระตุ้นด้วยสารหรือตัวกระตุ้นต่าง ๆ. เมื่อถูกกระตุ้นหลอดลมจะตีบแคบลงจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบหลอดลม, มีการสร้างเสมหะมากขึ้นร่วมกับการบวมและหลุดลอกของเยื่อหลอดลม ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้อาจดีขึ้นได้เองหรือดีขึ้นด้วยการรักษา. โรคหืดเป็นโรคที่ไม่หายขาด แต่อาการจะดีขึ้นหรือเลวลงเป็น ๆ หาย ๆ. บางคนเป็นนาน ๆ ครั้ง โดยเฉพาะเวลาเป็นหวัดหรือภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง ในขณะที่บางคนก็เป็นอย่างน้อยหรือเป็นตลอดเวลา. โดยธรรมชาติของโรคหืด หลอดลมจะมีการอักเสบเกือบตลอดเวลาแม้ไม่มีอาการ. การอักเสบนี้ถ้ารุนแรงอาจนำไปสู่การทำลายหลอดลมอย่างถาวรได้<sup>(๑)</sup>. อุบัติการณ์โรคหืดในประเทศไทยประมาณร้อยละ ๔-๑๓ ของประชากร<sup>(๒)</sup> ซึ่งสถานการณ์โรคจากรายงานของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๗<sup>(๓)</sup> มีผู้ป่วยโรคหืดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวม ๕๐,๒๙๓ ราย พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ๒๘,๒๕๓ ราย, รองลงมาคือภาคกลางไม่รวมกรุงเทพมหานคร ๒๘,๑๔๐ ราย, ภาคใต้ ๑๘,๑๘๗ ราย, และภาคเหนือ ๑๖,๗๑๓ ราย. ในปัจจุบัน แนวทางการรักษาโรคหืดได้เปลี่ยนไปตามมาตรฐานสากล (GINA Guidelines

และสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย)<sup>(๔)</sup> เนื่องจากเชื่อว่ากำเนิดพยาธิกำเนิดของโรคเป็นการอักเสบของหลอดลม ทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น ดังนั้นการรักษาโรคหืดในปัจจุบันจึงเป็นการให้ยาลดการอักเสบของหลอดลมโดยใช้ยาพ่นคอร์ติโคสเตียรอยด์เป็นหลัก ร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องธรรมชาติของโรค ปัจจัยกระตุ้นให้โรคกำเริบ และการใช้ยาที่ถูกต้อง. แต่จากการสำรวจผลการรักษาโรคหืดในประเทศไทยกลับพบว่า<sup>(๕)</sup> การดูแลผู้ป่วยโรคหืดยังต่ำกว่ามาตรฐานโดยพบว่าร้อยละ ๑๔.๘ มีอาการจับที่ตื้นรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นไปในแนวเดียวกันกับผลการศึกษาของ Stempel<sup>(๖)</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินมีเพียงร้อยละ ๒๕.๑ เท่านั้นที่ได้รับยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ในช่วง ๑๒ เดือน ก่อนเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน.

จากข้อมูลโรงพยาบาลบางปะอินพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก ๔๕๐ รายใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เพิ่มขึ้นเป็น ๖๓๕ คนใน พ.ศ. ๒๕๔๘ และการรักษายังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้ โดยพบว่ามีผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโดยเฉลี่ยปีละ ๓๗๐ ราย และมีผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน ๒๘ วัน เป็นลำดับที่ ๔ ก่อให้เกิด

ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และในด้านผู้ป่วย จากปัญหาด้านคุณภาพชีวิต เนื่องจากอาการหอบหืดที่เป็นอยู่ หรือที่กำเริบขึ้นจะเป็นผลให้ขาดงาน ขาดเรียน และการทำ กิจวัตรประจำวันลดน้อยลง. ดังนั้นโรงพยาบาลบางปะอิน จึง ได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดเริ่มเมื่อวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๔๙ ให้ บริการในรูปของทีมนสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลโดยใช้แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดของ สมาคมออร์เวทซ์แห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๗ ซึ่งมีเป้าหมาย สำคัญในการรักษา คือ

๑. ควบคุมอาการโรคให้สงบลง
  ๒. ป้องกันไม่ให้เกิดอาการโรค
  ๓. ยกระดับสมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วย ให้ทัดเทียมกับคนปกติ หรือให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้.
  ๔. ให้ดำรงชีวิตอยู่ได้เช่นเดียวกับคนปกติ.
  ๕. หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนจากยาโรคหืด.
  ๖. ป้องกันการเกิดพยาธิสภาพเรื้อรังหรือทางหายใจ อุดกั้นถาวรในระยะยาว.
  ๗. ป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคหืด.
- การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลจาก การดูแลรักษาผู้ป่วยของคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลบางปะอิน.

### ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยรวบรวมข้อมูล จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก. ประชากรที่ศึกษาจำนวน ๘๒ คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาตามแนวทาง ของสมาคมออร์เวทซ์แห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๗ ในคลินิก โรคหืดโรงพยาบาลบางปะอิน ในช่วงวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๔๙ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๐ ตั้งแต่ ๓ ครั้งขึ้นไปและมาตาม หนดอย่างสม่ำเสมอ. ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยก่อนมาเข้าคลินิก แล้วนำเข้าโปรแกรมการรักษาในคลินิก ดังนี้

๑. พยาบาลทำการคัดกรองและบันทึกประวัติที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ, ความถี่การเกิดอาการทั้ง ช่วงกลางวันและกลางคืน, การมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน,

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และให้คำแนะนำความรู้ เรื่องโรค, การดูแลตนเองเมื่ออาการกำเริบ และความสำคัญ ของการมาตรวจตามนัด.

๒. การวัดสมรรถภาพปอด โดยใช้มาตรการไหลออก สูงสุดและฝึกหายใจโดยทำร่วมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.

๓. แพทย์ประเมินความรุนแรงของโรค และให้การรักษา ตามแนวมาตรฐาน.

๔. เภสัชกรประเมินการใช้ยา และสอนเทคนิคการใช้ยา ฟันเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งให้ความรู้ความสำคัญของการใช้ ยาพ่นคอร์ติโคสเตียรอยด์เพื่อควบคุมโรค.

๕. สำหรับผู้ป่วยที่พบประวัติกลับมารักษาซ้ำในโรง พยาบาลภายใน ๒๘ วัน หรือมีอาการกำเริบเข้ามารับการ รักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อย จะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อสืบค้น ปัญหาและดำเนินการแก้ไขในรูปที่มนสหวิชาชีพ.

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย จำนวนครั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล, การมารับการ รักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน, การใช้ยาสูดหายใจขยายหลอดลม ฤทธิ์สั้น, และค่าอัตราการไหลออกสูงสุดของผู้ป่วยก่อนและ ภายหลังเข้ามารับการรักษาในคลินิกโรคหืด โดยใช้สถิติการ ทดสอบค่าที่ของตัวอย่างคู่.

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดในช่วงวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๔๙ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๐ มีจำนวน ๘๒ คน เป็นรายที่มารับการรักษาตั้งแต่ ๓ ครั้งขึ้นไป และมาตาม หนดของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เป็นชาย ๒๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๔, เป็นหญิง ๖๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๖.

ข้อมูลในตารางที่ ๑ แสดงว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษา ร้อยละ ๔๕.๑ มีความรุนแรงของโรคก่อนมารับการรักษาที่ คลินิกโรคหืดในระดับน้อย, ร้อยละ ๓๗.๙ มีความรุนแรงของ โรคระดับปานกลาง, และร้อยละ ๑๖.๑ มีระดับความรุนแรงมาก. โดยมาตรฐานการรักษาที่ถูกต้อง. ผู้ป่วยตั้งแต่ระดับความ รุนแรงน้อยขึ้นไปควรได้รับยาสูดหายใจคอร์ติโคสเตียรอยด์.



ข้อมูลในตารางที่ ๒ แสดงว่าก่อนเข้ารับรักษาในคลินิกโรคหืด ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยใช้ยาสูดหายใจคอร์ติโคสเตียรอยด์เพียงร้อยละ ๑๙.๕ และเมื่อเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๐๐ ตามมาตรฐานการรักษาสากล และพบว่าผู้ป่วยใช้ยาสูดหายใจได้ถูกต้องก่อนเข้ารับรักษาในคลินิกโรคหืดเพียงร้อยละ ๒๘.๙ และภายหลังได้เข้ารับการรักษาในคลินิกเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ ๘๗.๘ ทั้งนี้ เนื่องจากมีเภสัชกรแนะนำเทคนิคการใช้ และประเมินการสูดหายใจยาเป็นรายบุคคลทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาโรงพยาบาล.

จากข้อมูลในตารางที่ ๓ แสดงว่าภายหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ ๒๔.๔ เหลือร้อยละ ๒.๔, อัตราผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินลดลงจากร้อยละ ๗๕.๖ เหลือร้อยละ ๑๔.๖, และสามารถลดอัตราการใช้จ่ายขยายหลอดลมฤทธิ์สั้นจากร้อยละ ๘๑.๗ เหลือร้อยละ ๒๓.๒. นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังเข้ารับรักษาในคลินิกโรคหืดสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อมีอาการกำเริบร้อยละ ๗๓.๒.

ข้อมูลในตารางที่ ๔ แสดงว่าภายหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีมากขึ้น โดยในระดับควบคุมได้จากร้อยละ ๑๑ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๔.๔ และลดระดับควบคุมไม่ได้ในผู้ป่วยที่เป็นค่อนข้างมากหรือไม่สามารถควบคุมโรคได้ จากร้อยละ ๓๑.๗ เหลือร้อยละ ๙.๗ แต่จากการประเมินผลการรักษายังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๖๕.๙ หลังเข้ารับรักษาในคลินิกยังอยู่ระดับควบคุมได้ไม่เต็มที่ ซึ่งจากบันทึกในเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการหอบ

ตารางที่ ๑ การประเมินระดับความรุนแรงของโรคก่อนเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด

| ระดับความรุนแรงของโรค | ร้อยละของผู้ป่วย |
|-----------------------|------------------|
| อาการเป็นครั้งคราว    | ๑๐.๕             |
| เป็นตลอดอย่างอ่อน ๆ   | ๔๕.๑             |
| เป็นตลอดปานกลาง       | ๓๗.๕             |
| เป็นตลอดรุนแรง        | ๖.๑              |

ตารางที่ ๒ การได้รับยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์และความถูกต้องในการใช้ยาพ่นของผู้ป่วย

| การใช้ยา                      | ก่อนเข้าคลินิก (ร้อยละ) | หลังเข้าคลินิก (ร้อยละ) |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| ได้รับยาพ่นคอร์ติโคสเตียรอยด์ | ๑๙.๕                    | ๑๐๐                     |
| ใช้ยาพ่นได้ถูกต้อง            | ๒๘.๙                    | ๘๗.๘                    |

ตารางที่ ๓ เปรียบเทียบผลการรักษา การใช้ยาและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย

| ตัวแปร  | ก่อนเข้าคลินิก (ร้อยละ) | หลังเข้าคลินิก (ร้อยละ) |
|---|-------------------------|-------------------------|
| การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล                           | ๒๔.๔                    | ๒.๔                     |
| การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน                                | ๗๕.๖                    | ๑๔.๖                    |
| การใช้จ่ายขยายหลอดลมฤทธิ์สั้นเกินกว่า ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ | ๘๑.๗                    | ๒๓.๒                    |
| การปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อมีอาการ                      | -                       | ๗๓.๒                    |

ตารางที่ ๔ การประเมินผลระดับการควบคุมโรคหอบหืด

|                          | ก่อนเข้าคลินิก (ร้อยละ) | หลังเข้าคลินิก (ร้อยละ) |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| ระดับควบคุมได้           | ๑๑                      | ๒๔.๔                    |
| ระดับควบคุมได้ไม่เต็มที่ | ๕๗.๓                    | ๖๕.๕                    |
| ระดับควบคุมไม่ได้        | ๓๑.๗                    | ๙.๗                     |

เหนื่อยในบางช่วงเวลาของกลางวันหรือกลางคืน แต่เมื่อใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น อาการจะดีขึ้น ทำให้ไม่ต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล.

ข้อมูลในตารางที่ ๕ แสดงว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในคลินิกโรคหืด มีคะแนนเฉลี่ยจำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล, การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน, การใช้จ่ายขยายหลอดลมฤทธิ์สั้น ลดลงกว่าก่อนเข้ารับรักษาในคลินิกโรคหืด

ตารางที่ ๕ ค่าคะแนนเฉลี่ยจำนวนครั้งของอาการหอบ การไอใช้ยาพ่นและค่าการไหลอากาศหายใจออกสูงสุด

|  | ก่อนเข้าคลินิก |                     | หลังเข้าคลินิก |                     | ที       | ค่า ที |
|--|----------------|---------------------|----------------|---------------------|----------|--------|
|  | ค่าเฉลี่ย      | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ค่าเฉลี่ย      | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน |          |        |
| การนอนรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง)                     | ๐.๓๐           | ๐.๖๒                | ๐.๐๒           | ๐.๑๖                | ๔.๒๗๘**  | ๐.๐๐๐  |
| การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน (ครั้ง)                   | ๑.๕๖           | ๒.๔๔                | ๐.๒๒           | ๐.๖๑                | ๗.๓๗๓**  | ๐.๐๐๐  |
| การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (ครั้ง/สัปดาห์) | ๔.๘๕           | ๒.๒๕                | ๑.๔๖           | ๑.๖๕                | ๑๓.๕๖๔** | ๐.๐๐๐  |
| การไหลอากาศหายใจออกสูงสุด (ลิตร/นาที)              | ๒๔๘.๒๗         | ๘๖.๔๐               | ๓๐๓.๓๕         | ๑๐๕.๓๗              | -๗.๘๕๘** | ๐.๐๐๐  |

\*\*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และค่าการไหลของอากาศหายใจออกสูงสุดเพิ่มมากกว่าก่อนเข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕.

### วิจารณ์

จากการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโดยคลินิกโรคหืด ซึ่งดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพที่มีการรักษาตามมาตรฐานสากลและตามแนวทางของสมาคมออร์เวทซ์ประเทศไทย โดยเปรียบเทียบประสิทธิผลการดูแลรักษา ก่อนและหลังการเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดได้ผลเป็นที่น่าพอใจระดับหนึ่งดังกล่าวข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Suissa et al.<sup>(๗)</sup> ที่พบว่า การใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ร้อยละ ๓๑, และผลการศึกษานี้ที่พบว่าหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดสามารถลดอัตราการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินลงได้จาก ร้อยละ ๗๕.๖ เหลือร้อยละ ๑๔.๖ รวมถึงสามารถลดการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้นและยังเพิ่มสมรรถภาพปอดจากการวัดการไหลออกสูงสุดของอากาศหายใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิภาวี ภูริกร<sup>(๘)</sup> ในคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.

จากการประเมินระดับของการควบคุมโรคหืดพบว่าเมื่อเข้ารับการรักษาในคลินิก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในกลุ่มควบคุมได้ไม่เต็มที่สูงถึงร้อยละ ๖๕.๙ ทั้งนี้อาจอธิบายว่า

เนื่องจากในเขตอำเภอบางปะอินมีปัจจัยกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่มีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก ประกอบกับบางส่วนมีปัจจัยจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด ซึ่งในปัจจุบันนี้ทีมผู้ดูแลรักษาได้จัดคลินิกอดบุหรี่ที่สามารถให้บริการให้คำปรึกษาได้ ณ จุดบริการเดียวกับคลินิกโรคหืด รวมถึงในโรงพยาบาลยังมีความจำกัดขยายหลอดลมชนิดฤทธิ์ยาวซึ่งมีประสิทธิภาพในการรักษาสูง. ดังนั้นในการพัฒนาการดูแลรักษาต่อไปของโรงพยาบาลบางปะอิน ทีมผู้ดูแลรักษาจะต้องปรับแนวทางการรักษาใหม่ให้ถูกต้องตาม GINA Guideline 2006 ในการเพิ่มลดยาในแต่ละชั้น เพื่อเพิ่มประสิทธิผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ดีขึ้น ซึ่งจะได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาต่อไป. การจัดตั้งคลินิกโรคหืด นอกจากจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการ, ซึ่งจากการศึกษาของ ครรชิต เหลืองสุวรรณ และคณะ<sup>(๙)</sup> เกี่ยวกับความพึงพอใจในการมารับบริการรักษาในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลบางปะอินได้ยืนยันประสิทธิผลด้านความพึงพอใจบริการทางการแพทย์ ผลการรักษา พร้อมทั้งเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลรักษา รวมทั้งทำให้ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลได้มีวิธีการรักษาที่เป็นเอกภาพ, เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง.

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในขั้นต่อไป คือ การจัดค่าย



โรคหืดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะมีการนำผู้ป่วยตัวอย่างที่ได้รับ การดูแลรักษาตามมาตรฐาน และมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ในการควบคุมโรค เพื่อมาเป็นตัวแบบ รวมทั้งมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ป่วยในกลุ่มที่มาพบยาที่ห้องฉุกเฉินบ่อย ๆ ผู้ที่มาอนรรักษาโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือส่งต่อ เพื่อศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคหืด และนำมาปรับปรุงแผนการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีการควบคุมโรคหอบหืดในระดับควบคุมได้ มากยิ่งขึ้น.

### กิตติกรรมประกาศ

รองศาสตราจารย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ อาจารย์พิเศษ ประจำคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี, อาจารย์ชวนันท์ สุ่มนะเศรษฐกุล อาจารย์ประจำวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ได้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะงานการวิจัยครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ และที่มำนำด้านคลินิกโรงพยาบาลบางปะอินได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี.

### เอกสารอ้างอิง

๑. คำเกิง ดันธรรมจาริก. โรคหอบหืด. วิจัยยุทธสาร ๒๕๕๐;๔:๖-๘.

๒. ยุวดี หงส์รัตนารกิจ. หืดโรคที่เป็นแล้วหายยาก. วารสารแม่และเด็ก ๒๕๕๑;๒๑:๑-๖.
๓. สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคหอบหืด. Available from URL://www.moph.go.th/ops/iprg.pdf. Accessed November 2007.
๔. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่. วารสารวันโรคโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต ๒๕๔๗;๑๕:๕๗-๗๐.
๕. วัชระ บุญสวัสดิ์, พูนศรี เจริญพันธุ์, สุมาลี เกียรติบุญศรี, สมเกียรติ วงศ์ทิม. Survey of asthma control in Thailand. Respirology 2004; 3:373-8.
๖. National Heart Lung and Blood institute/world Health Organization. Global initiative for asthma. Publication no. 02-3659. Bethesda MD. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood inshitute; 2002.
๗. Suissa S, Ernst P, Kezouh A. Regular use of inhaled corticosteroids and the long term prevention of hospitalization for asthma. Thorax 2002;57:880-4.
๘. วิภาวี ภูรัก. ประสิทธิภาพของการทำ asthma Clinic ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารสถาบันโรคทรวงอก ๒๕๔๕;๔: ๒๕-๓๕.
๙. ครรชิต เหลืองสุวรรณ, ชีรพงศ์ เลิศอนันต์ตระกูล, นรวรรธน พุกยาพล, นฤมล ลือกิตินันท์, แพรพิมุก วุฒิสระฐุรักษ์. สิ่งที่ทำให้ผู้มาใช้บริการในคลินิกพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลบางปะอินพึงพอใจในการมารับบริการ. กรุงเทพมหานคร: เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนภาคปฏิบัติ. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล; ๒๕๕๐.