

# ประสิทธิผลของคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลด่านช้าง

ละเอียด นาคใหม่\*

## บทคัดย่อ

โรคหืดมีอุบัติการณ์สูงขึ้นมากในปัจจุบัน บั่นทอนสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย. บางรายอาจมีอาการนาน ๆ ครั้ง บางรายเป็นบ่อยมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และอาจทำให้เสียชีวิตได้. โรงพยาบาลด่านช้างได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดโดยทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพและให้การรักษามาตรฐานสากล. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยก่อนและหลังรับการรักษาในคลินิกโรคหืด จำนวน ๘๕ คน ที่เข้ารับการรักษาในช่วงวันที่ ๑๐ กรกฎาคมถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๙.

การศึกษพบว่าอัตราผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินลดลงจากร้อยละ ๕๕.๑ เหลือร้อยละ ๑๑.๑, อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ ๒๗.๑ เหลือร้อยละ ๒.๓๕, อัตราความรุนแรงของโรคลดลงร้อยละ ๖๘.๒ และอัตราการใช้ยาพ่นถูกต้องร้อยละ ๓๘, สามารถลดอัตราการใช้อายกระตุ้นเบตา-๒ ชนิดออกฤทธิ์สั้นร้อยละ ๘๒, และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและงานประจำได้ปกติร้อยละ ๘๗.๓ ซึ่งเป็นผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบต้องมารักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดน้อยลง.

**คำสำคัญ:** โรคหืด, คลินิกโรคหืด, โรงพยาบาลด่านช้าง

## Abstract Efficacy of an Asthma Clinic Operation in Danchang Hospital

La-iaad Nagmai\*

\*Danchang Hospital, Suphan Buri Province

Bronchial asthma is a chronic debilitating illness highly prevalent in Thailand. Danchang Hospital established an asthma clinic on July 10, 2006; it is operated by a patient care team who provide treatment according to international standard guidelines. This research study was aimed at evaluating the efficacy of the Danchang Hospital asthma clinic's efficacy by comparing the results of caring before and after treatment on 85 selected clinic attendees during the period from July 10 to December 31, 2006.

The results showed that the rate of patients receiving medication by nebulizer in the emergency room was reduced from 59 percent to 11.7 percent and hospitalization was reduced from 27.3 percent to 2.35 percent; the severity of disease was reduced by 68.2 percent; the rate of correct use of inhalers was 38 percent; decreased use of short-acting beta 2-agonists was reduced by 82 per cent, and the rate of patients who were able to perform their daily routine activities was 87.3 per cent, which means that their quality of life was better, and the necessity of emergency room visits and hospitalization was much reduced.

**Key words:** bronchial asthma, asthma clinic, Danchang Hospital

\*โรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี



## ภูมิหลังและเหตุผล

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทำให้หลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมไวกว่าคนทั่วไป<sup>(๑)</sup>. รายงานของกระทรวงสาธารณสุขว่าจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ยกเว้น กทม.) ใน พ.ศ. ๒๕๕๐, ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๕ มีจำนวนถึง ๗๙,๗๖๙, ๙๐,๖๐๖ และ ๑๐๒,๒๔๕ รายตามลำดับ<sup>(๒)</sup> และจากผลการสำรวจของ วัชรา บุญสวัสดิ์ และคณะ<sup>(๓)</sup> เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๘ พบผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทย ที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินร้อยละ ๒๑, เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ ๑๔.๘, ต้องขาดงานร้อยละ ๒๓.๖, เล่นกีฬาได้อย่างจำกัดร้อยละ ๖๑.๑, มีปัญหาการนอนหลับร้อยละ ๖๒.๕, ไม่สามารถประกอบกิจกรรมปกติร้อยละ ๕๑.๒, และมีปัญหาการเข้าถึงเครื่องมือรักษา ๓๔.๘. จากข้อมูลผู้ป่วยโรคหืดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้านข้าง ใน พ.ศ. ๒๕๔๗/๒๕๔๘ มีผู้ป่วยมารักษาด้วยโรคหืดที่แผนกผู้ป่วยนอก, ห้องฉุกเฉิน และเป็นผู้ป่วยในร้อยละ ๖๒.๐๖/๕๔.๓๗, ๓๗.๙๔/๔๕.๖๓ และ ๑๒.๕๕/๑๓.๓๖ ตามลำดับ เห็นได้ว่ามีผู้ป่วยโรคหืดมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินและเป็นผู้ป่วยในในอัตราที่สูงและมีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่เดียวกันแนวโน้มของผู้ป่วยรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่ให้ยาขยายหลอดลมชนิดกระตุ้นเบตา-๒ ฤทธิ์สั้นอย่างเดียว ซึ่งเป็นแนวทางการรักษาสัมัย พ.ศ. ๒๕๑๘<sup>(๒)</sup> ผลการรักษาจึงไม่ได้ผลดี.

ในปัจจุบันแนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคหืดได้ปรับเปลี่ยนเป้าหมายการรักษาคือ เน้นการควบคุมโรคให้ได้ โดยให้ความสำคัญของการใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์<sup>(๑)</sup> ซึ่งจะออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างโปรสตาแกลนดิน และลดการหลั่งฮิสตามีน ทำให้ลดการบวมและการอักเสบของหลอดลม ทำให้ตัวรับเบตาในหลอดลมทำงานดีขึ้น. ในปี ๒๕๓๘<sup>(๔)</sup> เริ่มมีการใช้ยากระตุ้นเบตา-๒ ฤทธิ์สั้นร่วมกับยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ในหลอดเดียวกัน พบว่ามีประสิทธิภาพการรักษาดีขึ้นขึ้นแต่ราคาค่อนข้างแพง. ในประเทศไทยใน พ.ศ. ๒๕๔๖ มีผู้ป่วย

โรคหืดที่ได้รับการรักษาด้วยยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์เพียงร้อยละ ๖.๗ เท่านั้น. จากการศึกษาของ Suissa และคณะ<sup>(๕)</sup> พบว่าการใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้. นอกจากนี้ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องธรรมชาติของโรค, สิ่งกระตุ้นให้อาการโรคกำเริบ, การให้ยาให้ถูกต้องตามแนวทางการรักษา และการประเมินความรุนแรง ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น และผู้ป่วยให้ความร่วมมือต่อการรักษามากขึ้น.

โรงพยาบาลด้านข้างได้เปิดคลินิกโรคหืดตั้งแต่วันที่ ๑๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ โดยมี คณะทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด ได้จัดการอบรมแพทย์พยาบาลทุกคนของโรงพยาบาลให้ทราบแนวทางการวินิจฉัยโรคและการรักษาตามมาตรฐาน.

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยของคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลด้านข้าง.

## ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีการศึกษาเป็นการรวบรวมข้อมูลจากบันทึกรายงานการตรวจรักษาที่ยึดแนวทางการรักษาของสมาคมออร์เวซ พ.ศ. ๒๕๔๘ ของผู้ป่วยอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไปจำนวน ๘๕ คน ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลด้านข้าง ในช่วงวันที่ ๑๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๙-๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๓๙ อย่างต่อเนื่อง ๒ เดือน ขึ้นไป และมาติดตามการรักษาตามนัดทุกวันพุธที่ ๒ และ ๓ ของเดือน (นัด ๑ เดือนทุกคน) เพื่อ

- บันทึกประวัติแบบคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (easy asthma clinic) ได้แก่ คุณภาพการดำเนินชีวิตประจำวัน, การประกอบอาชีพ และเป้าหมายการไหลสูงสุด.

- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเรื่องธรรมชาติของโรคหืด, ปัจจัยหรือสิ่งกระตุ้น, ยาที่ใช้ในการป้องกันและบำบัดอาการ, เทคนิคการใช้ยาพ่น, การปฏิบัติตัว และการฝึกการหายใจ.

- รับการตรวจโดยแพทย์ เวลา ๑๔:๓๐ - ๑๗:๐๐ น. ใช้แนวทางการวินิจฉัย และการรักษาโรคหืด สำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ.

๒๕๔๗.

- พบเภสัชกรเพื่อรับการสอน และประเมินการใช้ยา  
พ่นทุกครั้ง.

- สำหรับผู้ป่วยที่เข้าคลินิกโรคหืด แล้วต้องมาพ่นยา  
ที่ห้องฉุกเฉิน หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องให้เจ้าหน้าที่ใน  
หน่วยงานนั้นหาสาเหตุทุกราย แล้วรวบรวมข้อมูลส่งให้คลินิก  
โรคหืด. ดำเนินการแก้ไขตามสาเหตุ. รายที่มีปัญหาซับซ้อน  
หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง จะส่งทีมปฏิบัติการไป  
ประเมินหาสาเหตุและตามเยี่ยมที่บ้านผู้ป่วย.

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่  
ร้อยละ และวิเคราะห์หาอัตราชุก.

### ผลการศึกษา

ในช่วงการศึกษาวันที่ ๑๐ กรกฎาคม - ๓๑ ธันวาคม  
๒๕๔๙ รวมระยะเวลา ๖ เดือน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๘๕ ราย  
มารับบริการ ๒๙๒ ครั้ง.

จากตารางที่ ๑ จะเห็นว่าก่อนมีคลินิกโรคหืด พ.ศ. ๒๕๔๗  
และ ๒๕๔๘ ทั้งจำนวนครั้งและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แต่  
ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกลดลง ในขณะที่ห้อง  
ฉุกเฉินกลับมีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้นและเข้ารับการรักษาในโรง  
พยาบาลมากขึ้นด้วย.

จากตารางที่ ๒ พบว่าก่อนดำเนินการคลินิกโรคหืด ผู้  
ป่วยมารับยาพ่นสัปดาห์ละมีจำนวนมากขึ้น; พ.ศ. ๒๕๔๗ มี  
การใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์มาก แต่ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ กลับ

มีปริมาณการใช้ลดลงมาก อาจเนื่องจากมีความเข้าใจเรื่องยา  
ควบคุมอาการโรค ทำให้กลับมาใช้ยาพ่นสัปดาห์ละมีมากขึ้น; ใน  
พ.ศ. ๒๕๔๙ ช่วงเปิดดำเนินการคลินิกโรคหืดมีปริมาณการใช้  
ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์มากขึ้น และการใช้ยาขยายหลอดลม  
ชนิดพ่นลดลง.

จากตารางที่ ๓ แสดงว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรค  
หืดแล้วมีอัตราไปพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินลดลงจากร้อยละ ๕๙.๗  
เป็นร้อยละ ๑๑.๗ และอัตราการเข้ารับการรักษาในโรง  
พยาบาลลดลงเช่นเดียวกัน จากร้อยละ ๒๗.๓ เป็นร้อยละ  
๒.๓๕, ผู้ป่วยโรคหืดสามารถปฏิบัติกิจกรรมชีวิตประจำวัน  
และทำงานประจำได้ตามปกติถึงร้อยละ ๘๖.๓ โดยพิจารณา  
จากการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและตีผู้ป่วยในที่น้อยลง  
ลดการใช้ยากระตุ้นเบตา-๒ และบันทึกของแพทย์ว่าอาการ  
หอบเหนื่อยลดลง ประกอบอาชีพได้ดีขึ้น.

การศึกษานี้พบว่าอัตราการรับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ  
ร้อยละ ๕๐ หลังเข้ารับการรักษาเนื่องจากมีผู้ป่วย ๑ ราย มา  
มารับการรักษา ๑ ครั้ง และขาดนัดไป ๓ เดือน และกลับมาเข้า  
อยู่ในโรงพยาบาลอีก ๕ ครั้ง ซึ่งครั้งสุดท้ายได้พยายามส่งทีม  
เยี่ยมรักษาที่บ้านไปติดตามเยี่ยมที่บ้าน แต่ผู้ป่วยไม่ยินยอม.  
หลังจากนั้นผู้ป่วยมาติดตามรักษาทุกครั้ง อาการดีขึ้นและไม่  
ต้องมาห้องฉุกเฉิน และเข้าอยู่ในโรงพยาบาลอีกเลย.

ผู้ป่วยได้รับการสอนการใช้ยาพ่นจากเภสัชกรต่อเนื่อง  
ทุกเดือนและอัตราการใช้ยาพ่นถูกต้องเพิ่มจากน้อยกว่าร้อยละ  
๑๐ เป็นร้อยละ ๓๘.

ตารางที่ ๑ ผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการ ใน พ.ศ. ๒๕๔๗/๒๕๔๘ ก่อนดำเนินการคลินิกโรคหืด

พ.ศ.	จำนวนครั้ง ที่มารับบริการ	จำนวน ผู้ป่วย	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน)	ฉุกเฉิน (ครั้ง/คน)	ผู้ป่วยใน (วัน/คน)
๒๕๔๗	๑,๓๓๕	๔๘๔	๘๓๑/๒๕๖ (๖๒.๐๖)	๕๐๘/๒๔๕ (๓๕.๗๔)	๑๖๘/๑๑๑ (๑๒.๕๕)
๒๕๔๘	๑,๓๘๕	๕๓๔	๗๓๕/๒๕๕ (๕๔.๓๗)	๖๓๒/๓๑๕ (๔๕.๖๓)	๑๘๕/๑๔๖ (๑๓.๓๖)

หมายเหตุ พ.ศ. ๒๕๔๘ มีผู้ป่วยรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ๖ คน รวม ๑๓ ครั้ง; ตัวเลขในวงเล็บเป็นค่าร้อยละ



ตารางที่ ๒ การใช้ยาฟันช่วงก่อนและหลังมีคลินิกโรคหืด

ยา	๒๕๔๗		๒๕๔๘		๒๕๔๙	
	๖ เดือนแรก	๖ เดือนหลัง	๖ เดือนแรก	๖ เดือนหลัง	๖ เดือนแรก	๖ เดือนหลัง
สตีบูตามอล	๕๕๗	๒๕๖	๖๓๕	๔๕๓	๓๓๑	๒๒๗*
คอร์ติโคสเตียรอยด์		๒๓๔		๖๓	๕๓	๓๐๖
ยากระตุ้นเบตา-๒ ฤทธิสั้น+คอร์ติโคสเตียรอยด์		-		-	-	๒๔

หมายเหตุ \* หมายถึงช่วงเวลาเปิดคลินิกโรคหืด

ตารางที่ ๓ ความถี่ความรุนแรงของอาการหอบ และผลการใช้ยาช่วงก่อนและช่วงดำเนินการคลินิกโรคหืด

ตัวชี้วัด	พ.ศ. ๒๕๔๘ ก่อนคลินิกโรคหืด	พ.ศ. ๒๕๔๙ คลินิกโรคหืด
อัตราพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน (ร้อยละ)	๕๕.๗ (๓๑๕/๕๓๔)	๑๑.๗ (๑๐/๘๕)
	๖๓๒	๓๐
อัตราการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ)	๒๗.๓ (๑๔๖/๕๓๔)	๒.๓๕ (๒/๘๕)
	๑๘๕	๖
อัตรารับเข้า รพ.ซ้ำ ใน ๒๘ วัน (ร้อยละ)	๔.๑ (๖/๑๔๖)	๕.๐ (๑/๒)
	๑๓	๕
อัตราผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/งานประจำได้ปกติ	-	๘๗.๓
อัตราผู้ป่วยใช้ยาพ่นได้ถูกต้อง (ประเมิน ๓ ครั้ง)	<๑๐	๓๘
อัตราภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา		
- ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ (เชื้อราในปาก เสียงแหบ)	-	๑๑.๗
- ยาธีโอฟีลลีน (คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น)	-	๒.๓

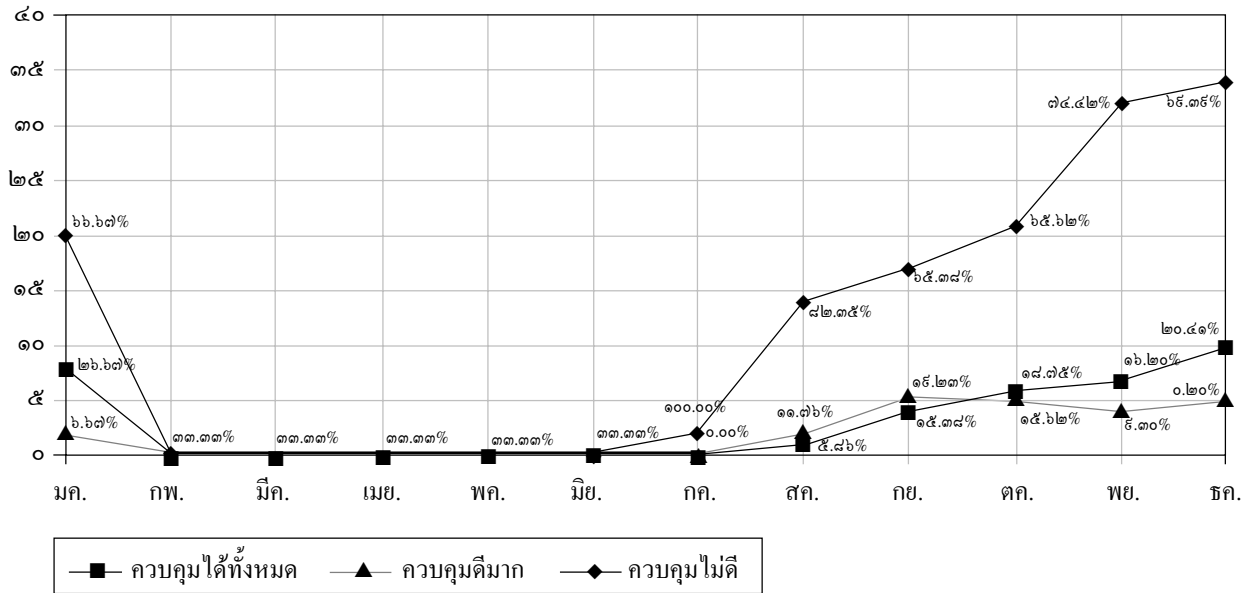
หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บเป็นจำนวนครั้ง

ตารางที่ ๔ ระดับความรุนแรงของโรคก่อนและเมื่อเข้าโครงการคลินิกโรคหืด

ความรุนแรง (ระดับ)	ก่อนเข้าคลินิก*	การเปลี่ยนแปลง			เข้าคลินิก*
		ระดับความรุนแรงเมื่อเข้าคลินิก			
	จำนวน	ลดลง (คน)	เท่าเดิม (คน)	เพิ่มขึ้น (คน)	จำนวน
มีอาการเป็นครั้งคราว (๑)	๖ (๗.๑)	๐	๖	๐	๓๔ (๔๐)
อาการอ่อน ๆ (๒)	๕ (๕.๕)	๒	๒	๑	๑๕ (๒๒.๔)
รุนแรงปานกลาง (๓)	๒๔ (๒๘.๒)	๑๕	๕	๐	๑๕ (๒๒.๔)
รุนแรงมาก (๔)	๕๐ (๕๘.๘)	๓๗	๑๓	๐	๑๓ (๑๕.๒)
รวม	๘๕	๕๔ (๖๘.๒)*	๒๖ (๓๐.๖)*	๑ (๑.๒)*	๘๕

\*ตัวเลขในวงเล็บเป็นค่าร้อยละ

หมายเหตุ ระดับความรุนแรงก่อนเข้าคลินิกอยู่ที่ระดับ ๓ และ ๔ รวม = ร้อยละ ๘๗ และเมื่อเข้ารับบริการคลินิกอยู่ที่ระดับ ๓ และ ๔ รวม = ร้อยละ ๓๗.๖



แผนภูมิที่ ๑ ผลการรักษาผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ร้อยละ ๑๑.๗ ค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่เกิดในช่วงต้นๆของการใช้ยา.

จากตารางที่ ๔ ในช่วงแรก คลินิกโรคหืดรับผู้ป่วยอาการรุนแรงปานกลางถึงมากก่อนรวม ๗๔ ราย (ร้อยละ ๘๗) เมื่อได้รับการรักษาลดลงเหลือ ๓๒ ราย (ร้อยละ ๓๗.๖).

เมื่อเปรียบเทียบแยกรายกลุ่มพบว่าผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงโรคลดลงร้อยละ ๖๘.๒, เท่าเดิมร้อยละ ๓๐.๖ และเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑.๒.

แผนภูมิที่ ๑ แสดงอัตราการควบคุมอาการของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการรักษาในคลินิกควบคุมได้ทั้งหมด<sup>(๑,๖)</sup> เพียงร้อยละ ๒๐.๔๑ เท่านั้น, ระดับควบคุมดีมากร้อยละ ๕.๒๐ และระดับควบคุมไม่ดีร้อยละ ๖๔.๓๙.

### วิจารณ์และสรุปผล

ผลการศึกษาดำเนินงานคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลด่านช้าง มีผู้ป่วยในโครงการทั้งหมด ๘๕ ราย ใช้แนวทางการรักษาของสมาคมออร์เวสซ์แห่งประเทศไทย<sup>(๑)</sup> และ GINA

guidelines<sup>(๖)</sup> โดยใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์เป็นหลักในการรักษาเพื่อการควบคุมอาการโรคหืด. ในการศึกษาครั้งนี้ ได้คัดเลือกผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงมากคือรุนแรงปานกลางและรุนแรงมากเข้ารับบริการคลินิกเป็นส่วนใหญ่รวมถึงร้อยละ ๘๗. จากการศึกษานี้พบว่าอัตราผู้ป่วยมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินลดลงจากร้อยละ ๕๙.๗ เหลือร้อยละ ๑๑.๗, อัตราผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ ๒๗.๓ เหลือร้อยละ ๒.๓๕ และอัตราความรุนแรงของโรคลดลงร้อยละ ๖๘, อัตราการใช้ยาพ่นถูกต้องร้อยละ ๓๘ ซึ่งก่อนมีบริการคลินิกโรคหืดถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ ๑๐, อัตราผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและงานประจำได้ปรกติร้อยละ ๘๗.๓. ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของคลินิกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช พ.ศ. ๒๕๔๙<sup>(๕)</sup> กล่าวคือลดอัตราการไปพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินร้อยละ ๕๐, ลดการรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลงร้อยละ ๒๙.๔๙ และการศึกษาของ Suissa และคณะ<sup>(๕)</sup> พบว่าการใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอสามารถลดอัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลงได้ร้อยละ ๓๑ และลดอัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้



ร้อยละ ๓๙<sup>(๕)</sup> ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วย ๑ ราย มีอาการโรคหืดนานกว่า ๑๐ ปี ไม่สามารถทำงานได้ เมื่อเข้ารับบริการคลินิก ๓ เดือน อาการดีขึ้น สามารถประกอบอาชีพ (ทำงานโรงงานอุตสาหกรรม) และมีรายได้เลี้ยงครอบครัวทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น.

ผลการศึกษาโดยรวมมีผู้ป่วยควบคุมอาการได้ทั้งหมด ร้อยละ ๒๐.๔๑, ควบคุมได้ดีมาร้อยละ ๑๐.๒๐ ซึ่งค่อนข้างน้อยอาจมีสาเหตุจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก และอาจมีปัจจัยที่ยังไม่ได้ศึกษา เช่น การสูบบุหรี่ อายุ ภาวะภูมิแพ้ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค. สำหรับในกลุ่มคุมอาการไม่ดีสูงถึงร้อยละ ๖๙.๓๙ โดยพบว่าช่วงเดือนพฤศจิกายน และธันวาคม มีเพิ่มขึ้นจากเดือนตุลาคม ซึ่งอาจเนื่องจากเป็นช่วงอากาศเย็นที่เป็นเหตุกระตุ้นให้มีอาการได้. อย่างไรก็ตามถึงแม้ยังไม่ได้ผลควบคุมโรคตามเกณฑ์ก็ตาม แต่พบว่าการใช้ยากระตุ้นเบตา-๒ ฤทธิ์สั้นลดลงถึงร้อยละ ๘๒ และอาการหอบน้อยลง, อัตราอาการกำเริบเฉียบพลันที่ลดลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น.

จากผลการศึกษาเห็นได้ว่ายาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคหืดที่ออกฤทธิ์ต้านการอักเสบตัวสำคัญก็คือยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์. ปัจจุบันการรักษาโรคหืดมีแนวทางการวินิจฉัยและรักษาที่ดี ถ้าหากแพทย์ผู้รักษาปฏิบัติตามข้อแนะนำ เลือกใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ใช้ทีมแพทย์ร่วมกับเภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น<sup>(๔)</sup>. อย่างไรก็ตาม เทคนิคการสอนและการให้คำแนะนำผู้ป่วยให้เข้าใจในเรื่องธรรมชาติของโรค การดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงสิ่งเร้าและสิ่งกระตุ้นไม่ให้อาการกำเริบจะช่วยให้อาการผู้ป่วยประสบผลสำเร็จจากการรักษา.

การเปิดบริการคลินิกโรคหืด ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจในการรักษามากขึ้น เนื่องจากเข้าถึงบริการได้สะดวก สามารถพูดคุยซักถามข้อสงสัยในสุขภาพได้มากขึ้น ปฏิบัติตัวและใช้ยาพ่นได้ถูกต้อง สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ประกอบอาชีพได้เทียบเท่าคนทั่วไป. ในส่วนของโรงพยาบาลเอง เมื่อผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็สามารถลดค่าใช้จ่ายลดภาระงาน และมีระบบการรักษาเป็นมาตรฐานเดียวกัน และ

ได้ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย.

การดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้ได้ผลดี นอกจากการใช้ยา, การให้สูดศึกษา สอนเทคนิคการพ่นยา อาจยังไม่ทำให้ผลการรักษาดีขึ้นทั้งหมด เห็นได้จากผลควบคุมทั้งหมดเพียงร้อยละ ๒๐.๔๑ ซึ่งยังต่ำมาก. ดังนั้นแนวทางที่ควรจะทำเพิ่มเติม คือ การศึกษาข้อมูลการดำเนินชีวิต ดูว่าการประกอบอาชีพถูกสุขลักษณะหรือไม่ โดยการเพิ่มการบันทึกของแพทย์และทีมสุขภาพไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และให้คำแนะนำ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม โดยการประสานร่วมกับอาสาสมัคร และสถานีนอมาัย โดยเฉพาะในรายที่ยังมีปัญหาต้องติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง.

## กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์เล็ก น้าประเสริฐ กุมารแพทย์โรงพยาบาลด่านช้าง, ทีมงานคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลด่านช้าง และผู้ป่วยคลินิกโรคหืดทุกท่าน ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ เป็นอย่างดี.

## เอกสารอ้างอิง

๑. สมาคมอหิวาต์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : ๒๕๔๑.
๒. วัชรานันท์ นฤวิทย์. คลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ. Available from: URL: <http://www.mgkku.net>. Accessed December 2006.
๓. วัชรานันท์ นฤวิทย์, พูนศรี เจริญพันธุ์, สุมาลี เกียรติบุญศรี, Tsanomsieng N. Survey of asthma control in Thailand. *Respirology* 2004; 9:373-8.
๔. วัชรานันท์ นฤวิทย์. คลินิกโรคหอบหืด. *Medical progress* 2007; 6 (4):39-44.
๕. วิภาวี ภูรัก. ประสิทธิภาพของการทำ asthma clinic ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารสถาบันโรงพยาบาลโรคทรวงอก* ๒๕๔๖; ๔:๒๖-๓๕.
๖. วัชรานันท์ นฤวิทย์. Easy asthma clinic setup, Available from; URL:<http://www.mgkku.net>.