

การรักษาผู้ป่วยโรคหืดที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

อดุลย์ โจรรัส*

เกษศิรินทร์ โพธิ์ทิพย์*

หัสยาภรณ์ ทองเสียน*

พรรัตน์ โพธิ์ศรี*

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นรายงานผลการรักษาผู้ป่วยโรคหืด ที่โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งใช้แนวทางการรักษาตามมาตรฐานจันนำ ๒๕๔๕ เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ และวัดอัตราการไหลออกอากาศหายใจออกสูงสุด (peak expiratory flow rate, PEFr) ด้วยมาตรการไหลออกสูงสุด ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๐ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๐ จาก ผู้ป่วย ๑๒๘ ราย ตรวจรักษา รวม ๓๔๐ ครั้ง. ผู้ป่วยเป็นหญิงร้อยละ ๖๑.๗๒ และชายร้อยละ ๓๘.๒๘, อายุเฉลี่ย ๓๕ ปี, ร้อยละ ๓๐.๕๗ เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา และมีผู้ป่วยร้อยละ ๗๖.๕๗ ที่เกิดอาการหอบอย่างฉับพลันต้องใช้บริการพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน. ผู้ป่วยที่ศึกษาใช้ยาสูดหายใจคอร์ติโคสเตียรอยด์ (ICS) ร้อยละ ๓๕.๑๕, ใช้ยาสเตียรอยด์กินเพียงร้อยละ ๕.๔๕, ใช้ยาพ่น B₂-agonist ร่วม ICS ร้อยละ ๑๘.๗๕ และใช้ ICS ร่วมกับ B₂-agonist ฤทธิ์นาน (LABA) ร้อยละ ๑๒.๕๐. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหืดต้องกลับมารักษาต่อโดยเฉลี่ย ๒.๖๕ ครั้ง/๔ สัปดาห์; ได้ผลเป็นแบบควบคุมอาการได้หมด ร้อยละ ๑๒.๙๔, ได้ผลควบคุมดีมาก ร้อยละ ๓๐.๕๗ และควบคุมได้ไม่ดี ร้อยละ ๕๖.๔๙.

เนื่องจากผลการรักษาได้ไม่ดีขึ้นบ่อย ผู้วิจัยจึงเสนอว่าโรงพยาบาลควรเพิ่มวิธีการรักษาด้วยยาสูดหายใจคอร์ติโคสเตียรอยด์ให้มากขึ้น เพื่อลดการใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน, ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น.

คำสำคัญ: โรคหืด, การรักษามาตรฐานจันนำ, ยาสูดหายใจคอร์ติโคสเตียรอยด์

Abstract

Treatment Outcome among Asthma Patients in the Asthma Clinic, Kanthararom Hospital, Srisaket Province

Adun Bojarus*, Ketsirin Potip*, Husayaporn Tongsian*, Pornrat Posri*

**Kanthararom Hospital, Srisaket Province*

A study was conducted to determine the outcome of treatment following the GINA (Global Initiative for Asthma) guidelines 2006 on asthmatic patients visiting Kanthararom Hospital, Srisaket Province. The guidelines stressed the reduction of bronchial hyper-responsiveness and treatment of bronchospasm. A total of 128 asthmatic patients (having 340 visits) during the period January 1 to July 31, 2007 were interviewed and the peak expiratory flow rate (PEFR) measured by experienced nurses. The patients were then treated according to the guidelines. Of the total cases, 61.72 percent were female. The mean age of the first asthmatic attack was 35 years. The admission rate within one year of the interview was 30.47 percent and the incidence of acute severe symptoms (ER visit) was 76.57 percent. The drugs used in the patients comprised inhaled corticosteroid (ICS) 35.15 percent, oral corticosteroid 5.45 percent, B₂-agonist combined with corticosteroids inhalant 18.75 percent, and ICS combined with long-acting B₂-agonist 12.50 percent. These patients made visits to the asthma clinic an average of 2.65 times in four weeks. The results of treatment producing total asthma control were 12.94 percent, good control 30.58 percent, and poor control 56.47 percent. Since a significant number of treated cases remained in the poorly controlled category, it is reasonable to conclude that the increased practice of ICS may be effective in reducing ER visits and hospitalization.

Key words: asthma, GINA guidelines, inhaled corticosteroids, treatment outcome

*โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคหืดเป็นโรคที่พบบ่อยทั่วโลกโดยคาดว่าผู้ป่วยประมาณ ๑๕๐ ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของคณะผู้วิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบอัตราชุกโรคหืดในผู้ป่วยอายุ ๑๕-๔๔ ปี ร้อยละ ๒.๙๑ ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยประมาณ ๘๐๐,๐๐๐ ราย^(๑). จากการสำรวจโรคหืดในประเทศไทยในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๓ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๔๔ พบอุบัติการณ์โรคหืดชนิดรุนแรงร้อยละ ๙, ชนิดปานกลางร้อยละ ๑๘, ชนิดอาการน้อยร้อยละ ๑๑ และชนิดเป็นครั้งคราวร้อยละ ๖๒. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ ๕๐ เกิดจากการใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดชนิดรุนแรงที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งแสดงถึงความล้มเหลวในการรักษาโรคหืด, ยิ่งถ้าเป็นผู้ป่วยเด็กที่จำเป็นต้องมีญาติเฝ้าดูแลทำให้ต้องขาดงานขาดรายได้ และถ้าเป็นผู้ป่วยหนักจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจะยิ่งเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น. ดังนั้นการใช้มาตรการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ดีจะช่วยลดการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น.

ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๖ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๑๕ ต้องเข้ารับการักษาตัวในโรงพยาบาล^(๒) และร้อยละ ๒๑ ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน^(๒) โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เพียงร้อยละ ๖.๗ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดหายใจ (inhaled corticosteroid, ICS). โดยที่โรคหืดเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา. ในช่วงที่คุมอาการโรคได้ดี ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่อาจกลับเกิดการกำเริบ. ส่วนช่วงที่คุมอาการได้บ้างผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนัก เนื่องจากกลัวและกังวลต่อความไม่แน่นอนของโรค. สำหรับผู้ป่วยที่คุมอาการไม่ได้เลยนั้นจะไม่ทราบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นอย่างไร.

GINA (Global Initiative for Asthma) guideline ฉบับ พ.ศ. ๒๕๔๙^(๓) ได้มีการวางแนวการรักษา โดยตั้งเป้าหมายของการรักษาไว้ แล้วให้ทำการรักษาจนได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีการแบ่งว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดีเพียงไร ซึ่งจุดประสงค์ของการปรับปรุงแนวการรักษาแบบจินานี้มีดังนี้

๑. ปรับปรุงข้อมูลที่ใช้ในการรักษาให้ทันสมัยอยู่เสมอ.
๒. ตั้งจุดมุ่งหมายของการรักษาให้ชัดเจนกว่าเดิม.
๓. ทำให้การรักษาง่ายกว่าเดิม.
๔. ทำให้แนวทางการรักษาลื่นและกระชับขึ้น.

จุดมุ่งหมายของการรักษาโรคหืดตามแนวจินา คือการควบคุมโรคโดยการลดปฏิบัติการอักเสบและรักษาการหดตัวของหลอดลม ร่วมกับอาการอื่น ๆ ซึ่งการรักษานั้นควรทำแบบต่อเนื่อง โดย

ขั้นแรก ประเมินการควบคุมอาการของโรคหืดว่าควบคุมได้มากน้อยเพียงใด.

ขั้นที่สอง ให้การรักษาเพื่อให้ได้เป้าหมายของการควบคุมดังกล่าว.

ขั้นที่สาม พยายามควบคุมอาการโรคหืดดังกล่าวตลอดไป.

อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีประชากรใน พ.ศ. ๒๕๕๐ รวม ๑๐๐,๒๔๑ คน มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียง ๑ แห่ง, สถานีอนามัย ๑๗ แห่ง และคลินิกแพทย์ที่ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ๓ แห่ง. จากข้อมูลเบื้องต้นในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐ มีผู้ป่วยโรคหืดทั้งสิ้น ๑๒๘ ราย. เนื่อง จากแนวทางการรักษาพยาบาลของแพทย์แต่ละท่านไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และการรักษาไม่ต่อเนื่อง ทำให้มีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการดูแลผู้ป่วยโรคหืดตามแนวจินาดังกล่าว ที่ปฏิบัติในโรงพยาบาล กันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยโรคหืดในโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินในช่วงตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๕๐ ถึงเดือนกรกฎาคม ๒๕๕๐ โดยสัมภาษณ์ และตรวจร่างกายตามขั้นตอนดังนี้

- ผู้ป่วยใหม่ลงทะเบียนเข้าคลินิกโรคหืด ลงข้อมูลประวัติผู้ป่วยเมื่อเริ่มการศึกษาในแผ่นผนวก ๑, ข้อมูลประวัติ



ผู้ป่วยนอกในแผนก ๒ และประเมินผลการรักษาในแผนก ๓. พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องโรคหืดแก่ผู้ป่วย, วัดอัตราไหลอากาศหายใจออกสูงสุด (peak expiratory flow rate, PEFr) โดยการเป่ามาตรการไหลสูงสุด และนัดประเมินติดตามผลการรักษา. แพทย์ให้การรักษาทตามแนวทางจิงนำ ๒๕๔๙. เกสัชกรให้ความรู้เรื่องวิธีการใช้ยาพ่นสูด และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา.

- กรณีที่ผู้ป่วยหอบมากจนต้องไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินผลการรักษาในแผนก ๓ และลงข้อมูลในแผ่นประวัติผู้ป่วยนอก (แผนก ๒).

- สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการรักษาตามแนวทางจิงนำ, โดยให้เป่ามาตรการไหลออกสูงสุดทุกเช้า มีการประสานสหวิชาชีพในการดูแลร่วมกับการบริหารปอดโดยการเป่าเทียนไขหรือเป่าลูกโป่ง, และเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จะมีทีมพยาบาลจากกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพจากสถานีอนามัยในเครือข่ายติดตามไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน.

การประเมินผลการรักษาผู้ป่วย ดำเนินดังนี้

- ควบคุมอาการได้หมด คือ ในช่วง ๔ สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่มีอาการในช่วงกลางวัน, ไม่มีการจำกัดกิจกรรมใด ๆ, ไม่มีอาการในช่วงกลางคืน, ไม่ได้ไปรับบริการพ่นยาฉุกเฉิน และอัตราการไหลอากาศหายใจออกสูงสุด \geq ร้อยละ ๘๐ ของค่าพยากรณ์.

- ควบคุมได้ดีมาก คือ ผู้ป่วยมีอาการไม่เกิน ๒ ข้อย่อยในระดับควบคุมอาการได้หมด.

- ควบคุมได้ไม่ดี คือ ผู้ป่วยยังมีอาการมากกว่า ๓ ข้อย่อยขึ้นไป.

รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำเสนอเป็นจำนวนราย, ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย.

ผลการศึกษา

ในช่วงวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๐ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๐ มีผู้ป่วยโรคหืดมารับการรักษาจำนวนทั้งหมด ๑๒๘ ราย

ตารางที่ ๑ ข้อมูลผู้ป่วยโรคหืด ๑๒๘ รายที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ (มกราคม - กรกฎาคม ๒๕๕๐)

ข้อมูล	ราย	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๔๕	๓๕.๒๘
หญิง	๘๓	๖๔.๗๒
อายุที่เริ่มหอบหืด (ปี)		
๐ - ๕	๑๖	๑๒.๕๐
๖ - ๑๐	๑๕	๑๔.๘๕
๑๑ - ๑๕	๑๖	๑๒.๕๐
๑๖ - ๒๐	๒๔	๑๘.๗๕
> ๒๐	๕๗	๔๔.๕๐
อายุเฉลี่ย	๓๕.๐๘	
ในระยะ ๑๒ เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่เคย	๘๕	๖๕.๕๓
เคย	๓๕	๒๗.๔๗
ในระยะ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีอาการหอบจนต้องพ่นยา		
ไม่เคย	๓๐	๒๓.๔๓
เคย	๙๘	๗๖.๕๗
การรักษาในปัจจุบัน		
ใช้ยาพ่นสูดหายใจ B ₂ -agonist	๑๑๘	๙๒.๑๘
กิน B ₂ -agonist	๒๔	๑๘.๗๕
กินธีโอฟีลลีน	๔๐	๓๑.๒๕
พ่นยาคอร์ติโคสเตียรอยด์	๔๕	๓๕.๑๕
กินคอร์ติโคสเตียรอยด์	๓	๒.๓๔
ใช้ยาพ่นสูดหายใจ B ₂ -agonist + ipratropium	๕	๓.๙๐
ใช้ยาพ่นสูดหายใจ B ₂ -agonist + คอร์ติโคสเตียรอยด์	๒๔	๑๘.๗๕
ใช้ยาพ่นสูดหายใจคอร์ติโคสเตียรอยด์ + LABA	๑๖	๑๒.๕๐
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	๑๐๕	๘๑.๒๕
เคย	๑๕	๑๑.๗๕
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน		
ไม่สูบบุหรี่	๑๒๓	๙๖.๐๐
สูบบุหรี่	๕	๓.๙๐

ตารางที่ ๒ ข้อมูลการรักษาและผลในผู้ป่วย ๑๒๘ ราย ที่มารักษา ๓๔๐ ครั้ง

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนการรักษาใน ๔ สัปดาห์		
๑	๑๖๔	๔๘.๒๓
๒	๑๑๕	๓๕.๐๐
๓	๔๗	๑๓.๘๒
๔	๔	๑.๑๗
๕	๐	๐.๐๐
> ๕	๖	๑.๗๖
เฉลี่ย	๒.๖๕	
ผลการรักษา (ราย)		
ควบคุมได้หมด	๔๔	๑๒.๕๔
ควบคุมได้ดีมาก	๑๐๔	๓๐.๕๘
ควบคุมไม่ได้ผลดี	๑๕๒	๕๖.๘๗

รวม ๓๔๐ ครั้ง มีข้อมูลรายละเอียดแสดงในตารางที่ ๑ และ ๒.

วิจารณ์

ในการรักษาโรคหืดนั้น การใช้ยาสูดหายใจคอร์ติโคสเตียรอยด์ (ICS) เป็นยาอันดับแรก สามารถลดอาการโรค, อัตรายตาย, ทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิต. แต่จากการศึกษาพบว่ามีการใช้ ICS เพียงร้อยละ ๓๕.๑๕ เป็นผลให้มีผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ดีมากถึงร้อยละ ๕๖.๔๗ และผู้ป่วยต้องมารับบริการฉุกเฉินร้อยละ ๗๖.๕๗ ซึ่งสะท้อนถึงมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดที่ยังต่ำมาก. การที่พบว่าผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ ๓๐.๔๗ ในรอบ ๗ เดือน เป็นตัวเลขที่สูงอยู่. นอกจากนี้จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการในรอบ ๔ สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๒.๖๕ ครั้ง. ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงควรตั้งต้นให้การรักษาด้วย ICS ให้มากขึ้น เช่น อาจเริ่มในผู้ป่วยที่มีอาการบ่อย ๆ และไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน. ในรายที่ผู้ป่วยเป็น

ค่อนข้างมาก และไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น เข้าเกณฑ์ควบคุมไม่ดี คือ มีอาการมากกว่า ๓ ซ้อย่อยขึ้นไป ก็ควรเพิ่มให้ B₂-agonist ฤทธิ์คงอยู่นาน (LABA) เพิ่มเข้าไป หรือเพิ่มขนาดของ ICS และเน้นการใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะการตอบสนองเกินของหลอดลม ร่วมกับการบำบัดอาการหอบ.

อย่างไรก็ดี การรักษาโรคหืดให้ได้ผลดียังมีความเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบผู้สูบบุหรี่ร้อยละ ๑๔.๘๕ แต่หลังจากทราบว่าเป็นข้อเสียสำหรับโรคหืด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็สามารถเลิกได้. ส่วนผู้ป่วยที่ติดบุหรี่จริง ๆ ก็ควรได้รับการบำบัดในคลินิกอดบุหรี่ต่อไป. นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้ที่ต้องแนะนำผู้ป่วย ซึ่งเป็นความรู้ทั่วไปที่แพทย์ต้องแนะนำให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคภูมิแพ้ เช่น เรื่องสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในบริเวณที่พักอาศัย, การออกกำลังกาย, การขาดยา, การบริหารยาสูดหายใจไม่ถูกวิธี.

สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดอีกอย่างหนึ่ง คือ การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแพทย์ร่วมกับเภสัชกร เจ้าหน้าที่พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้การดูแลผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น.

เอกสารอ้างอิง

- วันชัย เศษสมฤทธิ์ฤทัย, อรรถ นานา, นิธิพัฒน์ เจียรกุล, สุริย์ สมประดิษฐ์, แจ่มศักดิ์ ไชยคุณา, พิมลรัตน์ อัมพะวัน, และคณะ. Prevalence and risk factors of bronchial hyper-responsiveness and asthma in an adult population in Thailand. Intern Med J Thai 2004;20 (Suppl):79.
- สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ พ.ศ. ๒๕๔๗. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย; ๒๕๔๗.
- Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, revised 2006. Global Initiative for Asthma; 2006.



ผนวก ๑

ข้อมูลประวัติผู้ป่วยเมื่อเริ่มการศึกษา โรงพยาบาล

- ๑) HN เลขที่บัตรประชาชน Asthma No.
- ๒) ชื่อ นามสกุล
- ๓) เพศ ชาย หญิง
- ๔) ที่อยู่
 เบอร์โทรศัพท์
- ๕) อายุ ปี น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม.
- ๖) วัน / เดือน / ปีเกิด / /
- ๗) เริ่มหอบอายุ ปี หอบมานาน ปี
- ๘) รักษาโรคหืดที่โรงพยาบาลนี้มากี่ปีแล้ว ปี
- ๙) ในระยะเวลา ๑๒ เดือนที่ผ่านมา เคยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบมากหรือไม่
 ๐) ไม่เคย ๑) เคย ครั้ง (ทั้งหมดกี่ครั้ง)
- ๑๐) ในระยะเวลา ๑๒ เดือนที่ผ่านมา คุณเคยหอบมากจนต้องไปพ่นยา ฉีดยา ที่ห้องฉุกเฉินหรือไม่
 ๐) ไม่เคย ๑) เคย ครั้ง
- ๑๑) การรักษาในปัจจุบัน
- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| *B ₂ agonist inhaler | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| *B ₂ agonist Tab | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| *Theophylline | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| *Steroid inhaler | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| *Oral steroid | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| *B ₂ + Ipratropium inhaler | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| *B ₂ + ICS inhaler | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| *ICS + LABA | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes..... |
| *Anti-Leukotriene | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
- ๑๒) เคยตรวจสมรรถภาพปอดมาก่อนหรือไม่ ๐) ไม่เคย ๑) เคย
- ๑๓) คุณเคยสูบบุหรี่หรือเปล่า ๐) ไม่เคย ๑) เคย
 (ไม่เคย หมายความว่าสูบน้อยกว่า ๑ มวนต่อวันเป็นเวลา ๑ ปี หรือสูบน้อยกว่า ๒๐ ซอง)
 ถ้าเคย ๑. ปัจจุบันนี้คุณยังสูบบุหรี่อยู่ ๐) ไม่ใช่ ๑) ใช่
 ๒. คุณเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเท่าไร? ปี
 ๓. ถ้าคุณหยุดสูบบุหรี่แล้วคุณหยุดสูบเมื่ออายุเท่าไร? ปี
 ๔. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน มวน/วัน
- ๑๔) วันที่สัมภาษณ์ วัน/เดือน/ปี / /
- ๑๕) ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา คุณเคยไปรักษาโรคหืดที่โรงพยาบาลใดบ้างนอกจากโรงพยาบาลนี้

ผนวก ๒

OPD Card Asthma clinic โรงพยาบาล.....

ชื่อ นามสกุล HN Asthma NO.

Predicted PEFR L/min

Date	Daytime symptoms	Nighttime symptoms	Bronchodilator used	Unscheduled Clinic/ER visit	Admission	Adverse effect	PRFR (L/min,%)	Previous treatment	New treatment



ผนวก ๓

แบบประเมินผลการรักษา โรงพยาบาล

วันที่ HN Asthma No. Predicted PEFR L/mim

ส่วนสูง

- ๑. ในช่วง ๔ สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีอาการไอ หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจมีเสียงดังวี๊ด ในช่วงกลางวันบ้างหรือไม่.
(จำนวนครั้งของอาการที่เกิดขึ้นใน ๑ เดือน หารด้วย ๔ เพื่อเป็นค่าเฉลี่ยต่อสัปดาห์)
 - ๑) ไม่มี
 - ๒) มีอาการ น้อยกว่า ๑ ครั้ง/สัปดาห์
 - ๓) มีอาการ มากกว่าหรือเท่ากับ ๑ ครั้ง/สัปดาห์
 - ๔) มีอาการ ทุกวัน
- ๒. ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ต้องลุกขึ้นมาไอ หายใจฝืดและแน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด ในช่วง กลางคืน บ้างหรือไม่
(จำนวนครั้งของอาการที่เกิดขึ้นใน ๑ เดือน หารด้วย ๔ เพื่อเป็นค่าเฉลี่ยต่อสัปดาห์)
 - ๑) ไม่มี
 - ๒) มีอาการ น้อยกว่า ๒ ครั้ง/สัปดาห์
 - ๓) มีอาการ มากกว่า ๒ ครั้ง/สัปดาห์
 - ๔) มีอาการ ทุกวัน
- ๓. ในช่วง ๔ สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้ยาบรรเทาอาการหอบ (ยาขยายหลอดลม) บ้างหรือไม่
(จำนวนครั้งของการใช้ยาขยายหลอดลมใน ๑ เดือน หารด้วย ๔ เพื่อเป็นค่าเฉลี่ยต่อสัปดาห์)
 - ๑) ไม่ใช่
 - ๒) ใช้ น้อยกว่า ๑ ครั้ง/สัปดาห์
 - ๓) ใช้ เกือบทุกวัน
 - ๔) ใช้ ทุกวัน
 - ๕) ใช้ มากกว่า ๔ ครั้ง/วัน ติดต่อกันตั้งแต่ ๒ วันขึ้นไป
- ๔. ในช่วง ๔ สัปดาห์ที่ผ่านมา เคยหอบมากจนต้องไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือที่คลินิกบ้างหรือไม่
 - ๑) ไม่เคย
 - ๒) เคย (จำนวน ครั้ง)
- ๕. ในช่วง ๔ สัปดาห์ที่ผ่านมา เคยหอบมากจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้างหรือไม่
 - ๑) ไม่เคย
 - ๒) เคย (จำนวน วัน) ที่โรงพยาบาล
- ๖. มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือไม่
 - ๑) ไม่มี
 - ๒) เชื้อราในปาก
 - ๓) เสียงแหบ
 - ๔) อื่นๆ โปรดระบุ
- ๗. PEFR L/min % predicted
 วันนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป วันที่ เดือน พ.ศ.

ยาที่ผู้ป่วยใช้ สำหรับโรคหืดอยู่ในขณะนี้และขนาดที่ใช้

- ๑.
- ๒.
- ๓.

ยาที่แพทย์สั่งให้ใหม่

- ๑.
- ๒.
- ๓.