ผลการใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืดในโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2547-2548

Effectiveness of Asthma Treatment after Implementation Asthma Clinical Practice Guideline in Nongki Hospital, Buriram Province 2004-2005

*ศิริพรรณ ศรีงาน พ.บ.**

Abstract

Background : Asthma is one of the most common chronic diseases worldwide and the prevalence is increased. Acute asthmatic attack may cause morbidity and mortality in asthma patient. Fortunately asthma can be treated and controlled.

Objectives : To compare the effectiveness of asthma treatment before and after implementation Asthma CPG. Research design and Setting : Pretest-posttest retrospective study in Nongki Hospital.

Patients : All adult asthmatic patients who continuously follow up during June 2004- May 2005.

Measure : Acute asthmatic attack rate, admission rate , length of stay in the hospital and acute respiratory failure rate of asthmatic patients.

Result : Acute asthmatic attack rate decreases from 79% to 27% (P< 0.001), admission rate decreases from 41% to 29% (P=0.186), length of stay in the hospital decreases from 5.84 days to 2.18 days (P<0.001) and acute respiratory failure rate decreases from 3% to 0%(P=0.5) after implementation clinical practice guideline of asthma in Nongki Hospital.

Conclusion : Implementation asthma CPG for asthma management can decrease asthmatic attack, length of stay in the hospital and hospital days significantly and decreases admission rate and improves quality of life.

Key words : Asthma , clinical practice guideline.

**นายแพทย์ 7 วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์ กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลหนองกี่*

บทคัดย่อ

วิธีการศึกษา : เหตุผลในการศึกษา : โรคหอบหืด เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข มีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยเรื่องภาวะหอบฉุกเฉิน รุนแรง หรือบางรายถึงขั้นภาวะหายใจล้มเหลวมีมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการที่ผู้ศึกษารับผิดชอบงานด้านอายุรกรรม จึงสนใจที่จะศึกษาด้านประสิทธิผลของการใช้ "แนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืด" โดยเปรียบเทียบอัตราการเกิดโรคหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน อัตราการเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล จำนวนวันที่นอนรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยหอบหืด ก่อนและหลังใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดสถานที่ทำการศึกษา : โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษาเปรียบเทียบย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยผู้ใหญ่ทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืด และมาติดตามการรักษาต่อเนื่อง ตั้งแต่มิถุนายน 2547 - พฤษภาคม 2548 ก่อน และหลังใช้ แนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืด

ตัวชี้วัด : อัตราการเกิดโรคหอบหืดเฉียบพลัน, อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล, อัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจากหอบหืด

ผลการวิจัย : พบว่าหลังจากใช้แนวทางการรักษาโรคหอบหืด ในผู้ป่วย 66 ราย มารักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยเรื่องหอบหืดเฉียบพลันลดลงจาก 52 ราย (79 %) รวม 182 ครั้ง เป็น 18 ราย (27 %) รวม 125 ครั้ง ($P < 0.001$) ลดการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลจาก 27 ราย (41 %) รวม 32 ครั้ง เป็น19 ราย (29 %) รวม 32 ครั้ง ($P = 0.186$) ลดเฉลี่ยวันที่นอนในโรงพยาบาลจาก 5.84 วัน เป็น 2.18 วัน ($P < 0.001$) ลดการเกิดระบบหายใจล้มเหลวจากโรคหอบหืด จาก 2 ราย (3 %) เป็น 0 ราย(0 %) ($P=0.5$)

สรุป : หลังจากใช้แนวทางการรักษาโรคหอบหืด ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหอบหืดโรงพยาบาลหนองกี่ดีขึ้น ลดอัตราอาการหอบหืดเฉียบพลันและ ลดจำนวนวันที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ช่วยลดอัตราการนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลและลดอัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว

คำสำคัญ : หอบหืด หืด แนวทางการรักษา

บทนำ

โรคหอบหืด เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านชีวิต ทรัพย์สิน เวลาและคุณภาพชีวิตโดยรวม ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวทางการรักษาโรคหอบหืด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาของ Greineder DK, Loane KC, Parks P.[1] ซึ่งได้ใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่าสามารถลดการมาตรวจที่ห้อง ฉุกเฉินด้วยเรื่องหอบหืดเฉียบพลันได้ ร้อยละ 79 (จากการมา 72 ครั้ง/ปี เป็น 15 ครั้ง/ปี) ($P < 0.0001$) และลดการนอนรักษาที่โรงพยาบาลได้ร้อยละ 86 (จาก 35 ครั้ง /ปี เป็น 5 ครั้ง/ปี) ($P < 0.001$)

แนวทางการรักษาโรคหอบหืด (GINA)[2] ดังตารางที่ 1

สำหรับยากลุ่มอื่น ได้แก่ Leukotriene modifier ออกฤทธิ์ต้านการสังเคราะห์ลิวโคทรีน ซึ่งมีประสิทธิภาพด้อยกว่ายาสเตียรอยด์ชนิดสูด แต่เป็นเม็ด รับประทานง่าย ข้อเสียคือแพง [3]และยากลุ่ม แอนติโคลิเนอร์จิก เช่น ไอปราโทรเปียม (Ipratropium) ออกฤทธิ์ในการขยายหลอดลมช้ากว่า และได้ผลน้อยกว่ายากลุ่ม กระตุ้นเบต้า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยหอบหืดบางรายใช้ไม่ได้ผล[3]

ตารางที่ 1 แสดงแนวทางการรักษาโรคหอบหืด (องค์การอนามัยโลก)

ระดับ	หอบกลางวัน	หอบกลางคืน	การรักษา	PFE or FEV1 PEF variability
ระดับที่ 1 นาน ๆครั้ง intermittent	<1ครั้งต่อสัปดาห์	<2 ครั้งต่อเดือน หอบเฉียบพลันช่วงสั้น ๆ	ยากระตุ้นเบต้า ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นเวลามีอาการ หรือ ยากระตุ้นเบต้าชนิดรับประทาน เวลามีอาการ	> 80% < 20%
ระดับที่ 2 รุนแรงน้อย mild persistent	<1ครั้งต่อวัน	>2 ครั้งต่อเดือน หอบเฉียบพลันมีผลต่อชีวิตประจำวัน	ยากระตุ้นเบต้า ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นเวลามีอาการ+ยาสเตียรอยด์ชนิดสูด (Budesonide inhaler) 200-400 ไมโครกรัม / วัน	> 80% 20 - 30%
ระดับที่ 3 รุนแรงปานกลาง moderate persistent	ทุกวัน	>1 ครั้งต่อสัปดาห์ หอบเฉียบพลันมีผลต่อชีวิตประจำวัน	ยากระตุ้นเบต้า ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นเวลามีอาการ+ยาสเตียรอยด์ชนิดสูด800-1600 ไมโครกรัม / วัน + ยากระตุ้นเบต้า ชนิดสูดออกฤทธิ์ยาว +/ - theophylline รับประทาน	60-80% > 30%

ระดับ	หอบกลางวัน	หอบกลางคืน	การรักษา	PFE or FEV1 PEF variability
ระดับที่ 4 รุนแรงมาก severe persistent	ตลอดเวลา	บ่อย ๆ หอบ เฉียบพลันมีผล รบกวนต่อชีวิต ประจำวัน	ยากระตุ้นเบต้า ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้น เวลามีอาการ + ยาสเตียรอยด์ชนิดสูด 1600-2000 ไมโครกรัม / วัน + ยา กระตุ้นเบต้า ชนิดสูดออกฤทธิ์ยาว + theophylline รับประทาน+/- เพร็ด นิโซโลน ไม่เกิน 10 มก. / วัน เมื่อ อาการดีขึ้นจึงค่อย ๆลดขนาดยาจน หยุดยาได้	<u>≤ 60%</u> > 30%

แนวทางการรักษาเมื่อเกิดภาวะหอบหืดเฉียบพลัน[3]ประกอบไปด้วย

1. การบริหารออกซิเจน ให้ได้ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่าร้อยละ 90

2. การบริหารยาขยายหลอดลม กระตุ้นเบต้า (beta-agonist)นิยมให้ชนิดสูดพ่นละอองฝอยร่วมกับให้ออกซิเจนทุก 15-20 นาที ใน 6 ชั่วโมงแรกและเมื่อผู้ป่วยเริ่มตอบสนองต่อการรักษาจึง ให้ยาขยายหลอดลมห่างขึ้นเป็นทุก 1-4 ชั่วโมง ใน 4-6 ชั่วโมงถัดมา

3. การบริหารคอร์ติโคสเตียรอยด์ อาจให้เดกซาเมทาโซน 5-10 มก.หรือไฮโดรคอร์ติโซน 4-6 มก./ กก./ ครั้ง ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 4-6 ชั่วโมง[3]หรือให้กินเพร็ดนิโซโลน 30-60 มก. เมื่อดีขึ้นควรให้เพร็ดนิโซโลน ต่อวันละครั้งทุกวัน แต่ควรค่อย ๆลดขนาดยาลง จนสามารถหยุดยาภายใน 1 สัปดาห์

หากผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวเกิดขึ้น ก็จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จนกว่าภาวะการอุดตันของหลอดลมจากหอบหืดเฉียบพลันรุนแรงจะดีขึ้น

ยาอื่น ๆ เช่นยาต้านจุลชีพ มีข้อบ่งชี้เฉพาะกรณีที่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย ไม่มีที่ใช้ยากลุ่มแอนติฮีสตามีน และหลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับเพราะกดศูนย์ควบคุมการหายใจ การให้น้ำเกลือมากไป การเคาะปอดเพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายตัวมากขึ้น[2] รายที่หอบรุนแรง ถ้าให้ยาดังกล่าว หลัง 1 ชั่วโมงแล้วยังไม่ทุเลา อาจต้องให้ อะมิโนฟิลลิน (กลุ่มเมธิลแซนธีน) ชนิดฉีด 2 หลอด ผสมในน้ำเกลือ 500 มล. หยดเข้าหลอดเลือดดำซ้ำทุก 6-8 ชั่วโมง เพิ่มเติมจากยาดังกล่าว นอกจากนี้ยังต้องให้น้ำเกลือและออกซิเจนร่วมด้วย

แต่ก็มีบางแหล่งข้อมูล[4] ที่กล่าวถึงว่า การให้อะมิโนฟิลลิน ไม่ได้ช่วยขยายหลอดลมมากไปกว่าการให้ยาขยายหลอดลมกระตุ้นเบต้า (beta-agonist) เพียงอย่างเดียว ไม่พบว่ามีลักษณะเฉพาะใด ๆ ของผู้ป่วยที่อาจจะได้

ประโยชน์ นอกจากนี้กลับพบผลข้างเคียงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ใจสั่น อาเจียน และอาจทำให้ชักได้ถ้าระดับยาในเลือดสูงเกินไป และควรวัดระดับยาในเลือดเป็นระยะ[5] เพราะระดับยาที่ใช้รักษากับระดับยาที่เป็นพิษ ใกล้เคียงกันมาก ระดับยาที่ต้องการคือ 5-15 ไมโครกรัม/มล. [2]

4. ค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ เพื่อที่จะรักษา และป้องกันมิให้เกิดอาการกำเริบ รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหืด การปฏิบัติตัว การหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ ยาหรือภาวะที่อาจทำให้โรคกำเริบ เช่น ความเครียด เรื่องกระทบกระเทือนจิตใจ วิธีการใช้ยาพ่น หรือสูด และแผนการดูแลตนเองเบื้องต้น เมื่ออาการเริ่มกำเริบและการมาพบแพทย์ หากอาการไม่ดีขึ้น การติดตามการรักษาต่อเนื่อง

การติดตามผลการรักษาโรคหอบหืด ดูได้จาก

1. การตรวจสภาพการทำงานของปอด เช่น PEFR (Peak expiratory flow rate) จากการวัด peak flow Meter แต่ในทางปฏิบัติอาจได้ผลไม่มากนัก เพราะผู้ป่วยบางรายเป่าไม่ถูกวิธี

2. การมาตรวจด้วยเรื่องหอบหืดเฉียบพลัน

3. การมานอนรักษาที่โรงพยาบาลด้วยเรื่องหอบหืดเฉียบพลัน

4. การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคหอบหืด เช่น เกิดภาวะหายใจล้มเหลว

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดก่อนและหลังใช้ แนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืด

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลังจากแฟ้มประวัติที่บันทึกในเวชระเบียนโดยกำหนดระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2547 - 31 พฤษภาคม 2548 โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยดังนี้

1. ผู้ป่วยผู้ใหญ่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืด ทุกราย ที่มารักษาที่โรงพยาบาลหนองกี่

2. ได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืด

3. มีการวัดผลก่อนและหลังการใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืด ดังนี้

3.1 การมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินด้วยเรื่องหอบหืดเฉียบพลัน

3.2 การมานอนรักษาที่โรงพยาบาลหนองกี่และจำนวนวันที่นอนรักษาด้วยเรื่องหอบหืดเฉียบพลัน

3.3 การมีภาวะหายใจล้มเหลว

ผู้ป่วยที่ตัดออกจากการศึกษา ได้แก่

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าหอบจากภาวะหัวใจล้มเหลว โรคปอดอื่น ๆที่มิใช่หอบหืด โรค Gastroesophageal reflux ยา เช่น ยาต้านเบต้า เป็นต้น

ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาติดตามการรักษาต่อเนื่องในปี 2547-2548

ข้อมูลที่ศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

2. ข้อมูลการมารักษาด้วยเรื่องหอบหืดเฉียบพลัน การนอนรักษาที่โรงพยาบาลด้วยเรื่องหอบหืดเฉียบพลัน และการเกิดภาวะหายใจล้มเหลว

สถิติที่ใช้ : ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าร้อยละ

: ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ค่าเฉลี่ย, P value

นิยามศัพท์

อาการหอบหืดเฉียบพลัน [2] ได้แก่อาการดังต่อไปนี้

1. เริ่มเหนื่อยจนพูดได้ไม่จบประโยค อาจพูดเป็นคำและเว้นเป็นช่วงๆ เนื่องจากอาการเหนื่อย

2. กระสับกระส่าย นอนราบไม่ได้ หายใจไม่สะดวก เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว

3. เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการรับรู้ เช่น สับสน พูดน้อย ซึมลง

4. หายใจลำบาก ต้องใช้กล้ามเนื้อบริเวณคอ หรือ จมูกเวลาหายใจ หรือสีผิวดูเขียวคล้ำ

อาการที่ต้องรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล[2,3] ได้แก่

1. ไม่ตอบสนองต่อการรักษาข้างต้นภายใน 1-2 ชั่วโมง

2. มีประวัติเคยมีอาการหอบหืดรุนแรงหรือเคยใส่ท่อช่วยหายใจ หรือเคยรับการรักษาในห้องอภิบาลผู้ป่วย (ไอซียู) เนื่องจากโรคหืดมาก่อน

3. กำลังใช้หรือเพิ่งหยุดใช้ยาสเตียรอยด์ขนาดสูงๆ

4. มีอาการหอบต่อเนื่องมานาน ก่อนที่จะมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล

5. การเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลมีความไม่สะดวก

การวินิจฉัยภาวะหายใจล้มเหลว [2, 3]

1. มีภาวะรู้สติเปลี่ยนแปลง

2. หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ < 120 ครั้ง/นาที หรือ หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ

3. ฟังปอดไม่ได้ยินเสียงหวีดเลย

4. Pulsus paradoxus น้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท

5. PaO2 น้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หรือพบว่าเขียวจากการตรวจร่างกาย

6. PaCO2 มากกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท

7. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90%

8. ผู้ป่วยที่มี ลมในช่องปอด หรือมีถุงลมแตกในปอด

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย 66 ราย เป็นเพศชาย 23 ราย เพศหญิง 43 ราย อายุตั้งแต่ 15-79 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-55 ปี เฉลี่ยอายุ 49.8 ปี อาชีพเกษตรกร 28 ราย (42.4 %) รับจ้าง 17 ราย (25.7%)รับราชการ 12 ราย (18%) และอาชีพอื่นๆ 9 ราย (13.6 %) มีประวัติภูมิแพ้ในผู้ป่วย 52 ราย (78.7%) และมีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัวร่วมด้วย 47 ราย (71.2%) มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน 29 ราย ความดัน

โลหิตสูง 21 ราย โรคหัวใจ 14 ราย โรคธัยรอยด์ 3 ราย ไม่มีโรคประจำตัว 20 ราย เดือนที่มีการหอบ แสดง ในตารางที่ 2 ผลการศึกษาแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงช่วงเดือนที่มีการหอบ

ช่วงเดือนที่หอบ ครั้ง (ร้อยละ)	ก่อนใช้ แนวทางการรักษา ครั้ง (ร้อยละ)	หลังใช้แนวทางการรักษา
มิถุนายน -สิงหาคม	81 ครั้ง (ร้อยละ 45)	53 ครั้ง (ร้อยละ 42)
กันยายน- พฤศจิกายน	45 ครั้ง (ร้อยละ 25)	35 ครั้ง (ร้อยละ 28)
ธันวาคม-กุมภาพันธ์	40 ครั้ง (ร้อยละ 22)	24 ครั้ง (ร้อยละ 19)
มีนาคม-พฤษภาคม	16 ครั้ง (ร้อยละ 8)	13 ครั้ง (ร้อยละ 10)

ตารางที่ 3 แสดงผลการศึกษา

ปัจจัยที่ศึกษา	ก่อนใช้แนวทางการรักษา	หลังใช้แนวทางการรักษา	P value Non parametric sign test
- การมาตรวจเรื่องหอบหืดเฉียบพลัน	52 ราย รวม 182 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 79	18 ราย รวม 125 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27	P< 0.001
- การรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล	27 ราย รวม 32 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41	19 ราย รวม 32 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 29	P<0.186
- ระยะเวลาเฉลี่ยวันนอนในโรงพยาบาล	5.84 วัน	2.18 วัน	P<0.001
- การส่งต่อเรื่องหายใจล้มเหลว	2 ราย รวม 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3	0 ราย ร้อยละ 0	P=0.5
- จำนวนผู้ป่วยในการศึกษา	66 ราย	66 ราย	

วิจารณ์

จากข้อมูลทั่วไปและตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 49.8 ปี อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1: 1.86 อาชีพที่พบมักเป็นอาชีพในกลุ่มเกษตรกร มักได้ประวัติโรคภูมิแพ้อยู่เดิมในผู้ป่วย และครอบครัว โรคที่พบร่วมมักอยู่ในกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิตสูง มักมีอาการหอบกำเริบในช่วงเดือนมิถุนายน - สิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงหน้าฝน อากาศเย็น จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนที่จะมีการใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืด พบว่าไม่มีการแบ่งผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง มีอัตราการเกิดหอบหืดเฉียบพลันต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินบ่อย ๆ และบางครั้งจำเป็นต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล บางรายต้องใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องจากภาวะหายใจล้มเหลวผลการรักษาหลังการใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืด พบว่า มีอัตราการเข้ารักษาด้วยเรื่องหอบหืดเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน และจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการรับเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลและการส่งต่อด้วยเรื่องหายใจล้มเหลว ก็ลดลงเช่นกัน จะเห็นได้ว่าการใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืด ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

เมื่อเทียบผลการรักษากับการศึกษาอื่นที่กล่าวข้างต้น พบว่าเป็นไปในแนวทางเดียวกัน แต่เหตุที่การศึกษาในโรงพยาบาลหนองกี่ ยังไม่ลดอัตราการเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ อาจมีข้อจำกัดจากปัจจัยหลายด้าน เช่น การที่โรงพยาบาลหนองกี่ ไม่มียาขยายหลอดลมกระตุ้นเบต้า ชนิดสูดออกฤทธิ์ยาว ที่ใช้ในผู้ป่วยระดับที่ 3 และระดับ 4 และไม่มียา leukotriene modifier เนื่องจากมีราคาแพงมาก และจากการที่เดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลไม่สะดวก แม้ว่าหลังให้การรักษาเบื้องต้นแล้วอาการดีขึ้น ก็จำเป็นต้องให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการต่อ เป็นต้น

แนวทางแก้ไข

ร่วมกับฝ่ายองค์กรแพทย์ และเภสัชกรรม ถึงความจำเป็นในการเพิ่มยากระตุ้นเบต้าชนิดสูดออกฤทธิ์ยาวในบัญชียาหลักของโรงพยาบาล

ข้อจำกัดในการรักษา

1. ไม่มียากระตุ้นเบต้าชนิดสูดออกฤทธิ์ยาว และยา lekotriene modifier ดังที่กล่าวมาแล้ว

2. ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบว่าตนเองแพ้สิ่งใดบ้าง จึงอาจต้องส่งต่อเพื่อทำการทดสอบการแพ้ที่ผิวหนัง แต่ทางโรงพยาบาลหนองกี่ยังไม่เคยส่งต่อผู้ป่วยไปทำการทดสอบเนื่องจากติดข้อจำกัดหลายด้าน เช่น ผู้ป่วยไม่มีเวลา ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับยาพ่น จำเป็นต้องประเมินความเข้าใจ และความสามารถในการใช้ยา เพราะอาจทำให้การวิจัยไม่ได้ผล คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง และ สิ้นเปลืองค่ายา

2. จัดให้มีสถานที่สังเกตอาการแทนการให้นอนรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อให้ได้จำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลที่แท้จริง

สรุป

การนำแนวทางการรักษาผู้ป่วยหอบหืดมาใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วย เพื่อการจัดยาให้ตามความเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยให้พ่นยาได้ถูกต้อง การแนะนำให้หลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ การดูแลผู้ป่วยในช่วงหอบหืดเฉียบพลัน สามารถลดอัตราการเกิดหอบเฉียบพลันที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญ ลดการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหนองกี่ และการส่งตัวไปรักษาต่อด้วยเรื่องภาวะหายใจล้มเหลวได้อย่างไม่มีนัยสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์บำรุง ศรีงาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกี่ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา ตลอดจนอนุญาตให้นำเสนอรายงานฉบับนี้ และนายแพทย์สอาด วีระเจริญ และ แพทย์หญิงพัชรี ยิ้มรัตนบวร ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำ คุณจรัส การเกษ ที่ให้ความช่วยเหลือด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหนองกี่ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Greineder DK , Loane KC , Parks P. Reduction in resource utilization by an asthma outreach programme. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995 ; 149 (4) : 415-20.
2. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. Practical Guide for the Diagnosis and Management of Asthma.1997;97:2-34.
3. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ., 2547.
4. วีระพงษ์ จันจงเจริญชัย. Acute Asthmatic Attack in Children. ใน : สุทธชาติ พืชผล, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์, 2542.120-36.
5. Parameswaran K, Belda J Rowe BH. Addition of intravenous aminophylline to beta2-agonists in adults with acute asthma [serial online] 2003 [cited 2005 July 30];(3). Available from : URL : http://www.thaichest.org / nuke / modules. php? name = News&file= article&sid = 30.