

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการรักษาโรคหืดในคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ ที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Results of Asthma Treatment in Adult Asthma Clinic at Phrachomklao Hospital, Phetchaburi

ดวงรัตน์ มาศรีสังสรรค์ พ.บ.,

กลุ่มงานผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Duangrat Masrungsun M.D.,

Division of Out Patients

Phrachomklao Hospital, Phetchaburi

บทคัดย่อ

โรคหืดเป็นโรคที่พบบ่อย และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในแต่ละปีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษที่ห้องฉุกเฉิน และรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความรุนแรงของโรคหืด ร่วมกับศึกษาผลการรักษาโรคหืดระหว่างก่อนและหลังการจัดตั้งคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วัสดุและวิธีการ: การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) และใช้ข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยโรคหืดที่มาเข้ารับการรักษที่คลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ ในช่วงเดือนเมษายน 2554 ถึง มีนาคม 2555 โดยเก็บข้อมูลเรื่องความรุนแรงของอาการ ยาที่ได้รับ ประวัติการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล

ผลการวิจัย: ใช้กลุ่มตัวอย่าง 82 คน เป็นเพศหญิง 63 คน เพศชาย 19 คน คิดเป็นอัตราส่วน 3.3: 1 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี โดยความรุนแรงของโรคก่อนและหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืดจะพบว่า ความรุนแรงมากคิดเป็นร้อยละ 24.4 และร้อยละ 1.2 ตามลำดับ ความรุนแรงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.2 และร้อยละ 9.8 ตามลำดับ ความรุนแรงเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 13.4 และ 37.8 ตามลำดับ และอาการไม่รุนแรง คิดเป็นร้อยละ 0.0 และ 51.2 ตามลำดับ ($p = 0.017$) และการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินก่อนและหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืด คิดเป็นร้อยละ 45.1 และ 20.7 ตามลำดับ ($p = 0.002$) และการรับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนและหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืด คิดเป็นร้อยละ 19.5 และ 6.1 ตามลำดับ ($p = 0.000$) นอกจากนี้พบว่าผลการควบคุมอาการหอบหืดจะสามารถควบคุมอาการได้สมบูรณ์ ถ้าผู้ป่วยได้มารับการรักษาดิตตามอาการต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ

สรุปผลการวิจัย: หลังจัดตั้งคลินิกโรคหืด ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งในด้านผลการควบคุมโรค และสามารถลดอัตราการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และการเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลลงได้อย่างชัดเจน

คำสำคัญ: โรคหืดในผู้ใหญ่

ABSTRACT

Introduction: Asthma is common disease that affects the quality of patients. The number visits to the emergency room and admission rate increase each year.

Objectives: To study asthma severity and the result of treatment after the establishment of adult asthma clinic

Materials and methods: It is a descriptive study collecting data from the records of asthma patients attaining adult asthma clinic at Phrachomklao Hospital. The data included severity, medications and visits to the emergency room and admission to the wards.

Results: During April 2011 and March 2012, there were 82 patients, 63 of which were male, aged 40-49 years. The asthma severity categories were: severe persistent 24.4 and 1.2 moderate persistent 62.2 and 9.8 mild persistent 13.4 and 37.8 and intermittent 0.0 and 51.2 ($p = 0.017$), while visit to the emergency room was 45.1 and 20.7 ($p = 0.002$) and admission rate was 19.5 and 6.1 ($p = 0.000$), before and after caring at the adult asthma clinic respectively. Those who came for treatment on a regular appointment had good clinical control.

Conclusion: Quality of life improved as a benefit from caring at the adult asthma clinic

Keyword: adult asthma

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคที่พบบ่อย¹ เป็นโรคที่มีการตีบแคบของหลอดลมเป็นพักๆ อาจเกิดขึ้นเอง (spontaneous) หรือเกิดตามหลังการสัมผัสสิ่งกระตุ้น (stimuli) เช่น ความเป็นสารก่อภูมิแพ้ในอากาศ (aeroallergen) โรคหวัด (common cold) เป็นต้น² ผู้ป่วยโรคหืดทุกรายมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการหืดกำเริบ (exacerbation) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย ไอ หายใจมีเสียงดังวี๊ดมากขึ้น ร่วมกับการลดลงของ expiratory airflow หรือ peak expiratory flow rate อย่างเฉียบพลันภายในเวลาเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือหลายสัปดาห์³ โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยค่อนข้างสูง จากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยโรคหืดมากกว่าครึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติ ผู้ป่วยโรคหืดร้อยละ 21.7 ยังต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบรุนแรงที่ห้องฉุกเฉินอย่างน้อยหนึ่งครั้งในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา และ

ร้อยละ 14.8 ต้องเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล⁴

ปัจจุบันพบว่าโรคหืดเป็นโรคที่มีความชุก และอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั่วโลก⁵ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศทางตะวันตก ในประเทศไทยมีรายงานการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคหืด พบว่าความชุกของโรคหืดและภาวะหลอดลมไวเกิน (bronchial hyperresponsiveness; BHR) ในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 20-44 ปี) คือร้อยละ 2.91 และ 3.31 ตามลำดับ⁶ โรคนี้ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ยาที่ใช้รักษาโรคหืดในปัจจุบันมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการและการอักเสบของหลอดลมลดลงเท่านั้น ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โรคหืดในผู้ใหญ่มีโอกาสที่โรคจะสงบเอง (spontaneous remissions) ประมาณร้อยละ 11 ภายในเวลา 9 ปี อัตราของการเกิดสูงที่สุดในช่วงวัยรุ่นและลดลงในคนที่อายุเกิน 30 ปี⁷ เกณฑ์ที่บ่งบอกว่าโรคสงบ ได้แก่ ไม่มีอาการของหืด ไม่มีภาวะหลอดลม

ไวเกิน ค่า FEV_1 มากกว่า 90% predicted โรคหืดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยอายุน้อยและความผิดปกติของสมรรถภาพปอดไม่รุนแรงมีโอกาสหายขาดได้

ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีผู้ป่วยโรคหืดมารับการรักษาเป็นจำนวน 998 คน (ข้อมูลตั้งแต่ 1 เมษายน 2553 - 31 มีนาคม 2554) คิดเป็น 2,916 ครั้ง ที่มารับรักษาที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ทั้งในและนอกเวลาราชการ) รวมทั้งเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล จากปัญหาผู้ป่วยดังกล่าวทางโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จึงได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ขึ้นเมื่อ 1 เมษายน 2554 เพื่อจะได้ให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้องเหมาะสมตามลักษณะความรุนแรงของผู้ป่วย และเพื่อการควบคุมโรคให้เป็นไปตามเป้าหมายของ GINA guidelines 2006 เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาลักษณะความรุนแรงของโรคหืดที่รับการรักษาในคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- 2) เพื่อศึกษาผลการรักษาโรคหืดระหว่างก่อนและหลังการจัดตั้งคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เคยมาการรักษาโรคหืดที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ก่อนมีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ และเข้ารับการรักษานในคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ในช่วงเดือนเมษายน 2554 ถึง เดือนมีนาคม 2555 ลงประวัติการรักษา ขณะมาติดตามการรักษาที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอกทุกครั้งในแฟ้มข้อมูลโรคหืดกรอกประวัติส่วนตัว การรักษาที่เคยได้รับ อาการปัจจุบัน ตรวจวัด PEFr และการรักษาปัจจุบันที่ได้รับลงในแฟ้มข้อมูลโรคหืด นำข้อมูลที่ได้

มาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (crosstab) หาจำนวนและร้อยละและนำเสนอข้อมูลสรุปเป็นร้อยละ ในรูปแบบบรรยายประกอบตารางแบบสองทาง

การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด

ให้ประเมินความรุนแรงของโรคตามตารางที่ 1

การประเมินระดับการควบคุมโรคหืด

ให้ประเมินระดับการควบคุมโรคหืดตามตารางที่ 2

ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง

ให้การรักษาผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังตามตารางที่ 3

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

งานวิจัยนี้ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 82 คนที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ ในช่วงเดือนเมษายน 2554 ถึงมีนาคม 2555 ที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นเพศหญิง 63 คน คิดเป็นร้อยละ 76.8 เพศชาย 19 คน คิดเป็นร้อยละ 23.2 อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 3.3: 1 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.3 เพศหญิงมีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.7 เพศชายมีอายุในช่วงต่ำกว่า 30 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.8 ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.5 และ 47.4 ตามลำดับ ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 63.1 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชายไม่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 66.7 และร้อยละ 68.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาจนเข้าคลินิกโรคหืด

จากผลการวิจัยผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มป่วยเป็นหอบหืดในช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.4 โดย

ตารางที่ 1 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด

ระดับ	อาการช่วงกลางวัน	อาการช่วงกลางคืน	PEF or FEV ₁
			PEF variability
ระดับ 1 มีอาการนานๆ ครั้ง Intermittent	- มีอาการหอบหืดน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง - มีการจับหืดช่วงสั้นๆ - มีค่า PEF ปกติ ช่วงที่ไม่มีอาการจับหืด	- มีอาการหอบเวลากลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้ง ต่อเดือน	$\geq 80\%$ $< 20\%$
ระดับ 2 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงน้อย Mild Persistent	- มีอาการหอบหืดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อวัน - เวลาจับหืดอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ	- มีอาการหอบเวลากลางคืนมากกว่า 2 ครั้ง ต่อเดือน	$\geq 80\%$ $< 20-30\%$
ระดับที่ 3 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงปานกลาง Moderate persistent	- มีอาการหอบทุกวัน - เวลาจับหืดมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ	- มีอาการหอบเวลากลางคืนมากกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์	$60-80\%$ $> 30\%$
ระดับที่ 4 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงมาก Severe persistent	- มีอาการหอบตลอดเวลา - มีการจับหืดบ่อยและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ	- มีอาการหอบเวลากลางคืนบ่อยๆ	$\geq 60\%$ $< 30\%$

เพศหญิงเริ่มเป็นหอบหืดในช่วงอายุ 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.2 ส่วนเพศชายเริ่มเป็นหอบหืดในช่วงอายุต่ำกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีอาการระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate persistent) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.7 และ 47.4 ตามลำดับ รองลงมา ระดับความรุนแรงมาก (severe persistent) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 25.4 และ 21.1 ตามลำดับ และยาที่ได้รับก่อนเข้าคลินิกโรคหืดจะเป็นยาในกลุ่ม short acting β_2 -agonist

(SABA) ร่วมกับยาอื่นมากที่สุดทั้งหญิงและชาย คิดเป็นร้อยละ 81.0 และ 52.6 ตามลำดับ รองลงมาในเพศหญิงคือได้รับยา SABA เพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 14.3 รองลงมาในเพศชายคือได้รับยา Inhaled corticosteroid + long acting β_2 -agonist (ICS + LABA) คิดเป็นร้อยละ 21.1 ก่อนเข้าคลินิกโรคหืดผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องกลับมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) คิดเป็นร้อยละ 54.9 ซึ่งเหมือนกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.6 และ 52.6 ตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้อง

ตารางที่ 2 การประเมินระดับการควบคุมโรคหืด

ลักษณะทางคลินิก	Controlled (ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้)	Partly Controlled (มีอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้)	Uncontrolled
อาการช่วงกลางวัน	ไม่มี (หรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์)	มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์	มีอาการในหมวด partly controlled อย่างน้อย 3 ข้อ
มีข้อจำกัดของการ ออกกำลังกาย	ไม่มี	มี	
อาการช่วงกลางคืน จนรบกวนการนอนหลับ	ไม่มี	มี	
ต้องใช้ยา reliever/rescue treatment	ไม่มี (หรือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์)	มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์	
ผลการตรวจสมรรถภาพ ปอด (PEF or FEV ₁)	ปกติ	น้อยกว่า 80% predicted or personal best (if known)	
การจับหืดเฉียบพลัน (Exacerbation)*	ไม่มี	อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	1 ครั้งในช่วงสัปดาห์ ไหนก็ได้

*อาการหอบหืดรุนแรงจนต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉิน

กลับมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) คิดเป็นร้อยละ 80.5 ซึ่งเหมือนกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80.5 และ 84.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

**ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) และ
รับการรักษาในโรงพยาบาล (Admission) ก่อนเข้า
คลินิกโรคหืด**

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้อง
ฉุกเฉิน (ER visit) มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (admission)

คิดเป็นร้อยละ 32.4 และไม่ได้มารักษาในโรงพยาบาล
(admission) คิดเป็นร้อยละ 67.6 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้มารับ
การรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) แต่กลับมาได้รับการรักษา
ในโรงพยาบาล (admission) คิดเป็นร้อยละ 8.9 และไม่ได้
มารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) คิดเป็นร้อยละ
91.1 ดังในตารางที่ 6

การรักษาและผลการรักษาหลังเข้าคลินิกโรคหืด

จากผลการวิจัยพบว่าหลังจากการเข้ารับการรักษา

ตารางที่ 3 ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง

← Reduce Treatment Steps Increase →				
Step 1	Step 2	Step 3	Step 4	Step 5
Asthma education Environmental control				
As needed rapid-acting β_2 -agonist	As needed rapid-acting β_2 -agonist			
Controller options	Select one	Select one	Add one or more	Add one or both
	Low-dose inhaled ICS*	Low-dose ICS plus long-acting β_2 -agonist	Medium-or-high-dose ICS plus long-acting β_2 -agonist	Oral glucocorticosteroid (lowest dose)
	Leukotriene modifier	Medium-or-high-dose ICS	Leukotriene modifier	Anti-IgE treatment
		Low-dose ICS plus leukotriene modifier	Sustained release theophylline	
		Low-dose ICS plus sustained release theophylline		

* ICS-inhaled glucocorticosteroid

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและเพศ

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม	19	23.2	63	76.8	82	100.0
อายุ (ปี)						
น้อยกว่า 30	7	36.8	6	9.5	13	15.9
30-39	5	26.3	11	17.5	16	19.4
40-49	4	21.1	20	31.7	24	29.3
50-59	2	10.5	17	27	19	23.2
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	1	5.3	9	14.3	10	12.2
อาชีพ						
รับจ้าง	9	47.4	23	36.5	32	39
แม่บ้าน	0	0.0	16	25.4	16	19.4
ค้าขาย	3	15.8	12	19	15	18.3
นักเรียน	6	31.5	3	4.8	9	11
เกษตรกร	0	0.0	7	11.1	7	8.6
ข้าราชการ	1	5.3	2	3.2	3	3.7
สูบบุหรี่						
ไม่สูบ	12	63.1	63	100.0	75	91.4
เคยสูบบุหรี่ แต่หยุดแล้ว	3	15.8	0	0.0	3	3.7
ยังสูบบุหรี่อยู่	4	21.1	0	0.0	4	4.9
โรคร่วม						
มี	6	31.6	21	33.3	27	32.9
ไม่มี	13	68.4	42	66.7	55	67.1

หมายเหตุ: โรคร่วมที่พบ มีพบร่วมกับ ความดันโลหิตสูง 12 คน ไ้ไขมันในเลือดสูง 11 คน เบาหวาน 8 คน และภูมิแพ้ 5 คน

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย การรักษาและเพศ ก่อนเข้าคลินิกโรคหืด

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม	19	23.2	63	76.8	82	100.0
อายุเริ่มป่วย (ปี)						
ต่ำกว่า 10 ปี	8	42.1	8	12.7	16	19.5
10-19	6	31.6	9	14.3	15	18.3
20-29	0	0.0	11	17.5	11	13.4
30-39	1	5.3	19	30.2	20	24.4
40-49	2	10.5	9	14.3	11	13.4
50-59	1	5.3	4	6.3	5	6.1
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	1	5.3	3	4.8	4	4.9
ระดับความรุนแรง						
ไม่รุนแรง	0	0.0	0	0.0	0	0.0
รุนแรงเล็กน้อย	6	31.6	5	7.9	11	13.4
รุนแรงปานกลาง	9	47.4	42	66.7	51	62.2
รุนแรงมาก	4	21.1	16	25.4	20	24.4
ยาที่ได้รับ						
SABA อย่างเดียว	2	10.5	9	14.3	11	13.4
SABA ร่วมกับยาอื่น	10	52.6	51	81.0	61	74.4
Theophylline ร่วมกับยาอื่น	1	5.3	2	3.2	3	3.7
ICS + LABA	4	21.1	1	1.6	5	6.1
ICS	2	10.5	0	0.0	2	2.4
รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit)						
รับการรักษา	9	47.4	28	44.4	37	45.1
ไม่ได้รับการรักษา	10	52.6	35	55.6	45	54.9
รับการรักษาในโรงพยาบาล (admission)						
รับการรักษา	3	15.8	13	19.5	16	19.5
ไม่ได้รับการรักษา	16	84.2	50	80.5	66	80.5

ในคลินิกโรคหืด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีอาการระดับไม่รุนแรง (intermittent) คิดเป็นร้อยละ 50.8 และ 52.6 ตามลำดับ รองลงมา มีระดับความรุนแรงน้อย (mild persistent) ทั้งเพศหญิงและเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 38.1 และ 36.8 ตามลำดับ

การรักษาหลังเข้าคลินิกโรคหืด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชายได้รับยา SABA ร่วมกับยาอื่นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.1 และ 68.4 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชายไม่ต้องกลับมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) คิดเป็นร้อยละ 81.0 และ 73.7 ตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชายไม่ต้องกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) คิดเป็นร้อยละ 93.7 และ 94.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ความรุนแรงของโรคหืดเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการจัดตั้งคลินิกโรคหืด

ก่อนจัดตั้งคลินิกโรคหืดผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.2 มากที่สุด รองลงมา มีอาการรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 24.4 หลังจัดตั้งคลินิกโรคหืดส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง คิดเป็นร้อยละ 51.2 รองลงมา มีอาการรุนแรงเล็กน้อย 37.8 ดังตารางที่ 8

การกลับมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการจัดตั้งคลินิกโรคหืด

ก่อนเข้าคลินิกโรคหืดมีผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) คิดเป็นร้อยละ 45.1 เมื่อเทียบกับหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืดมีผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) คิดเป็นร้อยละ 20.7

ก่อนเข้าคลินิกโรคหืดมีผู้ป่วยไม่ต้องกลับมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) คิดเป็นร้อยละ 54.9 เมื่อเทียบกับหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืดมีผู้ป่วยไม่ต้องกลับมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) คิดเป็นร้อยละ 79.3 ดังตารางที่ 9

การกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admission) เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการจัดตั้งคลินิกโรคหืด

ก่อนเข้าคลินิกโรคหืดมีผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) คิดเป็นร้อยละ 19.5 เมื่อเทียบกับหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืดมีผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) คิดเป็นร้อยละ 6.1 ก่อนเข้าคลินิกโรคหืดมีผู้ป่วยไม่ต้องกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) คิดเป็นร้อยละ 80.5 เมื่อเทียบกับหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืดมีผู้ป่วยไม่ต้องกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) คิดเป็นร้อยละ 93.9 ดังตารางที่ 10

ผลการควบคุมอาการหอบหืด (นัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง หลังเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืด)

หลังจากเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดผู้ป่วยจะได้รับนัดติดตามการรักษา โดยความถี่ห่างของการนัดติดตามขึ้นกับอาการความรุนแรงของผู้ป่วย พบว่าหลังจากนัดติดตามการรักษาครั้งที่ 1 มีผู้ป่วยควบคุมอาการไม่ได้ (uncontrolled) 50 คน (ร้อยละ 61) ควบคุมได้ไม่สมบูรณ์ (partly controlled) 16 คน (ร้อยละ 19.5) ควบคุมได้สมบูรณ์ (controlled) 16 คน (ร้อยละ 19.5) เมื่อติดตามการรักษาต่อโดยใช้อาการที่พบในครั้งที่ 1 เป็นฐานพบว่าเมื่อนัดติดตามอาการครั้งที่ 2 ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการไม่ได้ในครั้งที่ 1 จำนวน 60 คน ลดเหลือ 19 คน (ร้อยละ 38) ครั้งที่ 3 ลดเหลือ 9 คน (ร้อยละ 18) ครั้งที่ 4 ลดเหลือ 5 คน (ร้อยละ 10) และครั้งที่ 5 ไม่พบผู้ป่วยที่ควบคุมอาการไม่ได้ มีผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ไม่สมบูรณ์เพียง 2 คน (ร้อยละ 4)

ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ไม่สมบูรณ์ (partly controlled) 16 คน ของครั้งที่ 1 เมื่อติดตามอาการครั้งที่ 2 พบว่าสามารถควบคุมได้สมบูรณ์ 11 คน (ร้อยละ 68.8) ครั้งที่ 3 สามารถควบคุมได้สมบูรณ์ 13 คน (ร้อยละ 81.3)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามการกลับมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) และรับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) ก่อนเข้าคลินิกโรคหืด

ER visit \ Admission	รับการรักษา		ไม่ได้รับการรักษา		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับการรักษา	12	32.4	25	67.6	37	45.1
ไม่ได้รับการรักษา	4	8.9	41	91.1	45	54.9
รวม	16	19.5	66	80.5	82	100.0

ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 สามารถควบคุมได้สมบูรณ์ 16 คน (ร้อยละ 100.0)

ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้สมบูรณ์ (controlled) 16 คน ของครั้งที่ 1 เมื่อติดตามอาการครั้งที่ 2 พบว่าสามารถควบคุมได้สมบูรณ์ 14 คน (ร้อยละ 87.5) ครั้งที่ 3 สามารถควบคุมได้สมบูรณ์ 13 คน (ร้อยละ 81.3) ครั้งที่ 4 สามารถควบคุมได้สมบูรณ์ 13 คน (ร้อยละ 81.3) ครั้งที่ 5 สามารถควบคุมได้สมบูรณ์ 16 คน (ร้อยละ 100.0) ดังตารางที่ 11

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคหืดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 3.3 : 1 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร่วม

ก่อนเข้าคลินิกโรคหืดผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายมีอาการระดับรุนแรงปานกลาง และระดับรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 62.2 และ 24.4 ตามลำดับ ของผู้ป่วยทั้งหมด ยาที่ได้รับก่อนเข้าคลินิกโรคหืด ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ส่วนใหญ่ได้ SABA ร่วมกับยาอื่น คิดเป็นร้อยละ 81 และ

ร้อยละ 52.6 ตามลำดับ มีผู้ได้รับ SABA เพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 14.3 ในเพศหญิงและร้อยละ 10.5 ในเพศชาย ซึ่งแสดงว่ามีผู้ป่วยได้ inhaled corticosteroid (ICS) มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าของระดับประเทศที่มีผู้ได้รับยากลุ่ม ICS เพียงร้อยละ 6.7⁸ มีผู้ป่วยต้องเข้ารับการักษาที่ห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 54.1 ซึ่งสูงกว่าของการศึกษาอื่น ที่มีผู้ป่วยร้อยละ 21.7 ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ครั้งในเวลา 1 ปี และมีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 19.5 ซึ่งสูงกว่าของระดับประเทศที่มีผู้ป่วยร้อยละ 14.8 ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁴ ซึ่งอาจเป็นจากการขาดองค์ความรู้ของตัวโรค การได้รับขนาดยาไม่เหมาะสม การขาดความเข้าใจถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง จากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 32.4 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของการศึกษาอื่น ที่ประมาณร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยโรคหืด ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁹ และผู้ที่ไม่ได้มาได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเลย มีอาการรุนแรงจนต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 8.9

หลังเข้าคลินิกโรคหืดพบผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามประวัติการเจ็บป่วย การรักษาและเพศหลังเข้าคลินิกโรคหืด

	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรง						
ไม่รุนแรง	10	52.6	32	50.8	42	51.2
รุนแรงเล็กน้อย	7	36.8	24	38.1	31	37.8
รุนแรงปานกลาง	2	10.5	6	9.5	8	9.8
รุนแรงมาก	0	0.0	1	1.6	1	1.2
ยาที่ได้รับ						
SABA อย่างเดียว	2	10.5	3	4.8	5	6.1
SABA ร่วมกับยาอื่น	13	68.4	53	84.1	66	80.5
Theophylline ร่วมกับยาอื่น	0	0.0	3	4.8	3	3.7
ICS + LABA	3	15.8	1	1.6	4	4.9
ICS	1	5.3	3	4.8	4	4.9
รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit)						
รับการรักษา	5	26.3	12	19.0	17	20.7
ไม่ได้รับการรักษา	14	73.7	51	81.0	65	79.3
รับการรักษาในโรงพยาบาล (admission)						
รับการรักษา	1	5.3	4	6.3	5	6.1
ไม่ได้รับการรักษา	18	94.7	59	93.7	77	93.9

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามระดับความรุนแรง ทั้งก่อนและหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืด

หลังจัดตั้งคลินิก ก่อนจัดตั้งคลินิก	รุนแรงมาก		รุนแรงปานกลาง		รุนแรงเล็กน้อย		ไม่รุนแรง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รุนแรงมาก	0	0.0	7	35.0	10	50.0	3	15.0	20	24.4
รุนแรงปานกลาง	1	2.0	1	2.0	21	42.2	28	54.9	51	62.2
รุนแรงเล็กน้อย	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	100.0	11	13.4
ไม่รุนแรง	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
รวม	1	1.2	8	9.8	31	37.8	42	51.2	82	100.0

R = -0.263 P = 0.017

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่กลับมาได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) จำแนกตามก่อนและหลังจัดตั้งคลินิกโรคหืด

หลังจัดตั้งคลินิก ก่อนจัดตั้งคลินิก	รับการรักษา		ไม่ได้รับการรักษา		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับการรักษา	14	37.8	23	62.2	37	45.1
ไม่ได้รับการรักษา	3	6.7	42	93.3	45	54.9
รวม	17	20.7	65	79.3	82	100.0

R = 0.342 P = 0.002

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่กลับมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (admission) จำแนกตามก่อนและหลัง
จัดตั้งคลินิก

หลังจัดตั้งคลินิก ก่อนจัดตั้งคลินิก	รับการรักษา		ไม่ได้รับการรักษา		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับการรักษา	3	18.8	13	81.3	16	19.5
ไม่ได้รับการรักษา	2	3.0	64	97.0	66	80.5
รวม	5	6.1	77	93.9	82	100.0

R = 0.810 P = 0.000

ร้อยละ 1.2 เมื่อเทียบกับก่อนเข้าคลินิกมีผู้ป่วยอาการรุนแรง
มากร้อยละ 24.4 หลังเข้าคลินิกมีผู้ป่วยอาการรุนแรงปาน
กลางร้อยละ 9.8 เมื่อเทียบกับก่อนเข้าคลินิกมีผู้ป่วยอาการ
รุนแรงปานกลางร้อยละ 62.2 หลังเข้าคลินิกพบผู้ป่วยมี
อาการรุนแรงเล็กน้อยร้อยละ 37.8 เมื่อเทียบกับก่อนเข้า
คลินิกมีผู้ป่วยอาการรุนแรงเล็กน้อยร้อยละ 13.4 หลังเข้า
คลินิกมีผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงร้อยละ 51.2 เมื่อเทียบกับ
ก่อนเข้าคลินิกไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงเลย สำหรับ
ยาที่ได้รับหลังเข้าคลินิกโรคหืดผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับ
SABA ร่วมกับยาอื่น คิดเป็นร้อยละ 80.5 มีผู้ป่วยเพียง
ร้อยละ 6.1 ที่ได้ SABA เพียงอย่างเดียว โดยไม่ต้องใช้ยา
controller ร่วมด้วย นอกจากนี้ พบมีผู้ป่วยต้องเข้ารับการ
รักษาที่ห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 20.7 ซึ่งใกล้เคียงกับงาน
วิจัยอื่นและมีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
คิดเป็นร้อยละ 6.1 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของระดับประเทศ³
และหลังจากนัดติดตามการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่มานัดติด
ตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องนานที่สุดจะสามารถ
ควบคุมอาการได้สมบูรณ์ (controlled) มากกว่าผู้ป่วยที่มา

นัดติดตามการรักษาต่อเนื่องสั้นที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.6
และ 19.5 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่มานัดติดตามการรักษา
ต่อเนื่องนานที่สุดจะไม่พบผู้ป่วยที่ควบคุมอาการไม่ได้
ในขณะที่ผู้ป่วยที่มานัดติดตามการรักษาต่อเนื่องสั้นที่สุด
จะพบผู้ป่วยที่ควบคุมอาการไม่ได้ร้อยละ 61.0 แสดงว่า
หลังเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด เมื่อผู้ป่วยมาติดตาม
อาการต่อเนื่องและได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสมจะ
สามารถควบคุมอาการและลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมา
รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและต้องเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลลงได้

สรุปผลการวิจัย

โรคหืดเป็นโรคที่พบบ่อย พบได้ในเพศหญิงมาก
กว่าเพศชาย ก่อนเข้าคลินิกโรคหืดผู้ป่วยมีอาการปานกลาง
จนถึงรุนแรงมาก ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและรับ
การรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งเป็นจำนวนมาก หลังจัด
ตั้งคลินิกโรคหืดผู้ใหญ่ ผู้ป่วยมีระดับอาการไม่รุนแรงจน
ถึงรุนแรงเล็กน้อย และเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและ

ตารางที่ 11 ผลการติดตามอาการหอบหืดของผู้ป่วย 5 ครั้งหลังรับการรักษาจากคลินิกโรคหืด (จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย) จำแนกตามการควบคุมอาการ และครั้งการติดตาม

	ควบคุมไม่ได้		ควบคุมได้ไม่สมบูรณ์		ควบคุมได้สมบูรณ์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งที่ 1	50	61	16	19.5	16	19.5
ครั้งที่ 2						
ควบคุมไม่ได้	19	38.0	4	25.0	0	0.0
ควบคุมได้ไม่สมบูรณ์	10	20.0	1	6.2	2	12.5
ควบคุมได้สมบูรณ์	21	42.0	11	68.8	14	87.5
ครั้งที่ 3						
ควบคุมไม่ได้	9	18.0	1	6.3	0	0.0
ควบคุมได้ไม่สมบูรณ์	4	8.0	2	12.5	3	18.7
ควบคุมได้สมบูรณ์	37	74.0	13	81.3	13	81.3
ครั้งที่ 4						
ควบคุมไม่ได้	5	10.0	0	0.0	0	0.0
ควบคุมได้ไม่สมบูรณ์	0	0.0	0	0.0	1	6.2
ควบคุมได้สมบูรณ์	45	90.0	16	100.0	15	93.8
ครั้งที่ 5						
ควบคุมไม่ได้	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ควบคุมได้ไม่สมบูรณ์	2	4.0	0	0.0	0	0.0
ควบคุมได้สมบูรณ์	48	96.0	16	100.0	16	100.0

รับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาติดตามอาการต่อเนื่องนานที่สุดจะสามารถควบคุมโรคได้ดีเมื่อเทียบกับผู้ที่มาได้รับการรักษาติดตามอาการต่อเนื่องสั้นที่สุด แสดงถึงประโยชน์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จนสามารถลดความรุนแรง ลดอัตราการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน รวมถึงลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ อันเป็นผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลผู้ป่วยเพียง 1 ปี หลังจากจัดตั้งคลินิกโรคหืด มีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรค ทำให้ไม่ได้มาได้รับการรักษาในคลินิก ถ้ามีการดำเนินการคลินิกอย่างต่อเนื่อง ก็จะสามารถพบผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในคลินิกก็จะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยผู้เกี่ยวข้องร่วมกันรณรงค์และให้ความรู้กับผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ร่วมกันของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการและสถานพยาบาลผู้ให้บริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema : ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Lancet 1998;351:1225-32.
2. กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ. โรคหืด. ใน: วันชัย วนะชีวนาวิน, สุทิน ศรีอัมภาพร, วันชัย เดชสมฤทธิฤทัย, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์โรคตามระบบ I. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2552. หน้า 187-206.
3. กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ. โรคหืดเฉียบพลัน. ใน: รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, วันชัย เดชสมฤทธิฤทัย, อภิรดี ศรีวิจิตรกรม, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ทันยุค 2553. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2553. หน้า 127-36.
4. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, et al. Survey of asthma control in Thailand. Respiriology. 2004;9:373-8.
5. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/ WHO (revised); 2002.
6. Dejsomritrutai W, Nana A, Chierakul N, et al. Prevalence of bronchial hyperresponsiveness and asthma in the adult population in Thailand. Chest. 2006;129:602-9.
7. Van den Toorn LM, Overbeek SE, Prins JB, et al. Asthma remission: does it exist? Curr Opin Pulm Med. 2003;9:15-20.
8. ปกิต วิชยานนท์ และคนอื่นๆ. แนวทางในทางวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในผู้ป่วยเด็กของประเทศไทย พ.ศ. 2543 ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. กุมารเวชศาสตร์. 2543;39:172-97.
9. Weber EJ, Silverman RA, Callahan ML, et al. A prospective multicenter study of factors associated with hospital admission among adults with acute asthma. Am J Med. 2002;113:371-8.