

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการรักษาโรคหืดในคลินิกโรคหืดเด็ก ที่ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

Results of Asthma Treatment in Children Asthma Clinic at Prachuapkhirikan Hospital

อภิวัฒน์ บัณฑิตยชาติ พ.บ.,
ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

Apiwat Buntitchate M.D.,
Thai board of Pediatrics
Division of Pediatrics
Prachuapkhirikan Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาถึงผลการรักษาโรคหืด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดเด็กที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

วิธีการศึกษา : ศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษานในคลินิกโรคหืดเด็กตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โดยใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกของคลินิกโรคหืดเด็ก

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 85 ราย อัตราส่วนเพศชาย : เพศหญิงเป็น 1.36 : 1 ผู้ป่วย 65 ราย มีอาการจับหืดก่อนอายุ 5 ปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเพียง 38 ราย มารับการรักษาก่อนอายุ 5 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องนาน 3-4 ปี มีระดับการควบคุมโรคได้สูงสุดร้อยละ 59.82 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องนาน 1-2 ปี มีระดับการควบคุมโรคได้ต่ำสุดร้อยละ 39.10 โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุที่เข้ารับการรักษานในคลินิกโรคหืดเด็กสามารถควบคุมโรคหืดดีขึ้นกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในคลินิกโรคหืดเด็กที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์สามารถควบคุมโรคหืด และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างชัดเจน

คำสำคัญ : โรคหืดในเด็ก

ABSTRACT

Objective : To study results of asthma treatment and quality of life of patients in children asthma clinic at Prachuapkhirikan hospital.

Methods : Retrospective and descriptive study in asthma patients who had attended in asthma clinic

at least 1 year. The data were collected from asthma clinic medical record.

Results : The study involved 85 children of which 49 were male (57.65%) and 36 were female (42.35%). The study showed that among 65 children (76.47%) who had asthma symptoms before 5 years of age, there were only 38 children (44.71%) attended in asthma clinic before 5 years of age. The patients were treated as long as 3-4 years had totally controlled in 59.82%, otherwise the patients were treated 1-2 years had totally controlled in 39.10%. These results showed statistically significant difference ($p\text{-value} < 0.05$). All age groups of which attended in asthma clinic had significant.

Conclusions : The patients whom attended in children asthma clinic at Prachuapkhirikhan hospital had achieving and maintaining control of asthma and better quality of life.

Keyword : asthma in children

บทนำ

โรคหืดเป็นความผิดปกติที่มีการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจ ซึ่งเกิดจากเซลล์และสารเกี่ยวข้องหลายชนิดประกอบกัน การอักเสบเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะทางเดินหายใจมีความไวเกิน (airway hyper responsiveness) ที่นำไปสู่การหายใจเสียงหวีด หายใจไม่ออก แน่นหน้าอก และไอ โดยเฉพาะเวลากลางคืนหรือเช้ามืด อาการเหล่านี้เกิดจากความผ่นผวนของการอุดกั้นของหลอดลมทั่วทั้งปอดและอาจหายไปได้เองหรือเมื่อได้รับการรักษา การอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของทางเดินหายใจ (airway remodeling) เกิดพังผืดขึ้นทำให้เสียความยืดหยุ่น และทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลงอย่างถาวรต่อไป¹

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย³ และเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้นทุกปี^{2,4} โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กคาดการณ์ว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหืดประมาณ 300 ล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 250,000 คนต่อปี⁵ สำหรับประเทศไทย ความชุกของโรคหืดในเด็กร้อยละ 10-12.6 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.5 เป็นร้อยละ 12.7 (กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2530 และ พ.ศ. 2538) และร้อยละ 9.05 (เชียงใหม่ พ.ศ. 2538) เป็นร้อยละ 10.06 (ขอนแก่น พ.ศ. 2542)⁶

จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการเข้ารับการรักษาด้วยโรคหืดในโรงพยาบาลทั่วประเทศไทยมีจำนวน 114,814 คน คิดเป็น 180.93 ต่อ 100,000 ประชากรในปี พ.ศ. 2552 สำหรับในกรุงเทพมหานคร พบอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 4.0 ของผู้ป่วยเด็กที่รับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดในช่วงปี พ.ศ. 2529-2533 หลังจากที่มีการใช้ยาต้านการอักเสบ (anti-inflammatory drugs) มารักษาโรค ทำให้อัตราการรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลลดลงเป็นร้อยละ 1.9 ในช่วงปี พ.ศ. 2540-2544⁸

เป้าหมายของการรักษาโรคหืดในเด็ก

1. สามารถควบคุมโรคหืด ให้ปลอดภัยจากการของโรค
2. สามารถร่วมกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ รวมถึงการออกกำลังกาย
3. มีสมรรถภาพการทำงานของปอดปกติหรือใกล้เคียงปกติ
4. ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค และไม่ต้องมารับการรักษาแบบฉุกเฉิน
5. หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากยา
6. ป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหืด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดเด็ก
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ประสิทธิภาพการรักษาโรคหืดในคลินิกโรคหืดเด็ก
2. ความรุนแรงของโรค ก่อน และหลัง เข้าคลินิกโรคหืดเด็ก
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดเด็กที่เข้ารับการ
รักษาต่อเนื่องในคลินิกโรคหืดเด็ก

วิธีการศึกษา

รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและบันทึกแบบ
ฟอร์มคลินิกโรคหืดของผู้ป่วยก่อนเข้าและหลังเข้าคลินิก
โรคหืดเด็ก โดยผู้ป่วยที่นำมาศึกษาทุกรายต้องเข้าคลินิก
โรคหืดเด็กต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด (assessing
asthma severity)

ในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมอาการ
(anti-inflammatory drug) ให้ประเมินความรุนแรงของโรค
ตามตารางที่ 1

ประเมินผลการควบคุมโรคหืดโดยใช้ GINA
guide lines 2006 (assessing asthma control)

ตามตารางที่ 2

ประเมินแนวทางการรักษาโรคหืดดังนี้

ตามแผนภูมิที่ 1 และ แผนภูมิที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บ จำแนก วิเคราะห์และนำเสนอ
เชิงบรรยาย (descriptive) ในรูปของร้อยละ และตารางสำหรับ
ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) จะนำมาเปรียบเทียบ
ความสัมพันธ์โดยใช้ chi-square test ใช้ค่า p-value < 0.05
ถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ในการศึกษา มีผู้ป่วยทั้งหมด 85 ราย เพศชาย

49 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.65 เพศหญิง 36 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 42.35 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ
1.36 : 1 (ตารางที่ 3) มีอาการหอบครั้งแรกที่อายุน้อยกว่า
5 ปี จำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.47 ในจำนวนนี้
เป็นชาย 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.71 หญิง 27 ราย
คิดเป็นร้อยละ 31.76 และมีอาการหอบครั้งแรกที่อายุ
มากกว่า 5 ปี จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.53 เป็น
ชาย 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.94 หญิง 9 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 10.59 (ตารางที่ 4) ผู้ป่วยเริ่มเข้าคลินิกโรคหืดเด็ก
ที่อายุน้อยกว่า 5 ปี 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.71 เป็นชาย
23 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.06 หญิง 15 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 17.65 และผู้ป่วยที่เริ่มเข้าคลินิกโรคหืดเด็กเมื่ออายุ
ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มีจำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.29
เป็นชาย 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.59 หญิง 21 ราย
คิดเป็นร้อยละ 24.70 (ตารางที่ 5)

ผู้ป่วยที่เริ่มเข้าคลินิกโรคหืดเด็กได้รับการประเมิน
ความรุนแรงของโรคเป็นระดับ intermittent จำนวน 11 ราย
ในจำนวนนี้อายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ
5.88 อายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ
7.06 ได้รับการประเมินเป็นระดับ mild persistent จำนวน
42 ราย มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ
25.88 มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 20 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 23.53 ได้รับการประเมินเป็นระดับ moderate per-
sistent จำนวน 32 ราย มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 11 ราย
คิดเป็นร้อยละ 12.94 อายุตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไปจำนวน 21 ราย
คิดเป็นร้อยละ 24.71 และผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีใครได้รับ
การประเมินเป็นระดับ severe persistent (ตารางที่ 6)

ยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนเข้ารับการรักษาในคลินิก
โรคหืดเด็กมีดังนี้ ได้รับทั้ง SABA (short acting β_2 agonist)
และ ICS (inhaled corticosteroid) มีจำนวน 11 ราย โดย
ในจำนวนนี้ได้รับ ICS ขนาด medium dose 2 ราย คิด
เป็นร้อยละ 2.35 ที่เหลือ 9 รายได้รับ ICS ขนาด low dose
คิดเป็นร้อยละ 10.59 ผู้ป่วยจำนวน 18 รายได้รับยา SABA
ต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 21.18 และที่เหลือจำนวน 5 ราย

ตารางที่ 1 การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด

ระดับ	อาการช่วงกลางวัน	อาการช่วงกลางคืน	PEF or FEV1 PEF variability
ระดับ 1 มีอาการนาน ๆ ครั้ง Intermittent	- มีอาการหอบหืดน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง - มีการจับหืดช่วงสั้น ๆ - มีค่า PEF ปกติ ช่วงที่ไม่มีอาการจับหืด	- มีอาการหอบเวลากลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	$\geq 80\%$ $< 20\%$
ระดับ 2 หืดเรื้อรัง มีอาการรุนแรงน้อย Mild persistent	- มีอาการหอบหืดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่อย่างน้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน - เวลาจับหืดอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ	- มีอาการหอบเวลากลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	$\geq 80\%$ $< 20-30\%$
ระดับ 3 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงปานกลาง Moderate persistent	- มีอาการหอบทุกวัน - เวลาจับหืดมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ	- มีอาการหอบเวลากลางคืนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	$60-80\%$ $> 30\%$
ระดับ 4 หืดเรื้อรัง อาการรุนแรงมาก Severe persistent	- มีอาการหอบตลอดเวลา - มีการจับหืดบ่อยและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ	- มีอาการหอบเวลากลางคืนบ่อย ๆ	$\leq 60\%$ $> 30\%$

ที่มา : คณะกรรมการปรับปรุงวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ. 2551 (2552)

ตารางที่ 2 การประเมินระดับการควบคุมโรคหืด

characteristics	Controlled (all of the following)	Partly controlled (any measure present in any week)	uncontrolled
Daytime symptoms	None (twice or less per week)	More than twice a week	Three or more features of partly controlled asthma present in any week
Limitation of activities	None (twice or less per week)	Any	
Nocturnal symptoms / awakening	None	Any	
Need for reliever / rescue treatment	None (twice or less per week)	More than twice a week	
Lung function (PEF or FEV ₁) [#]	None	< 80% pred or personal best (if know)	
Exacerbations	None	One or more per year [†]	One in any week ⁺

PEF : peak expiratory flow; FEV₁ : forced expiratory volume in one second ; % pred : % predicted

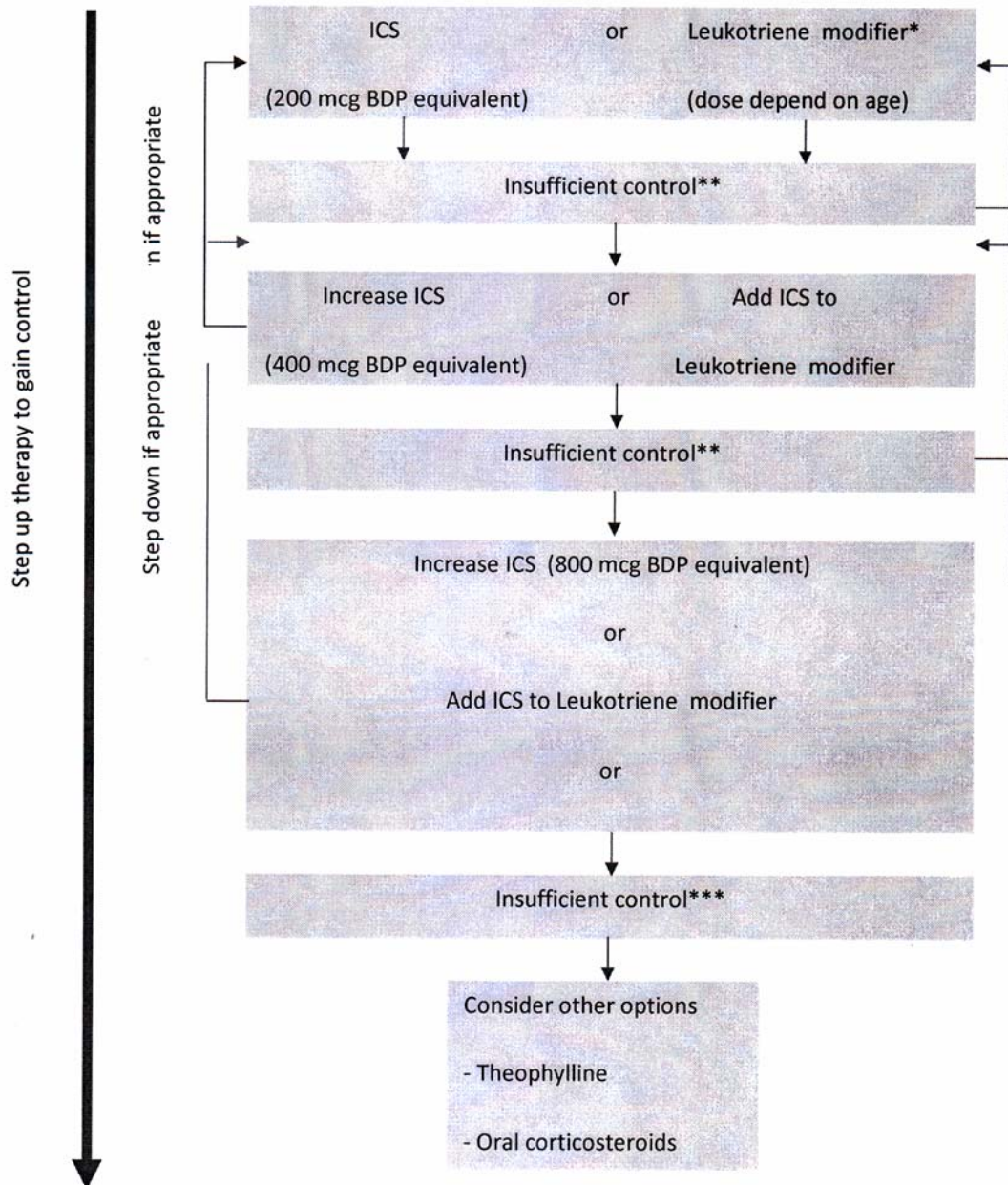
[#] : lung function is not a reliable test for children aged ≤ 5 yrs ; [†] : any exacerbation should prompt review of maintenance treatment to ensure that is adequate ; ⁺ : by definition, an exacerbation in any week makes that an uncontrolled

ไม่ได้รับยาประจำ คิดเป็นร้อยละ 65.88

ขณะผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดเด็ก ผู้ป่วย 74 ราย ได้รับทั้ง SABA และ ICS โดยในจำนวนนี้ ได้รับ ICS ขนาด medium dose 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.65 และอีก 42 ราย ได้รับ ICS ขนาด low dose คิดเป็นร้อยละ 49.41 มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา ICS จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.94 และไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ไม่มียาประจำเลย เช่นเดียวกับหลังเข้ารับการรักษาในคลินิก

โรคหืดเด็กที่ไม่มีผู้ป่วยรายใดไม่ได้รับยาประจำ และผู้ป่วยจำนวน 78 ราย ได้รับ ICS โดยได้รับ ICS ขนาด medium dose 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.59 ได้รับ ICS ขนาด low dose จำนวน 52 ราย แบ่งเป็น low dose และ ALT (anti leukotriene) จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.17 low dose และ LABA (long acting β_2 agonist) จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ที่เหลือเป็น ICS ขนาด low dose และ SABA จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.29 และเมื่อ

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด ที่มีอายุ < 5 ปี



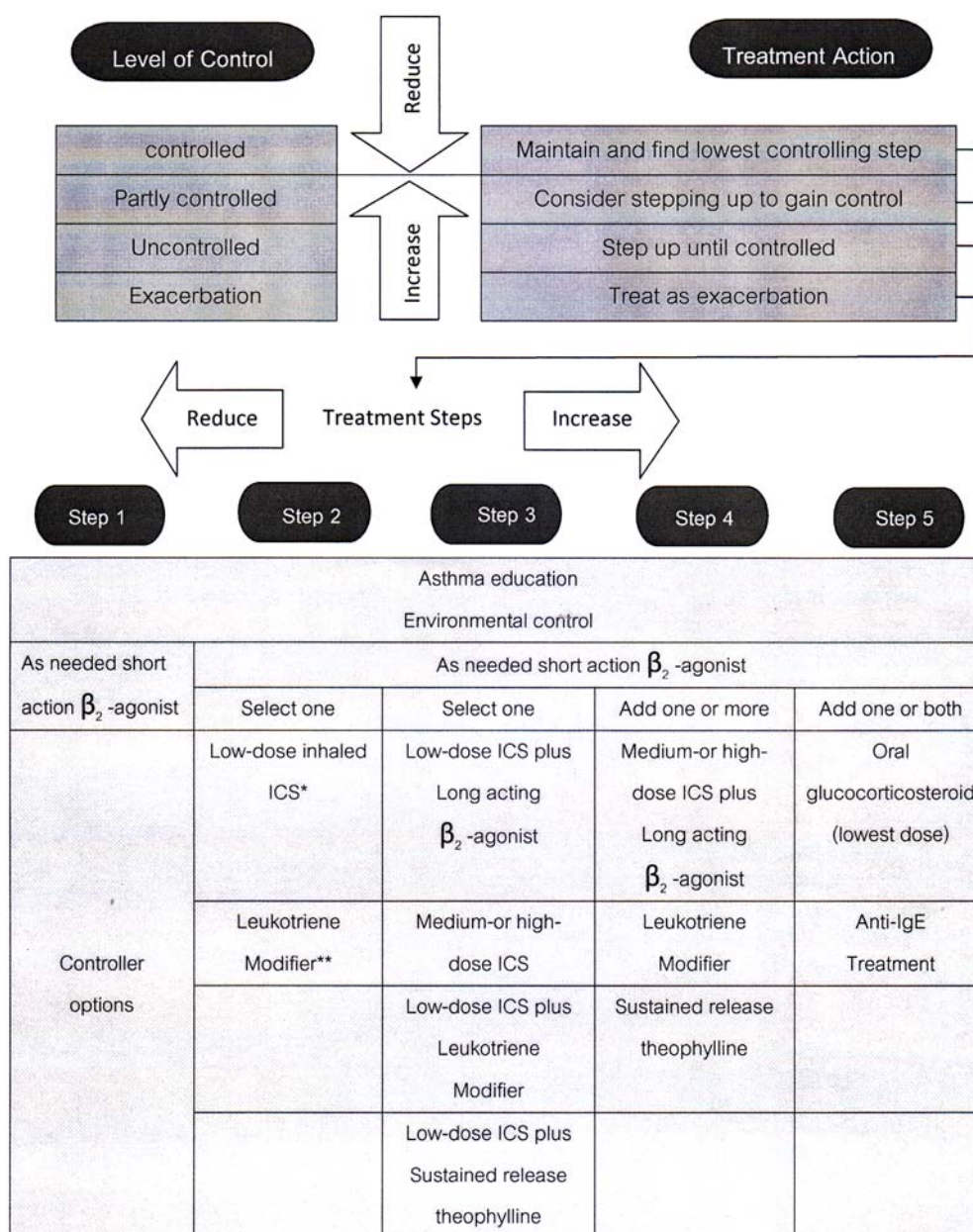
* leukotriene modifier may be particularly useful if the patient has concomitant rhinitis

** Check compliance, allergen avoidance and re-evaluate diagnosis

*** Check compliance and consider referring to specialist

ที่มา : คณะกรรมการปรับปรุงวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ. 2551 (2552)

แผนภูมิที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด ที่มีอายุ > 5 ปี และวัยรุ่น



* ICS = inhaled glucocorticosteroids

** = Receptor antagonist or synthesis inhibitors

หมายเหตุ : ผู้ป่วยไม่ว่าจะมีอาการในระดับใด อาจมีอาการหอบหืดรุนแรงได้

ที่มา: คณะกรรมการปรับปรุงวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ. 2551 (2552)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ชาย	49	57.65
หญิง	36	42.35
รวม	85	100

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามอายุเริ่มหอบ

อายุเริ่มหอบ (ปี)	เพศชาย / ร้อยละ	เพศหญิง / ร้อยละ	รวม / ร้อยละ
0-5	38 / 44.71	27 / 31.76	65 / 76.47
≥ 5	11 / 12.94	9 / 10.59	20 / 23.53
รวม	49 / 57.65	36 / 42.35	85 / 100

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามอายุที่เริ่มเข้าคลินิกโรคหัดเด็ก

อายุ (ปี)	เพศชาย / ร้อยละ	เพศหญิง / ร้อยละ	รวม / ร้อยละ
0-5	23 / 27.06	15 / 17.65	38 / 44.71
≥ 5	26 / 30.59	21 / 24.70	47 / 55.29
รวม	49 / 57.65	36 / 42.35	85 / 100

ตารางที่ 6 แสดงระดับความรุนแรงของโรคก่อนเข้าคลินิกโรคหืดเด็ก

ระดับความรุนแรงโรค	อายุ 0-5 ปี จำนวน / ร้อยละ	อายุ ≥ 5 ปี จำนวน / ร้อยละ
Intermittent	5 / 5.88	6 / 7.06
Mild persistent	22 / 25.88	20 / 23.53
Moderate persistent	11 / 12.94	21 / 24.71
Severe persistent	0 / 0	0 / 0

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน / ร้อยละ การได้รับยาของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าการรักษาในคลินิกโรคหืดเด็ก

รายการยา	ก่อนเข้ารับการรักษ ในคลินิกโรคหืดเด็ก จำนวน / ร้อยละ	เริ่มเข้ารับการรักษ ในคลินิกโรคหืดเด็ก จำนวน / ร้อยละ (เริ่มต้นรักษา)	หลังเข้ารับการรักษ ในคลินิกโรคหืดเด็ก จำนวน / ร้อยละ (ยาปัจจุบัน)	ระดับชั้น การรักษาตาม GINA guidelines 2006
ไม่มียาประจำ	56 / 65.88	-	-	-
SABA	18 / 21.18	11 / 12.94	3 / 3.53	STEP 1
SABA และ low dose ICS	9 / 10.59	42 / 49.41	47 / 55.29	STEP 2
SABA และ medium dose ICS	2 / 2.35	32 / 37.65	26 / 30.59	STEP 3
LABA และ low dose ICS	-	-	4 / 4.71	STEP 3
low dose ICS และ ALT	-	-	1 / 1.17	STEP 3
หยุดยา ICS	-	-	4 / 4.71	-

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน (คน) / ครั้ง ของการมารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล และมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน

	1 ปีก่อนเข้าคลินิกโรคหืดเด็ก จำนวน (ราย) / ครั้ง	หลังเข้าคลินิกโรคหืดเด็ก จำนวน (ราย) / ครั้ง
รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล	35 / 64	5 / 9
พ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน	40 / 125	12 / 37

ตารางที่ 9 โรคอื่น ๆ ที่พบร่วม

โรค	จำนวน / ร้อยละ
Allergic rhinitis	10 / 11.76
Cow milk protein allergy	1 / 1.17

ตารางที่ 10 ผลการรักษาตามระยะเวลาเข้าคลินิกโรคหืดเด็ก

เวลา (ปี)	จำนวน (คน)	Total controlled (ครั้ง)	Partly controlled (ครั้ง)	Uncontrolled (ครั้ง)	chi -square	p-value
1-2	16	61 / 39.10%	55 / 35.26%	40 / 25.64%	39.82	< 0.05
> 2-3	20	166 / 53.04%	94 / 30.03%	53 / 16.93%		
> 3-4	49	479 / 58.92%	256 / 31.49%	78 / 9.59%		

เปรียบเทียบกับระดับขั้นการรักษาตาม GINA guidelines 2006 ในขณะเริ่มเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดเด็ก ได้ดังนี้ GINA guidelines 2006 step 1 มีจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.94 GINA guidelines 2006 step 2 มีจำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.41 GINA guidelines 2006 step 3 มีจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.65 ในขณะที่หลังเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดเด็กอย่างน้อย

1 ปีแล้ว ประเมิน GINA guidelines 2006 step 1 มีจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.53 GINA guidelines 2006 step 2 มีจำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.29 และ GINA guidelines 2006 step 3 มีจำนวน 31 ราย คิดรวมเป็นร้อยละ 36.47 และมีผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดเด็ก จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.71 สามารถหยุดการใช้ยา ICS ได้ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 11 ผลการรักษาตามแนวทางของ GINA guidelines 2006

อายุ (ปี)	Level of asthma control	ก่อนเข้าคลินิก	หลังเข้าคลินิก	chi -square	p- value
		จำนวน / ร้อยละ	จำนวน / ร้อยละ		
0-5	Totally controlled	6 / 7.06	21 / 24.71	13.70	< 0.05
	Partly controlled	9 / 10.59	7 / 8.24		
	Uncontrolled	23 / 27.06	10 / 11.76		
> 5	Totally controlled	6 / 7.06	24 / 28.23	32.73	< 0.05
	Partly controlled	8 / 9.41	17 / 20.00		
	Uncontrolled	33 / 38.82	6 / 7.06		
ทุกกลุ่ม อายุ	Totally controlled	12 / 14.12	45 / 52.94	42.52	< 0.05
	Partly controlled	17 / 20.00	24 / 28.24		
	Uncontrolled	56 / 65.88	16 / 18.82		

ในระยะเวลา 1 ปี ก่อนเข้าคลินิกโรคหืดเด็ก มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล จำนวน 35 ราย รวม 64 ครั้ง และต้องมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล จำนวน 40 ราย รวม 125 ครั้ง ในขณะที่หลังเข้าคลินิกโรคหืดเด็ก มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล จำนวน 5 ราย รวม 9 ครั้ง และต้องมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล จำนวน 12 ราย รวม 37 ครั้ง (ตารางที่ 8)

พบว่า allergic rhinitis เป็นโรคที่พบร่วมในผู้ป่วยโรคหืดเด็กมากที่สุด โดยพบ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.76 และพบ cow milk protein allergy 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.17 (ตารางที่ 9)

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลารักษานาน 1-2 ปี มีผลการรักษาในระดับ totally controlled 61 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 39.10 ระดับ

controlled 55 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 35.26 และ uncontrolled 40 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.64 ผู้ป่วยที่มีระยะเวลารักษานาน 2-3 ปี มีระดับ totally controlled 166 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.04 partly controlled 94 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 30.03 และ uncontrolled 53 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.93 ผู้ป่วยที่มีระยะเวลารักษานาน 3-4 ปี มีระดับ totally controlled 479 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 58.92 partly controlled 256 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 31.49 และ uncontrolled 78 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.59 (ตารางที่ 10)

เมื่อเริ่มต้นรักษาตามแนวทางของ GINA guidelines 2006 โดยประเมินตาม level of asthma control ดังนี้ ผู้ป่วยขณะเริ่มรักษาสามารถควบคุมอาการระดับ totally controlled ได้ 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.12 ระดับ partly controlled 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 และไม่สามารถควบคุมอาการได้ (uncontrolled) 56 ราย คิดเป็นร้อยละ

65.88

หลังรักษาตามแนวทางของ GINA guidelines 2006 พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการระดับ totally controlled ได้เพิ่มเป็น 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.94 ระดับ partly controlled 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.24 และไม่สามารถควบคุมอาการได้ (uncontrolled) 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.82 โดยมีรายละเอียดแต่ละกลุ่มอายุดังนี้

ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 5 ปี สามารถควบคุมอาการระดับ totally controlled เพิ่มขึ้นจาก 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.06 เป็น 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.71 สามารถควบคุมอาการระดับ partly controlled จาก 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.59 เป็น 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.24 และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ระดับ uncontrolled ลดลงจาก 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.06 เหลือ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.76

ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไปสามารถควบคุมอาการระดับ totally controlled จาก 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.06 เพิ่มเป็น 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.23 สามารถควบคุมอาการระดับ partly controlled จาก 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.41 เพิ่มเป็น 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ระดับ uncontrolled ลดลงจาก 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.82 เหลือ 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.82 (ตารางที่ 11)

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กในคลินิกโรคหืดเด็ก โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ โดยพบว่า เป็นผู้ป่วยชายมากกว่าผู้ป่วยหญิงในอัตราส่วน 1.36 : 1 ร้อยละ 76.47 มีอาการจับหืดก่อนอายุ 5 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าโรคหืดในเด็กพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.5 : 1 และร้อยละ 80 มักจะเริ่มหอบภายในอายุ 5 ปีแรก⁹ สำหรับอายุที่เริ่มเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดเด็กนั้น พบเพียงประมาณร้อยละ 60 (38 รายใน 65 ราย) ของกลุ่มอายุที่เริ่มหอบ

ภายในอายุ 5 ปีแรกเท่านั้น ที่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมในคลินิกโรคหืดเด็ก ที่เหลืออีกกว่าร้อยละ 40 ได้รับการรักษาตามอาการทั่วไป ซึ่งเหตุผลสำคัญประการหนึ่งอาจจะเป็นเพราะแนวทางการวินิจฉัยโรคหืดในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ยังไม่ชัดเจน การประเมินการทำ peak expiratory flow (PEF) เพื่อช่วยวินิจฉัยโรคหืดยังมีความคลาดเคลื่อนอยู่มาก ไม่ค่อยมีความแม่นยำน่าเชื่อถือเท่าที่ควร

เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจ และถ้าผู้ป่วยมีอาการอย่างต่อเนื่องบ่อย ๆ และนาน ๆ สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมอย่างถาวรทั้งรูปร่าง และการทำงานที่เรียกว่า airway remodeling ซึ่งมีผลทำให้สมรรถภาพของปอดต่ำกว่าปกติ และหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นอย่างถาวรได้ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหืดตั้งแต่อายุน้อยๆ ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า จะส่งผลให้มีระดับความรุนแรงของโรคสูงขึ้นตามไปด้วย ดังจะเห็นได้จากการประเมินระดับความรุนแรงของโรคก่อนเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดเด็กของโรงพยาบาลว่า ในระดับ moderate persistent ผู้ป่วยกลุ่มอายุตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไปมีจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.71 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปีที่มีจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.94 สูงกว่ากันถึง 2 เท่าโดยประมาณ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลก่อนหน้านี้ที่แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการหืดก่อนอายุ 5 ปีประมาณร้อยละ 40 ได้รับการรักษาล่าช้า

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่ายา ICS เป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคหืดซึ่งรูปแบบที่ใช้เป็นแบบพ่นหรือสูดก็ได้จากการศึกษานี้ พบว่าในระยะแรกก่อนการเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดเด็ก ผู้ป่วยร้อยละ 12.94 เท่านั้นที่ได้รับยา ICS ถึงแม้ว่าจะมากกว่าผลการสำรวจผู้ป่วยโรคหืดของประเทศไทยที่ได้รับยาพ่นกลุ่ม ICS ร้อยละ 6.7 แต่ก็ยังถือว่าค่อนข้างน้อยมากอยู่ แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวของการนำเอา GINA guidelines ไปใช้งานในระดับปฏิบัติทั่วไป ซึ่งก็เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับผลการสำรวจ ในสหรัฐอเมริกา และยุโรป^{9,10} ผลต่อเนื่องตามมาก็คือผู้ป่วยไม่

สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 35 ราย 65 ครั้งภายในระยะ 1 ปี ก่อนเข้าคลินิกโรคหืดเด็ก และต้องมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน 40 ราย 125 ครั้งภายในระยะ 1 ปี ก่อนเข้าคลินิกโรคหืดเด็ก เช่นเดียวกับการสำรวจผลการรักษาโรคหืดในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากถึงร้อยละ 14.8 มีอาการหอบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาและร้อยละ 21.7 ต้องมาห้องฉุกเฉินในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา¹¹

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการรักษา ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องนานที่สุดจะมีระดับการควบคุมโรคหืดได้ (totally controlled) ดีที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.92 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องสั้นที่สุดจะมีระดับการควบคุมโรคหืดได้ (totally controlled) ต่ำสุด คิดเป็นร้อยละ 39.10 ในลักษณะเดียวกัน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องนานที่สุดจะมีระดับการควบคุมโรคหืดไม่ได้ (uncontrolled) ต่ำสุดคิดเป็นร้อยละ 9.59 และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องสั้นที่สุดจะมีระดับการควบคุมโรคหืดไม่ได้ (uncontrolled) สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 25.6 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีการใช้ยาพ่นหรือสูด ICS อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพียงพอ ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมโรคหืดและสามารถเพิ่มการควบคุมโรคหืดได้มากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างชัดเจน

เมื่อพิจารณาผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ พบว่าผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุสามารถควบคุมโรคหืดได้ (totally controlled) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.12 เป็นร้อยละ 52.94 และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้ (uncontrolled) ลดลงจากร้อยละ 65.88 เป็นร้อยละ 18.82 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในกลุ่มที่ควบคุมอาการโรคหืดไม่ได้ จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.82 นั้น เมื่อจำแนกลงในรายละเอียด พบโรค allergic rhinitis ร่วม จำนวน 4 ราย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการค้นหาภาวะโรคร่วมอื่นๆ

เพื่อให้เกิดการควบคุมโรคหืดได้อย่างเต็มที่

สรุปและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดเด็ก โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถควบคุมโรคหืดได้ร้อยละ 52.94

ข้อเด่นของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบย้อนหลังที่มีการเก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มของคลินิกโรคหืดเด็กได้ค่อนข้างครบถ้วน ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ต่อไปได้ และสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของโรคหืดในเด็ก โดยเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ให้ผู้เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงปัญหา และให้การรักษอย่างทันทั่วถึง เพื่อสามารถลดภาวะที่สูญเสียไปจากโรค (disability-adjusted life years-DALYs)

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดเด็ก ยังมีไม่มากนัก ทำให้ความแม่นยำของการศึกษาอาจจะคลาดเคลื่อนได้

เอกสารอ้างอิง

1. Musani A, Pascual RM, Peters SP. Asthma. In: Adelman DC, Castle TB, Corren J, editors. Manual of allergy and immunology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 93-137.
2. 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(9111):1225-32.
3. Worldwide variation in the prevalence of asthma symptoms : The international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC). Eur Respir J. 1998;12:315-35.
4. Vangveeravong M. Asthma: an increase problem in children?. Asian Pac J Allergy Immunol. 1998;

- 16(4):141-7.
5. Masoli M, Fabian D, Holt S, et al. The global burden of asthma: executive summary of the GINA dissemination committee report. *Allergy*. 2004; 59(5):469-78.
 6. Vichyanond P, Jirapongsananuruk O, Visitsunthorn N, et al. Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC (International study for asthma and allergy in children) questionnaires. *J Med Assoc Thai*. 1998;81:175-84.
 7. Teeratakulpisarn J, Pairojkul S, Heng S. Survey of the prevalence of the asthma, allergic rhinitis and eczema in school children from khon Kaen, Northeast Thailand. An ISAAC study. *International Study of Asthma and Allergies In Childhood. Asian Pac J Immunol*. 2000;18:187-94.
 8. คณะกรรมการปรับปรุงวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ. 2551. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข: การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
 9. Adams RJ, Fuhlbrigge A, Guibert T, et al. Inadequate use of asthma medication in the United States: results of the asthma in America national population survey. *J Allergy Clin Immunol*. 2002; 110(1):58-64.
 10. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, et al. Clinical management of asthma in 1999: the asthma insights and reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J*. 2000;16(5):802-7.
 11. Boonsawat W, Charoenphan P, Kaitboonsri S, et al. Survey of asthma control in Thailand. *Respirology*. 2004;9(3):373-8.