

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

ผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยโรคหืดที่สามารถควบคุมโรคได้

Outcomes of Controlled Asthma Patient

ปรียานุช ศิริมัย ปร.ด.

กลุ่มงานเภสัชกรรม

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Preeyanut Sirimai Ph.D.

Pharmacy Division

Prachuapkhirikhan Hospital

Prachuapkhirikhan Province

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยชายอายุ 55 ปี ป่วยเป็นโรคหืดชนิดเรื้อรัง เข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบเฉียบพลัน และมีระดับการควบคุมโรคหืดอยู่ในระดับที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (uncontrolled) โดยผู้ป่วยไม่เคยได้รับยาพ่นสเตียรอยด์มาก่อน เมื่อปรับการรักษาตามแนวทางการรักษาโดยให้ยาพ่นสเตียรอยด์ budesonide อย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองเมื่อมีอาการหอบ การป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้น รวมทั้งสอนการใช้ยาพ่นอย่างถูกวิธี พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้อย่างสมบูรณ์ (totally controlled) จากการวัดผลลัพธ์การรักษาพบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น มีการใช้บริการสุขภาพ (health care utilization) ลดลง นอกจากนั้นการสำรวจคุณภาพชีวิตทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

คำสำคัญ โรคหืด ผลลัพธ์ การควบคุมโรคหืด คุณภาพชีวิต

ABSTRACT

A 55-year-old male with chronic asthma was presented with acute asthmatic attack. Level of asthma control was assessed as uncontrolled level. The patient has never been prescribed with inhaled corticosteroid which is the cornerstone of asthma treatment. Treatment was changed according to standard treatment guideline including correct medication with continually inhaled corticosteroid, education on disease including exacerbation management, precipitating factors prevention and knowledge of correct inhaler techniques. Totally controlled was achieved after the three aspects of therapy. Outcome assessment indicated that clinical outcomes were improved, healthcare utilization was reduced. Quality of life assessment indicated considerably improvement in this patient.

Keywords : asthma, outcome, asthma control, quality of life

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ปัจจุบันประเทศไทยมีคนเป็นโรคหืดประมาณ 3 ล้านคน หรือร้อยละ 4-6 ของประชากรทั้งหมด โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณปีละกว่าพันราย หรือเฉลี่ยประมาณวันละ 3 คน โรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ทำให้มีการใช้ทรัพยากรสุขภาพเป็นจำนวนมาก ในแต่ละปีประเทศต้องเสียงบประมาณไปกับการรักษาผู้ป่วยโรคหืดเป็นจำนวนกว่าห้าพันล้านบาท และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ¹ ในระดับบุคคลพบว่าโรคหืดส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยทั้งการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง²⁻⁵ แนวทางการรักษาโรคหืดในปัจจุบันตามGINA 2006⁶ เน้นที่การควบคุมอาการของโรค แนวทางดังกล่าวแบ่งระดับการควบคุมโรคหืดเป็น 3 ระดับคือ ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ควบคุมโรคได้บางส่วน และควบคุมโรคได้อย่างสมบูรณ์ซึ่งเป็นเป้าหมายของการรักษา สำหรับแนวทางการรักษากำหนดให้ยาพ่นสเตียรอยด์ยังคงเป็นยาหลักที่ใช้รักษาโรคหืดร่วมกับการให้ความรู้และการป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้น

รายงานผู้ป่วยรายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลของโรคหืดที่มีต่อคุณภาพชีวิตระดับของการควบคุมโรค และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยศึกษาผลการรักษาที่มีต่อระดับการควบคุมโรคหืด ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิตผู้ป่วยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ รวมทั้งผลลัพธ์เชิงเศรษฐศาสตร์ได้แก่การใช้บริการสุขภาพ (health care utilization)

รายงานผู้ป่วย

1. ประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยชาย อายุ 55 ปี สถานภาพสมรส อาชีพถ่ายภาพวีซีดีและรับทำป้าย โดยทำงานในตำแหน่งลูกจ้างภูมิลำเนา อำเภอมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประวัติ

การเจ็บป่วยด้วยโรคหืดมา 10 ปี ประวัติครอบครัว มีพี่น้องเป็นโรคภูมิแพ้ โดยไม่มีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคหืด

มกราคม พ.ศ. 2547 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ด้วยอาการเหนื่อย หายใจเร็ว หอบ ไอ เนื่องจากพ่นยาขยายหลอดลมที่บ้านหลายครั้งแล้วอาการไม่ดีขึ้น

การตรวจร่างกายและสภาพของผู้ป่วย

BP 151/78, T 36.7 C, P 110 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที, Lung clear both lung, peak expiratory flow rate (PEFR) 210 ml/min (42% predicted)

2. ประวัติการใช้ยา ยาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นประจำก่อนมาโรงพยาบาลมีดังนี้

- Theodur (200 mg) 1 เม็ดวันละ 2 เวลา
- Terbutaline (2.5 mg) 1 เม็ดวันละ 3 เวลา
- Berodual Inhaler 1-2 puff เวลามีอาการหอบ
- Acetylcysteine 1 ของละลายน้ำวันละ 3 เวลา

3. ประวัติของผู้ป่วยที่ครอบคลุมถึงผลกระทบของโรคหืดต่อการดำเนินชีวิต

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย มกราคม พ.ศ. 2547 ผู้ป่วยเล่าว่า ป่วยด้วยโรคหืดมา 10 ปี แต่มีอาการหอบมากในช่วงประมาณ 4 ปีที่ผ่านมา ต้องมาห้องฉุกเฉินบ่อย นอนโรงพยาบาลเฉลี่ยปีละครั้ง ทำಯສຸດผู้ป่วยต้องลาออกจากงานเพราะขาดงานบ่อย โดยเดือนหนึ่งจะทำงานได้เพียง 10 วันเท่านั้น ประกอบกับงานที่ผู้ป่วยรับผิดชอบเป็นการถ่ายพิมพ์เขียว ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าต้องใช้แอมโมเนีย ซึ่งมีกลิ่นฉุน กระตุ้นให้มีอาการหอบ ผู้ป่วยเล่าถึงอาการหอบที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าครั้งหนึ่งเคยเกือบเสียชีวิตเพราะอาการหอบดังนี้ “มันหายใจไม่ได้ ทำงานอยู่ดี ๆ ก็แน่นขึ้นมาเฉย ๆ หายใจไม่ได้ รับประทานอาหารก็ไม่ค่อยได้ หายใจทางปากก็ไม่ได้ บ้างเฉื่อยช่วงที่เกือบหมดสติ ผมนึกถึงยาพ่นเก่า ๆ ที่เก็บ

ไว้ 2-3 หลอดโดยไม่ได้ทั้งขึ้นมา ตอนนั้นเริ่มหมดแรง ตะเกียกตะกายไปเอายาพ่นที่เหลืออยู่มา พยายามพ่นสุดเท่าที่จะสูดได้ ที่จริงสูดไม่ค่อยเข้าแล้วเพราะสูดไม่ได้แล้ว พยายามพ่นหมดทุกหลอด แล้วผมก็หมดสติ รู้สึกตัวอีกที ตอนภรรยาตื่นแล้วมาเขย่าตัวผม ตอนนั้นตี 1 ตี 2 ผมเริ่มรู้สึกตัว แต่หายใจดังวืด ๆ ในลำคอ หมดแรง เหงื่อออกเหมือนน้ำ ภรรยาถามว่าเป็นอะไร ผมตอบมันหายใจไม่ได้ หายาพ่นไม่เจอไม่รู้เอาไว้ไหน ตีที่เอายาหลอดเก่ามาพ่นจึงรอดได้ นี่เป็นข้อสังเกตว่า หากเป็นคนไม่มีความรู้เช่นชาวบ้านธรรมดาจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกับโรคนี้"

เมื่อผู้ป่วยต้องออกจากงานปัญหาสำคัญที่ตามมาคือผู้ป่วยขาดรายได้ที่จะนำมาใช้ในการดำเนินชีวิต มีหนี้สินที่เกิดจากค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันได้แก่ ค่าเช่าบ้าน ค่ากินอยู่ นอกจากนั้นยังหมดเงินไปกับการรักษาโรคหืดซึ่งได้แก่ การซื้อยาชนิดต่าง ๆ มารับประทานเอง รวมทั้งยาสมุนไพร ผู้ป่วยเล่าถึงการซื้อยารักษาตนเองว่า "มีเงินสะสมไว้เท่าไร ก็เอาไปใช้รักษายากกลางบ้าน ยาฝรั่ง ยาจีน ยาไทย สารพัดเลย เหมือนคนจมน้ำ เห็นเส้นฟางสุดท้าย จึงจกเผาก็เอา คางคกเผาก็เอา รักษาจนเงินหมด แถมยังไปกู้เงินเขามาอีก ยาบางอย่างขวดละ 1,200 บาท ก็ซื้อมาแล้ว อายากหาย"

ผู้ป่วยมีหนี้สินท่วมหัว เคยคิดหาทางออกโดยการแอบสะสมยานอนหลับที่ได้รับเพื่อฆ่าตัวตาย แต่ไม่สำเร็จเนื่องจากมีโอกาสศึกษาและปฏิบัติธรรม ผู้ป่วยเล่าว่า "ช่วงที่หอบมาก ๆ งานก็ทำไม่ได้ เงินก็ไม่มี ไม่มีเงินจ่ายค่าเช่าบ้าน ค่าน้ำ ค่าไฟ จนค้างค้ำเป็นปี เลยคิดว่า จะอยู่ไปทำไม ทำให้คนอื่นเค้าเดือดร้อนไปด้วย หาทางให้เสียชีวิตแบบง่ายไม่กระวนกระวาย ไม่ทรมาน ไม่เดือดร้อนคนอื่น เก็บสะสมยานอนหลับที่ละเม็ดสองเม็ด มันไม่พอ จนนานเกินไป ความคิดเริ่มเปลี่ยน ศึกษาธรรมะ เอาธรรมะมาไว้ในใจ พยายามยอมรับสภาพความเป็นไปของตัวเองให้ได้ แม้คนอื่นเค้าจะแสดงอะไรกับเรา เราต้องยอมรับตัวเองให้ได้ว่าเราเป็นอย่างนี้"

4. การประเมินระดับการควบคุมโรคหืด (asthma control) ก่อนให้การรักษา จากการประเมินในเดือนมกราคม 2547 พบว่าระดับการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วยรายนี้คือไม่สามารถควบคุมโรคได้ (uncontrolled) โดยมีรายละเอียดการประเมินดังนี้คือ

- จำนวนครั้งที่หอบในเวลากลางวัน : 2-3 ครั้ง/สัปดาห์
- จำนวนครั้งที่หอบในเวลากลางคืน : เกือบทุกคืน (20 คืนต่อเดือน)
- การเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน (ER) : 3 ครั้ง ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา
- การพ่นยาขยายหลอดลม : 4-5 ครั้ง/วัน
- การที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน : มาก ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้
- การวัดสมรรถภาพปอด : PEFr 42% predicted

5. การวินิจฉัย

Acute asthmatic attack with uncontrolled asthma

6. การให้การรักษา

ผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนรายการยาโดยจ่ายยาสูดพ่นสเตียรอยด์ให้แก่ผู้ป่วยควบคู่ไปกับยาขยายหลอดลม ตั้งแต่ มกราคม 2547

ในเดือนมิถุนายน 2550 โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์มีการจัดตั้งคลินิกโรคหืด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพิ่มเติมนอกเหนือจากการปรับรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับรายละเอียดดังนี้

6.1 รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ มกราคม 2547

- Inhaled corticosteroid : budesonide พ่น 2 สูด เข้า-เย็น
- Beta2-agonist inhaler พ่นเมื่อมีอาการหอบ

6.2 การให้การรักษาเพิ่มเติมในคลินิกโรคหืด : ตั้งแต่ มิถุนายน 2550

- การวัดสมรรถภาพปอด โดย peak flow monitoring ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจ
- การนัด follow-up อย่างสม่ำเสมอ
- Education/Home healthcare ประเด็นโรค/การใช้ยาที่ถูกต้อง/การป้องกันโรค/การปฏิบัติตัวเมื่ออาการหอบกำเริบ
- การเยี่ยมบ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้านมีดังนี้
 - สิ่งนี้อาจกระตุ้นให้หอบ ผู้ป่วยมีสัตรีเลี้ยง โดยเลี้ยงแมวไว้ในบ้าน บริเวณข้างบ้านผู้ป่วยเป็นร้านทำเหล็กดัด มีการขุดโลหะ และฟันสึตลอดวัน ซึ่งเป็นสาเหตุกระตุ้นให้หอบได้
 - ผู้ป่วยจะพ่นยาขยายหลอดลมทุกเช้าทั้งที่ไม่มีอาการหอบ

7. การติดตามผลการรักษา ติดตามผลการรักษาครอบคลุมทั้ง 3 ด้านด้วยกันคือ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางความเป็นมนุษย์และการใช้บริการสุขภาพซึ่งเป็นตัวแทนของผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์

7.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes)

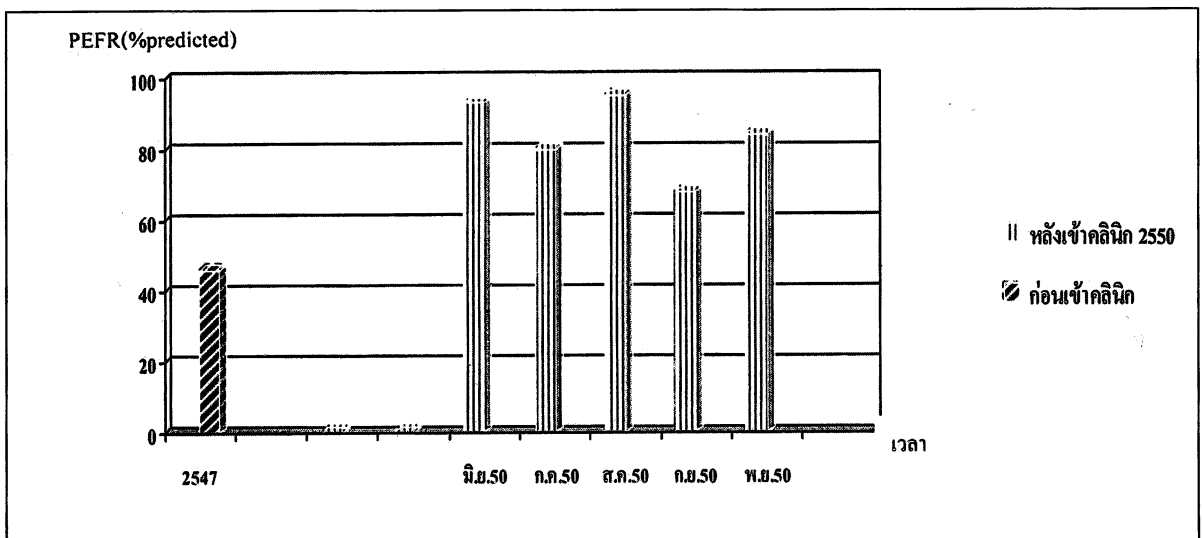
ประเมินผู้ป่วยโดยการวัดสมรรถภาพปอดและการวัดระดับการควบคุมโรคหืด

7.1.1 การตรวจวัดสมรรถภาพปอด (PEFR monitoring) มีการติดตามวัดค่า PEFR ให้แก่ผู้ป่วยเมื่อมีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2550 โดยการเป่า peak flow meter เปรียบเทียบกับเมื่อผู้ป่วยมารักษาครั้งแรกในปี พ.ศ. 2547 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

จากแผนภูมิที่ 1 จะเห็นได้ว่าค่า PEFR ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังมีการปรับเปลี่ยนการรักษา โดยในระหว่างปี 2547 ถึง 2550 ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนยารักษาโรคหืดเป็นยาพ่นสเตียรอยด์ ในเดือนมิถุนายน 2550 โรงพยาบาลมีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดอย่างสม่ำเสมอ จะเห็นได้ว่าค่า PEFR ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แม้ในระหว่างเดือนมีการเปลี่ยนแปลงบ้าง แต่มีค่าเฉลี่ยที่ 80% predicted

7.1.2 ระดับการควบคุมโรคหืด ประเมิน

แผนภูมิที่ 1 แสดงผลการวัดสมรรถภาพปอด PEFR (% predicted) เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าคลินิกโรคหืด



ในเดือนพฤศจิกายน 2550 พบว่าอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมโรคได้ดีอย่างสมบูรณ์ (totally controlled) รายละเอียดการประเมินมีดังนี้คือ

- จำนวนครั้งที่หอบในเวลากลางวัน : 0 ครั้ง/สัปดาห์
- จำนวนครั้งที่หอบในเวลากลางคืน : 0 คืนต่อเดือน
- การเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน (ER) : 0 ครั้ง
- การพ่นยาขยายหลอดลม : 0 ครั้ง/วัน
- การที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน : น้อย (ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้มาก)
- การวัดสมรรถภาพปอด : PEFR 84% predicted

7.2 ผลลัพธ์ทางความเป็นมนุษย์ (humanistic outcome) ได้แก่การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งเชิงปริมาณ (แบบวัด SF-36) และเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

7.2.1 การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเชิงปริมาณ

การเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตทำโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบวัด SF-36 ฉบับภาษาไทย ทำการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการปรับการรักษา โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานในเดือนมกราคม 2547 เปรียบเทียบกับหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษามาตรฐานในเดือนพฤศจิกายน 2550 ได้ผลดังแสดงในตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคหืดตามแนวทางการรักษา เมื่อวัดคะแนนคุณภาพชีวิตในเดือนพฤศจิกายน 2550 ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในทุกมิติ ยกเว้น role emotional

7.2.1 การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในเดือนพฤศจิกายน 2550 พบว่าผู้ป่วยมีหนี้สินลดลง เนื่องจากสามารถกลับมาทำงานได้ และมีรายได้มากขึ้น ผู้ป่วยกล่าวว่า “ตอนนี้เรื่องหอบดีขึ้นมาก กลับมาทำงานได้ แม้ลูกค้าเก่า ๆ จะหายไปเยอะ แต่ก็พอมีงานเข้ามาบ้าง รู้สึกพึ่งคนอื่นน้อยลง ชีวิตมีความหมายมากขึ้น”

7.3 การใช้บริการสุขภาพ (health care utilization) ทำการเก็บข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 คะแนนคุณภาพชีวิต SF-36 เปรียบเทียบก่อนและหลังการปรับการรักษา

SF-36 Domain	มกราคม 2547	พฤศจิกายน 2550	Difference
Physical function	35.0	80.0	+45
Role physical	0	75.0	+75
Bodily pain	41.0	84.0	+43
General health	15.0	42.0	+27
Vitality	35.0	65.0	+30
Social functioning	37.5	75.0	+37.5
Role emotional	66.7	66.7	0
Mental health	68.0	76.0	+8

ตารางที่ 2 แสดงการให้บริการสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังการปรับการรักษา

การให้บริการสุขภาพ	จำนวนที่มีการให้บริการ (ครั้ง)	
	ก่อนปรับการรักษา (พ.ศ. 2544-2546)	หลังปรับการรักษา (พ.ศ. 2547-2550)
การเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน	9	2
การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	2	0

ได้แก่ การเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน (ER visit) และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (hospital admission) เปรียบเทียบก่อนและหลังการปรับการรักษา พบว่าได้ผลดังแสดงในตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จำนวนครั้งการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยลดลงทั้งการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วิจารณ์

จากรายงานผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าโรคหืดที่ไม่สามารถควบคุมอาการทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายด้าน ปัญหาด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เนื่องจากอาการของโรค สิ่งสำคัญที่ตามมาได้แก่ปัญหาในการประกอบอาชีพทำให้ผู้ป่วยต้องออกจากงาน เมื่อผู้ป่วยไม่มีงานทำย่อมส่งผลถึงรายได้ ฐานะทางการเงินและความเป็นอยู่ทำให้เกิดปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจตามมา นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่ต่อเนื่องจากด้านร่างกายและทางสังคมคือปัญหาด้านจิตใจจากความเครียดที่เกิดขึ้นจากอาการของโรค และปัญหานี้ยังส่งผลในผู้ป่วยบางรายอาจรุนแรงถึงขั้นเกิดความคิดในการฆ่าตัวตายดังเช่นผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Snadden และ Brown⁷ ซึ่งสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหืดและได้ผลการศึกษาเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ปัญหาด้านต่าง ๆ ยังมีผลกระทบส่งถึงกันทำให้ปัญหาดังกล่าวทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการรักษาโรคหืดจนถึงระดับที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้จึงเป็นประเด็นที่สำคัญยิ่งในกระบวนการรักษาโรค

ในปัจจุบันพบว่าการรักษาโรคหืดยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร การวิจัยโดยการสำรวจผู้ป่วยจำนวน 258 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 5 จังหวัด พบว่าผู้ป่วยโรคหืดชนิดเรื้อรังได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ที่เป็นยาหลักของการรักษาโรคหืดเพียง 51% เท่านั้น⁸ รายงานผู้ป่วยในการศึกษานี้พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับยาพ่นสเตียรอยด์อย่างต่อเนื่องมีผลให้ผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้นทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกดังจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดดีขึ้น สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น โดยระดับการควบคุมโรคหืดเปลี่ยนจากระดับที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้เป็นระดับที่ควบคุมโรคได้อย่างสมบูรณ์ ไม่มีอาการหอบทั้งตอนกลางวันและกลางคืน เมื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป SF-36⁹ เนื่องจากเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีการใช้ทางคลินิกอย่างแพร่หลาย¹⁰ พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในทุกมิติยกเว้น role emotional ซึ่งมิติที่คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากที่สุดได้แก่ role physical ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 75 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยสามารถทำงานหรือประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกายได้ดีขึ้น สำหรับคะแนนในมิติของ role emotional (หมายถึง การทำงาน

หรือประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางจิตใจและอารมณ์) ที่ไม่เพิ่มขึ้นอาจเนื่องมาจากการทำงานหรืออาชีพของผู้ป่วยรายนี้ได้รับผลกระทบจากอาการของโรคหืดมากกว่าผลกระทบทางจิตใจ เปรียบเทียบข้อมูลการวัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นการวัดเชิงปริมาณและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยซึ่งเป็นเชิงคุณภาพพบว่าข้อมูลที่ได้สอดคล้องกัน สำหรับการให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยรายนี้ยังลดลงอย่างเห็นได้ชัดทั้งการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (health care cost) ลดลง

สำหรับการรักษาหลักที่ผู้ป่วยรายนี้ได้รับในเบื้องต้นคือการปรับเปลี่ยนยาโดยการสั่งยาพ่นสเตียรอยด์ให้แก่ผู้ป่วยซึ่งยาพ่นสเตียรอยด์จัดเป็นยาหลักในการรักษาโรคหืดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในปัจจุบัน⁶ ในผู้ป่วยโรคหืดที่ยังมีอาการและการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จพบว่าผู้ป่วยจะพยายามแสวงหาการรักษาอื่น ๆ เช่นการใช้สมุนไพรหรือการแพทย์พื้นบ้านโดยผู้ป่วยคาดหวังว่าจะสามารถทำให้หายจากโรคและอาการหอบจนทำให้ผู้ป่วยสูญเสียเงินเป็นจำนวนมาก เพิ่มปัญหานี้ขึ้นและเพิ่มความเครียดให้รุนแรงยิ่งขึ้น พบว่าปัญหาส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นมาจากการขาดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยรายนี้ไม่มีการเตรียมยาพ่นขยายหลอดลมไว้ใกล้ตัวทำให้ช่วยเหลือตนเองเกือบไม่ทันเวลา ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะมีผลช่วยให้การรักษาโรคหืดให้ประสบผลสำเร็จได้ พบว่าการจัดตั้งคลินิกโรคหืดซึ่งมีการรักษาเพิ่มเติมนอกจากการใช้ยาเช่น การตรวจติดตามโรคโดยการวัดสมรรถภาพปอด การสอนสูดศึกษาเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง การหลีกเลี่ยงและป้องกันตนเองจากสิ่งกระตุ้นการประเณมและการช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นเมื่อมีอาการหอบ การสอนวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง การออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งการนัดผู้ป่วยให้มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอทำให้การรักษามิบรรลุผลสำเร็จได้ โดยผู้ป่วยมีระดับการควบคุมโรคหืดที่ดีขึ้น โดยแนวทางการรักษาในคลินิกโรค

หืดดังกล่าวสอดคล้องกับ GINA 2006⁶ ซึ่งล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การรักษาโรคหืดประสบความสำเร็จ

สรุป

การรักษาโรคหืดตามแนวทางการรักษาที่มีมาตรฐานสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหึ่งฉุกเฉินและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลดลง ผลการรักษาทางคลินิกได้แก่สมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ที่สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกโรคหืด และอนุญาตให้เผยแพร่รายงานการศึกษานี้ ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด

เอกสารอ้างอิง

1. Thai Asthma Council. ความรู้โรคหืดสำหรับประชาชน. สืบค้นจาก : http://tac.or.th/news_detail.php?news. วันที่เข้าไปสืบค้น January 28, 2008.
2. Ford ES, Mannino DM, Homa DM, et al. Self-reported asthma and health-related quality of life. Chest 2003 ; 123 : 119-27.
3. Thoonen BP, Schermer TR, van den Boom G, et al. Self-management of asthma in general practice, asthma control and quality of life : a randomized controlled trial. Thorax 2003 ; 58 : 30-6.
4. Erickson SR, Christian RD Jr, Kirking DM, et al. Relationship between patient and disease characteristics and health-related quality of life in adults

- with asthma. *Respir Med* 2002 ; 96 : 450-60.
5. ปรียานุช ศิริมัย, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, วัชรานุกุลสวัสดิ์. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นผู้ใหญ่. *วารสารแพทย์เขต 6-7* 2550 ; 26(1) : 81-91.
 6. National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health. Global Initiative for Asthma, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NIH Publication ; 2006.
 7. Snadden D, Brown JD. The experience of asthma. *Soc Sci Med* 1992 ; 34(12) : 1351-61.
 8. Sirimai P. Quality of care and outcomes in asthma [dissertation]. Khon Kaen : Khon Kaen Univ. ; 2007.
 9. วัชรลี เลอमानกุล, ปารณีย์ มีแต่้ม. การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย. *ไทยเภสัชสาร* 2543 ; 24(2) : 92-111.
 10. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement : Bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002 ; 324 : 1417-9.