

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการรักษาผู้ป่วยหืดที่เคยนอนโรงพยาบาลด้วยหืด กำเริบเฉียบพลันในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลนครปฐม

Outcome of Asthma Clinic in Nakhonpathom Hospital of the Asthmatic Patients Who has Experiences of Acute Asthmatic Attack and Hospitalization

นุชนารถ โตเหมือน พ.บ.,

ว.ว. อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ

กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาลนครปฐม

Nuchanart Tomuan M.D.,

Thai Board of Pulmonology

Division of Internal Medicine

Nakhonpathom Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโรคหืดที่เคยมีหืดกำเริบฉุกเฉินมาก่อนแล้วเข้ารักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลนครปฐม อย่างต่อเนื่องมากกว่า 12 เดือน

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเก็บข้อมูลย้อนหลัง (descriptive retrospective study) ในผู้ป่วยโรคหืดที่อายุมากกว่า 15 ปี เคยมีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดกำเริบก่อนเข้าคลินิกโรคหืดและมาได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหืดอย่างต่อเนื่องมากกว่า 12 เดือน ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ คืออัตราการเกิดหืดกำเริบเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาลต่อคนต่อปีก่อนและหลังรักษา 12 เดือน ผลการควบคุมโรคหืดตาม GINA Guideline (โดยแบ่งเป็น uncontrolled, partly controlled, controlled) ค่าสมรรถภาพปอด peak expiratory flow rate (PEFR) โดยจะเปรียบเทียบเมื่อเริ่มรักษา หลังเข้าคลินิกที่ 3, 6 และ 12 เดือน ข้อมูลที่เก็บรวบรวมอยู่ในช่วงเวลา 1 มกราคม 2554 - 31 ตุลาคม 2555

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 104 คน หลังการเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดอย่างต่อเนื่องพบว่าสามารถลดการเกิดหืดกำเริบเฉียบพลันทั้งที่ห้องฉุกเฉินลงได้ร้อยละ 79.6 หรือจาก 3.6 ครั้งต่อคนต่อปีเป็น 0.73 ครั้งต่อคนต่อปี และลดการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้ ร้อยละ 71.7 หรือจาก 1.63 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 0.46 ครั้งต่อคนต่อปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, ผู้ป่วย uncontrolled asthma ลดลงจากร้อยละ 74 เป็นร้อยละ 20.2 ตั้งแต่เดือนที่ 3 หลังรักษา และลดลงเหลือร้อยละ 13.5 และร้อยละ 6.7 ที่ 6 และ 12 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่ม controlled asthma เพิ่มจากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 26, ร้อยละ 31.7 และร้อยละ 49 ที่เดือนที่ 3, 6 และเดือนที่ 12 ตามลำดับ ค่าสมรรถภาพปอด peak expiratory flow rate หลังรักษาพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จาก 61.84 เป็น 75.1, 77.8 และ 83.73% predicted หลังรักษาที่ 3, 6 และ 12 เดือน

สรุป: ผู้ป่วยโรคหืดที่เคยมีหืดกำเริบจนต้องรักษาในโรงพยาบาลเมื่อได้รับการรักษาในคลินิกโรคหืดอย่างต่อเนื่องพบว่าสามารถลดอัตราการเกิดหืดกำเริบทั้งในห้องฉุกเฉินและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้, สามารถทำให้ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 ควบคุมอาการได้ดีขึ้นตาม GINA Guideline และเพิ่มค่าสมรรถภาพปอด peak expiratory flow rate อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: คลินิกโรคหืด การรักษา ภาวะหืดเฉียบพลัน อัตราการไหลของลมหายใจออกสูงสุด

ABSTRACT

Objective: To study the treatment outcome after 1 year post- registration at the asthma clinic, Nakhonpathom Hospital, of the asthmatic patients who had had experiences of acute asthmatic attack and hospitalization before

Material and method: A retrospective descriptive study of the asthmatic patients who had had experiences of acute asthmatic attack and hospitalization and continuously visited asthma clinic for not less than 12 months. The data of acute asthmatic attack rate in emergency unit and hospitalization rate were compared before and after 1 year post-registration at asthma clinic. The level of asthma controlled and peak expiratory flow rate were compared pre and post visit the asthma clinic after 3, 6 and 12 months. The data were collected between January 1st, 2011 - October 31st, 2012 .

Result: One hundred and four patients were included in the study. After visiting the asthma clinic for completely 12 months, acute asthmatic attack rate at emergency unit declined 79.6% or from 3.6 to 0.73 times per patient per year and also hospitalization rate declined 71.7% or from 1.63 to 0.46 times per patient per year. The uncontrolled asthma patients decreased from 74% to 20.2%,13.5% and 6.7% after 3, 6 and 12 months post-registration, respectively. The controlled asthma patients increased from 1% to 26%, 37.7% and 49% after 3, 6 and 12 months of treatment, respectively with statistically significance. The peak expiratory flow rate showed statistically significantly improvement from 61.84 to 75.1, 77.8 and 83.73% predicted after treatment in asthma clinic 3, 6 and 12 months.

Conclusion: The treatment outcome of asthmatic patients who had had experiences of acute asthmatic attack and hospitalization in asthma clinic can improve level of asthma controlled, peak expiratory flow rate and decreased asthmatic attack rate at emergency unit and hospitalization.

Keywords: asthma clinic treatment, acute asthmatic attack, peak expiratory flow rate

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์สูงและบั่นทอนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและคนรอบข้างจำนวนผู้ป่วยหืดทั่วโลกมีประมาณ 300 ล้านคน¹ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหืดประมาณ 4 ล้านคน หรือประมาณ 7% ต่อปี และมีแนว

โน้มมากขึ้นเรื่อยๆ² มีผู้ป่วยโรคหืดที่เกิดอาการหอบรุนแรงจากการกำเริบของโรคทำให้ต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉินและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 4 แสนคนต่อปี มีผลต่อทั้งสุขภาพ คุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจ นอกจากนี้การเป็นโรคหืดเรื้อรังโดยที่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ยัง

ทำให้สมรรถภาพปอดลดลงอย่างถาวรได้³ อย่างไรก็ตามโรคหืดเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ด้วยยาที่มีอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ ยาพ่นสเตียรอยด์⁴ แต่ต้องอาศัยความต่อเนื่องของการรักษา และการใช้ยาอย่างถูกวิธีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอดและผู้ป่วยต้องมีความรู้ในเรื่องโรคหืดเป็นอย่างดี

ปัจจุบันมีแนวทางการรักษาโรคหืดที่ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก คือ Global initiative for asthma (GINA)⁵ เริ่มตั้งแต่ ปี 1995 และพัฒนาขึ้นจนถึงฉบับปัจจุบัน คือปี 2011 ในขณะที่ประเทศไทยก็ได้จัดทำแนวทางการรักษาโรคหืด โดยสมาคมอหุเวช⁶ โดยฉบับปัจจุบันคือ ปี พ.ศ. 2555 แต่ผลการสำรวจผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทย การควบคุมโรคหืดต่ำกว่ามาตรฐาน สาเหตุเพราะการรักษายังไม่ทั่วถึง ยังไม่เป็นไปตามแนวทาง แพทย์มีเวลาให้ผู้ป่วยน้อย และผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาโรค จากข้อมูลของโรงพยาบาลนครปฐมปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหืด 1,697 คน มีผู้ป่วยที่ต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน และนอนในโรงพยาบาล เป็นจำนวนร้อยละ 18 และ 15 ตามลำดับ โรงพยาบาลนครปฐมจึงได้จัดทำคลินิกโรคหืดตามแนวทางของ สปสช. ตั้งแต่ 1 มกราคม 2554 โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้ได้มาตรฐานตามเป้าหมายของแนวทางการรักษา และมีการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ โดยแพทย์เภสัชกรพยาบาลที่ได้รับการอบรมมา ผู้ป่วยจะได้รับการให้ความรู้ การฝึกออกกำลังกาย ตรวจสอบการใช้ยา การวัดสมรรถภาพปอด และประเมินการควบคุมโรคหืดตามแนวทาง GINA ในทุกครั้งที่มาคลินิกโรคหืดและนัดผู้ป่วยให้มารักษาอย่างต่อเนื่องทุก 1-3 เดือน

ปัจจุบันจากข้อมูลปี 2555 โรงพยาบาลนครปฐมมีผู้ป่วยโรคหืดประมาณ 1,800 คน โดยที่รักษาต่อเนื่องในคลินิกโรคหืดมี 504 คน จากข้อมูลเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหอบกำเริบ ร้อยละ 98 เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รักษาในคลินิกโรคหืด ร้อยละ 2 เป็นผู้ที่เข้าคลินิกโรคหืด ผู้ป่วยที่เข้าคลินิกโรคหืดมีทั้งผู้ป่วยที่อาการน้อยและผู้ป่วยที่มีอาการมากมีอาการกำเริบรุนแรงบ่อย ผู้วิจัยจึงต้องการ

ศึกษาจำเพาะในผู้ป่วยที่มีอาการหอบรุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาล ว่าหลังเข้ารับรักษาในคลินิกโรคหืดผลการรักษาสามารถควบคุมโรคได้มากน้อยเพียงไร ทั้งในแง่การลดอัตราการเกิดหอบกำเริบ การควบคุมโรคตาม GINA Guideline และระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาจนเข้าสู่ภาวะควบคุมโรคได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการควบคุมโรคหืดและอัตราการเกิดหอบกำเริบในผู้ป่วยที่เคยมีภาวะหืดกำเริบเฉียบพลันจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล หลังรับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือน ที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลนครปฐม

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์ (analytic descriptive study) แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective review) ใน ผู้ป่วยโรคหืดที่อายุมากกว่า 15 ปี เคยมีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดกำเริบก่อนเข้าคลินิกโรคหืด และมารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดอย่างต่อเนื่องมากกว่า 12 เดือน ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ คืออัตราการเกิดหืดกำเริบเฉียบทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาลต่อคนต่อปีก่อนและหลังรักษา 12 เดือน ผลการควบคุมโรคหืดตาม GINA guideline (โดยแบ่งเป็น uncontrolled, partly controlled, controlled) ค่าสมรรถภาพปอด peak expiratory flow rate (PEFR) โดยจะเปรียบเทียบกับเมื่อเริ่มรักษา หลังเข้าคลินิกที่ 3, 6 และ 12 เดือน ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะอยู่ในช่วงเวลา 1 มกราคม 2554 - 31 ตุลาคม 2555 โดยเก็บข้อมูลจากโปรแกรมเวชระเบียนผู้ป่วยและแบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลในคลินิกโรคหืด

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ใช้การวิเคราะห์จากโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน, 95% CI, เปรียบเทียบผลการรักษาก่อนและหลังเข้าคลินิกโรคหืด ใช้ paired t-test และ chi square test ทั้งนี้ค่า $p \leq 0.05$ ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยโรคหืดที่เคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบก่อนเข้าคลินิกและเข้ารักษาที่คลินิกโรคหืดต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือนเป็นจำนวนทั้งหมด 104 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 79.8 อายุเฉลี่ย 52.53 ปี มีอาการของโรคหืดเฉลี่ย 13.84 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับการรักษาด้วยยาสูดสเตียรอยด์แล้ว ร้อยละ 66.4 เป็นยา inhaled corticosteroid (ICS) ร้อยละ 21.2 และ combined inhaled corticosteroid and long acting beta2 agonist (ICS+ LABA) ร้อยละ 45.2 และยังไม่เคยได้รับยาร้อยละ 33.7 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยเรื่องหอบกำเริบเฉลี่ย 1.63 ครั้งต่อคนต่อปี โดยพบมากที่สุดคือ 6 ครั้งต่อปี อัตราการมาห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 3.60 ครั้งต่อคนต่อปี มากที่สุดคือ 28 ครั้งต่อปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการรักษาหลังคลินิกโรคหืด 12 เดือน

หลังการเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดอย่างต่อเนื่องพบว่าสามารถลดการเกิดหืดกำเริบเฉียบพลันทั้งที่ห้องฉุกเฉินลงได้ร้อยละ 79.6 หรือจาก 3.6 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 0.73 ครั้งต่อคนต่อปี และลดการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 71.7 หรือจาก 1.63 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 0.46 ครั้งต่อคนต่อปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 2 และหลังรักษาในคลินิกครบ 12 เดือนพบผู้ป่วย 62 คนหรือร้อยละ 59.6 ที่ไม่มีหืดกำเริบอีกเลยทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล

เมื่อศึกษาผลการควบคุมโรคหืดตาม GINA Guideline โดยแบ่งเป็นกลุ่ม uncontrolled, partly controlled, controlled พบว่ามีผู้ป่วย uncontrolled asthma ลดลงจากร้อยละ 74 เป็นร้อยละ 20.2 ตั้งแต่เดือนที่ 3 หลังรักษา

และลดลงเหลือ ร้อยละ 6.7 ที่ 12 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่ม controlled asthma เพิ่มจากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 26 และร้อยละ 49 ที่เดือนที่ 3 และเดือนที่ 12 ตามลำดับ และเมื่อดูที่ 12 เดือนหลังรักษาพบว่าผู้ป่วยเข้าสู่ partly controlled หรือ controlled ถึงร้อยละ 93.2 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 โดยที่ผู้ป่วยหลังเข้าคลินิกส่วนใหญ่ได้รับการรักษาใน GINA step 3 และ 4 ยาที่ใช้เป็น ICS + LABA มากกว่าร้อยละ 90 ดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่ม uncontrolled asthma ก่อนเข้าคลินิกซึ่งมี 77 คน จาก 104 คน พบว่ามีผู้ป่วย 70 คน (ร้อยละ 90) สามารถเข้าสู่ partly controlled asthma ได้และมีผู้ป่วย 43 คน (ร้อยละ 55.84) คนเข้าสู่ controlled asthma โดยที่ระยะเวลาในการเข้าสู่ partly controlled asthma เฉลี่ยที่ 2.75 เดือน ในขณะที่ระยะเวลาเข้าสู่ controlled asthma เป็น 6.1 เดือน ดังตารางที่ 5

เมื่อพิจารณาค่าสมรรถภาพปอด Peak expiratory flow rate หลังรักษาพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ย (mean) ก่อนเข้าคลินิกเพิ่มจาก 61.84 เป็น 75.1, 77.8 และ 83.73% predicted หลังรักษาที่ 3, 6 และ 12 เดือน ตามลำดับ แผนภูมิที่ 2

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าคลินิกโรคหืดสามารถลดการเกิดหอบกำเริบทั้งที่ห้องฉุกเฉินและลดการนอนโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ และการเข้าคลินิกสามารถทำให้ผู้ป่วยควบคุมโรคหืดได้ดีขึ้นตามมาตรฐาน GINA Guideline เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังพบว่าสามารถเพิ่ม PEFR ของผู้ป่วยได้เป็น 83.73% predicted ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติคือมากกว่า 80% predicted และยังแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่องสามารถควบคุมโรคหืดให้ดีขึ้นได้ตั้งแต่ 3 เดือนแรกของการรักษา และมากกว่าร้อยละ 90 สามารถเข้าสู่ partly controlled asthma ในขณะที่มีผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งสามารถเข้าสู่ controlled asthma ที่ 12

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 104)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ : ชาย	21	20.2	
: หญิง	83	79.8	
เคยหืดกำเริบที่ห้องฉุกเฉิน	81	77.8	
เคยหืดกำเริบต้องนอนโรงพยาบาล	104	100	
การควบคุมหืดก่อนเข้าคลินิก			
Uncontrolled	77	74	
Partly controlled	26	25	
Controlled	1	1	
	MEAN	S.D.	MIN- MAX
อายุ (ปี)	52.53	13.52	19-81
ระยะเวลาที่มีอาการ (ปี)	13.84	10.83	1-60
อัตราการนอนโรงพยาบาล (ครั้ง /คน/ปี)	1.63	1.15	1-6
อัตราการมาห้องฉุกเฉิน (ครั้ง/คน/ปี)	3.60	4.61	0-28
การรักษาก่อนเข้าคลินิก	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
No controller	35	33.7	
ICS	22	21.2	
ICS + LABA	47	45.2	

เดือน ทั้งๆ ที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ต่างจากการศึกษาอื่นที่ทำในประเทศไทย⁷⁻⁹ เนื่องจากมีอาการค่อนข้างรุนแรงกว่าเพราะผู้วิจัยเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลจากหืดกำเริบ ทำให้มีลักษณะของโรคที่รุนแรง มีอัตราการนอนโรงพยาบาลและการเข้ารักษาในห้องฉุกเฉินมากกว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม uncontrolled asthma, มีค่าเฉลี่ย PEFR ที่ต่ำ และมากกว่าครึ่งรักษาด้วยยา

สูดสเตียรอยด์อยู่แล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้ จึงถือได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยหืดที่คุมอาการได้ยาก และพบเป็นปัญหาในเวชปฏิบัติจริงๆ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือร้อยละ 66.4 ได้ยาสูดสเตียรอยด์มาก่อนแล้ว แสดงให้เห็นว่าถึงแม้แพทย์จะจ่ายยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาแก่ผู้ป่วยก็ไม่ได้เป็นการการันตีว่าจะสามารถทำให้ควบคุมโรคหืดได้ เพราะผู้ป่วยจำนวนมากยังใช้ยาผิดวิธี และ

ตารางที่ 2 อัตราการเกิดหืดกำเริบเฉียบพลันหลังเข้าคลินิกโรคหืด 12 เดือน

การเข้ารับการรักษา ด้วยภาวะหืดเฉียบพลัน	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ ที่ลดลง (%)	จำนวนครั้งเฉลี่ย/ คน/ ปี Mean (95% CI)	S.D.	Mean difference (95% CI)	S.D.	P-value
ที่ห้องฉุกเฉิน							
ก่อนเข้าคลินิก	374		3.60 (2.7-4.49)	4.61			
หลังเข้าคลินิก	76	79.6	0.73 (0.27-1.05)	1.64	2.87 (2.0-4.2)	4.56	< 0.01
นอนโรงพยาบาล							
ก่อนเข้าคลินิก	170		1.63 (1.41-1.86)	1.15			
หลังเข้าคลินิก	48	71.7	0.46 (0.23-0.72)	0.88	1.17 (0.92-1.42)	1.28	< 0.01

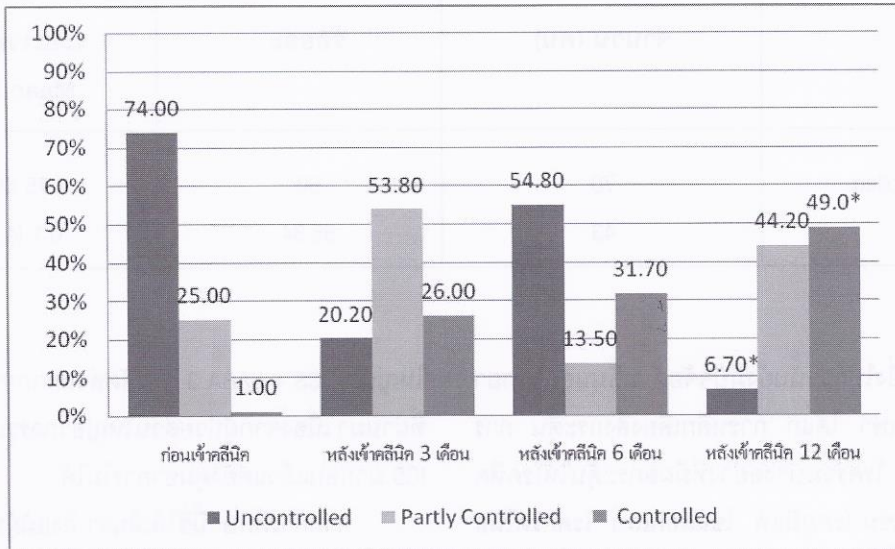
ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ไม่เกิดการกำเริบภายใน 12 เดือนหลังเข้าคลินิกโรคหืด (n = 104)

หลังเข้าคลินิกโรคหืด 12 เดือน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีอาการหืดกำเริบที่มาห้องฉุกเฉิน	77	74
ไม่มีอาการหืดกำเริบที่มานอนโรงพยาบาล	72	72
ไม่มีอาการหืดกำเริบทั้งที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล	62	59.6

ตารางที่ 4 ระดับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับหลังเข้าคลินิก

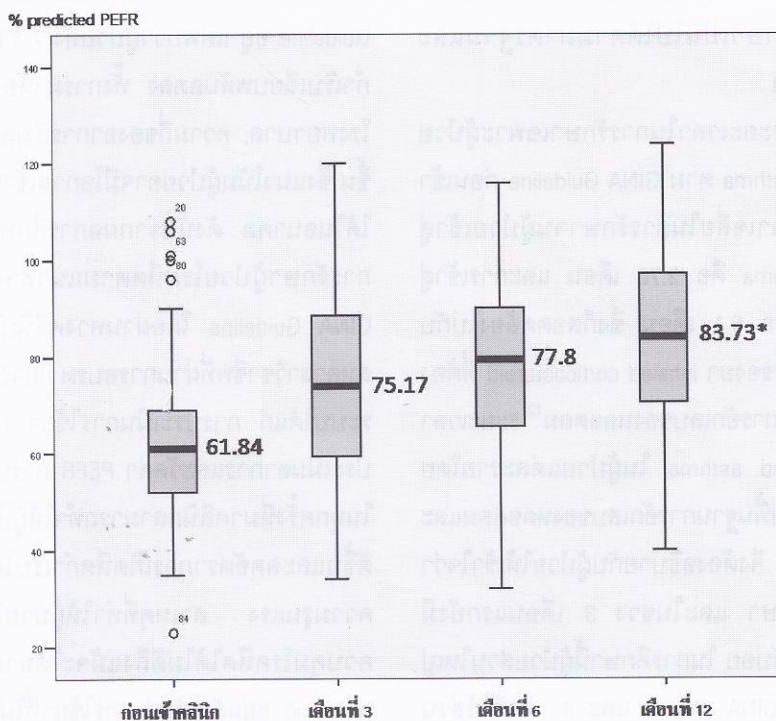
ระดับการรักษาตาม GINA	จำนวน (คน)	ร้อยละ
GINA step2	8	7.7
GINA step3	75	72.1
GINA step4	2	20.2
ยาที่ใช้		
ICS	8	7.7
ICS + LABA	96	92.3

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยแยกกลุ่ม uncontrolled, partly controlled, controlled asthma ตั้งแต่ก่อนเข้าคลินิกและหลังเข้าคลินิก ที่ 3, 6 และ 12 เดือน



*มีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนเข้าคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 df = 3, p = 0.000)

แผนภูมิที่ 2 ค่า peak expiratory flow rate ที่เปลี่ยนแปลงหลังเข้าคลินิกโรคหืด (แสดงเป็นค่า mean และ 95% CI)



ตารางที่ 5 แสดงผลการควบคุมโรคหืดและระยะเวลาที่ใช้ในการควบคุมในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น uncontrolled asthma ก่อน
เข้าคลินิก (n=77)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระยะเวลา (เดือน) Mean (95%CI)
Partly controlled	70	90	2.75 (2.08-3.41)
Controlled	43	55.84	6.1 (4.72-7.46)

ไม่สม่ำเสมอ ยิ่งไปกว่านั้นยังมีปัจจัยด้านอื่นนอกจากยาที่มีผลต่อการรักษา ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การออกกำลังกาย โรคร่วมบางอย่างที่มีผลกระตุ้นให้โรคหืดอาการมากขึ้น เช่น โรคภูมิแพ้ ไส้สออักเสบ โรคกรดไหลย้อน^{10,11} รวมทั้งวิธีประเมินผลการรักษาโดยใช้ทั้งอาการและการวัดค่า PEFR เพื่อนำไปสู่การปรับยาที่เหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้แพทย์ไม่มีเวลาเพียงพอในการทำแก่ผู้ป่วยทุกคน ดังนั้นการรวมเอาทุกกระบวนการมาไว้ในคลินิกโรคหืด โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้รับการอบรมแล้ว ทำให้กระบวนการรักษาเป็นไปได้ตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการรักษาเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่ uncontrolled asthma ตาม GINA Guideline ก่อนเข้าคลินิก พบระยะเวลาเฉลี่ยในการรักษาจนผู้ป่วยเข้าสู่ partly controlled asthma คือ 2.75 เดือน และการเข้าสู่ controlled asthma คือ 6.1 เดือน ซึ่งก็สอดคล้องไปกับลักษณะ การออกฤทธิ์ของยา inhaled corticosteroid ที่ต้องใช้ระยะเวลาในการลดการอักเสบของหลอดลม¹² ระยะเวลาในการเข้าสู่ controlled asthma ในผู้ป่วยแต่ละรายโดยปกติไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับพื้นฐานการอักเสบของหลอดลมและค่า PEFR ก่อนรักษา¹³ จึงต้องอธิบายกับผู้ป่วยให้เข้าใจว่า ต้องใช้เวลาในการรักษา และในช่วง 3 เดือนแรกยังมีโอกาสเกิดหืดกำเริบได้บ่อย ในการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาอยู่ใน GINA step 3 และ 4 ยาที่ใช้ส่วน

ใหญ่เป็น ICS + LABA 3 ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่าในการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการรุนแรงและเคยใช้ ICS มาก่อนแล้วแต่ยังคุมอาการไม่ได้

จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงหรือเป็นมานานหลายปี การให้การรักษาในคลินิกโรคหืดโดยอิงตาม GINA Guideline ก็มีประสิทธิภาพเพียงพอให้ผู้ป่วยควบคุมโรคหืดได้ดีขึ้น ลดการเกิดหืดกำเริบและเพิ่มสมรรถภาพปอด PEFR, ถึงแม้จะมีผู้ป่วย 7 รายในการศึกษาที่ยังเป็น uncontrolled asthma ตาม GINA Guideline อยู่ แต่พบว่าผู้ป่วยทั้ง 7 ราย มีอัตราการเกิดหืดกำเริบเฉียบพลันลดลง ทั้งการมาห้องฉุกเฉินและการนอนโรงพยาบาล, ความถี่ของอาการเริ่มลดลง, ค่า PEFR เพิ่มขึ้น ซึ่งแนวโน้มผู้ป่วยอาจมีโอกาเข้าสู่ controlled asthma ได้ในอนาคต ดังนั้นจากผลการศึกษา เป็นการยืนยันว่าการรักษาผู้ป่วยโรคหืดตามแนวทางการรักษาที่อิงตาม GINA Guideline โดยผ่านทางคลินิกโรคหืด ที่มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านการอบรม มีการจัดแนวทางอย่างเป็นระบบได้แก่ การประเมินการใช้ยา การให้สุศึกษา การประเมินอาการและวัดค่า PEFR การปรับยาตาม guideline ในทุกครั้งที่มาคลินิกสามารถทำให้ผู้ป่วยควบคุมโรคหืดได้ดีขึ้นและลดอัตราการเกิดหืดกำเริบได้ในผู้ป่วยโรคหืดทุกความรุนแรง สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดนอกคลินิกยังควบคุมโรคหืดได้ไม่ดีถึงแม้จะได้ยากลุ่ม Inhale corticosteroid อยู่แล้วได้แก่ การใช้ยาที่ไม่สม่ำเสมอ การใช้ยา

สูตรที่ผิดเทคนิค การปรับลดยาเอง มีโรคร่วมเช่น allergic rhinitis, sinusitis และ GERD ที่ไม่ได้รับการ ยังได้รับสิ่งกระตุ้นอยู่ รวมทั้งการประเมินการควบคุมโรคด้วยอาการของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้ใช้ค่า PEFR

สรุป

ผู้ป่วยโรคหืดที่เคยมีหืดกำเริบจนต้องรักษาในโรงพยาบาลเมื่อได้รับการรักษาในคลินิกโรคหืดอย่างต่อเนื่องพบว่าสามารถลดอัตราการเกิดหืดกำเริบทั้งในห้องฉุกเฉินและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถทำให้ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 ควบคุมอาการได้ดีขึ้น เพิ่มค่าสมรรถภาพปอด PEFR จนอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่า 80% predicted โดยใช้ยาที่อยู่ในกลุ่ม inhale corticosteroid และ combined inhale corticosteroid-long acting beta 2 agonist

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.จินดา แอกทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลนครปฐมทุกท่าน ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยและลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมคลินิกโรคหืดอย่างครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1. Akinbami LJ, Moorman JE, Bailey C, et al. Trends in asthma prevalence, health care use, and mortality in the United States, 2001-2010. NCHS Data Brief. 2012;94:1-8.
2. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, et al. Survey of asthma control in Thailand. Respirology. 2004;9:373-8.
3. Bousquet J, Jeffery PK, Busse WW, et al. Asthma from bronchoconstriction to airways inflammation and remodeling. Am J Respir Crit Care Med. 2000;161(5):1720-45.
4. Sears MR. Consequences of long-term inflammation. The natural history of asthma. Clin Chest Med. 2000;21(2):315-29.
5. Global Initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO 2011.
6. สมาคมองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย; 2555.
7. อารีย์ ดวงดี. ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร. 2550;2:45-50.
8. สืบศิริ บัณฑิตภิรมย์. ผลลัพธ์การจัดคลินิกโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาลหนองแสง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์อุดรธานี. 2549;19:1-9.
9. เกษม ภัทรฤทธิกุล. ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาลหนองสองห้อง. ขอนแก่นเวชสาร. 2550;22(44):449-58.
10. Hamilos DL. Gastroesophageal reflux and sinusitis in asthma. Clin Chest Med. 1995;16(4):683-97.
11. Woodcock AA, Bagdonas A, Boonsawat W, et al. Improvement in asthma endpoints when aiming for total control: salmeterol/fluticasone propionate versus fluticasone propionate alone. Prim Care Respir J. 2007;16(3):155-61.
12. Shapiro GG, Christie DL. Gastroesophageal reflux and asthma. Clin Rev Allergy. 1983;1(1):39-56.
13. Ramos Costa Mdo R, de Oliveira MA, Caetano LB, et al. Time required to achieve asthma control in not previously inhaled corticosteroid treated adult patients. J Asthma. 2008;45(7):579-82.