

## ประสิทธิผลการดูแลรักษาของคลินิกโรคหืด อย่างง่ายในเด็กโรงพยาบาลหล่มสัก

■ ปริญญพร ไหมแพจ พ.บ.

โรงพยาบาลหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 67110

### **Abstract: Effectiveness of Pediatric Easy Asthma Clinic at Lomsak Hospital**

■ Maipang P

Lomsak Hospital, LomSak, Petchaboon, 67110 (prinyapornm@gmail.com)

Asthma is a common chronic disease and acute asthmatic attack is one of leading causes of emergency visit and hospitalization. Recognizing such impact, we provided the patients with easy asthma clinic at Lomsak Hospital. The objective of the study was to evaluate effectiveness of pediatric easy asthma clinic at Lomsak hospital. This was a retrospective descriptive study. Seventy-one patients aged less than 15 years old who attended the asthma clinic for at least 24 months were enrolled into this study. Study tool included asthma clinic medical records from 1 July 2010-30 June 2014 which was used to evaluate the patients after management at 0, 12 and 24 months. Descriptive statistics were described as percent, mean and standard deviation. Analytical statistics were also performed using Friedman Test, Wilcoxon Signed Ranks Test, McNemar-Bowker and General Linear Model (GEE). Clinical outcome measured before and after management at 0, 12 and 24 months. The emergency admission rate was significantly reduced from 1.86 visit/person/year to 1.00 and 0.35 visit/person/year ( $p < 0.001$ ). In addition, the hospitalization rate was decreased from 1.87 visit/person/year to 0.46 and 0.17 visit/person/year ( $p < 0.001$ ). The Predicted Peak Expiratory Flow Rate had improvement from 75.9% to 84.1 and 85.7% ( $p < 0.001$ ). The proportion of patients who had achieved total control asthma stage increase from 7.0% to 67.6% and 88.7% ( $p < 0.001$ ). This study revealed the favorable outcomes of Pediatric Easy Asthma Clinic at Lomsak Hospital, which could improve the asthma treatment outcome.

**Keyword :** Effectiveness, Pediatric easy asthma clinic

## บทคัดย่อ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในเด็กและเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและในโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลหล่มสักได้เห็นความสำคัญและได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในเด็กขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการดูแลรักษาของคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในเด็กโรงพยาบาลหล่มสักโดยการศึกษาค้นข้อมูลย้อนหลัง ประชากรคือผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีที่เข้ารับการรักษาโรคหืดติดต่อกันอย่างน้อย 24 เดือน จำนวน 71 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วย และแบบบันทึกการรักษาของคลินิกโรคหืดอย่างง่าย โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2553 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ.2557 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา อธิบายตัวแปรด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและคำนวณหาความแตกต่างก่อนและหลังรักษาใน Easy Asthma Clinic ใช้สถิติ Friedman Test, Wilcoxon Signed Ranks Test, McNemar-Bowker และ General Linear Model (GEE) ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบก่อนรักษาและหลังการรักษาเดือนที่ 12 และ 24 พบว่าอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงจาก 1.86 ครั้ง/ราย/ปี เป็น 1.00 และ 0.35 ครั้ง/ราย/ปี ( $p < 0.001$ ) อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงจาก 1.87 ครั้ง/ราย/ปี เป็น 0.46 และ 0.17 ครั้ง/ราย/ปี ( $p < 0.001$ ) ค่าทดสอบสมรรถภาพปอด % predicted PEFR เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 75.9 เป็น ร้อยละ 84.1 และ ร้อยละ 85.7 ( $p < 0.001$ ) และมีระดับการควบคุมโรคได้ดีเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 7.0 เป็น ร้อยละ 67.6 และ ร้อยละ 88.7 ( $p < 0.001$ ) ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิผลของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในเด็กโรงพยาบาลหล่มสักช่วยให้การรักษาโรคหืดได้ผลดีขึ้นและสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** ประสิทธิภาพ คลินิกโรคหืดอย่างง่ายในเด็ก

## บทนำ

โรคหืดเป็นโรคที่พบบ่อย และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทั่วโลก จากข้อมูลของโครงการริเริ่มเพื่อโรคหอบหืดระดับโลก (Global Initiative for Asthma) พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลก โดยคาดว่าอาจมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้เพิ่มขึ้น 100 ล้านคนภายในปี พ.ศ.2568<sup>1</sup>

ในประเทศไทยพบว่าอัตราความชุกของโรคหืดผู้ใหญ่อยู่ระหว่างร้อยละ 3.0-7.0<sup>2</sup> อุบัติการณ์ของโรคหืดในเด็กอายุ 6-12 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 ในปี พ.ศ.2523<sup>3</sup> เป็นร้อยละ 13.0 ในปี พ.ศ.2538 และจาก International study for Asthma and Allergy in children (ISAAC)<sup>4</sup> ในประเทศไทยที่กรุงเทพมหานครและเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2550 พบอุบัติการณ์โรคหืดในเด็กอายุ 6-7 ปี เป็นร้อยละ 10.7 และ 6.1 และในเด็กอายุ 13-14 ปี<sup>5</sup> พบร้อยละ 15.9 และ 9.9

การศึกษาในปี พ.ศ.2546 พบว่าการรักษาโรคหืดในประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคหืดถึงร้อยละ 14.8 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และร้อยละ

21.7 ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน เพราะมีอาการหอบรุนแรงเฉียบพลัน<sup>6</sup> จำนวนผู้ป่วยที่เข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการหอบรุนแรงเพิ่มขึ้นทุกปี นับตั้งแต่ 66,679 รายในปี พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็น 112,961 ราย ในปี พ.ศ. 2554 และอัตราการนอนโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน ก็เพิ่มจาก 124.21 ราย ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 176 รายต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2554<sup>7</sup> ทำให้เสียค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยเด็กเฉลี่ยต่อรายครั้งละประมาณ 8,278 บาท ประมาณการว่ารัฐบาลต้องใช้จ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหืดไม่ต่ำกว่า 600,000,000 บาทต่อปี<sup>8</sup>

นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพที่มีผลต่อระบบสุขภาพระดับประเทศแล้ว ยังพบว่าโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยค่อนข้างสูง ผู้ป่วยจะมีหลอดลมตีบทำให้สมรรถภาพปอดลดลง เหนื่อยง่าย ทำกิจกรรมได้น้อยกว่าคนปกติ และเวลามีการกำเริบของโรคต้องขาดงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก ทำให้

เด็กขาดเรียนบ่อย ความรุนแรงของโรคพบว่าเด็กโรคหอบหืดที่มีอาการรุนแรงปานกลางและมากจะมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและความคิด<sup>9</sup>

แนวทางการรักษาซึ่งกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับ Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) กำหนดเป็น Global Initiative for Asthma (GINA) และสมาคมออร์เวจซ์ ร่วมกับสมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา และชมรมโรคหืดจะได้นำแนวทางของ GINA<sup>10</sup> มากำหนดเป็นแนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทย<sup>11</sup> แนวทางการรักษาดังกล่าวได้วางเป้าหมายของการรักษาโรคหืดว่า จะต้องควบคุมโรคหืดให้ได้ โดยได้เน้นถึงความสำคัญของการใช้ยาพ่นสูดสเตียรอยด์เพื่อที่จะลดผลกระทบของโรคหืด สำนักงานหลักประกันสุขภาพจึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหืดตามรูปแบบโปรแกรม Easy Asthma Clinic สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลยังขาดการดูแลอย่างเป็นระบบ โดยการศึกษาของเฉลิมพล<sup>12</sup> พบว่า สาเหตุของการเกิดหืดกำเริบหรือควบคุมโรคได้ไม่ดีในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ยาไม่ถูกวิธี ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้อง การรักษาโรคหืดอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยโรคหืดอย่างถูกต้อง โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจสมรรถภาพปอด ในการรักษาโรคหืดผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องโรคและการพ่นยาที่ถูกต้อง ซึ่งต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพในการดูแล

ทางโรงพยาบาลหล่มสักเห็นความสำคัญการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในเด็ก เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดีแก่ผู้ป่วยเด็กรวมถึงให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเริ่มดูแลรักษาในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในเด็กตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 และใช้แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก เพื่อค้นหาข้อมูลสำคัญที่จะใช้ไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว รวมถึงพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิก ผู้ศึกษาในฐานะผู้ร่วมทีมที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคหืด จึงมีความ

สนใจศึกษาประสิทธิผลของการดูแลรักษาคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในเด็กในโรงพยาบาลหล่มสัก

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนแบบย้อนหลัง ในผู้ป่วยโรคหืดในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีที่รับการรักษาที่คลินิกโรคหืดอย่างง่ายในเด็กโรงพยาบาลหล่มสัก โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เริ่มรักษาในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในเด็กในช่วงเวลา 1 กรกฎาคม พ.ศ.2553 – 30 มิถุนายน พ.ศ.2557 และเป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 24 เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิผลการดูแลรักษาของคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในเด็กโรงพยาบาลหล่มสัก ซึ่งทำการศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยก่อนรักษาในคลินิก และหลังรักษาในคลินิกเดือนที่ 12 และเดือนที่ 24 โดยเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่รับ มีอาการหอบที่รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สมรรถภาพของปอด และระดับการควบคุมโรค

คลินิกโรคหืดอย่างง่ายในเด็กมีการดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพโดยมีแนวทางการปฏิบัติตั้งนี้พยาบาลทำการคัดกรองและบันทึกประวัติ บันทึกผลการรักษา และวัดสมรรถภาพปอดโดยใช้มาตรวัดอากาศไหลออกสูงสุด และฝึกการหายใจที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเองเมื่ออาการกำเริบและความสำคัญของการมาตรวจตามนัด สำหรับแพทย์ประเมินความรุนแรงของโรคและให้การรักษาตามแนวมาตรฐานพร้อมทั้งนัดครั้งต่อไปทุก 1-2 เดือน ขึ้นกับระดับการควบคุมโรค และส่งพบเภสัชกรเพื่อประเมินการใช้ยา และสอนเทคนิคการใช้ยาพ่นเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งให้ความรู้ความสำคัญของการใช้ยาพ่น corticosteroid เพื่อควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และข้อมูลการรักษา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย สำหรับประสิทธิผลของการรักษาได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนครั้งที่รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยก่อนและหลังรักษาในคลินิก

โรคหืดอย่างง่าย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Friedman Test และ Wilcoxon Signed Ranks Test ที่ระดับนัยสำคัญ  $p < 0.05$

การประเมินเปรียบเทียบระดับการควบคุมโรคก่อนและหลังรักษาใช้สถิติ McNemar-Bowker ที่ระดับนัยสำคัญ  $p < 0.05$  สำหรับค่าทดสอบสมรรถภาพปอด วัดจากการใช้ peak flow meter

เพื่อประเมิน Peak expiratory flow rate (PEFR) และคำนวณเป็นร้อยละของค่ามาตรฐาน (% predicted PEFR) โดยใช้ค่ามาตรฐาน PEFR ของผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 15 ปี<sup>13</sup> วิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังรักษาในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (ระหว่างก่อนการรักษาและหลังการรักษาเดือนที่ 12 เดือนที่ 24 และระหว่างหลังการรักษาเดือนที่ 12 และหลัง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=71)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	Median (Min, Max)
	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD.	
เพศ		
ชาย	47 (66.2)	
หญิง	24 (33.8)	
อายุเริ่มที่เข้ารับรักษาในคลินิก		
0-5 ปี	39 (54.9)	
5-10 ปี	25 (35.2)	
10-15 ปี	7 (9.9)	
อายุเฉลี่ย (ปี)	5.13 $\pm$ 2.98	4.33 (0.5, 11.67)
อายุที่มีอาการหอบครั้งแรก (ปี)		
0-5 ปี	59 (83.1)	
5-10 ปี	9 (12.7)	
10-15 ปี	3 (4.2)	
อายุเฉลี่ย (ปี)	2.64 $\pm$ 2.56	2 (0.08, 11)
มีประวัติหอบหืดในบิดาหรือมารดา		
- มี	23 (32.4)	
ประวัติภูมิแพ้อื่น		
- Allergic rhinitis	25 (35.2)	
- Atopic dermatitis	2 (2.8)	
- Cow milk protein allergy	1 (1.4)	
- ไม่มีประวัติภูมิแพ้ใดๆ	43 (60.6)	
ประวัติสัมผัสควันบุหรี่ในที่ปกอาศัย		
- มี	22 (31.1)	
- ไม่มี	47 (66.1)	
- ไม่มีข้อมูล	2 (2.8)	

ตารางที่ 2 ผลการรักษาในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในเดือนที่ 12 และ 24 (n=71)

ผลการรักษา	จำนวนผู้ป่วยก่อนรักษา (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยหลังรักษา (ร้อยละ)	
		เดือนที่ 12	เดือนที่ 24
1. อาการหอบที่รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน			
- $\geq 1$ ครั้ง/ปี	57 (80.3)	33 (46.5)	18 (25.4)
- จำนวนครั้งที่รับรักษาที่ห้องฉุกเฉิน	132	44	20
- อัตราที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน (ครั้ง/คน/ปี)	1.86	1.00	0.35
2. อาการหอบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล			
- $\geq 1$ ครั้ง/ปี	57 (80.3)	22 (31.0)	8 (11.3)
- จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	133	28	12
- อัตราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ครั้ง/ราย/ปี)	1.87	0.46	0.17
3. จำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ	5 (7.0)	0 (0)	0 (0)

รับการรักษาเดือนที่ 24) วิเคราะห์โดยใช้สถิติ General Linear Model (GEE) ที่ระดับนัยสำคัญ  $p < 0.05$

## ผล

การศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 71 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ช่วงอายุที่เริ่มเข้ารับการรักษาโรคหืดอย่างง่ายมากที่สุดได้แก่ อายุ 0-5 ปี (ร้อยละ 54.9) ช่วงอายุที่เริ่มมีอาการหอบครั้งแรกช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 0-5 ปี (ร้อยละ 83.1) มีประวัติภูมิแพ้ร้อยละ 39.4 โดยพบเป็นโรคภูมิแพ้จมูกมากที่สุดร้อยละ 35.2 ประวัติหอบหืดในบิดาหรือมารดาร้อยละ 32.4 และมีประวัติการสัมผัสสุนัขในที่พักอาศัยร้อยละ 31.1 (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบและเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินก่อนการรักษาร้อยละ 80.3 และหลังการรักษา 12 และ 24 เดือน มีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 46.5 และ 25.4 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีอาการหอบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนการรักษและหลังการรักษา 12 และ 24 เดือน มีแนวโน้มลดลง

จากร้อยละ 80.3 เป็นร้อยละ 31.0 และ 11.3 ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจากอาการกำเริบรุนแรงมีจำนวนลดลงจากก่อนรักษาร้อยละ 7.0 เป็นไม่พบผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหลังรักษา 12 และ 24 เดือน (ตารางที่ 2)

พิจารณาเปรียบเทียบก่อนรักษาและหลังรักษาในคลินิกเดือนที่ 12 และ 24 ผู้ป่วยมีอาการหอบที่ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลง โดยอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงจาก 1.86 ครั้ง/ราย/ปี เป็น 1.00 และ 0.35 ครั้ง/ราย/ปี ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) มีอาการหอบที่การรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ตารางที่ 3)

ผลการศึกษาผู้ป่วยมีอาการหอบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงโดยเปรียบเทียบก่อนรักษาและหลังรักษาในคลินิกเดือนที่ 12 และ 24 โดยมีอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงจาก 1.87 ครั้ง/ราย/ปี เป็น 0.46 และ 0.17 ครั้ง/ราย/ปี ซึ่งมีแนวโน้มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาในแต่ละช่วงหลังการ รักษาเดือนที่ 12 กับหลังรับการรักษาเดือนที่ 24 มี อาการหอบที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ตารางที่ 3)

ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดดีขึ้น ค่า % predicted PEFr เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.9 เป็นร้อยละ 84.2 และ 85.7 หลังรักษาเดือนที่ 12 และเดือนที่ 24 ตาม ลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และเมื่อเปรียบหลังการรักษา 12 และ 24 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) (ตารางที่ 4)

จากการประเมินระดับควบคุมอาการในโรคหืด พบว่าก่อนเริ่มรักษาที่คลินิกโรคหืดอย่างง่ายมีระดับ ควบคุมโรคได้ดีเพียงร้อยละ 7.0 หลังรักษาที่คลินิก โรคหืดอย่างง่ายสามารถควบคุมโรคได้เพิ่มขึ้น มีระดับการควบคุมได้ดีในเดือนที่ 12 และ 24 เป็น ร้อยละ 67.6 และ 88.7 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง หลังรักษาเดือนที่ 12 และหลังรักษาเดือนที่ 24 มี ระดับการควบคุมโรคได้ดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $p < 0.001$ ) (รูปที่ 1)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอาการหอบที่รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

	ระยะเวลาที่รักษา			p-value		
	ก่อนการ รักษา	หลังรักษา 12 เดือน	หลังรักษา 24 เดือน	ก่อนรักษากับ หลังรักษา 12 เดือน	ก่อนรักษากับ หลังรักษา 24 เดือน	หลังรักษา 12 เดือนกับ 24 เดือน
จำนวนครั้งที่รับ การรักษาที่ห้อง ฉุกเฉิน	1 (1, 2)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	<0.001*	<0.001*	0.002*
จำนวนครั้งที่เข้า รับการรักษานใน โรงพยาบาล	1 (1, 3)	0 (0, 1)	0 (0, 0)	<0.001*	<0.001*	0.001*

Values presented as Median (IQR). P-value corresponds to Friedman Test and Wilcoxon Signed Ranks

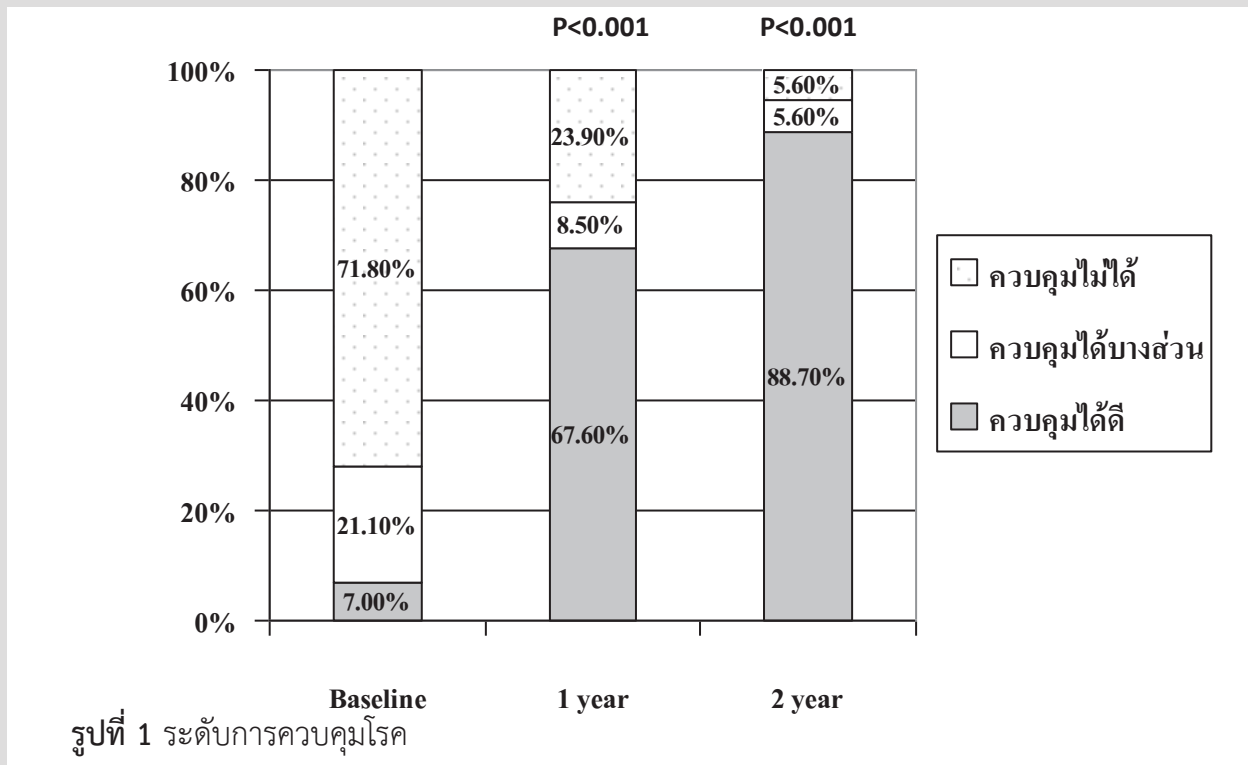
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย

	ระยะเวลาที่รักษา			p-value		
	ก่อนการรักษา	หลังรักษา 12 เดือน	หลังรักษา 24 เดือน	ก่อนรักษากับ หลังรักษา 12 เดือน	ก่อนรักษากับ หลังรักษา 24 เดือน	หลังรักษา 12 เดือนกับ 24 เดือน
% Predicted PEFr*	75.9 ± 16.24	84.2 ± 14.64	85.7 ± 13.64	<0.001	<0.001	0.465

Values presented as Mean±SD. P-value corresponds to General Linear Model (GEE.)

\* ค่ามาตรฐาน PEFr<sup>13</sup>





## วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าเป็นผู้ป่วยเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 66.2 และอายุเฉลี่ย 5.13 ปี โดยสอดคล้องกับการศึกษาของสินินาฏ<sup>14</sup> ที่ศึกษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช พบผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 63.6 และมีอายุเฉลี่ย 4.56 ปี โดยพบอายุที่มีอาการหอบครั้งแรกช่วงอายุ 0-5 ปี มากที่สุดร้อยละ 83.1 ช่วงอายุที่เริ่มเข้ารับรักษามากที่สุด คืออายุ 0 - 5 ปี ร้อยละ 54.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลวดี<sup>15</sup> พบว่าอายุของผู้ป่วยเด็กเริ่มมีอาการของหอบหืดช่วงอายุ 0-5 ปี ถึงร้อยละ 87.8 และช่วงอายุของผู้ป่วยที่มารักษาพบอายุ 0-5 ปี ร้อยละ 47.4

จากการศึกษานี้พบมีภาวะภูมิแพ้ร่วมด้วย ร้อยละ 38.0 พบเป็นภาวะภูมิแพ้จมูกมากที่สุด ร้อยละ 29.6 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของพรเพ็ญ<sup>16</sup> พบภาวะภูมิแพ้จมูกร้อยละ 10.2 และการศึกษาของสุวัฒน์<sup>17</sup> ที่พบภาวะภูมิแพ้จมูกถึงร้อยละ 81.3 มีประวัติหอบหืดในบิดาหรือมารดาร้อยละ 32.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์<sup>17</sup> พบโรคหืดในผู้ปกครองร้อยละ 32.8 แต่ความแตกต่างจากการศึกษาของพรเพ็ญ<sup>16</sup> พบมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหืดเพียงร้อยละ 19.2 ประเมินอาการหอบที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหลังการรักษา 12 และ 24 เดือน มีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 46.5 และ 25.4

ส่วนอาการหอบที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หลังการรักษา 12 และ 24 เดือน มีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 31.0 และ 11.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรเพ็ญ<sup>16</sup> ได้ศึกษาพบว่าการพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความถี่ลดลงเหลือร้อยละ 46.7 และการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงเหลือร้อยละ 25.7 ทั้งนี้ น่าจะเกิดจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาพ่นสูดสเตียรอยด์และมีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ทำให้การควบคุมโรคได้ดีขึ้นอาการกำเริบจึงลดลง

ระดับควบคุมอาการโรคหืดพบว่าหลังรักษาในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายสามารถควบคุมอาการได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) มีระดับการควบคุมโรคได้ดีในเดือนที่ 12 และ 24 เป็นร้อยละ 69.0 และ 88.7 ใกล้เคียงกับการศึกษาของพรชัย<sup>18</sup> ที่พบว่าการจัดคลินิกโรคหืดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช หลังการปรับปรุงคลินิกสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้นเป็นร้อยละ 79.4 และ 98.4 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ใหญ่ที่พบว่าหลังการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายช่วยทำให้ผลการรักษาดีขึ้น มีการควบคุมอาการได้ดีขึ้น เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ มีการให้ความรู้เรื่องโรคหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น รวมถึงให้คำแนะนำการใช้ยาพ่นให้ถูกวิธี

การประเมินสมรรถภาพปอดโดยวัด Peak expiratory flow rate เป็นการประเมินที่ง่ายสำหรับเด็กอายุน้อย และต้องอาศัยความร่วมมือ เมื่อเปรียบเทียบหลังการรักษา 12 และ 24 เดือนพบว่าสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้นจากค่าเฉลี่ย ค่าทดสอบสมรรถภาพปอดพบว่า % predicted PEFR ก่อนการรักษาจากร้อยละ 75.9 เป็นร้อยละ 84.2 และ 85.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบหลังการรักษา 12 และ 24 เดือน มี % predicted PEFR เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.465$ ) ทั้งนี้อาจเกิดจากหลังการรักษา 12 เดือน มีสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้นทำให้สมรรถภาพปอดหลังรักษา 24 เดือนจึงมีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นจากค่าเดิมได้น้อย โดยเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้น ซึ่งการศึกษาของวิธนา<sup>19</sup> พบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดที่ดีขึ้นหลังการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของโสมนัส<sup>20</sup> ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบในผู้ใหญ่

## สรุป

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีปัญหาการดูแลมากกว่าผู้ใหญ่ ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากเด็กและผู้ดูแล รวมถึงต้องใช้เวลาในการดูแลที่นานมากกว่าผู้ใหญ่ การดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายโดยทีมสหวิชาชีพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ผลการรักษาในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายหลังเข้ารับการรักษาในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ทำให้ประสิทธิผลการรักษาดีขึ้น อาการกำเริบลดลง มีอาการหอบกำเริบเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง และมีสมรรถภาพปอดดีขึ้นและการควบคุมโรคได้ดีมากขึ้น การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบและการควบคุมอาการได้ดีของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมรัฐ ศรีตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก ดร.กนิษฐา อรรถวาไสย คุณวรรณนิภา สิทธิราช และทีมสหวิชาชีพคลินิกโรคหืดอย่างง่ายทุกท่าน ที่ช่วยให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

## References

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHLBI/WHO workshop report ; 1995.
2. คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ.2551. แนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุขสุขภาพดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ.2551. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์ ; 2552.
3. Vichyanond P, Jirapongsananuruk O, Visitsuntorn N, Tuchinda M. Prevalence of Asthma, Rhinitis and Eczema in Children from Bangkok Area by Using the ISAAC (International Study for Asthma and Allergy in Children) Questionnaires. J Med Assoc Thai 1998 ; 81 : 175-84.
4. Trakultivakorn M, Sansupawanich P, Vichyanond P, Time trends of prevalence of asthma, rhinitis, and eczema in Thai children-ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) Phase Three. J Asthma 2007 ; 44 : 609-11.
5. Boonsawat W, Chareonphan P, Kaitboonsri S, Wiriyachaiyo V, Pothirat C, Wongtim S, et al. Prevalence of asthma symptoms in adult in 4 cities of Thailand. Paper presented at: Joint scientific meeting the Thoracic Society of Thailand, the Malaysia Thoracic Society and the Singapore Thoracic Society 2002. Bangkok, Thailand ; 2002. P. 112.



6. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, Wongtim S, Viriyachaiyo V, Pothirat C et al. Survey of asthma control in Thailand. *Respirology* 2004 ; 9 : 373-8.
7. วัชรา บุญสวัสดิ์. ผลกระทบของโรคหืดต่อระบบสาธารณสุข. ใน : สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพนกุล, ชีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, บรรณาธิการ. ตำราโรคหืด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์. หน้า 1-6.
8. จามรี ชีระกุลพิศาล. การวินิจฉัยโรคหืดในเด็ก. ใน: สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพนกุล, ชีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, บรรณาธิการ. ตำราโรคหืด. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์ ; หน้า 63-68.
9. Graetz B, Shute R. Assessment of peer relationships in children with asthma. *J Pediatr Psych*. 1995 ; 20 : 205-16.
10. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [online]. 2006 [Cited 2012 Feb 6]. Available from: <http://www.ginasthma.org>
11. มุกดา หวังวีรวงศ์, อภิชาติ คณิตทรัพย์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย V.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ : ยูเนียนอูตราไวโอเร็ด จำกัด ; 2555.
12. เฉลิมพล สมทรัพย์, จามรี ชีระกุลพิศาล. การศึกษาสาเหตุที่ทำให้เด็กมีอาการหอบเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ได้รับการรักษาด้วยสเตียรอยด์ชนิดสูดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 2552 ; 48 : 151-7.
13. Polgar G, Promadhat V. Pulmonary function testing in children: techniques and standards. *Ann Intern Med* 1971 ; 75 : 819-20.
14. ลีนิภา คนธรรพ์, ทำนบ ตันนิติศุภวงษ์. การเกิดภาวะหอบหืดรุนแรงเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ.2554. *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 2555 ; 3 : 217-21.
15. กุลวดี เขียววานิช. ข้อมูลเด็กโรคหอบหืดที่มารับการรักษาที่คลินิกภูมิแพ้ โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง. *ลำปางเวชสาร* 2543 ; 3 : 176-82.
16. พรเพ็ญ มนตรีศรีตระกูล. ผลการรักษาโรคหืดในเด็กโดยใช้ระบบคลินิกโรคหืดอย่างง่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*. 2551 ; 11 : 11-9.
17. สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์. ผลลัพธ์ทางคลินิกทางคุณภาพชีวิตและทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยเด็กโรคหืดของประเทศไทย. กรุงเทพฯ. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ; 2555.
18. พรชัย วัฒนรังสรรค์. ผลลัพธ์การจัดคลินิกโรคหืดในเด็กที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2556 ; 22 : 437-44.
19. วิภา ไชยยศ. ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ตาม GINA Guideline 2006 ที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 2552 ; 1 : 86-94.
20. โสมนัส โกยสวัสดิ์. ผลสัมฤทธิ์ของคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2555 ; 27 : 33-42.