



EACC Annual Meeting 2008

- EACC Guideline Implication

- Pediatric Asthma Management in EACC

- How to handle COPD in Easy Asthma Clinic

- EACC Excellence Award 2008



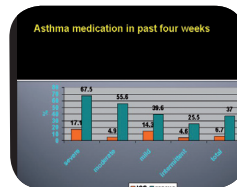
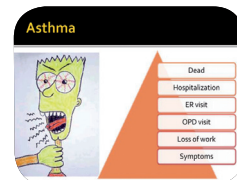
Message from Assoc. Prof. Dr. Watchara



ที่มาของการจัดทำโครงการคลินิกโรคหืด (EAC : Easy Asthma Clinic) เกิดขึ้นจากผมได้ทำการสำรวจเรื่องการควบคุมรักษาโรคหืดในประเทศไทยร่วมกับโรงพยาบาล 4 แห่ง คือ รพ.รามาธิบดี รพ.จุฬาลงกรณ์ รพ.มหาสารคามเชียงใหม่ และ รพ.สงขลานครินทร์ แล้วพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยยังมีอาการหอบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย และการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์น้อยกว่าที่ควรมาก แสดงว่าการให้การรักษาผู้ป่วยโรคหืดและผลที่ได้รับนั้นยังไม่ดีนัก จึงเป็นที่มาของการจัดทำโครงการคลินิกโรคหืดขึ้นในเดือนมีนาคม 2004 โดยการสนับสนุนของ บริษัท แกล็กโซสมิทไคลน์ หรือ GSK เพื่อจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดที่บุคลากรทางการแพทย์ทั่วไปสามารถปฏิบัติตามได้ ไม่ซับซ้อน ทั้งนี้ วัตถุประสงค์หลักของการจัดทำ ก็เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการรักษาตามมาตรฐานสากลอย่างถูกต้องเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล จากผลการดำเนินงานมาตลอด 5 ปี ขณะนี้ไม่มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ แล้วเกือบ 500 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งผลการดำเนินโครงการค่อนข้างประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี และมีกระจายโครงการไปยังการรักษา COPD ด้วย

มีผลการศึกษาเฉพาะในเขตพื้นที่ขอนแก่น (7 จังหวัด) พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการหอบรุนแรงจนต้องเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง มีผู้ป่วยที่ได้รับ ICS (Inhaled Corticosteroids) เพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดโดยการวัด peak flow ทุกราย อีกทั้งโรงพยาบาลต่างๆ ยังมีระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยได้อีกด้วย สิ่งเหล่านี้เป็นการวางรากฐานระบบสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคต

ผมหวังว่า โครงการนี้จะสามารถดำเนินการไปได้ดีและส่งผลดีต่อทั้งบุคลากรและผู้ป่วยในระดับสากล



ภก. สมโภชน์ พรหมราชย์

Message from... GSK

“โรกระบบทางเดินหายใจ นับเป็นโรคสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก บริษัท แกล็กโซสมิทไคลน์ หรือ GSK ในฐานะผู้นำด้านการค้นคว้าวิจัยเวชภัณฑ์ระดับโลก ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ จึงยินดีให้การสนับสนุนโครงการคลินิกโรคหืดและ COPD ซึ่งเป็นโครงการที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง ที่จะช่วยทำให้บุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยมีความรู้และความสามารถ อันนำไปสู่การพัฒนากระบวนการรักษาดูแลผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติให้ดีขึ้น ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ยังทำให้มีความเข้าใจและเกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม”



Welcome to EACC Annual Meeting 2008

งานประชุมใหญ่ประจำปี โครงการคลินิกโรคหืดและ COPD ครั้งที่ 5 นี้ได้รับเกียรติจากศาสตราจารย์นายแพทย์ ประภาพร ยงใจยุทธ ประธานสมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย ขึ้นกล่าวเปิดงานเพื่อเป็นเกียรติแก่สมาชิกที่เข้าร่วมประชุม

“งานประชุมใหญ่ฯ นี้ จัดติดต่อกันมาเป็นปีที่ 5 ปีนี้มีสมาชิกเข้าร่วมงานมากกว่า 300 คน จาก 100 กว่าโรงพยาบาล ทุกคนคงทราบดีว่า โรคหืดเป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศในด้านการรักษาผู้ป่วยถึงกว่า 5,000 ล้านบาท และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เพราะปัญหาหลักของการรักษาคือการที่ผู้ป่วยหลายรายขาดการตระหนักถึงความรุนแรงของโรค จึงละเลยต่อการรักษาอย่างถูกต้อง ทั้งนี้ มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 50 ที่ไม่ใช้ยาหลักตามที่แพทย์สั่ง หรือใช้ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมโรคหืดในประเทศไทย

ในฐานะตัวแทนของสมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย ซึ่งก่อตั้งขึ้นเพื่อเสริมสร้างและประสานงานกับองค์กรที่เป็นตัวแทนกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มผู้ป่วย และหน่วยงานอื่นๆ ของรัฐหรือเอกชน มีวัตถุประสงค์เดียวกันกับโครงการคลินิกโรคหืดและ COPD ที่จัดตั้งขึ้น ในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดให้ได้มาตรฐานสากล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งยังช่วยแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้นได้อีกด้วย ขอขอบคุณสมาชิกทุกคนที่ได้ร่วมกันพัฒนาการนี้ให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้น โดยหวังว่าจะได้เห็นอนาคตที่สดใสของการแก้ปัญหาโรคหืดในประเทศไทยต่อไป”



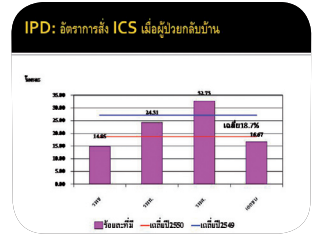
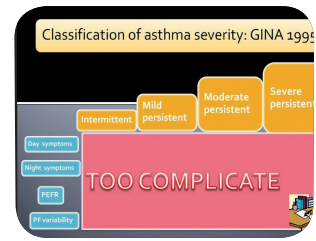
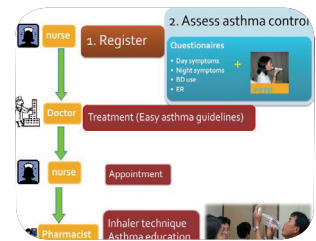
ศ.นพ. ประภาพร ยงใจยุทธ

โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ของหน่วยบริการ สาขาเขตพื้นที่ขอนแก่น (EACC Guideline Implication)

รศ. นพ. วิชาญ บุษยสวัสดิ์

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศไทย ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหืดมาเข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบรุนแรงที่ห้องฉุกเฉินและเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลอีกปีละกว่า 100,000 ราย และเสียชีวิตมากกว่า 1,500 ราย โดยพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ทั้งนี้ การรักษาผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยยังคงมีปัญหาอยู่มาก แม้ว่าจะมีการนำ GINA guideline เข้ามาใช้ระยะหนึ่งแล้วก็ตาม ซึ่งสาเหตุหลักของความล้มเหลวในการใช้ GINA guideline คือ วัฒนธรรมและแนวทางในการรักษาที่เปลี่ยนไปจากแต่ก่อนมาก เดิมเข้าใจว่า โรคหืดคือโรคที่รักษาไม่ได้ เกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อหลอดลมที่โตขึ้นและทำให้หลอดลมหดตัวมากกว่าปกติ ต้องใช้ยาขยายหลอดลมตามอาการเป็นหลัก แต่ปัจจุบันแนวคิดดังกล่าวได้เปลี่ยนไป คือ โรคหืดเกิดจากการอักเสบของหลอดลม ส่งผลให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ และสามารถรักษาได้ด้วยการใช้ยาลดการอักเสบของหลอดลมนั้นคือการให้ยา ICS เป็นหลัก ประกอบกับความเข้าใจที่ว่า ขั้นตอนการวินิจฉัยและรักษานั้นมีความยุ่งยากซับซ้อน ดังนั้น ความพยายามในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น จึงเป็นที่มาของการจัดทำโครงการ EAC (Easy Asthma Clinic) ในปี 2004 ที่จังหวัดขอนแก่น โดยการสนับสนุนของ บริษัท แก๊สโซลิมิตไคลน์ เพื่อจัดทำ Easy Asthma Guidelines ที่บุคลากรด้านการแพทย์สามารถปฏิบัติตามได้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ขั้นตอนการทำงานของ EAC คือ หลังจากผู้ป่วยลงทะเบียนประวัติ

ก็ให้เข้ารับการประเมินการควบคุมโรคหืด โดยการตอบคำถามง่ายๆ 4 ข้อ คือ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีอาการหอบ wheeze ในช่วงกลางวันหรือไม่, ต้องลุกขึ้นไอ มีหอบ wheeze ในช่วงกลางคืนหรือไม่, ต้องใช้ยาขยายหลอดลมหรือเคยต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือไม่ แล้วให้ผู้ป่วยเป่า peak flow meter เพื่อวัดสมรรถภาพปอด หลังจากนั้นแพทย์จึงพิจารณาการรักษา โดยประเมินจากความสามารถในการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วย คือ หากผู้ป่วยตอบแบบประเมินว่า “ไม่” ทั้ง 4 ข้อ และมี PEF >80% ถือว่าผู้ป่วยควบคุมอาการได้ดี แต่หากผู้ป่วยยังควบคุมโรคหืดไม่ได้ ก็ให้ ICS 500 µg/day หากยังไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้อีก จึงให้ ICS 500 µg/day ร่วมกับ LABA, theophylline SR หรือ Montelukast และหากผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้แล้ว ก็ให้ค่อยๆ ลดยาลงจนเหลือแค่ ICS ผลจากการดำเนินงานจนถึงปัจจุบัน พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่เข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลของเขตพื้นที่ขอนแก่น ในช่วง เม.ย.-ก.ค. ปี 2008 มีแนวโน้มลดลงกว่า 53% เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปี 2007 ผู้ป่วยได้รับ ICS เพิ่มมากขึ้นเป็น 56% และได้วัด peak flow ทุกราย ทั้งนี้ วัตถุประสงค์หลักของการจัดทำ EAC ก็เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยให้ดีขึ้น และมุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดของหน่วยบริการในระบบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ได้มาตรฐานสากลในอนาคต



Q & A

รศ. พญ.จามรี ชีระกุลพิศาล
รศ. พญ.ชลีรัตน์ ศิริวัฒนชัย
รศ. นพ. วิชาญ บุษยสวัสดิ์



- ถาม :** สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็น Asthma 100% แต่มีแนวโน้มที่จะต้องให้ยา ICS แพทย์สามารถพิจารณาให้ยา ICS ก่อนเลยได้หรือไม่ หรือต้องรอการตรวจวินิจฉัยก่อน
ตอบ : การตรวจวินิจฉัย Asthma ในผู้ป่วยเด็กว่าเป็น 100% นั้นกระทำได้ยาก โดยเฉพาะเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี และส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มาพบแพทย์มักจะเป็น Recurrent Wheezing (การมี wheeze เป็นๆ หายๆ มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป โดยในระหว่างไม่มีอาการผู้ป่วยจะเป็นปกติ) หรือ wheeze ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการติดเชื้อ Respiratory Syncytial Virus (RSV) ที่หลอดลม หากเป็นติดกันเกินกว่า 3 ครั้ง ก็สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคหืด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีประวัติโรคหืดในครอบครัวก็ยิ่งเป็นตัวบ่งชี้การมีความเสี่ยงที่จะเป็นสูง ตามแนวทางของ GINA guideline 2006 แพทย์สามารถพิจารณาให้ ICS ได้เลย และควรเริ่มให้การรักษาตั้งแต่นั้นๆ โดยให้ low dose of ICS ขนาด 400 ไมโครกรัมต่อวัน ซึ่งสามารถช่วยเพิ่มสมรรถภาพปอดได้ดีกว่าการให้ยาในกลุ่มอื่น
- ถาม :** ในการทำคลินิกผู้ป่วยโรคหืด หากมีผู้ป่วยผื่นคันเนื่องจากมีอาการดีขึ้นจะมีวิธีอย่างไรเพื่อทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและมาตามนัด
ตอบ : ต้องเน้นย้ำให้ข้อมูลกับผู้ป่วยว่า แม้ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นแล้วอย่างไรก็ดี ก็ต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะแค่อาการที่รู้สึกดีขึ้นนั้น ไม่ได้หมายความว่าปอดจะสามารถทำงานได้ในสมรรถภาพปกติแล้ว ซึ่งการชี้แจงความเข้าใจ

ตัวอย่างคำถาม/คำตอบ เรื่อง Asthma และ COPD ในวันงาน

- เหล่านี้ต้องเริ่มกระทำตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการปฏิบัติตัว ความเข้าใจเรื่องโรค ความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ถาม :** ผู้ป่วยโรคหืดหากใช้ยา Steroid แล้วควบคุมอาการได้ดีขึ้น จะสามารถหยุดยาได้หรือไม่
ตอบ : สามารถหยุดยาได้แต่ต้องใช้ยาสูดมานานระยะหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยควรจะไม่มีอาการปรากฏภายใน 1 ปีที่ผ่านมา
 - ถาม :** การให้ Prednisolone ในห้องฉุกเฉิน ระหว่าง 2 เม็ด 3 เวลา กับ 3 เม็ด 2 เวลา ให้ผลการรักษาแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
ตอบ : ผลการรักษาไม่ค่อยมีความแตกต่างกันเท่าไร
 - ถาม :** การลดขนาดยา Inhale Steroid ในเด็ก มีความแตกต่างกันหรือไม่
ตอบ : ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นภายใน 3 เดือน ก็สามารถลดขนาดยาลงได้ หรือหากใช้ Combination Therapy อยู่ และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ก็สามารถทำได้ โดยลดขนาดของยา Steroid ลง
- เนื่องจากมีพื้นที่จำกัด ขอให้ท่านดูคำถาม/คำตอบอื่นๆ ได้จาก Website : <http://eac2.dbregistry.com>

Pediatric Asthma Management in EACC

รศ. พญ. ชลธิรัตน์ ศิริวัฒนชัย



โรคหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในเด็กไทย แม้ว่าโรคนี้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การควบคุมอาการของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ด้วยการเลือกใช้ยา รักษาที่เหมาะสมกับระดับอาการ การป้องกันภาวะ exacerbation และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วยนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วย

เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมปกติได้โดยไม่ต้องกังวลว่าจะมีอาการหอบติดตัวไปจนตาย โรคหืดในเด็กส่วนใหญ่พบกว่า 80% เกิดขึ้นในช่วง 5 ขวบปีแรก ซึ่งในเด็กเล็ก การวินิจฉัยแยกโรคออกจากโรคที่มี wheeze อื่นๆ จะทำได้ค่อนข้างยาก แพทย์จึงจำเป็นต้องวินิจฉัยอาการให้ละเอียดมากขึ้น โดยการซักประวัติโรคหืดในครอบครัว ร่วมกับการตรวจ IgE serum และการทำ allergy skin prick test ทั้งนี้ CDC 2003 ได้ระบุว่า เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี หากพบอาการ wheeze ถึง 3 ครั้งในช่วงปีที่ผ่านมา และในแต่ละครั้งมีอาการนานเกินกว่า 1 วัน ประกอบกับมีประวัติในครอบครัวเป็นโรคหืด หรือมี atopic dermatitis อย่างใดอย่างหนึ่ง ก็สามารถวินิจฉัยได้เลยว่าเด็กเป็นโรคหืด แต่หากไม่สามารถวินิจฉัยได้จากทั้ง 2 ปัจจัยดังกล่าว ก็สามารถวินิจฉัยได้จากอาการ allergic rhinitis, อาการ wheeze ที่ไม่ได้เกิดจากไขหวัด หรือค่า eosinophils ในเลือดที่สูง ซึ่งหากตรวจพบปัจจัยเหล่านี้อย่างน้อย 2 ใน 3 ก็สามารถวินิจฉัยได้เช่นกันว่าเป็นโรคหืด

นอกจากปัจจัยต่างๆ เหล่านี้แล้ว การตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอด ก็ถือเป็นอีกหนึ่งสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การวินิจฉัยโรคหืดแม่นยำและถูกต้องมากยิ่งขึ้น สามารถทราบถึงอาการความรุนแรงของโรคและผลการรักษาว่าได้ผลดีหรือไม่ ซึ่งการวัดสมรรถภาพปอดนั้นสามารถทำได้ 2 วิธี คือ การวัดค่า FEV₁ ด้วย Spiro meter หรือค่า PEF ก่อนและหลังการให้ยาขยายหลอดลม ซึ่งหากค่า FEV₁ หรือ ค่า PEF เพิ่มขึ้นมากกว่า 20% ก็สามารถวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคหืด หรือใช้วิธีการดูค่าความแตกต่างของ peak flow ในช่วงเช้าและเย็น หากมีค่าความแตกต่างมากกว่า 20% ก็จะช่วยสนับสนุนผลการวินิจฉัยโรคหืดเช่นกัน

GINA guidelines ได้ระบุแนวทางการรักษาโรคหืดในผู้ใหญ่และเด็กอายุ 5 ขวบขึ้นไป ตามระดับขึ้นความรุนแรงของโรคไว้ 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ Intermittent ให้รักษาตามอาการเฉพาะในเวลาที่มีอาการหอบหืด โดยใช้ยากลุ่ม SABA, ระดับ Mild persistent ให้ low dose of ICS หรือ Montelukast, ระดับ Moderate persistent ให้ medium dose of ICS อย่างเดียว หรือหากยังคงใช้ low dose of ICS ก็ให้พิจารณาใช้ร่วมกับ

LABA, theophylline SR หรือ Montelukast ตัวใดตัวหนึ่ง และระดับ Severe persistent ให้ medium to high dose of ICS ร่วมกับยาตัวอื่น เช่น LABA, theophylline SR หรือ Montelukast ซึ่งอาจให้ได้มากกว่า 1 ชนิด ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจจำเป็นต้องให้ lowest dose of oral corticosteroid ร่วมด้วย หากยังควบคุมอาการไม่ได้ อาจพิจารณาให้ Anti-IgE เพื่อลด IgE อีสาระในกระแสเลือด ซึ่งจะส่งผลให้ปฏิกิริยาระหว่าง antigen และ IgE ลดลง

จากแนวทางการรักษาตาม GINA guidelines จะเห็นได้ว่า มีการแนะนำให้ใช้ยา LABA ร่วมกับ ICS ในการรักษาโรคหืดที่มีความรุนแรงระดับ Moderate และ Severe persistent ซึ่ง PEACE study ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 6-14 ปี ที่มีค่า FEV₁ 55-80% ของค่ามาตรฐาน และใช้ SABA มาก่อนอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพปอด เปรียบเทียบกันระหว่างการให้ยา SFC และ Montelukast จากการศึกษาพบว่า การให้ SFC ช่วยควบคุมอาการหอบหืด ป้องกัน exacerbation และเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดได้ดีกว่ากลุ่มที่ใช้ Montelukast นอกจากนี้ De Blic study ก็ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ SFC กับ Double doses of steroids เพื่อดูประสิทธิภาพในการควบคุมอาการโรคหืด ซึ่งทำการศึกษาลำดับกับ GOAL study ของผู้ป่วยผู้ใหญ่ แต่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเด็กอายุ 4-11 ปี โดยใช้ยา SFC ที่ให้ FP 100 µg bid เทียบกับการใช้ FP อย่างเดียว 200 µg bid ผลการศึกษาพบว่า การใช้ SFC ที่แม้จะมี FP ต่ำกว่าครึ่งหนึ่ง แต่ก็ให้ผลในการเพิ่มสมรรถภาพปอดที่ดีกว่า และสามารถควบคุมอาการโดยรวมได้ดีเท่ากับการใช้ FP เดียวๆ ในขนาดสูง โดยผู้ป่วยกว่า 20% สามารถควบคุมอาการได้ถึงระดับ total control และมีผู้ป่วยถึง 45% ที่สามารถควบคุมอาการได้ในระดับ well controlled ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ FP เดียวๆ จากผลการศึกษาของทั้ง PEACE และ De Blic ทำให้สามารถสรุปแนวทางในการรักษาโรคหืดในเด็กได้ว่า SFC เป็นยาที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาควบคุมอาการโรคหืดในผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากการให้ SFC ในผู้ป่วยเด็กนั้นสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีกว่าการใช้ Montelukast หรือ FP เพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ แม้ว่าจะมีความปลอดภัยในการใช้ ICS ในเด็กเล็กก็ตาม แพทย์ก็ควรพิจารณาเลือกใช้ lowest dose of ICS เท่าที่จะเป็นไปได้ นอกจากการศึกษาของ PEACE และ De Blic แล้ว ยังมีอีกหลายการศึกษาที่สนับสนุนการใช้ ICS ในเด็กเล็ก เพื่อลด inflammation และ tone ของ airway smooth muscle ซึ่งจะช่วยชะลอการสูญเสียสมรรถภาพปอดของเด็กได้

How to handle COPD in Easy Asthma Clinic

รศ. นพ. วิชาญ นุสวดี

“...สำหรับโรงพยาบาลที่เปิด Asthma Clinic เพื่อรักษาผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่หากมีผู้ป่วย COPD เข้ามา เราควรสังเกตและรักษาผู้ป่วยอย่างไร...”

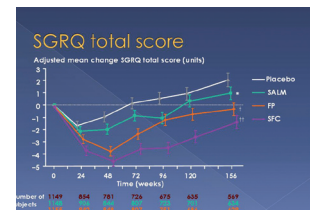
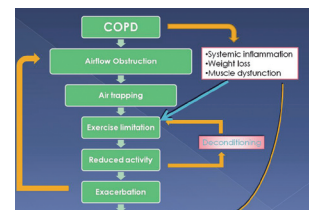
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยและรู้จักคุ้นเคยกันดีในประเทศไทย พอๆ กับ โรคหืด (Asthma) ทั้ง 2 โรคนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงใกล้เคียงกัน คือ ไอ มีเสมหะ เหนื่อยง่าย และหายใจมีเสียงวี๊ดในหน้าอก **ยาหลักในการรักษาโรคทั้งสองโรคก็เป็นยาในกลุ่มเดียวกัน** แนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD guideline) ได้ให้คำจำกัดความว่า โรค COPD เป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจที่รักษาให้กลับมามีได้บางส่วน แต่ไม่สามารถเป็นปกติได้ทั้งหมด การอุดกั้นจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ และมีการอักเสบในหลอดลม ซึ่งเกิดจากการสูดเอาควันพิษ เช่น บุหรี่ การวินิจฉัยโรคอาศัยเครื่อง Spirometer หลังการพ่นยาขยายหลอดลม ค่า FEV₁/FVC <70% แสดงว่ามีการอุดกั้น

ทางเดินหายใจ ก็วินิจฉัยได้ว่าเป็น COPD ซึ่ง GOLD guideline ได้แบ่งความรุนแรงของโรคออกเป็น 4 ระดับ โดยอาศัยค่า FEV₁ คือ stage 1 (mild) FEV₁ %predicted >80%, stage 2 (moderate) 50-80%, stage 3 (severe) 30-50%, stage 4 (very severe) <30% ซึ่งนอกจากการวัดค่า FEV₁ แล้ว การประเมินความรุนแรงของโรคโดย BODE index (BMI, Obstruction, Dyspnea Score และ Exercise Capacity โดยการทำ Six Minutes Walk) สามารถประเมินความรุนแรงของโรคได้ดีขึ้น

ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย COPD นั้น จะประกอบไปด้วย ยาขยายหลอดลม (β_2 agonist, Anticholinergics, Theophylline) และยาสเตียรอยด์ ซึ่งก็เป็นยาในกลุ่มเดียวกันกับยารักษาโรคหืด ยาขยายหลอดลมเป็นหลักในการรักษาโรค COPD จากการศึกษา ISOLDE study พบว่า การให้ยา ICS สามารถลด exacerbation ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี FEV₁ น้อยๆ ดังนั้น GOLD guideline จึงได้แนะนำให้ใช้ยา ICS ในผู้ป่วยที่มี FEV₁ <50% และมีอาการกำเริบของโรคบ่อยๆ นอกจากนี้การศึกษาของ TORCH (Towards a Revolution in COPD Health) ในกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่มที่ได้รับ Placebo, Salmeterol (LABA), Fluticasone (ICS), และ SFC (LABA+ICS) หลังจากเฝ้าติดตามผล 3 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ SFC สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ถึง 17.5% (ถึงแม้อัตราการลดลงนี้ไม่ได้เป็นการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) ลดอัตราการ exacerbation ได้ 25% ซึ่งช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพปอดอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาหลอก

ดังนั้น GOLD guideline จึงได้ระบุแนวทางการรักษา COPD ไว้เป็นระดับขั้นตามความรุนแรงของโรคดังนี้ ผู้ป่วย COPD ที่มีค่า FEV₁ >80% ของค่ามาตรฐาน ให้ใช้ยาขยายหลอดลม ที่ออกฤทธิ์เร็วและสั้นตามอาการ หากมีค่า FEV₁ ระหว่าง 50-80% ให้ใช้ Regular Bronchodilator Treatment หากมีค่า FEV₁ ระหว่าง 30-50% ให้ใช้ LABA ร่วมกับ ICS และผู้ป่วย COPD ที่มีค่า FEV₁ <30% ของค่ามาตรฐาน ให้ใช้ LABA ร่วมกับ ICS และพิจารณาให้ออกซิเจน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งจะเห็นว่า ยาที่ใช้รักษา COPD ขั้นที่ 3 และ 4 จะเหมือนกับยาที่ใช้รักษาโรคหืดเลย การรักษาจะต่างจากโรคหืดก็เฉพาะขั้นที่ 2 และในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตจริง การแยกแยะระหว่างโรคหืดและ COPD บางครั้งก็แยกกันไม่ได้ ดังนั้นเมื่อเจอผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ เราควรจะทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้นมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Maximize Lung Function) ก่อน

ปัญหาของการรักษาโรค COPD ในประเทศไทยคือ โรงพยาบาลทั่วไปยังไม่มีเครื่อง spirometer ถึงแม้ว่าการใช้ peak flow meter อาจจะไม่ดีเท่ากับการวัด FEV₁ เพราะว่าการวัด PEFR ไม่สามารถวินิจฉัยได้ในรายที่ยังเป็นน้อย แต่ผู้ป่วยมารับการรักษาตามโรงพยาบาลทั่วไปจะเป็น COPD ขั้นรุนแรงหรือรุนแรงมาก ดังนั้นการใช้ peak flow meter ร่วมกับการประเมินความรุนแรงของโรค เช่น BODE index ก็สามารถใช้ในการรักษาผู้ป่วย COPD ได้



Definition of COPD: GOLD2006

COPD is a preventable and treatable disease with some significant and irreversible airflow obstruction that may contribute to the severity in individual patients.

Its pulmonary component is characterized by airflow limitation that is not fully reversible. The airflow limitation is usually and associated with an abnormality of lung structure. COPD can be associated with a chronic respiratory infection, α_1 -antitrypsin deficiency, and other conditions.

Conclusions

- Changing concept in COPD management
 - irreversible vs incomplete reversible airway obstruction
 - COPD is inflammatory airway disease
 - COPD is a treatable disease
- COPD Guideline is available
 - ICS is effective in the treatment of COPD
 - LABA/ICS is more effective than ICS
- COPD clinic is easy



การทำ Easy COPD Clinic ก็ทำได้เหมือน Easy Asthma Clinic โดยพยาบาลมีการลงทะเบียนและประเมินความรุนแรงโดยการวัด PEFR ร่วมกับการประเมิน Dyspnea Score, BMI และ Six Minutes Walk แล้วส่งพบแพทย์ให้การรักษา เสร็จแล้วส่งพบพยาบาลสอนการออกกำลังกาย พบเภสัชกรสอนพ่นยา จะเห็นว่าการรักษาไม่ได้แตกต่างจากโรคหืดมากนัก โรงพยาบาลที่ทำ Easy Asthma Clinic อยู่แล้ว สามารถทำ Easy COPD Clinic ได้โดยไม่ต้องยาก

จากใจเครือข่าย

โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา



“ขอขอบคุณ EACC ที่ช่วยสนับสนุน ข้อมูลต่างๆ เป็นอย่างดี ทั้งวิชาการและการประสานงาน ทำให้ทำงานเป็นระบบและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง พวกเรารู้สึกภูมิใจที่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข มีอัตราการควบคุมโรค (Total Control) เพิ่มขึ้น ส่วนรูปแบบการจัดงาน EACC Annual Meeting นั้น มีการทำงานที่เป็นระบบดีมาก ประทับใจที่ได้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ ทำให้ได้รับความรู้มากมาย รู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ผลงานของทีมได้รับรางวัล สมาชิกในทีมจะพัฒนาการทำงานต่อไป ทั้งเรื่องเครือข่ายดูแลผู้ป่วยในชุมชน และพัฒนาสู่วิจัย (R2R) อยากเชิญชวนโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการฯ ร่วมกันส่งผลงาน เข้าร่วมประกวดในปีหน้า จะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานกับเครือข่ายโรคหืดกัน”

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์



“EACC ได้ให้คำแนะนำและสนับสนุน ทั้งจัดอบรมความรู้ จัดหาอุปกรณ์และเอกสาร ให้กับทีมเครือข่าย ลูกทีมมีแนวทางในการปฏิบัติและมีที่ปรึกษาเวลาพบปัญหา การช่วยผู้ป่วยที่เข้ามารักษากับ EACC Clinic ก็เหมือนการได้ทำบุญที่ยิ่งใหญ่ ช่วยให้เรา

ส่วนหนึ่งแห่งความภูมิใจ

โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา

ก่อนเริ่มโครงการโรงพยาบาลระโนด มีผู้ป่วยโรคหืดมากถึง 1 ใน 5 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยกลับมารักษาภายใน 24 ชม. ถึง 23.5% เข้าห้องฉุกเฉิน 29% เข้านอนในโรงพยาบาล 18.6% และมีผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโดยรวมได้เพียง 9% ต่อมาเมื่อตั้ง EACC ขึ้น ได้แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ระยะแรก ตั้งแต่ปี 2006 มีขั้นตอนคือ ชักถามประเมินอาการเบื้องต้น รักษา และพบเภสัชกร แต่ไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย จึงแก้ไขโดยใช้มาตรฐาน HA ในระยะที่ 2 โดยเพิ่มเจ้าหน้าที่เวชกรรมฟื้นฟูเข้าร่วมทีมเพื่อดูแลสมรรถภาพปอดผู้ป่วย และมีเจ้าหน้าที่ อดต. ดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมในบ้าน ต่อมานำมาตรฐาน HPH มาใช้ โดยจัดทำสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยและปฏิทินบันทึกการป่วย รวมทั้งมีการเยี่ยมบ้าน และมีวิทยุชุมชน แต่ก็ยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยพบผู้ป่วยพ้นยาถูกต้องเพียง 34% และพบปัญหาการขาดนัด ในปี 2008 จึงพัฒนาระยะที่ 3 โดยให้ผู้ป่วยพบเภสัชกรก่อน เพื่อประเมินวิธีใช้ยาและปรับระดับยา รวมถึงยังมีโครงการ “นัดนี้ไม่มีลืม” เพื่อโทรตามผู้ป่วยที่ขาดนัด และมีชมรม Asthma ด้วย ผลการดำเนินงานพบว่าสามารถลดความรุนแรงของโรคหืดลงได้ โดยมีผู้ป่วยที่ควบคุมอาการโดยรวมได้ >20% เข้าห้องฉุกเฉิน <10% กลับมารักษาซ้ำ 0% ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ 0% และต้องเข้านอนในโรงพยาบาลจาก Acute Attack <5%



โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ทำการศึกษาวัยเรื่องประสิทธิภาพการรักษาโรคหืด ระหว่าง 13 มกราคม 2005 ถึง 31 ตุลาคม 2008 ในผู้ป่วย 155 ราย ซึ่งเป็นหญิงที่สมรสแล้ว อายุ 15-72 ปี มีอาการเฉลี่ย 10.8 ปี มีอาชีพเกษตรกร พักอาศัยในอำเภอเมือง ใช้บัตรทอง และคู่สมรสมีการสูบบุหรี่ 42.70% โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนพัฒนาระบบ EACC ทีมงานประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีกิจกรรมการชักประวัติ สอนเป่า peak flow meter ให้ความรู้ด้านสุขศึกษา ประเมินการใช้ยา และนัดหมาย โดยสิ้นปี 2005 พบว่ามีผู้ป่วยใช้ยาสูดไม่ถูกต้องถึง 56% และได้รับขนาดยาไม่ถูกต้อง 60% จึงได้ประชุมกับสหวิชาชีพและเพิ่มเภสัชกรเข้าร่วมทีมในระยะที่ 2 (ปี 2006) ต่อมาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เป่า peak flow meter ได้ไม่ถึง 60% มีจำนวนมากถึง 67.47% จึงเริ่มการพัฒนาระยะที่ 3 โดยเพิ่มนักกายภาพบำบัดเข้าร่วมทีมเพื่อสอนการไอและการหายใจที่ถูกวิธี มีการจัดทำแผ่นพับและบัตรนัดรูปแบบใหม่เพื่อตรวจสอบการจับหืดด้วยตัวเอง รวมทั้งยังมีการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาและมีวิทยุชุมชน พบว่า อัตราการเข้าห้องฉุกเฉินและเข้านอนในโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยที่มีค่า PEFr มากกว่าหรือเท่ากับ 80% มีจำนวนเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการใช้ยาสูดมากขึ้น

โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลกรณ เข้าร่วมโครงการ EACC ตั้งแต่ตุลาคม 2006 เนื่องจากพบผู้ป่วยโรคหืดถึงประมาณ 100 ราย และต้องกลับมารักษาภายใน 24 ชม. ถึง 11% จึงเริ่มดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ คือ แยกคลินิกโรคหืดออกจากคลินิกผู้ป่วยนอก จัดจุดเป่า peak flow meter แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตาม GINA guideline 2006 บันทึกประวัติ ประเมินการใช้ยาและปัญหา สอนวิธีการใช้ยาสูด โดยแนะนำเรื่องข้อบ่งใช้ อาการข้างเคียง และวิธีป้องกัน รวมถึงมีการติดตามผลและประเมินอาการ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้ยาสูดครั้งแรก อีกทั้งยังมีโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยแบ่งหน้าที่ให้พยาบาลประเมินสุขภาพ ชักประวัติ

สำรวจสภาพที่อยู่อาศัยและที่ทำงาน และให้เภสัชกรตรวจสอบปัญหาการใช้ยา นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้ง Asthma Care Unit เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคหืด สอนการหายใจที่ถูกต้อง รมรงค์ให้ใช้ผ้าปิดจมูก ป้องกันเวลาทำงาน การออกกำลังกาย และจัดการสิ่งแวดล้อม โดยปัจจุบันพบว่า ผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ สามารถควบคุมจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้านอนในโรงพยาบาลได้ตามที่คาดไว้ แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้เป็นปกติทั้งหมดจะยังไม่ถึงระดับที่วางเป้าหมายไว้ก็ตาม



โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

เนื่องจาก ปี 2005 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ มีผู้ป่วยโรคหืดสูงถึง 12%



และพบผู้ป่วยโรคหืดที่มาด้วยอาการ acute exacerbation สูงถึง 43% ในปี 2006 จึงได้ก่อตั้ง EACC ขึ้น และตรวจพบผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจถึง 10,883 ครั้ง โรคหืด 809 ครั้ง คิดเป็น 7.43% ต่อมาจึงบูรณาการระบบการรักษาใหม่ โดยการตรวจ EKG x-ray และวัด PEFr ทุกครั้ง รวมทั้งให้การรักษาดตาม Gina guideline ต่อมาช่วงปี 2006-2007 พบผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องมากขึ้น จึงมีการ

พัฒนาโดยบันทึกข้อมูลการรักษาและใช้ยาอย่างครอบคลุมมากขึ้น มีทีมสหวิชาชีพ มีการแยกรักษาผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ เพิ่มบทบาทของนักกายภาพบำบัดและเภสัชกร จัดบันทึกข้อมูลสุขภาพและสิ่งกระตุ้น จัดทำแบบประเมินการใช้ยา สนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย ประเมินผล รวมถึงให้ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งกลุ่มและเดี่ยว ผลการดำเนินงานพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็น total control 46.74% ผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงเหลือ 4.5% และผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเหลือเพียง 1.63% เท่านั้น

โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

ปัจจุบันโรงพยาบาลกันทรารมย์ มีผู้ป่วย COPD 150 ราย เริ่มดำเนินการ COPD Clinic เมื่อปลายปี 2007 โดยจัดเป็นคลินิกพิเศษ มีระบบตรวจตอนเช้า ซึ่งพยาบาลจะสอบถามและบันทึกประวัติ อาการ และวัดสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง peak flow meter ก่อนส่งให้แพทย์พิจารณาการรักษา และจัดเก็บข้อมูลในระบบ online ร่วมกับ EACC โดยปัญหาที่พบคือผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงมักไม่สะดวกในการทดสอบ Six Minutes Walk และเป่า peak flow meter ไม่ถูกต้อง เป่าแล้วเหนื่อย จึงได้จัดทำค่าการวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานมากขึ้น ให้ผู้ป่วยทำ EKG รวมทั้งให้ความเข้าใจกับผู้ป่วยเรื่องการรักษา การปฏิบัติตัว การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น การออกกำลังกาย และให้คำแนะนำแก่นักดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว กรณีฉุกเฉิน รวมทั้งยังมีการตรวจเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล เดือนละ 5-6 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง การมีตัวกระตุ้นอยู่ในบ้าน และพบว่าผู้ป่วยกว่า 4.5% ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จึงได้มีการประสานไปยังโครงการรณรงค์งดสูบบุหรี่ ส่วนปัญหาเรื่องการขาดหายไม่เข้ารับการตรวจรักษาตามนัด เช่น ไม่มีอาการจึงไม่มาตรวจรักษา หรือไปทำงานต่างจังหวัด ก็ได้จัดให้มีอาสาสมัครและมีไปรษณียบัตรติดตาม รวมถึงให้มีทีมเยี่ยมรักษาที่บ้านกรณีที่มาไม่ได้จริงๆ



สามารถดำเนินชีวิตเช่นคนปกติได้ในระดับหนึ่ง ส่วนการสัมมนา EACC Annual Meeting ก็ดี ทำให้พวกเราได้พบปะกัน ได้รับความรู้ใหม่ ๆ การส่งประกวดบอร์ดและผลงาน ก็ทำให้ได้ทราบการดำเนินงานของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง มองเห็นจุดเด่นหรือเห็นปัญหาของแต่ละที่ ชัดเจนยิ่งขึ้น เกิดประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วย เราดีใจที่ได้เผยแพร่ให้ทีมอื่นนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป รู้สึกภาคภูมิใจกับรางวัลที่ได้รับ เป็นเหมือนกำลังใจให้ออกทำงานให้ดียิ่งๆ ขึ้น หากเพื่อนๆ ช่วยกันส่งผลงานเข้าประกวดกันเยอะๆ เราจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน”

โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลภกรณ จังหวัดอุบลราชธานี



“ประทับใจที่ EACC มีการบริหารจัดการที่ดี มีแนวทางการปฏิบัติในทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีลำดับขั้นตอน และเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระบบ ดีใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในทีมงาน ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น อยากให้จัด EACC Annual Meeting ทุกปี เพราะเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานและพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้น การส่งประกวดผลงานเอง ก็เป็นโอกาสให้ทุกโรงพยาบาลได้นำเสนอผลงานของตน สมาชิกได้รู้จักกันมากขึ้น ทำให้มองเห็นภาพการทำงานเป็นสหวิชาชีพ การประชุมทำให้เจ้าหน้าที่มีกำลังใจในการทำงาน และเกิดความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รู้สึกดีใจที่ได้รับรางวัล อยากจะเชิญเพื่อนๆ ที่มีความตั้งใจและมี ความมุ่งมั่นในการทำงานร่วมส่งผลงานเข้าประกวด แม้รางวัลอาจมิใช่เป็นตัวกระตุ้นความสำเร็จทั้งหมด แต่เป็นผลลัพธ์ที่บ่งบอกถึงการทำงานอย่างทุ่มเทของพวกเราทุกคน”

EACC Excellence Award 2008

การประชุมใหญ่ประจำปีเครือข่ายคลินิกโรคหืด ครั้งที่ 5 นี้ จัดให้มีการนำเสนอผลงานทั้งในภาพรวมของเครือข่ายผ่านบอร์ดนิทรรศการ และผลงานของแต่ละโรงพยาบาลจากการส่งผลงานเข้าร่วมประกวด “EACC Excellence Award 2008”

ซึ่งนอกจากทุกโรงพยาบาลที่ส่งผลงานเข้าประกวดจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานในคลินิกฯ อันจะสามารถนำไปพัฒนาและปรับปรุงให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นแล้ว ทุกโรงพยาบาลยังได้รับประกาศนียบัตรและเสื้อสามารถสำหรับสมาชิกทุกคนในทีมเป็นที่ระลึก และบางโรงพยาบาลยังได้รับรางวัลใหญ่จากการชนะประกวดผลงานอีกด้วย โดยการประชุมครั้งนี้มีโรงพยาบาลส่งผลงานเข้าประกวดทั้งสิ้น 16 โรงพยาบาล ดังนี้

1. **รพ.ระโนด** จ.สงขลา
(รางวัลชนะเลิศ EACC Excellence Award 2008 รับเช็คเงินสด 20,000 บาท)
(รางวัล EACC Peer Recognition Award 2008 รับเช็คเงินสด 3,000 บาท)
2. **รพ.บุรีรัมย์** จ.บุรีรัมย์
(รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 EACC Excellence Award 2008 รับเช็คเงินสด 15,000 บาท)
3. **รพ. 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ** จ.อุบลราชธานี
(รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 EACC Excellence Award 2008 รับเช็คเงินสด 10,000 บาท)
4. **รพ.สมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ** จ.หนองคาย
(รางวัลชมเชย EACC Excellence Award 2008 รับเช็คเงินสด 3,000 บาท)
(รางวัล EACC Peer Recognition Award 2008 รับเช็คเงินสด 3,000 บาท)
5. **รพ.กันทรารมย์** จ.ศรีสะเกษ
(รางวัลชมเชย EACC Excellence Award 2008 รับเช็คเงินสด 3,000 บาท)
6. **รพ.พนมไพร** จ.ร้อยเอ็ด
(รางวัล EACC Peer Recognition Award 2008 รับเช็คเงินสด 3,000 บาท)
7. **รพ.ชัยภูมิ** จ.ชัยภูมิ
8. **รพ.ตระการพิษผล** จ.อุบลราชธานี
9. **รพ.พุทธรักษา** จ.พิษณุโลก
10. **รพ.ยางตลาด** จ.กาฬสินธุ์
11. **รพ.น่าน** จ.กาฬสินธุ์
12. **รพ.บางบัว** จ.สมุทรปราการ
13. **รพ.กระสัง** จ.บุรีรัมย์
14. **รพ.เพ็ญ** จ.อุดรธานี
15. **รพ.ประจวบคีรีขันธ์** จ.ประจวบคีรีขันธ์
16. **รพ.ปากน้ำชุมพร** จ.ชุมพร



ประมวลภาพกิจกรรม



เชิญประกวด

ทุกท่านคงได้เห็นผลงานและความรู้สึกของแต่ละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมประกวดกันแล้วนะครับ ว่ามีความภาคภูมิใจกับการพัฒนาและความก้าวหน้าของคลินิกกันอย่างไร และสิ่งที่สำคัญเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลและเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับสมาชิกโรงพยาบาลอื่นๆ ผมจึงขอเชิญชวนสมาชิกเครือข่าย EACC ทุกโรงพยาบาล ร่วมส่งผลงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดเข้าประกวด EACC Excellence Award และ EACC Peer Recognition Award 2009 อันจะนำไปสู่การพัฒนาการรักษารักษาผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต ทุกท่านสามารถติดตามข่าวสารและรายละเอียดของการประกวดในปี 2009 ได้ที่ Website : <http://eac2.dbregistry.com>

เพลงมือสีขาว

(นายแพทย์)	หนึ่งชีวิตนี้เกิดมา ทำดีเพื่อปวงประชา	คุณคือคนที่มีค่า เสียสละเพื่อสังคม	(นายแพทย์)	เพราะคุณคือผู้ให้ สองมือสีขาวเปี่ยมพลัง	ต่อลมหายใจเดิมความหวัง ภาคภูมิใจจรรยาบรรณ
(พยาบาลหญิง)	หนึ่งสมองพร้อมคุณธรรม สองมือสีขาวมุ่งมั่น	สร้างโลกสร้างความสุข สร้างสรรค์ทำสิ่งดี	(พยาบาลหญิง)	เมืองไทยนั้นโชคดี ทุ่มเทใจช่วยเหลือ	มากมีผู้เสียสละ หยิบยื่นความเมตตา
(เภสัชกรหญิง)	*เพราะคุณคือผู้ให้ เข้มแข็งยืนหยัดเคียงข้าง	แม่เหน็ดเหนื่อยยังมีหวัง เพื่อคนทุกข์ยากพันภัย	(เภสัชกรหญิง)	ความดีจะอยู่คู่ฟ้า คุณคือคนที่มีค่า	สร้างสังคมพัฒนา “มือสีขาว” ของสังคม

บริษัท แกล็คโซสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด ชั้น 12 อาคารเวทเพลส 55 ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-659-3000
โครงการคลินิกโรคหืดและ COPD โทรศัพท์ 085-006-6966