

Outcome of Easy Asthma Clinic Krasang Hospital Buriram Province

Sommanus Koysavat, M.D.*

ABSTRACT

Background : Asthma is common chronic disease and acute asthmatic attack is one of leading cause of emergency visit and hospitalization. According to the survey, the asthma treatment in Thailand was poorly managed. From above rationale, Krasang hospital has established the Easy asthma clinic based on the asthma management guideline issued by department of medicine Khonkean University since October 2005 which applied from the GINA guideline for total asthma control goal.

Objective : to analyze and compare level of asthma control, emergency visit, hospitalization rate and complications of the patient at pre and post registration in Easy asthma clinic.

Study design : Retrospective study

Methods : The studied population is asthmatic patients aged > 5 years old who attended the asthma clinic for at least 36 months. 105 patients were included in this study. Research tool includes asthma clinic medical records from 1 October 2005 to 30 September 2011 which evaluated the patients after management at 0, 12, 24 and 36 months. Descriptive statistic was performed and reported in term percent mean and standard deviation. Analytical statistic was also performed using analysis of variance (ANOVA), Chi-square, Paired t-test and Fisher exact test.

Result : Clinical outcome measured by level of asthma control was done before and after management at 0, 12, 24 and 36 months, significant improvement has been shown ($p = 0.000$). The patients achieved asthma control from 14.1% to 59.0%, 57.3% and 53.3% respectively. The comparison of emergency visit and hospitalization rate revealed statistically significant improvement ($p = 0.000$). Frequency of emergency visit decreased from 74.8% to 10.5%, 4.8% and 4%. Hospitalization decreased from 40% to 2.9%, 1.9% and 5%. This study also found that dose of inhale steroid was not correlated with TB and pneumonia complications.

Conclusion : This study suggested the implementation of Easy asthma clinic in community hospital will allows asthmatic patient to access standard treatment to improve better asthma control and patient safety.

Keywords : Easy asthma clinic, Krasang hospital.

*Physician , Professional Level . Krasang Hospital. Buriram provincial public health office.

ผลสัมฤทธิ์ของคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

โสมนัส โภยสวัสดิ์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในห้วงฉุกเฉินและในโรงพยาบาล จากการสำรวจผลการรักษาโรคหืดในประเทศไทย พบว่าการรักษาโรคหืดยังต่ำกว่ามาตรฐานจากปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลกระสังจึงได้ตั้งคลินิกโรคหืด (Easy asthma clinic) ตามแนวทางของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อเดือนตุลาคม 2548 โดยการนำ GINA guideline มาใช้ในการดูแล

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับการควบคุมโรคหืด, อัตราการเข้ารับการรักษาในห้วงฉุกเฉิน, อัตราการนอนโรงพยาบาล, ภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษาในคลินิกโรคหืด (Easy asthma clinic)

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง

วิธีการวิจัย : ประชากรคือผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุมากกว่า 5 ปีที่เข้ารับการรักษาที่โรคหืดติดต่อกันอย่างน้อย 36 เดือน จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่แบบบันทึกการรักษาของคลินิกโรคหืดในช่วง 1 ตุลาคม พ.ศ.2548 – 30 ก.ย. พ.ศ.2554 โดยวัดผลเดือนที่ 0, 12, 24, 36 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ วิเคราะห์ความแปรปรวน (One –way Anova), Chi-square, Paired t-test และ Fisher exact test.

ผลการวิจัย : ระดับการควบคุมอาการโรคหืดที่ 0,12,24,36 เดือนหลังการรักษา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) โดยสามารถควบคุมอาการได้ (controlled) คือร้อยละ 14.1, 59.0, 57.3, 53.3 ตามลำดับ และการมารับการรักษาในห้วงฉุกเฉินลดลง เท่ากับร้อยละ 78.8, 10.5, 4.8, 4 ร้อยละการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะหืดฉับพลันลดลง เท่ากับร้อยละ 40, 2.9, 1.9, 5 ตามลำดับ ซึ่งผลลัพธ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) โดยปริมาณระดับยาพ่นสเตียรอยด์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคอื่นโรค ปอดอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: การจัดตั้งคลินิกโรคหืดสามารถทำได้ในโรงพยาบาลชุมชนและทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานมากขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น และมีความปลอดภัย

คำสำคัญ : คลินิกโรคหืด(Easy asthma clinic), โรงพยาบาลกระสัง

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลกระสัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย⁽¹⁻³⁾ และประเทศต่างๆทั่วโลก^(4,5) ซึ่งจากข้อมูลของโครงการริเริ่มเพื่อโรคหอบหืดระดับโลก (Global Initiative for Asthma) พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 300 ล้านคนทั่วโลกโดยคาดกันว่าอาจมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้เพิ่มขึ้น 100 ล้านคนภายในปี พ.ศ.2568⁽⁴⁾ สำหรับในประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคหืดในผู้ใหญ่ ประมาณร้อยละ 3-7⁽⁶⁾

แม้ว่าจะมีแนวทางการรักษา Global initiative for asthma (GINA)⁽⁷⁾ ซึ่งกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ร่วมกับ National Heart lung and blood institute (NHLBI) และแนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทย⁽⁶⁾ ของสมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย ซึ่งเน้นการใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดเป็นหลักในการรักษาโดยเป้าหมายในการรักษาโรคหอบหืดที่ GINA guideline ได้ตั้งไว้คือ ผู้ป่วยโรคหอบหืดไม่มีอาการหอบกลางวัน (<2ครั้ง/สัปดาห์) ไม่ต้องตื่นขึ้นมาหอบในช่วงเวลากลางคืน ไม่ต้องไปห้องฉุกเฉินเพราะอาการหอบ ไม่ต้องใช้ยาบรรเทาอาการ (<2 ครั้ง/สัปดาห์) ไม่มีข้อจำกัดของการออกกำลังกายหรือทำงาน มีสมรรถภาพของปอดเป็นปกติ โดยที่ปราศจากอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

หลังจากมีการนำเอา GINA guideline มาใช้หลายปี ได้มีการสำรวจผลการรักษาโรคหืดในประเทศไทย⁽⁸⁾ กลับพบว่าการควบคุมโรคหืดยังต่ำกว่ามาตรฐานที่ตั้งไว้เป็นอย่างมาก โดยพบว่า 14.8% ของผู้ป่วยโรคหืด ต้องมีอาการหอบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาและ 21.7% ที่เคยหอบต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉินในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์ มีเพียง 6.7% จากปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลกระสัง จึงพยายามรักษาผู้ป่วยให้ควบคุมโรคหอบหืดให้ได้ตามเป้าหมายของ GINA

guideline ทางผู้วิจัยจึงได้เข้าร่วมกับเครือข่ายคลินิกโรคหอบหืดแบบง่ายๆ (Easy Asthma Clinic ตามแนวทางของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น นำโดย รศ.นพ.วัชรา บุญสวัสดิ์) เมื่อ ตุลาคม 2548 โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นใกล้เคียงคนปกติ ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับโรคนี้อีกต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับการควบคุมโรคหืด, อัตราการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน, อัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยก่อนหลังการรักษาในคลินิกโรคหืด (Easy asthma clinic)และศึกษาความสัมพันธ์ปริมาณการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์กับระดับการควบคุมโรคหืดรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

นิยามศัพท์

1. “ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes)” เป็นผลลัพธ์จากการรักษาโรคซึ่งเป็นตัวชี้วัดทางการแพทย์ เช่น peak expiratory flow(PEF), ภาวะการณควบคุมโรคหอบหืดได้, อาการกำเริบเกิดจากการควบคุมโรคได้ไม่ดีพอ ซึ่งอาจจะเป็นการมายังห้องฉุกเฉิน (ER visit), การมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (inpatient hospitalization), ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

2. “ระดับการควบคุมโรคหอบหืด” หมายความว่า ระดับอาการควบคุมโรคหอบหืด ตาม GINA guideline 2006^(6,7) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับควบคุมได้ (controlled), ระดับควบคุมได้บางส่วน (partly controlled), ระดับการควบคุมอาการไม่ได้ (uncontrolled)ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการควบคุมโรคหืด (level of asthma control)

ลักษณะทางคลินิก	Controlled (ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้)	Partly controlled (มีอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้)	uncontrolled
- อาการช่วงกลางวัน	ไม่มี(หรือน้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์)	มากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์	
- มีข้อจำกัดของการออกกำลังกาย	ไม่มี	มี	มีอาการในหมวด Partly controlled
- อาการช่วงกลางคืนจนรบกวนการนอนหลับ	ไม่มี	มี	อย่างน้อย 3 ข้อ
- ต้องใช้ reliever/ rescue treatment	ไม่มี(หรือน้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์)	มากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์	
- สมรรถภาพของปอด (PEF / FEV1)	ปกติ (> 80%)	> 80 % of predict	
- การจับหืดเฉียบพลัน (exacerbation)	ไม่มี	อย่างน้อย 1 ครั้ง /ปี	1 ครั้งในช่วงสัปดาห์ ไหนก็ได้

3. การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและในโรงพยาบาลด้วยภาวะหืดเฉียบพลัน คือ การที่ผู้ป่วยมีภาวะหืดเฉียบพลันจนต้องได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมชนิดละอองฝอยชนิด Nebulizer ที่ห้องฉุกเฉิน/ในโรงพยาบาล

4. ยาสเตียรอยด์ชนิดสูด (Inhaled corticosteroids:ICS) คือยาสเตียรอยด์ที่อยู่ในละอองฝอยซึ่งผู้ป่วยต้องบริหารด้วยการสูดในโรงพยาบาลกระสัง มี 2 ชนิด คือ Budesonide meter dose inhaler ขนาด 200 mcg/puff และขนาด 100 mcg/puff

5. ยาสเตียรอยด์ชนิดสูดร่วมกับยาขยายหลอดลมออกฤทธิ์ยาว (Inhaled corticosteroid/ long acting B 2 agonist : ICS/LABA) มี 1 ชนิด คือ Seretide (salmeterol 25 mcg+flucasonone 125 mcg)

6. ภาวะแทรกซ้อน คือ อัตราการเกิดวัณโรคหรือ ปอดอักเสบ หลังได้รับยาสเตียรอยด์

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analysis study) แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective data)

2. การเก็บข้อมูล เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 5 ปี ที่ควบคุมได้ (Total controlled) ควบคุมได้ บางส่วน (Party controlled) ควบคุมโรคไม่ได้ (Uncontrolled) ระหว่างก่อนเข้ารักษาในคลินิกโรคหืดและหลังรักษาในคลินิกเดือนที่ 12 เดือนที่ 24 และเดือนที่ 36 ซึ่งในช่วงเวลา 1 ตุลาคม พ.ศ.2548 - 30 กันยายน พ.ศ.2554 และเปรียบเทียบอัตราการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอายุมากกว่า 5 ปี ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาลกระสัง อย่างน้อย 36 เดือน จำนวน 105 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ One way Anova, Chi – square, paired t-test และ Fisher exact test

ผลการรักษา

ลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้ทั้งสิ้น 105 ราย ที่ติดตามการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 36 เดือนและใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างต่อเนื่อง เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีเพศหญิง จำนวน 62 คน (ร้อยละ 59.0) ซึ่งกลุ่มอายุที่เป็นโรคหอบหืดมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 40-59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุอยู่ในช่วงวัยแรงงาน และเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว อายุที่เริ่มเป็นโรคหอบหืด อายุระหว่าง 5 เดือน – 90 ปี อายุเฉลี่ย 43.9 ปี เป็นโรคหอบหืดมานานเฉลี่ย 8.0 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเริ่มหอบ 43.9 ปี พบว่าเริ่มหอบอายุน้อยที่สุด อายุ 5 เดือน อายุมากที่สุด อายุ 90 ปี และมีประวัติเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 32.40

ก่อนเข้าคลินิกโรคหืดในรอบ 1 ปี มีประวัติเคยพ่นยาขยายหลอดลมที่แผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุโรงพยาบาล (ER) ร้อยละ 74.8 และมีอาการหอบรุนแรงจนต้องเข้าพักในโรงพยาบาล ร้อยละ 40.0 โดยจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดซึ่งต้องพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน, นอนรักษาในโรงพยาบาลตามลำดับดังนี้คือ มีอาการนานๆครั้ง (intermittent) ร้อยละ 12.3, 6.7 มีอาการรุนแรงน้อย (mild persistent) ร้อยละ 19.0, 8.5 มีอาการรุนแรงปานกลาง (mod-

erate persistent) ร้อยละ 24.7, 16.19 มีอาการรุนแรงมาก (severe persistent) ร้อยละ 19.0, 8.5 ตามลำดับซึ่งพบว่าระดับความรุนแรงของผู้ป่วยหอบหืดก่อนเข้าคลินิก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรุนแรงปานกลาง (moderate persistent) ร้อยละ 33.3 และระดับรุนแรงมาก (severe persistent) ร้อยละ 30.5

ผลการรักษาในคลินิกโรคหอบหืดอย่างง่าย (EAC) ในเดือนที่ 12,24,36

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการกำเริบมารับรักษาที่ห้องฉุกเฉินก่อนดำเนินการรักษา (0 เดือน) และหลังการรักษาเดือนที่ 12, 24, 36 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 74.8 เป็นร้อยละ 10.5, 4.8, 4.0 ตามลำดับและพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการกำเริบรุนแรงจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนดำเนินการรักษา (0 เดือน) และหลังการรักษาเดือนที่ 12, 24, 36 มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 40.0 เป็นร้อยละ 2.9, 1.9, 5 ตามลำดับ

นอกจากนี้จากการประเมินการควบคุมอาการได้ในโรคหอบหืด พบว่าก่อนที่จะเปิดคลินิกโรคหอบหืด มีการควบคุมอาการได้ (controlled) เพียงร้อยละ 14.1 หลังเปิดคลินิกโรคหอบหืดพบว่าสามารถควบคุมอาการได้เพิ่มขึ้น จำแนกได้ดังนี้ ภาวะควบคุมอาการได้ (controlled) ในเดือนที่ 12, 24, 36 เป็นร้อยละ 59.1, 57.1, 54.3 ซึ่งจะเห็นว่าระดับควบคุมอาการหอบหืดได้ (controlled) มากที่สุดคือหลังการรักษาใน 12 เดือนแรก

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์การดำเนินการในคลินิกโรคหอบหืดอย่างง่าย (EAC) เปรียบเทียบก่อนและเข้าคลินิกโรคหอบหืดอย่างง่าย จำแนกรายเดือน (n=105)

ผลลัพธ์การดำเนินการ	วันแรกที่มาคลินิก		หลังเข้าคลินิก		
	(ร้อยละ)	เดือนที่ 12 (ร้อยละ)	เดือนที่ 24 (ร้อยละ)	เดือนที่ 36 (ร้อยละ)	
1. อาการหอบจนต้องนอนรพ.					
0 ครั้ง / ปี	60.0	97.1	98.1	95.0	
≥1 ครั้ง / ปี	40.0	2.9	1.9	5.0	
2. อาการหอบมากไปรักษาที่ห้องฉุกเฉิน					
0 ครั้ง / ปี	25.2	89.5	95.2	96.0	
≥1 ครั้ง / ปี	74.8	10.5	4.8	4.0	
3. ผลการควบคุมโรคหอบหืด					
- ควบคุมได้ (controlled)	14.1	59.1	57.1	54.3	
- ควบคุมได้บางส่วน (partly controlled)	35.2	31.4	37.1	37.2	
- ควบคุมไม่ได้ (uncontrolled)	33.7	9.5	5.8	8.5	

ตารางที่ 3 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการควบคุมอาการโรคหืด (controlled) ระหว่างหลังการรักษา 12 เดือนกับเดือนที่ 24,36 เดือนตามลำดับ

ระดับการควบคุมอาการหืด	แหล่งของความแปรปรวน	df	Sum of square	Mean square	F	p-value
เดือนที่ 24	ระหว่างกลุ่ม	2	14.912	7.456	32.693	0.000*
	ภายในกลุ่ม	99	22.578	0.22		
	รวม	101	33.490			
เดือนที่ 36	ระหว่างกลุ่ม	2	8.547	4.273	12.102	0.000*
	ภายในกลุ่ม	96	33.898	0.353		
	รวม	98	42.44			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการควบคุมอาการหอบหืดหลังการรักษาเดือนที่ 12 กับเดือนที่ 24 และ 36

ตามลำดับ พบว่าระดับการควบคุมอาการโรคหืดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพของปอด (PEER) ก่อนและหลัง การรักษา ในช่วง 12, 24, 36 เดือน (n=105)

สมรรถภาพของปอด ตามช่วงเวลา	ร้อยละPEER(0)		ร้อยละPEER(12)		t	p- value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
- ก่อนและหลัง 12 เดือน	77.29	21.59	83.69	20.08	-5.727	0.000*
- ก่อนและหลัง 24 เดือน	77.29	21.59	83.31	19.39	-5.470	0.000*
- ก่อนและหลัง 36 เดือน	77.29	21.59	81.56	20.81	19.844	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของสมรรถภาพของปอด (PEFR) ก่อนและหลังการรักษาที่ 12, 24, 36 เดือนในคลินิกหอบหืดอย่างง่าย (Easy asthma clinic) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพของปอด (PEFR) ที่

12, 24, 36 เดือนมีค่ามากกว่าก่อนรักษา และค่าที่มากที่สุดคือค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพของปอด (PEFR) ที่ 12 เดือน เท่ากับร้อยละ 83.69, ค่าที่น้อยที่สุดคือค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพของปอด (PEFR) ที่ 36 เดือน เท่ากับร้อยละ 81.25

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ค่าเฉลี่ยของอัตราการนอนโรงพยาบาลและอัตราการพ่นยาฉุกเฉิน ในระหว่างก่อนและหลังรักษาในคลินิกหอบหืดอย่างง่ายเดือนที่ 12, 24, 36 (n=105)

รายการ	ก่อนดำเนินการ		12 เดือน		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
- ER visit	1.74	0.43	1.10	0.31	12.47	0.000*
- IPD visit	1.41	0.49	1.02	0.16	7.07	0.000*
รายการ	ก่อนดำเนินการ		24 เดือน		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
- ER visit	1.74	0.43	1.04	0.21	13.97	0.000*
- IPD visit	1.41	0.49	0.38	0.52	7.34	0.000*
รายการ	ก่อนดำเนินการ		36 เดือน		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
- ER visit	1.74	0.43	2.25	3.02	7.40	0.000*
- IPD visit	1.41	0.49	0.59	0.94	6.234	0.000*

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการ หอบและอัตราการพ่นยาฉุกเฉินที่ห้องฉุกเฉินใน ระหว่างก่อนและหลังรักษาในคลินิกหอบหืดอย่าง ง่ายที่ 12, 24, 36 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่าปริมาณระดับยาพ่น สเตียรอยด์ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน (complication) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบ ว่าภาวะปอดอักเสบในผู้ป่วยหอบหืดที่พ่นยาสเตียรอยด์ที่ 12, 24, 36 เดือน เท่ากับร้อยละ 2.9, 3.8, 3.8 และวัณโรคในผู้ป่วยหอบหืดที่พ่นยาสเตียรอยด์ ที่ 12, 24, 36 เดือน เท่ากับร้อยละ 0.9, 0.9, 0.9

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนกับปริมาณระดับยาพ่นสเตียรอยด์ในระยะเวลา 12, 24, 36 เดือนหลังการรักษา (n=105)

ภาวะแทรกซ้อน	ระดับยาพ่นสเตียรอยด์		รวม	Fisher's exacttest
	ต่ำ	ปานกลาง		
12 เดือน	ไม่มี	97.7%	88.2%	96.2%
	ปอดอักเสบ	2.3%	5.7%	
	วัณโรค	0.0%	5.7%	
24 เดือน	ไม่มี	96.7%	86.6%	95.3%
	ปอดอักเสบ	3.3%	6.7%	
	วัณโรค	0.0%	6.7%	
36 เดือน	ไม่มี	85.0%	100.0%	95.3%
	ปอดอักเสบ	4.0%	0.0%	
	วัณโรค	1.0%	0.0%	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าการจัดตั้ง คลินิกโรคหืดตามแนวทางของ Easy asthma clinic พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหืดสามารถควบคุมอาการ ระดับควบคุมได้ (controlled) ได้มากขึ้นและมีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบ หลังการเข้าคลินิกที่ 12 เดือนและที่ 24, 36 เดือน

โดยระดับควบคุมได้ (controlled) สูงสุดหลังการ รักษาเดือนที่ 12 ผลการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับ การศึกษาของผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืด อย่างง่าย (Easy asthma clinic) ที่โรงพยาบาล ปราสาท จ.สุรินทร์¹⁰ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัด กาฬสินธุ์¹¹ และโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น¹²

แต่หากเปรียบเทียบหลังการรักษาเดือนที่ 24 และเดือนที่ 36 พบว่าระดับควบคุมอาการโรคหืดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถภาพการเป่าลมออกสูงสุดที่วินาทีแรกเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าคลินิกพบว่าสูงสุดในเดือนที่ 12 และหลังจากนั้นแนวโน้มลดลง อาจอธิบายได้ว่าหลังให้สเตียรอยด์สามารถลดการอักเสบของหลอดลมได้สูงสุดในเดือนที่ 12 และอัตราการควบคุมอาการได้ (controlled) ลดลงในเดือนที่ 24, 36 ซึ่งยังคงใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อยู่นั้น อาจเป็นเพราะโรคหืดเป็นโรคที่มีอาการอักเสบตลอดเวลา (ongoing active airway inflammation process) และเมื่อเวลาผ่านไปอาจเกิด airway remodeling หรือ steroid resistant airway inflammation⁽⁹⁾ ส่วนอัตราการนอนโรงพยาบาลและอัตราการพ่นยาขยายหลอดลมด้วยหอบหืดฉับพลัน ก่อนและหลังเข้าคลินิกพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอัตราการลดลงเรื่อยๆ สำหรับภาวะแทรกซ้อน โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจ มีอัตราการป่วยไม่แตกต่างกับประชากรปกติ

สรุปผล

การจัดตั้งคลินิกโรคหืดตามแนวทางของ Easy asthma clinic ซึ่งนำแนวทาง GINA Guideline มาสู่การปฏิบัติจริงและเน้นบทบาทของสหวิชาชีพสามารถทำได้ในโรงพยาบาลชุมชน โดยสามารถรักษาได้ตามมาตรฐานมากขึ้นและสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น และมีความปลอดภัยจากการใช้ยาไม่แตกต่างจากกลุ่มประชากรปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. การพิจารณาใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์ผสมยาขยายหลอดลมออกฤทธิ์ยาว (LABA) ตาม Guideline GINA 2006 หรือแนวทางการรักษาโรคหืด สปสช. พ.ศ.2551 ควรปฏิบัติตามโดยคำนึงระดับการควบคุมอาการมากกว่าคำนึงถึงราคายาเป็นหลัก ทำให้สามารถเพิ่มระดับการควบคุมอาการ/คุณภาพชีวิตดีขึ้น
2. บุคลากรหรือทีมงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัดให้มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การรักษามีความครอบคลุมผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน โดยเฉพาะทีมสหวิชาชีพคลินิก Easy asthma clinic ผู้ป่วยโรคหืดทุกท่าน รศ.นพ. วัชรมา บุญสวัสดิ์ ที่ได้วางแนวทางการดำเนินการรักษาโรคหืดอย่างง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยหอบหืดในประเทศไทยได้รับการดูแลได้มาตรฐานมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Boosawat W, Charoenphan P, Kaitboosari S, et al. Prevalence of asthma symptoms in adult in 4 cities of Thailand. Joint scientific meeting the Thoracic Society of Thailand, the Bangkok, Thailand; 2002:112.
2. Vichyanond P, Jirapongsananuruk O, Visitsuntorn N, Tuchinda M. Prevalence of asthma. Rhinitis and eczema in children from the Bangkok area the ISAAC (International Study for Asthma Allergy in Children) questionnaires. Journal of the Medical Association of Thailand 1998; 81:3:175-84.

3. Teeratakulpisarn J, Pairojkul S, Heng S. Survey of prevalence of asthma, Allergic rhinitis and eczema in schoolchildren from KhonKaen. An ISAAC (Study, International Study of Asthma And Allergic in Childhood). Asian Pac J Allergic Immune 2000; 18:4: 187-94.
4. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHLBI/WHO workshop report. 1995.
5. Woolcock AJ. The problem of asthma worldwide. Eur Respir Rev 1991; 1:4: 243-6.
6. คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ.2551. แนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุข การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร:พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์;2552.
7. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [online]. 2006 [Cited 2012 Feb 6] ; Available from:URL:<http://http://www.ginasthma.org>
8. BoonsawatW, Charoenphan P, Kiatboonsri S, et al. Survey of asthma control in Thailand. Respirology 2004 ; 9:3:373-8.
9. กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ. Asthma Remission. วารสารวิมลโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2552;30:74-83.
10. วันทนีย์ มามูล. ผลสัมฤทธิ์ของคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2553;25:377-378.
11. ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล. ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกอย่างง่ายในโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์;2550.
12. อารีย์ ดวงดี. ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น:โรงพยาบาลบ้านไผ่;2550.