



ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย ในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

อารีย์ ดวงดี*

บทคัดย่อ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายๆ พัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคหืดอย่างเป็นระบบมาตรฐาน เชื่อว่าจะมีประสิทธิภาพควบคุมโรคหืดได้ ทางโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จึงจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ ขึ้นเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยอายุมากกว่า ๑๕ ปี. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการดำเนินการดังกล่าว โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึงธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนคลินิกหืดรวม ๓๓๑ คน เป็นชายร้อยละ ๕๑.๔, หญิงร้อยละ ๔๘.๖, ได้พบว่าอัตราผู้ป่วยเข้าอนรักษานในโรงพยาบาลต่อปีลดลงจาก ๔๔๒ ครั้ง เหลือ ๗๙ ครั้ง, อัตราผู้ป่วยที่มาที่ห้องฉุกเฉินต่อปีลดลงจาก ๕๖๐ ครั้ง เหลือ ๒๔๑ ครั้ง, ผลการ รักษาผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕.๘๘ เป็นร้อยละ ๘.๙๔, อัตราผู้ป่วยใช้ยาสูดสเตียรอยด์ควบคุมโรคหืดในช่วงปลอดอาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๙ เป็นร้อยละ ๑๐๐, ด้านความรุนแรงของโรคหืดชนิดจับหืดครั้งคราว ร้อยละ ๑๘.๘๕, ชนิดมีอาการอ่อน ๆ ร้อยละ ๓๒.๕๒, ชนิดมีอาการรุนแรงปานกลาง ร้อยละ ๓๒.๘๔, ชนิดมีอาการรุนแรง ร้อยละ ๑๘.๑๖, ไม่สามารถ ประเมินได้ร้อยละ ๒.๙๕. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการจัดระบบที่ถูกต้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงขึ้น.

คำสำคัญ: คลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ, โรงพยาบาลบ้านไผ่, จังหวัดขอนแก่น

Abstract Outcomes of an Easy Asthma Clinic, Banphai Hospital, Khon Kaen Province Aree Duangdee*

*Banphai Hospital, Khon Kaen Province

Asthma is a chronic disease for which a good number of patients need lifelong treatment. It is hoped that an easy asthma clinic, established according to the standard guidelines for asthma control, would provide effective treatment of asthma. The objective of this study was to assess the outcomes of Banphai Hospital's easy asthma clinic from its founding in January 2004 to December 2006. Information obtained on the 331 patients (males 51.4%, females 48.6%) was that the in-patient admission rate decreased from 442 to 79, the numbers visiting the emergency room decreased from 560 to 241, and the total control group increased from 5.88 per cent to 8.94 per cent. These findings provide evidence that the Easy Asthma Clinic has produced a reduction in the admission rate and number of emergency room visits and increased the efficacy of asthma treatment. Therefore, the Banphai Hospital Easy Asthma Clinic model may be considered for implementation in all community hospitals in Thailand.

Key words: outcome, easy asthma clinic

*โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น



ภูมิหลังและเหตุผล

โรคหืดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย. องค์การอนามัยโลกได้สำรวจพบว่าโรคหืดทั่วโลกมีประมาณ ๑๕๐ ล้านคน และในประเทศไทยอัตราการความชุกของโรคหืดผู้ใหญ่อยู่ระหว่างร้อยละ ๓-๗^(๑,๒) และในเด็กอยู่ระหว่างร้อยละ ๑๐-๑๕^(๓-๕). โรคหืดเป็นโรคที่มักพบเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังเช่นใน พ.ศ. ๒๕๔๕ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการจับหืดรุนแรง ๑๐๒,๒๔๕ ราย และประมาณการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคหืดไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐,๐๐๐ รายที่ต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการหอบเฉียบพลัน^(๖). คณะผู้เชี่ยวชาญโรคหืดของโรงพยาบาลรามาธิบดี^(๗) ได้รายงานใน พ.ศ. ๒๕๔๗ ว่าผู้ป่วยโรคหืดร้อยละ ๑๕ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และร้อยละ ๒๑ ต้องเข้ารับรักษาที่ห้องฉุกเฉินเพราะเกิดอาการหอบเฉียบพลัน. นอกจากนี้พบว่ามาตรฐานการรักษาที่ยังต่ำมาก ทั้ง ๆ ที่การรักษาในปัจจุบันมีแนวทางการรักษาที่ดี และยาดี คือมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๖.๗ ที่ใช้สเตียรอยด์ชนิดสูด.

แม้ว่าจะมีการจัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหืดผู้ใหญ่เผยแพร่เป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๗ และแก้ไขใน พ.ศ. ๒๕๔๐^(๘) ซึ่งได้วางเป้าหมายของการรักษาโรคหืดว่าต้องควบคุมโรคหืดโดยเน้นการใช้สเตียรอยด์แบบสูดเพื่อลดอาการอักเสบของหลอดลม. ปัญหาอาจอยู่ที่การขาดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ถูกต้อง. ปัญหาใหญ่อย่างหนึ่งในการรักษาโรคหืดคือความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากความไม่เข้าใจในแนวทางการรักษาและวิธีการใช้ยาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน, เศรษฐฐานะของผู้ป่วย, ความกลัวต่อผลข้างเคียงของการรักษา, หรือความไม่พอใจในผลการรักษา. ข้อมูลของโรงพยาบาลบ้านไผ่ พ.ศ. ๒๕๔๗ ที่ศึกษาโดยอดุลย์ บำรุง พบว่าโรคหืดเป็นโรคที่มีผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน ๒๘ วัน, เป็นอันดับต้น ๆ ของโรงพยาบาลอันดับที่ ๕ (ร้อยละ ๓.๖๘), จำนวนวันนอนเฉลี่ย ๕ วัน, ค่าใช้จ่ายต่อครั้ง ๕,๖๖๗ บาท, จำนวนผู้ป่วยหืดที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินยังสูงอยู่ และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง. ทางโรงพยาบาลบ้านไผ่ได้

จัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ^(๙) เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๗ และได้นำสเตียรอยด์ชนิดสูดเข้ามาใช้ในผู้ป่วยโรคหืดทุกรายที่ขึ้นทะเบียนที่คลินิกโรคหืด โดยมีเป้าหมายให้สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้อย่างหมดจด ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยไม่มีอาการหอบทั้งกลางวันกลางคืน, ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลม, ไม่มีโรคกำเริบ, ไม่ต้องมานอนรักษาในโรงพยาบาล, หรือรับบริการห้องฉุกเฉิน, ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา และสมรรถภาพปกติ, รวมทั้งปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้ได้ประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน ใช้แนวทางการวินิจฉัยและรักษาในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยโรคหืดผู้ใหญ่ตามมาตรฐานสากลแบบ GINA guidelines^(๑๐). การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลการดำเนินการของคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลบ้านไผ่เพื่อเป็นหลักฐานประเมินผลจากการดูแลผู้ป่วยโรคหืดโดยคลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการในผู้ป่วยโรคหืดอายุมากกว่า ๑๕ ปีที่มาขึ้นทะเบียนรักษากับคลินิกโรคหืดแบบง่ายของโรงพยาบาลบ้านไผ่ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๗ จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ โดยการชักประวัติเหตุการณ์ย้อนหลังไป ๒ เดือนว่ามีการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและมาที่ห้องฉุกเฉินภายหลังการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ และการทดสอบไคสแควร์.

คลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ ดำเนินการทุกวันศุกร์ โดยบุคลากรแพทย์ ๑ คน พยาบาล ๒ คน และเภสัชกร ๒ คน ซึ่งผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องคลินิกโรคหืดที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดังขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑. พยาบาลชักประวัติผู้ป่วยทุกราย ตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้แก่ การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหืด, การรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยเรื่องหอบ, ประวัติการใช้ยาขยายหลอดลมและยาสูดสเตียรอยด์, ประวัติความถี่ของอาการจับหอบ, ผลข้างเคียงการใช้ยา โดยชักประวัติย้อนหลัง ๒ เดือนบันทึกไว้ในเวชระเบียน.

๒. ต่อจากนั้นพยาบาลวัดสมรรถภาพปอดด้วยมาตร
อัตราการไหลสูงสุด (peak flow meter) แล้วประเมินความ
รุนแรงของโรคจากค่าที่วัดได้ บันทึกผลไว้ในเวชระเบียน.

๓. ส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและ
สั่งการรักษาตาม GINA guidelines ใช้ยาสูดสตีรอยด์ควบคุม
โรคหืด.

๔. ไปพบเภสัชกรเพื่อสาธิตและฝึกการใช้เครื่องพ่นยา
อย่างถูกต้อง พร้อมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค, วิธีการหลีกเลี่ยง
สิ่งกระตุ้น และความสำคัญของการใช้ยาสูดสตีรอยด์ควบคุม
โรคหืดระหว่างที่ไม่มีอาการ รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
จากการใช้ยา.

๕. พยาบาลออกใบนัดครั้งต่อไปให้ผู้ป่วยกลับมาติดตาม
ตามผลการรักษาที่คลินิกในวันศุกร์ทุก ๒ เดือน.

๖. ผู้ป่วยรับยาที่ห้องยาตามใบสั่งแพทย์.

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคหืดช่วงวันที่ ๑
มกราคม ๒๕๔๗ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๙ มีจำนวน ๓๓๑ คน
เป็นชาย ๑๓๐ คน (ร้อยละ ๕๑.๔) เป็นหญิง ๑๖๑ คน (ร้อยละ
๔๘.๖). ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ ๕๑-๖๐ ปี (ร้อยละ ๓๙.๓).
อัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาล และอัตราการตรวจรักษาที่
ห้องฉุกเฉินแสดงตามแผนภูมิที่ ๑.

ผลการรักษาบรรลุนิยามควบคุมอาการทั้งหมด (total con-
trol) แสดงในตารางที่ ๑.

ตารางที่ ๑ ผลการรักษาของคลินิกโรคหืด (ค่าร้อยละของผู้ป่วยขึ้นทะเบียน)

พ.ศ.	Total control*	Good control**	Poor control***
๒๕๔๗	๕.๘๘	๔.๗๗	๘๗.๑๓
๒๕๔๘	๘.๖๕	๕.๑๕	๘๖.๑๘
๒๕๔๙	๘.๕๔	๘.๘๓	๘๒.๖๒

* ควบคุมอาการได้ทั้งหมด (Total control) : ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเลยทั้งกลางวัน กลางคืน, ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลม, ไม่มีโรคกำเริบ, ไม่ต้องไปรับ
บริการจากห้องฉุกเฉินเพราะอาการหอบ, ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา, PEFr \geq ร้อยละ ๘๐, ทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้เหมือนคนปรกติ.

** ควบคุมได้ดีมาก ผู้ป่วยควบคุมโรคหืดได้ดี ***ควบคุมได้ไม่ดี.

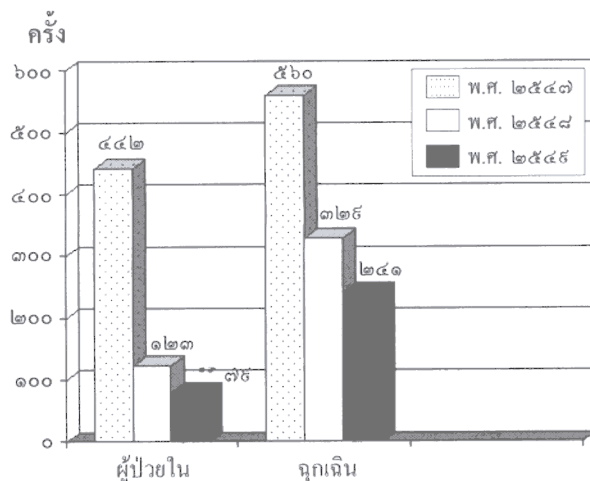
ผลการควบคุมได้ทั้งหมดจากการทดสอบวิธีไคสแควร์ (χ^2 - test), $\chi^2 = ๑.๕๓๔$ ได้ค่าที่ ๐.๓๘๐๒ (> ๐.๐๕) แสดงว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ.

ผลจากการใช้ยาสูดสตีรอยด์เพื่อควบคุมโรคหืดขณะไม่มี
อาการ และการใช้ยาขยายหลอดลมขณะมีอาการหอบ เปรียบ-
เทียบก่อนและหลังดำเนินการ (แผนภูมิที่ ๒).

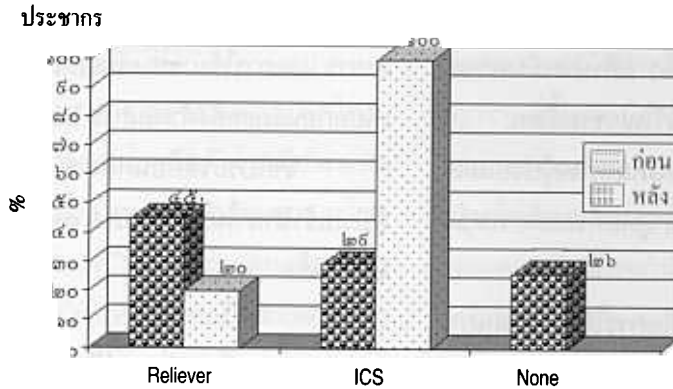
จากประวัติย้อนหลัง ๒ เดือน (พ.ย. -ธ.ค. ๒๕๔๖)
ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล ๘๒ ครั้ง, ไปรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
๑๐๓ ครั้ง.

วิจารณ์

เมื่อได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ ขึ้นในโรงพยาบาล
บ้านไผ่ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคหืด



แผนภูมิที่ ๑ อัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ๓๓๑ ราย



หมายเหตุ None หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ reliever และ ICS (ยาพ่นสเตียรอยด์) ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน ๓๓๑ คนพบว่าเป็นชนิดหอบเป็นครั้งคราว ร้อยละ ๑๘.๘๕, มีหอบอ่อน ๆ ร้อยละ ๓๒.๕๒, มีหอบปานกลาง ร้อยละ ๓๒.๘๔, มีหอบรุนแรง ร้อยละ ๑๘.๑๖, และร้อยละ ๒.๘๕ ไม่สามารถประเมินได้เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเป่ามาตรอัตราไหลสูงสุดได้.

แผนภูมิที่ ๒ เปรียบเทียบยาที่ใช้ก่อนและหลังดำเนินการ

ดำเนินไปอย่างมีระบบมีขั้นตอน มีการร่วมมือกันดูแลผู้ป่วย โดย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร, ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรคหืดเรื้อรังยาที่ใช้รักษาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา และรู้จักการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นไม่ให้หอบ, ได้รับความรู้การใช้ยาที่ถูกต้องและพ่นยาถูกวิธี. การมาคลินิก ทุกครั้งผู้ป่วยได้พบแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรคนเดิม ทำให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับทีมที่ดูแล เกิดความไว้วางใจจึงให้ความร่วมมือในการใช้ยา. การมีระบบการดูแลผู้ป่วยหืดครบวงจรได้มาตรฐาน แพทย์วินิจฉัยและให้การรักษาได้รวดเร็วและถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และได้รับการประเมินระยะโรคอย่างแม่นยำโดยใช้มาตรวัดอัตราการไหลสูงสุด ซึ่งมีราคาไม่แพงมีค่าใช้จ่ายน้อยใช้ทั้งบุคลากรและทรัพยากรที่มีอยู่แล้วเพียงแต่จัดระบบใหม่ให้ดีขึ้น.

ผลด้านอัตราผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราผู้ป่วยมารักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงทุกปี (แผนภูมิที่ ๑) บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งได้ผลคล้ายคลึงกับที่มีการศึกษาไว้ก่อนหน้านี้^(๑๑).

ด้านการควบคุมอาการโรคสามารถบรรลุผลการควบคุม

อาการได้ทั้งหมดเพิ่มขึ้นทุกปี (ตารางที่ ๑) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^(๑๒) บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้. จำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ทั้งหมดเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการใช้ยาสูด สเตียรอยด์ สอดคล้องกับที่เคยมีการศึกษาในอดีต^(๑๓) จากการใช้สถิติ การทดสอบไค-สแควร์ (χ^2 - test) พบว่าผลการรักษาทั้ง ๓ ปีให้ผลไม่แตกต่างกันทางสถิติโดยมีค่า $\chi^2 = ๑.๙๓๔$ และค่าพี ๐.๓๘๐๒ (>๐.๐๕) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะโรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลารักษานานกว่าจะเห็นผลแตกต่างชัดเจน ประกอบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างยังน้อยเนื่องจากอยู่ในระยะเริ่มต้นของการศึกษา. ผู้ป่วยได้รับยาสูดสเตียรอยด์เพื่อควบคุมโรคขณะไม่มีอาการทุกรายร้อยละ ๑๐๐ เพิ่มจากร้อยละ ๒๙ เป็นร้อยละ ๑๐๐ (แผนภูมิที่ ๒). อัตราการใช้ยาสูดสเตียรอยด์เพิ่มขึ้นเนื่องจากคลินิกหืดที่ตั้งขึ้นได้นำยาสูดสเตียรอยด์มาใช้ในผู้ป่วยทุกรายตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๗ ของสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทยบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้. ยาสูดสเตียรอยด์จะช่วยลดการอักเสบของหลอดลม ผลตามมาก็คือผู้ป่วยหอบน้อยลงมีสมรรถภาพปอดดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปรกติ

ผู้ป่วยได้รับยาสูดสเตียรอยด์จากแพทย์ประจำคลินิกโรคหืดบรรลั้วตฤประสงค์ที่ตั้งไว้ในด้านเพิ่มการควบคุมอาการทั้งหมดและเพิ่มการใช้ยาสูดสเตียรอยด์เพื่อควบคุมอาการหอบ. ในด้านความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มมีอาการรุนแรงปานกลางร้อยละ ๓๒.๕๔ มีความรุนแรงมากกว่าที่เคยมีการศึกษามาก่อนหน้านี้^(๙) ที่มีผู้ป่วยอาการรุนแรงปานกลางร้อยละ ๑๗.๖ อาจเนื่องจากในเขตชุมชนบ้านไผ่มีโรงงานค่อนข้างมาก เช่นโรงงานยาสูบ โรงงานท่อผ้าไหม โรงงานทำรองเท้า. โรงงานเหล่านี้ก่อให้เกิดมลพิษในอากาศซึ่งเป็นตัวกระตุ้นทำให้โรคหืดมีความรุนแรงมากขึ้นในชุมชนบ้านไผ่.

ผลที่ได้จากอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงและอัตราการมารักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลง ทำให้ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง. ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือที่ห้องฉุกเฉินในแต่ละครั้งเคยมีการศึกษาก่อนหน้านี้^(๑๔,๑๕) พบว่าค่าใช้จ่ายมี ๒ ส่วน: ส่วนแรก คือ ค่ายา ค่าออกซิเจน ค่าใช้จ่ายส่วนโรงพยาบาล ค่าแพทย์ ค่าพยาบาล ค่าเครื่องมือในการรักษา. ส่วนที่ ๒ ได้แก่ค่าเสียเวลาทั้งของผู้ป่วย และญาติที่ต้องมาดูแลผู้ป่วย ค่ารถค่าเดินทาง ค่าใช้สอยเบ็ดเตล็ด. จากการศึกษาพบว่าการเปิดบริการคลินิกโรคหืดทำให้โรงพยาบาลบ้านไผ่สามารถลดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดได้.

สรุป

การจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งจะทำให้การรักษาได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำได้ง่ายในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศสามารถปฏิบัติได้มีการจัดระบบที่ดี แพทย์ใช้เวลาน้อยลงในการดูแลผู้ป่วย. การทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรค เรื่องยา ฟันยาได้ถูกต้องช่วยแก้ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา, การดำเนินการไม่ยุ่งยาก ค่าใช้จ่ายน้อย. การจัดทำแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสมร่วมกับ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในแง่ของความรู้ทั่วไปของโรคที่ธรรมชาติของโรคหืด การใช้ยาชนิดสุดท้ายที่ถูกต้องจนการตรวจวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด ด้วยตนเองอย่าง

ง่าย ๆ ช่วยให้การดูแลรักษาของผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสประสบความสำเร็จมากขึ้น, ลดอัตรานอนโรงพยาบาลและอัตราเข้าห้องฉุกเฉิน ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล.

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในขั้นต่อไปคือ เพิ่มการติดตามออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและแนะนำผู้ป่วยปรับสภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อลดตัวกระตุ้นไม่ให้เกิดอาการหอบ, การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลที่ดี, การประสานงานระหว่างหน่วยบำบัดปฐม, สถานือนามัย ช่วยกันดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดอัตราผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล และการมาห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยได้. การจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่ายในโรงพยาบาลชุมชนทำ ได้ง่าย มีค่าใช้จ่ายน้อย ได้ผลการรักษาดีควรนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ บุญสวัสดิ์ ได้ กรุณาให้คำปรึกษาโครงการวิจัยครั้งนี้. นายแพทย์ประยูร โกวิทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านไผ่ ได้สนับสนุนการทำวิจัย. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ทุกท่าน, เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่คลินิกโรคหืดทุกท่านได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี.

เอกสารอ้างอิง

๑. วิฑูรย์ บุญสวัสดิ์, พูนศรี เจริญพันธุ์, สุมาลี เกียรติบุญศรี, Wongting S, Viriyachaiyo V, Tothirat C. Prevalence of asthma symptoms in adults in 4 cities of Thailand. Paper presented at the joint scientific meeting of the Thoracic Society of Thailand, the Malaysia Thoracic Society and the Singapore Thoracic Society in Bangkok, Thailand, 2002. abstract p. 112.
๒. วันชัย เดชสมฤทธิฤทัย, อรรถ นานา, นิธิพัฒน์ เกียรติกุล, แจ่มศักดิ์ ไชยคุนา, สุรีย์ สมปติกุล, พิมล รัตนอัมพวัน. Prevalence of bronchial hyperresponsiveness and asthma in the adult population in Thailand. Chest 2006; 129:602-9.



๓. Teeratakulpisarn J, Pairojkul S, Heng S. Survey of the prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in schoolchildren from Khon Kaen, Northeast Thailand. an ISAAC study. International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Asian Pac J Allergy Immunol 2000; 18:187-94.
๔. ประภิต วิชยานนท์, Jirapongsananuruk O, วิศิษฐ์สุนทร N, มนตรี ตู้อินดา. Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC (International Study for Asthma and Allergy in Children) questionnaires. J Med Assoc Thai 1998; 81:175-84.
๕. Trakultivakorn M. Prevalence of asthma, rhinitis, and eczema in Northern Thai children from Chiang Mai (International Study of Asthma and Allergies in Childhood, ISAAC). Asian Pac J Allergy Immunol 1999; 17:243-8.
๖. สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ. ๒๕๔๗. กรุงเทพฯ: ๑๒ หน้า.
๗. วัชราน บัญสวัสดิ์, พูนศรี เจริญพันธุ์, สุมาลี เกียรติบุญศรี, Tsanomsiang N. Survey of asthma control in Thailand. Respirology 2004; 9:373-8.
๘. สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่ (ฉบับปรับปรุง).วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก ๒๕๔๑; ๑๕:๑๗๕-๕๓.
๙. วัชราน บัญสวัสดิ์. คลินิกโรคหืดแบบง่ายๆ (Easy Asthma Clinic). ใน: วัชราน จามจรรักษ์, สุนันทา สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ). 5th BGH Annual Academic Meeting: from the basic to the top in medicine. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ส.รุ่งทิพย์ ออฟเซท; ๒๕๔๘. หน้า ๘๓-๗.
๑๐. Global initiative for asthma: global strategy for asthma management and prevention. NHCBI/WTO workshop report, Vol publication member 95-3659,1995.
๑๑. Danish Mayo PH, Richman J, Harris W. Results of a program to reduce admissions for adult asthma [see comment]. Ann Intern Med 1990; 112:864-71
๑๒. Danish Rabe KF, Vermeire PA, Soriana J, Maier W. Clinical management of asthma in 1999: The Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J 2002; 16:802-7.
๑๓. Liwsrisakun C, Pothirat C. Actual implementation of the Thai Asthma Guideline. J Med Assoc Thai 2005; 88:898-902.
๑๔. Barnes PJ, Jonsson B, Clim JB. Eur Respir J 1996; 9:636-42.
๑๕. Simonella L, Marks G. Cost -effectiveness of current and optimal treatment for adult asthma. Intern Med J 2006; 36: 244-50.