

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศิริราช ชุมติรุโร อุทิศ ในปี 2554
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดและ Recurrence Wheezing
อย่างครบวงจร

เสนอโดย

นางสาวฉัฐนรี โชควิริยากร

ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 58) หัวหน้ากลุ่มงาน

กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิระดับสูง กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศิริราช ชุมติรุโร อุทิศ สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ ในปี 2554
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มกราคม 2555 – 31 มีนาคม 2555
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศอุบัติการณ์ของโรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหืดมากกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก¹ และมากกว่า 10 ล้านคนในประเทศไทย² คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคหืดมากกว่า 400 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2568³ สำหรับประเทศไทย อัตราความชุกของโรคหืดในเด็กทั่วประเทศจากผลการสำรวจในระยะเวลาใกล้เคียงกันให้ผลที่คล้ายคลึงกันกล่าวคือ เชียงใหม่⁴ ขอนแก่น⁵ จันทบุรี⁶ มีอัตราการเพิ่มเท่ากับ 4 เท่าตัว คล้ายคลึงกับการสำรวจในเด็กที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ พ.ศ.2541 เท่ากับ ร้อยละ 18.3⁷ เพิ่มขึ้นจากการสำรวจในปี 2530 ซึ่งเท่ากับ ร้อยละ 4.5 ในกรุงเทพมหานคร⁸ จนล่าสุดที่สำรวจปี 2552 พบเด็กไทย 1.37 ล้านคนเป็นหอบหืด⁹

หลังจากเริ่มนำ GINA guideline มาใช้หลายปี ได้มีการสำรวจผลการรักษาโรคหืดในประเทศไทยกลับพบว่า การควบคุมโรคหืดยังต่ำกว่ามาตรฐานที่ตั้งไว้เป็นอย่างมาก¹⁰ คนใช้โรคหืดร้อยละ 14.8 ที่มีอาการหอบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 21.7 ที่เคยมาห้องฉุกเฉินในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยโรคหืดร้อยละ 1.08 เท่านั้น ที่ได้รับการตรวจวัดความเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออก (Peak Expiratory Flow)¹¹ ซึ่งผลการสำรวจเป็นไปในแนวเดียวกันกับในอเมริกา¹² ยุโรป¹³

โรคหืดสามารถรักษาให้ผู้ป่วยมีชีวิตปกติได้ ดังนั้นองค์กรด้านสุขภาพระดับโลก หรือ GINA (The Global Initiative for Asthma) และ NIH (National Institute of Health) ของสหรัฐอเมริกาได้ตั้งเป้าหมายของการรักษาโรคหืดไว้ดังนี้

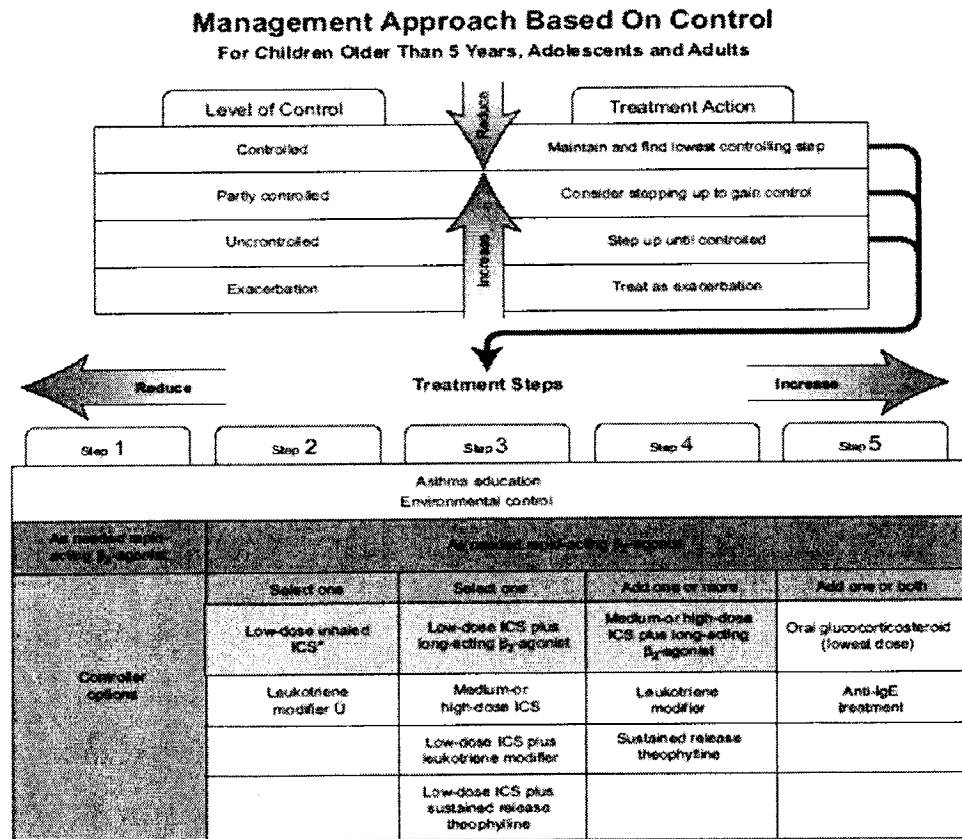
1. ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการเรื้อรังหรือมีน้อยมาก
2. มีอาการหอบเฉียบพลันน้อยมากหรือไม่มีเลย
3. ไม่ต้องไปห้องฉุกเฉินหรือใช้ยาขยายหลอดลมบ่อยที่สุด
4. ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สามารถออกกำลังกายได้
5. สมรรถภาพปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
6. ไม่มีผลข้างเคียงจากยา

แนวทาง GINA Guideline 2006 ได้เริ่มทำให้ guidelines การรักษาโรคหืดให้ก้าวหน้าขึ้นด้วยการประเมินการควบคุมโรคหืด โดยการตั้งเป้าหมายการรักษาเช่นเดิมคือการควบคุมโรคหืดให้ได้ (asthma controlled) แล้วปรับการรักษาตามภาวะการควบคุมโรคหืดดังตารางที่ 1, 2^{14, 15, 16}

ตารางที่ 1 แสดงระดับของการควบคุมโรคหืด (Level of Asthma Control GINA Guideline 2006)

Characteristic	Controlled (All of following)	Partly Controlled (Any measure present in any week)	Uncontrolled
Daytime symptoms	None (twice or less/week)	More than twice/week	Three or more features of partly controlled Asthma present
Limitations of activities	None	Any	
Nocturnal symptoms /awakening	None	Any	
Need for reliever /rescue treatment	None (twice or less/week)	More than twice/week	
Lung function (PEF or FEV1)	Normal	< 80% predicted or personal best (if known)	
Exacerbations	None	One or more/year	

ตารางที่ 2 แสดง Control-based Asthma Management (GINA 2006 - 2008)



* ICS=Inhaled glucocorticosteroids
U=Receptor antagonist or synthesis inhibitors

Alternative reliever treatments include inhaled anticholinergics, short-acting oral β_2 -agonists, some long-acting β_2 -agonists, and short-acting theophylline. Regular dosing with short and long-acting β_2 -agonist is not advised unless accompanied by regular use of an inhaled glucocorticosteroid.

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศกดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ เห็นถึงความสำคัญในผู้ป่วยโรคหืด จึงได้ใช้แนวทาง GINA Guideline 2006 -2008 มาเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ตั้งแต่พ.ศ. 2550 โดยเน้นประเมินการควบคุมโรคหืดแทนมีเป้าหมายการรักษาเช่นเดิมคือการควบคุมโรคหืดให้ได้ (asthma controlled) แล้วปรับการรักษาเพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศกดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดโดยกุมารแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2554 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. รวบรวมเพิ่มประวัติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดในช่วงเวลาดังกล่าว
2. รวบรวมข้อมูลที่ต้องการทั้งหมดจากเพิ่มประวัติผู้ป่วย
3. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล

5. ผู้ร่วมดำเนินการ “ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นการรวบรวมข้อมูลการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศกดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดโดยกุมารแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554 – วันที่ 31 ธันวาคม 2554

การศึกษานี้ผู้ขอรับการประเมินมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงของโรคตาม Level of Asthma Control ของ GINA Guideline 2006 – 2008 ในผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศกดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ
2. เพื่อศึกษาการใช้ยาและผลการรักษาในการควบคุมโรคหืดตาม Level of Asthma Control ของ GINA Guideline 2006-2008 ในผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศกดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ
3. เพื่อศึกษาภาวะโรคร่วม ปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดโรคหืด ตลอดจนสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้และขาดการติดตาม ในผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศกดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ

ขั้นตอนการดำเนินการ

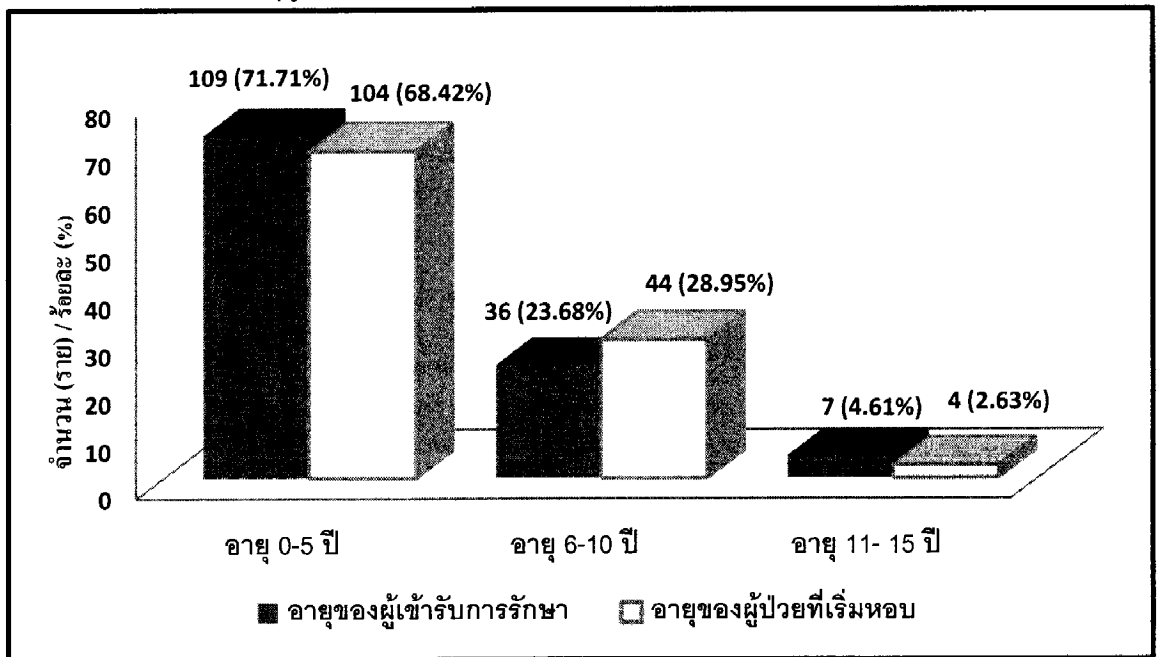
1. รวบรวมเพิ่มประวัติผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดโดยกุมารแพทย์ในโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศกดิ์ ชูตินุชโร อุทิศ ในช่วงเวลาดังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2554

2. รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติได้แก่ เลขที่ผู้ป่วยนอก เพศ อายุที่เริ่มเข้ารับการรักษา อายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดครั้งแรก ภาวะโรคร่วม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้นในการทำให้เกิดโรคหืด ความรุนแรงของโรคหืดเมื่อเริ่มรับการรักษา ผลการรักษาต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคหืดตาม Level of Asthma Control ชนิดของยาในการรักษา จำนวนผู้ป่วยที่หอบจนต้องพ่นยาและหอบจนต้องนอนโรงพยาบาลหลังใช้แนวทางการรักษาโรคหืด สาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคหืด

3. นำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผล โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ วิเคราะห์และสรุปผล

ในระยะเวลาที่ศึกษา มีผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 152 คน เป็นเพศชาย 99 คน คิดเป็นร้อยละ 65.13 เพศหญิง 53 คน คิดเป็นร้อยละ 34.87 อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.9 : 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าโรคหืดในวัยเด็กจะพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงด้วยอัตราส่วนประมาณ 1.5-2.1^{5,17}

รูปที่ 1 กราฟแสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มอายุผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาเปรียบเทียบกับอายุผู้ป่วยที่เริ่มหอบ



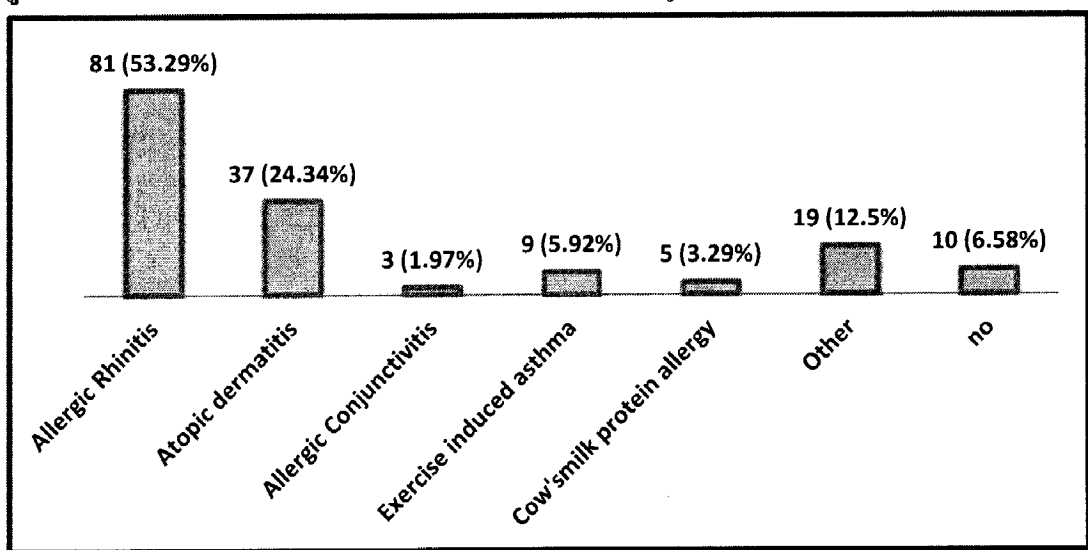
จากรูปที่ 1 กลุ่มอายุของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพบกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 71.71 รองมาคือ ผู้ป่วยอายุ 6-10 ปี ร้อยละ 23.68 ผู้ป่วยอายุ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.61 และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา คงเหลือผู้ป่วยมาติดตามอาการรักษา 141 คนคิดเป็นร้อยละ 92.76

พบผู้ป่วยเริ่มหอบก่อนอายุ 5 ปีมากที่สุด ร้อยละ 68.42 อายุเฉลี่ยที่เริ่มหอบมากที่สุด คือ อายุ 2 ปี 9 เดือน รองมาคืออายุ 5-10 ปี ร้อยละ 28.95 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า ร้อยละ 50-80 ของโรคหอบหืดในเด็ก จะเริ่มมีอาการแสดงตั้งแต่อายุก่อน 5 ปี อายุเฉลี่ยที่พบมาก

ที่สุดคือ อายุ 2 ปี 1 เดือน^{18, 19} ซึ่งการวินิจฉัยในวัยนี้ทำได้ยาก ต้องแยกโรคจาก Recurrence Wheezing ในเด็ก ประกอบกับแนวทางในการรักษาโรคหืดในปัจจุบันส่วนใหญ่มักกล่าวถึงการรักษาในผู้ใหญ่และเด็กอายุมากกว่า 5 ปีขึ้นไป จึงทำให้ผู้ป่วยอายุน้อยได้รับการวินิจฉัยและได้รับยา Controller ช้า

จำนวนของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มอายุที่เริ่มหอบและเริ่มเข้ารับการรักษาใกล้เคียงกัน แสดงถึงอาการของเด็กที่เป็นโรคหืดในโรงพยาบาลหลวงพ่อดำที่ศักดิ์ฯ อาจค่อนข้างชัดเจน อีกทั้งแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในคลินิกเด็กมีความตระหนักถึงภาวะโรคหืดจึงวินิจฉัยโรคได้ในเด็กกลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปีสูงที่สุด และสามารถวินิจฉัยได้เร็ว

รูปที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะโรคร่วมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหืด จำแนกตามโรค



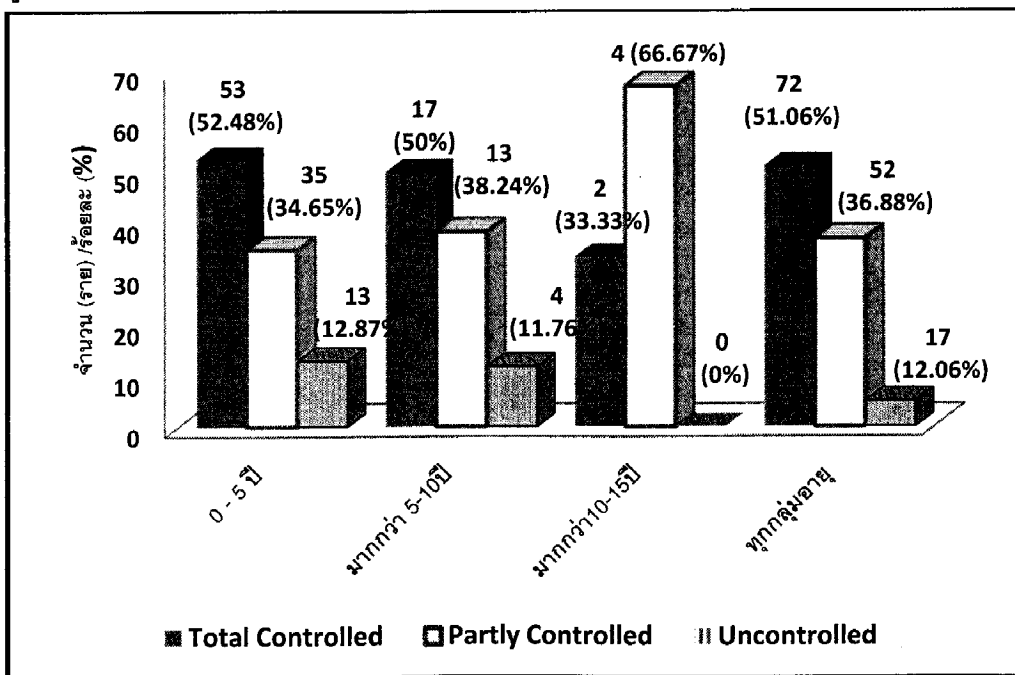
จากการศึกษานี้ (รูปที่ 2) ภาวะโรคร่วมที่พบบ่อยได้แก่ Allergic Rhinitis (ร้อยละ 53.29) และ Atopic Dermatitis (ร้อยละ 24.34) ซึ่ง 2 ภาวะนี้จัดเป็น Allergic March ทั้งนี้จะปรากฏอาการเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นได้ ภาวะโรคร่วมอื่นๆ (ร้อยละ 12.5) ที่อาจต้องนึกถึง ได้แก่ โรคอ้วน, Adenoid Hypertrophy, IgG₂ Deficiency, Multidrug Allergy, ภาวะกรดไหลย้อน เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดมีโอกาสมีภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 ชนิด แพทย์ผู้รักษาจึงควรตระหนักถึงโรคที่มีโอกาสพบร่วมกันได้ และทำการตรวจวินิจฉัยดูแลรักษาไปพร้อมกันด้วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้การควบคุมโรคหืดเป็นไปได้ยาก^{20, 21} พบภาวะ Exercise induced Asthma เพียงร้อยละ 5.92 จึงไม่ควรลดเว้นและควรสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รวมทั้งให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในผู้ป่วยเด็กที่มีการจับหืดที่เกิดจากการออกกำลังกาย เด็กที่เป็นโรคหืดสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติในช่วงที่ไม่มีอาการหอบ โดยอยู่ภายใต้การดูแลและคำแนะนำจากแพทย์ แพทย์อาจพิจารณาให้ใช้ยาสูดเพื่อป้องกัน โดยสูดก่อนออกกำลังกายอย่างน้อย 5 - 15 นาที จะช่วยป้องกันและทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการออกกำลังกายมากขึ้น

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นในการทำให้เกิดโรคหืด

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัจจัยด้านพันธุกรรม	101	66.55
<u>ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม</u>		
- ฝุ่น	81	53.29
- ขนสุนัข/แมว	27	17.76
- การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	79	51.97
- บุหรี่	54	35.53
- อื่นๆ	4	2.63

ประวัติภูมิแพ้ในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรมที่สำคัญ (ร้อยละ 66.55) ในการทำให้เกิดโรคหืด จึงเป็นประวัติที่ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัย ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการจับหืดได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ คนสูบบุหรี่ในบ้าน สัตว์เลี้ยงในบ้าน เป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการรักษา asthma²² การค้นหาและหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ในบ้านหรือ environmental control ที่ดี จะได้ผลการรักษาที่ดีขึ้น²³ ส่วนเรื่องฝุ่นเนื่องจากโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีสักดิ์ฯ ไม่ได้มีการทำการทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนังในผู้ป่วยเด็กทุกราย จึงไม่สามารถจำแนกชนิดของสารก่อภูมิแพ้ได้ในการศึกษาครั้งนี้ (ตารางที่ 3)

รูปที่ 3 แสดงผลการรักษาต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคหืด

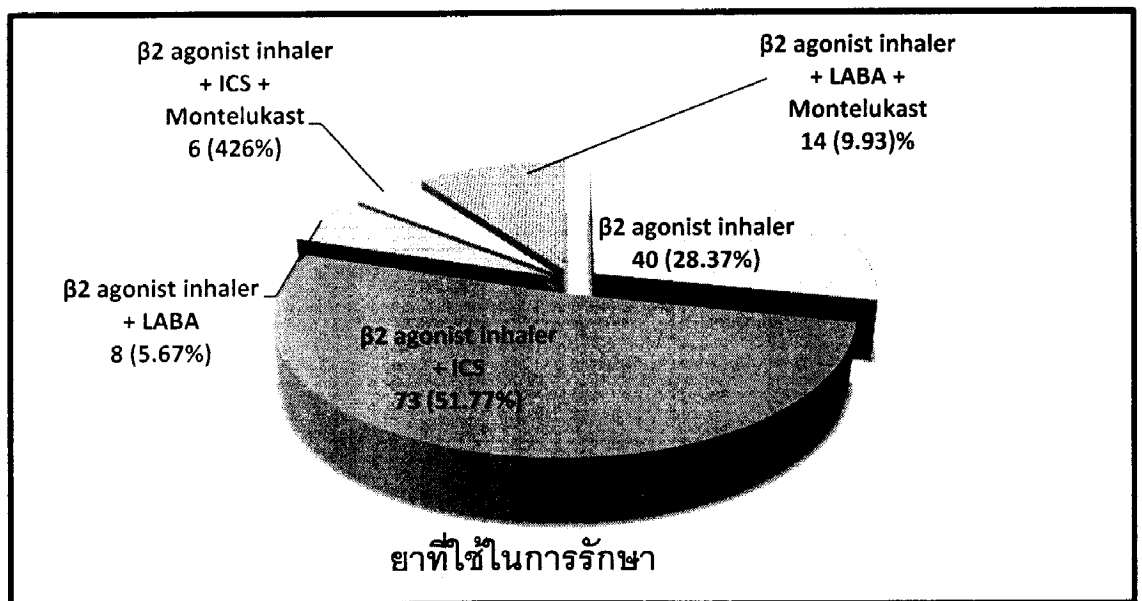


ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคหืดตาม Level of Asthma Control GINA Guideline 2006 - 2008 ดังนี้ ผู้ป่วยเด็กทุกกลุ่มอายุสามารถควบคุมโรคหืดได้โดยสิ้นเชิง (Total Controlled)

ร้อยละ 51.06 ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้บ้าง (Partly Controlled) ร้อยละ 36.88 และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ (Uncontrolled) ร้อยละ 12.06 และมีผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาร้อยละ 7.28 (รูปที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบใน 3 กลุ่มอายุ พบว่า ผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 10 ปีสามารถควบคุมโรคได้โดยสิ้นเชิง (Total Controlled) ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 50-52 แสดงถึงการเริ่มให้การรักษาดังแต่อายุน้อย ทำให้โอกาสสำเร็จในการรักษาสูงขึ้น นอกจากนี้ เด็กที่เป็นโรคหืดจะมีอาการน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น ประมาณร้อยละ 50 ของเด็กอายุ 8-9 ปี จะไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยมาก แต่ในเด็กที่ยังคงมีอาการหอบหืดจนถึงอายุมากกว่า 10 ปี โอกาสสำเร็จในการควบคุมโรคเหลือเพียงร้อยละ 33.33 มีแนวโน้มเป็นโรคหืดเรื้อรังในอนาคต ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มอายุมากกว่า 10 ปี มีจำนวนต่างจากกลุ่มอายุอื่นๆ ค่อนข้างมาก จึงอาจเปรียบเทียบความสำเร็จในการควบคุมโรคหืดกับกลุ่มช่วงอายุอื่นๆ ยาก

รูปที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยการใช้ยา จำแนกตามชนิด



โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ยาหลักที่ผู้ป่วยโรคหืดใช้ตามแนวทางการรักษาต้องเป็นยาที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบซึ่งปัจจุบัน Inhaled corticosteroids (ICS) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับ Controller เป็น β2 agonist inhaler ร่วมกับ ICS จำนวนมากที่สุด 73 คน (ร้อยละ 51.77) รองลงมาคือ β2 agonist inhaler จำนวน 40 คน (ร้อยละ 28.37) ทั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยที่ใช้ Montelukast ชนิดเดียว (รูปที่ 4)

เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการใช้ Inhaled corticosteroids ในการศึกษาครั้งนี้มีปริมาณการใช้เพียงร้อยละ 56.03 ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2551 ในโรงพยาบาล 98 แห่ง มีปริมาณการใช้ถึงร้อยละ 71.71¹⁶

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลังใช้แนวทางการรักษาโรคหืดภายในระยะเวลา 12 เดือน

	หอบจนต้องพ่นยา		นอนพักในโรงพยาบาล		วัดสมรรถภาพปอด (PEFR)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคย	19	13.48	25	17.73	0	0
ไม่เคย	122	86.52	116	82.27	141	100
รวม	141	100	141	100	141	100

หลังการรักษา พบผู้ป่วยร้อยละ 17.73 ที่ต้องนอนโรงพยาบาลเนื่องจากอาการหอบ และต้องพ่นยาจากมีอาการหอบกำเริบร้อยละ 13.48 จากการศึกษาพบผู้ป่วยทั้งหมดไม่เคยได้รับการวัดสมรรถภาพปอด (ตารางที่ 4) แสดงถึงยังมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถคุมอาการของโรคหืดได้จำนวนมาก ใกล้เคียงกับการศึกษาใน Asia-Pacific (ร้อยละ 15)³ และสูงกว่าในยุโรป (AIRE) (ร้อยละ 7)²⁴. สหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 9)²⁵, จีนทური (ร้อยละ 1.8)⁶ อีกทั้งผู้ป่วยทั้งหมดไม่เคยได้รับการวัดสมรรถภาพปอด แสดงถึงการเข้าถึงมาตรฐานในการรักษาโรคหืดอยู่ในเกณฑ์ต่ำ มีผู้ป่วย 69 คน (ร้อยละ 48.94) ไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้อย่างสม่ำเสมอ เมื่อนำผู้ป่วยกลุ่มนี้มาวิเคราะห์พบสาเหตุหลัก 4 ด้านใหญ่ๆ ได้แก่

- (1) ปัญหาผู้ปกครองพบมากที่สุด ร้อยละ 97.5 เกิดจากผู้ปกครองขาดความเข้าใจในโรคหืดจึงขาดการเอาใจใส่ในการบริหารยา อีกทั้งความจำเป็นของผู้ปกครองในการหาเลี้ยงชีพ จึงต้องฝากผู้ป่วยไว้กับผู้ปกครองที่มีอายุมาก ทำให้มีปัญหาในการบริหารยาและการลืมให้ยา
- (2) ปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อม พบร้อยละ 60 ได้แก่ สัตว์เลี้ยงในบ้าน คนสูบบุหรี่
- (3) ปัญหาผู้ป่วยเด็ก พบร้อยละ 27.5 โดยเฉพาะกลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถบริหารยาได้เอง และมักขาดความร่วมมือในการบริหารยา ในขณะที่กลุ่มอายุมากกว่า 10 ปี ซึ่งเข้าวัยวัยรุ่น ถ้าขาดความรู้ความเข้าใจมักไม่ได้รับความร่วมมือ
- (4) ปัญหาจากยา พบร้อยละ 16.25 ได้แก่ ผลข้างเคียงจาก ICS ที่เพิ่มขนาดการใช้ เช่น ปากเป็นแผล หรือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเพิ่มระดับการรักษาเช่น Leukotriene Modifier ซึ่งมีราคาสูง

7. ผลสำเร็จของงาน

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา ในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓๓ ชุมชนโรอุทิศและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดโดยกุมารแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554 – วันที่ 31 ธันวาคม 2554 พบมีผู้ป่วยเด็กโรคหืดจำนวน 152 คน เป็นเพศชาย 99 คน คิดเป็นร้อยละ 65.13 เพศหญิง 53 คน คิดเป็นร้อยละ 34.87 กลุ่มอายุของผู้ป่วยที่เริ่มรับการรักษาแบบหอบหืด ใกล้เคียงกับกลุ่มอายุผู้ป่วยที่เริ่มหอบ กล่าวคือ พบกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 5 ปีมากที่สุด จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 71.71 รองมาคือผู้ป่วยอายุ 6-10 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 23.68 ผู้ป่วยอายุ 11-15 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 4.61 ภาวะโรคร่วม (Co-disease) พบ Allergic Rhinitis มากที่สุด จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 53.29

มีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรมจำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 66.55 ระดับความรุนแรงของโรคหืดตาม Level of Asthma Control GINA Guideline 2006 – 2008 พบผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 10 ปีสามารถควบคุมโรคได้โดยสิ้นเชิง (Total Controlled) ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 50-52 มีปริมาณการใช้ Inhaled corticosteroids เพียง ร้อยละ 56.03 หลังการรักษาผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลเนื่องจากอาการหอบ 25 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.73 และต้องพ้นยาจากมีอาการหอบกำเริบ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 13.48 ผู้ป่วย 69 คน คิดเป็นร้อยละ 48.94 ที่ไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้อย่างสม่ำเสมอ สาเหตุหลักจาก ปัญหาผู้ปกครองพบมากที่สุด เมื่อสิ้นสุดการศึกษา คงเหลือผู้ป่วยมาติดตามอาการรักษา 141 คน คิดเป็นร้อยละ 92.76

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาความรุนแรงของโรคหืดตาม Level of Asthma Control ของ GINA Guideline 2006-2008 ในผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุน้อยกว่า 15 ปีที่มารับการรักษาที่คลินิกเด็กของโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีสักดิ์ ชูดิษฐ์โร อุทิศ

2. เพื่อนำผลการรักษาและการใช้ยาในผู้ป่วยเด็กโรคหืดกลุ่มดังกล่าว นำมาเป็นข้อมูล สำหรับการพัฒนาระบบคุณภาพในการดูแลรักษาและบริการของโรงพยาบาล

3. สามารถใช้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโรคร่วม ปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดโรคหืด และสามารถระบุกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มจะเป็นโรคหืดสูง เพื่อช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รวดเร็วขึ้น อีกทั้งยังใช้ในการติดตาม แนะนำ Environmental Control แก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการควบคุมโรคหืด ส่งผลให้อัตราการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินและอัตราการนอน โรงพยาบาลด้วยหอบลดลง

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. เป็นการศึกษาโดยการรวบรวมข้อมูลจากเพิ่มประวัติ ทำให้อาจได้รับข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน

2. จำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มอายุมีความแตกต่างกัน อาจทำให้การเปรียบเทียบ ผลสำเร็จในการรักษา มีความคลาดเคลื่อน

3. การศึกษาข้อมูลด้านเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้และขาดการ ติดตามการใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน และมีการทดลองใช้เพื่อดูความน่าเชื่อถือ

10. ข้อเสนอแนะ

1. การมีจัดตั้งคลินิกโรคหืดเด็กอย่างง่ายในโรงพยาบาล (Easy Asthma Clinic) โดยมี ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร) ในการดูแลรักษา ตลอดจนการให้ความรู้ เพื่อให้เกิด ความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ปกครอง และทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้ สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคหืดได้ดีขึ้น สามารถนัดติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยโรคหืดและครอบครัว

2. ควรมีการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำและรวดเร็วขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก โรคหืดอายุน้อยกว่า 5 ปี เพื่อเริ่มการรักษาที่เร็วและเหมาะสม
3. ควรจัดให้มีการตรวจวัดสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยเด็กทุกรายที่ให้ความร่วมมือในการตรวจ
4. ควรมีการศึกษาความรู้ ความเข้าใจ เจตคติในการรักษาผู้ป่วยโรคหืด ตลอดจนประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อผลการรักษาโรคหืดตามแนวทาง GINA Guideline ของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ



(ลงชื่อ).....

(นางสาวณัฐรี โชควิริยากร)

ผู้ขอรับการประเมิน

๒๐ ส.ค. ๒๕๕๕

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ



(ลงชื่อ).....

(นางอัมพร เกียรติปานอกกุล)

รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาล (ฝ่ายการแพทย์)

โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีสักดิ์ ชูตินโร อุทิศ

๒๐ ส.ค. ๒๕๕๕



(ลงชื่อ).....

(นางกันธิมา รัชยาวุฒิ)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีสักดิ์ ชูตินโร อุทิศ

๒๐ ส.ค. ๒๕๕๕

เอกสารอ้างอิง

1. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. Lancet. 1998; 351 : 1225-32.
2. ปกิต วิชาชนนท์. ประชุมวิชาการนานาชาติด้านโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกัน . ใน: World Allergy Congress 2007 (WAC 2007) ครั้งที่ 20 ; 2 ธันวาคม 2007 ; ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์. Thailand.
3. คริสทีนวอร์โลว์. 30 มกราคม 2550 ผู้ป่วยโรคหืดเอเชียแปซิฟิก. แหล่งที่มา <http://www.newswit.com//news/2007-01-30/4e3c605be89de71cf24408604ed/> วันที่สืบค้น 12/04/2012
4. Trakultivakorn M. Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in northern Thai children from Chiangmai (International Study for Asthma and Allergy in Childhood, ISAAC). Asian Pac J Allergy Immunology 1999; 17:243-8.
5. Teeratakulpisarn J. Pairojkul S, Heng S. Survey of the prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in school children from Khon Kaen, northeast Thailand: An ISAAC study. Asian Pac J Allergy Immunology 2000; 18: 187-94.
6. วรามิศร์ โอสถานนท์, ทนง ประสานพานิช, วรณา แจ่มจรัส. ความชุกของโรคหืด โรคภูมิแพ้ทางจมูก และโรคภูมิแพ้ทางผิวหนังในเด็กนักเรียนเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยใช้แบบสอบถาม ISAAC วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2547; 43: 250-54.
7. พยงค์ บุญญฤทธิพงษ์, มนตรี ตูจันทา, กัมปนาท พलगูล, นวลอนงค์ วิศิษฐ์สุนทร, นรินทร์ วรรณประภา. ความชุกของโรคภูมิแพ้ในเด็กไทย. วารสารกุมารแพทย์ 2533; 29:24-32.
8. ปกิต วิชาชนนท์, อรทัย จิรพวงसानุรักษ์, นวลอนงค์ วิศิษฐ์สุนทร, และมนตรี ตูจันทา. Prevalence of Asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC (International Study for Asthma and Allergy in Childhood) questionnaires. J Med Assoc Thai 1998; 81: 175-84.
9. Muthita Trakultivakorn. Economic burden of asthma in Thailand . Asian Pac J of Allergy Immunology 2012; 30 (1) : 1-2.
10. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, Wongtim S, Viriyachaiyo V, Pothirat C, et al. Survey of asthma control in Thailand. Respirology. 2004; 9(3): 373-8.
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลโครงการตรวจวิเคราะห์เบี่ยงเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ปีงบประมาณ 2550; 2551.

12. Adams RJ, Fuhlbrigge A, Guilbert T, Lozano P, Martinez F. Inadequate use of asthma medication in the United States: results of the asthma in America national population survey. *J Allergy Clin Immunol.* 2002; 110(1): 58-64.
13. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J.* 2000; 16(5): 802-7.
14. Global initiative for asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (revised 2006): The GINA reports are available on www.ginasthma.org; 2006.
15. Global initiative for asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (revised 2008): The GINA reports are available on www.ginasthma.org; 2008.
16. คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืด พ.ศ. 2551. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข: การดูแลผู้ป่วยโรคหืด พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช); 2552.
17. ผศ.นพ.วัชรวิทย์ บุญสวัสดิ์. 19 กรกฎาคม 2547 วิธีลดความทรมาณผู้ป่วยโรคหืด. แหล่งที่มา <http://sanook.com/modules.php?name=News&file=article&sid=346> วันที่สืบค้น 30/3/2554.
18. คัชรินทร์ เจียมศรีพงษ์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการมีผลการทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนังเป็นบวกในผู้ป่วยเด็กเล็กที่มีอาการหอบหืด. *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 2551; 4: 247-250.
19. วิณา ไชยยศ. ผลการรักษาผู้ป่วยโรคหืดในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ตาม GINA Guideline 2006 ที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 2552; 1: 86-93.
20. อภิชาติ คณิตทรัพย์, มุกดา หวังวีรวงศ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย V.5 สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก พ.ศ. 2555. 1. กรุงเทพฯ. สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย; 2555.
21. E.P. de Groot*, E.J. Duiverman and P.L.P brand. Comorbidities of asthma during childhood: Possibly important, yet poorly studied. *Eur Respir J* 2010 ; 36 : 671-678.
22. Jarungchit Ngamphaiboon. Asthma Treatment Options: The right drug for the right patient at the right time. In: The 24th Annual Meeting Allergy and Immunology Radisson Hotel. May 16, 2008. Bangkok: AstraZeneca. 2008. p.1-4.
23. Castro-Rodríguez JA, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162:1403-1406.
24. Adams RJ, Fuhlbrigge A, Guilbert T, Lozano P, Martinez F. Inadequate use of asthma medication in the United States: results of the asthma in America national population survey. *J Allergy Clin Immunol.* 2002; 110(1): 58-64.
25. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J.* 2000; 16(5): 802-7.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวฉัฐนรี โชควิริยากร

เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม)
(ตำแหน่งเลขที่ รพท.58) หัวหน้ากลุ่มงาน สังกัด กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิระดับสูง
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชุตินุชโร อุทิศ สำนักงานแพทย์
เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดและ Recurrence Wheezing อย่างครบวงจร

หลักการและเหตุผล

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประชากรเด็กในประเทศไทย อีกทั้งยังพบเด็ก
ในวัยก่อนเข้าเรียนมักเกิด Recurrence Wheezing ได้บ่อยมากถึงร้อยละ 50 แพทย์จึงมีโอกาสดูแล
รักษาเด็กที่มีปัญหา wheezing จากสาเหตุต่างๆ

Siriraj Clinical Asthma score (SCAS) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ถูกพัฒนาและมีความน่าเชื่อถือ
มาก โดยรวมอาการทางคลินิกต่างๆ ในผู้ป่วยเด็กโรคหืดมาเป็นคะแนนในการประเมินความรุนแรง
แรกรับของภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน ทั้งยังมีแนวทางปฏิบัติในการรักษาภาวะดังกล่าวเบื้องต้นตาม
คะแนนที่ประเมินได้ โรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชุตินุชโร อุทิศ จึงเห็นความสำคัญในการใช้
Siriraj Clinical Asthma score (SCAS) เป็นเครื่องมือในการประเมินเด็กที่มีภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน
เพื่อให้เกิดการประเมินรักษาเบื้องต้นที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนให้การดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง
อย่างครบวงจร เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. ให้นำบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลหลวงพ่отวิศศักดิ์ ชุตินุชโร อุทิศ ใช้แนวทาง
Siriraj Clinical Asthma score (SCAS) เป็นมาตรฐานเดียวกันในการประเมินความรุนแรงเบื้องต้น
และให้การรักษาเบื้องต้นตามคะแนนที่ประเมินได้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหืดและ Recurrence Wheezing
ที่มีภาวะโรคหืดกำเริบเฉียบพลันทุกรายในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. เพื่อเชื่อมโยงการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยจัดตั้งคลินิกโรคหืดและภูมิแพ้ในเด็ก
โดยกุมารแพทย์เป็นผู้ประเมินและจำแนกความรุนแรง จัดแผนการรักษาที่เหมาะสมตาม Level of Asthma Control
ของ GINA Guideline 2006-2008 ตรวจสอบรรภาพปอดผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจได้ และนัดติดตามเพื่อ
ประเมินผลการรักษา เกสัชกรเป็นผู้สอนการพ่นยาอย่างถูกวิธีที่ละคนและมีการประเมินซ้ำโดยกุมารแพทย์
พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ สอนการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น รวมทั้ง empowerment แก่ผู้ป่วยและญาติ
3. ให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดทุกครั้งที่มาพบแพทย์ที่คลินิกโรคหืด
และภูมิแพ้ในเด็ก โดยจัดสื่อการสอน DVD ให้ผู้ป่วยชมระหว่างรอพบแพทย์ แจกเอกสารแผ่นพับให้
ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดสาเหตุ และการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ การปฏิบัติตนเบื้องต้น
เมื่อมีภาวะโรคหืดกำเริบ

4. ผู้ปกครองและผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สาเหตุของโรคหืด แผนการรักษา วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง การปฏิบัติตนเบื้องต้นเมื่อมีภาวะโรคหืดกำเริบ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ภาวะโรคหืดกำเริบ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

อุบัติการณ์การรักษาระยะหืดกำเริบเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉินในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคหืดของโรงพยาบาลหลวงพ่อดำศิริศักดิ์ ชุตินุชโร อุทิส ในปี 2554 ผู้ป่วยร้อยละ 17.73 ที่ต้องนอนโรงพยาบาลเนื่องจากอาการหอบ นับว่าค่อนข้างสูงใกล้เคียงกับในข้อมูลจาก กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 14.8)¹, Asia-Pacific (ร้อยละ 15)² ทั้งนี้ยังไม่รวมผู้ป่วยเด็กที่ต้องรับการรักษาจาก Recurrence Wheezing ในขณะที่การประเมินความรุนแรงเบื้องต้นและการรักษาที่มีความหลากหลายในการปฏิบัติ ตลอดจนขาดความต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วย การประเมินผล ติดตามการรักษาผู้ป่วย ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากแพทย์มีการเปลี่ยนบ่อย แพทย์เวรที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหมุนเวียนจากหลายสาขา และขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

โรงพยาบาลหลวงพ่อดำศิริศักดิ์ ชุตินุชโร อุทิส จึงเห็นความสำคัญในการนำ Siriraj Clinical Asthma score (SCAS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถืออย่างมาก อีกทั้งใช้ง่ายในทางปฏิบัติเพื่อประเมินเด็กที่มีภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน³ เพื่อให้เกิดการประเมินและรักษาเบื้องต้นที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างครบวงจร โดยทีมสหวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการพัฒนากระบวนการดูแลรักษา

1. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดและ Recurrence Wheezing
2. จัดทำแนวทางการประเมินอาการความรุนแรงแรกเริ่มของภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน และแนวทางปฏิบัติในการรักษาภาวะดังกล่าวตามคะแนนที่ประเมินได้ อ้างอิงตามแนวทาง Siriraj Clinical Asthma score (SCAS)

3. นำแนวทางดังกล่าวมาใช้ปฏิบัติในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในผู้ป่วยเด็กโรคหืดและ Recurrence Wheezing ที่มีภาวะหืดกำเริบเฉียบพลันทุกราย

4. ในกรณีผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการพิจารณาให้อนุรักษานในโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร) มีขั้นตอนแนวทางในการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยทุกราย ดังนี้

- 4.1 กุมารแพทย์หรือแพทย์เวรในเป็นผู้ให้การดูแลรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาภาวะหืดกำเริบเฉียบพลันในหอผู้ป่วย
- 4.2 ประเมินและจำแนกความรุนแรง จัดแผนการรักษาที่เหมาะสมตาม Level of Asthma Control ของ GINA Guideline 2006-2008
- 4.3 สอนและแสดงวิธีบริหารยา (Inhaler Technique) ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องทีละคน โดยเภสัชกร และมีการประเมินซ้ำโดยกุมารแพทย์
- 4.4 นัดติดตามอาการผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดในเด็ก

5. ในกรณีผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการพิจารณาให้กลับบ้าน จะมีการนัดติดตามต่อเนื่องในคลินิกโรคหืดในเด็ก ซึ่งร่วมดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร) โดยเน้นให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การให้ยาอย่างถูกต้อง ปังจัยเสี่ยง Environmental Control รวมทั้ง empowerment แก่ผู้ป่วยและญาติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มประสิทธิภาพและสร้างมาตรฐานเดียวกันแก่บุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินความรุนแรงเบื้องต้นและให้การรักษเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยเด็กโรคหืดและ Recurrence Wheezing ที่มีภาวะโรคหืดกำเริบ
2. ลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยภาวะโรคหืดกำเริบเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมง
3. ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะโรคหืดกำเริบเฉียบพลันภายใน 28 วัน
4. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันหลังรับรักษาภายในโรงพยาบาล
5. ผู้ปกครองและผู้ป่วยโรคหืดมีความเข้าใจและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยภาวะโรคหืดกำเริบเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมง (Re-visit) น้อยกว่าร้อยละ 5
2. ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะโรคหืดกำเริบเฉียบพลันภายใน 28 วัน (Re-admit) น้อยกว่าร้อยละ 5
3. ลดอัตราการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันหลังรับรักษาภายในโรงพยาบาลเป็นร้อยละ 0
4. ผู้ปกครองและผู้ป่วยมีความเข้าใจในการใช้ยา และสามารถบริหารยา (Inhaler Technique) อย่างถูกต้องมากกว่าร้อยละ 85

ลงชื่อ.....

(นางสาวณัฐนรี โชควิริยากร)

ผู้ขอรับการประเมิน

๒๑/๑๑/๒๕๕๕

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดพ.ศ. 2551. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข:การดูแลผู้ป่วยโรคหืดพ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) : 2552.
2. คริสทีน วอร์โลว์. 30 มกราคม 2550 ผู้ป่วยโรคหืดเอเชียแปซิฟิก. แหล่งที่มา <http://www.newswit.com//news/2007-01-30/4e3c605be89de71cf24408604ed/> วันที่สืบค้น 12/04/2012.
3. D. Chaidaroon, N. Reinmanee, O. Jirapongsanannuruk, N. Visitsunthorn, P.Vichyanond. Prediction of asthma admission using the newly developed Siriraj clinical asthma score (SCAS) compared to Wood's and Parkin's score. J Allergy ClinImmunol. 2004; 113 (2) S306.