

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งนายแพทย์ 7 วช. (ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การรักษาผู้ป่วยโรคหัดเฉียบพลันขั้นรุนแรง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง หลักสูตรการดูแลรักษาให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหัดในเด็ก

เสนอโดย

ร้อยเอกหญิงปนัดดา สุวรรณ

ตำแหน่งนายแพทย์ 6

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 1354)

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การรักษาผู้ป่วยโรคหืดเฉียบพลันขั้นรุนแรง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มกราคม - กรกฎาคม 2551
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. การรักษาโรคหืด จุดประสงค์ของการรักษาไม่ใช่เพียงให้ผู้ป่วยควบคุมอาการ โรคหืดได้เพียงอย่างเดียว แต่ผู้ป่วยยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันรวมทั้งออกกำลังกายได้ปกติ การทำงานของปอดในผู้ป่วยปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืด รวมทั้งป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหืด จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการรักษาเป็นแบบองค์รวม นอกเหนือจากการซักประวัติ การตรวจ การวินิจฉัยแล้ว การวางแผนการรักษาควรประกอบไปด้วย 6 ข้อที่สำคัญคือ

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคหืด
2. การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้
3. ประเมินความรุนแรงของโรคหืด
4. การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นขณะที่มีอาการหอบ
5. การรักษาผู้ป่วยในระยะยาว
6. นัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา

2. สิ่งสำคัญอันดับแรกอันเป็นหัวใจสำคัญที่สุดในการรักษาโรคหืดคือ การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ที่ผู้ป่วยแพ้ ดังนั้นการรักษาโรคหืดต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ปกครองและตัวผู้ป่วยเองเพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จสูงสุด นอกจากนี้การรักษาโรคหืดไม่ได้มีแต่ยารับประทานเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับยาพ่นในการรักษาด้วยเทคนิคในการใช้ยาจึงเป็นปัจจัยสำคัญมากที่ทำให้การรักษาได้ผลดี

3. การรักษาโรคหืดมี 2 กลุ่มในการรักษาคือ ยาควบคุม (Controller) ผู้ป่วยต้องใช้ยาในกลุ่มนี้ทุกวันในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ Mild persistent เป็นต้นไป ดังนั้นผู้ป่วยโรคหืดทุกรายจำเป็นต้องแบ่งระดับความรุนแรงของโรคเพื่อประโยชน์ในการรักษา กลุ่มที่ 2 คือ ยาบรรเทา (Reliever) ผู้ป่วยจะใช้ยาในกลุ่มนี้เวลามีอาการหอบเท่านั้นซึ่งจะได้รับในผู้ป่วยโรคหืดทุกราย

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

เป็นการรายงานกรณีศึกษาของผู้ป่วย 1 ราย ในการรักษาโรคหืดเฉียบพลันขั้นรุนแรง

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 3 ปี 5 เดือน มาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการสำคัญ คือ หอบเหนื่อย 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้ต่ำ ๆ ไอมีเสมหะสีขาว หลังไอมีอาการอาเจียนเป็นเศษอาหาร 1 ครั้ง มีน้ำมูกเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ปกติ ปัสสาวะ อุจจาระปกติ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยไอบากขึ้น หายใจหอบเหนื่อย ฟันยาขยายหลอดลมที่บ้าน 1 ครั้ง อาการไม่ดีขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ซักประวัติผู้ป่วย ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัว โรคประจำตัวอื่น ๆ ประวัติโรคประจำตัวในครอบครัว ประวัติพัฒนาการ ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติการได้รับอาหาร
2. การตรวจร่างกายอย่างละเอียดทุกระบบ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางภาพถ่ายรังสี

3. วินิจฉัยโรค ความรุนแรงของโรค เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและหาโรคร่วมเพื่ออย่างอื่นร่วม เช่น โรคเยื่อจมูกอักเสบจากภูมิแพ้
4. วางแผนการรักษา ซึ่งได้แก่ การรักษาขณะที่มีอาการหอบเฉียบพลันขั้นรุนแรง รวมทั้งก่อนกลับบ้าน ได้ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคหืด การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ ประเมินความรุนแรงของโรคหืด การรักษาผู้ป่วยในระยะยาวและนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา
5. การรักษาขณะที่มีอาการหอบเฉียบพลันขั้นรุนแรง ได้ย้ายผู้ป่วยไปดูแลอย่างใกล้ชิดที่หอภิบาลผู้ป่วยและให้การรักษาด้วย Continuous nebulization therapy โดยการพ่นฝอยละอองยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ปกครองและตัวผู้ป่วยเอง เพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาต่อไป การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ที่บ้านซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาโรคหืด รวมทั้งสอนเทคนิคการใช้ยาที่บ้าน โดยพ่นยาผ่านกระบอกพ่นยาด้วยยาควบคุมอาการทุกวันและใช้ยาบรรเทาอาการถ้ามีอาการหอบและการปฏิบัติตนเบื้องต้นเมื่อมีอาการหอบกำเริบ
6. ติดตามผลการรักษาทุก 1-2 เดือนโดยประเมินจากอาการหอบลดลง ควบคุมอาการโรคหืดได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งวิ่งเล่นได้ปกติ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

“ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นการรายงานกรณีศึกษาของผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งเป็นการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดเฉียบพลันขั้นรุนแรง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 3 ปี 5 เดือน มาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน

อาการสำคัญคือ หอบเหนื่อย 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ ไอมีเสมหะสีขาว หลังไอมีอาการอาเจียนเป็นเศษอาหาร 1 ครั้ง มีน้ำมูกเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ปกติ ปัสสาวะและอุจจาระปกติ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยไอมากขึ้น หายใจหอบเหนื่อย พ่นยาขยายหลอดลมที่บ้าน 1 ครั้ง อาการไม่ดีขึ้น

ประวัติอดีต

ผู้ป่วยเป็นโรคหืดวินิจฉัยครั้งแรกตอนอายุ 2 ปี เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดเมื่อปีที่แล้ว 1 ครั้ง หลังจากนั้นมีอาการเหนื่อยหอบในเวลากลางวันมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และไอตอนกลางคืนโดยที่ไม่ได้เป็นไข้หวัดนำมาก่อนประมาณ 3 ครั้งต่อเดือน พ่นยาขยายหลอดลมที่บ้านอาการดีขึ้น (ผู้ป่วยมีเครื่องพ่นยาขยายหลอดลมขนาดใหญ่ที่บ้าน) เวลาวิ่งเล่นบางครั้งมีอาการเหนื่อยหายใจมีเสียงวี๊ดต้องนั่งพัก หอบครั้งสุดท้ายเมื่อเดือนที่แล้ว ปีนี้ผู้ป่วยหอบต้องพ่นยาขยายหลอดลมทุกเดือน ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่ได้ ไม่มียาควบคุมอาการหอบ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีอาการน้ำมูกใสไหลช่วงเช้าจามเช้า ๆ เป็นชุด ๆ คัดจมูกทุกวันเป็นมานานประมาณ 6 เดือน บางครั้งมีอาการนอนกรนแต่ไม่มีหยุดหายใจ

ประวัติส่วนตัว

ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคหืด ปฏิเสธแพ้ยา และแพ้อาหาร ผู้ป่วยเป็นบุตรคนเดียว นิสัยร่าเริง สนุกสนาน คิดอย่างซื่อเป็นคนเลี้ยง

ประวัติโรคประจำตัวในครอบครัว

บิดาของผู้ป่วยเป็นโรคเยื่อจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ปฏิเสธโรคหืดในครอบครัว

ประวัติพัฒนาการ

พัฒนาการสมวัย ซึ่จักรยานสามล้อได้ พูดเป็นประโยค ขณะนี้เข้าเรียนที่ศูนย์เด็กเล็ก

ประวัติการได้รับวัคซีน

ครบตามนัด

ประวัติการได้รับอาหาร

รับประทานข้าวสามมื้อ อาหารครบ 5 หมู่ รับประทานนมวันละ 1-2 ถ้วย

ตรวจร่างกาย

Vital signs Temperature 36.5 °C PR 122 ครั้ง/นาที RR 50 ครั้ง/นาที BP 85/55 mmHg

น้ำหนัก 15.4 กิโลกรัม (P₇₅) ความสูง 90 เซนติเมตร (P₁₀) Oxygen saturation 89 % (room air)

General appearance: A Thai girl, good consciousness, not pale conjunctiva, no jaundice, markedly dyspnea, tachypnea, no cyanosis

HEENT: tonsils and pharynx are mild injected, nasal mucosa edema 3+ and pale

Chest: suprasternal, intercostals and subcostal retraction, no chest wall deformity, generalized wheezing both lungs

Heart: normal S₁, S₂, no murmur

Abdomen: soft, not tender, no guarding, no hepatosplenomegaly, normoactive bowel sounds

Extremities: no edema, no deformity

Neuro sign: pupils 3 mm RTLBE, stiff neck negative, motor grade V, all sensory intact

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC:Hb14gm/dlHct 42%WBC30,000cells/mm³PMN86 %Lymphocyte14%Platelet counts457,000cumm³

Urine analysis : yellow clear pH 5 SpGr 1.025 Albumin negative, glucose 3+ , ketone 4+

Electrolyte Na 138 mmol/L K 4.3 mmol/L Cl 108 mmol/L CO₂ 15 mmol/L

Capillary blood gas PH 7.26PaCO₂ 52.6 mmHgPaO₂ 47.7 mmHgHCO₃ 23.8 mmol/L BE-3.7 mmol/L

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยยา salbutamol ชนิดพ่นผ่านเครื่องพ่นละอองฝอย 3 ครั้ง อาการไม่ดีขึ้นจึงรับไว้ในโรงพยาบาลที่เด็กผู้ป่วยเด็ก โดยงดน้ำงดอาหารทางปาก ให้การรักษาด้วยออกซิเจน สารน้ำทางเส้นเลือดดำ ให้ยาสเตียรอยด์ (Hydrocortisone) 5 mg/kg/dose ทุก 6 ชั่วโมง โดยยา dose แรกได้บริหารยาครั้งแรกหลังผู้ป่วยมาโรงพยาบาล 45 นาที พ่นยา salbutamol สลับกับ Ipratropium

bromide/fenoterol และฝ้าดูอาการเหนื่อยหอบอย่างใกล้ชิด พบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น oxygen saturation room air 87% ขณะได้ออกซิเจน mask with bag 8LPM saturation 99% หายใจ 55 ครั้ง/นาที flaring alar nasi, mouth breathing, use accessory muscle ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เด็กผู้ป่วยเด็กได้ 2 ชั่วโมง พิจารณาย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่หออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (Pediatric intensive care unit, PICU) ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบว่า no definite infiltration, hyperaeration, no pneumothorax, no pneumomediastinum หลังย้าย PICU ได้ให้การรักษาด้วย Continuous salbutamol nebulizer โดยเริ่มที่ขนาด 10 mg/hr ฝ้าระวังผลข้างเคียงที่เกิดจากยา เช่น hypokalemia, tachycardia โดยเจาะเลือดพบว่าระดับเกลือแร่ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติดังนี้ $Na^{137}mmol/L$ $K^{3.6}mmol/L$ $Cl^{107}mmol/L$ $CO_2^{20}mmol/L$ monitor Heart rate อยู่ในช่วง 160-185 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยยังมีอาการเหนื่อยอยู่ตลอด ได้เพิ่มขนาดยา salbutamol จาก 10 มิลลิกรัม/ชั่วโมง เป็น 20 มิลลิกรัม/ชั่วโมง 40 มิลลิกรัม/ชั่วโมง 50 มิลลิกรัม/ชั่วโมง และ 60 มิลลิกรัม/ชั่วโมง ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นระดับยาสูงสุดถ้าผู้ป่วยไม่ดีขึ้นพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ oxygen saturation ขณะให้ oxygen mask with bag 8 LPM ได้ 98-99% และเจาะ Capillary blood gas หลังพ้นยาต่อเนื่อง 3 ชั่วโมงพบว่า PH 7.40 PaCO₂ 34.6mmHg PaO₂ 194.8mmHg HCO₃ 21.5 mmol/L BE-3.4 mmol/L อาการผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นเหนื่อยลดลง หลังมานอนโรงพยาบาลได้ 1 วัน

ผู้ป่วยให้การรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (PICU) ประมาณ 36 ชั่วโมง สามารถย้ายกลับหอผู้ป่วยเด็กทั่วไปโดยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืดเฉียบพลัน สามารถเปลี่ยนจากยาพ่นขยายหลอดลม Continuous salbutamol nebulizer เป็นยาพ่น salbutamol สลับกับ Ipratropium bromide/fenoterol ทุก 6 ชั่วโมงได้ เปลี่ยนจากยาฉีดสเตียรอยด์เป็นยารับประทาน prednisolone

นอกจากนี้ผู้ป่วยรายนี้มีอาการน้ำมูกไหล จาม คัดจมูกช่วงเช้าทุกวัน ต้องเช็ดน้ำมูกทุกเช้าเป็นเวลา 6 เดือน นอนกรนแต่ไม่มีหยุดหายใจ ตรวจร่างกายพบเยื่อจมูก บวม ซีดมาก และพบ post nasal dripping วินิจฉัยผู้ป่วยมี Allergic rhinitis (moderate-severe persistent) ได้รักษา Allergic rhinitis ร่วมด้วย โดยให้หลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด สอนใช้น้ำเกลือล้างจมูก Intranasal steroid พ่นจมูก และ antihistamine (cetirizine) ส่วนการรักษาโรคหืดระดับความรุนแรงของโรคหืดเป็น mild persistent ผู้ป่วยได้รับยากลับบ้านเป็น fluticasone/salmeterol 2 กด เข้า 2 กด เย็นพ่นผ่านกระบอกพ่นยาใช้เป็นยาควบคุมโดยใช้ทุกวัน และให้ยาบรรเทา salbutamol MDI 1 กด โดยพ่นผ่านกระบอกพ่นยา ใช้เวลาหอบหรือไอมาก โดยสอนเทคนิคการใส่ยาพ่นและให้ผู้ป่วยทำให้อ่อนก่อนกลับบ้าน

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืด (Asthma) ตั้งแต่วัยที่แล้ว โดยระดับความรุนแรงของโรคหืดคือ mild persistent¹ จากอาการ คือ อาการเหนื่อยหอบในเวลากลางวันประมาณมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และไอตอนกลางคืนโดยที่ไม่ได้เป็นไข้หวัดประมาณ 3 ครั้งต่อเดือน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมอาการ (controller) เพื่อไม่ให้มีอาการหอบตั้งแต่วัยที่แล้ว แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้รับยาควบคุมอาการซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรายนี้หอบมากต้องนอน PICU และเกือบต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จาก

ประวัติพบว่าผู้ป่วยใช้ยาขยายหลอดลม(Reliever)บ่อยโดยเฉลี่ยใช้ทุกเดือน บางเดือนใช้มากกว่าเดือนละ 2 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องซื้อเครื่องพ่นยาขนาดใหญ่ที่บ้านแสดงว่าผู้ป่วยเป็นโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงที่ต้องได้รับยาควบคุมอาการแต่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ระดับความรุนแรงของโรคหืดเฉียบพลันในการป่วยครั้งนี้เป็นระดับรุนแรงมาก¹ โดยพิจารณาจากอัตราการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เสียงการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนPaCO₂ที่มากกว่า 45 mmHg

การรักษาที่ห้องฉุกเฉินคือพ่นยา salbutamol solution 0.5 ml + NSS 3 ml พ่น 3 ครั้ง อาการไม่ดีขึ้น หลังพ่นยาทั้ง 3 ครั้งพบว่ามีอาการหอบมากขึ้น ผู้ป่วยรายนี้ควรรับเป็นผู้ป่วยในที่หออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (PICU) เพื่อดูแลอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกและควรให้การรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ทันทีตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน เนื่องจากยาจะเริ่มออกฤทธิ์หลังบริหารยาประมาณ 4-6 ชั่วโมงซึ่งถือว่าเป็นยาที่สำคัญในการรักษาโรคหืดเฉียบพลันขั้นรุนแรง ผู้ป่วยรายนี้ได้ยาสเตียรอยด์หลังรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล 45 นาที หลังรักษาพ่นยา salbutamol ทุกชั่วโมงสลับกับ Ipratotium bromide/fenoterol ทุก 4 ชั่วโมง ปกติการพ่นยา salbutamol สลับกับ Ipratotium bromide/fenoterol สามารถลดโอกาสนอนโรงพยาบาล² แต่ผู้ป่วยรายนี้อาการหอบไม่ดีขึ้นจึงต้องย้ายไปรักษาด้วย Continuous nebulization therapy ซึ่งเป็นการรักษาโดยการพ่นฝอยละอองยาอย่างต่อเนื่องใช้ในการรักษาหอบหืดขั้นรุนแรง (status asthmaticus) ซึ่งเป็นการให้ยาขนาดสูงให้ประสิทธิภาพและ cost-effective ดีกว่าการให้ salbutamol แบบเป็นช่วง ๆ ทุก 1 ชั่วโมง (intermittent nebulization)³ ทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นและลดเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลลง⁴ โดยเริ่มขนาดยาที่ 0.5 มิลลิกรัม/กิโกรัม/ชั่วโมง เป็น 20 มิลลิกรัม/ชั่วโมง จน 60 มิลลิกรัม/ชั่วโมง ซึ่งเป็นระดับสูงสุดของยา หลังจากระดับยา 60 มิลลิกรัม/ชั่วโมง อาการผู้ป่วยเหนื่อยลดลงได้มีการ monitor heart rate, oxygen saturation, respiratory rate, blood pressure ตลอด และไม่พบผลข้างเคียงอื่น ๆ ของยา เช่น tremor, hypokalemia, tachycardia, arrhythmia หลังจากพ่น Continuous nebulization ได้ 30 ชม. ผู้ป่วยมีอาการหอบลดลงได้เปลี่ยนเป็นพ่นsalbutamol ทุก 2 ชั่วโมงและ Ipratopium bromide/ fenoterol ทุก 6 ชั่วโมงจนสามารถให้เฉพาะเวลามีอาการได้ ส่วนสาเหตุที่มากกระตุ้นให้ผู้ป่วยรายนี้หอบน่าจะมาจากหวัดจากเชื้อไวรัส ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด

จุดมุ่งหมายในการรักษาโรคหืด คือ

1. สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้
2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งออกกำลังกายได้ปกติ
3. การทำงานของปอดในผู้ป่วยปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด
4. ป้องกันโรคหืดกำเริบ
5. หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืด
6. ป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหืด

ผู้ป่วยรายนี้ยังไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ยาบรรเทาอาการหอบทุกเดือน เวลาวิ่งเล่นเหนื่อย และครั้งนี้มานอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดกำเริบขั้นรุนแรง นอนโรงพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (PICU) รุนแรงถึงเกือบต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

หลักการในการรักษาโรคหืดแบบองค์รวมมีดังนี้

1. การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคหืด (Asthma education)

เป็นส่วนที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากเนื่องจาก ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจโรค ได้รับยาและใช้ไม่ถูกวิธีหรือไม่ได้ใช้ จะทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคหืดได้โดยต้องบอกถึงการวินิจฉัยโรคที่ผู้ป่วยรายนี้เป็นว่าโรคหืดเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจทำให้หลอดหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยหายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก ไอ โดยเฉพาะเป็นมากในตอนกลางคืนและตอนเช้า ตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมและผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคเยื่อจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (Allergic rhinitis) ร่วมด้วยซึ่งพบร่วมกับโรคหืดได้ร้อยละ 80 การรักษาควรต้องรักษาไปพร้อม ๆ กัน

การใช้ยารักษาโรคหืด

มีทั้งยาควบคุมอาการคือ Fluticasone/salmeterol (25/50) ที่ต้องใช้ทุกวัน โดยใช้ 2 กดเช้า 2 กดเย็นผ่านกระบอกโดยให้ปากกระบอกครอบให้สนิทกับปากและจมูก หายใจผ่านกระบอกเข้าออกอย่างน้อย 10 ครั้งหลังใช้ยาควบคุมอาการต้องบ้วนปากทุกวัน เพราะยาเป็นเตียรอยด์อาจทำให้เป็นเชื้อราในปากได้และยาบรรเทาอาการคือ Salbutamol ใช้ 1 กด ผ่านกระบอกเวลามีอาการไอหรือหอบ การทำความสะอาดกระบอกทำความสะอาด 1-2 เดือน/ครั้ง โดยใช้น้ำใส่กะละมังขนาดกลางหยดน้ำยาล้างจาน 1 หยดใช้กระบอกเขย่าผ่านน้ำ (ห้ามใช้สก็อตไบค์ทำความสะอาด) คว่ำตากลม ไม้ให้ตากแดด

การใช้ยารักษาโรคเยื่อจมูกอักเสบจากภูมิแพ้

ผู้ป่วยรายนี้เป็นมากกว่า 4 วัน/สัปดาห์และเป็นนานเกิน 4 สัปดาห์มีอาการนอนกรนในบางครั้ง ระดับความรุนแรงของโรค Allergic rhinitis ของผู้ป่วยรายนี้เป็น Moderate-severe persistent

หลักการรักษามีดังนี้

1. การล้างจมูก

เพื่อทำความสะอาดโพรงจมูกโดยช่วยชะล้างน้ำมูกในโพรงจมูกโดยใช้น้ำเกลือความเข้มข้น 0.9 % เนื่องจากมีคุณสมบัติลดความเหนียวของน้ำมูกทำให้เชื้อโรคไม่เจริญเติบโต

วิธีการล้างจมูก

1. ให้ผู้ป่วยก้มหน้าเล็กน้อย

2. สอดปลายกระบอกฉีดยาเข้าไปในรูจมูกข้างที่จะล้างโดยวางปลายกระบอก

ฉีดยาฉีดรูจมูกด้านบน

3. หายใจทางปากหรือกลืนหายใจ ฉีดน้ำเกลือเข้าไปในจมูกจนน้ำเกลือและน้ำมูกไหลออกทางปากหรือไหลย้อนออกทางจมูกอีกข้าง

4. สั่งน้ำมูกพร้อม ๆ กันทั้งสองข้าง(ไม่ต้องอุดรูจมูกอีกข้าง)บ้วนน้ำเกลือและน้ำมูกส่วนที่ไหล

ลงคอทั้ง บ้วนเสมหะในคอออก ทำซ้ำหลาย ๆ ครั้งในแต่ละข้างจนไม่มีน้ำมูกออกมา

2. การรักษาโดยใช้ยา Intranasal Steroid ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา Triamnisolone มีวิธีพ่นดังนี้

1. เขย่าขวดยาก่อนใช้
2. จับขวดยาโดยใช้นิ้วชี้กับนิ้วกลางวางบนไหล่ขวา นิ้วหัวแม่มือวางที่ก้นขวด
3. นำส่วนปลายของยาพ่นจุมุกใส่ในโพรงจุมุก โดยให้ส่วนปลายของยาพ่นจุมุกและบริเวณปีกจุมุกและชี้ไปที่กึ่งกลางของลูกตา โดยไม่ให้พ่นยาเข้าไปที่ผนังก้นช่องจุมุกซึ่งอยู่ตรงกลาง เพราะจะทำให้เลือดกำเดาไหลและช่องจุมุกเป็นแผลได้
4. กดยาเร็วและแรงเพื่อให้ยากระจายออกเป็นละอองฝอยหลังจากนั้นเงยหน้าขึ้นและเอียงศีรษะข้างที่เป็น เป็นเวลาครึ่งนาที
5. หลีกเลียงการสูดน้ำมูกเป็นเวลา 15 นาที

สาธิตให้ผู้ป่วยและยา (ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย) และให้ยาทำให้อู ยาทำได้ดีและมั่นใจว่าทำให้หลานได้

3. รักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านฮิสตามีน คือ Cetilizine 2.5 mg รับประทานวันละ 1 ครั้ง

2. การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้

เป็นหัวใจสำคัญที่สุดในการรักษาโรคภูมิแพ้พบว่าเด็กไทยส่วนใหญ่แพ้สารก่อภูมิแพ้เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ 1. ไรในฝุ่น 2. แมลงสาบ 3. เกสรดอกไม้ 4. แมว 5. เชื้อรา

วิธีหลีกเลี่ยงและกำจัดสารก่อภูมิแพ้ดังนี้

- ใช้หมอน ที่นอนที่ทำด้วยใยสังเคราะห์ หรือฟองน้ำ ไม่ควรใช้ขน ขนเป็ด ขนนก อยู่ภายใน ถ้าต้องใช้ควรหุ้มด้วยพลาสติกหรือผ้าไวนิล ก่อนสวมปลอกหรือปูผ้าปูที่นอน ซักทำความสะอาด ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม ทุกสัปดาห์ โดยซักในน้ำร้อนประมาณ 60 °C นานอย่างน้อย 30 นาที ถ้าเป็นผ้ากันไรฝุ่นควรซักด้วยน้ำธรรมดา ทุก 2 สัปดาห์
- ไม่ควรใช้พรมปูพื้น จัดห้องนอนให้โล่ง ทำความสะอาดบ้านโดยใช้เครื่องดูดฝุ่นอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ไม่ควรให้เล่นของเล่นที่มีขนปุกปุยหรือขนสัตว์
- กำจัดแมลงสาบโดยเก็บขยะ เศษอาหาร
- ไม่ควรนำต้นไม้ ดอกไม้สดหรือแห้งไว้ในบ้าน ช่วงที่มีละอองเกสรมากควรปิดประตูหน้าต่าง และใช้เครื่องปรับอากาศ
- ไม่ควรเลี้ยงสัตว์ที่มีขน เช่น สุนัข แมว
- อย่าให้เกิดความชื้นและความอับทึบในบ้าน เพื่อป้องกันเชื้อรา
- หลีกเลียงสารก่อความระคายเคือง เช่น ฝุ่น ควันบุหรี่ ควันท่อไอเสียรถยนต์

3. ประเมินความรุนแรงของโรคหืด

ผู้ป่วยรายนี้ได้ประเมินความรุนแรงของโรคหืดเป็น mild persistent asthma เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบในเวลากลางวันประมาณมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และไอตอนกลางคืนโดยที่ไม่ได้เป็นไข้หวัดประมาณ 3 ครั้งต่อเดือน

4. การรักษาตัวผู้ป่วยเองขณะที่มีอาการหอบเฉียบพลัน

แนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองสังเกตอาการที่ผู้ป่วยไอ หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก (ถ้าเป็นเด็กโตอาจใช้ peak flow meter แต่ผู้ป่วยรายนี้เป็นเด็กเล็กให้สังเกตอาการดังกล่าว) ถ้ามีอาการหอบเฉียบพลันให้ผู้ป่วยสามารถพ่นยา salbutamol ที่บ้านเองได้โดยผ่านกระบอกพ่นยา 2-4 กด หายใจผ่านกระบอกอย่างน้อย 10 ครั้งสามารถพ่นยาได้ทุก 3-4 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมไม่ดีให้รีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตจากโรคหืดเพราะผู้ป่วยมีประวัติใช้ยาขยายหลอดลมบ่อย เคยมีประวัตินอนโรงพยาบาลและมาห้องฉุกเฉินในช่วงปีที่ผ่านมา

5. การรักษาผู้ป่วยในระยะยาว

เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีความรุนแรงของโรคหืดหอบระดับ Mild persistent พิจารณาเลือกใช้ยา medium-dose ICS plus long-acting B₂ agonist คือ fluticasone/salmeterol 2 ครั้ง เข้าเย็น ผ่านกระบอก เน้นผู้ป่วยและผู้ปกครองว่าถ้าควบคุมอาการดีและรักษาเหมาะสมผู้ป่วยจะไม่มีอาการหอบและไม่มีอาการหอบเฉียบพลันแบบรุนแรง⁷

6. นัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษา

หลังจากแนะนำผู้ปกครองเข้าใจโรคหืดที่ผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติตัว การใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ เป็นสารก่อภูมิแพ้ ได้ให้ผู้ป่วยกลับบ้านและนัดมาติดตามผลการรักษา

ค่ารักษาพยาบาลขณะนอนโรงพยาบาล 6 วัน 14,072.75บาท ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาครั้งที่ 1 (หลังจากออกจากโรงพยาบาลได้ 3 สัปดาห์)

ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบ ไอหรือหายใจมีเสียงวี๊ดในเวลากลางวันและเวลากลางคืน สามารถวิ่งเล่นได้ปกติ ไม่มีหอบเหนื่อยหรือนั่งพักขณะวิ่งเล่น ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลมทุกเดือนเหมือนเมื่อก่อน ไม่มีอาการหอบเฉียบพลันที่ต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่ต้องหยุดโรงเรียนเพราะหอบและญาติไม่ต้องหยุดงานมาเฝ้าผู้ป่วย ลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ระดับการควบคุมอาการหอบถือว่า Controlled อาการทางจมูกดีขึ้น ไม่มีอาการจามตอนเช้าเป็นชุด ๆ ไม่มีน้ำมูกไหลช่วงเช้าหรือตลอดทั้งวัน ผู้ป่วยได้นำตุ๊กตาที่เป็นขนออกจากที่นอน ญาติได้ใช้พลาสติกหุ้มที่นอน ใยสังเคราะห์ ชักผ้าปูที่นอนรวมทั้งตุ๊กตาที่นอนทุกสัปดาห์ ได้พบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยกับผู้ปกครอง สามารถใช้ได้อย่างถูกต้อง ได้วินิจฉัยผู้ป่วยรายนี้เป็น Asthma (Controlled) with allergic rhinitis (mild intermittent) ได้ให้การรักษาด้วย fluticasone/salmeterol (25/50) 2 กดเช้า 2 กดเย็นผ่านกระบอกพ่นยาตามเดิม salbutamol 1 กดผ่านกระบอกพ่นยาเวลามีอาการหอบหรือไอมาก ใช้น้ำเกลือล้างจมูกเช้าและเย็น triamnisolone พ่นจมูกวันละ 1 ครั้ง cetilizine 2.5 mg รับประทานวันละ 1 ครั้งเวลามีอาการคันจมูก น้ำมูกไหล นัดติดตามผลการรักษา 5 สัปดาห์

ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาครั้งที่ 2 (หลังจากออกจากโรงพยาบาลได้ 8 สัปดาห์)

ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบ ไอหรือหายใจมีเสียงวี๊ดในเวลากลางวันและเวลากลางคืน สามารถวิ่งเล่นได้ปกติ ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลมเลย ไม่มีอาการหอบเฉียบพลันที่ต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นวิ่งเล่นได้ปกติเหมือนเด็กคนอื่น ๆ ไม่มีอาการทางจมูก ได้พบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยกับ

ผู้ปกครอง วินิจฉัยผู้ป่วยรายนี้ Asthma (Controlled) with allergic rhinitis(mild intermittent) ได้ให้การรักษาด้วย fluticasone/salmeterol(25/50) 2 กดเช้า 2 กดเย็นผ่านกระบอกพ่นยา และใช้ salbutamol 1 กดโดยผ่านกระบอกพ่นยาเวลามีอาการหอบหรือไอมาก ใช้น้ำเกลือล้างจมูกเช้า เย็น หยดยา triamnisolone ให้ใช้เวลามีอาการน้ำมูกไหล คัดจมูก นัดติดตามผลการรักษา 6 สัปดาห์ถ้าครั้งหน้าสามารถควบคุมอาการหอบได้ดีวางแผนการรักษาจะลด fluticasone/salmeterol(25/50)เป็น 1 กดเช้า 1กดเย็นโดยพ่นผ่านกระบอกตามเดิม

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยโรคหืดเฉียบพลันขั้นรุนแรงได้รับการรักษาที่หอภิบาลผู้ป่วย มีอาการหอบเกือบต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ หลังผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ สามารถควบคุมอาการหอบได้และกลับบ้านในที่สุดโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจและไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา หลังจากนั้นได้ติดตามผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการหอบที่ต้องมานอนโรงพยาบาล สามารถไปโรงเรียนได้ปกติและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมือนเด็กปกติ ผู้ปกครองไม่ต้องหยุดงานมาเฝ้าผู้ป่วย

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ผู้ป่วยรอดชีวิตจากการรักษา สามารถกลับบ้านได้และไม่มีอาการกำเริบซ้ำจนต้องมานอนโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยเข้าใจในโรคหืดและสามารถป้องกันไม่ให้อาการหอบจากโรคหืด
3. ผู้ป่วยรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดปกติ
4. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถทำกิจกรรมได้ปกติ
5. นักศึกษาแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านแผนกกุมารเวชศาสตร์ ได้ศึกษาตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอาการหอบรุนแรง ซึ่งในอนาคตนักศึกษาแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านเหล่านี้จะสามารถให้การรักษาผู้ป่วยโรคหืดรายอื่นได้อย่างถูกต้อง

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังทางระบบทางเดินหายใจที่ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน บางครั้งผู้ป่วยอาการดีขึ้นมักหยุดยาเองและไม่มารักษาตามนัด นอกจากนี้ยาที่ใช้รักษาโรคหืดมีทั้งยารับประทานและยาพ่น ส่วนโรคเยื่อจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ต้องล้างจมูกและใช้ยาพ่นจมูก ดังนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยและผู้ปกครองเป็นอย่างมากทั้งในแง่การใช้ยาและเทคนิคในการใช้ยาให้ถูกวิธี

2. หัวใจสำคัญในการรักษาโรคภูมิแพ้ที่ดีที่สุดคือการหลีกเลี่ยงจากสิ่งแวดล้อมหรือสารก่อภูมิแพ้ที่ผู้ป่วยแพ้ ในประเทศไทยผู้ป่วยส่วนใหญ่แพ้ไรฝุ่นในอากาศ มลภาวะในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งพบว่ามีไรฝุ่น ค่อนข้างมากที่ไอเสีย ควันบุหรี่ปากกว่าในต่างจังหวัดเป็นอย่างมาก รวมทั้งการควบคุมสิ่งแวดล้อมต้องควบคุมสารก่อภูมิแพ้ทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน เช่น ละอองเกสรดอกไม้ ทำให้การควบคุมสิ่งแวดล้อมทำได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น

3. โรคหืดเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นมีจำนวนมาก ปัจจุบันมีการใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ปัญหานี้ลดลงมาก แต่อย่างไรก็ตามยังมีค่าใช้จ่ายในส่วนของการเดินทาง ผู้ปกครองต้องหยุดงานพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ บางครั้งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยอาจไม่มาพบแพทย์ตามนัด

10. ข้อเสนอแนะ

1. การติดตามและประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญในการรักษาโรคหืดเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคหืดตั้งแต่ระดับMild persistent ต้องได้รับยาต่อเนื่องทุกวัน ควรได้รับการติดตามดูแลรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

2. โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังและต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องยาวนาน อาจจะมีการจัดเป็น Asthma Camp เพื่อให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดและผู้ปกครองมาร่วมกิจกรรมพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและระบายความรู้สึก เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ปกครองจะเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน จะทำให้โรคหืดประสบความสำเร็จมากขึ้น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(ร้อยเอกหญิงปนัดดา สุวรรณ)

ผู้ขอรับการประเมิน

...../...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ

(.....)

...../...../.....

เอกสารอ้างอิง

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA), 2007. Available from www.ginasthma.org Date last updated, 2007.
2. Qureshi F, Pestian J, Davis P, Zaritsky A. Effect of nebulized ipratropium on the hospitalization rates of children with asthma. *N Engl J Med.* 1998 Oct 8;339(15):1030-5
3. Moler FW, Johnson CE, Van Laanen C, Palmisano JM, Nasr SZ, Akingbola O. Continuous versus intermittent nebulized terbutaline: plasma levels and effects. *Am J Respir Crit Care Med.* 1995 Mar;151:602-6.
4. Papo MC, Frank J, Thompson AE. A prospective, randomized study of continuous versus intermittent nebulized albuterol for severe status asthmaticus in children. *Crit Care Med.* 1993 ;21:1479-86.
5. Kongpanichkul A, Vichyanond P, Tuchinda M. Allergen skin test reactivities among asthmatic Thai children. *J Med Assoc Thai.* 1997 80(2):69-75.
6. Iran Mitchell, Suzanne C. Tough, Lisa K. Semple, Francis H. Green, Patrick A. Hessel. Near-Fatal Asthma: a population-based Study of Risk Factors. *Chest.* 2002 May;121(5):1407-13.
7. Reddel H, Ware S, Marks G, Salome C, Jenkins C, Woolcock A. Differences between asthma exacerbations and poor asthma control. *Lancet.* 1999 Jan 30;353(9150):364-9. Erratum in: *Lancet* 1999 ;353(9154):758.
8. Inal A, Kendirli SG, Yilmaz M, Altintas DU, Karakoc GB, Erdogan S. Indices of lower airway inflammation in children monosensitized to house dust mite after nasal allergen challenge. *Allergy.* 2008 Oct;63(10):1345-51.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ ร้อยเอกหญิงปณิตดา สุวรรณ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง นายแพทย์ 7 วช. ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ.1354) สังกัดภาควิชากุมารเวชศาสตร์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์

เรื่อง หลักสูตรการดูแลรักษาให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหัดในเด็ก

หลักการและเหตุผล

โรคหัดเป็นโรคเรื้อรังในกลุ่มของโรคภูมิแพ้ที่พบบ่อยในเด็ก ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาทั่วโลกในขณะนี้และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถ้าได้รับการรักษาล่าช้าหรือไม่ได้มาตรฐาน ในประเทศไทยความชุกของโรคหัดในเด็กในเขตกรุงเทพมหานครมีการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4 ในปีพุทธศักราช 2528 เป็นร้อยละ 11 ในปีพุทธศักราช 2538 และจากการสำรวจล่าสุดใน พุทธศักราช 2544 เป็นร้อยละ 15 ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิต 4 คนในผู้ป่วยโรคหัด 100,000 คน

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดหัวใจสำคัญที่สุดคือ การดูแลสภาพแวดล้อมและการหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ แต่เนื่องจากสภาพมลภาวะในเมืองโดยเฉพาะเมืองหลวงอย่างกรุงเทพมหานครทำให้ผู้ป่วยเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วรวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัดอาการแสบคัน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก รวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวแสบคัน ผู้ป่วยต้องหยุดเรียน ผู้ปกครองต้องหยุดงานมาเฝ้าผู้ป่วยและเพิ่มการสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติอย่างมากมาย

ในประเทศไทย มีการศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี 2543 – 2546 พบจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหัดที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นจาก 113 คน เป็น 147 คน และ 176 คน โดยค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการนอนโรงพยาบาล 435, 829.70 , 517,983.90 , 643,966.40 บาท ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 72 ถือเป็นค่าใช้จ่าย 3,236 บาทต่อคนต่อการนอนรักษาในโรงพยาบาล หรือ 998 บาทต่อวัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและเป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นรวมทั้งโอกาสในการเสียชีวิตมากขึ้น

จากการรวบรวมเพิ่มประวัติผู้ป่วยเด็กในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัดต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ประมาณ 150 คน ถ้าผู้ป่วยและญาติเหล่านี้มีความรู้ความเข้าใจในโรคหัดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ทราบแผนการรักษา สามารถพ่นยาได้อย่างถูกต้อง หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้โรคหัดกำเริบ ผู้ป่วยมีแผนการดูแลตนเองที่เหมาะสมว่าเมื่อไรต้องมาพบแพทย์ จะทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการหอบกำเริบที่ลดลง มานอนโรงพยาบาลลดลง รวมทั้งลดความรุนแรงของโรค ลดการขาดเรียนของผู้ป่วยและการขาดงานของผู้ปกครอง รวมทั้งลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของ

ครอบครัวและประเทศชาติ ดังนั้นจึงมีแนวคิดที่จะจัดทำโครงการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหัดในเด็ก

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ โรคหัด สาเหตุของโรคหัด การกำจัดสิ่งกระตุ้น
2. ผู้ป่วยทราบแผนการรักษา สามารถพ่นยาได้อย่างถูกวิธี การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้โรคหัดกำเริบ
3. ผู้ป่วยมีแผนการดูแลตนเองที่เหมาะสมว่าเมื่อไรต้องมาพบแพทย์
4. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ปกครองของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยเองจะให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งเป็นหัวใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. ให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหัดทุกครั้งที่มาพบแพทย์ที่คลินิกภูมิแพ้ โดยจัดทำ CD, VCD, DVD ฉายให้ผู้ป่วยชมขณะนั่งรอพบแพทย์ แจกแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัด สาเหตุของโรคหัด การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ที่บ้านซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการรักษาโรคหัด การใช้ยา การปฏิบัติตนเบื้องต้นเมื่อมีอาการหอบกำเริบ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

เป็นโครงการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเด็กโรคหัด โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

1. ประชุมเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานผู้ป่วยนอกภาควิชากุมารเวชศาสตร์ เพื่อจัดตั้งทีมให้ความรู้ และจัดเตรียมสื่อในการให้ความรู้ในการดูแลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเด็กโรคหัด
2. ประชุมและประสานงานกับหอผู้ป่วยเด็กและหอผู้ป่วยเด็กพิเศษ เพื่อเตรียมผู้ป่วยและผู้ปกครองที่จะเข้ารับฟังการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเด็กโรคหัด
3. จัดทำสื่อ CD, VCD, DVD แนวทางในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเด็กโรคหัด ความรู้เกี่ยวกับ
 - สาเหตุของโรคหัด การกำจัดสิ่งกระตุ้น การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ที่บ้าน
 - ทราบแผนการรักษา สามารถพ่นยาได้อย่างถูกวิธี การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้โรคหัดกำเริบ
 - การปฏิบัติตนเบื้องต้นเมื่อมีอาการหอบกำเริบ
 - แผนการดูแลตนเองที่เหมาะสมว่าเมื่อไรต้องมาพบแพทย์
 - แจกแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดทั้งหมด เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถกลับไปทบทวนที่บ้านได้
4. ให้ความรู้และคำปรึกษา ตอบข้อซักถามเพิ่มเติม ผู้ป่วยเด็กโรคหัดและผู้ปกครอง
5. จัดทำแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้ โดยมีลักษณะเป็นข้อสอบแบบปรนัยจำนวน 10 ข้อ

คิดเป็น 10 คะแนน คะแนนที่ผ่านเกณฑ์คือตั้งแต่ 8 คะแนนเป็นต้นไป

6. ประเมินผลของการให้ความรู้ การเข้าใจในการรักษาโรคหืด อาการหอบของผู้ป่วยในการมาตรวจ ครั้งถัดไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล หรือการได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลและไม่มีอัตราการเสียชีวิต
2. ผู้ป่วยโรคหืดสามารถมีกิจกรรมประจำวันรวมทั้งการออกกำลังกายได้เป็นปกติ
3. ผู้ป่วยโรคหืดมีสมรรถภาพของปอดปกติหรือใกล้เคียงปกติ
4. ผู้ป่วยโรคหืดไม่มีอาการข้างเคียงจากยาที่รักษาหรือให้น้อยที่สุด
5. ผู้ป่วยโรคหืดได้รับความรู้และเข้าใจโรคทำให้ปฏิบัติตัวดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และเมื่อมีอาการหอบสามารถพ่นยาและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องก่อนมาพบแพทย์
6. บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ นอกเหนือจากแพทย์เฉพาะทางสาขากุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้ และวิทยาภูมิคุ้มกันสามารถที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดได้อย่างถูกต้อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. เปอร์เซ็นต์ของผู้ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์หลังการให้ความรู้ มากกว่าเปอร์เซ็นต์ของผู้ที่มีคะแนนผ่าน เกณฑ์ก่อนการให้ความรู้ โดยคะแนนที่ผ่านเกณฑ์คือ ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป
2. หลังจากผู้ป่วยและผู้ปกครองที่ได้รับความรู้และคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ผู้ป่วยมีอาการ หอบที่ลดลง มาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินและมานอน โรงพยาบาลด้วยโรคหืดลดลง ผู้ป่วยที่มาตรวจ สม่ำเสมอที่คลินิกภูมิแพ้มีการอัตรานอน โรงพยาบาลจากโรคหืดน้อยกว่าร้อยละ 15

ลงชื่อ

(ร้อยเอกหญิงปนัดดา สุวรรณ)

ผู้อำนวยการประเมิน

...../...../.....