ประสิทธิผลการรักษาหอบหืดในเด็ก ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

บุญญาภร ฉัตรไพฑูรย์, พ.บ., วว. สาขากุมารเวชศาสตร์*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกหลังพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในเด็กอายุ 1-14 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด ตามแนวทาง ของ GINA guideline แบ่งเป็นก่อนพัฒนาคลินิกโรคหืดคือระหว่าง 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2567 และหลังพัฒนาคลินิกโรคหืดคือระหว่าง 1 กรกฎาคม 2567 ถึง 30 มิถุนายน 2568 เปรียบเทียบอัตราระดับควบคุมอาการโรคหืด การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินและอัตราการนอนโรงพยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องมือทางสถิติ คือ Mann–Whitney U test และสถิติ Stuart–Maxwell test

ผลการศึกษา: ภายหลังการพัฒนาคลินิกโรคหืดตาม GINA Guideline ติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี พบการเพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยควบคุมอาการโรคหืดได้เป็นร้อยละ 84.57 ($p<0.001$) พบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของอาการกำเริบโดยจำนวนครั้งสูงสุดของการมาห้องฉุกเฉินลดลงจาก 3 เป็น 1 ครั้ง และการเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยโรคหืดลดลงจาก 7 เป็น 2 ครั้ง ($p<0.001$)

สรุปผลการศึกษา: การนำแนวทางการดูแลรักษาโรคหืดในเด็กตามหลัก GINA Guideline เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลสูงในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเด็กโรคหืด, อัตราการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน, อัตราการนอนโรงพยาบาล

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

Efficacy of treatment in pediatric asthma at Bandung Crown Prince Hospital, Udonthani Province

Boonyapohn Chatpaitoon, M.D., Dip., Thai Board of Pediatrics*

Abstract

Objective: To study the clinical outcomes following the implementation of quality improvement in pediatric asthma care at Bandung Crown Prince Hospital, Udonthani Province.

Methods: This retrospective study was conducted on children aged 1–14 years diagnosed with asthma according to the GINA guideline. The study period was divided into two phases: pre-asthma clinic development (July 1, 2022, to June 30, 2024) and post-asthma clinic development (July 1, 2024, to June 30, 2025). The study compared the rate of asthma control level, the rate of ER visits for nebulization, and the rate of hospitalization. Data were analyzed using the Mann–Whitney U test and the Stuart–Maxwell test.

Results: Following one year of follow-up after the development of the asthma clinic based on the GINA Guideline, the proportion of patients achieving controlled asthma significantly increased to 84.57% ($p<0.001$). There was a statistically significant reduction in asthma exacerbations, with the maximum number of ER visits for nebulization decreasing from 3 to 1 and hospitalizations due to asthma decreasing from 7 to 2 ($p<0.001$).

Conclusion: Implementing the pediatric asthma care guideline based on the GINA Guidelines is a highly effective strategy for significantly improving clinical outcomes.

Keywords: Pediatric asthma patients, Rate of emergency room visits for nebulization, Hospitalization rate

Division of Pediatrics, Bandung Crown Prince Hospital, Udonthani

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม มีลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยาที่สำคัญ ได้แก่ การอุดกั้นทางเดินหายใจ การตอบสนองไวเกินของทางเดินหายใจและการอักเสบ ทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ[1] งานวิจัยได้ยืนยันว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายประการทั้งทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเช่น การติดเชื้อในทางเดินหายใจ การสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้ ได้แก่ ไรฝุ่น แมลงสาบ ขนแมว ขนสุนัข มลพิษในอากาศ ควันบุหรี่[2] เมื่อผู้ป่วยหอบหืดเจอสิ่งกระตุ้นหลอดลมจะหดตัวตีบลง ทำให้มีอาการไอ หอบหายใจไม่อิ่ม และหายใจมีเสียงหวีด (Wheeze)[3],[4] และหากการรักษาไม่มีประสิทธิภาพอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เช่น ปอดอักเสบ ภาวะมีอากาศรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ระบบหายใจและหัวใจล้มเหลวจนเสียชีวิตได้[5]

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา อัตราการเกิดโรคหอบหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มักเริ่มต้นในวัยเด็ก ส่งผลให้เกิดผลกระทบระยะยาวต่อบุคคล ผู้ดูแล และชุมชน[6] มีรายงานความชุก (Prevalence) โดยรวมของโรคหอบหืดโลกในปัจจุบันใน GAN (Global Asthma Network) Phase I อยู่ที่ 9.1% สำหรับเด็ก 11.0% สำหรับวัยรุ่น และ 6.6% สำหรับผู้ใหญ่[7] การศึกษาหลายแหล่งพบว่าความชุกของโรคหอบหืดในเด็กไทยอยู่ที่ประมาณ 12.2%[8] แม้จะมีความชุกของโรคสูงแต่ผลลัพธ์ในการรักษาโรคหอบหืดในเด็กยังไม่เพียงพอ และมีการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้เกิดขึ้นทุกปี

กระบวนการรักษาควรปฏิบัติตามแนวทางดูแลรักษาโรคหืด Global Initiative for Asthma (GINA)[4] วัตถุประสงค์ของการรักษาโรคหืด ได้แก่ การลดความเสี่ยงของการกำเริบของโรคในอนาคต การป้องกันการพัฒนาของปอดที่ผิดปกติในเด็ก การคงไว้ซึ่งสมรรถภาพปอด และการลดผลข้างเคียงจากยา[5] การจัดการโรคหอบหืดที่มีประสิทธิภาพต้องใช้แนวทางแบบองค์รวม ที่รวมถึงการรักษาด้วยยาและการจัดการที่ไม่ใช้ยา ตลอดจนการให้ความรู้และการจัดการตนเอง การทำงานร่วมกับเด็กและครอบครัวเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดี การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเป็นสิ่งจำเป็น[9]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาทั้งผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่อาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยเด็กโรคหืดระยะยาว จากการสำรวจพบว่าโรคหืดในเด็กมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มโรคเรื้อรังทางระบบหายใจ และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุ 1-14 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด ระหว่าง ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.46, 1.30 และ 2.59 ก่อนการพัฒนาคลินิกโรคหืด พบปัญหาการรักษาผู้ป่วยโรคหืดเช่น การไม่ซักประวัติสัมผัสสิ่งที่ก่อภูมิแพ้ การประเมินการให้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง การเริ่มยารักษาชนิดพ่นคุมอาการ (Controller) ไม่เหมาะสม ผู้ดูแลรักษาเบื้องต้นขณะมีอาการหืดกำเริบไม่ถูกต้อง ผู้ดูแลขาดการพาผู้ป่วยมารักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออาการหืดกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้นำGINA Guideline มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดเริ่มใช้วันที่ 1 กรกฎาคม 2567 เป็นต้นไป และก่อนหน้านี้ยังไม่มีการประเมินผลการรักษามาก่อน จึงทำการศึกษาครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกหลังพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกหลังพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) เก็บข้อมูลจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กในคลินิกโรคหืด (J45) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบ่งเป็นก่อนพัฒนาคลินิกโรคหืดคือระหว่าง 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2567 และหลังพัฒนาคลินิกโรคหืดคือระหว่าง 1 กรกฎาคม 2567 ถึง 30 มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือเด็กอายุ 1-14 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด (J45) ตามแนวทาง ของ GINA guideline เข้ารับการรักษาใหม่ในคลินิกเด็กโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ใช้สูตรทดสอบ Estimate an infinite population proportion อ้างอิงจากการศึกษาของจามรีและคณะ[8] จึงกำหนดให้ proportion (p) = 0.2, Error (d) = 0.1 และAlpha (α) = 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 62 คน ในการศึกษานี้จะเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษา

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีที่มารับการรักษาในคลินิกเด็กโรคหืด อย่างน้อย 3 เดือน ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2567

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) มีโรคปอดเรื้อรัง

2) มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

3) ข้อมูลสำคัญระบุในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เก็บข้อมูลจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กในคลินิกโรคหืด (J45) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกระหว่าง 1 กรกฎาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2567 และผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มที่จะศึกษาตามเกณฑ์คัดเข้าและออกของงานวิจัยโดยบันทึกข้อมูลที่ผ่านการคัดเลือกประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว น้ำหนัก ระยะเวลาที่รักษาในคลินิกโรคหืด ประวัติโรคหอบหืดในครอบครัว

<u>ส่วนที่ 2</u> ข้อมูลประวัติการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงและการใช้ยา ได้แก่ ประวัติการสัมผัสควันบุหรี่ ประวัติมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน ประวัติการใช้ยาพ่นทั้งชนิดของยา ความถูกต้อง และความสม่ำเสมอของการใช้ยาและการติดตามการรักษา

<u>ส่วนที่ 3</u> ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กโรคหืด ได้แก่ ข้อมูลระดับการควบคุมอาการโรคหืด (Asthma control)[10] แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ควบคุมอาการได้ (Well controlled) ควบคุมอาการได้บางส่วน (Partly controlled) และ ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืดและจำนวนครั้งการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินด้วยโรคหืด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยสถิติเชิงพรรณนาใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัย ความถี่ และร้อยละ สำหรับสถิติเชิงอนุมานใช้เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Mann–Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และสถิติ Stuart–Maxwell test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ค่า $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เอกสารรับรองเลขที่ UDREC 11068 วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน

จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก 194 ราย ได้รับการคัดออกจากมีโรคปอดเรื้อรัง 4 ราย มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 2 ราย และข้อมูลสำคัญระบุในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน 26 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กโรคหืดทั้งสิ้น 162 ราย คิดเป็นเพศชายร้อยละ 64.81 เพศหญิงร้อยละ 35.19 อายุที่เริ่มรักษาเฉลี่ย 5.48±2.92 ปี มีโรคร่วมร้อยละ 29.01 ส่วนใหญ่เป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ร้อยละ 25.31 รองลงมาเป็นโรคไซนัสอักเสบร้อยละ 2.47 มีภาวะอ้วนร้อยละ 6.17 มีประวัติโรคหอบหืดในครอบครัวร้อยละ 20.37 ระยะเวลาที่รักษาในคลินิกโรคหืดเฉลี่ย 16.41±5.78 เดือน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน (N=162)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	57	35.19
ชาย	105	64.81
อายุเฉลี่ย (ปี)	5.48±2.92; Min=1; Max=12	
ดัชนีมวลกาย[11](กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	16.41±4.75	
<=23	147	90.74
>23-25	5	3.09
>25	10	6.17
ระยะเวลาที่รักษาในคลินิกโรคหืด (เดือน)	16.41±5.78	
โรคร่วม		
ไม่มี	115	70.99
โรคภูมิแพ้จมูก	41	25.31
โรคไซนัสอักเสบ	4	2.47
ติดเชื้อไวรัสRSV	2	1.23
ประวัติโรคหอบหืดในครอบครัว	33	20.37

2. ข้อมูลประวัติการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงและการใช้ยา

ประวัติสัมผัสสารก่อภูมิแพ้พบว่ามีสัตว์เลี้ยงในบ้านมากที่สุดร้อยละ 27.78 รองลงมามีคนสูบบุหรี่ในบ้านร้อยละ 23.46 พบการใช้ยาควบคุมหืด (controller)[10] ในกลุ่ม Long-acting beta-2 agonist ร่วมกับ Corticosteroid (Seretide) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 77.16 และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวิธีการใช้ยาพ่น (Technique) ที่ถูกต้องร้อยละ 82.10 และมีความสม่ำเสมอของการใช้ยาและการติดตามการรักษา (compliance) มากถึงร้อยละ 77.78 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงและการใช้ยา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติสัมผัสปัจจัยเสี่ยง*		
สัตว์เลี้ยงในบ้านเช่น แมว สุนัข	45	27.78
ควันบุหรี่	38	23.46
ฝุ่นอื่นๆ	24	14.81
ตุ๊กตามีขน	6	3.70
ประวัติการใช้ยาพ่น		
Seretide	125	77.16
Flixotide	36	22.22
Budesonide	1	0.62
ความถูกต้องของการใช้ยาพ่น		
ถูกต้อง	133	82.10
ไม่ถูกต้อง	29	17.90
ความสม่ำเสมอของการใช้ยาพ่น		
สม่ำเสมอ	126	77.78
ไม่สม่ำเสมอ	36	22.22

* มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 อย่าง

3. ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กโรคหืด

ระดับการควบคุมอาการโรคหืด (Asthma control) ก่อนการรักษาโดยใช้ GINA Guideline พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการควบคุมอาการได้ (Well controlled) ร้อยละ 59.26 ควบคุมอาการได้บางส่วน (Partly controlled) ร้อยละ 30.86 และ ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled) ร้อยละ 9.88 ภายหลังการใช้ GINA Guideline ติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการอยู่ในระดับควบคุมไม่ได้ลดลงเหลือร้อยละ 0.62 ผู้ป่วยควบคุมอาการได้บางส่วนลดลงเหลือร้อยละ 14.81 และผู้ป่วยควบคุมอาการได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84.57 ($p<0.001$)

จำนวนครั้งของการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินมีค่ามัธยฐานก่อนและหลังการดำเนินการเป็น 0 ครั้ง เท่ากัน อย่างไรก็ตามพิสัย (Range) มีการเปลี่ยนแปลงจาก 0 ถึง 3 ครั้ง ในช่วงก่อนพัฒนาและ เป็น 0 ถึง 1 ครั้ง ในช่วงหลังพัฒนาแสดงให้เห็นว่าจำนวนครั้งสูงสุดของการมาห้องฉุกเฉินได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$)

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหืดพบว่ามัธยฐานลดลงจาก 1 ครั้ง ในช่วงก่อนพัฒนาเป็น 0 ครั้ง ในช่วงหลังพัฒนา นอกจากนี้พิสัยสูงสุด(Max) ยังลดลงอย่างมากจาก 7 ครั้งเหลือเพียง 2 ครั้ง แสดงให้เห็นว่ามีการลดจำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กโรคหืด

ดัชนีชี้วัด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	p-value
ระดับการควบคุมโรค	N (%)	N (%)	
ควบคุมได้	96 (59.26)	137 (84.57)	<0.001*
ควบคุมได้บางส่วน	50 (30.86)	24 (14.81)	
ควบคุมไม่ได้	16 (9.88)	1 (0.62)	
	Median (min, max)	Median (min, max)	
จำนวนครั้งการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน	0 (0, 3)	0 (0, 1)	<0.001*
จำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืด	1 (0, 7)	0 (0, 2)	<0.001*

*Statistically significant at p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่าช่วงอายุผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 5.48±2.92 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของจันทรมาศ ตันตาปกุล[12] (4.00±2.49 ปี) และ สายพิณ ฤทธิโคตร[13](4.07±2.70 ปี) แตกต่างจากผลงานวิจัยของสุภา หมดทุกข์[14] ที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยสูงกว่า (9.7±2.5 ปี) โรคร่วมพบมากที่สุดคือโรคภูมิแพ้จมูกเช่นเดียวกับงานวิจัยอื่น[12),13),(14)] การสัมผัสควันบุหรี่และการมีสัตว์เลี้ยงในบ้านถือเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ส่งผลต่อการกำเริบของโรคหืด งานวิจัยนี้พบว่าการมีสัตว์เลี้ยงในบ้านมากที่สุดเช่นเดียวกับงานวิจัยของสุภา หมดทุกข์ ซึ่งรายงานอัตราการมีสัตว์เลี้ยงในบ้านสูงที่สุดถึงร้อยละ 48.4 แตกต่างจากงานวิจัยของวาสนา อชิรเสนา[15] ที่พบปัจจัยกระตุ้นคือการสัมผัสควันบุหรี่สูงถึงร้อยละ 88.1 จากงานวิจัยของสายพิณ ฤทธิโคตร พบว่าการมีโรคภูมิแพ้จมูกร่วมกับโรคภูมิแพ้อื่นเป็นปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์กับการควบคุมโรคที่ควบคุมไม่ได้/ได้บางส่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ว่าการจัดการโรคร่วมที่ซับซ้อนอาจมีความสำคัญมากกว่าการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้งานวิจัยนี้พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีภาวะอ้วนถึงร้อยละ 6.17 จากงานวิจัยของตตินุช ตรียกาญจน์[16] พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีโรคอ้วนร่วมด้วยมีการควบคุมโรคได้น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การลดน้ำหนักจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมโรคหืด

การศึกษานี้พบว่าภายหลังการพัฒนาคลินิกโรคหืดโดยใช้ GINA Guideline ติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี ระดับการควบคุมอาการโรคหืดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ[12),13),(14),(16)] งานวิจัยติดตามในระยะยาว 3 ปี ของอัญชลี จันทร์สว่างภูวนะ[17] ยืนยันว่าอัตราผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้เพิ่มขึ้นต่อเนื่องถึงร้อยละ 70.0 การศึกษาพบความแตกต่างในข้อมูลพื้นฐานก่อนการพัฒนาคลินิดโรคหืดจากงานวิจัยของอัญชลี จันทร์สว่างภูวนะและสุภา หมดทุกข์ รายงานอัตราผู้ป่วยที่ควบคุมได้ต่ำมาก (ร้อยละ1.2 และ12.9 ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่แท้จริงของการรักษาโรคหืดในเด็กในโรงพยาบาลชุมชนก่อนหน้านี้ ในทางตรงกันข้ามงานวิจัยนี้รายงานระดับควบคุมได้สูงถึงร้อยละ 59.26 ก่อนการพัฒนาแม้จะเริ่มจากฐานที่สูง แต่ภายหลังการติดตามยังคงสามารถเพิ่มอัตราผู้ป่วยควบคุมโรคได้ และลดจำนวนในกลุ่มควบคุมไม่ได้ จากร้อยละ 9.88 เหลือ 0.62 ได้อย่างมีนัยสำคัญ การที่งานวิจัยนี้เริ่มต้นด้วยอัตราควบคุมที่ดีกว่าอาจเกิดจากการความแตกต่างของช่วงเวลาการเก็บข้อมูลก่อนหน้าหรือเกณฑ์คัดเข้าผู้ป่วยที่แตกต่างกันของงานวิจัย

การศึกษานี้พบว่าอัตราการมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับงานวิจัยอื่นๆ[12),13),(14),(15),(17)] และสนับสนุนงานวิจัยของสุภา หมดทุกข์ ที่พบว่าแม้การมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินลดลง

อย่างมีนัยสำคัญ (81.0 ครั้ง/ปี เหลือ 30.7 ครั้ง/ปี) แต่การใช้ยาขยายหลอดลมบรรเทาอาการฉุกเฉิน (SABA) มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์กลับเพิ่มขึ้น (จาก 0.08 ครั้ง/ปี เป็น 0.21 ครั้ง/ปี) การที่ผู้ป่วยใช้ยา SABA ที่บ้านเพิ่มขึ้นแต่ลดการมา ER ได้อย่างมากนั้น อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการประเมินอาการและจัดการตนเองได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการกำเริบ

ด้านอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหืด งานวิจัยนี้รายงานการลดลงของมัธยฐานการนอนโรงพยาบาลจาก 1 ครั้ง เหลือ 0 ครั้ง และที่สำคัญคือการลดพิสัยสูงสุดของการนอนโรงพยาบาลจาก 7 ครั้ง เหลือเพียง 2 ครั้ง ซึ่งหมายถึงการป้องกันผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำหลายครั้งได้สำเร็จ นอกจากนี้การศึกษาของวาสนา อชิรเสนา มีตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงสูงสุดของโรคคืออัตราการเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

สรุป การนำแนวทางการดูแลรักษาโรคหืดในเด็กตามหลัก GINA Guideline เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลสูงในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งถัดไปควรให้การตรวจสมรรถภาพปอด เช่น Peak Expiratory Flow Rate (PEFR) หรือ Spirometry เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์มาตรฐานสำหรับการติดตามการรักษาโรคหืดในเด็กโต จะช่วยให้แพทย์สามารถปรับลดยาได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Armeftis C, Gratziou C, Siafakas N, Katsaounou P, Pana ZD, Bakakos P. An update on asthma diagnosis. J Asthma. 2023;60(12):2104-10. doi:10.1080/02770903.2023.2228911.
2. Miller RL, Grayson MH, Strothman KD. Advances in asthma: New understandings of asthma's natural history, risk factors, underlying mechanisms, and clinical management. J Allergy Clin Immunol. 2021; 148:1430-41. doi: 10.1016/j.jaci.2021.10.001
3. วัชรา บุญสวัสดิ์. โรคหืด. ใน: นิธิพัฒน์ เจียรกุล, บรรณาธิการ. ตำราโรคระบบการหายใจ. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2561.
4. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2022. Available from: https://www.ginasthma.org
5. Lizzo JM, Goldin J, Cortes S. Pediatric Asthma. [Updated 2024 May 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551631/
6. Ferrante G, La Grutta S. The Burden of Pediatric Asthma. Front Pediatr. 2018; 6:186. doi:10.3389/fped.2018.00186
7. The Global Asthma Report. Int J Tuberc Lung Dis 2022; 26: S1–S102.
8. Teeratakulpisarn P, et al. Prevalence of childhood asthma in Thailand: a national survey. Asian Pac J Allergy Immunol. 2004;22(2–3):175–81.

9. Martin J, Townshend J, Brodlie M. Diagnosis and management of asthma in children. BMJ Paediatrics Open*. 2022;6(1): e001277. doi:10.1136/bmjpo-2021-001277.
10. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก, สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัย และรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก (ฉบับสมบูรณ์) พ.ศ. 2564 [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2568 เม.ย.2]. เข้าถึงได้จาก: https://www.allergy.or.th/2016/pdf/2021/Final-Thai-Pediatric-Asthma-Guideline-2021_AAIAT-TPRC_Full_Version_24Jun2022.pdf
11. สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย. BMI Chart for Thai Children [อินเทอร์เน็ต]. สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย; 2023 เม.ย. 16 [เข้าถึงเมื่อ 2025 ก.ค. 18]. เข้าถึงได้จาก: https://thaipedendo.org/thai-bmi-chart/
12. จันทรมาศ ตันตาปกุล. ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กโรคหืด ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของจังหวัดกระบี่. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567;18(2):513-525.
13. สายพิณ ฤทธิโคตร. ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดของโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(1):164-77.
14. สุภา หมดทุกข์. ประสิทธิผลการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดตามแนวทาง Global Initiative for Asthma (GINA) ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2560;14(1):37-49.
15. วาสนา อชิรเสนา. ประสิทธิผลของการรักษาเด็กโรคหืดในคลินิกเด็กโรคหืดโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษา: โรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2562;6(2):1-14.
16. ตตินุช ตรียกาญจน์. ความชุกของโรคอ้วนในผู้ป่วยเด็กโรคหืดและผลลัพธ์ของการรักษา. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2568;44(1):1–7.
17. อัญชลี จันทร์สว่างภูวนะ. ผลสัมฤทธิ์การรักษาหอบหืดในเด็ก ณ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559;25(5):846-53.