

สรุปการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ข้อเสนอแนะถึงความเหมาะสม
และความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหัดไปใช้ในทางปฏิบัติ
ในโครงการ “การรักษาและป้องกันโรคหัดในเด็กไทย”

วันอังคารที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2558 เวลา 13.00 - 16.00 น.

ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุข

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. รศ.พญ.ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 2. รศ.นพ.สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 3. นพ.วสุ กำชัยเสถียร | โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ |
| 4. นพ.ปานเทพ คณานุรักษ์ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 5. ศ.คลินิก.พญ.มุกดา หวังวีรวงศ์ | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 6. พญ.สาธิตา เรืองสิริภคกุล | โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม |
| 7. พญ.จุฑารัตน์ นันตะสุข | โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร |
| 8. นพ.วรการ พิทักษ์ภักดิ์ | โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ |
| 9. พญ.น้ำทิพย์ ภูักัดดี | โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย |
| 10. พญ.มณีนรัตน์ จิตนันท์ | โรงพยาบาลบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ |
| 11. คุณวารินทร์ ช่างทอง | โรงพยาบาลบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ |
| 12. คุณอรัญญา อินทรเศรษฐี | โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร |
| 13. คุณวิลาภา ยศมาดี | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาลชุม จังหวัดน่าน |
| 14. คุณอนันต์ ริมธีระกุล | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี |
| 15. คุณสัณญา หนูแก่นเพชร | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี |
| 16. ภก.อัศววัฒน์ กรจิระเกษมสานต์ | โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ |
| 17. รศ.ภญ.สุวัฒนา จุฬาววัฒนทล | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 18. ดร.ภญ.นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 19. ภญ.ปิยรัตน์ ปรีดียานนท์ | สภาเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข |
| 20. พญ.สุขใจ เมธีวีรวงศ์ | สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ |
| 21. ภญ.กรรณิกา หนูม่วง | สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ |
| 22. ภญ.ปรียานุช ดีบุกคำ | สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ |
| 23. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

- | | |
|-------------------------|--|
| 24. คุณวันทนี กุลเพ็ง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 25. ญ.สุธาสิณี คำหลวง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 26. คุณชลัฎฐร โยธาสุมุท | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

เริ่มประชุมเวลา 13.00 น.

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ กล่าวถึงที่มาของงานวิจัยและวัตถุประสงค์ของการประชุม คือ เพื่อนำเสนอ “(ร่าง) แนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในเด็ก (Thai asthma guideline)” ซึ่งพัฒนาและปรับปรุงโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นตัวแทนจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย โดย นพ.วสุ กำชัยเสถียร เป็นตัวแทนในการนำเสนอ (ร่าง) แนวทางฯ ดังกล่าว ซึ่งการประชุมครั้งนี้เป็นการปรับปรุง (ร่าง) แนวทางฯ ครั้งที่ 2 หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากการประชุมครั้งที่ 1 ในวันพฤหัสบดีที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2557 การประชุมครั้งนี้เป็นการรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรทางการแพทย์สหสาขา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาจารย์จากมหาวิทยาลัย ตัวแทนด้านวิชาการ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้ข้อเสนอแนะถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในเด็กไปใช้ในทางปฏิบัติ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก หลังจากอภิปรายในส่วนของ (ร่าง) แนวทางฯ เสร็จแล้ว ญ.สุธาสิณี คำหลวงจะเป็นผู้นำเสนอตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) ในการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในเด็กเป็นลำดับถัดไป

ประเด็นอภิปรายและข้อสรุปจากที่ประชุม

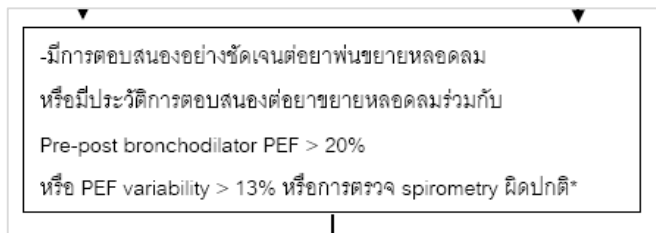
1. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคหืดในผู้ป่วยเด็ก

ประเด็นอภิปราย

- ในผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 5 ปี ระยะเวลาที่จะประเมินกรณีเด็กที่มีอาการหอบ หายใจมีเสียงหวีด โดยไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ ควรจะครอบคลุมช่วงเวลาใด เช่น เป็น episode หรือนับย้อนหลังนานเท่าใด เป็นต้น หรือเฉพาะผู้ป่วยที่แสดงอาการเจ็บป่วย ณ ปัจจุบันเท่านั้น คณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ ชี้แจงว่าขอให้กุมารแพทย์พิจารณาข้อมูลปัจจุบันหรือพิจารณาเป็น episode ของอาการที่เกิดขึ้น
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหอบ มีเสียงหวีดเพียง 1 ครั้งหรือได้รับการรักษาด้วย controller มาแล้ว ผู้ป่วยเป็นกลุ่มเดียวกันกับ Suggestive of Asthma ใช่หรือไม่ หากเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ควรระบุในสายการพิจารณาเช่นเดียวกันกับ Suggestive of Asthma โดยเพิ่มคำว่า “หรือ” เข้าไป คณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ ชี้แจงว่า สำหรับการแยกสายการพิจารณานั้นเป็นการ

พิจารณาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล หากอาการที่แสดง ณ ปัจจุบัน หรือ episode นั้นๆ ไม่เข้าตามเกณฑ์ Suggestive of Asthma ขอให้กุมารแพทย์พิจารณาประวัติการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มเติมด้วย ทั้งนี้ เพื่อต้องการเก็บตกผู้ป่วยบางรายที่อาจไม่ได้มีอาการตามเกณฑ์ Suggestive of Asthma เท่านั้น ที่ประชุมเข้าใจและยอมรับตาม (ร่าง) แนวทางฯ ที่คณะกรรมการพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ ชี้แจงในประเด็นนี้

- ในกรณีเด็กที่มีอาการหอบ หายใจมีเสียงหวีดโดยไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ (ร่าง) แนวทางฯ ในด้าน Suggestive of Asthma ระบุว่าต้องมีอาการดังกล่าวอย่างน้อย 2 ข้อ ที่ประชุมขอให้เพิ่มเติมข้อเสนอแนะในกรณีที่ไม่เข้าเกณฑ์ เช่น หากผู้ป่วยมีอาการแค่ 1 ข้อ เป็นต้น (ร่าง) แนวทางฯ แนะนำให้ทำอะไร ทั้งนี้ ศ.คลินิก.พญ.มุกดา หวังวีรวงศ์ ให้คำแนะนำว่า ให้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายนั้นยังไม่เป็นโรคหืด และยังไม่มีความจำเป็นต้องใช้ ICS โดยให้กุมารแพทย์รักษาตามอาการไปก่อน ที่ประชุมรับทราบและยอมรับหลักการดังกล่าว
- ที่ประชุมให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า สำหรับการวินิจฉัยในกระบวนการถัดไป ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กระบวนการวินิจฉัยโรคหืดในผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 5 ปี

ขอให้คณะกรรมการพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ เพิ่มข้อความเน้นให้ชัดเจนหากต้องการระบุว่า ขั้นตอนนี้ “**ต้องทำ**” ในกระบวนการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 5 ปี และควรเน้นให้ชัดเจนว่า ผู้ประเมินต้องเป็น “**กุมารแพทย์**” เท่านั้น ซึ่งต่างจากกระบวนการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี (แผนภูมิที่ 1) ที่มีรายละเอียดระบุไว้ชัดเจนว่า “**ประเมินโดยแพทย์**”

- ในกรณีที่ผู้ป่วยที่ยังมีอาการของโรคหืดไม่ได้ ให้ประเมินอาการตามตารางที่ 1 การประเมินระดับการควบคุมโรคหืดในเด็ก ที่ประชุมแนะนำว่าควรมี list ในการซักประวัติผู้ป่วยก่อนใช้ตารางการประเมินดังกล่าว เนื่องจาก การประเมินตามตารางที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินระดับการควบคุมโรคหืดเท่านั้น ผู้เชี่ยวชาญข้อเสนอแนะว่าให้ใช้แบบฟอร์มประเมินซึ่งพัฒนาโดย ผศ.นพ.สมชาย สุนทรโลหะนะกุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติจริง
- ในกรณีที่ประเมินระดับการควบคุมโรคตามตารางที่ 1 แล้วได้คะแนน คือ “ไม่ใช่ทุกข้อ = well controlled” ขอให้คณะกรรมการพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ ปรับแก้ไขโดยขอให้เพิ่มรายละเอียด

แสดงการเชื่อมโยงไปถึงแผนภูมิที่ 3 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดในเด็กด้วย เพื่อที่ผู้ปฏิบัติงานจะได้เข้าใจและเห็นความเชื่อมโยงของแนวทางการรักษาเพิ่มขึ้น

ข้อสรุปจากที่ประชุม

- ที่ประชุมมีมติให้คณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ ระบุระยะเวลาในการพิจารณากรณีเด็กที่มีอาการหอบ หายใจมีเสียงหวีดโดยไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ ให้ชัดเจน
- คณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ จะไปปรับแก้แผนภูมิที่ 2 กระบวนการวินิจฉัยโรคหืดในผู้ป่วยเด็กอายุมากกว่า 5 ปี ตามที่ประชุมเสนอแนะ
- กระบวนการวินิจฉัยโรคหืดในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี และแนวทางการตัดสินใจกรณีผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์การพิจารณา มีความชัดเจนมากขึ้นและไม่มีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม ดังนั้น ที่ประชุมจึงมีมติยอมรับแนวทางการวินิจฉัยโรคหืดในผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีดังกล่าวว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ

2. การดูแลรักษา asthma exacerbation ที่โรงพยาบาล (ห้องฉุกเฉิน)

ประเด็นอภิปราย

- ผู้เข้าร่วมประชุมในสาขาการพยาบาลและแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนให้ข้อมูลว่า ที่ผ่านมามี guideline สำหรับพยาบาลในการรักษาโรคหืด แต่โดยปกติแล้วผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษานอกเวลาราชการ ในแต่ละครั้งมักจะได้รับการพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉินเท่านั้น โดยพยาบาลจะเป็นผู้โทรแจ้งแพทย์ให้รับทราบ (กรณีไม่ได้พบแพทย์) หลังจากนั้น พยาบาลจะนัดผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ในเวลาราชการเป็นลำดับถัดไป ทั้งนี้ ไม่ได้มีระบบติดตามว่าผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือไม่
- สำหรับพยาบาลประจำ รพ.สต. ซึ่งไม่มี guideline สำหรับพยาบาลในการรักษาโรคหืดเช่นกัน ในการปฏิบัติงานจะใช้การฟังเสียงหวีดและให้ยาขยายหลอดลม หากฟังเสียงหายใจยังมีเสียงหวีดเข้า พยาบาลจะเขียนใบส่งตัวให้ผู้ป่วยเข้าปรึกษาที่ รพ. ต่อไป นอกจากนี้ ปัจจุบัน รพ.สต. บางแห่งไม่ได้รับการสนับสนุนยาขยายหลอดลมจากรพ. แล้ว ดังนั้น จะไม่มีกระบวนการให้การรักษาที่ รพ.สต. พยาบาลจึงทำได้เพียงเขียนใบส่งตัวให้ผู้ป่วยให้เข้าปรึกษาที่ รพ. ผลกระทบที่ตามมา คือ ผู้ป่วยบางรายไม่เห็นความสำคัญของการรักษาโรค จึงไม่ไปปรึกษาต่อที่ รพ. ถึงแม้จะมีใบส่งตัวแล้วก็ตาม หรือผู้ป่วยบางรายไม่สะดวกไป รพ. เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านระยะทางก็ต้องซื้อยาเพื่อบรรเทาอาการเอง (out-of-pockets)
- ที่ประชุมเห็นเสนอแนะให้แก้ไขจุดผิดในแนวทางการให้การให้การรักษา asthma exacerbation (แผนภูมิที่ 4) ได้แก่ ขนาดยาสำหรับผู้ป่วยเด็ก ในส่วนของ terbutaline respules ขอให้ปรับแก้

เป็น terbutaline nebulas และขนาดยาสำหรับ Systemic corticosteroids ขอให้ระบุขนาดยา Dexamethasone เพิ่มเติมด้วย

ข้อสรุปจากที่ประชุม

- คณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ ชี้แจงว่าจากการประชุมร่วมกับราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ มีข้อสรุปว่า คณะกรรมการราชวิทยาลัยฯ ต้องการเน้นไปยังกลุ่มกุมารแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จะไม่ครอบคลุมถึง Clinical Practice Guideline (CPG) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น เกสเซอร์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ซึ่งการที่จะให้ทางกรรมการฯ ออกเป็น CPG ครอบคลุมบุคลากรเหล่านี้ เป็นเรื่องเกินขอบเขตของทางคณะกรรมการราชวิทยาลัยฯ อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอว่า สถานบริการต่างๆ สามารถทำ CPG ของตนเองได้เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยให้ครอบคลุมเครือข่าย หรือพัฒนาไปเป็น clinical pathway ของตนเองในการส่งต่อผู้ป่วยเด็กที่มีการหอบบ่่อยๆ และต้องมาพ่นยาขยายหลอดลมนอกเวลาราชการจนสามารถมารับการรักษาโดยกุมารแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทางต่อไปได้
- ที่ประชุมให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าขอให้คณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ พิจารณาการพัฒนา guideline สำหรับพยาบาลอีกครั้ง ตัวอย่างที่เห็นได้หลาย รพ. คือ ผู้ป่วยมาพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉินมากกว่า 5 ครั้ง หรือบางรายมาถึง 10 ครั้งแต่ยังไม่ได้เคยได้พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยหรือได้รับการรักษาโดยกุมารแพทย์ กรณีดังกล่าวหากทางคณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ ต้องการขยายจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ จึงน่าจะพัฒนา guideline เบื้องต้นให้แก่พยาบาลได้ตัดสินใจ เช่น หากผู้ป่วยไม่เคยได้รับการพบแพทย์และมารับการพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉินเป็นครั้งที่ 3 (ไม่ควรเกิน 3 ครั้ง) พยาบาลควรส่งต่อหรือแจ้งกุมารแพทย์ให้ทราบเพื่อวินิจฉัยหรือรักษา เป็นต้น
- คณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ จะไปแก้ไขจุดผิดและเพิ่มขนาดยา Dexamethasone ตามที่ประชุมเสนอแนะ

3. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก

ประเด็นอภิปราย

- ที่ประชุมให้ข้อมูลว่าในการปฏิบัติ ปัจจุบัน รพ. ส่งยา ICS เข้ามาเพียงขนาดเดียว คือ 200 mcg/puff รวมทั้งกุมารแพทย์บางรายสั่งใช้ยา 200 mcg BID (รวม 400 mcg/day) ในเด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี ขนาดยาดังกล่าวเหมาะสมหรือไม่และก่อให้เกิดอันตรายต่อเด็กหรือไม่ ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะว่า หากมีข้อจำกัดเรื่องจำนวน item ยา เช่น มี ICS แค่เพียงขนาดเดียวใน รพ. นั้นๆ ก็อนุโลมให้ใช้ในขนาดยารวม 400 mcg ต่อวันได้ และหากพิจารณา

เปรียบเทียบประโยชน์และความเสี่ยงแล้ว การสั่งจ่าย ICS ในเด็กเด็กอายุน้อยกว่า 12 ปีจะมีประโยชน์มากกว่าโทษ

- ที่ประชุมชี้แจงว่ายา LTRA ที่ (ร่าง) แนวทางฯ แนะนำ คือ montelukast 4 mg. ชนิด granule เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) ซึ่งหากทำตามแนวทางผู้ป่วยต้องชำระเงินเอง ขณะที่ยา montelukast ที่เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) มีให้เลือกใช้ทั้งที่เป็นยาต้นแบบ (Original drugs) ชนิด tablet ขนาด 10 mg. และชนิด chewable tab 5 mg. และยาสามัญ (Generic drugs) แบบ tablet ขนาด 10 mg. เป็นไปได้หรือไม่ที่จะปรับขนาดยาจาก 4 mg. เป็น 5 mg. แทนในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี นอกจากนี้ ในทางปฏิบัติจริง เนื่องจากข้อจำกัดด้านบริหารจัดการ บาง รพ. ที่มียา montelukast ขนาด 10 mg. เพียงขนาดเดียว แพทย์และเภสัชกรจึงต้องแนะนำให้ผู้ป่วยแบ่งครึ่งเม็ดยาแล้วห่อด้วยกระดาษฟรอยด์สำหรับมือถอดไป (กรณียาต้นแบบ) หรือบางแห่งแนะนำให้ทั้งเม็ดยาที่เหลือ (กรณียาสามัญ) ทางผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นในประเด็นนี้อย่างไร ผู้เชี่ยวชาญแจ้งว่าการใช้ยา montelukast ขนาด 5 mg. ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี หรือการใช้ขนาดยา 10 mg. แบบแบ่งครึ่งเม็ด เป็นการใช้แบบ off-label ดังนั้นแพทย์ผู้สั่งควรต้องพิจารณาให้ถี่ถ้วน อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำว่า หาก รพ. มีข้อจำกัดเรื่องนโยบายการบริหารจัดการหรือการจัดซื้อยา montelukast เช่น อาจมีขนาด 10 mg. เพียงอย่างเดียว ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ทั้งยาส่วนที่เหลือไป เนื่องจากยาขึ้นได้ง่ายและอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของยาต่อการรักษาโรค
- รศ.พญ.ชลิรัตน์ ติเรกวัดพัฒนชัย ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับ spacer ว่ามีรายงานการวิจัยซึ่งได้รับรางวัลจากสภาวิจัยแห่งชาติ แนะนำว่าควรใช้ spacer แบบไม่มีวาล์ว เพราะให้ผลการรักษาดีกว่าแบบมีวาล์ว เนื่องจาก spacer แบบมีวาล์วอาจทำให้มีตัวยาไปตกค้างอยู่ที่วาล์วได้ อย่างไรก็ตาม การใช้ spacer ทั้งสองชนิดไม่ว่าชนิดใดก็ตาม ต่างก็สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาโรคได้ ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมแจ้งว่า รพ. หลายแห่งพบปัญหาในการสั่งจ่าย ICS แต่ไม่มี spacer แถมมา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่าควรต้องใช้ spacer ทุกครั้งที่มีการพ่นยา ในกรณี นพ. ปานเทพ คณานุรักษ์ จาก สปสช. แนะนำว่าคณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ โดยระบุในแนวทางฯ ให้ชัดเจนว่า การสั่งจ่ายยา ICS ต้องมี spacer ด้วยทุกครั้งเพื่อให้สามารถต่อรองในการจัดซื้อยากับบริษัทจัดจำหน่ายได้

ข้อสรุปจากที่ประชุม

- ไม่มีการปรับแก้ขนาดยา montelukast ในแผนภูมิที่ 3 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด โดยคณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ แนะนำให้ใช้ขนาดยาตามที่แนะนำ อย่างไรก็ตาม คณะทำงาน

พัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ จะไปปรับแก้ (ร่าง) แนวทางฯ ในประเด็นอื่นๆ ให้ชัดเจนตามที่ประชุม
เสนอแนะ

4. การอบรมการใช้ยาและประเมินการใช้ยา ICS รวมทั้งแนวทางการสอนพ่นยาโดยเภสัชกร

ประเด็นอภิปราย

- ที่ประชุมให้ข้อมูลว่าสำหรับการเรียนการสอนในคณะเภสัชศาสตร์ มีกระบวนการเรียนการสอน
ทั้งในห้องเรียนและในทางปฏิบัติในส่วนของ การซักประวัติ การประเมินอาการและความรุนแรง
ของโรค การประเมินการใช้ยาชนิดสูดพ่นทุกชนิด รวมไปถึงการติดตามอาการและการใช้ยาของ
ผู้ป่วย นอกจากนี้ กระบวนการดังกล่าวยังได้ถูกกำหนดไว้ในกระบวนการสอบเพื่อรับใบประกอบ
โรคศิลป์ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม กระบวนการเรียนการสอนดังกล่าวมักจะเน้นการดูแลรักษา
และติดตามในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่เป็นหลัก โดยใช้ GINA guideline และแนวทางต่างๆ ของ
ประเทศไทยเป็นหลักในการสอน รวมทั้งมีกลุ่มเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและ
ปอดอุดกั้นเรื้อรังแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล ยังได้ออกหนังสือและ
จัดการประชุมเพื่ออัปเดตความรู้สำหรับเภสัชกรที่รับผิดชอบงานหรือที่สนใจ ดังนั้น การอบรม
การใช้ยาและประเมินการใช้ยา ICS รวมทั้งแนวทางการสอนพ่นยาโดยเภสัชกรจึงเป็นมาตรฐาน
และเชื่อถือได้
- ที่ประชุมให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนของการทำงานสหสาขาวิชาชีพว่าขณะนี้หลายโรงพยาบาลที่ได้
ประสานความร่วมมือกันในการบริหารผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลเองและระหว่างโรงพยาบาล
อย่างไรก็ตาม พบว่า มักจะเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความพร้อมในด้านบุคลากรเท่านั้น
ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การบริหารผู้ป่วยเด็กโรคหืดในทุก
โรงพยาบาล

5. การพัฒนา Quality Outcome Framework (QOF) เพื่อเป็นตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสำหรับการทำงาน ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ประเด็นอภิปราย

- ขณะนี้ QOF ของสปสช. ปีงบประมาณ 2557 ได้จัดทำตัวชี้วัดกลางสำหรับโรคหืด โดยมีตัวชี้วัด
คือ จำนวนครั้งของผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลักเป็นโรคหืดต่อ
จำนวนผู้ป่วยโรคหืด สิทธิ UC ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการประจำ ในขณะที่ QOF ที่
พัฒนาโดย The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ประเทศ
อังกฤษ ประจำปี 2015/2016 ซึ่งมีตัวชี้วัดจำนวน 4 ข้อ ในแต่ละข้อเน้นว่าผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับ

การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยและมีการประเมินการควบคุมอาการของโรคทุกครั้งที่มาพบแพทย์ รวมทั้งการประเมิน variability และ reversibility โดยแพทย์

ข้อสรุปจากที่ประชุม

- เนื่องจากข้อจำกัดด้านฐานข้อมูลในประเทศไทยที่ไม่เชื่อมโยงกัน โดยเฉพาะการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล ดังนั้น การนำ QOF ของ NICE มาพัฒนาใช้ในประเทศไทยน่าจะยังคงไม่สามารถทำได้ขณะนี้ แต่อย่างไรก็ตาม กระบวนการพัฒนา QOF ของประเทศไทยควรจะต้องพัฒนาต่อไป ทั้งนี้ HITAP ซึ่งขณะนี้มีการวิจัย “โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1” คาดว่าจะสามารถนำแนวทาง QOF ของ NICE ไปพัฒนาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของไทยต่อไป

6. การเผยแพร่แนวทางการรักษาโรคหืด

ประเด็นอภิปราย

- ภายหลังจากคณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ ได้ดำเนินการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว จะทำการเผยแพร่ guideline โดยรูปแบบแผ่นพับ 3 ตอน และแจกในงานประชุมต่างๆ ของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ ทั้งนี้ ที่ประชุมเสนอว่า ควรมีการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึง guideline สำหรับผู้ที่สนใจ เช่น การอัปเดตขึ้นเว็บไซต์ เป็นต้น ทั้งนี้ HITAP เสนอช่วยทำจุลสารฉบับพิเศษเรื่อง การดูแลรักษาและป้องกันโรคหืดในเด็ก สำหรับการสื่อสารกับกลุ่มบุคคลทั่วไปเพิ่มเติม โดยจะกระจายจุลสารทั้งทางไปรษณีย์และรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้กับสถานพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ มหาวิทยาลัยต่างๆ รวมทั้งส่งถึงผู้บริหารภายในกระทรวงสาธารณสุขและสปสช.ด้วย

ข้อสรุปจากที่ประชุม

- คณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ จะเพิ่มช่องทางในการเผยแพร่ guideline โดยจะนำไปอัปเดตไว้ที่เว็บไซต์ของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ และเผยแพร่ในจุลสารสำหรับกุมารแพทย์เพิ่มเติม
- HITAP จะทำจุลสารฉบับพิเศษเพื่อช่วยขยายช่องทางการเผยแพร่ความรู้และสร้างความตระหนักให้กับคนทุกๆ กลุ่ม รวมไปถึงผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. โดยข้อมูลในจุลสารดังกล่าวจะใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย คนทั่วไปอ่านเข้าใจได้ รวมทั้งมี infographic ที่ช่วยสื่อสารข้อมูลยากๆ ให้ผู้อ่านเข้าใจมากขึ้น

กิจกรรมถัดไป

1. คณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ จะทำการปรับปรุง (ร่าง) แนวทางฯ โดยทำในรูปแบบของแผ่นพับ 3 ตอนให้แล้วเสร็จ และจะเผยแพร่ผ่านงานประชุมต่างๆ ของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์รวมทั้งจะดำเนินการอัปเดตขึ้นเว็บไซต์เพื่อให้ผู้ที่ต้องการใช้งานสามารถดาวน์โหลดนำไปใช้ตามต้องการ
2. HITAP โดยทีมประชาสัมพันธ์องค์กร จะดำเนินการออกแบบจุลสารฉบับพิเศษ เรื่องการดูแลรักษาและป้องกันโรคหัดในเด็ก และจะนำส่งโรงพยาบาลต่างๆ รพ.สต. หน่วยงานมหาวิทยาลัย รวมทั้งการส่งเอกสารให้กับสมาชิกเว็บไซต์ HITAP ทั้งทางไปรษณีย์และออนไลน์ ให้ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดนำไปใช้ตามต้องการ
3. สำหรับเอกสารสำหรับใช้ในการติดตามและประเมินอาการของผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาโดย ผศ.นพ.สมชาย สุนทรโลหะนกุล รวมทั้งคู่มือการคู่มือการประเมินโรคเบื้องต้น สำหรับบุคลากรทางแพทย์ (พยาบาล และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.) คณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ จะนำข้อเสนอจากที่ประชุมไปพิจารณาเป็นลำดับถัดไป

ปิดประชุมเวลา 16.00 น.

ผู้จัดบันทึกการประชุม

ภญ.สุธาสินี คำหลวง