

ตอบข้อเสนอแนะจากการประชุมร่วมกับ HITAP เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558 จากคณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการดูแลและรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดของประเทศไทย

ประเด็นอภิปราย

ประเด็นที่ 1. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคหืดในผู้ป่วยเด็ก

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคหืดในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งในทางปฏิบัติจริง มีผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว โดยอาการจะคาบเกี่ยวทั้งในส่วนของ Viral Induced Wheezing และ Suggestive of Asthma ซึ่ง (ร่าง) แนวทางฯ ไม่ได้มีช่องทางในการวินิจฉัยให้เป็นแนวทางการตัดสินใจ และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในส่วนของ Suggestive of Asthma ยังมีความยากต่อการนำไปปฏิบัติจริง เพราะเกณฑ์การวินิจฉัยดังกล่าวไม่ได้ระบุว่าผู้ป่วยต้องมีอาการครบตามที่ระบุหรือไม่ หรือต้องมีอาการอย่างน้อยกี่ข้อ จึงจะสามารถวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเด็กเป็นโรคหืดจริง เนื่องจากการซักประวัติ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก อาจไม่สามารถให้ข้อมูลผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่ระบุไว้ได้ทั้งหมด เช่น ในผู้ป่วยเด็กบางราย หากป่วยตายายเป็นผู้เลี้ยงดู ก็อาจจะไม่ทราบประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว รวมไปถึงกรณีที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจากรพ.อื่นๆ ก็อาจไม่ทราบจำนวนครั้งที่แท้จริงว่าผู้ป่วยมีอาการมาแล้วกี่ครั้ง หรือประวัติการรักษาเดิมไม่ครบหรือไม่ชัดเจน เป็นต้น

ความเห็นของกรรมการ Asthma Guideline เด็ก

ได้มีปรับแก้ไขเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหืด โดยเฉพาะในเด็กอายุ < 5 ปี ใหม่ โดยใช้อาการทางคลินิกนำก่อนที่จะบอกถึงการวินิจฉัย ดังแผนภูมิ

หากมีลักษณะทางคลินิกต่อไปนี้

-อาการไอ หายใจลำบาก มีเสียงหวีดหลังจากมีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น

-ไม่มีอาการไอ หายใจลำบาก เสียงหวีดหรือมีอาการน้อยระหว่างที่ไม่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น หรือหลังการออกกำลังกาย

ควรนึกถึง **Viral Induced Wheezing**

ถ้ามีการตอบสนองอย่างชัดเจนต่อยาพ่นขยายหลอดลมซึ่งประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์

ร่วมกับลักษณะทางคลินิกต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 ข้อ

-อาการไอ หายใจลำบาก เสียงหวีดมากกว่า 10 วันจากมีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น

-ไอแห้งๆหรือหายใจเสียงหวีด มักเป็นเวลากลางคืนหรือหลังได้รับสิ่งกระตุ้นเช่น สารก่อภูมิแพ้ การออกกำลังกายหิวระะ ร้องไห้

-มีเสียงหวีดช่วง**ไม่มี**การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น

-มีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัวโดยเฉพาะหอบหืดในบิดามารดาและพี่น้อง

-ผู้ป่วยมักมีอาการของโรคภูมิแพ้อย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ผื่นหนัง อักเสบจากภูมิแพ้, เยื่อจมูกอักเสบจากภูมิแพ้

ควรนึกถึง **Asthma**

และเน้นข้อความข้างล่างแผนภูมิที่ 1 ว่า “ถ้ายังไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัยข้างต้น แต่มีอาการไอหรือหอบที่ต้องใช้ยาพ่นขยายหลอดลมทุก 1-2 เดือน อาจพิจารณาให้ therapeutic trial ด้วย ยา ICS (inhaled corticosteroids) หรือ LTRA (leukotriene receptor antagonist) ตามแผนภูมิข้างต้น”

ในส่วนของเด็กอายุ > 5 ปี ได้เติมข้อความ “ควรให้การรักษาผู้ป่วยแบบโรคหืด ในผู้ป่วยที่ยังคุมอาการของโรคหืดไม่ได้ (ประเมินอาการตามตารางที่ 1)” ของกล่องข้อความ

**ควรให้การรักษาผู้ป่วยแบบโรคหืด
ในผู้ป่วยที่ยังคุมอาการของโรคหืดไม่ได้
(ประเมินอาการตามตารางที่ 1)**

และเติมข้อความ “ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืด และยังคงคุมอาการของโรคหืดไม่ได้ (ประเมินตามตารางที่ 1)”

และเติมขนาดของยา montelukast ในกล่องข้อความเรื่องการรักษา

**ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืด
และยังคงคุมอาการของโรคหืดไม่ได้ (ประเมินตามตารางที่ 1)**

**ICS (ขนาด 100-200 mcg/วัน ในเด็กอายุ < 12 ปี, ขนาด 200-400 mcg/วัน ในเด็กอายุ > 12 ปี)
หรือ LTRA (montelukast 4 mg/วัน ในเด็กอายุ < 5 ปี, 5 mg/วัน ในเด็กอายุ 5-15 ปี)**

ประเด็นที่ 2. นิยามของคำว่า “Wheezing”

การระบุนิยามของคำว่า “wheezing” ให้ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น หากผู้ป่วยได้รับการพ่นยาโดยพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าครั้งที่มาจะไม่ได้พบกุมารแพทย์ แต่หากมีระบุไว้ใน medical record ก็ควรนับว่าเกิด wheezing 1 ครั้ง แต่หากผู้ป่วยแจ้งเพียงแค่ว่ามีอาการหอบ หายใจมีเสียงหวีด แต่ไม่ได้มาพบแพทย์ ก็ไม่ควรนับว่าเกิด wheezing เนื่องจากอาจทำให้เกิด over diagnostic เป็นต้น

ความเห็นของกรรมการฯ

ได้มีปรับแก้ไขเติมข้อความ “ประเมินโดยแพทย์” หรือ “ประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์”

ประเด็นที่ 3. แนวทางการให้การให้การรักษา asthma exacerbation

สำหรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ พบว่า (ร่าง) แนวทางฯ ระบุเพียง “นัดติดตามอาการภายใน 1 สัปดาห์เพื่อวางแผนการรักษาระยะยาวหรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง” ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านหลังจากรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล พบว่าทั้ง 2 กรณี (ร่าง) แนวทางฯ ไม่ได้ระบุว่าให้แพทย์สั่งจ่าย ICS ให้กับผู้ป่วยหรือไม่

ความเห็นของกรรมการฯ

ได้มีปรับแก้ไขเดิมข้อความ “**นัดติดตามอาการภายใน 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินการวินิจฉัยโรคหืดและวางแผนการรักษา ระยะยาว หรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง (ตามแผนภูมิที่ 3)**” ในกล่องข้อความ

- อนุญาตให้กลับบ้าน
- ให้ SABA สูด/พ่น หรือกินต่อทุก 4-6 ชม.
- ให้ oral prednisolone กินต่อ 5-7 วัน กรณีต้องให้ SABA 3 doses
- **นัดติดตามอาการภายใน 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินการวินิจฉัยโรคหืดและวางแผนการรักษา ระยะยาว หรือปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง (ตามแผนภูมิที่ 3)**

ประเด็นที่ 4. การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคหืดในเด็กสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด คือ เภสัชกร พยาบาล รวมไปถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อย่างไรก็ตาม ยังมีปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานจริง หากผู้ป่วยมารับการรักษานอกเวลาราชการหรือที่ห้องฉุกเฉิน จะไม่ได้ตรวจกับกุมารแพทย์แต่จะได้ออกตรวจกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner: GP) หรือพยาบาลแทน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะได้รับการพ่นยาขยายหลอดลมเพื่อบรรเทาอาการเบื้องต้น แล้วนัดผู้ป่วยมาพบกุมารแพทย์ในวันถัดไป อย่างไรก็ตาม พบว่าเมื่อผู้ป่วยมาพบกุมารแพทย์ ผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการหอบ หายใจมีเสียงหวีด ซึ่งทำให้การวินิจฉัยโรคทำได้ยาก

ส่วนพยาบาล มีส่วนสำคัญอย่างมากในการแจ้งเตือนแพทย์ให้ทราบหากผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยตามที่กำหนดในแนวทางการรักษาโรคหืด เช่น มารับการพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉินเป็นครั้งที่ 3 แล้ว ควรส่งต่อหรือแจ้งกุมารแพทย์ให้ทราบเพื่อพิจารณาการรักษาตามแนวทาง therapeutic trial เป็นต้น

เภสัชกรจะทำหน้าที่สอนพ่นยาให้กับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กทุกราย ในกรณีที่ได้รับยา ICS เป็นครั้งแรก ทั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะมีวิธีการสอนพ่นยาบรรจุไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนคณะเภสัชศาสตร์ และได้ปฏิบัติงานจริงจากการฝึกงาน จากเภสัชกรรุ่นพี่หรือเอกสารการสอน อย่างไรก็ตาม การประเมินการพ่นยาโดยเภสัชกร สำหรับการติดตามอาการครั้งถัดไป การประเมินซ้ำ รวมไปถึงการแจ้งแพทย์ให้ทราบในกรณีที่พบปัญหาจากการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยพ่นยาไม่ถูกต้อง ความร่วมมือในการรักษา (Compliance) ไม่ดี เป็นต้น ขึ้นอยู่กับแนวทางของโรงพยาบาลนั้นๆ และเภสัชกรเป็นรายบุคคล ซึ่งจะมีรูปแบบการประเมินแตกต่างกันไป ไม่ได้เป็นแนวทางที่เป็นรูปแบบเดียวกัน และอาจไม่ได้ประเมินผู้ป่วยซ้ำหากมีภาระงานมาก

ที่ประชุมเสนอแนะให้คณะทำงานพัฒนา (ร่าง) แนวทางฯ จัดทำคู่มือ (guideline) การประเมินโรคเบื้องต้นสำหรับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และคู่มือการสอนและการประเมินการพ่นยาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพสำหรับเภสัชกร ใช้เป็นแนวทางมาตรฐานและเป็นขั้นตอน รูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ

ความเห็นของกรรมการฯ

ได้เสนอว่า Guideline ที่ออกมา ทางคณะกรรมการฯ ต้องการเน้นไปยังกลุ่มกุมารแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดเบื้องต้นโดยส่วนใหญ่ จะไม่ครอบคลุมถึง Clinical Practice Guideline (CPG) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ คือ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ซึ่งการที่จะให้ทางกรรมการฯ ออกเป็น CPG ครอบคลุมบุคลากรเหล่านี้ เป็นเรื่องเกินขอบเขตของทางคณะกรรมการฯ

เสนอทางออกว่า หากสถานบริการต่างๆ ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด สามารถทำเป็น CPG ในสถานบริการนั้นๆ ซึ่งสามารถครอบคลุมเครือข่าย คือ รพ.สต. ตลอดจนพัฒนาไปเป็น Clinical pathway ในการให้ส่งผู้ป่วยเด็กที่หอบป่วยๆ ที่ต้องมาพบนอกเวลา ให้มารับการประเมินโดยกุมารแพทย์ หรือแพทย์เฉพาะทางต่อไปได้ ในส่วนของการสอนเรื่องการพ่นยาด้วยอุปกรณ์ต่างๆ ปัจจุบัน ทางกรรมการฯ ร่วมกับสำนักยุทธศาสตร์ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยนายแพทย์ธานี จิตตรี ประเสริฐ ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ ได้ร่วมกันจัดทำ วิดีทัศน์ ประกอบการสอนการพ่นยาด้วยอุปกรณ์พ่นยาชนิดต่างๆ สำหรับผู้ป่วยเด็ก ออกมา ซึ่งสามารถนำมาสอนสำหรับกลุ่มเภสัชกร ตลอดจนพยาบาล ในสถานบริการต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้อุปกรณ์พ่นยาชนิดต่างๆ ได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

ประเด็นที่ 5. การเข้าถึงยา ICS และ spacer

โดยส่วนใหญ่แล้วโรงพยาบาลจะมียา ICS ครบทุกชนิดที่ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเฉพาะในกรณีที่โรงพยาบาลนั้นๆ มีกุมารแพทย์ แต่โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง มักถูกจำกัดจำนวน items ยาทั้งหมดที่มีในโรงพยาบาล ซึ่งอาจมี ICS ไม่ครบตามชนิดที่มีระบุไว้ในบัญชียาหลัก ถึงแม้ว่ายา ICS จะเป็นยาในบัญชีก. ก็ตาม ดังนั้น ผู้ป่วยอาจเข้าไม่ถึงยา ICS บางชนิด ขึ้นอยู่กับนโยบายของโรงพยาบาลนั้นๆ และบางโรงพยาบาลได้รับการสนับสนุน spacer จากบริษัทฯ ซึ่งบางครั้งจำนวน spacer อาจมีไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยทุกราย รวมทั้งรูปแบบของ spacer ที่แตกต่างกันของแต่ละบริษัท ยังส่งผลต่อ compliance ของผู้ป่วยด้วย ที่ประชุมเสนอแนะว่าผู้ป่วยทุกรายควรได้รับ spacer และควรใช้ทุกครั้งที่มีการพ่นยาเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด ทาง HITAP จะนำประเด็นดังกล่าวไปปรึกษากับคณะทำงานบัญชียาหลักแห่งชาติต่อไป

ความเห็นของกรรมการฯ

เห็นด้วยกับการสนับสนุนให้มี space สำหรับอุปกรณ์พ่นยาชนิดต่างๆ ในสถานพยาบาล ให้มีความครอบคลุม ทัวถึง เพื่อให้การบริหารยาพ่นยาชนิดต่างๆ ในการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืด ทำให้การรักษาโรคหืดได้ผล และมีประสิทธิภาพที่ดีมากขึ้น ในส่วนของ item ของยา ICS เสนอว่า ควรจะต้องปรับความเข้าใจของแพทย์ทางโรงพยาบาลชุมชน ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ในการเลือกจ่าย ICS ให้เหมาะสม และจัดหาชนิดของยา ICS ตามที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติให้เพียงพอต่อไป

นพ.วสุ กำชัยเสถียร ผู้บันทึกรายงานการประชุม