



SMART Implementation: from Asthma Guidelines to Clinical Practice

วิชรา บุญสวัสดิ์ พ.บ.

ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

เพื่อให้การรักษาโรคหืดได้ผลดีขึ้น และมีมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) ของอเมริกาจึงได้ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก (WHO) เขียนแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้นในปี พ.ศ. 2538 เรียกว่า Global Initiative for Asthma (GINA) และมีการปรับปรุงในปี พ.ศ. 2545 และ 2549 หลังจากมีการนำเอา GINA guideline มาใช้หลายปี แต่การควบคุมโรคหืดก็ยังคงต่ำกว่ามาตรฐานที่ตั้งไว้เป็นอย่างมาก แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวของการพยายามนำเอา GINA guideline ไปใช้งาน เพราะว่า แนวทางในการรักษาโรคหืดยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ยากต่อการใช้แพทย์ไม่มีเวลามากพอในการดูแลคนไข้โรคหืด และยารักษาโรคหืดก็มีมากมายหลายขนาน และหลายขนาด ทำให้ผู้ป่วยสับสน การแก้ปัญหา ก็จะต้องทำให้แนวทางการรักษาโรคหืดง่าย แม้กระทั่งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศสามารถปฏิบัติได้ และจะต้องมีการจัดระบบที่ดีที่จะทำให้แพทย์ใช้เวลาอย่างน้อยลงในการดูแลผู้ป่วยโดยการเพิ่มบทบาทของพยาบาลและเภสัชกรในการร่วมดูแลผู้ป่วย

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก ลักษณะสำคัญของโรคหืด คือการที่หลอดลมตีบเป็น ๆ หาย ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไอ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด โรคหืดมีผลกระทบต่อผู้ป่วยค่อนข้างสูง จากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยมากกว่าครึ่งไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เช่นคนปกติ ผู้ป่วยโรคหืด ร้อยละ 21.7 ยังต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการหอบรุนแรงที่ห้องฉุกเฉินอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมา และร้อยละ 14.8 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹

วิวัฒนาการของการรักษาโรคหืด

แนวทางการรักษาโรคหืดในปัจจุบันเปลี่ยนไปจากในอดีตมาก วิวัฒนาการของการรักษาโรคหืดอาจแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามความเชื่อและความเข้าใจในพยาธิกำเนิดของโรคหืด ระยะแรกคือช่วงประมาณก่อน พ.ศ. 2533 ในช่วงนี้มีความรู้ว่าลักษณะที่สำคัญของโรคหืดคือ หลอดลมไวผิดปกติ ต่อสิ่งกระตุ้น (airway hyperresponsiveness) คือ หลอดลมของผู้ป่วยโรคหืดจะหดตัวง่ายเมื่อเจอสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ และเมื่อหลอดลมหดตัวก็หดมากกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิด

อาการหายใจลำบากและหายใจมีเสียงวี๊ด เนื่องจากในสมัยนั้นเชื่อว่าสาเหตุของหลอดลมไวผิดปกติเกิดจากกล้ามเนื้อหลอดลมที่โตกว่าปกติ การรักษาโรคหืดในสมัยนั้นจึงมุ่งไปที่การรักษาหลอดลมหดตัวโดยใช้ยาระงับการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดลมเป็นหลัก² ได้แก่ ยาในกลุ่ม β_2 -agonists ดังนั้น จึงมีการใช้ยา β_2 -agonists กันอย่างแพร่หลายในช่วงนั้น

ระยะที่สองระหว่าง พ.ศ. 2533-2543 เมื่อมีหลักฐานหลาย ๆ ประการที่สนับสนุนว่าแท้จริงแล้วหลอดลมไวผิดปกติในผู้ป่วยโรคหืดน่าจะเกิดจากการอักเสบของหลอดลม³ และการอักเสบของหลอดลมทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นจะเกิดหลอดลมตีบทั่ว ๆ ไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไอ หอบ หายใจมีเสียงวี๊ด ซึ่งเราเรียกว่า จับหืด (asthmatic attack) นอกจากนี้การอักเสบของหลอดลมยังทำให้เกิดอาการของโรคหืดโดยตรง เช่น ไอ แน่นหน้าอกอีกด้วย ดังนั้น การรักษาโรคหืดจึงเปลี่ยนจากการให้ยาขยายหลอดลมไปเป็นการให้ยารักษาหลอดลมอักเสบเรื้อรังเป็นหลัก โดยใช้ยาที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบได้แก่ ยาพ่น สเตียรอยด์ (inhaled steroids) และพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยาขยายหลอดลม โดยจะใช้ยาขยายหลอดลมเฉพาะเวลามีอาการหอบเท่านั้น เมื่อการอักเสบลดลง ความไวของหลอดลมก็จะลดลงด้วย ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดไม่หอบเมื่อเจอสิ่งกระตุ้น ดังนั้น ยาพ่นสเตียรอยด์ จัดว่าเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคหืด

ระยะที่สามระหว่าง พ.ศ. 2543 ถึงปัจจุบัน พบว่าการอักเสบของหลอดลมที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานอาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมอย่างถาวรทั้งรูปร่างและการทำงานที่เรียกว่า airway remodeling⁴⁻⁵ ซึ่งการที่มี airway remodeling จะทำให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคหืดต่ำกว่าปกติ และมีหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นอย่างถาวร หลักการในการรักษาในช่วงนี้ คือ การพยายามป้องกันไม่ให้เกิด airway remodeling โดยเชื่อว่าการให้การรักษาโรคหืดแต่เนิ่น ๆ จะป้องกันการเกิด airway remodeling ได้ แต่เมื่อเกิด airway remodeling แล้วการใช้ยาที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ เช่น ยาพ่นสเตียรอยด์ (inhaled steroids) อย่างเดียวจึงไม่สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ การใช้ยาขยายหลอดลมร่วมกับยาพ่นสเตียรอยด์ จะได้ผลดีกว่าการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์อย่างเดียว⁶⁻⁷

แนวทางการรักษาโรคหืด

เพื่อให้การรักษาโรคหืดได้ผลดีขึ้นและมีมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) ของอเมริกาจึงได้ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก (WHO) เขียนแนวทางการรักษาโรคหืดขึ้นในปี พ.ศ. 2538 เรียกว่า Global Initiative for Asthma (GINA)⁸ และมีการปรับปรุงในปี พ.ศ. 2545 และ 2549 ซึ่งประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก เพราะมีหลายประเทศที่ได้นำเอา GINA guidelines ไปเป็นแนวทางในการทำแนวทางการรักษาโรคหืดของตนเอง รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งแนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทยได้จัดทำขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2537⁹ โดยความร่วมมือของสมาคมออร์เวซซ์ฯ สมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา และชมรมโรคหืด และมีการปรับปรุงเมื่อ พ.ศ. 2540¹⁰ และ พ.ศ. 2547

GINA guidelines 1995 ได้เน้นให้เห็นความสำคัญของการอักเสบของหลอดลมโดยให้นิยามโรคหืดว่าเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ดังนั้น การรักษาโรคหืดจึงต้องลดการอักเสบของหลอดลม และยาพ่นสเตียรอยด์ ซึ่งลดการอักเสบของหลอดลมได้ดีจึงเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคหืด GINA guidelines 1995 เชื่อว่าถึงแม้ว่าโรคหืดจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่แพทย์สามารถที่จะควบคุมโรคหืดได้โดยไม่ยาก ดังนั้นเป้าหมายของการรักษาโรคหืดคือการควบคุมโรคหืดให้ได้ ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคหืด

- มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการเลย
- มีโรคกำเริบน้อยครั้ง
- ไม่ต้องหอบมากจนต้องไปห้องฉุกเฉิน
- ใช้ยาขยายหลอดลมน้อยมากหรือไม่ต้องใช้เลย
- สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสามารถออกกำลังกายได้เป็นปกติ
- มีสมรรถภาพปอดปกติ
- ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา

ในการรักษาโรคหืดจะต้องจัดแบ่งผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรคก่อน แล้วจัดยาให้สอดคล้องกับความรุนแรงของโรค ซึ่งการแบ่งความรุนแรงของโรคหืดก็อาศัยความถี่ของอาการหอบในช่วงกลางวัน ความถี่ของอาการหอบในช่วงกลางคืน สมรรถภาพปอดโดยการวัดค่าความเร็วสูงสุด (peak

expiratory flow rate) และความผันผวนของค่า peak flow (peak flow variability) โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ชั้น คือ

1. Intermittent asthma (มีอาการนานนานครั้ง)
2. Mild persistent asthma (อาการรุนแรงน้อย)
3. Moderate persistent asthma (อาการรุนแรงปานกลาง)
4. Severe persistent asthma (อาการรุนแรงมาก)

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดก็จัดให้ตามความรุนแรงแบบขั้นบันได จากน้อยไปหามาก ซึ่งมี 4 ชั้นคือ

การรักษาชั้นที่ 1 สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการนานนานครั้ง (intermittent) จะให้ β_2 -agonists ที่มีฤทธิ์สั้นเฉพาะเวลาที่มีอาการ

การรักษาชั้นที่ 2 สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการน้อย (mild persistent) จะให้ inhaled corticosteroids ขนาดต่ำ (beclomethasone หรือ budesonide 200-800 $\mu\text{g}/\text{d}$ และ fluticasone 100-400 $\mu\text{g}/\text{d}$) ร่วมกับ β_2 -agonists ที่มีฤทธิ์สั้นเมื่อมีอาการ

การรักษาชั้นที่ 3 สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง (moderate persistent) จะให้ inhaled corticosteroids ขนาดเพิ่มขึ้น (beclomethasone หรือ budesonide 800-1,600 $\mu\text{g}/\text{d}$ และ fluticasone 400-800 $\mu\text{g}/\text{d}$)

การรักษาชั้นที่ 4 สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก (severe persistent) ให้ inhaled corticosteroids ขนาดสูง (beclomethasone หรือ budesonide 1,600-2,000 $\mu\text{g}/\text{d}$ และ fluticasone 800-1,000 $\mu\text{g}/\text{d}$) ร่วมกับยาตัวอื่น ๆ เช่น long acting β_2 -agonists, sustained release theophylline, leukotriene modifiers และถ้ายังคุมอาการไม่ได้ก็ให้ prednisolone ชนิดรับประทาน

GINA guidelines 2002¹¹ ได้มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยคือ การรักษาชั้นที่ 3 สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง แนะนำให้ใช้ inhaled corticosteroids ขนาดต่ำ ร่วมกับ long acting β_2 -agonists แทนการใช้ inhaled corticosteroids ขนาดสูง เพราะมีข้อมูลที่ชัดเจนว่า การให้ยา long acting β_2 -agonists ร่วมกับการใช้ inhaled corticosteroids จะได้ผลในการควบคุมโรคหืดได้ดีกว่าการเพิ่มขนาดของ inhaled corticosteroids มาก^{6-7,12}

ปัญหาของ GINA guidelines 1995 และ 2002 ก็คือ การให้ยารักษาตามความรุนแรงของโรค เพราะว่า ความรุนแรงของโรคซึ่งจำแนกตามอาการและสมรรถภาพปอด มีความยุ่งยากซับซ้อนยากแก่การจะจดจำ¹³ และความรุนแรงของโรคซึ่งจำแนกตามอาการและสมรรถภาพปอดก็จะมี การเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา¹⁴ นอกจากนี้เมื่อได้รับการรักษามาก่อนก็จะต้องทำให้การประเมินความรุนแรงยากยิ่งขึ้น เพราะจะต้องเอาระดับของการรักษามาพิจารณาพร้อมกับอาการด้วย ซึ่งความยุ่งยากของ guidelines ก็เป็นอุปสรรคสำคัญอย่างหนึ่งในการที่จะนำเอา guidelines ไปใช้ GINA guidelines 2006 ได้พยายามที่จะทำให้ guidelines การรักษาโรคหืดทำได้ง่ายขึ้นโดยการยกเลิกการประเมินความรุนแรงของโรคหืด แต่หันมาประเมินการควบคุมโรคหืดแทน โดยการตั้งเป้าของการรักษาเช่นเดิมคือการควบคุมโรคหืดให้ได้ (asthma controlled) แล้วปรับการรักษาตามภาวะการควบคุมโรคหืด ถ้าควบคุมโรคหืดได้ ก็ลดการรักษาลง เมื่อการควบคุมโรคหืดยังไม่ดีก็เพิ่มการรักษาขึ้นไป วิธีการประเมินการควบคุมโรคหืดก็อาศัย

1. อาการในช่วงกลางวัน
2. อาการในช่วงกลางคืน
3. การใช้ยาขยายหลอดลมบรรเทาอาการ
4. การกำเริบของโรคหืด
5. การวัดสมรรถภาพปอด
6. การทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้เช่นคนปกติ

สำหรับยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดก็มี 5 ระดับ คือ

1. การใช้ short-acting β_2 -agonist (SABA) เวลา มีอาการ
2. การใช้ inhaled corticosteroids ขนาดต่ำ
3. การใช้ inhaled corticosteroids (ICS) ขนาดต่ำ ร่วมกับ long acting β_2 -agonists (LABA)
4. การใช้ inhaled corticosteroids (ICS) ขนาดสูง ร่วมกับ long acting β_2 -agonists (LABA)
5. การใช้ inhaled corticosteroids (ICS) ขนาดสูง ร่วมกับ long acting β_2 -agonists (LABA) ร่วมกับการให้ prednisolone

การใช้ยาในการรักษาโรคหืดจะเริ่มที่ขั้นไหนก็ได้ตามความเหมาะสม เช่น ถ้าเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการมากอาจจะเริ่ม

ที่ การใช้ยา inhaled corticosteroids (ICS) ขนาดต่ำ ร่วมกับ long acting β_2 -agonists (LABA) เลยก็ได้ แล้วเมื่อสามารถควบคุมโรคหืดได้ก็ค่อยลดยาลงเหลือแต่ inhaled corticosteroids (ICS) ขนาดต่ำ

Symbicort Maintenance And Reliever Therapy (SMART)

จะเห็นได้ว่าการรักษาโรคหืดในปัจจุบัน จะต้องใช้ยาควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอ และใช้ยาบรรเทาอาการเวลาที่มีอาการหอบ ยาควบคุมโรคที่เป็นยาหลักได้แก่ ยาพ่นสเตียรอยด์ ในกรณีที่ยาพ่นสเตียรอยด์ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ก็จะใช้ยาควบคุมโรคตัวที่ 2 เพิ่มเข้าไป ยาควบคุมโรคที่จะใช้ร่วมกับยาพ่นสเตียรอยด์ มี 3 กลุ่มได้แก่ long acting β_2 -agonists (LABA), sustained release theophylline และ leukotriene modifiers ซึ่งยากลุ่มที่ใช้ร่วมกับยาพ่นสเตียรอยด์แล้วได้ผลดีที่สุดคือ ยากลุ่ม LABA ซึ่งนำมาสู่การผลิตยาที่นำ long acting β_2 -agonists และ inhaled corticosteroids มาบรรจุในหลอดเดียวกันเพื่อความสะดวกในการใช้ ได้แก่ fluticasone/salmeterol และ budesonide/formoterol

ทั้ง salmeterol และ formoterol เป็น LABA ซึ่งมีฤทธิ์ยาวนานกว่า 12 ชั่วโมง แต่ formoterol จะแตกต่างจาก salmeterol ที่ formoterol ออกฤทธิ์ได้เร็วพอ ๆ กับ short acting β_2 -agonist¹⁵ ดังนั้น ยาผสม budesonide/formoterol จึงสามารถใช้เป็นยารักษาที่ใช้ควบคุมโรค และเวลามีอาการก็สามารถใช้เพื่อบรรเทาอาการได้ด้วย¹⁶ (Symbicort Maintenance And Reliever Therapy = SMART) ซึ่งการใช้ยาหลอดเดียวในการรักษาโรคหืดน่าจะสะดวกสำหรับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และทำให้การรักษาโรคหืดลดความซับซ้อนลง

การรักษาโรคหืดที่เราคุ้นเคยคือ การที่ผู้ป่วยต้องใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิด คือยาพ่นสเตียรอยด์ หรือยาผสม ซึ่งต้องใช้ใช้อย่างสม่ำเสมอทุกวัน และผู้ป่วยต้องใช้ยาอีกชนิด คือ short-acting β_2 -agonist (SABA) เวลามีอาการ ดังนั้นการที่จะใช้ยาหลอดเดียวในการรักษาโรคหืดโดยใช้เป็นทั้งยาที่ใช้สม่ำเสมอและเวลาอาการก็ใช้ได้เพิ่ม เราจึงไม่คุ้นเคยและมีข้อสงสัยว่าจะใช้ได้จริงหรือเปล่า ข้อสงสัยที่สำคัญคือ LABA จะสามารถใช้แทน short acting β_2 -agonist ได้จริงหรือเปล่า

และสองคือ การที่ผู้ป่วยใช้ budesonide/formoterol เพิ่มขึ้นมาเวลาที่มีอาการจะทำให้ผู้ป่วยได้ยาพ่นสเตียรอยด์มากเกินไปหรือเปล่า

ข้อสงสัยที่ว่า LABA จะสามารถใช้แทน short acting β_2 -agonist ได้จริงหรือเปล่านั้น ได้มีการศึกษาพบว่าการใช้ formoterol เวลาที่มีอาการได้ผลดีพอ ๆ กับการใช้ terbutaline¹⁷ หรือ salbutamol และลดอาการกำเริบของโรคได้มากกว่าการใช้ salbutamol¹⁸ นอกจากนี้ การใช้ formoterol turbuhaler ในการรักษาผู้ป่วยหอบรุนแรงที่ห้องฉุกเฉินก็ได้ผลไม่ด้อยกว่าการใช้ salbutamol¹⁹ ซึ่งทำให้เรามีความมั่นใจได้ว่า formoterol สามารถใช้เป็นยาบรรเทาอาการได้

ส่วนข้อกังวลที่ว่าถ้าผู้ป่วยใช้ budesonide/formoterol เพิ่มขึ้นมาเวลาที่มีอาการจะทำให้ผู้ป่วยได้ยาพ่นสเตียรอยด์มากเกินไปนั้นได้มีการศึกษาหลาย ๆ การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้ budesonide/formoterol ในหลอดเดียวกันแบบ SMART กับการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เดี่ยว ๆ ในขนาดที่สูงกว่า 2-4 เท่า และใช้ยา short acting β_2 -agonist อีกหลอดเวลามีอาการ ผลพบว่าการใช้ budesonide/formoterol แบบ SMART สามารถลดอาการกำเริบของโรคได้มากกว่าการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เดี่ยว ๆ ผู้ป่วยได้รับยาพ่นสเตียรอยด์น้อยกว่า และได้รับยาพ่นสเตียรอยด์น้อยกว่า สิ่งที่น่าสนใจก็คือการใช้ budesonide/formoterol แบบ SMART สามารถลดอาการกำเริบของโรคได้มากกว่าการใช้ budesonide/formoterol ร่วมกับ short acting β_2 -agonist อีกด้วย²⁰

การศึกษาโดย Rabe และคณะ²¹ เปรียบเทียบการใช้ยา budesonide/formoterol และใช้ยา short acting β_2 -agonist อีกหลอดเวลามีอาการ ซึ่งถือว่าเป็นมาตรฐานที่พวกเราใช้กันอยู่ในปัจจุบัน เปรียบเทียบกับการใช้ budesonide/formoterol และใช้ยา LABA (formoterol) อีกหลอดเวลามีอาการ หรือการใช้ budesonide/formoterol และใช้ยา budesonide/formoterol เพิ่มเวลามีอาการ (SMART) พบว่าอัตราการกำเริบอย่างรุนแรงของโรคหืดมากที่สุดในกลุ่มที่ใช้ short acting β_2 -agonist เวลามีอาการ กลุ่มที่ใช้ budesonide/formoterol เพิ่มเวลามีอาการ (SMART) มีอัตราการกำเริบอย่างรุนแรงของโรคหืดน้อยที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการหอบการใช้แต่ยา short acting

β_2 -agonist อย่างเดียวไม่เพียงพอ ซึ่งนำไปสู่การกำเริบอย่างรุนแรงของโรค เพราะว่าแท้ที่จริงแล้วเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ หมายความว่า หลอดลมของผู้ป่วยมีการอักเสบมากซึ่งต้องการยาพ่นสเตียรอยด์ร่วมด้วย จึงจะทำให้อาการดีขึ้นได้และสามารถยับยั้งการเกิดการกำเริบอย่างรุนแรงของโรค

ดังนั้น การใช้ budesonide/formoterol แบบ SMART มีข้อดีคือ สามารถลดการกำเริบอย่างรุนแรงของโรคหืดโดยผู้ป่วยได้รับยาพ่นและยา吸入สเตียรอยด์ในขนาดที่ต่ำ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้ยาหลอดเดียวในการรักษาโรคก็จะลดความซับซ้อนของการรักษาโรคหืดได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ตามแพทย์สั่งได้มากขึ้น

ปัญหาของการรักษาโรคหืดในประเทศไทย

หลังจากมีการนำเอา GINA guideline มาใช้หลายปี ได้มีการสำรวจผลการรักษาโรคหืดในประเทศไทย¹ กลับพบว่า การควบคุมโรคหืดยังต่ำกว่ามาตรฐานที่ตั้งไว้เป็นอย่างมาก ผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้รับการรักษาตามที่แนวทางการรักษากำหนด โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทยที่ได้รับยาพ่นสเตียรอยด์มีเพียงร้อยละ 6.7 แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวของการพยายามนำเอา GINA guideline ไปใช้งาน

สาเหตุที่แพทย์ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาโรคหืดก็เพราะว่า แนวทางในการรักษาโรคหืดยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ยากต่อการปฏิบัติตาม เช่น การจำแนกความรุนแรงของโรคหืด และการให้ยารักษาตามระดับความรุนแรงของโรค แพทย์ไม่มีเวลามากพอในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด และยารักษาโรคหืดก็มีมากมายหลายขนาน และหลายขนาด ทำให้ผู้ป่วยสับสน

การแก้ปัญหาก็คือ จะต้องทำให้แนวทางการรักษาโรคหืดง่าย แม้กระทั่งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาล ชุมชนทั่วประเทศสามารถปฏิบัติได้ และจะต้องมีการจัดระบบที่ดีที่จะทำให้แพทย์ใช้เวลาอันน้อยลงในการดูแลผู้ป่วย โดยการเพิ่มบทบาทของพยาบาลและเภสัชกรในการร่วมดูแลผู้ป่วย จึงเป็นที่มาของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ (Easy Asthma Clinic) ตามโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจะทำให้การรักษาตาม guideline เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก การรักษาโรคหืดได้มีวิวัฒนาการเปลี่ยนไปจากในอดีตมาก แนวทางในการรักษาโรคหืดมิใช่แพร่หลายแต่มีไม่มีการนำไปใช้ การทำให้การรักษาโรคหืดง่าย ก็จะทำให้การรักษาตาม guideline เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Boonsawat W, Charoenphan P, Kiatboonsri S, et al. Survey of asthma control in Thailand. *Respirology* 2004; 9:373-8.
2. Shepherd GL, Hetzel MR, Clark TJH. Regular versus symptomatic aerosol bronchodilator treatment of asthma. *Br J Dis Chest* 1981; 75:215-7.
3. Holgate ST, Finnerty JP. Recent advances in understanding the pathogenesis of asthma and its clinical implications. *Quarterly Journal of Medicine* 1988; New Series 66:5-19.
4. Busse W, Elias J, Sheppard D, Banks-Schlegel S. Airway remodeling and repair. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160:1035-42.
5. Redington AE, Howarth PH. Airway wall remodelling in asthma. *Thorax* 1997; 52:310-2.
6. Greening AP, Ind PW, Northfield M, Shaw G. Added salmeterol versus higher-dose corticosteroid in asthma patients with symptoms on existing inhaled corticosteroid. *Allen & Hanburys Limited UK Study Group. Lancet* 1994; 344:219-24.
7. Woolcock AJ. The combined use of inhaled salmeterol and inhaled corticosteroids. *Eur Respir Rev* 1995; 5:142-5.
8. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO workshop report. Publication number 95-3659 vol, 1995.

9. แนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่. แพทยสภาสาร 2538; 24:17-29.
10. สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัย และรักษาโรคหืดในประเทศไทย (สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ ฉบับปรับปรุง). วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2541; 19:179-93.
11. Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO revised 2002. Vol. Publication number 02-3659, 2002:176.
12. Pauwels RA, Lofdahl CG, Postma DS, *et al.* Effect of inhaled formoterol and budesonide on exacerbations of asthma. Formoterol and Corticosteroids Establishing Therapy (FACET) International Study Group. N Engl J Med 1997; 337: 1405-11.
13. Liwsrisakun C, Pothirat C. Actual implementation of the Thai Asthma Guideline. J Med Assoc Thai 2005; 88:898-902.
14. Chipps BE, Spahn JD, Sorkness CA, *et al.* Variability in asthma severity in pediatric subjects with asthma previously receiving short-acting beta 2-agonists. J Pediatr 2006; 148:517-21.
15. Bartow RA, Brogden RN. Formoterol. An update of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in the management of asthma. Drugs 1998; 55:303-22.
16. Barnes PJ. Scientific rationale for using a single inhaler for asthma control. Eur Respir 2007; 29:587-95.
17. Ind PW, Villasante C, Shiner RJ, *et al.* Safety of formoterol by Turbuhaler as reliever medication compared with terbutaline in moderate asthma. Eur Respir J 2002; 20:859-66.
18. Pauwels RA, Sears MR, Campbell M, *et al.* Formoterol as relief medication in asthma: a world wide safety and effectiveness trial. Eur Respir J 2003; 22:787-94.
19. Boonsawat W, Charoenratanakul S, Pothirat C, *et al.* Formoterol (OXIS) Turbuhaler as a rescue therapy compared with salbutamol pMDI plus spacer in patients with acute severe asthma. Respir Med 2003; 97:1067-74.
20. O'Byrne PM, Bisgaard H, Godard PP, *et al.* Budesonide/formoterol combination therapy as both maintenance and reliever medication in asthma. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171:129-36.
21. Rabe KF, Atienza T, Magyar P, *et al.* Effect of budesonide in combination with formoterol for reliever therapy in asthma exacerbations: a randomised controlled, double-blind study. Lancet 2006; 368:744-53.

Abstract: Boonsawat W. SMART implementation: from asthma guidelines to clinical practice. *Thai J Tuberc Chest Dis Crit Care* 2009; 30: 25-31.

Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen.

The Global Initiative for Asthma (GINA) guidelines, which aim to improve asthma care, were produced in 1995 by the National Heart, Lung and Blood Institute and the World Health Organization. Several years after guideline dissemination, asthma control is still suboptimal indicating the failure of guideline implementation. The reasons for poor implementation are the complexity of the guideline, the shortage of time for doctors, the variety of asthma medications. To improve guideline implementation, we have to make guidelines as easy as possible as well as increase the role of nurse and pharmacist in asthma management.