

มุมมองของศัลยแพทย์กระดูกและข้อต่อปัจจัยที่มีผลต่อการจ่ายยาต้านกระดูกพรุน ในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุน

ปิยบุตร กิตติธรมวงษ์ พ.บ.^{*}, กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ พ.บ.^{**}

^{*} หน่วยจุกศัลยกรรมและรยางค์ส่วนบน กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์

^{**} โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร 10500

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

Abstract: Orthopedist's Perspective on Determinants of Anti-osteoporosis Medication Prescription in Osteoporotic Hip Fracture

Kittithamvongs P^{*}, Pongpirul K^{**}

^{*} Upper Extremity and Reconstructive Microsurgery Unit, Institute of Orthopaedics, Lerdsin General Hospital, Department of Orthopaedic Surgery, College of Medicine, Rangsit University, 190 Silom Road, Bangkok, Thailand 10500

^{**} Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, 1873 Rama IV Rd., Patumwan, Bangkok, Thailand 10330

(E-mail: doctorkrit@gmail.com)

(Received: April 19, 2019; Revised: May 27, 2019; Accepted: September 30, 2019)

Background: At present, there are many guidelines recommend that patients who presented with osteoporosis hip fracture should be treated with anti-osteoporosis medication. Unfortunately, many studies revealed low rate of anti-osteoporosis medication received in these patients. **Objectives:** To study the opinion of orthopedic surgeon on factors associated with prescription of anti-osteoporosis medication in patients who presented with osteoporosis hip fracture **Methods:** The questionnaire was sent via an e-mail to orthopedic surgeons. The participants were asked about the factor associated with anti-osteoporosis medication prescription in osteoporosis hip fracture. Result was show as descriptive and each factor was analyzed using goodness of fit analysis. **Results:** There were 174 participants in the study. Main reasons of not prescribe were cost of the treatment along with type of the health insurance scheme which cannot be reimbursed. Other reasons were age, gender, previous fragility fracture, and BMD result. **Conclusions:** We found some factors which may have an association with anti-osteoporosis medication prescription or not in osteoporosis hip fracture. This adding knowledge may have benefit in planning the strategy of the treatment in these patients.

Keywords: Opinion, Anti-osteoporosis medication, Fragility hip fracture, Type of reimbursement.

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ในปัจจุบัน มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยในหลายประเทศที่แนะนำให้ใช้ยาต้านกระดูกพรุน (anti-osteoporosis medications) ในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง (fragility hip fracture) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าอัตราการได้รับยาด้านกระดูกพรุนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงค่อนข้างต่ำ โดยมีสาเหตุที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศ **วัตถุประสงค์:** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของศัลยแพทย์กระดูกและข้อถึงปัจจัยในการจ่ายยาต้านกระดูกพรุนในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง **วิธีการ:** ใช้แบบสอบถามแก่ศัลยแพทย์กระดูกและข้อในประเทศไทยโดยส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลต่อการให้ยาด้านโรคกระดูกพรุนในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง และนำเสนอผลลัพธ์เป็นการพรรณนาและการทดสอบสารรูปลักษณ์ของแต่ละปัจจัย **ผล:** มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 174 คน พบว่าสาเหตุหลักของการที่ไม่ได้จ่ายยาด้านกระดูกพรุนแก่ผู้ป่วยคือราคาของยาที่สูง สิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่ไม่สามารถเบิกยาได้ และสาเหตุรองลงมาที่มีความเกี่ยวข้องคือ อายุเพศ ประวัติการมีกระดูกหักมาก่อน และผลการตรวจมวลกระดูกของผู้ป่วย **สรุป:** มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการจ่ายยาต้านโรคกระดูกพรุนในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้

อาจสามารถนำมาช่วยในการวางแผนกำหนดแนวทางการรักษาเพื่อเพิ่มโอกาสในการได้รับยาของผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: ความคิดเห็น ยาด้านกระดูกพรุน กระดูกสะโพกหัก สิทธิการรักษา

บทนำ

ในสังคมผู้สูงอายุปัจจุบัน โรคกระดูกพรุนเป็นโรคที่มีความสำคัญลำดับต้นๆ ของในหลายประเทศ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านผู้ป่วย สังคม และงบประมาณของประเทศชาติเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนเกิดภาวะกระดูกหักจากความเปราะบางของโรคกระดูกพรุน ซึ่งพบได้มากที่สุดที่กระดูกสะโพก กระดูกสันหลัง กระดูกแขนส่วนต้น และกระดูกข้อมือ โดยภาวะกระดูกสะโพกหักพบว่า มีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบางพบอัตราการเสียชีวิตที่เดือนแรกหลังเกิดเหตุถึง ร้อยละ 12-22¹ และสูงถึง ร้อยละ 14-58 ในช่วงปีแรก² และยังมีผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักซ้ำในอนาคตอีกด้วย โดยการศึกษาแบบการวิเคราะห์อภิมานพบว่าอัตราการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มกระดูกหักจากความเปราะบางจะพบมากขึ้นเป็นสองเท่าของคนปกติ และสูงถึง 3.2 เท่า ในกรณีที่เป็นกระดูกสะโพก³ และยังมีการศึกษาว่าภาวะกระดูกสะโพกหักในอดีตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลมากในการเกิดกระดูกสะโพกหักในอนาคต⁴

ซึ่งภาวะกระดูกสะโพกที่หักซ้ำมีความสำคัญคือ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจะสูงขึ้นมาก โดยมีการประมาณอัตราการเสียชีวิตในช่วงปีแรกของการหักครั้งแรกประมาณ ร้อยละ 15 เทียบกับการหักครั้งที่สองที่ร้อยละ 24⁵ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกสะโพกหักจึงมีความสำคัญมาก นอกเหนือจากการป้องกันโดยการให้ความรู้ เฝ้าระวังและนัดตรวจติดตามต่อเนื่อง การใส่ยาต้านกระดูกพรุนเป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีหลักฐานยืนยันว่าสามารถลดอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักได้ ทั้งในการหักครั้งแรก การป้องกันการหักซ้ำ และยังสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้อีกด้วย⁶⁻⁹ ดังนั้นในแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบางในหลายๆ ประเทศจึงมีการแนะนำให้ใส่ยาในกลุ่มนี้ร่วมด้วย โดยในประเทศไทย ทางมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย (TOPF) ได้มีคำแนะนำให้ใส่ยาต้านกระดูกพรุนในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง ในผู้ป่วยหญิงที่หมดประจำเดือนแล้วและในผู้ป่วยชายที่มีอายุมากกว่า 50 ปี¹⁰ อย่างไรก็ตามการศึกษาจากหลายๆ แห่งพบว่าอัตราการจ่ายยาต้านโรคกระดูกพรุนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงต่ำ¹¹⁻¹⁴ โดยในประเทศไทยมีรายงานถึงจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรงที่ได้รับยามีเพียงประมาณ ร้อยละ 2.3¹⁵ การทราบถึงสาเหตุที่แพทย์ผู้รักษาไม่ได้จ่ายยาต้านกระดูกพรุนในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้กลุ่มนี้จึงอาจมีความสำคัญที่จะนำมาแก้ไขปัญหานี้ได้ เพื่อลดอัตราการสูญเสียของทั้งผู้ป่วย สังคมและประเทศชาติ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของศัลยแพทย์กระดูกและข้อถึงปัจจัยในการจ่ายยาต้านโรคกระดูกพรุนในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey research) ด้วยแบบสอบถาม จัดทำในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนกันยายนปี 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ปี 2562 โดยส่งแบบสอบถามไปทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์แก่ศัลยแพทย์กระดูกและข้อในประเทศไทยจำนวน 330 คน โดยการสุ่มซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณจากจำนวนแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อในประเทศไทย (2,320 คน) โดยใช้สูตรการคำนวณแบบสัดส่วนในกรณีที่มีรู้จำนวนประชากรที่แน่นอน (Finite population proportion, proportion=0.5, error=0.05, alpha=0.05)

แบบสอบถามแบ่งเป็นสามส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (อายุ เพศ ประเภทของสถานที่ทำงานภาครัฐหรือเอกชน และภูมิภาคที่ทำงาน) โดยจะรายงานผลลัพธ์เป็นร้อยละของแต่ละปัจจัย ส่วนที่สองเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีผลต่อการจ่ายยาต้านโรคกระดูกพรุนของผู้ป่วย คือ เพศหญิง อายุที่มาก ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาสเตียรอยด์ ประวัติกระดูกสะโพกหักในอดีต ผลตรวจมวลกระดูกที่ต่ำ โดยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่งในสามข้อคือ 1) ปัจจัยนั้นๆ ทำให้มีโอกาสได้รับยาต้านโรคกระดูกพรุน

มากขึ้น 2) ปัจจัยนั้นๆ ทำให้มีโอกาสได้รับยาน้อยลง หรือ 3) ปัจจัยนั้นๆ ไม่มีผลต่อการได้รับยา ในส่วนที่สองหัวข้อสุดท้ายเป็นหัวข้อเกี่ยวกับสิทธิการรักษาของผู้ป่วย (แยกออกเป็น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ และจ่ายเงินด้วยตนเอง) โดยในหัวข้อนี้จะให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกว่าสิทธิการรักษาแบบใดมีโอกาสได้รับยาต้านกระดูกพรุนมากขึ้น โดยเลือกได้มากกว่าหนึ่งสิทธิ โดยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ทางผู้ศึกษานำมาจากการศึกษาที่เคยทำมาก่อน ในต่างประเทศว่ามีผลในการจ่ายยาต้านโรคกระดูกพรุนในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง ในส่วนที่สองมีการวิเคราะห์ผลการศึกษาจะทำโดยนำผลของปัจจัยเหล่านี้มาแสดงโดยการหาจำนวนร้อยละ และหาค่านัยสำคัญทางสถิติโดยใช้วิธีทดสอบภาวะสารรูปรุสนิทธิ (test of goodness of fit) ของแต่ละปัจจัย โดยกำหนดค่านัยสำคัญ (p-value) ที่น้อยกว่า 0.05

ส่วนที่สามเป็นคำถามที่ให้ผู้วิจัยตอบจากการปฏิบัติงานจริง ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ คือ 1) ท่านคิดว่าการให้ยารักษากระดูกพรุนในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นหน้าที่ของใคร (แพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์อายุรกรรม ต่อมน้ำนม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์นรีเวช และอื่นๆ โดยให้เลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ) 2) ในผู้ป่วยที่มาด้วยกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง ท่านได้จ่ายยารักษาโรคกระดูกพรุนมากน้อยเพียงใด (ให้เลือกตอบเป็น Likert scale คะแนน 1-10) และ 3) ในผู้ป่วยที่ทำการรักษากระดูกสะโพกหักแล้ว ในกรณีที่ท่านไม่ได้จ่ายยารักษากระดูกพรุน ข้อใดเป็นสาเหตุที่สำคัญ (คิดว่ายาในกลุ่มนี้เห็นผลไม่ชัดเจนหรือไม่ มีประโยชน์ กังวลถึงผลข้างเคียงของยา ยามีราคาแพง/เบิกไม่ได้ คิดว่าผู้ป่วย compliance ต่อการกินยาไม่ดี คิดว่าไม่มีหลักฐานชัดเจนว่ากระดูกพรุนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดกระดูกหัก ไม่ได้เป็นผู้รักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง คิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของแพทย์ออร์โธปิดิกส์ในการจ่ายยาชนิดนี้ และอื่นๆ โดยให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) โดยในส่วนนี้จะแสดงผลเป็นร้อยละ และในข้อที่บอกถึงความถี่ในการจ่ายยา (Likert scale) จะแสดงผลโดยค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์

แบบสอบถามนี้ได้ทำการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของข้อสอบกับจุดประสงค์ (The index of item objective congruence) โดยศัลยแพทย์กระดูกและข้อ 5 คนที่มีความชำนาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน โดยมีคะแนนมากกว่า 0.6 ในทุกคำถาม การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

WA

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 174 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 86 อายุของผู้ตอบแบบสอบถามเฉลี่ย 34 ปี ร้อยละ 91 ทำงานในโรงพยาบาลของภาครัฐ และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากอยู่ที่ภาคกลาง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ค่าเฉลี่ย; พิสัย)	34; 29-57
เพศ (ชาย)	150 (86)
สถานที่ทำงาน	
- โรงพยาบาลของรัฐ	158 (91)
- โรงพยาบาลภาคเอกชน	13 (8)

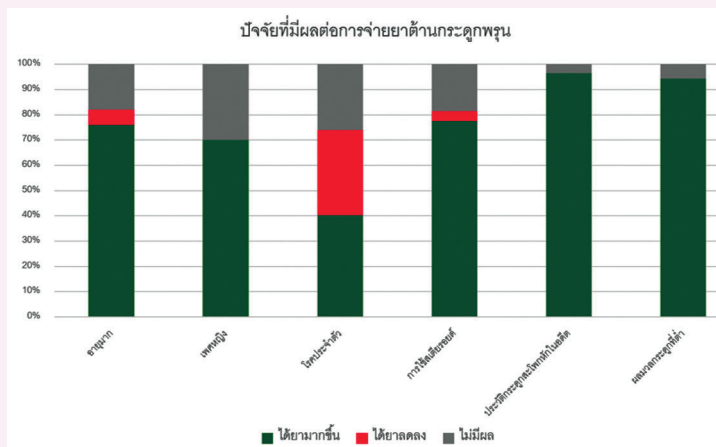
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ภูมิภาคที่ทำงาน	
- ภาคเหนือ	19 (11)
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	31 (18)
- ภาคตะวันออก	20 (11)
- ภาคตะวันตก	23 (2)
- ภาคกลาง	51 (29)
- ภาคใต้	19 (11)
- กรุงเทพมหานคร	30 (17)

ในส่วนที่สองของแบบสอบถามพบว่า อายุ เพศ การใช้จ่ายรายเดือน ประวัติกระดูกหักในอดีต ผลมวลกระดูกและสิทธิการรักษามีผลต่อการจ่ายยา ด้านกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการทดสอบภาวะสารรูปสถิติ (p-value < 0.01) โดยร้อยละ 76 เห็นว่าอายุที่มากขึ้นของผู้ป่วย จะทำให้มีโอกาสได้รับยามากขึ้น และร้อยละ 18 เห็นว่าอายุของผู้ป่วย ไม่มีผลต่อการจ่ายยา ในด้านเพศของผู้ป่วยพบว่าร้อยละ 70 เห็นว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีโอกาสได้รับยามากขึ้น และร้อยละ 30 เห็นว่าเพศ ไม่มีผลต่อการจ่ายยา ร้อยละ 78 เห็นว่าการใช้จ่ายรายเดือนทำให้มีโอกาสได้รับยามากขึ้น ในส่วนของประวัติกระดูกหักในอดีตและผลมวลกระดูก พบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจ่ายยาสูง โดยร้อยละ 97 เห็นว่าควรจ่ายยา

ในผู้ป่วยที่มีประวัติกระดูกหักในอดีต และร้อยละ 94 ในผู้ป่วยที่มีผลมวลกระดูกต่ำ (แผนภูมิที่ 1) ในด้านของประเภทของสิทธิการรักษา พบว่า มีความเห็นว่าคุณป่วยที่มีสิทธิการรักษาข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ทำให้มีโอกาสได้รับยาสูงที่สุดคือร้อยละ 81 (p-value < 0.01) ตามมาด้วย สิทธิจ่ายเงินด้วยตัวเองที่ร้อยละ 55 (p-value = 0.22) สิทธิประกันสังคมที่ร้อยละ 10 (p-value < 0.01) และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ร้อยละ 8 (p-value < 0.01) ส่วนปัจจัยเรื่องประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วยนั้น พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่ามีโอกาสได้รับยา ไม่ได้รับยาหรือไม่มีผล ในอัตราส่วนที่เท่าๆ กัน (ร้อยละ 40, 34 และ 26 ตามลำดับ, p-value = 0.067)

แผนภูมิที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการจ่ายยาด้านกระดูกพรุน



ส่วนที่สามของแบบสอบถาม พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า ศัลยแพทย์กระดูกและข้อควรจะเป็นผู้จ่ายยาให้กับผู้ป่วยถึงร้อยละ 99 แพทย์อายุรกรรมต่อมไร้ท่อร้อยละ 71 แพทย์นรีเวชร้อยละ 35 และ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร้อยละ 30 ส่วนความถี่ในการจ่ายยาของแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามจากคะแนน 1 (ไม่เคยให้เลย) ถึง 10 (ให้ทุกครั้ง) พบว่ามีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 7 คะแนน (พิสัยควอไทล์ = 5-8)

คำถามข้อสุดท้ายของแบบสอบถามเกี่ยวกับสาเหตุที่ไม่ได้จ่ายยา ด้านโรคกระดูกพรุนให้กับผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากการเปราะบาง พบว่าสาเหตุที่มากที่สุดคือ เรื่องของราคายาที่แพงและ/หรือเบิกคืนตามสิทธิการรักษาไม่ได้ที่ร้อยละ 79 สาเหตุอื่นๆ คือ กังวลในเรื่องของผลข้างเคียงจากยา (ร้อยละ 26), คิดว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตามการรักษาได้ไม่ดี (poor compliance, 12%), ไม่ได้เป็นผู้รักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง (ร้อยละ 11) ไม่มีหลักฐานว่ากระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน (ร้อยละ 6) และคิดว่า

ยาไม่มีประโยชน์ในการช่วยป้องกันกระดูกหักซ้ำ (ร้อยละ 1) โดยเรื่องของราคายาที่แพงและ/หรือเบิกคืนตามสิทธิการรักษาไม่ได้เป็นสาเหตุเดียวที่พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยกับสาเหตุนี้ที่ทำให้ไม่ได้จ่ายยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01)

วิจารณ์

ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประโยชน์ในการได้รับยา ด้านกระดูกพรุนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบาง แต่จากการศึกษาในประเทศต่างๆ พบว่าอัตราการจ่ายยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ก็ยังพบว่ายังคงต่ำ ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ทางผู้ศึกษาจึงจัดทำงานวิจัยนี้ขึ้นเพื่อทราบถึงสาเหตุในการไม่ได้จ่ายยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผลจากงานศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายยาต้านกระดูกพรุนมากที่สุดคือประวัติการเกิดกระดูกหักจากความเปราะบางในอดีต และผลการตรวจมวลกระดูกที่ต่ำ ซึ่งไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของต่างประเทศ¹⁶ เนื่องจากประวัติการเกิดกระดูกหักจากความเปราะบางนั้นเป็นที่ทราบกันดีว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดกระดูกหักซ้ำและส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือแม้กระทั่งเสียชีวิต ดังนั้นแพทย์ส่วนมากจึงมีความเห็นไปในทางเดียวกันว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติกระดูกหักจากความเปราะบางในอดีตควรอย่างยิ่งที่จะได้รับยาต้านกระดูกพรุนเป็นหนึ่งในการรักษาด้วย ส่วนในด้านผลการตรวจมวลกระดูก แม้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่จะมีความเห็นว่าในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบางนั้น ผลมวลกระดูกที่ลดลงจะมีผลให้จ่ายยาให้ผู้ป่วยมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามหากพิจารณาจากข้อบ่งชี้ในการจ่ายยาต้านกระดูกพรุนของมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทยแล้ว ผู้ป่วยที่เกิดกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง โดยที่เป็นผู้ป่วยหญิงที่หมดประจำเดือนแล้วและในผู้ป่วยชายที่มีอายุมากกว่า 50 ปีนั้น เป็นข้อบ่งชี้ในการจ่ายยาต้านกระดูกพรุนอยู่แล้ว ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องใช้ผลการตรวจมวลกระดูกมาร่วมพิจารณาเป็นข้อบ่งชี้ในการจ่ายยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบางโรงพยาบาลที่ไม่สามารถตรวจผลมวลกระดูกได้ อาจพิจารณาให้ยาแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยไม่ต้องใช้ผลตรวจมวลกระดูกร่วมด้วย

อายุและเพศของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยที่แพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่า มีผลในการจ่ายยาต้านกระดูกพรุน โดยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าผู้ป่วยเพศหญิงและอายุที่มากขึ้นจะมีผลต่อการได้รับยาที่มากขึ้น เนื่องจาก

แต่เดิมโรคกระดูกพรุนเป็นโรคที่มักจะได้รับวินิจฉัยและรักษาในกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มีอายุมาก อย่างไรก็ตามในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าโรคกระดูกพรุนก็สามารถพบได้มากในเพศชายเช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้ป่วยชายที่อายุเข้าเกณฑ์การได้รับยาจึงควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านกระดูกพรุนเช่นเดียวกัน

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าสิทธิการรักษาและปัจจัยด้านราคาของยาก็คือปัจจัยที่สำคัญที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเห็นว่า มีผลต่อการจ่ายหรือไม่จ่ายยาต้านกระดูกพรุนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยในปัจจุบันสิทธิหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยสามารถแบ่งได้สามประเภทหลักๆ คือ สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิบัตรทอง โดยแต่ละสิทธิการรักษาจะมีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านสิทธิประโยชน์ ยาที่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายคืนได้ต่างกันออกไป (ตารางที่ 2) โดยในปัจจุบันยาต้านกระดูกพรุนยังไม่ได้ถูกบรรจุเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากการศึกษาเรื่องความคุ้มค่าพบว่าการให้ยาในกลุ่มนี้มีความคุ้มค่าในมุมมองทางสังคม แต่ยังมีราคาที่ยังค่อนข้างสูง ทำให้ยังไม่เหมาะสมที่จะบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงทำให้ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาประกันสังคมและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่สามารถใช้ยากลับคืนได้ โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้จำเป็นต้องชำระเงินค่ายาด้วยตัวเอง แต่ในสิทธิข้าราชการ ยาต้านกระดูกพรุนรวมถึงการตรวจมวลกระดูกสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ ทำให้มีโอกาสดำเนินการได้มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของงานวิจัยนี้ได้ผลว่า ผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาข้าราชการเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้มีโอกาสได้รับยามากขึ้นถึง ร้อยละ 81

ตารางที่ 2 ข้อแตกต่างของสิทธิประกันสุขภาพ 3 ระบบหลัก

	สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สิทธิประกันสังคม	สิทธิข้าราชการ
จำนวนประชากร (ปี 2560)	51,126,352 คน	11,620,009 คน	4,782,032 คน
กลุ่มบุคคลเป้าหมาย	ประชาชนทั่วไป	พนักงานภาคเอกชน	ข้าราชการและครอบครัว
หน่วยงานที่ดูแล	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงแรงงาน	กรมบัญชีกลาง
ภาระเบี้ยประกัน	ไม่มี	ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบ	ไม่มี
การเบิกจ่ายเงิน	เหมาจ่ายรายหัว	เหมาจ่ายรายหัว	เบิกจ่ายตามจริง
การเข้าถึงสถานพยาบาล	จำกัดในที่ตั้งลงทะเบียนไว้	จำกัดในที่ตั้งลงทะเบียนไว้	สถานพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ
การตรวจสุขภาพ เช่นการตรวจมวลกระดูก	ไม่สามารถเบิกคืนได้	ไม่สามารถเบิกคืนได้	สามารถเบิกคืนได้หากมีข้อบ่งชี้
การจ่ายยาบางชนิดนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่นยาต้านกระดูกพรุน	ไม่สามารถเบิกคืนได้	ไม่สามารถเบิกคืนได้	สามารถเบิกคืนได้หากมีข้อบ่งชี้

ปัจจัยด้านราคาของยาก็คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายยาต้านกระดูกพรุน ซึ่งผลจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการที่ยามีราคาแพงและ/หรือเบิกไม่ได้มีส่วนอย่างมากในการทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาถึง ร้อยละ 79 ซึ่งมากกว่าสาเหตุที่รองลงมาค่อนข้างมาก (กังวลถึงผลข้างเคียงของยา, ร้อยละ 26) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ¹⁷⁻¹⁸ ซึ่งปัจจุบันในประเทศไทยยังถือว่ายาในกลุ่มนี้มีราคาที่ยังค่อนข้างสูง โดยจากการศึกษาการประเมินความคุ้มค่าโดยมีการทำการวิเคราะห์ความไวของราคาขายในประเทศไทยพบว่า ยาต้านกระดูกพรุน alendronate และ zoledronic acid ซึ่งเป็นยาต้านกระดูกพรุนที่ใช้ง่าย ควรลดราคาขายลงร้อยละ 60 และ ร้อยละ 70 ตามลำดับ จึงจะเกิดความคุ้มค่า¹⁹

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการทำการศึกษาเฉพาะในคลินิกแพทย์กระดูกและข้อเท่านั้น ซึ่งในบางสถาบัน หน้าที่ของผู้จ่ายยาต้านโรคกระดูกพรุน

อาจเป็นของแพทย์ในแผนกอื่น ซึ่งอาจทำให้ผลตอบรับอาจไม่ตรงกับความเห็นจริง และจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่จำนวนไม่มาก ส่วนข้อดีของการศึกษานี้คือการสอบถามข้อคิดเห็นและแนวคิดต่างๆ ของผู้ที่ปฏิบัติงานจริง ซึ่งทำให้ผลที่ได้สามารถนำมาปรับใช้เชิงนโยบาย เพื่อปรับปรุงการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

สรุป

ในปัจจุบัน อัตราการจ่ายยาต้านกระดูกพรุนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากความเปราะบางยังคงอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ การทราบถึงสาเหตุที่ทำให้อัตราการจ่ายยาต่ำอาจสามารถนำมาใช้ในการประเมินปัญหาและพัฒนาไปสู่การแก้ไขต่อไปในอนาคตได้

References

1. Brauer CA. Incidence and Mortality of Hip Fractures in the United States. *Jama* 2009; 302:1573.
2. Schnell S, Friedman SM, Mendelson DA, Bingham KW, Kates SL. The 1-Year Mortality of Patients Treated in a Hip Fracture Program for Elders. *Geriatr Orthop Surg Rehabil* 2010; 1:6–14.
3. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, Abbott TA, Berger M. Patients with Prior Fractures Have an Increased Risk of Future Fractures: A Summary of the Literature and Statistical Synthesis. *J Bone Miner Res* 2010; 15:721–39.
4. Chapurlat RD, Bauer DC, Nevitt M, Stone K, Cummings SR. Incidence and risk factors for a second hip fracture in elderly women. the Study of Osteoporotic Fractures. *Osteoporos Int* 2003; 14:130–6.
5. Berry SD, Samelson EJ, Hannan MT, Mclean RR, Lu M, Cupples LA, et al. Second Hip Fracture in Older Men and Women. *Arch Intern Med* 2008; 167:1971–6.
6. Pieper CF, Mautalen C, Hyldstrup L, Sc DM, Recknor C, Nordsletten L, et al. *new england journal* 2007; 1799–809.
7. Donggrel SA. New horizons for zoledronic acid: Results of the HORIZON trials in postmenopausal women with osteoporosis and after hip fracture. *Expert Opin Pharmacother* 2008; 9:663–8.
8. Beaupre LA, Morrish DW, Hanley DA, Maksymowych WP, Bell NR, Juby AG, et al. Oral bisphosphonates are associated with reduced mortality after hip fracture. *Osteoporos Int* 2011; 22:983–91.
9. Morin S, Rahme E, Behloul H, Tenenhouse A, Goltzman D, Pilote L. Effectiveness of antiresorptive agents in the prevention of recurrent hip fractures. *Osteoporos Int* 2007; 18:1625–32.
10. Songpatanasilp T, Sritara C, Kittisomprayoonkul W, Chaiumnuay S, Nimitphong H, Charatcharoenwitthaya N, et al. Thai Osteoporosis Foundation (TOPF) position statements on management of osteoporosis. *Osteoporos Sarcopenia* 2016; 2:191–207.
11. Aguado-maestro I, Panteli M, García-alonso M, Bañuelos-díaz A, Giannoudis P V. Incidence of bone protection and associated fragility injuries in patients with proximal femur fractures. *Injury* [Internet]. 2017; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.08.035>
12. Jennings LA, Auerbach AD, Maselli J, Pekow S, Lindenauer PK, Lee SJ. Missed Opportunities for Osteoporosis Treatment in Patients Hospitalized for Hip Fracture. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58:650–7.
13. Klop C, Gibson-Smith D, Elders PJM, Welsing PMJ, Leufkens HGM, Harvey NC, et al. Anti-osteoporosis drug prescribing after hip fracture in the UK: 2000–2010. *Osteoporos Int* 2015; 26:1919–28.
14. Solomon DH, Johnston SS BN et al. Osteoporosis Medication Use After Hip Fracture in U.S. Patients Between 2002 and 2011. *J Bone Miner Res* 2014; 29:1929–37.
15. Rojanasthien S, Chiewchantanakit S, Vaseenon T. Diagnosis and treatment of osteoporosis following hip fracture in Chiang Mai University Hospital. *J Med Assoc Thail* 2005; 88 Suppl 5:S65-71.
16. Eisenberg DF. Physicians' perspectives on the treatment of osteoporosis patients with bisphosphonates. 2020; 1–8.
17. Ha Y, Lee Y, Lim Y, Jang S, Shin CS, Lee Y. Physicians' Attitudes to Contemporary Issues on Osteoporosis Management in Korea 2014; 143–50.
18. Simonelli C, Killeen K, Mehle S, Swanson L. Barriers to osteoporosis identification and treatment among primary care physicians and orthopedic surgeons. *Mayo Clin Proc* 2002; 77:334–8.
19. Kingkaew P, Pongchaikul C, Sompitak S, Bussabawalai T, Teerawattananon Y. Cost-utility analysis of treatment for prevention of osteoporotic fractures. HITAP; 2011.