

การดื้อยาของจุลชีพและการใช้ยาอย่างมีเหตุผล Antimicrobial Resistance and RDU

สุนัย จันทรฉาย พ.บ.,

Sunai Janchai M.D.,

ยุคของยาต้านจุลชีพเริ่มตั้งแต่การนำเพนิซิลลิน (Penicillins) มาใช้ในปี 1940 จากนั้นมียาต้านจุลชีพอีกหลายชนิด และมีการใช้ยาที่มากขึ้นมาโดยตลอด ในทศวรรษแรกหลังปี 2000 มีการเพิ่มการใช้ยาต้านจุลชีพจาก 50 เป็น 70 ล้านหน่วย ทั้งในด้านสาธารณสุข ด้านเกษตรกรรมและปศุสัตว์ การดื้อยาเป็นกระบวนการธรรมชาติที่ต้องเกิดขึ้น จะมากน้อยเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับความระมัดระวังและปริมาณในการใช้ยา จนมาถึงสถานการณ์ปัจจุบันที่เราได้รับทราบว่าเป็นภาวะวิกฤติที่กำลังคุกคามโลก มีเชื้อที่ดื้อยาทุกชนิดหรือแทบทุกชนิด (multidrug resistance, extensively drug resistance, and pandrug resistance) ได้คร่าชีวิตผู้คนมากมาย ในประเทศสหรัฐอเมริกา รวมทั้งทวีปยุโรปเกือบ 50,000 คนต่อปี ตายจากเชื้อดื้อยา^{1,2} ด้วยค่าใช้จ่ายมหาศาล ในปี 2014 มีการประมาณการผลกระทบไว้ว่ามีคนตายจากเชื้อดื้อยา 700,000 คนต่อปี ถ้าไม่แก้ไขในปี 2050 จะมีคนเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา 10 ล้านคน มากกว่าการตายจากมะเร็งและเบาหวานรวมกัน และ 4.7 ล้านคนอยู่ในทวีปเอเชีย³ (การทบทวนสนับสนุนโดยรัฐบาลอังกฤษ) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์เชื้อดื้อยาได้รับการสื่อสารให้ทุกคนตระหนักว่าเป็นภัยคุกคามที่สำคัญ จากการวิจัยของโครงการ Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit (MORU) เมื่อปี 2010 รายงานว่ามีคนไทยตายจากเชื้อดื้อยา 191,22 คน⁴ ข้อมูลในการสัมมนาระดับชาติเมื่อเดือนพฤษภาคม 2012 พบว่าคนไทยตายจากเชื้อดื้อยา 30,000 คน นอนโรงพยาบาล 3.2 ล้านวัน เสียค่าใช้จ่าย 40,000 ล้านบาท⁵

ปัญหาเกิดจากการใช้ยาที่ฟร่าเพริเอ (overuse & misuse) ผู้เกี่ยวข้องคือ ผู้ป่วย: พฤติกรรมการใช้ยาที่ผิดฝาผิดตัว (deep misconceptions) ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น เช่น ไข้หวัด ร้อยละ 25 - 36⁶ ตรงกันข้ามในภาวะการติดเชื้อจริง ร้อยละ 32.7 กลับรักษาตัวเองโดยไม่พบแพทย์⁷ กินยาไม่ครบเมื่ออาการดีขึ้นแล้วหยุดยา เก็บยาที่เหลือไว้ใช้ต่อ ร้อยละ 11.4⁸ การศึกษาที่กล่าวมานี้ส่วนใหญ่ทำในประเทศแถบยุโรป แต่พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ค่อยต่างจากคนไทย แพทย์: การวินิจฉัยโรคผิด การสั่งยาผิดขนาดและเวลา ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจทั้งที่ปราศจากข้อบ่งชี้ พบได้ร้อยละ 54⁶ การรักษาแบบกวาดเชื้อ (overkill, batch of broad spectrum antibiotics) ปัญหาของประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ: ระบบบริหารจัดการยาที่ไม่ได้ถูกควบคุม ระบบการควบคุมป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจาย มาตรฐานการใช้ยา (antibiotics stewardship) ที่พบน้อย เช่น การให้ surgical prophylaxis แล้วยังมีการให้ยาหลังผ่าตัดต่อจนครบ 7 วัน

การใช้ยาในด้านเกษตรกรรม เพื่อเร่งผลผลิตให้พอกับความต้องการเนื้อสัตว์ ในปี 2010 ทั่วโลกมีการใช้ยาต้านจุลชีพ 63,200 ตัน คาดว่าในปี 2030 จะมีการใช้ยาถึง 105,600 ตัน ร้อยละ 80 ของยาปฏิชีวนะในประเทศสหรัฐอเมริกาถูกใช้ในการเกษตร⁹ ประเทศอันดับต้นๆ ที่ใช้ยาปฏิชีวนะในด้านเกษตรกรรม ได้แก่ จีน สหรัฐอเมริกา บราซิล เยอรมนี ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดเชื้อดื้อยาและแพร่กระจายในสิ่งแวดล้อม ในทวีปยุโรปห้ามการใช้ยาปฏิชีวนะในข้อบ่งชี้เพื่อเร่งการเจริญเติบโตของสัตว์ เพื่อลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็นลง

แรงจูงใจของบริษัทยาในการวิจัยและพัฒนา ยาปฏิชีวนะใหม่ค่อนข้างต่ำ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มียาใหม่ออกมาน้อยมาก ด้วยเหตุผลว่ายาปฏิชีวนะเป็นยาที่มีผลตอบแทนทางการตลาดไม่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับยาที่ใช้ในโรคเรื้อรังอื่นๆ มีระยะการส่งจ่ายสั้น ประเมินการดูยายาก มีมาตรการควบคุมการใช้ ราคาแพงขายในประเทศยากจนไม่ได้ ในประเด็นนี้ องค์การสากลและรัฐบาลของประเทศอุตสาหกรรมยา ได้หาแนวทางเพื่อส่งเสริมให้บริษัทสามารถวิจัยยาและวิธีใหม่ๆ ในการต่อสู้กับโรคติดเชื้อ เช่น การให้ทุนสนับสนุนการวิจัยมากขึ้น ชื่อลิขสิทธิ์มาบริหารจัดการ หรือจ่ายเป็น value based ให้ผู้พัฒนายา

มาตรการควบคุมการใช้ยาให้ถูกต้องอย่างมีเหตุผล (antibiotic stewardship program) เป็นสิ่งที่พิสูจน์แล้วว่าเกิดผลดีทั้งในด้านการรักษา ความคุ้มค่า และลดเชื้อดื้อยา ต้องใช้ ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร และทีมงานในการสื่อสาร การขับเคลื่อนนโยบาย และมาตรการ ในรูปแบบกระบวนการทั่วไป เช่น การให้หยุดยาโดยอัตโนมัติใน 48 ชั่วโมง เพื่อทบทวนชนิดและขนาดของยาให้ถูกต้องกับเชื้อก่อโรค การจำกัดการใช้ยาตามคุณลักษณะของยา การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ รูปแบบตามเภสัชวิทยา เพื่อทบทวนให้ได้ขนาดและการบริหารที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และรูปแบบตามการติดเชื้อเฉพาะที่สำคัญ ตามระบบการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ ส่วนอื่นๆ คือการเฝ้าติดตามตัวชี้วัดผลลัพธ์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมงานและผู้เกี่ยวข้อง

WHO และองค์กรสากลในด้านสาธารณสุขอื่นๆ ให้ความสำคัญเรื่องการใช้ยาอย่างมีเหตุผลมานานกว่าทศวรรษ ในปี 2017 นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับ RDU เป็น service plan เพื่อขับเคลื่อนการบริหารจัดการและการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ และจริยธรรมตามหลักการของ “PLEASE” เป้าหมายส่วนหนึ่งคือการใช้ยาด้านจุลชีพอ่างถูกต้อง ลดการดื้อยา ซึ่งต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่าย หลายวิชาชีพ ทั้งภาคเอกชนและรัฐ ในสถานพยาบาลและชุมชน โดยสิ่งสำคัญ

อีกสิ่ง คือ การมุ่งมั่นในการสร้างความตระหนักและความรู้ให้ประชาชนในเรื่องนี้ เพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2013. [Online] 2014 July [cited 2017 April 12]. Available from: URL: <https://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/>
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Annual epidemiological report 2011 (2009 data). [Online] 2011 Nov [cited 2017 April 12]. Available from: URL: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/annual-epidemiological-report-2011-2009-data>
3. The Review on Antimicrobial Resistance, chaired by Jim O'Neill. Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations. [Online] 2014 Dec [cited 2017 April 12]. Available from: URL: http://www.jpiamr.eu/wp-content/uploads/2014/12/AMR-Review-Paper-Tackling-a-crisis-for-the-health-and-wealth-of-nations_1-2.pdf
4. Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit (MORU). Multidrug-resistant bacterial infections increasing in Thailand and likely elsewhere in Asia. [Online] 2016 [cited 2017 April 12]. Available from: URL: <http://www.tropmedres.ac/multidrug-resistant-bacterial-infections-increasing-in-thailand-and-likely-elsewhere-in-asia>

5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สถานการณ์ – ผลกระทบ – มาตรการจัดการปัญหา. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาระดับชาติ เรื่อง เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ : ภาวะวิกฤติต่อสุขภาพคนไทย ; 28 – 29 พฤษภาคม 2555; ณ โรงแรมสยามซิตี้. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.
6. Francois Watkins LK, Sanchez GV, Albert AP, et al. Knowledge and Attitudes Regarding Antibiotic Use Among Adult Consumers, Adult Hispanic Consumers, and Health Care Providers--United States, 2012-2013. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2015;64(28):767-70.
7. Napolitano F, Izzo MT, Di Giuseppe G., et al. Public knowledge, attitudes, and experience regarding the use of antibiotics in Italy. PLoS One 2013;8(12):e84177.
8. McNulty CA, Boyle P, Nichols T, et al. Antimicrobial drugs in the home, United Kingdom. Emerg Infect Dis 2006;12(10):1523-6.
9. Gelband H, Miller-Petrie M, Pant S, et al. The state of the world's antibiotics 2015. Washington, DC: Center for Disease Dynamics, Economics & Policy; 2015.