

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินการใช้ยา Gastroprotective Drugs ในโรงพยาบาลนครชัยศรี ปี 2551

Drug Use Evaluation of Gastroprotective Drugs in Nakhonchaisri Hospital in 2008

รัตนาวดี จุละยานนท์ ภ.บ.,

ภ.ม. (คุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข)

ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน

โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

Rattanavadee Julayanont

M.Sc in Pharm (Consumer Protection in health)

Pharmacy Division

Nakhonchaisri Hospital, Nakhonpathom Province

บทคัดย่อ

การศึกษาเพื่อประเมินการใช้ Gastroprotective agents ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซโคลอ็อกซีจีเนสยับยั้ง (NSAIDs) งานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครชัยศรี ช่วงวันที่ 1 - 31 มกราคม 2551 จากกลุ่มตัวอย่าง 426 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.6) กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 65 ปี จำนวน 253 คน (ร้อยละ 59.4) ได้รับยา Diclofenac 232 คน (ร้อยละ 54.46) รองลงมาคือ Aspirin 138 คน (ร้อยละ 32.40) และยาที่ได้รับเป็น NSAIDs มากกว่า 1 รายการ เป็นยา Aspirin และ Diclofenac 39 คน (ร้อยละ 9.15) รองลงมาคือยา Aspirin และ Piroxicam 5 คน (ร้อยละ 1.17)

การประเมินการใช้ยา โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดแผลในทางเดินอาหาร 5 ปัจจัย พบว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหาร 327 คน (ร้อยละ 76.76) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยา NSAIDs อย่างต่อเนื่องจำนวน 194 คน (ร้อยละ 59.33) รองลงมาคือผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป 173 คน (ร้อยละ 52.91) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารแต่มีการใช้ Gastroprotective agents มีจำนวน 99 คน (ร้อยละ 23.24)

ยาที่แพทย์สั่งใช้เพื่อป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารคือ Omeprazole, Cimetidine และ Ranitidine คิดเป็นร้อยละ 83.79, 10.40 และ 5.81 ตามลำดับ โดยขนาดยาของ Omeprazole เพื่อป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารเป็นขนาดยาที่เหมาะสม (20 mg/day) สำหรับยาในกลุ่ม H₂ blocker นั้นเป็นขนาดยาที่ไม่เหมาะสม มีความเป็นไปได้ว่าแพทย์อาจจะใช้ยาในกลุ่ม H₂ blocker เป็น Antiallergic agents มากกว่าเป็น Gastroprotective agents

การประเมินการใช้ยาจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดความเสี่ยงจากการที่ผู้ป่วยกินความจำเริญและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของภาครัฐ

คำสำคัญ หรือคำหลัก : Gastroprotective drugs, Gastroprotective agents

ABSTRACT

Non-steroidal anti-inflammatory drugs (aka NSAIDs) are, as per their excellent efficacy acceptable as the painkiller for various symptoms such as muscles and dysmenorrhea etc., widely exploited against inflammation, pain or fever. Yet, they are commonly found to set off various side effects on gastrointestinal system resulting in nausea, vomiting stomachache and gastrointestinal ulcers. So as to prevent or alleviate these side effects especially gastrointestinal ulcers, gastroprotective agents, where of the mechanism of action is to block gastric acid secretion or filming gastrointestinal tract, are currently prescribed along with NSAIDs.

Hence, a retrospective study on the properness of the use of the gastroprotective agents including Omeprazole, Cimetidine and Ranitidine prescribed along with NSAIDs to the outpatients of Nakhonchaisri Hospital during 1-31 January, 2008 were pulled off whereby 426 patient profiles of the purposively sampled subjects were reviewed.

Out of the 426 sampled patients, it was found that 63.6% were female, 59.4% or 253 patients were under 65 years of age. Additionally, Diclofenac was prescribed to 232 patients or 54.46% whereas Aspirin was prescribed to 138 patients or 32.40%. The prescriptions of the combination of Aspirin and Diclofenac were handed out to 39 patients or 9.15% whereas the prescriptions of the combination of Aspirin and Piroxicam were handed out to 5 patients or 1.17%.

Based on the five risk factors inducing gastrointestinal ulcers, 327 patients (76.76%) were found to be at risk of having gastrointestinal ulcers therein 194 patients (59.33%) persistently received NSAIDs and 173 patients aged over 65 years. It was also found that, 99 patients (23.24%) received gastroprotective agents despite the fact that they were at no risk of having ulcers.

Of all the three gastroprotective agents, the prescriptions of Omeprazole, Cimetidine and Ranitidine were 83.79%, 10.40% and 5.81% respectively. Omeprazole were properly prescribed at 20 mg/day whereas the other two H_2 blockers were prescribed at the improper doses. Somehow, these two H_2 blockers were seemingly prescribed as the antiallergic agents rather the gastroprotective agents.

The evaluation of drug use will help promote the effectiveness and quality of patient care, reduce risk from unnecessary use of drug and public expenditure on healthcare.

Keywords : Gastroprotective drugs, Gastroprotective agents

บทนำ

ยาต้านการอักเสบที่มีไซโคลออยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs) เป็นยาที่นิยมใช้กันมากในการลดการอักเสบ แก่ปวดหรือลดไข้ ยาดังกล่าวเป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีในการรักษาอาการปวดของระบบข้อ

และกล้ามเนื้อ อาการปวดประจำเดือน เป็นต้น แต่ยาอาจมีผลเสียที่เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลเสียต่อระบบทางเดินอาหาร ซึ่งอาจจะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องหรือแผลในทางเดินอาหารได้ ปัจจุบันจะมีการให้ยาโรคกระเพาะอาหารร่วมกับยาต้านการอักเสบที่มีไซโคลออยด์

เพื่อเป็น Gastroprotective agents โดยยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งกรดหรือปกป้องทางเดินอาหาร ซึ่งจะส่งผลในการป้องกันและรักษาแผลในทางเดินอาหาร

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนมากมาย แต่ในทางปฏิบัติการใช้ยาของแพทย์มีหลากหลาย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ เอกสารอ้างอิงหรือหลักวิชาการต่าง ๆ ที่แพทย์แต่ละท่านใช้ในการอ้างอิง

วิธีการศึกษา

ศึกษาความเหมาะสมของการใช้ Gastroprotective agents ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสตีรอยด์ที่งานบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครชัยศรี รูปแบบเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังโดยทบทวนการใช้ยาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีการใช้ยาต้านการอักเสบที่มีไซสตีรอยด์ ในการรักษา ร่วมกับ Gastroprotective agents ในช่วงระหว่างวันที่ 1 - 31 มกราคม 2551

ขอบเขตการศึกษา

ยาต้านการอักเสบที่มีไซสตีรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs) หมายถึง ยาที่อยู่ในกลุ่ม NSAIDs ในทุกรูปแบบ (dosage form) และอยู่ในบัญชียาหลักของโรงพยาบาลนครชัยศรี ซึ่งมีทั้งหมด 6 ชนิดคือ Aspirin, Ibuprofen, Diclofenac, Mefenamic acid, Piroxicam และ Indomethacin

Gastroprotective agents หมายถึง ยาที่มีผลในการป้องกันและรักษาแผลในทางเดินอาหารและอยู่ในบัญชียาหลักของโรงพยาบาลนครชัยศรี ซึ่งมีทั้งหมด 3 ชนิดคือ Omeprazole, Ranitidine, Cimetidine

ความเหมาะสมของการใช้ Gastroprotective agents ในผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหาร โดยพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยง 5 ด้าน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

1. ด้านอายุ พบว่าผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป^{1,2} มี

ความเสี่ยงในการเกิดแผลที่กระเพาะอาหารและลำไส้จากการใช้ยา NSAIDs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การมีประวัติเป็นแผลในทางเดินอาหาร พบว่าผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงในการกลับมาเป็นแผลในทางเดินอาหารและเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Peptic ulcer ได้มากกว่า³

3. การได้รับยา corticosteroid ร่วมกับ NSAIDs เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารมากขึ้น^{4,5}

4. การได้รับยา NSAIDs มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป จะเพิ่มผลข้างเคียงโดยความเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารมากขึ้น 2 เท่า⁶

5. การได้รับยา NSAIDs อย่างต่อเนื่อง จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดแผล เริ่มตั้งแต่สัปดาห์แรกของการใช้ NSAIDs และเพิ่มมากขึ้นใน 3 เดือนแรกของการใช้ยา⁷

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ค้นหาแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสตีรอยด์รวมกับการใช้ Gastroprotective agents จากระบบคอมพิวเตอร์ ทำการประเมินการใช้ยาตามเกณฑ์การใช้ Gastroprotective agents ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสตีรอยด์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS program) ช่วยในการคำนวณค่าทางสถิติ ซึ่งประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยคำร้อยละ

2. ผลการศึกษาการใช้ Gastroprotective agents โดยเปรียบเทียบความเหมาะสมและความไม่เหมาะสมในการใช้ยา ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยคำร้อยละ

3. ผลการศึกษขนาดยาของ Gastroprotective agents

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ แบ่งเป็น

1.1 ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาค้างนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 426 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 271 คน (ร้อยละ 63.6) เป็นเพศชาย 155 คน (ร้อยละ 36.4) มีอายุเฉลี่ย 56.83 ปี ในจำนวนนี้อายุน้อยกว่า 65 ปี จำนวน 253 คน (ร้อยละ 59.4) และอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมี 173 คน (ร้อยละ 40.6) รายละเอียดในตารางที่ 1

1.2 ยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ที่ผู้ป่วยได้รับ

กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์หลายชนิด พบว่าผู้ป่วยได้รับยา Diclofenac มากที่สุดถึง 232 คน (ร้อยละ 54.46) รองลงมาคือ Aspirin 138 คน (ร้อยละ 32.40) Ibuprofen 69 คน (ร้อยละ 16.20) และเมื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับร่วมกันตั้งแต่ 2 รายการขึ้นไปพบว่าผู้ป่วยได้รับยา Aspirin ร่วมกับ Diclofenac มากที่สุดถึง 39 คน (ร้อยละ 9.15) รองลงมาคือยา Aspirin ร่วมกับ Piroxicam จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.17) รายละเอียดในตารางที่ 2 และ 3

1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหาร เมื่อทำการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหาร พบผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารจำนวน 327 คน (ร้อยละ 76.76) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ต่อเนื่องจำนวน 194 คน (ร้อยละ 59.33) รองลงมาคือผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 173 คน (ร้อยละ 52.91) ผู้ป่วยได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์มากกว่า 1 รายการขึ้นไป 50 คน (ร้อยละ 21.93) ผู้ป่วยมีประวัติเป็นแผลในทางเดินอาหารจำนวน 16 คน (ร้อยละ 4.89) และไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยได้รับยา corticosteroid ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้างนี้ รายละเอียดในตารางที่ 4 และ 5

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความเหมาะสมของการใช้ Gastroprotective agents

การศึกษาความเหมาะสมของการใช้ Gastroprotective agents ประเมินจากปัจจัยเสี่ยงจำนวน 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลในทางเดินอาหารพร้อมกับการได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ ซึ่งข้อมูลในส่วนของ การประเมินปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดเก็บจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

ผลการศึกษาความเหมาะสมของการใช้ Gastroprotective agents เมื่อพิจารณาตามจำนวนปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้ Gastroprotective agents พบว่าในผู้ป่วยที่ไม่มี ความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร (0 ปัจจัย) แต่มีการใช้ Gastroprotective agents มีจำนวน 99 คน (ร้อยละ 23.24) และในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารจำนวน 1-4 ปัจจัย มีการใช้ Gastroprotective agents จำนวน 327 คน (ร้อยละ 76.76) มีจำนวน 152, 138, 34 และ 3 คน ตามลำดับ รายละเอียดในตารางที่ 6

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาขนาดยาของ Gastroprotective agents

สำหรับการส่งจ่ายยาในกลุ่ม Gastroprotective agents ของแพทย์ให้กับผู้ป่วยจำนวน 327 คนที่เป็นไปตามข้อบ่งใช้กล่าวคือ ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารนั้น พบว่ายาที่แพทย์มีการสั่งใช้เพื่อป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์มากที่สุดคือยา Omeprazole ซึ่งมีการใช้ยาในผู้ป่วยจำนวน 274 คน (ร้อยละ 83.79) รองลงมาคือ ยา Cimetidine ซึ่งมีการใช้ยาในผู้ป่วยจำนวน 34 คน (ร้อยละ 10.40) และ Ranitidine ในผู้ป่วย 19 คน (ร้อยละ 5.81)

ผลการศึกษาขนาดของการใช้ Gastroprotective agents เพื่อใช้ในการป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหาร พบว่าขนาดยาของ Omeprazole ที่แนะนำให้ใช้ในการป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้าน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	(จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 426 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	271	63.60
- ชาย	155	36.40
อายุเฉลี่ย (ปี) mean $\pm$ SD	56.83 $\pm$ 17.77	
จำแนกตามช่วงอายุ (ปี)		
- น้อยกว่า 65 ปี	253	59.40
- ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป	173	40.60

ตารางที่ 2 แสดงยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ที่ได้รับ

ยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์	(จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 426 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Diclofenac	232	54.46
Aspirin	138	32.40
Ibuprofen	69	16.20
Indomethacin	15	3.52
Piroxicam	13	3.05
Mefenamic acid	12	2.82

หมายเหตุ : ผู้ป่วยบางรายได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์มากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 3 แสดงประเภทยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ที่ผู้ป่วยได้รับร่วมกันมากกว่า 1 รายการขึ้นไป

ประเภทยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ที่ได้รับ	(จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 426 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Aspirin-Diclofenac	39	9.15
Aspirin-Piroxicam	5	1.17
Aspirin-Ibuprofen	3	0.70
Aspirin-Indomethacin	3	0.70

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหาร

ปัจจัยเสี่ยง	(จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 426 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหาร	327	76.76
ไม่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหาร	99	23.24

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารของผู้ป่วย

ปัจจัยเสี่ยง	(จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 327 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ต่อเนื่อง อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป	194	59.33
ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป	173	52.91
มีประวัติเป็นแผลในทางเดินอาหาร	50	15.29
ได้รับยา corticosteroid ร่วมด้วย	16	4.89
	0	0

หมายเหตุ : ผู้ป่วยบางรายมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารมากกว่า 1 ปัจจัย

ตารางที่ 6 แสดงการใช้ Gastroprotective agents จำแนกตามจำนวนปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์

จำนวนปัจจัยเสี่ยง (ปัจจัย)	(จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 426 คน)	
	จำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้ Gastroprotective agents (คน)	ร้อยละ
0	99	23.24
1	152	35.68
2	138	32.39
3	34	7.98
4	3	0.70

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา Gastroprotective agents ในขนาดที่เหมาะสม (228 คน)

รายการยา	(จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 426 คน)			
	จำนวนผู้ป่วย ที่มีการใช้ยา (คน)	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วย ที่ได้ขนาดยาเหมาะสม (คน)	ร้อยละ
Omeprazole	274	83.79	274	100
Cimetidine	34	10.40	0	0
Ranitidine	19	5.81	0	0

การอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ คือ 20 mg/day ซึ่งผู้ป่วยทุกรายได้รับขนาดยาที่เหมาะสม สำหรับยาในกลุ่ม H_2 blocker นั้นขนาดยาที่แนะนำในการใช้ คือขนาดยา 2 เท่าของขนาดยาปกติ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม H_2 blocker ทั้ง Ranitidine และ Cimetidine นั้น ไม่มีผู้ป่วยคนใดเลยที่ได้รับยาในขนาดที่เหมาะสม รายละเอียดในตารางที่ 7

วิจารณ์

การศึกษครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 426 คน มีอายุน้อยกว่า 65 ปี จำนวน 253 คน (ร้อยละ 59.4) และอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมี 173 คน (ร้อยละ 40.6) เป็นเพศหญิงจำนวน 271 คน (ร้อยละ 63.6) เป็นเพศชาย 155 คน (ร้อยละ 36.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Larkai EN, et al.⁸ โดยเพศหญิงมีโอกาสใช้ยา NSAIDs ได้มากกว่าและอาจพบอุบัติการณ์การเกิดแผลในทางเดินอาหารได้มากกว่า

กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์หลายชนิด พบว่าได้รับยา Diclofenac มากที่สุดถึง 232 คน (ร้อยละ 54.46) รองลงมาคือ Aspirin 138 คน (ร้อยละ 32.40) Ibuprofen 69 คน (ร้อยละ 16.20) และเมื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับร่วมกันตั้งแต่ 2 รายการขึ้นไปพบว่าผู้ป่วยได้รับยา Aspirin ร่วมกับ Diclofenac มากที่สุดถึง 39 คน (ร้อยละ 9.15) รองลงมาคือยา Aspirin ร่วมกับ Piroxicam จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.17) โดยเฉพาะข้อบ่งใช้

ของ Aspirin ทั้งหมดจะใช้ในการเป็น Antiplatelets โดยมีการใช้ 3 ความแรง คือ 60 mg, 120 mg และ 300 mg วันละ 1 ครั้ง ทั้งนี้ขนาดของยา Aspirin เพื่อใช้เป็น Secondary prevention หลังการเกิด stroke พบว่าการใช้ขนาดต่างกันแต่ได้ประสิทธิภาพในการรักษาใกล้เคียงกัน แต่ขนาดยาที่สูงจะทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารได้มากกว่า⁹⁻¹⁰ ดังนั้นการใช้ยาจึงควรให้ยาในขนาดที่ต่ำที่สุดที่ให้ผลการรักษา (ขนาด 75-100 mg วันละ 1 ครั้ง)

ด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหารได้ทำการประเมินปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากแฟ้มประวัติ พบผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารจำนวน 327 คน (ร้อยละ 76.76) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์อย่างต่อเนื่องจำนวน 194 คน (ร้อยละ 59.33) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารที่พบมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 173 คน (ร้อยละ 52.91) และผู้ป่วยได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์มากกว่า 1 รายการขึ้นไป 50 คน (ร้อยละ 15.29)

การศึกษาความเหมาะสมของการใช้ Gastroprotective agents ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ โดยประเมินจากปัจจัยเสี่ยงจำนวน 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลในทางเดินอาหารพร้อมกับการได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ เมื่อพิจารณาตามจำนวนปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารเปรียบเทียบ

กับจำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้ Gastroprotective agents พบว่าในผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารเลย (0 ปัจจัย) แต่มีการใช้ Gastroprotective agents มีจำนวน 99 คน (ร้อยละ 23.24) และในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหาร (ตั้งแต่ 1 - 4 ปัจจัย) มีการใช้ Gastroprotective agents จำนวน 327 คน (ร้อยละ 76.76) แสดงให้เห็นว่ามีการใช้ Gastroprotective agents ในผู้ป่วย แม้จะไม่มีปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยในการเกิดแผลในทางเดินอาหาร

จากการทบทวนข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยแม้จะมีการลงบันทึกการวินิจฉัยโรค แต่ในสภาพการปฏิบัติงานจริง ๆ แพทย์อาจจะมีการพูดคุยกับผู้ป่วยในรายละเอียดของปัจจัยที่อาจมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารแต่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนี้ด้วยข้อจำกัดของเวลาเนื่องจากมีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก แพทย์เองก็ไม่สามารถพิมพ์รายละเอียดทั้งหมดของการพูดคุยกับผู้ป่วยลงไปบนคอมพิวเตอร์ เช่น ความเครียด วิตกกังวล การดื่มแอลกอฮอล์/ชา/กาแฟ/เครื่องดื่มผสมคาเฟอีน การสูบบุหรี่ การกินอาหารไม่เป็นเวลาหรืออาหารรสเผ็ด/เปรี้ยวจัด ภาวะ ZES ประวัติครอบครัว เช่น คนไข้อาจบอกแพทย์ว่าชอบทานอาหารรสจัด แพทย์พิจารณาแล้วจึงสั่งให้ยา Gastroprotective agents แม้ไม่เข้า criteria ของการศึกษานี้ที่พิจารณาเพียง 5 ปัจจัย แต่หากพิจารณาในด้านคุณภาพและการป้องกันน่าจะถือได้ว่าคุ้มค่าเพราะว่าปัจจุบันยาในกลุ่มนี้มีราคาไม่สูงเหมือนในอดีต นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงในการทำให้เกิดเป็นแผลในทางเดินอาหาร ตลอดจนการกระตุ้นให้เกิดการหลั่งน้ำย่อยมากกว่าปกติก็มีโอกาสที่จะเป็นผลทางอ้อมจากการใช้ยาในกลุ่มอื่น ๆ ได้ เช่น ยาในกลุ่ม Muscle relaxant ยาในกลุ่มลดกรดยูริก เป็นต้น ทำให้แพทย์กลุ่มหนึ่งอาจจะตัดสินใจที่จะใช้ยา Gastroprotective agents เช่นกัน

การสั่งจ่ายยาในกลุ่ม Gastroprotective agents ของแพทย์ พบว่ายาที่แพทย์มีการสั่งใช้เพื่อป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซ

สเตียรอยด์มากที่สุด คือยา Omeprazole รองลงมาคือ Cimetidine และ Ranitidine ตามลำดับ และจากการศึกษาขนาดของการใช้ Gastroprotective agents เพื่อใช้ในการป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหาร พบว่าขนาดยาของ Omeprazole ที่แนะนำให้ใช้ในการป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเตียรอยด์ เป็นไปตามข้อบ่งใช้ (20 mg/day)¹¹ ในขณะที่ขนาดของยาที่ใช้ในกลุ่ม H₂ blocker (Ranitidine และ Cimetidine) นั้นไม่เป็นไปตามข้อบ่งใช้ (2 เท่าของขนาดยาปกติ)¹¹⁻¹² โดยเฉพาะ Cimetidine พบมีการใช้มากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการอักเสบในทางเดินหายใจ ซึ่งน่าจะมีการพิจารณาในการใช้เป็น Antiallergic agents มากกว่าเป็น Gastroprotective agents

ในอนาคตเพื่อให้ได้ข้อมูลในอีกแง่มุมควรจะมีการศึกษาต่อไปว่ามีผู้ป่วยที่มีเงื่อนไขของปัจจัยการได้รับ Gastroprotective agents เพื่อใช้ป้องกันหรือรักษาการเกิดแผลในทางเดินอาหารว่ามีมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการศึกษาจากบันทึกการวินิจฉัยของแพทย์หรือการเก็บข้อมูล อย่างไรก็ตาม การศึกษาในเรื่องดังกล่าวจะเป็นแนวทางในการปรับปรุงการให้บริการกับผู้ป่วยต่อไปให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

สรุป

การศึกษาความเหมาะสมของการใช้ Gastroprotective agents ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซสเตียรอยด์ในงานบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนครชัยศรี ในช่วงระหว่างวันที่ 1 - 31 มกราคม 2551 ผลการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 426 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 271 คน (ร้อยละ 63.6) อายุเฉลี่ย 56.83 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 65 ปี จำนวน 253 คน (ร้อยละ 59.4) ส่วนใหญ่ได้รับยา Diclofenac 232 คน (ร้อยละ 54.46) รองลงมาคือ Aspirin 138 คน (ร้อยละ 32.40) และเมื่อพิจารณายาที่ผู้ป่วยได้รับร่วมกัน พบว่าผู้ป่วยได้รับยา Aspirin และ Diclofenac มากที่สุดถึง 39 คน (ร้อยละ 9.15) รองลง

มาคือยา Aspirin และ Piroxicam จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.17)

ความเหมาะสมของการใช้ Gastroprotective agents ประเมินจากปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดแผลในทางเดินอาหารที่เกิดจากยาต้านการอักเสบที่มีไซโคลอ็อกซีจีเนส มีผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารจำนวน 327 คน (ร้อยละ 76.76) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซโคลอ็อกซีจีเนสอย่างต่อเนื่องจำนวน 194 คน (ร้อยละ 59.33) รองลงมาคือผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 173 คน (ร้อยละ 52.91) โดยเมื่อพิจารณาตามปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหารกับการใช้ Gastroprotective agents พบว่าในผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารแต่มีการใช้ Gastroprotective agents เป็นจำนวน 99 คน (ร้อยละ 23.24) ซึ่งแสดงถึงการใช้ Gastroprotective agents ในผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม

ยา Gastroprotective agents ที่แพทย์สั่งใช้เพื่อป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารส่วนใหญ่ คือยา Omeprazole, Cimetidine และ Ranitidine ตามลำดับ พบว่าขนาดยาของ Omeprazole ที่แนะนำให้ใช้ในการป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการอักเสบที่มีไซโคลอ็อกซีจีเนส คือ 20 mg/day โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับขนาดยาที่เหมาะสม สำหรับยาในกลุ่ม H_2 blocker นั้นขนาดยาที่แนะนำในการใช้ คือขนาดยา 2 เท่าของขนาดยาปกติ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม H_2 blocker ทั้ง Ranitidine และ Cimetidine นั้นยังได้รับขนาดยาที่ยังไม่เหมาะสม ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่แพทย์ใช้ยาในกลุ่ม H_2 blocker สำหรับใช้ในการเป็น Antiallergic agents มากกว่าที่จะใช้เป็น Gastroprotective agents

บทบาทของเภสัชกรในการประเมินการใช้ยา Gastroprotective agents จะช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดความเสี่ยงจากการที่ใช้ยาเกินความจำเป็นและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของภาครัฐและผู้ป่วยลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) จะทำให้สามารถติดตามผลของอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยากลุ่มนี้ได้
2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เนื่องจากระยะเวลาการเก็บข้อมูลเพียง 1 เดือน ทำให้ไม่สามารถติดตามผลของอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในเชิงทดลอง เช่น การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาของผู้ป่วยและยังเป็นการเพิ่มบทบาทของเภสัชกรในงานด้านการบริบาลเภสัชกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชาญวิทย์ สุภประสิทธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรี ที่สนับสนุนและอนุญาตให้เผยแพร่รายงานการศึกษานี้ และขอขอบคุณเภสัชกร วีระศักดิ์ เหล่าตระกูล เภสัชกรปานศักดิ์ ปราโมกข์ชน และเภสัชกรหญิงสุภารัตน์ ไหลสุพรรณวงศ์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนทุกท่านที่มีส่วนช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Subongkot S, Frame D, Leslie W and Drajer D. Selective Cyclooxygenase-2 Inhibition : A Target in Cancer Prevention and Treatment. Pharmacotherapy 2003 ; 23(1) : 9-28.
2. Wolfe MM, Lichtenstein DR and Singh G. Gastrointestinal toxicity of non-steroidal anti-inflammatory drugs. N Engl J Med 1999 ; 340 : 1888-9.
3. Hernandez DS and Garcia LA. Association between non-steroidal anti-inflammatory drugs and upper

- gastrointestinal tract bleeding/perforation : an overview of epidemiologic studies published in the 1990s. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 : 2093-9.
4. Hawkey CT. Non-steroidal anti-inflammatory drug gastropathy. *Gastroenterology* 2000 ; 119 : 521-35.
 5. Chan FL. Managing NSAID-induced Ulcer Complications-Balancing Gastrointestinal and Cardiovascular Risks. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2006 ; 3(10) : 563-73.
 6. Greer D. Peptic ulcer disease : pharmacological treatment. *Hospital pharmacist* 2006 ; 13 : 245-50.
 7. Tangkiatkumjai M, Vadcharavivad S and Mahachai V. Prediction of UGIB Event in NSAID Users : A Model Development. *J Med Assoc Thai* 2005 ; 88(5) : 672-7.
 8. Garcia LA and Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammation drugs. *Lancet* 1994 ; 343 : 769-72.
 9. Chan FK and et al. Eradication of *Helicobacter pylori* and risk of peptic ulcer in patients long term treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs : a randomized trial. *Lancet* 2002 ; 359 : 9-13.
 10. Chan FK and et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with infection who are taking low dose aspirin or naproxen. *N Engl J Med* 2001 ; 344 : 967-73.
 11. Piper JM and et al. Corticosteroid use and peptic ulcer disease : role of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Intern Med* 1991 ; 114 : 735-40.
 12. Well J and et al. Peptic ulcer bleeding : accessory risk factor and interaction with non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Gut* 2000 : 27-31.
 13. Shorr RI and et al. Concurrent use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and oral anticoagulants places elderly persons at high risk for hemorrhagic peptic ulcer disease. *Arch Intern Med* 1993 ; 153 : 1665-70.
 14. Larkai EN, Smith JL, Lidsky MD and Graham DY. Gastroduodenal mucosal and dyspepsia symptoms in arthritic patients during chronic nonsteroidal anti-inflammatory drug use. *Am J Gastroenterol* 1987 ; 82 : 1153-8.
 15. Boissonnault WG and Meek PD. Risk factors for anti-inflammatory drug or aspirin induced gastrointestinal complication in individuals receiving outpatient physical therapy services. *J Orthop Sports Phys Ther* 2002 ; 32 : 510-7.
 16. Gabriel SE, Jaakkimanen L and Bombardier C. Risk for serious Gastrointestinal complications related to use of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Intern Med* 1991 ; 115 : 787-96.
 17. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Elmfeldt D, Julius S and et al. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension : principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial : HOT Study Group. *Lancet* 1998 ; 351 : 1755-62.
 18. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002 ; 324 : 71-86.

19. Henry D and et al. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs : results of a collaborative meta-analysis. *BMJ* 1996 ; 312 : 1563-6.
20. Silverstein FF and et al. Misoprostol reduced serious gastrointestinal complication in patients with rheumatoid arthritis receiving non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Ann Intern Med* 1995 ; 123 : 241-9.
21. Rostom A, Dube C, Wells G, Tugwell P, Welch V, Jolicoeur E, McGowan J. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers. *Cochrane Database Systemic Review* 2002 ; (4) : CD002296.
22. Hooper L, Brown T, Elliott R, Payne K, Roberts C and Synmons D. The effectiveness of five strategies for the prevention of gastrointestinal toxicity induced by non-steroidal anti-inflammatory drugs : systematic review. *BMJ* 2004 ; 329 : 948-57.