ความชุกของการใช้ยาหลายขนานและปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาหลายขนานในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี

Prevalence of Polypharmacy and Polypharmacy-Related Factors Among Older Adult Medical Inpatients at Ratchaburi Hospital

เบญจาภา ยั่งยืนสถาพร พ.บ.,
วว. อายุรศาสตร์
วว. อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ
กลุ่มงานอายุรกรรม
โกวิท สุขชัย
ชญานิศ พิสุทธิ์วรารมย์
ณัฐฐานุช ขันธคีรีวัฒน์
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
โรงพยาบาลราชบุรี
จังหวัดราชบุรี

Benjapa Yangyuensathaporn M.D.,
Dip., Thai Board of Internal Medicine
Dip., Thai Board of Geriatric Medicine
Department of Internal Medicine
Kowit Sukchai
Chayanis Phisuthvararom
Natthanut Khuntakeereewat
Medical Education Center
Ratchaburi Hospital
Ratchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของการใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาซ้ำซ้อน อันตรกิริยาระหว่างยา การใช้ยากลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอพักผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบตัดขวางโดยเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่หอพักผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงกันยายน พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมการศึกษา 379 คน ความชุกของการใช้ยาหลายขนาน คือ ร้อยละ 64.9 ความชุกของการใช้ยาซ้ำซ้อน คือ ร้อยละ 4.2 ความชุกของอันตรกิริยาระหว่างยา คือ ร้อยละ 33 และความชุกของการใช้ยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก คือ ร้อยละ 10 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนาน คือ โรคหอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (adjusted odds ratio 18.067) การใช้กลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก (adjusted odds ratio 6.988) โรคเบาหวาน (adjusted odds ratio 5.298) โรคหลอดเลือดหัวใจ (adjusted odds ratio 4.846) การตรวจผู้ป่วยนอก ≥3 ครั้ง/ปี (adjusted odds ratio 3.658) โรคหลอดเลือดสมอง (adjusted odds ratio 2.843) โรคความดันโลหิตสูง (adjusted

odds ratio 2.586) จำนวนแพทย์ที่มาพบ ≥3 คน/ปี (adjusted odds ratio 2.269) และดัชนีมวลกาย (adjusted odds ratio 1.076)

สรุป: การใช้ยาหลายขนานเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย หลายปัจจัยสัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนานทั้งจากตัวผู้ป่วย การสั่งยาของแพทย์ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้นการทบทวนยาและตรวจสอบการใช้ยาจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดผลกระทบเชิงลบด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: การใช้ยาหลายขนาน ผู้สูงอายุ อายุรกรรม
วารสารแพทย์เขต 4-5 2569 ; 45(2) : 237–246.

Abstract

Objective: To examine the prevalence of polypharmacy, drug duplication, drug interactions, strong anticholinergic drug use, and polypharmacy-related factors in older adult medical inpatients at Ratchaburi Hospital

Methods: A cross-sectional study of older adult inpatients who admitted in the medical ward at Ratchaburi Hospital from July to September 2025.

Results: A total of 379 participants were included. The prevalence of polypharmacy was 64.9%, while the prevalences of drug duplication, drug interactions, and strong anticholinergic drug use were 4.2%, 33%, and 10% respectively. Polypharmacy-related factors were asthma/COPD (adjusted odds ratio 18.067), strong anticholinergic drug use (adjusted odds ratio 6.988), diabetes mellitus (adjusted odds ratio 5.298), ischemic heart disease (adjusted odds ratio 4.846), OPD visits ≥3 times/year (adjusted odds ratio 3.658), cerebrovascular disease (adjusted odds ratio 2.843), hypertension (adjusted odds ratio 2.586), number of physicians ≥3 /year (adjusted odds ratio 2.269), and BMI (adjusted odds ratio 1.076)

Conclusions: Polypharmacy is a common problem in older adults. Several factors associated with polypharmacy including patient-related factors, prescribing-related factors, and healthcare accessibility factors. Therefore, medication reconciliation and examination are important in order to lessen adverse health outcomes.

Keywords: polypharmacy, older adults, internal medicine
Received: Jan 12, 2026; Revised: Feb 24, 2026; Accepted: Jun 15, 2026
Reg 4-5 Med J 2026 ; 45(2) : 237–246.

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) ข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,064,929 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1 ของประชากรรวม[1] ส่งผลให้ทุกภาคส่วนต้องพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสาธารณสุข

ข้อมูลจากคู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[2] ได้กำหนดลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุไว้ซึ่งมีลักษณะคือ reduced body reserve, atypical presentation, multiple pathology, polypharmacy, social adversity (RAMPS) จากลักษณะพิเศษดังกล่าว จะเห็นได้ว่าสิ่งที่สามารถบริหารจัดการได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ คือ polypharmacy หรือการใช้ยาหลายขนาน ซึ่งหมายถึงการใช้ยาร่วมกันอย่างน้อย 5 ชนิดขึ้นไป[3] ความชุกของการใช้ยาหลายขนานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ข้อมูลในประเทศไทยพบว่าความชุกของการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุ[4] คือ ร้อยละ 29 ถึง 75 จากการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน[5–6] พบการใช้ยาหลายขนาน ร้อยละ 29–36.8 ส่วนการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์[7] และโรงพยาบาลรามาธิบดี[8] พบความชุก ร้อยละ 54 และ 74.8 ตามลำดับ ซึ่งการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน แม้จะเป็นผลดีในการรักษาโรคที่หลากหลาย แต่ก็ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ เช่น เพิ่มการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (side effect), การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction), การลดความร่วมมือในการใช้ยา (nonadherence), ภาวะปริชานบกพร่อง (cognitive impairment), การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (readmission), ความเสี่ยงต่อการหกล้ม (fall), ภาวะทุพพลภาพ (disability), ค่ารักษาพยาบาล (medical expenses), และการเสียชีวิต (mortality) [9–13] ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนาน ได้แก่ เพศหญิง อายุที่มากขึ้น ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า จำนวนของโรคประจำตัว ดัชนีมวลกายที่เกินมาตรฐาน จำนวนครั้งที่มาพบที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกฉุกเฉิน จำนวนแพทย์ที่มาพบ[8,14] และการเข้าถึงแหล่งจ่ายยานอกโรงพยาบาล[3] นอกจากนี้การใช้ยาซ้ำซ้อน การอันตรกิริยาระหว่างยา และการใช้ยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก ก็เป็นปัญหาของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมที่สำคัญ ข้อมูลจาก American Geriatrics Society Beers Criteria 2023 พบว่ายาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก (anticholinergic) ทำให้เกิดผลข้างเคียงที่สำคัญในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ได้แก่ ภาวะปริชานบกพร่อง (cognitive decline), ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium), ภาวะหกล้ม (fall), และการเกิดกระดูกหัก (fracture)[15]

อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหลายขนาน รวมถึงการใช้ยาซ้ำซ้อน การอันตรกิริยาระหว่างยา และการใช้ยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทยยังมีจำกัด ทางผู้วิจัยจึงจัดทำงานวิจัยชิ้นนี้ขึ้น เพื่อนำมาเป็นข้อมูลและพัฒนาแนวทางการให้ยาในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของการใช้ยาหลายขนาน ซึ่งหมายถึงการใช้ยาร่วมกันอย่างน้อย 5 ชนิดขึ้นไป รวมถึงการใช้ยาซ้ำซ้อน อันตรกิริยาระหว่างยา และการใช้ยากลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิกอ้างอิงจาก American Geriatrics Society Beers Criteria 2023[15] และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในหอพักผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี โดยผู้เข้าร่วมวิจัยหรือผู้แทนมีความสามารถในการอ่านหรือการฟังภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหลงลืม ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ จะเข้าร่วมงานวิจัยเมื่อได้รับความยินยอมจากญาติสายตรง เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ประจำ และยาอื่นที่ใช้เพิ่มเติมได้

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่หอพักผู้ป่วยสามัญแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2568 จำนวน 379 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบเก็บข้อมูลซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ยาที่ผู้ป่วยใช้ทั้งหมดก่อนมาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล และการเข้ารับบริการทางสาธารณสุข

ข้อมูลพื้นฐานใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ โดยหากข้อมูลกระจายตัวแบบปกติ (normal distribution) จะนำเสนอเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่ถ้าข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นปกติจะใช้ค่ามัธยฐาน และค่าส่วนเบี่ยงเบนควอร์ไทล์ (inter-quartile range: IQR) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนาน ใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบตัวแปรเดียว (univariate regression analysis) และ การวิเคราะห์ถดถอยแบบหลายตัวแปร (multivariate regression analysis) ปัจจัยที่มีความน่าจะเป็น (p-value) น้อยกว่า 0.2 จะนำมาวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (multiple logistic regression analysis) โดยค่า p-value < .05 ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นำเสนอเป็น adjusted odds ratio และ 95% CI วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 30 และ ใช้โปรแกรม Micromedex® Drug Interactions เพื่อวิเคราะห์อันตรกิริยาระหว่างยา การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี หนังสือรับรองเลขที่ COA-RBHEC 013/2025 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการศึกษา

จากผู้เข้าร่วมวิจัย 379 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 52.2) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 72.3) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.4 กิโลกรัม/ตารางเมตร ค่าอายุเฉลี่ย คือ 73.49 ปี ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปีจำนวน 154 ราย (ร้อยละ 40.6) โดย 115 ราย (ร้อยละ 46.7) ใช้ยาหลายขนานและ 39 ราย (ร้อยละ 29.3) ไม่ใช้ยาหลายขนาน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง 264 ราย (ร้อยละ 70.4) รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง 227 ราย (ร้อยละ 59.9) และ โรคเบาหวาน 142 ราย (ร้อยละ 37.5) ตามลำดับ มีผู้สูงอายุที่ใช้ยาหลายขนาน 246 ราย (ร้อยละ 64.9) ใช้ยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก 38 ราย (ร้อยละ 10.0) และใช้ยานอกโรงพยาบาล (over the counter: OTC) medicines) 50 ราย (ร้อยละ 13.2) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน และการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนานโดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบตัวแปรเดียว

ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้เข้าร่วมวิจัย 379 ราย	กลุ่มใช้ยาหลายขนาน 246 ราย (ร้อยละ 64.9)	กลุ่มที่ไม่ใช้ยาหลายขนาน 133 ราย (ร้อยละ 35.1)	p-value
เพศหญิง, ราย (ร้อยละ)	198 (52.2)	131 (53.3)	67 (50.4)	.593
อายุ; ปี, mean (SD)	73.49 (8.9)	74.56 (0.6)	71.51 (0.8)	.001
อายุ ≥75 ปี, ราย (ร้อยละ)	154 (40.6)	115 (46.7)	39 (29.3)	<.001
ดัชนีมวลกาย; กิโลกรัม/เมตร^2, mean (SD)	22.4 (0.2)	23.2 (4.9)	20.9 (4.2)	<.001
การศึกษา, ราย (ร้อยละ)				.189
ต่ำกว่าประถมศึกษา	38 (10.0)	28 (11.4)	10 (7.5)	
ประถมศึกษา	274 (72.3)	177 (72.0)	97 (72.9)	
มัธยมศึกษา	32 (8.4)	23 (9.3)	9 (6.8)	
อนุปริญญา, ปริญญา	35 (9.2)	18 (7.3)	17 (12.8)	
โรคประจำตัว, ราย (ร้อยละ)				
โรคความดันโลหิตสูง	264 (70.4)	207 (84.1)	57 (42.9)	<.001
โรคไขมันในเลือดสูง	227 (59.9)	175 (71.1)	52 (39.1)	<.001
โรคเบาหวาน	142 (37.5)	127 (51.6)	15 (11.3)	<.001
โรคไตเสื่อมเรื้อรัง	98 (25.9)	86 (35.0)	12 (9.0)	<.001
โรคมะเร็ง	91 (24.0)	43 (17.5)	48 (36.1)	<.001
โรคหลอดเลือดหัวใจ	62 (16.4)	56 (22.8)	6 (4.5)	<.001
โรคหลอดเลือดสมอง	49 (12.9)	41 (16.7)	8 (6.0)	.003
โรคเกาต์	43 (11.3)	36 (14.6)	7 (5.3)	.006
โรคหอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	32 (8.4)	29 (11.8)	3 (2.3)	<.001
โรคต่อมลูกหมากโต	31 (8.2)	27 (11.0)	4 (3.0)	.006
โรคตับแข็ง	21 (5.5)	16 (6.5)	5 (3.8)	.265
โรคพาร์กินสัน	9 (2.4)	8 (3.3)	1 (0.8)	.169
โรคข้อเสื่อม	8 (2.1)	5 (2.0)	3 (2.3)	.1
โรคสมองเสื่อม	6 (1.6)	5 (2.0)	1 (0.8)	.67
ล้ม ≥2 ครั้ง/ปี, ราย (ร้อยละ)	40 (10.6)	31 (12.6)	9 (6.8)	.078
ตรวจผู้ป่วยนอก ≥3 ครั้ง/ปี, ราย (ร้อยละ)	332 (87.6)	232 (94.3)	100 (75.2)	<.001
จำนวนแพทย์ที่มาพบ ≥3 คน/ปี, ราย (ร้อยละ)	175 (46.2)	129 (52.4)	46 (34.6)	<.001

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน และการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนานโดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบตัวแปรเดียว (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้เข้าร่วมวิจัย 379 ราย	กลุ่มใช้ยาหลายขนาน 246 ราย (ร้อยละ 64.9)	กลุ่มที่ไม่ใช้ยาหลายขนาน 133 ราย (ร้อยละ 35.1)	p-value
รักษาตัวในโรงพยาบาล ≥2 ครั้ง/ปี, ราย (ร้อยละ)	232 (61.2)	168 (68.3)	64 (48.1)	<.001
ตรวจห้องฉุกเฉิน >3 ครั้ง/ปี, ราย (ร้อยละ)	69 (18.2)	58 (23.6)	11 (8.3)	<.001
การใช้ยานอกโรงพยาบาล (OTC), ราย (ร้อยละ)	50 (13.2)	31 (12.6)	19 (14.3)	.644
การใช้ยากลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก, ราย (ร้อยละ)	38 (10.0)	35 (14.2)	3 (2.3)	<.001

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนานโดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบตัวแปรเดียว (univariate regressionanalysis) (ตารางที่ 1) ตัวแปรที่มีค่า p-value < .2 จะนำมาวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (multiple logistic regression analysis) (ตารางที่ 2) พบว่ามี 9 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง การมาตรวจผู้ป่วยนอก ≥3 ครั้ง/ปี จำนวนแพทย์ที่มาพบ ≥3 คน/ปี และการใช้ยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนานโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบหลายตัวแปร

ปัจจัย	Adjusted odds ratio (95% CI)	p-value
อายุ ≥75 ปี	1.348 (0.729–2.492)	.341
ดัชนีมวลกาย	1.076 (1.004–1.154)	.039*
การศึกษา	1.083 (0.339–3.463)	.892
โรคความดันโลหิตสูง	2.586 (1.247–5.367)	.011*
โรคไขมันในเลือดสูง	1.002 (0.482–2.086)	.995
โรคเบาหวาน	5.298 (2.500–11.226)	<.001*
โรคไตเสื่อมเรื้อรัง	2.172 (0.931–5.071)	.073
โรคมะเร็ง	0.526 (0.240–1.154)	.109
โรคหลอดเลือดหัวใจ	4.846 (1.690–13.894)	.003*
โรคหลอดเลือดสมอง	2.843 (1.073–7.532)	.036*
โรคเกาต์	2.395 (0.801–7.161)	.118

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนานโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบหลายตัวแปร (ต่อ)

ปัจจัย	Adjusted odds ratio (95% CI)	p-value
โรคหอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	18.067 (3.953–82.571)	<.001*
โรคต่อมลูกหมากโต	3.962 (0.955–16.445)	.058
โรคพาร์กินสัน	5.307 (0.442–63.659)	.188
ล้ม ≥2 ครั้ง/ปี	1.508 (0.531–4.279)	.440
ตรวจผู้ป่วยนอก ≥3 ครั้ง/ปี	3.658 (1.227–10.910)	.020 *
จำนวนแพทย์ที่มาพบ ≥3 คน/ปี	2.269 (1.143–4.503)	.019 *
รักษาตัวในโรงพยาบาล ≥2 ครั้ง/ปี	1.528 (0.768–3.040)	.227
ตรวจห้องฉุกเฉิน >3 ครั้ง/ปี	1.514 (0.570–4.023)	.405
การใช้ยากลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก	6.988 (1.845–26.467)	.004 *

ผู้สูงอายุ 16 ราย มีการใช้ยาซ้ำซ้อนคิดเป็นความชุก ร้อยละ 4.2 โดย 13 ราย มีการใช้ยาซ้ำซ้อน 1 กลุ่ม และ 3 ราย มีการใช้ยาซ้ำซ้อน 2 กลุ่ม โดยยาต้านอาการโรคจิต (antipsychotic) พบมากที่สุด 4 ราย รองลงมาคือ ยาพ่นในกลุ่ม long-acting beta-2 agonist 3 ราย มีการใช้ยาเบาหวาน sitagliptin-metformin ร่วมกับ metformin 2 ราย มีการใช้ยาซ้ำกลุ่ม beta-blocker 1 ราย, กลุ่ม angiotensin II receptor blockers (ARBs) 1 ราย, และกลุ่ม P2Y 12 inhibitor 1 ราย สำหรับยาแก้ปวด พบว่ามีการใช้ tramadol ร่วมกับ ultracet (tramadol/paracetamol) 1 ราย, ยาซ้ำกลุ่ม gabapentinoids 1 ราย, และยาซ้ำกลุ่ม NSAIDs 1 ราย

จากการวิเคราะห์อันตรกิริยาระหว่างยาในระดับความรุนแรงมาก (major) และห้ามใช้ร่วมกัน (contraindicated) ด้วยซอฟต์แวร์ Micromedex® พบว่าความชุกของอันตรกิริยาระหว่างยา คือ ร้อยละ 33 โดย 77 ราย พบ 1 อันตรกิริยา (ร้อยละ 20.3), 32 ราย พบ 2 อันตรกิริยา (ร้อยละ 8.4), 10 ราย พบ 3 อันตรกิริยา (ร้อยละ 2.6), และ 6 ราย พบมากกว่า 3 อันตรกิริยา (ร้อยละ 1.6) สำหรับอันตรกิริยาระหว่างยาในระดับความรุนแรงมาก (major) มี 187 อันตรกิริยา โดยพบ clopidrogrel กับ omeprazole 28 อันตรกิริยา โดย omeprazole จะทำให้ระดับยา clopidrogrel ที่ออกฤทธิ์ลดลง ส่งผลให้การต้านเกล็ดเลือดลดลง, amlodipine กับ simvastatin 28 อันตรกิริยา จากการเกิดภาวะกล้ามเนื้ออักเสบ (myopathy) และกล้ามเนื้อสลาย (rhabdomyolysis) รองลงมาคือ gabapentin กับ tramadol 11 อันตรกิริยา และ aspirin กับ spironolactone 10 อันตรกิริยา ส่วนยาที่ห้ามใช้ร่วมกัน (contraindicated) พบ 15 อันตรกิริยา ได้แก่ colchicine กับ atorvastatin 9 อันตรกิริยา เนื่องจากเพิ่มโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้ออักเสบ (myopathy) และกล้ามเนื้อสลาย (rhabdomyolysis) colchicine กับ carvedilol 2 อันตรกิริยา เนื่องจากเพิ่มโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จาก colchicine colchicine กับ spironolactone 1 อันตรกิริยา colchicine กับ nifedipine 1 อันตรกิริยา ipratropium bromide กับ potassium chloride 1 อันตรกิริยา และ isosorbide dinitrate กับ tadalafil 1 อันตรกิริยา

นอกจากนี้พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัย 38 ราย ใช้ยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก คิดเป็นความชุก ร้อยละ 10 โดย 34 รายใช้ยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก 1 ตัว และ 4 ราย ใช้ยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก 2 ตัว

มีการใช้ยากลุ่มแอนตีฮิสตามิน รุ่นที่ 1 (first generation antihistamine) มากที่สุด จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 47.4) ได้แก่ hydroxyzine 12 ราย และ dimenhydrinate 6 ราย รองลงมาคือ กลุ่มต้านอาการซึมเศร้า (antidepressant) 13 ราย (ร้อยละ 34.2) ได้แก่ amitriptyline 8 ราย และ nortriptyline 5 ราย และกลุ่มต้านอาการพาร์กินสัน (antiparkinsonian) คือ trihexyphenidyl 4 ราย (ร้อยละ 10.5) ตามลำดับ

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์การใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอพักผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าความชุกของการใช้ยาหลายขนานคิดเป็น ร้อยละ 64.9 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์[7] ที่พบความชุกของการใช้ยาหลายขนานคิดเป็น ร้อยละ 54 อาจเนื่องจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยในซึ่งมีค่าอายุเฉลี่ยมากกว่า และมีโรคประจำตัวมากกว่า อย่างไรก็ตาม ความชุกจากการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี[8] ซึ่งมีความชุกของการใช้ยาหลายขนานคิดเป็น ร้อยละ 74.8 อาจเนื่องจากผู้เข้าร่วมการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี มีโรคประจำตัวมากกว่า และผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.6 มาพบแพทย์มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คน/ปี ต่างจากการศึกษานี้ที่ผู้ป่วย ร้อยละ 46.2 มาพบแพทย์มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คน/ปี การศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ การศึกษาในประเทศจีน[16] ซึ่งเก็บข้อมูลในผู้ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ที่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล พบว่าความชุกของการใช้ยาหลายขนานคิดเป็น ร้อยละ 56.3 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษานี้ อาจเนื่องจากค่าเฉลี่ยอายุของผู้เข้าร่วมวิจัยน้อยกว่า ในขณะที่การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา[17] ที่เก็บข้อมูลในผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกของการใช้ยาหลายขนานคิดเป็น ร้อยละ 65.1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาปัจจุบัน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง การมาตรวจผู้ป่วยนอก ≥3 ครั้ง/ปี จำนวนแพทย์ที่มาพบ ≥3 คน/ปี และการใช้ยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก โดยโรคหอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนานมากที่สุด (adjusted odds ratio 18.067; 95% CI 3.953–82.571; $p < .001$) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการกำเริบบ่อย ทำให้มีโอกาสมาโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและที่ห้องฉุกเฉิน รวมถึงพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ส่งผลให้มีการใช้ยาเพิ่มขึ้นทั้งยารูปแบบรับประทานและยาสูด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลมี 95% CI กว้าง ทำให้มีความเที่ยง (precision) ลดลง รองลงมาคือ การใช้ยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิกและโรคเบาหวาน ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์[7] ที่พบว่าโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนาน เช่นเดียวกับการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี[8] ที่พบว่าโรคเบาหวาน การมาตรวจผู้ป่วยนอก ≥3 ครั้ง/ปี และจำนวนแพทย์ที่มาพบ ≥3 คน/ปี สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนาน

ความชุกของการใช้ยาซ้ำซ้อน คือ ร้อยละ 4.2 เป็นยาต้านอาการโรคจิต (antipsychotic) มากที่สุด 4 ราย ส่วนความชุกของอันตรกิริยาระหว่างยา คือ ร้อยละ 33 นอกจากนี้พบว่าความชุกของการใช้ยากลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิกคิดเป็น ร้อยละ 10 สอดคล้องกับการศึกษาของ Cross และคณะ[18] ที่ทำการศึกษาที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทั้งในเอเชีย และยุโรปพบว่าความชุกของการใช้ยากลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิกคิดเป็น ร้อยละ 17.4

จะเห็นได้ว่าการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะการใช้ยาหลายขนาน ซึ่งทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ เช่น ความร่วมมือ

ในการใช้ยาลดลง รวมถึงอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา หลายปัจจัยสามารถปรับเปลี่ยนได้ ดังนั้นแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว แก้ไขปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และทบทวนรายการยาตามคำแนะนำขององค์กรอนามัยโลก[19] เพื่อลดจำนวนยาที่ไม่จำเป็นและนำยาที่ไม่เหมาะสมเช่น ยาซ้ำซ้อน และยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างกันออกเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม

จุดแข็งของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยในซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่ทำการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลทั้งการใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาซ้ำซ้อน อันตรกิริยาระหว่างยา และยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาภาคตัดขวางจึงระบุได้เพียงว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล แต่ไม่สามารถระบุในเชิงเหตุผลได้ อย่างไรก็ตามสามารถให้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงการรักษา และศึกษาวิจัยในอนาคตได้

สรุป

ผู้สูงอายุแผนกอายุรกรรมมากกว่า ร้อยละ 60 มีการใช้ยาหลายขนาน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาหลายขนาน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวบางอย่าง การเข้ารับบริการทางการแพทย์ จำนวนแพทย์ที่มาพบ และการใช้ยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิก ในขณะเดียวกันการใช้ยาซ้ำซ้อน อันตรกิริยาระหว่างยา และยาในกลุ่มแอนตีโคลิเนอร์จิกก็เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ดังนั้นแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว มีการทบทวนรายการยาเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ข้อมูลผู้สูงอายุทั่วไป: กรมกิจการผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568]; เข้าถึงได้จาก: URL: https://www. dop.go.th/th/know/1.
2. ประเสริฐ อัสสันเตชัย. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพฯ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ซีจีทูล; 2562.
3. World Health Organization. Medication Safety in Polypharmacy. Geneva: WHO Document Production Services; 2019.
4. ศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล. การใช้ยาร่วมกันหลายขนานในผู้สูงอาย. รามาธิบดีเวชสาร. 2561;41: 95–104.
5. Vatcharavongvan P, Puttawanchai V. Polypharmacy, medication adherence and medication management at home in elderly patients with multiple non-communicable diseases in Thai primary care. Fam Med Prim Care Rev. 2017;19(4):412–6.
6. Makboona K, Pongpaew W, Mit-tangkulra P. Polypharmacy situation in Thambol Tubteelek of Muang district, Suphanburi province. Health Environ J. 2014;5(3):1–8.
7. ทิพยวดี วรรณวิเชษฐ์, ปณิตา ลิมปะวัฒนะ, มัญชุมาส มัญจาวงษ์, ณภัทร จิรวัฒน์, ศุภนิดา คำนิยม, วงศธร เทียบรัตน์. ความชุกของการใช้ยาหลายขนาน และปัจจัยที่สัมพันธ์ในผู้สูงอายุที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2565;8(2):20–9.

8. ศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล, อรพิชญา ไกรฤทธิ์, กรองทอง พุฒิโภคิน, สิรินทร ฉันศิริกาญจน์, ทวีวัฒน์ อัศวโภคี, ศุภศิล สระเอี่ยม. การใช้ยาร่วมกันหลายขนานของผู้สูงอายุที่รับการรักษาแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี. วารสารพิษวิทยาไทย 2561;33(1):35–50.
9. Rieckert A, Trampisch U, Klaaben-Mielke R, Drewelow E, Esmail A, Johansson T, et al. Polypharmacy in older patients with chronic diseases: a cross-sectional analysis of factors associated with excessive polypharmacy. BMC Fam Pract. 2018;19(1):113. doi: 10.1186/s12875-018-0795-5.
10. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. Expert Opin Drug Saf. 2014;13(1):57–65. doi: 10.1517/14740338.2013.827660.
11. Davies L, Spiers G, Kingston A, Todd A, Adamson J, Hanratty B. Adverse outcomes of polypharmacy in older people: systematic review of reviews. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(2):181–7. doi: 10.1016/j.jamda.2019.10.022.
12. Wang R, Chen L, Fan L, Gao D, Liang Z, He J, et al. Incidence and effects of polypharmacy on clinical outcome among patients aged 80+: A five-year follow-up study. PLoS One 2015;10(11):e0142123. doi:10.1371/ journal.pone.0142123
13. Chang TI, Park H, Kim DW, Jeon EK, Rhee CM, Kalantar-Zadeh K, et al. Polypharmacy, hospitalization, and mortality risk: a nationwide cohort study. Sci Rep. 2020;10(1):18964. doi: 10.1038/s41598-020-75888-8.
14. Seixas BV, Freitas GR. Polypharmacy among older Brazilians: prevalence, factors associated, and sociodemographic disparities (ELSI-Brazil). Pharm Pract (Granada). 2021;19(1):2168. doi: 10.18549/PharmPract.2021.1.2168
15. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2052–81. doi: 10.1111/jgs.18372.
16. Zhao Y, Wang J, Zhu X, Zhang X, Zhang Y, Zhang W, et al. Multimorbidity and polypharmacy in hospitalized older patients: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2023;23(1):423. doi: 10.1186/s12877-023-04109-4.
17. Young EH, Pan S, Yap AG, Reveles KR, Bhakta K. Polypharmacy prevalence in older adults seen in United States physician offices from 2009 to 2016. PLoS One. 2021;16(8):e0255642. doi: 10.1371/journal.pone.0255642.
18. Cross AJ, Villani ER, Jadczak AD, Pitkälä K, Hamada S, Zhao M, et al. Prevalence of strong anticholinergic use in residents with and without cognitive impairment and frailty: Analysis from 106 nursing homes in 12 Asia-Pacific and European countries. Arch Gerontol Geriatr. 2025;128:105636. doi: 10.1016/j.archger.2024.105636.
19. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy: technical report. Geneva: World Health Organization; 2019.