

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ปัญหาจากการรักษาด้วยยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์
- ส่วนที่ 3 ความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่
สเตียรอยด์ชนิด COX-2 inhibitors



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2546 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ.2547 ในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับ NSAIDs และมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 467 คน เป็นเพศชาย 147 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.5 และเพศหญิง 320 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.5 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 51.8 ± 14.1 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 86 ปี ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 45-54 ปีมากที่สุด จำนวน 119 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.5 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 55-64 ปี ร้อยละ 23.8 เมื่อแบ่งจำนวนผู้ป่วยตามกลุ่มยาที่ได้รับพบว่า (1) กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs มีจำนวน 286 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.2 ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว 271 ราย และผู้ที่ได้รับแอสไพรินเพื่อป้องกันการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือดร่วมกับ classical NSAIDs 15 ราย (2) กลุ่มที่ได้รับ specific COX-2 inhibitors มีจำนวน 159 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.1 ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ได้รับ specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว 150 ราย และผู้ที่ได้รับแอสไพรินเพื่อป้องกันการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือดร่วมกับ specific COX-2 inhibitors 9 ราย และ (3) กลุ่มที่ได้รับ selective COX-2 inhibitors มีจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวนราย (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	147 (31.5)
หญิง	320 (68.5)
อายุ (ปี)	
≤ 24	12 (2.6)
25-34	51 (10.9)
35-44	76 (16.3)
45-54	119 (25.5)
55-64	111 (23.8)
65-74	83 (17.8)
75-84	13 (2.8)
≥ 85	2 (0.4)
ค่าเฉลี่ย \pm SD.	51.8 \pm 14.1
ค่าต่ำสุด/ค่าสูงสุด	20/86

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนราย (ร้อยละ)
กลุ่มยาที่ได้รับ	
classical NSAIDs	286 (61.2)
specific COX-2 inhibitors	159 (34.1)
selective COX-2 inhibitors	22 (4.7)

เมื่อจำแนกผู้ป่วยที่ได้รับ NSAIDs ออกเป็น 6 กลุ่ม ดังตารางที่ 4.2 A คือ กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว, B คือ กลุ่มที่ได้รับยา selective COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, C คือ กลุ่มที่ได้รับยา specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, D คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก. ร่วมกับยา กลุ่ม classical NSAIDs, E คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยากลุ่ม specific COX-2 inhibitors และ F คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 300 มก.ร่วมกับยากลุ่ม classical NSAIDs พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี มีจำนวน 97 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.8 ของผู้ที่ได้รับ NSAIDs ทั้งหมด ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลการใช้ NSAIDs ในประเทศออสเตรเลีย ปี พ.ศ. 2541 ที่มีผู้ใช้ NSAIDs ในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ร้อยละ 20.0(21) เมื่อพิจารณาผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม A, B และ C ซึ่งได้ NSAIDs ชนิดเดียว พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีได้รับยากลุ่ม specific COX-2 inhibitors มากที่สุด คือ ร้อยละ 31.3 ของกลุ่ม รองลงมาคือ กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ร้อยละ 14.4 และกลุ่มที่ได้รับ specific COX-2 inhibitors ร้อยละ 13.6 ของกลุ่ม ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญข้อหนึ่งที่ทำให้มีโอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ถึงแม้ specific COX-2 inhibitors เป็นยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารน้อยกว่า classical NSAIDs และ selective COX-2 inhibitors (7) แต่การรับประทานแอสไพรินร่วมกับ specific COX-2 inhibitors ก็เป็นการลดผลดีต่อทางเดินอาหารที่จะได้จาก specific COX-2 inhibitors จึงควรมีการติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้แอสไพรินร่วมด้วยเช่นกัน

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มยาที่ได้รับ

ข้อมูล	จำนวนราย* (ร้อยละ)						รวม (ร้อยละ) (n=467)
	A (n=271)	B (n=22)	C (n=150)	D (n=12)	E (n=9)	F (n=3)	
เพศ							
ชาย	93(34.3)	7 (31.8)	41 (27.3)	4 (33.3)	2 (22.2)	-	147(31.5)
หญิง	178 (65.7)	15 (68.2)	109 (72.7)	8 (66.7)	7 (77.8)	3 (100)	320(68.5)

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มยาที่ได้รับ (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนราย* (ร้อยละ)						รวม (ร้อยละ) (n=467)
	A (n=271)	B (n=22)	C (n=150)	D (n=12)	E (n=9)	F (n=3)	
อายุ (ปี)							
20-24	12(4.4)	-	-	-	-	-	12 (2.6)
25-34	37 (13.7)	6 (27.3)	7 (4.7)	1 (8.3)	-	-	51 (10.9)
35-44	50 (18.5)	5 (22.7)	21 (14.0)	-	-	-	76 (16.3)
45-54	67 (24.7)	8 (36.4)	38 (25.3)	4 (33.3)	-	2 (66.7)	119 (25.5)
55-64	65 (24.0)	-	37 (24.7)	3 (25.0)	5 (55.6)	1 (33.3)	111 (23.8)
65-74	36 (13.2)	3 (13.6)	38 (25.3)	3 (25.0)	3 (33.3)	-	83 (17.8)
75-84	3 (1.1)	-	8 (5.3)	1 (8.3)	1 (11.1)	-	13 (2.8)
≥ 85	1 (0.4)	-	1 (0.7)	-	-	-	2 (0.4)
ค่าเฉลี่ย ± SD	49.2±14.0	42.6±13.4	56.4±13.1	57.6±12.5	65.0± 8.9	52± 7.2	51.8±14.1
ค่าต่ำสุด/ค่าสูงสุด	20/86	25/70	25/86	22/76	55/84	46/60	20/86
-อายุ < 65 ปี	232 (85.6)	19 (86.4)	103 (68.7)	8 (66.7)	5 (55.6)	3 (100)	370 (79.2)
-อายุ ≥ 65 ปี	39 (14.4)	3 (13.6)	47 (31.3)	4 (33.3)	4 (44.4)	-	97(20.8)

* A คือ กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว, B คือ กลุ่มที่ได้รับยา selective COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, C คือ กลุ่มที่ได้รับยา specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, D คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม classical NSAIDs, E คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยากกลุ่ม specific COX-2 inhibitors, F คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 300 มก.ร่วมกับยากกลุ่ม classical NSAIDs

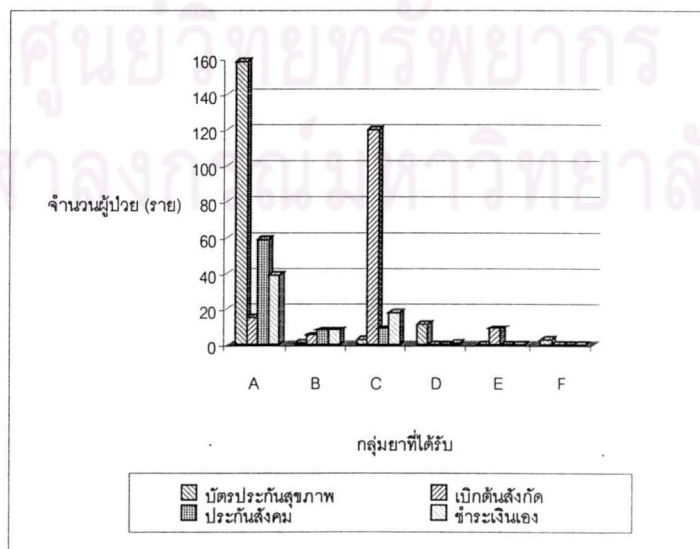
เมื่อพิจารณาสีทธิการรักษของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด จำนวน 176 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาคือใช้สิทธิการรักษาแบบเบิกต้นสังกัด 149 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.9 และใช้สิทธิประกันสังคม 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.3 ดังแสดงในตารางที่ 4.3 และรูปที่ 4.1 เมื่อแบ่งสิทธิการรักษาตามกลุ่ม NSAIDs พบว่าในกลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว 271 คน เป็นผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด คือ 158 ราย (ร้อยละ 58.3) รองลงมาคือใช้สิทธิประกันสังคม และชำระเงินเอง 59 ราย (ร้อยละ 21.8) และ 39 ราย(ร้อยละ 14.4) ตามลำดับ ส่วนผู้ที่ใช้สิทธิเบิกต้นสังกัดมีจำนวนน้อยที่สุด คือ 15 ราย (ร้อยละ 5.5) ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับ specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียวทั้งหมด 150 คน เป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกต้นสังกัดมากที่สุด คือ 120 ราย (ร้อยละ 80.0) และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนน้อยที่สุด คือ 3 ราย (ร้อยละ 2.0) ส่วนกลุ่มที่ได้รับ selective COX-2 inhibitors ทั้งหมด 22 รายเป็นผู้ป่วยมีสิทธิประกันสังคม และชำระเงินเองมากที่สุด จำนวน 8 รายเท่ากัน (ร้อยละ 36.4) และเป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อยที่สุด คือ 1 ราย (ร้อยละ 4.5) อาจกล่าวได้ว่าสิทธิการรักษาของ

ผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งในการพิจารณาเลือกสั่งใช้ยา NSAIDs แต่ละประเภทในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจาก specific COX-2 inhibitors เป็นยาในกลุ่มที่มีราคาแพงที่สุด และ classical NSAIDs โดยรวมมีราคาถูกกว่า NSAIDs อีก 2 กลุ่ม ยาในกลุ่ม selective COX-2 inhibitors และ specific COX-2 inhibitors เป็นยาที่มีมูลค่าสูง จัดอยู่ในยาบัญชีพิเศษของโรงพยาบาล ซึ่งในการสั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องได้รับการยืนยันสั่งใช้ยาจากแพทย์ในใบสั่งยาด้วยว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาในกลุ่ม COX-2 inhibitors ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาอื่นๆ แพทย์สามารถสั่งจ่ายยาได้ตามปกติ ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการสั่งใช้ยา COX-2 inhibitors ในผู้ที่มีสิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อยกว่าใน classical NSAIDs

ตารางที่ 4.3 สิทธิการรักษาของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวนราย* (ร้อยละ)						รวม (ร้อยละ) (n=467)
	A (n=271)	B (n=22)	C (n=150)	D (n=12)	E (n=9)	F (n=3)	
สิทธิการรักษา							
-บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	158 (58.3)	1 (4.5)	3 (2.0)	11 (91.7)	-	3(100)	176 (37.7)
-เบิกต้นสังกัด	15 (5.5)	5 (22.7)	120(80.0)	-	9 (100)	-	149 (31.9)
-ประกันสังคม	59 (21.8)	8 (36.4)	9 (6.0)	-	-	-	76 (16.3)
-ชำระเงินเอง	39 (14.4)	8 (36.4)	18 (12.0)	1 (8.3)	-	-	66 (14.1)

* A คือ กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว, B คือ กลุ่มที่ได้รับยา selective COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, C คือ กลุ่มที่ได้รับยา specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, D คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม classical NSAIDs, E คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม specific COX-2 inhibitors, F คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 300 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม classical NSAIDs



รูปที่ 4.1 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามสิทธิการรักษา

เมื่อพิจารณากลุ่มแพทย์ที่สั่งใช้ NSAIDs พบว่าแพทย์กลุ่มศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์เป็นผู้สั่งใช้ NSAIDs มากที่สุด คือ สั่งใช้ในผู้ป่วย 348 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเป็นกลุ่มแพทย์ที่สั่งใช้ยามากที่สุดในผู้ป่วยที่ได้ NSAIDs ทั้ง 6 กลุ่ม (A-F) ดังแสดงในตารางที่ 4.4 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีอาการเกี่ยวกับข้อ กระดูก และกล้ามเนื้ออักเสบ จะได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ออร์โธปิดิกส์เป็นส่วนใหญ่ ซึ่ง NSAIDs มีข้อบ่งใช้สำหรับรักษาอาการดังกล่าว

ตารางที่ 4.4 กลุ่มแพทย์ที่สั่งใช้ NSAIDs

ข้อมูล	จำนวนราย* (ร้อยละ)						รวม (ร้อยละ) (n=467)
	A (n=271)	B (n=22)	C (n=150)	D (n=12)	E (n=9)	F (n=3)	
กลุ่มแพทย์							
-ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์	186 (68.6)	17 (77.3)	129 (86.0)	9 (75.0)	5 (55.6)	2 (66.7)	348 (74.5)
-เวชกรรมฟื้นฟู	28 (10.3)	3 (13.6)	4 (2.7)	2 (16.7)	-	-	37 (7.9)
-อายุรกรรม	10 (3.7)	-	10 (6.7)	-	4 (44.4)	1 (33.3)	25 (5.4)
-ศัลยกรรมทั่วไป	13 (4.8)	-	2 (1.3)	1 (8.3)	-	-	16 (3.4)
-อื่นๆ**	34 (12.6)	2 (9.1)	5 (3.3)	-	-	-	41 (8.8)

* A คือ กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว, B คือ กลุ่มที่ได้รับยา selective COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, C คือ กลุ่มที่ได้รับยา specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, D คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม classical NSAIDs, E คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยากกลุ่ม specific COX-2 inhibitors, F คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 300 มก.ร่วมกับยากกลุ่ม classical NSAIDs, ** กลุ่มแพทย์อื่นๆ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป สูติรีแพทย์

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยได้รับยา NSAIDs เพื่อบรรเทาปวดในโรคข้อเสื่อมมากที่สุด 120 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.7 รองลงมาคือ อาการปวดกล้ามเนื้อ 53 ราย (ร้อยละ 11.3) และกล้ามเนื้อฉีก 52 ราย (ร้อยละ 11.1) ในการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเสื่อมมีอายุเฉลี่ย 59.4 ± 9.62 ปี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ankarath และคณะ (2003) ที่พบว่า NSAIDs นิยมใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดและอักเสบในโรคข้อเสื่อมอย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุ(24) ผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม classical NSAIDs ชนิดเดียวได้รับการสั่งใช้ยาสำหรับโรคข้อเสื่อมมากที่สุดเช่นกันจำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.5 ของกลุ่ม รองลงมาคือ ปวดกล้ามเนื้อ 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.1 ของกลุ่ม ส่วนผู้ที่ได้รับยาในกลุ่ม selective COX-2 inhibitors ทั้งหมด 22 ราย ได้รับการสั่งใช้ยาสำหรับอาการกล้ามเนื้อฉีกมากที่สุด 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.7 ของกลุ่ม รองลงมาคืออาการเอ็นกล้ามเนื้ออักเสบร้อยละ 13.6 และกลุ่มที่ได้รับ specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียวได้รับการสั่งใช้ยาสำหรับโรคข้อเสื่อมมากที่สุด 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.3 รองลงมาคืออาการกล้ามเนื้อฉีก

22 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.7 โรคหรืออาการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยใช้ NSAIDs ในการศึกษาครั้งนี้ แสดงดังตารางที่ 4.5 โดยแบ่งตามกลุ่มยา NSAIDs ที่ผู้ป่วยได้รับ

ตารางที่ 4.5 โรคหรืออาการที่จำเป็นต้องใช้ NSAIDs

โรค/อาการที่เป็น	จำนวนราย* (ร้อยละ)						รวม (ร้อยละ) (n=467)
	A (n=271)	B (n=22)	C (n=150)	D (n=12)	E (n=9)	F (n=3)	
ข้อเสื่อม	69 (25.5)	1 (4.6)	41 (27.3)	3 (25.0)	6 (66.7)	-	120(25.7)
ปวดกล้ามเนื้อ (muscle pain)	41 (15.1)	1 (4.6)	9 (6.0)	1 (8.3)	-	1 (33.3)	53 (11.3)
กล้ามเนื้อฉีก (muscle strain)	23 (8.5)	5 (22.7)	22 (14.7)	1 (8.3)	1 (11.1)	-	52 (11.1)
ปวดหลัง	24 (8.9)	1 (4.6)	8 (5.3)	-	1 (11.1)	-	34 (7.3)
เอ็นกล้ามเนื้ออักเสบ	13 (4.8)	3 (13.6)	11 (7.3)	2 (16.7)	-	-	29 (6.2)
กระดูกสันหลังเสื่อม	12 (4.4)	-	10 (6.7)	1 (8.3)	1 (11.1)	-	24 (5.1)
กระดูกสันหลังหดแคบ (spinal stenosis)	7 (2.6)	-	6 (4.0)	2 (16.7)	-	-	15 (3.2)
กล้ามเนื้ออักเสบ (inflammatory)	10 (3.7)	1 (4.6)	2 (1.3)	1 (8.3)	-	1 (33.3)	15 (3.2)
ข้ออักเสบรูมาทอยด์	8 (3.0)	-	-	-	-	1 (33.3)	9 (1.9)
เกาต์	2 (0.7)	-	4 (2.7)	-	-	-	6 (1.3)
อื่นๆ	2 (22.9)	10 (45.5)	37 (24.7)	1 (8.3)	-	-	110(23.6)

* A คือ กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว, B คือ กลุ่มที่ได้รับยา selective COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, C คือ กลุ่มที่ได้รับยา specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, D คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม classical NSAIDs, E คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม specific COX-2 inhibitors, F คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 300 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม classical NSAIDs

** ได้แก่ ปวดศีรษะ ไมเกรน ปวดประจำเดือน ปวดและอักเสบตามกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย

ผู้ที่รับประทาน NSAIDs บางรายมีโรคอื่นร่วมด้วย ซึ่ง NSAIDs ที่ได้รับอาจเกิดอันตรกิริยากับยาที่รักษาโรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย ในศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมด้วย 220 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.1 ของผู้ป่วยทั้งหมด เมื่อพิจารณาผู้ป่วยกลุ่ม A, B และ C ซึ่งได้รับ NSAIDs ชนิดเดียว พบว่า กลุ่มที่ได้รับ specific COX-2 inhibitors มีโรคอื่นที่เป็นร่วมด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.7 รองลงมาคือ classical NSAIDs ร้อยละ 39.1 ของกลุ่ม และ กลุ่มที่ได้รับ selective COX-2 inhibitors ร้อยละ 22.7 ของกลุ่ม ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามโรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย

ข้อมูล	จำนวนราย* (ร้อยละ)						รวม (ร้อยละ) (n=467)
	A (n=271)	B (n=22)	C (n=150)	D (n=12)	E (n=9)	F (n=3)	
ไม่พบโรคอื่นที่เป็นร่วม	165 (60.9)	17 (77.3)	62 (41.3)	2 (16.7)	-	1 (33.3)	247 (52.9)
มีโรคอื่นที่เป็นร่วม	106 (39.1)	5 (22.7)	88 (58.7)	10 (83.3)	9 (100)	2 (66.7)	220 (47.1)

* A คือ กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว, B คือ กลุ่มที่ได้รับยา selective COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, C คือ กลุ่มที่ได้รับยา specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, D คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม classical NSAIDs, E คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยากกลุ่ม specific COX-2 inhibitors, F คือ ผู้ที่ได้รับแอสไพริน 300 มก.ร่วมกับยากกลุ่ม classical NSAIDs

โรคอื่นที่ผู้ป่วยเป็นร่วมด้วยมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 48.2 ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมด้วย เมื่อพิจารณาผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม A, B และ C พบว่า ในจำนวนนี้ได้รับ selective COX-2 inhibitors มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับ specific COX-2 inhibitors ร้อยละ 47.7 และกลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ร้อยละ 43.4 โรคอื่นที่พบด้วยรองลงมาคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง 54 ราย (ร้อยละ 24.5) โรคหัวใจและหลอดเลือด 44 ราย (ร้อยละ 20.0) และเบาหวาน 38 ราย(ร้อยละ 17.3) ดังตารางที่ 4.7 ซึ่งผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมด้วยและจำเป็นต้องใช้ NSAIDs เหล่านี้อาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทำให้โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วมด้วยมีอาการรุนแรงขึ้น เช่น มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น มีการทำงานของไตลดลง เป็นต้น ซึ่งอาการอาจรุนแรงขึ้นจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้(10,17,33) ดังนั้นจึงควรมีการติดตามการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นระยะ แต่ในการศึกษานี้ไม่พบอันตรกิริยาระหว่างยาที่ทำให้โรคของผู้ป่วยมีความรุนแรงขึ้น

ตารางที่ 4.7 โรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย

ข้อมูล	จำนวนราย* (ร้อยละ)						รวม (ร้อยละ) (n=220)	รวม (ร้อยละ) (n=467)
	A (n=106)	B (n=5)	C (n=88)	D (n=10)	E (n=9)	F (n=2)		
-ความดันโลหิตสูง	46 (43.4)	4 (80.0)	42 (47.7)	7 (70.0)	7 (77.8)	-	106 (48.2)	106 (22.7)
-ภาวะไขมันสูงในเลือด	15 (14.2)	-	30 (34.1)	2 (20.0)	7 (77.8)	-	54 (24.5)	54 (11.6)
-โรคหัวใจและหลอดเลือด	19 (17.9)	-	15 (17.0)	3 (30.0)	5 (55.6)	2 (100)	44 (20.0)	44 (9.4)
-เบาหวาน	19 (17.9)	-	12 (13.6)	5 (50.0)	2 (22.2)	-	38 (17.3)	38 (8.1)

ตารางที่ 4.7 โรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนราย* (ร้อยละ)						รวม (ร้อยละ) (n=220)	รวม (ร้อยละ) (n=467)
	A (n=106)	B (n=5)	C (n=88)	D (n=10)	E (n=9)	F (n=2)		
-แผลในทางเดินอาหาร	6 (5.7)	1 (20.0)	13 (14.8)	-	1 (11.1)	-	21 (9.6)	21 (4.5)
-โรคหืด	5 (4.7)	-	4 (4.6)	-	-	-	9 (4.1)	9 (1.9)
-SLE (โรคแพ้ภูมิตนเอง)	1 (0.9)	-	-	-	-	-	1 (0.5)	1 (0.2)

* A คือ กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว, B คือ กลุ่มที่ได้รับยา selective COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, C คือ กลุ่มที่ได้รับยา specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, D คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม classical NSAIDs, E คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม specific COX-2 inhibitors, F คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 300 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม classical NSAIDs

** โรคอื่นที่เป็นร่วมด้วยพิจารณาเฉพาะโรคที่การใช้ NSAIDs อาจเกิดอันตรกิริยากับยาที่รักษาโรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย ผู้ป่วยบางรายอาจมีโรคอื่นร่วมด้วยมากกว่า 1 โรค ทำให้จำนวนผู้ป่วยรวมที่จำแนกตามโรคที่เป็นมากกว่าจำนวนผู้ป่วยจริง และจำนวนร้อยละคิดจากคอลัมน์เปอร์เซ็นต์ (column %)

จากผู้ป่วยทั้งหมด 467 คน พบว่ามีผู้ที่ได้รับ NSAIDs เพียงชนิดเดียว 443 คน ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว 271 คน กลุ่มที่ได้รับยา selective COX-2 inhibitors ชนิดเดียว จำนวน 22 คน และกลุ่มที่ได้รับยา specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว จำนวน 150 คน และมีผู้ได้รับ NSAIDs ร่วมกัน 2 ชนิด 24 คน ได้แก่ ผู้ที่ได้แอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม specific COX-2 inhibitors 9 คน ผู้ที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม classical NSAIDs 12 คน และผู้ที่ได้รับแอสไพริน 300 มก.ร่วมกับยา กลุ่ม classical NSAIDs 3 คน แต่เมื่อนับจำนวนครั้งของ NSAIDs แต่ละกลุ่มที่มีการสั่งใช้รวมกันจะได้ทั้งหมด 491 ครั้ง โดยนับจำนวนครั้งของการสั่งใช้ยา ดังนี้ ผู้ป่วย 1 คนที่ได้แอสไพรินร่วมกับ specific COX-2 inhibitors คิดเป็นการสั่งใช้ยาในกลุ่ม classical NSAIDs 1 ครั้งและกลุ่ม specific COX-2 inhibitors 1 ครั้ง ผู้ป่วย 1 คนที่ได้แอสไพรินร่วมกับ classical NSAIDs คิดเป็นการสั่งใช้ยาในกลุ่ม classical NSAIDs 2 ครั้ง ดังนั้นจำนวนครั้งของชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับจึงมากกว่าจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด โดยแสดงรายละเอียดตามชนิดของยาดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนครั้งของชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ชนิดยา	จำนวนครั้ง	ร้อยละของ NSAIDs ทั้งหมด	ร้อยละของกลุ่มยา
classical NSAIDs			
ไดโคลฟีแนค 25 มก.	173	35.2	55.8
นาพรอกเซน 250 มก.	57	11.6	18.4
ไอบูโพรเฟน 400 มก.	39	7.9	12.6
แอสไพริน 60 มก.	21	4.3	6.8
อินโดเมทาซิน 25 มก.	8	1.6	2.6
แอสไพริน 300 มก.	6	1.2	1.9
มีเฟนามิค แอซิด 250 มก.	3	0.1	1.0
ไพรออกซิแคม 10 มก.	3	0.1	1.0
รวม	310	63.1	100
Selective COX-2 inhibitors			
เมลออกซิแคม 7.5 มก.	22	4.5	100
รวม	22	4.5	100
Specific COX-2 inhibitors			
เซเลคอกซิบ 200 มก.	104	21.2	65.4
โรเฟคอกซิบ 25 มก.	55	11.2	34.6
รวม	159	32.4	100
รวม	491	100	

ยาในกลุ่ม classical NSAIDs มีการสั่งใช้มากที่สุด คือ 310 ครั้ง (ร้อยละ 63.1) รองลงมาคือ ยาในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors 159 ครั้ง (ร้อยละ 32.4) และ selective COX-2 inhibitors 22 ครั้ง (ร้อยละ 4.5) โดยยาในกลุ่มหลังสุดนี้มีเมลออกซิแคมเพียงรายการเดียวที่อยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ยาในกลุ่ม classical NSAIDs ที่แพทย์สั่งจ่ายมากที่สุด คือ ไดโคลฟีแนค 173 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.8 ของกลุ่ม รองลงมาคือ นาพรอกเซน ร้อยละ 18.4 ของกลุ่ม และไอบูโพรเฟน ร้อยละ 12.6 ของกลุ่ม ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของอรรพรรณ เกตุเจริญ และคณะ (71) ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2539 และมนฤดี โพชนุกูล(72) ที่โรงพยาบาลราชวิถี ในปี พ.ศ. 2542 ที่พบว่า NSAIDs ชนิดรับประทานที่แพทย์สั่งใช้มากที่สุดคือ ไอบูโพรเฟน และไนเมซูลิด ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างในการเลือกชนิดยาของแพทย์ในแต่ละโรงพยาบาล และชนิดของยา NSAIDs ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล ณ เวลานั้น และไอบูโพรเฟนเป็น

classical NSAIDs ที่มีอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับยาในกลุ่มเดียวกัน และ specific COX-2 inhibitors ยังไม่มีจำหน่ายแพร่หลายในเวลานั้น ส่วนยาในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors ในการศึกษานี้แพทย์สั่งจ่ายเซเลคอกซิบ 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.4 ของกลุ่ม มากกว่าโรเฟคอกซิบที่มีการสั่งจ่ายในผู้ป่วย 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.6 ของกลุ่ม อาจเนื่องมาจากโรเฟคอกซิบเป็นยาที่มีราคาแพงกว่าเซเลคอกซิบ (ราคาของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเท่ากับ 35 บาท และ 30 บาท ตามลำดับ) และแพทย์บางรายสั่งใช้โรเฟคอกซิบเมื่อผู้ป่วยมีประวัติแพ้ซัลฟา ซึ่งเป็นข้อห้ามใช้ของเซเลคอกซิบ รวมทั้งโรเฟคอกซิบเป็นยาที่เพิ่งนำเข้ามาบัญชีโรงพยาบาล ปี 2546 จึงอาจจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีการสั่งใช้โรเฟคอกซิบน้อยกว่า

สำหรับวิธีใช้ NSAIDs แต่ละกลุ่ม และจำนวนรายของผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาตลอดจนข้อบ่งใช้ แสดงในตารางที่ 4.9, 4.10 และ 4.11 นั้น ข้อมูลในส่วนข้อบ่งใช้ของยาจะนำเสนอเฉพาะข้อบ่งใช้สูงสุด 3 อันดับแรกของยาแต่ละชนิดในการศึกษานี้เท่านั้น ดังนั้นเมื่อรวมจำนวนผู้ป่วยตามข้อบ่งใช้ที่ได้รับยาแต่ละชนิดจึงน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้งหมด

เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับข้อบ่งใช้และวิธีการใช้ยาจำแนกตามชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับในกลุ่ม classical NSAIDs พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวิธีการใช้ยา และขนาดยาที่รับประทานอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดตาม AHFS drug information 2003(26) (รายละเอียดตามภาคผนวก ก) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ข้อบ่งใช้และวิธีการใช้ยาจำแนกตามชนิดยาในกลุ่ม classical NSAIDs ที่ผู้ป่วยได้รับ

ชนิดยา	ข้อบ่งใช้	วิธีใช้ยา ^b						รวม (ร้อยละ)
		จำนวนราย (ร้อยละ)						
		1x1	1x2	1x3	2x1	2x2	2x3	
แอสไพริน 60 มก.	- ป้องกันการรวมกลุ่ม ของเกล็ดเลือด	12 (57.1)	-	-	9 (42.9)	-	-	21 (100)
แอสไพริน 300 มก.	- ป้องกันการรวมกลุ่ม ของเกล็ดเลือด	6 (100)	-	-	-	-	-	6 (100)
โดโคลทีแนค 25 มก.	- ข้อเสื่อม	1 (2.0)	5 (10.2)	43 (87.8)	-	-	-	49 (100)
	- ปวดกล้ามเนื้อ	-	3 (13.6)	19 (86.4)	-	-	-	22 (100)
	- กล้ามเนื้อล้า	-	2 (12.5)	14 (87.5)	-	-	-	16 (100)
ไอบูโพรเฟน 400 มก.	- ปวดกล้ามเนื้อ	-	2 (16.7)	10 (83.3)	-	-	-	12 (100)
	- กล้ามเนื้ออักเสบ	-	2 (25.0)	6 (75.0)	-	-	-	8 (100)
	- ข้อเสื่อม	-	1 (16.7)	5 (83.3)	-	-	-	6 (100)

ตารางที่ 4.9 ข้อบ่งใช้และวิธีการใช้ยาจำแนกตามชนิดยาในกลุ่ม classical NSAIDs ที่ผู้ป่วยได้รับ(ต่อ)

ชนิดยา	ข้อบ่งใช้ ^a	วิธีใช้ยา ^b						รวม (ร้อยละ)
		จำนวนราย (ร้อยละ)						
		1x1	1x2	1x3	2x1	2x2	2x3	
อินโดเมทาซิน 25 มก.	- ข้อเสื่อม	-	-	2 (100)	-	-	-	2 (100)
	- ข้ออักเสบ รูมาทอยด์	-	1 (50.0)	1 (50.0)	-	-	-	2 (100)
	- ปวดหลัง	-	-	1 (100)	-	-	-	1(100)
มีเฟนามิค แอซิด 250 มก.	- ปวดกล้ามเนื้อ	-	-	-	-	-	1 (100)	1 (100)
	- ปวดประจำเดือน	-	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)
	- ปวดบริเวณข้อมือ	-	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)
นาพรอกเซน 250 มก.	- ข้อเสื่อม	-	7 (46.7)	8 (53.3)	-	-	-	15 (100)
	- ปวดกล้ามเนื้อ	-	3 (42.9)	3 (42.9)	-	1 (14.2)	-	7 (100)
	- กล้ามเนื้อล้า	-	1 (16.7)	5 (83.3)	-	-	-	6 (100)
ไพโรกซิแคม 10 มก.	- ปวดกล้ามเนื้อ	-	1 (100)	-	-	-	-	1 (100)
	- กล้ามเนื้ออักเสบ	-	1 (100)	-	-	-	-	1 (100)
	- ปวดและอักเสบ บริเวณสันเท้า	-	1 (100)	-	-	-	-	1 (100)

a : กรณีที่ยาชนิดใดชนิดหนึ่งมีข้อบ่งใช้มากกว่า 3 อย่าง จะแสดงวิธีการใช้ยาเฉพาะข้อบ่งใช้ที่ใช้มาก 3 อันดับแรกของยาแต่ละชนิดเท่านั้น

b : 1x1 คือ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง, 1x2 คือ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง, 1x3 คือ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง, 2x1 คือ รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง, 2x2 คือ รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง, 2x3 คือ รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับ classical NSAIDs มีวิธีการใช้ยา และขนาดยาที่รับประทานตามเกณฑ์ของขนาดยาที่แนะนำ(22,26) ยกเว้นในผู้ที่ได้รับแอสไพริน 60 มก. เพื่อป้องกันการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.1 ของกลุ่มที่ได้รับแอสไพรินขนาด 60 มก. ซึ่งขนาดยาที่ได้ต่ำกว่าที่มีการศึกษาไว้ คือ 75-325 มก.ต่อวัน จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีรายงานการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แอสไพรินขนาด 60 มก.เพื่อป้องกันการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือดในผู้ป่วยคนไทยหรือต่างประเทศ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนนี้ต่อไป ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับไดโคลฟีแนค ทั้งหมดจำนวน 49 ราย ได้รับการสั่งใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดและอักเสบในโรคข้อเสื่อมในขนาด 25-75 มก.ต่อวัน ซึ่งต่ำกว่าที่กำหนดไว้คือ 100-150 มก.ต่อวัน(22,26) ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรคข้อเสื่อมเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการปวดเป็นครั้งคราว ไม่จำเป็นต้องได้ยาติดต่อกันนาน การใช้ NSAIDs เพื่อบรรเทาอาการข้อเสื่อม จึงควรใช้ขนาดยาต่ำสุดที่ให้ผลการรักษา เพื่อลดโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา(76) ดังนั้นแพทย์จึงอาจใช้ยาในขนาดดังกล่าวเพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวในโรคข้อเสื่อม โดยขนาดยาที่บรรเทาอาการปวดมีขนาดใช้ยาเริ่มต้น 50 มก. และหากยังมีอาการปวดต่อเนื่องให้รับประทานซ้ำทุก 8 ชม. (ไม่ควรเกิน 150 มก.ต่อวัน)(22,26) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้

พบว่าเมื่อรับประทานยาไดโคลฟีแนคในขนาดดังกล่าวก็สามารถควบคุมอาการปวดได้ดี ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการเพิ่มขนาดยาหากมีอาการของโรคมากขึ้น หรือมาพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับข้อบ่งใช้และวิธีการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม selective COX-2 inhibitors พบว่าผู้ที่ได้รับเมลอคซิแคมทั้ง 22 ราย ได้รับยาในขนาดที่แนะนำไว้คือ 7.5-15 มก.ต่อวัน(22,26) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยได้รับยาเมลอคซิแคมในขนาด 7.5 มก.ต่อวันเพื่อบรรเทาอาการปวด อักเสบของกล้ามเนื้อ ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ข้อบ่งใช้และวิธีการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับ selective COX-2 inhibitors

ชนิดยา	ข้อบ่งใช้ ^a	วิธีใช้ยา ^b		รวม ราย (ร้อยละ)
		จำนวนราย (ร้อยละ)		
		1x1	1x2	
เมลอคซิแคม 7.5 มก.	- กล้ามเนื้อล้า	4 (80.0)	1 (20.0)	5 (100)
	- ปวดบริเวณต้นคอ	3 (75.0)	1 (25.0)	4 (100)
	- เอ็นกล้ามเนื้ออักเสบ	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100)

a : กรณีที่ยามีข้อบ่งใช้มากกว่า 3 อย่าง จะแสดงวิธีการใช้ยาเฉพาะข้อบ่งใช้ที่ใช้มาก 3 อันดับแรกของยาเท่านั้น

b : 1x1 คือ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง, 1x2 คือ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับข้อบ่งใช้และวิธีการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับเซเลคอกซิบได้รับการสั่งให้ยาอยู่ในช่วง 200-400 มก. ต่อวัน ซึ่งเป็นไปตามขนาดยาที่แนะนำ(22,26) ขนาดให้ยาในโรคข้อเสื่อมและอาการปวด โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้ 200 มก. วันละครั้ง อาจเพิ่มขนาดยาได้แต่ต้องไม่เกิน 400 มก.ต่อวัน ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมได้รับเซเลคอกซิบ 200 มก.วันละครั้ง 28 ราย (ร้อยละ 82.4) และอีก 6 รายได้รับเซเลคอกซิบขนาด 200 มก.วันละ 2 ครั้ง ซึ่งเป็นขนาดยาสูงสุดที่แนะนำต่อวัน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดเข้าจากโรคข้อเสื่อมมาก แพทย์จึงให้ผู้ป่วยรับประทานยาในขนาด 200 มก.วันละ 2 ครั้ง แต่แพทย์ได้แนะนำผู้ป่วยว่าหากมีอาการปวดลดลงให้รับประทานเซเลคอกซิบครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับโรเฟคอกซิบทุกรายมีขนาดให้ยาอยู่ในช่วง 12.5-25 มก.ต่อวัน ซึ่งเป็นไปตามขนาดยาที่แนะนำเช่นกัน(22,26) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ข้อบ่งใช้และวิธีการใช้ยาจำแนกตามชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors

ชนิดยา	ข้อบ่งใช้ ^a	วิธีใช้ยา ^b			รวม (ร้อยละ)
		จำนวนราย (ร้อยละ)			
		½x1	1x1	1x2	
เซเลคอกซิบ 200 มก.	- ข้อเสียม	-	28 (82.4)	6 (17.6)	34 (100)
	- กล้ามเนื้อล้า	-	11 (61.1)	7 (38.9)	18 (100)
	- ปวดหลัง	-	6 (85.7)	1 (14.3)	7 (100)
โรเฟคอกซิบ 25 มก.	- ข้อเสียม	2 (15.4)	11 (84.6)	-	13 (100)
	- กระดูกสันหลังเสียม	-	6 (100)	-	6 (100)
	- เอ็นกล้ามเนื้ออักเสบ	1 (16.7)	5 (83.3)	-	6 (100)

a : กรณีที่ยาชนิดใดชนิดหนึ่งมีข้อบ่งใช้มากกว่า 3 อย่าง จะแสดงวิธีการใช้ยาเฉพาะข้อบ่งใช้ที่ใช้มาก 3 อันดับแรกของยาแต่ละชนิดเท่านั้น

b : 1/2x1 คือ รับประทานครั้งละครึ่งเม็ด วันละ 1 ครั้ง, 1x1 คือ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง และ 1x2 คือ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง

ยาอื่นที่ใช้ร่วมกับ NSAIDs ในการศึกษานี้พิจารณาเฉพาะยาที่ใช้ร่วมเพื่อบรรเทาหรือรักษาโรคที่จำเป็นต้องใช้ NSAIDs เท่านั้น เช่น ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาทาบรรเทาปวดและอักเสบอื่นๆ ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาอื่นร่วมกับ NSAIDs กลุ่มต่างๆ มีทั้งหมด 406 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.9 ของผู้ป่วยทั้งหมด พบว่าผู้ป่วยทุกรายในกลุ่มที่ได้รับ selective COX-2 inhibitors (กลุ่ม B) และกลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับ classical NSAIDs (กลุ่ม D) ได้รับยาอื่นที่ใช้ร่วม ส่วนกลุ่มที่ได้รับ specific COX-2 inhibitors (กลุ่ม C) และ classical NSAIDs (กลุ่ม A) ได้รับยาอื่นร่วม คิดเป็นร้อยละ 87.3 และร้อยละ 86.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาอื่นร่วมกับ NSAIDs

ข้อมูล	จำนวนราย*						รวม (ร้อยละ) (n=467)
	A (n=271)	B (n=22)	C (n=150)	D (n=12)	E (n=9)	F (n=3)	
ไม่ได้รับการสั่งใช้ยาอื่น	36 (13.3)	-	19 (12.7)	-	5 (55.6)	1 (33.3)	61(13.1)
ได้รับการสั่งใช้ยาอื่น**	235 (86.7)	22(100)	131(87.3)	12(100)	4(44.4)	2(66.7)	406(86.9)

* A คือ กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว, B คือ กลุ่มที่ได้รับยา selective COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, C คือ กลุ่มที่ได้รับยา specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, D คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยาในกลุ่ม classical NSAIDs, E คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยาในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors, F คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 300 มก.ร่วมกับยาในกลุ่ม classical NSAIDs

** ยาอื่นที่ใช้ร่วมกับ NSAIDs จะพิจารณาเฉพาะยาที่ใช้ร่วมเพื่อบรรเทาหรือรักษาโรคที่จำเป็นต้องใช้ NSAIDs เท่านั้น

ผู้ป่วย 1 รายอาจได้รับยาอื่นที่ใช้ร่วมกับ NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด ดังนั้นจำนวนครั้งรวมของการสั่งใช้ยาอื่นร่วมด้วยจึงเท่ากับ 698 ครั้ง มากกว่าจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด พบว่ามีการสั่งใช้ โทลเพอริโซน (tolperisone) ซึ่งเป็นยาคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxant) ร่วมด้วยมากที่สุด 224 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 32.1 ของจำนวนครั้งที่มีการสั่งใช้ยาอื่นร่วมด้วยทั้งหมด รองลงมาคือ ไพรอกซิแคม ชนิดเจล 120 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17.2 และยาทาบรรเทาปวด 106 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15.2 ดังตารางที่ 4.13 ยาอื่นที่ใช้ร่วมกับ NSAIDs ส่วนใหญ่เป็นยาที่มีข้อบ่งใช้เพื่อคลายกล้ามเนื้อ (ออร์เฟนาดรีน และโทลเพอริโซน) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดจากโรคหรืออาการที่เป็นลดลงเมื่อใช้ร่วมกับ NSAIDs รองลงมาคือยาทาสำหรับบรรเทาอาการปวดและอักเสบของกล้ามเนื้อ (ไพรอกซิแคมชนิดเจล และยาทาบรรเทาปวด) ถึงแม้ว่า NSAIDs ชนิดทาจะเป็นที่นิยมใช้ค่อนข้างมาก แต่หลักฐานที่บ่งชี้อย่างชัดเจนว่ายาสามารถบรรเทาอาการปวดได้อย่างแท้จริงนั้น ยังมีค่อนข้างน้อย กลไกในการบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้นยังไม่เป็นที่ทราบชัดเจน เนื่องจากระดับยาในกระแสเลือดที่เกิดจากการใช้ยาทาที่ผิวหนังนั้น จะต่ำกว่าระดับยาที่ได้โดยการรับประทาน (77)

ตารางที่ 4.13 จำนวนครั้งของยาอื่นที่ใช้ร่วมกับ NSAIDs

ยาอื่นที่ใช้ร่วมด้วย ^a	จำนวนครั้ง
โทลเพอริโซน 50 มก. (tolperisone)	224 (32.1)
ไพรอกซิแคม ชนิดเจล	120 (17.2)
ยาทาบรรเทาปวด (analgesic balm)	106 (15.2)
ออร์เฟนาดรีน 100 มก.(orphenadrine)	73 (10.5)
วิตามินบี 1-6-12	66 (9.5)
พาราเซตามอล 500 มก.	61 (8.7)
เมโคลบาลามิน 500 มก. (meclobalamin)	23 (3.3)
ฟลอคตาเฟนีน 200 มก. (floclofenine)	14 (2.0)
ทรามาดอล 50 มก. (tramadol)	11 (1.6)
รวม	698 (100)

a : ยาอื่นที่ใช้ร่วมกับ NSAIDs จะพิจารณาเฉพาะยาที่ใช้ร่วมเพื่อบรรเทาหรือรักษาโรคที่จำเป็นต้องใช้ NSAIDs

ยาที่ใช้ในระบบทางเดินอาหารที่สั่งใช้ร่วมกับ NSAIDs เพื่อป้องกัน รักษาแผล หรือลดกรดในทางเดินอาหารในการศึกษานี้ประกอบด้วยยา 5 ชนิด คือ รานิทิดีน โอมิพราโซล อีโซมิพราโซล ยาลดกรดชนิดเม็ด และยาลดกรดชนิดน้ำ พบว่ามีการสั่งใช้ยาเหล่านี้ร่วมกับ NSAIDs ในผู้ป่วยจำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.4 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ดังตารางที่ 4.14 และเมื่อพิจารณา

เฉพาะกลุ่มผู้ป่วย A, B และ C ซึ่งได้ NSAIDs ชนิดเดียว พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม A (ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว) ได้รับยาที่ใช้ในระบบทางเดินอาหารร่วมด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.4 ของกลุ่ม รองลงมาคือ กลุ่ม C (ได้รับ specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว) ร้อยละ 6.0 ส่วนกลุ่ม B (ได้รับ selective COX-2 inhibitors ชนิดเดียว) ไม่ได้รับยาดังกล่าวร่วมด้วยเลย

ตารางที่ 4.14 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามยาที่ใช้ในระบบทางเดินอาหารที่สั่งใช้ร่วมกับ NSAIDs

ข้อมูล	จำนวนราย* (ร้อยละ)						รวม (ร้อยละ) (n=467)
	A (n=271)	B (n=22)	C (n=150)	D (n=12)	E (n=9)	F (n=3)	
ไม่ได้รับยาอื่นร่วม	213(78.6)	22(100)	141(94.0)	9(75.0)	8(88.9)	2(66.7)	395 (84.6)
ยาอื่นที่เข้าร่วม**	58(21.4)	-	9(6.0)	3(25.0)	1(11.1)	1(33.3)	72 (15.4)

* A คือ กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว, B คือ กลุ่มที่ได้รับยา selective COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, C คือ กลุ่มที่ได้รับยา specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, D คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยาในกลุ่ม classical NSAIDs, E คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยาในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors, F คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 300 มก.ร่วมกับยาในกลุ่ม classical NSAIDs

** ยาอื่นที่สั่งใช้ร่วมเพื่อป้องกัน รักษาแผล หรือลดกรดในทางเดินอาหาร

ยาที่ใช้ในระบบทางเดินอาหารที่แพทย์สั่งใช้มากที่สุด คือ รานิทิดีน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.4 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยา ร่วม รองลงมาคือ ยาลดกรดชนิดเม็ด ร้อยละ 30.6 โอมิพราโซล และอีโซมิพราโซล ร้อยละ 6.9 ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ยาที่ใช้ในระบบทางเดินอาหารที่สั่งใช้ร่วมกับ NSAIDs

ข้อมูล	จำนวนราย* (ร้อยละ)						รวม (ร้อยละ) (n=72)
	A (n=58)	B (n=0)	C (n=9)	D (n=3)	E (n=1)	F (n=1)	
รานิทิดีน 150 มก.	33 (56.9)	-	2 (22.2)	2 (66.7)	-	-	37 (51.4)
ยาลดกรดชนิดเม็ด ^a	20 (34.5)	-	-	1 (33.3)	-	1 (100)	22 (30.6)
โอมิพราโซล 20 มก.	3 (5.2)	-	1 (11.1)	-	1 (100)	-	5 (6.9)
อีโซมิพราโซล 20 มก.	-	-	5 (55.6)	-	-	-	5 (6.9)
ยาลดกรดชนิดน้ำ ^a	2 (3.4)	-	1 (11.1)	-	-	-	3 (4.2)

* A คือ กลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียว, B คือ กลุ่มที่ได้รับยา selective COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, C คือ กลุ่มที่ได้รับยา specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว, D คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยาในกลุ่ม classical NSAIDs, E คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 60 มก.ร่วมกับยาในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors, F คือ กลุ่มที่ได้รับแอสไพริน 300 มก.ร่วมกับยาในกลุ่ม classical NSAIDs

a : ยาลดกรดชนิดเม็ดและชนิดน้ำประกอบด้วยยาอะลูมิเนียม ไฮดรอกไซด์ และแมกนีเซียม ไฮดรอกไซด์

การพิจารณาความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยาที่ใช้ในระบบทางเดินอาหารร่วมกับ NSAIDs จำเป็นต้องพิจารณาจากอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่ทำให้มีโอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหารในกลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs ชนิดเดียวได้รับการสั่งใช้ยาในระบบทางเดินอาหารร่วมด้วยทั้งหมด 58 ราย เมื่อพิจารณาความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยา พบว่ามีผู้ป่วย 19 รายที่ควรได้รับยาที่ใช้ในระบบทางเดินอาหารร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 32.8 ของกลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs โดยมีรายละเอียดดังนี้

ยาที่ใช้ในระบบทางเดินอาหารร่วมกับ classical NSAIDs มากที่สุดคือ รานิทิดีน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.9 ของกลุ่มที่ได้รับยาในระบบทางเดินอาหารร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วย 12 รายในกลุ่มนี้มีประวัติอาหารไม่ย่อย 6 ราย และมีประวัติอาการปวดท้องหรือแสบท้องหลังรับประทานยา classical NSAIDs 6 ราย ส่วนกลุ่มที่ได้รับยาลดกรดชนิดเม็ดร่วมด้วยมีจำนวน 20 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มี 5 ราย บอกว่ามีประวัติอาการปวดท้องหรือแสบท้องหลังรับประทานยา กลุ่มที่ได้รับโอเม็พราโซลร่วมด้วยมีจำนวน 3 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มี 1 รายจำเป็นต้องได้รับโอเม็พราโซลร่วมด้วยเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงคือ มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และมีโรคอื่นเป็นร่วมด้วย กลุ่มที่ได้รับยาลดกรดชนิดน้ำร่วมด้วยมีจำนวน 2 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มี 1 รายเคยมีประวัติปวดท้อง หรือแสบท้องจากการรับประทานยา NSAIDs ส่วนผู้ป่วยจำนวน 39 รายที่เหลือ คิดเป็นร้อยละ 67.2 ของกลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs จะอธิบายรายละเอียดในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการรักษาด้วยยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (ส่วนที่ 2) ต่อไป

กลุ่มที่ได้รับแอสไพรินร่วมกับ classical NSAIDs ชนิดอื่น (กลุ่ม D และ F) พบว่ายาร่วมที่ใช้ร่วมคือ รานิทิดีน และยาลดกรดชนิดเม็ดมีจำนวน 2 รายเท่ากัน ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 4 รายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลในทางเดินอาหารที่จำเป็นต้องได้รับยาไมโสพรอสทอล หรือยากกลุ่ม PPI ร่วมด้วยหรือเปลี่ยนจากการใช้ยากกลุ่ม classical NSAIDs เป็นการใช้อีกกลุ่ม COX-2 inhibitor ตามแนวทางการใช้ยาในภาคผนวก จ โดยรายละเอียดของปัญหาจากการรักษาด้วยยาเกี่ยวกับความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้อื่นที่ใช้ในระบบทางเดินอาหารร่วมกับ classical NSAIDs จะกล่าวถึงในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการรักษาด้วยยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (ส่วนที่ 2) ต่อไป

ในกลุ่มที่ได้รับ selective COX-2 inhibitors ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับยาที่ใช้ในระบบทางเดินอาหารร่วมด้วย ส่วนกลุ่มที่ได้รับ specific COX-2 inhibitors ชนิดเดียว พบว่ายาร่วมมากที่สุดคือ อีโซมิพราโซล 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.6 ของกลุ่ม รองลงมาคือ รานิทิดีน คิดเป็นร้อยละ 22.2 โอเม็พราโซล และยาลดกรดชนิดน้ำ คิดเป็นร้อยละ 11.1 เท่ากัน ดังตารางที่ 4.15 ผู้ที่

ได้รับ specific COX-2 inhibitors ร่วมกับยาที่ใช้ระบบทางเดินอาหารทั้ง 9 ราย ไม่พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคแผลในทางเดินอาหารหรือมีอาการผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร และในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่พบว่าการใช้ยาเพื่อป้องกันแผลในทางเดินอาหารร่วมกับ COX-2 inhibitors จะลดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการใช้ยาาร่วมกันดังกล่าวควรมีข้อบ่งชี้เพื่อรักษาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเท่านั้น เพื่อลดมูลค่าการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลผลของผู้ป่วยต่อไป(17)

ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม classical NSAIDs จำนวน 286 ราย (ผู้ป่วยได้รับยา classical NSAIDs ชนิดเดียว จำนวน 271 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับแอสไพรินร่วมกับ classical NSAIDs ชนิดอื่นจำนวน 15 ราย ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยรวมจึงเท่ากับ 286 ราย) พบว่าผู้ป่วย 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.4 มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหาร ดังตารางที่ 4.16 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการรับประทาน classical NSAIDs มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงแต่ละข้อจะมีโอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหารที่แตกต่างกัน(6,8,10)

ตารางที่ 4.16 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหารของกลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs

ข้อมูล	จำนวนราย (ร้อยละ)
ไม่พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหาร	182 (63.6)
พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหาร*	104 (36.4)

*ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหาร

1. มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี
2. มีประวัติแผลในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วนต้น
3. มีประวัติเป็นโรคอื่นร่วมด้วย (โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การทำงานของตับหรือไตบกพร่อง)
4. ใช้ยาอื่นร่วมด้วยที่อาจมีผลทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น สเตียรอยด์ ยาต้านเลือดแข็ง
5. จำเป็นต้องให้ NSAIDs ขนาดสูงเป็นระยะเวลานาน
6. ได้รับ NSAIDs ร่วมด้วยมากกว่า 1 ชนิด

จากผู้ป่วยจำนวน 104 ราย ที่พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหาร พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ การมีโรคอื่นร่วมด้วย 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.0 ของกลุ่มผู้ป่วยที่พบปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด รองลงมาคือ มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี 43 ราย (ร้อยละ 41.3) และได้

รับ NSAIDs ร่วมกันมากกว่า 1 ชนิด (ในการศึกษานี้ หมายถึง ได้แอสไพรินร่วมกับ NSAIDs ชนิดอื่น) 15 ราย (ร้อยละ 14.4) มีประวัติแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น 9 ราย (ร้อยละ 8.7) ใช้น้ำยาสเตียรอยด์ร่วมด้วย 3 ราย (ร้อยละ 2.9) แต่ไม่พบผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยาขนาดสูงเป็นระยะเวลานาน ดังตารางที่ 4.17 ทั้งนี้ผู้ป่วย 1 รายอาจมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ข้อ จากการศึกษาของ Hawkins และ Hanks (2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติแผลในทางเดินอาหารจะมีโอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs มากกว่าปัจจัยเสี่ยงชนิดอื่นๆ (RR 17)(6) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ McCarthy (1998) เช่นกัน (RR 9.5)(8) ดังนั้นผู้ป่วยที่มีประวัติแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กทั้ง 9 รายจึงมีโอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหารมากกว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงชนิดอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหารทั้ง 182 รายนั้น พบผู้ป่วยที่ได้รับยา NSAIDs ในขนาดปกติแต่จำเป็นต้องใช้ยาระยะเวลานาน (≥ 30 วัน) มีจำนวน 22 ราย ถึงแม้ว่าจากผลการศึกษาของ Olivero และ Graham (1992) จะพบว่าผู้ที่ใช้นานมากกว่า 1 สัปดาห์อาการไม่พึงประสงค์จากยาจะเกิดลดลง เนื่องจากกระเพาะอาหารมีการปรับตัวก็ตาม แต่ถ้าผู้ป่วยที่มีอาการต่อเนื่องหลังจากรับประทานยา 4 สัปดาห์จะมีโอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น(32) ดังนั้นจึงควรมีการติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

ตารางที่ 4.17 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหารของกลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหาร*	จำนวนราย (ร้อยละ)
1. มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี	43 (41.3)
2. มีประวัติแผลในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วนต้น	9 (8.7)
3. มีประวัติเป็นโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย (โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การทำงานของตับหรือไตบกพร่อง)	79 (76.0)
4. ใช้น้ำยาร่วมด้วยที่อาจมีผลทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น สเตียรอยด์ ยาต้านเลือดแข็ง (anti-coagulant)	3 (2.9)
5. จำเป็นต้องใช้ NSAIDs ขนาดสูงเป็นระยะเวลานาน	-
6. ได้รับ NSAIDs ร่วมด้วยมากกว่า 1 ชนิด	15 (14.4)

* ผู้ป่วยบางรายมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหารจาก NSAIDs มากกว่า 1 ข้อ ทำให้จำนวนครั้งที่พบปัจจัยเสี่ยงมากกว่าจำนวนผู้ป่วยรวมทั้งหมดเมื่อแยกตามปัจจัยเสี่ยง

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยที่ได้ classical NSAIDs ทั้งหมด 286 คน จำแนกตามจำนวนข้อของปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหารตามตารางที่ 4.18 พบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหาร จำนวน 1 ข้อมากที่สุด จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 19.9) รองลงมา

คือ มีปัจจัยเสี่ยงจำนวน 2 ข้อ 41 ราย (ร้อยละ 14.3) และ มีปัจจัยเสี่ยงจำนวน 3 ข้อ 6 ราย (ร้อยละ 2.1) ดังตารางที่ 4.17 ซึ่ง Byron และ Feldman (1998) ได้ศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างจะเพิ่มโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารมากขึ้น(78) สำหรับปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้นเมื่อพิจารณายาที่ผู้ป่วยได้รับร่วมกับปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวนั้นจะกล่าวรายละเอียดในส่วนที่เกี่ยวกับปัญหาจากการรักษาด้วยยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (ส่วนที่ 2) ส่วนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหารของกลุ่มที่ได้รับ selective COX-2 inhibitors และ specific COX-2 inhibitors จะกล่าวถึงในส่วนที่เกี่ยวกับความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิด COX-2 inhibitors (ส่วนที่ 3) ต่อไป

ตารางที่ 4.18 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามจำนวนข้อของปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหาร

ไม่พบปัจจัยเสี่ยง	ผลการประเมิน			รวม (ร้อยละ)
	จำนวนปัจจัยเสี่ยงที่พบ			
	1 ข้อ	2 ข้อ	3 ข้อ	
182 (63.6)	57 (19.9)	41 (14.3)	6 (2.1)	286 (100)

เมื่อพิจารณามูลค่าของการสั่งใช้ NSAIDs พบว่ากลุ่ม specific COX-2 inhibitors มีมูลค่าการสั่งใช้ยาสูงสุด คิดเป็นมูลค่ารวม 129,930.00 บาท หรือร้อยละ 86.7 ของมูลค่าการใช้ยา NSAIDs ทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ ดังแสดงในตารางที่ 4.19 ถึงแม้ว่าจะมีผู้ที่ได้รับยาในกลุ่มนี้เพียง 159 ราย แต่เนื่องจากยามีราคาสูงจึงทำให้ยาในกลุ่มนี้มีมูลค่าการสั่งใช้ยาสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs มูลค่ารวมร้อยละ 8.1 และ selective COX-2 inhibitors มูลค่ารวมร้อยละ 5.3 ถึงแม้ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม classical NSAIDs มีจำนวนมากที่สุด คือ 310 ครั้ง และปริมาณยาที่จ่ายมากกว่ายาในกลุ่มอื่น แต่ยาในกลุ่มนี้มีราคาค่อนข้างต่ำ จึงมีมูลค่าการใช้ยารวมเพียง 12,078.20 บาท ยาที่มีมูลค่าการใช้สูงสุดในกลุ่ม classical NSAIDs คือ ไโดโคลฟีแนค 6,059.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 4.04 ของมูลค่าการใช้ NSAIDs รวมทั้งหมด รองลงมาคือนาพรอกเซน 4,768.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 3.18 และอินโดเมทาซิน 460.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.31 ส่วนยาที่มีมูลค่าการใช้สูงสุดในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors คือ เซเลคอกซิบ มีมูลค่า 91,200.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.84 ของมูลค่าการใช้ NSAIDs รวมทั้งหมด รองลงมาคือโรเฟคอกซิบ 38,730.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.84 ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดของการใช้ยากลุ่ม COX-2 inhibitors ในส่วนที่เกี่ยวกับความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ NSAIDs ชนิด COX-2

inhibitors ในส่วนที่ 3 ต่อไป ดังนั้นเภสัชกรควรมีการทบทวนและประเมินความเหมาะสมของการเลือกจ่ายหรือการสั่งจ่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่ามีการจ่ายยาที่ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ โดยการดำเนินการดังกล่าวจะต้องดำเนินการในลักษณะที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการกำหนดเกณฑ์ และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน(79)

ตารางที่ 4.19 มูลค่าของการสั่งใช้ NSAIDs

ประเภทของยา	จำนวน (เม็ด) ^a	ราคาต่อเม็ด (บาท) ^b	มูลค่า	ร้อยละของมูลค่ารวม
<u>classical NSAIDs</u>				
แอสไพริน 60 มก.	250	0.20	50.00	0.03
แอสไพริน 300 มก.	360	0.20	72.00	0.05
ไดโคลฟีแนค 25 มก.	6,059	1.00	6,059.00	4.04
ไอบูโพรเฟน 400 มก.	973	0.40	389.20	0.26
อินโดเมทาซิน 25 มก.	460	1.00	460.00	0.31
มีเฟนามิค แอซิด 250 มก.	80	1.00	80.00	0.05
นาพรอกเซน 250 มก.	2,384	2.00	4,768.00	3.18
ไพรออกซิแคม 10 มก.	200	1.00	200.00	0.13
รวม			12,078.20	8.06
<u>selective COX-2 inhibitors</u>				
เมลออกซิแคม 7.5 มก.	493	16.00	7,888.00	5.26
รวม			7,888.00	5.26
<u>specific COX-2 inhibitors</u>				
เซเลคอกซิบ 200 มก.	3,040	30.00	91,200.00	60.84
โรเฟคอกซิบ 25 มก.	1,291	35.00	38,730.00	25.84
รวม			129,930.00	86.68
รวม	15,590		149,930.00	100

a : จำนวนเม็ดยานำมาคิดเฉพาะที่สั่งใช้ร่วมในการจ่ายครั้งแรกในช่วงที่ทำการวิจัย

b : ราคาขายของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2546

ส่วนที่ 2 ปัญหาจากการรักษาด้วยยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

ในการดำเนินการวิจัยข้อมูลปัญหาจากการรักษาด้วย NSAIDs ของผู้ป่วยได้มาจากการสัมภาษณ์ ตอบแบบสอบถาม เวชระเบียนผู้ป่วย และใบสั่งยา พบผู้ที่มีปัญหาจากการรักษาด้วย NSAIDs จำนวน 227 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.6 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด โดยมีจำนวนปัญหาทั้งหมด 205 ปัญหา เฉลี่ย 0.9 ปัญหาต่อราย ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม 73 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 35.6 ของจำนวนปัญหาทั้งหมด รองลงมาคือ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ 51 ปัญหา (แอลกอฮอล์และบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลในทางเดินอาหาร) คิดเป็นร้อยละ 24.9 และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม 31 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 15.1 โดยปัญหาทั้ง 205 ปัญหา แบ่งเป็นปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้น 118 ปัญหา หรือร้อยละ 57.5 ของจำนวนปัญหาทั้งหมด และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ 87 ปัญหา หรือร้อยละ 42.5 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ปัญหาจากการรักษาด้วย NSAIDs

ปัญหา	จำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยา*						รวม (ร้อยละ)
	A		B		C		
	a	p	a	p	a	p	
1. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม	23	8	-	-	-	-	31 (15.1)
2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็นต้องการรักษา	1	-	1	-	9	-	11 (5.4)
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม	-	23	10	-	40	-	73 (35.6)
4. ผู้ป่วยได้รับชนิดยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป	5	-	-	-	7	-	12 (5.9)
5. ผู้ป่วยได้รับชนิดยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	-	-	1	-	-	-	1 (0.5)
6. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	1	2	-	-	-	2	5 (2.4)
7. ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง	14	-	1	-	6	-	21 (10.2)
8. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่	-	38	-	3	-	10	51(24.9)
รวม	43 (21.0)	72 (35.1)	13 (6.3)	3 (1.5)	62 (30.2)	12 (5.9)	205 (100)

*A คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยากลุ่ม classical NSAIDs จำนวน 286 ราย, B คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยากลุ่ม selective COX-2 inhibitors จำนวน 22 ราย C คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยากลุ่ม specific COX-2 inhibitors จำนวน 159 ราย a คือ actual drug therapy problem (ปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้น) และ p คือ potential drug therapy problem (ปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่อาจจะเกิดขึ้น)

จากตารางที่ 4.19 ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยากลุ่ม classical NSAIDs พบปัญหาจากการรักษาด้วยยามากที่สุด 115 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 56.1 ของจำนวนปัญหาทั้งหมด รองลงมาคือ

กลุ่ม specific COX-2 inhibitors 74 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 36.1 และกลุ่มที่ได้รับ selective COX-2 inhibitors 16 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 7.8 โดยทั่วไปผู้ที่ได้รับยาในกลุ่ม classical NSAIDs มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม COX-2 inhibitors เนื่องจากออกฤทธิ์ยับยั้ง COX-1 ได้มากกว่ากลุ่มอื่น(7) ผู้ป่วยจึงอาจเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยามากกว่ากลุ่มอื่น อย่างไรก็ตามปัญหาจากการรักษาด้วยยายังขึ้นกับปัจจัยเสี่ยง และประวัติข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยด้วย สำหรับปัญหาที่พบในกลุ่มที่ได้รับ COX-2 inhibitors นั้น ส่วนหนึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลผล ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

เมื่อจำแนกจำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด 227 ราย ตามสิทธิการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบปัญหาจากการรักษาด้วยยามากที่สุด จำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.9 รองลงมาคือ สิทธิเบิกต้นสังกัด 65 ราย (ร้อยละ 28.6) ประกันสังคม 43 ราย (ร้อยละ 18.9) ชำระเงินเอง 33 ราย (ร้อยละ 14.5) ดังตารางที่ 4.20 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในตารางที่ 4.21 ที่พบว่าปัญหาจากการรักษาด้วยยาพบมากที่สุดในกลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs และกลุ่ม classical NSAIDs เป็นกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.21 จำนวนผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการรักษาด้วยยาจำแนกตามสิทธิการรักษา

สิทธิการรักษา	จำนวนราย (ร้อยละ)
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	86 (37.9)
เบิกต้นสังกัด	65 (28.6)
ประกันสังคม	43 (18.9)
ชำระเงินเอง	33(14.5)
รวม	227 (100)

รายละเอียดของปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่พบในผู้ป่วย และการดำเนินการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว มีดังนี้

1. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม

ปัญหานี้พบในกลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs เท่านั้น โดยพบจำนวน 31 ปัญหา แบ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยา 23 ปัญหา ได้แก่ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้ยาป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารร่วมด้วย เช่น โเมโสพอสทอล หรือ PPI ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง 18 ราย ผู้ป่วย

จำเป็นต้องได้รับ PPI หรือ H₂RA เพื่อรักษาอาการอาหารไม่ย่อย 5 ราย และปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่อาจจะเกิดขึ้น 8 ราย ซึ่งผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับยาไมโสพรอสทอล หรือ PPI ป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารทั้ง 8 ราย

ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้ยาไมโสพรอสทอล หรือ PPI ร่วมด้วย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหาร 18 ราย ซึ่งปัจจัยที่ทำให้พิจารณาว่าผู้ป่วยต้องได้รับยาเพิ่มเติมมากที่สุด คือมีโรคอื่นร่วมด้วยและใช้ยาแอสไพรินร่วมกับยาในกลุ่ม classical NSAIDs จำนวน 5 ราย ผู้ป่วยทั้ง 18 รายยังไม่ได้รับยาเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหาร เนื่องจากผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวกับประวัติโรคแผลในทางเดินอาหาร มีประวัติเป็นโรคอื่นร่วมด้วย หรือได้รับแอสไพรินร่วมด้วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยหลังจากผู้วิจัยพบผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยจึงได้บันทึกปัญหาและวางแผนดำเนินการแก้ไขโดยปรึกษาแพทย์ในการให้ยาไมโสพรอสทอล หรือ PPI เพิ่มเติม หรือเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่ม COX-2 inhibitors (ตามแนวทางการใช้ยา ฯ) เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งต่อไป ซึ่งจากผลการศึกษาของ Francis และคณะ (2002) พบว่าการใช้เซเลคอกซิบ หรือไดโคลฟีแนคร่วมกับโอมิพราโซล มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันในการป้องกันการเกิดแผลเลือดออกในทางเดินอาหารจากการรับประทาน NSAIDs ในผู้ที่มีประวัติแผลเลือดออกในทางเดินอาหาร(80) แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลในด้านราคา ยา พบว่าการใช้ไดโคลฟีแนคร่วมกับโอมิพราโซลมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการใช้เซเลคอกซิบ (ค่าใช้จ่ายต่อวันคิดจากราคาของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าซึ่งมีค่าใช้จ่ายโดยประมาณของไดโคลฟีแนคร่วมกับโอมิพราโซล เท่ากับ 5.50 บาทต่อวัน และค่าใช้จ่ายโดยประมาณของการใช้เซเลคอกซิบ เท่ากับ 30.00 บาทต่อวัน) แต่การศึกษาของ Francis และคณะ(80) ก็ยังพบผู้ที่มีแผลเลือดออกในทางเดินอาหารจากการรับประทานยาเซเลคอกซิบร้อยละ 4.9 (95%CI 3.1-6.7) และกลุ่มที่ได้รับไดโคลฟีแนคร่วมกับโอมิพราโซล ร้อยละ 6.4 (95%CI 4.3-8.4) ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิภาพของการใช้ classical NSAIDs ร่วมกับไมโสพรอสทอล และไมโสพรอสทอลร่วมกับยาในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors เมื่อพิจารณาข้อมูลจากแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้ง 18 รายที่เคยรับประทานยา ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากยาในกลุ่ม classical NSAIDs อย่างไรก็ตามผู้วิจัยก็ยังให้คำแนะนำในการให้ยา อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นหลังรับประทานยา และวิธีปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยสงสัยว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

จากการศึกษาพบผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ PPI หรือ H₂RA เพื่อรักษาอาการอาหารไม่ย่อย 5 ราย โดยผู้ป่วยเคยมีอาการแสบท้องหรือจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่หลังจากรับประทานยาในกลุ่ม classical NSAIDs โดยไม่มีประวัติเป็นโรคแผลในทางเดินอาหาร 2 ราย มีประวัติอาการอาหารไม่ย่อย 2 ราย และมีประวัติอาหารไม่ย่อยร่วมกับเป็นโรคอื่นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลในทางเดินอาหารร่วมด้วย 1 ราย ผู้วิจัยได้ปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาเพื่อรักษาอาการเพิ่มเติม แพทย์ได้สั่งจ่าย ยารานิทิดีน 150 มก. วันละ 2 ครั้ง แก่ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย ซึ่งจากการศึกษาของ Yeomans และคณะ (1998) พบว่าการให้ยาโอมีพราโซลหรือรานิทิดีนให้ผลการรักษาอาการอาหารไม่ย่อยที่ไม่แตกต่างกัน(81) ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำในการใช้ยา และแนะนำว่าหากรับประทานยาร่วมกันแล้วยังมีอาการดังกล่าว หรือถ่ายอุจจาระดำให้หยุดยาแล้วกลับมาพบแพทย์ทันที มีผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าว 1 ราย ได้พบผู้วิจัยอีก 1 ครั้งในช่วงระหว่างทำการวิจัย พบว่าผู้ป่วยไม่มีปัญหาจากการใช้ยาอีก และแพทย์เปลี่ยนไปสั่งจ่ายยาเมลอกซิแคม ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม selective COX-2 inhibitors ที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้อยกว่ากลุ่ม classical NSAIDs และมีความสะดวกในการบริหารยามากขึ้น

ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับยาไมโสพรอสทอล หรือ PPI เพิ่มเติม เพื่อป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหาร 8 ราย โดยพบประวัติอาหารไม่ย่อย ประวัติกระเพาะอาหารอักเสบ จากข้อมูลในเวชระเบียน หรือจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวดท้อง แสบท้อง หรือจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ หรือมีอาการดังกล่าวในผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี หรือจำเป็นต้องใช้ยาระยะเวลานานซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหารหรืออาการอาหารไม่ย่อยมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ไม่มีประวัติหรืออาการดังกล่าวร่วมด้วย เมื่อศึกษาข้อมูลการใช้ยาจากแบบสอบถามการสัมภาษณ์ และเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ NSAIDs ผู้วิจัยจึงได้ให้คำแนะนำในการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และวางแผนแก้ไขปัญหาโดยปรึกษาแพทย์ในการพิจารณาให้ยาเพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งต่อไป

2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็นต้องการรักษา

พบปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้น 11 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อน 1 ราย ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ในการรักษา 10 ราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อน 1 ราย เกิดจากผู้ป่วยได้รับยาไอบูโพรเฟนจากนอกโรงพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวดจากการรักษารากฟัน ซึ่งรับประทานมาประมาณ 2 วันและมีอาการปวดลดลง เมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดบริเวณสันเท้า แพทย์สั่งใช้นาพรอกเซน ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาไอบูโพรเฟนเนื่องจากมียาเหลือเพียงเล็กน้อย และเพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับ NSAIDs ร่วมกันหลายชนิด ซึ่งจากการศึกษาของ Hawkins และ Hanks (2000) พบว่าการให้ NSAIDs ร่วมกันหลายชนิดมีค่า RR เท่ากับ 9(6) แต่การศึกษาของ McCarthy (1998) พบว่ามีค่า RR สูงถึง 23.3(8) ดังนั้นการได้รับ NSAIDs ร่วมกันหลายชนิดเป็นปัจจัยเสี่ยงข้อหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารได้ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ในการรักษา 10 ราย โดยผู้ป่วย 1 รายรับประทานยาแอมพิซิลลิน (ampicillin) ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะโดยเข้าใจว่ามีข้อบ่งใช้เพื่อเป็นยาแก้อักเสบ สามารถรักษาอาการปวดบริเวณต้นคอได้ ผู้ป่วยจึงซื้อยามารับประทานประมาณ 3 วัน อาการปวดไม่ลดลงจึงมาพบแพทย์ แพทย์ได้สั่งจ่ายยาเมลอกซิแคมเพื่อรักษาอาการปวดบริเวณต้นคอ ผู้วิจัยจึงได้แนะนำผู้ป่วยให้เลิกรับประทานยาแอมพิซิลลินเนื่องจากเป็นยาปฏิชีวนะที่มีข้อบ่งใช้เพื่อรักษาอาการติดเชื้อแบคทีเรีย ไม่สามารถรักษาอาการปวดหรืออักเสบได้ และได้ให้คำแนะนำในการรับประทานยาเมลอกซิแคม ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจและรับว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาต่อไป ส่วนผู้ป่วยอีก 9 รายที่ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ในการรักษานั้น พบว่าผู้ป่วยได้รับยาอื่นที่ใช้ในระบบทางเดินอาหารร่วมกับยากลุ่ม specific COX-2 inhibitors แต่จากการตอบแบบสอบถาม สัมภาษณ์และข้อมูลจากเวชระเบียนไม่พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคแผลในทางเดินอาหารหรือมีอาการผิดปกติของทางเดินอาหารร่วมด้วยที่จำเป็นต้องได้รับยาเพื่อป้องกันหรือรักษาโรคแผลทางเดินอาหารร่วมกับยากลุ่ม specific COX-2 inhibitors และในปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors ร่วมกับยาที่ใช้ป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารที่อาจเกิดขึ้น(17) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบปัญหาดังกล่าวจากเวชระเบียนหลังจากที่ผู้ป่วยพบผู้วิจัยแล้ว จึงได้ทำการบันทึกปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและวางแผนแก้ไขปัญหาโดยปรึกษาแพทย์เพื่อลดหรือเลิกใช้ยาเพื่อป้องกันหรือรักษาโรคแผลทางเดินอาหารร่วมกับยากลุ่ม specific COX-2 inhibitors โดยไม่จำเป็น

3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม

ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสมจำนวน 73 ราย แบ่งเป็นปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้น 50 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีประสิทธิภาพแต่ราคาแพงเกินจำเป็น 48 ราย ผู้ป่วยได้รับการสั่ง

ใช้ยาที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้ยา 2 ราย และปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่อาจเกิดขึ้น 23 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับยาที่มีประสิทธิภาพแต่ไม่ใช่ว่าที่มีประสิทธิภาพสูงสุด 23 ราย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ในผู้ป่วยที่ได้รับยาที่มีประสิทธิภาพแต่ราคาแพงเกินจำเป็น 48 ราย แบ่งเป็นได้รับยาในกลุ่ม selective COX-2 inhibitors 10 ราย และกลุ่ม specific COX-2 inhibitors 38 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ตามเกณฑ์ของ NICE (2001)(17) จึงควรเริ่มใช้ยาในกลุ่ม classical NSAIDs แต่เนื่องจากผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย หลังจากผู้ป่วยพบผู้วิจัยแล้ว จึงทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้บันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นและวางแผนแก้ปัญหาโดยจะทำการปรึกษาแพทย์เพื่อเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่ม classical NSAIDs เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งต่อไป เพื่อลดมูลค่าการใช้ยาที่แพงเกินจำเป็น

ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาซัลฟา 2 ราย โดย 1 รายมีบัตรแพ้ยา ซึ่งทั้ง 2 รายมีประวัติผื่นขึ้นเมื่อรับประทานยาซัลฟา แพทย์สั่งจ่ายเซเลคอกซิบซึ่งเป็นข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยาซัลฟา ผู้วิจัยจึงได้แจ้งให้แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะแพ้ยาเซเลคอกซิบด้วย จึงปรึกษาแพทย์เพื่อเปลี่ยนไปใช้โรเฟคอกซิบที่มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาซัลฟามากกว่า ซึ่งแพทย์ได้เปลี่ยนยาเป็นโรเฟคอกซิบแก่ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ผู้ป่วยได้รับยาที่มีประสิทธิภาพแต่ไม่ใช่ว่าที่มีประสิทธิภาพสูงสุด 23 ราย เป็นผู้ที่ได้รับยาในกลุ่ม classical NSAIDs ทั้งหมด และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลในทางเดินอาหารร่วมด้วยอย่างน้อย 1 ข้อ (ไม่นับรวมผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีเพียงข้อเดียว) พบว่ามีผู้ป่วยได้รับรานิทิดีนร่วมกับ classical NSAIDs จำนวน 11 ราย แต่ยาที่มีประสิทธิภาพ และแนะนำให้ใช้เพื่อป้องกันแผลในทางเดินอาหารในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวที่ได้ผลดีที่สุดคือ โมิโสพรอสทอล หรือ PPI ซึ่งให้ผลดีกว่ารานิทิดีน(3,12,47,48) จากข้อมูลใน ASTRONAUT trial (1998) พบว่า โอมิพราโซลขนาด 20 มก.ต่อวัน ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม PPI ให้ผลดีกว่ารานิทิดีนในการรักษาแผลอย่างมีนัยสำคัญ(81) สอดคล้องกับข้อมูลใน OMNIUM trial (1998) ที่พบว่า โอมิพราโซลให้ผลในการรักษาแผลในกระเพาะอาหารดีกว่าโมโสพรอสทอล (ร้อยละ 87 และร้อยละ 73 ตามลำดับ) แต่ผลในการรักษาแผล erosion พบว่าโมโสพรอสทอล ให้ผลดีร้อยละ 87 ซึ่งดีกว่าโอมิพราโซลที่ให้ผลรักษาร้อยละ 77 แต่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ไมโสพรอสทอลมากกว่า ได้แก่ ปวดท้อง หรือท้องเสีย(82) สำหรับผู้ที่มีประวัติอาการอาหารไม่ย่อย หรือกระเพาะอาหารอักเสบ และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลในทางเดินอาหารข้ออื่น ๆ ร่วมด้วย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับยาลดกรดร่วมกับ classical NSAIDs จำนวน 12 ราย แต่ยาที่มีประสิทธิภาพ และแนะนำให้ใช้เพื่อรักษาอาการอาหารไม่ย่อย หรือกระเพาะอาหารอักเสบ คือ H₂RA หรือ PPI (3,12,47,48) อย่างไรก็ตามจากประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยทั้ง 23 ราย ไม่พบว่าผู้ป่วยมีแผลในทางเดินอาหารหรือมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร

4. ผู้ป่วยได้รับชนิดยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป

ปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้น ได้แก่ ผู้ที่ได้รับแอสไพริน 60 มก. เพื่อป้องกันการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.9 ของจำนวนปัญหาจากการรักษาด้วยยาทั้งหมด ซึ่งขนาดยาที่ได้ต่ำกว่าที่แนะนำ คือ 75-325 มก.ต่อวัน(22,26) จากการรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีรายงานการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้แอสไพรินในขนาด 60 มก. เพื่อป้องกันการรวมกลุ่มของเกล็ดเลือดในผู้ป่วยคนไทย ถึงแม้จะมีการสั่งใช้ยาในขนาด 60 มก. เป็นจำนวนไม่น้อย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนนี้ต่อไป

5. ผู้ป่วยได้รับชนิดยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป

ปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้น ได้แก่ พบผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับชนิดยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป โดยแพทย์ได้สั่งจ่ายเมลออกซิแคมให้ผู้ป่วยรับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง เพื่อบรรเทาอาการปวดบริเวณสันเท้า แต่ขนาดยาของเมลออกซิแคมที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดไม่ควรเกิน 15 มก.ต่อวัน(22,26) (เมลออกซิแคมมีขนาดยา 7.5 มก.ต่อเม็ด) ผู้วิจัยจึงได้ปรึกษาแพทย์เพื่อลดขนาดยา แพทย์จึงปรับขนาดการใช้ยาเท่ากับ 15 มก.ต่อวัน โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งแทน ซึ่งเป็นไปตามขนาดยาที่แนะนำในการรักษาอาการปวดของเมลออกซิแคม

6. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่อาจจะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพบในผู้ป่วย 5 ราย แบ่งเป็น ผู้ที่รับประทานเมโทเทรกเซท (methotrexate) ร่วมกับ classical NSAIDs 2 ราย ผู้ที่รับประทานวาร์ฟารินร่วมกับ specific COX-2 inhibitors 2 ราย และพบปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา 1 ราย

สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเมโทเทรกเซทขนาด 7.5 มก.ต่อสัปดาห์ เพื่อรักษาอาการข้ออักเสบรูมาตอยด์ร่วมกับไดโคลฟีแนค 1 ราย และอินโดเมทาซิน 1 รายนั้น มีการศึกษาพบว่าการรับประทานเมโทเทรกเซทร่วมกับ NSAIDs จะทำให้ระดับยาของเมโทเทรกเซทในเลือดสูงขึ้น อาจเกิดผลพิษจากยาที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีการทำงานของไตบกพร่องหรือได้รับเมโทเทรกเซทในขนาดสูง(9) อย่างไรก็ตามในกรณีนี้ผู้ป่วยได้รับยาเมโทเทรกเซทในขนาดต่ำ และยังไม่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาาร่วมกัน แต่ควรมีการติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้อธิบายถึงอาการไม่พึงประสงค์ของยาเมโทเทรกเซทที่อาจเกิดขึ้นเมื่อระดับยาในร่างกายสูง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่วงผิดปกติ ถ่ายดำ บวม หรือปัสสาวะน้อยลง หากมีอาการดังกล่าวหรือสงสัยว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาให้กลับมาพบแพทย์ทันที

ผู้ที่รับประทานวาร์ฟารินร่วมกับเซเลคอกซิบ 1 ราย และร่วมกับโรเฟคอกซิบ 1 ราย จากประวัติการใช้ยาพบว่าไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติ และค่าโปรทรอมบิน (Prothrombin time;PT) อยู่ในช่วงของการรักษา อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด และวัดค่า PT เป็นระยะ โดยเฉพาะเมื่อมีการปรับยาหรือขนาดยาที่ใช้ร่วมกับวาร์ฟาริน ซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสเกิดเลือดออกผิดปกติใน 2-3 วันแรกของการปรับขนาดยา(9,26)

ผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับยาลดกรดร่วมกับไดโคลฟีแนค แล้วมีอาการปวดแสบท้องหลังจากรับประทานไดโคลฟีแนคในบางครั้ง โดยผู้ป่วยเคยรับประทานไดโคลฟีแนคมาประมาณ 3 เดือน แต่รับประทานเมื่อมีอาการปวดกล้ำมเนื้อ และไม่ได้รับประทานยาติดต่อกันทุกวัน ซึ่งผู้ป่วยได้แจ้งอาการปวดท้องให้แพทย์ทราบแล้ว แต่แพทย์ยืนยันจ่ายยาเดิม ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้เนื่องจากยาเม็ดไดโคลฟีแนคผลิตในรูปยาเม็ดเคลือบแตกตัวในลำไส้เล็ก เพื่อต้องการลดอาการระคายเคืองเฉพาะที่ในกระเพาะอาหาร เมื่อรับประทานยาลดกรดจึงทำให้ยาแตกตัวและละลายในกระเพาะอาหาร จึงเกิดอาการดังกล่าวขึ้น ดังนั้นควรรับประทานยาลดกรดหลังยาไดโคลฟีแนคอย่างน้อย 2 ชม. หรือเลือกใช้ H₂RA หรือ PPI แทนยาลดกรดซึ่งจะแก้ไขปัญหาคืออาการดังกล่าวได้

7. ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง 21 ราย ลักษณะของปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้น ได้แก่ รับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 5 ราย รับประทานยาไม่ถูกต้อง 3 ราย รับประทานยาซ้ำซ้อน 2 ราย และไม่ได้รับประทานยาเพื่อรักษาโรคที่เป็นร่วม 11 ราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ป่วยรับประทานยาในกลุ่ม classical NSAIDs น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง 5 รายเนื่องจากกลัวว่าขนาดยาที่ได้รับมากเกินไปอาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ผู้วิจัยจึงได้แนะนำให้ใช้ยาในขนาดที่แพทย์สั่ง และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการรับประทานยานั้น จะพบมากในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง หากผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวโอกาสในการเกิดแผลในทางเดินอาหารก็จะลดลง

ผู้ป่วย 1 ราย ได้รับเซเลคอกซิบร่วมกับออร์เฟนาดรีน เพื่อบรรเทาอาการปวดและคลายกล้ามเนื้อ แต่ผู้ป่วยรับประทานยาเซเลคอกซิบเมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อมาก และรับประทานออร์เฟนาดรีนเมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อไม่มากนัก ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดกล้ามเนื้อเป็นระยะเวลานานเนื่องจากรับประทานยาไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงได้แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาร่วมกันตามที่แพทย์สั่ง และมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามผลการใช้ยา ส่วนผู้ป่วยอีก 2 รายรับประทานยาผิดเวลา โดย 1 รายแพทย์สั่งใช้ยาเซเลคอกซิบ วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้าแต่ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนนอนตอนกลางคืน และอีก 1 รายแพทย์สั่งใช้ยาไอบูโพรเฟน 400 มก. วันละ 2 ครั้ง อาหารเช้าและเย็น แต่ผู้ป่วยรับประทานยาไอบูโพรเฟนมื้อเย็นเป็นก่อนนอนตอนกลางคืน ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง เพราะการรับประทานยาในขณะท้องว่าง โดยไม่มีการรับประทานอาหารร่วมด้วย อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ง่ายขึ้น

ผู้ป่วยรับประทานยาเมลอกซิแคมตามที่แพทย์สั่งเพื่อรักษาอาการปวดบริเวณต้นคอ และผู้ป่วยมียามีเฟนามิค แอซิด ที่ซื้อเตรียมไว้เพื่อรับประทานเมื่อมีอาการปวดศีรษะไมเกรน ซึ่งเป็นโรคประจำตัวของผู้ป่วย เป็นการให้ยาซ้ำซ้อนหากรับประทานร่วมกันหลายชนิด โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงข้อหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารได้(6,8) นอกจากนี้การเลือกจ่ายเมลอกซิแคมก็เพื่อเหตุผลที่ยาเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารน้อยกว่า classical NSAIDs ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ควรรับประทานมีเฟนามิค แอซิด ซึ่งเป็น classical NSAIDs ร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงได้แนะนำให้ผู้ป่วยงดรับประทานมีเฟนามิค แอซิด และให้รับประทานพาราเซตามอล 500 มก. ครั้งละ 2 เม็ด แทนหากรับประทานเมลอกซิแคม แล้วยังเกิดอาการปวดศีรษะ ส่วนผู้ป่วยอีก 1 รายรับประทานไอบูโพรเฟนร่วมกับมีเฟนามิค แอซิด เมื่อมีอาการปวดศีรษะไมเกรน โดยผู้ป่วยซื้อยาทั้ง 2 ชนิดรับประทานเอง ซึ่งการให้ยา NSAIDs ร่วมกันอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารได้เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ผู้วิจัยจึงแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกรับประทานยาเพียงชนิดเดียว และหากรับประทานยาแล้วยังมีอาการปวดศีรษะ ควรกลับมาพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยต่อไป

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานยาเพื่อรักษาโรคที่เป็นร่วมด้วย 11 ราย (โรคความดันโลหิตสูง 4 ราย โรคหัวใจและหลอดเลือด 2 ราย โรคไตเรื้อรัง 2 ราย ภาวะไขมันในเลือดสูง 2 ราย โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 1 ราย) โดยไม่ได้มาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีสาเหตุจากผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายจากโรคที่เป็นแล้ว เพราะไม่มีอาการแสดงใดๆ ของโรค ผู้วิจัยจึงให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นร่วมด้วยของผู้ป่วย และอธิบายเหตุผลของความจำเป็นที่ต้องใช้ยาต่อเนื่อง การติดตามผลการรักษา การปฏิบัติตนเพื่อช่วยควบคุมโรคแก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจและจะรับการรักษาโรคที่เป็นอย่างต่อเนื่องต่อไป

8. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ร่วมด้วย

ปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่อาจจะเกิดขึ้น คือ พบผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่เป็นประจำในขณะที่ใช้ NSAIDs จำนวน 51 ราย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงข้อหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารจากการรับประทาน NSAIDs

การดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่เป็นประจำเสี่ยงข้อหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ในการวิจัยนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 72.4 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และไม่มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 80.3 หรือมีประวัติเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 7.5 ดังตารางที่ 4.21 และ 4.22 ในการศึกษาพบผู้ป่วย 51 รายที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ร่วมด้วย จำแนกเป็นผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.0 และสูบบุหรี่ 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.9 การดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการรับประทาน NSAIDs มากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ แต่จากการรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความสัมพันธ์ในการดื่มแอลกอฮอล์กับการเกิดแผลในกระเพาะอาหารจากการรับประทาน NSAIDs โดยในการศึกษาของ Henry D และคณะ (1993) พบว่าในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 5 ยูนิตต่อวัน (1 ยูนิต เท่ากับ วิสกี้หรือบรันดี 1.5 ออนซ์ หรือไวน์ 4 ออนซ์ หรือเบียร์ 12 ออนซ์) มีค่า OR เท่ากับ 6.0(33) ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จะเพิ่มโอกาสการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหาร โดยมีค่า OR เท่ากับ 4.1(10) แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยไม่สามารถระบุปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวันได้ชัดเจน อย่างไรก็ตามในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันจำนวน 14 รายนี้ได้รับการสั่งใช้ COX-2 inhibitors รวมกัน 6 ราย (กลุ่ม B และ C) และในการวิจัยนี้พบผู้ที่สูบบุหรี่ร่วมด้วย 37 ราย ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการรับประทาน NSAIDs มีค่า RR 1.6 (95%CI 1.4-1.8) เนื่องจากสารนิโคติน (nicotine) ในบุหรี่จะลดการสร้าง PGs ที่กระเพาะอาหารและลดความสามารถในการบัฟเฟอร์กรดที่ลำไส้เล็ก อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลสรุปถึงความสัมพันธ์ในการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการรับประทาน

NSAIDs กับการสูบบุหรี่ที่แน่นชัด(10,30) ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทั้ง 37 รายได้รับการสั่งใช้ยา COX-2 inhibitors รวมกัน 7 ราย (กลุ่ม B และ C) ถึงแม้จะยังไม่มียาข้อสรุปถึงความสัมพันธ์ในการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการรับประทาน NSAIDs กับการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ที่ชัดเจน(8,10) การดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ก็ไม่น่าเป็นผลดีต่อสุขภาพ จากจำนวนผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด 124 ราย ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยงดดื่มแอลกอฮอล์ 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.5 ของกลุ่มผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ โดยในจำนวนนี้ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน 14 ราย ได้รับคำแนะนำให้งดดื่มแอลกอฮอล์ 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.7 ของกลุ่มผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกวัน ส่วนผู้ป่วยที่เหลือ 39 ราย ผู้วิจัยไม่ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจึงยังไม่ได้ให้คำแนะนำ จากจำนวนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทั้งหมด 37 ราย ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.7 ของกลุ่มผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่เหลืออีก 9 ราย ผู้วิจัยไม่ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจึงยังไม่ได้ให้คำแนะนำ และวางแผนแก้ปัญหาเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งต่อไป เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารจากการรับประทาน NSAIDs รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.22 และ 4.23

ตารางที่ 4.22 จำนวนผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยจำแนกตามกลุ่ม NSAIDs ที่ได้รับ

จำนวนความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวนราย* (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ) (n=467)
	A (n=286)	B (n=22)	C (n=159)	
ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์	201 (70.3)	10 (45.5)	127 (79.9)	338 (72.4)
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	38 (13.3)	5 (22.7)	9 (5.7)	52 (11.1)
เดือนละ 1 ครั้ง	6 (2.1)	1 (4.6)	1 (0.6)	8 (1.7)
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	14 (4.9)	2 (9.1)	5 (3.1)	21 (4.5)
ทุกวัน	8 (2.8)	2 (9.1)	4 (2.5)	14 (3.0)
ไม่ได้ระบุความถี่	17 (5.9)	2 (9.1)	10 (6.3)	29 (6.2)
ไม่มีข้อมูล	2 (0.7)	-	3 (1.9)	5 (1.1)

* A คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาในกลุ่ม classical NSAIDs จำนวน 286 ราย, B คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาในกลุ่ม selective COX-2 inhibitors จำนวน 22 ราย และ C คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors จำนวน 159 ราย

ตารางที่ 4.23 จำนวนผู้สูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่ม NSAIDs ที่ได้รับ

ข้อมูล	จำนวนราย* (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ) (n=467)
	A (n=286)	B (n=22)	C (n=159)	
ไม่มีประวัติสูบบุหรี่	227 (79.4)	18 (81.8)	130 (81.8)	375 (80.3)
สูบบุหรี่	30 (10.5)	1 (4.6)	6 (3.8)	37 (7.9)
มีประวัติเคยสูบบุหรี่	23 (8.0)	3 (13.6)	9 (5.7)	35 (7.5)
ไม่มีข้อมูล	6 (2.1)	-	14 (8.8)	20 (4.3)

* A คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาในกลุ่ม classical NSAIDs จำนวน 286 ราย, B คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาในกลุ่ม selective COX-2 inhibitors จำนวน 22 ราย และ C คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors จำนวน 159 ราย

จากการติดตามปัญหาจากการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยทั้งหมด 467 ราย พบปัญหาจากการรักษาด้วยยาทั้งหมด 205 ปัญหา คิดเป็นค่าเฉลี่ย 0.9 ปัญหาต่อราย สามารถแก้ไขปัญหาได้ 71 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 34.6 ของปัญหาจากการรักษาด้วยยาทั้งหมดที่พบ และวางแผนแก้ไขเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งต่อไป 134 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 65.4 ปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้นที่สามารถแก้ไขได้มากที่สุด คือ ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง โดยผู้วิจัยสามารถแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยได้ทุกราย รองลงมาคือ ปัญหาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติมคิดเป็นร้อยละ 16.1 ของปัญหาที่แก้ไขได้ ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็นต่อการรักษา และได้รับยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 6.5 เท่ากัน ส่วนปัญหาจากการรักษาที่อาจจะเกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ สามารถแก้ไขปัญหาได้ 40 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 78.4 ของจำนวนปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 4.24 การแก้ไขปัญหาในการศึกษานี้เน้นจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเท่านั้น ไม่ได้ติดตามว่าผู้ป่วยเลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือเลิกสูบบุหรี่ได้จริงหรือไม่ ข้อมูลปัญหาจากการรักษาด้วย NSAIDs ของผู้ป่วยได้มาจากการตอบแบบสอบถาม สัมภาษณ์ ใบสั่งยา และเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนหลังจากที่ผู้ป่วยพบผู้วิจัยแล้ว ทำให้บางปัญหาที่พบไม่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ทันที จำเป็นต้องวางแผนการแก้ไขเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งต่อไป แต่ในการศึกษานี้ยังไม่พบการเกิดแผลในทางเดินอาหารในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

ตารางที่ 4.24 สรุปปัญหาจากการรักษาด้วยยา

ปัญหาจากการรักษาด้วยยา	จำนวน* (ร้อยละ)		แก้ไขได้* (ร้อยละ)		วางแผนแก้ไข* (ร้อยละ)	
	a	p	a	p	a	p
1. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาเพิ่มเติม	23(19.3)	8(9.3)	5(16.1)	-	18(23.7)	8(13.8)
2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็นต่อการรักษา	11(9.2)	-	2(6.5)	-	9(11.8)	-
-ได้รับยาซ้ำซ้อน	1(0.8)	-	1(3.2)	-	-	-
-ได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้	10(8.4)	-	1(3.2)	-	9	-
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม	50(42.0)	23(26.7)	2(6.5)	-	48(63.2)	23(39.7)
-ราคาแพงเกินจำเป็น	48(40.3)	-	-	-	48(63.2)	-
-ได้รับยาที่ยังไม่มีประสิทธิภาพสูงสุด	-	23(26.7)	-	-	-	23(39.7)
-มีประวัติแพ้ยา	2(1.7)	-	2(6.5)	-	-	-
4. ผู้ป่วยได้รับชนิดยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป	12(10.1)	-	-	-	12(20.7)	-
5. ผู้ป่วยได้รับชนิดยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	1(0.84)	-	1(3.2)	-	-	-
6. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา	1(0.84)	4(4.7)	-	-	1(1.3)	4(6.9)
-อันตรกริยาระหว่างยา	1(0.84)	4(4.7)	-	-	1(1.3)	4(6.9)
7. ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง	21(17.6)	-	21(67.7)	-	-	-
-รับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	5(4.2)	-	5(16.1)	-	-	-
-รับประทานยาไม่ถูกต้อง	3(2.5)	-	3(9.7)	-	-	-
-รับประทานยาซ้ำซ้อน	2(1.7)	-	2(6.5)	-	-	-
-ไม่ได้รับประทานยารักษาโรคที่เป็นร่วม	11(9.2)	-	11(35.5)	-	-	-
8. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดผลในทางเดินอาหารจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ร่วมด้วย	-	51(59.3)	-	40(100)	-	11(19.0)
-ดื่มแอลกอฮอล์	-	14(16.3)	-	12(30.0)	-	2(3.5)
-สูบบุหรี่	-	37(43.0)	-	28(70.0)	-	9(15.5)
รวม	119(100)	86(100)	31(100)	40(100)	76(100)	58(100)

* a คือ actual drug therapy problem (ปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้น) และ p คือ potential drug therapy problem (ปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่อาจจะเกิดขึ้น)

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยยังพบว่า มีผู้ที่รับประทานยาชุด ซึ่งผู้ป่วยหาซื้อมารับประทานเองจากนอกโรงพยาบาล เมื่อมีอาการปวดหรืออักเสบของกล้ามเนื้อ 22 ราย ในจำนวน 22 รายนี้เมื่อมาโรงพยาบาลได้รับการสั่งใช้ classical NSAIDs 13 ราย selective COX-2 inhibitors 2 ราย และ specific COX-2 inhibitors 7 ราย ยาชุดที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเองไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นยาชนิดใดบ้าง หากยาชุดดังกล่าวมีส่วนประกอบของสเตียรอยด์จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากสเตียรอยด์(9) เช่น มีอาการบวมตามร่างกาย การทำงานของไตลดลง และหากรับประทานสเตียรอยด์ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้กระดูกพรุนได้ จากการสัมภาษณ์พบผู้ป่วย 1 รายที่รับประทานยาชุดแล้ว มีอาการหน้าบวมตึง หลังจากที่ได้แนะนำให้งดรับประทานยาชุดแล้ว ผู้ป่วยได้มาตรวจตามนัดของแพทย์และพบผู้วิจัยอีก 1 ครั้ง พบว่าไม่มีอาการหน้าบวมตึงอีก และไม่พบปัญหาจากการรักษาด้วยยาอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆยังไม่พบ

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชุด อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้แนะนำให้งดรับประทานยาชุดเพื่อป้องกันปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่อาจจะเกิดขึ้น หากมีอาการปวดหรืออักเสบของกล้ามเนื้อ ให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อให้คำแนะนำในการใช้ยาต่อไป

ส่วนที่ 3 ความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยาด้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิด COX-2 inhibitors

เมื่อพิจารณาความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ NSAIDs ชนิด COX-2 inhibitors (selective COX-2 inhibitors และ specific COX-2 inhibitors, กลุ่ม B และ C) ตามเกณฑ์การใช้ยาของ NICE(17) ซึ่งมีดังนี้

1. มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี
2. มีประวัติแผลในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้เล็กส่วนต้น
3. มีประวัติเป็นโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย (โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การทำงานของตับหรือไตบกพร่อง)
4. ใช้ยาอื่นร่วมด้วยที่อาจมีผลทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น สเตียรอยด์ ยาต้านเลือดแข็ง (anti-coagulant)
5. จำเป็นต้องใช้ NSAIDs ขนาดสูงเป็นระยะเวลานาน

พบว่าผู้ที่ได้รับยากกลุ่ม COX-2 inhibitors ทั้งหมด 181 ราย มีผู้ป่วยได้รับยาไม่ตรงตามเกณฑ์การใช้ยาของ NICE จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.5 แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.24 ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาพิเศษทางเภสัชกรรมของผู้วิจัยเรื่องการประเมินการใช้ยากกลุ่ม specific COX-2 inhibitors ในผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (2546) พบผู้ป่วยได้รับยาไม่ตรงตามเกณฑ์การใช้ยาของ NICE ร้อยละ 26.0(16) แต่ในการศึกษาของ Shemilt และคณะ ในประเทศอังกฤษ (2002) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสอดคล้องของการใช้ COX-2 inhibitors กับเกณฑ์การใช้ยาของ NICE เช่นกัน พบว่ามีผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 77 ที่ได้รับการสั่งใช้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์ของ NICE(18) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีการเริ่มต้นใช้ยาในกลุ่ม classical NSAIDs เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาที่แพงเกินความจำเป็น ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามูลค่าของยา COX-2 inhibitors ที่ผู้ป่วยได้รับซึ่งไม่ตรงตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ เท่ากับ 35,885.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.0 ของมูลค่ารวมการใช้ยากกลุ่ม COX-2 inhibitors ซึ่งมากกว่าการศึกษาของผู้วิจัยก่อนหน้านี้นี้(16) ที่พบมูลค่าของการใช้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์เท่ากับ ร้อยละ 23.6 ของ

มูลค่ารวมการใช้ยาในกลุ่ม specific COX-2 inhibitors ดังนั้นการพิจารณาสั่งใช้ยาในกลุ่ม COX-2 inhibitors ควรมีการนำเกณฑ์ของ NICE ประกอบการประเมินความสมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาที่แพงเกินความจำเป็น

ผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม COX-2 inhibitors ได้รับการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล 131 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.4 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด เมื่อจำแนกตามชนิดยาพบว่าการสั่งจ่าย เซเลคอกซิบสมเหตุสมผลมากกว่าโรเฟคอกซิบและเมลออกซิแคม คิดเป็นร้อยละ 62.6, 28.2 และ 9.2 ของจำนวนผู้ที่ได้ยาอย่างสมเหตุสมผลทั้งหมดตามลำดับ แสดงในตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 ความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยา COX-2 inhibitors ตามเกณฑ์ของ NICE

ชนิดยา	จำนวนราย (ร้อยละ)			
	สมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยา* (n=131)	ไม่สมเหตุสมผลในการสั่งใช้ยา (n=48)	N/A** (n=2)	รวม (n=181)
เซเลคอกซิบ	82 (62.6)	22 (45.8)	-	104 (57.5)
โรเฟคอกซิบ	37 (28.2)	16 (33.3)	2 (100)	55 (30.4)
เมลออกซิแคม	12 (9.2)	10 (20.8)	-	22 (12.2)

* การสั่งใช้ยา COX-2 inhibitors ตรงตามเกณฑ์การใช้ยาของ NICE อย่างน้อย 1 ข้อ

** ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคอื่นร่วมหรือไม่ ทำให้ไม่สามารถพิจารณาความสมเหตุสมผลของการใช้ยาได้

เมื่อพิจารณาการสั่งใช้ยา COX-2 inhibitors ที่มีความสมเหตุสมผลในผู้ป่วย 131 ราย จำแนกตามเกณฑ์ของ NICE แต่ละข้อ ดังตารางที่ 4.26 พบว่าการสั่งใช้ยา COX-2 inhibitors มีความสอดคล้องกับเกณฑ์ของ NICE ในข้อที่เกี่ยวกับผู้ป่วยมีประวัติโรคอื่นมากที่สุด 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.9 ของจำนวนผู้ที่ได้รับยาอย่างสมเหตุสมผล รองลงมาคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ร้อยละ 40.5 โดยพบปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวในกลุ่มที่ได้รับเซเลคอกซิบมากกว่ากลุ่มที่ได้รับโรเฟคอกซิบและเมลออกซิแคม ส่วนผู้ที่มีประวัติแผลในทางเดินอาหาร ร้อยละ 19.8 ของจำนวนผู้ที่ได้รับยาอย่างสมเหตุสมผลนั้น พบปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวในกลุ่มที่ได้รับโรเฟคอกซิบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.0 ของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่ได้รับ COX-2 inhibitors มีโรคอื่นร่วมด้วยมากถึงร้อยละ 51.9 ซึ่งยา COX-2 inhibitors ที่ได้รับอาจเกิดอันตรกิริยากับยาที่รักษาโรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย อาจทำให้โรคที่ผู้ป่วยเป็นร่วมอยู่มีอาการรุนแรงขึ้น เช่น มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น มีการทำงานของไตลดลง เป็นต้น ซึ่งอาการอาจรุนแรงจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ เช่นเดียว

กับกลุ่มที่ได้รับ classical NSAIDs(10,17,33) ดังนั้นจึงควรมีการติดตามการใช้ COX-2 inhibitors ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นระยะ แต่ในการศึกษานี้ไม่พบอันตรกิริยาระหว่างยาที่ทำให้โรคของผู้ป่วยมีความรุนแรงขึ้น

ตารางที่ 4.26 ความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยา COX-2 inhibitors จำแนกตามเกณฑ์ของ NICE แต่ละข้อ

เกณฑ์ของ NICE	จำนวนราย* (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ) (n=131)
	เซเลคอกซิบ (n=82)	โรเฟคอกซิบ (n=37)	เมลอคซิแคม (n=12)	
1. มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี	37 (45.1)	14 (37.8)	3 (25.0)	53 (40.5)
2. มีประวัติแผลในทางเดินอาหาร	11 (13.4)	10 (27.0)	5 (41.7)	26 (19.8)
3. มีประวัติเป็นโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย	50 (61.0)	14 (37.8)	4 (33.3)	68 (51.9)
4. ใช้สเตียรอยด์ หรือวาร์ฟารินร่วม	1 (1.2)	1 (2.7)	-	2 (1.5)
5. จำเป็นต้องใช้ NSAIDs ขนาดสูงเป็น ระยะเวลาานาน	-	-	-	-

* การสั่งใช้ยา COX-2 inhibitors ตรงตามเกณฑ์การใช้ยาของ NICE อย่างน้อย 1 ข้อ และผู้ป่วย 1 รายอาจมีปัจจัยเสี่ยงสอดคล้องกับเกณฑ์การใช้ยาของ NICE มากกว่า 1 ข้อ

เมื่อพิจารณาความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยา COX-2 inhibitors จำแนกตามสิทธิการรักษา พบว่ามีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลในผู้ที่มีสิทธิเบิกต้นสังกัดมากที่สุด 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.5 รองลงมาคือสิทธิชำระเงินเอง 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.6 และสิทธิประกันสังคม 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.3 แสดงว่าสิทธิการรักษาของผู้ป่วยอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการสั่งใช้ยา COX-2 inhibitors รายละเอียดดังตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 ความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยา COX-2 inhibitors จำแนกตามสิทธิการรักษา

สิทธิการรักษา	จำนวนราย (ร้อยละ)			รวม
	สมเหตุสมผลในการ สั่งใช้ยา*	ไม่สมเหตุสมผลใน การสั่งใช้ยา	N/A**	
เบิกต้นสังกัด	104 (57.5)	28 (15.5)	2 (1.1)	134 (74.0)
ชำระเงินเอง	14 (7.7)	12 (6.6)	-	26 (14.4)
ประกันสังคม	11 (6.1)	6 (3.3)	-	17 (9.4)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	4 (2.2)	-	-	4 (2.2)
รวม	133 (73.5)	46 (25.4)	2 (1.1)	181 (100)

* การสั่งใช้ยา COX-2 inhibitors ตรงตามเกณฑ์การใช้ยาของ NICE อย่างน้อย 1 ข้อ

** ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคอื่น ๆ ร่วมหรือไม่ ทำให้ไม่สามารถพิจารณาความสมเหตุสมผลของการใช้ยาได้

จากผลที่ได้แสดงว่าการใช้ยากลุ่ม COX-2 inhibitors ส่วนหนึ่งเป็นการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลตามเกณฑ์ของ NICE ดังนั้นจึงควรนำข้อมูลดังกล่าวเสนอคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาให้มีเกณฑ์การใช้ยากลุ่ม COX-2 inhibitors และดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม และลดมูลค่าการใช้ยาเกินจำเป็น ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะต้องดำเนินการในลักษณะที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการกำหนดเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทบทวนและประเมินงานอย่างต่อเนื่อง อันจะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย