

## การประเมินความสมเหตุสมผลของการใช้ยาโอเมพราโซลตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกัน การเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

พิชญา อุดมศิลป์<sup>1</sup>, ตูลาการ นาคพันธ์<sup>2</sup>, อุไรวรรณ อกนิทัย<sup>3</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

<sup>2</sup>สาขาวิชาเภสัชกรรมสังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>3</sup>กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความสมเหตุสมผลและมูลค่าการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง **วิธีการ:** การศึกษานี้เป็นการวิจัยย้อนหลังในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไปที่มีประวัติได้รับยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานร่วมกับ NSAIDs ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2563 การศึกษาประเมินความสมเหตุสมผลในการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs โดยอ้างอิงแนวทางจาก American College of Gastroenterology (ACG) **ผลการวิจัย:** ใบสั่งยาทั้งหมด 29,992 ใบสั่งยาที่มีการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs คิดเป็นมูลค่ายาโอเมพราโซล 2,876,489 บาท หรือ 95.91 บาทต่อใบสั่งยา ผลการประเมินพบว่าเป็นการใช้อย่างไม่สมเหตุผล 9,011 ใบสั่งยา (ร้อยละ 30.04) หรือคิดเป็น 759,198 บาท หรือ 25.31 บาทต่อใบสั่งยา **สรุป:** โรงพยาบาลมีร้อยละการใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานไม่สมเหตุผลในการป้องกันแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs เท่ากับ 30.04 และมีมูลค่ายาโอเมพราโซลที่ใช้อย่างไม่สมเหตุผล 25.31 บาทต่อใบสั่งยา โรงพยาบาลจึงควรมีการจัดทำแนวทางการใช้ยาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

**คำสำคัญ:** โอเมพราโซล การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แผลในทางเดินอาหาร

รับต้นฉบับ: 30 ม.ค. 2565, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 25 เม.ย. 2565, รับลงตีพิมพ์: 2 พ.ค. 2565

ผู้ประสานงานบทความ: อุไรวรรณ อกนิทัย กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตำบลเมืองศรีไค อำเภอกวาริน  
ชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 E-mail: uraiwan.a@ubu.ac.th

## Assessment of Rational Use of Omeprazole According to the Clinical Practice Guideline for Prophylaxis of NSAID-associated Gastrointestinal Ulcers in a Community Hospital

Pichaya Udomsin<sup>1</sup>, Tulakarn Nakpun<sup>2</sup>, Uraiwan Akanit<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Pharmacy and Consumer Protection, Chumphonburi Hospital, Surin

<sup>2</sup>Department of Social Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Srinakharinwirot University

<sup>3</sup>Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmacy, Ubon Ratchathani University

### Abstract

**Objective:** To study the rational use and expenditures of omeprazole for preventing gastrointestinal ulcers from the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in a community hospital. **Methods:** This retrospective study was conducted in patients aged 20 years and older with the prescription on oral omeprazole with NSAIDs who received outpatient care in the Hospital from October 1, 2017 to September 30, 2020. The study assessed the rational use of omeprazole use for preventing of NSAID-associated gastrointestinal ulcers according to the guidelines of the American College of Gastroenterology (ACG). **Results:** There were 29,992 prescriptions of omeprazole for preventing NSAID-associated gastrointestinal ulcers, accounting for 2,876,489 baht on the expenditure of omeprazole or 95.91 baht per prescription. The assessment revealed that the irrational use was found in 9,011 prescriptions (30.04%), accounting for 759,198 baht or 25.31 baht per prescription. **Conclusion:** Rate of irrational use of omeprazole for preventing NSAID-associated gastrointestinal ulcers within the Hospital was 30.04% with the cost per prescription at 25.31 baht for omeprazole per prescription. The Hospitals should develop a guideline for rational drug use to achieve cost-effectiveness and maximize the benefit to the patient.

**Keywords:** omeprazole, rational drug use, non-steroidal anti-inflammatory drugs, peptic ulcer

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ ใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด (1) ประเทศไทยมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยจากยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติตามนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 เพื่อให้โรงพยาบาลดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นรูปธรรมชัดเจน ในปี พ.ศ. 2558 ได้มีการเผยแพร่คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้สถานพยาบาลนำนโยบายด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไปใช้เป็นรูปธรรมชัดเจน จากนั้นปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยกำหนดให้เป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาที่ 15 เพื่อคุ้มครองให้ประชาชนได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย และลดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ นโยบายนี้ได้ถูกนำไปใช้ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่แรก (2)

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับ service plan การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลมี 16 ตัว โดย 11 ตัวเกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยาของแพทย์ เช่น การจ่ายยา NSAIDs ซ้ำซ้อน (3) แสดงให้เห็นว่ามีปัญหาที่เกิดจากความไม่สมเหตุผลในการจ่ายยาในกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก จึงได้นำตัวชี้วัดนี้มาบรรจุไว้ อย่างไรก็ตาม ได้มีการแก้ไขปัญหาตามทีระบุนในตัวชี้วัดนี้มาอย่างต่อเนื่องและพบมีรายงานการสั่งจ่ายยาซ้ำซ้อนที่ลดลงมากจนไม่ได้เป็นปัญหาหลักของโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามมีปัญหาคือ ที่เกี่ยวกับยา NSAIDs แต่ไม่ได้ถูกบรรจุอยู่ในตัวชี้วัด service plan การใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ผู้กำหนดนโยบายควรตระหนักคือ ผู้ป่วยได้รับยาป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารที่เกิดจากได้รับยา NSAIDs ที่ไม่สมเหตุผล จากการศึกษาของ Rahme พบว่า การใช้ยา NSAIDs ทุก 1 ดอลลาร์แคนาดา จะต้องมียาช่วยในการป้องกันหรือรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยา 0.73 ดอลลาร์แคนาดาหรือประมาณ 19.26 บาท (4) ดังนั้น หากผู้ป่วยที่ได้รับยา NSAIDs ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน สมควรได้ยาป้องกัน

การเกิดแผลทางเดินอาหาร โดยเฉพาะยาในกลุ่ม proton pump inhibitors (PPIs) และควรมีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างใกล้ชิด (5)

ยาในกลุ่ม PPIs เป็นหนึ่งในยาที่มีการใช้ไม่เหมาะสมมากที่สุด จากการศึกษาคำสั่งการใช้ยาในผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในปีพ.ศ. 2558 ทั้งหมด 32,261 คน มีคำสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม (potentially inappropriate medications: PIMs) ร้อยละ 63.98 ซึ่งประเด็นที่พบมากที่สุด คือ การได้รับยาในกลุ่ม PPIs (ร้อยละ 27.51 ของยาที่ได้รับทั้งหมด) (6) เช่นเดียวกับการศึกษาการใช้ยาในโรงพยาบาล Tan Tock Seng ประเทศสิงคโปร์ที่พบว่า ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่ได้รับยาในกลุ่ม PPIs ร้อยละ 43.2 ได้รับยาในข้อบ่งใช้ที่ไม่ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (United State Food and Drug Administration: USFDA) ในจำนวนนี้เป็นการสั่งใช้ยาในกลุ่ม PPIs ร่วมกับ aspirin ยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือ NSAIDs ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 65 ปี ถึงร้อยละ 21.8 (7) ส่วนการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ตั้งแต่เดือนกันยายน 2559 –กันยายน 2560 การใช้ยาโอเมพราโซลในผู้ป่วยที่ได้รับยากลับบ้านร้อยละ 52 และในผู้ป่วยที่นัดติดตามอาการหลังการรักษา 1 เดือนร้อยละ 47.3เป็นการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเพราะใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำในการเกิดแผลทางเดินอาหาร หรือไม่มีข้อบ่งใช้ มูลค่ายาโอเมพราโซลที่ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลได้รับอย่างไม่เหมาะสม มีมูลค่าสูงถึง 7,245,362 บาท ต่อปี ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการใช้ยาในกลุ่ม PPIs ที่ไม่เหมาะสม อาจมาจากการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งใช้ในการป้องกันแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs (8)

ดังนั้นหากสถานพยาบาลสามารถลดการใช้สั่งใช้ยาในกลุ่ม PPIs ที่ใช้ในการป้องกันแผลในทางเดินอาหารที่ไม่สมเหตุผลได้ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลได้ การเก็บข้อมูลการใช้ยาของโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นสถานที่วิจัยในปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่า ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานซึ่งเป็นยาในกลุ่ม PPIs ชนิดรับประทานที่อยู่ในกรอบบัญชียาของโรงพยาบาลเพียงรายการเดียว เป็นรายการยาที่มีมูลค่าการใช้สูงในอันดับที่ 5 โดยในปีงบประมาณ 2563 มีการใช้ยามูลค่าสูงถึง 1,319,958 บาท ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงทำการศึกษาความสมเหตุผลของการ

ใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ยา NSAIDs ในกลุ่มผู้รับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่ยอมรับ ตลอดจนศึกษามูลค่าการใช้ยาโอเมพราโซลที่ไม่สมเหตุผล การศึกษานี้ต่างจากงานวิจัยก่อนหน้า (9) ที่ไม่ได้แยกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลในทางเดินอาหาร ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาต่อไป

## วิธีการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์หรือ HOSxP ของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงแห่งหนึ่ง การวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ (SURINPHO REC No 010/2564) เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2564

### ตัวอย่าง

ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลใบสั่งยาของผู้ป่วยที่รับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2563 ข้อมูลที่ใช้ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐาน โรคที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทั้งหมด เพศ อายุ สิทธิการรักษา และประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ 2) ข้อมูลยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ 2.1) ขนาดยาโอเมพราโซลและมูลค่ายาโอเมพราโซลต่อใบสั่งยา 2.2) ชนิดและขนาดยา NSAIDs, aspirin, prednisolone และ warfarin ที่ผู้ป่วยได้รับ ทั้งนี้ในช่วงของการศึกษา ต้นทุนยาโอเมพราโซลต่อเม็ดไม่มีการเปลี่ยนแปลง

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ใบสั่งยาของผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทุกรายในแผนกผู้ป่วยนอกที่แพทย์สั่งใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทาน ร่วมกับ NSAIDs อย่างน้อย 1 ชนิดในช่วงที่ทำการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ใบสั่งยาที่มีข้อมูลของผู้ป่วยต่อไปนี้ในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน คือ เพศ อายุ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค รายการยา และขนาดยาที่ได้รับ

### การประกันคุณภาพข้อมูลวิจัย

เภสัชกรชำนาญการซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการเขียนโปรแกรมตามตัวชี้วัดงานเภสัชกรรม ของ

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ดูแลฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องเขียนคำสั่งเพิ่มเพื่อใช้ดึงข้อมูลจาก HOSxP โดยใช้คำสั่งดึงข้อมูลใบสั่งที่มีการสั่งใช้ยาโอเมพราโซลทุกใบสั่งยา ร่วมกับ NSAIDs ยาเม็ดสเตียรอยด์ (prednisolone 5 mg) หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดเม็ด (warfarin 2 mg, 3 mg และ 5 mg) อย่างน้อย 1 ชนิด ข้อมูลที่ได้ถือเป็นฐานข้อมูลเริ่มต้น จากนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นเภสัชกรที่จบการศึกษาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต และมีตำแหน่งเป็นเภสัชกรชำนาญการที่ปฏิบัติงานในสถานที่ทำการศึกษาดำเนินการมีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 15 ปี สุ่มตรวจสอบข้อมูลที่ได้เทียบกับฐานข้อมูล HOSxP ว่าตรงกันหรือไม่

### ผลลัพธ์ของการวิจัยและการประเมิน

ผลลัพธ์ของการวิจัย คือ ร้อยละของจำนวนใบสั่งยาที่มีการใช้ยาโอเมพราโซลร่วมกับ NSAIDs ซึ่งได้รับการประเมินว่าไม่สมเหตุผล และมูลค่ายาโอเมพราโซลที่ใช้ร่วมกับ NSAIDs ที่ไม่สมเหตุผลต่อใบสั่งยาที่มีการสั่งจ่ายยาทั้งสองร่วมกัน NSAIDs ในการวิจัยนี้ หมายถึง ยาที่อยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลในช่วงที่ทำการศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มยาที่ใช้ในโรคหูดังและโรคเกาต์ ได้แก่ diclofenac, ibuprofen, indomethacin, naproxen, mefenamic acid และ celecoxib และกลุ่มยาต้านการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด ได้แก่ aspirin

การใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ที่ถือว่าสมเหตุผล หมายถึง การใช้ยาที่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ของ American College of Gastroenterology (ACG) และใช้ยาโอเมพราโซลในขนาดที่เหมาะสมตามข้อบ่งใช้ตามคำแนะนำของ USFDA หรือแนวทางเวชปฏิบัติ

การประเมินความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานในการป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินความสมเหตุผลตามข้อบ่งใช้ โดยเกณฑ์ประเมินแบ่งตามระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารตามแนวทางปฏิบัติของ ACG (10) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลทางเดินอาหารมีทั้งหมด 4 ปัจจัย คือ 1) มีประวัติการเป็นโรคกระเพาะอาหาร ประวัติภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกจากทางเดินอาหาร (ประเมินโดยสืบค้นรหัสวินิจฉัยตาม ICD-10 version: 2019) (11) 2) อายุมากกว่า

ตารางที่ 1. การจัดระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารและแนวทางในการป้องกัน

| ระดับความเสี่ยง   | จำนวนปัจจัยเสี่ยง | แนวทางการใช้ยาป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหาร                                                                           |
|-------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ความเสี่ยงสูง     | มากกว่า 2 ปัจจัย  | - ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา NSAIDs<br>- ถ้ากรณีจำเป็นให้ใช้ยากลุ่ม COX-2 inhibitors (celecoxib) โดยให้ร่วมกับยาโอเมพราโซล |
| ความเสี่ยงปานกลาง | 1 หรือ 2 ปัจจัย   | - ให้เลือกใช้ยากลุ่ม COX-2 inhibitors เพียงชนิดเดียว หรือ<br>- ใช้ยา NSAIDs ร่วมกับยาโอเมพราโซล                       |
| ความเสี่ยงต่ำ     | ไม่มีปัจจัยเสี่ยง | - ใช้ยา NSAIDs ได้โดยไม่ต้องให้ยาโอเมพราโซล                                                                           |

65 ปี ขึ้นไป 3) การได้รับ NSAIDs ในขนาดที่สูงหรือมีการใช้ NSAIDs หลายชนิดร่วมกัน และ 4) การได้รับยาร่วม คือ ยาสเตียรอยด์ (prednisolone 5 mg. ชนิดเม็ด) หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (warfarin 2 mg, 3 mg หรือ 5 mg ชนิดเม็ด) แนวทางการใช้ยาป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารที่สมเหตุสมผลแสดงอยู่ในตารางที่ 1

การประเมินส่วนที่ 2 เป็นการประเมินความสมเหตุสมผลของขนาดยาโอเมพราโซลตามข้อบ่งชี้ที่ได้รับการรับรองจาก USFDA (12) หรือแนวทางเวชปฏิบัติของ ACG (13) และของประเทศไทย (14-16) (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ ขนาด

ยาโอเมพราโซลในข้อบ่งชี้เพื่อป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs คือ 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้อื่น ๆ จะประเมินโดยใช้ขนาดยาตามคำแนะนำของ USFDA หรือขนาดยาตามแนวทางเวชปฏิบัติร่วมด้วย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาร้อยละของการสั่งจ่ายยาโอเมพราโซลอย่างไม่เหมาะสมในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs และมูลค่ายาโอเมพราโซลที่เป็นการใช้ที่ไม่สมเหตุสมผลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ต่อใบสั่งยา

ตารางที่ 2. ขนาดยาโอเมพราโซลที่ใช้ในข้อบ่งชี้ต่าง ๆ

| ข้อบ่งชี้                                                                              | ICD-10 | USFDA <sup>1</sup> | ขนาดยาตามคำแนะนำของ USFDA หรือแนวทางเวชปฏิบัติ                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| การใช้ยาในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs                                          | -      | -                  | 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง                                                  |
| กำจัดเชื้อ <i>Helicobacter pylori</i> ที่แผลในระบบทางเดินอาหาร                         | B89.0  | ✓                  |                                                                             |
| <u>dual therapy</u> + clarithromycin 500 mg วันละ 3 ครั้ง                              |        |                    | 40 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง                                                  |
| <u>triple therapy</u> +clarithromycin 500 mg+amoxicillin 1 กรัม วันละ 2 ครั้ง          |        |                    | 20 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง                                                  |
| โรคหลอดอาหารอักเสบจากกรดไหลย้อน (erosive esophagitis, gastroesophageal reflux disease) | K21.0  | ✓                  | 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง                                                  |
| โรคกรดไหลย้อน (gastroesophageal reflux disease, GERD)                                  | K21.9  | ✓                  | 20 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง                                                  |
| โรคหลอดอาหารอักเสบ (erosive esophagitis)                                               | K22.1  | ✓                  | 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง                                                  |
| โรคหลอดอาหารตีบ (esophageal stricture)                                                 | K22.2  | -                  | 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง                                                  |
| โรคหลอดอาหารบาร์เรตต์ (Barrett esophagus)                                              | K22.7  | -                  | 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง                                                  |
| โรคแผลในกระเพาะอาหาร (gastric ulcer, active, benign)                                   | K25    | ✓                  | 40 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง                                                  |
| โรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (ulcer of duodenum, active)                                   | K26    | ✓                  | 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง                                                  |
| โรคแผลทางเดินอาหาร (peptic ulcer)                                                      | K27    | -                  | 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง                                                  |
| โรคดิสเปปเซีย (functional dyspepsia)                                                   | K30    | -                  | 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง                                                  |
| โรคภาวะที่มีการหลั่งกรดมากผิดปกติ (gastric hypersecretion)                             | K31.8  | -                  | เริ่ม 60 มิลลิกรัมวันละ 1 ครั้ง<br>อาจเพิ่มเป็น 120 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง |

1: เป็นข้อบ่งชี้ของยาโอเมพราโซลที่ได้รับการรับรองจาก USFDA

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไป

ใบสั่งยาของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไปที่ได้รับยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ในปีงบประมาณ 2561-2563 มีจำนวนรวมกันทั้งหมด 29,992 ใบสั่งยาหรือเฉลี่ยปีละ 9,997 ใบสั่งยา ผู้ได้รับยาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (18,276 ใบสั่งยาหรือร้อยละ 60.94) อายุเฉลี่ย  $69.13 \pm 11.15$  ปี ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด (25,825 ใบสั่งยาหรือร้อยละ 86.11) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่สูบบุหรี่ (14,995 ใบสั่งยาหรือร้อยละ 50.00) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3.** ข้อมูลทั่วไป (n=29,992 ใบสั่งยา)

| ข้อมูลทั่วไป                         | จำนวนใบสั่งยา | ร้อยละ |
|--------------------------------------|---------------|--------|
| เพศ                                  |               |        |
| ชาย                                  | 11,716        | 39.06  |
| หญิง                                 | 18,276        | 60.94  |
| อายุ (เฉลี่ย $69.13 \pm 11.15$ ปี )  |               |        |
| 20 – 34 ปี                           | 259           | 0.86   |
| 35 – 49 ปี                           | 1,181         | 3.94   |
| 50 – 64 ปี                           | 7,585         | 25.29  |
| 65 ปี ขึ้นไป                         | 20,967        | 69.91  |
| สิทธิการรักษา                        |               |        |
| หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ             | 25,825        | 86.10  |
| สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการ         | 3,805         | 12.69  |
| ประกันสังคม                          | 267           | 0.89   |
| อื่น ๆ                               | 95            | 0.32   |
| ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ |               |        |
| ดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่           | 550           | 1.83   |
| ไม่ดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่        | 14,995        | 50.00  |
| ไม่มีข้อมูล                          | 14,447        | 48.17  |

### ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร

การศึกษาพบการใช้ยาโอเมพราโซลในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลทางเดินอาหาร คือ พบการสั่งใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคทางเดินอาหารทั้งหมด 257 ใบสั่งยา ใช้ในโรคติสเปปเซีย 165 ใบสั่งยา รองลงมา คือ โรคกรดไหลย้อน 68 ใบสั่งยา และโรคหลอดอาหารอักเสบจากกรดไหลย้อน 13 ใบสั่งยา ส่วนการใช้ NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด มีทั้งหมด 223 ใบสั่งยา ที่พบมากที่สุด คือ aspirin ร่วมกับ

naproxen 93 ใบสั่งยา รองลงมา aspirin ร่วมกับ ibuprofen 65 ใบสั่งยา และ aspirin ร่วมกับ diclofenac 51 ใบสั่งยา ส่วนการใช้ยาโอเมพราโซลร่วมกับยาที่เพิ่มความเสี่ยงการเกิดแผลทางเดินอาหารมีทั้งหมด 283 ใบสั่งยา คือ ใช้ร่วมกับ prednisolone 168 ใบสั่งยา และ warfarin 115 ใบสั่งยา โดยไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับ NSAIDs ในขนาดที่สูง

เมื่อแบ่งตามจำนวนปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร พบว่า มีการใช้ยาโอเมพราโซลในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง 1 ปัจจัย มากที่สุด คือ ใช้ยาโอเมพราโซล ขนาด 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป 20,286 ใบสั่งยา คิดเป็นมูลค่า 2,054,121 บาท รองลงมา คือ ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง 8,328 ใบสั่งยา คิดเป็นมูลค่า 695,775 บาท และใช้ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง 2 ปัจจัย คือ ใช้ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไปและได้รับยา prednisolone หรือ warfarin รวม 144 ใบสั่งยา คิดเป็นมูลค่า 11,529 บาท

ส่วนการใช้ยาโอเมพราโซล ขนาด 20 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้งพบมากที่สุดในผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง 348 ใบสั่งยา คิดเป็นมูลค่า 19,595.50 บาท รองลงมา คือ ใช้ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป 275 ใบสั่งยา คิดเป็นมูลค่า 37,495 บาท และใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปที่มีโรคทางเดินอาหารร่วม 25 ใบสั่งยา คิดเป็นมูลค่า 4,844.50 บาท ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

### ความสมเหตุผลการใช้ยาโอเมพราโซล

เมื่อนำปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs มาจัดระดับกลุ่มเสี่ยงและประเมินความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ พบผลดังแสดงในตารางที่ 5

**กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง:** กลุ่มนี้มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2 ปัจจัย การศึกษาพบใบสั่งยาที่มีการใช้ยาโอเมพราโซลในกลุ่มนี้เพียง 2 ใบสั่งยา คือ การใช้ยาในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด ร่วมกับยาสเตียรอยด์ในระยะเวลาสั้น ๆ ทั้งสองใบสั่งเป็นการใช้ยาโอเมพราโซลอย่างสมเหตุผล

**กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง:** กลุ่มนี้มีปัจจัยเสี่ยง 1 หรือ 2 ปัจจัย การใช้ยาในกลุ่มนี้ถือว่าสมเหตุผลตามข้อบ่งใช้ หากสั่งยาในขนาดที่เหมาะสมกับข้อบ่งใช้ในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs คือ ขนาด 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยมีโรคทางเดิน

ตารางที่ 4. ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารกับขนาดยาและมูลค่ายาโอเมพราโซลที่ผู้ป่วยได้รับ

| ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร                   | 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง |                | 20 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง |                |
|--------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|----------------------------|----------------|
|                                                        | จำนวนใบสั่งยา              | มูลค่ายา (บาท) | จำนวนใบสั่งยา              | มูลค่ายา (บาท) |
| ไม่มีปัจจัยเสี่ยง                                      | 8,328                      | 695,775.00     | 348                        | 19,595.50      |
| <b>มีปัจจัยเสี่ยง 1 ปัจจัย</b>                         |                            |                |                            |                |
| - มีโรคทางเดินอาหาร                                    | 97                         | 5,827.50       | 25                         | 786.00         |
| - อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป                             | 20,286                     | 2,054,121.00   | 275                        | 37,495.00      |
| - ได้รับ NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด                         | 94                         | 9,967.50       | -                          | -              |
| - ได้รับ prednisolone หรือ warfarin                    | 122                        | 10,656.00      | 5                          | 362.00         |
| <b>มีปัจจัยเสี่ยง 2 ปัจจัย</b>                         |                            |                |                            |                |
| - มีโรคทางเดินอาหาร + อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป         | 108                        | 11,820.00      | 25                         | 4,844.50       |
| - มีโรคทางเดินอาหาร + NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด            | 1                          | 90.00          | -                          | -              |
| - มีโรคทางเดินอาหาร + prednisolone หรือ warfarin       | 1                          | 120.00         | -                          | -              |
| - อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป+ NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด      | 119                        | 11,869.50      | 3                          | 315.00         |
| - อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป+ prednisolone หรือ warfarin | 144                        | 11,529.00      | 5                          | 363.00         |
| - ได้รับ NSAIDs > 1 ชนิด + prednisolone หรือ warfarin  | 1                          | 45.00          | 3                          | 810.00         |
| <b>มีปัจจัยเสี่ยง 3 ปัจจัย</b>                         |                            |                |                            |                |
| - อายุมากกว่า 65 ปี + NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด +          | 2                          | 97.50          | -                          | -              |

อาหารอื่นร่วมจะใช้ขนาดยาตามคำแนะนำ USFDA หรือแนวทางเวชปฏิบัติ (ตารางที่ 2) ร่วมพิจารณา พบว่า ใบสั่งยาที่ได้รับยาโอเมพราโซลอย่างสมเหตุผลมีจำนวน 20,979 ใบสั่งยา (ร้อยละ 69.95) คิดเป็นมูลค่า 2,117,193 บาท ส่วนใบสั่งยาที่ได้รับยาโอเมพราโซลอย่างไม่สมเหตุผล คือ 335 ใบสั่งยา (ร้อยละ 1.11) คิดเป็นมูลค่า 43,828 บาท

**กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ:** กลุ่มนี้ไม่มีปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 ปัจจัย จึงเป็นการใช้ยาโอเมพราโซลอย่างไม่สมเหตุผลตามข้อบ่งใช้ในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs ใบสั่งยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวน 8,676 ใบสั่งยา (ร้อยละ 28.93) คิดเป็นมูลค่า 715,370.50 บาท

จากผลการวิจัย พบว่า ปัญหาหลักของการใช้ยาโอเมพราโซลไม่สมเหตุผล คือ การใช้ยาโอเมพราโซลในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อบ่งใช้ คือ ใช้ในผู้ป่วยความเสี่ยงต่ำหรือไม่มีปัจจัยเสี่ยง

### การอภิปรายผลและสรุป

ในการศึกษานี้พบจำนวนใบสั่งยาที่มีการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ยา NSAIDs ซึ่งรวมทั้งยาแอสไพรินขนาดต่ำที่ใช้เป็นยาต้านเกล็ดเลือด ในปีงบประมาณ 2561-2563 รวมทั้งหมด 29,992 ใบสั่งยา คิดเป็นมูลค่าของยาโอเมพราโซลทั้งหมด

ตารางที่ 5. ความสมเหตุผลและมูลค่าการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs

| ระดับความเสี่ยง   | การใช้ยาอย่างสมเหตุผล  |              | การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล |              |
|-------------------|------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
|                   | จำนวนใบสั่งยา (ร้อยละ) | มูลค่า (บาท) | จำนวนใบสั่งยา (ร้อยละ)   | มูลค่า (บาท) |
| ความเสี่ยงต่ำ     | -                      | -            | 8,676 (28.93)            | 715,370.50   |
| ความเสี่ยงปานกลาง | 20,979 (69.95)         | 2,117,193.00 | 335 (1.11)               | 43,828.00    |
| ความเสี่ยงสูง     | 2 (0.01)               | 97.50        | -                        | -            |
| ทั้งหมด           | 20,981 (69.96)         | 2,117,290.50 | 9,011 (30.04)            | 759,198.50   |

2,876,489 บาท หรือ 95.91 บาทต่อใบสั่งยา ส่วนใหญ่ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคทางเดินอาหารถึง 29,735 ใบสั่งยา (ร้อยละ 99.14) มีเพียง 257 ใบสั่งยาที่มีการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีโรคทางเดินอาหาร ที่พบมากที่สุด คือ การใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคติสเปปเซีย จำนวน 165 ใบสั่งยา ทั้งนี้อาจเกิดจากไม่มีการกำหนดรหัสวินิจฉัย (ICD-10) ในข้อบ่งใช้เพื่อป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ไว้เฉพาะ (17)

การศึกษาพบการใช้ยาโอเมพราโซลในผู้ป่วยที่ได้รับ NSAIDs มากกว่า 1 ชนิดใน 223 ใบสั่งยา โดยเป็นการสั่งใช้ aspirin ร่วมกับ naproxen 250 mg มากที่สุด คือ 93 ใบสั่งยา โดย naproxen เป็นยาที่มีความปลอดภัยในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (18) ส่วนการใช้ NSAIDs 2 ตัวขึ้นไปพบในใบสั่งเพียง 3 ใบ ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การใช้ยาในลักษณะดังกล่าวเป็นตัวชี้วัด คือ ให้มีการยา NSAIDs ซ้ำซ้อนไม่เกินร้อยละ 5 (19)

จากการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลตามแนวทางปฏิบัติในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ของ ACG (10) พบว่า มีการใช้ยาไม่สมเหตุผลร้อยละ 30.04 ของใบสั่งยาทั้งหมด แบ่งเป็น 1) การใช้ยาไม่สมเหตุผลตามข้อบ่งใช้ คือ มีการใช้ยาโอเมพราโซลในผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs ร้อยละ 28.93 และ 2) การใช้ขนาดยาไม่สมเหตุผลตามข้อบ่งใช้ คือ มีการใช้ยาโอเมพราโซล ขนาด 20 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้งในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งใช้ป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs โดยไม่มีข้อบ่งใช้อื่นร่วมด้วย จำนวนร้อยละ 1.11 สอดคล้องกับการศึกษาของภาวิตา จริยาเวช และปิยะเมธ ดิลกธรสกุล ที่พบว่า มีการใช้ยาโอเมพราโซลโดยไม่มีข้อบ่งใช้ร้อยละ 64.44 ของการใช้ยาทั้งหมดในปีที่ศึกษา (19) และการศึกษาของพินประไพ เกื้อกุล ในโรงพยาบาลคลองหลวงที่พบว่า มีการใช้ยาโอเมพราโซลไม่เหมาะสมร้อยละ 80.8 ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อลดการใช้ยาโอเมพราโซลที่ไม่เหมาะสม (20) ทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลอ่างทองของ พนารัตน์ ชูติมานุกูล และปัทมา วรณทอง ที่พบว่า มีการใช้ยาโอเมพราโซลไม่ตรงตามข้อบ่งใช้ที่ได้รับการอนุมัติจาก USFDA และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของไทย ร้อยละ 93.7 ของการได้รับยาโอเมพราโซลทั้งหมด โดยเป็นการสั่งใช้ยาโอเมพราโซลร่วมกับ NSAIDs ร้อยละ 22.3 (21)

นอกจากปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ที่ศึกษาแล้ว การศึกษาของ Gwee, Goh, Lima และ Setiar พบว่า ยังมีปัจจัยอื่นที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs คือ การที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะทุพพลภาพ (chronic debilitating diseases) (22) จากข้อมูลใบสั่งยาที่มีการใช้ยาโอเมพราโซลในผู้ป่วยที่ได้รับยา NSAIDs ของโรงพยาบาล พบว่า มีการลงข้อมูลประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ เพียงร้อยละ 51.83 ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการประเมินการสั่งยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs

มูลค่าการใช้ยาโอเมพราโซลที่ใช้ไม่สมเหตุผลตามแนวปฏิบัติ คิดเป็น 759,198 บาท เฉลี่ยปีละ 253,066 บาท หรือ 25.31 บาทต่อใบสั่งยาที่สั่งจ่ายร่วมกับ NSAIDs ทั้งหมด แบ่งเป็น 1) การใช้ยาไม่สมเหตุผลตามข้อบ่งใช้ คือ มีการใช้ยาโอเมพราโซลในผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs คิดเป็น 715,370 บาท หรือคิดเป็น 23.85 บาทต่อใบสั่งยาที่มีการใช้โอเมพราโซลที่ใช้ร่วมกับ NSAIDs ทั้งหมด 2) การใช้ขนาดยาไม่สมเหตุผลตามข้อบ่งใช้ คิดเป็น 43,828 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิตา จริยาเวช และปิยะเมธ ดิลกธรสกุล (9) ที่พบว่า การใช้ยาโอเมพราโซลเกินจำเป็น ในระยะเวลา 5 ปี มีมูลค่าคิดเป็น 401,402 บาท เฉลี่ย 80,280 บาทต่อปี หรือ  $23.35 \pm 18.12$  บาทต่อครั้งที่เข้ารับบริการ และการศึกษาของพนารัตน์ ชูติมานุกูล และปัทมา วรณทอง (21) ในปีงบประมาณ 2563 พบว่า มีการใช้ยาโอเมพราโซลไม่เหมาะสมตามข้อบ่งใช้คิดเป็นมูลค่า 1,968,602 บาท จากผลการศึกษา พบว่า โรงพยาบาลมีการใช้ยาโอเมพราโซลไม่สมเหตุผล ทำให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียงบประมาณที่เกิดจากการใช้ยาไม่สมเหตุผลและใช้ยาเกินจำเป็น

หากโรงพยาบาลพัฒนาแนวปฏิบัติและกำหนดตัวชี้วัดของโรงพยาบาลในประเด็นความสมเหตุผลในการใช้ยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลในทางเดินอาหาร NSAIDs จะช่วยลดการใช้ยาโอเมพราโซลที่ไม่สมเหตุผลในผู้ป่วยความเสี่ยงต่ำ คือ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงหรือไม่มีบ่งใช้ในการได้รับยาโอเมพราโซลในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs ยังทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเกินจำเป็น นอกจากนี้ ควรผลักดันให้การใช้ยาในประเด็นนี้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสม

เหตุผลตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดให้ลดการใช้ยาโอเมพราโซลที่ไม่สมเหตุผลเหลือไม่เกินร้อยละ 10 จะสามารถประหยัดงบประมาณด้านยาของโรงพยาบาลและประเทศได้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยย้อนหลัง ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลข้อบ่งชี้ของยาโอเมพราโซลจากแพทย์โดยตรง การใช้ยาโอเมพราโซลอาจไม่ได้ใช้ป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs แต่ใช้ในข้อบ่งชี้อื่น ๆ นอกจากนี้ ความสมบูรณ์ของการลงรหัสวินิจฉัยโรคอาจไม่ครบถ้วน เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านนี้ และขาดแคลนเครื่องมือในการวินิจฉัยโรคร่วมด้วย การวิจัยครั้งต่อไปควรกำหนดให้การใช้ยาโอเมพราโซลในข้อบ่งชี้อื่นนอกเหนือจากการใช้ในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs เป็นเกณฑ์การคัดออกให้ชัดเจน การวิจัยให้ผู้ตรวจสอบข้อมูลเพียงคนเดียวในการเทียบระดับความเสี่ยงกับฐานข้อมูล HOSxP ซึ่งอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนของผู้ตรวจสอบข้อมูลมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่อนุมัติให้ใช้ฐานข้อมูลเวชระเบียนในการวิจัย และขอขอบคุณเภสัชกร ประเสริฐ อาบัดชิง เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลท่าตุม จังหวัดสุรินทร์ ที่ช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล HOSxP

### เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Promoting rational use of medicines [online]. 2022 [cited Mar 1, 2022]. Available from: [www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines](http://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines).
- Chankunapars P, Boonyarit P, Srisuphan V, Leung ruangrong P, Prapaso N. Service plan: Rational drug use. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016.
- Shayakul C, Pisonthi C, Wananukul W, Bunupuradah P, Kanjanarat P, Kittiyot Y, et al, editors. Rational drug use hospital manual. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation; 2015.
- Rahme E, Joseph L, Kong SX, Watson DJ, LeLorier J. Cost of prescribed NSAID-related gastrointestinal adverse events in elderly patients. *Br J Clin Pharmacol* 2001; 52: 185-92.
- Hunt R, Lazebnik LB, Marakhouski YC, Manuc M, GN R, Aye KS, et al. International consensus on guiding recommendations for management of patients with nonsteroidal anti-inflammatory drugs induced gastropathy-icon-g. *Euroasian J Hepatogastroenterol* 2018; 8: 148-60.
- Varavithya V, Tirapat C, Rojpibulstit P, Poovichaya sumlit P, Prasert V, Vatcharavongvan P. Potentially inappropriate medication use and the hospitalization rate among Thai elderly patients: a retrospective cohort study. *Eur J Clin Pharmacol* 2022; 78: 1-28.
- Chia CT, Lim WP, Vu CK. Inappropriate use of proton pump inhibitors in a local setting. *Singapore Med J* 2014; 55: 363-6.
- Sattayalertyanyong O, Thitilertdecha P, Auesomwang C. The inappropriate use of proton pump inhibitors during admission and after discharge: a prospective cross-sectional study. *Int J Clin Pharm* 2020; 42: 174-83.
- Chariyawet P, Dilokthornsakul P. Omeprazole over use and is financial loss in a community hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2018; 10: 437-48.
- Lanza FL, Chan FK, Quigley EM. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 728-38.
- World Health Organization. ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10) [online]. 2019 [cited Oct 1, 2021]. Available from: [icd.who.int/browse10/2019/en](http://icd.who.int/browse10/2019/en).
- Omeprazole. In: DRUGDEX [database on the Internet]. Greenwood Village (CO): IBM Corporation; 2021 [cited Oct 1, 2021]. Available from: [www.micro-medexsolutions.com](http://www.micro-medexsolutions.com).
- Khan MA, Howden CW. The role of proton pump inhibitors in the management of upper gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Hepatol* 2018;14:169-75

14. Thai Neurogastroenterology and Motility Society. Thailand GERD guideline 2020. Bangkok: Prinable; 2020.
15. Gastroenterological Association of Thailand. Thailand consensus on Helicobacter pylori management 2015. Bangkok: Concept Medicus; 2016.
16. Pittayanon R, Leelakusolvong S, Vilaichone RK, Rojborwonwitaya J, Treeprasertsuk S, Mairiang P, et al. Thailand dyspepsia guidelines: 2018. Neurogastroenterol Motil 2019; 25: 15-26.
17. Doungngern T, Ngorsuraches S. Efficacy and safety of proton pump inhibitors. Nonthaburi: Akson Graphic and Design; 2012.
18. Scheiman JM. The use of proton pump inhibitors in treating and preventing NSAID-induced mucosal damage. Arthritis Res Ther 2013; 15(Suppl 3): S5.
19. Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. Key performance indicator 2021 [online]. 2021 [cited Oct 10, 2021]. Available from: [bps.moph.go.th/new\\_bps/kpitemplate2564](https://bps.moph.go.th/new_bps/kpitemplate2564).
20. Kerkoon P. The evaluation of prescribing omeprazole in khlongluang hospital. The Government Pharmaceutical Organization 2020; 46: 17-22.
21. Chutimanukul P, Wannathong P. Review of omeprazole prescribing in Angthong hospital. Thai Journal of Clinical Pharmacy 2020; 26(2): 1-12.
22. Gwee KA, Goh V, Lima G, Setia S. Coprescribing proton-pump inhibitors with nonsteroidal anti-inflammatory drugs: risks versus benefits. J Pain Res 2018; 14: 361-74.