



วิกฤตเชื้อดื้อยาสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล



Antimicrobial resistance crisis to rational drug use

พัชราพรรณ กิจพันธ์¹ จันทรัตน์ ลิทธิวรนนท์²

¹ กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

² คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วิกฤตเชื้อดื้อยา เป็นหนึ่งในภัยคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญ จากการประมาณการคาดว่าปัจจุบันทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน หากไม่มีการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง คาดว่าใน พ.ศ. 2593 การเสียชีวิตจะสูงถึง 10 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึง 3.5 พันล้านบาท โดยทวีปเอเชียและแอฟริกาจะเสียชีวิตมากที่สุด คือ 4.7 และ 4.2 ล้านคน ตามลำดับ⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเจตนารมย์ในการต่อต้านปัญหาเชื้อดื้อยา (Combat Antimicrobial Resistance) มาอย่างต่อเนื่อง มีรายงานการศึกษาพบว่า หนึ่งในสาเหตุที่สำคัญของปัญหาเชื้อดื้อยา เกิดจากการใช้ยาไม่เหมาะสมหรือใช้ยาเกินความจำเป็น รายงานการศึกษาทั้งในและต่างประเทศบ่งชี้ว่า ยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะมาก อัตราการดื้อยาของเชื้อยิ่งมากขึ้นด้วย^(2,3) ผลการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ. 2529 พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยาเป็นไปอย่างสูญเปล่าไม่สมเหตุผล ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งในด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษา รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น⁽⁴⁾

ประเทศไทยประสบปัญหาเชื้อดื้อยาเช่นกัน เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้แถลงการณ์สู่สาธารณะว่า สถานการณ์เชื้อดื้อยาในประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤต มีการเพิ่มขึ้นของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาเกือบทุกชนิดพร้อมกัน เช่น การดื้อยาในกลุ่ม fluoroquinolones และ third-generation cephalosporins ต่อเชื้อกลุ่ม Enterobacteriaceae และการดื้อยาในกลุ่ม carbapenems ต่อเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ซึ่งเป็นเชื้อก่อโรคที่สำคัญของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล⁽⁵⁾ โรคติดเชื้อดื้อยาเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ และขยายวงกว้างในทุกระดับของสถานพยาบาลและในชุมชน ยาปฏิชีวนะที่เคยใช้ได้ผล

ในอดีตกลับใช้ไม่ได้ผลในปัจจุบัน วิกฤตเชื้อดื้อยาที่เกิดขึ้นนี้ สอดคล้องกับการพบปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลที่เกิดขึ้นจำนวนมากทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน และเป็นปัญหาของประเทศไทยมานานหลายทศวรรษ^(6,7)

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อโดยไม่จำเป็น ทำให้ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะของประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2543 จนถึง ปี พ.ศ. 2553 รายงานมูลค่าการผลิตและนำเข้ากลุ่ม ยาฆ่าเชื้อ (รวมถึงยาปฏิชีวนะ) สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศอย่างต่อเนื่อง⁽⁸⁾ ในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามี มูลค่ารวมประมาณ 27,291.53 ล้านบาท หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 19.02 ของมูลค่ายาทั้งหมด ของประเทศ⁽⁹⁾ รายงานการศึกษาลักษณะของการติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศไทย ปี 2553⁽¹⁰⁾ ในโรงพยาบาลจำนวน 1,023 แห่ง พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะมีระยะการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นประมาณ 3.24 ล้านวัน เสียชีวิต 38,481 คน นอกจากนี้ยังพบว่า ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาปัญหาการติดเชื้อดื้อยา มีมูลค่าสูงถึงประมาณปีละ 2,539-6,084 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.6-1.6 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศ หากรวมต้นทุนทางอ้อมซึ่งเกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยในวัยที่สามารถทำงานได้ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการติดเชื้อดื้อยาจะมีมูลค่ามากกว่าปีละ 40,000 ล้านบาท ทั้งนี้ ความสูญเสียดังกล่าวยังไม่รวมความสูญเสียที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชนและความสูญเสียที่เกิดจากการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา

การจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะทั้งในโรงพยาบาล ร้านยา (ยาปฏิชีวนะ จัดเป็นยาอันตรายสามารถจำหน่ายในร้านยาโดยเภสัชกรได้) และคลินิก ไม่เพียงก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา ดังกล่าวข้างต้นแล้ว

ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอีก จากฐานข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพบว่า กลุ่มยาฆ่าเชื้อ โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ เป็นกลุ่มยาที่มีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในลำดับแรกมาโดยตลอด นับตั้งแต่มีการพัฒนาฐานข้อมูลขึ้นในปี พ.ศ. 2527 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปฏิชีวนะบางชนิดส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น Stevens-Johnson syndrome (SJS) และ Toxic epidermal necrolysis (TEN)⁽¹¹⁾

ด้วยเหตุที่การใช้ยาปฏิชีวนะที่พร่ำเพรื่อและไม่สมเหตุผลทำให้เกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยทางด้านสุขภาพก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจของประเทศ กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้จัดทำโครงการและกำหนดมาตรการต่างๆ ขึ้น เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล คุ่มค่า และสมประโยชน์ทั้งในสถานพยาบาลและร้านยา ขึ้นดังนี้

1. โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Antibiotics Smart Use (ASU) ทั้งในภาคส่วนร้านยาและสถานพยาบาล โดยใช้มาตรการควบคุมทั้งนโยบายและการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมต่อการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วง-ท้องเสีย และแผลฉีกขาด โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์มาเป็นพื้นฐาน ในการสร้างแนวทางการรักษาโรคทั้งสามโดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ร่วมกับการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน ปรับเปลี่ยนทัศนคติในโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Antibiotics Smart Use (ASU) พบว่า ร้านยาและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนี้ สามารถลดการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคทั้งสามได้ ผู้ป่วยมีอาการหายดีเป็นปกติถึงแม้ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ และมีความพึงพอใจต่อการรักษา^(12,13)

2. โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital: RDU Hospital)⁽¹⁴⁾ โดยนำเครื่องมือที่เรียกว่ากุญแจสำคัญ 6 ประการ มาเป็นแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้คำย่อว่า “PLEASE” ประกอบด้วย

- P มาจาก pharmacy and therapeutic committee (PTC) strengthening หมายถึง การส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ถือว่าเป็นปัจจัยแรกที่สำคัญต่อการสร้างแรงผลักดันให้โครงการประสบความสำเร็จ

- L มาจาก labeling and leaflet for patient information หมายถึง การพัฒนาฉลากยา ฉลาก ยาเสริม เพื่อนำส่งข้อมูลยาที่ถูกต้องและเหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย

- E มาจาก essential RDU tools หมายถึง เครื่องมือที่ช่วยให้การใช้ยาเป็นไปอย่างสมเหตุผล ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้ประกอบด้วยคำแนะนำในการสั่งยาในโรคไม่ติดต่อและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (responsible use of antibiotics) การปรับปรุงตำรับยาในโรงพยาบาลอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based hospital formulary) และคำแนะนำในการตรวจวินิจฉัยและติดตามผู้ป่วย

- A มาจาก awareness for RDU principles among health personnel and patients หมายถึง การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

- S มาจาก special population care หมายถึง สนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างรอบคอบ ระมัดระวัง ในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษทั้ง 6 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยโรคตับ และผู้ป่วยโรค ไตเรื้อรัง

- E มาจาก ethics in prescription หมายถึง การส่งเสริมให้การสั่งยาเป็นไปตามหลักจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ

โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนให้ระบบยาเกิดการพัฒนาไปในทิศทางที่ดี

และเป็นรูปธรรม เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างมีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล ช่วยลดปัญหา การกระจายยาที่ไม่เหมาะสม สร้างระบบในการบริหาร จัดการด้านยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และสร้างความ ปลอดภัยในการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย

3. โครงการร้านยาคุณภาพ พัฒนาขึ้นโดยความ ร่วมมือระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสภาเภสัชกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ทั้งนี้ เพื่อให้ร้านยา คุณภาพ มีบทบาทเป็น “ที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชน” และเป็นทางเลือกหนึ่งของประชาชนในการใช้บริการเมื่อมีอาการ หรือเจ็บป่วยเบื้องต้น โดยมุ่งหวังให้ผู้มารับบริการได้รับ ประโยชน์และความปลอดภัยจากการใช้ยา⁽¹⁵⁾

4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนด เกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรม ชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 กำหนดขึ้นเพื่อให้ร้านยาแผนปัจจุบัน มีสถานที่ ขายยา อุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บและการควบคุม หรือการรักษาคุณภาพยาเป็นไปตามที่กำหนด รวมทั้งเรื่อง ของหมวดบุคลากร เรื่องการส่งมอบยาอันตราย ยาควบคุม พิเศษ ให้กับผู้มารับบริการ ต้องกระทำโดยเภสัชกรผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการเท่านั้น พร้อมให้คำแนะนำตามหลักวิชาการและ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อให้เกิดการบริการ ที่มีคุณภาพทางด้านเภสัชกรรมชุมชน เพื่อความปลอดภัย แก่ประชาชนที่เข้ามารับบริการในร้านยา

บทสรุป

สถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผล เป็นหนึ่งในสาเหตุที่นำมาซึ่งปัญหาเชื้อดื้อยาที่ภาวะรุนแรง ส่งผลกระทบต่อชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ และเพิ่มความเสี่ยงจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปฏิชีวนะของเชื้อดื้อยาเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญ ของประเทศ หลายหน่วยงานในประเทศไทยตระหนักถึง ปัญหาที่เกิดขึ้น ในช่วงเวลาที่ผ่านมาจึงให้ความสำคัญต่อ การรณรงค์และส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

ทั้งในสถานพยาบาลและร้านยา เป็นที่มาของโครงการ และมาตรการต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการแก้ไขปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล จำเป็นที่ต้อง ดำเนินอย่างต่อเนื่อง และใช้หลากหลายมาตรการ/กลวิธี ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในดำเนินการอย่าง บูรณาการ มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน นำมาสู่การ แก้ไขปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผล และปัญหา เชื้อดื้อยา อย่างเป็นระบบ และยั่งยืน เพื่อเกิดการใช้ยาที่ คุ่มค่า สมประโยชน์ และปลอดภัย เกิดการใช้ยาอย่าง สมเหตุผล ดังที่ขององค์การอนามัยโลกนิยามว่า คือ “การใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับความต้องการ ทางคลินิกของผู้ป่วย ในขนาดยาที่เหมาะสมกับสภาวะ การทำงานของร่างกายผู้ป่วย โดยได้รับยาเป็นระยะเวลา ที่เพียงพอเหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อตัวผู้ป่วยและ ชุมชนน้อยที่สุด”

เอกสารอ้างอิง

1. O'Neill J. (2014). *Review on antimicrobial resistance. Antimicrobial resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations* [On-Line]. Retrieved October 25, 2017. from: https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf.
2. Apisarnthanarak A, & Mundy LM. (2008). *Correlation of antibiotic use and antimicrobial resistance in Pratumthani, Thailand, 2000 to 2006*. AJIC., 36(9), 681-2.
3. Taylor JA, Kwan-Gett TSC, & McMahon EM. (2003). *Effectiveness of an educational intervention in modifying parental attitudes about antibiotic usage in children*. Pediatrics. 111, 548-54.

4. World Health Organization. (2002). Promoting rational use of medicines: core components. *WHO Policy Perspectives on Medicines*, 5(September), 1-6.
5. National Antimicrobial Resistance Surveillance Center Thailand (NARST). *Antimicrobial Resistance 2000-2016* [On-Line]. Retrievel October 25, 2017. from: <http://narst.dmsc.moph.go.th>
6. โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์, ลือชัย ศรีเงินยวง, และวิชิต เปาณิล. (2550). *ยากับชุมชน: มิติทางสังคมวัฒนธรรม*. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ.
7. Aswapokee N, Vaithayapichet S, & Heller R. (1990). Pattern of antibiotic use in medical wards of a university hospital, Bangkok, Thailand. *Review of infectious Diseases*, 12, 136-41.
8. อัญชลี จิตรภักดิ์. (2554). มูลค่ายาปฏิชีวนะ. ใน นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี, นุศราพร เกษสมบูรณ์, อุษาวดี มาลีวงศ์ (บรรณาธิการ), *รายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี 2553, สถานการณ์เชื้อดื้อยาและการใช้ยาปฏิชีวนะ* (น.21-25). กรุงเทพฯ: วิชาการพิมพ์.
9. สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2559). *ข้อมูลเชิงสถิติ* [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 25 ตุลาคม 2560. จาก <http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/B2.aspx>.
10. ภาณุมาศ ภูมาศ, ดวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อานนท์ รุ่งไพบูลย์, ภูษิต ประคองสาย, และสุพล ลิ้มพัฒนานนท์. (2555). ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐกิจจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3), 352-60.
11. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2557). *สถิติภาพรวม AE ปี 1984-2017* [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 25 ตุลาคม 2560. จาก <http://thaihpvc.fda.moph.go.th/thaihvc/Public/Webpage/main.jsf>.
12. วิรัตน์ ทองรอด, กิตติยศ ยศสมบัติ, ธีรนาถ ทรัพย์ทวี, นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, กฤติน บัณฑิตานุกูล, วราวุธ เสริมสินสิริ และคณะ. (2556). การเปรียบเทียบผลของการจ่ายและการไม่จ่ายยาปฏิชีวนะของร้านยาในโรคที่พบบ่อยต่อสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 7(2), 261-267.
13. วีรวรรณ แดงแก้ว, วินิต อัครกิจวิโร, นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, พิสนธิ์จันทรกุล, กัญญดา อนุวงศ์, สมหญิง พุ่มทอง และคณะ. (2552). *รายงานการวิจัย เรื่อง โครงการการศึกษาการขยายโครงการ Antibiotics Smart Use* [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 25 ตุลาคม 2560. จาก [file:///C:/Users/Windows8.1/Downloads/hs1601-1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Windows8.1/Downloads/hs1601-1%20(1).pdf).
14. สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2556). *โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล* [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 9 ตุลาคม 2560. จาก <http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/node/10362>.
15. สำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา. (2552). *ที่มาของโครงการร้านยาคุณภาพ* [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 3 มีนาคม 2559. จาก <http://newsser.fda.moph.go.th/advancepharmacy/2009/way.php>.

