

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทานในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี

เกียรติศักดิ์ นิธิเศรษฐทรัพย์

นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบางแพ

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสมเหตุผล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผล ของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ โดยการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลบางแพ ตั้งแต่ปี 2559-2561 จำนวน 3,438 ฉบับ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.7 มีโรคประจำตัว/โรคร่วม ร้อยละ 71.0 มีอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ (eGFR) ≥ 60 ร้อยละ 86.82 ไม่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 89.10 มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร ร้อยละ 53.87 ความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs พบว่า ไม่มีการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยา ร้อยละ 100 ไม่ใช้ยาซ้ำซ้อน ร้อยละ 99.56 ไม่ใช้ยาในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไต < 60 ร้อยละ 86.82 ไม่มีการใช้ยาไดโคลฟีแนค (Diclofenac) ในผู้ป่วยที่โอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 81.12 และใช้ยาในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหารโดยใช้ยาป้องกัน ร้อยละ 70.80 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs พบว่า การมีโรคประจำตัว/โรคร่วม มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ($p < .05$) อายุ อัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ($p < .001$) ส่วนเพศ และการได้รับยาร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

คำสำคัญ: การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน NSAIDs กลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ

Factors Related to Rational use of oral NSAIDs for Musculoskeletal Disorder Patients in Bangphae Hospital, Ratchaburi

Kiattisak Nithisetthasap

Medical Physician, Bangphae Hospital

Abstracts

The purpose of this retrospective descriptive research to examine the rational use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and to examine appropriateness and the factors related to the rational non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) used in patients with musculoskeletal disorders. The 3,438 participants were selected from medical records of patient services in Bangphae Hospital between 2016-2018. The instrument used were data record form from medical records that included personal data, drug information, the risk of cardiovascular disease assessment, the risk of gastrointestinal bleeding complications, and the rational of oral NSAIDs use. The results were as follows: The majority of the participants were females (67.7%), had underlying disease/co-morbidity (71.0%), had estimated glomerular filtration rate (eGFR) ≥ 60 86.82%, not at high risk of developing cardiovascular disease (89.10%), and high risk of gastrointestinal bleeding complications (53.87%). In terms of rational drug use, NSAIDs were not used in patients with a history of drug allergy (100%), and with glomerular filtration rate $< 60\%$ (86.82%). Moreover, Diclofenac was not used in patients at high risk of developing cardiovascular disease (81.12%). NSAIDs were used in patients with a high risk of gastrointestinal bleeding complications with 70.80% of preventive medication. Most patients were not reported to receive duplicate NSAIDs medication (99.56%). Factors related to rational NSAIDs use were congenital diseases ($p < .05$), age, eGFR, risk of cardiovascular disease and risk of gastrointestinal bleeding complication ($p < .001$). Sex and other-drugs used were not associated with rational NSAIDs use.

Keywords: Rational drug use, Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAIDs, Musculoskeletal disorders

ยากกลุ่ม NSAIDs มีประสิทธิภาพบรรเทาอาการปวดได้ดีกว่า Paracetamol จึงเป็นทางเลือกหลักในการบรรเทาอาการปวดแบบฉับพลันและการปวดจากโรคเรื้อรังต่างๆ จนทำให้มีการใช้ยากกลุ่ม NSAIDs อย่างแพร่หลายจนอาจลืมนำถึงผลเสียของยา NSAIDs ไป ซึ่งปัญหาที่สำคัญคือทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงในระบบทางเดินอาหาร การจ่ายยา NSAIDs ต้องมีการระมัดระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งแพทย์จะมีการจ่ายยา แอสไพริน เพื่อป้องกันภาวะดังกล่าว และการจ่ายยา NSAIDs ร่วมด้วย ในกลุ่มผู้ป่วยที่คุมความดันโลหิตได้ไม่ดี ก็จะทำให้เกิดการเสื่อมถอยของไตได้มากขึ้น²

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากกลุ่ม NSAIDs ของ Guirguis-Blake J และคณะ (2018)⁴ ได้ศึกษาความชุกของการจ่ายยา NSAIDs ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เพื่อดูการทำงานของไต ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไตเสื่อมระยะที่ 3 และ 4 จากการได้รับกลุ่มนี้ และจากการศึกษาของ Lanos A, et al (2011)⁵ ได้ทำการศึกษาในประเทศสเปน เพื่อดูความชุกของการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางด้านระบบทางเดินอาหาร (GI risk) และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (CV risk) ในโรคข้อเข่าเสื่อม (OA knee) ผลการวิจัยพบว่า ในจำนวนผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับยากกลุ่ม NSAIDs ร้อยละ 93.4 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับยา NSAIDs ร้อยละ 57.6 และใช้ยาในผู้ป่วยที่คุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 22.6 และในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด CV risk ได้รับยา ร้อยละ 41.3 ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด GI risk ร่วมกับ CV risk ได้รับยา ร้อยละ 51 งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่ามีการใช้ยากกลุ่ม NSAIDs อย่างไม่สมเหตุผล และในงานวิจัยของ McGettigan และ Dr.Henry. (2013)⁶

ได้ทำการศึกษาการใช้ยา NSAIDs ที่ได้กล่าวถึงยา Diclofenac ผลการศึกษาพบว่ายา Diclofenac สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 38

จะเห็นได้ว่าการใช้ยากกลุ่ม NSAIDs กันอย่างแพร่หลาย ทั้งที่เป็นยาที่มีปัญหาในหลายรูปแบบ ได้แก่ ผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ผลต่อการทำงานของไตที่แย่ง ความเสี่ยงต่อการแพ้ยา ปัญหาจากปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยากับยาอื่นที่ได้รับร่วมด้วย และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และพบมากขึ้นในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ซึ่งควรมีความระมัดระวังในการจ่ายยา ดังนั้น ประเด็นเรื่องความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs ในทางคลินิก (Rational drug use: RDU) จึงถูกกำหนดให้เป็นประเด็นปัญหาการจัดการด้านยาระดับชาติที่สำคัญ³

โรงพยาบาลบางแพ พบสถิติผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางแพ ตั้งแต่ปี 2559-2561 จำนวน 5,696 คน (อัตรา 140.93 ต่อพันประชากร) และมีการใช้ยา NSAIDs จำนวน 4,089 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.78 นอกจากนี้ยังพบว่ามีการจ่ายยา NSAIDs ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ตั้งแต่ปี 2559-2561 พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จำนวน 728 คน ได้รับการจ่ายยา NSAIDs จำนวน 566 คน คิดเป็นร้อยละ 77.75⁷ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงหากควบคุมอาการของโรคไม่ดี จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการเกิดภาวะไตเสื่อม หากไม่มีการระมัดระวังการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยกลุ่มโรค

ดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายและส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วยได้

ผู้วิจัย ในฐานะที่เป็นแพทย์ซึ่งมีหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วย ควรมีการศึกษารูปแบบหรือวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลในกลุ่มโรคต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อเป็นอีกหนึ่งกลุ่มโรคที่มักพบการรักษาที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้มาพบแพทย์บ่อยครั้ง จนทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างไม่สอดคล้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อครั้งนี้มุ่งเน้นที่จะนำผลของการศึกษามาใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อในโรงพยาบาลให้กับแพทย์ ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลบางแพ เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและลดภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

คำถามการวิจัย

1. ความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อของโรงพยาบาลบางแพเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ มีอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมินและวางแผนให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อเมื่อพิจารณา NSAIDs เป็นทางเลือกในการให้การรักษา

2. เพื่อนำผลที่ได้มากำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ และสนับสนุนให้ทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้ออย่างเหมาะสมต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร

เวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้ออายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ที่มารับการรักษาประเภผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลบางแพ และได้รับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 3,438 ฉบับ

รูปแบบและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Research) โดยทำการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการประเภผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางแพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ด้านเวชกรรมทั่วไป แพทย์เชี่ยวชาญด้านออโรปีติกส์ และอาจารย์ด้านระเบียบวิธีวิจัย ได้

ทดสอบความตรงของเนื้อหาด้วยวิธี (Content validity index: CVI) ซึ่งเป็นทดสอบความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา=1 ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบบันทึกเวชระเบียน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเช็ค리스트 ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว/โรคร่วม ค่าอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ (eGFR)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลยาที่ได้รับ เป็นแบบเช็ค리스트 ได้แก่ ชื่อยา NSAIDs หรือยาอื่นๆ ที่ได้รับร่วม ระบุ ชื่อยา และขนาดเป็นมิลลิกรัม

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโอกาสเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร เป็นแบบเช็ค리스트ระบุ ไม่เสี่ยงสูง หรือ เสี่ยงสูง

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs ชนิดรับประทาน ในกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ระบุ สมเหตุผลหรือไม่สมเหตุผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูล 4 ส่วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ในกรณีที่เวชระเบียนที่สุ่มได้มีการรักษากลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อมากกว่า 1 ครั้ง จะศึกษาข้อมูลทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลการรักษาในกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ โรคประจำตัว/โรคร่วม ยาที่ได้รับร่วม ค่าอัตราการ

กรองผ่านไตโดยประมาณ (eGFR) โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโอกาสเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร กับความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs ตามค่านิยาม ดังนี้ 1) หลีกเสี่ยงยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ 2) ไม่ใช้ยาซ้ำซ้อน 3) ไม่ใช้ยาในผู้ป่วยที่ยังไม่มีการทำงานของไตเสื่อมที่ชัดเจน (eGFR<60 mL/min/1.73 m²) 4) การเลือกใช้ยาตัวอื่นที่ไม่ใช่ Diclofenac ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง เช่น Naproxen, Mefenamic acid, Ibuprofen หรือ Indomethacin 5) การใช้ยาในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหารสูงแล้วได้รับยาควบคุมการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร (PPIs) ร่วม เช่น Omeprazole โดยใช้สถิติอ้างอิง chi square test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ p<.05

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อที่มีการใช้ยา NSAID ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางแพะ ตั้งแต่ ปี 2559-2561

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.7 มีอายุระหว่าง 40-64 ปี มากที่สุด ร้อยละ 53.75 เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ร้อยละ 70.97 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ (eGFR)≥60 (ใกล้เคียงปกติ) ร้อยละ 86.82 ไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 89.10 มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร ร้อยละ 53.87 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ของเวชระเบียนที่ศึกษา (N=3,438)

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,111	32.31
หญิง	2,327	67.69
อายุ		
15 – ต่ำกว่า 40 ปี	243	7.07
40 – 64 ปี	1,848	53.75
65 ปี ขึ้นไป	1,347	39.18
โรคประจำตัว/โรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	998	29.03
มีโรคร่วม	2,440	70.97
อัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ (eGFR)		
≥ 60 (การทำงานของไตใกล้เคียงปกติ)	2,985	86.82
30 – 55.9 (การทำงานของไตเสื่อมระดับ 3)	430	12.51
< 30 (การทำงานของไตเสื่อมระดับ 4 ขึ้นไป)	23	0.07
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด		
ไม่เสี่ยงสูง	3,060	89.01
เสี่ยงสูง	378	10.99
โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร		
ไม่เสี่ยงสูง	1,586	46.13
เสี่ยงสูง	1,852	53.87

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ

การวิเคราะห์ความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ พบว่า การใช้ยา NSAIDs ในผู้ที่มีประวัติการแพ้ยาร้อยละ 100.00 การใช้ยา NSAIDs

ซ้ำซ้อน อย่างสมเหตุผล ร้อยละ 99.56 การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองผ่านไต <60 อย่างสมเหตุผล ร้อยละ 86.82 การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 81.12 และการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหารอย่างสมเหตุผล ร้อยละ 70.80 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละ ของความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs (N = 3,438)

ความสมเหตุผลของการใช้ NSAIDs	จำนวน	ร้อยละ
การใช้ NSAIDs ในผู้ที่มีประวัติการแพ้ยา		
สมเหตุผล	3,438	100.00
ไม่สมเหตุผล	0	0.0
การใช้ NSAIDs ซ้ำซ้อน		
สมเหตุผล	3,423	99.56
ไม่สมเหตุผล	15	0.44
การใช้ NSAIDs ในผู้ที่มีค่า eGFR < 60		
สมเหตุผล	2,985	86.82
ไม่สมเหตุผล	453	13.18
การใช้ NSAIDs ในผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด		
สมเหตุผล	2,789	81.12
ไม่สมเหตุผล	647	18.82
การใช้ NSAIDs ในผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร		
สมเหตุผล	2,434	70.80
ไม่สมเหตุผล	1,004	29.20

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi square test)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุผลของการใช้ยา NSAIDs พบว่า ปัจจัยด้านเพศและด้านการได้รับยา ร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p<.001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 15-ต่ำกว่า 40 ปี มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (7%) น้อยกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (33.39%) ปัจจัยด้านโรคประจำตัว/โรคร่วม มีความสัมพันธ์กับการได้รับ NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p<.05$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว/โรคร่วม มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (71.1%) มากกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่

สมเหตุผล (46.7%) ปัจจัยด้านอัตราการกรองผ่านไต โดยประมาณ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ($p<.001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองผ่านไต โดยประมาณ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (100%) ปัจจัยด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p<.001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (96.8%) มากกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (56.1%) และปัจจัยด้านโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหารมีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p<.001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหารไม่สูง มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (65.1%) มากกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (0.0%) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุสมผล

ปัจจัย	การใช้ยา NSAIDs			χ^2	df	P value
	สมเหตุสมผล	ไม่สมเหตุสมผล	รวม			
เพศ						
ชาย	1,105 (32.3)	6 (40.0)	1,111 (32.3)	.130	1	.582
หญิง	2,318 (67.7)	9 (60.0)	2,327 (67.7)			
อายุ						
15 – ต่ำกว่า 40 ปี	238 (7.0)	5 (33.3)	243 (7.1)	18.879	2	.000***
40 – 64 ปี	1,839 (53.7)	9 (60.0)	1,848 (53.7)			
65 ปี ขึ้นไป	1,346 (39.3)	1 (6.7)	1,347 (39.2)			
การมีโรคประจำตัว/โรคร่วม						
ไม่มี	990 (28.9)	8 (53.3)	998 (29.0)	3.216	1	.047*
มี	2,433 (71.1)	7 (46.7)	2,440 (71.0)			
ยาที่ได้รับรวม						
ไม่มี	3,401 (98.9)	15 (0.4)	3,423 (99.4)	0.97	1	.75
มี	22 (0.6)	0 (0.0)	22 (0.6)			
อัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ						
≥ 60	2,985 (100.0)	0 (0.0)	2,985 (86.8)	3,438.000	2	.000***
30 – 59.9	0 (0.0)	430 (94.9)	430 (12.5)			
< 30	0 (0.0)	23 (5.1)	23 (0.7)			
โอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด						
ไม่เสี่ยงสูง	2,699 (96.8)	364 (56.1)	3,063 (89.1)	892.683	1	.000***
เสี่ยงสูง	90 (3.2)	285 (43.9)	375 (10.9)			
โอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร						
ไม่เสี่ยงสูง	1,586 (65.1)	0 (0.0)	1,586 (46.1)	1,205.015	1	.000***
เสี่ยงสูง	852 (34.9)	1,000 (100.0)	1,852 (53.9)			

* = $p < .05$ *** = $p < .001$ **สรุปผลการวิจัย**

1. ผลการวิเคราะห์ความสมเหตุสมผลของการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ พบว่า การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้ยา อย่างสมเหตุสมผล ร้อยละ 100.00 การใช้ยา NSAIDs ซ้ำซ้อน อย่างสมเหตุสมผล ร้อยละ 99.56 การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองผ่านไต <60 อย่างสมเหตุสมผล ร้อยละ 86.82

การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างสมเหตุสมผล ร้อยละ 81.12 และ การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร อย่างสมเหตุสมผล ร้อยละ 70.80

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสมเหตุสมผลของการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ พบว่า เพศ

และ การได้รับยา ร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยา กลุ่ม NSAIDs อย่างสมเหตุผล อายุ มีความสัมพันธ์กับการได้รับยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 15-ต่ำกว่า 40 ปี มีการใช้ยาที่สมเหตุผล (79%) น้อยกว่า มีการใช้ยาไม่สมเหตุผล (33.3%) โรคประจำตัว/โรคร่วม มีความสัมพันธ์กับการได้รับ NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .05$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว/โรคร่วม มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (71.1%) มากกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (46.7%) อัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .001$) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (100%) โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (96.8%) มากกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (56.1%) โอกาสเสี่ยงต่อเลือดออกทางเดินอาหาร มีความสัมพันธ์กับการได้รับยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ($p < .001$) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่เสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (65.1%) มากกว่า มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (0.0%)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ความสมเหตุผลของการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) พบว่า

1.1 การไม่จ่ายยาในผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ยา NSAIDs ทั้งนี้เพราะในเวชระเบียนของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ได้กำหนดให้มีการซักประวัติการแพ้ยาผู้ป่วยทุกครั้ง หากไม่มีการซักประวัติ ระบบจะเตือนให้ซักประวัติการแพ้ยาให้ครบถ้วนจึงจะผ่านไปยังเวชระเบียนรายการต่อไปได้ หากผู้ซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาหรือสงสัย

แพ้ยา จะมีการแจ้งให้เภสัชกรเป็นผู้ซักลักษณะการแพ้ยาและลงรายละเอียดไว้ในโปรแกรมการรักษาของโรงพยาบาล เพื่อเตือนให้แพทย์และบุคลากรรับทราบ และโรงพยาบาลได้ดำเนินการเรื่องคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) จึงให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกๆ เรื่อง โดยเฉพาะความปลอดภัยจากการใช้ยา จึงพบว่าโรงพยาบาลไม่มีการจ่ายยาในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา เพราะการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยมีการจ่ายยาในผู้ป่วยที่มีอาการแพ้จะทำให้เกิดผลเสียตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง ซึ่งการแพ้ NSAIDs มี 2 ลักษณะ คือ 1) การแพ้ชนิดที่ไม่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Nonimmunologically mediated [cross-reactive] hypersensitivity reactions to NSAIDs) หรือมีชื่อในสมัยก่อนว่า “pseudoallergy” เป็นปฏิกิริยาการแพ้ที่เกิดจากฤทธิ์ในการยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase-1 [COX-1] เนื่องจากจะทำให้ปริมาณ prostaglandin ลดลง ส่งผลให้มีการปลดปล่อย mediator จาก mast cell และ eosinophil รวมทั้งมีปริมาณ leukotriene เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดอาการเหมือนกับปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันไวเกินชนิดที่ 1 เช่น ผื่นลมพิษ (urticaria), angioedema, bronchial constriction, dyspnea, nasal congestion, rhinorrhea การแพ้ชนิดนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหืดหรือโรคลมพิษเรื้อรัง (chronic urticaria) ได้ 2) การแพ้ชนิดที่เกี่ยวข้องกับปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Immunologically mediated [non-cross-reactive] hypersensitivity reactions to NSAIDs) หรือ “true allergy” เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันไวเกินซึ่งมักจะเป็นชนิดที่ 1 หรือ 4 เกิดจากการกระตุ้นกลไกระบบภูมิคุ้มกันผ่าน IgE หรือ T-cell ขึ้นอยู่กับชนิดของปฏิกิริยา^๑

1.2 การไม่จ่ายยา NSAIDs ซ้ำซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชศาสตร์สำหรับโรคข้อเข่าเสื่อมและ Pharmacotherapy 9th edition ที่ได้กำหนดให้ยาที่

ใช้ในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นขนาดแรก ได้แก่ ยาพาราเซตามอล (Paracetamol) ไม่แนะนำให้เลือกใช้ NSAIDs เป็นอันดับแรก จะพิจารณาใช้เมื่อผู้ป่วยตอบสนองต่อ Paracetamol ไม่ดีหรือมีข้อห้ามใช้ และการใช้ NSAIDs ร่วมกันหลายชนิดไม่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา แต่พบว่าเพิ่มอันตรายจากเกิดผลข้างเคียง⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภักษร สุนทรส¹⁰ ได้ทำการศึกษาความสมเหตุผลของการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมูลค่าสูง โรงพยาบาลชลบุรี พบว่าการสั่งใช้ยากลุ่ม Selective/Specific COX-2 inhibitor อย่างสมเหตุผลร้อยละ 62.9

1.3 การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไต <60 มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลได้กำหนดให้แพทย์มีการดูประวัติย้อนหลังของผู้ป่วยทุกราย เพื่อดูประวัติการรักษาย้อนหลัง โรคที่เจ็บป่วยย้อนหลัง และรวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งโปรแกรมการตรวจรักษาของโรงพยาบาลจะลิงก์กับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แพทย์สามารถดูได้ เพื่อเพิ่มความระมัดระวังในการจ่ายยา NSAIDs ให้กับผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองผ่านไต <60 เนื่องจากยาในกลุ่ม NSAIDs มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ cyclooxygenase (COX) ทำให้ arachidonic acid ถูกเปลี่ยนเป็น prostaglandins I₂ และ E₂ ลดลงซึ่ง prostaglandins ที่ลดลงส่งผลให้หลอดเลือดแดงที่นำพาเลือดไปกรองของเสียที่ไตหดตัว ไตจึงกรองของเสียได้ลดลง ซึ่งหากภาวะขาดเลือดมีความรุนแรงหรือมีภาวะขาดเลือดเป็นเวลานานก็อาจทำให้เกิดการตายของเซลล์ท่อไตแบบเฉียบพลัน ประสิทธิภาพในการขับของเสียบางชนิด การดูดกลับสารที่มีประโยชน์ และการแลกเปลี่ยนสารต่างๆ ของไตจึงลดลง จนอาจทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ภายในระยะเวลา 2-7 วัน หลังเริ่มรับประทานยาในกลุ่ม NSAIDs⁸

1.4 การใช้ยา NSAIDs ชื่อไดโคลฟีแนค (Diclofenac) ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจะถูกกำหนดเป็นรหัสในระบบของเวชระเบียน เมื่อแพทย์เปิดเวชระเบียนก็จะพบประวัติว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือไม่ เพื่อให้แพทย์พิจารณาใช้ยาตัวอื่นแทนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งในปัจจุบันยังทำได้ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย จึงทำให้มีโอกาสพลาดในการจ่ายยาในผู้ป่วยที่ไม่แสดงการแจ้งเตือนหรือในรายที่แพทย์ไม่ได้ดูประวัติย้อนหลังของผู้ป่วย เพราะยาไดโคลฟีแนค (Diclofenac) อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ McGettigan และ Dr. Henry⁶ ที่ได้ศึกษาแบบการสังเกต observational study ในผู้ป่วยที่ใช้ยาไดโคลฟีแนค (Diclofenac) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้น 40% นอกจากนี้ยังได้ทำการศึกษาแบบการทดลองแบบสุ่ม randomized trial พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาไดโคลฟีแนค (Diclofenac) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 63% เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้ยา

1.5 การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหารอย่างสมเหตุผล โดยพยายามเลี่ยงการใช้ หรือใช้ระยะสั้นและมียาควบคุมการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารกลุ่ม (PPIs) ซึ่งองค์กรแพทย์ได้กำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติ มีการปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ด้วยทีมแพทย์ของโรงพยาบาลถึงแนวทางในการตรวจรักษาผู้ป่วย ทีมแพทย์ของโรงพยาบาลได้มีการประชุมร่วมกับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical & Therapeutic Committee: PTC) อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำเสนอปัญหาจากการใช้ยา

ในการตรวจรักษาผู้ป่วยมาวางแผนและกำหนดแนวทางการใช้ยาาร่วมกัน

2. ความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ในการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ พบว่า

2.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) อย่างสมเหตุผล ทั้งนี้เป็นเพราะแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางแพ มีการจ่ายยาตามภาวะโรคและความรุนแรงของโรคที่ตรวจพบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรภรณ์ กุลวงศ์¹¹ ได้ศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ของผู้สูงอายุในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs

2.2 การได้รับยาร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (NSAIDs) อย่างสมเหตุผล ทั้งนี้เป็นเพราะโรงพยาบาลบางแพได้ใช้โปรแกรมการตรวจรักษาที่กำหนดให้มีการแจ้งเตือนเมื่อแพทย์จ่ายยาตัวอื่นที่อาจเกิดปฏิกิริยาร่วมกัน เพื่อให้แพทย์เกิดการตระหนักในการจ่ายยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาร่วมกับยา NSAIDs จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีการได้รับยา NSAIDs ร่วมกับยาอื่น

2.3 อายุ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 40-64 ปี มีการใช้ยาสมเหตุผลมากที่สุด ร้อยละ 53.7 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 15-ต่ำกว่า 40 ปี ที่มีการใช้ยาสมเหตุผล ร้อยละ 7.0 และมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการใช้ยาสมเหตุผล ร้อยละ 39.3 ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ป่วยด้วยโรค

ระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อของอำเภอบางแพ ส่วนมากเกิดจากการประกอบอาชีพ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง อายุ 40-60 ปี ซึ่งเป็นช่วงของวัยทำงาน จึงมักทำให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อเป็นอยู่บ่อยๆ ซึ่งองค์กรแพทย์ได้มีการประชุมเรื่องการให้ยากับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และได้มีการนำประเด็นของการจ่ายยา NSAIDs มาชี้แจงแก่แพทย์จบใหม่ที่เพิ่งมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเช่นเดียวกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรภรณ์ กุลวงศ์¹¹ ได้ศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ของผู้สูงอายุ ในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs

2.4 โรคประจำตัว/โรคร่วม มีความสัมพันธ์กับการได้รับ NSAIDs อย่างสมเหตุผล โดยพบว่าผู้ป่วยที่โรคประจำตัว/โรคร่วม มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลร้อยละ 71.1 มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว/โรคร่วม ถึงแม้การมีโรคร่วมเป็นข้อที่พึงระวังสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่เดิมอาจเกิดปฏิกิริยาร่วมกับยา NSAIDs ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Raschi E, et al¹² ที่ได้ทำการการศึกษาในประเทศอิตาลี ในผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่มีการใช้ยาหลายตัว (polypharmacy) หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ตัวขึ้นไป จากการมีโรคร่วม การศึกษารังนี้มุ่งประเมินผลการลดปฏิกิริยาระหว่างกันของยาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีการใช้ยาหลายตัวร่วมกัน (drug-drug interaction DDIs) โดยเฉพาะในกลุ่มยาที่มีการจับคู่ร่วมกับ NSAIDs เพื่อลดผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์จากปฏิกิริยาระหว่างกัน ดังนั้น ภาระมัตระวังการใช้ยาในผู้ที่มีโรคประจำตัว/โรคร่วมจึงมีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล

2.5 อัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผล ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ

โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองผ่านไตโดยประมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 60 มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลร้อยละ 100 บุคลากรทางการแพทย์จะมีความระมัดระวังการใช้ยา NSAIDs ในผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคไต ซึ่งการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตโดยประมาณน้อยกว่า 30 อาจทำให้เกิดภาวะไตวายได้ จึงได้กำหนดแนวทางให้มีการพิจารณาใช้ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อและกระดูกกลุ่มอื่นแทน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของดาราณี อิศราวิชญกุล¹³ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบ RDU-CKD alert KHONYOK HOSPITAL ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละของการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วย $eGFR < 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ หลังมีการพัฒนาระบบ RDU-CKD ลดลงอย่างต่อเนื่อง 3 เดือนและเมื่อนำผลการปรึกษาแพทย์เรื่องไตต่อเนื่องอีก 3 เดือน ของผู้ป่วยนอก พบว่า มีการปรับเปลี่ยนการจ่ายยาตามเภสัชกรแนะนำร้อยละ 75.76 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Adb ElHafeez S และคณะ¹⁴ ได้ทำการศึกษาความชุกและลักษณะการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไตเสื่อมจากจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไตเสื่อม 350 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ยา NSAIDs อย่างต่อเนื่องถึง 82.6% มีค่าการทำงานของไตเสื่อมระยะที่ 2 ร้อยละ 3.7 ระยะที่ 3 ร้อยละ 40.3 และระยะที่ 4 ร้อยละ 56 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริมา วรนาวิน และสกวรรณ ประพฤติบัติ¹⁵ ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า ความถี่และระยะเวลาในการได้รับ NSAIDs ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยรวมไม่สัมพันธ์กับระยะความรุนแรงของโรค

2.6 โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง มีการใช้ยา NSAIDs อย่างสมเหตุผลมากกว่าผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง ทั้งนี้เป็นเพราะการใช้ยา NSAIDs ซึ่งเป็นยาอันตรายที่ต้องจ่ายโดยแพทย์หรือเภสัชกรเท่านั้น และยาเหล่านี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการตีบตันของเส้นเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะเมื่อใช้ยาขนาดสูงเป็นเวลานาน ซึ่งทางโรงพยาบาลบางแห่งได้กำหนดให้ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการตรวจจากแพทย์ถึงแม้จะเป็นการรับยาต่อเนื่อง โดยแพทย์จะเป็นผู้ประเมินอาการและข้อมูลด้านการเจ็บป่วยอย่างครบถ้วน เพื่อป้องกันการจ่ายยาอย่างไม่เหมาะสมจนทำให้ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ McGettigan และ Dr Henry⁶ กลุ่มตัวอย่างในประเทศอังกฤษและแคนาดา เรื่องการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เพื่อบรรเทาอาการปวดและการอักเสบ ผลการศึกษาพบว่ายาไดโคลฟีแนค (Diclofenac) สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น 38% มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้น 40% มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 63% เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้ยา

2.7 โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร มีความสัมพันธ์กับการได้รับยา NSAIDs อย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกทางเดินอาหาร มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งนี้เป็นเพราะแพทย์ผู้ตรวจรักษาผู้ป่วยมีความตระหนักเรื่องการจ่ายยาในกลุ่ม NSAIDs โดยการซักถามข้อมูลต่างๆ เพิ่มเติม โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการมีโรคร่วม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีโรคร่วมถึง ร้อยละ 70.7 ซึ่งการจ่ายยาในกลุ่ม NSAIDs จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากผลใน

กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กได้ถึง 4 เท่า และพบมากขึ้นในผู้ที่เคยมีประวัติแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lanos A, et al⁵ ได้ทำการศึกษาในประเทศสเปน เพื่อดูความชุกของการจ่ายยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางด้านระบบทางเดินอาหาร (GI risk) ในโรคข้อเข่าเสื่อม (OA knee) พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม 17,105 คน เป็นผู้มี GI risk สูงถึง 93.4% และ ผู้ป่วย GI Risk สูงยังได้รับการจ่ายยา NSAIDs ถึง 51% ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยได้รับยาอย่างไม่สมเหตุผล

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 ควรมีการทบทวนการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้ออย่าง ต่อเนื่อง ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยาและลักษณะการแพ้อย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ปลอดภัย และหากพบว่ามีการใช้ยา NSAIDs ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด ควรมีมาตรการการเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันไม่ให้มีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

1.2 ในการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ควรมีความระมัดระวังมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยอายุมากอาจมีความเสี่ยงต่อการมีโรคประจำตัวหรือมีโรคร่วม ที่ไม่ควรใช้ NSAIDs เช่น โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร และจากการที่ประชากรในอำเภอบางแพมีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก ซึ่งโรคดังกล่าวหากเป็นนานๆ และมีการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การทำงานของไตเสื่อมลง การทำงานของหัวใจเสื่อมจนเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงต้องพึงระมัดระวังในการจ่ายยา NSAIDs

1.3 ควรมีการให้ความรู้เรื่องการใช้ยา NSAIDs ให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลด้วยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งเมื่อมีปัญหาเรื่องระบบกล้ามเนื้อกระดูกจะไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เป็นเชิงลึก ได้แก่ ความสมเหตุผลในการใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ ว่ามีปัจจัยอะไรบ้างเพื่อนำผลที่ได้มาเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มต่อไป

2.2 ควรจัดทำเป็นนวัตกรรมเรื่องการพัฒนา ระบบแจ้งเตือนการจ่ายยา NSAIDs ทุกตัว ในโปรแกรมการรักษาที่โรงพยาบาลอยู่ และมีการแจ้งเตือนว่าผู้ป่วยแต่ละรายเป็นกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังเรื่องการ ใช้ยา NSAIDs หรือไม่ เช่น ผู้ป่วยกลุ่ม โรคไตเรื้อรังระยะต่างๆ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ธงชัย ก่อสันติรัตน์. ยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์. Journal of Medicine and Health Sciences; 2553. 17(20) : 97-1 13.
2. ธวัชชัย รักษาพันธ์ และคณะ. แนวทางการ จัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานใน ชุมชนด้านการเกษตร สำหรับเจ้าหน้าที่ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. กระทรวงสาธารณสุข ;2560.
3. พิสนธิ์ จงตระกูล. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลใน PRIMARY CARE. วนิตการพิมพ์ ; 2559 :73.
4. Guirguis-Blake j, Keppel GA, Holmes J, Force RW, Kriegsman W, Baldwin LM. (2018). Family practice. 35(5) : 589-594.

5. Lanan A, Garcia-Tell G, Armada B, Oteo-Alvaro A. Prescription pattern and appropriateness of NSAIDs therapy according to gastrointestinal risk and cardiovascular history in patients with diagnoses of osteoarthritis. BMC Medicine ; 2009.
6. McGettting and Henry. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs that cardiovascular risk : An examination of sales and essential medicine list ins low-, middle-, and high-income countries. PLoS Med ; 2013. 10(2).
7. สรุปรายงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางแพ 3 ปี. เอกสารอัดสำเนา; 2561.
8. ธิติพงษ์ พุกษศรีสกุล. การแพ้ยากลุ่ม Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). วารสารสานรัก. 21 : พฤษภาคม 2559.
9. ศูนย์เฝ้าระวังโรค โรงพยาบาลลำพูน. โรค NCDs. วารสาร Lamphun DIS News. 39; 2558. เข้าถึงจาก <http://www.lpnh.go.th/newlp/wp-content/uploads/2013/10/DIS-news-39-2558.pdf> เข้าถึงเมื่อ 22 เมษายน 2563
10. ศุภลักษณ์ สุนทรส. การศึกษาความสมเหตุผล การสั่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมูลค่าสูง โรงพยาบาลชลบุรี. จังหวัดชลบุรี; 2560. เข้าถึงจาก <http://www.cbh.moph.go.th/> เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2563
11. วัชรภรณ์ กุลวงศ์. ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่สเตียรอยด์ของผู้สูงอายุในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี ; 2560. 26(2) : 100-107.
12. Rasschi E, Piccinni C, Signoretta V, et all. Clinically importance drug-drug interaction in poly-treated elderly outpatient : a campaign to improve appropriateness in general practice. Br J Clin Pharmacol ; 2015. 80(6) : 1410-1420
13. ดารานี อิศราวิชญกุล. การพัฒนาระบบ RDU-CKD alert โรงพยาบาลนครนายก. การนำเสนอผลงานวิชาการ Joint Conference : The Annual SWU Medical Conference 2018 & the 5th SWU Annual SWU in Medicine. 2 – 3 สิงหาคม 2561.
14. Abd ElHafeez S, Hegazy R, Naga Y, Wahdan L, Sallam S. The Journal of the Egypt Public Health Association ; 2018. 94(1) : 8.
15. สิริมา วรรณาวิน และ สกลวรรณ ประพฤติบัติ. การประเมินการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ยาสเตียรอยด์เชิงปริมาณในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. Thai Journal of Pharmacy Practice. 12(1) Jan – Mar 2020 : 11 -23.