

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาจากการรักษาด้วยยา

แม้ว่าปัญหาจากการรักษาด้วยยาจะเป็นปัญหาที่พบได้ในทุกเพศ ทุกวัย และเกิดขึ้นได้กับทุกขั้นตอนการรักษา ตั้งแต่การสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม ระบบการส่งมอบยา พฤติกรรม การใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ที่ตามมา(Hepler และ Strand;1990) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุก็มีโอกาสเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงผลของยา ซึ่งโดยทั่วไปทำให้ยาออกฤทธิ์ได้นานขึ้นทำให้มีฤทธิ์เพิ่มขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพิษและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพได้มากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่นๆ ดังนั้นจึงได้รับยามากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่นๆ(Chutka และคณะ, 1995)

ผู้ป่วยสูงอายุได้รับรายการยาอยู่ระหว่าง 2-5.8 รายการ(รัตนานา แสนอารี, 2539; สมพล ศิริรัตนพฤกษ์, 2542; Schneider, Mion และ Frengley,1992; Lassila และคณะ,1996; Golden และคณะ,1999; Jorgensen และคณะ, 2001) โดยสัดส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 9.7- 39(Jorgensen และคณะ, 2001; Lassila และคณะ, 1996; Nobili และคณะ, 1997; Tsuji-Hayashi และคณะ, 1999; Jorgensen และคณะ, 2001; Kennerfalk และคณะ, 2002) และโรคที่พบในผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคในกลุ่มหลอดเลือดและหัวใจ ดังนั้นกลุ่มยาที่ผู้ป่วยสูงอายุใช้มากที่สุด ได้แก่ กลุ่มยาโรคหัวใจและหลอดเลือด(รัตนานา แสนอารี, 2539; Jorgensen Isacson และ Thorslund, 1993; Golden และคณะ, 1999; Jorgensen และคณะ,2001; Kennerfalk และคณะ, 2002.) นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุบางรายเข้าใจผิดคิดว่าโรคเรื้อรังสามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงอาจไปพบแพทย์หลายคนเพื่อรักษาโรคเดียวกันทำให้ได้รับยาเพิ่มขึ้นอีก(Chutka และคณะ, 1995)

การใช้ยาหลายชนิดในผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยา Krska และคณะ(2000) ศึกษาการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุจำนวน

332 ราย ที่ได้รับรายการยาตั้งแต่ 4 รายการขึ้นไป และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 2 โรค พบว่าปัญหาจากการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นเมื่อจำนวนรายการยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อให้ยาหลายรายการมากขึ้นจะพบอันตรกิริยาระหว่างยาสูงขึ้นด้วย โดย Doucet และคณะ(1996) ทำการศึกษารายการยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยสูงอายุในประเทศฝรั่งเศส พบว่าร้อยละ 60.2 ของรายการยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา และในจำนวนนี้พบว่ามีร้อยละ 14.5 ของรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสาเหตุของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การใช้ยาหลายชนิดนอกจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาและโรคอีกด้วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น การใช้ยาหยุดตากลุ่ม beta-blocker เพื่อรักษาโรคต้อหินในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหอบหืดหรือโรคหัวใจล้มเหลวอาจทำให้อาการหอบหืดหรือหัวใจล้มเหลวเลวลง และการใช้ยาหลายชนิดยังอาจเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดน้อยลง(Lim และ Woodward, 1999)

การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ

การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ โดยอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยา นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะโรคร่วมกันหลายโรคและการได้รับยาหลายชนิด(Gurwitz และคณะ, 2000) ผลของวัยต่อเภสัชจลนศาสตร์ของยาที่พบในผู้ป่วยสูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงการกระจายตัวของยาทำให้ระดับยาในเลือดและเนื้อเยื่อสูงขึ้นก็อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ การเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึม การเปลี่ยนแปลงประสิทธิภาพการทำงานของไตโดยจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ดังนั้นยาที่ถูกขับออกจากร่างกายโดยไตจะมีโอกาสสะสมในร่างกายและเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้บ่อย เช่น ยาในกลุ่ม aminoglycosides, lithium และ digoxin เป็นต้น ในส่วนของวัยต่อการเปลี่ยนแปลงต่อเภสัชพลศาสตร์ อาจจะเกี่ยวกับการลดจำนวนและความไวของตัวรับต่างๆ ของสารสื่อประสาทน้อยลงจึงอาจจำเป็นต้องลดขนาดการใช้ยาบางกลุ่มในผู้ป่วยสูงอายุ (Montamat, Cusack และ Vestal, 1989)

อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยนอกสูงอายุอยู่ระหว่างร้อยละ 10-35(รัตนานา แสนอารี 2539; Hanlon และคณะ, 1997; Chrischilles, Segar และ Wallace,

1992; Schneider, Mion และ Frengley, 1992) ทั้งนี้รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการ
 ใช้น้ำยาในผู้ป่วยสูงอายุอาจน้อยกว่าอุบัติการณ์จริง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจคิดว่าอาการที่เกิดขึ้น
 ไม่ใช่อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำยา เช่น อาการสับสน คลื่นไส้ ง่วงนอน หรืออาจคิดว่า
 อาการดังกล่าวเป็นอาการของโรคอื่นๆ และในบางครั้งผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาที่ใช้รักษา
 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำยาร่วมด้วยจึงไม่พบอาการดังกล่าว (Chutka และคณะ, 1995)

กลุ่มยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำยาในผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด
 เป็นรายการยาที่ได้รับการสั่งจ่ายให้ผู้ป่วยสูงอายุเป็นประจำ ได้แก่ ยาในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด
 (Hanlon และคณะ, 1997; Doucet และคณะ, 2002) โดยลักษณะอาการไม่พึงประสงค์
 จากการใช้น้ำยาที่พบมากที่สุดเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร รองลงมา ได้แก่ อาการไม่พึง
 ประสงค์ที่เกิดขึ้นกับระบบประสาทส่วนกลาง (Chrischilles, Segar และ Wallace, 1992; Hanlon
 และคณะ, 1997)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำยาที่พบในผู้ป่วยสูงอายุบางชนิด
 สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นและไม่สามารถประเมินได้ก่อนการสั่งใช้น้ำยา เช่น ผลของยาที่อาจเปลี่ยนแปลง
 ไปเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมของร่างกายในผู้ป่วยแต่ละราย และการ
 เปลี่ยนแปลงของระบบธำรงดุล (homeostasis) แต่ปัจจัยเสี่ยงบางชนิดสามารถป้องกันได้ เช่น
 การปรับขนาดยาตามอายุหรือการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต หรือในกรณีที่มีโรคเรื้อรัง
 หรือโรคเฉียบพลัน การเกิดปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยา รวมถึงการกำหนดขนาดยาที่ไม่
 เหมาะสม เป็นต้น (Hanlon และคณะ, 1997; Doucet และคณะ, 2002)

รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำยาในผู้ป่วยสูงอายุจำนวนร้อยละ 70-80 สัมพันธ์
 กับขนาดยา (Nolan และ O' Malley, 1988) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำยาที่เกิดขึ้นในผู้
 ป่วยสูงอายุร้อยละ 26-95 สามารถป้องกันได้ (Doucet และคณะ, 2002; Hanlon และคณะ, 1997)
 จากการศึกษาของ Gurwitz และคณะ (2003) พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำยาในผู้ป่วย
 สูงอายุสามารถป้องกันได้ร้อยละ 27.6 โดยในจำนวนนี้เกิดจากความผิดพลาดจากการสั่งใช้น้ำยา
 ถึงร้อยละ 58.4 รองลงมาเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถใช้น้ำยาตามสั่ง ร้อยละ 21.1 เช่น ผู้ป่วยใช้น้ำยา
 เกินขนาดหรือแพทย์ได้สั่งหยุดยาไปแล้วแต่ผู้ป่วยยังคงรับประทานยานั้นอยู่ ส่วนใหญ่เกิด
 จากยาในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดเช่นกัน

ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

การใช้ยาตามสั่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ควบคุมอาการของโรคต่างๆได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ และจำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดในการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งก็จะทำให้การควบคุมอาการของโรคลำบากขึ้น ทำให้สูญเสียยาโดยเปล่าประโยชน์และบางครั้งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แม้ว่าปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งพบได้ในทุกกลุ่มอายุ และปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งไม่สัมพันธ์กับอายุ แต่ผู้ป่วยสูงอายุมักได้รับความสนใจเป็นพิเศษจากบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีการทำงานของอวัยวะต่างๆเสื่อมลง เช่น สายตา ความจำ ซึ่งล้วนแต่อาจส่งผลต่อให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง (Kazis และ Friedman, 1998)

ปัญหาผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถใช้ยาตามสั่งพบระหว่างร้อยละ 40 - 70 (Hanlon และคณะ, 2002) โดยเกิดจากหลายสาเหตุและมีความซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยสูงอายุมักมีโรคเรื้อรังทำให้ต้องรับประทานยาติดต่อกันเป็นเวลานาน จำนวนรายการยาที่เพิ่มขึ้นและความยุ่งยากของวิธีในการบริหารยาล้วนแต่ทำให้ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้นถึงแม้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะไม่ใช่อุปสรรคที่ทำให้ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยสูงอายุมักได้รับรายการยามากกว่าในผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง (Lim และ Woodward, 1999)

ชนิดของปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

ปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งในผู้ป่วยสูงอายุพบได้ 2 รูปแบบใหญ่ ได้แก่ การใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่งและการใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความตั้งใจและไม่ตั้งใจของผู้ป่วย ดังนี้คือ

1. การใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยสูงอายุบางรายที่เกิดโรคชนิดเฉียบพลันอาจตั้งใจรับประทานยามากเกินขนาดกว่าที่แพทย์สั่ง เนื่องจากเชื่อว่าเมื่อรับประทานยามากเท่าใด ก็จะช่วยหายจากโรคเร็วมากขึ้นเท่านั้น หรือผู้ป่วยบางรายมีรายได้จำกัด จึงต้องการหายจากโรคให้เร็วที่สุดเพื่อที่จะลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ตั้งใจรับประทานยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง อาจเกิดจากปัญหาหลงลืมหรือสับสนซึ่งก็เป็นไปได้ว่าอาจเกิดจาก

การรับประทานยาในกลุ่มยานอนหลับหรือยาในกลุ่ม anticholinergic อาจมีผลรบกวนระบบความจำ ทำให้ผู้ป่วยจำไม่ได้ว่าได้รับประทานยาไปแล้วหรือไม่จึงอาจรับประทานซ้ำซ้อนได้ (Salzman,1995)

2 การใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง สาเหตุสำคัญที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง คือ ลืมรับประทานยา โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องรับประทานยาหลายชนิด รองลงมาคือ ผู้ป่วยคิดว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยา ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายก็เป็นปัญหาที่สำคัญ ผู้ป่วยสูงอายุที่คิดว่ายามีราคาแพงมีอัตราผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งมากกว่าผู้ป่วยที่คิดว่ายาที่ได้รับมีราคาไม่แพง หรือผู้ป่วยที่ไม่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับราคายา(Salzman,1995) นอกจากนี้การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาก็ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เมื่อทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่าการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นสาเหตุลำดับที่ 2 ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง(Col, Fenale, และ Kronholm,1990).

ผลกระทบจากปัญหาจากการรักษาด้วยยา

ปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วย หากไม่ได้รับการแก้ไขแล้ว นอกจากจะทำให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยหรือตายได้ ยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย Johnson และ Bootman(1995) ได้ศึกษารูปแบบของการเกิดความเจ็บป่วยหรือตายจากยาเพื่อใช้ประมาณค่าใช้จ่ายที่เกิดจากปัญหาความเจ็บป่วยหรือตายจากการใช้ยา ซึ่งในการศึกษานี้คาดว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วยหรือตายมีมากถึง 76 พันล้านดอลลาร์ โดยมีรูปแบบของผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์เป็น 8 ชนิด ดังนี้คือ

1. การกลับมาพบแพทย์อีกครั้ง(revisit)
2. การกลับมาพบแพทย์อีกครั้งและต้องได้รับยาเพิ่มเติม(further prescription medication)
3. การกลับมาพบแพทย์อย่างรีบด่วน(urgent care visit)
4. การมาที่แผนกฉุกเฉิน(an emergency department visit)
5. การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล(hospital admission)
6. การเข้าพักรักษาตัวในสถานพักฟื้น(long-term care facility admission)
7. ตาย(death)

8. ไม่ต้องการการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์(no further attention of a healthcare professional)

ในงานวิจัยนี้ไม่ได้นำผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ในข้อ 3 มาใช้เนื่องจากมีความไม่ชัดเจนระหว่างการมาพบแพทย์ก่อนวันนัดและการมาที่แผนกฉุกเฉิน นอกจากนี้ไม่นำผลลัพธ์ในข้อ 6 มาใช้เนื่องจากในประเทศไทยไม่มีสถานพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุแบบในต่างประเทศ รวมถึงส่วนในข้อ 7 และ ข้อ 8 เนื่องจากต้องทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยในทั้ง 2 ข้อจะไม่ได้รับการสัมภาษณ์จึงไม่นำมาคิดเป็นผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ในการศึกษานี้ ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงคิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์เพียง 4 ชนิด ดังต่อไปนี้ คือ

1. ผู้ป่วยสูงอายุมาพบแพทย์ก่อนวันนัด
2. ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการปรับเปลี่ยนยา ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก่อนวันนัดและได้รับการปรับเปลี่ยนยา
3. ผู้ป่วยสูงอายุมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4. ผู้ป่วยสูงอายุเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในที่นี้หากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่แพทย์สั่งให้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ถือว่าผู้ป่วยสูงอายุเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล Col, Fanale และ Kronholm (1990) สัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 28.2 ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเกี่ยวข้องกับยา โดยร้อยละ 11 เกิดจากปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง ส่วนอีกร้อยละ 16.8 เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Courtman และ Stalling(1995) ศึกษาปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุ 150 ราย ที่มารับการรักษาตัวในแผนกอายุรกรรม พบว่าร้อยละ 41 ของผู้ป่วยเกิดปัญหาที่มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 96.8 สามารถหลีกเลี่ยงได้(Courtman และ Stallings,1995) Manness และคณะ(2002) ทำการศึกษาในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่าร้อยละ 42 มีสาเหตุจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงร้อยละ 24

ในประเทศไทย การศึกษาการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากยามีหลายการศึกษา เช่น พิจิตรา รัตนไพบูลย์(2539) ศึกษาการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าของผู้ป่วยที่มีสาเหตุเนื่องมาจากยา พบผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 43 โดยเป็นผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 22.4 นฤมล ธนะ(2540) ศึกษาการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากยาที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอันเนื่องมาจากยาร้อยละ 29.7 และในจำนวนนี้ร้อยละ 55.4 เป็นผู้สูงอายุ สมพล ศิริรัตนพุกษ์ (2542) ศึกษาการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่ามีสาเหตุจากการใช้ยาร้อยละ 18.1 โดยร้อยละ 11.2 เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและอีกร้อยละ 6.9 เกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

วิธีป้องกันการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุ

ความเจ็บป่วยอันเป็นผลมาจากปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุบางส่วนเกิดขึ้นโดยที่ไม่มีผู้ใดสามารถคาดเดาได้ล่วงหน้า เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ชนิดไม่ทราบสาเหตุ(idiosyncrasy) ดังนั้นจึงหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาได้ยาก แต่ส่วนใหญ่ความเจ็บป่วยจากการใช้ยาสามารถคาดเดาได้ ดังนั้นจึงสามารถป้องกันได้(Hepler และ Strand, 1990) โดยมีวิธีป้องกันปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุ คือ การค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงจากลักษณะของผู้ป่วย หรือ โดยการทบทวนการสั่งใช้ยาของผู้ป่วย (Hanlon, Shimp และ Semla, 2000)

เกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยานิยามใช้กันอย่างแพร่หลายคือ Beers criteria เป็นเกณฑ์ที่มีเป้าหมายในการนำมาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในสถานพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ(nursing home) โดยกำหนดเกณฑ์ขึ้นมา 30 ข้อซึ่งเกณฑ์นี้พิจารณาการใช้ยาดังต่อไปนี้(Beers และคณะ,1991)

- 1.รายการหรือประเภทของยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น amitriptyline เป็นยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ ควรใช้ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic น้อยกว่า
- 2.ขนาดยา ความถี่ ระยะเวลาที่จะใช้ยา ซึ่งไม่ควรเกินเกณฑ์ที่กำหนด เช่น การใช้ยา cimetidine นั้นควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในขนาดมากกว่าวันละ 900 มก.และไม่ควรใช้ยาติดต่อกันนานเกิน 12 สัปดาห์

ซึ่งต่อมาเมื่อมียาชนิดใหม่ๆ ออกสู่ตลาด จึงได้มีการปรับปรุง Beers criteria ในปี 1997 เพื่อใช้กับผู้ป่วยสูงอายุทั่วไปและเพิ่มการแสดงระดับความรุนแรงของการใช้ยาชนิดนั้นๆ ในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์และความสำคัญทางคลินิกของการใช้ยารักษาโรคนั้นๆ (Beers, 1997) มีหลายการศึกษาที่นำเกณฑ์ของ Beers มาทำการศึกษา (Straand และ Rokstad, 1999; Golden และคณะ, 1999; Piccoro, Browning, Prince, Ranz และ Scutchfield, 2000; Hanlon, Fillenbaum, Schmader, Kuchibhatia, Horner, 2000; Spiker, Emptage, Giannamore และ Pedersen, 2001; Zhan และคณะ, 2001; Pitkala, Strandberg และ Tilvis, 2002; Dhall, Larrat และ Lapane, 2002) แต่อย่างไรก็ตามในหลายการศึกษาพบว่าการใช้ Beer criteria ยังมีปัญหาดังต่อไปนี้คือ

1. เกณฑ์บางประเภททำให้การพิจารณาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลายเป็นยาที่ไม่เหมาะสม (Piccoro, Browning, Prince, Ranz และ Scutchfield, 2000) เช่น ในการศึกษาหนึ่งพบว่า การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ยา beta-blocker ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Pitkala, Strandberg และ Tilvis, 2002) แต่มีรายงานว่าการใช้ beta blocker ช่วยทำให้การพยากรณ์โรค (prognosis) ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคหลอดเลือด (Michael และคณะ, 1996) หรือความดันโลหิตสูงร่วมด้วยดีขึ้น (UK Prospective diabetes study group, 1998) เช่นเดียวกับในกรณีของ indomethacin ซึ่งตาม Beer criteria ระบุว่าไม่เหมาะสมที่จะใช้กับผู้สูงอายุเนื่องจากยามีผลข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง แต่อย่างไรก็ตาม indomethacin ก็เป็นยาที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการโรคเก๊าท์กำเริบ หรือในกรณียา disopyramide ซึ่งเป็นยาที่ใช้รักษาอาการโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ แต่ตามเกณฑ์ระบุว่า มีฤทธิ์ negative inotropic สูงอาจทำให้หัวใจวายและมีฤทธิ์ anticholinergic จึงไม่เหมาะที่จะใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ แต่ในกรณีเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ventricular arrhythmia) ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยยาชนิดอื่น การใช้ยา disopyramide จึงมีความเหมาะสม (Dhall, Larrat และ Lapane, 2002)

2. รายการยาที่ใช้ใน Beers criteria เป็นรายการยาที่นำมาจากรายการยาในเภสัชตำรับที่ตีพิมพ์ในช่วงที่กำหนดเกณฑ์ขึ้นมา ดังนั้นเมื่อเวลาผ่านไปทำให้รายการยาบางรายการล้าสมัย เช่น phenylbutazone ได้ถูกถอนออกจากตลาดตั้งแต่ปี 1993 ยกเว้นในรูปแบบยาผสมที่ทำเพื่อผู้ป่วยเฉพาะราย (Harms และ Garrard, 1998) และยาหลายชนิดตาม Beers criteria ไม่มีจำหน่ายในประเทศฟินแลนด์แล้ว ได้แก่ chlorpropamide, meperidine hydrochloride, pentazocaine และ meprobamate (Pitkala, Strandberg และ Tilvis, 2002)

นอกจากนี้ยา reserpine ที่อยู่ใน Beer criteria จะเลิกใช้ในเร็ว ๆ นี้ เนื่องจากไม่มีแพทย์คนใดที่จะเริ่มต้นรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาดังกล่าว(Macher, 1995)

นอกจากการใช้ Beers criteria เป็นเกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาแล้ว Fouts และคณะ(1997) ได้พิจารณาและตั้งเกณฑ์ขึ้นมาใหม่ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาหาผู้ป่วยสูงอายุในสถานพักฟื้นคนชรา(nursing facility) ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยา โดยพิจารณาว่าผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยา เมื่อผู้ป่วยสูงอายุมีการใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งหรือมีการใช้ยากลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งตามรายการข้างล่าง ดังต่อไปนี้คือ

1. ชนิดยา ได้แก่ digoxin, warfarin, lithium, chlorpropamide
2. กลุ่มยา ได้แก่ ยาด้านการซึมเศร้า, ยาแก้ปวด, ยาสงบระบบ/ยานอนหลับ ยากลุ่ม benzodiazepine ชนิดออกฤทธิ์นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือ ชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง คือ 10-24 ชั่วโมง, ยาระงับปวดที่ฤทธิ์เสถียร ยากลุ่ม anticholinergic
3. ลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยมีจำนวนโรคประจำตัวมากกว่า 6 ชนิด ผู้ป่วยได้รับรายการยาที่ต้องรับประทานมากกว่าวันละ 12 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับยาอย่างน้อย 9 ชนิด ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวน้อย หรือมี body mass index น้อยกว่า 22 กก/ม² ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 85 ปี ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลง(creatinine clearance น้อยกว่า 50 มล/นาที)

มีงานวิจัยที่ดัดแปลงเกณฑ์ของ Fouts และคณะไปใช้เพื่อสาธิตผลของการให้คำปรึกษาของเภสัชกรต่อผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ(Fleetwood project) โดยมีเหตุผลที่ไม่เลือกใช้เกณฑ์ของ Beers เนื่องจากเชื่อว่าเมื่อมียาชนิดใหม่ๆ ออกมาในท้องตลาด เกณฑ์ของ Beers จะไม่ทันสมัยพอ(Harms และ Garrard, 1998) นอกจากนี้ในงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการบริหารผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าเภสัชกรมักพิจารณาเลือกให้การบริหารแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาหลายชนิด โดยระบุว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาหลายชนิดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยา(รัตนานา แสนอารี, 2539; Hanlon, 1996; Krska Spiker, Emptage, Giannamore และ Pedersen, 2001)

Koecheler และคณะ(1989) ทำการวิจัยถึงตัวชี้วัดที่ได้จากการรวบรวมความคิดเห็นของเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญเพื่อใช้ในการคัดเลือกผู้ป่วยนอกในการรับบริบาลจากเภสัชกร โดยมีตัวชี้วัด 6 ชนิด ได้แก่

1. ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปในคราวเดียวกัน
2. ได้รับยาตั้งแต่ 12 ครั้งขึ้นไปต่อวัน
3. มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการใช้ยาอย่างน้อย 4 ครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
4. มีภาวะโรคร่วมกันมากกว่า 3 โรคในคราวเดียว
5. มีประวัติไม่ใช้ยาตามสั่ง
6. ได้รับยาที่ต้องติดตามผลระดับยาในเลือด

เมื่อ Koecheler และคณะนำตัวชี้วัดทั้ง 6 ชนิด มาทำการทดสอบกับเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 239 ราย พบผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจำนวน 79 ราย(Koecheler และคณะ,1989) Dedy Lepinski และ Abramowitz(1991) ได้นำตัวชี้วัดดังกล่าวไปใช้ศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่ควรได้รับการบริบาลจากเภสัชกรจำนวน 39 ราย โดยเภสัชกรได้ให้คำแนะนำแพทย์ในการปรับเปลี่ยนการใช้ยา เช่น การปรับขนาดยา การเปลี่ยนชนิด หรือการหยุดใช้ยา รวมถึงการส่งตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น ค่าอิเล็กโทรไลต์ ค่า CBC พบว่าแพทย์ให้การยอมรับคำแนะนำจำนวนร้อยละ 89 ของคำแนะนำทั้งหมดของเภสัชกร และทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นร้อยละ 95 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่นที่ได้ดัดแปลงตัวชี้วัดดังกล่าวมาศึกษา เช่น Lobas Lepinski และ Abramowitz(1992) ทำการศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 184 ราย โดยในการศึกษานี้คาดว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับยาได้ปีละ 19,076 ดอลลาร์ และแพทย์ให้การยอมรับคำแนะนำของเภสัชกรร้อยละ 82.5 ของคำแนะนำทั้งหมด

นอกจากการศึกษาในต่างประเทศแล้ว ในประเทศไทยก็มีการศึกษาเช่นกัน เบญจมาศ เลปวิทย์(2543) ศึกษาปัญหาจากการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี และนำมาทดสอบหาความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ดัดแปลงจากการศึกษาของ Koecheler พบว่าปัจจัยเสี่ยง 4 ชนิดมีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ได้แก่

1. ผู้ป่วยได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปในคราวเดียวกัน
2. ผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการใช้ยาตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

3. ผู้ป่วยได้รับยาที่มีดัชนีชี้วัดการรักษาแคบ
4. ผู้ป่วยสูงอายุ

การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยสูงอายุ

จากเดิมที่เภสัชกรเน้นการปฏิบัติงานเฉพาะด้านผลิตภัณฑ์ยา(product oriented) มาเป็นงานดูแลผู้ป่วยในด้านการใช้ยา(patient oriented) และได้มีการพัฒนาบทบาททางวิชาชีพมาอย่างต่อเนื่อง เช่น ให้การบริการเภสัชสนเทศ การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การตรวจวัดระดับยาในเลือด เป็นต้น จนกระทั่ง Hepler และ Strand(1990) ได้เสนอแนวคิดในบทบาทการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับการใช้ยาโดยให้การบริการทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา(drug related problems)

การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นความรับผิดชอบของเภสัชกรในการรักษาด้วยยา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ(Hepler และ Strand, 1990) คือ

1. รักษาโรคให้หาย
2. ทำให้อาการดีขึ้นหรือหายไป
3. ทำให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงโรคช้าลง
4. ป้องกันโรคหรืออาการ

การบริหารทางเภสัชกรรมเกี่ยวข้องกับการที่เภสัชกรในการออกแบบ ดำเนินการ หรือติดตามแผนการรักษาที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน 3 ขั้นตอน

1. ค้นหาปัญหาจากการรักษาด้วยยาทั้งชนิดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหรือเกิด ขึ้นจริง
2. แก้ไขปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้นจริง
3. ป้องกันปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

ในส่วนของการบริหารทางเภสัชกรรมให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ มีงานวิจัยหลายชิ้นที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยสูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา เมื่อเภสัชกรได้ทำการบริหารทางเภสัชกรรมให้แก่ผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆแล้วสามารถลดปัญหาจากการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุได้ เช่น Tett , Higgins และ Armour(1993) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่แสดงผลของในการจัดการแก้ปัญหาจากการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยสูงอายุโดยเภสัชกร 9 การศึกษา ในแต่ละการศึกษาเภสัชกรได้ให้

คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ ให้คำปรึกษาด้วยปากเปล่า การใช้อุปกรณ์ช่วย พบว่าการให้คำปรึกษาของเภสัชกรทำให้ผู้ป่วยสามารถช้ยาตามสั่งสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระยะสั้นๆ ดังนั้นจึงวัดผลในเชิงพฤติกรรมได้ลำบาก

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาแบบ randomized controlled trial อีกหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการบริหารทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรคลินิก เช่น Lipton และคณะ(1992) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยสูงอายุเมื่อผู้ป่วยได้รับคำสั่งให้ออกจากโรงพยาบาลและติดตามผล พบว่าทำให้การสั่งช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุมีความเหมาะสมมากขึ้น. Hanton และคณะ (1996) ให้การบริหารทางเภสัชกรรมทำให้สามารถลดการสั่งช้ยาที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่คำแนะนำของเภสัชกรได้รับการยอมรับจากแพทย์ร้อยละ 98.6 Low และคณะ (2000) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการรักษามากขึ้น และให้ความร่วมมือในการช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ Krska, Cromarty, Arris, Jamieson, และ Hansford(2000) ทำการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุ และศึกษาผลของการทบทวนการสั่งช้ยาโดยเภสัชกรในระยะเวลา 3 เดือน โดยทำการแนะนำและให้คำปรึกษาผู้ป่วยและขอความร่วมมือแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยาของแพทย์ พบว่าสามารถแก้ไขปัญหามาจากการช้ยาได้ร้อยละ 79

นอกจากนี้ยังมีอีกหลายการศึกษาศึกษาแบบ randomized controlled trial ที่เภสัชกรได้ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ โดยการปฏิบัติงานของเภสัชกรในด้านการบริหารทางเภสัชกรรมในลักษณะของทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ในการให้บริการผู้ป่วยนอกสูงอายุ 130 ราย ซึ่งหลังการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับยาน้อยลงแม้ว่าจะมีการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น มีการยอมรับสภาวะทางสุขภาพ และ พฤติกรรมทางสังคมที่ดีขึ้น ซึ่งผลสำเร็จจากการศึกษานี้ถือเป็นการสนับสนุนแนวคิดการทำงานร่วมกันเป็นทีมอีกด้วย(Burns,Nichols, Graney และ Cloar, 1995) เช่นเดียวกับอีกการศึกษาหนึ่งที่มีการทำงานแบบเป็นทีมร่วมกันเป็นเวลา 24 เดือน ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 324 ราย โดยเภสัชกรมีบทบาทในการลดการช้ยาหลายชนิดและยาที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยสูงอายุ. เช่น ยาที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสับสน มีผลเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจหรือมีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า แม้ว่าในการศึกษานี้จะไม่สามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยลงก็ตาม(Coleman, Grothaus, Sandhu และ Wagner, 1999)

ในส่วนของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยสูงอายุในประเทศไทย รัตนา แสนอารี (2539) ติดตามปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พบปัญหาการไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งมากที่สุด รองลงมา คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งเภสัชกรสามารถป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียได้ 180 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 47.3 แก้ไขได้ 105 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 25.5 และต้องเฝ้าระวังอีก 116 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 28.1

กนกวรรณ พรหมพันใจ(2544) ทำการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผลการศึกษาพบปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้นแล้วหรืออาจเกิดขึ้นได้จำนวน 220 ปัญหา ลักษณะของปัญหาที่พบบ่อย คือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปัญหาที่พบบนนั้นสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ ร้อยละ 49.7 ป้องกันได้ร้อยละ 15.6 และเฝ้าระวังได้ร้อยละ 34.6

ปิยพร สุวรรณโชติ(2543) ศึกษาทวิวิธีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าจำนวนปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยภายหลังการติดตาม 3 ครั้ง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย