

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สระบุรี (2546). มูลค่าการสั่งซื้อยา ป้างประมาณ พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ. 2545.
สระบุรี: กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี. (อัดสำเนา)
- กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สระบุรี. มูลค่าการสั่งซื้อยาในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2546 ถึงเดือนธันวาคม 2546 สระบุรี : กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี, 2546, (อัดสำเนา)
- พรพนงาม ประสารชัยมนตรี, จิตติมา โภคาประกรณ์ และ อรวดี บุรณะกุล. (2541). การศึกษาอันตรายของยาไซเมทิดีนในผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. ปรินญา นิพนธ์ ปรินญาบัณฑิต, ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไล แซ่ตั้ง และ กาญจนา สรรพกิจโกศล. (2541). ความเหมาะสมของการใช้ยาป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารจากการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์. ปรินญานิพนธ์ ปรินญาบัณฑิต, ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรวิทย์ ตั้งวิไล. การใช้ยารักษาโรคเปปติกอย่างสมเหตุผลสมผลในผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วิทยานิพนธ์. ปรินญามหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544

ภาษาอังกฤษ

- Agrawal, N.M., Van Kerckhove, H.E.J.M., Erhardt, L.J. et al. (1995). Misoprostol coadministered with diclofenac for prevention of gastroduodenal ulcers: a one year study. Dig Dis Sci 40: 1125-1131.
- Bardhan, H.D., Bjarnson, I., Scott, D.L., et al.(1993). The prevention and healing of acute nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastroduodenal mucosal damage by misoprostol. Br J Rheumatol 32: 990-995.
- Bastotti, G., Bucaneve, G., Furno, P., Morelli, A. and Del Favero, A. (1998). A double blind, placebo-controlled study on effects of diclofenac sodium and Indomethacin on postprandial gastric motility in man. Dig Dis Sci 43: 1172-1176.
- Baumgartner, A., Koelz HR and Halter, F. (1986). Indomethacin and turnover of gastric mucosal cells in the rat. Am J Physiol 250: G830-G835.
- Bjorkman, D. J. (1999). Current status of nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) use in the United states: risk factors and frequency of complications. Am J Med 107(6A): 3S-10S.
- Bombardier, C., et al.(2000). Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and

- naproxen in patients with rheumatoid arthritis. N Engl J Med 343: 1520-1528.
- Brook, P. (1998). Use and Benefit of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. Am J Med 104(3A): 9S-13S.
- Chan, F,K.L., Hung, L.C.T., Suen, B.Y. et al.. (2002). Celecoxib versus Diclofenac and omeprazole in reducing the risk of recurrent ulcer bleeding in patients with arthritis. N Engl J Med 347: 2104-10
- Cryer, B. and Kimmey, M. B. (1998). Gastrointestinal side effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Am J Med 105: 20S-30S.
- Cryer, B., Redform, J. S., Goldschmiedt, M., Lee, E. and Feldman, M. (1992). Effect of aging on gastric and duodenal mucosal prostaglandin concentrations in humans. Gastroenterology 102: 1118-1123.
- Cullen, D., Bardhan, K.D., Eisner, M., et al. (1998). Primary gastroduodenal prophylaxis with omeprazole for nonsteroidal anti-inflammatory drug users. Aliment Pharmacol Ther 12 : 135-140.
- Dequeker, J., Hawkey, C., Kahan, A., et al, on behalf of the SELECT Study Group . (1998). Improvement in gastrointestinal tolerability of the selective cyclooxygenase (COX)-2 inhibitors, meloxicam, compared with piroxicam: result of the safety and efficacy large-scale evaluation of COX inhibiting therapies (SELECT) trial in osteoarthritis. Br J Rheumatol 37:946-951.
- Derry, S., and Loke, Y. K. (2000). Risk of Gastrointestinal haemorrhage with long term use of aspirin meta-analysis. Br Med J 321: 1183-1187.
- Distel, M.,Mueller, C.,Bluhmki, E.,et al.(1996). Safety of meloxicam : a global analysisof clinical trials. Br J Rheumatol 35(Suppl 1): 68-77.
- Ekstrom, P., Carling, L., Wetterhus S et al . (1996). Prevention of peptic ulcer and dyspeptic syntoms with omeprazole in patient receiving continuous nonsteroidal anti- inflammatory drug therapy : a Nordic multicenter study . Scand J Gastroenterol 31 : 753-758.
- Fendrick, A.M.and Garabedian-Ruffalo, S.M..(2002). A clinician's guide to the selection of NSAID therapy. Pharmacy & Therapeutic 27:579-582.
- FitGerald, G.A. and Patrono, C..(2001). The coxibs, selectivity inhibitors of cyclooxygenase-2. N Engl J Med 345:433-442.
- Garcia Rodriguez, L. A. and Jick, H. (1994). Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. Lancet 343:

769-772.

- Garcia Rodriguez, L. A., Cattaruzzi, C., Garzia Troncon, M., and Agostinis, L. (1998). Risk of Hospitalization For Upper Gastrointestinal Tract Bleeding Associated With ketorolac, other Antihypertensive Drugs. Arch Intern Med 158: 33-39.
- Hawkey, C. J. (2000). Nonsteroidal Anti-inflammatory drug Gastropathy. Gastroenterology 119: 521-535.
- Hawkey, C. J., and Langman, M. J. S. (2003). Non-steroidal anti-inflammatory drugs: overall risks and management. Complementary roles for COX-2 inhibitors and proton pump inhibitors. Gut. 52,4: 600-608.
- Hawkey, C. J., Hawthorn, A. B., Hudson, N., Cole, A. T. , Mahida, Y. R. and Daneshmend, T. K. (1991). Separation of aspirin's impairment of hemostasis from mucosal injury in the human stomach. Clin Sci 81: 565-573.
- Hawkey, C., Kahan, A., Steinbruck, K., et al, and the international MELISSA Study Group. (1998). Gastrointestinal tolerability of meloxicam compared with diclofenac in osteoarthritis patients. Br J Rheumatol 37: 937-945.
- Hawkey, C.J., Karrasch, J.A., Szczepanski, L., et al.(1998). Omeprazole compared with misoprostol for ulcers associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Omeprazole versus Misoprostol for NSAID-induced Ulcer Management(OMNIUM) study Group. N Eng J Med 338: 727-734.
- Hawkin, C. and Hank, G.W.. (2000). The Gastroduodenal Toxicity of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. A review of literature. J Pain and Syptom Manage 20: 140-151.
- Henry, D., Lim L. L. Y., Garcia Rodriguez, L. A., Gutthann, S. P., Carson, J. L., Griffin, M., et al . (1996). Variability in Risk of Gastrointestinal complications with individual Non-steroidal anti-inflammatory drugs: result of collaborative meta-analysis. Br Med J 312: 1563-1566.
- Hernandez-Diaz, S. and Gaezia Rodriguez, L. A.. (2000). Association between NSAIDs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation : an overview of epidemiologic studies published in the 1990S. Arch Intern Med 160: 2093-2099.
- La Corte, R., Caselli, M., Castellino G, et al. (1999). Prophylaxis and treatment of NSAIDs-induced gastroduodenal disorders. Drug safety 20: 527-543.
- Laine, L., Harper, S., Simon, T., et al. for Rofecoxib Osteoarthritis Endoscopy Study Group. (1999). A randomized trial comparing the effect of rofecoxib, a cyclooxygenase-2 specific inhibitor, with that of ibuprofen on the gastroduodenal mucosa of patients with

- osteoarthritis. Gastroenterology 117: 776-783.
- Laine, L.. (2003). Gastrointestinal Effects of NSAIDs and Coxibs. J Pain Sytoms Manage 25S: S32-S40.
- Lanas, A.. (2001) Current Approches to Reducing Gastrointestinal Toxicity of low dose Aspirin. Am J Med 110(1A): 70S-73S
- Lanas, A., Bajador, E., Serrano, P., et al. (2000). Nitrovasodilators, low-dose aspirin, other nonsteroidal antiinflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med 343: 834-9.
- Lanas, A., Serrano, P., Bajadon, E. et al. (1997). Evidence of aspirin use in both upper and lower gastrointestinal perforation. Gastroenterology 112: 683.
- Langman, M. J. S., Weil, J., Wainwright, P., Lawson, D.H., Rawlins, M.D., Logan, R.F. and Murphy, M. (1994). Risk of bleeding peptic ulcer associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. Lancet 343: 1075-1078.
- Langman, M.J., Jensen D.M., Watson, D.J. et al (1999). Adverse upper gastrointestinal effect of rofecoxib compared with NSAIDs. JAMA 282: 1929-1933.
- Lanza, F. L. (1998). A guideline for the treatment and prevention of NSAIDs-induced ulcers. Am J Gastroenterol 93: 2037-2046.
- Lanza, F.L., Fakouhi, D., Rubin, A. et al.(1989). Double blind placeb-controlled comparison of the efficacy and safety of 50, 100 and 200 µg of misoprostol QID in the prevention of ibuprofen-induced gastric and duodenal mucosal lesions and symptoms. Am J Gastroenterol 84: 633-636.
- Lanza, F.L. , Graham, D.Y., Davis, R.E. et al.(1990). Endoscopic comparison of cimetidine and sucralfate for prevention of naproxen – induced acute gastroduodenal injury ,effect of scoring method . Dig Dis Sci 35 : 1494-1499.
- Lewis, S.C., Langman, M.J.S.,Lapot, J.R., Matthews, J.N.S. Rawlin M.D. and Wiholm, B.E.. (2002). Dose-response relationships between individual nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NANSAIDs) and serious upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis based on individual patient data. Br J Clin Pharmacol 54 :320-326.
- Lipsky, L.P.E., Abramson, S.B., Crofford, L. et al.Editorial. (1998). The classification of cyclooxygenase inhibitors. J Rheumatol 25: 2298-2303.
- MacRae, F., MacKenzie, L., McColl, K. and Williams, D.. (2004). Strategies against NSAIDs-induced gastrointestinal side effect: part 2. Pharmaceutical J 272: 219-222

- McCarthy, D. M. (1999). Comparative toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Am J Med 107: 37S-47S.
- McCarthy, D.M.. (1998). Nonsteroidal anti-inflammatory-related gastrointestinal toxicity: definitions and epidemiology. Am J Med 105: 3S-9S.
- Miglioli, M., Bianchi Porro G., Vaira, D., et al. (1996). Prevention with sucralfate gel of NSAIDs-induced gastroduodenal damage in arthritic patients. Am J Gastroenterol 91: 2367-2371.
- Miller, K.. (1997). Effect of gastric mucosa protection on nonrheumatoid patients with short-term nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy: a prospective randomized multicenter study. Hepatogastroenterology 44: 872-879.
- National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of cyclo-oxygenase (COX-2) selective inhibitors, celecoxib, rofecoxib and meloxicam for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. (Online) July 2001 Available from URL. <http://www.nice.org.uk>
- Piper, J. M., Ray, W. A., Daugherty, J. R. and Griffin, M. R. (1991). Corticosteroid use and peptic ulcer disease: role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Ann Intern Med 114: 735-740.
- Price, A. H. and Fletcher, M. (1990). Mechanism of NSAID-induced Gastroenteropathy. Drugs 40(Suppl 5): 1-11.
- Rostom, A., Well, G., Tugwell, P., Welch, V., Dobe', C. and McGowan, J.. (2000). The Prevention of Chronic NSAID Induced Upper Gastrointestinal Toxicity: A Cochrane Collaboration Metaanalysis of Randomized Controlled Trials. J Rheumatol 27: 2203-2214.
- Shorr, R. I., Ray, W. A. Daugherty, J. R. and Griffin, M. R. (1993). Concurrent use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and oral anticoagulants places elderly persons at high risk for hemorrhagic peptic ulcer disease. Arch Intern Med 153:1665-1670.
- Silverstein, F, Simon, L. and Faich, G.. (2001). Reporting of 6 month vs 12 month data in a clinical trial of celecoxib(letter). JAMA 286 :2399-2400.
- Silverstein, F.E., Faich, G., Goldstein, J.L. et al. (2000). Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. The CLASS study : a randomized controlled trial. J Am Med Assoc 284 :1247-1255.
- Silverstein, F.E., Graham, D.Y., Senior, J.R., et al. (1995). Misoprostol reduces serious gastrointestinal complications inpatients with rheumatoid arthritis receiving Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs:a randomized, double blind, placebo-controlled trial. Ann Intern

Med 123: 241-249.

- Simon, L.S., Weaver, A.L., Graham, D.Y., et al. (1999). Anti-inflammatory and upper gastrointestinal effects of celecoxib in rheumatoid arthritis : a randomized controlled trial. JAMA 282: 1921-1928.
- Singh, G. and Rosen Ramay, D. (1998). NSAIDs induced gastrointestinal complications: the ARAMIS perspective 1997 , Arthritis, Rheumatism, and Aging Medical Information System . J Rheumatol Suppl 51:8-16.
- Soll, A. H., Weinstein, W. M., Kurata, J. et al. (1991). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and peptic ulcer disease. Ann Intern Med 114: 307-319.
- Taha, A.S., Hudson, N., and Hawkey, C.J..(1996). Famotidine for the prevention of gastric and duodenal ulcer caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs. N Engl J Med 334 : 1435-1439.
- Valle, J. D. (2001). Peptic Ulcer Disease and Related Disorders. In Braunwald, E., Fauci, A. S., Kasper, D. L. et al (eds), Harrison's Principles of internal Medicine 15th ed. New York : McGraw-Hill: 1665-1669.
- Vane, J. R. (1996). Introduction: mechanism of action of NSAIDs. Br J Rheumatol 35 (suppl 1): 1
- Vane, J.R.. (2002). Biomedicine. Back to an aspirin a day? Science 296: 474-475.
- Vreeburg, E. M., Snel, P., de Bruijue, J. W., Bartelsman, J. F. W., Rauws, E. A. J., and Tytgat, G. N. J. (1997). Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in the Amsterdam Area: Incidence, Diagnosis And Clinical outcome. Am J Gastroenterol 92,2: 236-243.
- Weil, J., Langman, M. J. S., Wainwright, P., Lawson, D. H., Rawlins, M., Logem, R.F.A., et al. (2000). Peptic ulcer bleeding: accessory risk factors and interaction with non-steroidal anti-inflammatory drugs. Gut 46: 27-31.
- Wolfe, M. M., Lichtenstein, D. R. and Singh, G. (1999). Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. N Engl J Med 340: 1888-1899.
- Yeomans, N.D., Tulassay, Z., Juhasz, L. et al.(1998). For acid suppression trial: Ranitidine versus Omeprazole for NSAID-Associated Ulcer Treatment (ASTRONAUT) Study Group. A comparison of omeprazole with ranitidine for ulcer associated with nonsteroidal anti-inflammatory drug . N Eng J Med 338; 719-726.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายการยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ชนิดรับประทานในโรงพยาบาลสระบุรี

ยา	ราคาต่อเม็ด(บาท)
ยากลุ่ม non selective NSAIDs	
1. aspirin 60 mg	0.25
2. aspirin 300 mg	0.34
3. ibuprofen 200 mg	0.21
4. ibuprofen 400 mg	0.43
5. diclofenac 25 mg	0.17
6. diclofenac SR 75 mg	15.25
7. mefenamic acid 250 mg	0.5
8. indomethacin 25 mg	0.18
9. piroxicam 20 mg	21.42
10. sulindac 200 mg	8
11. tenoxicam 20 mg	17
ยากลุ่ม specific COX-2 inhibitors	
12. celecoxib 200 mg	27
13. rofecoxib 25 mg	35.5
ยากลุ่ม selective COX-2 inhibitors	
14. meloxicam 7.5 mg	15
15. nimesulide 100 mg	10

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

รายการยาป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารชนิดรับประทานในโรงพยาบาลสระบุรี

ยา	ราคาต่อเม็ด(บาท)
ranitidine 150 มิลลิกรัม	0.55
cimetidine 400 มิลลิกรัม	0.9
omeprazole 20 มิลลิกรัม	3.3
lansoprazole 30 มิลลิกรัม	51
Antacid tab	0.5
Antacid suspension	5 บาทต่อ 60 ซีซี



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

เลขที่ ...

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในที่ได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs โรงพยาบาลสระบุรี

วันที่ Admission.....วันที่ Discharge.....รวม..... หอผู้ป่วย.....
แพทย์.....สาขา.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ.....นามสกุล.....HN.....AN.....สิทธิการรักษา.....
อายุ.....ปี เพศ หญิง ชาย ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.

2. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูง
 โรคกระดูกหรือข้อ โรคกระเพาะอาหารหรือลำไส้ (ถ้ามีตอบข้อที่3) อื่นๆ(ระบุ).....

3. ท่านทราบว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารหรือลำไส้เนื่องจาก

- เคยมีภาวะท้องอืด แน่นเฟ้อ อาหารไม่ย่อย เคยปวดท้องเวลาหิวหรืออิ่ม
 เคยอาเจียนหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกระเพาะอาหาร

4. ประวัติครอบครัวและสังคม

- สูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ.....ปี
แอลกอฮอล์ ไม่ดื่ม ดื่ม.....ปี (ดื่มภายใน 6 เดือน-1ปีก่อน admit)

5. ข้อมูลการใช้ยา

ประวัติการแพ้ยา ไม่มี มี ระบุ.....

ยาที่ใช้ประจำตัวก่อนเข้ามารับการรักษา

.....
.....
.....

6. การวินิจฉัย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล.....

7. การตรวจหาค่า serum creatinine(S_{cr})

ไม่ได้ตรวจ ตรวจ.....mg%

คำนวณค่า creatinine clearance(Cl_{cr}) ตามสูตร

ชาย = $(140 - \text{อายุ}) \times \text{น้ำหนัก(กก.)} / 72 \times S_{cr} = \dots \text{ml/min}$

หญิง = $0.85 \times (140 - \text{อายุ}) \times \text{น้ำหนัก(กก.)} / 72 \times S_{cr} = \dots \text{ml/min}$

9.. ยากลับบ้าน	

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลในทางเดินอาหาร

1. ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการมีความผิดปกติของทางเดินอาหาร คือ เป็นแผลในทางเดินอาหาร หรือมีเลือดออกในทางเดินอาหาร
 มี ไม่มี
2. ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี
 ใช่ ไม่ใช่
3. ผู้ป่วยที่ได้รับ NSAIDs ในขนาดสูง
 ใช่ ไม่ใช่
4. ผู้ป่วยที่ได้รับ NSAIDs ร่วมกับยาในกลุ่ม corticosteroids
 ใช่ ไม่ใช่
5. ผู้ป่วยที่ได้รับ NSAIDs ร่วมกับยาในกลุ่ม anticoagulant
 ใช่ ไม่ใช่

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับ NSAIDs จำนวน 1,574 ราย ในโรงพยาบาลสระบุรี

ผลการประเมิน	รายการยา NSAIDs : จำนวนครั้งที่แพ้ยา														รวม (ครั้ง) (ร้อยละ)	
	celecoxib 200 mg	meloxicam 7.5 mg	Nimesulide 100 mg	Rofecoxib 25 mg	Tenoxicam 20 mg	piroxicam 20 mg	diclofenacSR 75 mg	Aspirin 300mg	diclofenac 25 mg	mefenamicacid 250 mg	indomethacin 25 mg	Sulindac 200 mg	ibuprofen 400 mg	Ibuprofen 200 mg		Aspirin 60 mg
การบันทึกในเวชระเบียน	16	20	29	28	4	7	18	432	306	83	58	6	406	14	142	1569
ไม่มีประวัติแพ้ยา	15	19	27	24	4	6	16	421	295	78	56	6	396	13	137	1513
แพ้ ยา sulfa	-	-	-	1	-	-	-	4	4	1	-	-	1	-	1	12
แพ้ ยา allopurinol	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	3
แพ้ ยา penicillin gr.	-	1	2	1	-	-	1	6	3	1	1	-	5	1	-	22
แพ้ ยา tetracyclin	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
แพ้ ยา paracetamol	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	4
แพ้ ยา ibuprofen	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
แพ้ ยา pethidine	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
แพ้ ยา diclofenac	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
แพ้ ยา phenobarbital	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
แพ้ ยา mydocalm	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
แพ้ ยา parafon-porte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
แพ้ ยา streptomycin	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
แพ้ ยา piroxicam	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1
แพ้ ยา vancomycin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
แพ้ ยา bactrim	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
แพ้ ยา actifed	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
ไม่มีบันทึกประวัติแพ้ยา	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	5	-	-	5(0.32)

ประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันอาการเกิดแผลในทางเดินอาหารร่วมกับ NSAIDs ในโรงพยาบาลสระบุรี

ผลการประเมิน	รายการยาป้องกันอาการเกิดแผลในทางเดินอาหาร : จำนวนครั้งที่ให้ยา							รวม(ครั้ง)
	ไม่ได้รับ	ranidine 150 mg	cimetidine 400 mg	cimetidine 200 mg	omeprazole 20 mg	lansoprazole 30 mg	antacid	
มีการบันทึกในเวชระเบียน	1019	272	133	4	117	14	10	1569
ไม่มีประวัติแพ้ยา	990	262	129	3	107	13	9	(99.68)
แพ้ยา sulfa	7	3	-	1	1	-	-	12
แพ้ยา allopurinol	3	-	-	-	-	-	-	3
แพ้ยา penicillin gr.	10	3	2	-	5	1	1	22
แพ้ยา tetracyclin	1	-	-	-	-	-	-	1
แพ้ยา paracetamol	1	2	-	-	1	-	-	4
แพ้ยา ibuprofen	2	-	-	-	-	-	-	2
แพ้ยา pethidine	-	-	-	-	1	-	-	1
แพ้ยา diclofenac	-	-	-	-	1	-	-	1
แพ้ยา phenobarbital	1	-	-	-	-	-	-	1
แพ้ยา mydocalm	-	1	-	-	-	-	-	1
แพ้ยา parafon-porte	2	-	-	-	-	-	-	2
แพ้ยา streptomycin	-	-	-	-	1	-	-	1
แพ้ยา piroxicam	-	-	1	-	-	-	-	1
แพ้ยา vancomycin	1	1	-	-	-	-	-	2
แพ้ยา bactrim	1	-	-	-	-	-	-	1
แพ้ยา actifed	-	-	1	-	-	-	-	1
ไม่มีบันทึกประวัติการแพ้ยา	4	-	-	1	-	-	-	5(0.32)

ภาคผนวก จ

การจ่ายยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างกันในการศึกษาความสมเหตุสมผลของการใช้ยาป้องกันการเกิดแผลในทางเดินอาหารร่วมกับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ในโรงพยาบาลสระบุรี

ยา	จำนวน (ราย)
NSAIDs – ACE inhibitor	141
NSAIDs - Low dose aspirin	37
NSAIDs - NSAIDs	7
NSAIDs - prednisolone	46
NSAIDs - warfarin	10
ranitidine-antacid	13
ranitidine-digoxin	3
ranitidine-diazepam	3
ranitidine-warfarin	2
cimetidine-diazepam	3
cimetidine-digoxin	3
cimetidine-antacid	2
cimetidine-theophylline	1
cimetidine-warfarin	1
omeprazole-diazepam	2
omeprazole-digoxin	1
omeprazole-antacid	4
lansoprazole-antacid	3

ภาคผนวก จ

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ NSAIDs ร่วมกัน 2 ชนิด

ชนิดของ NSAID	จำนวน(ราย)				
	aspirin 300 mg	ibuprofen 200 mg	ibuprofen 400 mg	diclofenac 25 mg	mefenamic acid 250 mg
tenoxicam 20 mg	1				
piroxicam 20 mg					
diclofenac SR 75 mg					
aspirin 300 mg					
diclofenac 25 mg	15		1		1
mefenamic acid 250 mg	1	2			
indomethacin 25 mg	3		1		
Sulindac 200 mg					
ibuprofen 400 mg	10			2	
ibuprofen 200 mg					
aspirin 60 mg					
celecoxib 200 mg	1				
meloxicam 7.5 mg	3				
nimesulide 100 mg	1				
rofecoxib 25 mg	1				

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ช
สิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสระบุรีแบ่งเป็น 5 ประเภทคือ

1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ บัตรประกันสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขออกให้แก่ผู้มีสิทธิตามโครงการสร้างประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งก็คือประชาชนทั่วไปที่มีรายได้น้อยกว่า 100 บาทต่อปีในเขตจังหวัดนั้นๆ
2. บัตรประกันสังคมคือ สิทธิการรักษาของผู้ประกันตนที่ทำงานในสถานประกอบการต่างๆ เช่น โรงงาน หรือบริษัท
3. ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ คือ สิทธิการรักษาสำหรับข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจต่างๆ รวมถึงบิดามารดาและทายาท
4. พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ คือ สิทธิการรักษาประชาชนทุกคนที่ทำประกันภัยอุบัติเหตุจากยานพาหนะซึ่งจะคุ้มครองเฉพาะความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ชีวิต ร่างกาย และอนามัยเท่านั้น
5. ข้าราชการ จะใช้กับประชาชนทั่วไปที่ไม่เข้าข่ายข้อ 1 ถึง 4

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ช

ค่าครึ่งชีวิตของการขจัดและขนาดยาต่อวันของ NSAIDs

NSAIDs	ค่าครึ่งชีวิต(ชั่วโมง)	ขนาดยาต่อวัน(มก.)
ออกฤทธิ์สั้น (t_{1/2} = 1-8 ชม.)		
Indomethacin	1.5-2	75-200
Ibuprofen	1-3	1200-2400
Ketoprofen	2	150-300
Salicylate(ขนาดต่ำ)	2-3	<2500
Meclofenamic acid	2-4	200-400
Tiaprofenic acid	3-5	400-800
Nefenami acid	4	1500-2000
Flubiprofen	4-6	100-400
Nimesulide	2-5	200-400
Diclofenac	1-2	75-150
ออกฤทธิ์ปานกลาง (t_{1/2} = 10-20 ชม.)		
Fenbrufen	10	600-1000
Azapropazone	12	900-1800
Diflunisal	10-15	500-1000
Naproxen	12-15	500-1000
Proglumethacin	16	300-600
Sulindac	18	200-400
Salicylate(ขนาดสูง)	20	3600-6000
Meloxicam	20	7.5-15
Celecoxib	10	100-200
Rofecoxib	17	12.5-25
ออกฤทธิ์ยาว (t_{1/2} = 24-36 ชม.)		
Nabumetone	20-30	1000-3000
Piroxicam	24-36	20
ออกฤทธิ์ยาวมาก (t_{1/2} > 48 ชม.)		
Phenylbutazone	72	300-400
Tenoxicam	42-100	20

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว เสาวลักษณ์ อัครพินท์ เกิดเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2516 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2540 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิตที่คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2545 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง เภสัชกรระดับ 5 กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย