

บทที่ 5



สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินการใช้ยาลดไขมันในเลือดกลุ่มสเตตินในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน – 31 ธันวาคม 2544 เกณฑ์ประเมินการใช้จ่ายได้มาจากการรวบรวมเกณฑ์จากกระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์ที่ได้เคยมีการดำเนินการมาก่อนในสถานพยาบาลอื่น ๆ ร่วมกับข้อมูลจากตำรา เอกสารทางวิชาการ บัญชียาหลักแห่งชาติ สร้างเป็นร่างเกณฑ์ขึ้น และทำการทดลองร่างเกณฑ์ นำผลที่ได้มาปรับปรุง แก้ไขให้ทันสมัยและเหมาะสมกับสถานะของโรงพยาบาลราชบุรี และแจ้งเกณฑ์ที่ผ่านการรับรองแล้วแก่แพทย์ก่อนเริ่มดำเนินการประเมินการใช้จ่าย

เกณฑ์ประเมินการใช้จ่ายลดไขมันกลุ่มสเตตินในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อบ่งใช้ และข้อห้ามใช้ของยา

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย กระบวนการติดตามการใช้จ่าย ประกอบด้วย การติดตามระหว่างการใช้ยา ขนาดและวิธีการบริหารยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้จ่าย และอันตรกิริยาของยา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ประเมินการสั่งจ่ายยาตามเกณฑ์ที่จัดทำขึ้น

ส่วนที่ 2 ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากกลุ่มสเตตินในผู้ป่วยที่พบผู้วิจัยมากกว่า 1 ครั้งในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 3 ประเมินการสั่งจ่ายยาที่อาจเกิดอันตรกิริยาของยากกลุ่มสเตตินกับยาอื่น

ส่วนที่ 4 ดำเนินการแก้ไขเมื่อพบการสั่งจ่ายยาไม่ตรงตามเกณฑ์ และ/หรือผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และ/หรือ มีการสั่งจ่ายยาที่มีโอกาสเกิดอันตรกิริยา

ส่วนที่ 5 คำนวณปริมาณและมูลค่าการใช้จ่ายยากกลุ่มสเตติน

การสั่งใช้ยาตรงตามเกณฑ์คือ มีการสั่งใช้ยาตรงตามเกณฑ์ในทุกข้อต่อไปนี้คือ ข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ การติดตามการให้ยา และขนาดและวิธีการบริหารยา

การสั่งใช้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์ คือ มีการสั่งใช้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์ในหัวข้อ ข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ การติดตามการให้ยา และขนาดและวิธีการบริหารยา อย่างน้อยหนึ่งหัวข้อ

จากผลการประเมินการให้ยาในผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน – 31 ธันวาคม 2544 มีผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มสแตตินที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 247 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.10 ของผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มสแตตินทั้งหมดของโรงพยาบาลราชบุรีในช่วงเวลาเดียวกัน โดยเป็น ผู้ป่วยชาย ร้อยละ 58.30 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยหญิง ซึ่งมี ร้อยละ 41.70 ผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูงมีอายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 83 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับยากลุ่มสแตติน 46.13 ± 16.50 วัน ปริมาณยาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับการสั่งใช้ยาต่อครั้ง 48.06 ± 22.17 เม็ดปัจจัยเสี่ยงเชิงบวกที่พบมากที่สุด คือ อายุ (ร้อยละ 68.02) รองลงมาคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ (46.15) ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกต้นสังกัดมากที่สุด รองลงมาคือ ไม่ต้องชำระเงิน ชำระเงินเอง และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามลำดับ ผู้ป่วย 247 ราย ได้รับยาซิมวาสแตติน 204 ราย (ร้อยละ 82.59) อะทอร์วาสแตติน 43 ราย (ร้อยละ 17.41) แพทย์กลุ่มงานอายุรกรรมเป็นผู้สั่งใช้ยามากที่สุด (ร้อยละ 74.09) ข้อบ่งใช้ของยากลุ่มสแตตินเพื่อการป้องกันแบบปฐมภูมิและแบบทุติยภูมิมีจำนวนทั้งหมด 284 ครั้ง เนื่องจากในผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับการป้องกันแบบทุติยภูมิอาจมีข้อบ่งใช้ของยามากกว่า 1 ข้อ พบว่ามีการใช้ยาสแตตินเพื่อการป้องกันแบบทุติยภูมิ 159 ครั้ง (ร้อยละ 55.59) มากกว่าเพื่อการป้องกันแบบปฐมภูมิ ซึ่งมี 125 ครั้ง (ร้อยละ 44.01) มีการใช้ยาสแตตินในผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการประเมินการสั่งใช้ยากลุ่มสแตติน พบการสั่งใช้ยาตรงตามเกณฑ์ในผู้ป่วย 34 ราย (ร้อยละ 13.77) ไม่ตรงตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 หัวข้อในผู้ป่วย 196 ราย (ร้อยละ 79.35) และไม่สามารถสรุปผลการประเมินได้ 17 ราย (ร้อยละ 6.88) มีการสั่งใช้ยาตรงตามเกณฑ์ข้อห้ามใช้มากที่สุด 240 ราย (ร้อยละ 97.17) รองลงมาคือ ข้อบ่งใช้ 164 ราย (ร้อยละ 66.40) ขนาดและวิธีการบริหารยา 117 ราย (ร้อยละ 47.37) และการติดตามการให้ยา 75 ราย (ร้อยละ 30.37)

ผลการประเมินการให้ยาสแตตินตามหัวข้อข้อบ่งใช้ จำแนกตามการป้องกันแบบปฐมภูมิจากการสั่งใช้ยาทั้งหมด 125 ราย พบการสั่งใช้ยาตรงตามเกณฑ์ 70 ราย (ร้อยละ 56.00) ไม่ตรงตามเกณฑ์ 55 ราย (ร้อยละ 44.00) สาเหตุที่ไม่ตรงตามเกณฑ์ คือไม่ควบคุมอาหารก่อนให้ยา

อย่างน้อย 3 เดือน 35 ราย (ร้อยละ 63.64) ระดับไขมันไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดให้รักษาด้วยยา 11 ราย (ร้อยละ 16.36) และไม่ควบคุมอาหารก่อนให้ยาอย่างน้อย 3 เดือน และระดับไขมันไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด 9 ราย (ร้อยละ 20.00)

ผลการประเมินการใช้จ่ายสดเงินในการป้องกันแบบทุติยภูมิ มีการสั่งจ่ายทั้งหมด 159 ครั้ง พบมีการสั่งจ่ายตรงตามเกณฑ์ 125 ครั้ง (ร้อยละ 78.61) ไม่ตรงตามเกณฑ์ 11 ครั้ง (ร้อยละ 6.92) และไม่สามารถสรุปผลการประเมินได้ 23 ครั้ง (ร้อยละ 14.47) สาเหตุที่ไม่ตรงตามเกณฑ์ เกิดจากจ่ายยาโดยที่ระดับไขมันไม่ถึงเกณฑ์

ผลการประเมินการใช้จ่ายตามข้อห้ามใช้ พบการสั่งจ่ายตรงตามเกณฑ์ 240 ราย (ร้อยละ 97.17) ไม่ตรงตามเกณฑ์ 7 ราย (ร้อยละ 2.83) โดยมีการสั่งจ่ายซิมวาสแตตินในผู้ป่วยโรคตับ 5 ราย (ร้อยละ 2.02) ผู้ป่วยเอนไซม์ตับสูงไม่ทราบสาเหตุ 1 ราย (ร้อยละ 0.40) และในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง 1 ราย (ร้อยละ 0.40)

ผลการประเมินการติดตามการจ่ายยา พบว่าไม่มีการแนะนำผู้ป่วยให้ควบคุมอาหารควบคู่กับการรักษาด้วยยา 38 ราย (ร้อยละ 13.36) มีการปรับขนาดยาโดยไม่มีผลของระดับไขมัน 4 ราย (ร้อยละ 1.62) และไม่มีการเจาะวัดระดับไขมันหลังเริ่มรักษาด้วยยา 4-8 สัปดาห์ 141 ราย (ร้อยละ 57.09) การสั่งจ่ายยา ≤ 90 วัน และการติดตามระดับเอนไซม์ตับหรือ CK เมื่อมีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลจากการใช้จ่ายสดเงิน พบตรงตามเกณฑ์ ร้อยละ 100

ผลการประเมินตามหัวข้อขนาดและวิธีการบริหารยา พบว่าไม่มีการสั่งรับประทานยาซิมวาสแตตินในตอนเย็นหรือก่อนนอน 130 ราย (ร้อยละ 63.73) มีการให้ยาสดเงินเกินขนาดสูงสุดที่กำหนดเมื่อให้ร่วมกับยาไฟเบรท 2 ราย (ร้อยละ 33.33) ในขณะที่ขนาดยาสดเงินสูงสุดที่ใช้ต่อวัน และขนาดยาสดเงินสูงสุดที่ให้ร่วมกับยาไซโคลสปอริน พบมีการใช้ตรงตามเกณฑ์ร้อยละ 100.00

ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มสแตตินในผู้ป่วย พบผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ 4.17) เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้เฉพาะยาซิมวาสแตติน โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ คือ มีนงง 2 ครั้ง ท้องอืด 1 ครั้ง คอแห้ง 1 ครั้ง หนักได้ตามวม ตามวม 1 ครั้ง ค่าความชุกของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้อยละ 2.45

ผลการประเมินอันตรายกิริยาของยากลุ่มสเตตินกับยาอื่น พบว่ามีการใช้ยาที่อาจเกิดอันตรายกิริยากับยากลุ่มสเตติน ในผู้ป่วย 13 ราย (ร้อยละ 5.26) โดยคู่ยาที่พบมากที่สุดคือ ซิมวาสแตติน-เจมไฟโบรซิล 4 ราย รองลงมาคือ ซิมวาสแตติน-ดีจอกซิน 3 ราย ซิมวาสแตติน-วาร์ฟาริน 2 ราย อะทอร์วาสแตติน-เจมไฟโบรซิล 2 ราย และ ซิมวาสแตติน-ไซโคลสปอริน อะทอร์วาสแตติน-ยาลดกรด อย่างละ 1 ราย ตามลำดับ อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากอันตรายกิริยาดังกล่าว

การสั่งใช้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์ในผู้ป่วย 196 ราย มีจำนวนครั้งของการสั่งใช้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์ทั้งหมด 383 ครั้ง ดำเนินการแก้ไขโดยผู้วิจัย เมื่อพบไม่มีการแนะนำผู้ป่วยให้ควบคุมอาหาร ควบคุมกับการรักษาด้วยยา 33 ครั้ง และประสานงานกับแพทย์ 350 ครั้ง ซึ่งแพทย์เปลี่ยนแปลงการสั่งจ่ายยาตามคำแนะนำของผู้วิจัย 234 ครั้ง (ร้อยละ 66.86) ไม่มีการเปลี่ยนแปลง 116 ครั้ง (ร้อยละ 33.14)

การประเมินในเชิงปริมาณการใช้ยาและมูลค่าการใช้ยา พบว่ามีการใช้ยาซิมวาสแตติน ในช่วงที่ดำเนินการวิจัย 10,402 เม็ด ยาอะทอร์วาสแตติน 1,469 เม็ด มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด 113,708 บาท มูลค่าการใช้ยาแยกตามผลการประเมินการใช้ยาตรงตามเกณฑ์ 16,798 บาท มูลค่าการใช้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์คือ 85,080 บาท โดยเป็นมูลค่าการใช้ยาที่สูญเสียไปในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อบ่งชี้ 19,615 บาท และมูลค่าการใช้ยาที่ไม่สามารถสรุปผลการประเมินได้คือ 11,830 บาท

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านยาเมื่อมีการเปลี่ยนจากยาอะทอร์วาสแตตินเป็น ซิมวาสแตติน (ตามระเบียบการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2544) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกขนาด เหมาะสมกับระดับไขมันของผู้ป่วย เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา และเป็นส่วนหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วย โดยเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องภาวะโรค เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะโรค จำนวน 95 ราย

ข้อเสนอแนะ

1. การพิจารณาเลือกใช้ยากลุ่มสแตติน ควรมีข้อมูลพื้นฐานของระดับไขมันทั้ง 3 ชนิดคือ TC, TG และ HDL-C ในผู้ป่วยทุกรายเพื่อทราบถึงความผิดปกติของระดับไขมันที่แท้จริงของผู้ป่วยและวางแผนทางการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้
2. เนื่องจากสาเหตุที่ไม่ตรงตามเกณฑ์ที่พบมากที่สุดของการใช้ยาเพื่อป้องกันแบบปฐมภูมิ คือไม่ควบคุมอาหารก่อนให้ยากลุ่มสแตติน และค่าใช้จ่ายทางตรงในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นการรักษาที่สิ้นเปลืองมาก ดังนั้นควรพิจารณาอย่างเคร่งครัด โดยเน้นการควบคุมอาหารหรือปรับพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ก่อนให้ยาในผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะหรือโรคเกิดขึ้น เพื่อเสียค่าใช้จ่ายน้อยลงหรือช่วยประหยัดให้โรงพยาบาลมากขึ้น
3. ในการรักษาผู้ป่วยด้วยยากลุ่มสแตตินควรเน้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่หรืออ่างเข้มงวด ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูงของผู้ป่วย ช่วยลดการเพิ่มขนาดยา ประหยัดค่าใช้จ่าย หลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากการเพิ่มขนาดยาได้
4. ผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูงมากและจำเป็นต้องใช้ยาสแตตินกับไฟเบอร์ทุกคู่กันควรมีข้อมูลพื้นฐานของ CK และเอนไซม์ตับ และมีการติดตามเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุก ๆ 3 เดือน เป็นการเฝ้าระวังติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้
5. การศึกษาครั้งนี้ไม่มีการประเมินประสิทธิผลของการใช้ยาในการลดไขมันตามเป้าหมายของ NCEP III แต่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการหาประสิทธิผลของยาได้ และดูแลผู้ป่วยที่มีระดับไขมันไม่ถึงเกณฑ์ โดยให้คำแนะนำ และติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยรับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา
6. ผลการประเมินการใช้ยาพบหัวข้อการประเมินบางหัวข้อที่ไม่ตรงตามเกณฑ์ ควรมีการปรับปรุงปรุงเกณฑ์เพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะของโรงพยาบาลราชบุรี เช่น เกณฑ์การเจาะวัดระดับไขมันหลังเริ่มรักษาด้วยยา 4-8 สัปดาห์ อาจมีการปรับเปลี่ยนช่วงระยะเวลาจาก 4-8 สัปดาห์ เป็น 4-12 สัปดาห์ เพื่อเกิดความประหยัดและเหมาะสมกับสภาวะของโรงพยาบาลราชบุรีมากที่สุด

7. ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงรายการยาในบัญชียาของโรงพยาบาลจาก Zocor® 20 มิลลิกรัม เป็น Zimmex® 10 มิลลิกรัม ทำให้มูลค่าการใช้ยาลดลงเป็นจำนวนมากก็ตาม แต่ยังคงควรมีระบบการประเมินการใช้ยาต่อไป เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวช่วยให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย โดยควรดำเนินการเป็นระยะ ๆ และนำผลมาเปรียบเทียบกันซึ่งเป็นการประเมินประสิทธิผลของระบบการประเมินการใช้ยา และนำข้อมูลไปปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานครั้งต่อไป โดยต้องนำเสนอผลที่ได้แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบ

8. การศึกษาครั้งนี้มีการประเมินการใช้ยาในเชิงปริมาณ คือปริมาณการใช้ยา และมูลค่าการใช้ยาซึ่งคำนวณจากปริมาณการใช้ยากลับราคาขายของยา มิได้นับรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการ การประเมินการใช้ยาค้างต่อไปควรคิดค่าใช้จ่ายด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการประเมินในเชิงปริมาณเพิ่ม เพื่อให้ครอบคลุมและเกิดประโยชน์เพิ่มมากขึ้น

9. เภสัชกรควรมีบทบาทสำคัญในการริเริ่มให้มีการประเมินการใช้ยาในโรงพยาบาล และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย