

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์เปียร์
ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ถลันลลิต เทิดสุธาธรรม, พ.บ., ภาณุภัท นราศุภรัฐ, พ.บ., อว.เวชศาสตร์ครอบครัว

สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว งานการศึกษาระดับหลังปริญญา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ภาณุภัท นราศุภรัฐ, พ.บ.,
สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
งานการศึกษาระดับหลังปริญญา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
กรุงเทพมหานคร 10700,
ประเทศไทย
Email: Parnoupat.nar@mahi-
dol.edu

Received: September 28, 2024;

Revised: November 12, 2024;

Accepted: January 30, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยเปราะบางที่มีความเหมาะสมของการสั่งจ่ายยาแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยช่วงอายุอื่น ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหลายโรค ซึ่งทำให้ได้รับยารักษาจากหลายแหล่ง อาจนำมาซึ่งภาวะการใช้ยาหลายขนานและเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา งานวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเยี่ยมบ้านสูงอายุ

แบบวิจัย: การศึกษาแบบภาคตัดขวางย้อนหลัง

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษานี้เก็บข้อมูลย้อนหลังจากผู้ป่วยเยี่ยมบ้านที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และได้รับยาอย่างน้อย 1 ชนิดจากหน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยนำข้อมูลดังกล่าวมาทบทวนเวชระเบียน และเปรียบเทียบข้อมูลการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ของเปียร์ พ.ศ. 2566 โดยขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้คำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร โดยอ้างอิงความชุกเฉลี่ยของการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุจากการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งเท่ากับร้อยละ 76.00 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 8.00 ส่งผลให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 110 คน

ผลการศึกษา: จากกลุ่มตัวอย่าง 110 คน พบความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 55.45 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีการใช้ยามากกว่า 9 ชนิด (OR 5.708, 95%CI 1.485, 21.950, $p = 0.011$) มีโรคประจำตัวคือโรคไตเรื้อรัง (odd ratio (OR) 2.690, 95% confidence interval (95%CI) 1.105-6.547, $p = 0.026$) และ ประวัติภาวะหัวใจล้มเหลว (OR 17.067, 95%CI: 2.173-134.013, $p < 0.001$) โดยกลุ่มยาที่ไม่เหมาะสมพบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ กลุ่มยาโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มยาโรคระบบประสาทและกลุ่มยาโรคระบบทางเดินอาหาร ตามลำดับ

สรุป: การศึกษานี้พบปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยเยี่ยมบ้านสูงอายุมากกว่าร้อยละ 50.00 โดยพบมากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้ยามากกว่า 9 ชนิด มีโรคไตเรื้อรังและมีประวัติภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการทบทวนการใช้ยาที่มีความเสี่ยงและข้อควรระวังอย่างถูกต้องและเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมให้แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม เกณฑ์ของเปียร์

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Factor Inappropriate Medication Use According to Beers Criteria Among Elderly Home Visit Patients Served by Primary Health Care Unit

Lanlalit Terdsutatham, M.D., Parnoupat Narasuppharat, M.D., MRCFPT

Division of Family Medicine, Postgraduate Education Division, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Parnoupat Narasuppharat, M.D.,
Division of Family Medicine,
Postgraduate Education Division,
Faculty of Medicine Siriraj
Hospital, Mahidol University,
Bangkok 10700, Thailand
Email: Parnoupat.nar@mahidol.edu

Received: September 28, 2024;

Revised: November 12, 2024;

Accepted: MJanuary 30, 2025

ABSTRACT

Background: The elderly population is considered a vulnerable group with medication prescriptions that differ significantly from other age groups. Elderly patients often have multiple comorbidities, leading to multiple prescriptions from various sources, which can result in polypharmacy and drug interactions. This study aimed to examine the prevalence and factors associated with potentially inappropriate medications (PIMs) among elderly home visit patients.

Design: Retrospective Cross-Sectional Study

Methods: This study involved retrospective data collection of home visit patients aged 65 years and older who received at least one medication from the health services unit at Siriraj Hospital from January 1, 2022, to December 31, 2022. The collected data were reviewed and compared with the Beers Criteria 2023 to study the prevalence and factors associated with PIM use among elderly home visit patients. The sample size for this study was calculated using a formula for population proportion estimation, referencing the average prevalence of inappropriate medication use among elderly patients from previous studies, which was 76%, with an acceptable margin of error set at 8.00%. This resulted in a required sample size of 110 participants.

Results: A total of 110 patients participated in the study, with a prevalence of PIMs of 55.45%. Statistically significant factors associated with PIMs included super-polypharmacy or take more than nine medications (OR 5.708, 95%CI: 1.485, 21.950, $p = 0.011$), having chronic kidney disease (OR 2.690, 95%CI: 1.105-6.547, $p = 0.026$) and a history of heart failure (OR 17.067, 95%CI: 2.173-134.013, $p < 0.001$). The three most common categories of inappropriate medications were cardiovascular drugs, neurological drugs, and gastrointestinal drugs, respectively.

Conclusions: This study found that PIM use was over 50.00% among the elderly, particularly in patients with super-polypharmacy or taking more than nine medications, chronic kidney disease, and a history of heart failure. Therefore, in caring for elderly patients, medical personnel should review the use of high-risk medications and ensure proper precautions are taken. Additionally, increased education on inappropriate prescribing for physicians and medical staff needs to be conducted.

Keywords: elderly, potentially inappropriate medications, Beers criteria

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยมีแนวโน้มสูงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีมีจำนวนประมาณ 1.082 พันล้านคนโดยคิดเป็นร้อยละ 14.00 ของประชากรทั้งหมด และสำหรับประเทศไทยนั้นพบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนประมาณ 12.5 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 19.00 ของประชากรทั้งประเทศและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ ประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม จึงทำให้อายุเฉลี่ย 80.00 ของประชากรผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค¹⁻³ รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงในการได้รับยาจำนวนหลายขนานหรือการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น การได้รับยารักษาอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาแรก (medical cascade) การได้รับยาโดยไม่ปรับขนาดตามการทำงานของไตและตับ ซึ่งจะนำไปสู่ผลกระทบต่าง ๆ ตามมา เช่น การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) การใช้ยาซ้ำซ้อน การขาดระเบียบวินัยในการใช้ยา เป็นต้น^{4,5}

เนื่องจากแต่ละประเทศมีบริบทและความจำเป็นในการใช้ยาที่แตกต่างกันจึงมีการพัฒนารายการการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมที่แตกต่างกันออกไป เช่น American Geriatrics Society 2023 Updated Beers criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา⁶ และ STOPP/START criteria for Potentially Inappropriate Prescriptions in Older People criteria สำหรับประเทศในทวีปยุโรป⁷ สำหรับประเทศไทยเองได้มีการจัดการอภิปรายกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาเกณฑ์รายการยาที่มีความเสี่ยงและควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุไทย (Lists of Risk Drugs for Thai Elderly; LRDTE criteria) สำหรับใช้เป็นเครื่องมือเพื่อให้เกิดการได้รับยาอย่างสมเหตุสมผลในประชากร

ผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย⁸ โดยรายการยาดังกล่าวนี้ครอบคลุมรายการยาจาก Beers criteria 2012 และ STOPP criteria 2008 ซึ่งรายการยาดังกล่าวนี้ประกอบไปด้วยยาทั้งหมด 76 รายการ แบ่งยาทั้งหมดเป็นหลายกลุ่มตามประเภทการรักษา ได้แก่ ยาในกลุ่ม anticholinergics (excluded TCAs) ยาในกลุ่ม anti-thrombotic ยาในกลุ่ม anti-infective ยาในกลุ่ม cardiovascular ยาในกลุ่ม central nervous system ยาในกลุ่ม endocrine ยาในกลุ่ม gastrointestinal และยาในกลุ่ม pain management

จากการสำรวจพบรายงานการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมจากการสั่งจ่ายยาของแพทย์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจากงานวิจัยในจังหวัดพะเยาและงานวิจัยในจังหวัดชลบุรี พบว่าผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 72.50-79.00 ได้รับยาที่ไม่เหมาะสม^{9,10} โดยรายการยาและเหตุผลที่มีการแนะนำให้หลีกเลี่ยงยานั้น ๆ ได้แก่ อัตราการกรองไตที่ลดลงของผู้ป่วยสูงอายุหรือผลข้างเคียงที่อาจพบได้มากขึ้นในผู้สูงอายุ เช่น ยา Orphenadrine โดยแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ชนิดนี้ เนื่องจากมีฤทธิ์ anticholinergic สูง (อาการปากแห้ง ท้องผูก) กดประสาทและเพิ่มความเสี่ยงในการหกล้ม ยาในกลุ่ม classical NSAIDs โดยแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (heart failure) โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) ตั้งแต่ระยะที่ 4 รวมถึงแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ระยะยาว ยกเว้นในกรณีไม่มียาทางเลือกอื่นที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างไม่เหมาะสมดังกล่าว ยกตัวอย่างได้ เช่น ปัจจัยด้านโรคประจำตัวของผู้ป่วย ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในหลอดเลือดสูง การติดเชื้อทางเดินหายใจ อาการวิงเวียนศีรษะและอาการปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งแต่ละพื้นที่จะพบความชุกของผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาไม่เหมาะสมแตกต่างกันทั้งในประเทศไทย⁹⁻¹³ หรือที่ต่างประเทศ¹⁴⁻¹⁷

อย่างไรก็ตามเนื่องจากปัจจัยทางสังคมในบริบทชุมชนเมืองมีความแตกต่างจากสังคมต่างจังหวัดรวมถึงสังคมต่างประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งต่อภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยหน่วยบริการสาธารณสุขชุมชนภูมิหรือโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อ ทำให้ผู้ป่วยมีที่มบคูลากรทงการแพทยดูแลอยู่หลายทีมซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลศิริราชซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขาในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้เกณฑ์รายการยาที่มีความเสี่ยงและควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุไทย (LRDTE criteria) มีการพัฒนามาแล้วนานมาก อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลยาใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง จึงเล็งเห็นว่าการศึกษาความชุกและรายการการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยเฒ่านบ้านสูงอายุนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองด้วยเกณฑ์รายการยาที่มีความเสี่ยงและควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุของเบียร์ (Beers criteria 2023) จะช่วยให้ได้ข้อมูลการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมจากการสั่งจ่ายยาของแพทย์ในรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาปรับปรุงใหม่ล่าสุด

วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยนี้มีรูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (a retrospective cross-sectional study) ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรอง (COA) หมายเลข SI523/2023 เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการบริการจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 การเก็บกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่ม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และได้รับยาอย่างน้อย 1 รายการ ผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ การรับประทาน (oral) และการฉีด (injection) และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยโรคระยะสุดท้ายและผู้ป่วยที่ได้รับการบันทึกในเวชระเบียนการตรวจว่ามีการซื้อยาบางชนิดรับประทานเองหรือได้รับยาจากสถานพยาบาลอื่นร่วมด้วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์เบียร์ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการเฒ่านบ้านจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้สูตรคำนวณสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร $n = \frac{\alpha^2 pq}{d^2}$ โดยอ้างอิงจากผลการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียง^{9,10} โดยเมื่อ n คือขนาดตัวอย่าง, $\alpha = 1.96$, $p = \text{average prevalence from previous study}$, $q = 1-p$, $d = \text{accepted variation} = 0.08$ เมื่อแทนค่าตามสูตรดังกล่าว ด้วย p หรือความชุกเฉลี่ยของการพบรายการยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุเท่ากับ 0.76 จะคำนวณขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 110 คน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกติ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ ชนิดโรคประจำตัว เนื่องจากส่งผลต่อการพิจารณาการจ่ายยาของแพทย์^{12,14-17} การได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เนื่องจากหมายความว่าผู้ป่วยได้พบและตรวจรักษากับแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยประกอบด้วย จำนวนโรคประจำตัว จำนวนรายการยาที่ได้รับ ด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD)

วิเคราะห์ความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมรายงานด้วยสถิติร้อยละ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมด้วยสถิติ multiple logistic regression analysis และรายงานความสัมพันธ์ด้วยค่า odd ratio (OR) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 โดยใช้โปรแกรม SPSS ในการวิเคราะห์

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (ตารางที่ 1) พบว่ามีผู้ป่วยที่อายุมากกว่าเท่ากับ 65 ปี ที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมดจำนวน 110 คน มีอายุเฉลี่ย 77.79 ± 8.47 ปี แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 71 คน (ร้อยละ 64.50) และเพศชายจำนวน 39 คน (ร้อยละ 35.50) จำนวนโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ 9 โรค และพบน้อยที่สุดคือ 1 โรค โดยโรคที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (n=110)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	39 (35.45)
หญิง	71 (64.55)
การได้เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก	
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	
ไม่ได้รับการตรวจรักษา	82 (74.55)
ได้รับการตรวจรักษา	28 (25.45)
จำนวนรายการยาที่ได้รับ	
1-4 รายการ	16 (14.55)
5-9 รายการ	50 (45.45)
มากกว่า 9 รายการ	44 (40.00)
โรคประจำตัว	
โรคเบาหวาน	49 (44.50)
โรคความดันโลหิตสูง	96 (87.30)
โรคระดับไขมันในเลือดสูง	68 (62.80)
โรคไตเรื้อรัง	32 (29.10)
โรคหัวใจและหลอดเลือด	19 (17.30)
โรคสมองเสื่อม	11 (10.00)
ประวัติภาวะหัวใจล้มเหลว	17 (15.50)
ประวัติกระดูกหัก	26 (23.60)

จำนวน 96 คน (ร้อยละ 87.27) โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 68 คน (ร้อยละ 61.82) และโรคเบาหวาน จำนวน 49 คน (ร้อยละ 44.55) ตามลำดับ จำนวนยาที่ได้รับเฉลี่ยคือ 8.46 รายการ รายการยาที่ได้รับมากที่สุดคือ 18 รายการและน้อยที่สุดคือ 1 รายการ ซึ่งเมื่อแบ่งกลุ่มการใช้ยาตามจำนวนเป็น 3 กลุ่ม จะพบว่าได้รับยาน้อยกว่า 5 รายการ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 14.50) ได้รับยา 5-9 รายการ จำนวน 50 คน (ร้อยละ 45.50) และได้รับยา มากกว่า 9 รายการ จำนวน 44 คน (ร้อยละ 40.00) โดย รายการยาจำแนกตามกลุ่มยาที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก (ตารางที่ 2) คือ กลุ่มยาโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 42 รายการ (ร้อยละ 42.86) กลุ่มยาโรคประสาท จำนวน 27 รายการ (ร้อยละ 27.55) และกลุ่มยาโรคทางเดินอาหาร จำนวน 23 รายการ (ร้อยละ 23.47) ตามลำดับ

ผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมดได้รับรายการยาที่ไม่เหมาะสมเป็นจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 55.45 แบ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับรายการที่ไม่เหมาะสม 1 รายการ 2 รายการ 3 รายการ และ 4 รายการ จำนวน 34 คน (ร้อยละ

ตารางที่ 2. จำนวนรายการยาที่ไม่เหมาะสมที่กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุได้รับจำแนกตามระบบกลุ่มยาและรายการยา (n=98)

กลุ่มยา	จำนวน (ร้อยละ)
Cardiovascular and antithrombotics	
Aspirin	9 (8.18)
Warfarin	18 (16.36)
Rivaroxaban	1 (0.91)
Doxazosin	8 (7.27)
Ticagrelor*	1 (0.91)
Methyldopa	5 (4.55)
Subtotal	42 (42.86)
Central nervous system	
Antidepressants	
Amitriptyline	1 (0.91)
Antipsychotics, first-(typical) and secondary-(atypical) generation	
Quetiapine	18 (16.36)
Risperidone	1 (0.91)
Benzodiazepines	
Lorazepam	5 (4.55)
Clonazepam	2 (1.82)
Subtotal	27 (27.55)
Endocrine	
Sulfonylureas	
Glipizide	4 (4.08)
Subtotal	4 (4.08)
Gastrointestinal	
Proton pump inhibitors	23 (23.47)
Subtotal	23 (23.47)
Pain medications	
Non-COX-2 selective NSAIDs	1 (1.02)
Tramadol*	1 (1.02)
Subtotal	2 (2.04)
Total	98 (100.00)

*Potentially inappropriate medications: drugs to be used with caution in older adults

30.91) จำนวน 16 คน (ร้อยละ 14.55) จำนวน 9 คน (ร้อยละ 8.18) และ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.82) ตามลำดับ จำนวนรายการยาที่ไม่เหมาะสมที่ได้รับรวมมีทั้งหมด 98 รายการ พบรายการยาที่ไม่เหมาะสมจำแนกตามกลุ่มยา 3 อันดับแรก คือ กลุ่มยาโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 42 รายการ (ร้อยละ 42.86) กลุ่มยาโรคประสาท จำนวน 27 รายการ (ร้อยละ 27.55) และกลุ่มยาโรคทาง

ตารางที่ 3. วลคราลทปจจยทมผลตอการดลรบยาทไมหลมาสมในผูลสูงอายุ (n=110)

ปจจย	จนวนผูลย (คน)		Odd ratio (95% CI)	p-value
	ไมมยการยา ทไมหลมาสม	มยการยา ทไมหลมาสม		
เพศ				
ชาย	20	19		
หญง	29	42	1.525 (0.694, 3.346)	0.292
การดลลารการตรวจรจกษาในแผนก				
ผูลยนอกเวชศาสตรผูลสูงอายุ				
ดลรบการตรวจรจกษา	12	16		
ไมดลรบการตรวจรจกษา	37	45	1.096 (0.461, 2.605)	0.835
จนวนรายการยาทดลรบ				
1-4 รายการ	11	5		
5-9 รายการ	28	22	1.710 (0.479, 6.106)	0.409
มากกว่า 9 รายการ	10	34	5.708 (1.485, 21.950)	0.011
โรคประจาดว				
โรคเบาหวาน				
ไมมย	31	30		
มย	18	31	1.780 (0.826, 3.835)	0.140
โรคความดันโลหิตสูง				
ไมมย	3	11		
มย	46	50	0.296 (0.078, 1.130)	0.062
โรคระดับไขมันในเลืดสูง				
ไมมย	18	24		
มย	31	37	0.895 (0.412, 1.944)	0.779
โรคไตเรื้อรัง				
ไมมย	40	38		
มย	9	23	2.690 (1.105, 6.547)	0.026
โรคหัวใจและหลอดเลือด				
ไมมย	41	50		
มย	8	11	1.128 (0.415, 3.065)	0.814
โรคสมองเลื่อม				
ไมมย	43	56		
มย	6	5	0.640 (0.183, 2.237)	0.482
ประวัติภาวะหัวใจล้มเหลว				
ไมมย	48	45		
มย	1	16	17.067 (2.173, 134.013)	0.001
ประวัติกระดูกหัก				
ไมมย	40	44		
มย	9	17	1.717 (0.688, 4.285)	0.244

เดนอาหาร จนวน 23 รายการ (ร้อยละ 23.47) ตามลำดับ จนวนตามชนิดของยาทพบมากที่สุดคือ ยากลุ่ม proton-pump inhibitors (PPI) จนวน 23 รายการ (ร้อยละ 23.47) ยา warfarin แลลยา quetiapine เทากัน

ทจนวน 18 รายการ (ร้อยละ 18.37) ตามลำดับ ปจจยทมีความสัมพันธ์กับการดลรบยาทไมหลมาสม (ตารางที่ 3) ดลแก มยการใชยามากกว่า 9 ชนิด (OR 5.708, 95% confidence interval (95%CI) 1.485, 21.950,

$p = 0.011$) มีโรคประจำตัวคือโรคไตเรื้อรัง (OR 2.690, 95%CI 1.105-6.547, $p = 0.026$) และ ประวัติมีภาวะหัวใจล้มเหลว (OR 17.067, 95%CI: 2.173-134.013, $p = 0.000$) ในขณะที่ปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ เพศ (OR 1.525, 95%CI: 0.694-3.346, $p = 0.292$) การได้เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (OR 1.096, 95%CI: 0.461-2.605, $p = 0.835$)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุได้รับยาไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ของ AGS 2023 Beers criteria ทั้งหมดจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 55.45 โดยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การใช้ยามากกว่า 9 ชนิด (OR 5.708, 95%CI: 1.485, 21.950, $p = 0.011$) ดังนั้นจึงจำนวนยาเพิ่มมากขึ้นเท่าไร ความเสี่ยงในการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับการได้รับยาไม่เหมาะสมคือ การมีโรคประจำตัวคือโรคไตเรื้อรัง (OR 2.690, 95%CI: 1.105-6.547, $p = 0.026$) และมีประวัติภาวะหัวใจล้มเหลว (OR 17.067, 95%CI: 2.173-134.013, $p = 0.000$) ซึ่งความชุกนี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เป็นการสำรวจยาช่วงหลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งรายการยาของผู้ป่วยอาจเพิ่งได้รับการทบทวนจากแพทย์ประจำหอผู้ป่วยและเภสัชกร ในแง่ความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะหัวใจล้มเหลวอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมักต้องรับประทานยาหลายชนิด แล้วยาที่ใช้ในการรักษาซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดการได้รับยารักษาอาการข้างเคียงจากการใช้ยานานแรก หรือการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา ต่อไปได้ง่าย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุได้รับรายการยาที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ยา omeprazole ยา warfarin และยา quetiapine ตามลำดับ จัดอยู่ในยากลุ่มโรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและโรคระบบประสาทตามลำดับ

นอกจากนี้หากมองในยาในกลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดจะพบว่ามียา aspirin ซึ่งจัดเป็นอันดับที่ 2 ของกลุ่มอีกเช่นกัน ซึ่งยา aspirin มีความเสี่ยงในแง่เพิ่มความเสี่ยงของภาวะเลือดออกในกระเพาะจึงเป็นเหตุให้มีการใช้ยาในกลุ่ม PPI ในการป้องกันปัญหาดังกล่าว ซึ่งอาจจัดเป็นการจ่ายยาแบบการได้รับยารักษาอาการข้างเคียงจากการใช้ยานานแรกได้ อีกทั้งยา omeprazole ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ *C. difficile* รวมถึงภาวะกระดูกเปราะ (osteoporosis) ซึ่งเป็นปัจจัยให้ผู้สูงอายุมีภาวะกระดูกหักเมื่อล้มได้ ส่วนยา quetiapine นั้นเป็นยาในกลุ่มโรคระบบประสาทออกฤทธิ์ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากขึ้น มักถูกใช้ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (dementia) ที่มีอาการ behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) ร่วมด้วย แม้ว่าหลักการทั่วไปแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้หากเป็นไปได้ แต่ในกรณีที่ไม่มีทางเลือกอื่นที่เหมาะสม อาจพิจารณาใช้ quetiapine อย่างระมัดระวัง พร้อมติดตามผลการรักษาและผลข้างเคียงอย่างต่อเนื่อง โดยต้องมีการแจ้งประโยชน์และความเสี่ยงจากการใช้ยาให้ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนทำการสั่งจ่ายยาเสมอ นอกจากนี้ยังพบยาอื่น ๆ อีก เช่น ยา aspirin ในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อน เป็นต้น ขณะที่กลุ่มยาที่พบการสั่งจ่ายไม่เหมาะสมบ้อยที่สุด 3 อันดับแรกพบที่แตกต่างกันบ้างในแต่ละการศึกษา ตัวอย่างเช่น การศึกษาของลักษิกา เมธาคุปต์ และคณะ¹² ได้แก่ ยาในกลุ่ม skeletal muscle relaxants ยาในกลุ่ม central nervous system agents และยาในกลุ่ม antihistamines โดยมียาที่พบการสั่งจ่ายไม่เหมาะสมบ้อยที่สุด 3 ชนิด ได้แก่ dimenhydranate, chlorpheniramine และ toperisone ตามลำดับ อีกทั้งจากการศึกษายังพบการสั่งจ่ายยาซ้ำซ้อน จำนวน 1 คน ได้แก่ การจ่ายยา paracetamol คู่กับยา norgesic (ตัวยาประกอบด้วยยา paracetamol ผสมกับยา orphenadrine) คิดเป็นร้อยละ 0.91

แม้ว่าการศึกษานี้จะใช้แนวทาง AGS 2023 Beers criteria มาใช้ในการตรวจจ่ายยาเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตาม ยานี้บ่งชี้ว่ามีการสั่งจ่ายอย่างไม่เหมาะสมในการศึกษานี้ เช่น ยา warfarin ซึ่งเป็นยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างไม่เหมาะสมมากที่สุดในกลุ่มยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด อาจ

เกิดจากข้อจำกัดที่แตกต่างกันระหว่างประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทย ดังเช่นว่า ปัจจุบันที่ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษา ตาม ACC guideline และ ESC guideline for the management of atrial fibrillation มาใช้ยาในกลุ่ม direct oral anticoagulant (DOAC) ทดแทน^{18,19} จึงไม่มีการใช้ยา warfarin สำหรับการรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องบนแบบไม่มีพยาธิสภาพที่ลิ้นหัวใจและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำอีกต่อไปแล้ว แต่สำหรับประเทศไทยที่มีปัจจัยทางข้อจำกัดของเศรษศาสตร์มากกว่าจึงยังมีการใช้ยาเพื่อการรักษาที่ต่างออกไป คือ ยังมีการใช้ยา warfarin อยู่โดยเป็นไปตามการเบิกจ่ายจากบัญชียาหลักแห่งชาติตามสิทธิการรักษา²⁰ แต่แพทย์จะมีการแจ้งประโยชน์และความเสี่ยงเรื่องภาวะเลือดออกที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะเลือดออกในสมองจากการใช้ยาให้ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนสั่งจ่ายยานั้น เช่นเดียวกันกับยาชนิดอื่น เช่น ยา methyldopa ที่แม้จะยังมีการสั่งจ่ายเพื่อการรักษาในประเทศไทย แต่ไม่ได้มีขายอยู่ในตลาดยาประเทศสหรัฐอเมริกาแล้ว⁶

จากการศึกษานี้ พบชนิดยาที่สั่งจ่ายไม่เหมาะสมจะพบความชุกของผู้ป่วยสูงอายุได้รับยาที่ไม่เหมาะสม รวมถึงกลุ่มยาและชนิดยาที่ได้รับไม่เหมาะสมแตกต่างกัน ซึ่งอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของแต่ละการศึกษา เช่น ความแตกต่างของการเลือกใช้เกณฑ์การตัดสินใจที่แตกต่างกันของแต่ละการศึกษา เช่น เกณฑ์ LRDTE เกณฑ์ STOPP/START หรือเกณฑ์ AGS Beers criteria ซึ่งมีการปรับปรุงเพิ่มเติมเป็นระยะส่งผลให้ค่าความชุกของแต่ละการศึกษาแตกต่างกันออกไปดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่มีการวิเคราะห์ด้วยชุดข้อมูลเดียวกันแต่ใช้เกณฑ์การตัดสินใจของยาที่ไม่เหมาะสมหลายเกณฑ์มาเปรียบเทียบกัน^{14,16} นอกจากนั้นยังมีเรื่องความแตกต่างของลักษณะผู้ป่วยที่ทำการศึกษา โดยของการศึกษานี้เลือกเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยเยี่ยมบ้านสูงอายุซึ่งส่วนมากคือกลุ่มผู้ป่วยที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แล้วก็มีเพียงรายการยาที่เกี่ยวข้องกับโรคประจำตัวของผู้ป่วยเพียงเท่านั้น แต่จะไม่รวมไปถึงยารักษาตามอาการอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยมักได้รับจากการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือการซื้อยาทานเองจากร้านยาภายนอกโรงพยาบาล ดังอาจเห็นจากการศึกษาอื่น ๆ เช่น กลุ่มยาแก้ปวดคลายกล้ามเนื้อ

หรือยานอนหลับ เป็นต้น

การศึกษาหลายชิ้นที่เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ มักเลือกเก็บข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยนอกเป็นหลัก โดยเปรียบเทียบบทบาทของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปจนถึงโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีบทบาทในการรับส่งต่อผู้ป่วยซับซ้อน เช่น โรงพยาบาลศิริราช การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุที่พบบ่อยที่สุดคือ การได้รับยาหลายขนาน (polypharmacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่พบในทุกการศึกษา ส่วนในต่างประเทศ การศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกันยังคงพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุที่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย เช่น การได้รับยาหลายขนาน อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่นที่แตกต่างออกไปตามบริบทของการศึกษา เช่น การศึกษาของ Alhawassi และคณะ¹⁷ พบว่าปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนกลุ่มยาที่พบการสั่งจ่ายไม่เหมาะสมบ่อยที่สุดในต่างประเทศ ได้แก่ ยากลุ่ม gastrointestinal agents และยากลุ่ม endocrine agents

จากผลการศึกษาดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงกระบวนการสั่งจ่ายยาโดยพิจารณาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องเฉพาะในแต่ละบริบท เพื่อลดปัญหาการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุและเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาย่างยั่งยืน ในปัจจุบันประเทศไทยมีแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use) ที่จัดทำขึ้นในปี พ.ศ. 2558 โดยคณะอนุกรรมการการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้ยาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนให้เป็นไปอย่างสมเหตุผล ถูกต้องและคุ้มค่า เกิดความตระหนักถึงปัญหาการใช้ยาและสร้างระบบในการบริหารจัดการด้านยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในขณะที่ยานานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขก็มีการออกคู่มือการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปี พ.ศ. 2560 โดยมีข้อแนะนำการใช้ยาในผู้สูงอายุ เช่น ในการรักษาโรคในผู้สูงอายุควรพิจารณาถึงความจำเป็นในการใช้ยาและควรพิจารณาการรักษาที่ไม่ต้องใช้ยา (non-pharmacological treatment) ก่อนเสมอ เช่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย

การลดน้ำหนัก เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงกลุ่มยาที่ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น first-generation antihistamine, benzodiazepines, skeletal muscle relaxant เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่คล้ายคลึงกับ AGS 2023 Beers criteria ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ เมื่อเริ่มส่งจ่ายควรเริ่มในขนาดที่ต่ำและปรับยาอย่างช้า ๆ และระมัดระวังขนาดการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุมักมีปัญหาการรับรู้และความจำจึงควรเลือกยาให้มีรูปแบบและวิธีการบริหารยาที่ง่ายต่อการรับประทาน เช่น ลดจำนวนการรับประทาน ลดความถี่ในการบริหาร รวมถึงมีการเขียนคำสั่งวิธีการใช้ยาให้ชัดเจนและเข้าใจง่าย

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานำตัวเลขความชุกเฉลี่ยของประชากรมาจากการวิจัยศึกษารายการยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุของคนไทยตามเกณฑ์ของ LRDT criteria ไม่ใช่ตามเกณฑ์ใหม่ ได้แก่ AGS 2023 Beers criteria ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ นอกจากนี้ ในการศึกษาไม่ได้หาความสัมพันธ์ของรายการยาตามกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมี ซึ่งหากมีการวิจัยต่อยอดอาจเป็นประโยชน์มากขึ้นในแง่การตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อยาที่ต้องใช้ในการรักษาโรคประจำตัวของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ใช้รูปแบบ cross-sectional study จึงไม่สามารถแสดง causal relationship ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมได้ อีกทั้งการเก็บข้อมูลปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการสั่งจ่ายยาจากอาจไม่ครอบคลุมเนื่องจากเป็นการศึกษาแบบ retrospective study เช่น การใช้ยาจริงของผู้ป่วย ยาที่ผู้ป่วยซื้อเพิ่มเติมด้วยตนเองจากร้านขายยาหรือยาที่ผู้ป่วยรับการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น เป็นต้น หากมีการเก็บข้อมูลเชิงรุกโดยการลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุแทนการเก็บข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มเติมเรื่องการเก็บข้อมูลในส่วนของการใช้ยาจริงของผู้ป่วยที่อาจมากกว่าหรือน้อยกว่าการสั่งจ่ายยาของแพทย์ที่สถานพยาบาล อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีจุดเด่นคือสามารถนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปใช้ในการปรับปรุงการบริการได้จริง เช่น การจัดการอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ

สรุป

การศึกษานี้มุ่งเน้นสำรวจความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยใช้เกณฑ์รายการยาที่มีความเสี่ยงและควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้สูงอายุ (Beers criteria 2023) ของสมาคมผู้สูงอายุแห่งสหรัฐอเมริกา (AGS) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการบริการจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราช มีความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมมากกว่าร้อยละ 50.00 ซึ่งเป็นอัตราที่น่ากังวลและควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ใช้ยามากกว่า 9 ชนิด และมีโรคประจำตัว เช่น โรคไตเรื้อรัง หรือมีประวัติภาวะหัวใจล้มเหลว มีความเสี่ยงได้รับการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มยาที่พบว่ามีคำสั่งจ่ายไม่เหมาะสมมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มยาสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มยาสำหรับโรคทางระบบประสาท และกลุ่มยาสำหรับโรคทางเดินอาหาร ตามลำดับ ในขณะเดียวกัน ปัจจัยอื่น ๆ เช่น เพศ อายุ จำนวนโรคประจำตัว และจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่พบมีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ Beers criteria

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงแนวทางและเกณฑ์การสั่งจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะการพัฒนาเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับบริบทของประเทศไทย นอกจากนี้ ยังควรมีการส่งเสริมการพัฒนาความรู้และความตระหนักรู้ด้านการสั่งจ่ายยาสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มแพทย์ผู้ดูแล เพื่อให้การสั่งจ่ายยาเป็นไปอย่างระมัดระวังยิ่งขึ้น การดำเนินการดังกล่าวไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงในการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม แต่ยังส่งเสริมความปลอดภัยในการใช้ยาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ร้อยโท นายแพทย์ภาณุภัท นราศุภรัฐ อาจารย์ประจำสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและเป็นผู้ที่ปรึกษาโครงการวิจัยที่ให้คำแนะนำตลอดในการทำโครงการวิจัยฉบับนี้

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชและเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราชทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์
ขอขอบคุณ นางสาวเนริสา ทอนศรี ที่ให้คำแนะนำการวิเคราะห์งานทางสถิติที่เหมาะสมสำหรับงานวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลสถิติที่ถูกต้องแม่นยำและตรงตามวัตถุประสงค์

Highlight

1. พบอัตราการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ในผู้สูงอายุสูงถึงกว่าครึ่ง
2. การใช้ยาหลายรายการ (polypharmacy) มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญ
3. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวบางกลุ่ม โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีประวัติกระดูกหัก มีความเสี่ยงต่อการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น
4. กลุ่มยา proton pump inhibitors (PPIs) เป็นกลุ่มยาที่พบว่ามีการใช้ไม่เหมาะสมมากที่สุดในผู้สูงอายุ
5. เสนอให้มีการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติเรื่องการใช้ในผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly 2021. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2021.
2. ศุทธิดา ขวนวัน, กาญจนา เทียนลาย, วิชาญ ชูรัตน์, ปิณณวัฒน์ เกื้อกลิ่น, สิทธิชาติ สมตา. Research Brief: การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกันเพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
4. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. BJCP 2007;63:187-95.
5. Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. Clin Geriatr Med 2012;28:173-86.

6. American Geriatrics Society Beers Criteria.Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71:2052-81.
7. Ployluersang C, Tieankanitukul K, ChobPradit J, Suntorn S, Suwankasawong W. Development of medicine list for screening and reducing medication-related problem in Thai elderly. J Health Syst Res. 2015;77-95. (in Thai)
8. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. 2015;44:213-8.
9. Jenghua K, Sangtong H, Jaiya N, Jaroenteerawit W, Khiewpradang A. The use of potentially inappropriate medications (PIMs) from Thailand criteria among urban community-dwelling elderly: prevalence, PIMs, and factors associated [Internet]. Thai Bull Pharm Sci. 2018;14:49-63.
10. Prasert V, Akazawa M, Shono A, Chanjaruporn F, Ployluersang C, Muangyim K, Wattanapongsatit T, Sutin U. Applying the Lists of Risk Drugs for Thai Elderly (LRDTE) as a mechanism to account for patient age and medicine severity in assessing potentially inappropriate medication use. Res Social Adm Pharm. 2018;14:451-8.
11. ชนากร แก้วสุทธิ, เรืองนิพนธ์ พ่อเรือน. การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ในผู้สูงอายุที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก หน่วยบริการระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลเชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2564;4:69-80.
12. ลักขิกา เมธาคุปต์, รุ่งฤดี แสงคำ, ชญาณี สุขสมบัติเจริญ. การศึกษาความชุกของการได้รับยาไม่เหมาะสมและการใช้ยาร่วมกันหลายขนานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฟ้าฝักแพว อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2565 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2567;3:785-800
13. วรัญญา บัวขวัญ, สุรชาติพิทย์ พิษณุไพบุลย์. รายการยาที่ไม่เหมาะสมที่ผู้สูงอายุใช้ในบ้านพักคนชรา. วารสารเภสัชกรรมไทยคณะเภสัชศาสตร์. 2558;1:3-14.
14. Fadare JO, Desalu OO, Obimakinde AM, Adeoti AO, Agboola SM, Aina FO. Prevalence of inappropriate medication prescription in the elderly in Nigeria: A comparison of Beers and STOPP criteria. Int J Risk Saf Med. 2015;27:177-89.
15. Zeenny R, Wakim S, Kuyumjian Y. Potentially inappropriate medications use in community-based aged patients: a cross-sectional study using 2012 Beers criteria. Dove Press Journal. 2017;12:65-73.
16. Baldoni AO, Ayres LR, Martinez EZ, Dewulf NL, Santos VD, Pereira RL. Factors associated with potentially inappropriate medications use by the elderly

according to Beers criteria 2003 and 2012. IJCP 2014;36:316-24.

17. Alhawassi TM, Alatawi WA, Alwhaibi M. Prevalence of potentially inappropriate medications use among older adults and risk factors using the 2015 American Geriatrics Society Beers criteria. BMC Geriatr. 2019;19:154.
18. American Heart Association. 2023 AHA/ACC guideline for the management of patients with chronic coronary disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2023;148:e51-e92.
19. European Society of Cardiology (ESC). 2022 ESC guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. Eur Heart J. 2022;43:3826-924.
20. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2565. 450 หน้า.