

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

เสาวนีย์ จำเดิมเผด็จศึก*

Chumdermpadetsuk S. Rational use of drugs. Chula Med J 1988 June; 32(6) : 509-512

Rational use of drugs involves many parties, namely the prescribing doctors, patients, hospital formulary, pharmacologists, pharmacist, and auditing system.

The doctor has to keep pace with the fast expanding knowledge on drugs, possess sound judgement and prescribing habits early in his career and be aware of other influential factors on patient's compliance especially the economical impact.

The patients' education is tailored to meet individual needs through their doctors, while structured classroom participation and mass media will reach a larger number.

The hospital formulary for out and in patients should be different and limited in number for ordinary use. The drug listing & regular revising should be done by the prescribing clinicians or the therapeutic committee. There should be a convenient system whereby unusual drugs are available for teaching or tertiary care hospitals.

The auditing system can be re-enforced at individual departmental and managerial levels. Each hospital should have an active therapeutic committee to promote rational prescribing.

Reprint Requests : Chumdermpadetsuk S, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. February 26, 1988.

การใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผล โดยแพทย์เป็นผู้สั่งนั้น เกิดจากผลรวมของการศึกษา เจตคติ และการปฏิบัติของแพทย์และผู้ป่วย โดยมีบริการการเก็บและจำหน่ายยา โดยเจ้าหน้าที่และเภสัชกร ช่วยอำนวยความสะดวกเป็นพื้นฐานรองรับ กำกับโดยระบบควบคุมและนโยบายของสถาบัน ซึ่งให้การดูแลรักษานั้น เช่น โรงพยาบาลหรือคลินิก

ในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ มักมีปัญหาทุกระดับมากน้อยต่างกัน และมักไม่มีการแก้ปัญหาอย่างมีระบบระเบียบต่อเนื่อง จึงเห็นสมควรที่จะมองปัญหาเหล่านี้ พร้อมทั้งเสนอแนวทางการแก้ไข โดยพิจารณาปัจจัยสำคัญ ๆ 4 อย่าง คือ

1. แพทย์ผู้สั่งยา ในโรงเรียนแพทย์ ส่วนใหญ่ผู้สั่งยาคือนิสิตแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป (extern) และแพทย์ประจำบ้าน ควบคุมโดยอาจารย์แพทย์รุ่นใกล้เคียงกัน และหรืออาจารย์อาวุโสเป็นลำดับ ดังนั้นโรงเรียนแพทย์จึงจำเป็นต้องวางพื้นฐานให้แพทย์ทั้งหมดนี้มีความสนใจใฝ่รู้ ติดตามความก้าวหน้าในวิทยาการใหม่ ๆ เกี่ยวกับฤทธิ์ยาในระดับเซลล์หรือโมเลกุลถ้าทำได้ เพราะจะทำให้เข้าใจกลไกการออกฤทธิ์, pharmacokinetics ทำให้สังยาสมเหตุผล มีประสิทธิภาพ และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ได้แม่นยำ และสั่งสมประสบการณ์ทางคลินิกไว้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

นอกจากไม่หาความรู้อยู่เสมอแล้ว แพทย์ยังต้องมีหลักเกณฑ์ในการเลือกแหล่งให้ความรู้ สามารถพิจารณาแยกเอกสารที่น่าเชื่อถือใช้อ้างอิงได้ จากเอกสารที่มีเพื่อผลประโยชน์ของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด และยังคงมีวิจารณ์เลือกเฟ้นหายาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพสูง ผลข้างเคียงน้อยเหมาะสมกับเศรษฐกิจและโรคต่าง ๆ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยเด็ก, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มีโรคตับและไต จะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ไม่พยายามเป็นคนแรกที่ทดลองยาใหม่ ๆ โดยขาดข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ ทั้งนี้เพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนที่ยังไม่ประจักษ์ชัด เพราะในการทดลองยามักจะทำให้ผู้ป่วยเพียง 2-3,000 ราย จึงยังไม่เห็นผลแทรกซ้อนที่เกิดไม่บ่อย แต่เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยจำนวนมาก จะเกิดผลแทรกซ้อนต่าง ๆ ขึ้นได้ในประชากรผู้ใช้ซึ่งไม่เหมือนกับกลุ่มทดลอง ในระยะเริ่มแรกของอาชีพแพทย์ แพทย์ควรมีเจตคติและการปฏิบัติที่จะนำไปสู่ความเคยชินให้ใช้ยาอย่างถูกต้อง เมื่อมีข้อชี้บ่งเท่านั้น และเมื่อมีปัญหาควรอ่านตำรา, วารสาร และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ร่วมงาน ในโรงพยาบาลรัฐไม่มีผลประโยชน์ต่อแพทย์เมื่อสั่งยา แพทย์จึงเป็นอิสระจากผลตอบแทนเชิงพาณิชย์จากการใช้ยา ไม่ต้องหมั่นพิจารณาตนเองว่าเลือกใช้

ยาเพราะแรงนี้ แต่ก็ยังต้องระมัดระวังในเรื่องอื่น เพราะอุตสาหกรรมยาเป็นอุตสาหกรรมใหญ่ มีการแข่งขันมากในด้านการผลิตและการตลาด แพทย์อาจถูกอิทธิพลของการชักจูงใจด้วยเทคนิคการขายตรง (direct sale) และการตลาดต่าง ๆ ซึ่งแพทย์ขาดทั้งความรู้และประสบการณ์

2. ผู้ป่วย ระดับการศึกษา เจตคติ และการกระทำของผู้ป่วย เป็นตัวกำหนดการใช้ยา โดยแพทย์ด้วยเช่นกัน วิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือสูงคือให้การศึกษามาเข้าใจ และปฏิบัติตนให้ถูกต้อง การสอนผู้ป่วยสามารถทำได้โดยแพทย์พยาบาล และผู้ร่วมงานระดับต่าง ๆ ยง ทั่ววรรณและคณะสามารถให้วัคซีนตัวอีกเสบปี 3 เข็มจนครบในเวลา 9 เดือนในเด็ก ซึ่งมีราคาเป็นพาหะโรคถึงร้อยละ 93.2 สูงกว่าการให้ภูมิคุ้มกันทารกจากโรคโปลิโอในประเทศไทยถึงร้อยละ 43 (93% ต่อ 50%) โดยให้การศึกษารื่องการเลี้ยงดูบุตรและการให้ภูมิคุ้มกันทุกครั้งที่มารดานำบุตรมาตรวจในคลินิกสุขภาพเด็กดี นอกจากการศึกษาตัวต่อตัวแล้วยังอาจให้โดยเข้าชั้นเรียน เช่นในโครงการสอนหญิงมีครรภ์ของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และกุมารเวชศาสตร์ นอกจากนั้นการสื่อสารมวลชนก็สามารถช่วยให้ความรู้ทางการแพทย์ เช่น รายการยานาฏู ลูกรัก ชีวิตและสุขภาพ ทำให้เกิดผลกระทบคือผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ยอมรับการรักษาหรือภูมิคุ้มกันใหม่ ๆ จนบางครั้งแพทย์ต่างสาขาอาจตามไม่ทัน ปรัชญาการณเช่นนี้เกิดในต่างประเทศ และมีแนวโน้มที่จะเกิดในประเทศไทยเช่นกัน

ผู้ป่วยกลุ่มซึ่งมีเศรษฐกิจด้อยและการศึกษาน้อย น่าจะเป็นประชากรเป้าหมายที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจะให้การศึกษาเรื่องการใช้ยาให้ถูกวิธี

ภาคเอกชน เช่น โครงการรณรงค์เพื่อการใช้ยาให้ถูกต้องในเด็ก และอื่น ๆ น่าจะมีบทบาทสำคัญยิ่งในการเผยแพร่ความรู้ต่าง ๆ ร่วมกับภาครัฐบาลและมีประชาชนเป็นเป้าหมาย ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติเรื่องการใช้ยาให้ถูกต้อง

ผู้ป่วยยังมีความรู้ ก็จะทำให้การใช้ยาได้ผลยิ่งขึ้น เกิดความร่วมมือระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และเป็นกลไกช่วยควบคุมให้แพทย์เกิดความระมัดระวังในการใช้ยาให้สมเหตุผลมากขึ้น

3. บริการเก็บและจำหน่ายยา การเก็บและจำหน่ายยาต้องเหมาะสมและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการคือ แพทย์และผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกมีปัญหาสามัญ ไม่สลับซับซ้อน ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 5-10 เท่านั้นจึงจะเป็น

ผู้ป่วยใน ยาส่วนใหญ่จึงใช้รักษา โรคที่พบบ่อยตามแต่ละภาควิชา ซึ่งสามารถกำหนดได้ว่ามีกลุ่มอะไรบ้าง และควรมียาที่ชนิดใดในแต่ละกลุ่มโดยยึด generic name เป็นหลัก เพื่อให้แพทย์ผู้ใช้คุ้นเคยกับยาทุกตัวที่มีอยู่ การแยกบริการนี้ตามภาควิชาจะมีประโยชน์ในแง่การปฏิบัติ เพราะเภสัชกรจะเกิดความชำนาญในการตรวจและเตรียมสต็อกยา, การคิดราคาขาย และสามารถบอกได้ว่าแพทย์สั่งยามิฉะนั้นหรือไม่ ถ้าความมึนเห็นชัดแจ้ง ในแผนกผู้ป่วยนอกขนาดใหญ่ที่ต้องบริการผู้ป่วยจำนวนมาก ถ้าผู้ป่วยทุกคนจะต้องมาซื้อยาจากแห่งเดียวกัน จะก่อให้เกิดความไม่สะดวก เสียเวลาถ้าบริการไม่ดีพอ

สำหรับผู้ป่วยใน บริการยาที่ไม่ต่อเนื่องในวันหยุด อาจทำให้ทางหอผู้ป่วยต้องเก็บยาไว้เกินจำเป็น และถ้าขาดผู้ตรวจปริมาณยาและชนิดของยาที่เก็บไว้ก็อาจมียาบางตัวหมดอายุไป จากการสำรวจของภาควิชากุมารว ในเดือนตุลาคม 2530 พบว่ามียากลุ่มเซฟาโรสปอรินเก็บไว้ในหอผู้ป่วยจนหมดอายุเป็นจำนวนพอสมควร เป็นการสูญเสียอย่างน่าเสียดาย ดังนั้นจึงควรมีบริการฝากยาในส่วนกลางและสามารถเบิกใช้ได้ตลอดเวลา รวมทั้งวันหยุดเมื่อจำเป็น

ควรจัดให้มี hospital formularies ซึ่งมียาเท่าที่จำเป็น เลิกใช้ยาผสมหลายชนิดในยาเม็ดหรือยาน้ำ มีการตีพิมพ์ให้แพทย์ทราบถึงผลดี ผลเสีย และราคาเป็นระยะ ๆ

4. ระบบควบคุมและนโยบายของสถาบัน

การควบคุมให้ยาให้ถูกต้องนั้น ทำโดยตนเองและตัวต่อตัวตามลำดับ โดยกลไกที่สถาบันนั้นวางไว้ เช่นให้

แพทย์อาวุโสมีสิทธิและหน้าที่เช่นอนุมัติให้ใช้ยาราคาแพงซึ่งมักไม่เกิดผลตามที่ต้องการเพราะมีการหย่อนยานในการปฏิบัติซ้ำสถาบันนั้น ๆ ใหญ่เกินไป แพทย์อาวุโสไม่สามารถหรือไม่ทำการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องหากกลไกใหม่หรือเสริมให้กลไกที่มีอยู่ทำงานได้ดีกว่าเดิม เช่นใช้คอมพิวเตอร์มาช่วยดูแพทย์ผู้สั่งยาไม่ถูกต้อง โดยเขียนโปรแกรมไว้แน่นอน และแพทย์ผู้สั่งยาแต่ละคนมีเลขหมายประจำตัว ถ้าแพทย์สั่งยาเกินขนาดปกติ หรือใช้ยาที่ถ้าให้ร่วมกันแล้วทำให้เกิดอันตราย เช่น furosemide ร่วมกับ aminoglycoside ซึ่งจะเพิ่มอุบัติการณ์ทำลายประสาทหู คอมพิวเตอร์จะตีกลับให้แพทย์ผู้นั้นยืนยันมาอีกครั้ง พร้อมทั้งให้เหตุผลการที่ต้องใช้ยาเช่นนี้ อาจทำให้แพทย์ผู้สั่งระมัดระวังยิ่งขึ้นเมื่อสั่งยา

สถาบันควรมีนโยบายดังนี้คือ

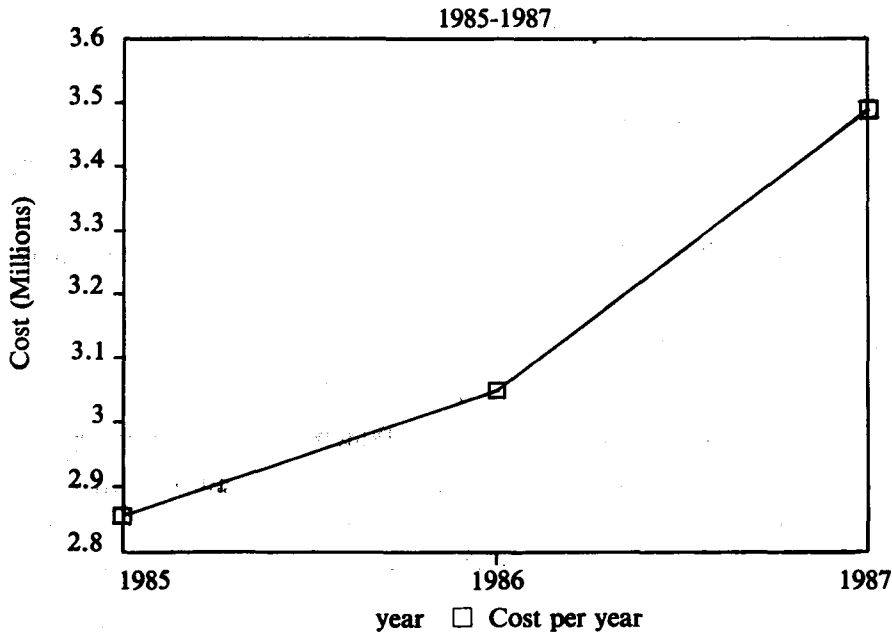
- มีระบบให้ข้อมูลแพทย์เป็นประจำ โดยเขียนจดหมายถึงแพทย์ ให้แนวทางปฏิบัติการใช้ยาบางอย่าง เช่นยาปฏิชีวนะบางชนิดที่เป็นปัญหา แนะนำยาใหม่ ๆ มี formulary พร้อมทั้งแนะนำเชิงเปรียบเทียบยากลุ่มเดียวกันชนิดต่าง ๆ ว่ามีข้อดีข้อเสียอย่างไร จะเลือกใช้อย่างไร พิษของยาต่าง ๆ มีคู่มือการใช้ยาสำหรับประชาชนทั่วไปอ่าน และมีการอภิปรายระหว่างบุคคลหรือเป็นกลุ่ม สัมมนาเกี่ยวกับยาสำคัญ ๆ เป็นระยะ ๆ ต่อเนื่อง มีการตีพิมพ์แนวโน้มการใช้ยาของแพทย์และราคาขายดังเช่นตารางที่ 1 และ 2 และโคอะแกรมที่ 1 เพื่อให้มีการวิเคราะห์ วิจัยว่าสมควรหรือไม่ และแก้ไขถ้าไม่สมควร

Table 1 Cost comparative study of cephalosporin injection 1985-1987.

Type	1985	1986	1987
First generation			
cefazolin	1,608,815	1,128,480	712,513
cefalothin	55,300	34,760	34,760
cfalexin	10,470	2,670	10,150
Total	1,674,585	1,165,910	757,423
Second generation			
cefoxitin	972,000	261,360	12,960
cefamandol	1,957,072	974,850	1,958,042
cefuroxime	187,975	146,475	289,395
cefotiam	1,950	0	0
Total	3,118,997	1,382,685	2,260,397
Third generation			
cefotaxime	497,100	512,000	489,610
ceftriaxone	1,672,050	1,417,500	1,997,050
moxalactam	2,115,000	1,084,500	343,800
cefoperazone	943,080	570,214	478,785
cefsulodin	202,500	92,500	45,000
ceftazidime	0	535,680	2,499,300

Table 2 Cost comparative study of NSAIDS in Chulalongkorn Hospital year 1985-1987.

Year	Cost per year
1985	2,845,239.00
1986	3,052,153.30
1987	3,514,184.10

**Diagram 1** Cost analysis of NSAIDS in Chulalongkorn Hospital.

- มีการควบคุมคุณภาพของยา โดยตรวจทั้งในห้องปฏิบัติการ และดู bioavailability ของยา
- มียาจำนวนเท่าที่จำเป็น
- มีคณะกรรมการควบคุมการใช้ยาของสถาบันนั้น ซึ่งมีหน้าที่และอำนาจปฏิบัติงาน เพื่อสนับสนุนการใช้ยาให้สมเหตุสมผล โดยประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชา เกสัชกร และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเภสัชวิทยา

สรุป

การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลต้องการความร่วมมือของ

หลายฝ่าย ซึ่งได้แก่แพทย์ ผู้ป่วย แผนกจำหน่ายยา และมีกลไกซึ่งมีประสิทธิภาพเพื่อควบคุมให้ทุกฝ่ายร่วมมือประสานงานให้ประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

- คุณทิพาพร สิตปรีชา : ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : สนับสนุนให้งบประมาณการจัดทำ Workshop on Rational Use of Drugs ร่วมกับองค์การอนามัยโลก

อ้างอิง

- ยง ภู่วรรณ : ติดต่อบุคคล
- Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. รายงานสรุป Workshop on Rational Use of Drugs. December 14 - 16, 1987.
- Epstein AM, Read JL, Winickoff R. Physician beliefs, attitudes, and prescribing behavior for anti-inflammatory drugs. Am J Med 1984 Aug; 77(2) : 313-318
- Dickson DJ. Internal practice audit of drug prescribing. Practitioner 1983 Oct; 227: 1587-1592
- ยง ภู่วรรณ และคณะ ติดต่อบุคคล
- Bakke OM. How many drugs do we need? World Health Forum 1986; 7:252-255
- UNICEF. The state of the world's children 1988: United Nations Children's Fund, Oxford University Press, 1988.