

# การใช้ยาสมเหตุผลในร้านยา

Rational Drug Use in Community Pharmacy



ร้านยา & คนไข้  
ร่วมมือร่วมใจใช้ยาสมเหตุผล

คณะกรรมการวิชาการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในร้านยา





RDU Pharmacy

**การใช้ยาสมเหตุผลในร้านยา**  
**Rational Drug Use**  
**in Community Pharmacy:**  
**RDU Pharmacy**

## คณะผู้จัดทำ



### จัดทำโดย

บรรณานิการ

พิมพ์ครั้งที่ 1

คณะทำงานวิชาการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผลในร้านยา

วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์

พฤษภาคม 2560

### ที่ปรึกษา

ดร.ภญ.ศิริรัตน์ ต้นปีชาติ

ภก.วราวุธ เสริมสินสิริ

นายกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

### ผู้นิพนธ์

ผศ.ภก.วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์

บรรณานิการ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ภ.บ., น.บ., ศ.ม.,

ประกาศนียบัตร การบริหารเภสัชกรรมเฉพาะทาง สาขาจิตเวช,

ประกาศนียบัตร การพัฒนาสมรรถนะด้านเวชปฏิบัติครอบครัว

ผศ.ดร.ภญ.เมยurit ตั้งเกียรติกำงาย

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ภ.บ., ภ.ม., Ph.D. (Primary care)

อ.ภก.พงศธร มีสวัสดิ์ดีสม

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ภ.บ., ภ.ม. (เภสัชวิทยา)

อ.ดร.ภญ.ทัตตา ศรีบุญเรือง

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภ.บ., ภ.ม., Ph.D. (Pharmaceutical care)

ภก.กิตติยศ ยศสมบัติ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภ.บ., ภ.ม. (เภสัชกรรมคลินิก)

อ.ภก.ชัตติยะ มั่งคั่ง

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ภ.บ.

ภก.มรุตพงษ์ พชรโชติ

บ้านยาสามชัย จังหวัดสกลนคร

ภ.บ.

ภก.วราวุธ เสริมสินสิริ

(เภสัชกรชำนาญการพิเศษ)

สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ภ.บ., น.บ., ภ.ม.

ปริญญา มองเพชร

สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

(เภสัชกรปฏิบัติการ)

ภ.บ., บธ.ม.

## คำนำ

ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลนั้น ก่อให้เกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อประเทศชาติ เพราะอาจนำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษาหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้ในการรักษา และอาจกระทบต่อความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย ในปี พ.ศ. 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดและดำเนินการยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ว่าด้วยยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยระบุในยุทธศาสตร์ว่า การใช้ยาโดยแพทย์ บุคลากรทางด้านสุขภาพและประชาชนต้องเป็นไปอย่างเหมาะสม ถูกต้องและคุ้มค่า เพื่อลดปัญหาการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ในฐานะเภสัชกรชุมชน (ร้านยา) ผู้ประกอบวิชาชีพที่สำคัญที่สุดวิชาชีพหนึ่ง จึงควรมีส่วนร่วมขับเคลื่อนให้ระบบยาของชาติดังกล่าวเกิดการพัฒนาไปในทิศทางที่ดี ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยา และช่วยลดปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน อีกทั้งมีส่วนร่วมเป็นภาคีในส่วนของกาให้ข้อมูลสุขภาพและยาที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ประชาชนผู้ใช้บริการ โดยอาจใช้ช่องทางสื่อ ฉลาก และซองยาต่างๆ ในร้านยา กระบวนการต่างๆ เหล่านี้ทางคณะทำงานวิชาการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในร้านยาจึงได้รวบรวมเรียบเรียงแต่งเป็นหนังสือ “การใช้ยาสมเหตุผลในร้านยา Rational Drug Use in Community Pharmacy: RDU Pharmacy” ฉบับนี้ขึ้น เพื่อหวังให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อเภสัชกรชุมชน (ร้านยา) เพื่อใช้เป็นแนวทาง แนวปฏิบัติที่เหมาะสมในร้านยา และร่วมเจตนารมณ์ในการผลักดันนโยบาย ร่วมกันพัฒนาสังคมและชุมชนที่ตนมีส่วนเกี่ยวข้อง ให้เกิดมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดีเป็นกำลังสำคัญของชาติต่อไป

ผศ.ภก.วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์

บรรณาธิการ

พฤษภาคม 2560

## สารบัญ

- **แนวคิดหลักในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล  
ในร้านยา** 5
- **แนวปฏิบัติในการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล  
ในอาการหวัดเจ็บคอ ท้องเสีย และแผลสด** 25
  - โรคคอหอยอักเสบ ทอนซิลอักเสบ และอาการเจ็บคอ 26
  - โรคท้องร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea,  
Gastroenteritis, Food Poisoning) 35
  - บาดแผลสด Fresh Traumatic Wound 42
- **แนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้ยา  
อย่างสมเหตุผลของผู้มารับบริการในร้านยา:  
กรณีศึกษากลุ่มยาปฏิชีวนะ** 49
- **แนวปฏิบัติในการจ่ายยาอันตรายที่ควรจ่าย  
หรือกระจายอย่างมีเงื่อนไข** 64
- **สถานการณ์เชื่อดื้อยาปฏิชีวนะที่ควรรู้** 80
- **บทบาทร้านยาในการควบคุมการกระจายยา  
สู่แหล่งกระจายยาในชุมชน** 97



# แนวคิดหลักในการส่งเสริม การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในร้านยา

---

กิตติยศ ยศสมบัติ  
ชัชติยะ มั่งคั่ง



---

# ที่มาและความจำเป็นของ โครงการส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผลในร้านยา

---





การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เนื่องจากปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลนั้น นำไปสู่ความล้มเหลวในการรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้วยเหตุนี้ คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เริ่มดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital: RDU Hospital) ขึ้นในปี พ.ศ. 2556 เพื่อให้การดำเนินการในสถานพยาบาลต่อเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นรูปธรรมชัดเจน เกิดความตระหนักถึงปัญหาการใช้ยา และสร้างระบบในการบริหารจัดการด้านยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่ากฤษฎีสำคัญ 6 ประการ เขียนย่อเป็นคำว่า “PLEASE”(1) ได้แก่

- **P** มาจาก pharmacy and therapeutic committee (PTC) strengthening หมายถึงการส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
- **L** มาจาก labeling and leaflet for patient information หมายถึงการพัฒนา ฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน
- **E** มาจาก essential RDU tools หมายถึงการรวบรวมเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้การใช้ยาเป็นไปอย่างสมเหตุผล ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้ประกอบด้วย คำแนะนำในการสั่งใช้ยาในโรคไม่ติดต่อ และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (responsible use of antibiotics) การปรับปรุงตำรับยาในโรงพยาบาลอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based hospital formulary) คำแนะนำในการตรวจวินิจฉัยและติดตามผู้ป่วย เป็นต้น
- **A** มาจาก awareness for RDU principles among health personnel and patients หมายถึงการสร้างความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- **S** มาจาก special population care หมายถึงการรวบรวมและพัฒนา คำแนะนำต่าง ๆ ที่ช่วยให้การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษเกิดความปลอดภัย
- **E** มาจาก ethics in prescription หมายถึงการส่งเสริมให้การสั่งใช้ยาเป็นไปตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ

ปัจจุบัน ร้านยาได้รับการยอมรับในฐานะหน่วยร่วมให้บริการทางสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชนและกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ชุมชน มีศักยภาพการให้บริการในรูปแบบที่หลากหลาย อาทิเช่น การคัดกรองความเสี่ยง การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพของผู้มารับบริการและชุมชนการให้ความรู้ด้านยาและสุขภาพ การจ่ายยาตามอาการ การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์การให้บริการเภสัชกร การติดตามการใช้ยาตามแนวคิด medication therapy management (MTM) รวมถึงการลงชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home pharmaceutical care หรือ family pharmacist)(2, 3) การดูแลผู้มารับบริการในร้านยาจึงเป็นการบูรณาการศาสตร์และศิลปะที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะหลากหลายแขนงเพื่อที่จะส่งเสริมการให้บริการที่เภสัชกรชุมชนดำเนินการนั้นมีประสิทธิภาพ ทักษะที่จำเป็นสำหรับเภสัชกรชุมชนประกอบด้วยทักษะทางคลินิก เช่น การสัมภาษณ์ ประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกายเบื้องต้น การวิเคราะห์โรคและพิจารณาเพื่อสร้างทางเลือกในการใช้ยาหรือแนะนำการรักษาอื่น ๆ การคัดเลือก-จัดเตรียม-ส่งมอบ และทักษะการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำทางสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ ทักษะการสืบค้นและประเมินประโยชน์ข้อมูลทางการแพทย์เพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วย และทักษะการบริหารจัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ความคลาดเคลื่อนทางยา(4)

แม้ว่าการรณรงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจะดำเนินการมาอย่างยาวนาน แต่เป็นที่ทราบกันดีว่าการใช้ยาโดยไม่สมเหตุผลเป็นสถานการณ์ที่ยังคงพบได้เสมอในระบบบริการใช้ยาทุกระดับของสถานพยาบาลในประเทศไทย รวมถึงในร้านยา เช่น จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2531 โดยใช้ผู้ป่วยจำลองเข้ารับบริการร้านยาในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 40 ร้าน พบว่าการจ่ายยาปฏิชีวนะแก่ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บคอ อาการหวัด แผลที่ผิวหนัง และปัสสาวะแสบขัด ส่วนใหญ่ไม่สมเหตุผล เช่นจ่ายยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัส หรือเลือกยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสมกับเชื้อที่สันนิษฐานว่าเป็นเชื้อก่อโรค ขนาดยาไม่เหมาะสม

และระยะเวลาในการใช้ยาไม่เพียงพอ(5) การสำรวจลักษณะเดียวกันซึ่งดำเนินการสำรวจการจ่ายยาปฏิชีวนะในอาคารที่พบบ่อยในร้านยาในจังหวัดปทุมธานี ในปี 2551 ยังคงพบว่ามีเพียงร้อยละ 20 ของร้านยาที่ได้รับการสำรวจเท่านั้น ที่มีการจ่ายยาปฏิชีวนะได้อย่างสมเหตุผล(6) นอกจากนี้ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผลแล้ว ยังพบการใช้ยาไม่สมเหตุผลในรูปแบบอื่น ๆ ในร้านยาอีกหลายรูปแบบ เช่น ปัญหาการจ่ายยาชุดในร้านยา ซึ่งจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2555 โดยใช้ผู้ป่วยจำลองเข้ารับบริการร้านยาในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร จำนวน 69 ร้าน พบว่าร้อยละ 30.43 ของร้านยาที่ได้รับการสำรวจ มีการจ่ายยาชุดซึ่งประกอบด้วยตัวยาหลายชนิด โดยในยาชุดเหล่านี้ส่วนหนึ่งให้ผลบวจากการตรวจโดยชุดทดสอบสารสเตียรอยด์(7)

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลดังที่ยกตัวอย่างมานี้ เพิ่มความเสี่ยงจากการใช้ยาต่อผู้มารับบริการ ชุมชน และร้านยา เกสซ์กรชุมชนผู้ประกอบวิชาชีพในร้านยาจึงเป็นวิชาชีพที่สำคัญที่สุดวิชาชีพหนึ่งในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนให้ระบบยาของชาติเกิดการพัฒนาไปในทิศทางที่ดี โดยเริ่มได้จากการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยา ซึ่งการที่จะบรรลุถึงการใช้อย่างสมเหตุผลในร้านยาได้นั้น เกสซ์กรชุมชนจำเป็นที่จะต้องความรู้ความชำนาญในโรคและยาที่พบบ่อยในชุมชน เพื่อที่จะสามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้เหตุผลทางคลินิก (clinical reasoning) ภายใต้อัลกัจริยธรรมทางการแพทย์ อันได้แก่ ความเท่าเทียม ยุติธรรม (justice) การให้ข้อมูลที่แท้จริงไม่บิดเบือนข้อมูล (truthfulness) การรักษาความลับของผู้ป่วยและผู้มารับบริการ (confidentiality) การเคารพความคิดและให้อิสระในการตัดสินใจ (autonomy) คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (beneficence) และหลีกเลี่ยงอันตรายหรือความเสี่ยงต่าง ๆ (non-maleficence) ที่อาจเกิดกับผู้ป่วย และชุมชนรวมถึงตัวเกสซ์กรและบุคลากรวิชาชีพท่านอื่นผู้ดูแลผู้ป่วยรายเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use) ดังที่จะกล่าวถึงดังต่อไปนี้(8)

## นิยามของการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational drug use) ไว้ใน พ.ศ. 2528 ว่า “Patients receive medications appropriate to their clinical needs, in doses that meet their own individual requirements, for an adequate period of time, and at the lowest cost to them and their community” ซึ่งสื่อความหมายเป็นภาษาไทยได้ว่า “การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล คือ การใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับความต้องการทางคลินิกของผู้ป่วย ในขนาดยาที่เหมาะสมกับสภาวะการทำงานของร่างกายผู้ป่วย โดยได้รับยาเป็นระยะเวลาที่เพียงพอเหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อตัวผู้ป่วยและชุมชนน้อยที่สุด”(9)

นิยามของการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับคำจำกัดความตามคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญญัติหลักแห่งชาติ ซึ่งขยายความการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลว่า “การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลหมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน คำนี้ถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการให้ยาในกรอบบัญญัติยา ยังผลออกเป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยบริการในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้รับบริการให้การยอมรับและสามารถให้ยาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการสามารถให้เบิกจ่ายยานั้นได้อย่างยั่งยืน เป็นการให้ยาที่ไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้รับบริการทุกคนสามารถให้ยานั้นได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ”(1)

## สาเหตุของการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล เป็นผลรวมจากเหตุปัจจัยหลายประการ ในบางสถานการณ์ อาจพบว่าสามารถระบุสาเหตุของการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ได้โดยชัดเจนและแก้ไขได้โดยง่าย ในขณะที่ในสถานการณ์ส่วนใหญ่มักไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าสาเหตุของการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลนั้น มีสาเหตุประการใดเป็นประการหลัก อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ถึงสาเหตุการของการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลยังคงเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดมาตรการแก้ไขเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

แม้จะมีอุบัติการณ์การจ่ายยาปฏิชีวนะโดยไม่สมเหตุผลในร้านยาจะมีอัตราสูง แต่เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุของพฤติกรรมการจ่ายยาของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในร้านยาในภาคใต้ของประเทศไทย โดยประยุกต์ใช้ the theory of planned behavior กลับพบว่าเภสัชกรในร้านยานั้นมีความตั้งใจที่จะจ่ายยาปฏิชีวนะ (intention to dispense antibiotic) ในระดับต่ำโดยปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะจ่ายยาปฏิชีวนะคือทัศนคติ (attitude) ของตัวเภสัชกรเอง(10) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญอย่างมากในการรณรงค์เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้เภสัชกรในร้านยามีการจ่ายยากลุ่มนี้อย่างสมเหตุผล(6)

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลหรือไม่เหมาะสมเช่นการใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ การเลือกยาไม่เหมาะสมกับโรคหรือขนาดยาไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อก่อโรคดื้อยา ทั้งนี้การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลนั้น เกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งจากด้านผู้สั่งใช้ยาและจากตัวผู้ป่วยเอง จากการสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของพลเมืองที่อาศัยอยู่ในเมือง Changhua ประเทศไต้หวัน พบปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจของประชาชนในการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยพบว่ามีเพียงร้อยละ 39.2 เท่านั้นที่ทราบความหมายของยาปฏิชีวนะว่ามีข้อบ่งชี้ในโรคชนิดใด ร้อยละ 52.7 เห็นว่าการให้คำแนะนำโดยมุ่งเน้นให้เกิด

ความรู้ความเข้าใจและความร่วมมือในการใช้ยากลุ่มนี้อยู่ในระดับต่ำและมีถึงร้อยละ 49.8 ที่ยอมรับว่าไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาปฏิชีวนะที่เคยได้รับ ร้อยละ 15.3 ของประชาชนในการสำรวจนี้ระบุว่าจำเป็นต้องเรียกหายาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจส่วนบนหรือกลุ่มอาการหวัด ร้อยละ 69.7 ของประชาชนในการสำรวจนี้เห็นว่า การได้รับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาปฏิชีวนะจากผู้สัง่ไขยานั้นเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์และควรได้รับการสนับสนุน(11)

ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยที่คลาดเคลื่อนหรือไม่ถูกต้องเช่นความเข้าใจว่า จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะทุก ๆ ครั้งเมื่อมีอาการป่วยของระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่รุนแรงจนต้องหยุดงาน หรือเมื่อมีแผลที่มีเลือดออกหรือเมื่อมีอาการป่วยคล้ายคนใกล้ชิดที่เคยได้รับยาปฏิชีวนะ ก็ล้วนแต่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล(12) ข้อมูลจากการศึกษาของ Haltiwanger KA และคณะ(13) ซึ่งทำการสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา พบว่าเมื่อนักศึกษามีอาการป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจและเข้ารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพของมหาวิทยาลัย จะมีถึงร้อยละ 55 ที่คาดหวังจะได้รับการสัง่ไขยาปฏิชีวนะ โดยความคาดหวังที่จะได้รับยาปฏิชีวนะของกลุ่มนักศึกษานั้นจะพบมากถึงร้อยละ 90 ในกลุ่มนักศึกษาที่คิดว่าตนมีการติดเชื้อแบคทีเรีย ในขณะที่กลุ่มที่คิดว่าตนติดเชื้อไวรัสนั้นมีความคาดหวังจะได้รับยาปฏิชีวนะมีเพียงร้อยละ 40 โดยความแตกต่างของความคาดหวังระหว่างนักศึกษาทั้งสองกลุ่มนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดจากความคาดหวังของตัวผู้ป่วยที่สำคัญจึงควรมุ่งเน้นที่การวินิจฉัยที่ชัดเจน ควบคู่ไปกับการอธิบายให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งจะเห็นได้ว่าความล้มพันธ์อันดีและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล

ความกดดันจากผู้ป่วยต่อผู้สั่งใช้ยาที่เกิดจากความคาดหวังที่จะได้รับยาปฏิชีวนะนั้นพบได้ในรูปแบบเช่น การร้องขอยาปฏิชีวนะโดยตรง (direct request) การบอกถึงโรคที่คาดว่าจะ เป็นโดยผู้ป่วยวินิจฉัยมาด้วยตนเอง (candidate diagnosis) การระบุนาอาการที่ผู้ป่วยพิจารณาแล้วว่าสนับสนุนให้วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรีย (implied candidate diagnosis) การแสดงออกอย่างชัดเจนถึงอาการป่วยที่สนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะ (portraying severity of illness) การอ้างเหตุผลอื่นประกอบ (life-world circumstance เช่น เป็นช่วงใกล้สอบหรือมีช่วงวันหยุดที่มีนัดเดินทางต่างประเทศ) หรือการกล่าวอ้างถึงประสบการณ์การใช้หรือไม่ได้ใช้ยาปฏิชีวนะในระยะเวลาที่ผ่านมา (expression of previous experience) ซึ่งการรับมือที่เหมาะสมในสถานการณ์เหล่านี้ควรประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วนโดยละเอียด การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลการวินิจฉัยที่แท้จริงโดยไม่อ้างอิงจากความเห็นและข้อมูลจากคำบอกเล่าเพียงทางเดียว และการอธิบายถึงผลเสียที่จะเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่สมเหตุผลเป็นต้น(14)

กลวิธีหนึ่งในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับผู้ป่วยที่มีความคาดหวังสูงที่จะได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะคือ “การชะลอการใช้ยาปฏิชีวนะ: delayed antibiotics” โดยอาจเป็นการปฏิเสธจ่ายยาแต่นัดผู้ป่วยกลับมาพบใน 24-48 ชั่วโมง หรือเป็นการจ่ายยาปฏิชีวนะแต่กำหนดให้ผู้ป่วยรับประทานยาในอีก 48 ชั่วโมงต่อมาหากอาการไม่ดีขึ้น ซึ่งพบว่ากลวิธีที่กล่าวมานี้มีประสิทธิภาพในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลโดยไม่สร้างความขัดแย้งระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วยมากเกินไป จาก Cochrane systematic review พบว่า ไม่มีความแตกต่างในผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะทันทีที่มีอาการกับกลุ่มที่มีมาตรการชะลอการใช้ยาปฏิชีวนะ การได้รับยาปฏิชีวนะโดยเร็วอาจมีประโยชน์เพียงเล็กน้อยในการลดอาการเจ็บปวดที่เกิดในผู้ป่วยคอหอยอักเสบและหูชั้นกลางอักเสบ ในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยนั้น ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย

มีความพึงพอใจน้อยลงเมื่อได้รับมาตรการ “การชะลอการใช้ยาปฏิชีวนะ: delayed antibiotics” (15)

นอกจากตัวผู้ป่วยเองแล้ว ในบางกรณีอาจพบว่าความคาดหวังที่จะได้รับยาปฏิชีวนะนั้นเกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ปกครองจะเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นแรงกดดันให้เกิดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ(16) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Vinker S และคณะ กลับพบว่า ยาปฏิชีวนะไม่ใช่กลุ่มยาหลักที่ผู้ปกครองคาดหวังว่าจะได้รับเมื่อเด็กป่วย แต่กลับเป็นกลุ่มยาบรรเทาอาการ เช่น ยาแก้ไอ (คาดหวังร้อยละ 64) ยาแก้คัดจมูก (คาดหวังร้อยละ 57) ยาลดไข้ (คาดหวังร้อยละ 56) ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 25 ที่คาดหวังว่าจะได้รับยาปฏิชีวนะ จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า 1) ผู้ปกครองมีความรู้น้อย 2) เด็กมีประวัติเคยได้รับยาปฏิชีวนะสำหรับอาการที่คล้ายกัน 3) เด็กเคยมีประวัติเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการป่วยหรือ 4) ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่ายาปฏิชีวนะมีความจำเป็นสำหรับอาการป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความคาดหวังที่จะได้รับยาปฏิชีวนะของผู้ปกครอง(17) การที่ผู้สั่งใช้คาดการณ์ถึงความคาดหวังของผู้ปกครอง (perceived parental expectation) ผิดพลาดไปจากความเป็นจริง (actual parental expectation) เป็นปัญหาหนึ่งที่อาจนำมาสู่การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล ทั้งนี้เพราะเมื่อผู้สั่งใช้ยาคาดการณ์ว่า ความคาดหวังของผู้ปกครองคือการได้รับยาปฏิชีวนะ จะทำให้ประเมินว่ามีการติดเชื้อแบคทีเรียบ่อยกว่าการที่ไม่ได้คาดการณ์ว่าผู้ปกครองต้องการยาปฏิชีวนะ (ร้อยละ 70 เทียบกับร้อยละ 31 สำหรับผู้สั่งใช้ยาที่คาดการณ์ว่าผู้ปกครองต้องการและไม่ต้องการยาปฏิชีวนะตามลำดับ) การประเมินที่คลาดเคลื่อนไปนี้้นำมาสู่ความแตกต่างอย่างมากในอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะ โดยพบว่า ผู้สั่งใช้ยาที่คาดการณ์ว่าผู้ปกครองต้องการยาปฏิชีวนะจะจ่ายยาปฏิชีวนะบ่อยถึงร้อยละ 62 ในขณะที่หากผู้สั่งใช้ยาไม่ได้คิดว่าผู้ปกครองต้องการยาปฏิชีวนะจะจ่ายยาเพียงร้อยละ 7 เท่านั้น (18)



การใช้สื่อ อุปกรณ์และเครื่องมือเสริมต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ ภาพพลิก ใบปลิว บอร์ดโปสเตอร์ นอกจากจะช่วยประหยัดเวลาในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแล้วยังพบว่า มีสื่อหลากหลายที่มีประสิทธิภาพในการสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องของผู้ป่วยในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นสื่อผสม ที่มีภาพเคลื่อนไหวพร้อมทั้งมีเสียงบรรยายประกอบเช่นการฉายวิดีโอทัศน์ก็จะยิ่งเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ความรู้ปลูกฝังทัศนคติที่ถูกต้องในการใช้ยาปฏิชีวนะและลดความคาดหวังที่จะได้รับยาปฏิชีวนะลงได้มากกว่าการใช้แผ่นพับหรือการแจกเอกสารความรู้เพียงอย่างเดียว(19-21)





---

# การศึกษาการใช้ยา อย่างสมเหตุผล ในบริบทของร้านยาไทย

---



การศึกษาโดย วิรัตน์ ทองรอด และคณะ(22) ซึ่งเก็บข้อมูลผลการรักษาและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ร้านยาซึ่งผ่านการอบรมแนวปฏิบัติของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล จัดขึ้นโดยสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ในปี พ.ศ. 2555 โดยสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory tract infection: URI) จะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังการรักษา 7 วัน ในขณะที่ผู้ป่วยท้องร่วงเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่มีแผลเลือดออก จะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ภายหลังการรักษา 3 วัน ผลการรักษาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ หายเป็นปกติ อาการดีขึ้น และไม่หาย/อาการไม่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง สำหรับความพึงพอใจต่อผลการรักษา จะแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือพึงพอใจมากที่สุด ไปจนถึงพึงพอใจน้อยที่สุด มีร้านยาที่ร่วมมือในการศึกษาจำนวน 54 ร้านยา ติดตามผลผู้ป่วยได้ข้อมูลครบถ้วนจำนวน 998 คน เป็นผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infection: URI) ร้อยละ 71.5 เป็นผู้ป่วยแผลเลือดออก ร้อยละ 21.2 และเป็นผู้ป่วยท้องร่วงเฉียบพลัน ร้อยละ 7.2 เมื่อวิเคราะห์สิ้นการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะมีเพียงร้อยละ 26.8 เท่านั้น เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการรักษาและความพึงพอใจต่อผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 1-3 ตามลำดับ

## ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลรายละเอียดในการจ่ายยาในโรคต่างๆ 3 โรค ในร้านยา

โรค	การจ่ายยาปฏิชีวนะ		รวม
	จ่ายยา 267 ราย	ไม่จ่าย 731 ราย	1,021 ราย
ระบบทางเดิน หายใจส่วนบน	186 ราย (คิดเป็น 69.7% จาก 267 ราย)	528 ราย (คิดเป็น 72.2% จาก 731 ราย)	731 ราย (คิดเป็น 71.6% จาก 1,021 ราย)
โรคติดเชื้อที่ ผิวหนัง	59 ราย (คิดเป็น 22.1% จาก 267 ราย)	153 ราย (คิดเป็น 20.9% จาก 731 ราย)	216 ราย (คิดเป็น 21.2% จาก 1,021 ราย)
ท้องร่วง	22 ราย (คิดเป็น 8.2% จาก 267 ราย)	50 ราย (คิดเป็น 6.8% จาก 731 ราย)	74 ราย (คิดเป็น 7.2% จาก 1,021 ราย)

ที่มา : รายงานโครงการส่งเสริมการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา 2555. สมาคมเภสัชกรรม  
ชุมชน (ประเทศไทย) และ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

## ตารางที่ 2 แสดงประสิทธิผลในการดูแลการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผลในร้านยา

ผลการ รักษา	การจ่ายยาปฏิชีวนะ		รวม	p-value
	จ่ายยา 267 ราย	ไม่จ่าย 731 ราย		
หาย ไม่มี อาการแล้ว	173 ราย (คิดเป็น 64.8% จาก 267 ราย)	456 ราย (คิดเป็น 62.4% จาก 731 ราย)	629 ราย (คิดเป็น 63.0% จาก 1,021 ราย)	0.770
ดีขึ้น	73 ราย (คิดเป็น 27.3% จาก 267 ราย)	211 ราย (คิดเป็น 28.9% จาก 731 ราย)	284 ราย (คิดเป็น 28.5% จาก 1,021 ราย)	
ไม่หาย	21 ราย (คิดเป็น 7.9% จาก 267 ราย)	64 ราย (คิดเป็น 8.8% จาก 731 ราย)	85 ราย (คิดเป็น 8.5% จาก 1,021 ราย)	

ที่มา : รายงานโครงการส่งเสริมการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา 2555. สมาคมเภสัชกรรม  
ชุมชน (ประเทศไทย) และ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

แสดงว่า การจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ในผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ และเภสัชกรไม่ได้จ่ายยาปฏิชีวนะ) ทำให้โรคหรืออาการหาย ดีขึ้นได้

### ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผลการรักษา	การจ่ายยาปฏิชีวนะ		รวม 977 ราย	p-value
	จ่ายยา 267 ราย	ไม่จ่าย 731 ราย		
น้อยที่สุด	4 ราย (คิดเป็น 1.5% จาก 261ราย)	8 ราย (คิดเป็น 1.1% จาก 716 ราย)	12 ราย (คิดเป็น 1.2% จาก 977 ราย)	0.303
น้อย	4 ราย (คิดเป็น 1.5% จาก 261ราย)	18 ราย (คิดเป็น 2.5% จาก 716ราย)	22 ราย (คิดเป็น 2.3% จาก 977 ราย)	
ปานกลาง	32 ราย (คิดเป็น 12.3% จาก 261ราย)	91 ราย (คิดเป็น 12.7% จาก 716ราย)	123 ราย (คิดเป็น 12.6% จาก 977 ราย)	
มาก	127 ราย (คิดเป็น 48.7% จาก 261ราย)	388 ราย (คิดเป็น 54.2% จาก 716ราย)	515 ราย (คิดเป็น 52.7% จาก 977 ราย)	
มากที่สุด	94 ราย (คิดเป็น 36% จาก 261ราย)	211 ราย (คิดเป็น 29.5% จาก 716ราย)	305 ราย (คิดเป็น 31.2% จาก 977 ราย)	

ที่มา : รายงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา 2555. สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) และ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ผลการศึกษานี้พบว่า มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วย URI แผลเลือดออก และท้องเสียเฉียบพลันที่มารับบริการในร้านยา มีอาการทางคลินิกดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ ทั้งที่มีเพียงร้อยละ 26.8 เท่านั้นที่ได้รับยาปฏิชีวนะ อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาและความพึงพอใจของผู้ป่วยแล้ว กลับพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจ่ายยาปฏิชีวนะให้แก่ผู้ป่วยในร้านยา ไม่ได้ช่วยเพิ่มความพึงพอใจของการรับบริการในร้านยา (22)

การศึกษาที่ยกมาข้างต้น เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าในกรณีที่ไม่ม่มีข้อบ่งชี้ของยาปฏิชีวนะ การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการใช้อย่างสมเหตุสมผล และพิจารณาแนะนำการรักษาทางเลือกที่เหมาะสม เช่น การใช้สมุนไพร หรือการรักษาตามอาการ สามารถทดแทนการเสียรายได้จากการจ่ายยาปฏิชีวนะได้ โดยที่ความพึงพอใจต่อผลการรักษาและการบริการของเภสัชกรชุมชนไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด

## สรุป

การใช้อย่างสมเหตุสมผลเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของร้านยาในฐานะหน่วยร่วมให้บริการของระบบสุขภาพของประเทศ เนื่องจากเป็นแนวทางการใช้ยาที่ส่งเสริมให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ป่วย ชุมชน และเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในร้านยา ร้านยาที่มีการใช้อย่างสมเหตุสมผลจึงมีความเสี่ยงในการประกอบวิชาชีพต่ำกว่าร้านยาที่ใช้อย่างไม่สมเหตุสมผล อีกทั้งมีโอกาสที่จะได้รับความพึงพอใจจากผู้เข้ามาใช้บริการมากกว่าร้านที่มีการใช้ยาโดยไม่สมเหตุสมผล นอกจากนี้ การใช้อย่างสมเหตุสมผล ยังช่วยสร้างภาพลักษณ์ของร้านยาที่น่าเชื่อถือ นำไปสู่ความไว้วางใจกลับเข้ารับบริการซ้ำ เพิ่มผลตอบแทนเชิงธุรกิจให้กับร้านยาและส่งเสริมให้ธุรกิจร้านยาที่ใช้อย่างสมเหตุสมผลสามารถดำเนินไปในทิศทางที่ดียิ่งขึ้น



## เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
2. Yotsombut K, Pengsuparp T, Palapinyo S. Community pharmacy practice in Thailand: the diversity of practice. *Res Soc Adm Pharm* 2012;8(6):e9-10.
3. Yotsombut K, Palapinyo S. Telephone-based drug information service: a community pharmacy experience. *Thai Pharm Health Sci J* 2009;4(3): 327-33.
4. กิตติยศ ยศสมบัติ. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยา. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ถ่ายอินเตอร์ 2558.
5. Thamlikitkul V. Antibiotic dispensing by drug store personnel in Bangkok, Thailand. *J Antimicrob Chemother* 1988;21(1):125-31.
6. Apisarnthanarak A, Tunpornchai J, Tanakit K, Mundy LM. Nonjudicious dispensing of antibiotics by drug stores in Pratumthani, Thailand. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008;29:572-5.
7. Thongmuang P. Drug Combinations with Steroid Dispensing in Drugstores: A Study in the Center Area of Bangkok, Thailand. *World Academy of Science, Engineering and Technology, International Journal of Medical, Health, Biomedical, Bioengineering and Pharmaceutical Engineering* 2013;7(7):392-4.
8. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ* 1994; 309(6948):184-8.

9. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components 2002 Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>.
10. Saengcharoen W, Chongsuvivatwong V, Lerkiatbundit S, Wongpoowarak P. Factors influencing dispensing of antibiotics for upper respiratory infections among Southern Thai community pharmacists. *J Clin Pharm Ther* 2008;33(2):123-9.
11. Chen C, Chen YM, Hwang KL, Lin SJ, Yang CC, Tsay RW, et al. Behavior, attitudes and knowledge about antibiotic usage among residents of Changhua, Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect* 2005;38(1):53-9.
12. You JH, Yau B, Choi KC, Chau CT, Huang QR, Lee SS. Public knowledge, attitudes and behavior on antibiotic use: a telephone survey in Hong Kong. *Infection* 2008;36(2):153-7.
13. Haltiwanger KA, Hayden GF, Weber T, Evans BA, Possner AB. Antibiotic-seeking behavior in college students: what do they really expect? *J Am Coll Health* 2001;50(1):9-13.
14. Scott JG, Cohen D, DiCicco-Bloom B, Orzano AJ, Jaen CR, Crabtree BF. Antibiotic use in acute respiratory infections and the ways patients pressure physicians for a prescription. *J Fam Pract* 2001;50(10):853-8.
15. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R. Delayed antibiotics for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(3):CD004417.
16. Lowman N, Bowden RG. Parental Factors Associated With Injudicious Antibiotic-seeking Behavior. *American Journal of Health Behavior* 2010; 34(5):633-40.
17. Vinker S, Ron A, Kitai E. The knowledge and expectations of parents about the role of antibiotic treatment in upper respiratory tract infection - a survey among parents attending the primary physician with their sick child. *BMC Family Practice* 2003;4(1):20.



18. Mangione-Smith R, McGlynn EA, Elliott MN, Krogstad P, Brook RH. The Relationship Between Perceived Parental Expectations and Pediatrician Antimicrobial Prescribing Behavior. *Pediatrics* 1999;103(4):711-8.
19. Schnellinger M, Finkelstein M, Thygeson MV, Vander Velden H, Karpas A, Madhok M. Animated Video vs Pamphlet: Comparing the Success of Educating Parents About Proper Antibiotic Use. *Pediatrics* 2010;125(5):990-6.
20. Wheeler JG, Fair M, Simpson PM, Rowlands LA, Aitken ME, Jacobs RF. Impact of a Waiting Room Videotape Message on Parent Attitudes Toward Pediatric Antibiotic Use. *Pediatrics* 2001;108(3):591-6.
21. Bauchner H, Osganian S, Smith K, Triant R. Improving Parent Knowledge About Antibiotics: A Video Intervention. *Pediatrics* 2001;108(4):845-50.
22. Tongrod W, Bunditanukul K, Yotsombut K, Sermsinsiri V, Subthawee N, Kaeochinda S, et al. Comparison of antibiotic-dispensing vs non-antibiotic-dispensing practices by community pharmacies on patients' health outcome and satisfaction. *Journal of Health Systems Research* 2013;7(2):261-7.







**แนวปฏิบัติในการจ่าย  
ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล  
ในอาการหวัดเจ็บคอ ท้องเสีย  
และแผลสด**

---

วิวัฒน์ ภาววัฒนยงค์

# โรคคอหอยอักเสบ ทอนซิลอักเสบ และอาการเจ็บคอ

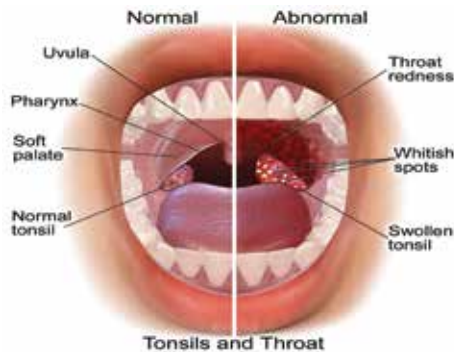
(1,2,3)



## คำนิยามและความสำคัญ

- การอักเสบติดเชื้อเฉียบพลันของผนังคอ และอาจมีต่อมทอลซิลบวมแดง
- เกิดได้ทั้งไวรัสและแบคทีเรียแต่ส่วนใหญ่เป็นเชื้อไวรัสร้อยละ 80-90
- อาการส่วนใหญ่ มักมีไข้ เจ็บคอเวลากลืนอาการ อาจพบว่ามีต่อมน้ำเหลืองข้างคอโต พบผนังคอแดงและมีจุดหรือแผ่นหนองบนผิว
- เชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุ คือ Rhinovirus (พบได้ร้อยละ 20) Coronavirus (ร้อยละ 5) และอื่นๆ เช่น Adenovirus (type 3,7,14,21) Coxsackievirus A (type 2, 4-6, 8, 10), Epstein-Barr virus (EBV)
- เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุ คือ *Streptococcus*, *staphylococcus*, *Neisseria gonorrhoea*, *diphtheria*, *spirochete*. ซึ่งในคนไทยจะพบเชื้อส่วนใหญ่คือ *Beta-hemolytic Streptococcus group A. (GAS)* (พบได้ประมาณ ร้อยละ 16 ของผู้ใหญ่ และร้อยละ 15-30 ในเด็ก)(4,5)
- ถ้า throat swab culture อาจพบ *H. influenza.*, *S. aureus.*, *S. pneumoniae.*, *P. aeruginosa* แต่เชื้อเหล่านี้ไม่ใช่สาเหตุของอาการดังกล่าว

### แผนภาพที่ 1 แสดงลักษณะช่องคอที่ปกติ เปรียบเทียบกับช่องคอที่ผิดปกติที่มีการอักเสบ



ภาพจาก <https://th.wikipedia.org/wiki/> ซึ่งอนุญาตให้นำไปใช้ได้

**การประเมินแยกแยะระหว่างการติดเชื้อจากไวรัส หรือแบคทีเรีย (1,2,3)**  
 เกณฑ์การสามารถแยกโรค โดยอาศัยจากการประเมินอาการร่วมต่าง ๆ เหล่านี้

อาการร่วมที่น่าจะติดเชื้อจากไวรัส	อาการร่วมที่น่าจะติดเชื้อจากแบคทีเรีย
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตาแดงจากเยื่อตาอักเสบ (Conjunctivitis)</li> <li>• คัดจมูก จาม น้ำมูกไหล (Common Cold Symptom)</li> <li>• ไอ (Cough)</li> <li>• ท้องร่วง (Diarrhea)</li> <li>• เสียงแหบหรือภาวะที่มีเสียงเปลี่ยนไป (Hoarseness)</li> <li>• ผื่นแดงตามลำตัวและใบหน้า และมักพบเป็นผื่นแบนราบสลับผื่นนูน (Rash: maculopapular rash)</li> <li>• ไม่ค่อยพบ ต่อมน้ำเหลืองโต lymphadenopathy ยกเว้น การติดเชื้อจาก Epstein Barr virus (EBV) ซึ่งเป็นเชื้อใน family Human Herpes Virus และไม่ค่อยพบว่าเป็นเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคดังกล่าว</li> <li>• พบผู้ป่วยบางกลุ่ม (ซึ่งเป็นส่วนน้อย) จะมีอาการแบบ Atypical คืออาจพบว่ามีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ปวดท้อง (Abdominal pain)</li> <li>• อาการเจ็บคอเกิดขึ้นรวดเร็ว (Abrupt onset of sore throat)</li> <li>• ไข้ และปวดศีรษะ (Fever, Headache)</li> <li>• มีประวัติการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับบุคคลที่มีการเจ็บคอจากเชื้อแบคทีเรีย GAS มาก่อน (History of GAS pharyngitis exposure)</li> <li>• คลื่นไส้ อาเจียน (Nausea, vomiting)</li> <li>• ฝ้าขาวหรือมีจุดหนองในลำคอ (Patchy exudates in the throat)</li> <li>• มีจุดเลือดออกหรือคล้ำบนเพดานปาก (Purple spots on the roof of the mouth)</li> <li>• ผื่นแดงนูนเล็ก ๆ (Scarlatiniform rash) เริ่มจากใบหน้า และลำคอ และลามไปยังลำตัว</li> <li>• พบต่อมน้ำเหลืองข้างคอโต (Tender lymph nodes around throat)</li> </ul>

## แผนภาพที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบการติดเชื้อจากไวรัส กับการติดเชื้อจากแบคทีเรีย



การติดเชื้อไวรัส



การติดเชื้อแบคทีเรีย

ภาพจาก <https://th.wikipedia.org/wiki/> ซึ่งอนุญาตให้นำไปใช้ได้

แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีเครื่องมือคัดกรองในร้านยาที่ช่วยเภสัชกรชุมชนในการแยกประเมินเบื้องต้นเพื่อช่วยให้การจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคหรืออาการดังกล่าวเกิดความสมเหตุสมผลมากขึ้น

## เครื่องมือที่ช่วยในการประเมิน แยกระหว่างการ ติดเชื้อไวรัสกับแบคทีเรีย GAS<sup>(1,3,6)</sup>

ปัจจุบันการประเมินเพื่อแยกว่า อาการเจ็บคอหรืออักเสบดังกล่าว เป็นการติดเชื้อจากไวรัสหรือแบคทีเรีย จะใช้เกณฑ์ การเพาะเชื้อจากสิ่งที่ส่งตรวจจากลำคอของผู้ป่วย (Throat Culture) ซึ่งเป็นวิธีที่ถูกต้องแม่นยำที่สุด กับวิธี Rapid Antigen Detection Testing (RADT) ซึ่งทั้งสองวิธีมีค่าใช้จ่ายที่สูง และไม่สามารถปฏิบัติได้ในร้านยา อย่างไรก็ตาม มีการแนะนำให้ใช้เครื่องมือ Clinical Scoring System โดยการประเมินเบื้องต้นอย่างง่าย ๆ ในร้านยาได้ เช่น Centor Criteria<sup>(7)</sup>,

Modified Centor Criteria (Mclsacc Criteria (8) : (พัฒนามาจาก Centor Criteria โดยการเพิ่มเรื่องอายุของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย) ซึ่งแม้ว่าเครื่องมืออย่างง่ายนี้ จะมีความจำเพาะเจาะจงและแม่นยำน้อยกว่าสองวิธีแรก (มีความไวร้อยละ ประมาณ 83.1 - 97.0 และความจำเพาะร้อยละ 78.0 - 94.3)(6,8) แต่มีการแนะนำ ให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือเพื่อช่วยในการคัดกรองแยกการติดเชื้อระหว่างไวรัส กับแบคทีเรียได้ในประเทศที่มีการติดเชื้อ GAS ต่ำ ซึ่งก็ตรงกับบริบทของ ประเทศไทย(1) และเภสัชกรชุมชนสามารถนำไปใช้ได้

เกณฑ์หรือข้อคำถามในการประเมินเพื่อแยกการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย ตาม Mclsacc Criteria(3,8) ประกอบด้วยเกณฑ์และการให้คะแนนดังนี้

- ไข้สูงมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ให้ 1 คะแนน (ความไว 22-58 ความจำเพาะ 52-92)
- ไม่มีอาการไอ ให้ 1 คะแนน (ความไว 51-79 ความจำเพาะ 36-68)
- ต่อม้ำเหลืองที่คอ หรือได้คางบวมโต และกดเจ็บ ให้ 1 คะแนน (ความไว 52-82 ความจำเพาะ 34-73) (Anterior Cervical Adenopathy, not submandibular adenopathy) (ตำแหน่งของต่อม้ำเหลืองสามารถ ดูแผนภาพที่ 4 ประกอบ)
- พบ Exudate/pastule ที่คอหอยหรือทอนซิล ให้ 1 คะแนน (ความไว 26 ความจำเพาะ 88)
- อายุ
  - ถ้า อายุระหว่าง 3-14 ปี ให้ +1 คะแนน
  - ถ้า อายุระหว่าง 15-44 ปี ให้ 0 คะแนน
  - ถ้า อายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี ให้ -1 คะแนน

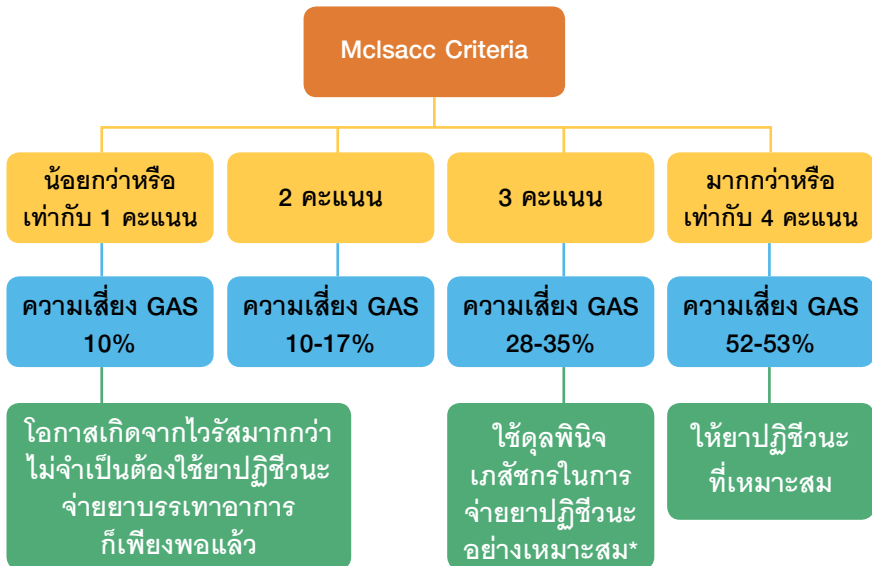
หลังจากนั้นให้รวมคะแนนผู้ป่วยรายนั้นๆ ได้เท่ากับ ..... คะแนน

หมายเหตุ: ความไว หมายถึง ร้อยละความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยว่ามีภาวะคอหอย ทอนซิลอักเสบจากเชื้อ GAS ส่วนความจำเพาะ หมายถึง ร้อยละความสามารถในการบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะคอหอย ทอนซิลอักเสบจากเชื้อ GAS จริง



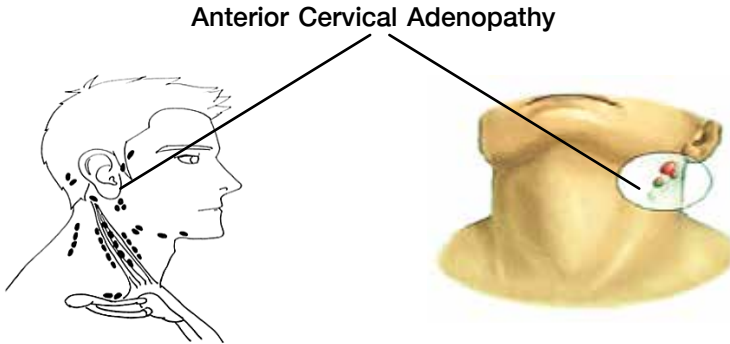
ซึ่งเมื่อผลรวมของคะแนน จะประเมินความเสี่ยงอาการเจ็บคอ หรือคอหอย  
ทอนซิลอักเสบที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย GAS และแนวทางในการจัดการต่างๆ ได้  
ตามแผนภาพที่ 3

### แผนภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลรวมของคะแนนกับความ เสี่ยงในการติดเชื้อแบคทีเรีย GAS



\*หมายเหตุ กรณีประเมินแล้วได้คะแนน เท่ากับ 3 คะแนนซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้ในการติดเชื้อประมาณ ร้อยละ 28-35 นั้น เกณฑ์ชุมชนควรประเมินคะแนนที่ได้ว่ามาจากการประเมินในข้อใดร่วมด้วย โดยพิจารณาข้อนั้น ๆ ว่ามีความไวและความจำเพาะประกอบด้วย เพราะหากมีกรณีผู้ป่วยมีอาการ Exudate/pustule ที่คอหอยหรือทอนซิลร่วมด้วย ก็อาจพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม (เพราะมีความจำเพาะสูง) แต่หากคะแนนรวมที่ได้ 3 คะแนนมาจากข้ออื่นๆ ที่ไม่ใช่ข้อดังกล่าว ก็อาจให้ยาบรรเทาอาการก็เพียงพอแล้ว

## แผนภาพที่ 4 แสดงตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองที่มีการบวมโต เมื่อมีการติดเชื้อแบคทีเรีย GAS



ภาพจาก <https://th.wikipedia.org/wiki/> ซึ่งอนุญาตให้นำไปใช้ได้

## แนวทางการให้ยาปฏิชีวนะ ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ แบคทีเรีย GAS<sup>(1,2,3)</sup>

การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรีย GAS นั้น ควรเริ่มต้นด้วยยา Penicillin หรือยา Amoxicillin ในขนาดต่ำได้ (amoxicillin 500 mg. วันละ 2 ครั้ง) เนื่องจากเชื้อ GAS มีความไวต่อยากลุ่ม penicillin มาก และยังไม่มียารายงานการดื้อยาของเชื้อต่อ penicillin

พบเชื้อแบคทีเรีย GAS มักดื้อต่อยากลุ่มอื่น เช่น macrolide (ในอินเดียดื้อประมาณ 68.4% ในไทยประมาณ 20%) จึงไม่ควรใช้ยากลุ่ม macrolide นี้เป็นยาขนานแรก และไม่ควรเลือกยา clarithromycin/azithromycin เพราะเชื้อมีโอกาสดื้อยามากกว่ากลุ่ม penicillin ถ้าจำเป็นอาจเลือกยา roxithromycin (ผู้ป่วยน้ำหนักน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 kg. ให้ขนาด 5-8 mg/kg/day และถ้าน้ำหนักมากกว่า 40 kg. ให้ขนาด 300 mg วันละครั้ง) (1)

ไม่ควรใช้ ยากลุ่ม Amoxicillin-clavulanic, Cephalosporins, Fluoroquinolones ในร้านยา แม้ในแนวทางของ Infectious Disease Society of America ในปี 2012 (ตามตารางที่ 1) จะระบุให้ยาในกลุ่ม Cephalosporin ได้ เพราะยาที่กล่าวมานี้ จะออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อที่กว้างเกินความจำเป็น(1)

พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ ในกรณีผู้ป่วยที่มี Rheumatic Heart และผู้ป่วยที่มี ภูมิคุ้มกันบกพร่อง แม้มีเกณฑ์ประเมินการติดเชื้อ GAS ไม่ครบ 4 คะแนน แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย GAS เป็นไปตามตารางที่ 1

### ตารางที่ 1 แสดงแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย GAS(2)

ยา และ วิธีการบริหาร	ขนาดยาที่แนะนำ	ระยะเวลา ที่ใช้
Penicillin V, oral	Children: 250 mg bid or tid; Adolescents and Adults: 250 mg qid or 500 mg bid	10 days
Amoxicillin, oral	Children: 50 mg/kg/day แบ่งให้ 1-2 ครั้งต่อวัน Adolescents and Adults: 1 g OD or Alternate: 500 mg bid	10 days
Cephalexin, oral	20 mg/kg/dose bid (max = 500 mg/dose)	10 days
Cefadroxil, oral	30 mg/kg OD (max =1 g)	10 days
Clindamycin, oral	20 mg/kg แบ่งให้ 3 ครั้งต่อวัน (max =1.8 g/day)	10 days
Azithromycin, oral	12 mg/kg OD (max =500 mg)	5 days
Clarithromycin, oral	7.5 mg/kg/dose bid (max =250 mg/dose)	10 days

เชื้อแบคทีเรีย Beta-hemolytic streptococcus group A นั้นจะก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนระยะยาวได้ เช่น acute rheumatic fever/heart, acute glomerulonephritis อีกทั้งมีการศึกษาพบว่า การให้ยาปฏิชีวนะในระยะสั้น จะมีการกำจัดเชื้อได้น้อยกว่า เกิดการกลับมาเป็นซ้ำได้มากกว่า ล้มเหลวในการรักษามากกว่า จึงจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะติดต่อกันนานถึง 10 วันเพื่อให้เชื้อแบคทีเรียถูกทำลายจนหมดจากร่างกาย (ยกเว้นในการให้ยา Azithromycin)



# โรคท้องร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea, Gastroenteritis, Food Poisoning)

(1,2,3)



## คำนิยามและความสำคัญ

- หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติอย่างน้อย 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยมีอาการไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ สาเหตุของโรคท้องร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากการได้รับสารพิษ (toxin) ของเชื้อโรค (เช่น toxin ของเชื้อ *Bacillus spp.*) หรือตัวเชื้อโรคเองเป็นเชื้อก่อโรค และอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ
- ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 จะหายได้ภายใน 3-4 วัน โดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ
- ผู้ป่วยที่มีอาการท้องร่วงจากสารพิษของเชื้อ (toxin) ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ เพราะยาปฏิชีวนะไม่ได้ลดจำนวนสารพิษแต่อย่างใด
- ผู้ป่วยที่มีอาการท้องร่วงที่ติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น *E.coli* หรือ *Salmonella spp.* ก็ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ เพราะไม่ช่วยลดความรุนแรงและระยะเวลาของอาการที่เป็น และอาจทำให้มีเชื้ออยู่ในร่างกายนานขึ้น

## การแบ่งประเภทของอาการท้องร่วง

- Secretory Gastroenteritis: ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำ
- Inflammatory Gastroenteritis: ผู้ป่วยส่วนมากมักจะมีอาการปวดบิดซึ่งเกิดจากตัวเชื้อก่อโรคเองและ/หรืออาจมีอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำร่วมซึ่งเกิดจากสารพิษ (toxin) ของเชื้อ
- Invasive Gastroenteritis: ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการถ่ายเหลวร่วมกับการมีไข้

ลักษณะอาการในแต่ละประเภท บริเวณลำไส้ที่เกิดการอักเสบ และเชื้อก่อโรคจะเป็นไปตามตารางที่ 4-6 ดังนี้

## ตารางที่ 4 แสดงลักษณะเกี่ยวกับโรค Secretory Gastroenteritis

Secretory Gastroenteritis	
บริเวณลำไส้ที่เกิดอาการ	บริเวณลำไส้เล็กส่วน Proximal small bowel
ลักษณะของท้องร่วง	ถ่ายเหลวเป็นน้ำ (Watery Diarrhea)
กลไกสำคัญที่ทำให้เกิดโรค	Enterotoxin or bacterial adherence/invasion cause a shift in water and electrolyte excretion/adsorption
เชื้อโรคที่สำคัญ	<i>V. Cholerae</i> <i>ETEC, EPEC</i> <i>Clostridium perfringens</i> <i>Bacillus cereus</i> <i>Staphylococcus aureus</i>

## ตารางที่ 5 แสดงลักษณะเกี่ยวกับ Inflammatory Gastroenteritis

Inflammatory Gastroenteritis	
บริเวณลำไส้ที่เกิดอาการ	ลำไส้ใหญ่ (colon)
ลักษณะของท้องร่วง	ปวดบิด (Dysentery) ร่วมกับถ่ายเหลวเป็นน้ำ
กลไกสำคัญที่ทำให้เกิดโรค	Bacterial invasion or cytotoxins cause mucosal damage that leads to inflammation
เชื้อโรคที่สำคัญ	<i>Shigella</i> <i>Salmonella (non-typhi, non-paratyphi)</i> <i>Vibrio parahaemolyticus</i> <i>Clostridium difficile</i> <i>Campyrobacter</i>

## ตารางที่ 6 แสดงลักษณะเกี่ยวกับ Invasive Gastroenteritis

Invasive Gastroenteritis	
บริเวณลำไส้ที่เกิดอาการ	บริเวณลำไส้เล็กส่วน Distal small bowel
ลักษณะของท้องร่วง	มีไข้ ร่วมกับการถ่ายเหลว (Enteric fever)
กลไกสำคัญที่ทำให้เกิดโรค	<b>Bacterial</b> penetrate the mucosa and invade the reticuloendothelium system
เชื้อโรคที่สำคัญ	<i>Salmonella typhi / paratyphi</i>

ถ้าแบ่งประเภทของอาการท้องร่วงตามสาเหตุ อาการที่สำคัญ และการรักษา(12-13)

สาเหตุอาการท้องร่วง	อาการสำคัญ	การรักษา	หมายเหตุ
1. Rotavirus พบมากในเด็ก อายุต่ำกว่า 3 ปี	อาการปวดท้อง อาเจียน ถ่ายเหลว เป็นน้ำ มีฟองและกลิ่นเหม็นเปรี้ยว อาจพบมีไข้สูงร่วม	รักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้ และ ORS หากรับประทานไม่ได้ ควรส่งโรงพยาบาล	ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ให้รักษาตามอาการและประเมินการขาดน้ำเพื่อส่งต่อ
2. อาหารเป็นพิษจากสารเคมี พิษมีพิษ และพิษจากแบคทีเรียบางชนิด	ปวดท้อง อาเจียน ถ่ายเป็นน้ำบ่อยครั้ง ถ้าเกิดจากสารเคมี/ พิษพิษบางชนิดอาจมีผลต่อระบบประสาท เช่น ชัก หมดสติ รุนานตาหด	รักษาตามอาการและถ้ามีอาการทางประสาทที่รีบส่งโรงพยาบาลด่วน ซึ่งต้องล้างท้องและให้ยาด้านพิษ	ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ



สาเหตุอาการ ท้องร่วง	อาการสำคัญ	การรักษา	หมายเหตุ
3. อหิวาต์จาก เชื้อ <i>Vibrio cholerae</i>	ท้องร่วงรุนแรง อุจจาระไหลพุ่ง ลักษณะเหมือน น้ำขาวขำว อาเจียน โดยอาจไม่มีอาการ ปวดท้องหรือคลื่นไส้ นำมาก่อน และมักมี อาการขาดน้ำรุนแรง จนอาจช็อกได้	ส่งโรงพยาบาลโดยด่วนเพื่อ ให้น้ำเกลือและยา ยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ 1. Doxycycline ผู้ใหญ่ 300 mg ครั้งเดียว หรือ 100 mg วันละ 2 ครั้ง 2. Norfloxacin 400 mg bid นาน 3 วัน (ผู้ใหญ่) สำหรับเด็ก เด็กอายุ มากกว่า 6 ปี ให้ 15-20 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง นาน 3-5 วัน	Doxycycline - ควบคุมการสร้างกระดูก และฟัน ไม่ควรใช้ใน เด็กอายุต่ำกว่า 8 ปี - อาจมีการแพ้ยาในรูป ของผื่นคันและทำให้เกิด อาการทางผิวหนัง ได้ง่ายเวลาถูกแสงแดด - ยามีพิษต่อตับจึงห้าม ใช้ในผู้ป่วยโรคตับและ ผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์
4. Shigellosis มักพบมากใน ช่วงฤดูร้อน ต่อฤดูฝน	ถ่ายเหลวเป็นน้ำ ในช่วงแรก ต่อมาจะ ปวดท้องบิด ถ่ายเป็น มูก และอาจมีไข้ หรือ อาจปวดเบ่งที่ก้น วันละ 10-30 ครั้ง ไม่พบกลิ่นอุจจาระ แบบมีกลิ่นหิวกึ่งน้ำ	รักษาตามอาการและให้ยา ปฏิชีวนะ เช่น Norfloxacin/ Cotrimoxazole 1. Norfloxacin เด็กอายุมากกว่า 6 ปี ให้ 15-20 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง นาน 3-5 วัน ผู้ใหญ่ 400 mg bid นาน 3-5 วัน 2. Cotrimoxazole เด็กคำนวณตาม Trimethoprim 5-6 mg/ kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ผู้ใหญ่ ครั้งละ 2 เม็ด bid นาน 3-5 วัน	ระมัดระวังการใช้ยา ในเด็กและหญิงมีครรภ์ เพราะยาสามารถยับยั้ง การเจริญของกระดูกอ่อน ในสัตว์ทดลอง

สาเหตุอาการ ที่จ้อง	อาการสำคัญ	การรักษา	หมายเหตุ
5. Amebiasis เกิดจากเชื้อ <i>Entamoeba histolytica</i> มักพบในถิ่นที่ สุขาภิบาลไม่ดี หรือกลุ่มคนที่ ขาดสุขนิสัยที่ดี (ปิดมิด้ว)	อุจจาระเหลวมีเนื้อ อุจจาระปนปวดท้อง และปวดเบ่งเป็นก้อน มักไม่มีไข่หรือมีไข่ต่ำๆ อุจจาระเป็นมูกเหม็น เหมือนหัวกุ้งเน่า ถ่ายอุจจาระแบบ กระปริดกระปรอย วันละหลาย ๆ ครั้ง ถ้ารุนแรงอาจมีไข้สูง และอาเจียน	ให้ยาปฏิชีวนะ เช่น Metronidazole 750 mg วันละ 3 ครั้งติดต่อกันนาน 5-10 วัน (ผู้ใหญ่) และ สำหรับเด็กให้ 35-50 mg/ kg/day แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกันนาน 7-10 วัน	- ไม่ควรดื่มเหล้าหรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่กำลัง รับประทานยา - หญิงมีครรภ์ไม่ควร รับประทานยานี้ เพราะอาจมีผลต่อ ทารกในครรภ์
6. ไข้รากสาดน้อย ที่เกิดจากเชื้อ <i>Salmonella typhi</i> พบระบาดมาก ในช่วงฤดูร้อน ในเขตสุขาภิบาล ไม่ดี	การดำเนินโรคจะช้า โดยเริ่มจากมีไข้ต่ำ ๆ ปวดหัวอ่อนเพลีย คล้ายไข้หวัด 1-2 สัปดาห์ต่อมาไข้ค่อย ขึ้นสูง มีท้องผูก มากกว่าถ่ายเหลว (ในเด็กมักพบอาการ ถ่ายเหลวมากกว่า) เบื่ออาหาร หน้าซีด เขียวแต่ไม่เหลือง มักตรวจพบจุดแดง คล้ายยุงกัด (Rose spot)	เช่นเดียวกับ Shigellosis	

สาเหตุอาการ ท้องร่วง	อาการสำคัญ	การรักษา	หมายเหตุ
7. Gastroenteritis ที่เกิดจากเชื้อ non-typhoidal <i>Salmonella</i> มักพบในถิ่นที่ สุขาภิบาลไม่ดี หรือกลุ่มคนที่ ขาดสุขนิสัยที่ดี	คลื่นไส้ อาเจียน และ ถ่ายเหลวเกิดขึ้น ภายใน 6-48 ชั่วโมง หลังได้รับเชื้อจาก ทางเดินอาหาร อุจจาระเหลวเป็นน้ำ มักไม่มีเลือดปน และ ปวดบ่งเหมือนถ่าย ไม่สุดได้ อาจมีไข้ หนาวสั่น ปวดเกร็งใน ช่องท้องได้	หายได้เองโดยไม่ต้องใช้ยา <u>ปฏิชีวนะ</u> ระวังและติดตาม การติดเชื้อในกระแสเลือด	

- อุจจาระร่วงจากสารพิษของเชื้อ *Clostridium difficile* อาจพบในผู้ป่วยที่เคยได้รับ หรือกำลังได้รับยาปฏิชีวนะชนิด broad spectrum ควรยืนยันการประเมินด้วยการตรวจสารพิษของ *C. difficile* จากอุจจาระเหลวก่อน เริ่มการรักษา แต่หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง อาจพิจารณาใช้ metronidazole ขณะรอผลตรวจ
- ไม่ควรให้ยาบรรเทาอาการอุจจาระร่วงที่มีส่วนผสมของยาปฏิชีวนะ furazolidone, nifuroxazide, phtalylsulfathiazole, neomycin, colistin และควรพิจารณาอย่างรอบคอบหากจะให้ยาหยุดถ่ายเช่น loperamide
- ผู้ป่วยอุจจาระร่วงที่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องที่มีอาการรุนแรง ผู้ที่มีไข้สูง หรือมีลักษณะอาการทางคลินิกที่สงสัยว่าจะเป็น sepsis ควรส่งต่อไปโรงพยาบาล

## บาดแผลสด Fresh Traumatic Wound

(14-15)



## กำนัยามและควมสำคัญ

- หมายถึง บาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่เกิดภายใน 6 ชั่วโมงก่อนได้รับการรักษา
- ส่วนใหญ่แล้วหากเป็นบาดแผลสดที่สะอาด ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ

## แนวทางการดูแลจัดการบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

ถ้าแผลเล็กและไม่ลึกมาก ให้ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือ หรือน้ำสะอาด หลังจากนั้นให้ทำแผลแบบชุ่มชื้น (moist wound healing) จะช่วยให้แผลหายเร็ว และไม่เป็นแผลเป็น ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะหรือยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียทั้งยากินและยาทา ในกรณีที่แผลใหญ่ค่อนข้างกว้างและลึก หลังจากทำความสะอาดแผลและทำแผลแบบชุ่มชื้น (moist wound healing) แล้ว อาจจำเป็นต้องให้ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งการติดเชื้อแบคทีเรียบริเวณผิวหนังส่วนใหญ่ได้แก่ *Staphylococcus aureus* และ *Beta-hemolytic streptococcus group A* ส่วนน้อยได้แก่ พวก *gram negative bacilli* เช่น *E.coli* และ *Klebsiella*

## การประเมินบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่ไม่ใช่แผลจากสัตว์กัด/คนกัด

- ลักษณะบาดแผลสดสะอาด (ต้องเข้าเกณฑ์ทุกข้อ) ดูลักษณะบาดแผลจากแผนภาพที่ 5
- แผลขอบเรียบ ทำความสะอาดง่าย
- แผลไม่ลึกถึงกล้ามเนื้อ เอ็นหรือกระดูก
- ไม่มีเนื้อตาย
- ไม่มีสิ่งสกปรกที่แผล หรือมีแต่ล้างออกได้ง่าย
- ไม่ปนเปื้อนสิ่งต่าง ๆ ที่มีโอกาสสัมผัสกับเชื้อแบคทีเรียได้ เช่น อูจจาระ ปัสสาวะ เศษอาหาร

หากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันปกติแล้ว จะมีโอกาสติดเชื้อที่แผลเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น จึงไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะแต่อย่างใด ซึ่งหลักสำคัญของการดูแลคือ การทำความสะอาดบาดแผลสดอย่างเหมาะสมเท่านั้น

## บาดแผลที่ควรให้ยาปฏิชีวนะ

(เพียงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งเป็นอย่างน้อย)

- แผลขอบไม่เรียบ เย็บแผลไม่สนิท
- แผลยาวกว่า 5 เซนติเมตร
- แผลเกิดจากการบาดเจ็บ เช่น แผลโดนประตูหนีบอย่างแรง
- แผลลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ เอ็นหรือกระดูก
- ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น เบาหวาน ตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง มะเร็ง หรือผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

## แนวทางการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อการรักษา บาดแผลสดที่เข้าเกณฑ์การให้ยาปฏิชีวนะ

- Dicloxacillin: เด็ก 25-50 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 4 ครั้ง ขณะท้องว่าง ผู้ใหญ่ให้ 250-500 mg. วันละ 4 ครั้ง ขณะท้องว่าง

### กรณีแพ้ penicillin

- Erythromycinsuspension/dry syrup : เด็กให้ขนาด 20-40 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 3-4 ครั้ง
- Roxithromycin เด็กให้ 5-8 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ผู้ใหญ่ให้ 300 mg. วันละครั้ง
- Clindamycin เด็กให้ 10-25 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 3-4 ครั้ง ผู้ใหญ่ให้ 300 mg. วันละ 3 ครั้ง

อาจพิจารณาให้ยาฉีดป้องกันบาดทะยักร่วมด้วย

### แผนภาพที่ 5 บาดแผลที่เป็นบาดแผลลักษณะบาดแผลสด สะอาด ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ



ภาพจาก <https://th.wikipedia.org/wiki/> ซึ่งอนุญาตให้นำไปใช้ได้

## การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

(อาจพิจารณาให้ยาฉีดป้องกันบาดทะยักร่วมด้วย)

การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันจะต้องเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- สัตว์กัด หรือ คนกัด
- มีเนื้อตายบริเวณกว้าง
- มีสิ่งสกปรกติดอยู่ในแผลล้างออกไม่หมด
- ปนเปื้อนสิ่งที่มีแบคทีเรียมาก เช่น อูจจาระ น้ำสกปรก

## แนวทางการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกัน

- Amoxicillin-clavulanic : เด็ก คำนวณจาก amoxicillin 25-50 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง ผู้ใหญ่ให้ 625 mg. วันละ 2 ครั้ง

### กรณีแพ้ penicillin

- Co-trimoxazole : เด็ก คำนวณจาก trimethoprim ให้ขนาด 8-10 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ร่วมกับ Clindamycin 10-25 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 3-4 ครั้ง หรือให้ร่วมกับ metronidazole 20-30 mg/kg/day แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง
- Ciprofloxacin : สำหรับผู้ใหญ่ โดยให้ 500 mg วันละ 2 ครั้ง ร่วมกับ Clindamycin 300 mg วันละ 3 ครั้ง หรือให้ร่วมกับ metronidazole 400-500 mg วันละ 3 ครั้ง





## เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558. หน้า 85-86.
2. Clinical Practice Guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2012;55:1279-82.
3. สุทธิพร ภัทรชยากุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, จันทิมา ชูรัมย์, วิชัย สันติมาลีวรกุล, นิรันดร์ จ่างคง, กฤติณ บัณฑิตานุกูล. Standard Practice Guideline โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน. ในสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. รายงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยาปี พ.ศ. 2555.
4. Treebupachatsakul P, Tienggrim S, Thamlikitkul V. Upper respiratory tract infection in Thai adults: prevalence and prediction of bacterial causes, and effectiveness of using clinical practice guideline. J Med Assoc Thai 2006; 89(8): 1178-86.
5. Bisno AL. Acute Pharyngitis. N Eng J Med 2001; 344(3): 205-11.
6. ศิริตรี สุทธิจิตต์. Clinical Score: เครื่องมือที่ดีที่ใช้ง่ายสำหรับเภสัชกรชุมชน เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยหวัด ไอ เจ็บคอ. ในวารสารเภสัชกรรมชุมชน สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย). 2551;7(40): 33-7.
7. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making 1981; 1:239-46.
8. McIsaac WJ, Keller JD, Aufricht P, Vanjaka A, Low DE. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA 2004; 291(13): 1587-95.

9. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558. หน้า 89-90.
10. สถาพร มานัสสถิตย์, สุกัญญา จงถาวรสถิตย์, รัชณี วีระวิทย์เลิศและคณะ. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ใหญ่. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2546.
11. วรার্থ มีสมบุญรณ์. บรรณาธิการ. คู่มือการรักษาโรคอุจจาระร่วงและหลักเกณฑ์การใช้ยารักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กสำหรับเภสัชกรและบุคลากรสาธารณสุข. สิงหาคม. 2544.
12. คณะอนุกรรมการการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพสาขาเภสัชกรรมชุมชน. ศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย. คู่มือฝึกปฏิบัติงานบริบาลทางเภสัชกรรมและงานสร้างเสริมสุขภาพในสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน (ปี 6) ฉบับปรับปรุง 2560.
13. วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์. ก้าวทันโรคและยากับการบริหารเภสัชกรรมชุมชน. นครปฐม. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร; มกราคม 2558. หน้า 51-58.
14. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558. หน้า 91-92.
15. วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์. ก้าวทันโรคและยากับการบริหารเภสัชกรรมชุมชน. นครปฐม. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร; มกราคม 2558. หน้า 175-180.





# แนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้มารับบริการในร้านยา: กรณีศึกษากลุ่มยาปฏิชีวนะ

---

กิตติยศ ยศสมบัติ  
มรุตพงษ์ พชรโชติ

การให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการในร้านยา เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม เกษัชกรชุมชนจึงควรมีทักษะที่ดีในการสื่อสาร มีความเข้าใจปัญหาและความวิตกกังวลของผู้มารับบริการ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้มารับบริการได้อย่างตรงจุด ซึ่งนอกจากจะช่วยปรับทัศนคติและพฤติกรรมของผู้มารับบริการให้สามารถใช้อย่างถูกต้องแล้ว ยังช่วยให้ผู้มารับบริการประทับใจ เกิดความพึงพอใจในผลการรักษา และสร้างผลตอบแทนเชิงธุรกิจให้กับร้านยาทดแทนรายได้ที่อาจลดลงจากการไม่จ่ายยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น

แนวทางต่อไปนี้ผู้เขียนเรียบเรียงขึ้นภายใต้แนวคิดของ “โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ ลด ละ เลิก การใช้ยาปฏิชีวนะผิด ๆ ในชุมชน” โดยสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ในปี พ.ศ. 2555 เพื่อเป็นเครื่องมือที่ช่วยเสริมศักยภาพในการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรชุมชน ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่พบได้บ่อยในทางปฏิบัติ คำแนะนำในแนวทางฯ ฉบับนี้แบ่งออกเป็นขั้นตอน 5 ขั้นตอน ตามกระบวนการให้บริการของเภสัชกรชุมชนแก่ผู้มารับบริการในร้านยา ซึ่งประกอบด้วย

- ขั้นที่ 1 สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างเภสัชกรและผู้มารับบริการ
- ขั้นที่ 2 รวบรวมข้อมูล และประเมินผู้มารับบริการ
- ขั้นที่ 3 ประมวลผล ตัดสินใจและดำเนินการให้ยาและ/หรือคำแนะนำแก่ผู้มารับบริการ
- ขั้นที่ 4 วางแผนการติดตามผล
- ขั้นที่ 5 ปิดการให้บริการ

**ขั้นที่ 1****สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างเภสัชกรและผู้มารับบริการ**

**เป้าหมาย:** เพื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเภสัชกรและผู้มารับบริการ นำไปสู่การเปิดใจให้ข้อมูลและยอมรับคำแนะนำที่เภสัชกรมอบให้

**แนวทางที่แนะนำ:** ประยุกต์ใช้หลักมนุษยสัมพันธ์และหลักการสื่อสารที่ดีซึ่งแสดงออกถึงความเอาใจใส่ ห่วงใยและหวังดีแก่ผู้มารับบริการอย่างจริงจัง โดย

- เภสัชกรมีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ เป็นมิตร มีท่าทีและสีหน้าที่แสดงถึงความพร้อมที่จะให้บริการ
- สัมภาษณ์ถึงอาการนำหรือวัตถุประสงค์ที่เข้ามารับบริการในครั้งนี้อย่างใช้คำถามปลายเปิดเป็นหลัก
- ไม่เร่งรีบอธิบาย ตาหนีหรือโต้แย้งในทันทีเมื่อรับทราบข้อมูลเบื้องต้นจากผู้มารับบริการซึ่งบ่งชี้ถึงความรู้ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนหรือพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผล เภสัชกรแสดงท่าทีคล้อยตามความต้องการของผู้มารับบริการก่อนเพื่อลดอุปสรรคที่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชกรและผู้มารับบริการ จากนั้นจึงหาโอกาสรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมและแก้ไขปัญหาที่พบจังหวะที่เหมาะสม เช่นเมื่อมีผู้มารับบริการขอซื้อยาปฏิชีวนะไปเก็บไว้ที่บ้าน เภสัชกรอาจหยิบกล่องยาจากตู้ยามาวางไว้ต่อหน้าผู้มารับบริการ จากนั้นจึงค่อยซักถามรายละเอียดต่างๆ และอธิบายให้ผู้มารับบริการให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตามขั้นตอนต่อไป

**ขั้นที่ 2****รวบรวมข้อมูล และประเมินผู้มารับบริการ**

**เป้าหมาย:** เพื่อได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริงของผู้มารับบริการ ทำให้เภสัชกรเกิดความเข้าใจถึงความรู้ ความเข้าใจ ความคาดหวังทัศนคติ ประสบการณ์และพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อประกอบการตัดสินใจและดำเนินการให้ยาและ/หรือคำแนะนำในขั้นตอนต่อไป

**แนวทางที่แนะนำ:** รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดและปลายปิดในจังหวะที่เหมาะสม ในประเด็นดังนี้

- **ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะ** โดยเฉพาะในประเด็นข้อบ่งใช้ อาการไม่พึงประสงค์ ข้อควรระวัง และข้อห้ามใช้ของยาปฏิชีวนะ ซึ่งมักเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้มารับบริการมีความรู้ ความเข้าใจคลาดเคลื่อนไม่ถูกต้อง
- **ประเมินความคาดหวังต่อบริการและยาที่จะได้รับจากเภสัชกร** โดยในขั้นตอนนี้เภสัชกรจะต้องสัมภาษณ์และประเมินผู้มารับบริการอย่างละเอียด รอบคอบ เพราะประเด็นนี้เป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงทัศนคติของผู้มารับบริการต่อการใช้ยาปฏิชีวนะและเป็นเป้าหมายหลักในการ counseling เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม
- **ประเมินประสบการณ์และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในช่วงที่ผ่านมา** โดยรวมถึงผลตอบสนองที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติของผู้มารับบริการ ในขณะที่พฤติกรรมที่ผ่านมาจะบ่งชี้ถึงปัญหาที่เป็นผลลัพธ์ของความรู้ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ไม่ถูกต้อง และทัศนคติที่ผิดต่อการใช้ยาปฏิชีวนะนั้นเอง
- **ประเมินอาการและอาการแสดงทางคลินิกทั้งในมุมมองของผู้ป่วยและมุมมองทางการแพทย์** โดยอาจใช้การตรวจร่างกายอย่างง่ายและเกณฑ์วินิจฉัยมาตรฐานต่าง ๆ เช่น การใช้ McIsaac and Centor's score สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอ เป็นต้น การประเมินอาการและอาการแสดงทางคลินิกต้องผนวกมุมมองของผู้ป่วยเข้าไว้ด้วย เพื่อทราบถึงความคาดหวังหรือความกังวลและความต้องการที่แท้จริงของผู้มารับบริการ ซึ่งจะช่วยเป็นข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

## ขั้นที่ 3

ประมวลผล ตัดสินใจและดำเนินการให้ยาและ/หรือ  
คำแนะนำ

**เป้าหมาย:** ประมวลผลข้อมูลจากขั้นตอนที่ 2 เพื่อค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลและวางแผนดำเนินการแก้ไขเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม

**แนวทางที่แนะนำ:** ประมวลผลจากข้อมูลต่าง ๆ อย่างละเอียดถี่ถ้วน อ้างอิงจากองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน แล้วเลือกตัดสินใจเป็นแผนการดำเนินการให้ยาและ/หรือคำแนะนำที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้มารับบริการ

- **สำหรับผู้มารับบริการที่มีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะคลาดเคลื่อนจากความจริง** เช่น มีความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยาผิดไปจากความเป็นจริง เช่น เข้าใจว่าต้องใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อมีน้ำมูกเขียวเหลือง หรือมีแผล หรือมีความสับสนจากคำเรียกกลุ่มยานี้ว่า “ยาแก้อักเสบ” หรือไม่ตระหนักว่ายากลุ่มนี้มีอาการไม่พึงประสงค์รวมถึงการแพ้ยาที่อันตรายร้ายแรง **เกสัชกรควรมุ่งแก้ไขความรู้ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเหล่านี้ให้ถูกต้อง** โดยอาจใช้เพียงการอธิบายด้วยวาจา หรือใช้สื่อรูปแบบต่าง ๆ ประกอบซึ่งจะช่วยให้ผู้มารับบริการเกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น

• **เทคนิคแนะนำ** •

- การอธิบายหรือให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการนั้นต้องพิจารณาความยากง่ายของข้อมูลตามความเหมาะสมกับผู้มารับบริการแต่ละคนหากเป็นไปได้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษ ศัพท์ทางการแพทย์ หรือคำแนะนำที่ผู้มารับบริการไม่สามารถเข้าใจได้ง่าย การยกตัวอย่างเปรียบเทียบอาจช่วยให้ผู้มารับบริการเกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น เช่น การยกตัวอย่างการอักเสบที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ ซึ่งทำให้มียาที่เรียกว่า “ยาแก้อักเสบ” มากกว่า 1 กลุ่ม และจำเป็นต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้องจึงจะใช้ได้อย่างเหมาะสม

•• ผู้มารับบริการแต่ละคนมีความพร้อมที่จะเปิดใจรับข้อมูลแตกต่างกัน เกสัชกรจึงควรสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของตลอดเวลาที่สนทนา สำหรับผู้มารับบริการบางรายอาจเหมาะที่จะได้รับการชี้ประเด็นเพียงเล็กน้อยแล้วปล่อยให้ผู้ป่วยหาข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ เอง ในขณะที่บางรายอาจไม่พร้อมรับข้อมูลใหม่ในครั้งนี เกสัชกรอาจส่งมอบยาตามที่ผู้มารับบริการต้องการพร้อมกับให้เอกสารความรู้ต่าง ๆ ร่วมกันใช้เทคนิคอื่นร่วมด้วย

••• เนื่องจากการแก้ไขความรู้ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนมักสร้างความสงสัยตามมาของผู้มารับบริการว่า หากไม่ให้ใช้ยาปฏิชีวนะแล้ว การรักษาต่อไปต้องเป็นอย่างไรจึงจะถือว่าถูก ดังนั้น เกสัชกรต้องมอบความรู้ใหม่ที่เป็นทางเลือกที่ถูกต้องให้แก่ผู้มารับบริการด้วยเสมอ เช่น การแนะนำกลุ่มยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์สำหรับผู้ที่ไม่ได้มีการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือการแนะนำสมุนไพรที่ละลายไขมันและยาอมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการคออักเสบจากเชื้อไวรัส เป็นต้น

- สำหรับผู้มารับบริการที่มีความคาดหวังได้รับยาปฏิชีวนะจาก เกสัชกร ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดจากมีทัศนคติทางบวกต่อการใช้ยา **เกสัชกรควรมุ่งวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นเหตุของทัศนคติเหล่านั้น และแก้ไขให้เกิดทัศนคติใหม่ที่ต้องการ** โดยต้องให้คำแนะนำที่เป็นกลางบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการ ไม่ใช่อารมณ์หรือทัศนคติของเกสัชกรเข้าหักล้างกับทัศนคติของผู้มารับบริการ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งและเกิดแรงต่อต้านคำแนะนำของเกสัชกร

- สำหรับผู้มารับบริการที่มีประสบการณ์และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในช่วงที่ผ่านมาซึ่งส่งผลต่อการใช้ยาโดยไม่สมเหตุผล เช่น มีอาการป่วยเหมือนกับที่เคยไปพบแพทย์และได้รับยาปฏิชีวนะ ทำให้ครั้งนี้ต้องการยาปฏิชีวนะตัวเดิม หรือมีความเข้าใจว่าทุกครั้งที่เจ็บคอต้องรับประทานยาปฏิชีวนะ มิฉะนั้นอาการมักรุนแรง ทำให้ต้องรักษาในโรงพยาบาลซึ่งยุ่งยาก สิ้นเปลือง ฯลฯ ประสบการณ์การใช้ยาในอดีตนั้นเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้ป่วยซึ่งเกสัชกรไม่สามารถแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนได้ จึงไม่ควรสร้างข้อขัดแย้งกับประสบการณ์



เหล่านั้นโดยตรง แต่ต้องชี้แจงให้ผู้มารับบริการเห็นว่าอาการป่วยในครั้งนี้นั้นไม่สามารถนำผลการรักษาจากประสบการณ์เดิมมาตอบได้ ตัวอย่างเช่น การอธิบายว่าการป่วยแต่ละครั้งนั้นมีสาเหตุต่างกันได้แม้จะมีอาการเหมือนกัน ดังนั้นการป่วยแต่ละครั้งจึงไม่จำเป็นต้องได้ยาแบบเดียวกัน นอกจากนี้ **เภสัชกรอาจอธิบายถึงผลอื่นที่เกิดขึ้นแล้วกับตัวผู้ป่วยจากการใช้ยาครั้งก่อน แต่ผู้ป่วยอาจไม่ทราบหรือไม่สังเกต เพื่อสร้างทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล** ขึ้นใหม่ เช่น การกล่าวถึงอาการไม่พึงประสงค์ของยาที่ผู้ป่วยอาจไม่ทราบ หรือการกล่าวถึงการดื้อยาสะสม เป็นต้น

#### • เทคนิคแนะนำ •

- ทัศนคติเป็นรูปแบบความคิดส่วนบุคคลที่ฝังลึกและยากแก่การแก้ไขหรือปรับเปลี่ยน เภสัชกรอาจต้องให้ counseling หลายครั้ง และต้องใช้เวลาระยะหนึ่ง เพื่อให้ผู้มารับบริการจะมีทัศนคติใหม่ที่ถูกต้อง เภสัชกรชุมชนจึงควร counseling ด้วยความเข้าใจและไม่เร่งร้อนที่จะเห็นความคล้อยตามจากผู้มารับบริการว่าต้องเกิดขึ้นในทันทีทันใด การให้คำปรึกษาเพื่อเปลี่ยนทัศนคตินั้น เภสัชกรและผู้มารับบริการต้องมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ดังนั้นกริยาท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้าและการเลือกใช้คำพูดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนทัศนคติได้สำเร็จ เภสัชกรพึงหลีกเลี่ยงคำหรือข้อความที่สร้างความรู้สึกแง่ลบต่อผู้มารับบริการ เช่น การกล่าวโทษว่าผู้มารับบริการมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม “ทานยาแบบนี้มันไม่ถูก ทานพรีเออร์อย่างนี้ เชื้อดื้อยาหมด” ซึ่งทำให้ผู้มารับบริการรู้สึกอึดอัดและไม่พร้อมที่จะยอมรับคำแนะนำต่อมา

•• การแนะนำเพื่อเปลี่ยนทัศนคตินั้น เกสัชกรต้องแสดงให้เห็นผู้มารับบริการรับรู้ถึงความใส่ใจ ห่วงใยอย่างจริงใจ ไม่ใช่การหวงยาหรือมองแต่ปัญหาภาพรวมจนละเลยความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งแสดงออกได้จากการเลือกใช้คำพูดและเหตุผลในการอธิบาย เช่นควรอธิบายว่า “ทุกครั้งที่คุณทานยาปฏิชีวนะ ร่างกายจะมียีนดื้อยาสะสมอยู่ซึ่งหากมีการใช้ยานี้น้อย คุณก็จะมีโอกาสเกิดติดเชื้อดื้อยาที่ทำให้การรักษาด้วยยาเดิมไม่ได้ผล แล้วก็ต้องเปลี่ยนเป็นยาที่แรงขึ้น อันตรายขึ้น และสิ้นเปลืองมากขึ้น” แทนการอธิบายแต่ผลกระทบต่อสังคม “ตอนนี้ประเทศเรามีเชื้อดื้อยาเยอะมาก เพราะใช้ยากันบ่อยเกิน อีกหน่อยก็ไม่มียาใช้เวลาป่วยกันจริง ๆ เพราะไม่มียาใหม่มาให้ใช้” ซึ่งจะเห็นว่าการอธิบายโดยให้เหตุผลในมุมมองภาพรวมนั้นไม่สามารถสร้างความตระหนักให้แก่ตัวผู้มารับบริการได้ เพราะไม่ใช่สิ่งใกล้ตัวที่ผู้มารับบริการจะรู้สึกได้ถึงโอกาสที่จะเกิดขึ้นกับตนเองโดยตรง อีกทั้งเกสัชกรไม่ได้มีโอกาสแสดงความห่วงใยในตัวผู้ป่วยเข้าไว้ได้ ทำให้การเปลี่ยนทัศนคติเป็นไปได้ยาก

••• พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นผลรวมของทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับยาปฏิชีวนะหลาย ๆ ด้าน เช่น ทัศนคติทางบวกต่อผลการใช้ยา ทัศนคติทางลบต่อการไม่ได้รับยา ทัศนคติเชิงลบต่ออาการข้างเคียงของยา ทัศนคติเชิงลบต่อการดื้อยา ฯลฯ ในบางสถานการณ์เกสัชกรอาจไม่จำเป็นต้องมุ่งแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนทัศนคติเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งซึ่งเป็นการยาก แต่ควรมุ่งแก้ไขที่ทัศนคติด้านอื่น ๆ ซึ่งอาจกระทำได้ง่ายและได้ผลดีกว่า เช่น เมื่อมีผู้มารับบริการขอซื้อยาปฏิชีวนะด้วยเหตุผลว่ามีลูกอ่อน จึงกังวลว่าหากไม่ได้รับยาจะทำให้มีโอกาที่ลูกจะติดเชื้อจากตน ซึ่งจะเห็นว่าผู้มารับบริการมีทัศนคติที่คิดว่ายาปฏิชีวนะสามารถลดการติดเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ในกรณีนี้หากเกสัชกรมุ่งแก้ไขที่ทัศนคตินี้อย่างเดียว อาจสำเร็จได้ง่าย ดังนั้นอาจเบี่ยงประเด็นไปสู่ทัศนคติด้านอื่น เช่น การสร้างทัศนคติใหม่ว่าหากมารดาใช้ยาปฏิชีวนะจะเพิ่มโอกาสที่ลูกจะได้รับเชื้อดื้อยาตั้งแต่เด็ก และทำให้ลูกมีโอกาสต้องเข้ายารักษาอันตรายสูงบ่อยครั้ง เพราะเด็กมีโอกาสป่วยบ่อยกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งจะเห็นว่าการเบี่ยงประเด็นเช่นนี้สามารถสร้างความตระหนักให้แก่ผู้มารับบริการได้ง่ายกว่าการมุ่งแก้ไขแต่ประเด็นเดียว

..... เลียงการโต้เถียงกับประสบการณ์ของผู้ป่วยและการพาดพิงบุคลากร  
สาธารณสุขท่านอื่น ทั้งในวิชาชีพเดียวกัน (เภสัชกรในร้านยาอื่น) หรือต่างวิชาชีพ  
(แพทย์ พยาบาล) แต่เพียงประเด็นมาใส่ใจที่อาการป่วยปัจจุบันเป็นหลัก

- สำหรับผู้มารับบริการที่ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ  
แบคทีเรียซึ่งถือว่าไม่มีข้อบ่งชี้ของยาปฏิชีวนะในมุมมองทางการแพทย์  
เภสัชกรควรอธิบายผลการประเมิน (วินิจฉัยเบื้องต้น) ที่นำไปสู่การไม่แนะนำ  
ให้ใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างไรก็ตาม **เภสัชกรต้องคำนึงถึงความคาดหวังหรือความ  
กังวลของผู้ป่วยด้วยเสมอ จึงควรระวังการใช้คำพูดที่แสดงให้เห็นว่าไม่ให้  
ความสำคัญต่ออาการของผู้ป่วย** เช่น “อาการแค่นี้เอง ไม่เห็นเป็นอะไรเลย  
ทนไปก่อน” ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเภสัชกรไม่ได้เป็นห่วงความรู้สึกผู้ป่วย นอกจากนี้  
ผู้ป่วยบางรายอาจไม่สบายใจที่ไม่ได้รับยา ซึ่งในที่สุดแล้วก็จะพยายามหายจาก  
แหล่งอื่นแทน ซึ่งอาจเป็นยาที่ไม่เหมาะสมและอันตรายกว่ายาที่เภสัชกรชุมชน  
เลือกให้ ดังนั้น **เภสัชกรอาจพิจารณาจ่ายยาให้แก่ผู้มารับบริการในขนาดและ  
ปริมาณที่เหมาะสม แต่ใช้เทคนิค “การชะลอการให้ยาปฏิชีวนะ: *delayed  
antibiotic use*” ร่วมด้วย**

#### • เทคนิคแนะนำ •

- การชะลอการให้ยาปฏิชีวนะ : *delayed antibiotic use* อาจเป็น 1) การปฏิเสธ  
การจ่ายยาแต่นัดติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดใน 24-48 ชั่วโมงแรก โดยการแลก  
หมายเลขโทรศัพท์หรือนัดให้กลับมาพบที่ร้านยากี่ได้ หรือ 2) การจ่ายยาปฏิชีวนะ  
แต่กำหนดให้ผู้ป่วยรับประทานยาในอีก 48 ชั่วโมงต่อมาหากอาการไม่ดีขึ้น  
ซึ่งพบว่า กลวิธีที่กล่าวมานี้มีประสิทธิภาพในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง  
ไม่สมเหตุผลโดยไม่สร้างความขัดแย้ง อีกทั้งลดความกังวลของผู้ป่วยลงได้ดีกว่า  
การปฏิเสธไม่จ่ายยาเพียงอย่างเดียว

•• ในระหว่าง 24-48 ชั่วโมงของการชะลอการใช้ยาปฏิชีวนะนั้น เก็ดซ์กรควรให้การรักษาโดยทางเลือกอื่น เช่น การแนะนำให้ใช้ยาบรรเทาอาการหวัด ยาอมสเปรย์ ยาสมุนไพรหรือฟ้าทะลายโจรแก่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอ หรือการแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยท้องเสีย และการแนะนำเรื่องการดูแลแผลที่ถูกต้อง เพื่อให้อาการของโรคนั้นๆ ทุกเลาอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีความกังวลลดลงและตัดสินใจไม่ใช้ยาปฏิชีวนะได้เองในที่สุด

••• ในช่วงระหว่าง 24-48 ชั่วโมงของการชะลอการใช้ยาปฏิชีวนะนั้น เก็ดซ์กรควรแนะนำให้ผู้ป่วยจดบันทึกอาการและพฤติกรรมการดูแลตัวเองไว้ด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความเปลี่ยนแปลงของอาการชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพของเก็ดซ์กรในการติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลให้อาการไม่ดีขึ้น และเป็นแนวทางที่เก็ดซ์กรจะได้ให้ความรู้ต่อไป เช่น เมื่อพบว่าหลังจาก 48 ชั่วโมงแล้ว ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บคออยู่ แม้ว่าความรุนแรงจะลดลงบ้าง แต่ยังรู้สึกว่รบกวนจึงกลับมาขอยาปฏิชีวนะ เก็ดซ์กรอาจพิจารณาพบว่าพฤติกรรมหลายอย่างของผู้ป่วยอาจส่งผลให้อาการเจ็บคอยังเป็นอยู่ เช่น ผู้ป่วยดื่มน้ำน้อย ไม่พักผ่อนอย่างเพียงพอ และไม่ได้ใช้ฟ้าทะลายโจรตามที่แนะนำ เป็นต้น

## ขั้นที่ 4 วางแผนการติดตามผล

**เป้าหมาย:** เพื่อทราบผลการรักษา/ผลของคำแนะนำที่ให้โดยเภสัชกร ความร่วมมือ และความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยพัฒนาให้งานบริการของเภสัชกรมีคุณภาพที่ดีมากยิ่งขึ้นต่อไป

**แนวทางที่แนะนำ:** วางแผนการติดตามผล โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลการรักษา แนวทางดังนี้

- **เภสัชกรร่วมกับผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการรักษาที่วัดได้จริงเป็นรูปธรรม ในช่วงเวลาที่เหมาะสม**แก่การประเมิน เช่น อาการเจ็บคอควรดีขึ้นในวันที่ 2 หลังการรับคำแนะนำ แล้วหายขาดในวันที่ 4-5 หลังการรับคำแนะนำ เป็นต้น

- **เภสัชกรร่วมกับผู้ป่วยเลือกวิธีการติดต่อที่สะดวกทั้งสองฝ่าย** ซึ่งอาจเป็นการกลับมาพบที่ร้านยาในวันถัดมา หรือการติดต่อทางโทรศัพท์ จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่น ๆ ทั้งนี้**เภสัชกรควรมีการบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครบถ้วนเก็บไว้ในร้านยาด้วย** เพื่อที่จะทราบประวัติและติดตามผลการรักษารวมถึงให้คำแนะนำลำดับต่อไปได้อย่างเหมาะสม

### • เกณฑ์แนะนำ •

- การกำหนดเป้าหมายการรักษานั้น เภสัชกรอาจเลือกอาการหรืออาการแสดงที่มีคุณสมบัติต่อไปนี้ 1) เป็นอาการนำที่รบกวนผู้ป่วยมากที่สุด 2) อาการมักดีขึ้นในระยะเวลาอันสั้นเมื่อเทียบกับอาการอื่น 3) ยาทางเลือกอื่นสามารถช่วยให้อาการนี้ดีขึ้นได้โดยเร็ว ตัวอย่างเช่น การเลือกใช้เป็นเป้าหมายการรักษาแทนอาการเจ็บคอสำหรับผู้ป่วยที่เจ็บคอจากเชื้อไวรัส ทั้งนี้เพราะใช้สามารถสังเกตได้ง่ายโดยตัวผู้ป่วยเอง และลดลงได้อย่างรวดเร็วด้วยการใช้ยาลดไข้และการเช็ดตัว ในขณะที่อาการเจ็บคომักใช้เวลาานกว่าจึงจะหาย ดังนั้นการเลือกใช้เป็นตัวชี้วัดจึงค่อนข้างมั่นใจได้มากกว่าผู้ป่วยจะไม่ต้องให้ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

## ขั้นที่ 5    **ปิดการให้บริการ**

**เป้าหมาย:** เพื่อคงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเภสัชกรและผู้มารับบริการ เกิดความมั่นใจซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือและผลการรักษาที่พึงประสงค์

**แนวทางที่แนะนำ:** ประยุกต์ใช้หลักมนุษยสัมพันธ์และหลักการสื่อสารที่ดีซึ่งแสดงออกถึงความเอาใจใส่ ห่วงใยและหวังดีแก่ผู้มารับบริการอย่างจริงใจ โดย

- **เภสัชกรร่วมกับผู้ป่วยสรุปแผนการรักษาและคำแนะนำต่างๆ พร้อมทั้งวิธีการประเมินผลตามที่ได้ตกลงกันไว้ในขั้นตอนที่ผ่านมา**

- **แสดงความมั่นใจในผลลัพธ์ที่ดีที่จะเกิดขึ้นโดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งผลลัพธ์บางประการได้เกิดขึ้นแล้วโดยทันที เช่น ผู้ป่วยได้รับเฉพาะยาที่ตรงกับโรค ซึ่งมีความคุ้มค่า ลดความสิ้นเปลืองจากค่ายาปฏิชีวนะลงได้ เป็นต้น**

- **เชิญชวนให้ผู้มารับบริการบอกต่อแก่ผู้อื่น** เพื่อช่วยให้คนใกล้ชิดใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งในที่สุดแล้วจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้มารับบริการเองเพราะเท่ากับเป็นการลดความเสี่ยงที่จะติดเชื้อดื้อยาจากคนใกล้ชิดนั่นเอง

## แผนภูมิสรุปขั้นตอนการบริการและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริม การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของผู้มารับบริการในร้านยา

### ขั้นตอนที่ 1 สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างเภสัชกรและผู้มารับบริการ

ประยุกต์ใช้หลักมนุษยสัมพันธ์และหลักการสื่อสารที่ดีซึ่งแสดงออกถึงความเอาใจใส่ ห่วงใยและหวังดีแก่ผู้มารับบริการอย่างจริงใจเภสัชกรมีท่าที่เป็นมิตร แสดงสีหน้า ท่าทางที่แสดงถึงความพร้อมที่จะให้บริการไม่เร่งรีบอธิบาย ตำหนิหรือโต้แย้งในทันที เมื่อรับทราบข้อมูลจากผู้มารับบริการ

### ขั้นตอนที่ 2 รวบรวมข้อมูล และประเมินผู้มารับบริการ

รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดและปลายปิดในจังหวะที่เหมาะสม ในประเด็น 1) ความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะ 2) ความคาดหวัง ต่อบริการและยาที่จะได้รับจากเภสัชกร 3) ประสบการณ์และพฤติกรรมกรการใช้ยาปฏิชีวนะในช่วงที่ผ่านมา และ 4) อาการ/อาการแสดงทางคลินิกในมุมมองของผู้ป่วย และมุมมองทางการแพทย์

### ขั้นตอนที่ 3 ประมวลผล ตัดสินใจและดำเนินการให้ยาและ/หรือคำแนะนำ

ประมวลผลจากข้อมูลต่าง ๆ อย่างละเอียดถี่ถ้วน อ้างอิงจากองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน แล้วเลือกตัดสินใจเป็นแผนการดำเนินการให้ยาและ/หรือ คำแนะนำที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้มารับบริการ

- แก้ไขความรู้ ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนให้ถูกต้อง โดยอธิบายด้วยวาจา และสื่อรูปแบบต่าง ๆ ประกอบ ซึ่งจะช่วยให้ผู้มารับบริการเกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้น

- ประสพการณ์การใช้ยาในอดีตเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้ป่วย เกสซ์กรจึงไม่ควรสร้างข้อขัดแย้งกับประสพการณ์เหล่านั้น แต่ต้องชี้แจงให้ผู้มารับบริการเห็นว่าอาการป่วยในครั้งนี้นั้น ไม่สามารถนำผลการใช้ยาจากประสพการณ์เดิมมาตอบได้ เกสซ์กรอาจอธิบายถึงผลเชิงลบอื่นๆ ที่เกิดขึ้นแล้วกับตัวผู้ป่วยจากการใช้ยากครั้งก่อน แต่ผู้ป่วยอาจไม่ทราบหรือไม่สังเกต เพื่อสร้างทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล
- เกสซ์กรต้องคำนึงถึงความคาดหวังหรือความกังวลของผู้ป่วยด้วยเสมอ จึงควรระวังการใช้คำพูดที่แสดงให้เห็นว่าไม่ให้ความสำคัญต่ออาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจไม่สบายใจที่ไม่ได้รับยา และพยายามหายาจากแหล่งอื่นแทน ในกรณีนี้อาจพิจารณาใช้เทคนิค “การชะลอการใช้ยาปฏิชีวนะ: delayed antibiotic use”

#### ขั้นตอนที่ 4 วางแผนการติดตามผล

- วางแผนการติดตามผล โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลการรักษา แนวทางดังนี้
- เกสซ์กรร่วมกับผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการรักษาที่วัดได้จริงเป็นรูปธรรม ในช่วงเวลาที่เหมาะสมแก่การประเมิน
  - เกสซ์กรร่วมกับผู้ป่วยเลือกวิธีการติดต่อที่สะดวกทั้งสอง เกสซ์กรควรมีการบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครบถ้วนเก็บไว้ในร้านยาด้วย เพื่อที่จะทราบประวัติและให้คำแนะนำลำดับต่อไปได้อย่างเหมาะสม

#### ขั้นตอนที่ 5 ปิดการให้บริการ

- เกสซ์กรร่วมกับผู้ป่วยสรุปแผนการรักษาและคำแนะนำต่างๆ ตามที่ได้ตกลงกันไว้ในขั้นตอนที่ผ่านมา
- แสดงความมั่นใจในผลลัพธ์ที่ดีที่จะเกิดขึ้นโดยไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะซึ่งผลลัพธ์บางประการได้เกิดขึ้นแล้วโดยทันที เช่น ผู้ป่วยได้รับเฉพะยาที่ตรงกับโรค ซึ่งมีความคุ้มค่า ลดความเสี่ยงเปลี่ยนจากค่ายาปฏิชีวนะลงได้
- เชิญชวนให้ผู้มารับบริการบอกต่อแก่ผู้อื่น เพื่อช่วยให้คนใกล้ชิดใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล









# แนวปฏิบัติในการ จ่ายยาอันตรายที่ควรจ่าย หรือกระจายยาอย่างมีเงื่อนไข

---

พงศธร มีสวัสดิ์สม  
มยุรี ตั้งเกียรติกำจาย  
กัตกตา ศรีบุญเรือง

ยาอันตรายที่ควรจ่ายหรือกระจายยาอย่างมีเงื่อนไข หมายถึง ยาที่อาจนำไปใช้ในทางที่ผิดและส่งผลกระทบต่อสังคม เช่น ยา tramadol ยา quinolones รวมถึงยาที่ทำให้เกิดผลข้างเคียงที่อาจเป็นอันตรายได้บ่อย เช่น ยากลุ่ม NSAIDs และยากลุ่ม COXIBs ที่ทำให้เกิดไตวายเฉียบพลัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีไตบกพร่องได้ ดังนั้น จึงควรจัดยากลุ่มดังกล่าว เป็นกลุ่มที่ควรจ่ายยาโดยเภสัชกรอย่างมีเงื่อนไข

## แนวปฏิบัติการใช้ tramadol ในร้านยา

Tramadol เป็นยาแก้ปวดในกลุ่ม weak opioid ที่มีข้อบ่งใช้ในการรักษาอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีกรนำมาใช้ในการรักษาความปวดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ อาการปวดเฉียบพลันเมื่อมีเนื้อเยื่อถูกทำลาย เช่น หลังผ่าตัดหรือได้รับอุบัติเหตุ และความปวดเรื้อรังอื่นๆ เช่น neuropathic pain, fibromyalgia, ข้อเข่าเสื่อม รวมถึง musculoskeletal pain อื่นๆ แม้จะเป็นยาที่คุณสมบัติทางเภสัชวิทยาซับซ้อนทั้งในแง่การออกฤทธิ์และเภสัชจลนศาสตร์ แต่นับเป็นยาที่มีประโยชน์มากหากใช้อย่างถูกต้อง อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยคือ คลื่นไส้ อาเจียน (ซึ่งอาจรบกวนผู้ป่วยแต่โดยทั่วไปมักไม่รุนแรง) ถ้าใช้ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงได้ เช่น ชัก กดการหายใจ serotonin syndrome รวมถึงการนำไปใช้ในทางที่ผิดซึ่งมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น การใช้ tramadol ในร้านยาเพื่อให้เกิดประโยชน์และมีความปลอดภัยสูงสุดจึงต้องคำนึงถึงประโยชน์และความเสี่ยงอย่างถี่ถ้วน โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้

## ปัจจัยที่ทำให้ไม่ควรใช้ tramadol

- รักษาอาการ **ปวดศีรษะ** ทุกรูปแบบ ทุกระดับความปวด (ให้ใช้ยาอื่น ถ้าคุมอาการไม่ได้ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ)
- มีประวัติโรคลมชัก
- มีประวัติอาการปวดไม่ชัดเจน
- มีประวัติหรือชักแล้วสงสัยว่ามีแนวโน้มการนำไปใช้ในทางที่ผิด ติดสารเสพติด ดื่มสุราจัดเป็นประจำ พิษสุราเรื้อรัง
- ใช้ opioids อยู่แล้วหลายขนาน
- ใช้ยาอื่นที่เพิ่มระดับ serotonin เช่น ยากลุ่ม antidepressant ต่าง ๆ พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวช และอาจพบใช้เป็นยาในการรักษากลุ่มอาการ neuropathic pain หรือ fibromyalgia
- ใช้ยาที่เป็น CYP2D6 inhibitors เช่น fluoxetine, paroxetine, bupropion, ritonavir
- มีประวัติเคยได้รับผลข้างเคียงมากกว่าปกติจากยาต่อไปนี้ในขนาดต่ำ amitriptyline, nortriptyline (อาการข้างเคียงที่พบ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม) หรือ propranolol (อาการข้างเคียงที่พบ เช่น หัวใจเต้นช้า)
- ดับ ไต ทำงานผิดปกติ (ในกรณีทราบระดับการทำงานอาจใช้วิธีปรับขนาดยา)
- มีระบบไหลเวียนโลหิตผิดปกติรุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง

## ปัจจัยที่บ่งชี้ว่า tramadol น่าจะมีประโยชน์

- อาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง
- อาการปวดระดับที่ NSAIDs หรือ COXIBs ยังไม่สามารถคุมอาการได้ดี
- ความปวดเฉียบพลัน โดยมีพยาธิสภาพชัดเจน เช่น มีแผล ปวด บวม แดง หรือแผลผ่าตัด แผลถอนฟันคุด
- ความปวดเรื้อรังต่อไปนี้โดยต้องมี
  - ประวัติความปวดและตัวโรคชัดเจน
  - เคยรับยาจากโรงพยาบาลในขนาดยากดที่มีระยะหนึ่ง
  - ไม่มีปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงการใช้ยาในตารางด้านซ้าย **และ**
  - พบแพทย์เป็นระยะ ๆ ทุก 1-3 เดือน

### หมายเหตุ

- การใช้ยาในกรณีโรคข้อเข่าเสื่อม รูมาตอยด์ สามารถจ่ายได้ตามความเหมาะสม หลังพิจารณาตาม checklist ข้างต้น
- การใช้ยาในการรักษากลุ่มอาการ Neuropathic pain จ่ายได้ตามความเหมาะสม หลังพิจารณาตาม checklist ข้างต้น แต่อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ใช้รักษากลุ่มอาการ neuropathic pain อื่น ยกเว้น post-herpetic neuralgia ที่เคยมีรอยโรคชัดเจนมาก่อน อีกทั้งควรเลือกใช้ยาอื่นก่อนเพราะ tramadol ไม่ใช่ยาขนานแรกในการเลือกใช้ (first line therapy)
- Fibromyalgia ไม่แนะนำให้จ่ายแต่โดยทั่วไปอาจจ่ายได้ในระยะสั้น ๆ เพื่อเป็น rescue analgesic ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยใช้อยู่แต่ยาไม่พอระหว่างรอไปพบแพทย์ หลังพิจารณาตาม checklist ข้างต้น
- ใช้เป็นทางเลือกในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามใช้ของยาในกลุ่ม NSAIDs เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

## แนวปฏิบัติการใช้ tramadol รักษาความปวดเฉียบพลัน

1. จ่ายยาในขนาดยาที่แนะนำโดยทั่วไปคือ ครั้งละ 50-100 มิลลิกรัม (มก.) ทุก 4-6 ชั่วโมง (ขนาดยาสูงสุดต่อวันคือไม่เกิน 400 มิลลิกรัม) ห้ามใช้ยาเกินขนาดที่แนะนำ และอาจจำเป็นต้องปรับขนาดยาตามสภาพผู้ป่วย (ดูในเอกสารกำกับยา) อย่างไรก็ตามเนื่องจากประชากรไทยมีระดับการทำงานของเอนไซม์ CYP2D6 หลากหลาย ส่วนใหญ่มีน้อยกว่าปกติ จึงมีแนวโน้มเกิดอาการไม่พึงประสงค์ คลื่นไส้ อาเจียนได้ง่าย จึงมีข้อแนะนำดังนี้

a. หากเคยได้รับยามาก่อนให้สอบถามถึงความรุนแรงของคลื่นไส้ อาเจียนที่เคยเกิดขึ้นโดยแบ่งเป็นระดับความรุนแรง ดังนี้

- i. คลื่นไส้ อาเจียนเล็กน้อยไม่รบกวนชีวิต ใช้ยาตามขนาดที่แนะนำทั่วไปและทำตามข้อ 3
- ii. คลื่นไส้ อาเจียนปานกลาง ผู้ป่วยพอทนได้ และเภสัชกรเห็นว่ายังมีประโยชน์และไม่มีทางเลือกอื่นอาจสอบถามความสมัครใจ พิจารณาใช้โดยลดขนาดยาและทำตามข้อ 3
- iii. คลื่นไส้ อย่างมากจนทนไม่ได้และรบกวนชีวิต ให้พิจารณาใช้ยาอื่น

b. หากไม่เคยได้รับยานี้มาก่อนให้เริ่มรับประทานยาเม็ดแรกขนาด 50 มก. หรือใช้ยาสูตรผสม tramadol 37.5 มก. ร่วมกับ paracetamol 325 มก. ถ้าไม่มีปัญหาผลข้างเคียงมากนักภายใน 6 ชั่วโมงแรกสามารถรับประทานยาเม็ดถัดไปโดยให้เว้นระยะห่างในช่วง 4 หรือ 6 ชั่วโมง (อาจเพิ่มเป็น 8 หรือ 12 ชั่วโมง)

หมายเหตุ : ในอาการปวดเฉียบพลันที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อข้อต่อจะมีความปวดสูงสุดในช่วง 1-3 วันแรก ดังนั้นในช่วง 1-3 วันแรกนี้ อาจแนะนำให้รับประทานยา tramadol ตามเวลาเช่น ทุก 4, 6, 8 หรือ 12 ชั่วโมง (around the clock) มากกว่าการแนะนำให้ทานเมื่อมีอาการปวด และเมื่ออาการปวดลดลงจึงลดยา เหลือเฉพาะเมื่อมีอาการปวดหลักการนี้ใช้ได้กับ NSAIDs และ paracetamol ในการรักษาความปวดเฉียบพลันด้วยเช่นกัน

2. จำนวนที่จ่ายควรน้อยที่สุดแต่เพียงพอสำหรับการให้ยาตามเวลาประมาณ 3 วัน และแบบรับประทานเมื่อมีอาการปวด 1-3 วัน

3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับผลการรักษาความปลอดภัยของยา รวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เมารถง่ายขึ้น ถ้าจำเป็นอาจจ่ายยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย เช่น domperidone, ondansetron แต่ไม่แนะนำ metoclopramide ในผู้สูงอายุ เนื่องจากยานี้มีโอกาสเกิดผลข้างเคียง extrapyramidal symptoms (EPS) เช่น กล้ามเนื้อบิดเกร็ง (dystonia) ลิ้นแข็ง คอแข็ง กลืนน้ำลายลำบาก มีอาการกระวนกระวาย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ (akathisia) อาการเดินตัวแข็ง ก้าวสั้น (parkinsonism) ได้

## แนวทางการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs และ COXIBs ในร้านยา

ยาในกลุ่ม NSAIDs เมื่อใช้ในขนาดต่ำมีฤทธิ์ลดไข้ และแก้ปวด เมื่อใช้ในขนาดสูงมีฤทธิ์แก้อักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ อีกทั้งสามารถใช้ลดไข้และแก้ปวดเมื่อใช้ paracetamol แล้วอาการไม่ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตามไม่ควรใช้ลดไข้ในกรณีที่ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดไข้เลือดออก ยาในกลุ่มนี้หลายชนิดมีการใช้อย่างแพร่หลายในร้านยา เช่น Ibuprofen, diclofenac, indomethacin และ piroxicam เป็นต้น

สำหรับยาในกลุ่ม COXIBs เช่น celecoxib และ etoricoxib มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างจากยาในกลุ่ม NSAIDs และมีวัตถุประสงค์ในการผลิตเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ของ NSAIDs ต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน อย่างไรก็ตาม เมื่อใช้ยา COXIBs ในขนาดสูงหรือเป็นเวลานานก็อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อทางเดินอาหารไม่แตกต่างจากยาในกลุ่ม NSAIDs (การใช้ยาทั้งสองร่วมกันระหว่าง NSAIDs กับยาในกลุ่ม Proton Pump Inhibitors (Pis) เช่น omeprazole ช่วยลดผลข้างเคียงที่มีต่อทางเดินอาหารได้ และให้ผลข้างเคียงในทางเดินอาหารที่ไม่แตกต่างจากการใช้ยาในกลุ่ม COXIBs เดียว ๆ) นอกจากนี้แล้ว

ยากลุ่ม COXIBs ยังมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นจึงควรมีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs และ COXIBs โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น และความคุ้มค่า โดยมีแนวทางดังนี้

### ปัจจัยที่ทำให้ไม่ควรใช้ยากลุ่ม NSAIDs / COXIBs

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ผู้ป่วยใช้เลือดออกหรือผู้ที่มีเกล็ดเลือดต่ำ
- ผู้ป่วยมีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs/ COXIBs ขนานอื่นอยู่แล้ว (ยกเว้น aspirin สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ)
- ผู้ป่วยมีการใช้ยากลุ่ม ACEIs (เช่น enalapril) หรือยากลุ่ม ARBs (เช่น losartan)
- หญิงตั้งครรภ์
- หญิงให้นมบุตร
- เด็กอายุน้อยกว่า 3 เดือน

### ปัจจัยที่บ่งชีว่ายากลุ่ม NSAIDs น่าจะมีประโยชน์

- ใช้เพื่อลดการอักเสบจากข้ออักเสบรูมาตอยด์ ข้ออักเสบเก๊าท์
  - ใช้ลดอาการปวดในระดับที่ paracetamol ไม่สามารถคุมอาการได้ดี เช่น อาการปวดจากข้อเข่าเสื่อม ปวดศีรษะไมเกรน ปวดฟัน ปวดท้องประจำเดือน และปวดจากบาดแผล
- หมายเหตุ : ควรจ่ายกลุ่ม NSAIDs ร่วมกับกลุ่ม PPIs เช่น omeprazole เมื่อ
- ผู้ป่วยเคยมีประวัติเป็นแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก หรือมีเลือดออกในทางเดินอาหาร
  - ผู้สูงอายุ
  - ผู้ที่อยู่ระหว่างการใช้ยา aspirin ขนาดต่ำ หรือ clopidogrel หรือ warfarin

**สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอาการปวด** แนะนำให้ใช้ tramadol ตามแนวทางด้านบน หรือใช้ยาแก้ปวดสำหรับใช้ภายนอก เช่น เจลพริก หรือ NSAIDs รูปแบบใช้ภายนอก อย่างไรก็ตาม ยากลุ่ม NSAIDs รูปแบบใช้ภายนอก ถ้าใช้ในปริมาณมาก จะทำให้เกิดไตวายเฉียบพลันได้เช่นกัน จึงควรใช้เท่าที่จำเป็น หรือไม่ควรทายาเป็นบริเวณกว้าง



**สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ** ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs เช่น diclofenac, piroxicam (ยาในกลุ่ม NSAIDs ที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุดคือ naproxen) และ กลุ่ม COXIBs เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ นอกจากนี้ยาในกลุ่ม NSAIDs และ COXIBs ทำให้เกิดการคั่งน้ำและโซเดียมได้ โดยผลข้างเคียงนี้จะเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับยาในขนาดที่สูงขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (heart failure) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จึงควรระวังในการใช้ยานี้ ถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้ใช้ยาในขนาดต่ำสุด และระยะเวลาสั้นที่สุด

## ข้อพึงระวังในการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs และกลุ่ม COXIBs

ห้ามจ่ายยา NSAIDs 2 ชนิดร่วมกัน หรือใช้ NSAIDs ร่วมกับ COXIBs เพราะไม่เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา แต่เพิ่มผลข้างเคียงของยา กรณีที่สามารถใช้ร่วมกันได้คือ paracetamol ร่วมกับ NSAIDs หรือ COXIBs

ยาในตารางนี้ห้ามใช้ร่วมกันเพราะทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ไตและหลอดเลือดหัวใจสูง

NSAIDs		COXIBs
Diclofenac	Mefenamic acid	Celecoxib
Etodolac	Naproxen	Etoricoxib
Floctafenine	Nabumetone	
Ibuprofen	Nimesulide	
Indomethacin	Piroxicam	
Ketorolac	Sulindac	
Meloxicam		

ไม่แนะนำให้เภสัชกรจ่ายยา NSAIDs หรือ COXIBs ในขนาดสูง สำหรับ บรรเทาอาการปวดจากเก๊าท์ หรือไขข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) ยกเว้นเป็นยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ ซึ่งกรณีนี้เภสัชกรชุมชนอาจ

จ่ายยา ibuprofen ขนาดไม่เกิน 1,200 มก. ต่อวัน เนื่องจากยาดังกล่าวใช้สำหรับบรรเทาอาการเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยใช้ยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน และไม่ได้ไปพบแพทย์ จะมีความเสี่ยงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคดังกล่าว เช่น ข้อผิดรูป

**ไม่ควรจ่ายยาในกลุ่ม NSAIDs หรือ COXIBs ในผู้ที่ใช้ยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs อยู่ เพราะจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเฉียบพลันมากขึ้น**

**ขนาดยาในกลุ่ม NSAIDs สำหรับบรรเทาอาการไข้ อาการปวด หรือการอักเสบ**

ขนาดยา NSAIDs	บรรเทาอาการไข้ หรือปวด (analgesic)	บรรเทาการอักเสบ (anti-inflammation)
Naproxen	ขนาดยาเริ่มต้น 500 มก. หลังจากนั้นให้ในขนาด 250 มก. ทุก 6-8 ชม. ห้ามเกิน 1.25 กรัม ต่อวัน	500-1,000 มก. ต่อวัน แบ่งให้ทุก 12 ชม. อาจเพิ่มขนาดยาถึง 1,500 มก. ต่อวัน ถ้าผู้ป่วยทนต่อยาได้
Ibuprofen	200-400 มก. ทุก 4-6 ชม. เมื่อมีอาการ ห้ามเกิน 1.2 กรัม ต่อวัน	400-800 มก. ทุก 6-8 ชม. ห้ามเกิน 3.2 กรัม ต่อวัน
ขนาดยา NSAIDs	บรรเทาอาการปวด และอาการอักเสบ	
Diclofenac	50 มก. ทุก 8-12 ชม. หรือ 75 มก. ทุก 12 ชม.	
Indomethacin	25-50 มก. ทุก 8-12 ชม. ห้ามเกิน 200 มก. ต่อวัน	
Piroxicam	20 มก. วันละ 1 ครั้ง หรือแบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ห้ามเกิน 30-40 มก. ต่อวัน	
ขนาดยา NSAIDs	บรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน	บรรเทาอาการปวดประจำเดือน
Mefenamic acid	500 มก. วันละ 1 ครั้ง หลังจากนั้นให้ขนาด 250 มก. ทุก 6 ชม. เมื่อมีอาการ <u>ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 7 วัน</u>	500 มก. วันละ 1 ครั้ง หลังจากนั้นให้ขนาด 250 มก. ทุก 6 ชม. เมื่อมีอาการ <u>ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 3 วัน</u>

**หมายเหตุ:** ขนาดยาที่เพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงต่อทางเดินอาหาร การทำงานของไต และโรคหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มขึ้น

Mefenamic acid ถ้าใช้นานเกินกว่าที่กำหนดแล้วอาการไม่ดีขึ้น แนะนำให้ไปพบแพทย์

ในกรณีที่ต้องการจ่ายยาในกลุ่ม NSAIDs สำหรับลดอาการเจ็บคอ (pain of sore throat) ควรเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียง แนวทางการรักษาแนะนำให้ใช้ paracetamol ก่อน ในกรณีที่เจ็บคอไม่เกิน 2 วัน ถ้าไม่สามารถควบคุมอาการได้ จึงจะจ่ายยา กลุ่ม NSAIDs ในกรณีที่เจ็บคอไม่เกิน 5 วัน โดยยึดตามปัจจัยที่ไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ตามที่กล่าวมาแล้ว

## แนวปฏิบัติของการใช้ยาปฏิชีวนะ quinolones (ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin)

ยาปฏิชีวนะกลุ่มนี้มีข้อบ่งใช้เพื่อรักษาโรคติดเชื้อหรือสงสัยการติดเชื้อที่สามารถวินิจฉัยได้ ติดตามประเมิน ผลอาการทางคลินิกและผลห้องปฏิบัติการได้ โดยก่อนยาจะถูกใช้ควรได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคติดเชื้อ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ เกษษกรที่ได้รับการฝึกอบรมด้านโรคติดเชื้อเบื้องต้น ยาปฏิชีวนะนั้นจึงจะถูกใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม หากจะอ้างอิงข้อมูลเชิงประจักษ์จากบัญชียาหลักแห่งชาติประจำปี พ.ศ. 2559 ได้ระบุบัญชียาและเงื่อนไขดังแสดงในตารางหน้าถัดไป ซึ่งจะเห็นว่ายาปฏิชีวนะ quinolones ส่วนใหญ่ถูกจัดอยู่ในบัญชี ค หรือ ง (ยกเว้น Norfloxacin จัดอยู่ในบัญชี ก และ Moxifloxacin เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ) ซึ่งยาบัญชี ค หรือ ง หมายถึงรายการยาที่ต้องใช้ในโรคเฉพาะทาง โดยผู้ชำนาญหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยมีมาตรฐานกำกับการใช้ ซึ่งสถานพยาบาลที่ใช้จะต้องมีความพร้อมตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงติดตามการรักษา เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ถ้าใช้ยาไม่ถูกต้องอาจเกิดพิษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย หรือเป็นเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย และในบัญชี ง เพิ่มความเข้มงวดของผู้ที่จะใช้ได้ต้องเป็นผู้ชำนาญเฉพาะโรคที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากสถานฝึกอบรม หรือได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาหรือทันตแพทยสภาเท่านั้น และโรงพยาบาล

จะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (drug utilization evaluation, DUE) โดยต้องมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้นเพื่อตรวจสอบย้อนกลับได้ ซึ่งสื่อความหมายได้ว่า ยาปฏิชีวนะในบัญชี ค-ง ไม่ควรถูกใช้หรือส่งจ่ายในร้านยาหรือสถานพยาบาลปฐมภูมิเบื้องต้นที่ไม่พร้อม ควรสงวนไว้ให้กรณีมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะและสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการตรวจวินิจฉัยติดตาม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลในร้านยาซึ่งเป็นหน่วยบริการร่วมปฐมภูมิของระบบสาธารณสุขไทยต่อไป

### ตาราง แสดงบัญชีรายการยาปฏิชีวนะ quinolones ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2559 และเงื่อนไขการสั่งใช้

ยาปฏิชีวนะ quinolones	รูปแบบเกลือ	รูปแบบยา	บัญชียาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ	เงื่อนไข
Norfloxacin		Tab	ก	
Ofloxacin		Tab 100, 200 mg	ข	ใช้เป็นยาทดแทนในการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ
			ค	เพื่อใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) โดยเป็น second-line therapy
Ciprofloxacin	hydrochloride	Tab	ง	ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ เช่น ใช้ต่อเนื่องจากยาฉีด (sequential therapy หรือ switch therapy)

ยาปฏิชีวนะ quinolones	รูปแบบ เกลือ	รูปแบบยา	บัญชียา ตามบัญชี ยาหลัก แห่งชาติ	เงื่อนไข
Ciprofloxacin	lactate	Sterile sol for injection	ง	<p>ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ใช้สำหรับรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม beta-lactams และ/หรือยาในกลุ่ม aminoglycosides ได้</li> <li>ใช้เป็น empiric therapy ใน 3 วันแรกของการรักษาร่วมกับยาในกลุ่ม beta-lactams และ/หรือยาในกลุ่ม aminoglycosides ในการรักษา severe-hospital acquired pneumonia ในกรณีที่ไม่สามารถรับประทานยาได้</li> </ol>
Levofloxacin	hemihydrate	Tab 500 mg	ง	<p>ใช้ในกรณีพิเศษตามคำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ เช่น ใช้รักษาแบบผู้ป่วยนอก (tab) และผู้ป่วยใน (sterile sol for injection) ในกรณีมี moderate to severe community-acquired pneumonia และ lower respiratory tract infection ที่สงสัย drug-resistant S. pneumonia (DRSP) หรือ pathogen ที่ทำให้เกิด atypical pneumonia ที่ใช้ macrolides ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือใช้ต่อเนื่องจากยาชนิด (sequential therapy หรือ switch therapy)</p> <p>ง เพื่อใช้รักษา multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) โดยเป็น first-line therapy ใน guideline ของ WHO2016</p>

ยาปฏิชีวนะ quinolones	รูปแบบ เกลือ	รูปแบบยา	บัญชียา ตามบัญชี ยาหลัก แห่งชาติ	เงื่อนไข
Moxifloxacin		Tab 400 mg	NED	<p>แม้เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ยานี้มีเงื่อนไขการใช้ดังตัวอย่างข้อบ่งใช้ จากโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ระบุ สามารถสั่งใช้ในกรณีพิเศษตาม คำแนะนำของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยโรคติดเชื้อ หน่วยโรคปอด หน่วยโรคภูมิแพ้ และฟายโสต ศอ นาสิกวิทยา หากแพทย์สาขาอื่น สั่งใช้ต้องผ่านการประเมินโดยแพทย์ ข้างต้น เป็นต้น โดยมีเกณฑ์การ สั่งใช้ยา ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- First-line treatment in chronic sinusitis</li> <li>- Second-line treatment in acute bacterial sinusitis</li> <li>- Second-line treatment in Otitis media</li> <li>- Second-line treatment in community-acquired pneumonia</li> </ul>

#### หมายเหตุท้ายตาราง

**NED-non essential drug formulary** หมายความว่า รายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

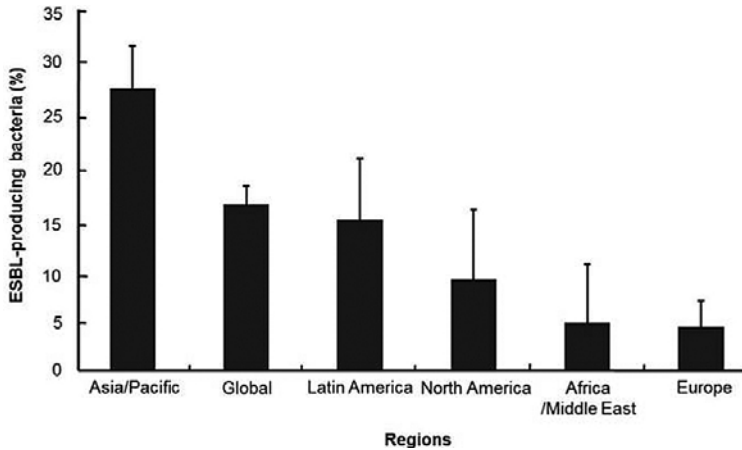
**บัญชี ก** หมายความว่า รายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาลุกลามที่พบบ่อย มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนการใช้ มีประสิทธิผลการใช้ในประเทศไทยอย่างพอเพียงและเป็นยาที่ควรได้รับการเลือกใช้เป็นอันดับแรกตามข้อบ่งใช้ของยานั้น

**บัญชี ข** หมายความว่ารายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิดที่ใช้ยาในบัญชียา ก ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือใช้เป็นยาแทนยาในบัญชี ก ตามความจำเป็น

**บัญชี ค** หมายความว่ารายการยาที่ต้องใช้ในโรคเฉพาะทาง โดยผู้ชำนาญ หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้น ๆ โดยมีมาตรฐานกำกับการใช้ ซึ่งสถานพยาบาลที่จะต้องมี ความพร้อม ตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงติดตามการรักษาเนื่องจากยากลุ่มนี้ถ้าใช้ยาไม่ถูกต้อง อาจเกิดพิษ หรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือเป็นเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย หรือเป็นยาที่มีแนวโน้มในการใช้ไม่ตรง ตามข้อบ่งชี้หรือมีประสิทธิผลการใช้ในประเทศไทยอย่างจำกัด หรือมีราคาแพงกว่ายาอื่นในกลุ่ม เดียวกัน

**บัญชี ง** หมายความว่ารายการยาที่มีหลายข้อบ่งชี้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งชี้ หรือ จะมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือเป็นรายการยาที่มีราคาแพง ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่มีความจำเป็น ต้องมีการระบุข้อบ่งชี้ และเงื่อนไขการสั่งไปประกอบในการพิจารณาอนุมัติการเบิกจ่ายจึงจะก่อประโยชน์ สูงสุด **ทั้งนี้ในบัญชีข งด** จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือ ก่อปัญหาต่อยาที่ร้ายแรง การสั่งใช้ยาซึ่งต้องให้สมเหตุสมผลเกิดความคุ้มค่าสมประโยชน์จะต้องอาศัย การตรวจวินิจฉัยและพิจารณาโดยผู้ชำนาญเฉพาะโรคที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจาก สถานฝึกอบรมหรือได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาหรือทันตแพทยสภาเท่านั้น และ โรงพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (drug utilization evaluation, DUE) โดยต้องมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้นเพื่อตรวจสอบในอนาคตได้

การที่ผู้ป่วยจะได้รับยาปฏิชีวนะในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศใน แถบอเมริกาเหนือ และแถบยุโรปจะต้องมีใบสั่งแพทย์เท่านั้นซึ่งทำให้อัตราของ เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะนั้นต่ำกว่าประเทศทางแถบ เอเชีย-แปซิฟิกดังแสดงในรูป ซึ่งหลายประเทศมีการเข้าถึงยาปฏิชีวนะได้ง่ายเนื่องจากไม่ต้องใช้ใบสั่งยาจาก แพทย์รวมทั้งประเทศไทย ดังนั้นการให้ความร่วมมือในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง เหมาะสมตามเงื่อนไขหลักวิชาการ ในขณะที่ประเทศไทยของเราผู้ป่วยหรือ ประชาชนยังสามารถเข้าถึงยาปฏิชีวนะโดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์ได้จึงมีความสำคัญ อย่างยิ่ง และเป็นบทบาทสำคัญของเภสัชกรในการใช้หลักวิชาความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเพื่อประโยชน์และความปลอดภัยด้านยา สูงสุดต่อผู้ป่วยและลดโอกาสเชื้อดื้อยาได้ในภาพรวม



รูปแสดงอัตราเชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะที่ผลิตเอนไซม์ (Extended spectrum beta lactamase; ESBL) เพื่อทำลายยา พบได้สูงในกลุ่มประเทศเอเชีย-แปซิฟิก เมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศในแถบอเมริกาเหนือหรือยุโรป ข้อมูลจาก The SMART Study

ที่มา: เอกสารอ้างอิงลำดับที่ 10

กล่าวโดยสรุป ยา quinolones ได้แก่ ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin ไม่ควรถูกใช้หรือสั่งจ่ายในร้านยาหรือสถานพยาบาลปฐมภูมิเบื้องต้นที่ไม่พร้อม หากจะพิจารณาจ่ายควรมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนและการติดตามที่เหมาะสม หรือจ่ายตามใบสั่งแพทย์ของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการให้การวินิจฉัยและติดตามผู้ป่วยได้





## เอกสารอ้างอิง

1. Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2013; 382(9894): 769-779.
2. Chen YF, Jobanputra P, Barton P, Bryan S, Fry-Smith A, Harris G, Taylor RS. Cyclooxygenase-2 selective non-steroidal anti-inflammatory drugs (etodolac, meloxicam, celecoxib, rofecoxib, etoricoxib, valdecoxib and lumiracoxib) for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2008; 12(11): 1-278.
3. O'Callaghan CA, Andrews PA, Ogg CS. Renal disease and use of topical non-steroidal anti-inflammatory drugs. *BMJ* 1994; 308(6921):110-1.
4. Kenealy T. Sore throat. *BMJ Clin Evid* 2011; 2011:1509.
5. Patrignani P, Brune K. New insight in to the use of currently available non-steroidal anti-inflammatory drugs. *J Pain Res* 2015;8:105-18.
6. McQuay HJ, Derry S, Eccleston C, Wiffen PJ, Andrew Moore R. Evidence for analgesic effect in acute pain - 50 years on. *Pain* 2012;153(7):1364-7.
7. Ansari H, Kouti L. Drug Interaction and Serotonin Toxicity with Opioid Use: Another Reason to Avoid Opioids in Headache and Migraine Treatment. *Curr Pain Headache Rep* 2016;20(8):50.
8. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2559 ประกาศ ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 คัดจากราชกิจจานุเบกษา เล่ม 133 ตอนพิเศษ 86 ง วันที่ 12 เมษายน 2559
9. Morgan DJ, Okeke IN, Laxminarayan R, Perencevich EN, Weisenberg S. Non-prescription antimicrobial use worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2011 Sep;11(9):692-701. doi: 10.1016/S1473-3099(11)70054-8. Epub 2011 Jun 12.
10. Lob S.H., Badal R.E., Bouchillon S.K., Hawser S.P., Hackel M.A., Hoban D.J. Epidemiology and susceptibility of Gram-negative appendicitis pathogens: SMART 2008-2010. *Surg. Infect.* 2013;14:203-208



# สถานการณ์ เชื่อดื้อยาปฏิชีวนะที่ควรรู้

---

กัตตา ศรีบุญเรือง

จากสถานการณ์ของเชื่อดื้อยาที่เพิ่มสูงขึ้นและยาปฏิชีวนะที่มีอยู่อย่างจำกัด ในปัจจุบันแนวนโยบายแห่งชาติด้านยา 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 2554-2559 ได้กำหนดว่า จะต้องลดค่าใช้จ่ายด้านยาลงอย่างน้อยร้อยละ 5 หรือราว 7,000 ล้านบาท และลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลลงร้อยละ 50 เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายดังกล่าว คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจึงริเริ่มดำเนินการ **โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล [Rational drug use hospital (RDU hospital)]** ขึ้น โดยมุ่งหวังเพื่อสร้างต้นแบบ (model) ของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและพัฒนาเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล โดยนาระบบการพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองมาตรฐานตามระบบ Hospital Accreditation (HA) มาร่วมกำหนดใช้ด้วยก็ได้เริ่มดำเนินการไปแล้ว ด้านร้านยาซึ่งเป็นภาคเอกชนที่ร่วมให้การดูแลประชาชนยามเจ็บป่วยเบื้องต้น เปรียบเสมือนด่านแรกของการเข้าถึงการรักษาของประชาชนทั่วไปที่ไม่สะดวกไปโรงพยาบาลและมีบทบาทสำคัญในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ร้านยาจึงเป็นกุญแจสำคัญอีกหนึ่งดอกที่จะช่วยขับเคลื่อน นโยบายของชาติด้านยาให้สำเร็จอีกทาง ซึ่งได้มีการดำเนินการเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะในร้านยามาอย่างต่อเนื่อง บทความนี้จึงมีเนื้อหาเพื่อกระตุ้นเตือนสถานการณ์ของเชื่อดื้อยา สร้างความตระหนักถึงการใช้อย่างสมเหตุผลอย่างรับผิดชอบและขอความร่วมมือการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล จากเภสัชกรและบุคลากรของร้านยา โดยขอความร่วมมือดังต่อไปนี้

- ไม่จ่ายยาปฏิชีวนะ ในกลุ่มโรคที่เป็นการติดเชื้อไวรัส ได้แก่ โรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน บาดแผลสด

- ลดหรือไม่จ่ายยาปฏิชีวนะที่ส่งผลต่อการรักษาด้วยยาทางเลือก สดท้ายสำหรับการรักษาอาการ หรืออาการแสดงที่สงสัยการติดเชื้อที่ไม่สามารถยืนยันผลการติดเชื้อ หรือความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะได้ ได้แก่ cefdinir, cefditoren, levofloxacin, moxifloxacin, gatifloxacin

## สถานการณ์การเชื้อมือ

สถานการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาเป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญตลอดในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยในปี 2014 องค์การอนามัยโลกให้ความสนใจเชื้อแบคทีเรียก่อโรคที่ 7 ชนิดที่ควรต้องติดตามข้อมูลการดื้อยา(1) ได้แก่ *Escherichia coli*, *Klebsella pneumonia*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumonia*, *Non typhoid salmonella*, *Shigella species* และ *Neisseria gonorrhoea* เนื่องจากมีรายงานการดื้อยาปฏิชีวนะและการรักษาล้มเหลวที่เพิ่มมากขึ้น ในส่วนของประเทศไทยวิกฤตเชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะก็เป็นปัญหาสำคัญของประเทศทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับชุมชน(2) ส่งผลกระทบเบื้องต้นต่อระบบสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายในการรักษามีมูลค่ามหาศาล ดังข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย ปี 2012 โดย ภาณุมาศ ภูมาศ และคณะ จำนวนประชากรไทยประมาณ 70 ล้านคน อัตราเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อ 38,481 รายต่อปี ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 3.24 ล้านวันต่อปี มูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 2,539-6,084 ล้านบาทต่อปี อัตราดื้อยาปฏิชีวนะกว่า 100,000 คนต่อปี(3) จากรายงานข้อมูลสถานการณ์การดื้อยาของประเทศไทย เกล็ดชกรชุมชนสามารถเข้าถึงสืบค้นติดตามสถานการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาได้จากข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังเชื้อมือด้านจุลชีพแห่งชาติ (หรือที่รู้จักกันในนาม NARST

ย่อมาจาก National Antimicrobial Resistance surveillance Center) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หรือที่เว็บไซต์ <http://narst.dmsc.moph.go.th/> (4)

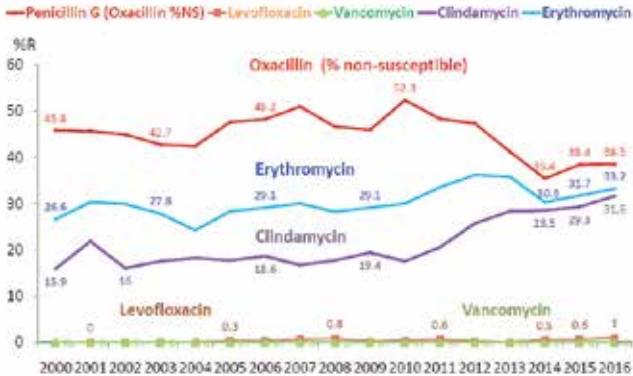
ในบทความนี้จะขอกล่าวถึงการดื้อยาของแบคทีเรียสองชนิดคือ Streptococcus pneumoniae และ Enterobacteriaceae ที่มีโอกาสพบได้ในการติดเชื้อจากชุมชน Community acquired infections เพื่อให้เภสัชกรชุมชนได้ทราบแนวโน้มของการดื้อยาปฏิชีวนะซึ่งเป็นผลมาจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมในอดีตซึ่งมีหลายสาเหตุที่จะได้กล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

### ***Streptococcus pneumoniae***(5)

เชื้อแบคทีเรียแกรมบวก รูปร่างกลม ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ทั้งส่วนบนและล่าง การติดเชื้อในกระแสเลือด และเป็นสาเหตุหลักของโรคปอดอักเสบติดเชื้อ ทั้งจากชุมชนและโรงพยาบาลสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า

- เชื้อดื้อต่อยาเพนิซิลลินเพิ่มจากร้อยละ 45.8 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 52.3 ในปี ค.ศ. 2010 และเป็นร้อยละ 38.5 ในปี ค.ศ. 2016 ซึ่งแนวโน้มเหมือนลดลงอาจเป็นผลจากโครงการ antibiotic smart use และ rational drug use แต่อย่างไรก็ตามเชือดังกล่าวยังมีอัตราการดื้อยาสูงอยู่
- เชื้อดื้อต่อยาอีริโทรไมซิน (erythromycin) จากร้อยละ 6.6 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 33.2 ในปี ค.ศ. 2016
- เชื้อดื้อต่อยา เลโวฟลอกซาซิน (levofloxacin) จากร้อยละ 0 ในปี ค.ศ. 2001 เริ่มมีรายงานเพิ่มมาเป็นร้อยละ 1 ในปี ค.ศ. 2016 (ดังรูปที่ 1)

### Antimicrobial Resistance rates of *S. pneumoniae* by year (NARST-55 hospitals, 2016)



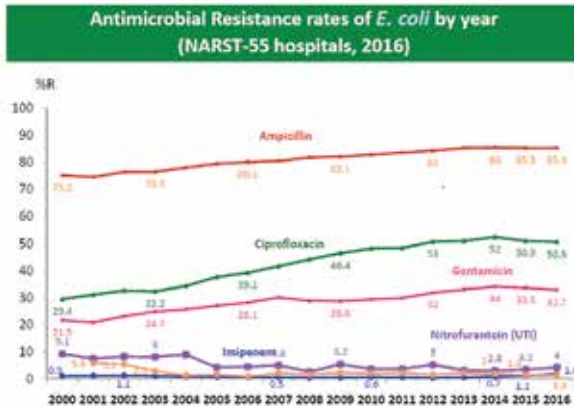
รูปที่ 1 แสดงร้อยละของเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* ที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะแต่ละชนิด ช่วงปี ค.ศ. 2000 ถึง ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2559)

ที่มา ข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ พ.ศ. 2559

**Enterobacteriaceae(5):** *Escherichia coli* (*E. coli*) และ *Klebsiella pneumoniae*

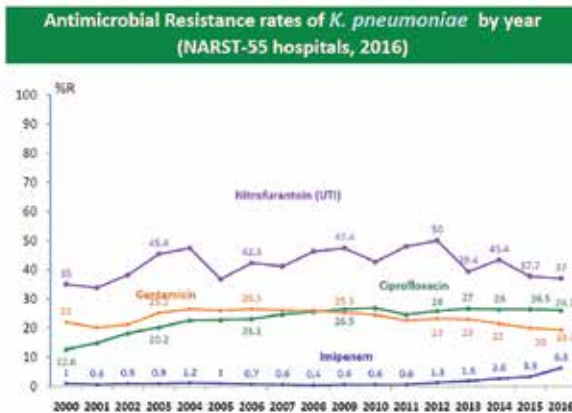
เชื้อแบคทีเรีย รูปแท่ง แกรมลบ ปกติเป็นเชื้อประจำถิ่นระบบทางเดินอาหารของมนุษย์ *Escherichia coli* สามารถก่อโรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในช่องท้อง *Klebsiella pneumoniae* ก่อโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

สถานการณ์ปัจจุบัน (รูปที่ 2 และ 3) พบว่า *E. coli* และ *K. pneumoniae* ดื้อต่อยา ciprofloxacin จากร้อยละ 29.4 และ 12.6 ในปี ค.ศ. 2000 มีรายงานเชื้อดื้อยาเพิ่มประมาณสองเท่า เป็นร้อยละ 50.5 และ 26.1 ตามลำดับ ในปี ค.ศ. 2016



รูปที่ 2 แสดงร้อยละของเชื้อ *Escherichia coli* ที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะแต่ละชนิด  
ช่วงปี ค.ศ. 2000 ถึง ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2559)

ที่มา ข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ พ.ศ. 2559

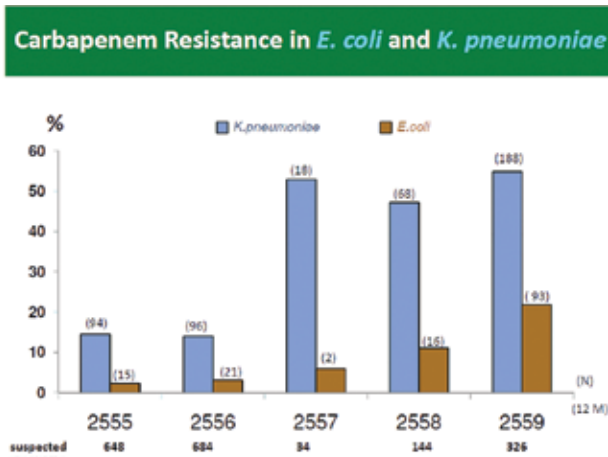


รูปที่ 3 แสดงร้อยละของเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะแต่ละ  
ชนิด ช่วงปี ค.ศ. 2000 ถึง ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2559)

ที่มา ข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ พ.ศ. 2559

*Extended spectrum beta lactamase (ESBL) enzyme producing enterobacteriaceae (E. coli และ K. pneumonia)* คือตัวยา cefotaxime และ ceftazidime สูงประมาณร้อยละ 40 ในปี ค.ศ. 2016 สูงกว่ารายงานก่อนหน้านี้ ช่วงปี ค.ศ. 2000 **ถึงสองเท่า**

*Carbapenem resistant enterobacteriaceae (E. coli และ K. pneumonia)* คือยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้าง คือ carbapenems สูงเพิ่มมากขึ้นดังรูปที่ 4 เป็นผลสืบเนื่องมาจากการต้องใช้ใช้กลุ่ม carbapenem เพื่อรักษากรณีของ *ESBLproducing enterobacteriaceae* มากขึ้น ทำให้เชื้อเริ่มพัฒนาการดื้อยา กลุ่ม carbapenems ซึ่งเปรียบเสมือนยากลับ last line สำหรับการรักษาการติดเชื้อ (6)



รูปที่ 4 แสดงร้อยละของเชื้อ *Escherichia coli* ที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ Carbapenems ช่วงปี ค.ศ. 2012 ถึง ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559)

ที่มา ข้อมูลศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ พ.ศ. 2559



## ลักษณะและกลไกการดื้อยาปฏิชีวนะของแบคทีเรีย (7, 8) แบ่งได้เป็น

**1. Intrinsic resistance** เป็นการดื้อยาที่มีตามธรรมชาติอยู่แล้ว เชื้อแต่ละกลุ่มถ่ายทอดการดื้อยาลักษณะนี้ผ่านทางพันธุกรรม เชื้อที่อยู่ใน genus หรือ species เดียวกันจะดื้อยาทุกชนิดเดียวกัน ดังตัวอย่างแบคทีเรียบางชนิดที่ไม่ถูกทำลายด้วยดื้อยาปฏิชีวนะบางชนิดอยู่แล้ว เช่น เชื้อแบคทีเรียแกรมลบรูปแท่ง (gram negative bacilli) ไม่ถูกทำลายด้วย vancomycin เนื่องจากยาผ่านเมมเบรนชั้นนอกได้ยาก หรือ anaerobic bacteria ไม่ถูกทำลายด้วย aminoglycosides เนื่องจากยาต้องอาศัยขบวนการเมแทบอลิซึมที่ต้องอาศัยออกซิเจน แต่เชื้อไม่มีขบวนการนี้ เป็นต้น

**2. Acquired resistance** เป็นกลไกการดื้อต่อยาปฏิชีวนะที่แบคทีเรียพัฒนาขึ้นมาเพื่อจะขจัดหรือลดประสิทธิภาพของยา เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม คืออาจเกิดการก่อกลายพันธุ์ (mutation) หรือเกิดการถ่ายถอดยีนส์ดื้อยา (resistant gene transfer) เชื้อใน genus หรือ species เดียวกันดื้อยาไม่เหมือนกันได้

โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 4 กลไกหลัก โดยเชื้อแต่ละชนิดอาจจะใช้หลายกลไกร่วมกันในการดื้อยาปฏิชีวนะแต่ละชนิด

- 1. การสร้างเอนไซม์มาทำลาย หรือตัดแปลงโครงสร้างของยา (Drug inactivation/modification)** เป็นกลไกที่พบได้มากที่สุด เกิดจากแบคทีเรียสร้างเอนไซม์มาทำลายหรือเปลี่ยนแปลงยาปฏิชีวนะ ทำให้ยาไม่มีฤทธิ์ ตัวอย่างเอนไซม์ที่พบได้บ่อยได้แก่ penicillinases, beta-lactamases, cephalosporinases
- 2. การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งเป้าหมายการออกฤทธิ์ของยาให้ผิดไปจากปกติ (Alteration of target site)** โดยวิธีการนี้ยาจะสามารถเข้าไปในผนังเซลล์ไปถึง target site ได้แต่ไม่สามารถจับกับ target site ได้ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง molecule จึงทำให้ยาออกฤทธิ์

ต่อไม่ได้ เช่น ใน *S. pneumoniae* PBP (penicillin binding protein) จะเปลี่ยนโครงสร้างเป็น PBPX ทำให้เกิดการดื้อยาตามมา หรือเชื้อ MRSA (methicillin resistant *Staphylococcus aureus*) ที่ดื้อยาสร้าง alternative target ขึ้นมาใหม่แล้วยาปฏิชีวนะจะมาจับกับ target อันใหม่แทน เช่น PBP2a

3. การเปลี่ยนแปลงขบวนการเมแทบอลิซึมของแบคทีเรียทำให้ยาที่มีฤทธิ์ขัดขวางขบวนการดังกล่าวไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ (Change in metabolic pathway)
4. การลดการผ่านของยาเข้าสู่เซลล์ และ/หรือ การเร่งการขับยาออกนอกเซลล์ของแบคทีเรีย (Decreased uptake/ decrease accumulation) แบคทีเรียมีกลไกป้องกันไม่ให้ยาเข้าไปในเซลล์หรือมีการใช้ energy-requiring membrane efflux pump นำยาออกไป ตัวอย่างเช่น เมื่อ *P. aeruginosa* พัฒนาให้ไม่มี porin เฉพาะในการที่ยาจะเข้าเซลล์ ชนิดนี้ก็จะสามารถดื้อต่อ imipenem ได้ หรือใน *Salmonella typhi* มีการเพิ่ม expression ของยีนที่สร้าง multidrug efflux pump จึงทำให้เกิดการดื้อยาหลายชนิดตามมา

## สาเหตุและการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาปฏิชีวนะ<sup>(9)</sup>

1. การใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไป (9, 10) ซึ่งอาจเนื่องมาจากความง่ายของการเข้าถึงยาปฏิชีวนะของประชาชน มุมมองและทัศนคติของแพทย์เภสัชกรในถึงแนวคิดในการใช้ยาปฏิชีวนะที่อาจจะไม่เป็นจริงเสมอ เช่น ความเชื่อที่ว่าอาการไข้ต้องมีสาเหตุจากโรคติดเชื้อเท่านั้น หากไม่ได้ยาปฏิชีวนะอาการผู้ป่วยจะแย่ลง โดยไม่คำนึงถึงหลักฐานทางคลินิกอื่นที่จะช่วยยืนยันการติดเชื้อ ทำให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไป ข้อมูลจากการสำรวจปี พ.ศ. 2555(11) พบรายงานการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่ควรจ่ายจากคลินิกและ

ร้านยา มีการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน ร้อยละ 54 และ 56 และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ร้อยละ 55 และ 43 จากคลินิกและร้านยาตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้นจึงปฏิเสธความจริงเรื่องการจ่ายยาปฏิชีวนะที่มากเกินไปในประเทศไทยไปไม่ได้ และเป็นสาเหตุหนึ่งของวิกฤตการณ์การซื้อตัวยาในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทางระบาดวิทยาพบความสัมพันธ์โดยตรงของการปริมาณการจ่ายยาปฏิชีวนะกับอัตราการดื้อยาที่เพิ่มขึ้น(12)

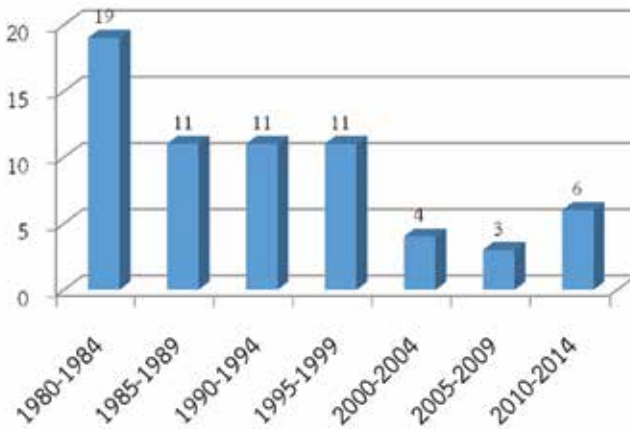
2. การจ่ายยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม(9) จากการศึกษาพบการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมทั้ง ชนิด ขนาดยา และระยะเวลาในทุกระดับ แม้กระทั่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว(13)ซึ่ง ระดับความเข้มข้นของยาปฏิชีวนะที่ต่ำกว่าระดับการรักษาจะทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของยีนส์ ก่อให้เกิดเชื้อดื้อยาได้

3. การขาดความรู้ความเข้าใจต่อการจ่ายยาปฏิชีวนะของผู้ป่วย(14,15) จากตัวอย่างการศึกษาเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยไทยต่อการจ่ายยาปฏิชีวนะพบว่า มีปัญหาอยู่หลายส่วน เช่น ความเข้าใจผิดคิดว่ายาปฏิชีวนะเป็นยาแก้ปวดเมื่อย เมื่อเป็นหวัดต้องได้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยมีความคาดหวังยาปฏิชีวนะจากเภสัชกรหรือแพทย์เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนสูง มีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การนำยาปฏิชีวนะเหลือเก็บกลับมาใช้ซ้ำหรือให้ผู้อื่น เป็นต้น ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเหล่านี้ล้วนนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและส่งเสริมให้เกิดการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรียได้

4. การจ่ายยาปฏิชีวนะในปศุสัตว์และอุตสาหกรรมเกษตร(16,17) เป็นปัญหาทั่วโลกไม่เฉพาะประเทศไทยที่มีการจ่ายยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันสัตว์เลี้ยงในฟาร์มติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็น ปลา ไก่ สุกร หรือโค กระบือ หวังผลให้สัตว์เลี้ยงมีสุขภาพดี ให้ผลผลิตสูง ทำให้ส่งเสริมโอกาสการเกิดเชื้อดื้อยาและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาผ่านการขับถ่ายของสัตว์สู่สิ่งแวดล้อม ดังรูปที่ 6 ซึ่งมีการสำรวจพบสาเหตุการดื้อยาจากฟาร์มปศุสัตว์นี้นานกว่า 35 ปี นอกจากนั้นบางพื้นที่ของ

ประเทศสหรัฐอเมริกายังมีการพ่นยา tetracycline หรือ streptomycin ในผลไม้ เพื่อป้องกันแมลงส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความไวของเชื้อแบคทีเรียต่อยาข้างต้นลดลง

5. การคิดค้นยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ลดลง(9, 18) เนื่องด้วยบริษัทยาส่วนมากเห็นว่าไม่คุ้มค่าที่จะลงทุนพัฒนาคิดค้นยาปฏิชีวนะ เนื่องจากมีระยะเวลาที่ใช้ยาสั้น และเป็นยาสำหรับโรคติดเชื้อเมื่อยหายแล้วก็ไม่จำเป็นต้องใช้ต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มยาที่ใช้สำหรับรักษาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันแล้ว ความคุ้มทุนของการคิดค้นยาปฏิชีวนะจึงน้อยกว่ายากกลุ่มอื่นมาก ทำให้ระยะหลังจำนวนยาปฏิชีวนะที่ได้รับการคิดค้นและรับรองลดลง ดังแสดงในรูปที่ 5



รูปที่ 5 แสดงจำนวนยาปฏิชีวนะที่ได้รับการรับรองในแต่ละปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-2014



รูปที่ 6 แสดงการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ  
ปรับปรุงจาก ที่มา: WHO: antibiotic resistance infographics สามารถเข้าถึงได้ที่ <http://www.who.int/mediacentre/infographic/en/>

## แนวทางการจัดการสำหรับเภสัชกรชุมชนที่ช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา (1, 17, 19, 20)

1. จ่ายยาปฏิชีวนะเมื่อมีข้อบ่งชี้การติดเชื้อชัดเจนและจำเป็นเท่านั้น
2. ไม่จ่ายยาปฏิชีวนะที่จะนำไปสู่การพัฒนาการดื้อยาของเชื้อเป็นลำดับแรก ได้แก่ Third generation oral cephalosporins และ new oral fluoroquinolones
3. แนะนำผู้ป่วยถึงยาและข้อบ่งชี้ ขนาดยา วิธีการรับประทาน ระยะเวลา การรับประทานยา ที่ถูกต้อง
4. ควรให้ข้อมูลผลที่จะตามมาหากใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม หรือผิดวิธี อาจนำไปสู่การดื้อยาปฏิชีวนะ
5. ควรให้ข้อมูลด้านการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อให้เหมาะสมตามแต่ผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่
  - การใส่หน้ากากอนามัย หากมีอาการไอ จาม
  - การล้างมือบ่อย ๆ รวมถึงวิธีการขั้นตอนการล้างมือที่ถูกต้องเพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายของเชื้อ
  - การรับวัคซีนให้ครบ ตามวัยโดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ ควรได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนลดโอกาสการติดเชื้อ *Streptococcus pneumonia*
  - การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยการสวมถุงยางอนามัย เป็นต้น

## บทสรุป

- ปัจจุบันเริ่มมีรายงาน *Streptococcus pneumoniae* ติดต่อกับ **levofloxacin** ในประเทศไทย

- พบ Enterobacteriaceae ดื้อยา **Ciprofloxacin** สูงมากขึ้นยากลุ่มนี้เป็นยาปฏิชีวนะที่หาซื้อได้ง่าย มีผลข้างเคียงไม่มาก จึงทำให้มีการใช้เกินความจำเป็นอย่างมากทั้งในคนและในสัตว์เลี้ยงในฟาร์ม การดื้อยากลุ่มนี้จึงเป็นปัญหาอย่างมากต่อการรักษาโรคติดเชื้อ และอาจส่งเสริมให้เกิดการดื้อยาข้ามกลุ่มไปยังยาปฏิชีวนะกลุ่ม carbapenems ได้ หากยังไม่มีการลดการควบคุมการใช้ยาที่เหมาะสม

- พบรายงานของ ESBL producing enterobacteriaceae ซึ่งหมายถึงแบคทีเรียที่สามารถสร้างเอนไซม์ beta-lactamase ที่มีฤทธิ์ย่อยทำลาย beta-lactams ได้หลายชนิด ทำให้มีฤทธิ์ดื้อยา beta-lactams เกือบทุกกลุ่ม การเกิด ESBL producing enterobacteriaceae มักมีสาเหตุสำคัญคือ การใช้ยาต้านจุลชีพในกลุ่ม cephalosporins โดยเฉพาะในกลุ่มที่ 3 ซึ่งจะ使得ต้องใช้อยา carbapenems เพื่อทำการรักษาซึ่งก็จะนำไปสู่การดื้อยากลุ่ม carbapenems เพิ่มขึ้นตามมา ดังรายงานข้างต้น

- จากข้อมูลเบื้องต้นของตัวอย่างการดื้อยาจึงเป็นที่มาของการขอความร่วมมือร้านยา ในการลดหรือไม่จ่ายยาปฏิชีวนะที่ส่งผลกระทบต่อการรักษาด้วยยาทางเลือกสุดท้ายสำหรับการรักษาอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยการติดเชื้อที่ไม่สามารถยืนยันผลการติดเชื้อ หรือความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะได้แก่

- ◆ Third generation oral cephalosporin: Cefdinir, Cefditoren
- ◆ New oral quinolones: Levofloxacin, Moxifloxacin



## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Antimicrobial Resistance: Global Report on Surveillance 2014 [cited 09 May2017]; Available from: [http://www.who.int/drugresistance/documents/AMR\\_report\\_Web\\_slide\\_set.pdf](http://www.who.int/drugresistance/documents/AMR_report_Web_slide_set.pdf).
2. Van Hecke O, Wang K, Lee JJ, Roberts NW, Butler CC. The implications of antibiotic resistance for patients' recovery from common infections in the community: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 20 Mar2017.
3. P Phumart TP, VThamlikitkul, A Riewpaiboon, P Prakongsai, Limwattananon S. Health and Economic Impacts of Antimicrobial Resistant Infections in Thailand : A Preliminary Study. *J Health Syst Res* 2012; 6(3):352-59.
4. National Antimicrobial Resistance surveillance Center TN. Antimicrobial Resistance :Global and National Status. 2016.
5. National Antimicrobial Resistance surveillance Center TN. Antimicrobial Resistance 2000-2016. 2016; Available from: <http://narst.dmsc.moph.go.th/data/AMR%202000-2016.pdf>.
6. McKenna M. Antibiotic resistance: the last resort. *Nature*. 2013 Jul 25;499(7459):394-6.
7. Luvira V. Overveiw of antibiotic resistance. *Songkla Med J* 2006;24(5):453-59.
8. พิณทิพย์ พงษ์เพ็ชร. Antibacterial resistance. In: นารัต เกษตรทัต, ชาญกิจ พุฒิเลอพงค์, editors. *Pharmacotherapy in Infectious Diseases 2009*. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2009.
9. Ventola CL. The antibiotic resistance crisis: part 1: causes and threats. *P T*. 2015 Apr;40(4):277-83.



10. Johnson A. Outpatient consumption of antibiotics is linked to antibiotic resistance in Europe: results from the European Surveillance of Antimicrobial Consumption. *Euro Surveill.* 2005 Feb 24;10(2):E050224 5.
11. N Sumpradit, S Hunnangkul PP, P Prakongsai,. A survey of the antibiotic control and surveillance system and measures in promoting rational use of antibiotics: Preliminary results. *J Health Syst Res.* 2012;6(3):361-73.
12. Read AF, Woods RJ. Antibiotic resistance management. *Evol Med Public Health.* 2014 Oct 28;2014(1):147.
13. Martens E, Demain AL. The antibiotic resistance crisis, with a focus on the United States. *J Antibiot (Tokyo).* 2017 May;70(5):520-6.
14. T Wongwian. Knowledge on antibiotic use for acute upper respiratory tract infections among outpatients with that infections at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. *Thai J Pharm Pract.* 2014;6(2):106-14.
15. จิรัชัย มงคลชัยภักดิ์ จร, เอมอร ชัยประทีป. การศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2012;6(2):91-100.
16. Wepking C, Avera B, Badgley B, Barrett JE, Franklin J, Knowlton KF, et al. Exposure to dairy manure leads to greater antibiotic resistance and increased mass-specific respiration in soil microbial communities. *Proc Biol Sci.* 2017 Mar 29;284(1851).
17. Cima G. WHO warns of 'post-antibiotic era'. *J Am Vet Med Assoc.* 2014 Jun 15;244(12):1356-7.
18. Luepke KH, Suda KJ, Boucher H, Russo RL, Bonney MW, Hunt TD, et al. Past, Present, and Future of Antibacterial Economics: Increasing Bacterial Resistance, Limited Antibiotic Pipeline, and Societal Implications. *Pharmacotherapy.* 2017 Jan;37(1):71-84.

19. E Utta CW. The global response to the threat of antimicrobial resistance and the important role of vaccines. *Pharmaceuticals Policy and Law* 2016;18 179-97.
20. Garau J, Nicolau DP, Wullt B, Bassetti M. Antibiotic stewardship challenges in the management of community-acquired infections for prevention of escalating antibiotic resistance. *J Glob Antimicrob Resist*. 2014 Dec;2(4):245-53.





RDU Pharmacy

# บทบาทร้านยาในการ ควบคุมการกระจายยา สู่แหล่งกระจายยาในชุมชน

---

วราวุธ เสริมสินสิริ  
ปริญญา มองเพชร

ภาพสะท้อนจาก นโยบาย “ยาแลกไซ” ของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อหลายปีก่อน ซึ่งสามารถนำยาที่ประชาชนเหลือใช้นำมาแลกไซได้กว่า 37 ล้านเม็ด!!! เป็นภาพสะท้อนถึงความสูญเปล่า การเข้าถึงยาได้อย่างง่ายดาย และความเสียงอันตรายจากยาที่แฝงตัวอยู่ในสังคมไทย มีคำถามเกิดขึ้นมากมายโดยเฉพาะคำถามที่ว่า ยาที่เหลือใช้ในครัวเรือนเหล่านี้มาจากไหน? .....

จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ 13 จังหวัดนำร่อง พบว่า ร้านชำ คือแหล่งกระจายยาที่ไม่ได้รับอนุญาตอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เฉลี่ยพบสูงถึงร้อยละ 92 ของร้านชำที่สำรวจ มีการจำหน่ายยาไม่เหมาะสม ตามมาด้วย มิติของรายการยาที่ไม่เหมาะสมที่กระจายในร้านชำ ตั้งแต่การขายยาชุด (พบใน 0-75% ของร้านชำที่สำรวจ) ยาปฏิชีวนะ (พบใน 5-87% ของร้านชำที่สำรวจ) ยาต้านการอักเสบ (พบใน 12-100% ของร้านชำที่สำรวจ)

เมื่อ “ยา” สามารถให้ได้ทั้งคุณและโทษ ยาจึงเป็นสินค้าบริโภคที่มีกฎหมายควบคุมเข้มงวด ให้การผลิต นำเข้า ขาย ต้องได้รับอนุญาตจากการทางราชการ และมีข้อกำหนด มาตรฐานต่าง ๆ มากมาย เพื่อให้ยาเหล่านี้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และปลอดภัย อย่างไรก็ตาม หากไม่มีการผู้ประกอบการวิชาชีพที่มีความรู้ให้คำแนะนำในการใช้ยาแล้ว “ยา” อาจกลายเป็น สินค้าที่ก่อให้เกิดอันตราย ดังนั้น กฎหมายว่าด้วยยาจึงมีการกำหนดเงื่อนไขคุณสมบัติของผู้ที่ส่งมอบยาไว้

ร้านค้าปลีก ร้านสะดวกซื้อ หรือที่เราเรียกกันติดปากว่า “ร้านชำ” เป็นสถานที่ที่ไม่มีใบอนุญาตขายยาตามกฎหมาย และไม่มีผู้ประกอบการวิชาชีพที่มีความรู้ในการให้คำแนะนำขณะส่งมอบยา ดังนั้นจึงเป็นจุดเริ่มต้นของความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยา และการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลของประชาชน

จากความพยายามของเครือข่ายการคุ้มครองผู้บริโภคในการสำรวจสภาพปัญหาในรอบหลายปีที่ผ่านมา พบตัวอย่างรายการยาที่นิยมจำหน่ายอย่างผิดกฎหมายในร้านชำ(1,2) จำแนกออกเป็นกลุ่ม ๆ ได้ดังนี้

### กลุ่มที่ 1 ยาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้าน

- ยาปฏิชีวนะ เช่น Penicillin G, Tetracycline
- ยากลุ่ม NSAID : Mefenamic acid / Diclofenac / Piroxicam / Ibuprofen
- ยาคุมกำเนิดชนิดเม็ด
- ยาแก้ท้องเสีย (Loperamide)
- Cyproheptadine
- ยาสูตรผสมแก้หวัดคัดจมูก
- ยาแก้ไอ (Dextromethrophan)

### กลุ่มที่ 2 ยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา ยาผิดกฎหมาย

- ยาชุด หลากหลายรูปแบบ
- ยาแผนโบราณที่ไม่มีทะเบียนตำรับยา / ยาสมุนไพร / น้ำสมุนไพร ที่มี การบรรยายสรรพคุณโอ้อวดเกินจริง เช่น ลดความอ้วน เบาหวาน ไขมัน
- ยาลูกกลอนที่ไม่มีทะเบียนตำรับยา

### กลุ่มที่ 3 ผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่อวดอ้างสรรพคุณภาพเป็นยา

- น้ำผลไม้ชนิดต่าง ๆ / กาแฟ / L-Carnitine / Glutathione ฯลฯ

ยาที่คนในชุมชนซื้อหาได้จากร้านชำเหล่านี้ มีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพโดยไม่จำเป็น ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงแพ้ยาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ความเสี่ยงด้านคุณภาพของยา เนื่องจากการจัดเก็บรักษาที่ไม่ถูกต้อง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังเกิดการสูญเสียโอกาสทางด้านการรักษาที่ถูกต้องอีกด้วย

## ร้านยาสามารถร่วมควบคุมการกระจายยา สู่แหล่งกระจายยาในชุมชน

เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในครัวเรือนและชุมชน ในฐานะที่ร้านยาเป็นหนึ่งในแหล่งกระจายยาเข้าสู่ชุมชนที่สำคัญยิ่งโดยผ่านร้านชำ ดังนั้นการกระจายยาอย่างสมเหตุผล โดยยึดกรอบของกฎหมายว่าด้วยยาและจรรยาบรรณวิชาชีพเภสัชกรรม จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

นอกจากนั้น การสนับสนุนให้ร้านชำจำหน่ายยาด้วยการจำหน่ายยาปริมาณมากๆ ให้เพื่อไปจำหน่ายช่วงต่อ นับว่าเป็นการทำลายธุรกิจด้านการขายยาของร้านยาที่ถูกต้องตามกฎหมาย แบบทางอ้อมอีกด้วย

ร้านยา สามารถร่วมควบคุมการกระจายยาสู่แหล่งกระจายยาในชุมชนได้ เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน และส่งเสริมธุรกิจร้านยาที่ถูกกฎหมายในวงการค้าเดียวกัน ด้วยแนวปฏิบัติที่ดีตามที่กฎหมายยาและจรรยาบรรณวิชาชีพกำหนด (3,4) ดังนี้



1. **ไม่**จำหน่ายหรือจัดส่ง**ยาจำนวนมากๆ** ให้กับบุคคลใดบุคคลหนึ่งเกินจำนวนที่จำเป็นต้องใช้เฉพาะตัวตามมาตรฐานการรักษา **เว้นแต่** เป็นยาสามัญประจำบ้านตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยยาสามัญประจำบ้าน
2. สามารถจำหน่ายหรือจัดส่งยาที่มี**จำนวนมากๆ** ให้เฉพาะกับ ผู้รับอนุญาตขายยา ผู้รับอนุญาตขายส่งยา กระทรวง ทบวง กรม สภาภคาชาติไทย องค์การเภสัชกรรม ผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน หรือผู้ประกอบกรบำบัดโรคสัตว์ สอดคล้องกับนิยามการขายส่ง ตามพ.ร.บ.ยา พ.ศ. 2510 **แต่ทั้งนี้ต้องใช้ดุลพินิจในการจำหน่าย เพื่อป้องกันปัญหาการนำยาไปจำหน่ายต่อในสถานที่ที่ผิดกฎหมายว่าด้วยยา**
3. จัดให้มีกระบวนการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ประสงค์จะซื้อยาจำนวนมากๆ ก่อนที่จะจำหน่ายทุกครั้ง
4. ห้ามจำหน่ายยานอกสถานที่ขายยา **เว้นแต่** เป็นการขายส่ง (“ขายส่ง” หมายความว่า ขายตรงต่อผู้รับอนุญาตขายยา ผู้รับอนุญาตขายส่งยา กระทรวง ทบวง กรม สภาภคาชาติไทย องค์การเภสัชกรรม ผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน หรือ ผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์)
5. หากต้องการจำหน่ายยาประเภทยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องควบคุมการส่งมอบ ให้เป็นไปตามกฎหมายรวมทั้งให้คำแนะนำตามสมควรเกี่ยวกับการใช้ยาให้ปลอดภัยตามหลักวิชาการ และตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ



## เอกสารอ้างอิง

1. ภาณุโชติ ทองยัง. ชมรมเภสัชชนบทกับเส้นทางการจัดการยาไม่เหมาะสมในชุมชน. ยาวิพากษ์. 2556; 5(17):หน้า 5
2. นุชรินทร์ โตมาชชา. ปัญหาในชุมชนและทางออก. ยาวิพากษ์ 2556; 5(17): หน้า 10
3. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
4. กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖







# Rational Drug Use in Community Pharmacy

