

Drug Use Evaluation of Prescription of Oral Omeprazole for Prevention of Ulceration of the Digestive System, Outpatient Department of a Community Hospital in Chaiyaphum Province

Panee Chaijandee¹

¹Department of Pharmacy, Chatturat Hospital, Chaiyaphum Province

Abstract

Introduction: The prescription of Omeprazole in the Chatturat Hospital, Chatturat District, Chaiyaphum Province, in fiscal years of 2022-2024, had the high value in the top 20 items of prescription in hospital which might be unreasonably prescription, and caused unnecessary loss of expenses to hospital.

Objective: To evaluate the reasonableness and the value of prescription of oral Omeprazole for prevention of ulceration of the digestive system, Outpatient Department of the Chatturat Hospital, Chaiyaphum Province.

Methodology: This research was a retrospective descriptive study. Sample group were patients who received oral Omeprazole in Outpatient Department, from the HOSxP database of the Chatturat Hospital, Chaiyaphum Province, totaling 4,167 prescriptions. Sample group were purposive sampling. Tool used in collecting data was the Form of Recording of Data of Reasonableness of Prescription of oral Omeprazole in Outpatients. The itemized index of conformity was ranged between 0.67-1.00. The data used in this Research was collected from 1st October until 31st December 2023. The data was analyzed by using descriptive statistics.

Results: It was found that Omeprazole was used to prevent ulceration of the digestive system as indications, totaling 4,167 prescriptions, with the value of 279,288.00 Baht. There was reasonable use of prescription according to indications, totaling 2,421 prescriptions, equal to 58.10%, with the value of 161,437.50 Baht, and there was unreasonable use of prescription, totaling 1,746 prescriptions, equal to 41.90%, with the value of 117,850.50 Baht. Whereby, low-risk groups were the largest groups with unreasonable use of prescription, totaling 1,397 prescriptions equal to 33.52%, with the value of 80,181.00 Baht, and moderate-risk groups had unreasonable use of prescription, totaling 349 prescriptions, equal to 8.38%, with the value of 37,699.50 Baht.

Conclusions: There was unreasonable use of Omeprazole to prevent ulceration of the digestive system which is not in accordance with indications mostly found in the low-risk groups resulting in unnecessary loss of value.

Implications: Measures for use of Omeprazole should be determined to properly prevent ulceration of the digestive system particularly in low-risk groups and patient groups that are diagnosed relating to gastrointestinal diseases with *H. pylori* infection and monitoring of prescription and the created value to reduce the loss of value of improper prescription of hospitals.

Key Words: Omeprazole, Rational drug use, Review of prescription

Corresponding author: Panee Chaijandee **E-mail:** Paneepharm@gmail.com

Received: 23 June 2025 **Revised:** 26 August 2025 **Accepted:** 31 August 2025

การประเมินความสมเหตุผลของการสั่งใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทาน เพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหาร แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ

พาณี ชัยจันต์¹

¹กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: การสั่งใช้ยาโอเมพราโซล โรงพยาบาลจัตุรัส อำเภोजัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2565-2567 มีมูลค่าสูงอยู่ใน 20 รายการแรกของการสั่งใช้ยาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจมีการสั่งใช้ยาไม่สมเหตุผล ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อประเมินความสมเหตุผลและมูลค่าของการสั่งใช้ยาโอเมพราโซล ชนิดรับประทานเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหาร แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาโอเมพราโซล ชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก จากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 4,167 ใบสั่งยา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลความสมเหตุผลของการสั่งใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ข้อมูลที่ศึกษาเป็นข้อมูลในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: พบว่าการใช้ยาโอเมพราโซลเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารตามข้อบ่งใช้ จำนวน 4,167 ใบสั่งยา คิดเป็นมูลค่า 279,288.00 บาท มีการใช้สมเหตุผลตามข้อบ่งใช้ จำนวน 2,421 ใบสั่งยา ร้อยละ 58.10 คิดเป็นมูลค่า 161,437.50 บาท และใช้ไม่สมเหตุผล จำนวน 1,746 ใบสั่งยา ร้อยละ 41.90 คิดเป็นมูลค่า 117,850.50 บาท โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ มีการใช้ไม่สมเหตุผลมากที่สุด จำนวน 1,397 ใบสั่งยา ร้อยละ 33.52 คิดเป็นมูลค่า 80,181.00 บาท และกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง มีการใช้ไม่สมเหตุผล จำนวน 349 ใบสั่งยา ร้อยละ 8.38 คิดเป็นมูลค่า 37,699.50 บาท

สรุปผล: มีการใช้ยาโอเมพราโซลเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารอย่างไม่สมเหตุผล ซึ่งเป็นการใช้ยาไม่ตรงกับข้อบ่งใช้พบในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำมากที่สุดส่งผลให้มีมูลค่าการสูญเสียเงินความจำเป็น

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการกำหนดมาตรการในการใช้ยาโอเมพราโซล เพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารให้เหมาะสมโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ และกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคทางเดินอาหาร ที่มีการติดเชื้อ *H. pylori* และมีกักตักติดตามการสั่งจ่ายยาและมูลค่าที่เกิดขึ้นเพื่อลดการสูญเสียมูลค่าการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โอเมพราโซล, การใช้ยาสมเหตุผล, การทบทวนการสั่งใช้ยา

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : พาณี ชัยจันต์ อีเมล: Paneepharm@gmail.com

วันที่รับ: 23 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ: 26 สิงหาคม 2568 วันที่ตอบรับ: 31 สิงหาคม 2568

บทนำ

ปัญหาการสั่งจ่ายที่ไม่จำเป็นหรือการสั่งจ่ายอย่างไม่สมเหตุผลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของการจ่ายยาในประเทศกำลังพัฒนาเป็นการจ่ายอย่างไม่เหมาะสม ปัญหาการจ่ายอย่างไม่สมเหตุผลที่พบได้บ่อย ได้แก่ การจ่ายยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น การจ่ายผิดเกินความจำเป็น การจ่ายยาหลายขนานร่วมกันโดยปราศจากข้อบ่งชี้ทางคลินิก การสั่งจ่ายยาไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษามาตรฐาน และการจ่ายยาด้วยตนเองอย่างไม่ถูกต้อง การจ่ายยาอย่างไม่สมเหตุผลดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการ ทั้งการเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการไม่พึงประสงค์จากการเกิดเชื้อดื้อยา การรักษาที่ไม่มีประสิทธิผล และการสูญเสียทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10-40 ของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศทั่วโลก (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

สำหรับประเทศไทย ปัญหาการจ่ายยาอย่างไม่สมเหตุผลถือเป็นปัญหาเชิงระบบที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับประเทศจนถึงระดับชุมชน โดยมีค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 86,544 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 180,585 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2561 สะท้อนให้เห็นถึงการเข้าถึงยาที่มากขึ้นควบคู่กับการใช้ยาเกินความจำเป็น ในระดับสถานพยาบาลพบการจ่ายยาอย่างไม่สมเหตุผลในหลายรูปแบบ เช่น การสั่งจ่ายยาหลายรายการพร้อมกัน การจ่ายไม่ตรงกับโรค การสั่งจ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การจ่ายยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น และการใช้ยาราคาแพงหรือยาที่ขาดหลักฐานยืนยันประสิทธิผล (หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล และคณะ, 2564)

โอเมพราโซล (Omeprazole) เป็นยาลดการหลั่งกรด อยู่ในกลุ่มยายับยั้งการขับโปรตอน (Proton Pump Inhibitor: PPI) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งเอนไซม์ Hydrogen-Potassium Adenosine Triphosphatase (H^+/K^+ ATPase) ที่ Parietal cell บริเวณ Secretory surface แบบจำเพาะ และไม่สามารถย้อนกลับได้ ข้อบ่งใช้ของโอเมพราโซล ที่มีหลักฐานยืนยันประสิทธิภาพที่ชัดเจนมีหลายข้อบ่งใช้ เช่น รักษาแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenal ulcer disease) รักษาแผลในกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer active) กำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) ที่แผลในระบบทางเดิน โรคกรดไหลย้อน (Gastroesophageal Reflux Disease: GERD) เป็นต้น (พนารัตน์ ชูติมานุกูล และปภัสรา วรณทอง, 2563)

จากการศึกษาการใช้ยาโอเมพราโซลเกินความจำเป็นและความสูญเสียทางการเงินในบริบทโรงพยาบาลชุมชนของ ภาวิตา จริยาเวช และปิยะเมธ ดิลกธรสกุล (2561) พบว่า มีการได้รับยาโอเมพราโซลเกินความจำเป็น ร้อยละ 69.98 มูลค่าที่สูญเสียเฉลี่ยประมาณ 80,280 บาทต่อปี และจากการศึกษาการประเมินความสมเหตุผลของการจ่ายยาโอเมพราโซลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ของ พิชญา อุดมศิลป์ และคณะ (2566) พบว่า มีการจ่ายยาโอเมพราโซลอย่างไม่สมเหตุผล ร้อยละ 30.04 โดยพบในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 28.93 และกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 1.11 เมื่อทบทวนข้อมูลการสั่งจ่ายยาโอเมพราโซล โรงพยาบาลจตุรัส อำเภोजตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 พบว่า มีมูลค่าการสั่งจ่ายยาอยู่ใน 20 ลำดับแรกของโรงพยาบาล มูลค่า 578,500 บาท 594,500 บาท และ 673,000 บาท ตามลำดับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจประเมินความสมเหตุผลและมูลค่าของการสั่งจ่ายยาโอเมพราโซลแบบรับประทานในผู้ป่วยนอก ตามข้อบ่งใช้และตามขนาดยา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงแนวทางการสั่งจ่ายยาโอเมพราโซลให้มีความเหมาะสม ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินความสมเหตุสมผลและมูลค่าของการสั่งใช้ยาโอเมพราโซล ชนิดรับประทานเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหาร แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) โดยข้อมูลที่ใช้ศึกษาเป็นข้อมูลในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับยาโอเมพราโซล ชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก จากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีจำนวน 4,167 ใบสั่งยา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกจากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยนอกทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานเพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ที่มารับบริการในช่วง 1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2566 และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาโอเมพราโซลไม่ครบถ้วน

นิยามศัพท์การวิจัย

ยาโอเมพราโซล (Omeprazole) หมายถึง ยาโอเมพราโซล (Omeprazole) ชนิดรับประทาน ขนาด 20 มิลลิกรัม

ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs: NSAIDs)

ในการวิจัยนี้ หมายถึง ยาที่อยู่ในบัญชีของโรงพยาบาลในช่วงที่ทำการศึกษา ได้แก่ Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen และ Celecoxib และกลุ่มยาต้านการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด ได้แก่ Aspirin

การประเมินความสมเหตุสมผลในการใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทาน ในการป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารจากการใช้ NSAIDs ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. การประเมินความสมเหตุสมผลตามข้อบ่งใช้ จัดกลุ่มความเสี่ยงเป็น 3 ระดับตามแนวทางเวชปฏิบัติของ American College of Gastroenterology (ACG) ได้แก่ ความเสี่ยงสูง ความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงต่ำ (Lanza et al., 2009) โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ 1) อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป 2) มีประวัติแผลในกระเพาะอาหารแบบไม่มีภาวะแทรกซ้อน 3) การได้รับ NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด และ 4) การได้รับยาสเตียรอยด์ (Prednisolone 5 mg. ชนิดเม็ด) หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin 3 mg. หรือ 5 mg. ชนิดเม็ด) ร่วมด้วย (พิชญา อุดมศิลป์ และคณะ, 2566; พิราภรณ์ อยู่เหลียง และคณะ, 2562) โดยกรณีที่ต้องใช้ยาเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหาร ใช้ขนาดยา 20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจัดระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหารและแนวทางในการป้องกัน

ระดับความเสี่ยง	จำนวนปัจจัยเสี่ยง	แนวทางการใช้ยาป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหาร
ความเสี่ยงสูง	มากกว่า 2 ปัจจัย	- ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา NSAIDs - ถ้ากรณีจำเป็นให้ใช้ยากลุ่ม Cox-2 inhibitors (Celecoxib) โดยให้ร่วมกับยา Omeprazole
ความเสี่ยงปานกลาง	1 หรือ 2 ปัจจัย	- ให้เลือกใช้ยากลุ่ม Cox-2 inhibitors เพียงชนิดเดียว หรือใช้ยา NSAIDs ร่วมกับยา Omeprazole
ความเสี่ยงต่ำ	ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	- ใช้ยา NSAIDs ได้โดยไม่ต้องให้ยา Omeprazole

2) กรณีมีข้อบ่งใช้อื่น ๆ จะประเมินโดยใช้ขนาดยาตามคำแนะนำของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (United State Food and Drug Administration: USFDA) หรือแนวทางเวชปฏิบัติของ ACG และแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) (คณะกรรมการผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย พ.ศ. 2563, 2563; พิชญา อุดมศิลป์ และคณะ, 2566) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ขนาดยาโอเมพราโซลที่ใช้ในข้อบ่งใช้ต่าง ๆ

ICD-10	ข้อบ่งใช้	USFDA	ขนาดยาตามคำแนะนำของ USFDA หรือแนวทางเวชปฏิบัติ
-	การใช้ยาในการป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSAIDs	-	20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
B96.81	กำจัดเชื้อ <i>H. pylori</i> ที่แผลในระบบทางเดินอาหาร	✓	
	-Dual therapy		40 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
	-Triple therapy		20 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง
K20	โรคหลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis)	✓	20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
K21.0	โรคหลอดอาหารอักเสบจากกรดไหลย้อน (Erosive esophagitis, GERD)	✓	20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
K21.9	โรคกรดไหลย้อน (GERD)	✓	20 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง
K22.1	โรคหลอดอาหารอักเสบ (Erosive esophagitis)	✓	20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
K22.2	โรคหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)	-	20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
K22.7	โรคหลอดอาหารบาร์เรตต์ (Barrett esophagus)	-	20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
K25	โรคแผลในกระเพาะอาหาร (Gastric ulcer, active, benign)	✓	40 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
K26	โรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น (Ulcer of duodenum, active)	✓	20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
K27	โรคแผลทางเดินอาหาร (Peptic ulcer)	-	20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
K30	โรคกระเพาะอาหารแปรปรวน (Functional dyspepsia)	-	20 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง
K31.8	โรคภาวะที่มีการหลั่งกรดมากผิดปกติ (Gastric hypersecretion)	-	เริ่ม 60 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง อาจเพิ่มเป็น 120 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจตุรัส อำเภोजตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบไฟล์ Microsoft Excel เพื่อรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลความสมเหตุสมผลของการสั่งใช้ยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การได้รับยา NSAIDs การได้รับยาสเตียรอยด์ การได้รับยาแก้ปวดอื่น วิธีการใช้ยา และ มูลค่ายา ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) จากอายุรแพทย์ โรงพยาบาลจตุรัส จำนวน 3 ท่าน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และผู้วิจัยปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ 86/2567 เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาล โดยได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจัดรัสก่อนดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจัดรัส จังหวัดชัยภูมิ
2. ประสานงานกับผู้ดูแลระบบ HOSxP โรงพยาบาลจัดรัส จังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ผู้ดูแลระบบ HOSxP เป็นผู้นำข้อมูลเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการส่งยาโอเมพราโซลชนิดรับประทาน ในผู้ป่วยนอก ช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 ในรูปแบบไฟล์ Microsoft Excel ส่งให้ผู้วิจัย
3. จัดหมวดหมู่ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล แบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด มีจำนวน 4,167 ใบสั่งยา
4. นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และความสมเหตุสมผลของการส่งยาโอเมพราโซลชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากข้อมูลใบสั่งยา จำนวน 4,167 ใบสั่งยา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.42 และเพศชาย ร้อยละ 31.58 มีอายุระหว่าง 61-80 ปี ร้อยละ 46.84 รองลงมาได้แก่ 41-60 ปี ร้อยละ 29.18 ($M=64.08$, $SD=15.73$) สิทธิการรักษาที่พบมากที่สุด คือ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 72.98 รองลงมาได้แก่ ข้าราชการ ร้อยละ 17.30 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของข้อมูลใบสั่งยา ($n=4,167$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนใบสั่งยา (ใบ)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,316	31.58
หญิง	2,851	68.42
อายุ		
0-20 ปี	92	2.21
21-40 ปี	456	10.94
41-60 ปี	1,216	29.18
61-80 ปี	1,952	46.84
81 ปีขึ้นไป	451	10.83
($M=64.08$, $SD=15.73$)		
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	3,041	72.98
ข้าราชการ	721	17.30
ประกันสังคม	324	7.78
อื่น ๆ	81	1.94

2. ความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารตามข้อบ่งใช้

ผลการศึกษาโดยรวม พบว่า การใช้ยาโอเมพราโซลเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารตามข้อบ่งใช้ จำนวน 4,167 ใบสั่งยา คิดเป็นมูลค่า 279,288.00 บาท โดยมีการใช้สมเหตุผลตามข้อบ่งใช้จำนวน 2,421 ใบสั่งยา ร้อยละ 58.10 คิดเป็นมูลค่า 161,437.50 บาท และใช้ไม่สมเหตุผล จำนวน 1,746 ใบสั่งยา ร้อยละ 41.90 คิดเป็นมูลค่า 117,850.50 บาท โดยพบว่า กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ มีการใช้ไม่สมเหตุผลจำนวน 1,397 ใบสั่งยา ร้อยละ 33.52 คิดเป็นมูลค่า 80,181.00 บาท และกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง มีการใช้ไม่สมเหตุผล จำนวน 349 ใบสั่งยา ร้อยละ 8.38 คิดเป็นมูลค่า 37,699.50 บาท รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสมเหตุผลตามข้อบ่งใช้ของการใช้ยาโอเมพราโซลเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหาร (n=4,167)

ระดับความเสี่ยงการเกิดแผล ในระบบทางเดินอาหาร	ความสมเหตุผลตามข้อบ่งใช้			
	สมเหตุผล		ไม่สมเหตุผล	
	จำนวน (ร้อยละ)	มูลค่า (บาท)	จำนวน (ร้อยละ)	มูลค่า (บาท)
เสี่ยงต่ำ (ไม่มีปัจจัยเสี่ยง)	-	-	1,397 (33.52)	80,181.00
- ไม่มีโรคทางเดินอาหาร	-	-	253	13,829.00
- ได้รับยาแก้ปวดที่ไม่ใช่กลุ่ม NSAIDs ร่วมกับ Omeprazole	-	-	512	29,696.00
- ได้รับยากกลุ่ม NSAIDs ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปี	-	-	293	16,994.00
- ได้รับยา NSAIDs 1 ชนิด	-	-	339	19,662.00
เสี่ยงปานกลาง (มีปัจจัยเสี่ยง 1-2 ปัจจัย)	2,419 (58.05)	161,164.50	349 (8.38)	37,669.50
1) มีปัจจัยเสี่ยง 1 ปัจจัย				
- มีโรคทางเดินอาหาร	586	15,354.50	-	-
- อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป	1,215	91,125.00	270	29,061.00
- ได้รับ NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด	63	5,649.00	-	-
- ได้รับ Prednisolone หรือ Warfarin	276	20,700.00	79	8,608.50
2) มีปัจจัยเสี่ยง 2 ปัจจัย				
- มีโรคทางเดินอาหาร+อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป	102	8,266.50	-	-
- มีโรคทางเดินอาหาร+NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด	1	180.00	-	-
- มีโรคทางเดินอาหาร+Prednisolone หรือ Warfarin	5	1,300.00	-	-
- อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป+NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด	41	3,750.00	-	-
- อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป+Prednisolone หรือ Warfarin	126	14,290.50	-	-
- ได้รับ NSAIDs>1 ชนิด+Prednisolone หรือ Warfarin	4	549.00	-	-
เสี่ยงสูง (มีปัจจัยเสี่ยง มากกว่า 2 ปัจจัย)	2 (0.05)	273.00	-	-
- อายุมากกว่า 65 ปี+NSAIDs มากกว่า 1 ชนิด + Prednisolone หรือ Warfarin	2	273.00	-	-
รวม	2,421 (58.10)	161,437.50	1,746 (41.90)	117,850.50

จากตารางที่ 4 พบว่า มีการใช้ยาโอเมพราโซลเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคทางเดินอาหาร อย่างสมเหตุผลตามข้อบ่งใช้ จำนวน 586 ใบสั่งยา คิดเป็นมูลค่า 15,354.50 บาท เมื่อพิจารณาความสมเหตุผลตามขนาดยาโดยรวม พบว่า มีการสั่งใช้ยาไม่สมเหตุผล จำนวน 120 ใบสั่งยา ร้อยละ 20.48 โดยมีการใช้ยาใน Functional dyspepsia (ICD-10: K30) และการติดเชื้อ *H. pylori* (ICD-10: B96.81) ไม่สมเหตุผลมากที่สุด จำนวน 97 ใบสั่งยา ร้อยละ 16.55 รองลงมาคือ Chronic peptic ulcer without hemorrhage or perforation (ICD-10: K277) และ Gastric ulcer (ICD-10: K259) ซึ่งมีจำนวน 10 ใบสั่งยา ร้อยละ 1.71 เท่ากัน รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสมเหตุผลตามขนาดยาของการใช้ยาโอเมพราโซลเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคทางเดินอาหารโดยรวม (n=586)

ICD-10: การวินิจฉัยโรค	ความสมเหตุผลตามขนาดยา			
	สมเหตุผล		ไม่สมเหตุผล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
K20: Esophagitis	1	0.17	-	-
K219: GERD without esophagitis	50	8.53	2	0.34
K259: Gastric ulcer	-	-	10	1.71
K275: Chronic peptic ulcer with perforation	-	-	1	0.17
K277: Chronic peptic ulcer without hemorrhage or perforation	-	-	10	1.71
K30: Functional dyspepsia และ B96.81: การติดเชื้อ <i>H. pylori</i>	415	70.82	97	16.55
รวม	466	79.52	120	20.48

เมื่อพิจารณาความไม่สมเหตุผลของขนาดยา พบว่า โอเมพราโซล (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า ในผู้ป่วย Functional dyspepsia (ICD-10: K30) และการติดเชื้อ *H. pylori* (ICD-10: B96.81) เป็นขนาดยาที่สั่งใช้ไม่สมเหตุผลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ โอเมพราโซล (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า-เย็น ในผู้ป่วย Chronic peptic ulcer without hemorrhage or perforation (ICD-10: K277) และ โอเมพราโซล (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า-เย็น ในผู้ป่วย Gastric ulcer (ICD-10: K259) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ขนาดยาที่สั่งใช้ของยาโอเมพราโซลเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคทางเดินอาหาร (n=586)

ICD-10: โรค	ขนาดยาที่สั่งใช้	จำนวนใบสั่งยา	ร้อยละ	ความสมเหตุผล
K20: Esophagitis	Omeprazole (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า	1	0.17	สมเหตุผล
K219: GERD without esophagitis	Omeprazole (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า-เย็น	50	8.53	สมเหตุผล
	Omeprazole (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า	2	0.34	ไม่สมเหตุผล
K259: Gastric ulcer	Omeprazole (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า-เย็น	7	1.19	ไม่สมเหตุผล
	Omeprazole (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า	3	0.51	ไม่สมเหตุผล

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ICD-10, โรค	ขนาดยาที่ใช้	จำนวนใบสั่งยา	ร้อยละ	ความสมเหตุผล
K275: Chronic peptic ulcer with perforation	Omeprazole (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า-เย็น	1	0.17	ไม่สมเหตุผล
K277: Chronic peptic ulcer without hemorrhage or perforation	Omeprazole (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า-เย็น	10	1.72	ไม่สมเหตุผล
K30: Functional dyspepsia และ B96.81: การติดเชื้อ <i>H. pylori</i>	Omeprazole (20 มิลลิกรัม)* ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า-เย็น	415	70.82	สมเหตุผล
	Omeprazole (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า	97	16.55	ไม่สมเหตุผล

*Triple therapy

อภิปรายผล

การประเมินความสมเหตุผลและมูลค่าของการสั่งใช้ยาโอเมพราโซล ชนิดรับประทานเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหาร แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เป็นการศึกษาระยะเวลา 3 เดือน (1 ไตรมาส) ผลการศึกษาโดยรวมพบว่าการใช้ยาโอเมพราโซล จำนวน 4,167 ใบสั่งยา คิดเป็นมูลค่า 279,288.00 บาท สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

การประเมินความสมเหตุผลและมูลค่าของการสั่งใช้ยาโอเมพราโซล ชนิดรับประทานเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหาร ตามข้อบ่งใช้ ผลการศึกษาพบว่าการใช้ยาไม่สมเหตุผล จำนวน 1,746 ใบสั่งยา ร้อยละ 41.90 คิดเป็นมูลค่า 117,850.50 บาท การประเมินความสมเหตุผลและมูลค่าตามข้อบ่งใช้ โดยแบ่งตามระดับความเสี่ยงในการเกิดแผลทางเดินอาหาร พบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงสามารถใช้ยา NSAIDs ได้โดยไม่ต้องให้ยาโอเมพราโซล แต่มีการใช้ยาโอเมพราโซลไม่สมเหตุผล จำนวน 1,397 ใบสั่งยา ร้อยละ 33.52 คิดเป็นมูลค่า 80,181.00 บาท ซึ่งมีการใช้ยาไม่สมเหตุผลจากหลายสาเหตุ เช่น การได้รับยาแก้ปวดที่ไม่ใช่กลุ่ม NSAIDs ร่วมกับโอเมพราโซล การได้รับยา NSAIDs 1 ชนิด และการได้รับยากลุ่ม NSAIDs ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 65 ปี เป็นต้น ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง มีการใช้ยาไม่สมเหตุผลจำนวน 349 ใบสั่งยา ร้อยละ 8.38 คิดเป็นมูลค่า 37,699.50 บาท ซึ่งมีการใช้ยาไม่สมเหตุผลจากหลายสาเหตุ เช่น อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป การมีโรคทางเดินอาหาร การได้รับ prednisolone หรือ warfarin และ อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป ร่วมกับการได้รับ Prednisolone หรือ Warfarin เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lüthold et al. (2023) ที่ศึกษาการสั่งใช้ยา PPIs อย่างไม่เหมาะสมสมเหตุผลในสถานบริการปฐมภูมิ พบว่า มีการสั่งจ่ายยา PPIs โดยไม่มีข้อบ่งใช้ ร้อยละ 41.26 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญ์ อุดมศิลป์ และคณะ (2566) ที่ศึกษาการประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ระยะเวลาการศึกษา 3 ปีงบประมาณ พบว่ามีการใช้ยาไม่สมเหตุผล ร้อยละ 30.04 ของใบสั่งยาทั้งหมด คิดเป็นมูลค่า 759,198.50 บาท มูลค่าเฉลี่ย 253,066.17 บาทต่อปีงบประมาณ หรือเท่ากับ 63,266.54 บาทต่อไตรมาส และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิดา จริยาเวช และปิยะเมธ ดิลกธรรสกุล (2561) ที่ศึกษาการใช้ยาโอเมพราโซลเกินความจำเป็นและความสูญเสียทางการเงินในบริบทโรงพยาบาลชุมชน พบว่า มีการใช้ยาโอเมพราโซลโดยไม่มีข้อบ่งใช้ ร้อยละ 64.44 และมีการใช้ยาโอเมพราโซลเกินความจำเป็น 17,192 ครั้ง จาก 24,568 ครั้ง ร้อยละ 69.98 มูลค่าสูญเสียเฉลี่ย 80,280 บาทต่อปี หรือคิดเป็น 20,700 บาทต่อไตรมาส

การประเมินความสมเหตุผลของขนาดยาโอเมพราโซลชนิดรับประทาน ตามข้อบ่งใช้ที่ได้รับรองจาก USFDA หรือแนวทางเวชปฏิบัติของ ACG และของสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) เฉพาะผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคทางเดินอาหาร จะเห็นว่ามีจำนวน 586 ใบสั่งยาจากทั้งหมด 4,167 ใบสั่งยา ซึ่งมีการสั่งใช้ยาไม่สมเหตุผล จำนวน 120 ใบสั่งยา ร้อยละ 20.48 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิษณุ อุดมศิลป์ และคณะ (2566) ที่พบว่า มีการสั่งใช้ยาโอเมพราโซล ในการป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคทางเดินอาหาร อย่างไม่สมเหตุผล ร้อยละ 19.61 โดยพบว่า ขนาดการสั่งใช้ยาโอเมพราโซล (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า ในผู้ป่วย Functional dyspepsia (ICD-10: K30) และการติดเชื้อ *H. pylori* (ICD-10: B96.81) เป็นขนาดยาที่สั่งใช้ไม่สมเหตุผลมากที่สุด ซึ่งไม่ตรงกับขนาดยาโอเมพราโซล ที่ระบุใน ข้อบ่งใช้เพื่อป้องกันแผลทางเดินอาหารจาก NSIADs ที่ควรสั่งจ่ายขนาด 20 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ในการรักษาแบบ Triple therapy ตามข้อบ่งใช้ที่ได้รับรองจาก USFDA หรือแนวทางเวชปฏิบัติของ ACG และของประเทศไทย ซึ่งการสั่งจ่ายดังกล่าวอาจเนื่องมาจากผู้สั่งใช้ยาไม่ทราบถึงแนวทางการสั่งใช้ยาโอเมพราโซล ทั้งในด้านขนาดยาและระยะเวลาที่เหมาะสมในการสั่งใช้ยานี้ในแต่ละข้อบ่งใช้ ทั้งนี้การสั่งจ่ายยาโอเมพราโซล (20 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า สำหรับผู้ป่วย Functional dyspepsia (ICD-10: K30) มีความสมเหตุผล แต่เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วย Functional dyspepsia (ICD-10: K30) และมีการติดเชื้อ *H. pylori* (ICD-10: B96.81) ร่วมด้วย ควรได้รับการรักษาโดยยาที่ควรเลือกเป็นลำดับแรก (first line therapy) เป็นสูตรมาตรฐานด้วยยา 3 ชนิด ที่มียา PPI เป็นหลัก (standard PPI-based triple therapy) (สุวิชา สเวกุลชล, 2566) โดยควรสั่งใช้ยาโอเมพราโซล ขนาดยา 20 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง ตามคำแนะนำของ USFDA หรือแนวทางเวชปฏิบัติของ ACG และแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมประสาททางเดินอาหารและการเคลื่อนไหว (ไทย) (คณะกรรมการผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย พ.ศ. 2563, 2563; พิษณุ อุดมศิลป์ และคณะ, 2566) ซึ่งการได้รับโอเมพราโซลในขนาดที่ต่ำกว่าแนวทางเวชปฏิบัติ อาจทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธราดล พูลทวี (2565) ที่ศึกษายายับยั้งปั๊มโปรตอนขนาดสูงเทียบกับยายับยั้งปั๊มโปรตอนขนาดมาตรฐานในการบำบัดแบบสามขั้นตอนด้วย PPI เพื่อกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* ในโรงพยาบาลลำปาง: การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า การรักษาการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วย PPI ขนาดสูงแบบสามชนิด มีอัตราการกำจัด เชื้อ *H. pylori* (92%, Intention-to-treat และ 93.05%, Per-protocol) สูงกว่าการรักษาด้วย PPI ขนาดมาตรฐานแบบสามชนิด (84%, Intention-to-treat และ 85.92%, Per-protocol) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยย้อนหลัง ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลการสั่งยาโอเมพราโซลจากแพทย์ได้โดยตรง
2. ความไม่สมบูรณ์ของการลงทะเบียนวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้ตรวจ (ICD-10) ในโปรแกรม HOSxP ทำให้ไม่สามารถระบุโรคที่มีการใช้ยาโอเมพราโซลได้อย่างครบถ้วน เพราะบางใบสั่งยาลงเฉพาะวินิจฉัยหลัก (Principle diagnosis)

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.1 ผู้วิจัยเสนอให้มีการกำหนดมาตรการในการใช้ยาโอเมพราโซลเพื่อป้องกันการเกิดแผลในระบบทางเดินอาหารให้เหมาะสมโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ และกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเกี่ยวกับโรค

ทางเดินอาหาร ที่มีการติดเชื้อ *H. pylori* โดยการพัฒนาแนวทางการสั่งจ่ายยาโอเมพราโซลร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพและกำหนดเป็นแนวทางการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาล

1.2 จากผลการวิจัย พบว่ามีมูลค่าการสั่งจ่ายยาโอเมพราโซลที่ไม่สมเหตุผล จำนวน 1,746 ใบสั่งยา ร้อยละ 41.90 คิดเป็นมูลค่า 117,850.50 บาท ต่อไตรมาส ดังนั้นจึงควรมีกำกับติดตามการสั่งจ่ายยาและมูลค่าที่เกิดขึ้นเพื่อลดการสูญเสียมูลค่าการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมของโรงพยาบาล

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งจ่ายยาโอเมพราโซลไม่สมเหตุผลตามข้อบ่งใช้ และขนาดยา โดยทำการศึกษาปัจจัยตัวแปรที่เกี่ยวข้องเพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาแนวทางการสั่งจ่ายยาโอเมพราโซลร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพต่อไป

2.2 ควรทำศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความสมเหตุผลของการจ่ายยาโอเมพราโซล เช่น เพศ อายุ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการสั่งจ่ายยาอย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจตุรัส อำเภोजตุรัส จังหวัดชัยภูมิที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย อายุรแพทย์ โรงพยาบาลจตุรัส ที่ให้คำปรึกษาและตรวจสอบแบบเก็บข้อมูลงานวิจัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย พ.ศ. 2563.

(2563). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย พ.ศ.2563 (Thailand GERD guideline2020)*. กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล.

ธราดล พูลทวี. (2565). ยายับยั้งปั๊มโปรตอนขนาดสูงเทียบกับยายับยั้งปั๊มโปรตอนขนาดมาตรฐานในการบำบัดแบบสามขั้นตอนด้วย PPI เพื่อกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori* ในโรงพยาบาลลำปาง: การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม. *เชียงใหม่เวชสาร*, 61(2), 60-65.

พิชญา อุดมศิลป์, ตฤภากร นาคพันธ์ และอุไรวรรณ อภินิตย์. (2566). การประเมินความสมเหตุผลของการใช้ยาโอเมพราโซลตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดแผลทางเดินอาหารจากการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 15(1), 254-263.

พิราภรณ์ อยู่เหลียง, ชุติพร ทองจักร, ปาจริย์ ศรีอุทธา และกนกพร นิวัฒน์นันท์. (2562). การประเมินการใช้ยาที่ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารในผู้สูงอายุที่ได้รับยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(3), 564-574.

พนารัตน์ ชูติมานุกุล และปัสสรา วรรณทอง. (2563). การทบทวนการสั่งจ่ายยา omeprazole ในโรงพยาบาลอ่างทอง. *วารสารเภสัชกรรมคลินิก*, 26(2), 1-12.

ภาวิตา จริยาเวช และปิยะเมธ ดิลกธรสกุล. (2561). การใช้ยาโอเมพราโซลเกินความจำเป็นและความสูญเสียทางการเงินในบริบทโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 10(2), 437-448.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12 : ระเบียบวาระที่ 2.4 การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยอย่างยั่งยืน โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง*.

<https://www.samatcha.org/file/95edd258-1ee0-4331-a422-0d09a564d7c0/preview>

สุวิชา สเวกกุลชล. (2566). สูตรยาสำหรับใช้รักษาการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไรในปัจจุบัน. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 33(2), 258-266.

หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล, พกัตร์วิภา สุวรรณพรหม, ศิริตรี สุทธิจิตต์, สมหญิง พุ่มทอง และนภาพรณัฏฐ์ ฤทธิปัญญานิช. (2564). *สถานการณ์การดำเนินงานเพื่อพัฒนาสู่ “อำเภอไร้ยาเสพติด” ตามแนวทางของประเทศอย่างยั่งยืน*. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

Lanza, F. L., Chan, F. K., Quigley, E. M., & Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. (2009). Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. *Official Journal of the American College of Gastroenterology (ACG)*, 104(3), 728–738.

Lüthold, R. V., Henz, N. C., Fuhrer, C., Häner, A., Schenk, M., Jungo, K. T., & Streit, S. (2023). Inappropriate proton-pump inhibitor prescribing in primary care—an observational study with quality circles. *Swiss Medical Weekly*, 153(9), 40119–40119.