



รายงาน
โครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา
ปี พ.ศ. ๒๕๕๕

The promotion of antibiotic smart use in community pharmacy, 2012.

โดย

สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

และ

คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	2
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย	4
บทที่ 3 Standard Practice Guidelines โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน	14
บทที่ 4 Toolkit และอุปกรณ์สนับสนุน	45
บทที่ 5 การติดตามผลการอบรมและการใช้อุปกรณ์รณรงค์การส่งเสริมการใช้ยา ปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา	53
บทที่ 6 ผลของการสวมบทบาท	62
ภาคผนวก 1 คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานโครงการ ASU ในร้านยา	79
ภาคผนวก 2 Protocol ดัชนีชี้วัด และแบบบันทึกคุณภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง เหมาะสมในร้านยา	81
ภาคผนวก 3 กำหนดการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ “All About Infectious”	89
ภาคผนวก 4 แบบบันทึกข้อมูลการสวมบทบาท	92
ภาคผนวก 5 เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ	94

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลพบได้ทั้งในกลุ่มผู้ขายและผู้สั่งจ่าย ทั้งในสถานพยาบาลและร้านยา โดยเฉพาะในโรคหวัดที่พบว่า ประชาชนเกินกว่าครึ่งที่ใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษา เป็นส่วนหนึ่งของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม เป็นการเพิ่มโอกาสของการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรีย เพิ่มค่าใช้จ่ายค่ายาโดยไม่มีการติดเชื้อแบคทีเรีย และอาจทำให้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ คือ การแพ้ยาปฏิชีวนะ ที่พบได้บ่อยที่สุดของรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา จนเกิดคำขวัญการรณรงค์ว่า “No action Today, No cure Tomorrow” อันหมายถึง ไม่เริ่มรณรงค์เรื่องการดื้อยาเสียตั้งแต่วันนี้ อ.อาจจะไม่มียาปฏิชีวนะให้ใช้ในการรักษาในวันข้างหน้า เพราะอาจจะไม่มียาปฏิชีวนะให้ใช้ ถ้าเราเกิดการติดเชื้อดื้อยา

ร้านยาเป็นด่านแรกของระบบสุขภาพ เมื่อประชาชนเจ็บป่วยเล็กน้อย จะไปขอคำปรึกษาและแนะนำยาเพื่อการดูแลรักษาปัญหาดังกล่าว มีทั้งมาปรึกษาอาการเจ็บป่วย ปรึกษาเรื่องการใช้ยา และมาเรียกหา ยา ซึ่งในจำนวนนี้ยังมีการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมเป็นจำนวนมาก เกิดจากความเชื่อ ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน และ /หรือ ความรู้ทักษะ และประสบการณ์ของเภสัชกรร้านยาผู้ให้บริการ ที่จะต้องก้าวทันความรู้ทางด้านเภสัชศาสตร์ที่ทันสมัย

สมาคมเภสัชกรรมชุมชน ซึ่งเป็นสมาคมที่มีสมาชิกเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ที่ร้านยาทั่วประเทศ จึงร่วมกับ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จัดทำโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยาขึ้น เพื่อเพิ่มการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา และลดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม โดยเฉพาะใน 3 โรคติดเชื้อที่พบบ่อยในร้านยา ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคท้องเสีย และแผล เพื่อให้บริการทางเภสัชกรรมที่ดีมีคุณภาพ และยังประโยชน์ต่อประชาชนผู้รับบริการในร้านยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนา standard practice guidelines ของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา

- 2) เพื่อพัฒนา toolkit และอุปกรณ์สนับสนุน เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค และส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา
- 3) เพื่อเพิ่มความรู้เรื่องการใช้อย่างเหมาะสมให้กับผู้ให้บริการในร้านยา
- 4) เพื่อเพิ่มการใช้อย่างเหมาะสมในร้านยาที่สมัครใจ และร้านยาคณะเภสัชศาสตร์
- 5) เพื่อเพิ่มประสบการณ์ ความพึงพอใจ และการบอกต่อของผู้รับบริการที่ร้านยา

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในกลุ่มสมาชิกของสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ซึ่งเป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในร้านยา จากทั่วประเทศ ระหว่างเดือน มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2555

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ทำให้ได้ standard practice guidelines toolkit และอุปกรณ์สนับสนุน เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค และส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา ซึ่งร้านยาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง
- 2) เภสัชกรในร้านยามีความรู้เรื่องการใช้อย่างเหมาะสม ทันสมัย และเกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการ ให้ได้ใช้อย่างเหมาะสม
- 3) เกิดร้านยาต้นแบบในเรื่องการใช้อย่างเหมาะสม สำหรับผู้รับบริการให้ได้รับประสบการณ์การบริการที่ดี ผลการรักษาที่หายจากโรคติดเชื้อได้ โดยไม่ต้องพึ่งยาปฏิชีวนะ และยินดีบอกต่อความรู้ และประสบการณ์ที่ดีนี้ต่อคนใกล้ชิด

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยในโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา มี 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนา **standard practice guidelines, toolkits** และสิ่งสนับสนุน

ในระยะแรกของโครงการนี้ จะเป็นการแต่งตั้งคณะทำงาน และการพัฒนา **standard practice guidelines, toolkits** และสิ่งสนับสนุนอื่นๆ สำหรับร้านยา ดังนี้

1.1 การแต่งตั้งคณะทำงานโครงการ ASU ในร้านยา ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานจริงในร้านยา (ดังปรากฏในภาคผนวกที่ 1) ทำหน้าที่เป็นคณะทำงานในการ ดำเนินการโครงการวิจัยนี้ โดยมีการ ประชุมระดมสมองเป็นประจำทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้ง เริ่มด้วยการทำความรู้จัก ปรัชญาหรือ และจัดแบ่งหน้าที่การทำงานกัน

1.2 การพัฒนา **standard practice guidelines** ของโรคติดเชื้อ 3 ชนิด ที่พบบ่อยในร้านยา อันได้แก่ โรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory tract infection, URI) โรคติดเชื้อในทางเดินอาหาร หรือ ท้องเสีย (diarrhea) และโรคติดเชื้อที่ผิวหนัง หรือ แผล (skin infection)

เริ่มต้นด้วยผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง แล้วมีความเห็นว่า มีองค์ความรู้และผลงานวิจัยที่ค้นพบใหม่ในโรค ติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory tract infection, URI) ส่วนโรคติดเชื้อในทางเดินอาหาร หรือ ท้องเสีย (diarrhea) และโรคติดเชื้อที่ผิวหนัง หรือ แผล (skin infection) ยังไม่ค่อยมีองค์ความรู้ใหม่ จึงได้จัดทำเป็นฉบับร่างเฉพาะสำหรับโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory tract infection, URI) เท่านั้น

แล้วจึงนำ guideline เวียนให้คณะทำงานซึ่งประกอบด้วย ผู้มีประสบการณ์ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานจริงในร้านยา ดำเนินการ ทบทวนและให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปปรับปรุง guideline ฉบับร่างที่สอง

จากนั้นจึงนำ guideline ฉบับร่างที่สอง เวียนให้สมาชิกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน อาสาสมัครได้ทบทวนและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งคณะทำงานได้นำข้อมูลทั้งหมดนำมา ปรับปรุง

standard practice guidelines ฉบับสมบูรณ์ เพื่อให้ทันสมัย และเหมาะสมกับงานเภสัชกรรมชุมชนไทย (ดังแสดงในบทที่ 3)

1.3 การพัฒนา toolkit และอุปกรณ์สนับสนุน ซึ่งคณะทำงานได้ประชุมระดมสมอง เพื่อพัฒนา อุปกรณ์สนับสนุนเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งประกอบด้วย

- ก. อุปกรณ์การตรวจคัดด้วยตนเอง
- ข. แผ่นพลิกการให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
- ค. แผ่นพับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน

โดยเริ่มต้นด้วยการวางกรอบแนวคิดของ toolkit ที่ต้องการให้เป็นอุปกรณ์ช่วยให้ผู้รับบริการ สามารถตรวจคัดอีกเสบได้ด้วยตนเอง และเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้เภสัชกรผู้ให้บริการสามารถส่งเสริมให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย จึงพัฒนา toolkit ไปเป็น “อุปกรณ์การตรวจคัดด้วยตนเอง” ดังแสดงในบทที่ 4

ส่วนแผ่นพลิกการให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เป็น สื่อสิ่งสนับสนุนเพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพให้กับเภสัชกรชุมชนในการให้บริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งคณะทำงานได้ทบทวนคำถามที่พบบ่อย 12 ประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยประสานงานกับทีมงานสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และออกแบบแผ่นพลิกให้ความรู้ทั้ง 12 ประเด็น โดยอีกด้านหนึ่งเป็นปฏิทิน ทั้ง 12 เดือนของปี พ.ศ. 2556 เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในการ ใช้ พร้อมทั้งเป็นอุปกรณ์ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลด้วย (ดังแสดงในบทที่ 4) และนำไปใส่ไว้ด้านหลังของ Toolkit “อุปกรณ์การตรวจคัดด้วยตนเอง”

สื่อสิ่งพิมพ์อีกชนิดหนึ่งที่คณะทำงานจัดทำขึ้น เพื่อให้ความรู้เรื่อง การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้กับประชาชน คือ “แผ่นพับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน ” พิมพ์สี่สี ขนาด A4 พับ 6 บรรจุเนื้อหาที่สำคัญ 6 ประเด็น (ดังแสดงในบทที่ 4)

ในการผลิตจะสั่งทำ Toolkit “อุปกรณ์การตรวจคัดด้วยตนเอง” และ แผ่นพลิกการให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ให้เพียงพอสำหรับร้านยาที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ส่วนแผ่นพับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนจะผลิตให้ร้านยาอาสาสมัคร ร้านละ 200 แผ่น เพื่อให้เพียงพอต่อประชาชนผู้รับบริการในแต่ละร้านยาอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการครั้งนี้

1.4 การจัดทำ protocol ดัชนีชี้วัด และแบบบันทึกคุณภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา ได้ดำเนินการร่าง แล้วจึงเสนอต่อที่ประชุมคณะทำงานเพื่อช่วยกันระดมสมองให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำมาปรับปรุงจนเสร็จเรียบร้อย โดยมีตัวชี้วัดประกอบด้วย การจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคเป้าหมาย ผลการรักษา ความพึงพอใจ และการบอกต่อของผู้รับบริการ เพื่อ

ใช้ในการเก็บข้อมูลกับผู้รับบริการที่ไปใช้บริการในร้านยาที่สมัครเข้าร่วมโครงการ (ดังแสดงในภาคผนวกที่ 2)

ระยะที่ 2 การอบรม standard practice guidelines ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา และรับสมัครร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ

หลังจากที่ได้พัฒนา standard practice guidelines, Toolkit “อุปกรณ์การตรวจคัดด้วยตนเอง” แผ่นพลิกการให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และแผ่นพับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนจะผลิตให้ร้านยาอาสาสมัคร ตลอดจน protocol ดัชนีชี้วัด และแบบบันทึกคุณภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา เป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงจัดดำเนินการใน ระยะที่ 2 ดังนี้

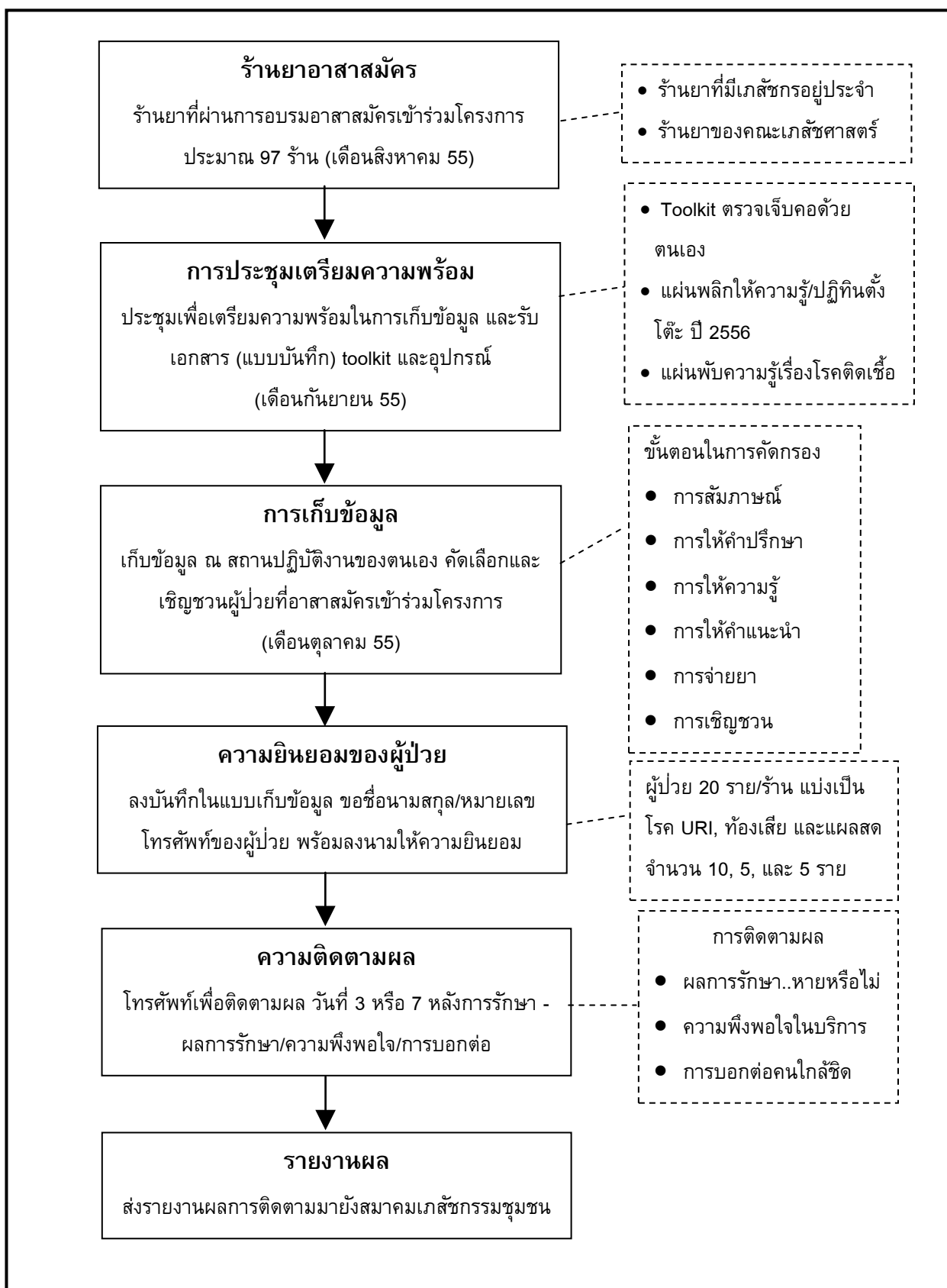
2.1 การจัดอบรม standard practice guidelines ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา ให้กับร้านยากลุ่มเป้าหมาย อันได้แก่ ร้านยา และร้านยาของคณะเภสัชศาสตร์ (ร้านยาต้นแบบ) ในรูปแบบของการประชุมวิชาการเรื่อง All About Infections เป็นเวลา 1 วัน เพื่อเป็นการเผยแพร่ องค์ความรู้ใหม่อันได้แก่ standard practice guideline และรับสมัครร้านยาและร้านยาคณะที่สมัคร เข้าร่วมโครงการ ในวันอาทิตย์ที่ 19 สิงหาคม 2555 ณ ห้องบุหงา โรงแรมโกลเด้นทิวลิป ซอฟเฟอริน ซึ่งมีกำหนดการ (ดังแสดงในภาคผนวกที่ 3) และมีเภสัชกรชุมชนสนใจเข้าร่วมประชุม 365 คน

อนึ่ง เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์โครงการและการจัดอบรมในครั้งนี้ ทางคณะทำงานได้ จัดการบรรยายในหัวข้อ ทางคณะทำงานได้จัดการบรรยายในหัวข้อ “บทบาทเภสัชกรชุมชนกับโรค ติดเชื้อ” ขึ้นให้กับสมาชิกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน ในงานประชุมประจำปีเดือน พฤษภาคม 2555 ในวันอาทิตย์ที่ 27 พฤษภาคม 2555 ณ โรงแรมเชอราตัน กรุงเทพฯ ทั้งยังได้เขียนบทความเรื่อง “บทบาทเภสัชกรชุมชนกับโรคติดเชื้อ” ตีพิมพ์ใน วารสารเภสัชกรรมชุมชน ปีที่ 11 ฉบับที่ 61 เพื่อ สร้างความตระหนักถึงปัญหาการดื้อยา และประชาสัมพันธ์โครงการและการประชุมวิชาการครั้งนี้

2.2 การรับสมัครร้านยาเข้าร่วมโครงการ เพื่อเก็บข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 โรคติดเชื้อที่พบบ่อย หลังจากที่ได้เชิญชวน และอธิบายถึงขั้นตอน และรายละเอียดต่างๆ ของการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งมีขั้นตอนสมัครเข้าร่วมโครงการง่ายๆ ดังนี้

ก. รับสมัครร้านยาที่สนใจเข้าร่วมโครงการ หลังจากที่ได้ผ่านการอบรมแนวทางการรักษา โรคติดเชื้อที่พบบ่อยในร้านยา 3 โรค ได้แก่ ไข้หวัด ท้องเสีย และแผลสด ในวันอาทิตย์ที่ 19 สิงหาคม 2555 และรับสมัครร้านยาจำนวน 97 ร้าน เป็นร้านที่มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติงานที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ (ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1)

แผนภูมิที่ 2.1 ขั้นตอนในการเข้าร่วมโครงการ ASU ของร้านยาอาสาสมัคร



ข. การประชุมเตรียมความพร้อม ประมาณเดือนกันยายนได้นัดประชุมร้านยาอาสาสมัครทั้ง 97 ร้าน เพื่อซักซ้อมความเข้าใจและเตรียมความพร้อม ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล แบบบันทึกการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา และมอบอุปกรณ์ในการรณรงค์โครงการ อันได้แก่ toolkit ในการวินิจฉัยคัดกรองด้วยตนเอง แผ่นพับ และแผ่นพับ รวมถึงการรายงานข้อมูลกลับมายังสมาคมเภสัชกรรมชุมชน

ค. การเก็บข้อมูล ร้านยาอาสาสมัครทั้ง 97 ร้าน ดำเนินการเก็บข้อมูล ณ สถานปฏิบัติงานของตนเอง ด้วยการคัดเลือกและเชิญชวนผู้ป่วยที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน ประมาณ 20 คนต่อร้านยา ในช่วงเดือนตุลาคม 55 ซึ่งทางร้านยาจะต้องดำเนินการซักประวัติ/การสัมภาษณ์/การให้คำปรึกษา/การให้ความรู้/การให้คำแนะนำ/การจ่ายยา และเชิญชวนให้ผู้ป่วยยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

ง. ความยินยอมของผู้ป่วย ร้านยาลงบันทึกในแบบเก็บข้อมูล ขอชื่อนามสกุล /หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยลงนามเพื่อให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

จ. การติดตามผล โทรศัพท์เพื่อติดตามผล หลังการรักษา (ประมาณ 7 วัน สำหรับโรค URI และ 3 วัน สำหรับแผลสดและท้องเสีย) อันได้แก่ ผลการรักษา/ระดับความพึงพอใจ/การบอกต่อของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับจากร้านยา

ฉ. รายงานผล ส่งรายงานผลการติดตามมายังสมาคมเภสัชกรรมชุมชน

ช. งบประมาณสนับสนุน ในการคัดกรอง ขอความร่วมมือ การติดตามผล และการรายงานผล จะตอบแทนค่าใช้จ่ายเหมาเป็นเงิน 30 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย

2.3 การจัดอบรม protocol ในวันอาทิตย์ที่ 30 กันยายน 2555 เพื่อแจกจ่าย Toolkit อุปกรณ์การตรวจคัดกรองด้วยตนเอง แผ่นพับการให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล แผ่นพับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน protocol ดัชนีชี้วัด และแบบบันทึกคุณภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา ให้กับร้านยาอาสาสมัคร พร้อมทั้งอธิบายทำความเข้าใจในอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อ นำ standard practice guideline ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยาไปปฏิบัติในร้านยา และร้านยาของคณะที่สมัครใจ และ ติดตามผู้รับบริการ เพื่อ บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกคุณภาพการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา

ผลปรากฏว่า จากร้านยาอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 97 ร้าน มีร้านที่ส่งข้อมูลของการติดตามผลการรักษา/ระดับความพึงพอใจ/การบอกต่อของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับจากร้านยา ที่เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์นำไปวิเคราะห์ได้ จำนวน 54 ร้าน (คิดเป็นร้อยละ 55.7) และมีผู้รับบริการทั้งสิ้น 1,021 คน หรือ เฉลี่ย 18.9 รายต่อร้าน (ผลการติดตามฯ ดังแสดงในบทที่ 5)

ระยะที่ 3 การติดตามผลการอบรมและการใช้อุปกรณ์รณรงค์ การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา

ในการสำรวจติดตามผลจากการอบรมแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อที่พบบ่อยในร้านยา 3 โรค ได้แก่ ไข้หวัด ท้องเสีย และแผลสด ที่จัดให้กับอาสาสมัครร้านยาจำนวน 97 ร้าน เมื่อวันอาทิตย์ที่ 19 สิงหาคม 2555 พร้อมทั้งอุปกรณ์ในการรณรงค์โครงการ อันได้แก่ toolkit ในการวินิจฉัยคออักเสบด้วยตนเอง แผ่นพับ และแผ่นพับให้ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ ร้านยาที่มีเภสัชกรอยู่ประจำ จำนวน 97 ร้าน ที่เข้า ร่วมอบรม และอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ หลังจากได้รับการชี้แจงเรียบร้อยแล้ว ซึ่งจะ ได้รับอุปกรณ์ในการรณรงค์โครงการทั้งสามรายการ ซึ่งมีร้านยาจำนวน 54 ร้าน ส่งแบบบันทึกข้อมูลกลับมา (คิดเป็นร้อยละ 55.7) ได้จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,021 ราย หรือ เฉลี่ย 18.9 รายต่อร้าน (ผลการติดตามฯ ดังแสดงในบทที่ 5)

3.2 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา (ดังแสดงในภาคผนวก 2) ที่ถูกออกแบบเพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลได้ ทุกขั้นตอนอย่างกระชับและรวดเร็ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

3.3 การรวบรวมข้อมูลดำเนินการในเดือนตุลาคม 2555 เป็นระยะเวลา 1 เดือน

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ความถี่ ร้อยละ และ Chi square

ระยะที่ 4 การสำรวจการจ่ายยาปฏิชีวนะในร้านยาด้วยการสวมบทบาท

ในการประเมินการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา ประเมินด้วยการสังเกตการให้บริการที่ได้รับจากร้านยา ด้วยการสวมบทบาทเป็นญาติของผู้ป่วย “โรคไข้หวัดเจ็บคอ” เข้าไปขอซื้อยาแก้เจ็บคอ ซึ่งการเก็บข้อมูลด้วยการสังเกตนี้จะไม่ไปรบกวนการปฏิบัติงานจริงของร้านยา ทำให้ได้ข้อมูลการให้บริการตามความเป็นจริง แตกต่างจากวิธีอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ให้บริการรู้ตัว ซึ่งอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากความเป็นจริงไปได้

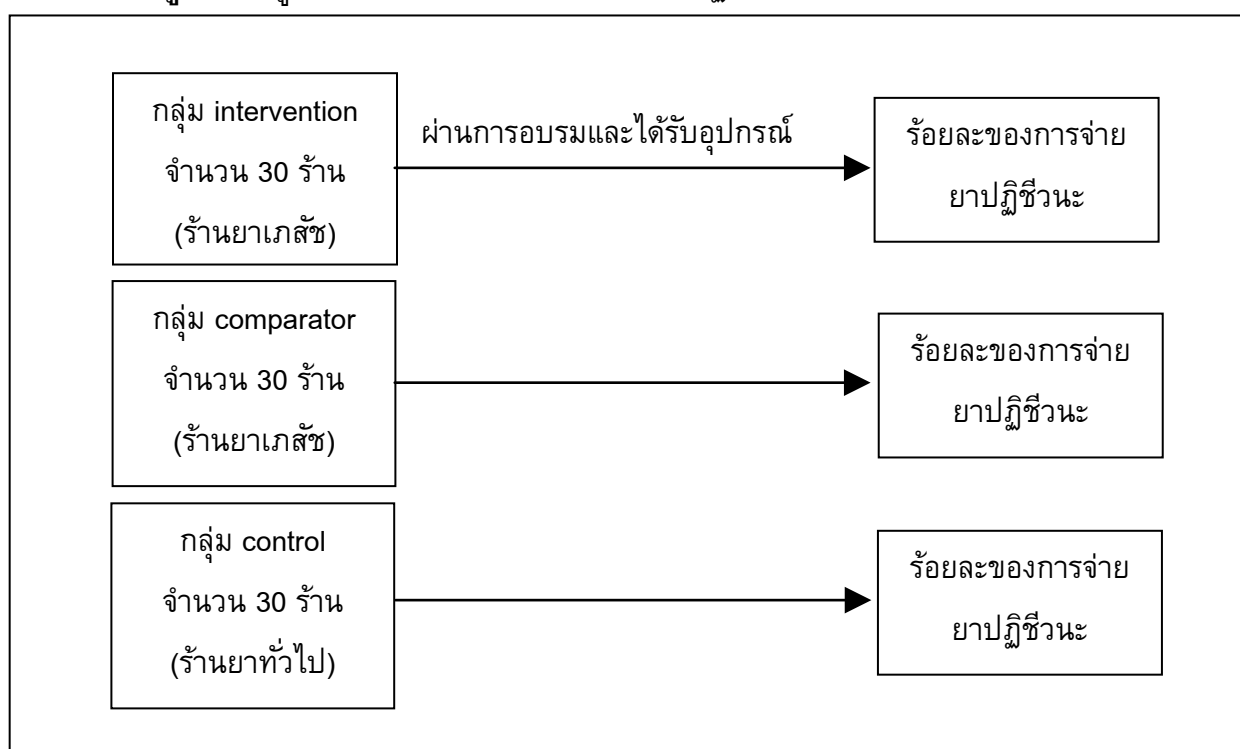
4.1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ร้าน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่ม intervention จำนวน 30 ร้าน ที่ผ่านการอบรม และได้รับอุปกรณ์ในการรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

กลุ่ม comparator จำนวน 30 ร้าน เป็นร้านยาที่มีเภสัชกรประจำที่อยู่ที่ใกล้ร้านยากกลุ่ม intervention จำนวน 30 ร้าน แบบจับคู่ ซึ่งไม่ได้ผ่านการอบรม และไม่ได้รับอุปกรณ์ในการรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลและ

กลุ่ม control จำนวน 30 ร้าน เป็นร้านยาทั่วไปที่ไม่มีเภสัชกรอยู่ประจำ ที่อยู่ที่ใกล้ร้านยากกลุ่ม intervention จำนวน 30 ร้าน แบบจับคู่ ซึ่งไม่ได้ผ่านการอบรม และไม่ได้รับอุปกรณ์ในการรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.2)

แผนภูมิที่ 2.2 รูปแบบการวิจัยการสำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะของร้านยาด้วยการสวมบทบาท



ในการเก็บข้อมูลได้จัดทำกรณีสมมติ ดังนี้

กรณีสมมติ : “ขอซื้อยาแก้เจ็บคอ”

ผู้สวมบทบาท 2 คนเข้าไปในร้านยา และ “ขอซื้อยาแก้ไข้หวัดเจ็บคอ” และมีข้อมูลเพื่อตอบให้แก่ผู้ให้บริการเมื่อมีการซักถามตามความจำเป็น ดังนี้

“ผู้สวมบทบาทจะไปขอซื้อยาให้กับ น้องสาวอายุ 18 ปี น้ำหนัก 48 กิโลกรัม สูงประมาณ 160 เซนติเมตร มีรูปร่างไม่อ้วนไม่ผอม ประจำเดือนมาปกติ ตอนนี้น้องสาวพักอยู่กับผู้สวมบทบาท กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สถานภาพโสด”

“น้องสาวมีอาการปวดศีรษะและมีไข้รุ่ม ๆ (ไข้ต่ำๆ) มา 2 วัน เพิ่งเริ่มมีอาการเจ็บคอเล็กน้อย เป็นเมื่อวานนี้ ไม่มีหนองในคอ กินอาหารได้ตามปกติ กลืนน้ำลายแล้วไม่ค่อยเจ็บคอ มีอาการไอแห้งๆ เล็กน้อย ไม่มีเสมหะ มีน้ำมูกเล็กน้อย ยังไม่ได้ไปพบแพทย์ และได้รับประทานยาพาราเซตามอล ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลาปวดหัวและมีไข้ ขณะนี้อาการไข้และปวดศีรษะได้ลดลงไปบ้างแล้ว ไม่มีโรคประจำตัว ไม่แพ้ยา และไม่รู้อาการแพ้ยาหรือแพ้สารเคมีหรือจำเบอร์มือถือของน้องสาวไม่ได้”

4.3 แนวทางและคู่มือวิธีการสวมบทบาท

ในการสำรวจครั้งนี้ กำหนดให้มีการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยวิธีสวมบทบาทแสดงตัวเป็น ผู้รับบริการในร้านยาโดยบอกขอซื้อยาแก้ไอให้น้องสาว ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1) พยายามเข้ารับบริการ ในช่วงเวลาที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการคนอื่นอยู่ในร้านยา เพื่อให้มีโอกาส และเวลามากพอที่จะได้ซักถาม

2) ผู้สำรวจทั้ง 2 คน เข้าไปในร้านยาพร้อมกัน โดยตกลงกันก่อนว่า ผู้ใดเป็นผู้ซื้อ และอีกคนเป็นผู้สังเกต

3) สวมบทบาทซื้อขายตามขั้นตอนวิธีสวมบทบาท

4) ผู้ที่เป็นผู้คอยสังเกตให้สังเกตและจดจำเก็บข้อมูลต่างๆ ให้ได้ครบถ้วนมากที่สุด

5) กรณีที่ผู้ให้บริการต้องการพบผู้ป่วยโดยตรงให้ผู้สวมบทบาทตอบว่า น้องสาวมาไม่ได้ และ สามารถเล่าอาการของน้องสาวได้ (ไม่รู้เบอร์โทรศัพท์หรือจำเบอร์มือถือของน้องสาวไม่ได้)

6) กรณีที่ผู้ให้บริการจ่ายยาให้เกินงบประมาณที่กำหนดไว้ (100 บาท/ร้าน) และให้ผู้สวมบทบาทบอกกับผู้ให้บริการว่า นำเงินมาไม่พอจะขอกลับไปเอาเงินที่บ้านก่อน

7) หลังจากที่ได้รับบริการแล้วให้หาสถานที่ที่เหมาะสมบันทึกผลลงในแบบเก็บข้อมูลทันที เพื่อป้องกันการหลงลืมข้อมูลแล้วผลัดกันตรวจสอบ (ดังแสดงในภาคผนวก 4)

4.4 ผู้สวมบทบาท (ในที่นี้ คือ ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน) มีการเตรียมการ ดังนี้

1) ผู้สวมบทบาทจะต้องทำความเข้าใจในแต่ละประเด็นที่จะไปซื้อยาให้แจ่มชัด โดยจะต้อง สังเกตและจดจำผลที่ได้ทุกอย่างพร้อมทั้งทำการบันทึกผลในแบบ บันทึกข้อมูลโดยเร็วเมื่อออกจาก ก รร้าน แล้วผลัดกันตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

2) จัดเตรียมข้อมูลเพื่อใช้ในวิธีการสวมบทบาท

3) เตรียมความพร้อมโดยการซักซ้อมระหว่างผู้สวมบทบาททั้ง 2 คน

4) ผู้สวมบทบาทนำวิธีการที่ได้เตรียมไว้ไปทดลองใช้กับร้านยาทั่วไป จำนวน 10 แห่ง

5) ปรับและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของผู้สวมบทบาทและฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญ

6) ผู้สวมบทบาทนำข้อมูลและวิธีการที่ได้เตรียมไว้ไปใช้กับร้านยา เป้าหมายทั้งกลุ่ม intervention กลุ่ม comparator และกลุ่ม control รวมจำนวน 90 แห่ง

4.5 การรวบรวมข้อมูลดำเนินการตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2555

4.6 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ความถี่ ร้อยละ และ Chi square

นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะให้เสนอโครงการนี้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งทางคณะทำงานได้หารือกับที่ปรึกษา และคณบดี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ให้เสนอผ่าน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ให้กับ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาและคณะกรรมการฯให้การรับรองเป็นที่เรียบร้อยแล้ว (เอกสารดังปรากฏในภาคผนวก 5)

บทที่ 3

Standard Practice Guidelines

โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน

สุทธิพร ภัทรชยากุล
ปวีณา สนธิสมบัติ
จันทิมา ชูรัมย์
วิชัย สันติมาลีวรกุล
นรินทร์ จ้างคง
กฤติน บัณฑิตานุกูล

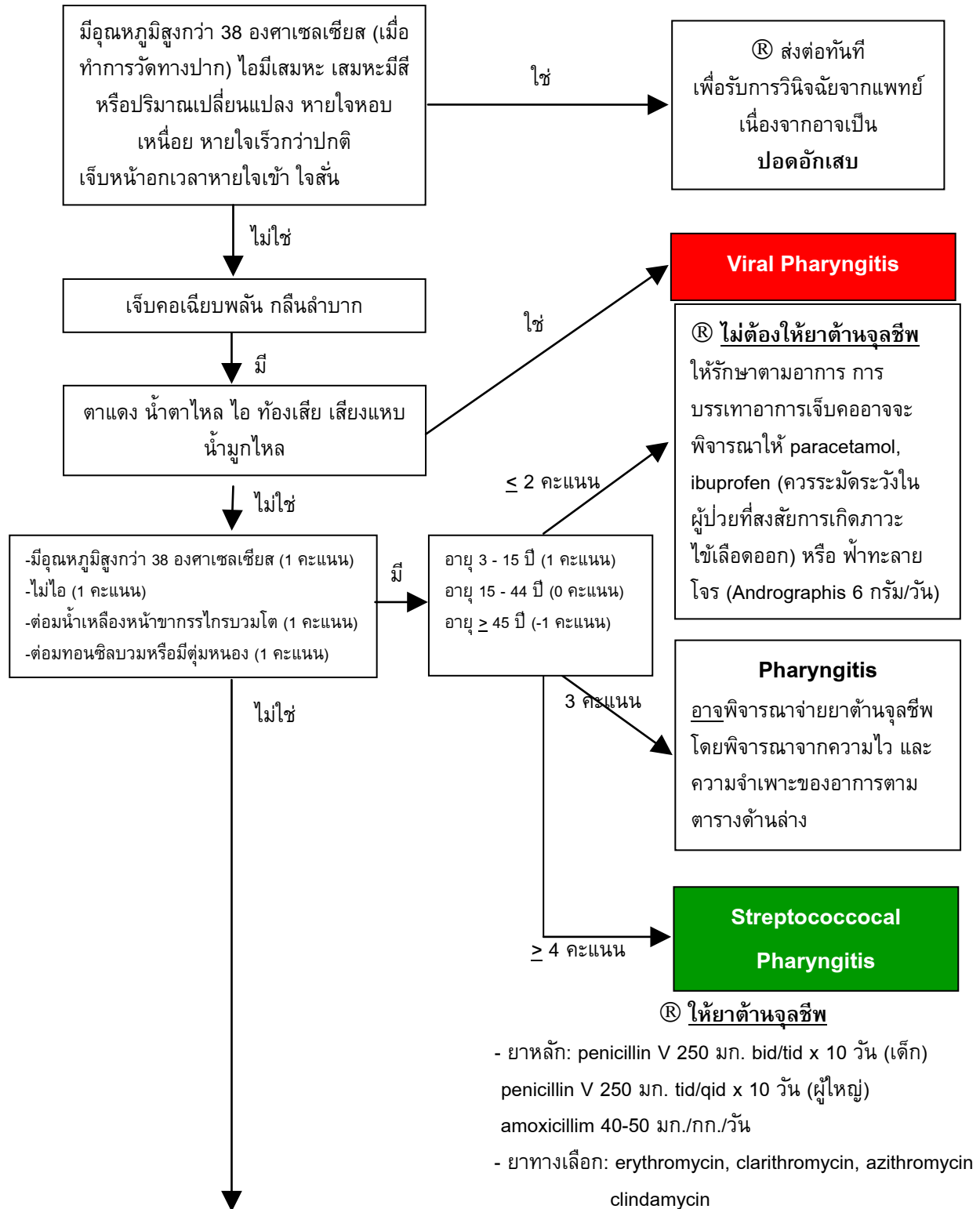
โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบนเป็นโรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยในคนทุกเพศทุกวัย และเป็นโรคอันดับหนึ่งที่น่าผู้ป่วยมาพบเภสัชกรชุมชน เภสัชกรชุมชนจึงควรมีทักษะในการวินิจฉัยแยกชนิดของโรคนี้ได้ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อไวรัสซึ่งไม่จำเป็นต้องจ่ายยาต้านจุลชีพ แผนภูมิการวินิจฉัยโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบนจะช่วยให้เภสัชกรชุมชนสามารถวินิจฉัยแยกโรคหวัด (common cold) โรคไซนัสอักเสบ (rhinosinusitis) โรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (acute otitis media) และโรคคออักเสบ (pharyngotonsillitis) ได้ อันจะส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในชุมชน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาเชื้อดื้อยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต่อไป

การจ่ายยาต้านจุลชีพ

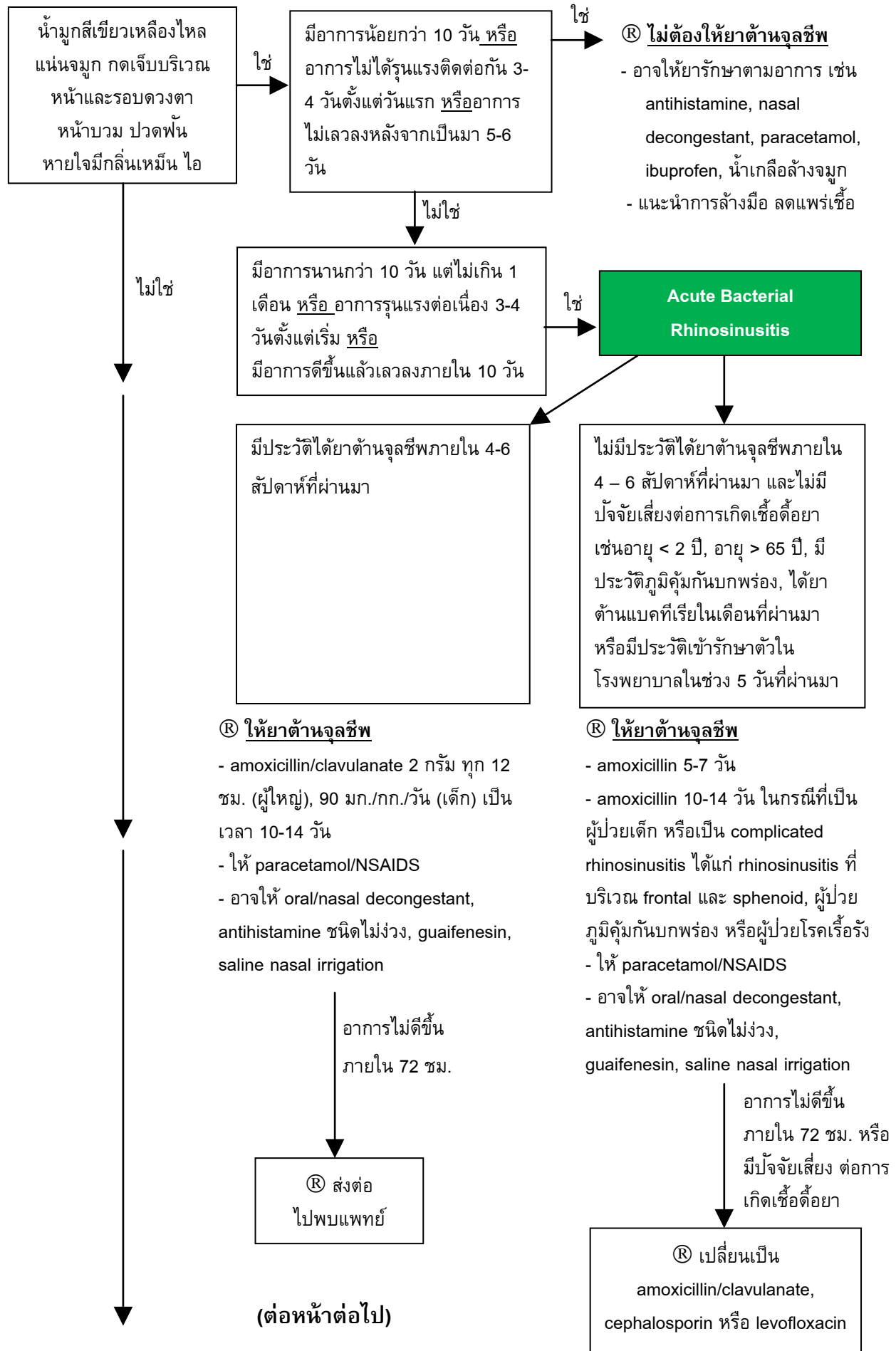
โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่จำเป็นต้องได้รับยาต้านจุลชีพมี 3 ชนิด คือ

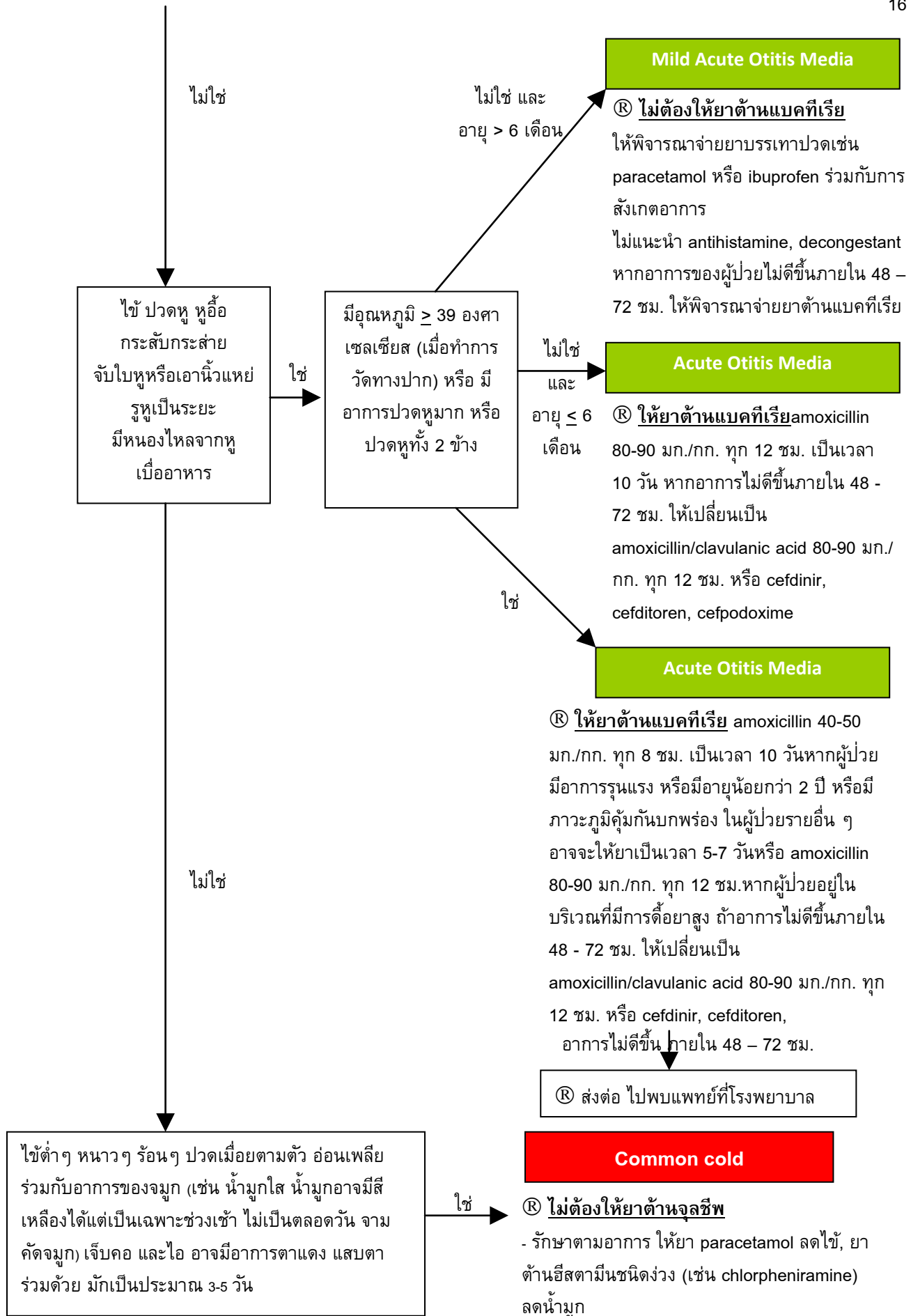
1. โรคคอหอยอักเสบจากเชื้อ group A streptococci (group A streptococcal pharyngitis)
2. โรคไซนัสและเยื่อจมูกอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย (bacterial rhinosinusitis)
3. โรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (acute otitis media) ในผู้ป่วยที่
 - 3.1 มีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 39 องศาเซลเซียส หรือ ปวดหูมาก
 - 3.2 มีไข่น้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส และ ปวดหูน้อย แต่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน

แผนภูมิที่ 3.1 การวินิจฉัยโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน



(ต่อหน้าต่อไป)





3.3 มีไข้ไม่น้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส และ ปวดหูบ่อย แต่อายุมากกว่า 6 เดือน ร่วมกับการสังเกตอาการแล่นาน 48-72 ชั่วโมง แต่อาการยังไม่ดีขึ้น

สำหรับโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ไม่จำเป็นต้องได้รับยาต้านจุลชีพมี 4 ชนิด คือ

1. โรคคอหอยอักเสบจากเชื้อไวรัส (viral pharyngitis)
2. โรคไซนัสและเยื่อจมูกอักเสบจากเชื้อไวรัส (viral rhinosinusitis)
3. โรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (acute otitis media) ในผู้ป่วยที่มีไข้ไม่น้อยกว่า 39 องศาเซลเซียส และปวดหูบ่อย แต่อายุมากกว่า 6 เดือน
4. โรคหวัด (common cold)

คอหอยอักเสบเฉียบพลัน (acute pharyngitis)

ผู้ป่วยจำนวนมากที่มาปรึกษาด้วยอาการเจ็บคอ โดยส่วนใหญ่มักจะเกิดร่วมกับอาการอื่นๆ อาการเจ็บคอเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุทั้งที่เกิดจากการติดเชื้อและไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ ในส่วนที่เกิดจากการติดเชื้อ ก็ยังมีเชื้อก่อโรคที่อาจก่อให้เกิดคอหอยอักเสบได้หลายชนิด การติดเชื้อไวรัสเป็นสาเหตุสำคัญที่พบบ่อยที่สุดของการทำให้เกิดอาการเจ็บคอจากการติดเชื้อ ส่วนกรณีของการติดเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยที่สุดของการทำให้เกิดอาการเจ็บคอจากการติดเชื้อ ส่วนกรณีของการติดเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ *Streptococcus pyogenes* หรือ group A beta-hemolytic streptococcus (GAHBS) หรืออาจเรียกสั้นๆว่า Group A Streptococci (GAS) โดยพบว่าอาการเจ็บคอเกิดจาก GAS คิดเป็นร้อยละ 15-30 ของอาการเจ็บคอที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อในเด็ก และร้อยละ 5-10 ของอาการเจ็บคอที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อในผู้ใหญ่

ตารางที่ 3.1 เชื้อสาเหตุของการเกิดคอหอยอักเสบ

เชื้อสาเหตุ	อาการทางคลินิก/โรคที่เกิดขึ้น
Viral	
- Rhinovirus	- หวัด
- Coronavirus	- หวัด
- Adenovirus	- เจ็บคอ ตาแดง มีไข้
- Herpes simplex virus type I และ II	- เจ็บคอ เหงือกและเนื้อเยื่อในช่องปากอักเสบ
- Parainfluenza	- หวัด, croup
- Coxsackie A	- Herpangina, hand-foot-mouth disease
- Epstein-Barr virus, EBV	- Infectious mononucleosis

ตารางที่ 3.1 เชื้อสาเหตุของการเกิดคหอยอักเสบ (ต่อ)

เชื้อสาเหตุ	อาการทางคลินิก/โรคที่เกิดขึ้น
Viral (ต่อ) - Cytomeglaovirus, CMV - Human immunodeficiency virus, HIV - Influenza A,B	- Infectious mononucleosis - Primary HIV infection - ไข้หวัดใหญ่
Bacterial - Streptococcus, group A - Streptococcus, groups C, G - Mixed anaerobes - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Corynebacterium diphtheriae</i> - <i>Arcanobacterium haemolyticum</i> - <i>Yersinia enterocolitica</i> - <i>Yersinia pestis</i> - <i>Francisella tularensis</i> - <i>Treponema pallidum</i>	- Pharyngitis, tonsillitis, scarlet fever - Pharyngitis, tonsillitis - Vincent's angina - Pharyngitis, tonsillitis - คอตีบ (Diphtheria) - Pharyngitis, scarlatiniform rash - Pharyngitis, enterocolitis - Plague - Tularemia, oropharyngeal form - Secondary syphilis
Mycoplasmal - <i>Mycoplasma pneumonia</i>	- Pneumonia, bronchitis, pharyngitis
Chlamydophilal - <i>Chlamydophila psittaci</i> - <i>Chlamydophila pneumoniae</i>	- Acute respiratory disease, pneumonia - Pneumonia, pharyngitis

คหอยอักเสบเฉียบพลันจากการติดเชื้อไวรัส (acute viral pharyngitis)

ไวรัสเป็นสาเหตุสำคัญของการทำให้เกิดคหอยอักเสบเฉียบพลัน (acute pharyngitis) ตัวอย่างของเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของคหอยอักเสบเฉียบพลัน ดังแสดงในตารางที่ 3.1 รายละเอียดของการติดเชื้อไวรัสที่ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บคอร่วมด้วยมีดังต่อไปนี้

หวัด (Common cold) เกิดจากเชื้อไวรัสได้หลายชนิด ได้แก่ Rhinovirus, Coronavirus, Adenovirus, Coxsackie virus, Respiratory syncytial virus, Enterovirus, Parainfluenza virus เป็นต้น หวัดเป็นโรคที่หายได้เองภายในเวลา 1-2 สัปดาห์อาการของโรคหวัดได้แก่ จาม คัด น้ำมูกไหล ระบายคอตามด้วยเจ็บคอ ไอ ปวดศีรษะ หลักการรักษาโรคหวัดคือทำให้ผู้ป่วยพักผ่อนและดื่มน้ำมากๆ และรักษาตามอาการ เช่น ให้ยาแก้ปวด ลดไข้ ยาลดน้ำมูก ยาแก้คัดจมูก หรือ ยาแก้ไอ ยาอมแก้เจ็บคอ ไม่จำเป็นต้องให้ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย

ไข้หวัดใหญ่ (Flu) เกิดจากการติดเชื้อ Influenza virus อาการคล้ายหวัดแต่รุนแรงกว่าหวัด โดยผู้ป่วยมักมีอาการดังต่อไปนี้

- ไข้ มักพบบ่อยกว่า และมีไข้สูงกว่าหวัด มีไข้ นาน 3-4 วัน อาจมีอาการหนาวสั่น ร่วมด้วย
- ไอแห้งๆ เจ็บคอ
- คัดจมูก น้ำมูกไหล พบน้อยกว่าหวัด
- ปวดศีรษะ พบบ่อยและรุนแรงกว่าหวัด
- ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียมากเป็นระยะเวลานาน อาการนี้ไม่ค่อยพบในโรคหวัดแต่เป็น

ลักษณะเด่นของไข้หวัดใหญ่

หลักในการรักษาโรคไข้หวัดใหญ่เป็นเช่นเดียวกับโรคหวัดคือ ให้ผู้ป่วยพักผ่อนมากๆ และรักษาตามอาการ

Croup ส่วนใหญ่เกิดจาก Parainfluenza virus พบในเด็กอายุ 6 เดือน -3 ปี มีอาการไข้ เจ็บคอ กลืนลำบาก มีแผ่นฝ้าขาวในลำคอ หายใจลำบาก ไอเสียงแหบห้าว หายใจเสียงดังครู๊ป (croup) เนื่องจากการอักเสบของ กล่องเสียง และหลอดลม โรคนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรง ควรรับส่งต่อผู้ป่วยไปทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและรับการรักษาจากแพทย์

Herpangina เกิดจาก Coxsackie A virus พบในเด็กอายุ 1-7 ปี มีอาการไข้เจ็บพ่นร่วมกับการมีแผลเปื่อยในลำคอบริเวณเพดาน ลิ้นไก่ ทอนซิล เจ็บคอมาก มีน้ำลายมาก กลืนลำบาก อาจมีอาการปวดท้องและอาเจียนร่วมด้วย เป็นโรคที่หายเองได้ โรคนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรง ควรรับส่งต่อผู้ป่วยไปทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและรับการรักษาจากแพทย์

Hand foot mouth disease เกิดจาก Coxsackie A virus ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี โดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอาการไข้ เจ็บคอ ร่วมกับตุ่มเล็กๆ เกิดขึ้นที่ผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า และในปาก ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง หายได้เอง ส่วนน้อยอาจมีอาการทางสมองร่วมด้วย โรคนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรง ควรรับส่งต่อผู้ป่วยไปทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและรับการรักษาจากแพทย์

Infectious mononucleosis เกิดจากการติดเชื้อ EBV หรือ CMV ผู้ป่วยมีอาการหลัก 3 อย่าง คือ ไข้สูง เจ็บคอมาก และ ต่อม้ำเหลืองโตนาน 1-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลียมาก อยู่หลายวัน อาจมีผื่นตามตัว บางรายมีตับอักเสบ และม้ามโต โรคนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรง ควรรับส่งต่อผู้ป่วยไปทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและรับการรักษาจากแพทย์

Primary HIV infection เกิดอาการหลังจากผู้ป่วยสัมผัสเชื้อ ประมาณ 2-6 สัปดาห์ โดยมีอาการดังต่อไปนี้ ไข้ ต่อม้ำเหลืองโต ผื่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปวดข้อ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เจ็บคอ ท้องร่วง มีแผลในปาก ถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ ควรรับส่งต่อผู้ป่วยไปทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและรับการรักษาจากแพทย์

คอหอยอักเสบเฉียบพลันจากการติดเชื้อ GAS (Group A Streptococcal Pharyngitis)

GAS เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในการเกิดคอหอยอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย โดยเฉพาะในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี อย่างไรก็ตามภาวะคอหอยอักเสบจากการติดเชื้อ GAS จะพบได้น้อยในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 3 ปี (การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเกิด คอหอยอักเสบจาก GAS หรือไม่นั้นมีความสำคัญเนื่องจาก โรคนี้เป็นโรคเดียวในกลุ่มโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอหอยอักเสบที่ผู้ป่วยควรได้รับยาต้านแบคทีเรีย

ตารางที่ 3.2 ร้อยละความไวและความจำเพาะของอาการและการแสดงของภาวะคอหอยอักเสบจากเชื้อ GAS

อาการและการแสดง	ความไว	ความจำเพาะ
ผู้ป่วยไม่มีอาการไอ	51-79	36-68
ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอด้านหน้าบวมโต	55-82	34-73
ปวดศีรษะ	48	50-80
ปวดเมื่อยตามตัว	49	60
เพดานอ่อนมีจุดเลือดออก	7	95
คอหอยเป็นหนอง	26	88
ไข้ > 38°	22-58	52-92
ต่อมทอนซิลบวม	36	85

หมายเหตุ - ความไวคือ ความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยว่ามีภาวะคอหอยอักเสบจากเชื้อ GAS

- ความจำเพาะคือ ความสามารถในการบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะคอหอยอักเสบจากเชื้อ GAS จริง

- ดังนั้นอาการและอาการแสดงที่ควรนำมาใช้จึงควรมีทั้งค่าความไวและความจำเพาะที่สูง เช่น ผู้ป่วยไม่มีอาการไอ ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอด้านหน้าบวมโต คอหอยเป็นหนอง ไข้ $> 38^{\circ}$ และ ต่อมทอนซิลบวม

อาการทางคลินิก

อาการทางคลินิกเด่นๆของการติดเชื้อ GAS ได้แก่ เจ็บคอมาก กลืนลำบาก เป็นหนองที่ต่อมทอนซิน ต่อม้ำเหลืองที่คอโต มีไข้ เม็ดเลือดขาวในเลือดสูง โดยอาการต่างๆที่กล่าวมาอาจมีความหนัก เบาไม่เท่ากันในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้อาการบางชนิดของภาวะคออักเสบจากเชื้อ GAS และอาการคออักเสบจากเชื้อไวรัสจะเหมือนกัน ดังนั้นในการพิจารณาอาการคอหอยอักเสบจากการติดเชื้อ GAS จึงไม่สามารถพิจารณาจากอาการอย่างใดอย่างหนึ่งได้ อาการทางคลินิกที่พบบ่อยและพบไม่บ่อยหรือไม่ค่อยพบ ของ คอหอยอักเสบจาก GAS ดังแสดงในตารางที่ 2 อย่างไรก็ตามอาการไข้สามารถหายไปได้เองภายในเวลา 3-5 วัน โดยไม่ได้รับการรักษา เช่นเดียวกับอาการเจ็บคอที่สามารถหายได้เองภายในเวลา 7 วัน

ตารางที่ 3.3 อาการทางคลินิกของคอหอยอักเสบจาก GAS

อาการทางคลินิก หรือปัจจัยเสี่ยง ที่พบบ่อย คอหอยอักเสบจาก GAS	อาการทางคลินิกที่บ่งบอกว่าไม่น่าจะเกิด จากการติดเชื้อ GAS
- อายุ 5-15 ปี - อาการเจ็บคอเฉียบพลัน - เจ็บคอเมื่อกลืน - มีไข้ - ปวดศีรษะ - ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน - ต่อมทอนซิลแดงหรือมีหนองปกคลุม - เพดานอ่อนมีจุดเลือดออก ลิ้นไก่บวม และ - ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอด้านหน้า (antecervical lymph node) บวมโต - Scarletiform rash (ผื่นแดงนูนเล็กๆเื่อไปหน้า และลำคอ และลามไปยังลำตัว)	- คัดจมูก น้ำมูกไหล - เสียงแหบ - ไอ - ท้องเสีย - ตาแดง - เป็นแผลที่แยกออกจากกัน (discrete ulcerative lesion) - ต่อม้ำลายด้านหน้าอักเสบ

โรคแทรกซ้อนของคอตีบอักเสบจาก GAS

โรคแทรกซ้อนของคอตีบอักเสบจากการติดเชื้อ GAS แบ่งได้ 3 ลักษณะดังนี้คือ

1. โรคแทรกซ้อนที่มีลักษณะของการอักเสบจนเป็นหนองเกิดขึ้น (Suppurative complications) ได้แก่
 - การอักเสบจนเป็นหนองรอบต่อมทอนซิล (peritonsillar abscess)
 - การอักเสบจนเป็นหนองในบริเวณที่เป็นช่องว่างด้านหลังคอตีบ (retropharyngeal abscess)
 - การอักเสบของต่อมน้ำเหลืองที่คอ (cervical lymphadenitis)
 - การอักเสบของหูชั้นกลาง (otitis media)
 - การอักเสบของไซนัส (sinusitis)
 - การอักเสบของปุ่มกระดูกของกระดูกขมับ (mastoiditis)
2. โรคแทรกซ้อนที่ไม่มีลักษณะของการอักเสบจนเป็นหนองเกิดขึ้น (Nonsuppurative complications) ได้แก่
 - ไข้รูมาติก (Rheumatic fever) กลไกการเกิดคือภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเนื้อเยื่อต่างๆ ของตนเอง (autoimmune disorder) ทำให้เกิดการอักเสบของลิ้นหัวใจ ข้อ ผู้ป่วยเกิด การเคลื่อนไหวผิดปกติโดยควบคุมไม่ได้ (chorea), ความผิดปกติของผิวหนังโดยการเกิด วงสีชมพู บริเวณลำตัว แขน ขา (erythema marginatum)
 - การอักเสบของไต (Glomerulonephritis) เกิดจาก immune complex ที่สะสมบนเนื้อเยื่อของ glomerulus อาการที่เกิดขึ้นได้แก่ อาการบวม ความดันโลหิตสูง ไตวายเฉียบพลัน มักเกิดขึ้น ในเด็ก โดยมีอาการประมาณ 10 วันหลังจากการเกิดคอตีบอักเสบ
3. โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการสร้างสารพิษของเชื้อ (Toxin mediated complication) ได้แก่
 - Scarlet fever หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า streptococcal toxic like shock syndrome อาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ อวัยวะหลายอวัยวะล้มเหลว ผื่นแดงหรือผิวหนังลอก

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโดยใช้อาการทางคลินิก คอตีบอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียและไวรัสในรายที่ต้องใช้อาการ ทางคลินิกเป็นหลัก อาการทางคลินิกโดยกว้างๆของการติดเชื้อ ไวรัส และแบคทีเรียมีความต่างกันดังแสดงในตารางที่ 2 นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกร่วมกับประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยที่มีภาวะคอตีบอักเสบจาก GAS ในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมา ก็อาจจะช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยได้

การวินิจฉัยทางจุลชีววิทยา ได้แก่การส่งสิ่งส่งตรวจที่ได้จากการใช้สำลีเช็ดอุทกบริเวณ คอตีบ และต่อมทอนซิลแล้วนำไปทดสอบหา antigen ของ GAS (rapid antigen detection testing ,

RADT) หรือนำไปเพาะเชื้อ ซึ่งทำไม่ได้ในร้านยา แนวทางการวินิจฉัยคอตีบจาก GAS แนะนำให้ใช้วิธีการทางจุลชีววิทยาว่าวินิจฉัยโรคนี้เฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกเข้ากันได้กับ คอตีบจาก GAS ก่อนข้างมาก

การใช้ clinical scoring system McIsaac และคณะ ได้สรุปว่าลักษณะทางคลินิก 4 ข้อ ดังต่อไปนี้ เป็นความเสี่ยงของการเกิดคอตีบจาก GAS ได้แก่ 1) ไม่มีอาการไอ 2) อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38° เซลเซียส 3) ต่อมทอนซิลเป็นหนอง 4) ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอ ด้านหน้าอักเสบ McIsaac และคณะ ได้ให้คำแนะนำในการตัดสินใจให้ยาต้านจุลชีพแก่ผู้ป่วยที่เป็นคอตีบจาก GAS เจียบพลันดังที่แสดงในตารางที่ 3.4 และ 3.5

ตารางที่ 3.4 เกณฑ์การให้คะแนนผู้ป่วยตามลักษณะทางคลินิก

เกณฑ์	คะแนนที่ได้
1. อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38° เซลเซียส	1
2. ไม่มีอาการไอ	1
3. ต่อมทอนซิลเป็นหนอง	1
4. ต่อม้ำเหลืองบริเวณคอ ด้านหน้าอักเสบ	1
5. อายุ 3-14 ปี	1
6. อายุ 15-44	0
7. อายุมากกว่า 45	-1

ตารางที่ 3.5 การตัดสินใจในการให้การรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ

คะแนนรวม	โอกาสในการเกิด คอตีบจาก GAS	คำแนะนำในการจัดการ
0	ร้อยละ 1-3	ไม่ต้องส่งเพาะเชื้อ ไม่ต้องให้ยาต้านแบคทีเรีย
1	ร้อยละ 4-6	
2	ร้อยละ 10-12	ส่งเพาะเชื้อ, รอให้ยาต้านแบคทีเรียเมื่อ ผลเพาะเชื้อพบ GAS
3	ร้อยละ 27-28	
4	ร้อยละ 38-63	ส่งเพาะเชื้อ, ให้ยาต้านจุลชีพได้เลย

ภาวะคอคอกเสบจากเชื้อ GAS เป็นภาวะที่สามารถหายได้เองภายในเวลา 3-4 วันแม้ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านแบคทีเรีย รวมทั้งพบว่าการให้ยาต้านแบคทีเรียหลังจากที่เฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยเป็นเวลาน้อยกว่าเท่ากับ 9 วันนั้น ยังคงสามารถป้องกันการเกิดโรคไขรูมาติกได้ ดังนั้นการพิจารณาว่าผู้ป่วยรายใดที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาด้วย ยาต้านแบคทีเรียจึงมีความสำคัญเพื่อลดการใช้ยาต้านแบคทีเรียโดยไม่จำเป็น

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าหากรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บคอทุกรายด้วยยาต้านแบคทีเรียโดยไม่สนว่าผู้ป่วยจะติดเชื้อแบคทีเรียจริงหรือไม่ นอกจากจะมีค่าใช้จ่ายต่อหัวที่สูงและไม่คุ้มค่าแล้ว ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้น รวมทั้งการเสียชีวิตจากอาการแพ้ยาแบบ anaphylaxis

แนวทางการวินิจฉัยและรักษาคอคอกเสบจาก GAS ของ Centers for Disease Control and Prevention / American Academy of Family Physician/American College of Physician ได้ให้แนวทางในการวินิจฉัยและการตัดสินใจให้ยาต้านจุลชีพในคอคอกเสบไว้หลายแนวทางดังนี้ 1) กรณีที่ได้คะแนนจากตารางที่ 3 มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ให้ส่ง RADT และให้ยาต้านแบคทีเรียก็ต่อเมื่อ RADT มีผลเป็นบวก 2) ผู้ป่วยที่ได้คะแนน 2 หรือ 3 คะแนน ให้ยาเฉพาะเมื่อมีผล RADT เป็นบวก กรณีที่ผู้ป่วยได้คะแนน 4 ให้ยาได้เลย 3) ไม่ต้องส่งตรวจ RADT ให้ยาได้เลยเมื่อผู้ป่วยได้คะแนน 3 หรือ 4

เนื่องจากการวินิจฉัยโรคคอคอกเสบในร้านยาไม่สามารถจะทำการเช็ดในลำคอผู้ป่วยเพื่อส่งเพาะเชื้อหรือทำ RADT ได้ ดังนั้นในการวินิจฉัยและตัดสินใจว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นคอคอกเสบจากการติดเชื้อ GAS โดยเป็นโรคที่ควรจ่ายยาต้านแบคทีเรียให้กับผู้ป่วยนั้นจึงต้องใช้ clinical scoring system ซึ่งได้รับการพิสูจน์ในการศึกษาว่าช่วยในการลดการใช้ยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอาการเจ็บคองได้ อย่างไรก็ตามก็ตีพบว่า clinical score system ที่นิยมใช้กันในปัจจุบันคือ Centor และ McIsaac criteria นั้นมีความไวและความจำเพาะเพียงในระดับปานกลางเท่านั้น ซึ่งพิจารณาได้จากการที่ผู้ป่วยทุกรายที่ได้ คะแนน 4 หรือมากกว่าก็ยังคงมีผู้ป่วยจำนวนเกือบ ร้อยละ 40 ที่อาจไม่ได้เป็นโรคคอคอกเสบจาก GAS และได้รับยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็น ดังนั้นเภสัชกรชุมชนจึงควรพิจารณาความไว และความจำเพาะของอาการของผู้ป่วยร่วมด้วย เช่นในกรณีที่ผู้ป่วยได้ 3 คะแนนจากการที่มีอายุ 3-14 ปี ไข้ $>38^{\circ}$ และคอคอกเสบเป็นหนองอาจพิจารณาจ่ายยาต้านแบคทีเรีย แต่หากผู้ป่วยได้ 3 คะแนนจากการที่มีไข้ $>38^{\circ}$ ไม่ไอ และต่อมทอนซิลบวม อาจจะยังไม่พิจารณาจ่ายยาต้านแบคทีเรีย จ่ายแต่เพียงยาบรรเทาอาการเช่น paracetamol หรือ ibuprofen ไปก่อนร่วมกับการติดตามอาการของผู้ป่วย ซึ่งหากผ่านไป 3-5 วันอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น จึงค่อยพิจารณาจ่ายยาต้านแบคทีเรีย

วัตถุประสงค์ในการรักษาคอหอยอักเสบเฉียบพลันจาก GAS ด้วยยาต้านแบคทีเรีย

ผู้ป่วยที่เกิดคอหอยอักเสบจากการติดเชื้อ GAS ควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านแบคทีเรียด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

1. ลดการเกิด suppurative complications ผลจากการศึกษาพบว่า การให้ยาต้านสามารถลดการเกิด suppurative complications ได้ เช่น การเกิดหูชั้นกลางอักเสบ
2. ลดการเกิด non-suppurative complication ผลจากการศึกษาพบว่า การให้ยาต้านแบคทีเรียสามารถป้องกันการเกิด rheumatic fever ได้ แต่ไม่สามารถป้องกัน glomerulonephritis
3. ลดระยะเวลาในการเกิดโรค อย่างไรก็ดี ผลจากการทำ meta-analysis พบว่าโรคนี้สามารถหายได้เองใน 1 สัปดาห์ไม่ว่าจะได้ยาต้านแบคทีเรียหรือไม่
4. ลดการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น

แนวทางการเลือกใช้ยาต้านแบคทีเรียในการรักษาคอหอยอักเสบจาก GAS

ยาต้านแบคทีเรีย ขนาดยาที่แนะนำให้ใช้ และระยะเวลาในการให้ ยาในการรักษาคอหอยอักเสบจาก GAS ดังแสดงในตารางที่ 3.6 เนื่องจากในปัจจุบันอุบัติการณ์การดื้อยา penicillin ของ GAS มีค่อนข้างน้อย ดังนั้นยาที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรกในการรักษา GAS จึงยังคงเป็นยา penicillin

ยา amoxicillin, ยาในกลุ่ม cephalosporins และยาในกลุ่ม macrolide มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะคอหอยอักเสบจากการติดเชื้อ GAS ได้เทียบเท่ากับยา penicillin แต่เนื่องจากเชื้อ GAS มีอุบัติการณ์การดื้อต่อยา penicillin ที่ต่ำ รวมทั้งเพื่อลดการเกิดอุบัติการณ์การดื้อยาในกลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นจึงควรเลือกยาในกลุ่ม penicillin เป็นยาทางเลือกแรกในการรักษา

การที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบ เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการล้มเหลวของการรักษาภาวะคอหอยอักเสบจากเชื้อ GAS เนื่องจากหลังจากได้รับยาต้านแบคทีเรียไปประมาณ 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการดีขึ้น จึงอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดการรับประทานยาได้ ดังนั้นเภสัชกรชุมชนจึงควรที่จะเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาฆ่าเชื้อให้ครบ 10 วัน

ผู้ป่วยที่ได้รับยา penicillin รักษาคอหอยอักเสบจาก GAS มีอัตราการรักษาล้มเหลวประมาณ ร้อยละ 15-20 สาเหตุการรักษาล้มเหลวเกิดจากการที่ผู้ป่วยกินยาไม่ครบ บ ผู้ป่วยเป็น carrier ในกรณีที่ผู้ป่วยล้มเหลวในการรักษา การกลับเป็นซ้ำของโรคหลายครั้งอาจอธิบายได้ด้วยทฤษฎี co-pathogens นั่นคือเชื้อที่เป็น normal flora บริเวณคอผู้ป่วย เช่น *H. influenzae*, *M. catarrhalis* อาจสร้าง penicillinase มาทำลายยา penicillin ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงแนะนำให้การ

รักษาด้วยยาที่ไม่ใช่กลุ่ม beta-lactam หรือเป็นยาในกลุ่ม beta-lactam ที่ทนต่อการทำลายด้วย penicillinase ดังแสดงในตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.6 ยาต้านแบคทีเรียที่แนะนำให้ใช้ในการรักษา คอหอยอักเสบจาก GAS

ชื่อยา	ขนาดยาสำหรับเด็ก	ขนาดยาสำหรับผู้ใหญ่	ระยะเวลาในการรักษา
ยาทางเลือกแรก			
Penicillin V	20 มก./กก/วัน แบ่งให้ทุก 8-12 ชม. (กรณี นน. $\leq$ 50 กก) 15 มก./กก/วัน แบ่งให้ทุก 8-12 ชม. (กรณี นน.> 50 กก)	250 มก. ทุก 8-12 ชม	10 วัน
Amoxicillin	20 -50 มก./กก/วัน แบ่งให้ทุก 8 ชั่วโมง	250-500 มก.ทุก 8 ชม	10 วัน
ยาทางเลือกรองในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ penicillin หรือกลับมาเป็นซ้ำของภาวะคอหอยอักเสบจากเชื้อ GAS			
Erythromycin (ขนาดยาคิดตาม erythromycin base)	25 -50 มก./กก/วัน แบ่งให้ทุก 6 ชั่วโมง	250-500 มก. ทุก 6 ชม	10 วัน
Clarithromycin	15 มก./กก/วัน แบ่งให้ทุก 12 ชม	250 มก. ทุก 12 ชม.	10 วัน
Clindamycin	20-30 มก./กก/วัน แบ่งให้ทุก 8 ชม	600-900 มก./วัน แบ่งให้วันละ 3-4 ครั้ง	10 วัน
Azithromycin	12 มก./กก วันละครั้ง	500 มก. วันละครั้ง	5 วัน

ระยะเวลาในการรักษาภาวะคอหอยอักเสบเฉียบพลันจากเชื้อ GAS ด้วยยาปฏิชีวนะ

มีการศึกษาที่ทำการเปรียบเทียบระหว่างการให้ยาปฏิชีวนะระยะสั้น (5 วัน) เปรียบเทียบกับการให้ยาปฏิชีวนะตามมาตรฐาน (10 วัน) พบว่าการให้ยาปฏิชีวนะในระยะสั้นนั้นจะมีการกำจัดเชื้อได้น้อยกว่า เกิดการกลับเป็นซ้ำมากกว่า และล้มเหลวจากการรักษาเยอะกว่าการให้ยาปฏิชีวนะแบบมาตรฐาน สำหรับ amoxicillin นั้นข้อมูลการศึกษาการใช้ยาในระยะสั้นยังมีอยู่น้อย ดังนั้นจึงยังไม่แนะนำให้ใช้ amoxicillin ระยะสั้นในการรักษาภาวะคอหอยอักเสบเฉียบพลันจากเชื้อ GAS ยกเว้นการให้ azithromycin และ cephalosporin ในระยะสั้นนั้นการศึกษาพบว่ามีประสิทธิภาพไม่แตกต่าง

จากการให้ penicillin แบบมาตรฐาน แต่เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการแพ้ยา ยาทั้ง 2 ชนิดนี้จึงไม่ค่อยนิยมนำมาใช้เป็นยาทางเลือกแรกในการรักษา

ไซนัสและเยื่อจมูกอักเสบ (Rhinosinusitis)

โรคไซนัสอักเสบเป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไปทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ความสำคัญของโรคไซนัสอักเสบไม่ได้เป็นเพียงโรคที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้อยลงเท่านั้น แต่ยังเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดที่รุนแรงเช่น การสูญเสียการมองเห็น, ฝีในสมอง และชนิดที่ไม่รุนแรงเช่น ริดสีดวงจมูก, หูชั้นกลางอักเสบ, การได้ยินลดลง ซึ่งกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ของเด็กเป็นอย่างมาก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยและการจ่ายยาเพื่อรักษาภาวะไซนัสอักเสบอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างสูงเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ปกครองโดยตรง

การจำแนกชนิดโรคไซนัสอักเสบนั้น แบ่งออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่

- (1) ชนิดเฉียบพลัน (acute rhinosinusitis) หมายถึงการอักเสบของเยื่อไซนัสที่เป็นมานานน้อยกว่า 4 สัปดาห์ และอาการหายไปอย่างสมบูรณ์
- (2) ชนิดกึ่งเฉียบพลัน (subacute rhinosinusitis) หมายถึงการอักเสบของเยื่อไซนัสที่เป็นต่อเนื่องจาก acute rhinosinusitis แต่มีอาการไม่เกิน 12 สัปดาห์
- (3) ชนิดเรื้อรัง (chronic rhinosinusitis) หมายถึงการอักเสบของเยื่อไซนัสที่มีอาการต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป
- (4) ชนิดเฉียบพลันที่กลับเป็นซ้ำ (recurrent acute rhinosinusitis) หมายถึงการอักเสบของเยื่อไซนัสชนิดเฉียบพลันที่มีการกลับเป็นซ้ำมากกว่า 3 ครั้งต่อปี แต่ละครั้งเป็นนานกว่า 7 วันแต่ไม่เกิน 4 สัปดาห์ และการอักเสบหายไปอย่างสมบูรณ์ทุกครั้ง
- (5) ชนิดเรื้อรังและมีการกำเริบเป็นชนิดเฉียบพลัน (acute exacerbation on chronic rhinosinusitis) หมายถึงการอักเสบของเยื่อไซนัสที่เป็นเรื้อรังและผู้ป่วยมีอาการแย่ลงทันทีหรือมีอาการอักเสบของไซนัสเกิดขึ้นใหม่ อาการอักเสบของไซนัสที่เป็นอย่างเฉียบพลันที่เกิดขึ้นใหม่จะหายไปหลังจากมีอาการไม่เกิน 4 สัปดาห์

ในการวินิจฉัยโรคไซนัสอักเสบในเด็กและผู้ใหญ่นั้น จะใช้อาการและอาการแสดงเป็นเกณฑ์ที่สำคัญในการตัดสินใจให้การรักษา โดยเฉพาะในเด็กที่มีอาการของไขหวัดควรนึกถึงโรคไซนัสอักเสบ ถ้ามีอาการมากกว่า 7-10 วัน ซึ่งใช้เป็นจุดแยกระหว่างการติดเชื้อไวรัสหรือการติดเชื้อแบคทีเรีย รวมทั้งอาการที่เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ร่วมกับมีน้ำมูกได้ในทุกลักษณะทั้งน้ำมูกใส, เหลืองหรือสีเขียว และอาจพบอาการร่วมอื่นๆ ที่พบได้บ้างได้แก่ ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น, ไข้ต่ำ ๆ, ปวดศีรษะ, เจ็บคอ, ปวดบริเวณโพรงไซนัสหรือใบหน้าอาจพบลักษณะใบหน้าบวมได้ โดยที่ไม่จำเป็นต้องมี

อาการปวดศีรษะบริเวณโพรงไซนัสร่วมด้วยก็ได้ ส่วนกรณีของ acute severe rhinosinusitis อาจพบอาการของไขหวัดที่มีไข้สูงมาก ร่วมกับมีน้ำมูกสีเหลือง-เขียวจำนวนมากได้

แนวทางการรักษาโรคไซนัสอักเสบ

สำหรับแนวทางการรักษาโรคไซนัสอักเสบนั้น แบ่งตามช่วงระยะเวลาของการมีอาการ คือ

- Acute rhinosinusitis หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการ ไซนัสอักเสบเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 4 สัปดาห์

- Chronic rhinosinusitis หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการไซนัสอักเสบตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป ดังนั้นแนวทางการเลือกจ่ายยาปฏิชีวนะจึงแบ่งตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการไซนัสอักเสบ

ดังนี้

1. Acute rhinosinusitis

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการหนองไหลออกมาทางจมูก (Purulent nasal discharge) ทางด้านหน้า (รูจมูก) หรือ ทางด้านหลัง (ไหลลงคอ) หรือทั้งสองทาง โดยมีอาการเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์ ประมาณ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยไซนัสอักเสบเฉียบพลันจะสามารถหายได้เอง ซึ่งแบ่งได้ตามสาเหตุของการติดเชื้อ คือ viral rhinosinusitis (ร้อยละ 90 - ร้อยละ 98) และ acute bacterial rhinosinusitis (ร้อยละ 2 - ร้อยละ 10)

1.1 Viral rhinosinusitis (VRS)

หมายถึง อาการไซนัสอักเสบเฉียบพลันที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัส มีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

- ผู้ป่วยมีอาการ หรืออาการแสดงของไซนัสอักเสบเฉียบพลันน้อยกว่า 10 วัน ร่วมกับ
- ผู้ป่วยไม่มีอาการไซนัสอักเสบที่เลวร้ายลง ตลอดช่วงเวลาดังกล่าว

ภาวะไซนัสอักเสบเฉียบพลันจากเชื้อไวรัสผู้ป่วยมักจะมีอาการทางจมูก เช่น น้ำมูกไหล คัดจมูก หรืออาการไอ คันคอ เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะเริ่มมีน้ำมูกใส ต่อมาน้ำมูกจะเริ่มข้นเหนียวขึ้น ในผู้ป่วยบางรายน้ำมูกอาจจะกลายเป็นสีเขียวเหลืองได้ แต่อย่างไรก็ตามหลังจากนั้น 2-3 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น น้ำมูกจะข้นเหนียวลดลง และกลับมาใสอีกครั้งโดยไม่จำเป็นต้องได้รับยาต้านแบคทีเรีย สำหรับไข้ นั้นผู้ป่วยที่มีภาวะไซนัสอักเสบเฉียบพลันจากเชื้อไวรัสมักจะไม่มีไข้สูง หรือมีเฉพาะในช่วง 2-3 วันแรกและมีอาการปวดศีรษะ หรือปวดเมื่อยตัวร่วมด้วย หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีเฉพาะอาการทางระบบทางเดินหายใจประมาณ 5-10 วัน

การรักษา VRS นั้น ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ และสามารถหายได้เอง ส่วนการรักษาอาการแน่น คัดจมูก หรืออาการปวดสามารถจ่ายบรรเทาอาการได้

1.2 Acute bacterial rhinosinusitis (ABRS)

หมายถึง อาการไซนัสอักเสบเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

- ผู้ป่วยมีอาการ หรืออาการแสดงของไซนัสอักเสบเฉียบ พลันไม่น้อยกว่า 10 วัน หรือเกิดขึ้นหลังจากการติดเชื้อที่ทางเดินหายใจส่วนบน หรือ
- ผู้ป่วยมีอาการไซนัสอักเสบที่เลวร้ายลงหลังจากมีอาการมาประมาณ 5-6 วัน โดยเกิดขึ้นหลังจากที่ตอนแรกอาการเริ่มดีขึ้นแล้ว (double worsening) หรือ
- ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเช่น ไข้ $> 39^{\circ}$ และน้ำมูกข้นสีเขียวเหลือง ติดต่อกันตั้งแต่ในช่วง 3-4 วันแรก

การรักษา ABRS นั้นจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะโดยต้องครอบคลุมเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักคือ *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. viridian* และ *M. catarrhalis* โดยเลือกใช้อันดับแรกคือ amoxicillin ในขนาดยาสูง ส่วน amoxicillin/clavunanic acid เป็นยาที่ใช้ได้ในกรณีที่พบการดื้อยาของ *H. influenzae* โดยการสร้างเอนไซม์ β -lactamase ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 20-80 โดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อชนิดนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติการได้รับยากลุ่ม β -lactam หรือเพิ่งออกจาก การนอนโรงพยาบาลได้ไม่เกิน 90 วัน ส่วนการรักษาอาการแน่น คัดจมูก หรืออาการปวดสามารถใช้ ยาบรรเทาอาการ หรือใช้น้ำเกลือสวนล้างจมูกได้

2. Chronic rhinosinusitis (CRS)

หมายถึง อาการไซนัสอักเสบที่มีอาการต่อเนื่องมากกว่า 12 สัปดาห์ แนวทางการรักษา CRS นั้น นอกเหนือจากการ ใช้ยาปฏิชีวนะและยาบรรเทาอาการอักเสบของไซนัสแล้ว ในผู้ป่วยบางราย จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายหนองออก เพื่อลดผลแทรกซ้อนในการเกิดโพรงไซนัสแตกเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ดังนั้นผู้ป่วย CRS ควรได้รับการรักษาและการประเมินจากแพทย์เป็นระยะๆ

ความไวของเชื้อก่อโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบนต่อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย

เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคไซนัสอักเสบแบบเฉียบพลันได้แก่เชื้อ *S. pneumoniae*, *H. influenzae* และ *M. catarrhalis* สำหรับโรคไซนัสอักเสบชนิดเรื้อรังหรือกำเริบแบบเฉียบพลันยังสามารถพบได้ทั้ง aerobes เช่น *S. aureus*, *H. influenzae*, *S. pneumoniae* และ anaerobes เช่น *Bacteroides* spp., *Prevotella* & *Porphyromonas* spp., *Fusobacterium* spp.

การศึกษาทางระบาดวิทยาของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาจากผู้ป่วยโรคไซนัสอักเสบในประเทศไทยมีข้อมูลจำกัดคงมีแต่การศึกษาถึงระบาดวิทยาของ เชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรคในทางเดินหายใจ

ตอนบนซึ่งรวมถึงเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุภาวะหูชั้นกลางอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียซึ่งเป็นเชื้อที่เป็นสาเหตุเดียวกันกับการติดเชื้อในโรคไขสันหลังอักเสบ จากการศึกษารูปแบบการดื้อยาของเชื้อก่อโรคแกรมบวกต่อระบบทางเดินหายใจส่วนบนโดยเฉพาะ *S. pneumoniae* ในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 33.5, 27.2 และ 39.3 ของ *S. pneumoniae* ไว, ไวปานกลาง และดื้อต่อยาเพนิซิลลินตามลำดับ โดยร้อยละ 14.8 ของเชื้อ *S. pneumoniae* ที่ดื้อต่อยาเพนิซิลลินจะดื้อต่อ ceftriaxone และเชื้อทั้งหมดดื้อต่อยา cefuroxime จากการศึกษาแบบความไวของยาต้านจุลชีพต่อเชื้อก่อโรคระบบทางเดินหายใจในประเทศแถบเอเชียรวมทั้งประเทศไทยพบ penicillin-resistant *S. pneumoniae* (PRSP) ร้อยละ 33.1 และ penicillin intermediate susceptible *S. pneumoniae* (PISP) ร้อยละ 19.9 และพบว่าร้อยละ 15 ของเชื้อในกลุ่ม PRSP จะดื้อต่อ amoxicillin และร้อยละ 2.5, 3.5, 1.3 และ 0 จะดื้อต่อยา ceftriaxone, cefditoren, levofloxacin และ moxifloxacin ตามลำดับ นอกจากนี้ การศึกษาอุบัติการณ์การดื้อยาของเชื้อ *S. pneumoniae* ในประเทศไทยยังพบอัตราการดื้อยาด้านจุลชีพที่ไม่ใช่ยาใน β -lactam ในอัตราที่สูง โดยมีอัตราการดื้อต่อยา azithromycin และ co-trimoxazole ได้ถึง 77 เปอร์เซ็นต์

ข้อมูลจากการศึกษารูปแบบการดื้อยาในเชื้อแกรมลบที่ก่อโรคต่อระบบทางเดินหายใจส่วนบนโดยเฉพาะ *H. influenzae*, *M. catarrhalis* ในประเทศไทย พบว่ามีสายพันธุ์ที่ผลิต β -lactamase ร้อยละ 7 – 20 ในบางรายงานอาจพบได้ประมาณร้อยละ 80 และสายพันธุ์ดังกล่าวยังดื้อต่อยาจุลชีพอื่นๆ ที่มักเป็นยาทางเลือกในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อยาด้านจุลชีพกลุ่ม β -lactam เช่น azithromycin และ co-trimoxazole ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยด้วยยาเลือกกรองเหล่านี้มีโอกาสประสบความสำเร็จในการรักษาได้สูงและไม่ควรเลือกใช้ในกรณีที่ไม่ทราบผลความไวของเชื้อ ข้อมูลเหล่านี้ล้วนแต่แสดงให้เห็นว่าเชื้อก่อโรคของระบบทางเดินหายใจส่วนบนมีอัตราการดื้อยา penicillin เพิ่มขึ้นรวมทั้งมีเริ่มพบการดื้อยากลุ่มอื่นๆ อีกด้วย

การเลือกยาด้านจุลชีพ

การเลือกใช้ยาด้านจุลชีพในเด็กที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่รุนแรงและไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาด้านจุลชีพมาก่อนควรเลือกยาด้านจุลชีพชนิดที่มีฤทธิ์ต้านจุลชีพแบบชนิดครอบคลุมเชื้อจำกัด (narrow spectrum) ที่ครอบคลุมเชื้อ *S. pneumoniae*, *H. influenzae* หรือ *M. catarrhalis* ได้ก่อน การเลือกใช้ยาด้านจุลชีพชนิดใหม่และมีฤทธิ์ต้านจุลชีพแบบกว้าง (broad-spectrum) ไม่ได้ผลดีไปกว่ายาด้านจุลชีพชนิดที่ครอบคลุมเชื้อได้จำกัด (narrow spectrum) แต่อย่างใดอย่างไรก็ดีในปัจจุบันมีเชื้อ *S. pneumoniae* ที่ดื้อต่อยาด้านจุลชีพเพิ่มมากขึ้น (drug resistant *Streptococcal pneumoniae* – DRSP) ส่วนเชื้อ *H. influenzae* และ *M. catarrhalis* ที่ดื้อ

ต่อยาต้านจุลชีพด้วยการผลิต β -lactamase ก็มีอุบัติการณ์สูงมากขึ้นเช่นกันดังนั้นการใช้ยาต้านจุลชีพจึงอาจต้องคำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยาในประเทศไทย. เหล่านี้ด้วย แต่ในกรณีที่สงสัยภาวะไตอักเสบจากโรคติดเชื้อแบคทีเรียชนิดเรื้อรังมักเป็นติดเชื้อหลายชนิดรวมทั้งเชื้อชนิดไม่ใช้ออกซิเจน ดังที่ได้กล่าวข้างต้น การให้ยาต้านจุลชีพจึงมักต้องให้ยาที่มีคุณสมบัติออกฤทธิ์กว้างและควรเป็นยาอย่างน้อย 2 ชนิดโดยหนึ่งชนิดควรมีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียชนิดไม่ใช้ออกซิเจน สำหรับชนิดและขนาดยาปฏิชีวนะในเด็กและผู้ใหญ่ที่แนะนำ แสดงดังตารางที่ 3.8 และ 3.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 3.8 ขนาดยาปฏิชีวนะสำหรับการรักษาโรคไขข้อและโพรงจมูกอักเสบในเด็ก

ยาปฏิชีวนะ	ขนาดยาโดยทั่วไป
ยาทางเลือกแรก	
Amoxicillin*	45-90 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง
ยาทางเลือกรอง**	
Amoxicillin/clavulanic acid*	45-90 มก./กก./วัน (ของ amoxicillin)แบ่งให้วันละ 2-3 ครั้ง
Cefdinir	14 มก./กก./วัน แบ่งให้ทุก 12 ชม.
Cefpodoxime	10 มก./กก./วัน แบ่งให้ทุก 12 ชม.
Cefditoren	9-18 มก./กก./วัน แบ่งให้ทุก 8 ชม.
Levofloxacin	10-20 มก./กก./วัน ทุก 12-24 ชม.
Clindamycin***	20-40 มก./กก./วัน แบ่งให้วันละ 3 ครั้ง

* ขนาดยาขึ้นกับขนาดของ amoxicillin และอาจเลือกใช้ขนาดยาขนาดสูงได้ตั้งแต่แรกเพราะ อุตุนิการณการื้อยาเพนิซิลลินระดับปานกลางและสูงของเชื้อ *S. pneumoniae* ก่อนข้างชุกในประเทศไทย

** ควรเลือกใช้ยาทางเลือกรองเมื่อผู้ป่วยอายุ < 2 ปี หรือ > 65 ปี มีประวัติได้รับยาต้านแบคทีเรียในเดือนที่ผ่านมา มีประวัติเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 5 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม penicillin

***ไม่ควรใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษาโรคไขข้ออักเสบทั้งชนิดเรื้อรังและเฉียบพลัน ควรให้ร่วมกับยาในกลุ่ม cephalosporin

ตารางที่ 3.9 ขนาดยาปฏิชีวนะสำหรับการรักษาโรคไขข้อและโพรงจมูกอักเสบในผู้ใหญ่

ยาปฏิชีวนะ	ขนาดยาโดยทั่วไป
ยาทางเลือกแรก	
Amoxicillin	รับประทานครั้งละ 500 มก. วันละ 3 ครั้ง
ยาทางเลือกรอง*	
Amoxicillin (high dose)	รับประทานครั้งละ 1000 มก. วันละ 2-3 ครั้ง
Amoxicillin/clavunanic acid	รับประทานครั้งละ 2 กรัม วันละ 2 ครั้ง
Cefdinir	รับประทานครั้งละ 200 มก. ทุก 12 ชั่วโมง
Cefpodoxime	รับประทานครั้งละ 200 มก. ทุก 12 ชั่วโมง
Cefdinir	รับประทานครั้งละ 200 มก. ทุก 12 ชั่วโมง
Levofloxacin	รับประทานครั้งละ 500 มก. วันละครั้ง
Clindamycin**	รับประทานครั้งละ 300 มก. วันละ 3 ครั้ง

* ควรเลือกใช้ยาทางเลือกรองเมื่อผู้ป่วยอายุ < 2 ปี หรือ > 65 ปี มีประวัติได้รับยาต้านแบคทีเรียในเดือนที่ผ่านมา มีประวัติเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 5 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม penicillin

** ไม่ควรใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษาโรคไขข้ออักเสบทั้งชนิดเรื้อรังและเฉียบพลัน ควรให้ร่วมกับยาในกลุ่ม cephalosporin

ระยะเวลาในการรักษาภาวะไขข้ออักเสบเฉียบพลันจากเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะ

การรวบรวมผลการศึกษาของหลาย ๆ การศึกษา เพื่อทดสอบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาภาวะไขข้ออักเสบแบบเฉียบพลัน โดยใช้ระยะเวลาการรักษาที่สั้นลง (5-7 วัน) หรือให้การรักษาตามปกติ (10-14 วัน) พบว่าประสิทธิภาพและการกำจัดเชื้อในทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งการกลับมาเป็นซ้ำของภาวะไขข้ออักเสบเฉียบพลันก็ไม่มี ความแตกต่างกัน แต่ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาระยะสั้น อาจจะทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์น้อยกว่า นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ลดการเกิดภาวะดื้อยา และราคาในการรักษาถูกลง ดังนั้น แนวทางการรักษาภาวะไขข้ออักเสบเฉียบพลันจากเชื้อแบคทีเรียในปี 2012 ของประเทศสหรัฐอเมริกาจึงแนะนำว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะไขข้ออักเสบเฉียบพลันจากเชื้อแบคทีเรียที่มีอาการไม่รุนแรง อาจจะพิจารณาให้การรักษาด้วยยาต้านแบคทีเรีย 5-7 วันได้ แต่หากผู้ป่วยมีภาวะ

rhinosinusitis ที่บริเวณ frontal หรือ sphenoid, เป็นผู้ป่วยเด็ก, ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง, หรือ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการดื้อยา ควรที่จะได้รับการรักษาเป็นระยะเวลา 10-14 วันเช่นเดิม

การรักษาด้วยยาเสริมชนิดอื่น

การใช้ยา decongestant ทั้งชนิดหยอด/พ่นจมูก เช่น ephedrine, xylomethazoline, naphazoline, oxymetazoline ไม่ควรใช้ยาติดต่อกันนานเกิน 3 วัน เพราะอาจทำให้เกิด rebound effect เยื่อบุจมูกบวมมากขึ้น ยังไม่มีการศึกษาที่แสดงถึงประสิทธิผลของยา decongestant ในการรักษา acute rhinosinusitis แต่การใช้ decongestants ร่วมกับยาต้านจุลชีพอาจมีประโยชน์ในการรักษาทั้งโรคไซนัสเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง โดยอาจให้เป็นครั้งคราวเพื่อบรรเทาอาการคัดจมูก ยาเสติรอยด์พ่นจมูก และยาต้านฮีสตามีนชนิดรับประทาน ยังไม่มีหลักฐานว่าช่วยในการรักษาไซนัสอักเสบในเด็กแต่อาจแนะนำยาดังกล่าวในกรณีที่เป็นโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (allergic rhinitis) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เฉพาะทาง ไม่ควรใช้ยาต้านฮีสตามีนที่ฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก เพราะจะทำให้ น้ำมูกและสิ่งคัดหลั่งในไซนัสเหนียวขึ้น มีผลทำให้การระบายหนองในโพรงไซนัส เป็นไปได้ยาก และอาจเกิดผลเสียต่อการรักษาโรคไซนัสอักเสบได้ ส่วนการใช้ น้ำเกลือล้างโพรงจมูก อาจได้ประโยชน์ในผู้ป่วยที่เป็นไซนัสอักเสบเรื้อรังหรือโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้

โรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน (Acute otitis media)

หูชั้นกลางอักเสบเป็นโรคที่พบได้ในทุกเพศ ทุกวัย แต่พบได้บ่อยในเด็กอายุ 3 เดือน- 3 ปี โดยเฉพาะในเด็กที่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็ก หรือเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีคนสูบบุหรี่ การวินิจฉัยโรคในร้านยา อาจทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากเด็กไม่สามารถบอกอาการที่ชัดเจนได้หรือไม่มีอาการ ตรวจเพิ่มเติม ดังนั้นจึงต้องอาศัยการซักประวัติอาการและอาการแสดงเป็นหลัก หูชั้นกลางอักเสบสามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือ หูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลันและหูชั้นกลางอักเสบแบบเรื้อรัง

สาเหตุของหูชั้นกลางอักเสบ

หูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลัน เกิดจากติดเชื้อภายในหูชั้นกลาง ซึ่งเชื่อที่เป็นสาเหตุหลักคือ เชื้อไวรัส ซึ่งพบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของภาวะหูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลัน สำหรับเชื้อแบคทีเรียที่พบนั้นได้แก่ *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* และ *Moraxella catarrhalis* พบได้ร้อยละ 40, 25-30 และ 10-15 ตามลำดับ เชื้อที่พบน้อย เช่น Group A *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus* เชื้อแกรมลบ และมักพบร่วมกับการเชื้อจากไวรัส หูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลันมักเกิดร่วมกับการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน เช่น ไข้หวัด ต่อม

ทอนซิลอักเสบ ทำให้เชื้อที่อยู่บริเวณทางเดินหายใจเคลื่อนที่ผ่านท่อยูสเตเชียน (Eustachian tube) เข้าไปในหูชั้นกลาง จึงเกิดการอักเสบ บวม มีหนองขัง หากไม่ทำการรักษา เยื่อแก้วหูอาจทะลุ ทำให้หนองไหลออกมาได้ ส่วนหูชั้นกลางอักเสบแบบเรื้อรัง เกิดจากหูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลันที่ไม่ได้รับการรักษา หรือเกิดจากการบาดเจ็บจนแก้วหูทะลุ

การวินิจฉัยหูชั้นกลางอักเสบ

การวินิจฉัยโรคและการแบ่งประเภทของหูชั้นกลางอักเสบ ใช้การประเมินอาการและอาการแสดงเป็นหลัก หูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลัน มักมีไข้ ปวดหู ในเด็กเล็กมักร้องไห้กวน หรือใช้มือดึงใบหูบ่อยๆ โดยอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดแบบเฉียบพลัน (ภายใน 48 ชั่วโมง) ส่วนหูชั้นกลางอักเสบแบบเรื้อรัง มักพบหนองไหลออกมาจากหูเรื้อรัง หูอื้อ การได้ยินลดลง มักไม่มีไข้หรืออาการปวดหู

แนวทางการรักษาหูชั้นกลางอักเสบ

แนวทางการรักษาหูชั้นกลางอักเสบแบบเรื้อรัง ควรส่งต่อแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อ สำหรับการรักษาหูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลันควรได้รับยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ซึ่งหากได้รับการรักษาไม่เหมาะสมอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น หูชั้นในอักเสบ หูหนวก เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ฝีในสมอง อัมพาตปากเบี้ยว เป็นต้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนควรส่งต่อแพทย์ทันที

ในผู้ป่วยที่มีปวดหูจากภาวะหูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลันนั้น การบรรเทาอาการปวดสามารถทำได้โดยการจ่ายยา paracetamol หรือ ibuprofen เพื่อบรรเทาอาการปวด โดยสามารถจ่ายเพื่อบรรเทาอาการได้ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ

สำหรับการรักษาหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันนั้น โดยทั่วไปผู้ป่วยส่วนมากที่มีอาการหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันโดยเฉพาะจากเชื้อไวรัส มักจะหายเองได้ภายในเวลา 2-3 วันได้มีการศึกษาทางคลินิกเพื่อเปรียบเทียบการใช้และอาการปวด ที่เวลา 48 ชั่วโมงในเด็ก 2 กลุ่มระหว่างกลุ่มที่ได้รับยา amoxicillin กับยาหลอก พบว่าการลดลงของอาการไข้ และอาการปวดที่เวลา 48 ชั่วโมงนั้น ไม่มีความแตกต่างกันในระหว่างทั้งสองกลุ่ม รวมทั้งการหายจากอาการต่าง ๆ ที่เวลา 14 วันก็ไม่มี ความแตกต่างกัน นอกจากนี้แนวทางการรักษาภาวะหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันในต่างประเทศส่วนใหญ่ จะแนะนำให้เพียงสังเกตอาการโดยยังไม่ต้องให้ยาต้านแบคทีเรียในผู้ป่วยที่มีภาวะหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันแบบไม่รุนแรง เนื่องจากเป็นภาวะที่ผู้ป่วยสามารถหายได้เอง และโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่ำ

การศึกษาโดยการรวบรวมข้อมูลจาก 9 การศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการจ่ายยาต้านแบคทีเรีย กับการให้เพียงยาบรรเทาอาการเท่านั้น ที่เวลา 24 ชั่วโมงอาการของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน และในกลุ่มที่ได้รับยาต้านแบคทีเรียจะมีการดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านแบคทีเรียประมาณ ร้อยละ 4 และ ร้อยละ 9 ที่เวลา 2-3 วัน และ 4-7 วันตามลำดับ จากข้อมูลการศึกษาจะแสดงให้เห็นว่าการจ่ายยาต้านแบคทีเรียนั้นจะมีประโยชน์เพียงเล็กน้อยในการบรรเทาอาการของผู้ป่วยเท่านั้น

การใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาหูชั้นกลางอักเสบแบบ เบียบพลัน พิจารณาจากอายุของผู้ป่วยร่วมกับประเมินความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่ควรได้รับยาต้านจุลชีพทันที คือ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 6 เดือนทุกราย ผู้ป่วยอายุมากกว่า 6 เดือนที่มีอาการรุนแรง (มีไข้มากกว่า 39 องศาเซลเซียส มีอาการปวดหูปานกลางถึงมาก) หรือมีอาการของหูทั้ง 2 ข้าง รวมทั้งผู้ที่มีภาวะเยื่อแก้วหูฉีกขาด สำหรับผู้ป่วยนอกเหนือจากนี้ ควรติดตามอาการอย่างใกล้ชิด 48-72 ชั่วโมง หากอาการไม่ดีขึ้นหรืออาการแย่ลง ควรได้รับยาต้านจุลชีพ

จากการศึกษาหลายการศึกษาผู้ที่ไม่ได้รับยาต้านแบคทีเรียตั้งแต่เริ่ม เพื่อรักษาภาวะหูชั้นกลางอักเสบแบบเบียบพลันนั้นจะมีประมาณ ร้อยละ 20-30 ที่เมื่อทำการติดตามต่อไปแล้วต้องกลับมาได้รับการรักษาด้วยยาต้านแบคทีเรีย ซึ่งไม่ได้หมายความว่า การจ่ายยาต้านจุลชีพนั้นมีความจำเป็นจะต้องใช้ตั้งแต่เริ่มในผู้ป่วยทุกรายที่มีภาวะหูชั้นกลางอักเสบแบบเบียบพลัน แต่หมายถึงควรมีการติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อพิจารณาจ่ายยาต้านแบคทีเรีย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง นอกจากนี้การศึกษาซึ่งรวมข้อมูลจาก 4 การศึกษายังแสดงให้เห็นว่า ในผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบแบบเบียบพลันจำนวน 1700 คน โดยที่ครึ่งหนึ่งมีไข้ตั้งแต่วันแรก พบว่าเมื่อทำการติดตามโดยไม่มี การให้ยาต้านแบคทีเรียตั้งแต่เริ่มนั้นไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงใด ๆ รวมทั้งมีการศึกษา ในผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบแบบเบียบพลันชาวเนเธอร์แลนด์ที่อายุเกิน 2 ปีจำนวน 4860 ราย โดยไม่จ่ายยาต้านแบคทีเรีย จ่ายแต่เพียงยาบรรเทาอาการเท่านั้น พบว่ามีเพียง ร้อยละ 2 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่มีอาการรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นเภสัชกรชุมชนจึงไม่จำเป็นต้องกังวลว่าการชะลอการจ่ายยาต้านแบคทีเรียจะก่อให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วย

การเลือกจ่ายยาต้านจุลชีพในการรักษา ขึ้นกับความสามารถในการครอบคลุมเชื้อของยา ความชุกของการเกิดเชื้อดื้อยา อายุของผู้ป่วย ประวัติการได้รับยาต้านจุลชีพ และประวัติแพ้ยาของผู้ป่วย โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อ pneumococcal ดื้อยา (ตารางที่ 3.10)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ pneumococcal ที่ดื้อยาน้อย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นหูชั้นกลางอักเสบแบบเบียบพลันครั้งแรก หรือมีอายุมากกว่า 2 ปี หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีเชื้อ

ตารางที่ 3.10 ยาต้านจุลชีพและยาบรรเทาอาการปวดในการรักษาหูชั้นกลางอักเสบแบบเฉียบพลัน

	ไม่มีประวัติแพ้ยา penicillin	มีประวัติแพ้ยา penicillin	
		แบบไม่รุนแรง	แบบรุนแรง
ไม่เคยได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อน	- สำหรับผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรก หรืออายุมากกว่า 2 ปี หรืออยู่ในพื้นที่ที่มีเชื้อ pneumococcal ต่ำยาน้อย Amoxicillin 40-50 มก./กก./วัน แบ่งให้ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10 วัน - สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 2 ปี หรืออยู่ในพื้นที่ที่มีเชื้อ pneumococcal ต่ำยา มาก Amoxicillin 80-90 มก./กก./วัน แบ่งให้ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10 วัน	Cefdinir 14 มก./กก./วัน แบ่งให้ทุก 12 ชั่วโมง Cefuroxime 30 มก./กก./วัน แบ่งให้ทุก 12 ชั่วโมง	Azithromycin วันที่ 1 10 มก./กก./วัน วันที่ 2-5 5 มก./กก./วัน Clarithromycin 15 มก./กก./วัน แบ่งให้ทุก 12 ชั่วโมง
เคยได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนในช่วง 1-3 เดือนที่ผ่านมา	Amoxycillin/clavulanate 90 mg/kg/day ของ amoxicillin แบ่งให้ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10 วัน	Ceftriaxone 50 มก./กก./วัน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ นาน 3 วัน	
ยาบรรเทาอาการปวด			
Acetaminophen	15 mg/kg/dose ทุก 4-6 ชั่วโมง		
Ibuprofen	10 mg/kg/dose ทุก 6 ชั่วโมง		

pneumococcal ที่ดื้อยาน้อย แนะนำให้ใช้ยา amoxycillin ขนาดต่ำได้ (50 มก./กก./วัน) ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ pneumococcal ที่ดื้อยามาก เช่น มีอายุน้อยกว่า 2 ปี หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีเชื้อ pneumococcal ที่ดื้อยามาก ควรได้รับยา amoxicillin ขนาดสูง (80-90 มก./กก./วัน) หากผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม penicillin แบบไม่รุนแรง (เกิดผื่น) สามารถใช้ยาในกลุ่ม cephalosporins เช่น cefdinir หรือ cefuroxime เป็นต้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาแบบรุนแรง (anaphylaxis) ควรเลือกใช้ยาในกลุ่ม macrolides เช่น azithromycin หรือ clarithromycin แทน

ผู้ป่วยที่เคยได้รับยาต้านจุลชีพมาก่อน ควรพิจารณาให้ยา amoxicillin/clavulanate เพื่อสามารถครอบคลุมเชื้อ *Streptococcus pneumonia* และ *Hemophilus influenzae* ที่ดื้อยาได้

ระยะเวลาในการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาภาวะหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพ ควรได้รับการประเมินหลังได้รับยา 48-72 ชั่วโมง หากมีอาการดีขึ้นพิจารณาให้ยาต่อจนครบ หากอาการไม่ดีขึ้นควรพิจารณาเปลี่ยนยาต้านจุลชีพ โดยเลือกยาที่สามารถครอบคลุมเชื้อดื้อยาได้มากขึ้น เช่น ผู้ป่วยได้รับยา amoxicillin ขนาดต่ำมาก่อนและอาการไม่ดีขึ้น อาจเปลี่ยนยาเป็น amoxicillin ขนาดสูง หรือ amoxicillin/clavulanate เป็นต้น และควรประเมินอาการซ้ำอีกครั้ง หากอาการไม่ดีขึ้นควรพิจารณาส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจเพิ่มเติมต่อไป

มีการเปรียบเทียบระยะเวลาในการให้ยาปฏิชีวนะในระยะสั้น (5 วัน) กับการให้ยาปฏิชีวนะตามปกติ (10 วัน) พบว่าการให้ยาปฏิชีวนะตามปกตินั้นจะมีการเกิดภาวะลัมเหลวจากการรักษา น้อยกว่าการให้ยาในระยะสั้น แต่อาการไม่พึงประสงค์ ความร่วมมือในการใช้ยาจะดีกว่าในกลุ่มที่ได้ยาในระยะสั้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายจะต่ำกว่า แต่เด็กที่มีอายุ < 2 ปีจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันได้มาก เช่น เยื่อแก้วหูฉีกขาด ดังนั้นในเด็กที่อายุ < 2 ปีที่มีภาวะหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลันจึงควรที่จะได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลา 10 วันตามเดิม (ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย azithromycin ระยะเวลารักษาคือ 5 วัน) แต่ในผู้ป่วยที่มีอายุ > 2 ปี หากมีอาการไม่รุนแรง หรือไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง อาจจะทำให้การรักษาประมาณ 5-7 วันได้

หมายเหตุ แนวทางการรักษานี้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยเภสัชกรชุมชนในการตัดสินใจในการพิจารณาจ่ายยาปฏิชีวนะในการรักษาภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเท่านั้น

บรรณานุกรม

แผนภูมิการวินิจฉัยโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน

1. Pearlman AN, Conley DB. Review of current guidelines related to the diagnosis and treatment of rhinosinusitis. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2008;16:226-30.
2. Treebupachatsakul P, Tiengrim S, Thamlikitkul V. Upper respiratory tract infection in Thai adults: prevalence and prediction of bacterial causes, and effectiveness of using clinical practice guidelines. J Med Assoc Thai 2006;89:1178-86.
3. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, et al Clinical practice guideline: Adult sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg 2007;137:S1-S131.
4. Wong DM, Blumberg DA, Lowe LG. Guidelines for the use of antibiotics in acute upper respiratory tract infections. Am Fam Physician 2006;74:956-66.
5. McIsaac WJ, Goel V, To T, et al. The validity of a sore throat score in family practice. CMAJ 2000;163:811-5.
6. McIsaac W, Kellner J, Aufricht P, et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA 2004;291:1587-95.
7. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney Jr. JM, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Clin Infect Dis 2002;35:113-25.
8. Rosenfeld RM. Clinical practice guideline on adult sinusitis: executive summary. Otolaryngol Head Neck Surg 2007;137:365-77.
9. Scheid DC, Hamm RM. Acute bacterial rhinosinusitis in adults: Part I. Treatment. Am Fam Physician 2004;70:1685-92.
10. Scheid DC, Hamm RM. Acute bacterial rhinosinusitis in adults: Part II. Treatment. Am Fam Physician 2004;70:1697-704.
11. Wong DM, Blumberg DA, Lowe LG. Guidelines for the use of antibiotics in acute upper respiratory tract infections. Am Fam Physician 2006;74:956-66.
12. Subcommittee on management of acute otitis media. Pediatrics 2004;113:1451-65.
13. Fendrick AM, Saint S, Brook I, et al. Diagnosis and treatment of upper respiratory tract infections in the primary care setting. Clin Ther 2001;23:1683-706.

คอหอยอักเสบ

1. Kaplan EL, Top FH Jr, Dudding BA, et al. Diagnosis of streptococcal pharyngitis: differentiation of active infection from the carrier state in the symptomatic child. J Infect Dis 1971;123:490-501.
2. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, et al. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. Can Med Assoc J 1998;158(1):75-83.

3. Komaroff AL, Pass TM, Aronson MD, et al. The prediction of streptococcal pharyngitis in adults. *J Gen Intern Med* 1986;1:1–7.
4. Alcaide ML, Bisno AL. Pharyngitis and Epiglottitis. *Infect Dis Clin N Am* 21 (2007) 449–469.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Common cold. Available at: <http://cold.emedtv.com/common-cold/common-cold.html>. Accessed date: July 17, 2008.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Seasonal Influenza Information for Health Professionals. Available at: <http://www.cdc.gov/flu/professionals/index.html>. Accessed date: July 17, 2008.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Human parainfluenza viruses (Common cold and croup). Available at : <http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/revb/respiratory/hpivfeat.htm>. Accessed date: July 17, 2008.
8. กลุ่มโรคติดต่อสัณฐานวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข Hand , Foot and Mouth & Herpangina, Aphthous pharyngitis. Available at : <http://203.157.15.4/fact/Hand-Foot-Mouth.htm>. Accessed date: July 17, 2008.
9. National Center for Infectious Diseases. Centers for Disease Control and Prevention. Epstein-Barr Virus and Infectious Mononucleosis. Available at: <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/ebv.htm>. Accessed date: July 17, 2008.
10. US Department of Health and Human Services. Guidelines for the Use of Antiretroviral agents in HIV- Infected Adults and Adolescents January 29, 2008. Available at : <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. Accessed date: July 17, 2008.
11. NIX DE. Upper respiratory tract infection. In: Helms RA, Quan DRJ, Herfindale ET, Gourley DR. *Textbook of Therapeutics Drug and Disease Management* 8th edition. Philadelphia: Lippicott Williams &Wilkins, 2006: 1881-1901.
12. Mclsaac WJ, Goel V, Slaughter PM, Parsons GW, Woolnough KV, Weir PT, Ennet JR. Reconsidering sore throats. Part 2: Alternative approach and practical office tool. *Can Fam Physician* 1997;43:495-500.
13. Mclsaac WJ, et al. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *Can Med Assoc J* 1998; 158 (1): 75-83.
14. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. *Ann Intern Med*. 2001 Mar 20;134(6):509-17.

15. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ* 1998;158:75-83.
16. [McIsaac WJ](#), [Kellner 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.
17. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD000023. Available at http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000023/pdf_fs.html. Accessed date July 17, 2008.
18. Denny FW, Wannamaker LW, Brink WR, Rammelkamp CH, Custer EA. Prevention of rheumatic fever. Treatment of the preceding streptococcic infection. *JAMA*. 1950;143:151-3.
19. Wannamaker LW, Rammelkamp CH, Denny FW, Brink WR, Houser HB, Hahn EO, et al. Prophylaxis of acute rheumatic fever by treatment of the preceding streptococcal infection with various amounts of depot penicillin. *Am J Med*. 1951;10:673-95.
20. Catanzaro FJ, Stetson CA, Morris AJ, Chamovitz R, Rammelkamp CH, Stolzer BL, et al. The role of the streptococcus in the pathogenesis of rheumatic fever. *Am J Med*. 1954;17:749-56.
21. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis* 2002;35(2):113-25.
22. Pichichero ME, Casey JR. Systematic review of factors contributing to penicillin treatment failure in *Streptococcus pyogenes* pharyngitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;137(6):851-857.
23. Schroeder BM. Diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Am Fam Physician*. 2003;67(4):880, 883-4.
24. Brink WR, Rammelkamp CH Jr, Denny FW, Wannamaker LW. Effect of penicillin and aureomycin on the natural course of streptococcal tonsillitis and pharyngitis. *Am J Med* 1951;10:300-8.
25. Denny FW, Wannamaker LW, Hahn EO. Comparative effects of penicillin, aureomycin and terramycin on streptococcal tonsillitis and pharyngitis. *Pediatrics*. 1953;11:7-13.
26. Wessels MR. Streptococcal pharyngitis. *N Engl J Med*. 2011;364:648-55.
27. Ehrlich JE, Demopoulos BP, Daniel KR Jr, Ricarte MC, Glied S. Cost-effectiveness of treatment options for prevention of rheumatic heart disease from group A streptococcal pharyngitis in a pediatric population. *Prev Med* 2002;35:250-7.
28. Neuner JM, Hamel MB, Phillips RS, Bona K, Aronson MD. Diagnosis and management of adults with pharyngitis: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2003;139:113-22.
29. Regoli M, Chiappini E, Bonsignori F, Galli L, de Martino M. Update on the management of acute pharyngitis in children. *Ital J Pediatr*. 2011;37:10.
30. Denny FW, Wannamaker LW, Brink WR, et al. Prevention of rheumatic fever: treatment of the preceding streptococcic infection. *JAMA* 1950; 143: 151-3.

31. Mohler DN, Wallin DG, Dreyfus EG. Studies in the home treatment of streptococcal disease (I): failure of patients to take penicillin by mouth as prescribed. *N Engl J Med* 1955; 252: 1116-8.
32. Straömborg A, Schwan A, Cars O. Five versus ten days treatment of group A streptococcal pharyngotonsillitis: a randomized controlled clinical trial with phenoxymethyl penicillin and cefadroxil. *Scand J Infect Dis* 1988; 20: 37-46.
33. Bernstein SH, Feldman HA, Harper Jr OF, et al. Observations in Air Force recruits of streptococcal diseases and their control with orally administered penicillin. *J Lab Clin Med* 1954; 44: 1-13.
34. Stillerman M, Isenberg HD, Facklam RR, et al. Treatment of pharyngitis associated with Group A streptococcus: comparison of amoxicillin and potassium phenoxymethyl penicillin. *J Infect Dis* 1974; 129: S169-77.
35. Portier H, Chavanet P, Gouyon JB, et al. Five-day treatment of pharyngotonsillitis with cefpodoxime proxetil. *J Antimicrob Chemother* 1990; 26 Suppl. E: 79-85.
36. Still JG. Management of pediatric patients with group A beta-hemolytic *Streptococcus* pharyngitis: treatment options. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: S57-61.
37. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*. 28th ed. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics; 2009.
38. Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis: A scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: Endorsed by the American Academy of Pediatrics. *Circulation*. 2009;119:1541–1551.
39. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Respiratory tract infections antibiotic prescribing. Prescribing of antibiotics for self limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care (clinical guideline 69). London, UK: NICE; 2008.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG69FullGuideline.pdf>. Accessed May 2, 2012.
40. Casey JR, Pichichero ME. Metaanalysis of Short Course Antibiotic Treatment for Group A Streptococcal Tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 2005;24: 909–917
41. Altamimi S, Khalil A, Khalaiwi KA, Milner RA, Pusic MV, Al Othman MA. Short versus standard duration antibiotic therapy for acute streptococcal pharyngitis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD004872. DOI: 10.1002/14651858.CD004872.pub2.
41. Brook I. Antibacterial Therapy for Acute Group A Streptococcal Pharyngotonsillitis Short-Course Versus Traditional 10-Day Oral Regimens. *Pediatr Drugs* 2002; 4 (11): 747-754

ไซนัสและเยื่อจมูกอักเสบ

1. Clinical practice guideline: management of sinusitis. Pediatrics. 2001 Sep;108(3):798-808.
2. Rosenfeld RM. Clinical practice guideline on adult sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;137(3):365-77.
3. Prakunhongsit S, Boonchird C, Suetrong S. Bacteriology of acute maxillary sinusitis in Ramathibodi Hospital. Ramathibodi Medical Journal. 1993;16:323-9.
4. Mounghong G, Suwas A, Jaruchida S, Chantaratchada S, Phonphok Y, Rangsin R. Prevalence of etiologic bacteria and beta-lactamase-producing bacteria in acute and chronic maxillary sinusitis at Phramongkutklao Hospital. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. 2005;88(4):478-83.
5. Kongkaew T, Prakunhongsit S, Kulapaditharom B. Bacteriology of acute maxillary sinusitis in Ramathibodi Hospital. Thai J Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;1:21-6.
6. Seaton RA, Steinke DT, Phillips G, MacDonald T, Davey PG. Community antibiotic therapy, hospitalization and subsequent respiratory tract isolation of Haemophilus influenzae resistant to amoxycillin: a nested case-control study. The Journal of antimicrobial chemotherapy. 2000;46(2):307-9.
7. Critchley IA, Blosser-Middleton R, Jones ME, Yamakita J, Aswapokee N, Chayakul P, et al. Antimicrobial resistance among respiratory pathogens collected in Thailand during 1999-2000. Journal of chemotherapy (Florence, Italy). 2002;14(2):147-54.
8. Lee MY, Ko KS, Oh WS, Park S, Lee JY, Baek JY, et al. In vitro activity of cefditoren: antimicrobial efficacy against major respiratory pathogens from Asian countries. International journal of antimicrobial agents. 2006;28(1):14-8.
9. Williams JW, Jr., Aguilar C, Makela M, Cornell J, Holleman DR, Chiquette E, et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2000(2):CD000243.
10. Cherry WB, Li JT. Chronic rhinosinusitis in adults. The American journal of medicine. 2008;121(3):185-9.
11. DiPiro JT. Pharmacotherapy : a pathophysiologic approach. 5th ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division 2002.
12. Leung RS, Katial R. The diagnosis and management of acute and chronic sinusitis. Primary care. 2008;35(1):11-24, v-vi.
13. TIMS (Thailand) Ltd. MIMs Pharmacy Guide. 6 ed. Bangkok: TIMS (Thailand) Ltd 2006.
14. ศิริพร กฤตธรรมากุล ปิยนาว สุขเพ็ชร ปิยะลักษณ์ วงศ์พระจันทร์ พิทักษ์พงษ์ ชาญ ระดม เจือกโวัน สุชีราบริบูรณ์. การสร้างมาตรฐานการจ่ายยาของโรคที่พบบ่อยในร้านยา. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2549;24(3):175-81.

15. Young J, De Sutter A, Merenstein D, et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2008; 371:908–14.
16. Gwaltney JM Jr, Hendley JO, Simon G, Jordan WS Jr. Rhinovirus infections in an industrial population. II. Characteristics of illness and antibody response. *JAMA* 1967; 202:494–500.
17. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein E, Hicks LA. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. *Clin Infect Dis* 2012; 54(8):72-112.
18. Meltzer EO, Hamilos DL, Hadley JA, et al. Rhinosinusitis: establishing definitions for clinical research and patient care. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 114:155–212.
19. Meltzer EO, Hamilos DL, Hadley JA, et al. Rhinosinusitis: developing guidance for clinical trials. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 135:S31–80.
20. Falagas ME, Karageorgopoulos DE, Grammatikos AP, Matthaïou DK. Effectiveness and safety of short vs. long duration of antibiotic therapy for acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized trials. *Br J Clin Pharmacol* 2009; 67:161–71.

โรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน

1. American Academy of Pediatrics and American Academy of Family Physicians. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004;113:1451-66.
2. Spiro DM, Arnold DH. The concept and practice of 1 wait-and-see approach to acute otitis media. *Curr Opin Pediatr* 2008;20:72-8.
3. Johnson NC, Holger JS. Pediatric acute otitis media: the case for delayed antibiotic treatment. *J Emerg Med* 2007;32:279-84.
4. Segal N, Leibovitz E, Dagan R, Leiberman A. Acute otitis media-diagnosis and treatment in the era of antibiotic resistant organisms: updated clinical practice guidelines. 2005;69:1311-19.
5. Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, Grundfast KM, Hoberman A, Kenna MA. Clinical practice guideline: otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130(5):S95-118.
6. Le Saux N, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled noninferiority trial of amoxicillin for clinically diagnosed acute otitis media in children 6 months to 5 years of age. *Canadian Med. Assoc. J.* 2005;172, 3: 335-341
7. Marcetti F, et al. (2005) Delayed prescription may reduce the use of antibiotics for acute otitis media. *Arch Pediatr Adol Med.* 2005;159: 679-684
8. Linsk RL, Blackwood RA, Cooke MJ, Van Harrison R, Passamani PP. Otitis media guideline. UMHS, July 2007. <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/om07.pdf>. Accessed May 2, 2012.
9. van Buchem FL, Peeters MF, van't Hof MA: Acute otitis media: a new treatment strategy. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985, 290:1033–1037.

10. Rosenfeld RM, Kay D: Natural history of untreated otitis media. In *Evidence Based Otitis Media*, edn 2. Edited by Rosenfeld RM, Bluestone CD. Hamilton, Ontario: BC Decker; 2003:180–198.
11. Lieberythal SA. Acute otitis media guideline: Review and update. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2006;6(4): 334-341.
12. Kozyrskyj AL, Klassen TP, Moffatt M, Harvey K. Short-course antibiotics for acute otitis media. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9. Art. No.: CD001095. DOI: 10.1002/14651858.CD001095.pub2.
Kozyrskyj AL, Hildes-Ripstein GE, Longstaffe SE, Wincott JL, Sitar DS, Klassen TP. Treatment of acute otitis media with a shortened course of antibiotics: a meta-analysis. *JAMA*. 1998 Jun 3;279(21):1736-42.

บทที่ 4

Toolkit และอุปกรณ์สนับสนุน

การพัฒนา toolkit และอุปกรณ์สนับสนุน ซึ่งคณะทำงานได้ประชุมระดมสมอง เพื่อพัฒนาอุปกรณ์สนับสนุนเพื่อส่งเสริมการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย

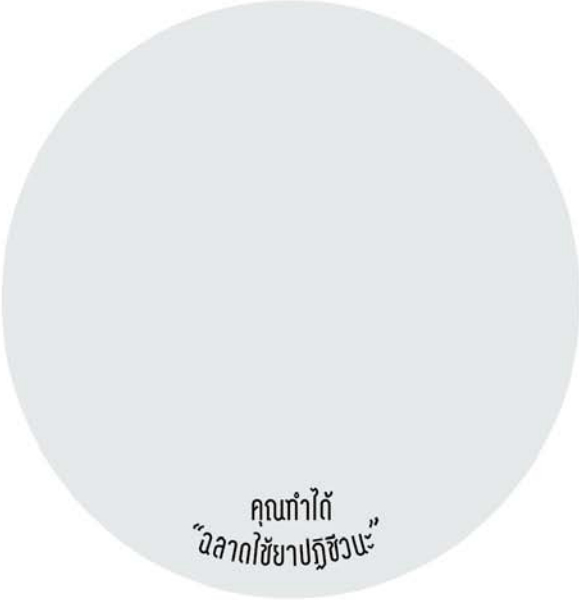
- 4.1 อุปกรณ์การตรวจคัดด้วยตนเอง
- 4.2 แผนพลิกการให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
- 4.3 แผนพับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน

อุปกรณ์การตรวจคัดด้วยตนเอง

คณะทำงานได้ประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนาอุปกรณ์สนับสนุน และ ส่งเสริมการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มต้นด้วยการวางกรอบแนวคิดของ toolkit ที่ต้องการให้เป็นอุปกรณ์ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถตรวจคัดด้วยตนเอง เป็นอุปกรณ์ที่สร้างสรรค์ขึ้นด้วยวัสดุที่มีอยู่ทั่วไป ไม่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงหรือสลับซับซ้อน และต้องใช้งานได้จริงกับผู้รับบริการ และยังเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยให้เภสัชกรผู้ให้บริการ สามารถส่งเสริมให้ความรู้ หรือให้คำปรึกษากับผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย

เริ่มต้นด้วยการวางกรอบแนวคิด ที่ต้องการให้ผู้รับบริการสามารถตรวจคัดด้วยตนเอง จึงออกแบบในรูปแบบของกระจกเงารูปวงกลมที่คล้ายคลึงกับกระจกส่องหน้า แบบที่สามารถปรับมุมมองได้ตามความต้องการของผู้ใช้ และนำมาใช้ให้ผู้รับบริการ ส่องคัดด้วยตนเอง และระบุข้อความว่า “คุณทำได้ ฉลาดใช้อย่างมีประสิทธิภาพ” เพื่อสร้างการรับรู้และความตระหนักให้กับผู้รับบริการ ดังแสดงในรูปที่ 4.1

เมื่อส่องคัดด้วยตนเองหรืออาการเจ็บคัดด้วยตนเองแล้ว ผู้รับบริการที่ยังไม่เคยดูคอของตนเอง อาจจะไม่นึกเคย หรือ ตัดสินไม่ได้ว่า คออักเสบประเภทใด ที่เป็นชนิดที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส หรือ ชนิดที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ทางคณะทำงานจึงจัดทำเป็นสแตนด์สำหรับตั้งบนโต๊ะทำงาน หรือ เคาเตอร์ยา โดยให้กระจกเงาส่องคอตนเอง อยู่ด้านบน ถัดลงมาเป็นรูป ของคออักเสบทั้งสองประเภท คือ คออักเสบชนิดที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส อยู่ทางด้านขวามือ ที่ระบุว่า “เจ็บคอเพราะไวรัส” และ คออักเสบชนิดที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย อยู่ทางด้านซ้ายมือ ที่ระบุว่า “เจ็บคอเพราะแบคทีเรีย” ซึ่งผู้รับบริการสามารถเปรียบเทียบรูปของตนเองกับรูปร่างที่เตรียมไว้ให้ได้ อย่างสะดวก ทั้งยังเป็นส่วนที่เภสัชกรสามารถใช้อธิบายเพิ่มเติมในการให้คำปรึกษาได้อีกด้วย



คุณทำได้
“ฉลาดใช้ยาปฏิชีวนะ”

AW
โรคในช่องคอ
revised : 14/08/55



เจ็บคอเพราะแบคทีเรีย	เจ็บคอเพราะไวรัส
มีอาการอย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้ 1. มีไข้ 2. เจ็บคอมาก แต่ไม่ไอ 3. มีจุดหนองที่ต่อมทอนซิล 4. ต่อมน้ำเหลืองใต้ขากรรไกรโต กดเจ็บ การรักษา พบแพทย์ หรือเภสัชกร เพื่อประเมินการติดเชื้อ	มีอาการ ไอ จาม น้ำมูกไหล เจ็บคอ เสียงแหบ และ ขาดการวัดไข้ การรักษา กักตบด้วยน้ำเกลือ ให้หายไม่เจ็บวัน



รูปที่ 4.1 ไอเดียของอุปกรณ์การตรวจคอด้วยตนเอง (1)

ต่อจากนั้นจึงมีแนวคิดในการเพิ่มไฟฉายแสงสีขาวย เพื่อช่วยในการส่องคอดด้วยตนเองของผู้รับบริการ เพราะไฟฉายทั่วไปที่มีแสงสีเหลือง อาจส่งผลให้การวินิจฉัยด้วยตนเองของผู้รับบริการคลาดเคลื่อนได้ จึงออกแบบด้านหน้าส่วนที่อยู่ติดลงมาจากรูปคออีกเสบ โดยจัดด้านขวามือเป็นที่เสียบไฟฉายแสงสีขาวย และอยู่ด้านหน้า ซึ่งผู้รับบริการ หรือ เกสซ์กร สามารถหยิบใช้ฉายคอของผู้รับบริการได้อย่างสะดวก ดังแสดงในรูปที่ 4.2



รูปที่ 4.2 ไอเดียของอุปกรณ์การตรวจคอดด้วยตนเอง (2)

ส่วนบริเวณด้านข้างของช่องใส่ไฟฉาย ออกแบบให้เป็นช่องสำหรับใส่ “แผ่นพับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน” เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถหยิบเอกสารให้ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลได้ตามต้องการ

ส่วนด้านหลังของ อุปกรณ์การตรวจคอดด้วยตนเอง จัดให้มีช่องสำหรับใส่ “แผ่นพลิกการให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ” เพื่อพร้อมหยิบมาแสดงประกอบการอธิบาย ให้ความรู้เรื่อง

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล กับผู้รับบริการได้ทันที และอีกช่องทางหนึ่งจะใส่ไม้กดลิ้นชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้งที่ฆ่าเชื้อเรียบร้อยแล้ว เพื่อให้เภสัชกรผู้ให้บริการได้ใช้เพื่อกดลิ้นให้กับผู้รับบริการบางคนที่ไม่สามารถดูคออีกเสบได้ด้วยตนเอง

เมื่อออกแบบเรียบร้อยแล้ว จึงได้ผลิต “อุปกรณ์การตรวจคอด้วยตนเอง” ต้นแบบ และนำไปให้กับผู้รับบริการที่เป็นประชาชนทั่วไปได้ทดลองใช้ และนำข้อคิดเห็นของประชาชนมาปรับปรุงเพิ่มขอบข่ายให้กับกระจกเงาส่องคอด้วยตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงของการถูกกระจกเงาบาดมือได้ และดำเนินการสั่งผลิตเพื่อแจกจ่ายให้กับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการต่อไป

หลังจากที่ได้แจกจ่ายให้กับร้านยาอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการแล้ว ทางร้านยาที่เข้าร่วมโครงการได้ถ่ายรูปและเผยแพร่ใน www.facebook.com ในกลุ่มร้านยา จลาตใช้ ยาปฏิชีวนะ ดังแสดงในรูปที่ 4.3



รูปที่ 4.3 toolkit “อุปกรณ์การตรวจคอด้วยตนเอง”

จากการเผยแพร่ อุปกรณ์การตรวจคัดด้วยตนเอง ผ่านทาง social media ทาง www.facebook.com ส่งผลให้เภสัชกรร้านยาให้ความสนใจเป็นจำนวนมาก ทั้งที่เป็นสมาชิกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) และที่ไม่ได้เป็นสมาชิกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) จนทำให้มีเภสัชกรร้านยาหลายคนที่ยินดีสมัครเป็นสมาชิกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) เพื่อต้องการเข้าร่วมโครงการและได้รับ อุปกรณ์การตรวจคัดด้วยตนเอง ไปให้บริการประชาชนที่ร้านยาของตนเอง

แผนพลิกการให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

สิ่งสนับสนุนเพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพให้กับเภสัชกรชุมชนในการให้บริการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอีกชั้นหนึ่ง คือ แผนพลิกการให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งคณะทำงานได้ ช่วยกันทบทวนความรู้และข้อสงสัยของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และคัดเลือกประเด็นสำคัญจัดตั้งเป็นประเด็นที่พบบ่อยๆ ได้ 12 ประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1) เชื้อดื้อยาวิกฤตสุขภาพ
- 2) สาเหตุสำคัญของปัญหาเชื้อดื้อยา
- 3) อันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อ
- 4) ยาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้ไอ
- 5) ความต่างยาปฏิชีวนะกับยาแก้ไอ
- 6) ยาปฏิชีวนะเป็นยาอันตราย
- 7) หวัด เจ็บคอ เกิดจากเชื้อไวรัส ไม่ต้องกินยาปฏิชีวนะ
- 8) เจ็บคอครั้งนี้เกิดจากเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย
- 9) ท้องร่วง ท้องเสียทั่วไปไม่ต้องกินยาปฏิชีวนะ
- 10) แผลสะอาดไม่มีหนองไม่ต้องกินยาปฏิชีวนะ
- 11) 3 โรคหายได้ ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ
- 12) รู้แล้วบอกต่อ

โดยประสานงานกับทีมงานสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ของโครงการ ASU ที่ออกแบบสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสู่ประชาชน ได้ นำผลการออกแบบบางส่วนมาประยุกต์ ออกแบบแผนพลิกให้ความรู้ทั้ง 12 ประเด็น ซึ่งที่ประชุมคณะทำงานได้ให้อภิปรายให้ความคิดเห็นจัดนำประเด็นสำคัญทั้ง 12 ประเด็นจัดทำเป็นแผนพลิกผสมผสานในรูปแบบของปฏิทินทั้ง 12 เดือนของปี พ.ศ. 2556 เพื่อให้



รูปที่ 4.4 ตัวอย่างแผ่นพลิกการให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (1)



รูปที่ 4.5 ตัวอย่างแผ่นพลิกการให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (2)

เกิดประโยชน์ทั้งในการใช้ของเภสัชกรผู้ให้บริการ ทั้งเป็นอุปกรณ์ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลด้วย (ดังแสดงในรูปที่ 4.4 และ 4.5) และนำไปใส่ไว้ด้านหลังของ Toolkit “อุปกรณ์การตรวจคัดด้วยตนเอง”

แผ่นพับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน

สื่อสิ่งพิมพ์อีกชนิดหนึ่งที่คณะทำงานออกแบบจัดทำขึ้น เพื่อเป็นสื่อให้ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้กับประชาชน คือ “แผ่นพับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชน” พิมพ์สี่สี สวย สด มีขนาดเท่ากระดาษ A4 พับ 6 บรรจุเนื้อหาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลที่เหมาะสมกับประชาชน จำนวน 6 ประเด็น ได้แก่

- 1) ยาปฏิชีวนะ หลายคนรู้จัก แต่ไม่รู้จริง
- 2) ยาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้ทุกโรค
- 3) ยาปฏิชีวนะเป็นยาอันตราย
- 4) อันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อ
- 5) 3 โรคหายได้ ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ
- 6) รู้แล้วบอกต่อ

ซึ่งได้ประสานงานกับทีมงานสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของโครงการ ASU เพื่อนำการออกแบบสื่อสู่ประชาชน มาประยุกต์ใช้ลงเป็นแผ่นพับให้ดูน่าสนใจ และน่าติดตาม

โดยด้านหน้าที่หนึ่งจะประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ “ยาปฏิชีวนะ หลายคนรู้จัก แต่ไม่รู้จริง” “3 โรคหายได้ ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ และ “รู้แล้วบอกต่อ” ส่วนหน้าที่สอง ประกอบด้วย “ยาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้ทุกโรค ” “ยาปฏิชีวนะเป็นยาอันตราย ” และ “อันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อ” (ดังแสดงในรูปที่ 4.6 และ 4.7)

แผ่นพับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับประชาชนนี้ สิ่งพิมพ์เป็นจำนวนมาก เพื่อให้เพียงพอต่อร้านยาที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 97 ร้าน และร้านยาอื่นที่สนใจนำไปเผยแพร่ให้กับประชาชนได้รับรู้ และตระหนักถึงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

3 โรคหายได้
ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ

หวัด-เจ็บคอ
กว่าร้อยละ 80 เกิดจากไวรัส มีอาการ เช่น น้ำมูกไหล ไอ จาม เลือดแสบ เจ็บคอ คื่นค้อ มีไข้ เป็นนาน 7-10 วัน โดยวันที่ 3-4 จะมีอาการมากที่สุด แล้วจะค่อยๆ ดีขึ้นเอง รักษาโดยการดื่มน้ำอุ่น กินวิตามินซี น้ำส้ม พักผ่อนให้มาก **แต่ถ้า** มีอาการ 3 ใน 4 ข้อ ดังนี้ ต้องไปพบแพทย์

- เจ็บคอมาก แลไอ
- มีไข้
- มีหนองที่ต่อมทอนซิล
- คอเม่น้ำเหลืองใต้ขากรรไกรโตและกดเจ็บ

ท้องเสีย
กว่าร้อยละ 90 เกิดจากไวรัส หรืออาหารเป็นพิษ มีอาการ ถ่ายเหลวหรือถ่ายเป็นน้ำ อาจมีกลิ่นได้หาเขียนร่วมด้วย รักษาโดยการดื่มน้ำเกลือแร่ ไม่ต้องกินยาปฏิชีวนะ **แต่ถ้า** เป็นและถ่ายน้ำ ระบาย ลึกลับ ถ่ายมีเลือดปน ต้องไปพบแพทย์

แผลเลือดออก
เช่น มีผื่น ผื่นแดง ผื่นคัน ผื่นคันจากยาปฏิชีวนะ ซึ่งผู้ป่วยที่มีสุขภาพโดยรวมแข็งแรงดี รักษาโดยล้างทำความสะอาดอย่างถูกต้อง ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ **แต่ถ้า** เป็นและถ่ายน้ำ ระบาย ลึกลับ ถ่ายมีเลือดปน ต้องไปพบแพทย์

ยาปฏิชีวนะ
หลายคนรู้จัก แต่ไม่รู้จักจริง

จะป้องกันเชื้อโรค
แบบบัสคิน
แต่อย่าใช้คลิน
บอร์ฟลูอักษิน
181

รู้แล้วบอกต่อ

ยาปฏิชีวนะ
เป็น
ยาอันตราย

ยาปฏิชีวนะ
ไม่ใช่
ยาแก้ไอ

3 โรคหายได้
ไม่ต้องใช้
ยาปฏิชีวนะ

รูปที่ 4.6 ตัวอย่างแผ่นพับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล หน้า 1

ยาปฏิชีวนะ
หลายคนรู้จัก แต่ไม่รู้จักจริง

จะป้องกันเชื้อโรค
แบบบัสคิน
แต่อย่าใช้คลิน
บอร์ฟลูอักษิน
181

รู้แล้วบอกต่อ

ยาปฏิชีวนะ
เป็น
ยาอันตราย

ยาปฏิชีวนะ
ไม่ใช่
ยาแก้ไอ

3 โรคหายได้
ไม่ต้องใช้
ยาปฏิชีวนะ

ยาปฏิชีวนะ
(Antibiotic) เป็นยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย
ไม่ใช้รักษาหวัด และไม่ใช่ยาแก้ปวด แก้ไอ
ใช้รักษาเฉพาะโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียเท่านั้น เช่น
หนองฝีอักเสบเป็นหนอง

ยาแก้ไอ
หรือ ยาต้านการอักเสบ
(Anti-inflammatory drugs)
เป็นยาที่ออกฤทธิ์ลดการอักเสบ ลดไข้
บรรเทาปวด ลดบวม เช่น แอสไพริน
ไอบูโพรเฟน ไม่ใช่ยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย

ตัวยารักษาโรคที่เกี่ยวกับปอด

อะม็อกซิซิลลิน → อะม็อกซิ
เพนนิซิลลิน → ยาหัวแลน
คลอสทริคติน → ที่ซิมยซิน, กาโน, ฮีโรมยซิน,
ออโรไมซิน
นอร์ฟลอกซาซิน → นอร์ฟลอกซ์

อันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะ
เพราะแพ้

แพ้ยา
หากแพ้ไม่มากอาจมีผื่นคัน ถ้ารุนแรงขึ้นผิวหนังจะเป็นรอยไหม้ หูดลอก หรืออาจถึงขั้นเสียชีวิต

เกิดข้อต่ออักเสบ
การกินยาปฏิชีวนะทำให้เชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในข้อต่ออักเสบ ต้องเปลี่ยนไปใช้ยาปฏิชีวนะที่ใหม่ขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิด ข้อต่ออักเสบ และเสียชีวิตในที่สุด

เกิดโรคแทรกซ้อน
ยาปฏิชีวนะจะฆ่าทั้งแบคทีเรียก่อโรคและแบคทีเรียที่มีประโยชน์ในลำไส้ของเรา เมื่อแบคทีเรียชนิดดีตายไป เชื้ออื่นๆ ในลำไส้จึงจะเจริญเติบโตมากขึ้นทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ลำไส้อักเสบอย่างรุนแรง โดยเน้นลำไส้ที่ถูกรบกวนมากที่สุดอย่างรุนแรง อันตรายถึงชีวิต

ยาปฏิชีวนะเป็น "ยาอันตราย"
กฎหมายกำหนดให้ ยาปฏิชีวนะ เป็น ยาอันตราย
โดยมีคำเตือนในกรอบสีแดงอยู่ข้างกล่อง

สำคัญมาก

- การอักเสบ 2 แบบ คือ อักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรีย และอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย
- การอักเสบส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย แต่เกิดจากสาเหตุอื่น เช่น โรคภูมิแพ้ คออักเสบจากเชื้อไวรัส ผิวหนังอักเสบจากการแพ้แดดหรือสารเคมี กล้ามเนื้ออักเสบจากการยกของหนัก จึงไม่ต้องกินยาปฏิชีวนะ
- ไม่เรียก "ยาปฏิชีวนะ" ว่า "ยาแก้ไอ" เพราะจะทำให้ยาผิดชนิด - รักษาผิดโรค เป็นอันตรายถึงชีวิต

ยาอันตราย
Thai Reg. No.

ข้อควรระวัง
1. ห้ามใช้ยาปฏิชีวนะ
2. ยาอันตรายต้องเก็บรักษา และ
เป็นอันตรายถึงชีวิตได้
3. หากมีอาการแพ้ยา เช่น ผื่นแดง
หรือบวม ให้หยุดใช้ และรีบมาพบแพทย์

รูปที่ 4.7 ตัวอย่างแผ่นพับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล หน้า 2

บทที่ 5

การติดตามผลการอบรมและการใช้อุปกรณ์รณรงค์การส่งเสริม การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา

ส่วนที่ 1 ผลการติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา

การกระจายของร้านยา

ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการและติดตามการใช้ยากับผู้ป่วยมีจำนวนทั้งสิ้น 54 ร้าน มาจาก กรุงเทพฯ และปริมณฑลมากที่สุด รวมกันเท่ากับ 30 ร้าน หรือ คิดเป็นร้อยละ 55.5 ของร้านยาที่ส่งข้อมูลกลับมาทั้งหมด ในส่วนของภูมิภาคมีร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ ติดตามการใช้ยา และส่งข้อมูลกลับมาทั้งสิ้น จำนวน 24 ร้าน หรือ คิดเป็นร้อยละ 44.5 มาจากทุกภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ จำนวน 3 ร้าน (ร้อยละ 5.6) ภาคกลาง จำนวน 5 ร้าน (ร้อยละ 9.3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 5 ร้าน (ร้อยละ 9.3) ภาคตะวันออก จำนวน 7 ร้าน (ร้อยละ 13.0) และ ภาคใต้ จำนวน 4 ร้าน (ร้อยละ 7.4) ในจำนวนนี้ มีร้านยาจากจังหวัดไกลๆ เช่น เชียงใหม่ อุบลราชธานี ปัตตานี เป็นต้น (ดังแสดงในตารางที่ 5.1)

ตารางที่ 5.1 การกระจายของร้านยาที่ติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา

ร้านยา	ความถี่	ร้อยละ
ที่ตั้งของร้านยา		
● กรุงเทพฯ	22	40.7
● ปริมณฑล	8	14.8
● ภาคเหนือ	3	5.6
● ภาคกลาง	5	9.3
● ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5	9.3
● ภาคตะวันออก	7	13.0
● ภาคใต้	4	7.4
รวม	54	100.0

การติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา

จากร้านยาทั้ง 54 ร้านที่ได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory tract infection, URI) โรคท้องเสีย (Diarrhea) และโรคติดเชื้อที่ผิวหนัง บาดแผล (skin infection) จนได้ผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,021 คนนั้น แยกเป็น ผู้ป่วย URI จำนวน 731 คน หรือ ร้อยละ 71.6 รองลงมาเป็นโรค skin infection 216 คน หรือ ร้อยละ 21.2 และ ลำดับสุดท้ายเป็นโรคท้องเสีย 74 คน หรือ ร้อยละ 7.2 ดังแสดงในตารางที่ 5.2

การจ่ายยาปฏิชีวนะ

จากผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อทั้ง 3 ชนิด ไม่ว่าจะเป็น URI ท้องเสีย หรือ แผล มีการจ่ายยาปฏิชีวนะให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ 26.8 หรือ ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนที่เหลืออีกประมาณ 3 ใน 4 หรือ คิดเป็นร้อยละ 73.2 ไม่มีการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทั้งสามชนิด

ตารางที่ 5.2 การติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา

การติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม	ความถี่	ร้อยละ
โรคติดเชื้อ		
● URI	731	71.6
● Skin infection	216	21.2
● Diarrhea	74	7.2
รวม	1,021	100.0
การจ่ายยาปฏิชีวนะ		
● มีการจ่ายยาปฏิชีวนะ	267	26.8
● ไม่มีการจ่ายยาปฏิชีวนะ	731	73.2
รวม	998	100.0

ผลการรักษา

หลังจากให้คำแนะนำและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทั้งสามชนิดแล้ว เกสซ์กรผู้ให้บริการได้ขอความร่วมมือจากผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งทางร้านยาจะขอหมายเลขโทรศัพท์ เพื่อทางร้านยาจะได้โทรศัพท์ไปสอบถามถึงอาการเจ็บป่วย ระดับความพึงพอใจ และการบอกต่อให้กับคนใกล้ชิด ภายหลังจากการให้บริการแล้วประมาณ 1 สัปดาห์ ซึ่งพบว่า

ในจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,021 คน คิดเป็นร้อยละ 91.2 ของผู้ป่วยทั้งหมด จะมีการดีขึ้นหรือหายจากโรคติดเชื้อ ในขณะที่ผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นมีเพียงร้อยละ 8.8 จากผู้ป่วยทั้งหมด และเมื่อแยกเป็นผู้ที่ติดเชื้อแล้วหายจากโรคเป็นปกติมีถึงร้อยละ 62.5 และดีขึ้นร้อยละ 28.7 ดังแสดงในตารางที่ 5.3

ความพึงพอใจในการรักษา

ในด้านของความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการรักษา พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับความพึงพอใจในระดับน้อยแล่น้อยที่สุด รวมกัน คิดเป็นร้อยละ 3.6 ของผู้รับบริการทั้งหมด และอีกร้อยละ 12.5 ของผู้รับบริการ จะมีระดับความพึงพอใจในระดับปานกลาง และที่เหลืออีกถึง ร้อยละ 83.9 ที่มีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับในระดับมากและมากที่สุดรวมกัน

ตารางที่ 5.3 ผลการติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา

ผลการติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม	ความถี่	ร้อยละ
ผลการรักษา		
● หาย	638	62.5
● ดีขึ้น	293	28.7
● ไม่หาย	90	8.8
รวม	1,021	100.0
ความพึงพอใจในการรักษา		
● น้อยที่สุด	13	1.3
● น้อย	23	2.3
● ปานกลาง	125	12.5
● มาก	531	53.2
● มากที่สุด	306	30.7
รวม	998	100.0
การบอกต่อ		
● มีการบอกต่อ	736	77.7
● ไม่มีการบอกต่อ	211	22.3
รวม	947	100.0

การบอกต่อในบริการที่ได้รับ

หลังจากได้รับบริการจากร้านยา ผู้รับบริการคิดเป็นร้อยละ 77.7 ที่จะบอกต่อเรื่องบริการที่ได้รับนี้ต่อไปยังคนใกล้ชิด และที่เหลืออีกร้อยละ 22.3 จะไม่บอกต่อบริการที่ได้รับนี้ไปยังคนใกล้ชิด

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระหว่างการจ่ายยาและไม่จ่ายยาปฏิชีวนะ

การเปรียบเทียบชนิดของโรคติดเชื้อกับการจ่ายยาปฏิชีวนะ

เมื่อเปรียบเทียบผลของการเข้ารับบริการว่า ชนิดของ โรคติดเชื้อที่พบบ่อยทั้งสามชนิด กับ การได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ หรือไม่ ดังแสดงในตารางที่ 5.4 พบว่า ทั้งในกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะ และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ มีการติดเชื้อในโรคที่พบ บ่อยทั้งสามชนิดใกล้เคียงกัน โดยประมาณ ร้อยละ 70 จะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน (URI) อีกประมาณร้อยละ 20 จะติดเชื้อทาง ผิวหนัง (skin infection) และอีกประมาณร้อยละ 7-8 จะติดเชื้อทางเดินอาหาร หรือ ท้องเสีย (diarrhea) ซึ่งเมื่อทำการทดสอบสถิติด้วย chi-square พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p-value = 0.658)

ตารางที่ 5.4 การเปรียบเทียบโรคติดเชื้อกับการจ่ายยาปฏิชีวนะ

โรคติดเชื้อ	การจ่ายยาปฏิชีวนะ		รวม	p-value
	จ่ายยา	ไม่จ่ายยา		
● URI	186 (69.7)	528 (72.2)	731 (71.6)	0.658
● Skin infection	59 (22.1)	153 (20.9)	216 (21.2)	
● Diarrhea	22 (8.2)	50 (6.8)	74 (7.2)	
รวม	267 (100.0)	731 (100.0)	1,021 (100.0)	

การเปรียบเทียบการจ่ายยาปฏิชีวนะกับผลการรักษา

เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษา กับ การได้รับ การจ่ายยาปฏิชีวนะ หรือไม่ พบว่า ทั้งในกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะ และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ มีการรักษาทั้ง 3 ระดับ ใกล้เคียงกัน คือ ในกลุ่มที่

ได้รับยาปฏิชีวนะ จะมีผู้ที่ “หาย” คิดเป็นร้อยละ 64.8 และในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ จะมีผู้ที่ “หาย” คิดเป็นร้อยละ 62.4 ในขณะที่ผู้ที่ได้รับยาปฏิชีวนะแล้วมีอาการ “ดีขึ้น” คิดเป็นร้อยละ 27.3 และในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะแล้วมีอาการ “ดีขึ้น” คิดเป็นร้อยละ 28.9 ส่วนกลุ่มที่มีอาการ “ไม่หาย” ทั้งในกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ คิดเป็นร้อยละ 7.9 และ 8.8 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทำการทดสอบสถิติด้วย chi-square พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.770$) ดังแสดงในตารางที่ 5.5

ตารางที่ 5.5 การเปรียบเทียบการจ่ายยาปฏิชีวนะกับผลการรักษา

ผลการรักษา	การจ่ายยาปฏิชีวนะ		รวม	p-value
	จ่ายยา	ไม่จ่ายยา		
● หาย	173 (64.8)	456 (62.4)	629 (63.0)	0.770
● ดีขึ้น	73 (27.3)	211 (28.9)	284 (28.5)	
● ไม่หาย	21 (7.9)	64 (8.8)	85 (8.5)	
รวม	267 (100.0)	731 (100.0)	998 (100.0)	

การเปรียบเทียบการจ่ายยาปฏิชีวนะกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

เมื่อเปรียบเทียบผลของการได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ กับ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังแสดงในตารางที่ 5.6 พบว่า ทั้งในกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะ และกลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ มีระดับความพึงพอใจทั้งในระดับ “น้อยที่สุด” “น้อย” “ปานกลาง” “มาก” และ “มากที่สุด” โกล่เคียงกัน คือ มีความพึงพอใจในระดับ “น้อยที่สุด” โดยประมาณร้อยละ 1-2 และมีความพึงพอใจในระดับ “น้อย” โดยประมาณร้อยละ 1-2 มีความพึงพอใจในระดับ “ปานกลาง” โดยประมาณร้อยละ 12 มีความพึงพอใจในระดับ “มาก” โดยประมาณร้อยละ 50 และมีความพึงพอใจในระดับ “มากที่สุด” โดยประมาณร้อยละ 30 ซึ่งเมื่อทำการทดสอบสถิติด้วย chi-square พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.303$)

ตารางที่ 5.6 การเปรียบเทียบการจ่ายยาปฏิชีวนะกับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ	การจ่ายยาปฏิชีวนะ		รวม	p-value
	จ่ายยา	ไม่จ่ายยา		
● น้อยที่สุด	4 (1.5)	8 (1.1)	12 (1.2)	0.303
● น้อย	4 (1.5)	18 (2.5)	22 (2.3)	
● ปานกลาง	32 (12.3)	91 (12.7)	123 (12.6)	
● มาก	127 (48.7)	388 (54.2)	515 (52.7)	
● มากที่สุด	94 (36.0)	211 (29.5)	305 (31.2)	
รวม	261 (100.0)	716 (100.0)	977 (100.0)	

การเปรียบเทียบการจ่ายยาปฏิชีวนะกับการบอกต่อคนใกล้ชิด

เมื่อเปรียบเทียบผลของการได้รับการจ่ายยาปฏิชีวนะ กับ การบอกต่อของผู้รับบริการต่อคนใกล้ชิด ดังแสดงในตารางที่ 5.7 พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะจะบอกต่อกับคนใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 79.0 ซึ่งใกล้เคียงกับการบอกต่อของกลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ ที่มีค่าเท่ากับร้อยละ 76.9 ในอีกด้านหนึ่งกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะจะไม่บอกต่อเรื่องบริ การที่ได้รับกับคนใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 21.0 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะที่จะไม่บอกต่อเรื่องบริการที่ได้รับกับคนใกล้ชิด ซึ่งมีค่าเท่ากับร้อยละ 23.1 ซึ่งเมื่อทำการทดสอบสถิติด้วย chi-square พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.494)

ตารางที่ 5.7 การเปรียบเทียบการจ่ายยาปฏิชีวนะกับการบอกต่อ

การบอกต่อ	การจ่ายยาปฏิชีวนะ		รวม	p-value
	จ่ายยา	ไม่จ่ายยา		
● มีการบอกต่อ	196 (79.0)	523 (76.9)	736 (77.7)	0.494
● ไม่มีการบอกต่อ	52 (21.0)	157 (23.1)	211 (22.3)	
รวม	248 (100.0)	680 (100.0)	928 (100.0)	

การเปรียบเทียบชนิดของโรคติดเชื้อกับการบอกต่อกับคนใกล้ชิด

เมื่อเปรียบเทียบชนิดของโรคติดเชื้อที่พบบ่อยทั้งสามชนิด กับ การบอกต่อของผู้รับบริการ ต่อผู้ใกล้ชิด พบว่า จะมีการบอกต่อในกลุ่มที่ได้ติดเชื้อทางเดินหายใจ (URI) กลุ่ม skin infection และกลุ่มท้องเสีย คิดเป็นร้อยละ 69.3, 22.4, และ 8.3 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่เป็น URI, skin infection และท้องเสีย จะไม่บอกต่อ คิดเป็นร้อยละ 82.5, 14.7, และ 2.8 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทำการทดสอบสถิติด้วย chi-square พบว่า มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000) ดังแสดงในตารางที่ 5.8

ตารางที่ 5.8 การเปรียบเทียบชนิดของโรคติดเชื้อกับการบอกต่อกับคนใกล้ชิด

โรคติดเชื้อ	การบอกต่อ		รวม	p-value
	มี	ไม่มี		
● URI	510 (69.3)	174 (82.5)	684 (72.2)	0.000
● Skin infection	165 (22.4)	31 (14.7)	196 (20.7)	
● Diarrhea	61 (8.3)	6 (2.8)	67 (7.1)	
รวม	736 (100.0)	211 (100.0)	947 (100.0)	

การเปรียบเทียบผลการรักษากับการบอกต่อกับคนใกล้ชิด

ดังแสดงในตารางที่ 5.9 เมื่อเปรียบเทียบผลของการรักษา กับ การบอกต่อ พบว่า ในกลุ่มที่การรักษาในระดับ “หาย” และ “ดีขึ้น” จะมีการบอกต่อกับคนใกล้ชิด มากกว่า กลุ่มที่ผลการรักษา “ไม่หาย” ซึ่งเมื่อทำการทดสอบสถิติด้วย chi-square พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000)

ตารางที่ 5.9 การเปรียบเทียบผลการรักษากับการบอกต่อ

ผลการรักษา	การบอกต่อ		รวม	p-value
	มี	ไม่มี		
● หาย	477 (64.8)	117 (55.5)	594 (62.7)	0.000
● ดีขึ้น	217 (29.5)	60 (28.4)	277 (29.3)	
● ไม่หาย	42 (5.7)	34 (16.1)	76 (8.0)	
รวม	736 (100.0)	211 (100.0)	947 (100.0)	

การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจกับการบอกต่อคนใกล้ชิด

เมื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ กับ การบอกต่อของผู้รับบริการต่อคนใกล้ชิด ดังแสดงในตารางที่ 5.10 พบว่า ในกลุ่มที่มีระดับความพึงพอใจในระดับ “ปานกลาง” “มาก” และ “มากที่สุด” จะบอกต่อกับคนใกล้ชิดมากกว่า ในกลุ่มที่มีระดับความพึงพอใจในระดับ “น้อย” และ “น้อยที่สุด” ซึ่งเมื่อทำการทดสอบสถิติด้วย chi-square พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000)

ตารางที่ 5.10 การเปรียบเทียบความพึงพอใจกับการบอกต่อ

ความพึงพอใจ	การบอกต่อ		รวม	p-value
	มี	ไม่มี		
• น้อยที่สุด	6 (0.8)	5 (2.4)	11 (1.2)	0.000
• น้อย	6 (0.8)	15 (7.1)	21 (2.2)	
• ปานกลาง	75 (10.2)	37 (17.6)	112 (11.9)	
• มาก	396 (54.0)	100 (47.6)	496 (52.6)	
• มากที่สุด	250 (34.1)	53 (25.2)	303 (32.1)	
รวม	733 (100.0)	210 (100.0)	943 (100.0)	

สรุปผลการติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา

ผู้รับบริการจำนวน 1,021 คน จากร้านยา 54 ร้านทั่วประเทศ พบว่า ผู้ที่ติดเชื้อในโรคที่พบบ่อย ได้แก่ URI, skin infection และ diarrhea ทั้งผู้ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ และผู้ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ จะส่งผลต่อ ผลการรักษา ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และการบอกต่อกับคนใกล้ชิด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.770, 0.303 และ 0.494 ตามลำดับ) แต่การบอกต่อบริการที่ได้รับแก่คนใกล้ชิดจะขึ้นอยู่กับผลการรักษา และความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000 และ 0.000 ตามลำดับ)

บทที่ 6

ผลของการสวมบทบาท

จากการสำรวจร้านยาจำนวน 90 ร้าน ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ด้วยการสังเกตแบบสวมบทบาท เพื่อสังเกตและบันทึกข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้ผลการสำรวจ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ

ผู้ให้บริการในร้านยาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 55 คน คิดเป็น ร้อยละ 61.1 ส่วนที่เหลืออีก 35 คน หรือ ร้อยละ 38.9 เป็นเพศชาย ดังแสดงในตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 การกระจายของกลุ่มตัวอย่าง

การกระจายของกลุ่มตัวอย่าง	ความถี่	ร้อยละ
เพศของผู้จ่ายยา		
● ชาย	35	38.9
● หญิง	55	61.1
วัตถุประสงค์ของผู้จ่ายยา		
● มุ่งเน้นดูแลสุขภาพเป็นหลัก	60	66.7
● มุ่งเน้นการขายยาเป็นหลัก	30	33.3
ระยะเวลาในการให้บริการ (นาที) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.81 ± 1.14 นาที)		
● 1 นาที	5	5.6
● 2 นาที	36	40.0
● 3 นาที	31	34.4
● 4 นาที	10	11.1
● 5 นาที	7	7.8
● 8 นาที □	1	1.1
รวม	90	100.0

วัตถุประสงค์ของผู้จ่ายยา

จากการสังเกตลักษณะของการให้บริการ อันได้แก่ การชักประวัติการเจ็บป่วย การให้คำแนะนำ และพฤติกรรมการให้บริการ พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้จ่ายยา จะมุ่งเน้นการให้บริการเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้รับบริการมากกว่าผลประโยชน์ทางการค้า (จำนวน 60 ราย หรือ ร้อยละ 66.6) และอีก 1 ใน 3 ที่มีลักษณะตรงกันข้ามกัน คือ ที่มุ่งเน้นการขายยาให้กับผู้รับบริการมากกว่าการห่วงใยสุขภาพที่ดี (จำนวน 30 ราย หรือ ร้อยละ 33.3)

ระยะเวลาในการให้บริการ

ในการสวมบทบาทเป็นผู้รับบริการครั้งนี้ ผู้ให้บริการได้ใช้เวลาในการให้บริการแตกต่างกันมาก โดยระยะเวลาในการให้บริการน้อยที่สุด คือ 1 นาที ในขณะที่ร้านยาที่ใช้เวลาในการให้บริการมากที่สุด ได้แก่ 8 นาที โดยมีค่าเฉลี่ย ($\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 2.81 ± 1.14 นาที ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการให้บริการ 2 หรือ 3 นาที คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 34.4 ตามลำดับ ถัดมาได้แก่ ร้านยาที่ใช้เวลาในการให้บริการนาน 4 นาที และ 5 นาที คิดเป็น ร้อยละ 11.1 และ 7.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลของการสวมบทบาท

ผลการซื้อยา

จากร้านยาตัวอย่างทั้ง 90 ร้าน หลังจากผู้วิจัยสวมบทบาทเป็นผู้รับบริการเข้าไปใช้บริการแล้ว ได้รับการจ่ายยาจากผู้ให้บริการทั้งหมดทุกร้าน (ดังแสดงในตารางที่ 6.2)

ตารางที่ 6.2 ผลของการสวมบทบาท

ผลของการสวมบทบาท	ความถี่	ร้อยละ
ผลการซื้อยา		
● ได้รับยา	90	100.0
● ไม่ได้รับยา	0	0.0
จำนวนรายการยาที่ได้รับ		
● 1 รายการ	51	56.7
● 2 รายการ	31	34.4
● 3 รายการ	8	8.9
รวม	90	100.0

จำนวนรายการยาที่ได้รับ

เกินครึ่งของร้านยากลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 56.7) ที่จ่ายยาให้กับผู้รับบริการ จำนวน 1 รายการ และอีกร้อยละ 34.4 ที่ได้รับยาจำนวน 2 รายการ และที่เหลืออีก 8 ร้าน (ร้อยละ 8.9) ที่จ่ายยา 3 รายการ

การจ่ายยาปฏิชีวนะ

จาก 90 ร้านยากลุ่มตัวอย่าง มีร้านยาที่จ่ายยาปฏิชีวนะ จำนวน 31 ราย หรือ คิดเป็น ร้อยละ 34.4 ส่วนอีก 59 ร้าน หรือ ร้อยละ 65.6 ที่ไม่ได้จ่ายยาปฏิชีวนะให้กับผู้รับบริการ ดังแสดงในตารางที่ 6.3

ชนิดของยาปฏิชีวนะ

ร้านยาทั้ง 59 ร้านที่จ่ายยาปฏิชีวนะให้กับผู้สวมบทบาทนั้น เมื่อแยกตามชนิด ของยาปฏิชีวนะ พบว่า เกินกว่า 3 ใน 4 ของยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากร้านยา เป็นยา amoxicillin ชนิด แคปซูล ความแรง 500 มก. อันดับ 2 ได้แก่ roxythromycin ที่มีเพียงร้อยละ 15.3 หรือ ประมาณ 1 ใน 5 ของร้อยละของร้านยาที่จ่ายยา amoxicillin

ที่น่าสนใจ พบว่า มีร้านยา 2 ร้าน (ร้อยละ 3.4) ที่จ่ายยา ciprofloxacin ให้แก่ผู้รับบริการเพื่อรักษาอาการไขหวัดและเจ็บคอ และยังมีอีก 1 ราย (ร้อยละ 1.7) ที่จ่ายยา amoxiclav ให้แก่ ผู้รับบริการ

นอกจากนี้ยังมีอีก 2 ร้าน (ร้อยละ 3.4) ที่จ่ายยากลุ่ม tetracyclines ได้แก่ doxycycline และ oxytetracycline อย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 1.7) เท่ากัน

จำนวนของยาปฏิชีวนะ

พบว่า จำนวนเม็ดของยาปฏิชีวนะที่ร้านยาทั้ง 59 ร้านจ่ายให้ผู้รับบริการนั้น มีปริมาณอยู่ระหว่าง 4 เม็ด ถึง 30 เม็ด และมีค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.12 ± 4.84 เม็ด ซึ่งประมาณ 2 ใน 3 ของร้านยาที่จ่ายยาปฏิชีวนะจะจ่ายให้ผู้รับบริการ จำนวน 10 เม็ด รองลงมา คือ ปริมาณ 20 เม็ด คิดเป็น ร้อยละ 18.6 มีอยู่ 4 ราย และ 3 ราย ที่จ่ายยาจำนวน 12 และ 6 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 6.8 และ 5.1 ตามลำดับ

วิธีใช้ยาปฏิชีวนะ

เมื่อพิจารณาวิธีการใช้ยา พบว่า ส่วนใหญ่จะแนะนำวิธีในการใช้ยา วันละ 4 เม็ด (ซึ่งน่าจะเป็นวิธีใช้ของยา amoxicillin และ oxytetracycline) โดยมีคำแนะนำให้ใช้ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า และเย็น (2x2 pc) มากที่สุด จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 37.7) รองลงมา คือ ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน (1x4 pc) จำนวน 11 ราย (ร้อยละ

20.8) ถัดลงมาจะให้ใช้ ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน และเย็น (1x3 pc) จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 17.0)

ในส่วนของผู้ใช้ ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง มีทั้งสิ้น 12 ราย (ซึ่งเป็นผู้ใช้ของยา roxythromycin ciprofloxacin และ doxycycline) โดยแยกเป็น ก่อนอาหาร เข้า และเย็น (1x2 ac) จำนวน 8 ราย และหลังอาหาร เข้า และเย็น (1x2 pc) คิดเป็น ร้อยละ 15.1 และ 7.5 ตามลำดับ

ราคาของยาปฏิชีวนะ

ค่าใช้จ่ายของยาปฏิชีวนะที่ได้รับมีค่าตั้งแต่ 24 บาท จนถึง 140 บาท และมีค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 54.09 ± 22.12 บาท ซึ่งจัดเป็นกลุ่มของราคา จะพบว่า ยาปฏิชีวนะที่มีค่าใช้จ่าย 31 ถึง 50 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมาได้แก่ กลุ่มที่มีค่าใช้จ่าย 51 ถึง 100 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.8 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่าย น้อยกว่า 31 บาท และกลุ่มที่มากกว่า 100 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.3 และ 3.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 6.3 การจ่ายยาปฏิชีวนะ

การจ่ายยาปฏิชีวนะ	ความถี่	ร้อยละ
● ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ	31	34.4
● ได้รับยาปฏิชีวนะ	59	65.6
รวม	90	100.0
ชนิดของยาปฏิชีวนะ		
● Amoxycillin	45	76.3
● Roxythromycin	9	15.3
● Ciprofloxacin	2	3.4
● Oxytetracycline	1	1.7
● Doxycycline	1	1.7
● Amoxiclav □	1	1.7
รวม	59	100.0

ตารางที่ 6.3 การจ่ายยาปฏิชีวนะ (ต่อ)

การจ่ายยาปฏิชีวนะ	ความถี่	ร้อยละ
จำนวนของยาปฏิชีวนะ (เม็ด) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.12 ± 4.84 เม็ด)		
● 4 เม็ด	1	1.7
● 6 เม็ด	3	5.1
● 10 เม็ด	38	64.4
● 12 เม็ด	4	6.8
● 15 เม็ด	1	1.7
● 20 เม็ด	11	18.6
● 30 เม็ด □	1	1.7
วิธีใช้ยาปฏิชีวนะ		
● 1x2 ac	8	15.1
● 1x2 pc	4	7.5
● 1x3 pc	9	17.0
● 1x4 ac	1	1.9
● 1x4 pc	11	20.8
● 2x2 pc	20	37.7
ราคาของยาปฏิชีวนะ (บาท) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 54.09 ± 22.12 บาท)		
● 0-30 บาท	6	10.3
● 31-50 บาท	31	53.5
● 51-100 บาท	19	32.8
● > 100 บาท	2	3.4

การจ่ายยาชนิดอื่น ๆ

นอกเหนือจากยาปฏิชีวนะแล้ว ผลของการสวมบทบาทเล่าอาการไข้หวัดและเจ็บคอ ทำให้ได้รับยาชนิดอื่นๆ ได้แก่ ยากลุ่ม NSAIDs ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร ยาอมแก้เจ็บคอ ยาละลายเสมหะ ยาลดน้ำมูก และยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (ดังแสดงในตารางที่ 6.4)

ยากลุ่ม NSAIDs

ในการสวมบทบาท พบว่า ร้อยละ 83.8 ของยาชนิดอื่นๆ จะได้รับยากลุ่ม NSAIDs ทั้งนี้เพื่อบรรเทาอาการไข้ ตัวร้อน หรือ ปวดหัว และยากลุ่มนี้ที่มีการจ่ายมากที่สุด ได้แก่ ibuprofen คิดเป็นร้อยละ 66.1 รองลงมาได้แก่ paracetamol (ร้อยละ 9.7) mefenamic acid (ร้อยละ 4.8) และ สูตร paracetamol ผสมกับ ibuprofen (ร้อยละ 3.2)

และที่เหลืออีกร้อยละ 8.0 ที่มีการจ่ายยาอมแก้เจ็บคอ สมุนไพรฟ้าทะลายโจร คิดเป็น ร้อยละ 3.2 ยาละลายเสมหะและยาลดน้ำมูก ร้อยละ 1.6 เท่ากัน

ตารางที่ 6.4 การจ่ายยาชนิดอื่นๆ

การจ่ายยาชนิดอื่น ๆ	ความถี่	ร้อยละ
ชนิดของยาชนิดอื่น ๆ		
● Ibuprofen	41	66.1
● Paracetamol	6	9.7
● Mefenamic acid	3	4.8
● Paracetamol + Ibuprofen	2	3.2
● ฟ้าทะลายโจร	2	3.2
● Stepsil [®]	2	3.2
● Mybacin [®]	2	3.2
● Mucosolvan [®]	1	1.6
● Dexamethazone	1	1.6
● Rhinotapp [®]	1	1.6
● Throatil [®] □	1	1.6

ตารางที่ 6.4 การจ่ายยาชนิดอื่นๆ (ต่อ)

การจ่ายยาชนิดอื่นๆ	ความถี่	ร้อยละ
จำนวนของยาชนิดอื่นๆ (เม็ด) (มีค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.69 ± 2.48 เม็ด)		
• 4 เม็ด	2	3.2
• 5 เม็ด	1	1.6
• 6 เม็ด	6	9.7
• 8 เม็ด	2	3.2
• 10 เม็ด	46	74.2
• 12 เม็ด	2	3.2
• 16 เม็ด	2	3.2
• 20 เม็ด	1	1.6
วิธีใช้ของยาอื่นๆ		
• 1x2 pc	3	5.9
• 1x3 pc	41	80.4
• 1x4 pc	3	5.9
• 2x2 pc	1	2.0
• 2x3 pc	2	3.9
• 2x4 pc □	1	2.0
ราคาของยาอื่นๆ (บาท)		
• ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	28.00 ± 18.00 บาท	
• 5-20 บาท	24	39.3
• 21-40 บาท	30	49.2
• 41-60 บาท	4	6.6
• > 60 บาท	3	4.9

จำนวนของยาชนิดอื่น ๆ

ส่วนใหญ่ หรือ เกือบ 3 ใน 4 ของยาชนิดอื่นๆ จะนิยมจ่ายจำนวน 10 เม็ด (จำนวนน้อยที่สุด 4 เม็ด และสูงสุด 20 เม็ด) โดยมีค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.69 ± 2.48 เม็ด

วิธีใช้ยาชนิดอื่น ๆ

ประมาณร้อยละ 80 ของยาชนิดอื่นๆ ที่ได้รับ การจ่ายจากการสวมบทบาท มีวิธีการใช้ ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน และเย็น (1x3pc) และอีกประมาณร้อยละ 5 ที่มีวิธีการใช้ ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า และเย็น (1x2pc) และ ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน (1x4pc)

ราคาของยาชนิดอื่น ๆ

ค่าใช้จ่ายของยาชนิดอื่นๆ ที่ได้รับจากการสวมบทบาท มีค่าตั้งแต่ 5 บาท จนถึง 95 บาท และมีค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 28.00 ± 18.00 บาท ซึ่งจัดเป็นกลุ่มของราคา จะพบว่า ยาปฏิชีวนะที่มีค่าใช้จ่าย 21 ถึง 40 บาท คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาได้แก่ กลุ่มที่มีค่าใช้จ่าย 5 ถึง 20 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.3 และกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายมากกว่า 41 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.53

ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

จากการสวมบทบาทเข้ารับบริการจากร้านยาทั้ง 90 ร้าน ผู้วิจัยได้ประเมินความพึงพอใจของบริการที่ได้รับ พบว่า ร้อยละ 44.4 มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับดี รองลงมา คือ ความพึงพอใจในระดับพอใช้ ร้อยละ 37.4 และในระดับที่ควรปรับปรุง คิดเป็น ร้อยละ 14.4 และมีความพึงพอใจในระดับดีมาก เพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้น (ดังแสดงในตารางที่ 6.5)

ตารางที่ 6.5 ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ระดับความพึงพอใจ	ความถี่	ร้อยละ
● ควรปรับปรุง	13	14.4
● พอใช้	34	37.8
● ดี	40	44.4
● ดีมาก	3	3.3

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบการจ่ายยาแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อแยกประเภทร้านยาออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ร้านยาเข้าร่วมโครงการ (ร้านยาโครงการ) 2) ร้านยาเภสัชกรที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ (ร้านยาเภสัช) และ 3) ร้านยาทั่วไปที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการและไม่ใช้ร้านยาเภสัชกร (ร้านยาทั่วไป) พบว่า

เพศของผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการในร้านยาโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีส่วนน้อยที่เป็นเพศชาย ในขณะที่ร้านยาเภสัชเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเพียงเล็กน้อย ส่วนร้านยาทั่วไปจะเป็นเพศหญิงเท่ากับเพศชาย อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์สถิติ chi-square พบว่า เพศของผู้ให้บริการในทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.088$) ดังแสดงในตารางที่ 6.6

วัตถุประสงค์ของผู้ให้บริการ

เมื่อแยกย่อยเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ร้านยาโครงการเกือบทั้งหมดให้บริการ โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพเป็นหลัก (ร้อยละ 32.2) หรือ จำนวน 29 ร้านจากจำนวนทั้งสิ้น 30 ร้าน

ในขณะที่ร้านยาเภสัชส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพเป็นหลัก (ร้อยละ 26.7) หรือ จำนวน 24 ร้าน ส่วนอีก 6 ร้าน หรือ ร้อยละ 6.7 ที่มุ่งเน้นการขายยาเป็นหลัก

ส่วนร้านยาทั่วไปนั้น มีเพียง 7 ร้าน (ร้อยละ 7.8) ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพเป็นหลัก แต่ส่วนใหญ่อีก 23 ร้าน หรือ ร้อยละ 25.6 จะมุ่งเน้นการขายยาเป็นหลัก

และเมื่อวิเคราะห์สถิติ chi-square พบว่า วัตถุประสงค์ของการให้บริการของร้านยาทั้ง 3 กลุ่ม มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$)

ตารางที่ 6.6 ความถี่ (ร้อยละ) ของการจ่ายยาแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง

การจ่ายยาของกลุ่มตัวอย่าง	ร้านยาโครงการ	ร้านยาเภสัช	ร้านยาทั่วไป	รวม
เพศของผู้จ่ายยา				
● ชาย	7 (7.8)	13 (14.4)	15 (16.7)	35 (38.9)
● หญิง	23 (25.6)	17 (18.9)	15 (16.7)	55 (61.1)
	$p\text{-value} = 0.088$			

ตารางที่ 6.6 ความถี่ (ร้อยละ) ของการจ่ายยาแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

การจ่ายยาของกลุ่มตัวอย่าง	ร้านยา โครงการ	ร้านยา เกสซ์	ร้านยา ทั่วไป	รวม
วัตถุประสงค์ของผู้จ่ายยา				
● มุ่งเน้นดูแลสุขภาพเป็นหลัก	29 (32.2)	24 (26.7)	7 (7.8)	60 (66.7)
● มุ่งเน้นการขายยาเป็นหลัก	1 (1.1)	6 (6.7)	23 (25.6)	30 (33.3)
	p-value = 0.000*			
ระยะเวลาในการให้บริการ (นาที) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.81 $\pm$ 1.14 นาที)				
● 1 นาที	0 (0.0)	3 (3.3)	2 (2.2)	5 (5.6)
● 2 นาที	6 (6.7)	8 (8.9)	22 (24.4)	36 (40.0)
● 3 นาที	13 (14.4)	12 (13.3)	6 (6.7)	31 (34.4)
● 4 นาที	7 (7.8)	3 (3.3)	0 (0.0)	10 (11.1)
● 5 นาที	4 (4.4)	3 (3.3)	0 (0.0)	7 (7.8)
● 8 นาที ☐	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.1)
รวม	30 (33.3)	30 (33.3)	30 (33.3)	90 (100.0)
	p-value = 0.001			

ระยะเวลาในการจ่ายยา

ในประเด็นด้านระยะเวลาในการจ่ายยาในทั้งสามกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มร้านยาเภสัชและร้านยาที่เข้าร่วมโครงการจะใช้ระยะเวลาในการให้บริการส่วนใหญ่นานกว่าร้านยาทั่วไป ซึ่งร้านยาทั่วไปจะใช้เวลาในการให้บริการน้อยกว่า 3 นาที และส่วนใหญ่ใช้เวลาในการจ่ายยาเพียง 2 นาทีเท่านั้น

ส่วนร้านยาโครงการและร้านยาเภสัชใช้ระยะเวลาในการจ่ายยาใกล้เคียงกัน และส่วนใหญ่จะใช้เวลา 3 นาที แต่เวลาที่ใช้ของร้านยาเภสัชจะกระจายมากกว่าร้านยาโครงการ

และเมื่อวิเคราะห์สถิติ chi-square พบว่า ระยะเวลาในการให้บริการของร้านยาทั้ง 3 กลุ่ม มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)

ตารางที่ 6.7 ความถี่ (ร้อยละ) ของผลการสวมบทบาทแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง

ผลของการสวมบทบาท	ร้านยา โครงการ	ร้านยา เภสัช	ร้านยา ทั่วไป	รวม
ผลการซื้อ				
● ได้รับยา	30 (33.3)	30 (33.3)	30 (33.3)	90 (100.0)
● ไม่ได้รับยา	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	p-value = n.a.			
จำนวนรายการยาที่ได้รับ				
● 1 รายการ	20 (22.2)	16 (17.8)	15 (16.7)	51 (56.7)
● 2 รายการ	10 (11.1)	10 (11.1)	11 (12.2)	31 (34.4)
● 3 รายการ	0 (0.0)	4 (4.4)	4 (4.4)	8 (8.9)
รวม	30 (33.3)	30 (33.3)	30 (33.3)	90 (100.0)
	p-value = 0.299			

ผลของการสวมบทบาท

พบว่า ทุกร้านในทุกกลุ่มได้รับยาจากการสวมบทบาททั้งสิ้น (ดังแสดงในตารางที่ 6.7) โดยได้รับยาตั้งแต่ 1 ถึง 3 ชนิด ในการสวมบทบาทครั้งนี้ ซึ่งร้านยาโครงการได้รับยา จำนวน 1 หรือ 2 รายการเท่านั้น ส่วนร้านเภสัช และร้านยาทั่วไป จะจ่ายยา 1 ถึง 3 รายการ แต่อย่างไรก็ตามร้านยาส่วนใหญ่ก็จ่ายยาเพียงรายการเดียวทั้งสามกลุ่มของร้านยา และเมื่อวิเคราะห์สถิติ chi-square พบว่า จำนวนรายการยาจากร้านยาทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.299$)

การจ่ายยาปฏิชีวนะ

จากการสวมบทบาท พบว่า ร้านยาทั้งสามกลุ่มมีการจ่ายยาปฏิชีวนะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) โดย ร้านยาทั่วไปมีการจ่ายยาถึงร้อยละ 90.0 ของร้านยาทั่วไปทั้งหมดที่จ่ายยาปฏิชีวนะ ในขณะที่ร้านยาเภสัชมีการจ่ายยาร้อยละ 63.3 ของร้านยาเภสัชทั้งหมด และร้านยาโครงการมีการจ่ายยาปฏิชีวนะร้อยละ 43.2 ของร้านยาโครงการทั้งหมด (ดังแสดงในตารางที่ 6.8)

ในด้านชนิดของยาปฏิชีวนะที่จ่ายในการสวมบทบาท ส่วนใหญ่จ่ายยา amoxicillin รองลงมาคือ roxythromycin และทั้งสามกลุ่มมีการจ่ายชนิดของยาปฏิชีวนะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.553$) นอกจากนี้ยังพบว่า ในด้านวิธีการใช้ยาปฏิชีวนะ และราคายาปฏิชีวนะของร้านยาทั้งสามกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.452$ และ 0.469 ตามลำดับ) แต่จำนวนยาปฏิชีวนะที่จ่ายจากร้านยาทั้งสามกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.041$) โดยร้านยาโครงการจะจ่ายยาจำนวนมากกว่าร้านยาเภสัช และร้านยาทั่วไป

ตารางที่ 6.8 ความถี่ (ร้อยละ) ของการจ่ายยาปฏิชีวนะแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง

การจ่ายยาปฏิชีวนะ	ร้านยาโครงการ	ร้านยาเภสัช	ร้านยาทั่วไป	รวม
● ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ	17 (18.9)	11 (12.2)	3 (3.3)	31 (34.4)
● ได้รับยาปฏิชีวนะ	13 (14.4)	19 (21.1)	27 (30.0)	59 (65.6)
รวม	30 (33.3)	30 (33.3)	30 (33.3)	90 (100.0)
p-value = 0.001				

ตารางที่ 6.8 ความถี่ (ร้อยละ) ของการจ่ายยาปฏิชีวนะแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

การจ่ายยาปฏิชีวนะ	ร้านยา โครงการ	ร้านยา เภสัช	ร้านยา ทั่วไป	รวม
ชนิดของยาปฏิชีวนะ				
● Amoxycillin	10 (16.9)	12 (20.3)	23 (39.0)	45 (76.3)
● Roxythromycin	3 (5.1)	4 (6.8)	2 (3.4)	9 (15.3)
● Ciprofloxacin	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (1.1)	2 (3.4)
● Oxytetracycline	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (1.7)
● Doxycycline	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.7)
● Amoxiclav □	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.7)
รวม	13 (22.0)	19 (32.2)	27 (45.8)	59 (100.0)
p-value = 0.553				
จำนวนของยาปฏิชีวนะ (เม็ด) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.12 ± 4.84 เม็ด)				
● ≤ 6 เม็ด	0 (0.0)	1 (1.7)	3 (5.1)	4 (6.8)
● 10 เม็ด	4 (6.8)	14 (23.7)	20 (33.9)	38 (64.4)
● 12 เม็ด	2 (3.4)	2 (3.4)	0 (0.0)	4 (6.8)
● 15 เม็ด	1 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.7)
● ≥ 20 เม็ด	6 (10.2)	2 (3.4)	4 (6.8)	11 (20.3)
รวม	13 (22.0)	19 (32.2)	27 (45.8)	59 (100.0)
p-value = 0.041				

ตารางที่ 6.8 ความถี่ (ร้อยละ) ของการจ่ายยาปฏิชีวนะแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

การจ่ายยาปฏิชีวนะ	ร้านยา โครงการ	ร้านยา เกสซ์	ร้านยา ทั่วไป	รวม
วิธีใช้ยาปฏิชีวนะ				
● 1x2 ac	2 (3.8)	4 (7.5)	2 (3.8)	8 (15.1)
● 1x2 pc	1 (1.9)	2 (3.8)	1 (1.9)	4 (7.5)
● 1x3 pc	1 (1.9)	3 (5.7)	5 (9.4)	9 (17.0)
● 1x4 ac	0 (0.0)	1 (1.9)	0 (0.0)	1 (1.9)
● 1x4 pc	1 (1.9)	3 (5.7)	7 (13.2)	11 (20.8)
● 2x2 pc	8 (15.1)	6 (11.3)	6 (11.3)	20 (37.7)
รวม	13 (22.0)	19 (32.2)	27 (45.8)	59 (100.0)
	p-value = 0.452			
ราคาของยาปฏิชีวนะ (บาท) (ค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 54.09 + 22.12 บาท)				
● 0-30 บาท	0 (0.0)	1 (1.7)	5 (8.6)	6 (10.3)
● 31-50 บาท	5 (8.6)	11 (19.0)	15 (25.9)	31 (53.5)
● 51-100 บาท	8 (13.8)	6 (10.3)	5 (8.6)	19 (32.8)
● > 100 บาท	0 (0.0)	1 (1.7)	1 (1.7)	2 (3.4)
รวม	13 (22.4)	19 (32.8)	26 (44.8)	58 (100.0)
	p-value = 0.469			

การจ่ายยาชนิดอื่น ๆ

พบว่า ร้านยาทั้งสามกลุ่มมีการจ่ายยาชนิดอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.496) และยาที่จ่ายส่วนใหญ่จะเป็น ibuprofen (ดังแสดงในตารางที่ 6.9)

ตารางที่ 6.9 ความถี่ (ร้อยละ) ของการจ่ายยาชนิดอื่น ๆ แยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง

การจ่ายยาชนิดอื่น ๆ	ร้านยา โครงการ	ร้านยา เภสัช	ร้านยา ทั่วไป	รวม
ชนิดของยาชนิดอื่น ๆ				
● Ibuprofen	15 (24.2)	13 (21.0)	13 (21.0)	41 (66.1)
● Paracetamol	1 (1.6)	4 (6.5)	1 (1.6)	6 (9.7)
● Mefenamic acid	0 (0.0)	1 (1.6)	2 (3.2)	3 (4.8)
● Paracetamol + Ibuprofen	1 (1.6)	1 (1.6)	0 (0.0)	2 (3.2)
● ฟ้ายละลายใจ	2 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.2)
● Stepsil®	1 (1.6)	1 (1.6)	0 (0.0)	2 (3.2)
● Mybacin®	1 (1.6)	1 (1.6)	0 (0.0)	2 (3.2)
● Mucosolvan®	1 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)
● Dexamethazone	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)	1 (1.6)
● Rhinotapp®	0 (0.0)	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (1.6)
● ThroatSil® □	0 (0.0)	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (1.6)
รวม	22 (35.5)	23 (37.1)	17 (27.4)	62 (100.0)
	p -value = 0.496			

ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

จากการเปรียบเทียบระดับ ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ของร้านยาทั้งสามกลุ่ม พบว่าร้านยาทั่วไป ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใช้ และควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 13.3 และ 15.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6.10

ส่วนร้านยาเภสัชนั้น ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในระดับพอใจ และดี คิดเป็นร้อยละ 15.6 และ 16.7 ตามลำดับ

ในขณะที่ร้านยาโครงการส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 23.3 โดยมีระดับความพึงพอใจในระดับพอใช้ ร้อยละ 6.7 และระดับดีมาก 3.3 ซึ่งทั้งกลุ่มร้านยาเภสัช และร้านยาทั่วไปไม่ได้ระดับความพึงพอใจในระดับ ดีมาก เลย

และเมื่อวิเคราะห์สถิติ chi-square พบว่า ระดับความพึงพอใจของร้านยาทั้ง 3 กลุ่ม มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$)

ตารางที่ 6.10 ความถี่ (ร้อยละ) ของความพึงพอใจแยกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความพึงพอใจ	ร้านยา โครงการ	ร้านยา เภสัช	ร้านยา ทั่วไป	รวม
● ควรปรับปรุง	0 (0.0)	1 (1.1)	12 (13.3)	13 (14.4)
● พอใช้	6 (6.7)	13 (15.6)	14 (15.6)	34 (37.8)
● ดี	21 (23.3)	15 (16.7)	4 (4.4)	40 (44.4)
● ดีมาก	3 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.3)
รวม	30 (33.3)	30 (33.3)	30 (33.3)	90 (100.0)
p-value = 0.000*				

สรุปผลการสวมบทบาท

จากการสวมบทบาทเข้ารับบริการในร้านยาทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า ร้านยาทั้ง 3 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ใน 4 ประเด็น 1) วัตถุประสงค์ของผู้ให้บริการ (p-value = 0.000) ที่ร้านยาโครงการและร้านยาเภสัชมุ่งเน้นด้านสุขภาพมากกว่าการค้า แตกต่างจากร้านยาทั่วไปที่เน้นการค้ามากกว่าสุขภาพ 2) ระยะเวลาในการจ่ายยา (p-value = 0.001) ซึ่งร้านยาเภสัชและร้านยาโครงการจะใช้ระยะเวลาในการให้บริการส่วนใหญ่นานกว่าร้านยาทั่วไป 3) การจ่ายยาปฏิชีวนะ (p-value = 0.001) ร้านยาทั่วไปมีการจ่ายยาถึงร้อยละ 90.0 ของร้านยาทั่วไปทั้งหมดที่จ่ายยาปฏิชีวนะ ซึ่งสูงกว่าร้านยาเภสัช (ร้อยละ 63.3) และร้านยาโครงการ (ร้อยละ 43.2) และ 4) ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ (p-value = 0.000) ที่ร้านยาโครงการมีระดับความพึงพอใจสูงกว่าร้านยาเภสัช และสูงกว่าร้านยาทั่วไป ตามลำดับ

ภาคผนวก 1

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ASU ในร้านยา



สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) COMMUNITY PHARMACY ASSOCIATION (THAILAND)

ที่ สกช. 54-032

19 มีนาคม 2555

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงาน โครงการ “ASU” ในร้านยา

เรียน ภก.ดร.วิรัตน์ ทองรอด

ตามที่สมาคมเภสัชกรรมชุมชน(ประเทศไทย)ได้มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับมูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) เรื่องการทำโครงการ “ASU” ในร้านยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้างองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการจัดการปัญหาการใช้ยาแก้อักเสบที่ผิด , ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน และพัฒนาแนวทางสำหรับเภสัชกรชุมชนในการจัดการปัญหาการใช้ยาแก้อักเสบที่ผิด รวมถึงส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน สร้าง community of practices ของเภสัชกรชุมชน ในการจัดการปัญหาการใช้ยาแก้อักเสบที่ผิด และส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด สมาคมฯ จึงใคร่ขอแต่งตั้งคณะทำงานดำเนินการตามโครงการ ดังมีรายชื่อดังนี้คือ

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. ภก.ดร.วิรัตน์ ทองรอด | ประธานคณะทำงาน |
| 2. ภก.สมบัติ แก้วจินดา | รองประธานคณะทำงาน |
| 3. ภก.วรารุณ เสริมสินสิริ | คณะทำงาน |
| 4. ภก.กฤติน บัณฑิตานุกูล | คณะทำงาน |
| 5. ภก.กิตติยศ ยศสมบัติ | คณะทำงาน |
| 6. ภญ.ฉีรณัฐ ทรัพย์ทวี | คณะทำงานและเลขานุการ |

คณะทำงานสามารถดำเนินการประชุมเพื่อเตรียมการและสรรหาคณะทำงานย่อยตามความเหมาะสมได้ต่อไป ทั้งนี้ฝ่ายประสานงานจะแจ้งกำหนดการประชุมเพื่อเตรียมการให้ทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(เภสัชกรหญิง ช้องมาศ นิตยกุลกริน)

นายกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)



40 ซอยสุขุมวิท 38 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
40 Soi Sukhumvit 38, Sukhumvit Rd., Klongtoey, Bangkok 10110 Thailand
โทร/Tel. 0-2713-5261-3 โทรสาร/Fax: 0-2713-5541 www.pharcpa.com

ภาคผนวก 2
Protocol ดัชนีชี้วัด
และแบบบันทึกคุณภาพการใช้จ่ายวิถีชีวิตอย่างเหมาะสมในร้านยา



โครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา

การสำรวจผลการรณรงค์การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา

ในการสำรวจติดตามผลจากการอบรมแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อที่พบบ่อยในร้านยา 3 โรค ได้แก่ ไข้หวัด ท้องเสีย และแผล สด ที่จัดให้กับอาสาสมัครร้านยาจำนวน 100 ร้าน เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2555 พร้อมทั้งอุปกรณ์ในการรณรงค์โครงการ อันได้แก่ toolkit ในการวินิจฉัยออกสเปคด้วยตนเอง แผ่นพับ และแผ่นพับให้ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ร้านยาที่มีเภสัชกรอยู่ประจำ จำนวน 100 ร้าน ที่เข้าร่วมอบรม และอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ หลังจากได้รับการชี้แจงเรียบร้อยแล้ว ซึ่งจะได้รับอุปกรณ์ในการรณรงค์โครงการฯ ทั้งสามรายการ และจำนวนผู้ป่วยประมาณร้านละ 20 ราย รวมทั้งสิ้น 2,000 ราย

2. เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา (ดังแสดงในภาคผนวก ก.) ที่ถูกออกแบบเพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลได้ทุกขั้นตอนอย่างกระชับและรวดเร็ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

ก. ร้านยาอาสาสมัครจะบันทึกข้อมูล ชื่อ นามสกุล และหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ของผู้ป่วยที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (และเพื่อการติดตามผลการรักษา) พร้อมช่องว่างในตอนท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ข. ร้านยาอาสาสมัครจะบันทึกการให้คำปรึกษาและ/หรือจ่ายยา พร้อมทั้งวันที่ต้องติดตามผลการรักษา (ประมาณ 7 วัน สำหรับโรค URI และ 3 วัน สำหรับแผลสดและท้องเสีย)

ค. ร้านยาอาสาสมัครได้บันทึกการติดตามผลการรักษา ระดับความพึงพอใจในบริการ และการบอกต่อแก่ผู้ใกล้ชิด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการในเดือนตุลาคม 2555 เป็นระยะเวลา 1 เดือน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ความถี่ ร้อยละ และ Chi square

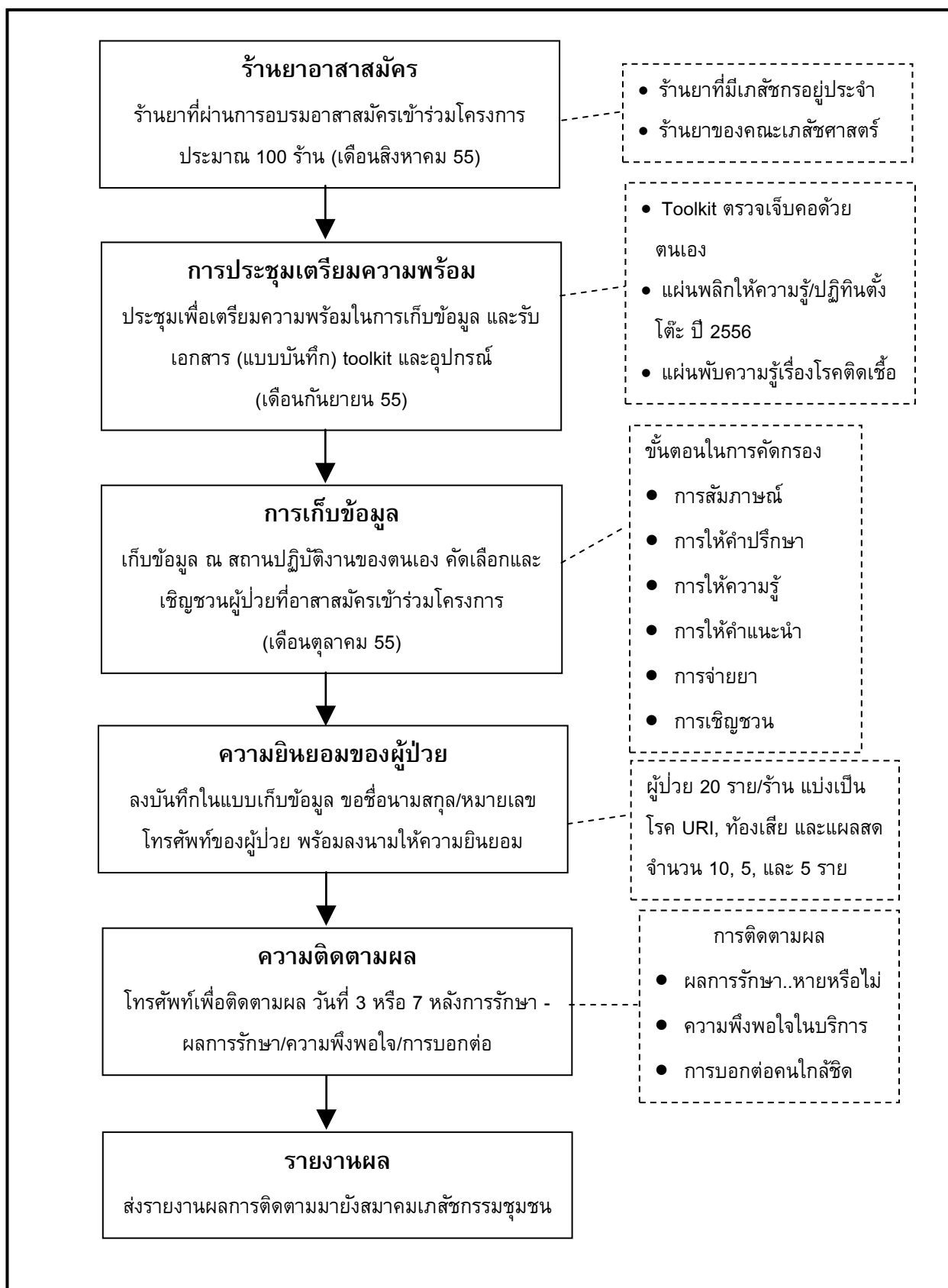
5. ขั้นตอนในการเข้าร่วมโครงการ ASU ของร้านยาอาสาสมัคร

ก. รับสมัครร้านยาที่สนใจเข้าร่วมโครงการ หลังจากที่ได้ผ่านการอบรมแนวทางการรักษาโรคติดต่อที่พบบ่อยในร้านยา 3 โรค ได้แก่ ไข้หวัด ท้องเสีย และแผล สด ในวันอาทิตย์ที่ 19 สิงหาคม 2555 และรับสมัครร้านยาจำนวน 100 ร้าน เป็นร้านที่มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติงานที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ (ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1)

ข. การประชุมเตรียมความพร้อม ประมาณเดือนกันยายนจะนัดประชุมร้านยาอาสาสมัครทั้ง 100 ร้าน เพื่อซักซ้อมความเข้าใจและเตรียมความพร้อม ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล แบบบันทึกการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา และมอบอุปกรณ์ในการรณรงค์โครงการ อันได้แก่ toolkit ในการวินิจฉัยคัดแยกแสบด้วยตนเอง แผ่นพับ และแผ่นพับ รวมถึงการรายงานข้อมูลกลับมายังสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

ค. การเก็บข้อมูล ร้านยาอาสาสมัครดำเนินการเก็บข้อมูล ณ สถานปฏิบัติงานของตนเอง ด้วยการคัดเลือกและเชิญชวนผู้ป่วยที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คนต่อร้านยา ในช่วง

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนในการเข้าร่วมโครงการ ASU ของร้านยาอาสาสมัคร



เดือนตุลาคม 55 ซึ่งทางร้านยาจะต้องดำเนินการชักประวัติ/การสัมภาษณ์/การให้คำปรึกษา/การให้ความรู้/การให้คำแนะนำ/การจ่ายยา และเชิญชวนให้ผู้ป่วยยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

ก. ความยินยอมของผู้ป่วย ร้านยาลงบันทึกในแบบเก็บข้อมูล ขอชื่อนามสกุล /หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยลงนามเพื่อให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

ข. ความติดตามผล โทรศัพท์เพื่อติดตามผล หลังการรักษา (ประมาณ 7 วัน สำหรับโรค URI และ 3 วัน สำหรับแผลสดและท้องเสีย) อันได้แก่ ผลการรักษา/ระดับความพึงพอใจ/การบอกต่อของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับจากร้านยา

ค. รายงานผล ส่งรายงานผลการติดตามมายังสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

6. งบประมาณสนับสนุน

ในการคัดกรอง ขอความร่วมมือ การติดตามผล และการรายงานผล จะตอบแทนค่าใช้จ่ายเหมาเป็นเงิน 30 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 60,000 บาท

คำชี้แจง การกรอกข้อมูลในแบบบันทึกการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในร้านยา

- ¹ ระบุชนิดของโรคติดเชื้อด้วยเครื่องหมาย “ถูก”, ในกรณีแผลสด ต้องเป็นแผลสดเพิ่งเป็นใหม่ๆ ไม่เกินกว่า 6 ชั่วโมง และไม่รวมถึงแผลเรื้อรัง แผลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- ² หากจ่ายยาปฏิชีวนะ ให้ระบุเครื่องหมาย “ถูก” ในช่อง “ยาปฏิชีวนะ” และถ้าไม่จ่ายยาปฏิชีวนะ ให้ระบุเครื่องหมาย “ถูก” ในช่อง “ไม่จ่าย”,
- ³ ให้ระบุผลการรักษาที่ได้โทรศัพท์ติดตาม หลังจ่ายยา ว่า “หาย” หรือ “ดีขึ้น” หรือ “ไม่หาย”
- ⁴ ให้ระบุระดับความพึงพอใจในการรักษา โดยโทรศัพท์ติดตาม หลังจ่ายยา ว่า “มากที่สุด” หรือ “มาก” หรือ “ปานกลาง” หรือ “น้อย” หรือ “น้อยที่สุด”
- ⁵ ให้ระบุการบอกต่อของผู้ป่วย โดยโทรศัพท์ติดตาม หลังจ่ายยา ว่า “บอกต่อ” หรือ “ไม่บอกต่อ”

ภาคผนวก 3

กำหนดการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ “All About Infectious”

กำหนดการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ “All About Infectious”

สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

วันอาทิตย์ที่ 19 สิงหาคม 2555 เวลา 08.00-16.30 น.

ณ ห้องบุหงา โรงแรมโกลเด้นทิวลิป ซอฟเฟอริน

08.00-08.30 น. ลงทะเบียน

08.30-09.20 น. สถานการณ์เชื้อดื้อยาในประเทศไทย

(ปัญหาการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรีย ความไวของเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ และการใช้ยาในการรักษาโรคติดเชื้อของประเทศไทยในปัจจุบัน)

โดย ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี

09.20-10.10 น. Update in Upper Respiratory Tract Infection (URI)

(อัปเดตความรู้ที่ทันสมัยในการรักษาและใช้ยาในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนสำหรับเภสัชกรชุมชน)

โดย ภก.กฤติน บัณฑิตานุกูล

10.10 – 10.30 รับประทานอาหารว่าง

10.30 –11.20 น. Skin Infections: What New for Pharmacists

(การจัดการโรคติดเชื้อที่ผิวหนัง อันเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในงานเภสัชกรรมชุมชน)

โดย ภก.กฤติน บัณฑิตานุกูล

11.20 –12.00 น. R2R Research for Community Pharmacy: ASU

(การพัฒนางานประจำของเภสัชกรชุมชนมาสู่งานวิจัย เพื่อยกระดับการปฏิบัติงานทางเภสัชกรรมชุมชนไทย: กรณีศึกษา ASU)

โดย ภก.ดร.วิรัตน์ ทองรอด (Ph.D.)

12.00 – 13.30 น. รับประทานอาหารกลางวัน

13.00 -13.50 น. Diarrhea: Infection or not and how to handle?

(การแยกชนิดของโรคท้องเสียว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ และแนวทางในการจัดการทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา)

โดย ภก.มรุตพงษ์ พชรโชค

13.50-14.40 น. UTI & STI for Thai current situations

(สถานการณ์ปัจจุบันของการติดเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะในทางเดินปัสสาวะ และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับเภสัชกรชุมชนไทย)

โดย ภก. นรินทร์ จ่างคง งานบริการวิชาการเภสัชกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.ราชบุรี

BS.(Pharm), อภ. (infectious disease pharmacotherapy), FACP (infectious disease pharmacotherapy)

14.40-14.50 น. รับประทานอาหารว่าง

14.50–16.40 น. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ : ถอดบทเรียนจากการจัดการปัญหาการใช้ยาที่ผิดในร้านยา(การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ ทั้งเทคนิค กลเม็ด เคล็ดลับในการจัดการปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้ป่วยที่ร้านยาอย่างมีประสิทธิภาพ)

โดย ภก.สมบัติ แก้วจินดา

ภก.กิตติศ ยศสมบัติ

ภก.วรารุณ เสริมสินสิริ

ภาคผนวก 4
แบบบันทึกข้อมูลการสวมบทบาท

แบบเก็บข้อมูลวิธีสวมบทบาท

● ส่วนที่ 1 สภาพทั่วไป

ชื่อร้าน..... เลขที่..... ถนน.....
 เขต..... จังหวัด.....
 เวลาเข้าร้าน..... เวลาออกจากร้าน.....
 เวลาปฏิบัติการของเภสัชกรตามป้าย

● ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับผู้จ่ายยา

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. วัตถุประสงค์ของผู้จ่ายยา
☐ มีจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพมากกว่าขายยา
☐ มีจุดมุ่งหมายในการขายยามากกว่าดูแลสุขภาพ

● ส่วนที่ 3 ผลของการสวมบทบาทซื้อขายยา

1. ผลการซื้อ ☐ ได้รับยา ☐ ไม่ได้รับยา
2. จำนวนยาที่ได้รับ รายการ
3. ยาที่ได้รับ
- 3.1 ยาปฏิชีวนะ
 จำนวนยา.....เม็ด วิธีใช้..... ราคา.....บาท
- 3.2 ยาบรรเทาปวด/ลดไข้
 จำนวนยา.....เม็ด วิธีใช้..... ราคา.....บาท
- 3.3 ยาอื่น ระบุ
 จำนวนยา.....เม็ด วิธีใช้..... ราคา.....บาท
- 3.4 ยาอื่น ระบุ
 จำนวนยา.....เม็ด วิธีใช้..... ราคา.....บาท

● ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อร้านยา

- ☐ ควรปรับปรุง ☐ พอใช้ ☐ ดี ☐ ดีมาก

ภาคผนวก 5

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ



เรียนรู้เพื่อรับใช้สังคม

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่ 1 ตุลาคม 2555

ชื่อเรื่อง การประเมินผลโครงการการเข้าปฏิบัติชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา

ชื่อนักวิจัย/หัวหน้าโครงการ อาจารย์ ดร.วิรัตน์ ทองรอด

คณะวิชา/หลักสูตร คณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ขอรับรองว่า งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
ประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัยค์ม์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับรอง

วันที่ 1 ตุลาคม 2555

เลขที่รับรอง

อ.119/2555