

ลักษณะการสั่งใช้และผลการรักษาของยาไกลูโคซามีนซัลเฟตในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม

Prescribing Pattern and Treatment Outcomes of Glucosamine Sulfate in Osteoarthritis Patients

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

วนิดา พีรพัฒน์โกคิน* และ ปริณดา จันทร์บรรเจิด
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี, กรุงเทพมหานคร 10230
* ติดต่อผู้พิมพ์: wanida.pee@gmail.com
วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2554;6(1):39-43

Wanida Peerapatanapokin* and Parinda Janbanjerd
Department of Pharmacy, Nopparat Rajathani Hospital, Bangkok, Thailand 10230
* Corresponding author: wanida.pee@gmail.com
Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2011;6(1):39-43

บทคัดย่อ

Abstract

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาลักษณะการสั่งใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟต (glucosamine sulfate; GS) และผลลดปวดในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) **วิธีการศึกษา:** การวิจัยเชิงพรรณนาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วย OA ที่รักษาที่โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี ในช่วงเมษายนถึงมิถุนายน 2553 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ทั้งแผนกที่รับการรักษา การวินิจฉัยโรค การสั่งใช้ การใช้ ผลการใช้ยา และอาการข้างเคียงของ GS การใช้ยาแก้ปวดอื่นร่วมด้วย โดยผู้ป่วยต้องได้รับ GS ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 เดือน **ผลการศึกษา:** จากตัวอย่าง 150 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.3) อายุเฉลี่ย 64.10 ปี ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 65.3) ใช้สิทธิข้าราชการจ่ายตรง (ร้อยละ 81.3) พบว่าสั่งใช้ GS ในโรคข้อเสื่อมที่เข่าถึงร้อยละ 90.9 และร้อยละ 8 สำหรับโรคที่ข้อมือและข้อเท้า ส่วนมากสั่งใช้ขนาด 1,500 มก./วัน (ร้อยละ 58.7) ซึ่งเป็นขนาดยาที่บริษัทแนะนำ ตามด้วย 1,000 มก./วัน (ร้อยละ 31.3) ส่วนมากใช้ยานานกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 44) ส่วนมากระบุว่าการดีขึ้นหลังใช้ GS (ร้อยละ 80) ตามด้วยอาการคงเดิม (ร้อยละ 19.3) ผู้ป่วยส่วนมากระบุว่าจะรับประทานยาต่อเนื่องทุกวัน (ร้อยละ 91.3) และมีเพียง 2 รายที่ระบุว่าเกิดอาการข้างเคียง (คลื่นไส้ อาเจียนและท้องเสีย) ร้อยละ 60 ใช้ยาแก้ปวดหรือยากลายกล้ามเนื้อชนิดรับประทานร่วมด้วย โดยร้อยละ 52 ใช้ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ชนิดรับประทานร่วมด้วย ระหว่างผู้ที่ระบุว่าการดีขึ้นกับไม่ดีขึ้น พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติในด้านขนาดยาต่อวัน การใช้ NSAIDs ร่วมด้วย และระยะเวลาในการใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟต **สรุป:** การสั่งใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟตส่วนใหญ่จากแผนกศัลยกรรมกระดูก สำหรับรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้ใช้สิทธิข้าราชการจ่ายตรง ขนาดสั่งใช้เกือบครึ่งไม่ปฏิบัติตามที่บริษัทแนะนำ ผู้ป่วยส่วนมากอาการดีขึ้น และยาไม่มีความปลอดภัยสูง

Objective: To study prescribing pattern of glucosamine sulfate (GS) and outcomes on joint pain in patients with osteoarthritis (OA). **Method:** This prospective descriptive study included all patients treated for OA at Nopparat Rajathane hospital from April to June 2010. Data were collected by questionnaire retrieving information on diagnosis, prescribing pattern, usage, outcomes and side effects of GS, and concurrent analgesics use, among OA patients using GS for ≥ 1 month. **Results:** From 150 patients, their mean age was 64.10 years and most were female (79.3%). 65.3% were overweighted based on BMI and 81.3% were reimbursed from the Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS). Most prescriptions were for knee OA (90.9%) followed by wrist/ankle ones (8%). More patients were prescribed a dose recommended by manufacturer, 1,500 mg/day, (58.7%) followed by 1,000 mg/day (31.3%). The majority used GS > 6 months (44%). 80% reported improved symptoms followed by 19.3% with no such change. Most patients (91.3%) reported taking GS continuously. Two patients reported side effects of GS (nausea, vomiting and diarrhea). 60% of patients also took oral analgesics or muscle relaxants, with 52% taking NSAIDs. Between those with and without symptom improvement, no significant differences regarding GS dosing, concomitant NSAID use, or treatment duration were observed. **Conclusion:** Most GS prescriptions were from orthopedic department, for knee OA, and patients with CSMBS. Almost half of patients were prescribed a dose not recommended by manufacturer. GS use was safe and resulted in improved symptoms.

Keywords: prescribing pattern, glucosamine sulfate, osteoarthritis

คำสำคัญ: ลักษณะการสั่งใช้ยา, ยาไกลูโคซามีนซัลเฟต, โรคข้อเสื่อม

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยจำนวนมากมารับการรักษาด้วยอาการข้อเสื่อม โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) คือ โรคที่เกิดจากความเสื่อมในข้อ โดยตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน คือ กระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ซึ่งถูกทำลายอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง ส่วนใหญ่พบในคนสูงอายุ มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวของข้อลดลง หากกระบวนการดำเนินต่อไปจะมีผลทำ

ให้เกิดข้อผิดรูปและพิการในที่สุด¹ การรักษาใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การให้ความรู้ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การยืนหรือเดินนาน ๆ การนั่งเก้าอี้ต่ำ หรือการนั่งกับพื้น เป็นต้น นอกจากนี้ การลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย กายภาพบำบัด และการใช้ยาเพื่อลดอาการปวด จะช่วยบรรเทาอาการปวดได้ กลุ่มยาที่แพทย์ใช้รักษาอาการข้อเสื่อม ได้แก่ ยาลดอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยากล้ามเนื้อ (muscle

relaxant) ยาแก้ปวดบรรเทาอาการปวด (analgesic drugs) เช่น paracetamol และ tramadol เป็นต้น ซึ่งการรับประทานยาดังกล่าวอาจช่วยลดอาการปวดได้ แต่มีผลข้างเคียงของยาตามมาอีกมาก โดยเฉพาะยาในกลุ่ม NSAIDs ซึ่งอาจทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหาร ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น และถึงแม้ว่าในขณะนี้จะมียาในกลุ่ม Cox-2 inhibitor เพื่อลดอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น แต่ยาในกลุ่มนี้มีราคาค่อนข้างแพง และเมื่อใช้ระยะยาวต้องระวังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและ heart attack

จากเหตุผลดังกล่าวจึงมีการใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟต (glucosamine sulfate) อย่างมากมายในประเทศไทย โดยเชื่อว่ายาไกลูโคซามีนซัลเฟตจะช่วยบรรเทาอาการปวดเนื่องจากข้อเสื่อมได้ โดยกลไกที่ว่า ยาไกลูโคซามีน (glucosamine) เป็นสารตั้งต้นในการสร้างโปรตีน glycosaminoglycans ที่ทำหน้าที่สร้างกระดูกอ่อน อีกทั้งยังมีงานวิจัยของต่างประเทศ เช่น การวิจัยของ Reginster และคณะ (2001) ที่พบว่า การใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟตเทียบกับยาหลอก (placebo) โดยประเมินอาการด้วย WOMAC score พบว่าให้ผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่ได้รับยาหลอกมีอาการแย่ลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟต แต่ช่องว่างระหว่างข้อ (joint space width) นั้นให้ผลไม่ต่างกันทางสถิติ² นอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทยของ Poolsup และคณะ พบว่ายาไกลูโคซามีนซัลเฟตมีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาหลอกในการชะลอการเสื่อมในข้อเข่า โดยสามารถลดความเสี่ยงของการดำเนินไปของโรคข้อเสื่อมได้ 54% (pooled RR = 0.46, 95% CI = 0.28 - 0.73, P = 0.001)³

อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยผลของยาไกลูโคซามีนซัลเฟตหลายชิ้นที่ไม่พบความต่างในการลดอาการปวดหรือการชะลอการแคบตัวของช่องว่างระหว่างข้อ เช่น การศึกษาของ Towheed⁴, Clegg⁵ และ Sawitzke⁶ จากผลการศึกษาที่ขัดแย้งกันดังกล่าวข้างต้น และแนวโน้มการใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟตที่เพิ่มมากขึ้นในโรงพยาบาลภายหลังจากที่กรมบัญชีกลางมีนโยบายเบิกจ่ายตรงของข้าราชการ⁷ รวมถึงที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเองก็มีการสั่งใช้ยาดังกล่าวมากขึ้นเช่นกัน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาลักษณะการใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟต และผลการใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟตในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยวัตถุประสงค์จำเพาะของการศึกษานี้ คือเพื่อศึกษาลักษณะการสั่งใช้ยาทั้งโรคที่สั่งใช้ (ข้อที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคข้อเสื่อม) ขนาดยา ประวัติการใช้ยาไกลูโคซามีน ผลการรักษาอาการ ความต่อเนื่องในการรับประทานยา อาการข้างเคียง และยาแก้ปวดอื่นที่ใชร่วมกับยาไกลูโคซามีนซัลเฟต ในการรักษาโรคข้อเสื่อม เพื่อรักษาโรคนี้ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผลการศึกษาอาจเป็นประโยชน์ในการปรับนโยบายการใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟต และการให้ข้อมูลแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องรวมถึงผู้ป่วยเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในสภาพการณ์และแนวทางการใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟตเพื่อรักษาโรคข้อเสื่อม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูงสุดต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงบรรยายแบบศึกษาไปข้างหน้า (prospective descriptive study) ในผู้ป่วยนอกทุกรายที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีด้วยโรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) และได้รับยาไกลูโคซามีนซัลเฟตตั้งแต่เดือนเมษายนถึงมิถุนายน 2553

การศึกษานี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ การสั่งใช้ยาและผลการใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟต ซึ่งประกอบด้วย อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก เพศ สิทธิในการรักษา อาการสำคัญที่ทำให้แพทย์สั่งใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟต ขนาดยาที่รับประทาน ประวัติการใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟต ผลการรักษาหลังใช้ยาไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการใช้ยาอื่นร่วมด้วยในการรักษาโรคข้อเสื่อม แบบสอบถามนี้ได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ และทางการศึกษาวิจัยรวมจำนวน 6 ท่าน

ในการคัดกรองตัวอย่าง ผู้ป่วยทุกรายที่แพทย์สั่งใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟตจะถูกคัดกรองเข้ารับการสัมภาษณ์ในขั้นตอนการตรวจสอบใบสั่งยาและก่อนการจ่ายยา โดยคัดแยกผู้ป่วยเป็น 2 ประเภทคือ ผู้ป่วยเก่า หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาไกลูโคซามีนซัลเฟตไม่น้อยกว่า 1 เดือนต่อเนื่องกัน และผู้ป่วยใหม่ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ยังไม่เคยใช้ยาไกลูโคซามีนซัลเฟตมาก่อน หรือใช้ไม่ถึง 1 เดือน หรือผู้ป่วยที่หยุดใช้ยาเกินกว่า 3 เดือนแล้วกลับมาใช้ใหม่และใช้ยาไม่ถึง 1 เดือน ซึ่งบริษัทแนะนำว่าจะเห็นผลการรักษาหลังรับประทานยาแล้ว 1 เดือน

ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสัมภาษณ์ที่กำหนดขึ้นสำหรับผู้ป่วยเก่าจะสัมภาษณ์เพียง 1 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยใหม่จะสัมภาษณ์ 2 ครั้ง โดยครั้งแรกจะสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป อาการที่ทำให้แพทย์สั่งใช้ยาดังกล่าว ครั้งที่สองจะสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยมาตามนัดครั้งต่อไป หรือโทรศัพท์ไปสอบถามผลการรักษาหลังจากรับประทานยาไปแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน โดยให้ผู้ป่วยระบุว่าอาการดีขึ้น เหมือนเดิม หรือแย่ลง โดยเปรียบเทียบกับก่อนใช้นา นำข้อมูลที่ได้เปรียบเทียบกับประวัติการรักษาที่เวชระเบียน (OPD chart) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกันระหว่างอาการที่ผู้ป่วยระบุในการสัมภาษณ์กับข้อมูลการวินิจฉัยของแพทย์ในเวชระเบียน หากไม่สอดคล้องจะยึดอาการที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นหลัก เพราะบางครั้งผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยโรคอื่นที่ไม่ใช่โรคข้อเสื่อม เป็นโรคหลัก แพทย์บางท่านอาจไม่ได้รับผลการวินิจฉัยในเวชระเบียน อย่างไรก็ตาม ผลการตรวจสอบพบว่าข้อมูลทั้งสองแหล่งสอดคล้องกันในผู้ป่วยทุกราย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองโดยการพิจารณาของคณะกรรมการการวิจัยและจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีแล้ว (รหัสโครงการวิจัย 53-1-036-0, เลขที่รับรอง 18/2553 วันที่ 1 ตุลาคม 2553)

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยพร้อมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างผลการรักษา (อาการดีขึ้นและไม่ดีขึ้น) กับความแตกต่างด้านขนาดยาต่อวัน (< 1,500 หรือ 1,500 มก./วัน) การใช้/ไม่ใช้ NSAIDs ร่วมด้วย และระยะเวลาในการใช้ยา NSAIDs โดยใช้สถิติ Chi-square test ที่ระดับนัยสำคัญ P-value < 0.05 ทดสอบทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows ver 11.0

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงมิถุนายน 2553 ได้ตัวอย่างผู้ป่วยที่ใช้ยา NSAIDs 166 ราย เป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาครั้งแรก 32 ราย ซึ่งในจำนวนนี้สามารถติดตามผลและมีการใช้ยาต่อเนื่องเกิน 1 เดือนจำนวน 16 ราย เหลือข้อมูลตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ 150 ราย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	31	20.7
หญิง	119	79.3
ช่วงอายุ (ปี)		
< 40	2	1.3
40 – 50	16	10.7
51 – 60	36	24
> 60	96	64
อายุเฉลี่ย		
ชาย	64.10 ปี	SD = 11.15
หญิง	67.3 ปี	SD = 12.43
หญิง	63.24 ปี	SD = 10.69
ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI)		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI ≤ 18.5)	4	2.7
ปกติ (BMI = 18.6 – 23.4)	48	32
มากกว่าเกณฑ์ (BMI = 23.5 – 28.4)	62	41.3
โรคอ้วน (BMI = 28.5 – 39.5)	35	23.3
อ้วนอันตราย (BMI > 40)	1	0.7
BMI เฉลี่ย		
ชาย	25.73	SD = 4.52
หญิง	25.35	SD = 3.87
หญิง	25.83	SD = 4.69
แผนกที่ส่งจ่ายยา		
อายุรกรรม	15	10
ศัลยกรรมข้อและกระดูก	86	57.3
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	16	10.7
สูติรีเวชกรรม	1	0.7
ตรวจโรคทั่วไป	27	18
ห้องตรวจผู้ป่วยประกันสังคม	5	3.3
สิทธิในการรักษาของผู้ป่วย		
ชำระเงินเอง (เบิกไม่ได้)	7	4.7
จ่ายตรงข้าราชการ	122	81.3
ประกันสังคม	21	14

พบว่ามีการส่งใช้ยา NSAIDs เพื่อรักษาโรคข้อเสื่อมในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วนประมาณ 4 ต่อ 1 (ร้อยละ 79.3 ต่อ 20.7 ตามลำดับ) พบผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 64 โดยเพศชายและหญิงมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (67.3

และ 63.2 ปี ตามลำดับ) ผู้ป่วยร้อยละ 41.3 มีดัชนีมวลกาย (body mass index) มากกว่าเกณฑ์ปกติ (23.5 – 28.4 กก./ม.²) และร้อยละ 24 มีดัชนีมวลกายซึ่งจัดว่าเป็นโรคอ้วน พบว่ามีการส่งจ่ายยา NSAIDs มากที่สุด (ร้อยละ 57.3) รองลงมาคือแผนกตรวจโรคทั่วไป (ร้อยละ 18) ผู้ป่วยจำนวนมากใช้สิทธิข้าราชการจ่ายตรงในการรักษา (ร้อยละ 81.3) ตามด้วยสิทธิประกันสังคม และที่ต้องชำระเงินเอง ร้อยละ 14 และ 4.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

สำหรับลักษณะทางคลินิกที่เกี่ยวกับการส่งใช้ยา NSAIDs (ตารางที่ 2) พบว่าการส่งใช้ส่วนมาก (ร้อยละ 90.9 ของผู้ป่วย) เพื่อรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis) ตามด้วยโรคข้อเสื่อมที่ข้อมือและข้อเท้า (ร้อยละ 8) โดยขนาดยาต่อวันที่ส่ง

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกและการใช้ยา NSAIDs

	จำนวน (ราย) (N = 150)	ร้อยละ
อวัยวะที่ปวด		
เข่า	136	90.7
ไหล่	2	1.3
ข้อมือ ข้อเท้า	12	8.0
ขนาดยาที่แพทย์สั่งใช้ต่อวัน		
500 mg	14	8.4
750 mg	1	0.6
1,000 mg	47	31.3
1,500 mg	88	58.7
ประวัติการใช้ยา NSAIDs		
ใช้ครั้งแรก	16	10.7
ใช้น้อยกว่า 6 เดือน	57	38
ใช้มากกว่า 6 เดือน	66	44
เคยมีประวัติการใช้แล้วหยุดไป	11	7.3
ผลการรักษา		
อาการปวดหายไป	3	2
อาการปวดลดลง	117	78
อาการปวดเหมือนเดิม	29	19.3
อาการปวดแย่ลง	1	0.7
ความต่อเนื่องในการรับประทานยา		
รับประทานทุกวัน	137	91.3
รับประทาน มากกว่า 50%	4	2.7
รับประทาน น้อยกว่า 50%	9	6
อาการข้างเคียงที่พบ		
ไม่พบอาการข้างเคียง	148	98.6
คลื่นไส้ อาเจียน	1	0.7
ท้องเสีย	1	0.7
ยาแก้ปวดที่ใช้ร่วมด้วยเวลาปวด		
ไม่ใช้เลย	28	18.7
ใช้เฉพาะยาทาภายนอก	32	21.3
ใช้ NSAIDs อย่างน้อย 1 ชนิด	78	52
ยากลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxant)	5	3.3
พาราเซตามอลหรือยาอื่น	7	4.7

ใช้มีตั้งแต่ 500, 750, 1,000 และ 1,500 มก. โดยผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 58.7) ได้ยาขนาด 1,500 มก.ต่อวัน ซึ่งเป็นขนาดที่ผู้ผลิตแนะนำให้รับประทาน (recommended dose) ตามด้วยขนาด 1,000 มก.ต่อวัน (ร้อยละ 31.3) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะยาเม็ด NSAIDs

ซามีนซัลเฟตมีขนาด 250 มก. เพื่อให้สะดวกจึงสั่งให้รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง และพบว่าผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 44) ใช้นานกว่า 6 เดือน โดยมีผู้ใช้น้อยกว่า 6 เดือนร้อยละ 38

สำหรับผลการรักษาด้วยยาเกลือโคซามีนซัลเฟต (ตารางที่ 2) พบว่าผู้ป่วยส่วนมากตอบว่าอาการดีขึ้น (120 ราย หรือร้อยละ 80) ตามด้วยอาการเหมือนเดิม (ร้อยละ 19.3) สำหรับความต่อเนื่องในการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยจำนวนมาก (ร้อยละ 91.3) ระบุว่ารับประทานยาต่อเนื่องทุกวัน ที่เหลือร้อยละ 8.7 ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง โดยผู้ป่วย 4 รายระบุว่าเพราะเกรงว่ารับประทานมากจะเป็นอันตรายจึงรับประทานเฉพาะเวลาปวด ผู้ป่วย 3 รายระบุว่าอาการดีขึ้นแล้วจึงรับประทานยา และผู้ป่วยอีก 3 รายระบุว่ารับประทานแล้วไม่ได้ผล

ในด้านความปลอดภัยในการใช้ยา (ตารางที่ 2) ผู้ป่วยร้อยละ 98.7 ระบุว่าไม่เกิดอาการข้างเคียง มีเพียง 2 รายที่พบอาการข้างเคียง ซึ่งได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยจำนวนค่อนข้างมาก (ร้อยละ 60) ใช้ยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อชนิดรับประทานร่วมด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มียา NSAIDs เป็นส่วนประกอบคิดเป็นร้อยละ 52

เมื่อพิจารณาผลการรักษาหลังใช้ยาเกลือโคซามีนซัลเฟต (ตารางที่ 3) พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ขนาด 1,500 มก.ต่อวัน มีแนวโน้มที่จะระบุว่าอาการดีขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ใช้ยาน้อยกว่า 1,500 มก.ต่อวัน อย่างไรก็ตาม ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ (P -value = 0.057) ผู้ป่วยที่ใช้ยาแก้ปวดอีกเสบ NSAIDs ร่วมด้วยมีแนวโน้มที่จะใช้ยาได้ผล มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ แต่ก็ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ (P -value = 0.087) เช่นกัน ท้ายที่สุดการใช้ยาเกลือโคซามีนซัลเฟตนานมากหรือน้อยกว่า 6 เดือนไม่มีผลต่อการผลการรักษาเช่นกัน

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างผลการรักษาและปัจจัยต่าง ๆ

	ผลการรักษา		P-value*
	อาการดีขึ้น	อาการคงเดิม	
ขนาดยาเกลือโคซามีนซัลเฟตต่อวัน	n = 120	n = 30	
< 1500 มก.ต่อวัน	45 (30%)	17 (11.33%)	0.057
1500 มก.ต่อวัน	75 (50%)	13 (8.67%)	
ใช้ยา NSAIDs ร่วมด้วย† เฉพาะผู้ที่	n = 68	n = 10	
ใช้ยา 1,500 มก.ต่อวัน			
ใช้	40 (51.28%)	3 (3.85%)	0.087
ไม่ใช้	28 (35.9%)	7 (8.97%)	
ระยะเวลาการใช้ยาเกลือโคซามีนซัลเฟต	n = 120	n = 28	
< 6 เดือน	63 (42.57%)	16 (10.81%)	0.657
≥ 6 เดือน	57 (38.51%)	12 (8.11%)	

* Chi-square test

† ใช้ยาแก้ปวด NSAIDs ร่วมด้วยอย่างน้อย 1 รายการ

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าการใช้ยาเกลือโคซามีนซัลเฟตส่วนใหญ่มาจากแผนกศัลยกรรมกระดูก พบการใช้ในผู้ป่วยสิทธิ

ข้าราชการเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 81.3) ทั้งนี้เนื่องจากยาเกลือโคซามีนซัลเฟตเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่สามารถเบิกค่ารักษา คินได้ ส่วนมากใช้รักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 90) มีมากกว่าครึ่งเล็กน้อยที่สั่งใช้ตามขนาดที่บริษัทแนะนำ คือ 1,500 มก.ต่อวัน (ร้อยละ 58.7)

การใช้ยาพบมากในผู้ป่วยเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคข้อเสื่อมที่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน (23.85 กก./ม.²) ผู้ป่วยร้อยละ 90 สามารถใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะเกลือโคซามีนซัลเฟตมีอาการข้างเคียงน้อย และผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ระบุว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้น และที่เหลือ (ร้อยละ 19.3) ตอบว่าอาการเหมือนเดิม หลังรับประทานยาเกลือโคซามีนซัลเฟตอย่างน้อย 1 เดือน และมีน้อยมาก (ร้อยละ 0.7) ระบุว่าอาการแย่ลง

การที่พบว่าการใช้ยาเกลือโคซามีนซัลเฟตไม่สัมพันธ์กับขนาดยาที่ได้รับ (1,500 mgต่อวันเทียบกับน้อยกว่า 1,500 mgต่อวัน) การได้และไม่ได้รับยา NSAID ร่วมด้วย และระยะเวลาการใช้ยาเกลือโคซามีนซัลเฟต (มากกว่าหรือน้อยกว่า 6 เดือน) อาจเนื่องจากหลายสาเหตุ อาทิเช่น ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความรุนแรงของโรคที่ต่างกัน ซึ่งในงานวิจัยนี้ไม่ได้จำแนกความรุนแรงของโรค และอาจเป็นไปได้ว่าจำนวนตัวอย่างอาจน้อยเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากที่พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาเกลือโคซามีนซัลเฟตครั้งแรกมีเพียง 32 ราย ทั้งนี้การที่กรมบัญชีกลางได้ออกระเบียบให้แพทย์ผู้สั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแสดงเหตุผลประกอบการสั่งใช้อาจมีผลให้การสั่งใช้ยาเกลือโคซามีนซัลเฟตลดลง

จากการที่การศึกษานี้ไม่ได้นำผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่ไม่ได้ใช้ยาเกลือโคซามีนซัลเฟตมาเปรียบเทียบด้วย ทำให้การแปลผลผลการรักษาที่มีความน่าเชื่อถือน้อยลง นอกจากนี้การประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคข้อเสื่อมนั้นใช้เพียงการถามว่าอาการโดยรวมดีขึ้น เท่าเดิม หรือแย่ลง ซึ่งเป็นการประเมินอย่างหยาบเพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยตอบได้ง่าย ไม่สับสน แต่ในแง่การประเมินในอย่างละเอียดนั้นอาจไม่เหมาะสมนัก การศึกษาในอนาคตจึงควรใช้เครื่องมือประเมินอาการโรคข้อเสื่อมที่เป็นมาตรฐาน เช่น WOMAC และเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต เช่น SF-36 เป็นต้น นอกจากนี้ ในอนาคตการศึกษาด้านลักษณะการใช้ยานี้ควรพิจารณาในรายละเอียดว่าในผู้ป่วยแต่ละรายนั้นได้รับการตรวจวินิจฉัยตามขั้นตอนตามข้อกำหนดหรือไม่ ในลักษณะการประเมินการใช้ยาแบบ drug use evaluation (DUE) จะช่วยให้เข้าใจลักษณะการใช้ยาและช่วยให้การกำหนดนโยบายแนวทางการใช้ยานี้ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

จากเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดของการศึกษาตามที่กล่าวข้างต้น ประกอบกับรูปแบบการศึกษาไม่ใช่วิธีการทดลองทางคลินิกที่เคร่งครัด เช่น การสุ่มและปกปิด แม้งานวิจัยนี้จะพบว่าการใช้ยาเกลือโคซามีนซัลเฟตทำให้อาการโรคข้อเสื่อมดีขึ้น การนำผลการศึกษานี้ไปใช้จึงต้องระมัดระวัง และเมื่อพิจารณาผลการศึกษา

ก่อนหน้าที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่าผลการรักษาโรคข้อเสื่อมของ ยากลูโคซามีนซัลเฟตยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการสั่งใช้อาจเป็นประโยชน์ในการ ช่วยการวางนโยบายการใช้ยาและการเสริมสร้างความรู้ความ เข้าใจแก่แพทย์ผู้สั่งใช้ยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีเหตุผลที่จะใช้นั้น ควรจะใช้ในขนาดที่แนะนำ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาล นพรัตนราชธานี และทีมเภสัชกรของโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยเฉพาะ ญญ.นิตยา ภาพสมุทธร ญญ.วิชนี เกตุพุก และ ญญ. อาทิตยา ไทพาณิชย์ ที่ให้คำแนะนำในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุรศักดิ์ นิลกานุงศ์, สุรุจภูมิ ปรีชานนท์ (บรรณาธิการ). ตำราโรคข้อ เล่มที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. เอสพีเอ็นการพิมพ์ จำกัด, 2547: น.697.
2. Reginster JY, Deroisy R, Rovati LC, et al. Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression. *Lancet* 2001;357(9252): 251–256.
3. Poolsup N, Suthisisang C, Channark P, Wararat Kittikulsuth W. Glucosamine long-term treatment and the progression of knee osteoarthritis. *Ann Pharmacother* 2005;39(6):1080-1087.
4. Towheed T, Maxell L, Anastassiades TP, et al. Glucosamine therapy for treating osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 18;(2): CD002946. (Accessed on Jan. 30,2010, at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846645>)
5. Clegg DO, Reda DJ, Harris CL, et al Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med* 2006;354:795–808.
6. Sawitzke AD. The effect of glucosamine and/or chondroitin sulfate on the progression of knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2008;58(10): 3183–3191.
7. ปิยะเมธ ดิลกธรรสกุล, ณธร ชัยญาคูณาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์. ผลของนโยบายการเบิกจ่ายตรงในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการต่อลักษณะการสั่งจ่ายยาของแพทย์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2553;4(1):53-62.
8. Wangroongsub Y, Tanavalee A, Wilairatana V, Ngarmukos S. Comparable clinical outcomes between glucosamine sulfate-potassium chloride and glucosamine sulfate sodium chloride in patients with mild and moderate knee osteoarthritis: a randomized, double-blind study. *J Med Assoc Thai* 2010;93(7):805-811.

Editorial note

*Manuscript received in original form on December 9, 2010;
accepted in final form on September 12, 2011*