

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุไทยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนและสัดส่วน พบว่าผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2543 มีผู้สูงอายุร้อยละ 9.43 ของประชากรทั้งประเทศ เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.38 ในปี พ.ศ.2548 และร้อยละ 11.47 ในปีพ.ศ.2552 โดยคาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (1-2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้มีความสำคัญมากต่อสังคมในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ของร่างกายและมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ มากขึ้น ส่งผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นคำเรียกกลุ่มอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลงในเรื่องของความจำ การใช้ความคิด และการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ สมองเสื่อมไม่ใช่ภาวะปกติของผู้สูงอายุ แต่มีความสัมพันธ์ตามอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นอย่างยิ่ง พบอัตราการเกิดโรคเป็นแบบทวีคูณ พบได้ร้อยละ 1-2 ของคนที่มีอายุ 60 ปี ร้อยละ 8 สำหรับคนที่มีอายุ 70 ปี และร้อยละ 50 ของคนที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป (3) สำหรับในประเทศไทยได้มีการสำรวจช่วงปี พ.ศ.2542-44 พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 11.4 และพบความชุกในการเกิดโรคเพิ่มขึ้น หากมีอายุมากขึ้น กล่าวคือในกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีความชุกร้อยละ 8.8 และในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีความชุกของโรคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41.4 (4) นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2548 พบผู้ป่วยไทยที่มีภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด 229,000 ราย และคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน (5) เนื่องจากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบส่วนใหญ่คือโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease: AD) เกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง (degenerative change) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการความจำบกพร่อง พบได้ร้อยละ 40-70 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (6) ปัจจุบันองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาได้รับรองยาที่ใช้รักษา AD 2 กลุ่ม (7) ได้แก่ 1) กลุ่มยาต้านการทำลายสารสื่อประสาท (cholinesterase inhibitors: ChEIs) และ 2) กลุ่มยายับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาทชนิดกลูตาเมต สำหรับผู้ป่วยในระดับรุนแรงปานกลางถึงมาก (moderate to severe AD) การรักษาด้วยยากกลุ่ม ChEIs จะช่วยชะลอการสูญเสียความจำ (improve cognitive outcome) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น (8) ลดอารมณ์หรือพฤติกรรมที่รุนแรง (9) และยืดระยะเวลาการเข้ารับการดูแลที่สถานพยาบาลหรือสถานพักฟื้น (10-11) ลดภาระของผู้ดูแลและสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ยา donepezil เป็นยาในกลุ่ม ChEIs ที่ใช้กันแพร่หลายในการรักษา AD ระดับรุนแรงน้อยหรือปานกลาง เป็นยาที่มีราคาแพง ดังนั้นควรมีการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ โดยอาศัยข้อมูลด้านต้นทุนและผลลัพธ์ที่วัดได้ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของการใช้ยา donepezil ในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ในระดักรุนแรงน้อยถึงปานกลาง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ต้นทุนการดูแลผู้ป่วยอย่างไม่เป็นทางการ (cost of informal care) เป็นต้นทุนเสียโอกาสของผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว และค่าจ้างหรือเงินเดือนของผู้ดูแลประเภทจ้างมาดูแล อยู่ในหน่วยของบาทต่อปี

ต้นทุนค่ายา donepezil เป็นต้นทุนค่ายาที่ผู้ป่วย AD ระดับความรุนแรงต่างๆ ได้รับขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาทในช่วงปี พ.ศ.2546 ถึง พ.ศ.2552 คำนวณให้อยู่ในหน่วยของบาทต่อปี

ต้นทุนค่ายารักษาโรคร่วม เป็นต้นทุนค่ายาอื่นๆ ที่ผู้ป่วย AD ได้รับร่วมด้วยขณะที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาทในช่วงปี พ.ศ.2546 ถึง พ.ศ.2552 คำนวณให้อยู่ในหน่วยของบาทต่อปี

การจำแนกความรุนแรงของโรค ใช้เกณฑ์การประเมินจาก The Mini Mental State Examination (MMSE)-Thai version 2002 หรือ Thai Mental State Examination (TMSE) โดย

- ระดับรุนแรงน้อย มีคะแนน MMSE หรือ TMSE อยู่ในช่วง 21-26
- ระดับรุนแรงปานกลาง มีคะแนน MMSE หรือ TMSE อยู่ในช่วง 11-20
- ระดับรุนแรงมาก มีคะแนน MMSE หรือ TMSE อยู่ในช่วง 0-10