

รูปแบบการสั่งใช้ยาและปัญหาการใช้ยาบรรเทาอาการปวด และยาเสริมบรรเทาปวดในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม

ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ และ ปวิข พากวิพัทธ์

กลุ่มวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษารูปแบบการสั่งใช้ยาและแนวโน้มการเกิดปัญหาการใช้ยาบรรเทาอาการปวดและยาเสริมบรรเทาปวดในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการใช้ยากับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย **วิธีการ:** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2555 ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การวิจัยประเมินปัญหาการใช้ยาและสาเหตุโดยใช้เกณฑ์ที่พัฒนาโดยเครือข่ายงานบริหารเภสัชกรรมในยุโรป (The Pharmaceutical Care Network Europe: Drug-Related Problem Classifications version 6.2) **ผลการวิจัย:** ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 194 ราย เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.3) อายุเฉลี่ย 62.65 ปี ยาที่มีการสั่งใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดมากที่สุด คือ ยากลุ่ม NSAIDs (ร้อยละ 61.5) รองลงมาคือ ยา paracetamol (ร้อยละ 24.8) และยา tramadol (ร้อยละ 13.7) ตามลำดับ รูปแบบยาที่มีการสั่งใช้มากที่สุด คือ ยาเดี่ยวกลุ่ม Selective COX-II inhibitors (ร้อยละ 29.4) ผู้เข้าร่วมการศึกษา 38 คนมีแนวโน้มการเกิดปัญหาการใช้ยา (ร้อยละ 19.6) โดยพบว่ามีแนวโน้มการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 52.4) สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับยากลุ่ม Proton Pump Inhibitors (PPIs) ตามคำแนะนำของแนวทางการรักษาโรคข้อเสื่อม รองลงมา คือ การได้รับผลการรักษาจากยาไม่พอ (ร้อยละ 42.6) เนื่องจากได้รับยา tramadol ในช่วงเวลาที่ห่างกันเกินไป การศึกษาพบว่าอายุ ($r = 0.22, p < 0.05$) จำนวนโรคร่วม ($r = 0.81, p < 0.05$) และชนิดของยา ($p < 0.05$) ที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการเกิดปัญหาการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุป: ผลการศึกษาทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการสั่งใช้ยาและสาเหตุของปัญหาการใช้ยาบรรเทาอาการปวดและยาเสริมบรรเทาปวดที่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม ผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาแนวทางการให้บริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและช่วยลดและป้องกันปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ: โรคข้อเสื่อม ปัญหาการใช้ยา รูปแบบการใช้ยา ยาบรรเทาอาการปวด ยาเสริมบรรเทาปวด

รับต้นฉบับ: 1 ตค. 2558, รับลงตีพิมพ์: 5 พย. 2558

ผู้ประสานงานบทความ: ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ กลุ่มวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อ. กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150 E-mail: pkittiboonyakun@gmail.com

บทนำ

อาการปวดเรื้อรังตามคำจำกัดความของ International Association Society for Pain (1) หมายถึง อาการปวดที่เนื้อเยื่อเกิดกระบวนการอักเสบขึ้นซึ่งอาจส่งผลให้เนื้อเยื่อถูกทำลาย ทำให้มีอาการปวดเรื้อรัง โดยอาจมีอาการปวดแบบเป็น ๆ หาย ๆ หรือปวดแบบต่อเนื่องยาวนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป อาการปวดเรื้อรังเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสังคมและเศรษฐกิจ

อาการปวดเรื้อรังเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) หรือ ปวดจากโรคกระดูกสันหลัง (spinal pain) พบมากในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป (1-3) โรคข้อเสื่อมเป็นโรคข้อที่พบบ่อยที่สุดในชุมชนทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก (2-4) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 10 ของประชากรที่มีอายุเกิน 55 ปี และเป็นสาเหตุอันดับแรก ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในหญิงสูงอายุ จากการสำรวจในประเทศไทยพบโรคข้อเสื่อมมีความชุกร้อยละ 11.3-45 (4)

การบรรเทาหรือรักษาอาการปวดเรื้อรังตามแนวทางการรักษาโรคข้อเสื่อมทั้งในไทยและต่างประเทศ (5-7) และตามความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยแต่ละราย ต้องอาศัยการจัดการความปวดทั้งการรักษาแบบไม่ใช้ยาและใช้ยา ยาบรรเทาอาการปวดสำหรับโรคข้อเสื่อมแบ่งเป็นสองกลุ่มหลัก คือ กลุ่มที่หนึ่ง ได้แก่ ยาบรรเทาอาการปวด) ประกอบด้วย paracetamol ยากลุ่ม Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) และ opioids และกลุ่มที่สอง adjuvant drugs (ยาเสริมบรรเทาปวด) ได้แก่ กลุ่มยาที่ไม่ได้มีข้อบ่งชี้หลักสำหรับการบรรเทาอาการปวด แต่มีคุณสมบัติและกลไกในการบรรเทาอาการปวดได้ ประกอบด้วย ยาในกลุ่ม antidepressants, anticonvulsants และ benzodiazepines สำหรับยาในกลุ่ม antidepressants และ anticonvulsants มีข้อบ่งชี้อย่างเป็นทางการในการบรรเทาอาการปวดจากความผิดปกติของระบบประสาท (neuropathic pain) และ fibromyalgia ส่วนยาในกลุ่ม benzodiazepines มีข้อบ่งชี้สำหรับช่วยคลายอาการวิตกกังวลและคลายกล้ามเนื้อจากอาการปวดเรื้อรัง

ยาในกลุ่ม NSAIDs มีประสิทธิภาพบรรเทาอาการปวดได้ดีกว่า paracetamol ทั้งแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs มากกว่า (8-9) ดังนั้นยาในกลุ่ม NSAIDs จึงเป็นทางเลือกหลักในการบรรเทาอาการปวดเรื้อรังจากโรคข้อเสื่อม ยาในกลุ่ม opioids จะใช้ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมอาการปวดของผู้ป่วยได้ด้วยยาในกลุ่ม NSAIDs ยาในกลุ่ม opioids สามารถบรรเทาอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ และพบว่ามีแนวโน้มการใช้ยาในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคกระดูกสันหลัง (10) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้ยาบรรเทาอาการปวดสำหรับโรคข้อเสื่อม (11-17) พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ เป็นปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในกลุ่มนี้ที่พบได้มากที่สุด ปัญหาที่พบบรองลงมา ได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ซึ่งปัญหาการใช้ยาเหล่านี้ส่งผลต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากการศึกษาในอดีตให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่า ยาในกลุ่ม NSAIDs เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงในระบบทางเดินอาหาร และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากการถ่ายอุจจาระดำหรือมีอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหารในระดับรุนแรง และส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยแย่ลง (13-14) การศึกษาแบบ meta-analysis (15) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) (16) ให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกันโดยพบว่า อาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุดจากการใช้ยาในกลุ่ม opioids เป็นเวลานาน ได้แก่ ท้องผูก คลื่นไส้ ปากแห้ง มีน้ำในช่องท้อง และปวดศีรษะ อาการข้างเคียงเหล่านี้นำมาสู่ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยหยุดยาเองหรือปรับขนาดยาเอง (17)

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาดังที่กล่าวมาข้างต้น ยังไม่เคยมีการศึกษารูปแบบการสั่งใช้ยาและปัญหาการใช้ยาบรรเทาอาการปวดที่มีสาเหตุจากทั้งยาบรรเทาอาการปวดและยาเสริมบรรเทาปวดในผู้ป่วยกลุ่มโรคข้อเสื่อมในบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทย ดังนั้นในการศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและแนวโน้มของการเกิดปัญหาการใช้ยาทั้งสองกลุ่มดังกล่าวในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลประจำจังหวัดใน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการแก้ไขและการป้องกันปัญหาจากการใช้ยาในลำดับต่อไป

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2555 จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล

ตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเสื่อม โดยเป็นผู้ป่วยที่มีรหัสของโรคข้อเสื่อมตามที่กำหนดใน (ICD 10) ที่เข้ารับบริการ ในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และได้รับยาบรรเทาอาการปวดต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปีในระยะเวลาตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2552 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2554 และผ่านเกณฑ์การคัดเข้าการศึกษา ดังนี้ เป็นผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป และได้รับยาบรรเทาอาการปวดชนิดรับประทานอย่างน้อยหนึ่งชนิด ได้แก่ paracetamol กลุ่ม NSAIDs หรือ กลุ่ม opioids และ/หรือยาเสริมบรรเทาปวดในกลุ่ม antidepressants หรือ anticonvulsants หรือ benzodiazepines เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วนทำให้ไม่สามารถประเมินรูปแบบและปัญหาการใช้ยาบรรเทาอาการปวดได้ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยโรครูมาตอยด์ การคัดเลือกตัวอย่าง ใช้การเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบเก็บข้อมูลประกอบด้วยสามส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบบันทึกรูปแบบการใช้ยา และส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาการใช้ยา สำหรับการประเมินปัญหาการใช้ยาและสาเหตุของปัญหา ใช้เกณฑ์การประเมินปัญหาการใช้ยาและสาเหตุที่จัดทำโดย

เครือข่ายงานบริหารเภสัชกรรมในยุโรป (The Pharmaceutical Care Network Europe: Drug-Related Problem Classifications version 6.20) (18) โดยได้รับอนุญาตจากหน่วยงานดังกล่าวในการนำต้นฉบับมาแปลเป็นภาษาไทย การวิจัยใช้แนวทางการรักษาโรคข้อเสื่อมทั้งของไทย (5) และต่างประเทศ (6-7) เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาการใช้ยา โดยมีเภสัชกรจำนวนสามคน (ผู้วิจัยหลัก ผู้วิจัยร่วม และเภสัชกรประจำงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก) ร่วมกันประเมินปัญหาการใช้ยาและสาเหตุของปัญหา โดยยึดมติเอกฉันท์ของผู้ประเมินทั้งสามคนในการประเมินปัญหาการใช้ยาและสาเหตุ ในกรณีที่มีความเห็นต่างกันระหว่างผู้ประเมิน ผู้วิจัยหลักจะอภิปรายและกลั่นกรองปัญหานั้น ๆ ร่วมกันกับผู้ประเมินอีกสองคน จนเกิดความเข้าใจที่ตรงกันและตกลงร่วมกันทั้งสามคน

สำหรับปัญหาการใช้ยาในการศึกษานี้ จัดเป็นแนวโน้มของปัญหาที่อาจเกิดขึ้น (potential medication problems) ไม่ใช่ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (actual medication problems) เนื่องจากการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย รูปแบบการใช้ยา ปัญหาการใช้ยา และสาเหตุ และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square และ Spearman Rho เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัญหาการใช้ยาและข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือผ่านเกณฑ์การคัดเลือก มีจำนวนทั้งหมด 194 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.3) และเป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ย 62.6 ปี ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพและเป็นพระภิกษุสงฆ์รวม 78 คน (ร้อยละ 40.2) ใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง (ร้อยละ 47.4) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 61.9) ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 194 คน ไม่มีประวัติการแพ้ยา

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=194)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	148 (76.3)
ชาย	46 (23.71)
อายุ (ปี)	
อายุเฉลี่ย ($\pm$ SD)	62.6 $\pm$ 11.4
อายุ 30 – 39	6 (3.1)
อายุ 40 – 49	23 (11.9)
อายุ 50 – 59	44 (22.7)
อายุ $\geq$ 60	121 (62.4)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ผู้สูงอายุ)	70 (89.7)
เกษตรกร	59 (30.4)
รับจ้างทั่วไป	24 (12.4)
รับราชการ	20 (10.3)
แม่บ้าน	8 (4.1)
ธุรกิจส่วนตัว	4 (2.1)
พระภิกษุสงฆ์	5 (6.4)
นักเรียน/นักศึกษา	3 (3.8)
ลูกจ้าง	1 (0.5)
สิทธิการรักษา	
สวัสดิการรักษายาบาล	92 (47.4)
ข้าราชการ	57 (29.4)
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	35 (18.0)
ผู้สูงอายุ	10 (4.6)
ประกันสังคม	
ประวัติการมีโรคร่วม ¹	
ไม่มีโรคร่วม	120 (61.9)
มีโรคร่วม	74 (38.1)
มี 1 โรคร่วม	32 (16.5)
มี 2 โรคร่วม	29 (14.9)
มี 3 โรคร่วม	11 (6.7)
มี 4 โรคร่วม	2 (1.0)

1: โรคร่วมที่พบในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง หรือ โรคหัวใจขาดเลือด

รูปแบบยาบรรเทาปวดที่ได้รับ

ผู้ป่วยหนึ่งคนจะได้รับการส่งจ่ายยาบรรเทาอาการปวดและหรือยาเสริมบรรเทาปวดหลายรูปแบบร่วมกัน ในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี จำนวนครั้งที่แพทย์ส่งจ่ายยาแต่ละกลุ่มแสดงในตารางที่ 2 พบว่า มีการส่งจ่ายยาบรรเทาอาการปวดมากที่สุด จำนวน 342 ครั้ง โดยเป็นการส่งจ่ายยา NSAIDs มากที่สุด (ร้อยละ 61.5) รองลงมาคือ paracetamol (ร้อยละ 24.8) และ tramadol (ร้อยละ 13.7) ตามลำดับ สำหรับยากลุ่มเสริมบรรเทาอาการปวด มีการส่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยทั้งหมด 33 ครั้ง โดยเป็นยาในกลุ่ม benzodiazepines มากที่สุด (ร้อยละ 45.4) รองลงมาคือ กลุ่ม antidepressants (ร้อยละ 36.4) และกลุ่ม anticonvulsants (ร้อยละ 18.2) ตามลำดับ

NSAIDs ที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้รับจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม traditional NSAIDs และกลุ่ม selective COX-2 inhibitors พบว่ามีการใช้ยาในกลุ่ม selective COX-2 inhibitors มากกว่า โดยมีการส่งจ่ายยาทั้งหมด 125 ครั้ง (ร้อยละ 36.7) และพบการจ่ายยา meloxicam มากที่สุด (ร้อยละ 19.1) ในกลุ่ม traditional NSAIDs มีการส่งใช้ทั้งหมด 85 ครั้ง (ร้อยละ 24.8) และพบการจ่ายยา diclofenac มากที่สุด (ร้อยละ 14.3) ส่วนยาในกลุ่ม opioids นั้น มีเพียง tramadol ชนิดเดียวที่มีการส่งใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม

จากตารางที่ 2 กลุ่มยาเสริมบรรเทาอาการปวดที่มีการส่งจ่ายร่วมกับยาบรรเทาอาการปวดมากที่สุด ได้แก่ ยาในกลุ่ม benzodiazepines (ร้อยละ 45.4) รองลงมา คือ ยาในกลุ่ม antidepressants (ร้อยละ 36.4) โดยเป็นการส่งจ่ายยา amitriptyline มากที่สุด (ร้อยละ 33.3) รองลงมา ได้แก่ lorazepam (ร้อยละ 27.3) สำหรับยาในกลุ่มป้องกันอาการข้างเคียงในทางเดินอาหาร พบว่ามีการส่งจ่ายยาในกลุ่ม proton pump inhibitors มากที่สุด (ร้อยละ 82.9) โดยเป็นยา omeprazole มากที่สุด (ร้อยละ 78.9) เพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหาร

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณารูปแบบยาการใช้ยาบรรเทาอาการปวดที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดได้รับในช่วงเวลาย้อนหลัง 2 ปี พบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับยาในรูปแบบที่หลากหลายตั้งแต่ 2-3 รูปแบบต่อคน โดยจำแนกได้ทั้งหมด 39 รูปแบบ รูปแบบที่มีการใช้มากที่สุด คือ การใช้ selective COX-2 inhibitor เดี่ยว ๆ จำนวน 57

ตารางที่ 2. จำนวนครั้งที่แพทย์สั่งจ่ายยาแต่ละกลุ่ม (n = 194)

ชนิดของยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับ	จำนวนครั้งที่แพทย์สั่งจ่าย (ร้อยละ)
กลุ่มยาบรรเทาอาการปวด	342
1. NSAIDs	210 (61.5)
1.1 selective COX-2 inhibitors	125 (36.7)
meloxicam	65 (19.1)
celecoxib	54 (15.8)
etoricoxib	6 (1.8)
1.2 traditional NSAIDs	85 (24.8)
diclofenac	49 (14.3)
piroxicam	16 (4.8)
ibuprofen	14 (4.1)
floctafeine	5 (1.5)
indomethacin	1 (0.3)
2. paracetamol	85 (24.8)
3. opioids	47 (13.7)
tramadol	47(13.7)
ยาเสริมบรรเทาปวด	33
1. benzodiazepines	15 (45.4)
lorazepam	9 (27.3)
diazepam	6 (18.1)
2. antidepressants	12 (36.4)
amitriptyline	11 (33.3)
fluoxetine	1 (3.1)
3. anticonvulsants	6 (18.2)
gabapentin	5 (15.1)
pregabalin	1 (3.1)
ยาป้องกันอาการข้างเคียงในทางเดินอาหาร	123
1. PPIs	102 (82.9)
omeprazole	97 (78.9)
lansoprazole	3 (2.4)
esomeprazole	2 (1.6)
2. H ₂ - blockers	21 (17.1)
ranitidine	21 (17.1)

คน (ร้อยละ 29.4) รองลงมาคือ selective COX-2 inhibitor ร่วมกับ NSAIDs ชนิดทาจำนวน 17 คน (ร้อยละ 8.8) และ traditional NSAIDs เดี่ยว 15 คน (ร้อยละ 7.7)

ปัญหาการใช้ยาและสาเหตุ

จากผู้เข้าร่วมการศึกษา ทั้งหมด 194 คน พบว่ามีจำนวน 156 คน (ร้อยละ 80.4) ที่ไม่มีปัญหาการใช้ยา และมีจำนวน 38 คน (ร้อยละ 19.6) ที่มีปัญหาการใช้ยา ในจำนวน 38 คนนี้ พบปัญหาการใช้ยา จำนวน 39 ปัญหา แนวโน้มของปัญหาการใช้ยาบรรเทาอาการปวดส่วนใหญ่ที่พบ ได้แก่ ปัญหาแนวโน้มการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลข้างเคียง มี 21 ปัญหา (ร้อยละ 52.4) และแนวโน้มปัญหาด้านประสิทธิภาพการรักษา (P1.2 ได้รับผลการรักษาจากยาไม่เพียงพอ) มี 17 ปัญหา (ร้อยละ 42.6) และพบว่าในหนึ่งปัญหาอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ จึงทำให้พบจำนวนสาเหตุของปัญหาการใช้ยาทั้งหมด 52 สาเหตุ โดยมีรายละเอียดของปัญหาและยาที่เป็นสาเหตุ ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มปัญหาการใช้ยาด้านประสิทธิภาพของการรักษาในส่วนของการได้ผลการรักษาจากยาไม่เพียงพอ เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม NSAIDs ในขนาดต่ำกว่าขนาดของการรักษาต่อวัน และได้รับการสั่งใช้ tramadol แบบวันละ 1 ครั้ง หรือ วันละ 2 ครั้ง หรือ prn ส่วนปัญหาด้านอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลข้างเคียง สาเหตุที่พบมากที่สุด คือ ผู้เข้าร่วมการศึกษา ไม่ได้รับยากลุ่ม proton pump inhibitors เพื่อป้องกันอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหารในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไปและได้รับยากลุ่ม NSAIDs หรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับ aspirin ร่วมกับยากลุ่ม NSAIDs

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับรูปแบบและปัญหาการใช้ยา

จากการวิเคราะห์ Chi-square ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษากับปัญหาการใช้ยา แต่พบว่า การใช้ยากลุ่ม NSAIDs (p=0.008), opioids (p < 0.001), benzodiazepines (p=0.006) และ antidepressants (p=0.026) มีความสัมพันธ์กับปัญหาการใช้ยา และพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ

ตารางที่ 3. ปัญหาการใช้ยาและสาเหตุ

ปัญหา	สาเหตุ	ยาหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา	จำนวนสาเหตุ n= 52 (ร้อยละ)
P 1.2 ได้ผลการรักษาจากยาไม่เพียงพอ	C3.3 ช่วงเวลาการให้ยาห่างเกินไป	tramadol	22 (42.3)
	C3.1 ใช้ขนาดยาที่ต่ำเกินไป	NSAIDs	5 (9.6)
P 2.1 อาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลข้างเคียง	C1.8 ไม่มีการใช้ยาที่จำเป็นต้องใช้ร่วมเพื่อเสริมฤทธิ์หรือป้องกันผลข้างเคียง	อายุมากกว่า 60 ปี ได้รับยา กลุ่ม NSAIDs	17 (32.7)
		NSAIDs ร่วมกับ ASA	5 (9.6)
	C1.4 ใช้ยาที่อยู่ในกลุ่มการรักษาเดียวกัน หรือมีตัวออกฤทธิ์เดียวกัน	NSAIDs กับ NSAIDs	2 (3.8)
	C3.2 ใช้ขนาดยาที่สูงเกินไป	NSAIDs	1 (0.2)

ยากกลุ่ม traditional NSAIDs และยาเสริมบรรเทาอาการปวดกลุ่ม benzodiazepines มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$ และ $p=0.021$ ตามลำดับ) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Spearman Rho correlation พบว่า อายุ ($r=0.22$) และ จำนวนโรคร่วม ($r=0.81$) มีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับจำนวนปัญหาการใช้ยา

สรุปผลและอภิปรายผล

ผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ และใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ สอดคล้องกับรูปแบบการสั่งจ่ายยาบรรเทาอาการปวดที่ได้รับมากที่สุด ซึ่งได้แก่ ยาในกลุ่ม selective COX-II inhibitors ซึ่งเป็นยาที่มีผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารน้อยที่สุด จึงปลอดภัยในผู้สูงอายุ และเป็นยากกลุ่มที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการสามารถใช้ได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ซึ่งเป็นสิทธิที่แตกต่างจากสิทธิการรักษาอื่น ๆ

การประเมินแนวโน้มของการเกิดปัญหาการใช้ยาพบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาเพียงร้อยละ 19.6 ที่มีแนวโน้มของการเกิดปัญหาการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ โดยพบแนวโน้มของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของระบบทางเดินอาหารมากที่สุด เนื่องจากผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุ 60 ปี ขึ้นไปและจำเป็นต้องได้รับ aspirin ร่วมกับ NSAIDs ไม่ได้รับยากกลุ่ม proton pump inhibitors เพื่อ

ป้องกันการเกิดอาการเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามคำแนะนำการใช้ยาของแนวทางการรักษาโรคข้อเสื่อม (5-7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang และคณะ (19) ที่พบว่า ในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมจะเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารจากยากกลุ่ม NSAIDs และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ NSAIDs ซึ่งไม่ได้รับยาป้องกันผลข้างเคียงจากยาต่อระบบทางเดินอาหารมีความเสี่ยงสูงในการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารมากที่สุด

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ernst และคณะ (11) ที่ศึกษาผลการให้บริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมในประเทศอเมริกา ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยได้รับยากกลุ่ม NSAIDs มากที่สุด รองลงมา คือ ยากกลุ่ม opioids เช่นเดียวกันกับการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Mcdermott และคณะ (12) ซึ่งศึกษาการใช้ยาบรรเทาปวดสำหรับผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 65 ปีที่มีอาการปวดเรื้อรังที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคกระดูกในสก็อตแลนด์ ประเทศสหราชอาณาจักร แต่การศึกษาไม่ได้ระบุว่าการปวดเรื้อรังมีสาเหตุจากโรคข้อเสื่อมหรือความผิดปกติใด ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างโดยดูจากใบสั่งยาที่แพทย์สั่งจ่ายยาบรรเทาอาการปวดเท่านั้น จึงทำให้ผลการวิจัยมีความแตกต่างจากการศึกษานี้ Mcdermott และคณะ (12) พบว่า ผู้ป่วยได้รับยาพาราเซตามอลที่ใช้เป็นสูตรผสมร่วมกับยา opioids มากที่สุด รองลงมา คือ diclofenac (12) อย่างไรก็ตามทั้งสองการศึกษาดังกล่าว ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับยาเสริมบรรเทาปวด การศึกษานี้พบการสั่งจ่ายยาเสริมบรรเทาปวดร่วมกับ

ยาบรรเทาอาการปวด 33 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.8 เมื่อเทียบกับจำนวนของการสั่งใช้ยาบรรเทาปวดและยาเสริมบรรเทาปวดรวมกัน (375 ครั้ง) ซึ่งถือว่าน้อยมาก และการใช้ยากลุ่ม benzodiazepines หรือ antidepressants ร่วมกับยากลุ่ม NSAIDs หรือ paracetamol หรือ opioids ถือว่ามีความปลอดภัย ไม่ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายขั้นรุนแรงใด ๆ ยกเว้นการได้รับยากลุ่ม SSRIs ร่วมกับ NSAIDs ซึ่งสามารถเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันและทำให้เกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหารได้ (20)

ปัญหาการใช้ยาที่พบบรองลงมา คือ ปัญหาด้านประสิทธิภาพในการใช้ยา ได้แก่ แนวโน้มของการได้รับผลการรักษาจากยาไม่เพียงพอ ซึ่งเกิดจากช่วงห่างของการให้ยาไม่เหมาะสม ได้แก่ การได้รับ tramadol แบบสั่งจ่ายวันละ 1 ครั้ง หรือ 2 ครั้ง หรือ prn ซึ่งตามแนวทางการรักษาโรคข้อเสื่อม (6-7) กำหนดให้ใช้ tramadol ในการบรรเทาอาการปวด คือ 50 – 100 มิลลิกรัม โดยแบ่งให้ทุก 6 – 8 ชั่วโมงต่อวัน และควรรับประทานต่อเนื่องกันอย่างน้อย 1-3 วัน หรือจนกว่าอาการปวดจะดีขึ้น จึงจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการลดอาการปวด และลดความเสี่ยงในการเกิดการต่อต้านยา (tolerance) หรือติดยา หรือการใช้ยาในทางที่ผิด ประกอบกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ (21-22) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคเมเร็ง ที่มีประสบการณ์ในการเกิดอาการข้างเคียงหลังรับประทานยากลุ่มบรรเทาอาการปวดจะรับรู้และวิตกกังวลในการใช้ยา ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง (21-22) ดังนั้น การที่ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มบรรเทาอาการปวดในลักษณะที่พบในการศึกษานี้ จะยิ่งส่งผลให้ประสิทธิภาพของการใช้ยาเพื่อควบคุมและบรรเทาอาการปวดลดลงได้

การศึกษานี้ใช้เกณฑ์การประเมินปัญหาการใช้ยาของ The Pharmaceutical Care Network Europe 2010 ซึ่งมีเกณฑ์แบ่งเป็น 4 หมวดหมู่หลัก ได้แก่ 1. ปัญหาการใช้ยา 2. สาเหตุ (จากยา บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย) 3. แนวทางการให้ intervention และ 4. ผลการให้ intervention เกณฑ์เหล่านี้ช่วยให้เภสัชกรสามารถวางแผนทางการแก้ไขได้ตรงกับสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และช่วยในการวางแผนแก้ไขกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม

การศึกษานี้ไม่ได้ใช้เกณฑ์ตามหมวดที่ 3 และ 4 เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังและไม่ได้มีการสัมภาษณ์หรือพูดคุยกับผู้ป่วย

ทั้งชนิดและรูปแบบการใช้ยาและแนวโน้มของปัญหาการใช้ยาบรรเทาปวดและยาเสริมบรรเทาปวดที่พบในการศึกษานี้สะท้อนถึงความสำคัญของการแก้ไขและป้องกันปัญหาการใช้ยาดังกล่าวโดยเภสัชกร ข้อมูลจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานบริหารเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการช่วยคัดกรองปัญหาการใช้ยา การสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำแนะนำในการใช้ยาและการเกิดอาการข้างเคียง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัยและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการควบคุมหรือลดอาการปวดซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ 1) การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ บางส่วนที่ไม่สมบูรณ์ ประกอบกับไม่ได้มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา จึงอาจทำให้ปัญหาการใช้ยาที่พบบ่อยกว่าหรือมากกว่าความเป็นจริง 2) การประเมินปัญหาการใช้ยาในการศึกษานี้ ไม่ได้มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลของการใช้ยาบรรเทาอาการปวดและยาเสริมบรรเทาปวด หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นผลข้างเคียงของยาสองกลุ่มดังกล่าว ดังนั้นปัญหาการใช้ยาที่พบ จึงจัดเป็นแนวโน้มของปัญหาการใช้ยาที่คาดการณ์ว่าน่าจะเกิดขึ้นเท่านั้น (potential medication problems) ไม่ใช่ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และ 3) วิธีการเลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายที่ใช้ในการศึกษานี้ อาจไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุด และส่งผลต่อการศึกษา เพราะทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างและรูปแบบการใช้ยาที่มีความหลากหลายมากเกินไป ซึ่งไม่ได้สะท้อนถึงกลุ่มตัวอย่างใดตัวอย่างหนึ่ง เช่น ผู้สูงอายุหรือกลุ่มคนที่มีอาชีพเกษตรกรรม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการศึกษารั้งต่อไป ควรใช้วิธีการวิจัยแบบภาคตัดขวางที่เก็บข้อมูลไปข้างหน้า (prospective cross-sectional study) และควรประเมินปัญหาการใช้ยา

โดยมีการร่วมมือกับแพทย์ผู้สั่งจ่ายด้วย เพื่อให้ได้มุมมองทางคลินิกที่ครบถ้วนและสมเหตุสมผลในทางปฏิบัติ และควรมีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา อาการข้างเคียง ผลการรักษาด้วยยา (เช่น การประเมิน pain score) เพื่อให้ได้ปัญหาการใช้ยาและสาเหตุที่เกิดขึ้นจริง ที่จะทำให้สามารถวางแผนทางการแก้ไขปัญหาคือต้องเหมาะสมมากขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถช่วยส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยและประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ยาบรรเทาอาการปวดและยาเสริมบรรเทาปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังที่ไม่ได้มีสาเหตุจากมะเร็ง เภสัชกรสามารถนำข้อมูลปัญหาการใช้ยาและสาเหตุที่พบไปใช้ในการจัดทำแนวทางการรักษาหรือ trigger tools เพื่อช่วยบ่งชี้และป้องกันปัญหาการใช้ยาให้กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาสองกลุ่มหลักดังกล่าวได้ การศึกษาในอนาคตควรมีการกำหนดเกณฑ์การเลือกตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ทำให้ได้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะมากขึ้น เช่น ผู้สูงอายุ หรือกลุ่มคนที่มีอาชีพเกษตรกรรม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทีมผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ และทีมผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่สนับสนุน ช่วยเหลือและให้กำลังใจในการทำงานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ณ โรงพยาบาลที่ทำการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. International Association for the Study of Pain. Terminology and impact of pain. [online]. 2010 [cited 2012, Jul]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?>
2. Breivik H and et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006; 10: 287-333.
3. Saastamoinen P, Leino-Arjas P, Laaksonen M, Lahelma E. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic

pain among ageing employees. Pain. 2005; 114: 364-71.

4. Thaneerat A and et al. Pain and management of pain in chronic non-cancer pain patients with musculoskeletal disorders. Songkla Med J. 2008; 26: 25-36.
5. ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม พศ. 2553. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย; 2553.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Osteoarthritis guidelines [online] 2010. [cited 2012, Jan]. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG96>.
7. The American Pain Society. Principal of analgesic use in the treatment of acute and cancer pain. 4th ed. Illinois: The International Association for the Study of Pain; 2004.
8. Zhang W, Jones A, Doherty M. Does paracetamol (acetaminophen) reduce the pain of osteoarthritis?: a meta-analysis of randomized controlled trials. Ann Rheum Dis. 2004; 63: 901-7.
9. Lee C and et al. A comparison of the efficacy and safety of nonsteroidal antiinflammatory agents versus acetaminophen in the treatment of osteoarthritis: a meta-analysis. Arthritis & Rheumatism 2004; 51: 746-54.
10. Manchikanti L, Manchikanti K, Pampati V, Cash K. Prevalence of side effects of prolonged low or moderate dose opioid therapy with concomitant benzodiazepine and/or antidepressant therapy in chronic non-cancer pain. Pain Phys. 2009; 12: 45-9.
11. Ernst ME, Lyer SS, Doucette WR. Drug-related problems and quality of life in arthritis and low back pain sufferers. Val Health 2003; 6: 135-40.
12. Mcdermott M, Smith B, Elliott A, Bond C, Hannaford P, Chambers W. The use of medication for chronic pain in primary care, and the potential

- for intervention by a practice-based pharmacist. *Fam Prac.* 2005; 23: 46-52.
13. Kanjanarat P, Winterstein A, Johns T, Hatton R, Gonzalez-Rothi R, Segal R. Nature of preventable adverse drug events in hospitals. *Am J Health Syst Pharm.* 2003; 60: 1750-9.
14. Brvar M, Fokter N, Bunc M, Mozina M. The frequency of adverse drug reaction related admissions according to method of detection, admission urgency and medical department specialty. *BMC Clin Pharmacol.* 2009; 9-12.
15. Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, Tunks E. Opioids for chronic noncancer pain: A meta-analysis of effectiveness and side effects. *Can Med Assoc J.* 2006; 174: 1589-94.
16. Deshpande A, Furlan A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk D. Opioids for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007; 3: 49-59.
17. Grahmann PH, Jackson KC, 2nd, Lipman AG. Clinician beliefs about opioid use and barriers in chronic nonmalignant pain. *J Pain & Pallia Care Pharmacother.* 2004; 18: 7-28.
18. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation. Classification for Drug related problems V 6.2. [online]. 2010. [cited 2012, January]. Available from: <http://www.pcne.org/sig/drpf/documents/drpf/PCNE%20classification%20V6-2.pdf>.
19. Chang J and et al. Impact of disease severity and gastrointestinal side effects on the health state preferences of patients with osteoarthritis. *Arthri & Rheu.* 2005; 52: 2366–75.
20. Cuevas V, Briz E, Chorro M. Pharmacist intervention reduces gastropathy risk in patients using NSAIDs: On behalf of the NSAID induced Gastropathy Prevention Programme Group. *Pharm World Sci.* 2008; 30: 947-54.
21. McCracken LM, Hoskins J, Eccleston C. Concerns about medication and medication use in chronic pain. *J Pain.* 2006; 7: 726-34.
22. Palos GR, Mendoza TR, Cantor SB, Aday LA, Cleeland CS. Perceptions of analgesic use and side effects: What the public values in pain management. *J Pain & Symp Manage.* 2004; 28: 460-73.



Prescribing Patterns and Medication Problems Related to the Use of Pain Medication and Adjuvant Drugs in Patients with Osteoarthritis

Pattarin Kittiboonyakun and Watcharin Paktipat

Division of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

Abstract

Objectives: To investigate prescribing patterns and potential problems of the use of analgesics and adjuvant drugs in patients with osteoarthritis and to identify the relationships between medication problems and demographic data of patients. **Methods:** The study was a descriptive study with retrospective collection of data from medical records during October 1st, 2010 and September 30th, 2012 in a hospital in Northeast region. The study evaluated the potential medication problems and their causes using the drug-related problem classifications version 6.2 developed by the Pharmaceutical Care Network Europe. **Results:** 194 patients participated in the study. The majority was female (76.3%) with 62.65 years of age. The most commonly prescribed pain medication was NSAIDs (61.5%) followed by paracetamol (24.8%) and tramadol (13.7%). The prescribing of single selective COX-2 inhibitor (29.4%) was the most common prescribing patterns. Thirty eight participants (19.6%) had potential medication problems. The most common potential medical problem was adverse drug reactions in gastrointestinal tracts (52.4%) caused by not receiving Proton Pump Inhibitors (PPIs) as recommended by the osteoarthritis guidelines. The second most common potential medication problem was suboptimal effect of drug treatment (42.6%) due to too long dosing interval of tramadol prescribed. The study found that age ($r = 0.22$, $p < 0.05$), number of co-morbidities ($r = 0.81$, $p < 0.05$) and type of medication ($p < 0.05$) were significantly related to potential medication problems. **Conclusion:** This study provided the information on overall prescribing patterns and potential medication problems of both pain medication and adjuvant drugs in patients with osteoarthritis. The result could be used to develop pharmaceutical care services to improve the effectiveness of medication use as well as to help reduce and prevent medication problems in this group of patients.

Keywords: osteoarthritis, medication problems, patterns of pain medication, analgesics, adjuvant drugs