

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยเอดส์ คลินิกฟ้าใสของโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** เดือน เมษายน 2552 – มีนาคม 2553
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

Adverse Drug Reaction (ADR)

หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นการตอบสนองต่อยาที่เป็นอันตรายและไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นในขนาดการใช้ตามปกติในมนุษย์ โดยไม่รวมถึงการได้รับยาเกินขนาด หรือจงใจใช้ยาในทางที่ผิดจนเกิดอันตราย แต่รวมถึง การแพ้ยาและ ผลข้างเคียง จากการใช้ยา

อาการข้างเคียงจากการใช้ยา (side effect)

หมายถึง ผลใดๆที่ไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้นจากเภสัชภัณฑ์ (Pharmaceutical product) สัมพันธ์กับขนาดของยา ขนาดสูงพบอาการข้างเคียงมากกว่าขนาดต่ำ ลดอาการโดยการปรับลดขนาดยา

การแพ้ยา (drug allergy)

หมายถึง ปฏิกิริยาที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อต้านยาที่ได้รับเข้าไป

Naranjo's algorithm

หมายถึง ชุดคำถามที่มีการให้คำตอบแต่ละข้อเป็นตัวเลข จากนั้นจะรวมเป็นผลลัพธ์เข้าด้วยกัน และแปลความหมายเป็นผลการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้นแบ่งเป็น 4 ระดับ

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| คะแนน เท่ากับ 0 หรือน้อยกว่า | : ไม่น่าจะใช่ (doubtful) |
| คะแนน 1-4 | : เป็นไปได้ (possible) |
| คะแนน 5-8 | : น่าจะใช่ (probable) |
| คะแนน เท่ากับ 9 หรือมากกว่า | : ใ้แน่นอน (definite) |

การแบ่งประเภทของ ADR

โดยทั่วไปสามารถแบ่งได้หลายแบบ แต่ที่มีการอ้างอิงมากจะแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. Type A (augmented) ADR เป็นผลจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาหรือ เมตาบอลิซึมของยา สามารถทำนายได้จากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ไม่มีความจำเพาะในการเกิดกับคนบางกลุ่ม ความรุนแรงของอาการที่เกิดมีความสัมพันธ์กับขนาดยา ส่วนใหญ่พบตั้งแต่ขั้นตอนการทดลองยาในสัตว์ มีอุบัติการณ์การเกิดสูง แต่มีอัตราการเสียชีวิตน้อย สามารถรักษาได้โดยการลดขนาดยา

2. Type B (bizarre) ADR เป็นปฏิกิริยาตอบสนองเฉพาะสำหรับบางคน จะเกิดขึ้นกับผู้ที่มีความไวต่อยานั้น ผลที่เกิดขึ้นไม่สัมพันธ์กับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ไม่สามารถทำนายอาการที่เกิดขึ้นด้วยฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาได้ ความรุนแรงของอาการที่เกิดไม่สัมพันธ์กับขนาดยา ไม่สามารถสังเกตพบจากขั้นตอนการตรวจสอบ

ความเป็นพิษของยาในการทดลองยาใหม่ หรือทำนายฤทธิ์จากสัตว์ทดลองได้ มีอุบัติการณ์การเกิดต่ำ แต่ทำให้เสียชีวิตได้สูง การรักษาทำโดยการหยุดใช้ยา

อาการแสดงของ ADR

อาจแสดงอาการทางคลินิกที่ผิดปกติให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น

- ผื่นแพ้ยา
- ตัวเหลือง ตาเหลืองจากตับอักเสบ

อาจแสดงเพียงความผิดปกติของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น

- การเพิ่มสูงขึ้นของเอนไซม์ตับ ค่า BUN (blood urea nitrogen) Cr (serum creatinine)
- การเพิ่มสูงขึ้นของค่า INR (international normalized ratio)
- PT(prothrombin time) prolongation
- การลดลงของ platelet

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

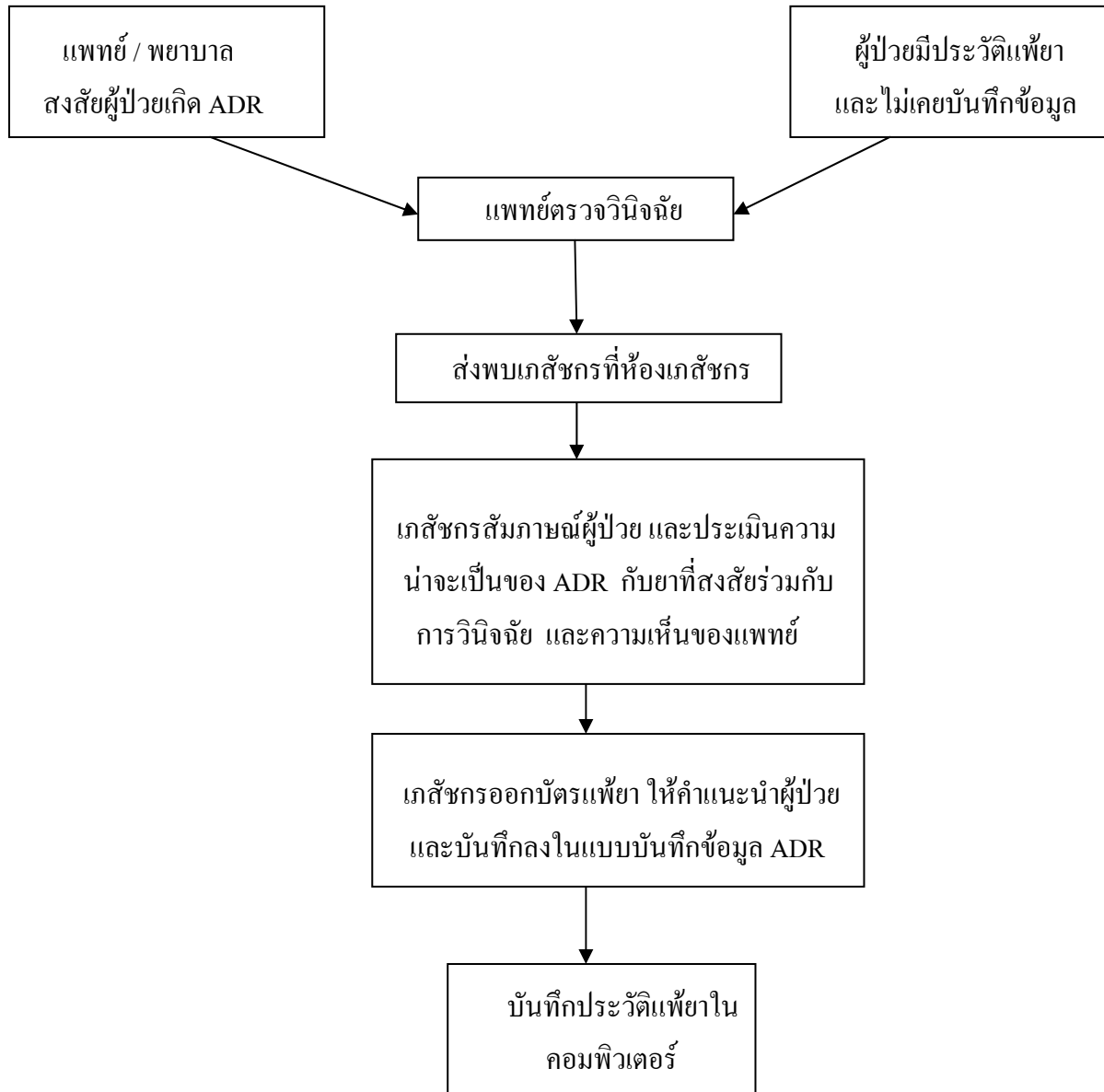
4.1 สาระสำคัญของเรื่อง

เป็นที่ทราบกัน ว่ายาต้านไวรัส (Antiretroviral Drugs : ARV) เป็นยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ในอัตราที่สูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ต้องเปลี่ยนสูตรยา หรือหยุดยา และนอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับยาในกลุ่มอื่น ๆ เพื่อรักษาโรคร่วมต่าง ๆ รวมทั้งยาที่ต้องรับประทานเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องรับประทานยาหลายรายการร่วมกันจึงมีโอกาสเกิดการตอบสนองที่ไม่ได้ตั้งใจ นั่นคือการเกิด อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วย เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ต้องมีการรักษาเพิ่มเติมทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจทั้งตัวผู้ป่วยและญาติใกล้ชิด โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องอาศัยความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาของตัวผู้ป่วย การประเมินและติดตามการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์จึงเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครจึงมีแนวคิดที่จะปรับปรุงระบบการประเมินและเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งกระบวนการนี้ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครมีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยมีการจัดตั้งคลินิกพิเศษ เพื่อที่จะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ตั้งชื่อว่า คลินิกฟ้าใส มีการให้บริการผู้ป่วยในระบบ One stop service ทำการนัดดูแลผู้ป่วยแยกพื้นที่ให้บริการจากผู้ป่วยทั่วไป และมีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ ในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ดูแล จำนวน 156 ราย เปิดให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน คือ วันอังคาร ในเวลาราชการ และ วัน พุธ เวลา 16.00 น. – 20.00 น. โดยเภสัชกร ดำเนินการเฝ้าระวังการเกิดและประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากับผู้ป่วยเป้าหมายเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจุบัน โดยดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มได้รับการรักษา เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบ

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา



4.2.1 กรณีผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลและเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- เภสัชกรประเมินอาการแพ้ยา โดยพยาบาลหรือแพทย์ผู้ตรวจส่งผู้ป่วยมาพบเภสัชกรที่คลินิกฟ้าใส
- เภสัชกรซักประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ระยะเวลาที่เกิดอาการหลังได้รับยา เพื่อค้นหาสาเหตุ

น่าจะเป็นสาเหตุการเกิด ADR มากที่สุดและบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์ม ADR ที่จัดทำขึ้น

- เกณฑ์ประเมินความน่าจะเป็น ร่วมกับความเห็นของแพทย์ว่าอาการ ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับยาที่สงสัยและบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล ADR
- ออกบัตรแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยพร้อมทั้งให้คำแนะนำในเรื่อง ADR ที่เกิดขึ้น
- ลงบันทึกข้อมูลการแพ้ยาในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย(patient profile) และในคอมพิวเตอร์
- เขียนรายงาน ADR ในแบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

4.2.2 กรณีผู้ป่วยเคยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- เกณฑ์กรจะทำการซักประวัติ และสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น โดยพยาบาลหรือแพทย์ส่งผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่คลินิกฟ้าใส
- ถ้าประเมินว่าเป็นการแพ้ยาจริงเกณฑ์กรจะบันทึกประวัติในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (patient profile) และออกบัตรแพทย์ให้ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่เคยมีบัตรมาก่อน
- กรณีที่ไม่ใช่การแพ้ยาแต่เป็นอาการข้างเคียงจากยาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย เกณฑ์กรจะทำการระบุว่าอาการข้างเคียง
- ลงบันทึกประวัติการแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงในคอมพิวเตอร์

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

- ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

6.1 กรณีผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลและเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- 6.1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับยาเป็นครั้งแรก จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยา ข้อแนะนำการใช้ยาความรู้เกี่ยวกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทั้งผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งให้หมายเลขโทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่ในคลินิก นัดและติดตามผลการใช้ยาในด้านการแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทุก 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือน หลังการเริ่มยาตัวไวรัส
- 6.1.2 สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการใช้ยา ระยะเวลาที่เกิดอาการหลังได้รับยา อาการตอบสนองที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดการใช้ยา
- 6.1.3 สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาที่สงสัย
- 6.1.4 เกณฑ์กรประเมินความน่าจะเป็น ร่วมกับความเห็นของแพทย์ว่าอาการ ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับยาที่สงสัย ตาม Naranjo's algorithm และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล ADR
- 6.1.5 บันทึกชื่อยาลงในคอมพิวเตอร์ หากแพทย์มีการส่งจ่ายยา หรือกลุ่มยาที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้ จะมีข้อความเตือนเพื่อให้แพทย์ทบทวนการส่งจ่ายยาอีกครั้ง
- 6.1.6 ออกบัตรแพทย์ ให้ผู้ป่วยโดยมีรายละเอียดดังนี้
 - ชื่อ

- นามสกุลผู้ป่วย
- เลขที่ทั่วไปของผู้ป่วย (HN)
- ชื่อยาที่สงสัยทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ระบุทั้งชื่อสามัญทางยา และชื่อการค้า (ยกเว้นในกรณีที่ไม่สามารถระบุได้)
- อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เกิดขึ้น
- วันที่ออกบัตรแพ้ยา
- ชื่อเภสัชกรที่ออกบัตรแพ้ยา

6.2 กรณีผู้ป่วยเคยมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- 6.2.1 ชักประวัติ และสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น
- 6.2.2 ประเมินความน่าจะเป็นของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ผู้ป่วยแจ้ง โดยอาจมีการทบทวนในเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบคู่อีกครั้ง หรือโทรศัพท์ไปสถานพยาบาลเพื่อสอบถามชื่อยาที่ผู้ป่วยแพ้กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้รุนแรงและไม่สามารถบอกชื่อยาได้
- 6.2.3 บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- 6.2.4 บันทึกชื่อยาลงในคอมพิวเตอร์ หากแพทย์มีการสั่งจ่ายยา หรือกลุ่มยาที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้ จะมีข้อความเตือนเพื่อให้แพทย์ทบทวนการสั่งจ่ายยาอีกครั้ง
- 6.2.5 ออกบัตรแพ้ยา
- 6.2.6 มอบบัตรแพ้ยาให้ผู้ป่วยพร้อมให้คำแนะนำความสำคัญของบัตรแพ้ยา ดังนี้
 - ความเข้าใจในสาเหตุของการเกิดอาการแพ้ยา และอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยแพ้ยา
 - ให้ผู้ป่วยจดจำชื่อยา และ อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น
 - ให้ผู้ป่วยพกบัตรแพ้ยาดูตัวเสมอ ให้แสดงบัตรทุกครั้งที่ได้รับการตรวจรักษา หรือซื้อยารับประทานเอง และควรบอกญาติไว้ด้วยว่าแพ้ยาอะไร
 - หลีกเลี่ยงการใช้ยา หรือกลุ่มยาที่แพ้
- 6.3 จัดอบรมให้ความรู้กับแกนนำผู้ติดเชื้อและอาสาสมัครดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชนเรื่องยาต้านไวรัสและ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการดำเนินงานเรื่อง การประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ (antiretroviral drugs) คลินิกฟ้าใสของโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ใช้ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ 1 เมษายน 2552 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2553 มีผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและติดตาม ADR จำนวน 101 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

- 7.1 การประเมินและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ ในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยอาศัยความร่วมมือของสาขาวิชาชีพระหว่าง แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในการแก้ปัญหาพร้อมทั้งป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- 7.2 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาผู้ป่วยโรคเอดส์คลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ที่พบทั้งหมด 73 ราย เรียงลำดับอาการที่พบมากที่สุด อันดับที่หนึ่ง lipoatrophy 17 ราย (ร้อยละ 23.28) อันดับที่สอง hepatotoxicity 13 ราย (ร้อยละ 17.8) อันดับที่ สาม polyneuropathy (ร้อยละ 16.43) ดังแสดงในตารางที่ 2
- 7.3 พบยาที่คาดว่าเป็นสาเหตุของการแพ้ยา อันดับที่หนึ่ง stavudine 34 ราย (ร้อยละ 39.53) อันดับที่สอง nevirapine 32 ราย (ร้อยละ 37.20) อันดับที่สาม efavirenz 9 ราย (ร้อยละ 10.46) ดังแสดงในตารางที่ 3
- 7.4 มีการบันทึกประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในฐานะข้อมูลคอมพิวเตอร์ หากแพทย์มีการสั่งจ่ายยา หรือกลุ่มยาที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้ จะมีข้อความเตือนให้แพทย์ทบทวนการสั่งจ่ายอีกครั้ง
- 7.5 ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดการแพ้ยาซ้ำได้ โดยอาศัยข้อมูลชื่อยา และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในคอมพิวเตอร์ บุคลากรเภสัชกรสามารถตรวจสอบก่อนส่งมอบให้กับผู้ป่วย
- 7.6 ส่งเสริมบทบาทเภสัชกร ในการบริหารทางเภสัชกรรม โดยค้นหาปัญหาที่เกิดจากยา ซึ่งรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างปลอดภัย
- 7.7 เพิ่มศักยภาพของแกนนำผู้ติดเชื้อหรืออาสาสมัครติดตามผู้ติดเชื้อ ในการช่วยติดตามและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือการแพ้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัส จะช่วยลดความรุนแรง หรือลดอัตราการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยคลินิกฟ้าใสที่ได้รับการประเมิน ADR

ประเภทผู้ป่วยที่รับการประเมิน	จำนวน
ผู้ป่วยมาด้วย ADR และได้รับการประเมิน	56
ประวัติ ADR เดิม	37
รวม	101

ตารางที่ 2 แสดง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเอดส์ ปี 2552

อาการไม่พึงประสงค์ (ADR)	ชาย	หญิง	เด็ก	รวม	ร้อยละ
lipoatrophy	9	8	-	17	23.28
hepatotoxicity	10	3	-	13	17.80

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ต้านไวรัสเอดส์

อาการไม่พึงประสงค์ (ADR)	ชาย	หญิง	เด็ก	รวม	ร้อยละ
polyneuropathy	8	4	-	12	16.43
maculopapular rash	4	7	-	11	15.06
CNS effect -hallucination -drowsiness -somnolence	7	2	1	10	13.69
anemia	1	3	-	4	5.47
gynecomastia	1	1	-	2	2.73
severe nausea/vomiting	-	2	-	2	2.73
cholestatic jaundice	1	-	-	1	1.36
exfoliative dermatitis	1	-	-	1	1.36
รวม	42	30	1	73	100

ตารางที่ 3 ยาที่คาดว่าเป็นสาเหตุของการแพ้ยา

ยาที่คาดว่าเป็นสาเหตุ	ชาย	หญิง	เด็ก	รวม	ร้อยละ
stavudine	22	12	-	34	39.53
nevirapine	16	15	1	32	37.20
efavirenz	5	4	-	9	10.46
zidovudine	3	1	-	4	4.65
co-trimoxazole	2	1	-	3	3.48
fluconazole	2	-	-	2	2.32
didanosine	-	1	-	1	1.16
indinavir	1	-	-	1	1.16
รวม	51	34	1	86	100

8 การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 ประโยชน์ที่มีต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา

- ผู้ป่วยได้รับการประเมินและติดตาม ADR โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ผู้ป่วยไม่สูญเสียโอกาสในการใช้ยาเนื่องจากมีระบบการประเมิน ติดตามและบันทึก ADR ที่มีประสิทธิภาพ
- ผู้ป่วยหรือญาติได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ ADR ที่เกิดขึ้น ข้อควรระวังในการใช้ยา และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำ และได้รับการส่งต่อข้อมูลจากบัตรแพ้ยา

8.2 ประโยชน์ที่มีต่อโรงพยาบาล

- บุคลากรทางการแพทย์ให้ความตระหนักและความร่วมมือในการรายงานการเกิด ADR มากขึ้น
- เกิดการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังและป้องกันการแพ้ยาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์
- เกิดระบบการป้องกันและเฝ้าระวังอุบัติการณ์ ADR ที่รุนแรงและสามารถป้องกันได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์
- ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ต้องสูญเสียจากการเกิด ADR ที่สามารถป้องกันได้
- มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเข้ารับการรักษา

8.3 ประโยชน์ที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์

- เกิดกระบวนการทำงานเป็นทีม การแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดเห็นระหว่างบุคลากรทางการแพทย์
- เกิดกิจกรรมทบทวนทางคลินิกมากขึ้น ในการป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิด ADR ที่รุนแรง และสามารถป้องกันได้
- บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะมีระบบการส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วย และทำให้ป้องกันการฟ้องร้องของผู้ป่วย

9 ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 ขาดความร่วมมือของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยในการให้ข้อมูล

9.2 ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ บางครั้งมารักษาไม่ตรงตามนัด ทำให้การรักษา ไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้พบแพทย์ที่รับผิดชอบในการรักษาต่อ ทำให้การวางแผนการรักษาผู้ป่วย ของแพทย์และพยาบาลมีประสิทธิภาพน้อยลง

9.3 ผู้ป่วยจดจำชื่อยาที่แพ้ไม่ได้ จำได้แต่ลักษณะเม็ดยา บางครั้งไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นยาใด ทำให้ไม่สามารถทำประวัติแพ้ยาให้ได้

10 ข้อเสนอแนะ

- 10.1 ควรมีการค้นหา ADR ที่ป้องกันได้ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาด้านไวรัส
- 10.2 การทำงานต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ต้องมีการประชุมชี้แจงให้กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบถึงระบบงานที่จะมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมทำเพื่อประโยชน์ที่จะได้รับกับผู้ป่วย และ โรงพยาบาลเป็นสำคัญ
- 10.3 ควรมีการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาด้านไวรัสและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนและหลังการให้ความรู้
- 10.4 ควรมีการเก็บข้อมูลต้นทุนในการรักษาอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

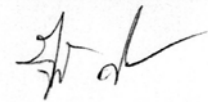
(ลงชื่อ) 

(นางสาวปานหทัย มนต์สุวรรณ)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) 19 S.A. 2554

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางจิตปราวณี เจริญไพบูลย์)


(ตำแหน่ง) เกสัชกร 7 วช. (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิระดับสูง

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

(วันที่) 19 S.A. 2554

(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ)

(ลงชื่อ) 

(.....(นายชาติ วชิรศรีสุนทร))

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

(วันที่) 19 S.A. 2554

ภาคผนวก

แบบบันทึกการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
ADR Probability Scale (Naranjo' s Algorithm)

ชื่อผู้ป่วย..... อายุปี น้ำหนัก.....กก. สูง.....ซม.

อาการแพ้ยาที่พบ

.....

ประวัติการแพ้ยา

โรคประจำตัว

.....

รายการประเมิน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	ยา.....	ยา.....	ยา.....
1.เคยมีสรุปรายงาน ADR เกี่ยวกับยาที่สงสัยมาแล้ว	+1	0	0			
2.อาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นหลังได้รับยาที่สงสัย	+2	-1	0			
3.อาการไม่พึงประสงค์ดีขึ้นเมื่อหยุดยาที่สงสัยหรือเมื่อให้ยาด้านที่เฉพาะเจาะจง	+1	0	0			
4.อาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อได้รับยาที่สงสัยเข้าไปใหม่	+2	-1	0			
5.อาการไม่พึงประสงค์สามารถเกิดจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากยาที่สงสัย	-1	+2	0			
6.อาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้ใหม่เมื่อได้รับยาหลอก	-1	+1	0			
7.สามารถตรวจวัดระดับยาในเลือดหรือของเหลวในร่างกายว่ามีความเข้มข้นที่ทำให้เกิดพิษ	+1	0	0			
8.อาการไม่พึงประสงค์รุนแรงขึ้นเมื่อเพิ่มขนาดยาหรือลดลงเมื่อลดขนาดยา	+1	0	0			
9.ผู้ป่วยเคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์เช่นนี้มาแล้วเมื่อได้รับยาในครั้งก่อน	+1	0	0			
10.อาการไม่พึงประสงค์นั้นมีหลักฐานที่ได้รับการยืนยันโดยวิธีอันเหมาะสม	+1	0	0			
รวมคะแนน						

ผลการประเมิน : (Definite) ≥ 6 น่าจะใช่ (Probable)=5-8 เป็นไปได้ (Possible)= 1-4 ไม่น่าจะใช่ (Doubtful) ≤ 0
--

การแก้ไขที่ได้ดำเนินการหลังการพบอาการไม่พึงประสงค์ ออกบัตรแพทย์ แจ้งให้ผู้ช่วยทราบ อื่น.....

ผู้ประเมิน.....

วันที่.....

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) โดยระบบคอมพิวเตอร์
โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** เดือน เมษายน 2552 – เมษายน 2553

3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication errors) หมายถึง เหตุการณ์ใด ๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรืออาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยเกี่ยวข้องกับปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพผลิตภัณฑ์สุขภาพ กระบวนการ และระบบซึ่งรวมถึงการสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่งใช้ยา การติดฉลากยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล และการติดตามการใช้ยา

ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) คือ การเลือกใช้ยาผิด (โดยใช้หลักการเลือกยาตามข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ ประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย ยาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่ การสั่งยาซ้ำซ้อน การสั่งใช้ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างกัน และปัจจัยอื่น ๆ) การเลือกขนาดยาผิด การเลือกรูปแบบยาผิด การสั่งยาในจำนวนที่ผิด การเลือกวิถีทางให้ยาผิด การเลือกความเข้มข้นของยาผิด การเลือกอัตราเร็วในการให้ยาผิด หรือ การให้คำแนะนำในการใช้ยาผิด การสั่งใช้ยาผิดตัวผู้ป่วย หรือ การไม่ระบุชื่อยา ความแรง ความเข้มข้น ความถี่ของการใช้ยา ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่ส่งถึงตัวผู้ป่วย

ระบบสั่งยาทางคอมพิวเตอร์ (computerized prescribing system) หมายถึง การสั่งยาของแพทย์โดยการบันทึกคำสั่งใช้ยาจากหอผู้ป่วยหรือห้องตรวจลงในคอมพิวเตอร์แทนการเขียนลงในใบสั่งยา เมื่อเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมรับคำสั่งใช้ยาจากแพทย์แล้ว ใบสรุปรายการยาและฉลากยาจะส่งพิมพ์ที่กลุ่มงานเภสัชกรรมทันที

จากความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และอุปกรณ์ทางอิเล็กทรอนิกส์ในปัจจุบัน ทำให้มีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาประยุกต์ใช้กับงานต่าง ๆ มากขึ้น โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครร่วมมือกับบริษัท Abstract Computer เข้ามาวางระบบ โดยใช้ไมโครคอมพิวเตอร์เชื่อมโยงกันในลักษณะเครือข่ายท้องถิ่น (LAN) ที่สามารถส่งผ่านข้อมูลต่าง ๆ ถึงกันตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้บริการแก่หน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล และเป็นศูนย์กลางเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มงานเภสัชกรรม หอผู้ป่วย ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องตรวจปฏิบัติการ เวชระเบียน ฯลฯ ในส่วนระบบยา มีการนำคอมพิวเตอร์มาใช้ในการคิดราคาขายและจ่ายยาของกลุ่มงานเภสัชกรรม และใช้ในการสั่งยาของแพทย์แทนการเขียนใบสั่งยา โดยแพทย์จะพิมพ์คำสั่งใช้ยาจากห้องตรวจไปยังกลุ่มงานเภสัชกรรม และเมื่อแพทย์เลือกคำสั่ง “บันทึก” (save) ใน

โปรแกรมคอมพิวเตอร์จากห้องตรวจ หรือหลังจากเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมรับคำสั่งใช้ยาจากแพทย์ ซึ่งใช้ในกรณีผู้ป่วยใน คำสั่งใช้ยา จะถูกพิมพ์บนฉลากยาและนำไปจัดยาได้ทันที

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครได้นำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการสั่งยาที่แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน ได้ยกเลิกการสั่งยาโดยการเขียนใบสั่งยา และให้แพทย์บันทึกคำสั่งใช้ยาลงในคอมพิวเตอร์แทน จากการเปลี่ยนระบบดังกล่าวพบว่าปัญหาเรื่องการอ่านลายมือแพทย์ที่ไม่ชัดเจนหมดไปแต่พบปัญหา ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) เช่น การเลือกใช้ยาผิด การเลือกขนาดยาผิด การเลือกรูปแบบยาผิด การสั่งยาในจำนวนที่ไม่ถูกต้อง การสั่งใช้ยาผิดตัวผู้ป่วย ไม่ระบุความถี่ของการใช้ยา ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่ส่งถึงตัวผู้ป่วย

ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) เป็นความคลาดเคลื่อนในกระบวนการใช้ยาที่พบได้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนอื่น ๆ ผลกระทบของความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยามีทั้งต่อผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและงบประมาณของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาที่มีดัชนีการรักษา (therapeutic index) แคบ ที่ต้องระมัดระวังในการปรับขนาดการใช้ยาให้เหมาะสมเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการรักษา และลดความเสี่ยงจากอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา อย่างไรก็ตาม ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้

ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญของกลุ่มงานเภสัชกรรมได้ทำการเก็บข้อมูล เพื่อสะท้อนถึงความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยและสะท้อนถึงการวางระบบการกระจายยาในโรงพยาบาล หลังจากนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการสั่งยา ยังพบความคลาดเคลื่อนที่เป็นปัญหาอยู่ พบว่าความคลาดเคลื่อนหนึ่งที่เกิดขึ้น เมื่อวิเคราะห์ถึงระดับความเป็นไปได้ ความรุนแรงและความถี่ และนำเสนอในกลุ่มงานเภสัชกรรม ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมได้เห็นความสำคัญของปัญหาจึงกำหนดเป็นนโยบายของกลุ่มงาน ในการแก้ไขเพื่อลดสาเหตุของปัญหาและความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สาระสำคัญของเรื่อง

หลังจากโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครได้นำระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้ในการสั่งยาแทนการเขียนใบสั่งยา และเลิกใช้วาระเขียนผู้ป่วยนอก พบว่ามีความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา เช่น การสั่งยาโดยแพทย์ระบุความแรงของยาไม่ถูกต้อง ระบุวิธีใช้ไม่ครบถ้วน สั่งยาชนิดเดียวกันซ้ำ สั่งยากลับปฏิชีวนะซ้ำซ้อน และจำนวนที่สั่งมีปริมาณน้อยเกินไปหรือมากเกินไป สาเหตุหนึ่งมาจากการป้อนข้อมูลของแพทย์อย่างรวดเร็วในการสั่งยาโดยไม่มีการตรวจสอบซ้ำ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ได้มาตามกำหนดนัด แพทย์เวรท่านอื่น ก็จะใช้คำสั่ง RM (remedical) ที่มีให้เลือกในโปรแกรมใบสั่งยา โดยไม่ได้ย้อนดูประวัติการสั่งใช้ยาครั้งก่อน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น คือ ปริมาณการได้รับยาต่อเนื่องไม่เหมาะสม และมีการสั่งยาซ้ำซ้อนให้กับผู้ป่วยเป็นต้น จากการรวบรวมปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น จึงได้นำสถิติข้อมูลความคลาดเคลื่อนมาวิเคราะห์ โดยประเมินจาก

ความคลาดเคลื่อนที่พบบ่อยหรือความถี่สูงและความคลาดเคลื่อนที่มีความเสี่ยงสูงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาที่สำคัญ คือ การเลือกใช้ยาผิด (การสั่งใช้ยาผิดชนิด การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน) การเลือกขนาดยาผิด การเลือกรูปแบบยาผิด การสั่งยาในจำนวนที่ผิด และจากประเด็นปัญหาที่ค้นพบ ได้เสนอปัญหาที่ค้นพบต่อกลุ่มงานเภสัชกรรม และทางกลุ่มงานเภสัชกรรมได้มีนโยบายในการที่จะดำเนินการค้นหาสาเหตุของปัญหา และดำเนินการแก้ไขเพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ตำรวจความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาโดยระบบคอมพิวเตอร์ก่อนการแก้ไข
2. วางแผนงานและแจ้งให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบ
3. ประสานงานกับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. คัดเลือกกลุ่มยาที่จะใช้ประเมินและป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาโดยระบบคอมพิวเตอร์
5. ประเมินผลหลังจากดำเนินการแก้ไขตามแผนงาน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

- ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติเป็นไปตามขั้นตอนในข้อ 4.2 โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 6.1 การวางแผนดำเนินงาน จากการศึกษาที่รวบรวมปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ของโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครได้วางแผนการดำเนินการ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา แนวทางแก้ไข การลงมือแก้ไข การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด และการสรุปผลดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

แผนการดำเนินงาน

เวลา	1ต.ค. 51-มี.ค. 52	เม.ย. 52	พ.ค. 52	มิ.ย. 52	ก.ค. 52	ส.ค. 52	ก.ย. 52	ต.ค. 52	พ.ย. 52	ธ.ค. 52	ม.ค. 53	ก.พ. 53	มี.ค. 53	เม.ย. 53
แผนการปฏิบัติ														
เก็บรวบรวมความ คลาดเคลื่อน	↔ ↔													
วางแผน		↔ ↔												
แก้ปัญหา				← ←									→ →	
ตรวจสอบ				← ←									→ →	
แก้ไขปรับปรุง				← ←									→ →	
สรุปผล														↔

หมายเหตุ วางแผน ↔ ปฏิบัติจริง ↔

6.2 การค้นหาปัญหาและสำรวจปัญหาก่อนการแก้ปัญหาเพื่อนำมาทำกิจกรรมการแก้ไข

ได้รวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) โดยระบบคอมพิวเตอร์ของกลุ่มงานเภสัชกรรม และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ปัญหาดังกล่าวโดยคำนึงถึงระดับความเป็นไปได้ ความรุนแรง และความถี่ ของสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งใช้หลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

* ความเป็นไปได้ของปัญหา : probability (ระดับโอกาสเกิดความเสี่ยง)

1. น้อยมาก = < 1 : 10,000 several time in 5 – 30 years
2. น้อย = 1 : 10,000 several time in 2 – 5 years
3. เป็นครั้งคราว = 1 : 1,000 several time in 1 – 2 years
4. บ่อย = 1 : 100 several time in 1 year

* ความรุนแรง : description severity

1. minor event = กระทบการทำงานที่ผิดพลาดแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย
2. moderate event = ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย / หรือต้องเฝ้าระวังเพื่อให้

มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย

3. major event = เกิดอันตรายชั่วคราวต้องบำบัดรักษา นอนโรงพยาบาลหรือนอนหลายวัน
4. catastrophic = เกิดอันตรายถาวร / ส่งผลให้ทำการช่วยชีวิต / อาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิต

* ความถี่ : จำนวนครั้งของปัญหาที่พบในหน่วยงาน

1. พบน้อยมาก = $\geq 1 : 10,000$ ใบสั่งยา
2. พบน้อย = $\geq 1 : 1,000$ ใบสั่งยา
3. พบเป็นบางครั้ง = $\geq 1 : 500$ ใบสั่งยา
4. พบบ่อย = $\geq 1 : 100$ ใบสั่งยา

* ที่มาจาก คู่มือบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

การวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) โดยระบบคอมพิวเตอร์ของกลุ่มงาน พบปัญหาที่สำคัญที่มีความเสี่ยงสูง และพบบ่อยที่สำคัญดังนี้

1. การสั่งใช้ยาผิดชนิดหรือสั่งยาซ้ำซ้อน
2. การเลือกขนาดยาผิด
3. การสั่งใช้ยาผิดรูปแบบ
4. การสั่งใช้ยาผิดจำนวน

ตารางที่ 1 ข้อมูลความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) โดยระบบคอมพิวเตอร์ (ก่อนการแก้ไข)

วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2552

ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) โดยระบบคอมพิวเตอร์					
เดือน ปี	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (ใบ)	จำนวนการสั่งใช้ยาผิดชนิดหรือสั่งยาซ้ำซ้อน (ร้อยละ)	จำนวนการเลือกขนาดยาผิด (ร้อยละ)	จำนวนการสั่งใช้ยาผิดรูปแบบ (ร้อยละ)	จำนวนการสั่งใช้ยาผิดจำนวน (ร้อยละ)
ตุลาคม 2551	6,178	149(2.41)	230(3.72)	1,038(16.81)	1,649(26.70)
พฤศจิกายน 2551	6,279	117(1.87)	176(2.81)	1,079(17.19)	1,811(28.84)
ธันวาคม 2551	6,215	152(2.44)	135(2.17)	1,357(21.84)	1,971(31.71)
มกราคม 2552	6,327	197(3.12)	244(3.86)	1,306(20.64)	2,051(32.42)
กุมภาพันธ์ 2552	6,497	116(1.79)	178(2.74)	1,160(17.85)	1,918(29.52)
มีนาคม 2552	6,120	143(2.34)	198(3.24)	975(15.93)	2,066(33.76)
สรุปเฉลี่ยต่อเดือน	6,269	146(2.33)	193(3.09)	1,152(18.38)	1,911(30.49)

การสั่งใช้ยาผิด

พบข้อมูลการสั่งใช้ยาผิด ทั้งผิดชนิด และสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน ซึ่งความคลาดเคลื่อนนี้ จัดเป็นความคลาดเคลื่อนที่มีความเสี่ยงสูง มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และประสิทธิผลของการใช้ยาของผู้ป่วยในอนาคต จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข

6.3 การแก้ปัญหา

ตารางที่ 2 วิธีการแก้ไขปัญหาตามหัวข้อปัญหาที่พบ

ปัญหาที่พบ	วิธีการแก้ปัญหา
<p>การสั่งใช้ยาผิด</p> <p>1.การสั่งใช้ยาผิดชนิด</p> <p>- ยาที่มีชื่อใกล้เคียงกัน อาจเป็นตัวสะกดหรือตัวอักษรเริ่มต้น</p> <p>-สั่งใช้ยาโดยที่ไม่ต้องการสั่งใช้</p>	<p>1. จัดคู่มือที่มีปัญหาในการสั่งใช้ยา ปรับแก้ไขชื่อยาในทะเบียนยาในระบบคอมพิวเตอร์ เช่นเดมยา chlorpheniramine กับ chlorpromazine เปลี่ยน chlorpheniramine เป็นใช้ชื่อ CPM แทน และใช้หลักการอักษรเล็กใหญ่ “Tall man letter” เน้นความต่างที่สำคัญ เช่น (DOPamine กับ DoBUTamine)</p> <p>2. นำเสนอและประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงยาที่นำเข้ามาใหม่ในโรงพยาบาล</p> <p>1.สื่อสารให้แพทย์ทบทวนรายการยาอีกครั้งก่อนการสั่งบันทึกข้อมูล</p>
<p>2.การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน</p> <p>- การสั่งยาชนิดเดียวกันซ้ำ</p> <p>-การสั่งใช้ยาซ้ำในกลุ่มเดียวกัน</p>	<p>1. ตั้งระบบเตือน Pop up alert ในระบบ คอมพิวเตอร์ เตือนแพทย์เมื่อมีการสั่งยาซ้ำชนิดเดียวกัน ในวันเดียวกัน และภายใน 30 วัน (ภาคผนวก)</p> <p>1. คัดเลือกและทบทวนกลุ่มยา ที่ออกฤทธิ์เหมือนกัน เช่น กลุ่มยาปฏิชีวนะ ที่มีปัญหาหรืออาจมีปัญหาในการสั่งใช้ที่ซ้ำซ้อน เพื่อจัดทำระบบเตือนต่อไป เช่นยา roxithromycin ,amoxycillin ,cephalexin เป็นต้น</p> <p>2. ตั้งระบบเตือน Pop up alert ในระบบ คอมพิวเตอร์ เตือนเมื่อมีการสั่งยาซ้ำกลุ่มเดียวกัน ในวันเดียวกัน และภายใน 30 วัน โดยให้เครื่อง default ว่าไม่ เช่น สั่ง erythromycin คู่กับ roxithromycin</p>

ปัญหาที่พบ	วิธีการแก้ไขปัญหา
<u>การสั่งใช้ยาผิดขนาด</u>	1. ใช้หลักการอักษรเล็กลใหญ่ “Tall man letter” เน้นความต่างที่สำคัญในกลุ่มยาที่มีมากกว่า 1 ความแรง เช่น (IBUprofen 200 mG กับ ibuPROFEN 400 mG)
<u>การสั่งใช้ยาผิดรูปแบบ</u>	1. ปรับปรุงชื่อยาในทะเบียนยา ที่มีมากกว่า 1 รูปแบบ โดยวงเล็บชนิดรูปแบบของยา 2. เปลี่ยนชื่อยาที่แพทย์พิมพ์ผิดรูปแบบบ่อย เช่น omeprazole ชนิดเม็ด พิมพ์ omeprazole (tab.) กับชนิดฉีดพิมพ์ losec (inj.)
<u>การสั่งใช้ยาผิดจำนวน</u> -ผู้ป่วย OPD ทั่วไป -ผู้ป่วย OPD คลินิกพิเศษ (คลินิกฟ้าใส)	1. กำหนดบัญชีรายการยาที่ใช้กับระบบเตือน Pop up alert ในคอมพิวเตอร์ ในกลุ่มยาที่คนไข้รับต่อเนื่อง และมารับใหม่ภายใน 30 วัน เพื่อให้แพทย์ทบทวนคำสั่งใช้ยาอีกครั้ง 2. ก่อนจ่ายยาให้กับผู้ป่วยถ้าตรวจพบความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นให้ประสานกับแพทย์เพื่อแก้ไขก่อนจ่ายยาให้กับผู้ป่วย 3. การจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยแจ้งว่ายังมียาเหลือ ให้สอบถามถึงวิธีรับประทานยาว่าถูกวิธีหรือไม่ หาสาเหตุที่ยาเหลือและประสานงานกับแพทย์ผู้ตรวจต่อไป และรณรงค์ให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาให้แพทย์ดูทุกครั้งที่น่าตรวจ 1. ทำงานร่วมกับแพทย์ พยาบาล ในการดูแลและประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยตามความเป็นจริง 2. ตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วยตามความเป็นจริง โดยให้นำยาเดิมมาด้วยทุกครั้ง 3. เมื่อพบความคลาดเคลื่อนการสั่งใช้ยาผิดจำนวนของแพทย์ หรือการนำข้อมูลยาที่ผู้ป่วยเหลือจริง มาปรับปริมาณการสั่งใช้ยาให้ถูกต้องได้

6.4 สรุปผลการดำเนินงานกิจกรรม

ผลการดำเนินงานกิจกรรมพบว่าความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) โดยระบบคอมพิวเตอร์ มีข้อมูลลดลง หลังจากดำเนินการแก้ไขระบบการทำงานเป็นลำดับ เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการแก้ไข ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ข้อมูลความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) โดยระบบคอมพิวเตอร์ (หลังการแก้ไข)

วันที่ 1 เมษายน 2552 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2553 (หลังการแก้ไข)

ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) โดยระบบคอมพิวเตอร์					
เดือน ปี	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย (ใบ)	จำนวนการสั่งใช้ยาผิดชนิดหรือสั่งยาซ้ำซ้อน (ร้อยละ)	จำนวนการเลือกขนาดยาผิด (ร้อยละ)	จำนวนการสั่งใช้ยาผิดรูปแบบ (ร้อยละ)	จำนวนการสั่งใช้ยาผิดจำนวน (ร้อยละ)
มิถุนายน 2552	6,347	81(1.27)	135(2.13)	568(8.95)	1,252(19.73)
กรกฎาคม 2552	6,952	67(0.97)	105(1.51)	735(10.57)	1,208(17.38)
สิงหาคม 2552	6,478	68(1.05)	85(1.32)	728(11.24)	999(15.42)
กันยายน 2552	6,672	76(1.14)	122(1.83)	828(12.41)	1,123(16.83)
ตุลาคม 2552	6,753	81(1.20)	96(1.42)	738(10.93)	941(13.94)
พฤศจิกายน 2552	6,932	81(1.17)	134(1.94)	918(13.24)	891(12.86)
ธันวาคม 2552	6,598	69(1.05)	133(2.02)	643(9.75)	1,021(15.48)
มกราคม 2553	6,783	66(0.98)	106(1.56)	762(11.23)	973(14.35)
กุมภาพันธ์ 2553	6,845	70(1.02)	119(1.74)	723(10.56)	1,285(18.78)
มีนาคม 2553	6,937	76(1.10)	95(1.37)	796(11.47)	1,056(15.23)
สรุปเฉลี่ยต่อเดือน	6,730	66(1.09)	113(1.68)	744(11.03)	1,075(16.00)

7 ผลสำเร็จของงาน

- 7.1 ลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาโดยระบบคอมพิวเตอร์ แผนกผู้ป่วยนอก
- 7.2 ผู้ป่วยได้รับยาปริมาณที่เหมาะสมกับการใช้ ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาต่อเนื่อง
- 7.3 สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาการสั่งใช้ยากลุ่มปฏิชีวนะกับผู้ป่วยให้ได้รับยาที่เหมาะสมมากขึ้น ลดปริมาณความซ้ำซ้อนที่สั่งให้กับผู้ป่วย

8 การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 ประโยชน์ที่มีต่อผู้ป่วย

- ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์
- ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับระยะเวลาที่รักษา
- ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ซ้ำซ้อน

8.2 ประโยชน์ที่มีต่อโรงพยาบาล

- ลดงบประมาณในการจัดซื้อยา
- ใช้ระบบการสั่งยาโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8.3 ประโยชน์ที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์

- ลดปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยาของแพทย์ผ่านระบบคอมพิวเตอร์
- สร้างความมั่นใจในการสั่งยาของแพทย์ เนื่องจากมีระบบเตือน เมื่อมีปัญหา

9 ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

- 9.1 การเลือกใช้คำสั่ง RM (remedical) ในการสั่งยาให้ผู้ป่วย แพทย์ไม่ได้ปรับจำนวนยาให้เหมาะกับยาที่ผู้ป่วยเหลืออยู่ และบางครั้งไม่ได้ตัดรายการยาที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้
- 9.2 ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ บางครั้งมารักษาไม่ตรงตามนัด มาพบแพทย์นอกเวลาราชการทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่ได้พบแพทย์ที่รับผิดชอบในการรักษาต่อ ทำให้การวางแผนการรักษาผู้ป่วย ของแพทย์และพยาบาลมีประสิทธิภาพน้อยลง
- 9.3 ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง และผู้ป่วยในคลินิกพิเศษที่โรงพยาบาลจัดขึ้น เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกฟัาใส การรณรงค์ให้ผู้ป่วยที่รักษานานยาที่เหลือมาพบแพทย์ทุกครั้ง ผู้ป่วยยังไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร


10 ข้อเสนอแนะ

- 10.1 ในการดำเนินกิจกรรม เริ่มต้นต้องมีการทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ในหน่วยงาน ให้เห็นถึงประโยชน์ และรู้ถึงวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ การทำงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- 10.2 การทำงานควรมีการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ต้องมีการประชุมชี้แจงให้กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบถึงระบบงานที่จะมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมทำเพื่อประโยชน์ที่จะได้รับกับผู้ป่วย และโรงพยาบาลเป็นสำคัญ
- 10.3 การปรับปรุงปัญหาในเรื่องผู้ป่วยที่ต้องมารับยาต่อเนื่อง ไม่มารับยาตามนัด แต่มารับยานอกเวลาราชการ ต้องประสานและหาแนวทางแก้ไข กับแพทย์ โดยทางกลุ่มงานเภสัชกรรมจะเสนอในที่ประชุมองค์กรแพทย์ ให้กลุ่มงานสามารถปรับลดจำนวนยาให้ผู้ป่วย 7 วัน ในกรณีผู้ป่วยมารับยา

นอกเวลาราชการ และให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามเวลาราชการที่นัดไว้ต่อไป

- 10.4 ระหว่างดำเนินกิจกรรม ควรเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรค ปัญหา ความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการทำงานที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินผลและแก้ไข อันจะทำให้การดำเนินงาน สอดคล้องกับการทำงานและเกิดประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

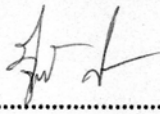
(ลงชื่อ) 

(นางสาวปานหทัย มนต์สุวรรณ)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) 19 S.A. 2554

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางจิตปราณี เจริญไพบูลย์)


(ตำแหน่ง) เกษตร 7 วช. (ด้านเกษตรกรรมคลินิก)

ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการวิทยุมีระดับสูง

กลุ่มงานเกษตรกรรม โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

(วันที่) 19 S.A. 2554

(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ)

(ลงชื่อ) 

(.....(นายชาติ...จศิริสุนทร)...)

(ตำแหน่ง).....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบัง.....

(วันที่) 19 S.A. 2554

ภาคผนวก

ตัวอย่างระบบเตือน Pop up alert ในคอมพิวเตอร์ ในกรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาตลาดเคลื่อนดังต่อไปนี้

- การสั่งยาซ้ำภายในวันเดียวกัน

ลำดับ	เวชภัณฑ์	จำนวน	วิธีใช้ยา	ราคา	เบิกได้	จำนวน
1	dicloFENAC 25 MG cencenac	1		0.00	0.00	

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

ได้มีการสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยแล้ว คุณต้องการสั่งยาต่อไปหรือไม่

- การสั่งยาที่ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง ภายใน 1 เดือน หากผู้ป่วยมารับยาก่อนครบ 1 เดือน ระบบจะเตือนแพทย์ผู้สั่ง

ลำดับ	เวชภัณฑ์	จำนวน	วิธีใช้ยา	ราคา	เบิกได้	จำนวน
1	Amlodipine 5 mg ambes	1		0.00	0.00	

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

ได้มีการสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยแล้ว ภายในเวลา 30 วัน คุณต้องการสั่งยาต่อไปหรือไม่

- การสั่งยากลับกลุ่มปฏิชีวนะภายใน 7 วัน หากแพทย์สั่งยาปฏิชีวนะให้อีกภายในช่วงเวลา

ลำดับ	เวชภัณฑ์	จำนวน	วิธีใช้ยา	ราคา	เบิกได้	จำนวน
1	AMOXICILLIN cap. 500 MG.	1		0.00	0.00	

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

ได้มีการสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยแล้ว ภายในเวลา 7 วัน คุณต้องการสั่งยาต่อไปหรือไม่

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ของ นางสาวปานหทัย มนต์สุวรรณ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง เกษัชกร 7 วช. (ด้านเกษัชกรรรมคลินิก)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 78) สังกัด กลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิระดับสูงกลุ่มงานเกษัชกรรรม โรงพยาบาล
ลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักงานแพทย์

เรื่อง การป้องกันแพ้ยาซ้ำในผู้ป่วยโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

หลักการและเหตุผล

การแพ้ยา (drug allergy or drug hypersensitivity) เป็นอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในลักษณะหนึ่ง ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยคนใดจะเกิดอาการเหล่านี้ขึ้น และอาการเหล่านี้พบได้ในผู้ป่วยบางรายเท่านั้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วมักเกิดจากการที่ตัวยาไปกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองเป็นอาการแพ้ อาจก่อให้เกิดการทำลายเซลล์บางชนิดของร่างกาย หรือกลไกอื่นๆ โดยอาการเหล่านี้มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไป บางอย่างมีความรุนแรงมาก เช่น ทำให้ผู้ป่วยถึงขั้น shock เนื่องจากหลอดเลือดวมและตีบเกร็งจนไม่สามารถหายใจได้ ที่เรียกว่า anaphylaxis เช่น อาการที่พบในผู้ป่วยที่แพ้ยาปฏิชีวนะ (antibiotic drugs) ในกลุ่มเพนิซิลลิน (penicillins) บางอย่างก่อให้เกิด อาการสตีเวน-จอห์นสัน (Stevens-Johnson Syndrome: SJS) ที่ปรากฏอาการปากไหม้พอง หรืออาการผิวหนังถูกทำลาย (Toxic Epidermal Necrolysis : TEN) ที่พบในผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่มซัลฟา (Sulfa drugs) บางราย เป็นต้น ในขณะที่อาการแพ้ยาบางชนิดที่พบ ก็อาจไม่รุนแรงมากนัก เช่น อาจเกิดเพียงอาการผื่นคันที่ผิวหนัง หรืออาการอื่นๆ เพียงเล็กน้อยไม่รุนแรง นอกจากนี้หากพิจารณาในแง่ของระยะเวลาในการเกิดอาการแพ้ยาหลังจากใช้ยา บางครั้งก็อาจเกิดอาการขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นนาทีหรือเป็นชั่วโมงหลังจากได้รับยา แต่บางครั้งอาการก็อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเป็นเวลานานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน และบางครั้งอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้นในการใช้ยาครั้งแรก บางครั้งการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้นในครั้งหลัง ๆ ของการได้รับยา นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยแพ้ยาตัวใดแล้ว ก็อาจมีโอกาที่จะแพ้ยาตัวอื่นในกลุ่มเดียวกัน ยาตัวอื่นบางตัวที่โครงสร้างทางเคมีของยาที่คล้ายกันกับยาตัวที่แพ้ หรือยาบางตัวที่เกิดการแพ้ยาข้ามกลุ่มกันได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำในผู้ป่วยที่แพ้ยา ในโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
2. ป้องกันการแพ้ยาซ้ำในผู้ป่วยที่แพ้ยาจากโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครและต้องส่งตัวไปรักษาที่อื่น

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และลดอุบัติการณ์การเกิดการแพ้ยาซ้ำในผู้ป่วยโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โดยเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และแจ้งมายังกลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อให้เภสัชกรทำการประเมินและเก็บรวบรวมเป็นประวัติ รวมทั้งรวบรวมข้อมูลส่งกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในปัจจุบันยังพบผู้ป่วยที่แพทย์สั่งยาให้กับผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาแล้วเภสัชกรตรวจสอบพบก่อนจ่ายยาให้กับผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก และยังพบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำในผู้ป่วยในโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานครเกิดขึ้น ซึ่งกลุ่มงานได้ตั้งเป้าหมาย ให้ไม่พบเลยในแต่ละเดือน

ดังนั้นควรมีการดำเนินงานโดยเน้นการป้องกันการแพ้ยาซ้ำในลักษณะการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ เภสัชกรร่วมกับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยมีกิจกรรมการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาดังต่อไปนี้

1. ทบทวนบทบาทของสหวิชาชีพในคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร (PCT) มีการวางระบบการซักประวัติและประเมินความสัมพันธ์ และพิจารณา ออกบัตรแพ้ยาพร้อมให้คำแนะนำ มีการพัฒนาระบบเตือนแพ้ยาแบบสติ๊กเกอร์ และ Pop up alert ในคอมพิวเตอร์ ระบบเตือนแพ้ยาแสดงในใบประวัติที่พิมพ์จากห้องตรวจ การเตือนของโปรแกรมนี้จะมีการเตือนในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา และไม่อนุญาตให้สั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ ยกเว้นมีเหตุจำเป็นต้องใช้ ซึ่งแพทย์ผู้สั่งใช้ยาต้องให้เหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานั้นๆ จะทำให้สามารถป้องกันการแพ้ยาซ้ำได้ตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นของการรักษา
2. เฝ้าระวังเพื่อลดความรุนแรงของการแพ้ยาจากการใช้ยากุ่มเสี่ยง
3. สอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการใช้สัญลักษณ์เตือนแพ้ยาแบบสติ๊กเกอร์
4. บันทึกรายละเอียดที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย ลงในแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของ Naranjo's algorithm
5. สรุปผลการดำเนินงาน และเผยแพร่ข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล

แนวทางการซักประวัติผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ

1. เคยแพ้ยาหรือไม่
2. ถ้าแพ้ ทราบชื่อยาที่แพ้หรือไม่ ชื่อยาอะไร ทราบชื่อยาที่แพ้ได้อย่างไร
3. ใครเป็นผู้บอกท่านว่าแพ้ยา และมีบัตรแพ้ยาหรือไม่

4. กรณีเคยแพ้แต่ไม่ทราบชื่อยา ยาที่แพ้มีรูปร่างอย่างไร ใช้อย่างไรเพื่อรักษาโรคอะไร ได้รับยา
มาจากที่ไหน รับประทานอย่างไร
5. ลักษณะอาการแพ้ยาเป็นอย่างไร
6. เกิดอาการหลังจากรับประทานยา/ใช้ยาไปนานเท่าไร รับประทาน/ใช้ยาไปที่มือ
หรือพยาบาลให้ยาไปที่มือกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล
7. อาการที่เกิดขึ้นคงอยู่นานแค่ไหน
8. ภายหลังเกิดอาการ หยุดยาหรือไม่ ถ้าหยุดยา อาการเป็นอย่างไร ดีขึ้นหรือไม่ แล้วกลับมาใช้ยาซ้ำ
ใหม่ เกิดอาการซ้ำอีกหรือไม่
9. ลองซักถามชื่อยาในกลุ่มเดียวกันว่าเคยรับประทานหรือไม่ ถ้าเคย มีอาการผิดปกติภายหลัง
รับประทานยาหรือไม่ อย่างไร
10. เคยแพ้อาหารหรือไม่
11. มีโรคประจำตัวหรือยาประจำตัวอะไรบ้าง รับประทานอย่างไร
12. ปกติเวลาเจ็บป่วย จะไปรักษาที่โรงพยาบาลใด
13. ขอดูยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ทั้งหมด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดอัตราการเกิดการแพ้ยาซ้ำในโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
2. สามารถส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยให้กับ โรงพยาบาลอื่นที่ผู้ป่วยทำการรักษาต่อ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเกิดแพ้ยาซ้ำ ในผู้ป่วยโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ลดลง
2. อัตราการส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยให้กับ โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษาต่อ เพิ่มขึ้น

(ลงชื่อ) 

(นางสาวปานหทัย มนต์สุวรรณ)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) 19 S.A. 2554