

ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
กรณีเกิดการแพ้ยาซ้ำกับยาในกลุ่มเดียวกับที่ผู้ป่วยแพ้

หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

องค์ประกอบที่ 1 การบ่งชี้ความรู้
กรณีศึกษาการเกิดการแพ้ยาซ้ำในกลุ่มยาเดียวกัน

ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 3 ปี มาเข้ารับการรักษาในรพ. เมื่อวันที่ 12/12/2559 ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Cefditoren (Meiact) (ผื่นแดงคันขึ้นทั่วตัว ตาบวม) ได้รับการประเมินตามหลัก WHO = 2 (Probable = น่าจะใช้) ตั้งแต่ปี 29/9/2559

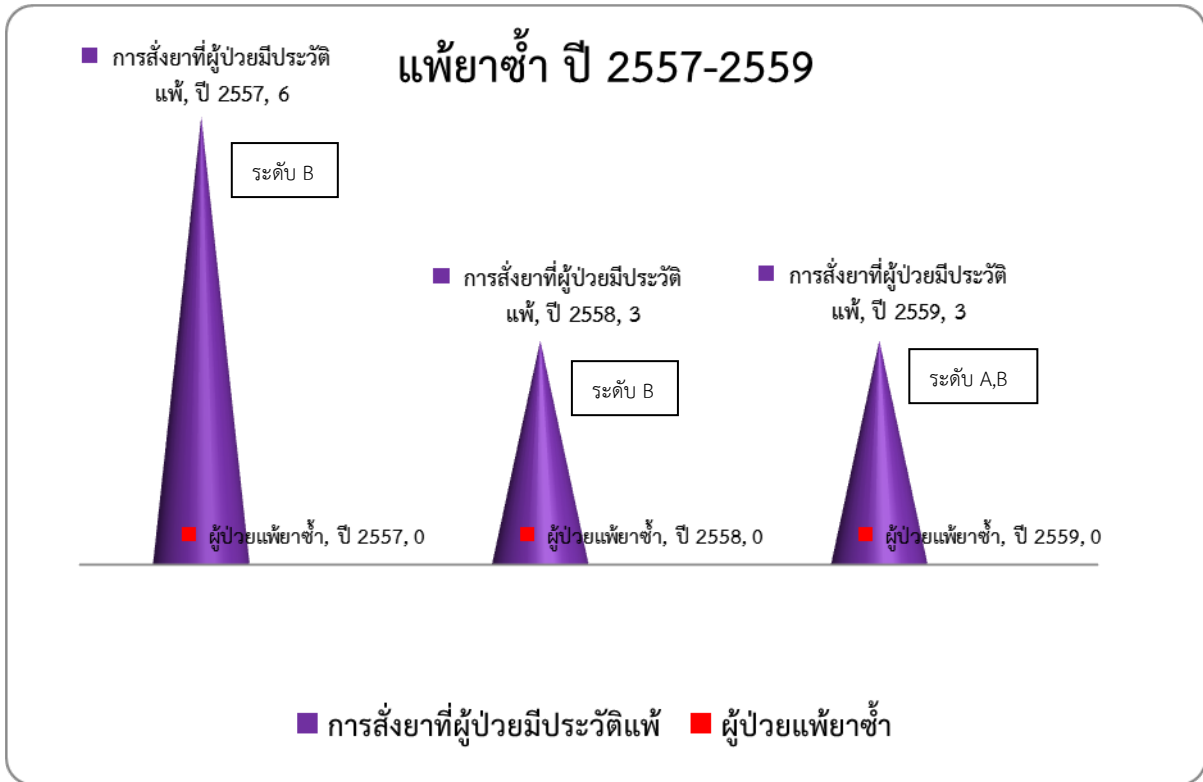
ผู้ป่วยได้รับการประเมิน มีบัตรแพ้ยาติดตัว และมีบันทึกประวัติการแพ้ยาในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล ระบบคอมพิวเตอร์ SSB แล้ว และตอนรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลเพื่อรักษาได้มีการเขียนประวัติแพ้ยา ไว้ที่ใบ admission และ Doctor order sheet แล้ว

หลังจากรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลเพื่อรักษา แพทย์ได้สั่งยา Ceftriaxone IV หลังให้ยาประมาณ 10 นาที พบว่าผู้ป่วยมีอาการคัน มีผื่นแบบ Urticaria ขึ้นทั่วตัว แพทย์จึงสั่งหยุดยาฉีด Ceftriaxone IV เปลี่ยนเป็นยาฉีด clindamycin และฉีดยาแก้แพ้ให้แก่ผู้ป่วย

การแพ้ยา เป็นส่วนหนึ่งของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จัดเป็นอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วย หรือบุคลากรการแพทย์สามารถระบุหรือตรวจจับได้จากอาการหรืออาการแสดง ซึ่งการวางระบบที่ครอบคลุมตั้งแต่การสร้างความเข้าใจ การป้องกัน การดักจับ/การเฝ้าระวัง และการจัดการผลที่เกิดขึ้นตามมา โดยอาศัยความร่วมมือของทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีส่วนสำคัญยิ่งต่อการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

การเกิดการแพ้ยาซ้ำ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และหากเกิดขึ้นแล้วอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ โดยคณะกรรมการความคลาดเคลื่อนทางยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการกำหนดตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับตัวชี้วัดระบบยา ผู้ป่วยที่ได้รับยาที่แพ้ซ้ำนั้นต้องเท่ากับ 0 ราย และควรมีจำนวนการสั่งใช้ยาที่แพ้ซ้ำนั้นลดลง

การดำเนินงานป้องกันการแพ้ยาซ้ำของรพ.ส่งเสริมสุขภาพ ปี 2557-2559 ไม่พบผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ ส่วนการสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยานั้นมาก่อนมีแนวโน้มลดลง ซึ่งได้มีการทบทวน และวางแนวทางป้องกันการสั่งใช้ยาที่แพ้ซ้ำมาอย่างต่อเนื่องทุกกรณีที่เกิดเหตุการณ์ แต่กรณีผู้ป่วยได้รับยาที่แพ้ซ้ำนั้น กรณีนี้เกิดจากผู้ป่วยแพ้ยา Cefditoren (Meiact) มีอาการผื่นแดงขึ้นตามตัว ตาบวม ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม 3rd gen Cephalosporin แพทย์สั่งใช้ยา Ceftriaxone inj ซึ่งเป็นยาในกลุ่มเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยา มีอาการผื่นขึ้นตามตัวเช่นเดียวกัน



กราฟที่ 1 แนวโน้มการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ และผู้ป่วยได้รับยาที่แพ้ซ้ำปี 2557-2559

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้ เพื่อเป็นการหาสาเหตุรากที่แท้จริงตามหลัก RCA ของการเกิดความปลอดภัยเคลื่อนทางยาในกรณีการแพ้ยาซ้ำที่เกิดขึ้น และวิเคราะห์หาช่องว่างของกระบวนการการทำงานที่มีอยู่ร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ ก่อนจะนำเสนอสาเหตุที่ได้ไปปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำให้มีความครอบคลุมทุกรูปแบบ โดยมีการใช้หลัก PDCA (Plan Do Check Action) ในการติดตามทบทวน และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง จนสุดท้ายให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาแก่ผู้ป่วยเป็นสำคัญที่สุด

องค์ประกอบที่ 2 การแสวงหาความรู้

2.1 นิยาม

ADR ย่อมาจาก Adverse Drug Reaction หมายถึง การตอบสนองใดๆ ต่อยาที่เป็นอันตรายและไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาตามขนาดปกติในมนุษย์ เพื่อการป้องกัน วินิจฉัยหรือรักษาโรค หรือเปลี่ยนแปลงผลทางสรีรวิทยาของร่างกาย สำหรับประเทศไทยจะหมายรวมถึงทั้งการแพ้ยา (drug allergy) และ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา (side effect)

การแพ้ยา เป็นรูปแบบหนึ่งของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ที่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อต้านยาที่ได้รับเข้าไป

การแพ้ยาซ้ำ หมายถึง เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาทั้งโดยตนเอง ผู้ดูแล หรือจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วเกิดอาการแพ้ยา โดยที่ผู้ป่วยเคยเกิดอาการแพ้ยาดังกล่าวจากยาที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกัน หรือยาในกลุ่มเดียวกัน (การแพ้ยาซ้ำในกลุ่มเดียวกัน) หรือยาโครงสร้างใกล้เคียงกับยาที่แพ้มาก่อน (การแพ้ยาซ้ำกลุ่ม) ทั้งที่เคยมีประวัติ และไม่มีประวัติการบันทึกในเวชระเบียนหรือเอกสารของโรงพยาบาล ยกเว้นการตั้งใจให้ยาซ้ำของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการรักษา หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือกรณีที่ผู้ป่วยตั้งใจใช้ยาซ้ำด้วยตนเอง

การค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (Root Cause Analysis , RCA) หมายถึง การค้นหาปัจจัยที่เป็นรากของปัญหาหรือสาเหตุพื้นฐานของความแปรปรวนในการปฏิบัติงาน รวมถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงโดยมุ่งเน้นที่ระบบ/กระบวนการเพื่อหาโอกาสที่จะปรับปรุงระบบ/กระบวนการ อันจะนำไปสู่การลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำ

2.2 การแพ้ยาข้ามกัน (Cross Reactivity)

การแพ้ยาตัวใดตัวหนึ่งแล้ว มีโอกาสเล็กน้อยเพียงใดที่จะแพ้ยาที่มีโครงสร้างใกล้เคียงกัน หรือยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน มีแนวทางประเมิน หรือปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่เสียโอกาสการได้รับยารักษา

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โครงสร้างของยาที่ทำหน้าที่เป็น antigen หรือ antigenic determinant ที่กระตุ้นให้เกิดการสร้าง specific antibody ออกมานั้น อาจจะเป็นโครงสร้างเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งของโมเลกุลยา เช่น เป็นโครงสร้างหลัก หรือเป็น side chain หรืออาจจะเป็นโครงสร้างทั้งโมเลกุลของยาก็ได้ ดังนั้นจึงมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะแพ้ยาที่มีโครงสร้างใกล้เคียงกันได้ ถ้าโครงสร้างดังกล่าวเหมือนกับ antigenic determinant ซึ่งสามารถจับกับ specific antibody ที่ร่างกายสร้างขึ้นมาเพื่อตอบสนองต่อยาตัวที่ผู้ป่วยเคยแพ้ และได้รับมาก่อนหน้านี้

ยากลุ่ม Cephalosporin

ถึงแม้โครงสร้างของ cephalosporin จะประกอบด้วย beta-lactam ring เช่นเดียวกับกับยาในกลุ่ม penicillin แต่มีส่วนที่แตกต่างกัน คือ โครงสร้างของยากลุ่ม cephalosporin ประกอบด้วย beta-lactam ring ต่อกับ dihydrothiazine ring และมี side chain 2 ข้าง ดังนั้นหลังจากเข้าสู่ร่างกายถึงจะมีการแตกออกของ beta-lactam ring เช่นเดียวกับ penicillin แต่ที่แตกต่างกันคือ cephalosporin จะมีการแตกออกของ dihydrothiazine ring ด้วย ส่วนโครงสร้างที่แตกออกมาของ cephalosporin มักจะไม่ค่อยเสถียรเหมือนกับกรณีการเกิด penicilloyl determinant ของ penicillin และโครงสร้างที่แตกออกมาของ beta-lactam ring ของยากลุ่ม cephalosporin สามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างไปเป็นโครงสร้างอื่นๆ ที่แตกต่างกันได้มากมายขึ้นอยู่กับ side chain ทั้ง 2 ด้านของ cephalosporin ซึ่งโครงสร้างเหล่านี้สามารถเป็น hapten จับกับ protein และเป็น antigenic determinant ของยาได้ ในปัจจุบันข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับ antigenic determinant ของยากลุ่ม cephalosporin ยังคงมีจำกัด ไม่เหมือนกับยาในกลุ่ม penicillin จึงทำให้เป็นการยากมากที่จะสรุปได้ว่า antigenic determinant ของ cephalosporin เป็นโครงสร้างส่วนใดกันแน่ โดยสรุปแล้วการเกิดการแพ้ยาในกลุ่ม cephalosporin อาจแบ่งได้เป็น 3 กรณี คือ

1. **กรณีที่ antigenic determinant คือ beta-lactam ring** ผู้ป่วยที่แพ้ cephalosporin ตัวใดตัวหนึ่ง ก็มีโอกาสสูงที่จะแพ้ยา cephalosporin ตัวอื่นๆ ด้วยทุกตัว นอกจากนั้นยังมีโอกาสสูงที่จะแพ้ยาในกลุ่ม beta-lactam เช่น penicillin หรือ carbapenem ด้วยเช่นกัน
2. **กรณีที่ antigenic determinant คือ side chain ของ cephalosporin** ผู้ป่วยที่แพ้ยา cephalosporin ตัวใดตัวหนึ่งมีโอกาสที่จะแพ้ยา ตัวอื่น หรือยากลุ่ม penicillin เฉพาะตัวที่มี side chain เหมือนกันเท่านั้น
3. **กรณีที่ antigenic determinant คือ โครงสร้างของยาทั้งโมเลกุล** ผู้ป่วยที่จะแพ้ cephalosporin เพียงตัวเดียวเท่านั้น

อย่างไรก็ดี ข้อมูลเท่าที่มีในปัจจุบันพบว่า ส่วนที่เป็น side chain ของ cephalosporin เป็น antigenic determinant ได้บ่อยมากกว่าส่วน ของ beta-lactam ring

2.3 ระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

- ❖ การปฏิบัติงานในกระบวนการเฝ้าระวัง และป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนั้นมี การวางแผนแนวทาง มีแผนผังการปฏิบัติงานไว้ มีการแจ้งให้ทราบ และปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน และมีการปรับปรุงแนวทาง รายละเอียดของแต่ละขั้นตอนการทำงานมาโดยตลอด โดยมีคณะกรรมการ ความปลอดภัยของยาที่มาจากสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ในการ กำหนดแนวทาง และการติดตามระบบการทำงาน ดังนี้

หน่วยงานผู้ป่วยนอก ได้แก่ ทันตกรรม, ห้องตรวจโรคเด็ก, งานฝากครรภ์, คลินิกวัยทำงาน, คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี, งานให้คำปรึกษา

1. สอบถามประวัติการแพ้ยาของผู้รับบริการทุกครั้ง
2. กรณีที่ซักประวัติผู้รับบริการแล้วพบการแพ้ยา
 - หน่วยงานที่ไม่ใช่ OPD card (ทันตกรรม, ห้องตรวจโรคเด็ก) ให้ประทับตรายางสีแดง “แพ้ยา.....” ในใบ VN พร้อมระบุชื่อยาที่แพ้ลงไปช่องว่าง
 - หน่วยงานที่ใช้ OPD card (งานฝากครรภ์, คลินิกวัยทำงาน, คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี, คลินิกวัยทำงาน, งานให้คำปรึกษา) ให้ประทับตรายางสีแดง “แพ้ยา.....” ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย หน้าที่ใช้ช้อกอาการนำมาโรงพยาบาล พร้อมระบุชื่อยาที่แพ้ลงไปช่องว่าง
3. ลง message ประวัติการแพ้ยาลงในคอมพิวเตอร์ (ใน message allergic / สีเขียว)
4. กรณียังไม่ผ่านการประเมินโดยเภสัชกรให้ส่งพบเภสัชกรเพื่อประเมินแพ้ยา
5. แพทย์ / เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ประทับตรายางสีแดง ”แพ้ยา.....” ในใบสั่งยา พร้อมระบุชื่อยาที่ print ออกมาทุกครั้ง
6. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานตรวจสอบรายการยาที่แพทย์สั่งอีกครั้งว่าตรงกับรายการยาที่แพ้หรือไม่
7. กรณีผู้ป่วยจะเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ประทับตรายางสีแดง ”แพ้ยา.....” ลงในใบ Doctor’ s order sheet ช่อง Progress note พร้อมระบุชื่อยาที่แพ้ลงไปช่องว่าง

หน่วยงานผู้ป่วยใน ได้แก่ ห้องคลอด, ตึกเด็กป่วย, สูติกรรม, ทารกแรกเกิดป่วยหนัก และงานวิสัญญี

1. สอบถามประวัติการแพ้ยาของผู้รับบริการทุกครั้งก่อนบริหารยาและจ่ายยา
2. กรณีที่ซักประวัติผู้รับบริการแล้วพบการแพ้ยาให้ประทับตรายางสีแดง “แพ้ยา.....” ลงในใบ Doctor’ s order sheet ช่อง Progress note พร้อมระบุชื่อยาที่แพ้ลงไปช่องว่าง
3. ลง message ประวัติการแพ้ยาลงในคอมพิวเตอร์ (ใน message allergic / สีเขียว)
4. กรณียังไม่ได้รับการประเมินโดยเภสัชกรให้ส่งพบเภสัชกรเพื่อประเมินแพ้ยา
5. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานตรวจสอบรายการยาที่แพทย์สั่งอีกครั้งว่าตรงกับรายการยาที่แพ้หรือไม่

ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก / ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน

1. การรับใบสั่งยา

1.1 เจ้าหน้าที่รับใบสั่งยาตรวจสอบพบข้อความ “แพ้ยา.....” ในใบสั่งยา / Doctor’s order sheet / ใน message allergic สีเขียว

- กรณียังไม่ได้รับการประเมินโดยเภสัชกร :

ผู้ป่วยนอก: ให้ประทับตราอย่างสีแดง “แพ้ยา.....” ในใบสั่งยาสีฟ้า ระบุชื่อยาที่แพ้ลงไปในช่องว่าง พร้อมแนบใบสีชมพู “**ให้คำปรึกษา**” แล้วส่งพบเภสัชกร

ผู้ป่วยใน: เขียนชื่อผู้ป่วย และตีผู้ป่วยลงในสมุดให้คำปรึกษาด้านยา เพื่อให้เภสัชกรเข้าไปประเมินแพ้ยาในตึกผู้ป่วย

- กรณีประเมินโดยเภสัชกรแล้ว:

ผู้ป่วยนอก: ให้ประทับตราอย่างสีแดง “แพ้ยา.....” ในใบสั่งยาสีฟ้า พร้อมระบุชื่อยาที่แพ้ลงไปในช่องว่าง แล้วลงข้อความ “**ประเมินแล้ว**”

ผู้ป่วยใน: ประทับตราอย่างสีแดง “แพ้ยา.....” ลงในใบ Doctor’s order sheet ช่อง Progress note พร้อมระบุชื่อยาที่แพ้ลงไปในช่องว่าง

1.2 เภสัชกรดำเนินการประเมินการแพ้ยาของผู้รับบริการ บันทึกข้อมูลและผลการประเมินการแพ้ยา

2.1 กรณีไม่แพ้ยา (ผลการประเมินได้ระดับ 4) :

- ลงข้อมูลแพ้ยาใน message allergic สีเขียว / เพิ่มประวัติ ว่า

ประเมินแล้ว.....ไม่แพ้ยา.....ลงชื่อ/วันที่ประเมิน

- กรณีเคยมีบันทึกประเมินแพ้ยาแล้ว แต่ผลการประเมินครั้งล่าสุดไม่แพ้ยาให้บันทึกข้อมูลลงในใบแนบ OPD card สีฟ้า

2.2 กรณีแพ้ยา (ผลการประเมินได้ระดับ 1 – 3) :

- ตีตติ๊กเกอร์สีชมพู ที่หน้าเพิ่มประวัติผู้ป่วย พร้อมระบุชื่อยาที่แพ้ และวันที่ประเมิน

- บันทึกข้อมูลประวัติแพ้ยาใน OPD card และวันที่ประเมิน

- บันทึกข้อมูลลงในใบแนบ OPD card สีชมพู

- ลงข้อมูลแพ้ยาใน message allergic สีเขียว / เพิ่มประวัติ ระบุ

1. ชื่อยา

2. แหล่งที่รับ

3. อาการ

4. severity

5. ผลการประเมิน WHO

6. Intervention

7. ลงชื่อ/วันที่ประเมิน

2.3 กรณีผู้ป่วยฝากครรภ์ เภสัชกรบันทึกข้อมูลการแพ้ยาในสมุดฝากครรภ์สีชมพูหน้าประวัติแพ้ยาและหน้าบันทึกการฝากครรภ์ ด้วยปากกาสีแดง พร้อมลงวันที่และชื่อผู้ลงข้อมูล (กรณีมีการเพิ่มหน้าบันทึกการฝากครรภ์ให้พยาบาลห้องตรวจลงประวัติแพ้ยาทุกครั้ง)

- ตีตติ๊กเกอร์แพ้ยาสีชมพูระบุชื่อยาที่ผู้ป่วยแพ้ที่หน้าสมุดฝากครรภ์

- ถ้าผู้ป่วยมีบัตรแพทย์ที่ทราบชื่อยา จากสถานพยาบาลอื่นๆ อยู่แล้ว ให้พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ ลงบันทึกข้อมูลการแพ้ยาลงในสมุดฝากครรภ์ได้เลย พร้อมลงวันที่และชื่อผู้ลงข้อมูล แล้วส่งพบ เภสัชกรเพื่อบันทึกประวัติการแพ้ยาตามระบบ

2.4 กรณีผู้ป่วยใน ให้ลงบันทึกการประเมินแพ้ยาในช่อง Progress note ระบุชื่อยา อาการที่แพ้ ผลการประเมิน ลงชื่อผู้ประเมินและวันที่ประเมิน

2.5 จัดทำรายงานตามระบบการรายงาน ADR ส่งศูนย์ติดตาม ADR สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผ่านระบบ Internet Website: <http://www.fda.moph.go.th/APR> (กรณีมีอาการขณะประเมิน)

2.6 ออกบัตรแพทย์ให้ผู้ป่วยบริการโดย

- ผู้ป่วยที่มีอาการขณะประเมิน และผลการประเมินแพ้ยาจริง
- ผู้ป่วยให้ประวัติแพ้ยา ผลการประเมินแพ้ยาจริงระดับ 1=certain, 2=probable, 3=possible และไม่มีบัตรแพทย์ (ให้เขียนในบัตรแพทย์ว่า “ผู้ป่วยให้ประวัติ”)

2.7 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่แพ้และยาในกลุ่มเดียวกันที่อาจแพ้ได้

2. จัดยา

- เจ้าหน้าที่จัดยาตามใบสั่งยา ติดสติ๊กเกอร์
- ถ้ามีประวัติบทรายางสีแดง “แพ้ยา.....” ให้ตรวจสอบชื่อยาที่แพ้กับยาที่ผู้ป่วยได้รับว่าไม่ตรงกัน โดยดูจากตารางการแพ้ยาในกลุ่มเดียวกันและยาที่ควรหลีกเลี่ยงซึ่งติดไว้ข้างตู้ยา
- ตรวจสอบยาที่ได้รับตามใบสั่งยาอีกรอบ (double check)

3. จ่ายยา

- สอบถามประวัติการแพ้ยาของผู้รับบริการทุกครั้งก่อนให้บริการจ่ายยา

❖ การนำผลการประเมินการแพ้ยาไปใช้ประโยชน์ทางคลินิก

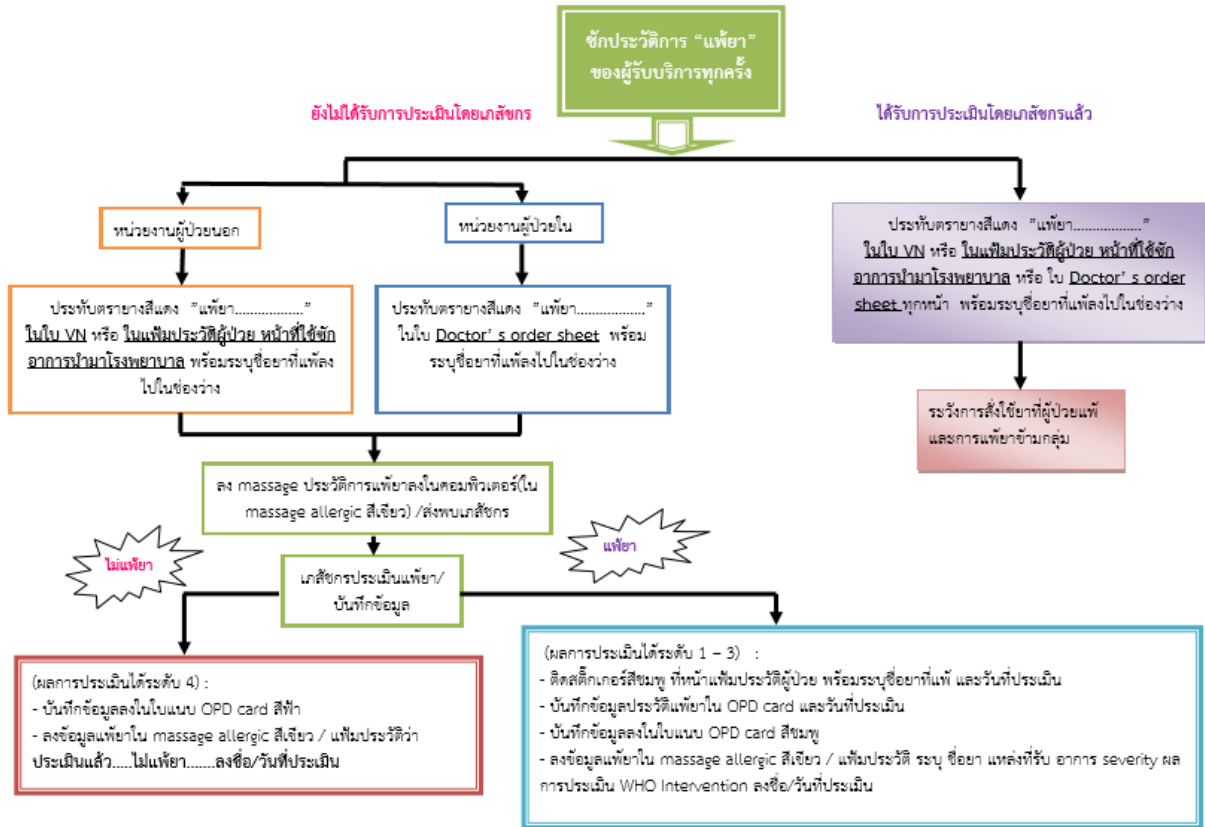
ผลการประเมินการแพ้ยาแบ่งเป็น 4 ระดับ

1 = “**ใช่แน่**” (certain) หมายถึง อาการที่พบเกิดจากยาที่สงสัยแน่นอน ไม่มีสาเหตุอื่น และเคยการเกิดอาการแพ้มากกว่า 1 ครั้ง จึงควรหลีกเลี่ยงการสั่งยานี้และยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน

2 = “**น่าจะใช่**” (probable) หมายถึง ไม่มีสาเหตุอื่นให้สงสัย แต่ยังไม่มีการทดลองใช้ยาซ้ำ จึงไม่สามารถมั่นใจได้ 100% ว่าเกิดจากยาที่สงสัยแน่นอน ระดับความเชื่อมั่นจะน้อยกว่า “ใช่แน่” ดังนั้นถ้าอาการไม่รุนแรงมากนักแต่ยานั้นมีความจำเป็นหรือเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่ายาทางเลือก ก็อาจตัดสินใจใช้ยาซ้ำ (ควรหลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติเกิดอาการ Anaphylaxis)

3 = “**อาจจะใช่**” (possible) หมายถึง มีสาเหตุอื่นให้สงสัย เช่น มีการใช้ยาหลายตัวพร้อมกันซึ่งเคยมีรายงานการแพ้ยาดังกล่าว อีกทั้งไม่มีการทดลองใช้ยาตัวใดเลย หรือ มีประวัติแพ้อาหาร, ฝุ่นละออง ร่วมด้วย ระดับความเชื่อมั่นจะน้อยกว่า “ใช่แน่” และ “น่าจะใช่” ดังนั้นถ้าอาการไม่รุนแรงมากนัก แต่ยานั้นมีความจำเป็นหรือมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่ายาทางเลือก การตัดสินใจใช้ยาซ้ำอาจจะง่ายกว่า “น่าจะใช่”

4 = “**ไม่น่าใช่**” (unlikely) หมายถึง อาการที่พบไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาการใช้ยา, เป็นอาการข้างเคียงจากการใช้ยา (side effect) และอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยา หรือเคยใช้ยานั้นซ้ำโดยไม่ทราบว่าเป็นยาตัวเดียวกันและไม่เกิดอาการ จึงสามารถสั่งใช้ยานั้นในการรักษาผู้ป่วยได้



รูปที่ 1 แผนภูมิการชັกประวัติแพ้ยาผู้ป่วย

2.4 การสรุปบททวนกิจกรรมความคลาดเคลื่อน กรณีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา

การดำเนินงานป้องกันการแพ้ยาซ้ำปี 2557 – 2559 ไม่พบผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ ส่วนการสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยานั้นมาก่อนมีแนวโน้มลดลง ซึ่งได้มีการทบทวนและวางแนวทางป้องกันดังนี้

1. ปี 2557 พบมีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ซ้ำ 6 ราย (ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ B: ANC 3 ราย, ตรวจโรคเด็ก 2 ราย, เด็กป่วย 1 ราย)

การทบทวนสาเหตุและแนวทางแก้ไข

- 1) ไม่ได้อ่าน message ประวัติแพ้ยา (สีเขียว) ในคอมพิวเตอร์ เน้นย้ำให้อ่าน message ประวัติแพ้ยา (สีเขียว) ในคอมพิวเตอร์ทุกครั้งก่อนการจัด/จ่ายยา/บริหารยา
- 2) ข้อมูลชื่อยาที่แพ้ที่หน้าจอ comp. มีหลายตัว ให้ระบุยาทุกตัวที่แพ้บนแถวบนสุดและแสดงรายละเอียดยาที่แพ้แต่ละตัวในบรรทัดถัดไป
- 3) แพทย์และเจ้าหน้าที่ไม่ถามประวัติแพ้ยา เน้นย้ำให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ถามผู้ป่วยเรื่องแพ้ยาทุกครั้งก่อนการสั่งจ่ายยา
- 4) ไม่เขียนประวัติแพ้ยาใน doctor’s order sheet ทุกใบ เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่เขียนประวัติแพ้ยาใน doctor’s order sheet ทุกใบ
- 5) ไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ ทบทวนขั้นตอนปฏิบัติตามขั้นตอน/ให้ความสำคัญ
- 6) การส่งต่อข้อมูล ไม่ได้แนบใบผู้ป่วยแพ้ยาไปกับใบสั่งยาเพื่อช่วยย้ำเตือนแพทย์ที่สั่งยา เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่แนบใบผู้ป่วยแพ้ยาไปกับใบสั่งยาเพื่อช่วยย้ำเตือนแพทย์ที่สั่งยา

7) การให้คำปรึกษาเรื่องแพ้ยา

- การลงบันทึกข้อมูลการแพ้ยา ในสมุดฝากครรภ์สีชมพู ด้วยปากกาสีแดง
- กรณีที่ส่งพบเภสัชกรเป็นผู้ประเมินการแพ้ยาตามระบบ ให้เภสัชกรเป็นผู้บันทึกข้อมูลการแพ้ยา ในสมุดฝากครรภ์สีชมพูหน้าประวัติแพ้ยาและหน้าบันทึกการฝากครรภ์ ด้วยปากกาสีแดง พร้อมลงวันที่และชื่อผู้ลงข้อมูล (กรณีมีการเพิ่มหน้าบันทึกการฝากครรภ์ให้พยาบาลห้องตรวจลงประวัติแพ้ยาทุกครั้ง)
- ติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาสีชมพูระบุชื่อยาที่ผู้ป่วยแพ้ที่หน้าสมุดฝากครรภ์
- ถ้าผู้ป่วยมีบัตรแพ้ยาที่ทราบชื่อยา จากสถานพยาบาลอื่นๆ อยู่แล้ว ให้พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ ลงบันทึกข้อมูลการแพ้ยาลงในสมุดฝากครรภ์ได้เลย พร้อมลงวันที่และชื่อผู้ลงข้อมูลแล้วส่งพบ เภสัชกรเพื่อบันทึกประวัติการแพ้ยาตามระบบ

2. ปี 2558 พบมีการส่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ซ้ำ 3 ราย (ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ B: ห้องผ่าตัด 1 ราย วิสัญญี 1 ราย ตรวจโรคเด็ก 1 ราย)

การทบทวนสาเหตุและแนวทางแก้ไข

- 1) ไม่ได้อ่าน massage ประวัติแพ้ยา (สีเขียว) ในคอมพิวเตอร์ เน้นย้ำให้อ่าน massage ประวัติแพ้ยา (สีเขียว) ในคอมพิวเตอร์ทุกครั้งก่อนการจัด/จ่ายยา/บริหารยา
- 2) แพทย์และเจ้าหน้าที่ไม่ถามประวัติแพ้ยา เน้นย้ำให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ถามผู้ป่วยเรื่องแพ้ยาทุกครั้งก่อนการสั่งจ่ายยา
- 3) ไม่เขียนประวัติแพ้ยาใน doctor's order sheet ทุกใบ เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่เขียนประวัติแพ้ยาใน doctor's order sheet ทุกใบและตรวจสอบยาที่แพทย์สั่งกับ doctor order หรือ OPD card ทุกครั้ง
- 4) การส่งต่อข้อมูลกรณีผู้ป่วยนอก แพทย์ไม่คืนใบแนบพ้ายากลับมาให้เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจเพื่อตรวจสอบแพ้ยาอีกครั้ง โดยให้ผู้ช่วยหน้าห้องตรวจช่วยส่งคืนใบแนบพ้ายากลับมาให้เจ้าหน้าที่ห้องตรวจทุกครั้ง

3. ปี 2559 พบมีการส่งใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ซ้ำ 3 ราย (ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ B: ตรวจโรคเด็ก 1 ราย ANC 1 ราย + ระดับ A ตรวจโรคเด็ก 1 ราย)

การทบทวนสาเหตุและแนวทางแก้ไข

- 1) เจ้าหน้าที่เวียนมาช่วยงานห้องตรวจ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ได้มีการทบทวนระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ โดยเน้นย้ำเจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจที่เวียนมาช่วยตรวจสอบใบสั่งยา
- 2) เจ้าหน้าที่ชื่อยา ให้ดำเนินการตรวจสอบตามระบบป้องกันการแพ้ยาเหมือนผู้ป่วยทั่วไป

2.4 บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภญ.ธิดา นิงสานนท์ กล่าวใน เรื่องการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้ยา หนังสือการบริหารยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 2557 ว่า ‘โรงพยาบาลที่มีระบบเฝ้าระวังการเกิดการแพ้ยาซ้ำที่มีประสิทธิภาพ นั้น ระบบจะช่วยคัดกรองการสั่งยา และการจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้ ซึ่งจะช่วยสกัดความคลาดเคลื่อนไปได้ก่อนที่จะไปถึงพยาบาล อย่างไรก็ตามบางครั้งความคลาดเคลื่อนก็อาจหลุดรอดไป การตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นก่อนให้ยา ใบบันทึกการให้ยา (medication administration record; MAR) ทุกใบ จึงควรมีการบันทึกประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลสังเกตเห็นทุกครั้งก่อนการให้ยา

ข้อมูลการแพ้ยา ต้องบันทึกในเวชระเบียน และแบบบันทึกการให้ยา (ใบ MAR) ในจุดที่กำหนดไว้ให้ลงข้อมูลการแพ้ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสังเกตเห็นได้ชัดเจน และสำหรับผู้ป่วยที่แพ้ยาอาจใช้ป้ายข้อ่มือระบุตัวผู้ป่วยที่เป็นสี เช่น สีแดง (แล้วแต่โรงพยาบาลกำหนด และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วกัน) เพื่อให้พยาบาลสังเกตเห็น และเป็นการเตือนให้ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยอีกครั้งก่อนให้ยา หากยาที่จะให้จะเป็นยาที่มีส่วนผสมของยาหลายชนิด หรือเป็นยาที่มักมีการแพ้ยาข้ามบ่อย ให้ตรวจสอบข้อมูลกับเภสัชกร

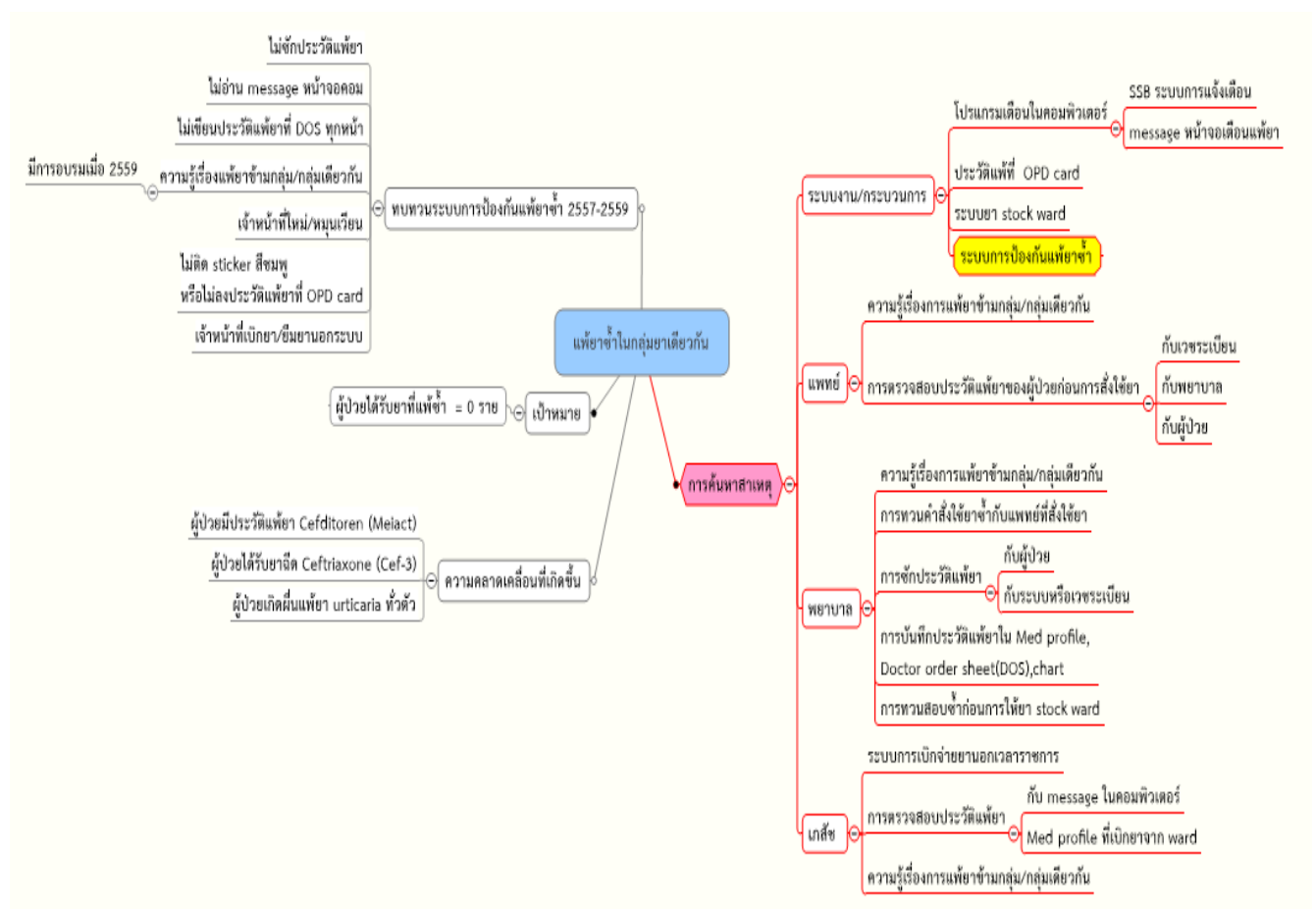
ปัจจัยที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ได้แก่

1. การขาดการสื่อสารระหว่างผู้สั่งใช้ยา ผู้จ่ายยา ผู้ให้ยา และผู้ป่วยในกระบวนการใช้ยา การทำงานเป็นทีมที่มีการสื่อสารข้อข้องใจ และประเด็นที่เป็นปัญหาระหว่างวิชาชีพ และร่วมมือหาทางแก้ปัญหาโดยยึดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายร่วมกัน จะช่วยลดปัญหาในเรื่องการสื่อสารลงได้มาก นอกจากนี้หากมีการสื่อสาร และให้ความรู้เรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ป้ผู้ป่วยเอง หรือญาติอย่างเหมาะสม จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการให้ยามืด หรือลืมให้ยาลงได้
2. การมีอัตรากำลังไม่เหมาะสมกับภาระงาน ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ และจะเป็นปัญหามากในแผนกที่มีการใช้ยามาก
3. การขาดการตรวจสอบซ้ำจากบุคคลอื่น (independent double check) หรือแม้แต่การตรวจสอบซ้ำจากบุคคลเดียวกัน (double check) เมื่อมีการเตรียมยาในหอผู้ป่วยว่าตรงตามที่คุณสั่งใช้ยาต้องการหรือไม่ก่อนให้ยา อันเนื่องมาจากอัตรากำลังไม่เหมาะสม หรือหากมีอัตรากำลังพอ แต่อาจเป็นเพราะไม่เห็นความสำคัญเนื่องจากมั่นใจว่าถูกต้องแล้ว
4. การขาดการฝึกปฏิบัติ หรือเน้นให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามขั้นตอน

รุ่งลักษณ์ คิดก่อการุญ และคณะ (2551) ได้ทำศึกษาข้อมูลการส่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยเคยแพ้จากเภสัชกรห้องจ่ายยา โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จากการวิเคราะห์หาต้นเหตุ และการซักถามผู้ที่เกี่ยวข้อง เปรียบเทียบอุบัติการณ์ของการส่งจ่ายยาในปีงบประมาณ 2547-2549 ด้วยสถิติไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหาสาเหตุและแนวทางป้องกัน ผลการศึกษา อุบัติการณ์ต่อใบสั่งยา 10,000 ใบในปี 2547-2549 เท่ากับ 2.02, 1.71 และ 1.14 ตามลำดับซึ่งต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สาเหตุของการแพ้ยาซ้ำหรือการส่งจ่ายยาที่ ผู้ป่วยเคยแพ้พบว่าเกิดจากบุคลากร ระบบ ตัวผู้ป่วย การสื่อสารและปัจจัยอื่นๆ เพราะบุคลากรไม่ปฏิบัติตามระบบที่วางไว้หรือปฏิบัติ ตามเป็นบางครั้งหรือไม่ทราบข้อมูลยาที่สำคัญ ได้แก่ ชื่อการค้า ส่วนประกอบของยาสูตรผสม ยาในกลุ่มเดียวกัน เป็นต้น สาเหตุอีกประการหนึ่งเนื่องจากระบบที่ยัง ไม่ครอบคลุมทุกช่วงเวลาให้บริการหรือเครื่องมือ ที่ใช้ในระบบไม่เอื้อต่อการเฝ้าระวัง อีกทั้งอาจ ทำให้เสี่ยงที่จะแพ้ยาซ้ำ เช่น การประทับตรา รายการยาที่ใช้ประจำ บางครั้งสาเหตุเกิดจากตัวผู้ป่วยที่ไม่ ตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังตนเอง จากการแพ้ยาซ้ำ ไม่พกบัตรแพ้ยา ไม่แสดงบัตร แพ้ยาไม่แจ้งชื่อยาที่เคยแพ้ ไม่แจ้งชื่อยาที่เคยแพ้ การสื่อสารเป็นสาเหตุของการแพ้ยาซ้ำ หรือการส่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยเคยแพ้ที่สำคัญโดยระบบ การสื่อสารหรือการส่งต่อข้อมูลไม่สมบูรณ์ ขาดการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และระบบการ บริหารยาเปลี่ยนแปลงใหม่ทำให้บุคลากรยังไม่ได้ รับรู้หรือทำความเข้าใจให้ตรงกัน นอกจากนี้ บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ไม่ทราบแนวทางการ เฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำของโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุให้แพทย์สั่ง จ่ายยาที่เคยแพ้เป็นปัจจัยภายนอก ได้แก่ การติดชื่อ การค้า ภาระงาน การประเมิน การเสียโอกาสการ ใช้ยาของผู้ป่วย โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยแสดงข้อมูลในใบสั่งยาให้ชัดเจน สร้างนวัตกรรมใหม่เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง โดยจัดทำป้าย

เดือนหรือปายข้อมูลการเฝ้าระวังการแพ้ยาในกลุ่มเดียวกันแยกเป็น กลุ่มเพนิซิลลิน กลุ่มซัลฟา ยาพาราเซตามอล ตัดหน้าซาร์ท บอร์ดที่ห่อผู้ป่วย และโต๊ะตรวจ หรือทำปาย แพ้ยาข้างเตียง ปายรณรงค์เดือนบุคลากรให้ซักประวัติแพ้ยา โดยเดือนแพทย์ด้วยข้อความ “ถาม ประวัติแพ้ยาก่อนสั่งจ่ายยา” และเดือนเภสัชกร และพยาบาลด้วยข้อความ “ถามประวัติแพ้ยาก่อนจ่ายยา” หรือในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูล ได้ให้จัดทำสายรัดข้อมือ (wrist band) ที่มีชื่อผู้ป่วย และชื่อยาที่แพ้ อาจแต่งกลอนข้างเตียงที่ช่วยเตือน ญาติหรือผู้ใกล้ชิดที่มาเฝ้าผู้ป่วยให้ตระหนักถึง ความสำคัญของการให้ประวัติแพ้ยา หรือใช้แบบ บันทึกรายงานอาการไม่พึงประสงค์เบื้องต้นเพื่อ สื่อสารระหว่างหอผู้ป่วยกับห้องจ่ายยา เพิ่มการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่รวมถึงเจ้าหน้าที่ใหม่รับทราบและเข้าใจ ตรงกันในเรื่องแนวทางปฏิบัติโดยเฉพาะในส่วน ที่ปรับเปลี่ยนใหม่ ใช้เทคโนโลยี ช่วยสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย และปรับเปลี่ยน หรือเพิ่มระบบ ทั้งนี้ควรพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด รวมทั้งมีวิธีรณรงค์ที่หลากหลายทันสมัยเพื่อ กระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญของความร่วมมือ เฝ้าระวังการแพ้ยาฯ ลดความเสี่ยงจากการแพ้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 3 การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ



องค์ประกอบที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประมวลผล และแบ่งปันความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 การประชุมคณะอนุกรรมการ ME 1/2560

การติดตามการรายงานความคลาดเคลื่อน และกิจกรรมการทบทวนความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการเกิดความคลาดเคลื่อนสำคัญ อย่างเช่น การเกิดการสั่งจ่ายที่แพ้ซ้ำ หรือผู้ป่วยได้รับยาที่แพ้ซ้ำ จะนำกิจกรรมทบทวนจากหน่วยงานที่ทำการทบทวนเหตุการณ์ วิเคราะห์หาสาเหตุ และการแก้ไขภายในหน่วยงานมาแล้วนั้น มาร่วมกันวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อชวนกันทบทวนสาเหตุ แก้ไขจนเกิดข้อตกลงในการปฏิบัติงานในการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนต่อไป โดยในกรณีแพ้ยาซ้ำครั้งนี้ มีหน่วยงานที่บริหารยา และแพทย์ ที่ทำกิจกรรมทบทวนเหตุการณ์

ทบทวน 12 กิจกรรม PCT/หอผู้ป่วย/งาน.....เด็กป่วย.....

ประจำเดือน...ธันวาคม พ.ศ.2559.....

กิจกรรมที่ 7. การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
ให้ทบทวน ให้ครอบคลุมประเด็น Medication Error / ยาที่ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง / High Alert / DI / DUR / ADR / Stock ยา

อุบัติการณ์ต่าง ๆ	ระดับความรุนแรง	ทบทวนสาเหตุ / ปัญหา	การปฏิบัติเพื่อแก้ไข / ป้องกัน
ด.ช.อายุ 2 ปี10เดือน HN 5702238 AN 5904217 Admit วันที่ 11ธ.ค. 59 เวลา 03.35 น. Dx. AGE CC.ไข้ ถ่ายเหลว อาเจียน ประวัติแพ้ยา Meiact วันที่ 12 ธ.ค. 59 แพทย์สั่งฉีดยา Cef-3 450 mg. v q 12 hrs. เวลา 10.00 น. ฉีดยาไปเวลา 10.30 น.หลัง ฉีดไปประมาณ 10 นาที เด็กมีผื่นขึ้น Notify แพทย์ทราบให้ off Cef-3 และ เปลี่ยนเป็น Clindamycin ฉีดแทน	ME	1. ใบใบคำสั่งแพทย์ใบที่ 2 ไม่ได้เขียนด้วยปากกาแดง ว่า แพ้ยา 2. ใบ Medication Profile มีเขียนประวัติแพ้ยา แต่ ห้อยยาจ่ายยา Cef-3 มา ให้ → ? 3. หัวหน้าเวรรายงาน แพทย์ทราบแล้วแต่แพทย์ ยังสั่งยาในกลุ่มเดียวกัน 4. ใบใบบันทึกทางการ พยาบาลไม่ได้บันทึก รายละเอียดของเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้น 5. เจ้าหน้าที่พยาบาลไม่รู้ ว่ายา meiact อยู่ในกลุ่ม เดียวกันกับ Cef-3 ทุกคน	1. ทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิมถ้ามีคนใช้แพ้ยา ดังนี้ 1.1 เขียนคำว่าแพ้ยาในใบคำสั่งแพทย์ทุกแผ่นที่มี Order 1.2 เขียนคำว่าแพ้ยาในใบ Medication Profile ถ้าผู้ป่วยมานานขอเวลา ราชการ (ในเวลาห้อยยาเขียน) 1.3 เขียนคำว่าแพ้ยาในใบ Kardex 2. การเขียนคำว่าแพ้ยา ทำเพิ่มที่หน้า chart ผู้รับบริการ 3. เภสัชกรต้องทวนสอบกับแพทย์ทุกครั้งถ้ามีการสั่งยาที่ผู้ป่วยแพ้ในกลุ่ม เดียวกัน 4. ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงพยาบาลหัวหน้าเวรต้องบันทึกอาการผู้ป่วย ให้ถูกต้องตามมาตรฐานการปฏิบัติทางการพยาบาล 5. ทุกเวรต้องมีการส่งเวรว่าผู้ป่วยแพ้ยา และสอบถามความรู้ว่ายาที่แพ้ อยู่ในกลุ่มไหน

รูปที่ 2 กิจกรรมทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาจากหน่วยงานที่มีการบริหารยา

กิจกรรมทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา ประจำเดือน

กิจกรรมทบทวนที่ 7 เรื่อง ความคลาดเคลื่อนทางยา วันที่

เรื่อง..... บททบทวนครั้งที่.....

วัตถุประสงค์.....

หน่วยงาน	ปัญหาที่พบ	มาตรฐานการปฏิบัติที่กำหนด
หน่วยงานหลัก FA: Note Taker ผู้เข้าร่วม:	วัตถุประสงค์ปัญหา/เหตุการณ์ (C) - ผู้ป่วยแพ้ยา cefditoren แพทย์สั่งจ่าย ceftriaxone ชนิด 10 ฉอตีขึ้นฉับหนึ่งวัน ฆ่าเชื้อดื้อยา การวิเคราะห์: - ไม่ได้อ่านว่าผู้ป่วยแพ้ยา - ไม่ตรวจประวัติแพ้ยา - ขาดการซักประวัติ	การปรับปรุงแก้ไข: - ตรวจสอบประวัติแพ้ยา ทุกครั้ง ทั้งแพทย์ และเภสัชกร รวมถึง พยาบาล และ นर्स - ลงประวัติแพ้ยา ใน คาร์ตผู้ป่วย สีแดงชัดเจน ใช้นาฬิกาข้อมือ สีชมพู - งดจ่ายยา งดฉีด ยาในช่องปาก และยา ฆ่าเชื้อ - จัดทำโปรแกรม ในอินโฟคอมพิวเตอร์ และ ป้าย ผนัง - จัดทำรอกเกณฑ์ในชุมชนด้วยวิธี ผสมผสาน ผลลัพธ์: ลดความเสี่ยงที่จะเกิดข้อผิดพลาดซ้ำ ไม่ก่อให้เกิด ภาวะไม่พอใจ

รูปที่ 3 กิจกรรมทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาจากหน่วยงานแพทย์ที่มีการสั่งจ่าย

- ✓ สรุปการทำกิจกรรมทบทวนจากคณะกรรมการความคลาดเคลื่อนทางยาครั้งนี้
- ให้ห้องยาช่วยทำป้าย card สีชมพู ขนาด 1/8 ของ A4 เขียน 'ผู้ป่วยแพ้ยา' สำหรับติดไว้หน้า chart ของผู้ป่วยใน เพื่อช่วยกระตุ้นเตือนให้มีการตรวจสอบประวัติแพ้ยาผู้ป่วย
- ชี้แจง ทบทวนตารางสรุปการแพ้ยาข้ามกลุ่ม โดยหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่มที่มีตัวเลขเดียวกัน เป็นตัวอย่างยาเฉพาะที่มีในบัญชียาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น หากมียาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยแพ้ นอกจากยาในบัญชียา ให้สอบถามเภสัชกรเพิ่มเติมก่อนการสั่งจ่าย ส่งมอบยา หรือบริหารยาให้ผู้ป่วยทุกครั้ง
- ให้นำตารางสรุปไปติดไว้ในหน่วยงาน แต่ละหน่วยงานกำหนดที่ติดให้ตรงกัน แจ้งให้ทราบทั่วกัน เช่น บริเวณที่มีการสั่งจ่าย คัดลอกคำสั่งจ่าย หรือบริเวณที่เตรียมยาให้ผู้ป่วย หรือเห็นได้ชัดเจนต่อการตรวจสอบการแพ้ยา

การนิยามจำแนกกลุ่มยาต้านและราอาหารยาที่ควรหลีกเลี่ยงโรงพยาบาล
 สังกัดสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
 *** จำเป็นใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กรักษา ***

กลุ่มยา	รายการยาดังกล่าว	หมายเหตุ
1	Penicillin - Amoxicillin Cla/Syr - Ampicillin sy - Cloxacillin sy - Dicloxacillin Syr - Amoxicillin+Clavulanic acid (Augmentin) - PDS sy (Penicillin G sodium) - Benzathine benzylpenicillin - Meropenem sy Carbapenem - Meropenem sy Cephalosporin - generation 1 - Cefadroxil sy - Cefazolin sy Cephalosporin - generation 2 - Cefuroxime sy (Bicipron / Cef-3) - Cefprozil sy (Cefum) - Cefprozil sy (Furum) - Cefprozil cap/syr (Cefprozil) - Cefprozil powder (Malcot)	- ยาต้านเชื้อใน generation ที่ 1-3 เช่น ยาใน generation 2-3 ยาใน generation 1-3
2	Sulfa - Co-trimoxazole / Bactrim tab/syr - Silver sulfazone (Silver)	
3	NSAIDs - Ibuprofen tab/syr (Brufen) - Mefenamic acid tab (Ponstan) - Diclofenac tab (Voltaren)	- ควรใช้ยาในกลุ่มนี้ ให้ระวังยาในกลุ่ม NSAIDs เพราะอาจเกิดผลข้างเคียง ได้ เช่น ปวดท้อง ไข้หวัดใหญ่ ภาวะไตวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะเลือดออกใน กระเพาะอาหารและลำไส้

รูปที่ 4 สรุปรายการยาการแพ้ยาข้ามกลุ่ม และกลุ่มเดียวกันของรพ.ส่งเสริมสุขภาพ 2560

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 เวที CQI โดยสหวิชาชีพ

การทำ CQI ครั้งนี้มีการช่วยกันวิเคราะห์สาเหตุราก RCA การเกิดแพ้ยาจากทีมทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล โดยใช้ข้อมูลจากกิจกรรมทบทวนของหน่วยงานที่ผ่านมา และนำกระบวนการการป้องกันการแพ้ยาซ้ำที่มีอยู่เดิมมาวิเคราะห์หาช่องว่างของกระบวนการทำงาน และวิธีการแก้ไขด้วย



รูปที่ 5 ตัวแทนสหวิชาชีพทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ร่วมกันหาสาเหตุราก RCA ของกรณีนี้ทั้งกระบวนการป้องกันแพ้ยาซ้ำ

ตารางที่ 1 สรุปผลการทำ CQI โดยแพทย์ เกสซ์ พยาบาล

เรื่อง	กลุ่มย่อย	วิเคราะห์สาเหตุ	การแก้ไข
<p>การแพ้ยาซ้ำ ยาในกลุ่มเดียวกัน</p> <p>กรณีการแพ้ยาซ้ำ ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ Cefditoren (meiact) ส่งใช้ Ceftriaxone inj เป็นยากลุ่ม 3rd gen Cephalosporin เดียวกัน</p> <p>เป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับยาที่แพ้ซ้ำ =0 ราย</p>	แพทย์	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ถามซ้ำกับผู้ป่วยว่าแพ้ยาอะไร - ใน Doctor Order Sheet (DOS) หน้าปัจจุบันที่สั่งใช้ยา ไม่ได้มีการบันทึกชื่อยาที่แพ้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบประวัติแพ้ยา หน้า chart, DOS และสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง - เขียนบันทึกเพิ่มเติม การ notify ติดตามผู้ป่วยต่อหากต้องการทดสอบการใช้ยาที่มีโอกาสแพ้ในกลุ่มเดียวกัน
	พยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ลงประวัติแพ้ยาใน DOS หน้าปัจจุบัน - ไม่ทราบว่ายาที่แพ้ กับยาที่แพทย์สั่งใช้เป็นกลุ่มเดียวกัน - ไม่ได้ทวนสอบคำสั่งแพทย์กับแพทย์ - เข้าใจว่าแพทย์ต้องการทดสอบการใช้ยากลุ่มเดียวกัน - Stat ยา ก่อนเบิกยาจากห้องยา โดยใช้ยา stock ward - ไม่ได้ทวนสอบประวัติแพ้ยา กับผู้ป่วยก่อนการบริหารยาให้กับผู้ป่วย (dose แรก) 	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นย้ำให้เขียนประวัติแพ้ยาที่ DOS ทุกหน้า โดยเฉพาะหน้าปัจจุบันที่มีการนำมาใส่เพิ่ม โดยเขียนชื่อยาที่แพ้ และอาการที่แพ้ - เขียนประวัติแพ้ยาที่ หน้า Chart, Med Profile ให้ชัดเจน - หากทราบว่ายาที่แพ้กับที่สั่งเป็นกลุ่มเดียวกัน ให้ทวนสอบซ้ำกับแพทย์ หลังแพทย์สั่งใช้ยาทุกครั้ง - ทวนสอบประวัติแพ้ยากับผู้ป่วย ทุกครั้งก่อนการบริหารยาให้ผู้ป่วยทุกครั้ง โดยเฉพาะ dose แรก - หาแนวทางการตรวจสอบซ้ำ ก่อนการนำยาจาก stock ward บริหารให้ผู้ป่วย - ประชุม /อบรม /ส่งต่อข้อมูล / ทบทวนความรู้เรื่องการแพ้ยาซ้ำ
	เกสซ์ (ห้องยา)	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ได้ตรวจสอบประวัติแพ้ยา 	<ul style="list-style-type: none"> - เน้นย้ำให้ตรวจสอบประวัติแพ้ยาจาก message คอม, Med profile, การ double check ก่อนการจ่ายยา - ทบทวนความรู้เรื่องแพ้ยาข้ามกลุ่ม
	ผู้ป่วย / ญาติ	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย/ญาติ ไม่ทราบชื่อยาที่แพ้ - ผู้ป่วย/ญาติ ไม่ทราบว่าต้องแจ้งยาที่แพ้ก่อนการได้รับยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ติด sticker แพ้ยาที่ตัวผู้ป่วย เช่น ที่ป้ายชื่อที่ข้อมือ - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติ เรื่องการแพ้ยา ชื่อยาที่แพ้ และการ

			แจ้งชื่อยาที่แพ้ทุกครั้งก่อนการ ได้รับยา
--	--	--	---



รูปที่ 6 อาจารย์อรรวรรณ จากทีมพัฒนาคุณภาพ ร่วมวิเคราะห์ในเวที CQI ครั้งนี้ด้วย

✓ การนำเสนอ COI อาจารย์เสนอแนะเพิ่มเติมในด้านช่องว่างของระบบการทำงานว่ามีส่วนใดที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์นี้

1. ด้านระบบการทำงาน

เนื่องจากระบบมีการ stock ward พยาบาลสามารถ stat ยาให้ผู้ป่วยได้เลย ทำให้ขาดการตรวจสอบเข้าถึงความเหมาะสมของการใช้ยา และการป้องกันการแพ้ยาซ้ำด้วยระหว่างเภสัชกร กับพยาบาล ก่อนการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย

2. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SSB ที่ใช้ในรพ.

ระบบโปรแกรม SSB ไม่สามารถตรวจสอบ หรือมีระบบการเตือน/ห้าม เพื่อป้องกันการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ได้ ทำให้มีโอกาสการสั่งใช้ยาที่แพ้ซ้ำได้



รูปที่ 7 ความไม่ปลอดภัยจะถึงผู้ป่วยหากเกิดช่องว่างในการทำงานแต่ละงานตรงกัน
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการทดสอบความรู้ด้านยาของจนท.ห้องยา
 การจัดการทดสอบความรู้ ด้วยแบบทดสอบที่จัดทำโดยเภสัชกรก่อน และหลัง (Pre-Post test) แล้วมี
 การสอน ชี้แจงข้อมูล ทำความเข้าใจ พร้อมแลกเปลี่ยนถึงแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกันในแต่ละขั้นตอน
 ผลการทดสอบความรู้ของ จนท.ห้องยา เรื่อง การแพ้ยาข้ามในกลุ่มเดียวกัน คะแนนเฉลี่ยรวม Pre
 test เท่ากับร้อยละ 82 และ Post test เท่ากับร้อยละ 100

แบบทดสอบความรู้ด้านยาของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรม เดือน มกราคม 2560 (Post-test)
 เรื่อง การแพ้ยาข้ามในกลุ่มยาเดียวกัน

ชื่อ.....คะแนนที่ได้.....ร้อยละ.....

1. จงนำชื่อ กลุ่มยา ก, ข, ค, ง, จ ไปเติมหน้าชื่อยาให้ถูกต้อง

ก = Penicillin ข = Cephalosporin gen 1 ค = Cephalosporin gen 3
 ง = Carbapenem จ = Sulfa ฉ = NSAIDs

- | | |
|---|---|
|ก..... 1) Amoxicillin Cap/Syr |ข..... 2) Cephalexin cap. (Ibelex®) |
|ค..... 3) Ceftriaxone inj. (Rocephin® / Cef-3) |ง..... 4) Co-trimoxazole / Bactrim tab./syr. |
|ฉ..... 5) Ibuprofen tab./syr.(Brufen®) |จ..... 6) Mefenamic acid tab.(Ponstan®) |
|จ..... 7) Silver sulfadiazine (Silveral®) |ค..... 8) Cefotaxime inj. (Claforan®) |
|ก..... 9) Ampicillin inj. |ก..... 10) Cloxacillin inj. |
|ข..... 11) Cefazolin inj |ฉ..... 12) Diclofenac tab.(Voltaren®) |
|ค..... 13) Ceftazidime inj. (Fortum®) |ค..... 14) Cefixime cap/syr. (Cefspan®) |
|ก..... 15) Dicloxacillin Syr |ก..... 16) Amoxicillin+Clavulanic tab./inj.(Augmentin®) |
|ค..... 17) Cefditoren powder (Meiact®) |ก..... 18) PGS inj. (Penicillin G sodium) |
|ก..... 19) Benzathine benzylpenicillin |ง..... 20) Meropenem inj. |

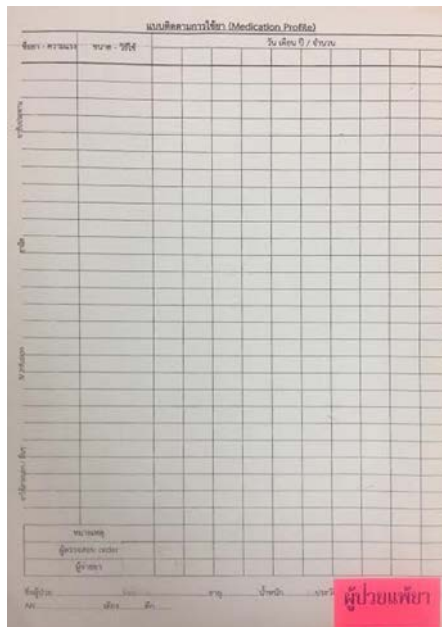
2. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Penicillin จงเติม √ หน้าชื่อยาที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ และเติม X หน้าชื่อยาที่ห้ามใช้

- | | |
|---|--|
|X..... 1) Amoxicillin Cap/Syr |X..... 2) Cephalexin cap. (Ibelex®) |
|√..... 3) Ceftriaxone inj. (Cef-3) |X..... 4) Cloxacillin inj. |

-X.... 5) Cefazolin injX.... 6) Meropenem inj
3. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Ceftriaxone inj. (Cef-3) จงเติม หน้าชื่อยาที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ และ X หน้าชื่อยาที่ห้ามใช้
- X.... 1) Cefotaxime inj. (Claforan®) 2) Amoxicillin+Clavulanic tab./inj.(Augmentin®)
- 3) Cefazolin inj X 4) Ceftriaxone inj. (Fortum®)
-X.... 5) Cefixime cap/syr. (Cefspan®)X 6) Cefditoren powder (Meiact®)
4. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Sulfa จงเติม หน้าชื่อยาที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ และเติม X หน้าชื่อยาที่ห้ามใช้
- 1) Ceftriaxone inj. (Cef-3) X 2) Co-trimoxazole / Bactrim tab./syr.
- X.... 3) Silver sulfadiazine (Silveral®) 4) Cefotaxime inj. (Claforan®)
- 5) Diclofenac tab.(Voltaren®) 6) Dicloxacillin Syr
5. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Ibuprofen และ Ponstan จงเติม หน้าชื่อยาที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้ และเติม X หน้าชื่อยาที่ห้ามใช้
- ... X 1) Ibuprofen tab./syr.(Brufen®) X 2) Mefenamic acid tab.(Ponstan®)
- 3) Cefazolin inj X 4) Diclofenac tab.(Voltaren®)
- 5) Dicloxacillin Syr 6) Amoxicillin+Clavulanic tab./inj.(Augmentin®)
6. ถ้าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา ที่ห้องยาสามารถตรวจสอบรายการยาที่แพทย์สั่งกับยาที่ผู้ป่วยแพ้ได้จาก ตารางการแพ้ยาข้ามในกลุ่มยาเดียวกันและรายการยาที่ควรหลีกเลี่ยง โดยติดไว้ 3 จุดที่ห้องยาได้แก่
- 5.1บริเวณผู้รับใบสั่งยาผู้ป่วยนอก.....
- 5.2.....บริเวณคนตรวจสอบยาก่อนส่งให้เภสัชกรห้องจ่ายยานอก.....
- 5.3.....บริเวณคอมพิวเตอร์ผู้ป่วยใน.....

รูปที่ 8 แบบทดสอบความรู้ด้านยา เรื่องการแพ้ยาข้ามในกลุ่มเดียวกัน

- ✓ ช่องว่างกระบวนงานเพิ่มเติมจากการแลกเปลี่ยนของห้องยา
- ชื่อยาที่แพ้ที่ลงในใบบันทึกต่างๆ เช่น ใน doctor order sheet; DOS ในกรณีนี้ชื่อยาสามัญ คือ Cefditoren ชื่อการค้า คือ Meiact หากใน DOS เขียนชื่อยาที่แพ้เป็น Meiact อาจทำให้ลดความชัดเจน การกระตุ้นเตือนให้ระวังยาที่แพ้ในกลุ่มเดียวกันอย่างเช่นกรณีนี้ คือ Ceftriaxone เกิดความผิดพลาดได้ง่าย
- ความชัดเจนของการบันทึก ลงประวัติชื่อยาที่แพ้ Med Profile ที่ส่งเบิกยาระหว่างตึกกับห้องยา ไม่ชัดเจน ทำให้การกระตุ้นเตือนการตรวจสอบประวัติแพ้ยาพลาดไป จึงมีการแก้ไขโดยการให้ติด sticker สีชมพู ที่มุมซ้ายด้านล่างของ Med Profile พร้อมเขียนชื่อยา อาการที่แพ้ด้วย



รูปที่ 9 sticker ผู้ป่วยแพ้ยาสีชมพู ติดในใบ Med Profile มุมขวาล่าง ตำแหน่งเดียวกันทุกหน่วยงาน

- เมื่อเภสัชกรตรวจสอบค้นประวัติแพ้ยาจากเวชระเบียนที่ได้มีการประเมิน และบันทึกในระบบไว้แล้ว พบว่า ในหน้า OPD card ที่ต้องติด sticker สีชมพูเตือนว่าผู้ป่วยแพ้ยานั้นหายไป เนื่องจากมีการพิมพ์ OPD card ใหม่แทนอันเดิม

จากการทบทวนหาสาเหตุการเกิดความคลาดเคลื่อนที่แท้จริง พร้อมการหาแนวทางการแก้ไขทั้งระบบ ในครั้งนี้ ต้องมีการนำการวิเคราะห์ช่องว่าง สาเหตุของกระบวนการไปลองปรับใช้ในการการทำงานจริง แล้วมีการติดตามถึงความสามารถดักจับความคลาดเคลื่อนได้ก่อนการส่งมอบยา หรือบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยต้องไม่ได้รับยาที่แพ้ซ้ำทั้งยาเดียวกัน กลุ่มเดียวกัน และการแพ้ยาข้ามกลุ่ม ต่อไป

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3; อบรมฟื้นฟูความรู้ด้านยา ประจำปี 2560

อบรมฟื้นฟูความรู้ด้านยา ประจำปี 2560 ในเรื่องระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ และการแพ้ยาข้ามกลุ่ม ก็ยังมีการปรับเปลี่ยน ลดช่องว่างของระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำเพิ่มเติม เช่น เรื่องการคัดลอกคำสั่งใช้ยา จากแพทย์ในรายที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา การทวนกลับคำสั่งแพทย์ เพื่อยืนยันคำสั่งใช้นั้น ต้องดำเนินการอย่างไร

มีการทำแบบทดสอบความรู้ของผู้เข้าร่วมอบรม เรื่องแพ้ยาในกลุ่มเดียวกัน หรือข้ามกลุ่ม ว่าหากมีการแพ้ยาตัวใด สามารถให้ยาตัวอื่นๆ ได้หรือไม่ได้ อย่างไรบ้าง

มีการเปลี่ยนสีตารางรายการยาเรื่องการแพ้ยาข้ามกลุ่มจากเดิมแยกเป็นตารางแต่ละช่อง แต่สีกระดาษเดียวกันหมด เป็นตารางช่องละสี เพื่อให้เกิดความชัดเจน แตกต่างกัน อ่านได้ง่ายขึ้น แล้วให้ติดไว้บริเวณที่มีการรับ คัดลอกคำสั่งใช้ยา พร้อมชี้แจง เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการนำตารางไปใช้ให้แก่ผู้เข้าร่วมอบรม

การแพ้ยาข้ามในกลุ่มยาเดียวกันและรายการยาที่ควรหลีกเลี่ยง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

*** ห้ามใช้ยาที่อยู่ในกลุ่มตัวเลขเดียวกัน***

การแพ้ยาข้ามในกลุ่มยาเดียวกันและรายการยาที่ควรหลีกเลี่ยง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

*** ห้ามใช้ยาที่อยู่ในกลุ่มตัวเลขเดียวกัน***

กลุ่มยาที่แพ้	รายการยาที่ควรหลีกเลี่ยง	หมายเหตุ
1	Penicillin - Amoxicillin Cap/Syr. - Ampicillin inj. - Cloxacillin inj. - Dicloxacillin Syr. - Amoxicillin+Clavulanic tab/inj.(Augmentin®)	
2	Carbapenem - Meropenem inj. Cephalosporin - generation 1 - Cephalexin cap. (Biosel®) - Cefadroxil inj.	
3	Cephalosporin - generation 3 - Ceftriaxone inj. (Rocephin® / Cef-3) - Cefotaxime inj. (Claforan®) - Cefazidime inj. (Eonum®) - Cefixime cap/syr. (Cefixone®) - Cefdinor powder (Oteac®)	- อาจพิจารณาใช้ยาใน generation ที่ต่างกันได้ เช่น แพ้ยาใน generation ที่ 3 อาจใช้ยาใน generation ที่ 1 ได้
4	Szifa - Co-trimoxazole / Bactrim tab./syr. - Silver sulfadiazine (Silvitra®)	
5	NSAIDs - Ibuprofen tab./syr. (Ibuprofen®) - Mefenamic acid tab. (Ponstan®) - Diclofenac tab. (Voltaren®)	- มีประวัติใช้ยาดังกล่าวแล้วไม่ได้เจ็บ แต่ใช้ Ibuprofen แล้วมีอาการปวดข้อ ไม่ควรใช้ยาในกลุ่มนี้ - ไม่มีประวัติการใช้ยาดังกล่าว แต่ควรหลีกเลี่ยงยาในกลุ่มนี้

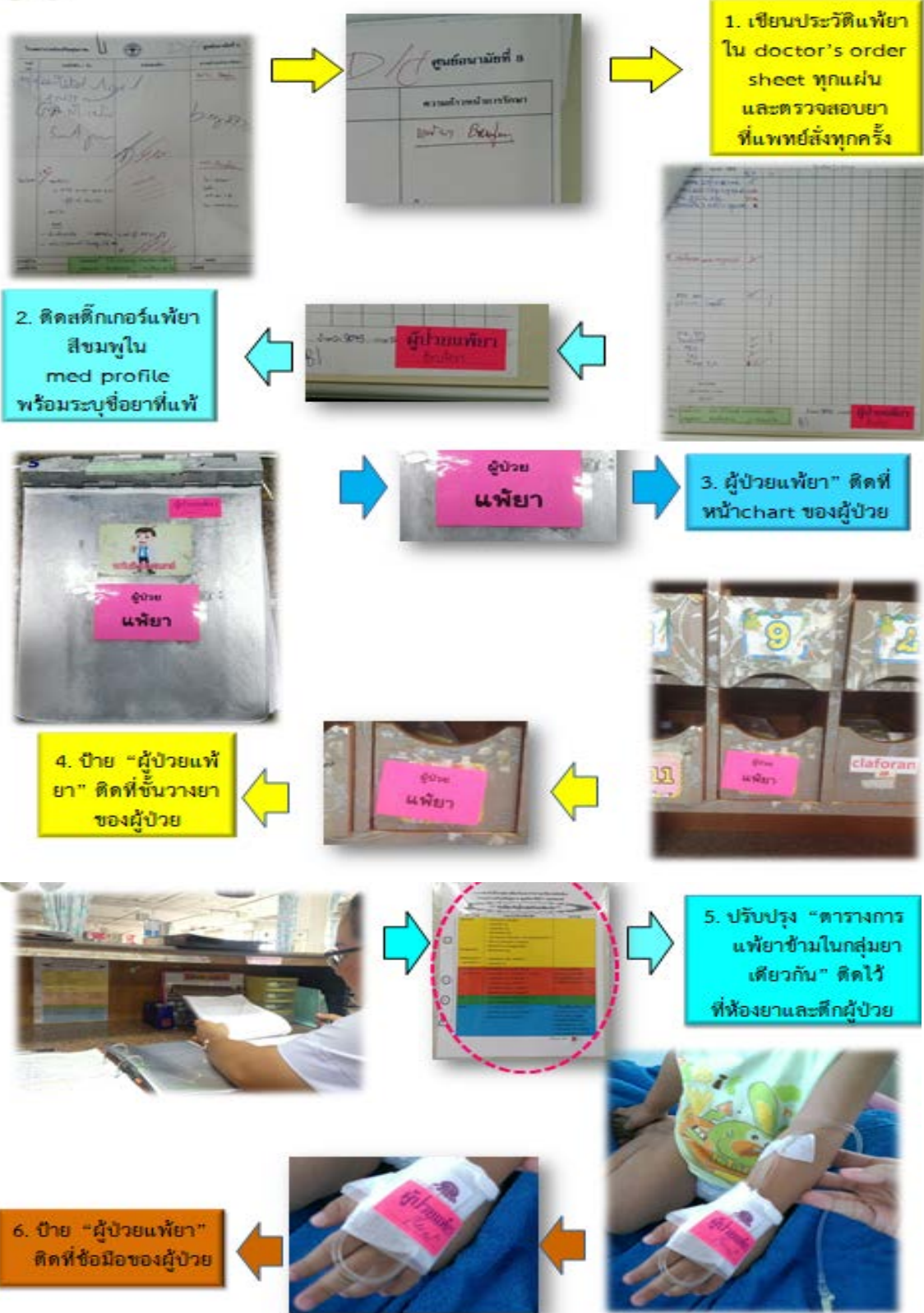


กลุ่มยาที่แพ้	รายการยาที่ควรหลีกเลี่ยง	หมายเหตุ
1	Penicillin - Amoxicillin Cap/Syr. - Ampicillin inj. - Cloxacillin inj. - Dicloxacillin Syr. - Amoxicillin+Clavulanic tab/inj.(Augmentin®)	
2	Carbapenem - Meropenem inj. Cephalosporin - generation 1 - Cephalexin cap. (Biosel®) - Cefadroxil inj.	
3	Cephalosporin - generation 3 - Ceftriaxone inj. (Rocephin® / Cef-3) - Cefotaxime inj. (Claforan®) - Cefazidime inj. (Eonum®) - Cefixime cap/syr. (Cefixone®) - Cefdinor powder (Oteac®)	- อาจพิจารณาใช้ยาใน generation ที่ต่างกันได้ เช่น แพ้ยาใน generation ที่ 3 อาจใช้ยาใน generation ที่ 1 ได้
4	Szifa - Co-trimoxazole / Bactrim tab./syr. - Silver sulfadiazine (Silvitra®)	
5	NSAIDs - Ibuprofen tab./syr. (Ibuprofen®) - Mefenamic acid tab. (Ponstan®) - Diclofenac tab. (Voltaren®)	- มีประวัติใช้ยาดังกล่าวแล้วไม่ได้เจ็บ แต่ใช้ Ibuprofen แล้วมีอาการปวดข้อ ไม่ควรใช้ยาในกลุ่มนี้ - ไม่มีประวัติการใช้ยาดังกล่าว แต่ควรหลีกเลี่ยงยาในกลุ่มนี้

หน่วยงานเด็กป่วย มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติม โดยมีการติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยแพ้ยาที่ขึ้นวางยาเฉพาะราย และที่ข้อมือผู้ป่วย ซึ่งจะใกล้เคียงบริเวณบริหารยาให้กับผู้ป่วยเด็ก เพื่อเป็นการทวนสอบเน้นย้ำก่อนการบริหารยาให้กับผู้ป่วย และเป็นการให้ผู้ป่วยรวมถึงญาติผู้ป่วยตระหนัก เห็นความสำคัญของการแพ้ยาว่าหากเกิดการแพ้ยาซ้ำแล้วอาจเป็นอันตรายจากการแพ้ยามากขึ้นได้ จึงมีการขยายแนวทางการติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาไปหน่วยงานอื่นๆเพิ่ม เช่น หน่วยที่ผู้ป่วยผู้ใหญ่ ให้ติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาบริเวณสายน้ำเกลือที่จะมีการบริหารยาให้กับผู้ป่วยแทน



การปรับปรุง กระบวนการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ



ทบทวน องค์กรความรู้ และแนวทางปฏิบัติจากการนำไปใช้ (AAR)

สรุปทบทวนระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำ	
การคัดกรอง/สั่งยา	1) เน้นย้ำให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ถามผู้ป่วยเรื่องแพ้ยาทุกครั้ง ถ้าพบประวัติแพ้ยาให้ประทับตราอย่างสีแดง “แพ้ยา.....” ในใบ VN / แพ้ประวัติผู้ป่วย หน้าที่ใช้ชักอาการนำมาโรงพยาบาล พร้อมระบุชื่อยาที่แพ้ลงไปในช่วงว่าง
	2) ผู้ป่วย OPD เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่แนบใบผู้ป่วยแพ้ยาไปกับใบสั่งยาเพื่อช่วยย้ำเตือนแพทย์ที่สั่งยา และส่งคืนใบแนบแพ้ยากลับมาพร้อมใบสั่งยาให้เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจทุกครั้ง
	3) เน้นย้ำให้อ่าน massage ประวัติแพ้ยา (สีเขียว) ในคอมพิวเตอร์ทุกครั้ง
	4) ผู้ป่วย IPD เน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่เขียนประวัติแพ้ยาใน doctor's order sheet ทุกใบ
การตรวจสอบ	1) ตรวจสอบประวัติแพ้ยาจาก ใบ VN / แพ้ประวัติผู้ป่วย/ massage ประวัติแพ้ยา (สีเขียว) / doctor's order sheet ทุกครั้ง
	2) ข้อมูลชื่อยาที่แพ้ที่หน้าจอ comp. มีหลายตัว ระบุยาทุกตัวที่แพ้บนแถบบนสุดและแสดงรายละเอียดยาที่แพ้แต่ละตัวในบรรทัดถัดไป
	3) การลงบันทึกข้อมูลการแพ้ยา ในสมุดฝากครรภ์สีชมพู 3.1 กรณีที่ส่งพบเภสัชกรเป็นผู้ประเมินการแพ้ยาตามระบบ ให้เภสัชกรเป็นผู้บันทึกข้อมูลการแพ้ยาในสมุดฝากครรภ์สีชมพูหน้าประวัติแพ้ยาและหน้าบันทึกการฝากครรภ์ด้วยปากกาสีแดง พร้อมลงวันที่และชื่อผู้ลงข้อมูล (กรณีมีการเพิ่มหน้าบันทึกการฝากครรภ์ ให้พยาบาลห้องตรวจลงประวัติแพ้ยาทุกครั้ง) 3.2 ติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาสีชมพูระบุชื่อยาที่ผู้ป่วยแพ้ที่หน้าสมุดฝากครรภ์ 3.3 ถ้าผู้ป่วยมีบัตรแพ้ยาที่ทราบชื่อยา จากสถานพยาบาลอื่นๆ อยู่แล้ว ให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ ลงบันทึกข้อมูลการแพ้ยาลงในสมุดฝากครรภ์ได้เลย พร้อม ลงวันที่และชื่อผู้ลงข้อมูล แล้วส่งพบเภสัชกรเพื่อบันทึกประวัติการแพ้ยาตามระบบ
การจ่าย/บริหารยา	1) ตรวจสอบยาที่แพทย์สั่งกับ ใบ VN/ แพ้ประวัติผู้ป่วย / massage ประวัติแพ้ยา (สีเขียว) / doctor's order sheet ทุกครั้งก่อนจ่ายยาและบริหารยา
	2) จัดทำเพิ่มข้อมูลยาเรื่อง “การเฝ้าระวังและป้องกันการแพ้ยาซ้ำ” ให้แก่หน่วยงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

การปรับปรุงกระบวนการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ **เน้นการแพ้ยาข้ามกลุ่ม	
การคัดกรอง/สั่งยา	1) กรณี admit ในเวลาราชการให้ห้องยาดัดสติ๊กเกอร์แพ้ยาสีชมพูใน med profile พร้อมระบุชื่อยาที่แพ้
	2) กรณี admit นอกเวลาราชการให้ตึกผู้ป่วยติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาสีชมพูใน med profile พร้อมระบุชื่อยาที่แพ้
การตรวจสอบ	3) เพิ่มป้าย “ผู้ป่วยแพ้ยา” ติดที่หน้า chart เตียง และชั้นวางยาของผู้ป่วย
	4) การใช้ยาที่ตึกผู้ป่วยก่อนมาเบิกยาที่ห้องจ่ายยา ให้ตึกผู้ป่วย key เบิกยาก่อนทุกครั้ง
	5) เพิ่มป้าย “ผู้ป่วยแพ้ยา” ที่ข้อมือของผู้ป่วย เพื่อช่วยย้ำเตือนพยาบาลที่บริหารยา

	6) ปรับปรุง ตารางการแพ้ยาข้ามในกลุ่มยาเดียวกันและรายการยาที่ควรหลีกเลี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยนำไปติดไว้ที่ห้องยาและตึกผู้ป่วยในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจน (เน้นบริเวณรับใบสั่งยา/รับคำสั่งแพทย์, บริเวณจุด Key ยา, บริเวณเตรียมยา, บริเวณจ่ายยา และอื่นๆ ตามที่เห็นสมควร)
	7) กรณีแพทย์ต้องการใช้ยาที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติแพ้ยานั้นมาก่อน แพทย์จะระบุ rechallenge ตามหลังยาที่ต้องการสั่งใช้ ถ้าไม่ระบุให้ consult แพทย์ทันที
การจ่าย/บริหารยา	1) ตรวจสอบยาที่แพทย์สั่งกับ ตารางการแพ้ยาข้ามในกลุ่มยาเดียวกันและรายการยาที่ควรหลีกเลี่ยง ทุกครั้งก่อนจ่ายยาและบริหารยา

การเผยแพร่ และแบ่งปันความรู้

1. การประชุมคณะกรรมการความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งมีตัวแทนจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบยา อย่างสม่ำเสมอ ทุกเดือน และมีการรายงานผลการประชุมส่งถึงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบยา รวมทั้งแพทย์ และทันตแพทย์ด้วย เพื่อให้ทุกหน่วยงานได้รับข้อมูล และประสานข้อมูลกันอย่างทั่วถึง
2. การจัดการอบรมความรู้ด้านยาประจำปี เป็นแนวทางหนึ่งโดยให้พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วม มีแบบทดสอบก่อนและหลังอบรมความรู้ เป็นการชี้แจง อัปเดตข้อมูลความรู้ด้านยา รวมถึงการนำกรณีศึกษาความคลาดเคลื่อนด้านยา มาวิเคราะห์ร่วมกัน พร้อมทั้งเป็นเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชักถามข้อสงสัย
3. มีการลงข้อมูลกรณีศึกษาการแพ้ยาซ้ำที่เกิดขึ้น ใน Facebook KM ศอ.3 นครสวรรค์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนแนวทางของระบบ และการแก้ปัญหาอื่นๆ เพิ่มเติม

องค์ประกอบที่ 5 การเรียนรู้

บทสรุปความรู้ใหม่ และความภาคภูมิใจ

การป้องกันการเกิดการแพ้ยาซ้ำ เกิดจากความร่วมมือ และให้ความสำคัญของสหวิชาชีพ โดยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบยาให้ความสำคัญกับความปลอดภัยจากการบริหารยาให้กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง ร่วมกันคิด วางแนวทางการแก้ไขปัญหา รวมถึงตัวผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยด้วย เกิดระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำที่ครอบคลุมในหลายระบบมากขึ้นทั้งการคัดกรอง/สั่งยา การตรวจสอบ และการจ่าย/บริหารยา

สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้พร้อมการอภิปรายผล

การป้องกันการเกิดการแพ้ยาซ้ำ หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานั้นจะไม่มีได้ผล หากขาดความตระหนักในสำคัญของการป้องกัน และความร่วมมือกันจากทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ รวมถึงการเน้นย้ำตัวผู้ป่วย หรือญาติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้มีการเข้าถึง เข้าใจ ในภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยยังไม่ตระหนักถึงสำคัญองประวัติแพ้ยา หรืออันตรายจากการแพ้ยา ดังนั้นการให้ความรู้ และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการแพ้ยา และสำคัญของบัตรแพ้ยา ตลอดจนอันตรายที่จะเกิดขึ้นถ้ามีการแพ้ยาซ้ำแก่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญมาก จึงควรรีการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยถึงสำคัญในการป้องกันการแพ้ยา และรู้จักสังเกตอาการแพ้ยา การรายงาน บอกกล่าวเจ้าหน้าที่หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง

การจัดการระบบป้องกันความไม่ว่าจะเป็นการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ไปจนถึงความคลาดเคลื่อนทางยา ด้านอื่นๆ หากมีการดักจับ การรายงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้เกิดการวิเคราะห์หาแนวทางร่วมกันให้เกิดการป้องกันอย่างเป็นระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้ยาใน stock ward โดยไม่ผ่านการคัดกรองใบสั่งยาจาก สหวิชาชีพ จึงอาจมีการปรับเปลี่ยนวางระบบการจัดการยาใน stock ward เช่น การปรับลดรายการยาบางตัวที่ไม่เร่งด่วน และอาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ ออกจากรายการยา stock ward หรือการวางแนวทางการเบิกจ่ายยาบนหอผู้ป่วยให้ผ่านการทราบ รับรู้ถึงประวัติของผู้ป่วยให้มากที่สุด รวมถึงการตรวจสอบซ้ำ หรือการตรวจสอบข้ามกันระหว่างบุคคล หรือระหว่างวิชาชีพ ก่อนการบริหารยาให้กับผู้ป่วย เพื่อเป็นการลดช่องว่างการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้อีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปต่อยอดและใช้ประโยชน์

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่มีใช้ในโรงพยาบาลในปัจจุบัน เป็นเพียงการบันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย แล้วขึ้นเป็นกล่องข้อความเตือนเมื่อเปิดเข้าไปในประวัติของผู้ป่วยเท่านั้น ในขั้นตอนการสั่งใช้ยาในคอมพิวเตอร์ ยังไม่สามารถวางระบบให้ไม่สามารถสั่งใช้ยาที่แพ้กันๆ หรือยาในกลุ่มเดียวกัน หรือยาที่มีโอกาสแพ้ข้ามกลุ่มกันได้ ทำให้มีการสั่งใช้ยานั้นๆ ได้อยู่ การนำระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์อื่นๆ หรือการปรับปรุงระบบคอมพิวเตอร์มาใช้แล้วการบันทึกข้อมูลการแพ้ยา รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ จากยา แล้วให้โปรแกรมสามารถขึ้นเตือนทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยาที่มีโอกาสแพ้นั้นๆ รวมถึงยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันที่มีโอกาสให้เกิดการแพ้ซ้ำได้ด้วย เพื่อโปรแกรมให้สามารถแจ้งเตือนเวลา Key สั่งยาในระบบที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้มาก่อนหรือลือก ไม่ให้สามารถการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้แบบรุนแรงในโปรแกรมได้

การนำแนวทางระบบการป้องกันการแพ้ซ้ำ หรือการแพ้ยาที่เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมาต่อยอด เพื่อการค้นหาอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาอื่น ที่สามารถคาดเดาอาการจากการใช้ยานั้นได้ หรืออาการข้างเคียงจากยา (type A) เช่น การรับประทานยาแก้แสบ แก้ปวด กลุ่ม NSAIDs แล้วเกิดอาการระคายเคืองในกระเพาะอาหาร อาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งอาจเกิดอาการรุนแรงในผู้ป่วยบางราย

การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการแพ้ยา ทั้งแก่บุคลากรทางการแพทย์เอง และผู้ป่วยด้วยสื่อที่ทันสมัย น่าสนใจ และสามารถให้ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปศึกษาเพิ่มเติมได้อีก เช่น การจัดทำโปสเตอร์สวยงาม หรือสื่อวีดิทัศน์ พร้อมทำ QR code เพื่อให้สแกนข้อมูล กลับไปอ่านและศึกษาเพิ่มเติมได้อีกทางหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ธิดา นิงสานนท์, การป้องกันความคลาดเคลื่อนในการให้ยา. ใน ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัด นทล และปรีชา มนทกานตีกุล บรรณาธิการ. การบริหารยา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 4 (ฉบับปรับปรุง). สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). กรุงเทพฯ: 2557. หน้า 9-12.
2. ธิดา นิงสานนท์ และจันทิมา โยธาพิทักษ์ บรรณาธิการ. ตรงประเด็น...เรื่อง Adverse Drug Reaction. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) กรุงเทพฯ: 2549.
3. รุ่งลักษณ์ คิดเกื้อการุญ และคณะ. ผลการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการแพ้ซ้ำ. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พุทธชินราชเวชสาร; ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2551. หน้า 852-861.