

บทที่ 2

เอกสารและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

เอกสาร และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจต่อเนื่องทางยา ประกอบด้วย

- I. ความคลาดเคลื่อนทางยา
- II. การทำความเข้าใจต่อเนื่องทางยา
- III. สรุป

โดยมีสาระสำคัญดังนี้

I. ความคลาดเคลื่อนทางยา

1. คำนิยาม

ความคลาดเคลื่อนทางยา คือ เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุ หรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ซึ่งเหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลกระทบต่อสุขภาพ กระบวนการ และระบบซึ่งรวมถึงการสั่งใช้ยา การสื่อสาร คำสั่งใช้ยา การติดฉลากยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้ยา [26]

2. ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา

2.1 แบ่งตามกระบวนการใช้ยา [26] ได้แก่

1) ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาและการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Prescribing error and transcribing error) โดย ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา คือ การเลือกใช้ยาผิด (โดยใช้หลักการเลือกยาตามข้อบ่งใช้ ข้อห้ามใช้ ประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย ยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่ การสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน การสั่งใช้ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างกัน และปัจจัยอื่นๆ) การเลือกขนาดยาผิด การเลือกรูปแบบยาผิด การสั่งยาในจำนวนที่ผิด การเลือกวิถีทางให้ยาผิดพลาด การเลือกความเข้มข้นของยาผิด การเลือกอัตราเร็วในการให้ยาผิด หรือการให้คำแนะนำในการใช้ยาผิด การสั่งใช้ยาผิดตัวผู้ป่วย หรือการไม่ระบุชื่อยา ความแรง ความเข้มข้น ความถี่ของการใช้ยา ที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่ส่งผลถึงตัวผู้ป่วย ส่วนความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา คือ ความคลาดเคลื่อนของ

กระบวนการคัดลอกคำสั่งใช้ยาจากคำสั่งใช้ยาต้นฉบับที่ผู้สั่งใช้ยาเขียนซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ความคลาดเคลื่อนจากการไม่ได้คัดลอก และความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกผิด

2) ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) คือ ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาของฝ่ายเภสัชกรรม ที่จ่ายยาไม่ถูกต้องตามที่ระบุในคำสั่งใช้ยา ได้แก่ ผิดชนิดยา รูปแบบยา ความแรงของยา ขนาดยา วิธีใช้ยา จำนวนยาที่สั่งจ่าย จ่ายผิดตัวผู้ป่วย จ่ายยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ จ่ายยาที่ไม่มีคำสั่งใช้ยา (Unauthorized drug) เตรียมยาผิด เช่น เจือจางหรือผสมผิด ใช้ภาชนะบรรจุยาไม่เหมาะสม หลากยาผิด หรือไม่มีผู้ป่วยที่รับยา ชื่อผู้ป่วยผิด หรือชื่อยาผิด ทั้งนี้อาจเป็นเหตุการณ์ก่อนการจ่ายยาไปจากฝ่ายเภสัชกรรม และหลังจากจ่ายยาออกจากฝ่ายเภสัชกรรม (แม้จะผ่านการตรวจสอบแล้ว)

3) ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (Administration error) คือ การให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาที่เขียนไว้ในบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วย หรือโดยนิยามในระยะหลัง หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ผิดไปจากความตั้งใจในการสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยา หรือการบริหารยา [31] ซึ่งเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการเตรียม หรือการบริหารยาโดยมีโอกาศ หรือเป็นผลให้ไม่เป็นไปตามหลักการบริหารยาในด้าน ถูกคน ถูกยา ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิถีทาง และไม่เป็นไปตามเป้าประสงค์ของการรักษา ความคลาดเคลื่อนนี้รวมถึงการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการบริหารยาตามที่แพทย์สั่ง

2.2 แบ่งประเภทของความคลาดเคลื่อน โดยยึดที่ตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งการแบ่งดังกล่าวนี้ มีข้อดีคือ ไม่ทำให้มองว่าเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง ดังเช่นการแบ่งตามวิชาชีพที่รับผิดชอบแต่ละส่วนของกระบวนการใช้ยา ดังที่กล่าวมาแล้ว โดย National Coordinating Council of Medication Error and Prevention (NCC MERP) แบ่งความคลาดเคลื่อนตามความรุนแรงที่เกิดกับผู้ป่วย [26] ได้ดังนี้

ไม่มีความคลาดเคลื่อน

Category A: ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ เช่น ผู้สั่งใช้ยาเขียนด้วยลายมือที่ไม่ชัดเจนอาจทำให้ผู้รับคำสั่งเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ มีความคลาดเคลื่อน แต่ไม่เป็นอันตราย

Category B: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย เช่น ผู้สั่งใช้ยาเขียนคำสั่งใช้ยาผิดความแรง แต่แก้ไขได้ก่อนที่จะมีการจ่ายยาให้ผู้ป่วย

Category C: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงตัวผู้ป่วยแล้ว เช่น ผู้สั่งใช้ยาเขียนคำสั่งใช้ยาผิดเวลา จากก่อนอาหารเป็นหลังอาหาร และผู้ป่วยได้รับยาไปแล้ว

Category D: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม เช่น ผู้สั่งใช้ยาเขียนคำสั่งใช้ยาผิดขนาด จากยาไกลเบนคลาไมด์ครึ่งเม็ดเป็น 1 เม็ด และผู้ป่วยรับประทานยาไปแล้ว ต้องมีการติดตามอาการภาวบน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น

มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตราย

Category E: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม เช่น ผู้สั่งใช้ยาเขียนคำสั่งใช้ยาผิดขนาด จากยาไกลเบนคลาไมด์ครึ่งเม็ดเป็น 1 เม็ด และผู้ป่วยรับประทานยาไปแล้ว และมีอาการภาวบน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น

Category F: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยืระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป เช่น ผู้สั่งใช้ยาไม่ได้สั่งยารักษาความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยเคยได้รับเป็นประจำ ทำให้ผู้ป่วยขาดยาเป็นเวลา 1 เดือน และผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Category G: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร เช่น ผู้สั่งใช้ยาไม่ได้สั่งยารักษาความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยเคยได้รับเป็นประจำ ทำให้ผู้ป่วยขาดยาเป็นเวลา 1 เดือน จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นอัมพาต

Category H: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต เช่น ผู้สั่งใช้ยาสั่งยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา ทำให้ผู้ป่วยแพ้ยาแบบ Anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น

มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายจนถึงเสียชีวิต

Category I: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต เช่น ผู้สั่งใช้ยาไม่ได้สั่งยารักษาความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยเคยได้รับเป็นประจำ ทำให้ผู้ป่วยขาดยาเป็นเวลา 1 เดือน จนเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก และเสียชีวิต

3. การศึกษาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับประวัติการใช้ยา

Bates และคณะ (1993) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยสุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรมหนัก ศัลยกรรมหนัก เป็นระยะเวลา 6 เดือน เพื่อค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่คาดว่าจะเกิดแต่ยังไม่เกิดขึ้น (Potential ADEs) โดยการรายงานของพยาบาล หรือเภสัชกรที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และพยาบาลที่ทำหน้าที่

ค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากการทบทวนจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 คน จากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจำนวน 4,031 คน พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 247 เหตุการณ์ (ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ป้องกันได้ 70 เหตุการณ์) และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น 194 เหตุการณ์ รวมเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ป้องกันได้ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่คาดว่าจะเกิดขึ้น จำนวน 264 เหตุการณ์ เมื่อแบ่งเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน พบว่า ขั้นตอนการสั่งใช้ยาพบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49 รองลงมาเป็นขั้นตอนการให้ยา การจ่ายยา คัดลอกคำสั่ง ตามลำดับ [22]

Conish และคณะ (2005) ทำการศึกษาถึงความแตกต่างของการสั่งใช้ยาโดยที่แพทย์ไม่ได้ตั้งใจ (unintentional discrepancy) ในผู้ป่วย จำนวน 151 ราย ซึ่งได้รับยาอย่างน้อย 4 รายการ พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 54 มีความแตกต่างของการสั่งใช้ยาโดยที่แพทย์ไม่ได้ตั้งใจอย่างน้อย 1 รายการ และความคลาดเคลื่อนนี้ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่เคยได้รับมาก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยที่ร้อยละ 40 ของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบนี้ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ [7] และยังมีการศึกษาของ Gleason และคณะ (2004) ในการค้นหาประเภท ความถี่ และความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา โดยพบว่า การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุด และหากไม่ได้รับการแก้ไข อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในระหว่างนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 22 ของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบทั้งหมด และอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหากปล่อยให้เกิดความคลาดเคลื่อนจนกระทั่งผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 59 [17]

จากการศึกษาดังกล่าวเบื้องต้น จะเห็นได้ว่า ขั้นตอนการสั่งใช้ยาเป็นสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุด [22] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kanjanarat และคณะ (2003) และการศึกษาของ Leape และคณะ (1995) ซึ่งพบว่า ขั้นตอนการสั่งใช้ยาเป็นสาเหตุความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39 และ 56 ตามลำดับ [3, 23] ดังนั้นจึงทำให้มีหลายการศึกษาที่มุ่งเน้นระบบการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ด้วยการป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา เช่น การใช้ระบบการสั่งยาโดยคอมพิวเตอร์ การเตือนเรื่องการแพ้ยา ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ การกำหนดมาตรฐานอัตราการให้ยาด้านจุลชีพ และการเตือนแพทย์ทุกครั้งเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา [1, 24]

นอกจาก การเสนอวิธีการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาดังกล่าวแล้ว หลายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย มีนโยบายที่จะให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งพัฒนากระบวนการในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) และ Institute of Health Care

Improvement (IHI) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ดำเนินโครงการ “100,000 Lives Campaign” ในปี พ.ศ. 2547 เป็นเวลา 18 เดือน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา โดยผลการดำเนินงาน พบว่า สามารถรักษาชีวิตผู้ป่วยได้ 120,000 ราย IHI มีการกำหนดให้ Medication reconciliation (การทำ ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา) เป็น 1 ใน 6 มาตรการลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา [33] และ JCAHO ได้ประกาศให้ การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเป็นเป้าหมายในการดูแลความ ปลอดภัยของผู้ป่วย และในปี พ.ศ. 2548 ให้การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเป็นมาตรการใน การลดความคลาดเคลื่อนทางยา (National Patients Safety Goal; NPSG) โดยมีการวางแผน ทดลอง ให้มีการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา และกำหนดให้ทุกองค์กรจะต้องนำมาปฏิบัติโดยเป็น เป้าหมายหนึ่งของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 [34] นอกจากนี้ยังมี The Institute for Safe Medication Practice (ISMP) ประเทศแคนาดา จัดทำโครงการ Safer Healthcare Now! (SHN!) เพื่อรวบรวมและรายงานข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา และให้การ ทำ ความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาเป็นมาตรการหนึ่งในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ ยาด้วย [35]

และในประเทศไทย สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ประกาศให้การทำ ความ สอดคล้องต่อเนื่องทางยา เป็นส่วนหนึ่งของการรับรองคุณภาพ ในปี พ.ศ. 2549 [36]

II. การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

1. คำนิยาม

การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา (Medication Reconciliation) หมายถึง การจัดทำรายการ ยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเปลี่ยนระดับการรักษา พร้อมทั้งระบุขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ วิธีทางในการใช้ยา เพื่อใช้รายการยาดังกล่าวเป็นข้อมูลในการสั่งใช้ยาแก่แพทย์ รวมทั้งเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วย ใช้ก่อนเปลี่ยนระดับการรักษาที่สร้างขึ้น กับคำสั่งยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อเปลี่ยนระดับการรักษา และ ติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม ณ จุดที่มีการเปลี่ยนระดับการ รักษา [6, 8, 15]

2. การศึกษาเกี่ยวกับความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา สามารถนำไปปฏิบัติได้ทั้งในระบบยาผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน ซึ่งสามารถลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาที่แพทย์ขาดข้อมูลประวัติการใช้ยาของ ผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน

การศึกษากิจการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในระบบยาผู้ป่วยนอก เช่น Varkey และคณะ (2007) ได้ศึกษาในผู้ป่วย 104 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้รับการรักษาตามปกติ และกลุ่มที่

2 มีการทำความสะอาดห้องต่อเนื่องทางยา โดยมีขั้นตอนการลดความคลาดเคลื่อนทางยา 3 ขั้นตอน คือ 1) ผู้ป่วยจะได้รับจดหมายเตือนให้นำยาเดิมมาด้วยในวันที่ต้องมาโรงพยาบาล 2) มีการเปรียบเทียบและแก้ไขรายการยาให้เป็นปัจจุบัน 3) แก้ไขรายการยาใน Electronic Medical Record (EMR) การศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มที่ 1 (ร้อยละ 88.9) มากกว่า กลุ่มที่ 2 (ร้อยละ 66) และความแตกต่างระหว่างยาเดิมของผู้ป่วย และคำสั่งใช้ยาของแพทย์ ต่อผู้ป่วย 1 คน ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 (จากความแตกต่างระหว่างยาเดิมในผู้ป่วยพบร้อยละ 5.2 ลดลงเป็นร้อยละ 2.4 ในกลุ่มที่ 1 และ 2 ตามลำดับ) [14]

การศึกษาที่ทำความสะอาดห้องต่อเนื่องทางยาในระบบยาผู้ป่วยใน เช่น การศึกษาของ Vira และคณะ (2006) ได้ทำความสะอาดห้องต่อเนื่องทางยา ณ จุดแรกรับผู้ป่วย และจุดจำหน่ายในผู้ป่วย จำนวน 60 คน ในประเทศแคนาดา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 60 มีความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างน้อย 1 รายการ และร้อยละ 18 เป็นผู้ป่วยที่มีความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความสำคัญทางคลินิก (Clinically importance unintended variance) [6] Pronovost และคณะ (2003) ได้ศึกษาการพัฒนาการทำความสะอาดห้องต่อเนื่องทางยามาใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมด้วยการทำงานแบบสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล มีการสร้างเครื่องมือในการประเมินความคลาดเคลื่อนทางยาและนำมาใช้ในการสั่งใช้ยาในขั้นตอนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงภายใน 24 สัปดาห์แรก [37] Rozich และคณะ (2004) ได้ศึกษาการทำความสะอาดห้องต่อเนื่องทางยาเป็นเวลา 7 เดือน พบว่า หลังจากมีการทำความสะอาดห้องต่อเนื่องทางยา ทำให้ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง ร้อยละ 70 และลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้มากกว่าร้อยละ 15 [38] นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ของ Kramer และคณะ (2007) ในการพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยในการทำความสะอาดห้องต่อเนื่องทางยา ในผู้ป่วย 283 คน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีระบบคอมพิวเตอร์มีความถูกต้องในการสั่งใช้ยาหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ [25]

ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเป็นการนำเสนอการทำความสะอาดห้องต่อเนื่องทางยา เพื่อใช้เป็นวิธีการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยการทำความสะอาดห้องต่อเนื่องทางยา เป็นการสร้างรายการยาที่สมบูรณ์ของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบรายการยาที่สร้างได้กับคำสั่งแพทย์เมื่อแรกรับ ส่งต่อ และจำหน่าย และมีการสื่อสารข้อมูลไปยังแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนรายการยาให้เหมาะสมกับภาวะผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาได้ เช่น การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่เคยใช้ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การได้รับยาผิดขนาด ผิดชนิด หรือได้รับยาซ้ำซ้อน เป็นต้น

และในหลายการศึกษา ยังแสดงให้เห็นว่า เกสัชกรมีบทบาทสำคัญในการรวบรวมประวัติการ ไข้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยโดยสามารถสัมภาษณ์ประวัติการไข้ยาได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น การศึกษาของ Lizer และ Blackbill (2007) ได้เปรียบเทียบระหว่างผลของการทำความเข้าใจ สอดคล้องต่อเนื่องทางยาของเกสัชกร และพยาบาล ณ จุดแรกกับผู้ป่วย จำนวน 54 คน ในประเทศ สหรัฐอเมริกา พบว่า เกสัชกรมีบทบาทช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา โดยในการ ทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาโดยเกสัชกร พบความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เฉลี่ย 5.3 รายการซึ่งมากกว่าการทำความเข้าใจสอดคล้องต่อเนื่องทางยาโดยพยาบาล ที่พบเฉลี่ย 4.0 รายการ [15] Nester และ Hale (2002) ศึกษาการเปรียบเทียบการรวบรวมประวัติการไข้ยาระหว่างเกสัชกร และพยาบาล พบว่า เกสัชกรสามารถรวบรวมยาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งรายการยาสมุนไพร และยาที่ไม่ ต้องสั่งใช้โดยแพทย์ได้มากกว่าพยาบาล [39]

ส่วนการศึกษา การทำความเข้าใจสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในประเทศไทย ยังพบไม่มาก จันทิกา ชื่อตรง (2005) เป็นการศึกษาการพัฒนาการทำความเข้าใจสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ซึ่งในการศึกษานี้ เรียกว่า กระบวนการประสานรายการยา และนำไปใช้เมื่อเปลี่ยนระดับการรักษา 3 สถานการณ์ใน ระบบยาผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ศัลยกรรมหญิง และเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาล เลิดสิน ตั้งแต่วันที่ 17 ตุลาคม 2548 ถึง 21 กุมภาพันธ์ 2549 จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ผ่านการทำ การประสานรายการยา มีความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในการ รับผู้ป่วยใหม่ และจำหน่าย โดยความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจากร้อยละ 8.4 เป็นร้อยละ 5.7 จาก จำนวนรายการยาทั้งหมด 1,867 รายการ [16]

ดังนั้นการทำความเข้าใจสอดคล้องต่อเนื่องทางยาจึงมีความสำคัญในการเพิ่มความปลอดภัยของ ผู้ป่วยในจุดที่มีการเปลี่ยนระดับการรักษา

3. กระบวนการทำความเข้าใจสอดคล้องต่อเนื่องทางยา

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ [8, 34, 40]

- 1) การรวบรวมประวัติการไข้ยาเพื่อจัดทำบัญชีรายการยาที่สมบูรณ์ของผู้ป่วย
- 2) การตรวจสอบความถูกต้องของรายการยา และขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 3) การเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับกับคำสั่งไข้ยาของแพทย์ เมื่อมีการเปลี่ยนระดับ การรักษา เช่น แรกรับ ส่งต่อ หรือจำหน่าย กรณีที่พบความคลาดเคลื่อนจะต้องมีการสอบถามแพทย์ ว่าเป็นความคลาดเคลื่อนที่แพทย์ตั้งใจหรือไม่ และต้องมีการประสานงานกับแพทย์เพื่อแก้ไขหาก เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่แพทย์ไม่ได้ตั้งใจที่จะให้เกิดขึ้น

โดยการทำความเข้าใจสอดคล้องต่อเนื่องทางยา ในการศึกษาที่ผ่านมา มักใช้ในระบบยาผู้ป่วยใน เมื่อเปลี่ยนระดับการรักษา 3 ระดับ [15, 30] ดังนี้

1) การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในขั้นตอนแรกเริ่ม [8, 41] หมายถึง กระบวนการในการสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนมาโรงพยาบาล พร้อมระบุขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ วิธีทางในการใช้ยา ให้ครบถ้วน โดยมีวิธีรวบรวมรายการยาในรูปแบบต่างๆ เช่น การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ ตรวจสอบยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาด้วย ดูจากบันทึกการใช้ยาของโรงพยาบาล ซึ่งผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในขั้นตอนนี้ ขึ้นกับการกำหนดบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง อาจเป็นพยาบาล เภสัชกร หรือแพทย์ก็ได้ แล้วบันทึกรายการยาที่รวบรวมได้ทั้งหมดลงในแบบฟอร์มที่สร้างขึ้นสำหรับเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมดูแลผู้ป่วย และเป็นข้อมูลในการสั่งใช้ยาแก่แพทย์ แล้วเปรียบเทียบรายการยาที่สร้างได้กับคำสั่งยาแรกเริ่ม หากพบความคลาดเคลื่อน ต้องมีการสื่อสารกับแพทย์ว่า เป็นความคลาดเคลื่อนที่ตั้งใจหรือไม่ รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา กรณีความคลาดเคลื่อนนั้นเกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์

2) การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในขั้นตอนการส่งต่อ [34, 41] หมายถึง การสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในหอผู้ป่วยแห่งแรก ใช้รายการยาดังกล่าวเป็นข้อมูลในการสั่งใช้ยาแก่แพทย์ และเปรียบเทียบรายการยาที่สร้างได้กับคำสั่งใช้ยา ณ หอผู้ป่วยแห่งที่ 2 รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา ซึ่งสถานการณ์นี้จะพบในโรงพยาบาลที่มีมากกว่า 1 หอผู้ป่วย เช่น แผนกผู้ป่วยศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม เป็นต้น

3) การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาในขั้นตอนการจำหน่าย [34, 41] หมายถึง การสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในหอผู้ป่วยก่อนกลับบ้านซึ่งอาจเป็นระบบคอมพิวเตอร์ หรืออยู่ในรูปแบบกระดาษที่เป็นแบบฟอร์มที่บันทึกรายการยา และใช้รายการยาดังกล่าวเป็นข้อมูลในการสั่งใช้ยาแก่แพทย์ในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และเปรียบเทียบรายการยาที่สร้างได้กับคำสั่งยากลับบ้าน รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงคำสั่งใช้ยา

การกำหนดกรอบเวลาในการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา [34, 41] โดยทั่วไป จะอยู่ระหว่าง 4 – 24 ชั่วโมง โดยยาที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับการตรวจสอบภายใน 4 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4. ประเภทความแตกต่างของรายการยาในการสั่งใช้ยาที่พบในการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา [16, 34, 42-43]

ความแตกต่างในการสั่งใช้ยา ได้มาจากการเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับกับรายการยาที่แพทย์สั่ง เมื่อมีการเปลี่ยนระดับการรักษา สามารถแบ่งได้ดังนี้

4.1 ความแตกต่างที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ เช่น กรณีที่แพทย์สั่งเพิ่ม เปลี่ยน หรือหยุดยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ตามภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีประวัติได้รับยาต้านลิ่มเลือด (anticoagulant) และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด แพทย์จึงตัดลิ่มเลือด

ก่อนการผ่าตัด ซึ่งเป็นการเปลี่ยนโดยตั้งใจ และถูกต้องตามหลักวิชาการ ดังนั้น จึงไม่จัดว่าเป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา

4.2 ความแตกต่างเกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ เช่น กรณีที่แพทย์สั่งเพิ่ม เปลี่ยน หรือหยุดยาจากที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อนโดยไม่ตั้งใจ จัดเป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาที่อาจก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ โดยจำแนกได้ดังนี้

4.2.1 ไม่มีการสั่งใช้ยาเดิมที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ (Omission error) ทั้งยาเดิมที่เคยได้รับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยาที่ได้รับขณะรักษาในโรงพยาบาล และควรได้รับต่อเนื่องเมื่อมีการย้ายไปยังหอผู้ป่วยอื่น หรือเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยเคยได้รับยาฉีดจอกชินวันละ 1 ครั้ง แต่ไม่มีการบันทึกประวัติการใช้ยา และแพทย์ไม่ได้สั่งยานี้ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล

4.2.2 มีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับมาก่อน โดยไม่สามารถอธิบายได้จากลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย (Commission error) เช่น แพทย์สั่งยาฟิโนโทอิน แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่ามีการสั่งให้หยุดยาฟิโนโทอินหลายเดือนมาแล้ว

4.2.3 ขนาดยา ความถี่ และวิธีการให้ยา แตกต่างจากยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับ (Wrong dose, frequency or route) ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้จากลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เคยได้รับยาแอมโลดิปีน 5 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง แต่คำสั่งใช้ยาของแพทย์เป็นวันละ 1 ครั้ง เป็นต้น

4.2.4 มีการเปลี่ยนยาที่ใช้ในการรักษาโดยเป็นยากลุ่มเดียวกัน หรือเป็นยาชนิดเดียวกันแต่รูปแบบต่างกัน (Medication Change within a Medication Class) ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้จากลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเคยได้รับยาเมโทรโพรลอลในรูปแบบออกฤทธิ์นาน (extended-release) แต่แพทย์สั่งยาเมโทรโพรลอลทาร์เทรต 25 มิลลิกรัม แบบออกฤทธิ์ธรรมดา (regular-release)

4.2.5 สั่งใช้ยากันชักชนิด แต่เป็นยาที่ให้ผลการรักษาในกลุ่มเดียวกัน

4.2.6 สั่งใช้ยาชนิดเดียวกัน หรือกลุ่มเดียวกันกับรายการยาที่ผู้ป่วยแพ้ (Hypersensitivity reaction)

4.2.7 รายการยาในคำสั่งใช้ยากลับบ้านซ้ำกับรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน (Duplicate error)

4.2.8 รายการยาในคำสั่งใช้ยาเกิดอันตรกิริยากันกับรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ (Drug interaction)

III. สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อวัดผลของการทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา โดยเปรียบเทียบความคลาดเคลื่อนทางยาในขั้นตอนการสั่งใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีและไม่มี การทำความสอดคล้องต่อเนื่องทางยาอย่างเป็นระบบชัดเจนโดยเภสัชกร ซึ่งจะทำต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีการจัดระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาตามผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์ของ National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved