

การป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยใน

ศรวิไล แสงเลิศศิลป์ชัย

พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
srivilai.sae@mahidol.ac.th

ในการทำงานในโรงพยาบาล การให้ยาผู้ป่วยในถือเป็นกิจกรรมภาระงานหลักของพยาบาล และเป็นที่ทราบกันดีว่า หนึ่งในวัฒนธรรมความปลอดภัยหลักของการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล คือ ความปลอดภัยของระบบยา (medication safety) ซึ่งเป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่ผู้รับบริการได้รับบริการโดยตรง ในขณะที่ผู้ให้บริการตระหนักในความสัมพันธ์เช่นกัน โดยเฉพาะการรับบริการในระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งมีโอกาสความเสี่ยงในการจะเกิดความคลาดเคลื่อนได้ อาจจากความผิดพลาด (human error) อย่งไรก็ตามการยึดถือนโยบายโดยหลักการ “First, do no harm” จะเป็นการช่วยลดภาวะความรู้สึกกดดันได้ จึงจำเป็นต้องสร้างความตระหนักให้บุคลากร มีความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของความเสี่ยงทางคลินิกที่อาจเกิดขึ้น และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น ด้วยความรู้สึกรองรับที่มีความผิดและไม่เกิดการรายงานความเสี่ยง

นิยาม และระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน

Medication error ความคลาดเคลื่อนทางยา หมายถึงเหตุการณ์ใดๆ ก็ตามทีอาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม จนอาจส่งผลให้อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ และ/หรือ ความคลาดเคลื่อนที่สามารถป้องกันได้ ระดับความเสี่ยงที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและส่งผลต่อผู้ป่วย

A หมายถึง ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

B หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนยังไม่ถึงผู้ป่วย

C หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว

D หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม

E หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม

F หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยืระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลออกไป

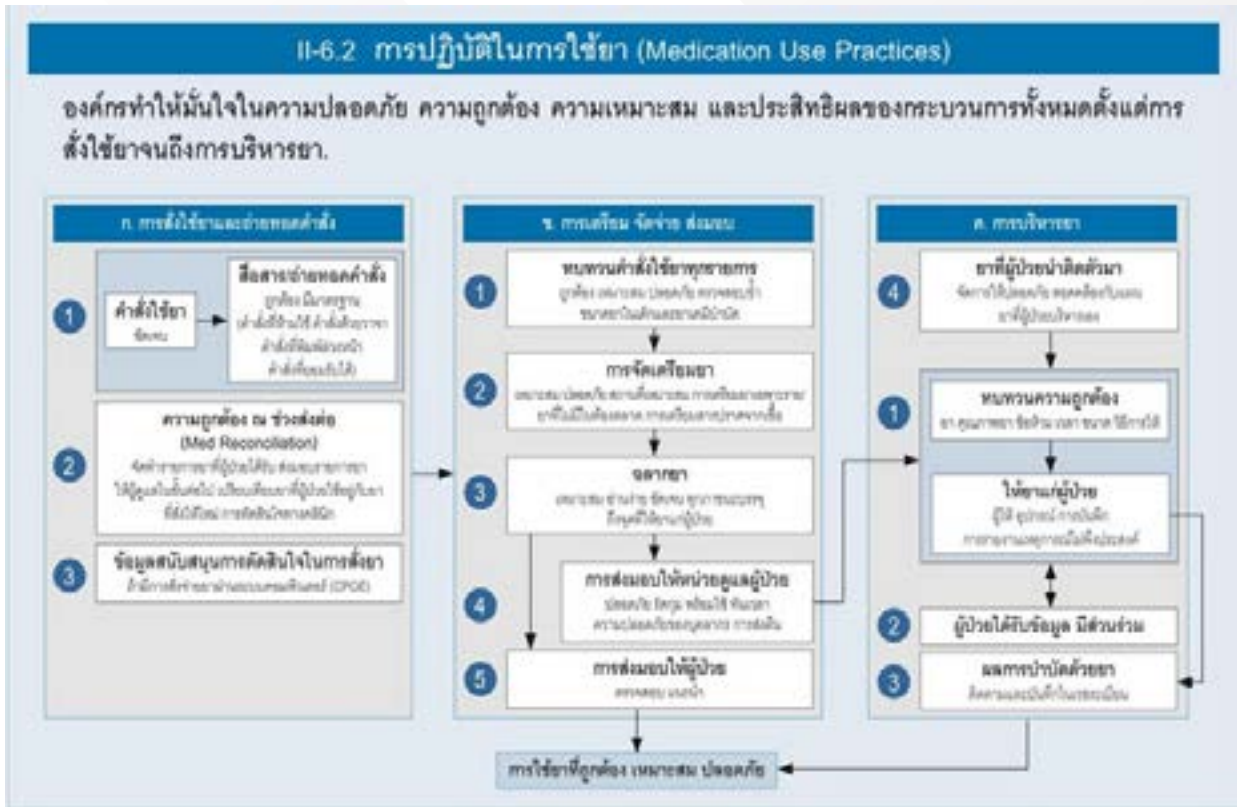
G หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร

H หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบถึงแก่ชีวิต เช่นแพ้ยาแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น

I หมายถึง มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

รับต้นฉบับ 6 กรกฎาคม 2565, ปรับปรุงต้นฉบับ 5 สิงหาคม 2565, ตอปรับต้นฉบับตีพิมพ์ 11 สิงหาคม 2565

กระบวนการขั้นตอนของการให้ยา



แผนภาพที่ ๑ การปฏิบัติในการให้ยา

กระบวนการทำงานร่วมกันของสาขาวิชาชีพ มีความเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่พยาบาลรับคำสั่งการรักษาของแพทย์ ตรวจสอบคำสั่งการรักษา และมีการสื่อสารระหว่างแพทย์พยาบาล จากนั้นจึงทำการส่งเบกยา จากห้องเภสัชกรรม เมื่อได้รับยาจากห้องเภสัชกรรมมา จึงตรวจสอบยาที่ได้รับกับแผนการรักษาที่จะบริหารยานั้นให้แก่ผู้ป่วย แม้ว่าทุกขั้นตอนกระบวนการมีความเสี่ยง โอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ

ความคลาดเคลื่อนทางยา สามารถแบ่งออกเป็น ๔ ประเภท ได้ดังนี้

๑. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (Prescribing error)
๒. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา (Transcribing error)
๓. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error)
๔. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error)

อย่างไรก็ตาม กระบวนการขั้นตอนสุดท้าย เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล ในที่นี้จึงจะขอกล่าว

ถึงบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละประเภทได้ แต่จะสรุปประเด็น ดังนี้

๑. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา

พยาบาลสามารถตรวจสอบคำสั่งการใช้ยาได้ตั้งแต่ประวัติการแพทย์ของผู้ป่วยกับยาที่สั่งใช้ ว่ามีการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้หรือไม่ เพื่อป้องกันการสั่งใช้ยาและเกิดการแพ้ยาซ้ำ การสั่งใช้มีการระบุความแรงหรือไม่ หรือมีการสั่งใช้ยาในขนาดความแรงมากในขณะที่ผลเลือดค่าครีเอตินินผู้ป่วยสูงอยู่แล้ว ควรได้รับการทวนสอบคำสั่งกับแพทย์อีกครั้ง การระบุคำสั่งใช้ยาโดยใช้หน่วยที่ชัดเจน รวมไปถึงการทำรายการยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับประจำ เพื่อการตรวจสอบการประสานการใช้ยาและประเมินการใช้ยาในการรักษาครั้งนี้แพทย์ระบุงดการใช้ยาใดหรือไม่ หรือ สั่งการรักษาที่ขาดหรือเกินจากประวัติยาเดิม

๒. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา

ปัจจุบัน โรงพยาบาลต่างๆ มีระบบ e-HIS ช่วยทำให้การตรวจสอบง่ายขึ้น โดยเมื่อพยาบาลผู้รับคำสั่งการรักษาและตรวจอ่านคำสั่งแล้วส่งคำสั่งการรักษาที่

เป็นสำเนาไปให้หน่วยเภสัชกรรม เพื่อการจัดเตรียมยา โดยเภสัชกรจะศึกษารายการยา (drug profile) ตามคำสั่งการใช้ยาของแพทย์ไว้ในระบบ พยาบาลตรวจสอบรายการยาในแบบบันทึกการให้ยา (medical record audit) กับคำสั่งการรักษาให้ถูกต้อง หากมีความเสี่ยงที่จะเกิดควรทำเครื่องหมาย หรือการเขียนเพื่อสื่อสารให้ทีมรับทราบเข้าใจตรงกัน เช่น คำสั่งการใช้ยา Ampicilin ๒ gm v q ๖ hrs ในขณะที่ขนาดยาที่จ่ายมา ๕๐๐ mg/vial ควรมีการเน้นย้ำ เช่น ด้วยสี่เหลี่ยมสีแดง หรือการเขียนว่าใช้ ๔ vial ด้วยหมึกสีแดง หรือ คำสั่งการใช้ยาที่ต้องตรวจดูขนาด mg /tab เช่น prevacid ๓๐ mg ๑ tab o ac เข้า ในขณะที่ ยามีขนาดเม็ดละ ๑๕ mg ต้องจัดยาเม็ดละ ๒ เม็ด หรือ ยาที่มีหลายขนาด Meformin ๕๐๐ mg /๘๕๐ mg เป็นต้น เพราะในระบบเภสัชกรอาจศึกษารายการยามาตามคำสั่งแพทย์ แต่พยาบาลต้องเป็นผู้บริหารยาจึงต้องตรวจสอบการคัดลอกคำสั่งใช้ยาให้ถูกต้อง โดยเฉพาะหากยังต้องคัดลอกด้วยการเขียน จำเป็นที่ควรเขียนคัดลอกด้วยลายมือที่อ่านง่าย ระบุขนาดให้ชัดเจน จะลดการเกิดความคลาดเคลื่อนได้มาก แม้แต่ การระบุสารละลายที่ใช้ผสมกับยา อัตราความแรง ขนาดยาและจำนวนสารละลายที่ใช้ผสมเช่น แพทย์ระบุให้ผสม ๕๐ ml หรือ ให้ผสม ใน ๕%/D/W ๒๕๐ ml ก็ควรผสมให้ถูกต้อง รวมไปถึงระยะเวลาในการบริหารยา เช่น แพทย์ระบุให้ใช้เวลาในการให้ยา ๓ ชั่วโมง เป็นต้น

๓. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา

พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการตรวจสอบยาที่ได้รับจากเภสัชกร เนื่องจากมีโอกาสในการได้รับยาผิดชนิด ผิดขนาดความแรง ผิดรูปแบบ เช่น แพทย์สั่งใช้ยาน้ำ แต่ได้รับยาที่จ่ายมาเป็นชนิดเม็ด บางครั้งได้รับการจ่ายยามาผิดจำนวน ผิดคน ได้รับยาหมดอายุ ฉลากยาผิด เช่น ชื่อผู้ป่วยผิด ชื่อยา หรือขนาดความแรงผิด ไม่ใส่ซองสีขาป้องกันแสง ยกตัวอย่าง เช่น แพทย์สั่ง Adalat ๑๐ mg ได้รับยา Adalat ๓๐ mg แพทย์สั่ง จ่ายยา Flavoxate ๒๐๐ mg ๑ x ๓ po ac แต่เภสัชกรศึกษายาและจ่ายยาเป็น Fluoxetine ๒๐ mg ๑ x ๓ po ac จึงเห็นได้ว่าการตรวจสอบจะช่วยป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ ก่อนที่จะให้ยาผู้ป่วย TPN

สำหรับให้ทาง central line / peripheral line

๔. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

พยาบาลเป็นด่านสุดท้ายของกระบวนการบริหารยาก่อนที่จะบริหารยาให้ถึงผู้ป่วย ดังนั้น หากทุก ๆ ขั้นตอนผ่านการละเอียด ไม่มีการตรวจสอบมา ย่อมมีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนมาถึงการให้ยาแก่ผู้ป่วยได้ การตรวจสอบซ้ำจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งผู้จัดเตรียมยาและผู้บริหารยาควรมีการตรวจสอบกันคนละคน แต่ในสถานการณ์ที่อัตรากำลังไม่เพียงพอ การตรวจสอบซ้ำอาจเป็นคนๆ เดียวกัน ซึ่งต้องอาศัยความละเอียด ตรวจสอบทวนสอบจริงๆ เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดจากตนเอง เพราะความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ตั้งแต่การให้ยาไม่ครบ ที่มักเกิดจากการลืมให้ยา การให้ยาผิดชนิด ผิดขนาด แม้จะเป็นการให้ยาในขนาดที่ต่ำกว่าที่สั่งใช้ยาก็คตาม การให้ยาที่ผิดวิถีทางเช่น แพทย์สั่งยาหยอดตาข้างขวา แต่หยอดตาซ้าย การให้ยาผิดเวลา จากที่กำหนด เช่น สั่งฉีดยา Nesp ๓๐ mcg Sc ทุกวันที่ ๑๕ , ๓๐ การให้ยามากกว่าจำนวนที่สั่ง หรือให้ยาที่มีคำสั่งหยุดการใช้ยานั้นแล้ว

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า พยาบาลมีหน้าที่ในการตรวจสอบ ดักจับ ความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากหลายๆ ขั้นตอน รวมไปถึงการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย มีความเสี่ยงอย่างมาก และมีบทบาทในการทำงานร่วมกับวิชาชีพที่ในบางครั้ง การตรวจสอบข้ามวิชาชีพ (cross check) จะช่วยป้องกันและหรือช่วยลดความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้

ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs : HAD)

หมายถึง ยาที่มีความเสี่ยงในการบริหารยาอาจทำให้เกิดอันตรายหรือผลเสียต่อผู้ป่วย และอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งอาจเกิดจากความผิดพลาดในแต่ละขั้นตอนตั้งแต่การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การจ่ายยา จนถึงการใช้ยา จึงควรมีการติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ จากรายการยาในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในปัจจุบัน ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความคาดหวังสูงในคุณภาพ มาตรฐานความปลอดภัย การมีระบบการป้องกันความผิดพลาดจากการบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูงที่ชัดเจน น่าจะเป็นแนว

หลักการปฏิบัติที่ช่วยป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและลดอุบัติเหตุการเคลื่อนย้ายที่ เกิดจากยาที่มีความเสี่ยงสูง

๑. การสั่งใช้ยา

๑.๑ แพทย์ที่สั่งใช้ ควรใช้ชื่อยาสามัญ หรือชื่อยาเต็ม ไม่ใช่ชื่อย่อ ระบุรายละเอียดให้ครบถ้วน ทั้งรูปแบบยา ความแรงของยาและปริมาณยา ไม่เขียนเป็นอัตราส่วน

๑.๒ ไม่ควรสั่งยาทางโทรศัพท์ แต่หากมีความจำเป็นที่มีการสั่งทางโทรศัพท์ ต้องมีการทวนซ้ำกับผู้รับคำสั่งให้ถูกต้องทั้งชื่อยา ชื่อผู้ป่วยรูปแบบยา ความแรง ปริมาณยา

๑.๓ ควรอธิบายกับผู้รับคำสั่งให้ถูกต้องทั้งชื่อยา ชื่อผู้ป่วย รูปแบบยา ความแรงและปริมาณยา เพื่อให้เข้าใจตรงกันในการผสมยา

๒. การจ่ายยา

๒.๑ เมื่อได้รับใบสั่งยา เภสัชกรตรวจสอบชื่อยา ชื่อผู้ป่วยชื่อยา ขนาดยา ปฏิกริยาระหว่างยา และข้อห้ามใช้ยาในผู้ป่วย กรณีที่พบปัญหา เภสัชกรติดต่อสอบถามแพทย์ทันทีก่อนจ่ายยาให้ผู้ป่วย

๒.๒ การจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูงควรมีการตรวจสอบซ้ำเสมอ และจ่ายสติ๊กเกอร์ยาความเสี่ยงสูงและสติ๊กเกอร์สำหรับติดตามสัญญาณชีพในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วย

๓. การคัดลอกคำสั่งการใช้ยา

กรณีที่ยังใช้การคัดลอกคำสั่งตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนทั้งชื่อยา ขนาดยาและวิธีการให้ยา โดยหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล หากไม่เข้าใจ หรือคำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจนควรติดต่อแพทย์ผู้สั่งใช้โดยตรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ก่อนที่จะลอกคำสั่งการใช้ยา

กรณีที่ใช้การบันทึกในระบบ e- HIS ยังคงต้องตรวจสอบชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยาและวิธีการให้ยาให้ถูกต้องตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ หากพบผิดจากคำสั่งในแผนการรักษาติดต่อประสานกับแพทย์และเภสัชกรที่ศิรัยการยาในแบบบันทึกการให้ยา เพื่อการแก้ไขให้ถูกต้องกับแผนการรักษา

๔. การบริหารยา

๔.๑ เมื่อแพทย์สั่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง พยาบาล

ต้องตรวจสอบชื่อยา ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ขนาดยา ให้ถูกต้อง และหากไม่เข้าใจ หรือคำสั่งการรักษาไม่ชัดเจนให้ทวนถามกับแพทย์ทันที เพื่อให้เข้าใจว่าต้องผสมยาปริมาณเท่าไร ขนาดยาถูกต้อง ก่อนที่จะส่งคำสั่งการใช้ยาไปยังห้องยา

๔.๒ การตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยาให้ถูกต้อง ผสมยาตามปริมาณยา ความแรงยาที่แพทย์สั่งใช้

๔.๓ การเตรียมยา ควรมีการตรวจสอบความถูกต้องของการเตรียมยาโดยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป ซึ่งควรเป็นการตรวจสอบซ้ำ (double check) โดยพยาบาลอีกคนหนึ่งก่อนให้ยาผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการบันทึกชื่อในแบบบันทึกการให้ยาทั้งสองคน

๔.๔ การติดสติ๊กเกอร์ติดตามอาการในการเฝ้าระวังการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงในแบบบันทึกด้วย โดยเฝ้าระวังสัญญาณชีพและลงบันทึกความเปลี่ยนแปลงหลังการใช้ยา ทั้งในแบบบันทึกทางการพยาบาลด้วย และต้องมีการระบุ ให้ถูกต้อง ตรงบุคคล

๔.๕ พยาบาลรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ หรือความผิดพลาดในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

๔.๖ เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรือเกิดความผิดพลาดที่ถึงตัวผู้ป่วยจากการใช้ยาที่เสี่ยงสูง ต้องรายงานอุบัติการณ์ทันที รายงานแพทย์พร้อมทั้งการแก้ไขในเบื้องต้น

๔.๗ การรับส่งเวรทุกวันในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง และมีการเฝ้าระวังในการใช้ยา เพื่อให้ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

๔.๘ กรณีการให้ยาทางหลอดเลือดดำใช้เครื่องนับหยดอัตราการไหลเสมอ เพื่อควบคุมอัตราการให้ยาอย่างถูกต้อง แม้ในเวลาที่ต้องส่งต่อผู้ป่วย (transfer) ข้ามหน่วยงาน เช่น ย้ายจากICU หรือการรับย้ายส่งต่อต่างโรงพยาบาล

ตัวอย่างที่ ๑ โอกาสของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มเสี่ยงสูง กรณีการสั่งยาในกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) กับ pain management

แพทย์สั่งให้ MO (๑:๑๐) v drip ๕ ml/hr ปัญหาที่เกิดคือ การผสมยาผิดขนาด ซึ่งใน

การผสมขนาดยาต่อ amp คือ ๑๐ mg / ๑ ml และพบว่ามีการผสมยาผิด แตกต่างกัน ๑๐ เท่า

จากโจทย์นี้ ทำให้เห็นได้ว่าการบริหารยาผิดคลาดเคลื่อน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับขนาดยาที่แตกต่างกันถึง ๑๐ เท่า และจะเห็นได้ว่าการสื่อสารที่บกพร่องอาจทำให้ผู้ป่วยอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นผู้รับคำสั่งและผู้บริหารยาต้องตรวจสอบให้ถูกต้องชัดเจน และยืนยันคำสั่งการรักษากับแพทย์ให้ถูกต้อง ในการใช้ขนาดยา และส่วนผสม เพื่อป้องกันความผิดพลาด และการติดตามผลหลังการบริหารยาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอัตราการหายใจ เนื่องจากผลกระทบส่งผลต่อการกดการหายใจ ระดับความดันโลหิตลดลงแม้จะเป็นผู้ป่วยในกลุ่มการรักษาแบบประคับประคองก็ตาม

ตัวอย่างที่ ๒

ผู้ป่วยหญิง อายุ ๗๖ ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง อ่อนเพลีย และมีการติดเชื้อ Methicillin -resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) ได้รับคำสั่งการรักษา Vancomycin ๑ g v ทุก ๑๒ hrs พยาบาลให้ยา dose แรกภายในระยะเวลา ๒๐ นาทีหลังได้รับยา ผู้ป่วยเกิดผื่นแดงตามลำตัว โดยไม่ได้รับยาอื่นร่วมด้วย พยาบาลจึงคิดว่าอาจเกิดจากการแพ้ยา แจ้งรายงานแพทย์และเภสัชกรเพื่อบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากยา

จากเหตุการณ์นี้ พยาบาลบริหารยาในอัตราที่เร็วเกินไป จึงเกิดอาการไม่พึงประสงค์ Red man syndrome คือ อาการ หน้า คอ ออก และแขนเป็นผื่นแดง คัน บางรายอาจมีความดันโลหิตต่ำอย่างรวดเร็วและรุนแรง หรือเกิดมีเสียง wheezing หายใจลำบาก จึงควรต้องบริหารยาให้หยุดช้าๆ อย่างน้อย ๖๐ นาที และติดตามสังเกตอาการหลังการได้รับยาเป็นระยะๆ เพื่อประเมินอาการผิดปกติ

การบริหารยาในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่สุดต่อการเกิดผลกระทบจากการปฏิบัติงานทางการแพทย์ ซึ่งอาจเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ความชรา การมีพยาธิสภาพหลายชนิด ทำให้ต้องได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ซึ่งผลที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าซึมเศร้า โรคระบบทางเดินอาหาร ความดัน

เลือดต่ำ หมอสติ ทกล้ม ซึ่งการป้องกันควรมีแนวทางโดยบุคลากรและผู้ป่วย หรือญาติ ผู้ดูแล

การป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดยบุคลากร

1. การให้ผู้ป่วยนำยาทั้งหมดมาเพื่อตรวจสอบและลงบันทึกการใช้ยา (med reconciliation) ไม่ว่าจะเป็นยาที่ได้รับจากการพบแพทย์ตามนัดของทุกระบบ และทุกโรงพยาบาล ซึ่งบางรายมีมากกว่าหนึ่งโรงพยาบาล ยาสมุนไพร หรือยาที่ซื้อกินเอง โดยต้องสอบถามขนาด และวิธีการบริหารยา รวมถึงการสอบถามกับผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยสูงอายุ หรือมีปัญหาความจำให้สอบถามกับผู้ดูแล

2. การให้คำแนะนำให้ผู้ป่วย / ผู้ดูแลแจ้งอาการใหม่ทุกครั้ง เนื่องจากอาจเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากยาที่ให้ หรือที่เพิ่งได้เพิ่มยาไป

3. สอนและให้คำแนะนำการใช้ยา หรือวิธีการบริหารยาที่ถูกต้องด้วย เช่น การสอนวิธีการพ่นยาแบบใหม่ที่เพิ่งสั่งใช้ หรือกรณีแพทย์สั่งยากลับบ้านให้สองขนาด โดยให้ทานขนาดเดิมที่ให้ในระหว่างอยู่โรงพยาบาลจนครบ และต่อด้วยในขนาดที่ต่างกันอีกสองสัปดาห์ เช่น Urcholine(10 mg) 1X3 o pc ที่เหลือจนหมด และต่อด้วยขนาด 5 mg อีกสองสัปดาห์ ต้องให้เข้าใจอย่างถูกต้อง หรือ การปรับขนาดอินซูลิน

4. ให้คำแนะนำการจัดยาเป็นวันๆ และแต่ละมื้อให้ชัดเจน กรณีมีเพิ่มยาใหม่เมื่อไร จะได้ทราบและสังเกตอาการ จนถึงสามารถทวนสอบได้ว่า หากมีอาการไม่พึงประสงค์หลังจากเริ่มยามื้อไหน

การป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยาโดยผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล

การดูแลต่อเนื่องที่ดี ด้วยการให้คำแนะนำการดูแลก่อนกลับบ้าน และการย้ำให้ข้อมูลที่สำคัญกับญาติ ผู้ดูแล เพื่อช่วยให้การบริหารยาถูกต้อง และเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญร่วมด้วย

1. การให้คำแนะนำและต้องให้ทราบชื่อยาและโรคที่ป่วย ควรรู้จักชื่อยาสามัญ และขนาดของยาด้วย เนื่องจากหากรับยาจากหลายโรงพยาบาล อาจได้รับยาซ้ำซ้อน เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาเบาหวาน อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย รวมถึงทราบชื่อยาที่มีประวัติการ

แพ้และแจ้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาลทราบ

2. แนะนำการจัดยาให้รับประทานยาที่แพทย์สั่งสม่ำเสมอ ติดตามการรักษากับแพทย์เป็นระยะ ไม่ควรซื้อยาเดิมมารับประทานเอง เนื่องจากบางขณะมีการปรับเปลี่ยนยาตามสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม เช่น ยาลดความดันโลหิต

3. ควรมีการตรวจสอบวันหมดอายุของยาที่ได้รับประทาน เพราะการรับยามาวันหมดอายุจะนาน อาจต้องรับประทานยาเก่าที่วันหมดอายุสั้นกว่าก่อน แต่ต้องให้แน่ใจว่ารับประทานถูกต้องกับขนาดที่แพทย์ให้ในปัจจุบัน

4. กรณีที่รักษาด้วยแพทย์มากกว่าหนึ่งคน ต้องให้ประวัติรายการยาที่ใช้อยู่ให้แพทย์ทราบทุกคน

5. กรณีผู้ป่วยสูงอายุ หรือมีปัญหาการมองเห็น ปัญหาความจำ ผู้ดูแล หรือญาติต้องเป็นผู้จัดยาให้เสมอ

อย่างไรก็ตามในระหว่างการรักษา ก็อาจเกิดข้อผิดพลาด ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาพยาธิสภาพโรคต่อหลายระบบ ทำให้แพทย์พยายามให้การรักษาเพื่อรักษาสมดุลของทุกระบบ หรือพยายามแก้ปัญหาอย่างสุดความสามารถในความเชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ เช่น หากผู้ป่วยมีปัญหาการติดเชื้อรุนแรง แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะเต็มที่ แต่ส่งผลกระทบต่อไต ทำให้เกิดไตวายเฉียบพลัน หรือ การรักษาภาวะหัวใจวายด้วยการให้ยาขับปัสสาวะจนเกิดภาวะ pre renal failure ได้ ซึ่งผู้ป่วยบางรายปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมยาก

จากที่กล่าวมา จึงเห็นได้ว่า การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยใน มีปัจจัยที่อาจเกิดขึ้นได้จากขั้นตอนกระบวนการ ร่วมกันระหว่างการทำงานวิชาชีพ ดังนั้นการร่วมกันป้องกันในแต่ละขั้นตอนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องของคำสั่งการรักษา การระบุ (Identify) ความถูกต้องของกระบวนการต่างๆ และการตรวจสอบซ้ำเสมอก่อนบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะ “พยาบาล” เป็นวิชาชีพสุดท้ายที่ต้องตรวจสอบก่อนการบริหารยาทุกครั้ง จึงเห็นได้ว่าพยาบาลจึงต้องทำงาน ด้วยความรอบคอบ ตระหนักและควรตรวจสอบความ ถูกต้องในทุกๆ ขั้นตอนของการสั่งใช้ยากับผู้ป่วย รวมถึงการใช้

ความรู้ในการติดตามประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการให้การพยาบาลเบื้องต้น ป้องกันความผิดพลาด คลาดเคลื่อนแม้จะมาจากการทำงานระหว่างวิชาชีพก็ตาม อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สำคัญส่วนหนึ่ง คือ การสื่อสารระหว่างแพทย์ผู้สั่งใช้ยา เภสัชกรที่จ่ายยา และพยาบาล ภาระงานกับอัตรากำลัง และที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ การขาดการตรวจสอบซ้ำจากบุคคลอื่น ดังนั้น หากทุกระบวนการมีการช่วยกันดักจับ ตรวจสอบร่วมกัน โดยหลักการทำงานสหสาขาวิชาชีพนั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

๑. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลศิริราช คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ฉบับปรับปรุง เมษายน ๒๕๖๐

๒. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลราชวิถี คู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน ยาความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลราชวิถี พิมพ์ครั้งที่ ๑ : พฤษภาคม ๒๕๖๐

๓. ประเสริฐ อัสสันตชัย (๒๕๕๘). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน . พิมพ์ครั้งที่ ๕. บริษัทยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด

๔. สุปาณี เสนาดีสัย และ วรณภา ประไพพานิช บรรณาธิการ. (๒๕๕๔). การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ . พิมพ์ครั้งที่ ๑๓. กรุงเทพมหานคร : จุดทอง จำกัด

๕. สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา ปรานค์ทิพย์ อุจะรัตน ณิชสุรางค์ บุญจันทร์. (๒๕๕๓).ทักษะการพยาบาลพื้นฐาน Basic Skills in Nurstng. พิมพ์ครั้งที่ ๓.กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น พี เพรส

๖. สุปาณี เสนาดีสัย และ มณี อาภานันท์กุล บรรณาธิการ. (๒๕๕๒). คู่มือปฏิบัติการพยาบาล . พิมพ์ครั้งที่๑. กรุงเทพมหานคร : จุดทอง จำกัด

๗. ธิดา นิงสานนท์ และคณะ บริหารยาเพื่อความปลอดภัย (๒๕๕๒) สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) , พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ :ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิษณิ