

สรุปผลการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
วันที่ 5 มิถุนายน 2561 ห้องผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ. ธวัช	คงคาลัย	ประธาน
2. นพ. ชัชวาล	โกโค	กรรมการ
3. พญ. ญัฐพร	มณีไพโรจน์	กรรมการ
4. พญ. ธนาภรณ์	กอนัญกลาง	กรรมการ
5. พญ. ศตพร	จันทสุธิกุล	กรรมการ
6. นพ. ธนดล	สลักเพชร	กรรมการ
7. ภญ. มรกต	ฤกษ์รัตนวารี	กรรมการและเลขานุการ
8. ภญ. เมธาวี	ศรีรัตนโชติชัย	กรรมการ

เรื่องเพื่อพิจารณา

1. ทบทวนและจัดทำกรอบยา รพ.ใหม่

- กรอบปัจจุบัน ณ ปัจจุบัน 386 รายการ เป็น ED 342 NED15 EDสมุนไพร 25 NEDสมุนไพร 2 ED dent 2 รายการ
- เกณฑ์ 375 รายการ
- 6 รายการที่เสนอให้พิจารณา
 - Atropine eye drop ไม่มี rateการใช้ตลอดปี – ตัดออก
 - Dapsone ไม่เคยมีการใช้ ได้ตัดออกจากกรอบไปรอบก่อน รอบนี้มีผู้ป่วย AIDS แพ้ bactrim ต้อง prophylaxis ด้วย dapsone – เพิ่มกรอบ
 - Primaquin 5 mg ในกรอบ หาซื้อไม่ได้ใช้น้อย รอบสุดท้ายที่ขอจากหน่วยมาลาเรียได้มาแบบ 15mg – เพิ่มกรอบ
 - Measeal vaccine สปสช.ไม่มีแล้ว - ตัดออก
 - PCEC หยุดผลิต ต้องเอา rabie vaccine อื่นเข้าแทน-ทดแทนกรอบด้วย rabie vaccine ไม่ระบุชนิด เนื่องจากยอติใช้มีความใกล้เคียงที่จะต้องทำ e-bidding ใช้คุณลักษณะเฉพาะตามที่กรรมการจัดทำ
 - Abacavir มีคนไข้พึ่ง refer มาจาก พบก. – เพิ่มกรอบ
- รายการของแผนไทย แจ้งให้แผนไทยนัดประชุม รพ.สต.และจัดทำกรอบและวางแผนงบประมาณ
- สรุปกรอบเบื้องต้น 387 รายการ เป็น ED 343 NED15 EDสมุนไพร 25 NEDสมุนไพร 2 ED dent 2 รายการ
- ส่งกรอบรายการยาที่updateแล้วทางline

2. สารน้ำ เพื่อพิจารณาเลือกสารน้ำหลักในผู้ป่วยที่ต้องชดเชยสารน้ำ

- สรุปเรื่อง fluid resuscitation ข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ
- crystalloids Vs colloids
 - albumin ประสิทธิภาพไม่แตกต่างจาก NSS-
 - HES เพิ่ม 90 day mortality, AKI, RRT ปัจจุบัน US.FDA.กำหนดเป็น black box warning
 - Gelatin เพิ่ม anaphylaxis และมีแนวโน้ม เพิ่ม mortality, AKI และ bleed

- การศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่ม Crystalloids ด้วยกัน

-การศึกษาใน gynecology surgery พบว่า กลุ่มที่ได้ NSS มี hyperchloremic metabolic acidosis สูงกว่ากลุ่ม LRS (Ref. Scheingraber Anesthesiology. 1999 May;90(5):1265-70.)

-การศึกษาใน healthy พบว่ากลุ่มที่ได้ NSS มี Cl เพิ่มขึ้น strong ion difference, mean renal flow, renal cortical tissue perfusion ลดลงมากกว่ากลุ่ม balance crystalloids (ref. Ann surg 2012;256:18-24)

-การศึกษาในผู้ป่วยใน emergency department กลุ่ม NSS มี low pH และ HCO₃ เมื่อเทียบกับ balance crystalloids (ref. Int J med Sci. 2012;9(1):59-64)

-การศึกษาใน tertiary ICU พบว่ากลุ่ม Cl-restrictive fluid มีการเกิด AKI, RRT น้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่ม Cl-liberal (ref. JAMA. 2012 Oct 17;308(15):1566-72)

-การศึกษาใน severe sepsis และ septic shock พบว่ากลุ่ม balance crystalloids มี hospital mortality ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับ NSS (ref. Anesthesiology. 2015 Dec;123(6):1385-93)

-แต่การศึกษา SPLIT trial (JAMA. 2015;314(16):1701-1710) ทำในผู้ป่วย intensive care unit พบว่า AKI, RRT, hospital mortality ไม่แตกต่างกันระหว่าง buffered crystalloids และ NSS แต่ subgroup ใน critical ill พบความต่าง

-จึงมีการทำ RCT ขนาดใหญ่ในผู้ป่วย critical ill (SMART trial) พบว่ากลุ่ม balance crystalloids เกิด major adverse kidney event (death+new RRT+persistance renal dysfunction) น้อยกว่ากลุ่ม NSS (ref. N Engl J Med 2018; 378:829-839)

-ส่วน RCT ขนาดใหญ่ในผู้ป่วย noncritical ill (SALT-ED trial) พบว่า hospital free day (จำนวนวันที่ d/c ก่อน day 28) ไม่ต่างกัน แต่กลุ่ม NSS เกิด major adverse kidney event (death+new RRT+persistance renal dysfunction) มากกว่ากลุ่ม balance crystalloid (ref. N Engl J Med 2018; 378:819-828)

- พระปกเกล้าบางหน่วยใช้ตามแนวทางนี้ เช่น ศัลย์ แต่ med ยังใช้ไม่ค่อยเหมือนกัน มติใช้ตามแนวทางที่พระปกเกล้าใช้ – หากพระปกเกล้าแจ้งเกณฑ์เมื่อไหร่ให้รีบแจ้งกลุ่มงานเภสัช – ปี 62 อจวางแผนทำสัญญาซื้อประมาณ 70 % ไปก่อนในรายการ NSS 1000 ml iv ส่วน RLS จัดซื้อตาม rate

3. วางแนวทางการสื่อสาร เนื่องจากไม่สะดวกที่จะประชุมบ่อย

- เมื่อมีแนวทางปฏิบัติใหม่ เช่น จาก พระปกเกล้าหรือ guideline สาгал – ส่งข้อมูลทาง line – องค์กรแพทย์ discussion ทาง line – เภสัชกรปรึกษา แพทย์ประจำคลินิกแล้วออกแนวทางปฏิบัติให้จุดต่างๆที่เกี่ยวข้องทาง line HA และเอกสารแจ้งหน่วยงาน – เอลอง web โรงพยาบาล หมวด KM
- ตัวชี้วัด และความเสี่ยงที่สำคัญ ส่งข้อมูลทาง line – แพทย์ discussion – ถ้าสรุปได้ ทำบันทึกการประชุมสรุปผล (เอาไปเติมเอกสาร HA เป็น CQI) – จัดทำแนวทางปฏิบัติ/ข้อปฏิบัติ/เพิ่มในข้อมูล orientation/แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แล้วแต่กรณี

4. Clinic AIDS

- แนวทางการ update guideline เมื่อเปลี่ยนใหม่ – ทำตามข้อ 3

5. การปรับการเขียน med reconcile IPD D/C แบบใหม่

- ปัญหา – แพทย์ต้องเขียน 2 ที่ – เสียเวลา-เขียน 2 ที่ไม่เหมือนกัน
- แนวทางใหม่

– 1.เขียนเฉพาะใน DOS ให้ครบ เกสซ์จะเขียนในใบจัดยา drug profile สรุป แล้ว scanติดสมุดผู้ป่วยหน้าสุดท้าย

ข้อดี – ลดการเขียนซ้ำของแพทย์ – ลด errorของการเขียนที่ไม่เหมือนกัน- จะมีlabช่วงadmit ติดไปด้วย
ข้อเสีย – ต้องเปลี่ยน printerใหม่ (มีเครื่องเสียที่ต้องซื้อทดแทนอยู่ในระหว่างนี้ อาจต้องรอพักใหญ่ จากระเบียบการซื้อ comp) -ใบ drug profile อาจดูยาก – เพิ่มงานเกสซ์นิดหน่อยแต่เทียบกับต้องตัดสินใจ+ consult อาจประหยัดเวลามากกว่า

-2.เขียนในใบ reconcile ใบเดียว (การตรวจเวชระเบียน อนุญาตให้เขียนได้) – ward Xerox ใบreconcile ส่งไปห้องยาตอน D/C

ข้อดี – ลดการเขียนซ้ำของแพทย์ – ลด errorของการเขียนที่ไม่เหมือนกัน

ข้อเสีย -- เพิ่มงาน wardเล็กน้อย – อาจสับสนเล็กน้อย เพราะผู้ป่วยไม่ได้มีใบreconcile ทุกคน
วิธีนี้ ต้องคุยกับ 2 wardก่อน ถ้าคุยได้จะใช้เลย ถ้าคุยแล้วเห็นไม่ตรงกันจะจัดประชุมย่อย

- องค์กรแพทย์เลือกแนวทางที่ 2 ถ้าคุยกับ 2 ward ได้จะใช้เลย ถ้าคุยแล้วเห็นไม่ตรงกันจะจัดประชุมย่อย

6. Clinic warfarin

- Pt warfarin admit ด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ INR prolong ไม่ค่อยสั่งตรวจ INR –แนวทางที่กำหนด แพทย์จะสั่ง monitor
- แพทย์ไม่ค่อยดู Target INR ในผู้ป่วยนอก มักให้ treatmentที่ target INR 2-3 –แนวทางที่กำหนด ห้องยาจะลงtarget INR ทุกคู่หน้าเฉพาะรายที่ target INR นอกเหนือ 2-3
- ไม่กระจาย dose ทำให้ค่า INR แกว่งแรง – แพทย์เกรงว่าผู้ป่วยจะใช้อย่างผิด เนื่องจากวิธีใช้ยาที่กระจาย dose จะใช้อยาก + คิดยากว่าจะสั่งจ่ายอย่างไร + เสนอการจัดคลินิกแบบโรงพยาบาลอื่นคือพบเกสซ์ก่อน เกสซ์ลง suggest dose ให้แพทย์ก่อน
- แนวทางที่กำหนด ---ใช้app ช่วย เวลาสั่งยา, เกสซ์ทำปฏิทินรูปการใช้ยาให้ผู้ป่วยทุกคน ทุก visit
- การจัดคลินิกแบบ รพ.อื่นเคยทำมาก่อนแล้ว INR ดีกว่าปัจจุบันมาก แต่ที่ต้องปรับเนื่องจาก ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากและไม่มีสถานที่ทำ -ลองหาวิธีดูก่อน
- ไม่ลงรายการยาในสมุดwarfarin –แนวทางที่กำหนด ขอให้ลงยาทุกตัวอย่างน้อย 1 ครั้งในคู่หน้าที่เปิดแล้วมองเห็น ถ้า ReMED ลง RM ได้

7. Clinic asthma COPD

- Pt มักไม่ค่อยนำยามาในตอน admit (ทั้งยากินและยาพ่น) ยามีราคาสูง (ยาจึงอาจเหลือที่ผู้ป่วย) ในคลินิก เกสซ์จะทำ reconcile แล้วเขียนจำนวนยาสุดท้ายให้ ตอนนี้ได้ประมาณ 65% ของผู้ป่วยในclinic แพทย์จะหักยาออกได้หรือไม่- ได้

8. Clinic TB

- ตอนนี้มีการ guideline ประเทศออกใหม่
- มติจะรอ อ.มาลี พบก. แล้วทำแนวทางเนื่องจากเราต้อง refer พระปกเกล้า
- ถ้าguideline อ.มาลีมา จะขอ consult แพทย์ประจำคลินิก เพื่อทบทวนเบื้องต้นก่อน แล้วจะ update แพทย์ทาง line ถ้า OK จะ ขึ้น web KM และเอกสารแจ้งเวียนหน่วยงาน
- ตอนนี้ใช้guideline เดิมที่ อ.มาลีออกไปก่อน

9. การสั่งใช้ยา

- IPD antibiotic ที่ รพศ.มีกำหนดวันเวลาครบ แต่แพทย์ไม่ได้ระบุวันครบใน DOS (doctor order sheet) มีการปฏิบัติในการให้ยาที่ต่างกันของ nurse ในward และห้องยา บางคนให้อิงตามใบrefer บางคนให้ไปเรื่อยจนกว่าแพทย์จะสั่ง off - แนวทางที่กำหนด แพทย์จะสั่งวันเวลา off
- IPD การสั่ง Seretide inh แล้วเปลี่ยนเป็น Budesonide inh ในเวลาต่างกัน 2 วัน หรือระหว่าง admit กับ D/C - องค์กรแพทย์รับทราบเพื่อเฝ้าระวัง
- IPD การสั่ง Antibiotic รับประทานตอน D/C ว่า ให้จนครบ 7 วัน จะให้นับยาฉีดที่ให้ก่อนหน้าหรือไม่ - มีการนับที่แตกต่างกัน - แนวทางที่กำหนด แพทย์จะสั่งเป็นจำนวน

10. Compliance pt

- เลยวันนัดไม่กล้ามาเอายา กลัวหมอฟ้า- ให้บอกคนไข้ว่า มาเอายาเถอะ ขาดน้อยหมอฟ้าว่าน้อย ขาดนานหมอฟ้าว่าเยอะ
- กรณีผู้ป่วยไม่ค่อยใช้ยา -ปรับยาเองจะใช้ยาในวิธีที่ตัวเองจะทนได้ เนื่องจากมี side effect ควรมีระบบ consult แบบใด - แนวทางที่กำหนด ถ้าเภสัชพิจารณาแล้วว่าเป็น side effect ที่รบกวนชีวิตผู้ป่วย เขียนลงสมุดเพื่อให้แพทย์พิจารณาอีกครั้ง

มจร

ภญ.มรุต ฤกษ์รัตนวารี

ผู้จัดบันทึกการประชุม

นพ.วิช คงคลัย

ผู้ตรวจรายงานการประชุม