



อุบัติเหตุ ส่องระบบยา

วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ มังกร ประพันธ์วัฒน์

นิภาพร บุญศรารักษ์พงศ์ ศิรดา มาพันธ์ตะ พุสดี บัวทอง

กรณีศึกษาที่ 1

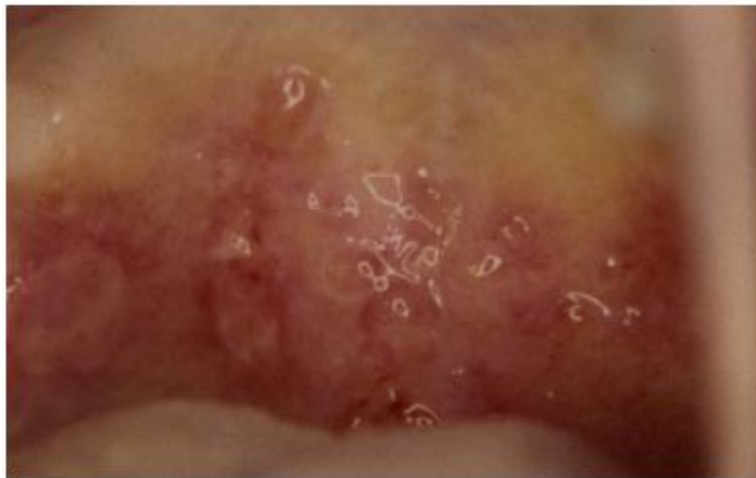


Figure 1: Tense bullae on oral mucosa amongst mucositis lesions from celecoxib

กรณีศึกษาที่ 1

- ผู้ป่วยชื่อ นางกนกพร ต้องได้รับยาเบาหวาน คือ **Glibenclamide + Metformin** แต่เกิดความสับสน ขณะเรียกชำระเงิน ทำให้ได้จ่ายเงินในชื่อนาง กนกอร ซึ่งต้องได้รับยารักษา Osteoarthritis คือ **Celebrex (Celecoxib)** นางกนกอรและนางกนกพร ต่างไม่ทราบว่าได้ยาสลับกัน จึงรับประทานตาม ฉลากที่ระบุ
- ผล กนกพร กลับเข้าร.พ. เพราะเกิดข้อคจาก Hyperglycemia และแพ้ยา sulfa เป็น SJS ต้องรับ ไว้ในรักษาในโรงพยาบาลอีก 2 เดือน
- เราจะแก้ไขปัญหาเชิงระบบอย่างไร

กรณีศึกษาที่ 2



Methotrexate injection



Vincristine injection

กรณีศึกษาที่ 2

- ผู้ป่วยมะเร็ง ต้องให้ยา **Methotrexate** ทาง **intrathecal** และ **Vincristine** ทาง **intravenous** เพื่อความสะดวกจึงมีการนำยามารวมกันแล้วฉีดทาง **IT** ทั้ง 2 ชนิด อีกโรงพยาบาลนำ Vincristine IV ฉีด intrathecal ผลเสียชีวิตเช่นกัน
- ผลผู้ป่วยเสียชีวิต
- เราจะแก้ปัญหาเชิงระบบได้อย่างไร



กรณีศึกษาที่ 3 และ 4

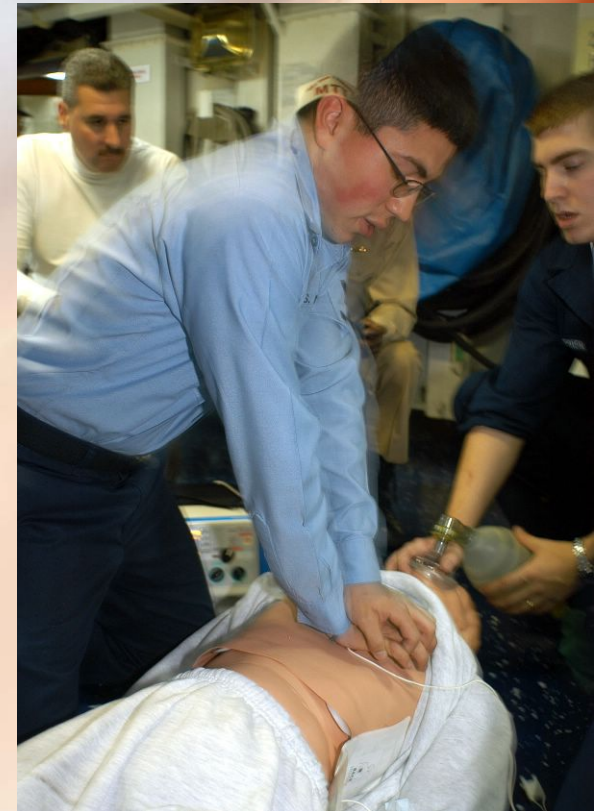


KCl inj หลอดยาที่
คล้ายคลึง และการ
เข้าถึง



กรณีศึกษาที่ 3

- ผู้ป่วยต้องได้รับ K^+ เพิ่มขึ้นเนื่องจากดูผล Lab แล้วพบว่า hypokalemia ขณะนั้นเพิ่งเริ่มให้น้ำเกลือ NSS ถุงใหม่ จึงนำยาฉีด KCl injection ใส่ syringe ไปฉีดเข้าทางสายให้ยาเลย
- ผลผู้ป่วยเกิด cardiac arrhythmia และ cardiac arrest ในที่สุด
- เราจะแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างไร



กรณีศึกษาที่ 4

- นศ. พยาบาล เตรียมยา furosemide 250 mg inj คลาดเคลื่อนเป็น KCl injection อีกแห่ง เตรียม glyceryl trinitrate inj คลาดเคลื่อนเป็น KCL injection เช่นกัน ทั้ง 2 กรณี พยาบาล ผู้บริหารยาตรวจสอบอีกครั้งโดยขอดูแอมพูล จากถังขยะ
- เป็นเหตุการณ์ “เกือบพลาด”
- เราจะวางแนวทางป้องกันเชิงระบบอย่างไร



กรณีศึกษาที่ 5, 6



กรณีศึกษาที่ 5

- ผู้ป่วยเบาหวานเด็ก ต้องได้รับ Humulin N 10 ยูนิต ก่อนนอน แต่หยิบยาฉีดเป็น Humulin R ซึ่งเป็นยาฉีดสำหรับก่อนอาหารมือเข้าไปฉีดแทน
- ผลผู้ป่วยเกิด Hyperglycemia ขณะนอนหลับ เวลาตีสี่
- เราจะแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างไร



กรณีศึกษาที่ 6

- ถ้าเอ่ยถึง Insulin จะพบว่าความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่าย และการคัดลอกมีสูง ใน รพ. แห่งหนึ่ง ใน 2 เดือนพบว่า เภสัชกรลอกคำสั่งใช้ยาสำหรับผู้ป่วยที่มารับยาต่อเนื่องผิดจาก Insulatard PF เป็น Mixtard PF, พยาบาลขอยาฉีด Mixtard 70/30 PF ของผู้ป่วยผิดคน, แพทย์สั่ง HN 30/70 (ซึ่งหมายความว่า เป็น humulin-N) แต่ต้องการ humulin 70/30 PF, แพทย์สั่ง monotard แต่ในแฟ้มผู้ป่วยเป็น mixtard
- เราจะแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างไร

กรณีศึกษาที่ 7

- ผู้ป่วย Psoriasis ต้องได้รับยา **Methotrexate 2.5 mg** ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 มื้อ คือ เย็นวันศุกร์ และเช้า เย็น วันเสาร์ แพทย์สั่งยาให้ 3 เดือน แต่ฉลากยาระบุว่า 1 เม็ด เข้า เย็น ผู้ป่วยจึงรับประทานยาต่อเนื่องกันวันละ 2 เวลา ทุกวันจนยาหมด
- ผล ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากเพราะยากดไขกระดูก และส่งผลทำให้ไม่ถ่ายยาขาด
- เราจะแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างไร



กรณีศึกษาที่ 8

- ผู้ป่วย RA ต้องได้รับยา **Methotrexate 2.5 mg สัปดาห์ละครั้ง** ซึ่งวันที่มารับยาคือวันจันทร์
เภสัชกรจึงแนะนำให้รับประทาน**ทุกจันทร์เช้า**
ผู้ป่วยฟังและรับรู้ว่าเป็น**ทุกวันตอนเช้า**
- ผล ผู้ป่วยผื่นขึ้น เพสีย และกลับมา admit
- เราจะแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างไร



red, violaceous erythema

กรณีศึกษาที่ 9, 10



กรณีศึกษาที่ 9

- ผู้ป่วยสูงอายุ ชาย ต้องได้รับยา Chlorpropamide 1 tab วันละครั้ง ใน order sheet เขียน 1 tab QID เกสซ์กรโทรตามพยาบาลยืนยันและบอกว่ากินแบบนี้มาหลายวันแล้ว แพทย์ประจำ ward บอกว่าอาจารย์หมอผู้เชี่ยวชาญด้านเบาหวาน มาสั่งไว้แบบนี้ ในที่สุด **ผู้ป่วยซื้อค้เข้า ไอซียู**
- เราจะแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างไร



กรณีศึกษาที่ 10

Müller 18
Bismarck 1877
Zimmerman 1877 100 18
Kortzmann 1877
P. 1877 1877 18

กรณีศึกษาที่ 11

- ผู้ป่วย ได้รับยา Digoxin 0.25 mg ครึ่งเม็ดทุกวันตอนเช้า เมื่อคืนส่งเจาะเลือดดู electrolyte ผลเลือด K^+ 1.5
- แต่ไม่มีใครสั่งงดยา ผู้ป่วยจึงได้รับ Digoxin ต่อไป
- เราจะแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างไร



กรณีศึกษาที่ 12

- เกสซ์กรจ่ายยา Lanoxin inj 1 amp ให้ไปผสมกับ dexamethasone 5 mg inj โดยที่แพทย์ต้องการ Lincocin inj
- เราจะวางระบบเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนดังกล่าวอย่างไร



กรณีศึกษาที่ 13,14

- Order ยา Phenobarb injection ขนาด 200 mg in D5W to 20 mL เกสซ์กรผสมให้ตามสั่ง เพราะไม่ทราบน้ำหนักเด็ก (ไม่มีในใบคำสั่งที่ได้รับ)
- แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 สั่ง Phenobarbital 200 mg inj ให้เด็กแรกเกิดหนัก 2 กก. พยาบาลทักท้วง แพทย์ยืนยัน ถ้ามแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 ยืนยันตามปีที่ 1 พยาบาลจำใจฉีดยา เด็กโคม่า
- เราจะแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างไร



กรณีศึกษาที่ 15

- ในใบ order ยาชองทหารบกคนหนึ่งระบุน้ำหนักตัว 3070 กรัม ในวันที่ 1 แต่ระบุเป็น 1070 กรัมในวันที่ 2 เกสเซอร์สงสัยว่าทำไมน้ำหนักลดเร็วจึงไปเปิดแฟ้มดู

... BW. 3070gms

	OUT PUT
--	---------

วันที่ 1

..... BW. 1070gms

KE	OUT PUT
----	---------

วันที่ 2

เราจะแก้ปัญหาชั่งระบบอย่างไร

กรณีศึกษาที่ 16

- ห้องยาต้องเดาคำสั่งแพทย์ตลอดเวลาว่าต้องการให้ยาอะไร

① No hr. (2 mg / ml)
5 ml o p m for pol
③ ANTICID
1 tab ohr.

05
1 x 1 550
1 1/2 x 1

ORS (เกลือ)	10-100
MTX 1 x 1 o p c.	30

ผู้ป่วย
กลับมา
admit ICU

กรณีศึกษาที่ 17

- แพทย์ attending เขียนสั่งยาไว้แล้ว กลับไปทันที พยาบาลรับคำสั่งอ่าน ไม่ชัดจึงโทรสอบถาม แพทย์ตอบว่า สั่งยาชื่อ Micardis พยาบาลได้ยืม เป็น Miracid จึงเบิกยา Miracid ให้ ผู้ป่วยรับประทาน 3 วันต่อมาแพทย์ ท่านนี้จึงมาพบผู้ป่วยและพบว่าความดันโลหิตไม่ลดลง จึงเพิ่มยาอีก ขนานหนึ่ง
- เราจะแก้ปัญหาเชิงระบบ อย่างไร



กรณีศึกษาที่ 18

•รพ. แห่งหนึ่งห้องยาสามารถเข้าถึงคำสั่งใช้ยา เกิด administration error จาก cravit 2x2 เป็น plavix 2x2 ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพก วิเคราะห์โอกาสเกิดและแนวทางป้องกัน



กรณีศึกษาที่ 19

- ผู้ป่วย endocrine เด็ก ต้องได้รับยาฉีด Enantone ซึ่งใช้ทดแทนและกระตุ้นฮอร์โมนที่ผู้ป่วยขาด ผู้รับโทรศัพท์ได้ ยินเป็น Novantrone ฉีด ซึ่งเป็นยาเคมีบำบัด จึงเขียนเบิกลง Novantrone ไปที่ห้องยา
- เราจะแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างไร



กรณีศึกษาที่ 20

- ในการประชุมเภสัชกรรุ่นเด็กครั้งหนึ่ง เภสัชกรคนหนึ่งบอกว่าที่ห้องจ่ายยา KCL inj ผิดไปเป็น sterile water for injection เภสัชกรอีกคนหนึ่งบอกว่าตนเองก็เคยจ่ายผิดแบบนี้ แต่ไม่ได้เขียนรายงานเพราะได้เปลี่ยนยาให้พยาบาลไปแล้ว และคิดว่า sterile water for injection ไม่ใช่ยาอันตราย และไม่ยากให้ตัวเลข dispensing สูง เพราะหัวหน้าจะเพ่งเล็ง
- เราจะส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ร่วมกันอย่างไร



กรณีศึกษาที่ 21

- ผู้ป่วยวอร์ดสามัญซึ่งฉีดยาทุก 12 ชั่วโมง คือ 7.00 และ 19.00 น. ต้องได้รับยา Ceftriaxone 1 gm ทุก 12 ชั่วโมง ผู้ป่วยฉีดยาเวลา 7.00 น. ผู้ป่วยย้ายไปอยู่วอร์ดพิเศษเวลา 7.30 น. เมื่อไปถึงหอผู้ป่วยพิเศษซึ่งฉีดยาเวลา 8.00 น. และ 20.00 น. จึงมีการเตรียมฉีดยา Ceftriaxone 1 gm อีกครั้ง โชคดีผู้ป่วยพูดได้ จึงบอกว่าได้ยามาแล้ว จะฉีดยาเดิมหรือยาเพิ่มใหม่
- เราจะแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างไร

กรณีศึกษาที่ 22

- ผู้ป่วยรับใหม่ 23.30 น. แพทย์สั่ง gentamicin 240 mg IV drip ระหว่างรับเวร พยาบาลเวรบ่ายลง MAR ว่าให้ยา 23.45 น. เเวรตึกเป็นผู้มาเบิกห้องยาจ่ายยาระบบ 1 วัน กรณีนี้จะจ่ายชนอีก 1 วัน ใน MAR มีการปรับเวลาบริหารให้ลงรอบปกติที่ 08.00 น. ผู้ป่วยได้รับยา 480 mg. ภายใน 8 ชั่วโมง
- เราจะแก้ปัญหานี้อย่างไร





ไว้เขียน