

## การประสานรายการยา (medication reconciliation, MR)

เป็นที่ทราบกันว่าผู้ป่วยหลายรายไม่ได้ใช้ยาเฉพาะที่แพทย์สั่งให้จากโรงพยาบาลเท่านั้น ผู้ป่วยอาจซื้อยากินเองจากร้านขายยา ทั้งยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ หรือยาสมุนไพร เพื่อใช้บรรเทาอาการ รักษาโรคอย่างต่อเนื่องหรือใช้เป็นครั้งคราว ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้ป่วยที่ย้ายโรงพยาบาลก็อาจมียาที่รับประทานอย่างต่อเนื่องที่บ้านจากสถานบริการสุขภาพเดิม ดังนั้นในบริบทระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยซึ่งประชาชนมีอิสระในการเลือกใช้บริการสุขภาพในการดูแลรักษาตนเองระบบบริการสุขภาพจึงมีรอยต่อหลายจุด รอยต่อเหล่านี้เป็นช่องทางให้เกิดความแตกต่างหรือไม่สอดคล้องกันของรายการยาระหว่างแต่ละจุดที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาหรือถูกเคลื่อนย้ายไป ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยา เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนกันโดยที่ผู้ป่วยอาจจะไม่ทราบ เพราะยาที่ซ้ำกันนั้นเป็นยาที่ใช้ชื่อต่างกันแต่แท้จริงแล้วเป็นยาชนิดเดียวกันแต่ใช้ชื่อการค้าที่ต่างกัน หรือเป็นยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเหมือนกัน ซึ่งโดยมากผู้ป่วยไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบว่ามีการใช้ยาอื่นอยู่ด้วย อาจมีสาเหตุต่างๆ เช่น เพราะไม่รู้ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายขึ้นกับตนได้ หรือไม่มีกระบวนการสัมภาษณ์หรือสอบถามผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยาจึงมีการเสนอมาตรการหนึ่งในการดำเนินงานซึ่งเรียกว่า กระบวนการรีคอนซิลิเอชันยา (medication reconciliation, MR) หรือการประสานรายการยา เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจสั่งยาแก่แพทย์สำหรับการรักษาในทุกๆรอยต่อของการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสม

**การประสานรายการยา** หมายถึง กระบวนการเปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในขณะที่มีการเปลี่ยนหรือก่อนการเปลี่ยนระดับการรักษา กับยาที่จะได้รับหรือได้รับจากหน่วยงานหรือสถานพยาบาล โดยการสร้างบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างถูกต้องและแม่นยำ พร้อมทั้งระบุขนาดยา ความถี่ วิธีใช้ วิธีทางในการใช้ยา รวมทั้งเวลาที่รับประทานครั้งสุดท้าย และใช้รายการยาดังกล่าวในการให้บริการทางยา เช่น การสั่งจ่ายยาแก่ผู้ป่วย ทำให้เห็นความแตกต่างและทำให้มีข้อมูลช่วยในการตัดสินใจอย่างครบถ้วน เพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา อันได้แก่

1. ไม่มีการสั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยสมควรได้รับ (omission error) ดังนี้

1.1 รายการยาที่ผู้ป่วยเคยใช้ก่อนมาโรงพยาบาล และผู้ป่วยสมควรได้รับตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

1.2 รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ณ หอผู้ป่วย แห่งแรก และควรได้รับต่อเมื่อถูกย้ายมาหอผู้ป่วย แห่งที่ 2

### 1.3 รายการยาปัจจุบันที่ผู้ป่วยได้รับก่อนกลับบ้าน

2. สั่งใช้ยาผิดขนาด ความถี่ หรือวิธีทางให้ยา (wrong dose, frequency, route)
3. สั่งใช้ยากลับบ้าน แต่เป็นยาที่ให้ผลการรักษาในกลุ่มเดียวกัน
4. สั่งใช้ยาชนิดเดียวกัน หรือกลุ่มเดียวกันกับรายการยาที่ผู้ป่วยแพ้ (hypersensitivity reaction)
5. รายการยาในคำสั่งใช้ยากลับบ้านซ้ำกับรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน (duplicated error)
6. รายการยาในคำสั่งใช้ยาเกิดอันตรกิริยากัน กับรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ (drug interaction)

การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุจากการใช้ยา (adverse drug events) ในโรงพยาบาลจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจพบเมื่อเปลี่ยนระดับการรักษาต่างข้างต้นนั้น มักเกิดในจุดที่มีการเปลี่ยนหรือย้ายหน่วยงานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ขณะที่มีการรับผู้ป่วยเข้ารักษา การย้ายหอผู้ป่วย เช่นจากหอผู้ป่วยวิกฤติไปหอผู้ป่วยทั่วไป และการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การที่ทีมสุขภาพไม่ได้สื่อสาร ส่งต่อข้อมูล หรือซักประวัติจากผู้ป่วยอย่างรอบคอบทำให้ไม่ทราบข้อมูลการรักษาที่สำคัญต่อผู้ป่วย จะเห็นได้จากตัวอย่างความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นเมื่อเปลี่ยนการรักษา

ตัวอย่างความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นกรณีการรับผู้ป่วยเข้ารักษา :

- ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวจากหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเพื่อเข้ารับการรักษาคู่ต่อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิด้วย recurrent presyncope ก่อนเข้าโรงพยาบาลผู้ป่วยรับประทานยา digoxin 0.25 มก. วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกันทุกวัน ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้มีสถานะใดที่เป็นข้อห้ามหรือต้องระมัดระวังการใช้ยา แต่พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการสั่งใช้ยา digoxin 0.25 มก. ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอกต่อมา

ตัวอย่างความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นกรณีการย้ายหอผู้ป่วย :

- ผู้ป่วยเดิมได้รับยา Aspirin 81 มก. วันละ 1 ครั้ง แต่เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดแพทย์จึงสั่ง hold Aspirin 81 มก. แต่หลังผ่าตัดและย้ายไปอีกหอผู้ป่วย เมื่อถึงระยะเวลาที่เหมาะสมผู้ป่วยก็ไม่ได้รับการสั่งใช้ยา Aspirin

ตัวอย่างความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นกรณีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน :

- ระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับ Lexapro (escitalopram) ซึ่งแพทย์เพิ่มขนาดขึ้นจากเดิมเป็น 20 มก. วันละ 1 ครั้ง แต่ในคำสั่งยากลับบ้านระบุเป็น 10 มก. วันละ 1 ครั้ง

การที่จะให้ได้มาซึ่งข้อมูลการใช้ยาที่ครบถ้วนของผู้ป่วยจะต้องอาศัยการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลกันระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษา ระหว่างสมาชิกในทีมด้วยกันเองไม่ว่าจะเป็นในสถานพยาบาลเดียวกันหรือระหว่างสถานพยาบาล การส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพย่อมทำให้เกิดการดูแลรักษาที่ไร้ตะเข็บ (seamless care) โดยทีมที่ส่งต่อและทีมที่รับช่วงต่อ ควรตอบคำถามต่อไปนี้ให้ได้

- 1) มียาใดที่ผู้ป่วยควรจะได้รับในปัจจุบัน
- 2) มียาใดที่หยุดไปชั่วคราวก่อนหน้านี้และควรจะได้เริ่มใช้ต่อ
- 3) มียาใดที่แพทย์ก่อนหน้านี้สั่งใช้และขณะนี้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับอีก
- 4) ยาที่กำลังจะสั่งใช้ใหม่ (ถ้ามี) จะเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่สำคัญกับยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่เดิมแล้วหรือไม่
- 5) การปรับเปลี่ยนการรักษาต่างๆ ได้มีการบันทึกไว้ชัดเจนหรือไม่ เพื่อสื่อสารไปยังผู้ดูแลที่รับช่วงต่อ เพราะในบางครั้งการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาเป็นสิ่งที่ตั้งใจ

อย่างไรก็ตาม การบรรลุจุดมุ่งหมายของการเทียบประสานรายการยาในการลดความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยา ไม่อาจอาศัยความพยายามของสมาชิกในทีมสุขภาพแต่เพียงฝ่ายเดียว ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นกุญแจสำคัญในความสำเร็จของการเทียบประสานรายการยา เพราะเป็นหนึ่งในแหล่งข้อมูลที่ทีมสุขภาพจะได้ประวัติการใช้ยาโดยตรง ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในความปลอดภัยของตนเอง เห็นความสำคัญและพร้อมให้ข้อมูลรายการยาที่เป็นปัจจุบัน (รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ) แก่ทีมสุขภาพทุกครั้งที่มาใช้บริการ

เอกสารอ้างอิง :

1. อภิญญา เหมะจุฑา. (2559). การประสานรายการยา MEDICATION RECONCILIATION อีกหนึ่งมาตรการเพิ่มความปลอดภัยในระบบยา (ออนไลน์). สืบค้นจาก : [http://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article\\_detail&subpage=article\\_detail&id=174](http://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=174) [ 20 กุมภาพันธ์ 2562]
2. จุราพร พงศ์เวชรักษ์.(2560). การเทียบประสานรายการยาและความคลาดเคลื่อนเหตุใช้ยา (Medication Reconciliation and Medication Errors) (ออนไลน์). สืบค้นจาก : [http://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article\\_detail&subpage=article\\_detail&id=298](http://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=298) [ 20 กุมภาพันธ์ 2562]