



ลดบทเรียน

สู่มาตรฐานความปลอดภัยในกลุ่มยา High-Alert Drug

Warfarin Potassium Chloride (KCl) Insulin

CoP ด้าน Medication Error | 6 พฤษภาคม 2568 | Policy-driven CoP Framework



1 ภาพรวมการประชุม

- เป้าหมาย**
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากข้อมูล NRLS ระดับประเทศ สร้างความเห็นร่วมกัน(Consensus) ต่อแนวทางปฏิบัติ Safety Goals เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดมาตรฐานปฏิบัติงานจริง
- ประเด็นสำคัญ**
- High-Alert Drug มีความรุนแรงสูง เป็นปัญหาระดับสูงสุด
 - ความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่เกิดในขั้นตอน สั่งใช้/เตรียม/จ่ายยา
 - สาเหตุสำคัญมาจากกระบวนการ ไม่ใช่บุคคล
 - ต้องสนับสนุนให้เกิด Proactive System



2 ข้อมูลสำคัญจาก NRLS

รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา (High-Alert Drugs)

ระดับที่ 1 ข้อมูลระดับประเทศ (National Critical Risk Overview)	1.35M รายงาน	วิเคราะห์จากความคลาดเคลื่อนทางยาสำคัญในระบบ NRLS ทั้งหมดสะสม 1,380,000 รายการ						
ระดับที่ 2 การกรองข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา (Screen Medication Errors)	486K รายงาน	ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นด้วยเทคนิค NLP(Natural Language Processing) พบว่าเป็นรายงานที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา(Medication Error) จำนวน 486,000 รายการ						
ระดับที่ 3 การระบุเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High-Alert Drugs - Level E up)	เมื่ออุบัติการณ์ของกลุ่มยา High-Alert Drug (HAD) จะมีจำนวนไม่มากที่สุดเมื่อเทียบกับยาทั่วไป แต่มีความรุนแรงสูง (Severity Level E ขึ้นไป) ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ							
ระดับที่ 4 ข้อมูลแยกตามรายตัวยา (Warfarin, KCl, Insulin)	<table><tr><td>Warfarin 127 รายงาน ระดับ E ขึ้นไป</td><td>KCl 103 รายงาน ระดับ E ขึ้นไป</td><td>Insulin 32 รายงาน ระดับ E ขึ้นไป</td></tr><tr><td>จาก รพ. 78 แห่ง</td><td>จาก รพ. 66 แห่ง</td><td>จาก รพ. 22 แห่ง</td></tr></table>		Warfarin 127 รายงาน ระดับ E ขึ้นไป	KCl 103 รายงาน ระดับ E ขึ้นไป	Insulin 32 รายงาน ระดับ E ขึ้นไป	จาก รพ. 78 แห่ง	จาก รพ. 66 แห่ง	จาก รพ. 22 แห่ง
Warfarin 127 รายงาน ระดับ E ขึ้นไป	KCl 103 รายงาน ระดับ E ขึ้นไป	Insulin 32 รายงาน ระดับ E ขึ้นไป						
จาก รพ. 78 แห่ง	จาก รพ. 66 แห่ง	จาก รพ. 22 แห่ง						

ที่มาของข้อมูล: ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (NRLS) ประเทศไทย
ช่วงเวลา: กุมภาพันธ์ 2561 - เมษายน 2567 (ข้อมูล ณ กรกฎาคม 2567)

3 ผลการสำรวจเชิงทัศนคติ



4 สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก สามารถเสนอเข้าสู่การปฏิบัติได้ทันที

(ทุกนโยบายมีดัชนีความเป็นไปได้ (Feasibility Index)** > 0.80 และได้รับการเห็นพ้องทุกวิชาชีพ)

Core Safety Processes (ใช้ร่วมกันทุกยา High Alert Drug)

Patient Identification	Medication Reconciliation	LASA Management	Monitoring System	Standardized Workflow	HIS Support	Independent Double Check	Clear Documentation
Warfarin (15 ข้อ) การสั่งจ่ายยา (Prescribing) 1 ห้ามใช้ตัวย่อ เช่น C หรือ W ในการสั่งยา 2 เขียนขนาดยาต่อสัปดาห์กำกับทุกครั้ง (mg/week) 3 แสดงค่า INR ใน ใบสั่งยา/HIS การจ่ายยา (Dispensing) 4 เภสัชกรตรวจ INR บนใบสั่งยา ก่อนจ่ายยา 5 ทบทวนขนาดยาเดิมและวิธีการใช้จริงของผู้ป่วย (Medication Reconciliation) 6 ตรวจสอบ Drug Interaction ร่วมกับทีมแพทย์ 7 ตรวจสอบขนาดยาต่อสัปดาห์ (mg/week) ให้สอดคล้องกับ INR 8 ตรวจสอบจำนวนยาที่ได้รับ ให้สอดคล้องกับวันนัด 9 ให้ความรู้/คู่มือผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย การบริหารยา (Administration) 10 ทวนสอบชื่อนามสกุลผู้ป่วยก่อนส่งมอบยา 11 ตรวจสอบ INR ก่อนบริหารยา 12 ทวนสอบคำสั่งแพทย์ หากพบการสั่งจ่ายที่ INR>4 13 ทวนสอบคำสั่งแพทย์ และรายงานแพทย์ หากพบอาการเลือดออกผิดปกติ การจัดการระบบ (System Support) 14 ให้มีการ Alert กรณีพบ Drug Interaction 15 มีระบบติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องในรูปแบบคลินิกเฉพาะ (Warfarin Clinic หรือ Oral Anticoagulant Clinic)			Potassium Chloride (KCl) (11 ข้อ) การสั่งจ่ายยา (Prescribing) 1 ห้ามสั่งด้วยวาจา (Verbal Order) 2 ตรวจสอบ K ล่าสุดก่อนสั่งจ่ายยา 3 ใช้ Standardized Order Set การจ่ายยา (Dispensing) 4 เภสัชกรทำ Medication Reconciliation และตรวจสอบ K ล่าสุด ก่อนจ่ายทุกครั้ง 5 เภสัชกร cross check ก่อนจ่ายยา 6 ติดฉลาก High-Alert พร้อมเตือน “ห้าม IV Push” 7 แยกเก็บ KCl ออกจากกลุ่มที่ชื่อคล้ายกัน (LASA) การบริหารยา (Administration) 8 ตรวจสอบ K ล่าสุดก่อนบริหารยาทุกครั้ง 9 Independent Double-Check ในการเตรียมยาและก่อนบริหารยา 10 ห้าม IV Push ต้องบริหารผ่าน Infusion Pump 11 ไม่เก็บ KCl เป็นยาสำรองหอผู้ป่วย (No Floor Stock)			Insulin (15 ข้อ) การสั่งจ่ายยา (Prescribing) 1 ระบุ “unit” ห้ามใช้ตัวย่อ “U” 2 ใช้ Standard Concentration เดียวทั้งองค์กร 3 กรณี IV Drip ระบุที่หน่วย unit/hr และ ml/hr การจ่ายยา (Dispensing) 4 Medication Reconciliation ต้องสมบูรณ์ 5 เภสัชกร Cross-check ก่อนจ่ายยา 6 ตรวจสอบชนิดและขนาด Insulin ก่อนจ่ายยา การบริหารยา (Administration) 7 Independent Double-Check ระหว่างเตรียมยา 8 พยาบาลตรวจสอบชนิด/ขนาดก่อนบริหารยา 9 ตรวจสอบ Blood Glucose ก่อนให้ยา 10 ตรวจสอบ NPO Order ก่อนฉีด Insulin Sliding Scale Safety 11 ระบุ Scale ใน Diabetic Chart ให้ชัดเจน 12 ระบุ Scale/มีอาหารให้ชัดเจน 13 ใช้ Visual Aid เพื่อช่วยตรวจสอบ การจัดการระบบ (System Support) 14 ให้ความรู้เรื่อง Onset / Duration ของ Insulin 15 จัดการ LASA และฉลากยาให้ชัดเจนในระบบ HIS	
Key Risk • Medication Reconciliation ไม่สมบูรณ์ • INR ไม่ถูกทวนก่อนปรับขนาด • ข้อมูลการสั่งจ่ายจริงไม่ตรงเอกสาร • Drug Interaction ไม่ถูกตรวจจับ • ขาดระบบติดตามต่อเนื่อง			Key Risk • Verbal Order • Wrong Concentration • No IV push • No Floor Stock			Key Risk • Wrong Dose • Wrong Insulin Type • Sliding Scale Confusion • Misread “U” as “0” • NPO Mismatch	

5 ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert Recommendation)

- อุบัติการณ์ยา High-Alert เกิดได้ทุกขั้นตอน ต้องมองทั้งระบบ
- การป้องกันเชิงระบบ และการออกแบบเชิงระบบที่ชัดเจน คือหัวใจสำคัญ
- มาตรฐานต้องนำไปใช้ได้จริง ตามบริบทของโรงพยาบาล
- การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน
- ใช้ข้อมูลอุบัติการณ์เป็นฐานในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

“ความผิดพลาดของยา High-Alert ไม่ได้เกิดจาก “ยา” แต่เกิดจาก “ระบบ””

การเรียนรู้ข้อมูลสู่การตัดสินใจสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

QR Code 3P Safety Document เอกสารประกอบการสัมมนา ในโครงการ 3P SafetyMembership ปี 2569

- รณเอกสารประกอบการอบรม/ประชุม/สัมมนา
- เอกสารเรียนรู้คู่มือ ของเครื่องมือในโครงการฯ

