



เจตคติ ความรู้ต่อการเฝ้าระวังภาวะ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

อรรรรณ ศิลปกิจ, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินเจตคติ ความรู้ของบุคลากรวิชาชีพต่อการเฝ้าระวังภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลศรีธัญญา

วัสดุและวิธีการ : บุคลากรวิชาชีพที่เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในเดือนพฤษภาคม 2549 ตอบแบบสอบถามประกอบด้วยสองส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลส่วนบุคคลและประสบการณ์ในการรายงานภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาใน 1 ปีที่ผ่านมา และส่วนที่สองเกี่ยวกับเจตคติความรู้จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินค่า 1-4 ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ผล : บุคลากรจำนวน 73 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 42 (SD=9.17) ส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง การรายงาน ADR ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่ได้รับมอบหมาย เห็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังสามารถดักจับปัญหาได้ก่อน ลดการอยู่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น แต่มีเจตคติที่คลาดเคลื่อน ได้แก่ การรายงานเป็นการเปิดเผยความลับผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับ ADR มีเพียงพอก่อนวางจำหน่ายเป็นภาระทางเอกสาร การรายงานมีความสำคัญเป็นอันดับรองจากกิจกรรมอื่นๆ เป็นต้น ความรู้เกี่ยวกับภาวะไม่พึงประสงค์มีจำกัดในบางประเด็น

สรุป : เจตคติ ความรู้ของบุคลากรวิชาชีพของโรงพยาบาลศรีธัญญาต่อการเฝ้าระวังภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอยู่ในระดับดี พบข้อมูลเพื่อนำไปพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นในประเด็น องค์ความรู้ ระบบการเฝ้าระวัง และการติดตามประโยชน์จากรายงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : ภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเจตคติ

*โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต



Attitude and knowledge towards adverse drug reaction

*Orawan Silpakit, M.D.**

Abstract

Objective : To evaluate attitude and knowledge of professional staff towards adverse drug reactions (ADR) monitoring in Srithanya hospital.

Subjects : Professional staff entered the ADR - workshop during May 2006.

Materials and methods : Subjects were invited to complete the questionnaire consisted of 2 parts. The first one was personal data and experiences in ADR report over the last year. The second was a 20- item rating scale questionnaire concerning attitude and knowledge of ADR.

Results : There were 73 staff completed questionnaires. Sixty percent were women and average age was 42 (SD = 9.17). Most had positive attitude towards the continuous ADR monitoring; anyone could report ADR; ADR was a proactive way to detect problem and was beneficial to reduce hospital day. However some had deviate attitude such as ADR report broke the confidentiality; it was a document burden and less priority than other work; ADR data were already enough before drug launching, and etc. Knowledge was limited on some aspect of ADR.

Conclusion : Most had good attitude towards ADR monitoring. There were valuable data for the leading team to plan a strategy to improve knowledge, process of monitoring program and data synthesis for patient's safety.

Key words : ADR monitoring, attitude

**Srithanya Psychiatric Hospital, Department of Mental Health*

บทนำ

ภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction: ADR) หมายถึงผลอันไม่พึงประสงค์ใดๆ ที่เกิดจากการใช้ยา บางครั้งอาจจะใช้คำว่า adverse event ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมเนื่องจากการใช้ยา ในเวชปฏิบัติทั่วไปจะแบ่ง ADR เป็นสองชนิดใหญ่ๆ คือ กลุ่ม A คือ ADR ที่เกี่ยวข้องกับขนาดยา และชนิดยาที่รับประทาน มักจะคาดการณ์ได้และป้องกันได้ และกลุ่ม B เป็นการแพ้ยา คาดการณ์ไม่ได้ และป้องกันไม่ได้ และกลุ่ม B เป็นการแพ้ยา คาดการณ์ไม่ได้¹ การสำรวจในอังกฤษและอเมริกา พบว่า ADR เป็นเหตุในของการอยู่โรงพยาบาลร้อยละ 6.5 - 7 คิดเป็นรายจ่ายประมาณ 400 ล้านปอนด์ หรือ เป็นร้อยละ 4 ของจำนวนเตียงทั้งหมด และร้อยละ 2 ของผู้ป่วยเหล่านี้ตายขณะรับไว้ในโรงพยาบาล การสำรวจที่ลิวอร์พูลพบอัตรา ADR ในผู้ป่วยในถึงร้อยละ 16 ขณะที่ในสหรัฐพบ ADR ในผู้ป่วยนอกร้อยละ 25² กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะเช่น ผู้สูงอายุ เด็ก และจิตเวช เสี่ยงที่จะเกิด ADR โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุมิแนวนั้่มที่จะใช้ยาหลายขนาน โดยพบว่าการใช้ยาดังแต่ 4 ขนานขึ้นไป โอกาสที่จะเกิด ADR สูงขึ้นหลายเท่า³

ปัจจุบันการขึ้นทะเบียนยาใหม่ขององค์การอาหารและยาสหรัฐเป็นการศึกษาทดลองในอาสาสมัครจำนวนประมาณ 1,500 ราย โดยหลักสถิติถ้าโอกาสพบ ADR ร้อยละ 1 ต้องมีกลุ่มตัวอย่าง³ ห้าหมื่นคนเพื่อมีอำนาจในการตรวจพบร้อยละ 95 และอาสาสมัครคือคนปกติแข็งแรงเท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริงคนทั่วไปมักจะมีปัญหาอื่นร่วมด้วย หรือจำเป็นต้องรับประทานยาหลายขนาน ซึ่งคนกลุ่มนี้จะถูกคัดออกในการทดลองเสมอ ดังนั้นการใช้ยาในผู้สูงอายุ เด็ก สตรี ตั้งครรภ์ จะไม่มีข้อมูลด้านผลข้างเคียงอย่างเพียงพอ เป็นการใช้นอกทะเบียนยาทั้งสิ้น² ยากลุ่มใหม่ที่วางจำหน่ายเช่น escitalopram, rivastigmine, aripiprazole จะมีเครื่องหมายสามเหลี่ยมบนบรรจุภัณฑ์ หมายถึงเป็นยาที่ต้องเฝ้าระวังและจำเป็นต้องรายงานภาวะ ADR

ในระยะ 2 ปีแรกตามนโยบาย safety monitoring program: SMP⁴ ดังนั้นจึงจำเป็นที่บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวควรจะร่วมมือกันในการเฝ้าระวัง ADR

การเฝ้าระวังภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นมาตรการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกเพื่อการบริหารผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลศรีธัญญา มา 2 ปีตั้งแต่ก่อนการรับรองคุณภาพเดือนธันวาคม 2547⁵ เริ่มจากการการกำหนดชนิดยาที่ต้องเฝ้าระวัง กำหนดคู่มือปฏิกิริยาที่สำคัญ การบันทึกข้อมูลผลข้างเคียงที่พบ ระบบการบันทึกข้อมูลตามความจำเป็นของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ตลอดจนแนวปฏิบัติในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งระบบดังกล่าวเป็นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพระหว่างแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เพื่อคัดจับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะ ADR ที่รุนแรง ตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ Institute of Medical Safety จะเน้นการประเมินระบบและวิธีการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ ADR ที่ป้องกันได้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุดซึ่งรวมถึงการใช้ยาร่วมกัน การจ่ายยา และการติดตามระดับยาในเลือด⁶ ดังนั้นผู้วิจัยต้องการประเมินเจตคติความรู้ของบุคลากรวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ที่มีส่วนร่วมในทีมดูแลผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะไม่พึงประสงค์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งเท่าที่ผู้วิจัยทราบไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช

วัตถุประสงค์และวิธีการ

กลุ่มเป้าหมายคือ บุคลากรที่เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในเดือนพฤษภาคม 2549 ซึ่งจัดโดยกลุ่มงานเภสัชกรรมตามแผนการพัฒน่องค์ความรู้สำหรับบุคลากรวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ที่สนใจ พยาบาลซึ่งคัดเลือกจากพยาบาลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

เครื่องมือในการศึกษาคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยสองส่วน คือส่วนที่ 1 ส่วนข้อมูลบุคคล ประสิทธิภาพการรายงาน ADR ใน 1 ปีที่ผ่านมาและความเห็นต่อการบันทึกแบบเฝ้าระวัง ADR ให้เลือกจาก 10 ข้อ คือ ยุ่งยาก เป็นภาระ ไม่อยากทำเสียเวลาทำให้เสร็จๆ เท่านั้น ง่าย ไม่ยาก มีประโยชน์ต่อการวางแผนรักษา ควรเลิกทำ ควรปรับระบบใหม่ และระบบที่มีอยู่ดีอยู่แล้ว และส่วนที่ 2 แบบประเมินเจตคติและความรู้เกี่ยวกับ ADR สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม^{7,8} 20 ข้อ โดยการประเมินค่า 1-4 ระหว่างไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง

กลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามด้วยตนเองก่อนการอบรมเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยจำนวน ร้อยละ

ตารางที่ 1 ความเห็นต่อการบันทึก ADR

บันทึก ADR	ยาก	เป็นภาระ	ไม่อยากทำ	มีประโยชน์	ปรับปรุง	ดีอยู่แล้ว	ง่าย	รวม
ไม่ทำ	1	2	-	23	-	2	1	29
ทำ < 5 ครั้ง	2	-	-	23	3	-	4	32
ทำ > 5 ครั้ง	1	-	1	3	-	-	-	5

ตารางที่ 2 ระดับความเห็น จำแนกตามความถี่ร้อยละ (n = 73)

ข้อคำถาม	1	2	3	4
1. การรายงานภาวะ ADR หมายถึงรายงานเฉพาะผลข้างเคียงที่แน่ใจว่าเกิดจากการใช้ยา	5	32	28	8
2. ยาที่มีจำหน่ายในท้องตลาดมีข้อมูลภาวะ ADR เพียงพอตั้งแต่ก่อนจำหน่าย	6.8	43.8	38.4	11.0
3. การรายงานภาวะ ADR เป็นภาระที่ต้องรายงานตามระบบเอกสาร	33	31	4	5
4. ภาวะที่เกิดขึ้น ยากที่จะตัดสินใจว่าเป็นเพราะยาที่ใช้	45.2	42.5	5.5	6.8
	6	40	22	5
	8.2	54.8	30.1	6.8
	15	20	30	8
	6.8	30.1	41.1	21.9

ผล

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มเป้าหมายเป็นเพศหญิง 60 คน ร้อยละ 85.7 อายุเฉลี่ย 42 (SD 9.17) ปี จำแนกตามวิชาชีพเป็นแพทย์ 3 เจ้าหน้าที่พยาบาล 3 พยาบาลเทคนิค¹¹ และ พยาบาลวิชาชีพ 54 คน (ไม่ระบุ 2 คน) ในรอบ 1 ปีเคยรายงานภาวะ ADR 42 คน (ร้อยละ 58.3) ประสิทธิภาพการบันทึกภาวะ ADR ส่วนใหญ่เห็นว่า มีประโยชน์ต่อการรักษาดังตารางที่ 1 และระดับเจตคติความรู้ตามข้อคำถามดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความเห็น จำแนกตามความถี่ร้อยละ (ต่อ) (n=73)

ข้อคำถาม	1	2	3	4
5. ในผู้ป่วยที่รับประทานยามานานๆ 3 เดือนขึ้นไปไม่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง ADR	6	59	8	6
6. การรายงาน ADR เป็นบทบาทของเภสัชกร	4	53	12	4
7. ส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นภาวะที่เกิดจาก ADR	5.5	72.6	16.4	5.5
8. การรายงาน ADR ควรเป็นหน้าที่ของผู้ที่ได้รับมอบหมายให้รายงานเท่านั้น	11	22	32	8
9. ภาวะ ADR เป็นสิ่งที่รู้ๆ กันอยู่แล้วจึงไม่จำเป็นต้องเฝ้าระวังหรือรายงาน	15.1	30.1	43.8	11.0
10. ADR มักจะเกิดในขณะเริ่มใช้ยาครั้งแรกๆ	4	63	6	4
11. ในคนที่เคยเกิดภาวะ ADR ที่รุนแรงไม่ควรให้ยาชนิดนั้นอีก	5.5	86.3	8.2	5.5
12. ภาวะ ADR เป็นสิ่งที่รู้ๆ กันอยู่แล้วจึงไม่จำเป็นต้องเฝ้าระวังหรือรายงาน	1	65	5	2
13. ภาวะ ADR มักจะเกิดในขณะเริ่มใช้ยาครั้งแรกๆ	1.4	89.0	6.8	2.7
14. การรายงานภาวะ ADR เป็นการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย	18	35	14	6
15. ไม่ทราบข้อมูลของการเกิด ADR อย่างละเอียด ดังนั้นไม่ต้องรายงาน	24.7	47.9	19.2	8.2
16. การบันทึก ADR เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญอันดับรองๆ หลังกิจกรรมอื่นๆ	14	8	25	26
17. การเฝ้าระวังภาวะ ADR ทำให้ตรวจพบได้เร็วและลดความรุนแรงของเหตุการณ์ได้	19.2	11.0	34.2	35.6
18. ภาวะ ADR เป็นสาเหตุของการอยู่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นเหตุที่ป้องกันแก้ไขได้	5	22	30	16
19. ADR ที่รุนแรงทำให้วันนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	6.8	30.1	41.1	21.9
20. เกือบร้อยละ 25 ของผู้ป่วยนอกมาพบแพทย์ด้วยปัญหาเนื่องจาก ADR	18	26	24	5
	24.7	35.6	32.9	6.8
	6	58	8	1
	8.2	79.5	11.0	1.4
	4	58	9	2
	5.5	79.5	12.3	2.7
	6	44	20	3
	8.2	60.3	27.4	4.1
	5	5	22	41
	6.8	6.8	30.1	56.2
	8	12	38	15
	11.0	16.4	52.1	20.5
	7	6	29	31
	9.6	8.2	39.7	42.5
	37	14	15	7
	50.7	19.2	20.5	9.6

เมื่อรวมความเห็นไม่แน่ใจกับเห็นด้วยคือ คะแนน 1, 3, 4 ในข้อ 1- 10, 12, 14-16 และไม่เห็นใจรวมกับไม่เห็นด้วยในข้อ 11, 13 และ 17- 20 พบโอกาสในการพัฒนา 5 อันดับสูงสุดดังนี้ ภาวะที่เกิดขึ้นยากที่จะตัดสินใจว่าเป็นเพราะยาที่ใช้ (ร้อยละ 72.6) ADR มักจะเกิดในขณะเริ่มใช้ยาตอนแรกๆ (ร้อยละ 72.6) ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นภาวะที่เกิดจาก ADR (ร้อยละ 69.9) เกือบร้อยละ 25 ของผู้ป่วยนอกมาพบแพทย์ด้วยปัญหาเนื่องจาก ADR (ร้อยละ 69.9) ภาวะ ADR ไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้น

วิจารณ์

การสำรวจครั้งนี้ดำเนินการก่อนการตรวจเยี่ยมหลังการรับรองคุณภาพ บุคลากรมีความคุ้นเคยกับระบบการเฝ้าระวังและติดตามความปลอดภัยการใช้ยา ส่วนใหญ่มีเจตคติเชิงบวกในการเฝ้าระวังเรื่อง ADR ได้แก่ ไม่เห็นด้วยที่ไม่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง ADR ในผู้ป่วยที่รับประทานยามานานๆ 3 เดือนขึ้นไป ภาวะ ADR เป็นสิ่งที่รู้ๆ กันอยู่แล้วไม่จำเป็นต้องเฝ้าระวังหรือรายงาน และการรายงาน ADR ควรเป็นหน้าที่ของผู้ได้รับมอบหมายให้รายงานเท่านั้น ส่วนใหญ่เห็นประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ADR สามารถดักจับปัญหาได้ก่อน ลดการอยู่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น อย่างไรก็ตาม ประเด็นเหล่านี้ยังมีโอกาสในการพัฒนาให้เกิดเจตคติที่ดีและมีความรู้เกี่ยวกับ ADR ดังนั้นทีมงานที่เกี่ยวข้องจึงต้องนำข้อมูลไปวางแผนให้ความรู้และปรับระบบการเฝ้าระวังให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนเจตคติที่คลาดเคลื่อนจำเป็นต้องแก้ไขมีหลายประเด็น ได้แก่ ส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าภาวะ ADR ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยไม่จำเป็น การรายงาน ADR เป็นการเปิดเผยความลับผู้ป่วยเป็นภาระทางเอกสารหรือเป็นบทบาทของเภสัชกร กิจกรรมการบันทึก ADR สำคัญเป็นอันดับรองๆ จากกิจกรรมอื่นๆ ดังนั้นนโยบายเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ADR ตลอดจนการ

พัฒนาระบบเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจึงจำเป็นต้องมีการชี้แจงอธิบายให้ชัดเจนโดยคำนึงถึงประโยชน์ต่อภาระงานของบุคลากร เช่น การรายงาน ADR ทำให้ทราบอัตราการเฝ้าระวังและทราบอุบัติการณ์ ภาวะ ADR ของยาแต่ละชนิด ทำให้มีข้อมูลเพียงพอในการกำหนดชนิดของยาที่ต้องเฝ้าระวังเท่าที่จำเป็น ซึ่งในช่วงแรกของการพัฒนาระบบนี้มีการเฝ้าระวังยาที่อาจจะมีปฏิกิริยาต่อกัน เช่น haloperidol ร่วมกับ lithium ตามคำแนะนำของผู้เยี่ยมสำรวจ แต่เมื่อมีการเฝ้าระวังในระยะติดต่อกัน 6 เดือนไม่พบอุบัติการณ์ภาวะ ADR ที่รุนแรง ดังนั้นการเฝ้าระวังปฏิกิริยาต่อกันของยาทั้งสองชนิดจึงมีได้อยู่ในข้อควรระวังอีกต่อไป

การเฝ้าระวังและรายงานตามระบบทำให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อเกิดเหตุการณ์ ADR ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาระบบให้รัดกุมขึ้น เช่น จำแนกระดับความรุนแรงของภาวะ ADR ที่พบบ่อยของยาที่เฝ้าระวังเช่น ภาวะผื่นแพ้ยาของยากันชัก เมื่อลดขนาดยาจากยา clozapine โดยมีการปฏิบัติการรักษาตามความรุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่กินยา carbamazepine มีไข้เจ็บคอ หน้าแดงตาแดง พยาบาลสามารถหยุดการให้ยาและรายงานแพทย์โดยเปลี่ยนวิธีการรายงานตามข้อมูลอาการที่พบให้ครบถ้วน จดเว้นการรายงานในลักษณะสรุปว่าผู้ป่วยเป็นหวัด ซึ่งระบบการเฝ้าระวังที่ดีจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงจากการรักษาที่ล่าช้า

ส่วนใหญ่มิเจตคติในการรายงาน ADR ต้องได้ข้อมูลอย่างละเอียด หรือตัดสินใจไม่ได้ว่าเป็นจาก ADR ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอังกฤษและฮอลแลนด์^{7,8} ซึ่งการรายงาน ADR ไม่จำเป็นต้องรู้รายละเอียดทั้งหมด อาจจะเป็นเพียงข้อมูลที่สังเกต หรือคาดเดาว่าจะเกี่ยวข้องเนื่องจากข้อมูลเหล่านี้จะช่วยเป็นแนวทางในการเฝ้าสังเกตและนำไปสู่การเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบต่อไป ดังเช่นรายงานการใช้ยา cisapride ทำให้ผู้ผลิตออกคำเตือนข้อระมัดระวังในการใช้ยาและสมัครใจถอนยาจากการจำหน่ายในท้องตลาด²

สำหรับยาต้านทางจิตกลุ่มใหม่ เช่น risperidone, quetiapine, olanzapine และ aripiprazole มีรายงานฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ มีอาการตัวแข็งเกร็ง ในผู้สูงอายุเช่นเดียวกับยาต้านอาการทางจิตชนิดเดิมเช่นเดียวกับที่มีรายงานในผู้ป่วยจิตเภท⁹ หรือภาวะความดันต่ำในผู้สูงอายุจากยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRI เป็นต้น

ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า ADR สามารถคาดการณ์ได้ก่อน เช่น การผสมยา diazepam เพื่อฉีดเข้าเส้นเลือดดำในสัดส่วนที่มีความเข้มข้นต่ำกว่า 5mg: 20ml ในสารละลาย normal saline, 5% dextrose in water, Ringer lactated จะทำให้เกิดการตกตะกอนทุกชนิดของสารละลาย¹⁰ หรือการให้ยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างกันทำให้เกิดภาวะพิษของยาได้เช่น carbamazepine ร่วมกับ erythromycin^{2,11} ดังนั้นจึงต้องมีการกำหนดคู่ยาสำคัญที่ต้องติดตามอย่างใกล้ชิดในระบบการเฝ้าระวังของโรงพยาบาลศรีธัญญา เช่น การใช้ยา carbamazepine ร่วมกับ clozapine warfarin ร่วมกับ fluoxetine กับ thioridazine เป็นต้น ตลอดจนมาตรการที่เกสัขกรระงับการจ่ายยาที่แพทย์สั่งจ่ายให้ในผู้มีประวัติแพ้ยาชนิดนั้นๆ มาก่อน ซึ่งแพทย์อาจจะไม่ทราบประวัติ หรือผู้ป่วยไม่ได้แจ้ง¹²

ส่วนใหญ่จะเห็นด้วยไม่ให้ยาในผู้ที่มีภาวะ ADR รุนแรงมาก่อน ซึ่งการให้ยาในคนที่เคยแพ้ยารุนแรงมาก่อนถือว่าเป็นความผิดพลาด ซึ่งจะป้องกันได้จากระบบการเฝ้าระวังที่ดีเพียงพอ⁶ เช่น มีการออกบัตรแพ้ยาให้กับผู้ป่วย ติรหัทแพ้ยาชนิดนั้นบนเวชระเบียน โดยเกสัขกร ภาวะ ADR กลุ่ม A เช่น ภาวะพิษเนื่องจากให้ยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างกัน เช่น lithium ร่วมกับ NSAID หรือยาขับปัสสาวะบางตัว ซึ่งในกรณีนี้แม้จะเกิด ADR สามารถกลับมาให้ lithium ต่อไปได้ ยกเว้นการแพ้ยาที่ไม่ทราบสาเหตุได้แก่ ผื่นแพ้รุนแรง ภาวะ shock และใช้สูง ดังนั้นต้องแยกให้ได้ว่าป็น ADR ในกลุ่ม A หรือ B

ประเด็นความไม่แน่ใจมักจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้ เช่น โอกาสเกิด ADR จะเกิดขึ้นสูงในผู้ป่วยได้รับยาหลายขนาน⁴ ADR มักจะเกิดขึ้นในช่วงแรกๆ โดยเฉพาะกลุ่ม B ส่วนกลุ่ม A ดังกล่าวแล้วจะทำนายได้และจะเกิดในช่วงแรกๆ ซึ่งมักจะเป็นขนาดหรือวิธีการบริหารยาที่ไม่เหมาะสม² และการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะ ADR กับความเสี่ยงที่ผลต่อกระทบผู้ป่วยมีหลักการเดียวกันกับระดับความเสี่ยงอื่นๆ คือมีผลกระทบต่อวันนอนโรงพยาบาล หรือต่อชีวิต ความพิการ จัดเป็นภาวะ ADR ที่รุนแรง¹³

สรุปการสร้างเจตคติที่ดีของบุคลากรต่อการเฝ้าระวังภาวะ ADR จำเป็นต้องมีการเสริมสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องในประเด็นสำคัญๆ และทันต่อเหตุการณ์ มีระบบที่สามารถค้นหา ตรวจสอบ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก ADR ที่ไม่ยุ่งยาก ไม่เป็นภาระต่อผู้ปฏิบัติ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งให้เห็นประโยชน์ของระบบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. Adverse drug reaction. 2006. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Adverse_drug_reaction [2006 May 19].
2. British Medical Association. Reporting adverse drug reaction: A guide for healthcare professionals. 2006 Available from: www.bma.org.uk [2006 May 19].
3. Wiffen P, Gill M, Edwards J, Moore A. Adverse drug reactions in hospital patients : A systematic review of the prospective and retrospective studies. 2002. Available from http://www.jr.ox.ac.uk/bandolier/Extraforbando/AD_RPM.pdf. [2006 May 19].
4. Submission of the pharmaceutical research and manufacturers of America for the special 301 report on intellectual property barriers. Available from <http://www.cptech.org/ip/health/pharma/301-99/thailand.html>. (last modified Feb 2002) [2006 May 19].

5. อรวรรณ ศิลปกิจ. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจิตเวช: กรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548;1:49 - 56.
6. Winterstein A, Hatton H, Rothi R, Johns T, Segal R. Identifying Significant Preventable Adverse Drug Events Am J Health-Syst Pharm. 2002 ; 59:1742-9.
7. Elland I, Belton K, vanGrootheest A. Attitudinal survey of voluntary reporting of adverse drug reactions. Br J Clin Pharm. 1999;48:623-7.
8. Figueiras A, Tato F, Fontainas J, Gestal-Otero J. Influence of physicians' attitudes on reporting adverse drug events: a case-control study. Med Care. 1999;37:809-14.
9. Cohen S, Rulf D, Pies R. Extrapyramidal side effects associated with aripiprazole coprescription in 2 patients. J Clin Psychiatry 2005; 66:135-6.
10. Morris ME. Compatibility and stability of diazepam injection following dilution with intravenous fluids. Am J Hos Pharm 1978;35: 669-72.
11. Metah D. BNF 51. 2006 Available from: <http://www.bnf.org/bnf/bnf/ current/61145.htm>. [2006 May 19].
12. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดคู่มือแนวทางปฏิบัติ และความรู้เรื่องยา ฉบับที่ 1,2. คู่มือระวังภาวะไม่พึงประสงค์ การใช้ยา เล่มที่ 1 และ 2. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2547.
13. Drug safety evaluation branch. Australian guideline for pharmacovigilance responsibilities of sponsors of registered medicines regulated by drug safety and evaluation branch. 2003 Available from: <http://www.tga.gov.au/adr/pharmaco.pdf>. [2006 May 19].