

การประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

ครั้งที่ 1 / 2568

วันที่ 20 ธันวาคม 2567

ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลแม่พริก

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นางสาวกวินนาฏ แสงศิริ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	ประธาน
2. นายสิทธิ อารีกิจ	นายแพทย์ปฏิบัติการ	รองประธาน
3. นายชนะพล ชันนาแล	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รองประธาน
4. นางสาวเสาวนีย์ แก้วบัววงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
5. นางสาวณภัทร ไชยवाद	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
6. นางปณัสยา สว่างศรีเครือ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
7. นางอภิษฎา สิงห์ขร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
8. นางณิชากรีย์ กิติวิบูลย์ชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
9. นางพัชนีพร มีระคุณ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	กรรมการ
10. นางสาวมาลินี อินทรสิทธิ์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการและเลขานุการ
11. นายวรพจน์ บุญลือ	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
12. นางสาวศุภรัตน์ การุณย์วิจิตร	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

สิ้นสุดการประชุมเวลา 15.30 น.

การประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

ครั้งที่ 1 / 2568

วันที่ 20 ธันวาคม 2567

ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลแม่พริก

วาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

- ให้มีการจัดซื้อยา และเวชภัณฑ์มีใช้ยา เฉพาะในแผนจัดซื้อเท่านั้น

วาระที่ 2 และ 3 รับรองการประชุมและสืบเนื่อง

- รับรองการประชุมปีงบประมาณ 2567 ครั้งที่ 4 วันที่ 20 กันยายน 2567

วาระที่ 4 การบริหารงานคลังเวชภัณฑ์(ยา) ปี 2567 (ต.ค.66-ก.ย.67)

- อัตราส่วนมูลค่าคงคลังเฉลี่ย คือ 0.72 โดยมีรายการยาที่ใช้ 384 รายการ ยาในบัญชียาหลัก 379 รายการ ยานอกบัญชียาหลัก 5 รายการ
- สัดส่วนจำนวนรายการยา ED : NED = 98.70 : 1.30

วาระที่ 5 รายการยาใช้มาก 10 อันดับแรก ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค.66 – 30 ก.ย.67

- มูลค่าการใช้ยา 10 อันดับแรก ได้แก่

ลำดับ	รายการยา	TYPE	ความแรง	มูลค่ารวม(บาท)	ขนาดบรรจุ
1	Insulin Mixtard 30 HM Penfill	inj	100 iu/ml	385,749.40	3 ml
2	Amlodipine	tab	5 mg	311,565.20	100's
3	SALMETEROL/FLUTICASON Evoxaler	MDI	25+250 mcg	295,480.50	1 set
4	Simvastatin	tab	20 mg	194,111.00	100's
5	Rabies vaccine	inj	verocell>2.5 iu.	130,909.50	1 vial
6	Metformin	tab	500 mg	113,300.00	500's
7	Omeprazole	cap	20 mg	106,480.00	100's
8	Atorvastatin	tab	40 mg	104,913.50	30's
9	Hydroxychloroquine	tab	200 mg	94,500.00	100's
10	Losartan	tab	50 mg	90,522.00	300's

รายการที่มีการใช้มากที่สุดของปีงบประมาณ 2567 คือ Insulin mixtard 70/30 inj ซึ่งเป็นยาที่มีการสั่งใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน ในปีที่ผ่านมาพบว่า หลังจากมีการตรวจสอบสุขภาพ และค่าการทำงานของไตในผู้ป่วยกลุ่มเบาหวาน จึงทำให้แพทย์มีการตัดสินใจในการเปลี่ยนยารับประทาน มาเป็นยาในกลุ่มยาฉีด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่ดีขึ้น และช่วยลดผลข้างเคียงจากการใช้ยารับประทานที่อาจส่งผลในด้านการทำงานของไต

ในปีที่ผ่านมา มีการคัดเลือกรายการยา Atorvastatin 40 mg เข้ามาในบัญชียา ส่งผลให้ปี 2567 มีการใช้ยารายการดังกล่าวในรายชื่อที่เข้าเกณฑ์มากขึ้น ทำให้มูลค่าการใช้ยาอยู่ในลำดับที่ 8 ของรายการยาที่มีการใช้มากที่สุด 10 อันดับแรก

วาระที่ 6 การพิจารณาปรับปรุงรายการยาในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2568

โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. กำหนดให้มีการพิจารณาคัดเลือกรายการยาเข้า-ออกจากบัญชี ปีละ 1 ครั้ง หรือตามความเหมาะสมขึ้นคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด หรือนโยบายเร่งด่วน
2. ในการพิจารณาคัดเลือกรายการยาเข้า-ออกจากบัญชีโรงพยาบาล ให้มีการพิจารณาตามข้อกำหนดดังนี้
 - 4.1) ให้พิจารณายาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อน
 - 4.2) หากรายการยาที่เสนอเข้าบัญชียาโรงพยาบาลอยู่นอกเหนือบัญชียาหลักแห่งชาติ หมวด (ก) และ (ข) รวมทั้งรายการยาปฏิชีวนะที่มีมูลค่าสูง ให้กำหนดหลักเกณฑ์ในการส่งจ่ายยาที่เสนอเข้าบัญชีโรงพยาบาล เพื่อเป็นการควบคุมกับการใช้ให้สมเหตุผล
 - 4.3) หากมีการพิจารณายาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันกับยาที่มีในโรงพยาบาลแล้ว ให้พิจารณา ยาที่มีอยู่เดิมออกจากบัญชียาโรงพยาบาล
 - 4.4) พิจารณารายการยาที่ไม่มีการใช้ในปีที่ผ่านมา ออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ยกเว้น กลุ่มยากำพร้า
 - 4.5) ยาที่ถูกพิจารณาเข้าใหม่ต้องไม่มีความเสี่ยงในการใช้ยา เช่น LASA , การจัดเก็บ , รายการยาที่ซ้ำซ้อนกับรายยาเดิมในบัญชียา เป็นต้น
 - 4.6) รายการยาที่ถูกคัดเลือกออกจะถูกพิจารณาจาก เป็นรายการยาที่มีอัตราการใช้น้อย ยาที่ไม่มีผู้ผลิต หรือถูกเพิกถอนทะเบียนยาไปแล้ว

ในที่ประชุมเสนอให้เพิ่มยาเข้าในบัญชียาโรงพยาบาล ได้แก่ Manidipine 20 mg tab ED

- มติที่ประชุม เห็นด้วย รับทราบ

วาระที่ 7 การบริหารงานคลังเวชภัณฑ์ (เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา)

วาระที่ 8 ระบบงานบริการเภสัชกรรมงานเภสัชกรรมงานเภสัชกรรมคลินิก และงานบริการรักษาพยาบาล

1. งานติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
 - ทบทวนแนวทางการซักประวัติแพ้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ทางยา ในทุกจุดบริการ
2. ทบทวนระบบการเฝ้าระวังยา High alert drug
 - ให้มีการสั่งใช้โดยแพทย์เท่านั้น
 - เขียนสั่งรายการยาด้วยปากกาสีแดง หรือ ดิจิตอลสีแดงที่รายการยา HAD
3. ระบบความปลอดภัยเส้นทางยา
 - เฝ้าระวัง และค้นหาความเสี่ยง เพื่อช่วยกันลดและป้องกันอุบัติการณ์การเกิดความปลอดภัยเส้นทางยา

4. การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)

- แจ้งเรื่องโรงพยาบาลแม่พริกผ่านการประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับสีเขียว

5. ระบบยาในโรงพยาบาล

5.1 ระบบผู้ป่วยใน

- ทบทวนแนวทางการให้บริบาลผู้ป่วยใน และแนวทางระบบ Medication reconciliation เพื่อชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้ไปในทางเดียวกัน

5.2 ระบบผู้ป่วยนอก

- วางแนวทางระบบ Medication reconciliation โดยเริ่มในกลุ่มโรค NCDs แล้วนำมาประเมินระบบในการประชุมระบบในการประชุมครั้งต่อไป
- เฝ้าระวังการเกิด ADR type A ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยา Metformin tab โดยให้มีการแจ้งเตือน GFR และผลการประเมิน CKD type ในระบบ hosxp กรณีที่มีการสั่งใช้ยารายการนี้

6. LASA

- ให้มีการเฝ้าระวังในการบริหารยา การจัดยา และเตรียมยาที่มีชื่อพ้อง มองคล้าย ได้แก่
Amlodipine – Atenolol
Hyoscine – Hydroxyzine
Dextromethophan tab – Tolperisone tab

7. DUE

- จากที่ประชุมในปี งบประมาณ 2567 ให้มีการประเมินรายการยาที่มีมูลค่าสูงและเป็นยาปฏิชีวนะก่อนมีการสั่งใช้ยา โดยจัดทำแนวทางในการสั่งใช้ยา 3 รายการ ได้แก่ Meropenem 1 g inj , Ciprofloxacin 500 mg inj และ Spiriva Handihaler (Tiotropium: LAMA)
ได้ประเมินรายการยาที่การสั่งใช้ ตามเอกสารแนบท้ายการประชุม

วาระที่ 9 วาระอื่น

ปิดประชุมเวลา 15.30 น

.....
(นางสาวมาลินี อินทรสิทธิ์)
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

.....
นางสาวกวิณนาฏ แสงศิริ
นายแพทย์ปฏิบัติการ

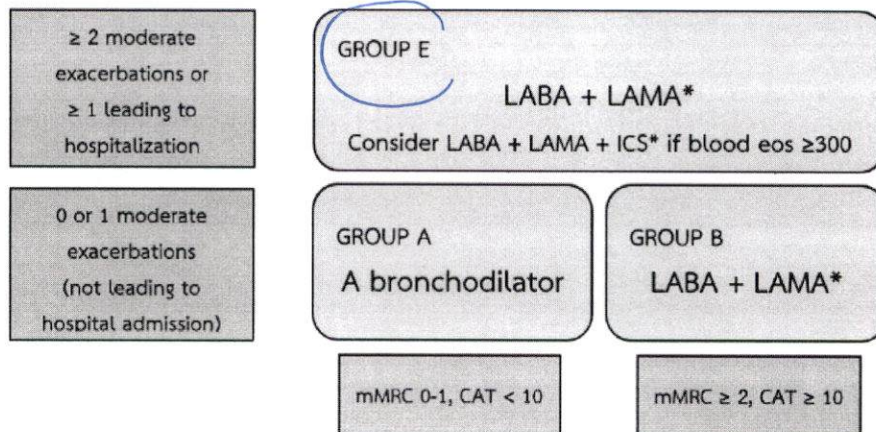
แบบประกอบการสั่งใช้ยา Spiriva Handihaler (Tiotropium: LAMA)

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา..... my 15 มิย วันที่ 4/7/66

Consult แพทย์เฉพาะทาง ระบุแพทย์..... ล้างต วันที่ 4/7/66

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... ทนจิรา ภูมิพล HN 25014 AN 66.0000574

ประเมินผู้ป่วย Group..... Eตาม Gold guideline 2023



ข้อบ่งใช้ (ระบุ)

- ☒ สั่งใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD ตั้งแต่ Group B ขึ้นไป
- ☐ สั่งใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการด้วยยาในกลุ่ม Long – acting β 2-agonists (LABA) + inhaled corticosteroid (ICS) หรือ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการยากลุ่มดังกล่าว

Dosage: 1 Capsule / 18 mcg. / day

ราคา : 585 บาท/ชุด***

ข้อห้ามใช้:

- ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเคยแพ้ยาหรือส่วนประกอบของยานี้
- ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ Atropine หรือ อนุพันธ์ของ Atropine เช่น ipratropium, oxitropium และส่วนประกอบอื่นๆในตำรับ

ข้อควรระวังในการใช้ยา:

- ไม่ควรใช้ยานี้รักษากรณีที่เกิดอาการอย่างเฉียบพลัน
- ควรใช้ด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยโรคต่อห็นชนิดมุมแคบ ต่อมลูกหมากโต และท่อปัสสาวะอุดตัน
- ไม่ควรใช้ยาในสตรีมีครรภ์และหญิงให้นมบุตร

สำหรับเภสัชกร: ประเมินความเหมาะสมการใช้ยา

☐ Appropriate ☐ Inappropriate (☐ Indication ☐ Dose)

หมายเหตุ

- เงื่อนไข เบิกใช้ได้เมื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางและยินยอมให้ใช้ได้***
- แพทย์ต้องกรอกใบประกอบการใช้ยาทุกครั้งที่ยาใหม่ (New case)
- ถ้ายังไม่มีใบประกอบการใช้ยากลุ่มงานเภสัชกรรมอนุโลมจ่ายยาให้ก่อนสำหรับ 24 ชั่วโมงแรก
- LAMA ที่มี คือ Spiriva Handihaler (Tiotropium)
- LABA+ICS ที่มี คือ Seretide MDI (Salmeterol/Fluticasone)

เมื่อแพทย์เซ็นต์เอกสารแล้ว กรุณาส่งคืนฝ่ายเภสัชกรรม

แบบประกอบการสั่งยา Meropenem 1 g/vial

แพทย์ผู้สั่งยา.....

ว.

จ.

พญ.จิรพัชร เกียรติพัชรพงศ์

ว. จ. ๖๖๖

ว.69991

Consult แพทย์เฉพาะทาง ระบุแพทย์.....

วันที่.....)

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... HN..... AN..... Admit date.....

CrCl male = $(140 - \text{age}) \times \text{BW} / (72 \times \text{Cr})$ = mL/min *** (for female CrCl x 0.85)
วิธีใช้..... จำนวน vials (..... day) cost = 154 x = Baht

ยาปฏิชีวนะที่เคยใช้มาก่อน.....

Site of infection ☐ lung ☒ urinary tract ☐ skin & soft tissue ☐ joint ☐ CNS ☐ intra-abdominal ☐ Other ระบุ.....

ติดเชื้อจาก ☐ ภายในโรงพยาบาล ☐ ภายนอกโรงพยาบาล

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☐ Gram stain ☐ urine c/s ☐ Hemoculture ☐ Sputum c/s ☐ Pus c/s ☐ Ascites c/s ☐ synovial c/s
☐ Melioidosis titer ☐ other ระบุ.....

ข้อบ่งชี้

☐ Empirical therapy: ยังไม่รู้เชื้อสาเหตุ

☐ Septic shock or severe sepsis ที่สงสัย Nosocomial infection from multidrug resistant gram negative bacteria

☐ Septic shock or severe sepsis ที่เคยมีประวัติได้ยาในกลุ่ม 3rd generation cephalosporin มาก่อน ภายใน 3 เดือน

☐ อื่นๆ ระบุ.....

☒ Documented therapy ตรวจพบเชื้อ

☐ มีผลเพาะเชื้อพบ gram negative bacteria ที่ไวต่อ Meropenem เท่านั้น

โดยทางเชื้อ..... E.coli ESBL..... จากการส่งตรวจ..... H/C..... เมื่อวันที่.....

Dosage (maximal dose 6 gm/day)

ราคา : 134 บาท/vial***

Dose for adult ☐ 500 mg q 8 hr ☐ 1 g q 8 hr (Serious infection) ☐ 2 g q 8 hr (Meningitis)

Dose for renal impairment

☒ CrCl 26-50 mL/min Standard dose q 12 hr

☐ CrCl 10-25 mL/min 50% of Standard dose q 12 hr

☐ CrCl < 10 mL/min 50% of Standard dose q 24 hr

Dose for children

☐ Septic : 20 mg/kg per dose q 12 hr IV infusion over 30 minutes

☐ Meningitis and infections 40 mg/kg per dose q 8 hr IV infusion over 30 minutes

สำหรับเภสัชกร ประเมินความเหมาะสมการใช้ยา

☐ Appropriate ☐ Inappropriate (☐ Indication ☐ Dose/Dose Interval ☐ Duration ☐ Culture bacteria (กรณีมีผลเพาะเชื้อ)

☐ Escalate เมื่อตรวจพบเชื้อ..... จากการส่งตรวจ..... เมื่อวันที่.....

☐ Escalate เมื่อตรวจพบเชื้อ..... จากการส่งตรวจ..... เมื่อวันที่.....

☐ De-escalate เมื่อตรวจพบเชื้อ..... จากการส่งตรวจ..... เมื่อวันที่.....

☐ De-escalate เมื่อตรวจพบเชื้อ..... จากการส่งตรวจ..... เมื่อวันที่.....

☐ De-escalate เมื่อตรวจพบเชื้อ..... จากการส่งตรวจ..... เมื่อวันที่.....

☐ De-escalate เมื่อตรวจพบเชื้อ..... จากการส่งตรวจ..... เมื่อวันที่.....

เภสัชกร..... Consult แพทย์..... ว. จ. ๖๖๖..... พญ.จิรพัชร เกียรติพัชรพงศ์..... ว.69991.....

Result: ☐ Acceptance: switch to.....

☐ Inacceptance เหตุผลคือ.....

หมายเหตุ

- เมื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางและยินยอมให้ใช้ได้ ***

- แพทย์สั่งยาทุกครั้งที่มีการสั่งยา

- ถ้ามีข้อสงสัย กรุณาปรึกษาเภสัชกรก่อนจ่ายยาให้ก่อนลาหับ 24 ชั่วโมงแรก

- การให้ยาใน NSS: Administer IV infusion 15-30 นาที; IV bolus injection(5-20 mL) 3-5 นาที

เมื่อแพทย์เซ็นต์เอกสารแล้ว กรุณาส่งคืนฝ่ายเภสัชกรรม

รพ.เมทริก อ.เมทริก อ.ลำปาง

Admit: 23/1/2024 เวลา 19:20:00 น.

นายผ่าน ทาน้อย อายุ: 74 ปี

AN: 670000072 HN: 0036651

ward: ผู้ป่วยใน เตียงที่: 8

พญ.จิรพัชร เกียรติพัชรพงศ์

แบบประกอบการสั่งจ่าย Ciprofloxacin 500 mg/vial

แพทย์ผู้สั่งจ่าย.....

(วันพฤ)

วันที่.....

15/4/67

Consult แพทย์เฉพาะทาง ระบุแพทย์.....วันที่.....)

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... HN..... AN..... Admit date.....

CrCl male = (140 - age.....yr x BW.....kg) / (sCr..... mg% x 72) =.....mL/min *** (for female CrCl x 0.85)

วิธีใช้.....จำนวน.....vials (.....day) cost = 135 x.....=.....Baht

ยาปฏิชีวนะที่เคยใช้มาก่อน.....

Site of infection ☐ lung ☐ urinary tract ☒ skin & soft tissue ☐ joint ☐ CNS ☐ intra-abdominal ☐ Other ระบุ.....

ติดเชื้อจาก ☐ ภายในโรงพยาบาล ☐ ภายนอกโรงพยาบาล

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☐ Gram stain ☐ urine c/s ☐ Hemoculture ☐ Sputum c/s ☐ Pus c/s ☐ Ascites c/s ☐ synovial c/s

☐ Melioidosis titer ☐ other ระบุ.....

ข้อบ่งชี้

☒ Empirical therapy: ยังไม่รู้เชื้อสาเหตุ

[] สงสัยว่ามีการติดเชื้อ Pseudomonas aeruginosa ในผู้ป่วยที่มีการใช้ Endotracheal tube

[] Severe infection และสงสัยติดเชื้อ Gram negative bacilli ที่ดื้อต่อ beta-lactam และไม่สามารถใช้ยา aminoglycoside ได้

[] Complicated UTI จาก Gram negative ที่ดื้อยา กลุ่ม 3rd cephalosporin, aminoglycoside และ sulfonamides

[] Febrile neutropenia โดยใช้ร่วมกับยา กลุ่ม beta-lactam (absolute neutrophile=.....)

[] Cystic fibrosis

[] Ophthalmological for superficial ocular infection

[] อื่นๆ ระบุ.....

☐ Documented therapy ตรวจพบเชื้อ

[] พบเชื้อ Gram negative bacilli โดยยามีความไวต่อเชื้อและมีผลต่อยา กลุ่ม 3rd cephalosporin, aminoglycoside

[] พบเชื้อ Gram negative bacilli โดยยามีความไวต่อเชื้อและมีผลต่อยา กลุ่ม 3rd cephalosporin และผู้ป่วยมีการ

โดยพบเชื้อ.....จากการส่งตรวจ.....เมื่อวันที่.....

Dosage ราคา : 135 บาท/vial***

Dose for Adult

[] complicated UTI, community acquired pneumonia 200 mg IV q 12 hr

[] skin and skin structure infection, osteomyelitis 400 mg IV q 12 hr

[] nasocomial infection/severe infection 400 mg IV q 12 hr

Dose for renal impairment

[] CrCl >30 mL/min : ไม่ต้องปรับ dose

[] CrCl <30 mL/min : 200-400 mg IV q 18-24 hr

Dose for children: US-FDA ใช้ในเด็กอายุ>1 ปี เฉพาะ Pseudomonas infection และ Cystic fibrosis : max 800 mg/day

☒ >1 ปี: 10-20 mg/kg/day divided q 12 hr

สำหรับเภสัชกร: ประเมินความเหมาะสมการใช้ยา

☐ Appropriate ☐ Inappropriate (☐ Indication ☐ Dose/Dose Interval ☐ Duration ☐ Culture bacteria (กรณีมีผลเพาะเชื้อ)

☐ Escalate เมื่อตรวจพบเชื้อ.....จากการส่งตรวจ.....เมื่อวันที่.....

[] มีผลเพาะเชื้อพบดื้อต่อยา กลุ่ม Fluoroquinolones

☐ De-escalate เมื่อตรวจพบเชื้อ.....จากการส่งตรวจ.....เมื่อวันที่.....

เภสัชกร..... Consult แพทย์.....เมื่อวันที่.....

Result: ☐ Acceptance: switch to.....

☐ Unacceptance เหตุผลคือ.....

หมายเหตุ

- เงื่อนไข เบิกใช้ได้เมื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางและยินยอมให้ใช้ได้***

- แพทย์ต้องกรอกใบประกอบการสั่งจ่ายทุกครั้งที่มีการสั่งจ่าย

- ถ้ายังไม่มีการประกอบการใช้ยา กลุ่มงานเภสัชกรรมอนุโลมจ่ายยาให้ก่อนสำหรับ 24 ชั่วโมงแรก

- การบริหารยา IV infusion 60 นาที

เมื่อแพทย์เซ็นต์เอกสารแล้ว กรุณาส่งคืนฝ่ายเภสัชกรรม