

ประชุมคณะกรรมการ PTC

วันที่ 23 กรกฎาคม 2569 ห้องประชุมชั้น 5 รพ.บางสะพาน

ผู้เข้าร่วมประชุม

นายพงษ์ศักดิ์	ฐิติพันธุ์ดำรง	แพทย์ออร์โธปิดิกส์ (ประธาน PTC)
นส.ภัทรวรรณ	เลิศไชยพานนท์	กุมารแพทย์
นพ.ชยางกูร	ภูมิกำจร	จิตแพทย์
นส.ปญญาศา	ตะเพียนทอง	เภสัชกร
นายพรเทพ	ธีรวัตรราษฎร์	เภสัชกร
นายมนูญ	ทองมี	เภสัชกร
นส.พุทธรักษา	ฉันทภัทราษฎร์	เภสัชกร

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

ระเบียบวาระที่ 1 พิจารณายาเข้า-ออกบัญชียา รพ. บางสะพาน

1. รายการยาเข้าบัญชียา รพ.บางสะพาน

พ.ชยางกูร ขอเสนอรายการยาจิตเวช เข้าบัญชียา รพ.บางสะพาน

ชื่อยา	Donepezil 5 mg tab
กลุ่มยา	Acetylcholinesterase inhibitor
บัญชียาหลักแห่งชาติ	ED (บัญชี ง)
ข้อบ่งชี้	ภาวะสมองเสื่อมจากอัลไซเมอร์ที่มีระดับความรุนแรงน้อย - ปานกลาง
ประสิทธิภาพทางคลินิก	ชะลอการเสื่อมของ cognition, ชะลอการดำเนินโรค
pharmacokinetics	Bioavailability ~100% ส่วนใหญ่ถูกเปลี่ยนรูปที่ตับ และถูกขับออกทางไต (ปัสสาวะ) 57% (metabolite 40% + ยาที่ยังไม่เปลี่ยนรูป 17%) ถูกขับออกทางอุจจาระ 14.5% Half life 70 hr.
สิทธิ์การสั่งใช้	จิตแพทย์
ขนาดยา	Initial dose 2.5 mg ก่อนนอน และค่อยๆปรับเพิ่ม dose Max. Dose 20 mg/ day (หรือเท่าที่ผู้ป่วยทนต่อได้) ผป. โรคไตไม่จำเป็นต้องปรับขนาด
ราคาทุน/เม็ด	
ข้อระวัง / ข้อห้ามใช้	Arythmia, peptic ulcer, asthma/COPD
ADR	คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ผื่นแพ้
เหตุผลที่เอาเข้าบัญชี	ปัจจุบัน รพ.ไม่มียารักษาภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยอัลไซเมอร์
ความเห็นคกก. PTC	เข้าบัญชีรพ.บางสะพาน พญ.ภัทรวรรณ เห็นว่า ควรมี 1 ความแรง เพื่อให้บริหารจัดการง่าย รอ check ของรพ.ประจำว่าใช้ความแรงใด เพราะผป.เดิมที่ใช้ยานี้ส่วนใหญ่รับต่อจากรพ.ประจำ

ชื่อยา	Mianserin 30 mg tab
กลุ่มยา	เป็นยาด้านเศร้ากลุ่มเตตระไซคลิก (Tetracyclic Antidepressant - TeCA) กลไกหลักเน้นการเพิ่มสารสื่อประสาทซีโรโทนินและนอร์เอพิเนฟรินในสมอง
บัญชียาหลักแห่งชาติ	ED (บัญชี ข)
ข้อบ่งชี้	โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยอายุ มากกว่า 18 ปี
ประสิทธิภาพทางคลินิก	-ฤทธิ์ต้านเศร้า (Antidepressant): ช่วยปรับอารมณ์ให้เป็นปกติโดยการปรับสมดุลสารสื่อประสาท -ฤทธิ์คลายกังวล (Anxiolytic) และช่วยให้นอนหลับ (Sedative): เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย
pharmacokinetics	- การดูดซึม (Absorption): ดูดซึมได้อย่างรวดเร็วจากทางเดินอาหาร Bioavailability 20% - 70% และจะมีความเข้มข้นสูงสุดในพลาสมา ภายในเวลา 3 ชม. หลังรับประทานยา - การกระจายยา (Distribution): ยาจับกับโปรตีนในพลาสมาสูงถึงประมาณ 95% สามารถกระจายตัวได้ดีทั่วร่างกาย ผ่าน Blood-brain barrier รวมถึงผ่านรกและน้ำนมได้ - การเปลี่ยนแปลงยา (Metabolism): ถูกเผาผลาญอย่างกว้างขวางที่ตับโดยเอนไซม์ CYP2D6 ผ่านกระบวนการ N-oxidation, Aromatic hydroxylation และ N-demethylation ซึ่งจะได้สารเมแทบอไลต์ที่ยังมีฤทธิ์ทางยาเช่นกัน เช่น desmethylmianserin - การขับออก (Excretion): ขับออกทางปัสสาวะเป็นหลัก และขับออกทางอุจจาระในปริมาณเล็กน้อย - ค่าครึ่งชีวิตของการกำจัด (Elimination half-life): ในวัยผู้ใหญ่ปกติอยู่ที่ประมาณ 6 - 61 ชั่วโมง (เฉลี่ยประมาณ 30 ชั่วโมง) แต่ในผู้สูงอายุค่าครึ่งชีวิตนี้อาจยาวนานขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
สิทธิการสั่งใช้	จิตแพทย์
ขนาดยา	Initial dose 30 mg/day และปรับตามความทนต่อยา Maintenance dose 30 -90 mg/day
ราคาทุน/เม็ด	4.91 บาท/เม็ด
ข้อระวัง / ข้อห้ามใช้	ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคตับ (เนื่องจากยาถูกเปลี่ยนแปลงสภาพที่ตับ) ไม่ควรให้ยานี้แก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เนื่องจากยานี้อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย และยังอาจเพิ่มความก้าวร้าวได้
ADR	ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ ท้องผูก ปากแห้ง ง่วงนอน อาการสั่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และอ่อนแรง
เหตุผลที่เอายาเข้าบัญชี	1. ยานี้ไม่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic) จึงไม่มีอาการข้างเคียงอย่าง ปากแห้ง ตาพร่า หรือท้องผูกอย่างรุนแรงเท่ากับกลุ่ม Tricyclic Antidepressants 2. เนื่องจาก side effect ต่ำกว่า จึงเหมาะสมในผ.ป.สูงอายุ หรือผ.ป.ที่มีโรคแทรกซ้อนหลายโรค
ความเห็นคกก. PTC	พิจารณาเข้าบัญชียารพ. เน้นในผู้สูงอายุที่มีโรคแทรกซ้อน

ชื่อยา	Haloperidol decanoate 100 mg/2 mL
กลุ่มยา	First-generation / Typical antipsychotic ที่อยู่ในรูปแบบสารละลายน้ำมัน
บัญชียาหลักแห่งชาติ	ED (บัญชี ก)
ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา	Mechanism of Action : D2 Receptor Antagonism ยาจะเข้าไปบล็อกตัวรับโดปามีนชนิด ดีทู (D ₂ receptor) ในสมอง Mesolimbic pathway เป็นหลัก มีฤทธิ์เป็น H ₁ -receptor antagonist และ α_1 -receptor antagonist ค่อนข้างมาก ทำให้ง่วงนอนน้อยและ ไม่ค่อย ทำให้ความดันโลหิตต่ำเมื่อเทียบกับยาตัวอื่น ออกฤทธิ์ยาวนาน (Long-acting injectable)
ข้อบ่งชี้	- ใช้สำหรับควบคุมอาการระยะยาว (Maintenance therapy) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia) - เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ตอบสนองดีต่อยา Haloperidol รูปแบบกินแล้ว แต่มีปัญหาเรื่องการร่วมมือในการใช้ยา (Non-compliance) หรือลืมกินยาบ่อย ช่วยลดอาการทางบวกของโรคจิตเภท เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว และประสาทหลอน
ประสิทธิภาพทางคลินิก	- ฤทธิ์ต้านเศร้า (Antidepressant): ช่วยปรับอารมณ์ให้เป็นปกติโดยการปรับสมดุลสารสื่อประสาท - ฤทธิ์คลายกังวล (Anxiolytic) และช่วยให้นอนหลับ (Sedative): เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย
pharmacokinetics	- การดูดซึม: หลังฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ด้วยยาที่เป็น Ester ในน้ำมันจะค่อย ๆ ถูกปล่อยออกมาอย่างช้า ๆ และถูกไฮโดรไลซ์ (Hydrolyzed) กลายเป็น Haloperidol อิสระเข้าสู่กระแสเลือด - ระดับยาในพลาสมาสูงสุด (T_{max}): ใช้เวลาประมาณ 3 ถึง 9 วัน หลังจากการฉีด - ครึ่งชีวิตของยา ($T_{1/2}$): ยาวนานประมาณ 3 สัปดาห์ (ประมาณ 21 วัน) ทำให้สามารถคงระดับยาในเลือดได้นานและฉีดเพียงเดือนละครั้ง - การขจัดยา: ถูกทำลายที่ตับผ่านเอนไซม์ CYP2D6, CYP3A4 และกระบวนการ Glucuronidation ขับออกทางปัสสาวะและอุจจาระ
สิทธิการสั่งใช้	จิตแพทย์
ขนาดยา	initial dose : 100 mg im -----> target 50- 300 mg q 4 wk - Deep Intramuscular (IM) Only: ฉีดเข้ากล้ามเนื้อลึกเท่านั้น (สะโพก) - ความถี่: โดยทั่วไปฉีดทุก 4 สัปดาห์ (หรือทุก 2-4 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับการปรับโดสของแพทย์)
ราคาทุน/เม็ด	-
ข้อระวัง / ข้อห้ามใช้	ห้ามฉีดเข้าเส้นเลือดดำ (IV) โดยเด็ดขาด เนื่องจากสารละลายเป็นน้ำมัน อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอดได้
ADR	- Extrapyramidal Symptoms (EPS): พบบ่อยที่สุดเนื่องจากการบล็อก D₂ ที่รุนแรง เช่น อาการตัวแข็งเกร็ง (Dystonia) ลูกลี้ลูกลอน (Akathisia) หรือพาร์กินสันเทียม (Parkinsonism) [1] - Hyperprolactinemia: ระดับฮอร์โมนโพรแลคตินในเลือดสูง อาจทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือมีน้ำนมไหล - QT Prolongation: อาจทำให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจช่วง QT ยาวขึ้น ซึ่งต้องระวังในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจอยู่เดิม - Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS): เป็นผลข้างเคียงที่รุนแรงเฉียบพลัน (พบได้น้อยแต่ อันตรายถึงชีวิต) มีอาการไข้สูง กล้ามเนื้อเกร็งรุนแรง และระบบประสาทอัตโนมัติแปรปรวน
เหตุผลที่เอายาเข้าบัญชี	เพื่อใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรับประทาน hadol ทุกวัน จึงเหมาะที่จะใช้ชนิดฉีดเดือนละ 1 ครั้งมากกว่า
ความเห็นคกก. PTC	พิจารณาเข้าบัญชียาพ.

พญ.นาลิตา เสนอยาเข้า 2 รายการ

ชื่อยา	Ticagrelor 90 mg tab. (Brilinta®)
กลุ่มยา	เป็นยาด้านเกล็ดเลือดในกลุ่ม Cyclopentyl-triazolopyrimidines (CPTP)
บัญชียาหลักแห่งชาติ	ED (บัญชี ง)
ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา	กลไกการออกฤทธิ์ - ยับยั้งตัวรับ P2Y12 แบบย้อนกลับได้ (Reversible P2Y12 Inhibitor): ยาจะเข้าจับกับตัวรับ P2Y12 บนผิวของเกล็ดเลือดแบบชั่วคราวและสามารถหลุดออกได้ - กลไกเสริม: ยาสามารถยับยั้งการขนส่งสาร Adenosine กลับเข้าสู่เซลล์ (ผ่านตัวขนส่ง ENT1) ส่งผลให้ระดับ Adenosine ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยขยายหลอดเลือดและปกป้องกล้ามเนื้อหัวใจ - ออกฤทธิ์โดยตรง (Direct-acting): ตัวยาอยู่ในรูปที่พร้อมออกฤทธิ์ทันที (Active form) ไม่จำเป็นต้องผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ตับก่อนเหมือน Clopidogrel ส่งผลให้ยามีการตอบสนอง ที่รวดเร็ว
ข้อบ่งชี้	- ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด (Atherothrombotic events) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ทั้งชนิด STEMI, NSTEMI และ Unstable Angina - ใช้ร่วมกับยา Aspirin ในรูปแบบ Dual Antiplatelet Therapy (DAPT) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสายค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ (Stent Thrombosis)
ประสิทธิภาพทางคลินิก	Ticagrelor มีประสิทธิภาพทางคลินิกที่เหนือกว่ายา Clopidogrel อย่างชัดเจนในการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้ - ออกฤทธิ์เร็วและสม่ำเสมอ: เนื่องจากไม่ต้องผ่านการเปลี่ยนแปลงสภาพที่ตับแบบ Clopidogrel ทำให้ควบคุมเกล็ดเลือดได้คงที่กว่า ผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อยาต่ำ (Clopidogrel resistance) จึงได้ประโยชน์จากยาดังนี้เพิ่มเติมที่ - ทางเลือกทดแทนยาเดิม: ในแนวทางเวชปฏิบัติปัจจุบัน (Clinical Guidelines) ของสมาคมโรคหัวใจต่างๆ (เช่น AHA/ACC และ ESC) จึงแนะนำให้เลือกใช้ Ticagrelor เป็นอันดับต้นๆ (Preferred Agent) เหนือกว่า Clopidogrel สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่มีข้อห้ามใช้
pharmacokinetics	- การดูดซึม (Absorption): ดูดซึมได้รวดเร็วหลังจากรับประทาน ยาจะเริ่มออกฤทธิ์ภายใน 30 นาที และมีระดับยาในเลือดสูงสุด (T_{max}) ประมาณ 1.5 - 3 ชั่วโมง โดยอาหารไม่มีผลต่อการดูดซึมอย่างมีนัยสำคัญ - การกระจายตัว (Distribution): จับกับโปรตีนในพลาสมาสูงมาก (> 99%) - การเปลี่ยนแปลงสภาพยา (Metabolism): แม้จะออกฤทธิ์ได้โดยตรง แต่ยาจะถูกเปลี่ยนแปลงสภาพส่วนใหญ่ที่ตับผ่านเอนไซม์ CYP3A4 และ CYP3A5 สารที่ได้จากการเปลี่ยนแปลง (Metabolite) ชื่อ AR-C124910XX ซึ่งยังมีฤทธิ์ต้านเกล็ดเลือดได้แรงพอๆ กับตัวยารวมอยู่ด้วย - การขับถ่าย (Elimination): ขับถ่ายออกทางน้ำดีและอุจจาระเป็นหลัก (ประมาณ 58%) และขับออกทางปัสสาวะประมาณ 26% โดยมีค่าครึ่งชีวิตของการขจัดยา ($T_{1/2}$) อยู่ที่ประมาณ 7 ชั่วโมงสำหรับตัวยารูปเดิม และ 9 ชั่วโมงสำหรับสารออกฤทธิ์
สิทธิการสั่งใช้	อายุรแพทย์
ขนาดยา	ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS): - การเริ่มต้นใช้ยา (Loading Dose): มักมีการให้ยาขนาดสูงกว่าปกติในช่วงแรกเพื่อให้ออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วตามแนวทางที่แพทย์กำหนด - การใช้ยาต่อเนื่องในช่วงแรก (First 12 Months): การใช้ยาต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี เพื่อป้องกันการเกิด ลิ่มเลือด - การใช้ยาต่อเนื่องในระยะยาว (Extended Therapy): สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง แพทย์อาจพิจารณาให้ใช้ยาต่อในระยะยาว - ผู้ป่วยโรคไต: โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องปรับขนาดยา
ราคาทุน/เม็ด	10-15 บาท/ เม็ด

ข้อระวัง / ข้อห้ามใช้	- ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในร่างกายเฉียบพลัน เช่น เลือดออกในสมอง, เลือดออกในกระเพาะอาหาร หรือผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกในสมอง (Intracranial Hemorrhage) และผู้ป่วยโรคตับระยะรุนแรง
ADR	· ภาวะเลือดออกผิดปกติ (Bleeding): เป็นผลข้างเคียงที่สำคัญที่สุดเนื่องจากฤทธิ์ต้านเกล็ดเลือดที่รุนแรง · อาการหายใจลำบาก (Dyspnea): เป็นอาการเฉพาะที่พบได้บ่อยในยาในกลุ่มนี้ (เชื่อว่าเป็นผลมาจากระดับ Adenosine ในร่างกายที่สูงขึ้น) มักเกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์แรกๆ และมักหายไปเองโดยไม่ต้องหยุดยา
Drug interaction	เนื่องจาก Ticagrelor ถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับผ่านเอนไซม์ CYP3A4 เป็นหลัก จึงมีปฏิกิริยากับยาอื่นค่อนข้างมาก ยาที่ห้ามใช้ร่วมกัน หรือควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ - Aspirin ขนาดสูง: นี่เป็นคำเตือนสำคัญมาก (Black Box Warning) การทาน Aspirin ร่วมกับ Ticagrelor ในขนาดที่สูงเกินไป จะทำให้ประสิทธิภาพของ Ticagrelor ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ - กลุ่มยา Strong CYP3A4 Inhibitors : ยาเหล่านี้จะเพิ่มระดับยา Ticagrelor ในเลือดจนเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก เช่น: - ยาฆ่าเชื้อรา: Ketoconazole, Itraconazole, Voriconazole - ยาปฏิชีวนะ: Clarithromycin, Telithromycin - ยาด้านไวรัส HIV: Ritonavir, Atazanavir, Indinavir, Nelfinavir - กลุ่มยาที่กระตุ้น CYP3A4 อย่างแรง (Strong CYP3A4 Inducers): ยาเหล่านี้จะเร่งการทำลายยา Ticagrelor ทำให้ระดับยาในเลือดต่ำลงจนยาไม่ได้ผล เช่น: - ยาวัณโรค: Rifampin - ยาป้องกันอาการชัก: Carbamazepine, Phenytoin, Phenobarbital
เหตุผลที่เอายาเข้าบัญชี	Ticagrelor มีประสิทธิภาพทางคลินิกที่เหนือกว่ายา Clopidogrel อย่างชัดเจนในการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งน่าจะส่งผลช่วยลดการ admit จากภาวะโรคหัวใจ
ความเห็นคกก. PTC	ภก.มนูญ แจ้งว่ายานี้จะถูกนำมาใช้ในผู้ป่วยที่เคยใช้ aspirin + clopidogrel ที่เห็นควรให้ปรับยาใหม่รวมถึงในผู้ป่วยที่เคยได้รับยาจากพ.หัวใจ รพ.หัวหิน แต่พบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นด้วยโดยเฉพาะจาก ผู้ป่วยที่ refer จากรพ.บางสะพานน้อย มารับยาต่อ ที่ รพ.บางสะพาน พญ.นาถิตาขอไปหาข้อมูลก่อน แจ้งในภายหลัง

ชื่อยา	Nitrofurantoin 50 mg cap.
กลุ่มยา	เป็นยาปฏิชีวนะในกลุ่ม ไนโตรฟูแรน (Nitrofurans)
บัญชียาหลักแห่งชาติ	ED (บัญชี ข)
ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา	· เป็นยาประเภท Bactericidal โดยไปยับยั้งกระบวนการ การสังเคราะห์ DNA, RNA, โปรตีน และกระบวนการเผาผลาญพลังงาน (Citric Acid Cycle) ทำให้เชื้อตายและมีโอกาสเกิดการดื้อยาลดลง - เชื้อที่ตอบสนองดี (Susceptible Organisms): ครอบคลุมแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบที่เป็นสาเหตุหลักของโรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ เช่น <i>Escherichia coli</i>, <i>Enterococcus faecalis</i>, <i>Staphylococcus saprophyticus</i> และ <i>Klebsiella</i> บางชนิด - แต่ไม่มีฤทธิ์ต่อเชื้อ <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Proteus</i> spp. และ <i>Serratia</i> spp
ข้อบ่งชี้	ใช้เป็นยาทางเลือกแรกในการรักษา Uncomplicated Lower Urinary Tract Infections: UTIs
ประสิทธิภาพทางคลินิก	เป็นยาปฏิชีวนะแนวหน้าที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ) ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงในปัสสาวะ โดยมีอัตราการรักษาหายทางคลินิก (Clinical Cure Rate) สูงถึง ร้อยละ 84 - 95 อาการมักจะเริ่มดีขึ้นภายใน 24 - 48 ชั่วโมงของการรับประทาน
pharmacokinetics	· การดูดซึม (Absorption): ดูดซึมได้ดีในทางเดินอาหาร · การกระจายตัว (Distribution): ด้วยยากระจายเข้าสู่เนื้อเยื่อและกระแสเลือดได้ต่ำมาก แต่จะมุ่งเน้นไปสะสมและออกฤทธิ์ที่ปัสสาวะเป็นหลัก จึงไม่สามารถนำไปใช้รักษาการติดเชื้อที่เนื้อเยื่อไต (Pyelonephritis) หรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ · การขับถ่าย (Elimination): ขับออกทางไตผ่านปัสสาวะอย่างรวดเร็วในรูปแบบที่ยังออกฤทธิ์ได้ (Active

	Form) ทำให้น้ำปัสสาวะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลหรือสีเหลืองเข้ม ซึ่งเป็นอาการปกติ
สิทธิการสั่งใช้	แพทย์ทั่วไปสั่งใช้ได้
ขนาดยาและวิธีใช้ยา	- สำหรับการรักษาทางเดินปัสสาวะอักเสบเฉียบพลัน (Adults): รับประทานครั้งละ 50–100 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง หรือ 100 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง สำหรับรูปแบบออกฤทธิ์นาน เป็นเวลา 3–7 วัน - สำหรับการป้องกันการติดเชื้อซ้ำระยะยาว: รับประทานครั้งละ 50–100 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
ราคาทุน/เม็ด	1.5 บาท / เม็ด
ข้อระวัง / ข้อห้ามใช้	- ผู้ป่วยโรคไตเสื่อมรุนแรง (ค่า eGFR หรือ CrCl ต่ำกว่า 30-60 mL/min) เนื่องจากยาจะไม่สามารถขับออกไปยังปัสสาวะเพื่อออกฤทธิ์ได้ และทำให้เกิดการสะสมจนเป็นพิษในร่างกาย - ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเอนไซม์ G6PD (อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกเฉียบพลัน) - หญิงตั้งครรภ์ใกล้เคียง (อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ขึ้นไป) และทารกอายุต่ำกว่า 1-3 เดือน
ADR	ADR รุนแรง - พิษต่อปอด (Pulmonary Toxicity): อาจเกิดปฏิกิริยาเฉียบพลัน เช่น ไอ เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หรือเนื้อเยื่อปอดอักเสบเรื้อรังหากใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน - พิษต่อดับ (Hepatotoxicity): ตับอักเสบ หรือตัวเหลืองตาเหลือง - โรคเส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ (Peripheral Neuropathy): ชา ปวดเสียว หรือแสบร้อนตามปลายมือปลายเท้า ADR ทั่วไป คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และปวดศีรษะ (แก้ไขได้ด้วยการรับประทานพร้อมอาหาร)
Drug interaction	- ยาที่ทำให้ประสิทธิภาพของ Nitrofurantoin ลดลง - ยาลดกรดที่มีแมกนีเซียม (Magnesium Trisilicate): แมกนีเซียมจะไปจับกับตัวยาในระบบทางเดินอาหาร ทำให้ร่างกายดูดซึมยาลดน้อยลง (วิธีแก้ไข: ควรรับประทานห่างกันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง) - ยาปฏิชีวนะกลุ่มควิโนโลน (Quinolones): เช่น Ciprofloxacin ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ต้านกันเอง (Antagonism) กับ Nitrofurantoin ทำให้ประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียลดลงอย่างมาก - สารที่ทำให้ปัสสาวะเป็นด่าง: เช่น Sodium Bicarbonate, Potassium Citrate) เนื่องจาก Nitrofurantoin จะออกฤทธิ์ได้ดีที่สุดในสภาวะที่ปัสสาวะเป็นกรด - ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพิษและผลข้างเคียง - ยารักษาโรคเกาต์ (Probenecid และ Sulfinpyrazone): ยาไปยับยั้งการขับออกของ Nitrofurantoin ทางไต ทำให้ระดับยาในเลือดสูงเกินไปจนอาจเกิดพิษต่อร่างกาย (เช่น พิษต่อดับ ปอด และเส้นประสาท) - Fluconazole : ยาฆ่าเชื้อราประเภทนี้เมื่อใช้ร่วมกันอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพิษต่อดับและตับ - Methotrexate : Nitrofurantoin อาจไปลดการขับออกของยานี้ ทำให้ระดับยา Methotrexate ในร่างกายสูงขึ้นจนเกิดอันตรายและผลข้างเคียงที่รุนแรงได้
ความเห็นคกก. PTC	ให้เข้าบัญชี รพ. และให้แพทย์ทั่วไปสั่งใช้ได้ แต่ให้ lock indication ในการสั่งใช้ และพิจารณาข้อห้ามใช้ (โดย set ข้อมูลข้อห้ามใช้ในระบบ hos xp(ผป.โตบกพร่อง, G6PD, หญิงตั้งครรภ์)

รายการยาที่พญ.ภัทรวรรณ เสนอเข้าบัญชีรพ.

ชื่อยา	Montelukast 10 mg tab.
กลุ่มยา	เป็นยาในกลุ่ม Leukotriene Receptor Antagonist ที่ใช้เป็นหลักในการควบคุมและป้องกันอาการโรคหอบหืด รวมถึงบรรเทาอาการภูมิแพ้ทางจมูกในเด็กอายุ 6–14 ปี
บัญชียาหลักแห่งชาติ	ED (บัญชี ค) เงื่อนไขการสั่งใช้ยาและข้อควรระวัง คำเตือนสำคัญ: คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติระบุว่า ควรติดตามอาการไม่พึงประสงค์

	ทางระบบจิตประสาท (Neuropsychiatric events) จากการใช้ยานี้อย่างต่อเนื่อง เช่น การนอนฝันร้าย วิตกกังวล หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงในเด็ก
ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา	เป็นสารต้านตัวรับลิโคไตรอีน (Leukotriene Receptor Antagonist) โดยยับยั้งตัวรับ CysLT ₁ อย่างจำเพาะ ช่วยลดผลของสารลิโคไตรอีน ซึ่งเป็นสื่อกลางการอักเสบ ทำให้หลอดลมคลายตัว ลดการบวมของทางเดินหายใจ และบรรเทาอาการภูมิแพ้
ข้อบ่งชี้	- ป้องกันและรักษาโรคหอบหืดเรื้อรัง: ช่วยลดการอักเสบและการหดตัวของหลอดลมในระยะยาว - บรรเทาอาการภูมิแพ้ทางจมูก: ลดอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล จาม ทั้งจากภูมิแพ้ตามฤดูกาล และภูมิแพ้ตลอดทั้งปี - ป้องกันภาวะหลอดลมตีบจากการออกกำลังกาย (EIB): ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสามารถทำกิจกรรมหรือเล่นกีฬาได้อย่างปลอดภัย
สิทธิการสั่งใช้	เฉพาะ staff
ขนาดยาและวิธีใช้ยา	- วิธีรับประทาน: รับประทานโดยการเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน วันละ 1 ครั้ง - เวลาที่แนะนำ: แนะนำให้ทานช่วงเย็นหรือก่อนนอน สามารถทานพร้อมอาหารหรือไม่พร้อมอาหารก็ได้ - กรณีป้องกันอาการหอบจากการออกกำลังกาย: ให้เคี้ยวยาก่อนออกกำลังกายอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
ราคา	ราคา 2.67 บาท/เม็ด
ADR	- ผลข้างเคียงทั่วไป: ปวดศีรษะ, ไข้, ไอ, ปวดท้อง, ท้องเสีย หรืออาการคล้ายเป็นหวัด - ข้อควรระวังสำคัญ (สุขภาพจิต): ยานี้อาจส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและจิตใจในผู้ป่วยบางราย เช่น ฝันร้าย, นอนไม่หลับ, วิตกกังวล, อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
ความเห็นคกก. PTC	เข้าบัญชียารพ.

ชื่อยา	Julie solution
ข้อมูลเฉพาะ	ไม่มีการผลิตและจำหน่ายเป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปเชิงพาณิชย์ โดยทั่วไปยาตัวนี้เป็น เภสัชตำรับของโรงพยาบาล (Hospital Formulation) ที่ต้องให้เภสัชกรเตรียมขึ้นใหม่แบบเฉพาะราย ขั้นตอนการเตรียมยา (Compounding Process) การละลาย: - นำ Anhydrous disodium hydrogen phosphate ละลายลงในน้ำกลั่นปริมาตรประมาณ 900 มิลลิลิตร - ค่อยๆ เติม Phosphoric acid 85% ลงไปในสารละลายอย่างช้าๆ พร้อมกับคนสารละลายตลอดเวลา - เติมน้ำกลั่นปรับปริมาตรจนครบ 1,000 มิลลิลิตร - ตั้งสารละลายทิ้งไว้ประมาณ 48 ชั่วโมง จากนั้นนำไปกรองผ่านกระดาษกรอง - บรรจุลงในภาชนะทึบแสงหรือขวดแก้วสีชา ปิดสนิท เก็บไว้ที่อุณหภูมิห้อง
กลุ่มยา	ตำรับยาน้ำฟอสเฟตชนิดรับประทาน (Oral phosphate solution) ที่ใช้เป็นสารอาหารและอิเล็กโทรไลต์ทดแทนเพื่อรักษาและป้องกันภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ (Hypophosphatemia) ตัวยาสำคัญมักเตรียมขึ้นในรูปแบบยาเตรียมของโรงพยาบาล (Hospital formulary) ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 สูตรตามความเป็นกรด-ด่าง: - Oral acidic phosphate solution: ประกอบด้วยสารละลายฟอสเฟตที่เป็นกรด เช่น การใช้ Anhydrous disodium hydrogen phosphate ร่วมกับ Phosphoric acid - Oral neutral phosphate solution: ประกอบด้วยสารละลายฟอสเฟตที่เป็นกลาง เช่น Potassium phosphate และ/หรือ Sodium phosphate monobasic/dibasic
บัญชียาหลักแห่งชาติ	Oral acidic phosphate solution เป็นยาเภสัชตำรับโรงพยาบาล ที่บรรจุอยู่ใน บัญชียาหลักแห่งชาติ (จัดอยู่ในบัญชี ค)
ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา	- การขาดเซียมอิเล็กโทรไลต์: ตัวยาจะแตกตัวให้ฟอสเฟตไอออน (PO_4^{3-}) ในระบบทางเดินอาหารเพื่อดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด - หน้าที่ทางชีวภาพ: ฟอสเฟตเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างพลังงานของเซลล์ (ATP) โครงสร้างกระดูกและฟัน รวมถึงควบคุมสมดุลความเป็นกรด-ด่างในร่างกาย
ข้อบ่งชี้	รักษาภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ (Hypophosphatemia): โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง

	สับสน เพื่อ หรือเสี่ยงต่อภาวะโคม่าจากการขาดฟอสฟอรัส ผู้ป่วยโภชนาการบำบัด: ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดสารอาหารรุนแรงและเกิดภาวะ Refeeding syndrome
ขนาดยาและวิธีใช้ยา	- สำหรับภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ (Hypophosphatemia) จะปรับตามความรุนแรงของภาวะดังกล่าว และอายุของผู้ป่วย โดยยาสูตรโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความเข้มข้นมาตรฐานคือ 1 มิลลิตร (mL) ให้ฟอสเฟตประมาณ 1 มิลลิโมล (mmol). - การใช้ยานี้จำเป็นต้องปรับลดขนาดลงในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรัง
ราคา	-
ADR	- ระบบทางเดินอาหาร: ท้องเสีย (เนื่องจากฟอสเฟตมีคุณสมบัติเป็นยาระบายตามธรรมชาติ) คลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้อง - ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (Hyperphosphatemia): อาจทำให้เกิดตะคริว กล้ามเนื้อหดเกร็ง หรือชัก - ผลต่อไต: การได้รับฟอสเฟตเข้มข้นเกินไปอาจทำให้เกิดการตกตะกอนของแคลเซียมฟอสเฟตในไต
Drug interaction	ห้ามรับประทานร่วมกับยาลดกรดที่มีส่วนประกอบของแคลเซียม แมกนีเซียม หรืออะลูมิเนียม เพราะจะจับตัวกับฟอสเฟตแล้วทำให้ยาไม่ดูดซึม
เหตุผลที่เอายาเข้าบัญชี	เพราะมีผ.หลายรายที่มีภาวะ Hypophosphatemia และต้องให้เป็นยาชนิดชดเชย admit แต่รพ.ไม่มียากลุ่มนี้ที่ผ.สามารถนำกลับไปใช้ที่บ้าน
ความเห็นคกก. PTC	เข้าบัญชียารพ. โดยกลุ่มงานเภสัชกรรมผลิตเอง

ชื่อยา	Pregabalin 75 mg
สิทธิการสั่งใช้	เฉพาะ staff
เหตุผลที่เอายาเข้าบัญชี	เดิมมี Pregabalin 25 mg ที่ใช้เป็น initial dose แต่เมื่อปรับ dose สูงขึ้นทำให้ต้องกินเยอะขึ้น ซึ่งการใช้ pregabalin 75 mg จะมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า และกินยาน้อยกว่า
ความเห็นคกก. PTC	เข้าบัญชียารพ.

รายการยากลุ่มงานเภสัชกรรมขอพิจารณาตัดออกจากบัญชียารพ.บางสะพาน มีดังนี้

รายการยา	เหตุผล	ผลการพิจารณา
1. Pioglitazone 15 mg	- ลดความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา ผิดความแรงระหว่าง pioglitazone 15 mg และ 30 mg - ประหยัดมูลค่าการใช้ยา สามารถใช้ pioglitazone 30 mg แทน 15 mg ได้ pioglitazone 15 mg ราคา 0.63 บาท/เม็ด pioglitazone 30 mg ราคา 0.64 บาท/เม็ด	ตัดออกจากบัญชียารพ.
2. Amlodipine 10 mg	- ลดความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา ผิดความแรงระหว่าง amlodipine 5 mg และ 10 mg - ประหยัดมูลค่ายาได้ไม่มาก สามารถใช้ amlodipine 5 mg แทน 10 mg Amlo 5 mg ราคา 0.39 บาท/เม็ด Amlo 10 mg ราคา 0.70 บาท/เม็ด	ตัดออกจากบัญชียารพ.
3. Losartan 50 mg	- ลดความคลาดเคลื่อนจากการจัดยา ผิดความแรงระหว่าง losartan 50 mg และ 100 mg - สามารถใช้ losartan 100 mg แทน 50 mg และเป็นการ	ตัดออกจากบัญชียารพ.

	ประหยัดมูลค่ายา losartan 50 mg ราคา 0.71 บาท/เม็ด losartan 100 mg ราคา 0.90 บาท/เม็ด	
4. Streptomycin 1 g. inj.	เดิมใช้ในผป.วัณโรค แต่ปัจจุบันแพทย์ปรับมาใช้ amikin inj ทำให้ปัจจุบันไม่มีการสั่งใช้ยานี้	ตัดออกจากบัญชียารพ.
5. HRIG	เนื่องจากปัจจุบัน แนวทางปฏิบัติการใช้ RIG ในผป.กลุ่มนี้ แนะนำให้ฉีด ERIG โดยไม่ต้องทำ skin test ทำให้ไม่มีการสั่งใช้ HRIG มาตลอด	ให้อยู่ในบัญชียารพ. เหมือนเดิม แต่ stock น้อย เนื่องจากจำเป็นต้องใช้กรณีแผลสุนัขกัด บริเวณตา ซึ่งต้องเจาะจาก 1: 10 ล้างตา
6. Favipiravir	ยามีอัตราการใช้น้อย	ตัดออกจากบัญชียารพ.
7. Monupiravir		ตัดออกจากบัญชียารพ.
8. Remdesivir		ให้ stock ไม่มาก สำหรับ case severe
9. 25% Benzyl benzoate 450 ml.	ปัจจุบันใช้ benzylbenzoate 60 ml	ตัดออกจากบัญชียารพ.
10. Mannitol 250 ml	บริษัทเดิมยกเลิกการผลิต Mannitol 250 ml แต่ผลิต 100 ml แทน	ตัด Mannitol 250ml ออกจากบัญชียารพ. ใช้ mannitol 100 ml แทน
11. Tiotropium Br.	มียา Anoro และ spiolto ที่สามารถใช้แทนได้	ตัดออกจากบัญชียารพ.

ระเบียบวาระที่ 2

1. จากทีมหน้าที่กำหนดกลุ่มโรคที่เป็นเข็มมุ่งของ รพ.บางสะพาน ได้แก่ STEMI, stroke คณะกรรมการ PTC ได้พิจารณาถึงความสำคัญ และสนับสนุนให้มียาพร้อมใช้ และทันเวลา สำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ ได้พิจารณาจัดทำ STEMI box และ Stroke box ดังรายการต่อไปนี้

a) STEMI box

รายการยา	จำนวน
Tenecteplase 8,000 iu.	2 vial
แบบบันทึกติดตาม TNK	1 ชุด

b) Stroke box

รายการยา	จำนวน
Alteplase 50 mg inj.	2 vial
Nicardipine 10 mg /10 ml inj.	2 amp.
แบบบันทึกติดตามการใช้ Alteplase	1 ชุด

2. จากการกำหนดกลุ่มโรคสำคัญใน PTC สู่ติ คณะกรรมการ PTC ได้พิจารณาให้จัดทำ PPH box และ PIH box เพื่อให้มียาพร้อมใช้ และทันเวลา โดยมีรายการดังต่อไปนี้

a) PPH box

รายการยา	จำนวน
Oxytocin (10mg/2ml)	4 amp
Methergin (0.2mg/ml)	4 amp
Misoprostol (200mg)	4 tab.
Tranexamic acid (250 mg/5ml)	4 amp

b) PIH box

รายการยา	จำนวน
10% Magnesium sulfate	5 amp
50% Magnesium sulfate	20 amp
Labetalol (100 mg/20ml)	1 amp
Nifedipine (10 mg)	4 tab
10% calcium gluconate	1 amp

3. เดือน กรกฎาคม มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) เริ่มเข้าปฏิบัติงาน และได้ขอให้จัดทำ RSI box 2 ชุด เพื่อความสะดวก รวดเร็ว และพร้อมใช้ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ดังรายการต่อไปนี้

a) RSI box 2 กล่อง

RSI Box : Sedation	
Etomidate 20 mg/10 ml	# 2 amp.
Midazolam 5 mg/ml	# 4 amp.
1% Propofol 200 mg/20ml	# 1 amp.
Ketamine 500 mg/10 ml	# 1 vial
Fentanyl 0.1 mg/2 ml	# 2 amp.

RSI Box : Neuromuscular blockage	
Succinylcholine 500mg/10ml	# 2 amp.

b) Emergency box code blue 1 กล่อง

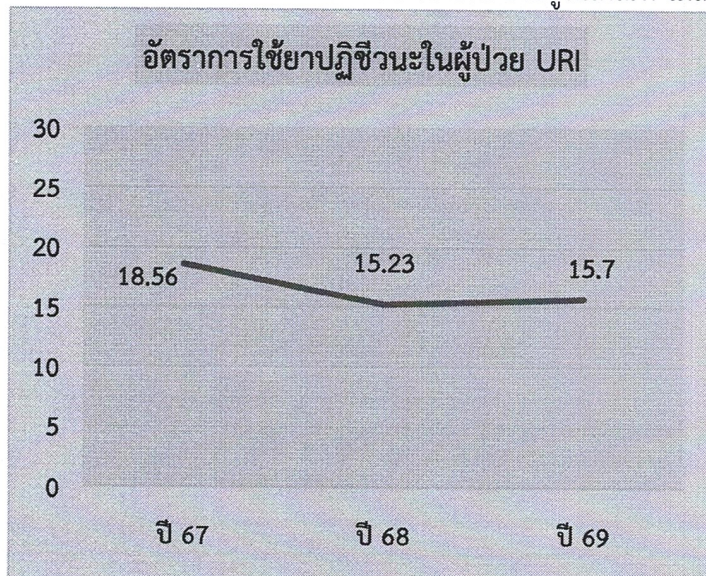
รายการยา	จำนวน
Adrenaline 1mg/ml	5 amp
Amiodarone 150 mg/3ml	3 amp
10% calcium gluconate 10 ml	2 amp
7.5% Sodium bicarbonate 50 ml	1 amp
50% glucose 50 ml	1 vial
Diazepam 10 mg/2 ml	2 amp

c) Emergency box EMS 4 กล้อง

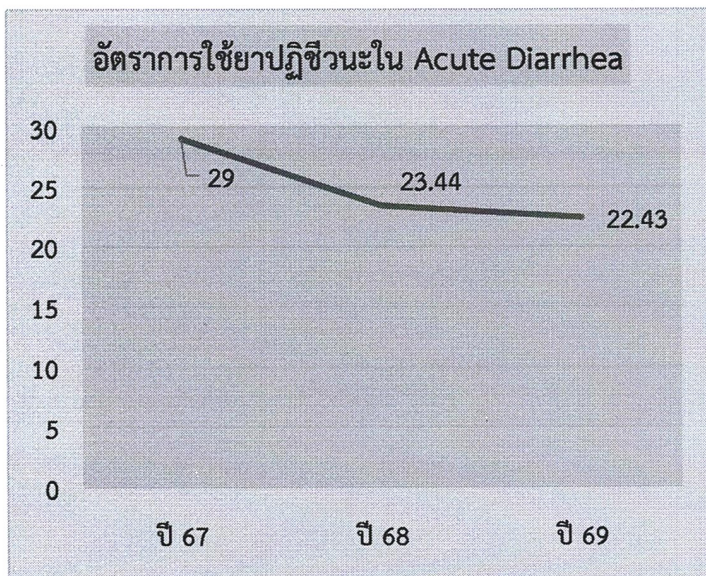
รายการยา	จำนวน
Adrenaline 1mg/ml	10 amp
Amiodarone 150 mg/3ml	4 amp
10% calcium gluconate 10 ml	4 amp
7.5% Sodium bicarbonate 50 ml	2 amp
50% glucose 50 ml	2 vial
Diazepam 10 mg/2 ml	2 amp
Atropine 0.6mg/ml	2 amp
Haloperidol 5mg/ml	2 amp
Tranexamic acid 250mg/5ml	8 amp
CPM 10mg/ml	2 amp
Dexamethasone 4mg/ml	2 amp
Isordil 5 mg sl	2 tab
Berodual sol	5 NB
Ventolin sol	5 NB

ระเบียบวาระที่ 3

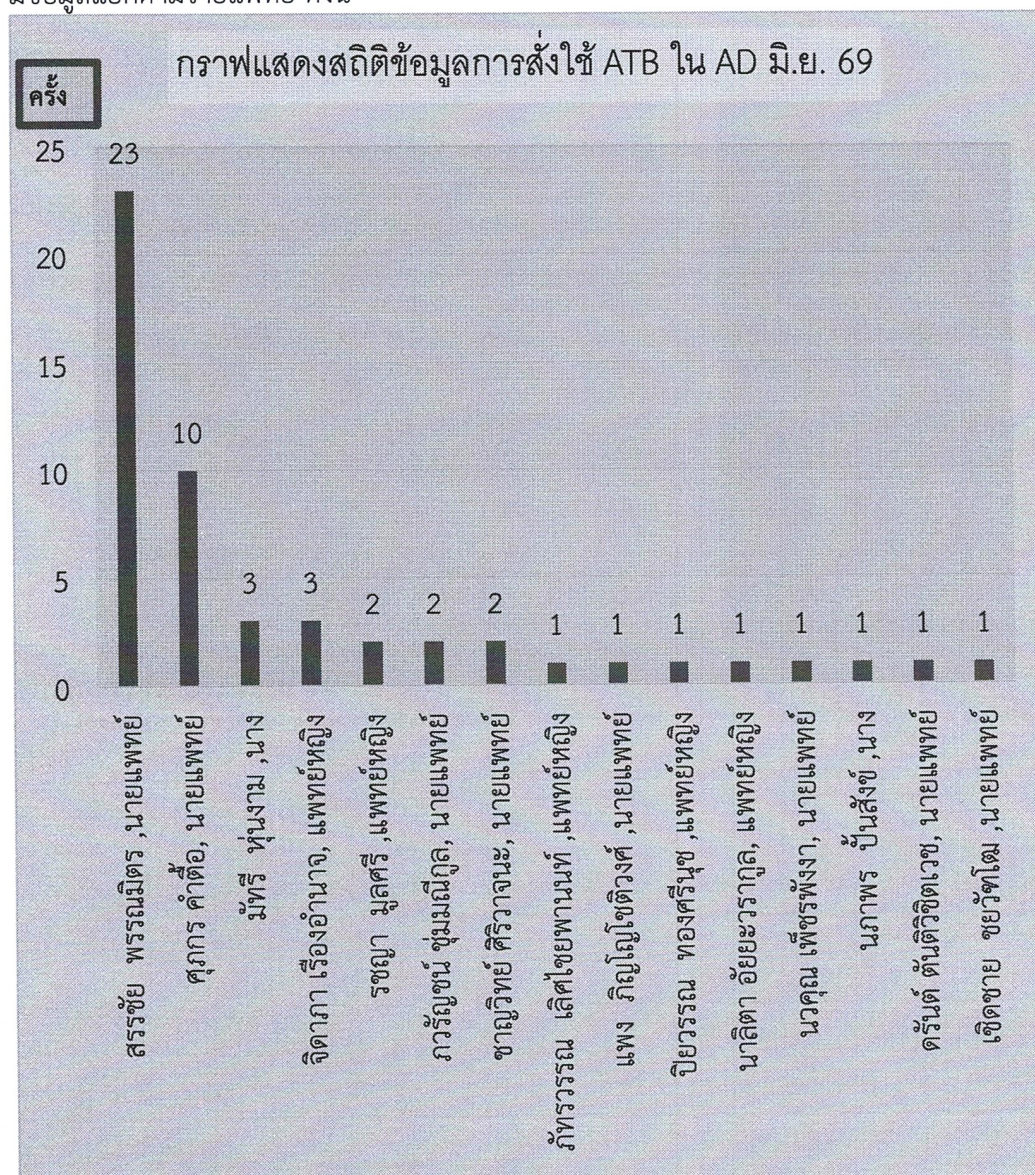
จากการดำเนินงานตาม service plan RDU และการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปี 69
ผลการดำเนินงาน การใช้ antibiotic ใน URI ยังอยู่ในเกณฑ์ ไม่เกิน ร้อยละ 20



การใช้ยาปฏิชีวนะในผ.กลุ่มโรค acute diarrhea ยังคงสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 20)



มีข้อมูลแยกตามรายแพทย์ ดังนี้



รายชื่อแพทย์	ต.ค.-68	พ.ย.-68	ธ.ค.-68	ม.ค.-69	ก.พ.-69	มี.ค.-69	เม.ย.-69	พ.ค.-69	มิ.ย.-69	รวม
พญ.จิตาภา เรืองอำนาจ,	1	2	3	4		3	2		3	18
พญ.รัชชญา กรุดพันธ์	5	3	8	5	7	6	4			38
พญ.ณัฐริกา ครอบแก้ว	2	2	3	1	1		1	1		11
พญ.ดรันต์ ตันติวิจิตรเวช	1		1	1	1		1		1	6
พญ.ธนัชพร ศรีอุบลมาศ	1	1	5	2	3	2	4	6		24
พ.ภวรัญชน ชุ่มมณีกุล	3	2	9	12	4	5	1	2	2	40
มัทรี หุ่นงาม	3	2	7	8	2	4	3	2	3	34
ววรรณดา เจียงวิเสริฐ	1									1
พ.ศุภกร คำตื้อ	16	11	17	22	18	5		2	10	101
พ.เศรษฐกิจ พาณิชธร	2	5	1		2	1	1			12
สรชัย พรหมมิตร ,นายแพทย์	7	15	9	18	16	14	8	2	23	112
ภัทรวรรณ เลิศไชยพานนท์ พญ.		1			1			1	1	4
รชญา มูลศรี ,แพทย์หญิง		1			1				2	4
นภาพร ปั่นสังข์ ,นาง			1		2				1	4
ปิยวรรณ ทองศรีนุช ,แพทย์หญิง			1						1	2
จุมพณ พวงเดช, นายแพทย์				1						1
นวคุณ เพ็ชรพังกา, นายแพทย์				1					1	2
อาราร์ทน์ ศุภมงคลสถาพร ,				1						1
กนกพร ศรีนิลแท้, นางสาว					1					1
จิตาภา แซ่ลิ้ม ,แพทย์หญิง					2					2
นิสา พูลทอง ,แพทย์หญิง							1			1
เชิดชาย ชยวัฑฒ,นายแพทย์									1	1
แพง ภิญโญโชติวงศ์ ,นายแพทย์									1	1
ชาญวิทย์ ศิริวานะ, นายแพทย์									2	2
นาไลดา อัยยะวรากุล, แพทย์หญิง									1	1
จำนวนผ. AGE ที่ได้รับ ATB	42	45	65	76	61	40	26	16	53	424
จำนวนผ. AGE ทั้งหมด	173	181	236	233	209	154	149	128	217	1680
คิดเป็นร้อยละ	24.28	24.86	27.54	32.62	29.19	25.97	17.45	12.50	24.42	25.24

งานป้องกันเชื้อดื้อยา AMR

1. ดำเนินงานโดยคณะกรรมการ AMR
2. ปี 69 ปรับ Cefoperazone/sulbactam และ Ampicillin/sulbactam ออกจากบัญชียาพ. โดยใช้ sulbactam แทน
3. มีรายการยาดังนี้

รายการยาด้านจุลชีพ	
ปี 68	ปี 69
Pipercillin/Tazobactam	Pipercillin/Tazobactam
Meropenem	Meropenem
Cefoperazone/sulbactam	Sulbactam

Ampicillin/sulbactam	Ertapenem
Ertapenem	Colistin
Colistin	Fosfomycin
Fosfomycin	Vancomycin
Vancomycin	

ผลการดำเนินงาน	ปี 66	ปี 67	ปี 68	ปี 69
อัตราผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 3 ชนิด ได้แก่ CRAB (Carbapenem-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i>) CRKP (Carbapenem-resistant <i>Klebsiella pneumoniae</i>) CREC (Carbapenem-resistant <i>Escherichia coli</i>) (เป้าหมาย ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของรพ.ระดับเดียวกัน(M1) ปี 65 ; < 2,505 ต่อ 100,000 ชวด H/C)	580	280	151	81 (พ.ค.69) 41 (มิ.ย.69)

อัตราผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา CRAB + CRKP+ CREC ในกระแสเลือดอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

ประเมินความเหมาะสมของการใช้ยา		
ติดตามและประเมินผลการ ควบคุมกำกับการใช้ยาด้านจุล ชีพ	ประเมินความเหมาะสมของการใช้ ยา 3 ด้าน ได้แก่ indication, dose, duratio n	อัตราการใช้ยาด้านจุลชีพที่ เหมาะสม เป้าหมาย > 80%

Piperacillin/tazobactam			
Therapy	Component	ปี 68	ปี 69
Empiric ปี68 n=404 ปี69 n=267	Indication	94.5	91.6
	Dose	95.5	98.8
	Duration	97.4	96.4
Specific ปี68 n=49 ปี69 n=14	Indication	89.5	71.4
	Dose	100	100
	Duration	89.8	85.7

ปี 69 pip/tazo ไม่เหมาะสมในด้าน indication (specific) ที่ 71.4% เนื่องจากผลเพาะเชื้อ sense ต่อ ceftriaxone

Meropenem			
Therapy	Component	ปี 68	ปี 69
Empiric ปี68 n=156 ปี69 n=83	Indication	94.9	91.6
	Dose	95.5	98.8
	Duration	97.4	96.4
Specific ปี68 n=38 ปี69 n=15	Indication	89.58	86.7
	Dose	100	100
	Duration	94.7	86.7

Meropenem มีความเหมาะสมในการใช้ยาอยู่ในเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 3 ด้านในปี 68 - 69

Colistin			
Therapy	Component	ปี 68	ปี 69
Empiric ปี68 n=10 ปี69 n=3	Indication	100	100
	Dose	100	100
	Duration	100	66.7
Specific ปี68 n=23 ปี69 n=11	Indication	95.7	100
	Dose	95.7	90.9
	Duration	95.7	100

ปี 69 colistin ไม่เหมาะสมใน empiric (duration) ที่ 66.7% โดยเป็นการให้ยาในลักษณะ combination in CARB

Vancomycin			
Therapy	Component	ปี 68	ปี 69
Empiric ปี68 n=46 ปี69 n=34	Indication	93.5	73.5
	Dose	87.0	91.2
	Duration	93.5	94.1
Specific ปี68 n=20 ปี69 n=14	Indication	75	100
	Dose	95	100
	Duration	100	92.9

ปี 68 Vancomycin ไม่เหมาะสมใน indication (specific) ที่ 75 % เนื่องจากผลเพาะเชื้อ sense ต่อ ampicillin

ปี 69 ไม่เหมาะสมใน indication (empiric) ที่ 73.5 % เนื่องจาก เป็นการให้ยาแบบ empiric community acquired GPC bacteriemia

Fosfomycin			
Therapy	Component	ปี 68	ปี 69
Empiric ปี68 n=0 ปี69 n=0	Indication	-	-
	Dose	-	-
	Duration	-	-
Specific ปี68 n=6 ปี69 n=3	Indication	100	100
	Dose	100	100
	Duration	100	100

Sulbactam			
Therapy	Component	ปี 68	ปี 69
Empiric ปี68 n=0 ปี69 n=0	Indication	-	-
	Dose	-	-
	Duration	-	-
Specific ปี68 n=0 ปี69 n=7	Indication	-	100
	Dose	-	100
	Duration	-	100

Fosfomycin และ Sulbactam มีความเหมาะสมในการใช้ยาอยู่ในเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง 3 ด้านในปี 68 - 69

ระเบียบวาระอื่นๆ

1. ปัญหาเรื่องการสั่งยาของแพทย์สรรชัย หลายครั้งที่ห้องยาพยายาม screen ออกแล้ว แต่ถ้าผป.ต้องกลับไปพบแพทย์อีก แพทย์จะสั่งรายการยาที่ลบออกไปกลับมาอีก

- a) พบการสั่งใช้ prednisolone ใน case ปวดศีรษะ ปวดข้อ และปวดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ RA
 - i. คณะกรรมการแพทย์พิจารณาว่า ให้ตัดออกได้ถ้าไม่เหมาะสมหรือ ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน
- b) การสั่งใช้ acyclovir ในผป.ที่ไม่มีอาการแสดงของเริม งูสวัด บางเคสโทร consult แล้วแต่แพทย์ยังยืนยันให้ยา
 - i. คณะกรรมการแพทย์พิจารณาว่า ให้ตัดออกได้ถ้าไม่เหมาะสมหรือ ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน
- c) พบการ start methylphenidate เมื่อโทร consult แพทย์ confirm ให้ยา
 - i. คณะกรรมการแพทย์กำหนดสิทธิเฉพาะจิตแพทย์ และกุมารแพทย์ที่สามารถสั่งใช้ methylphenidate
- d) พบการสั่งใช้ lorazepam, alprazolam ให้ต่อเนื่องทุกวัน ในผป.ที่ไม่ใช่ผป.จิตเวช
 - i. คณะกรรมการพิจารณาให้เพิ่มรายการ lorazepam (prn) ที่แพทย์ GP สามารถสั่งได้ กำหนดปริมาณไม่เกิน 20 เม็ด
 - ii. ส่งรายการ lorazepam, alprazolam ที่ให้สั่งได้เฉพาะ พ.staff และส่ง clonazepam ให้สั่งได้เฉพาะ จิตแพทย์

2. จากการเปรียบเทียบข้อมูล ผลลัพธ์น้ำยาฆ่าเชื้อสำหรับแช่อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้สำหรับทำ colono scopy พบว่า Opidex OPA มีข้อดีกว่า POST DEX 2% ดังนี้

- a) ในด้านประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ Opidex OPA เร็วกว่า (5-10 นาที) สามารถประหยัดเวลาในการแช่น้ำยา
- b) Opidex OPA มีกลิ่นไม่ฉุน ไม่แสบจมูก ต่างจาก POST DEX 2% ซึ่งผู้ใช้งานแจ้งปัญหาเรื่องกลิ่นแสบจมูก
- c) Opidex OPA แกรม strip ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่า

สรุป คณะกรรมการแพทย์ ให้เปลี่ยนน้ำยาฆ่าเชื้อจาก POST DEX 2% เป็น Opidex OPA

เลิกประชุมเวลา 16.00 น.

ลงชื่อ.....ผู้จัดรายงานการประชุม
(นายมนูญ ทองมี)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรายงานการประชุม
(นายพงษ์ศักดิ์ ฐิติพันธุ์ดำรง)

ประธานคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด