

รายงานการศึกษา ผีกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล.....นางสาวสุรรัตน์ ลำเลา.....

อายุ.....๔๐.....ปี การศึกษา.....เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....-.....

๑.๒ ตำแหน่ง.....เภสัชกรชำนาญการพิเศษ.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)ปฏิบัติงานในตำแหน่งเภสัชกรประจำห้องจ่ายยา งานบริการ
เภสัชกรรมผู้ป่วยนอก งานบริหารทางเภสัชกรรม งานวิชาการเภสัชกรรม งานบริการให้คำปรึกษา
เรื่องยาแก่ผู้ป่วย งานบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์.....

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร.....การประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรมคลินิก ครั้งที่ ๒๙/๒๕๖๕ เรื่อง
แนวทางและการจัดการใหม่ในการบริหารเภสัชกรรม (New Trends and Approaches in
Pharmaceutical Care)

เพื่อ ศึกษา ผีกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน.....๓,๐๐๐.....บาท

ระหว่างวันที่.....๑๓-๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ ในรูปแบบการประชุม online.....

สถานที่.....ห้องประชุมบางนา นาคาภิรมย์ โรงพยาบาลบางนา กรุงเทพมหานคร.....

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....-.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ผีกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพของเภสัชกรในการบริหารทางเภสัชกรรมและด้านบริหารจัดการให้มี
ความรู้ ความสามารถที่จะนำกลับไปใช้ในการพัฒนางานเภสัชกรรมในหน่วยงาน.....

๒. มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการแก้ไขปัญหาทางการรักษาในโรคสำคัญต่างๆ..

๓. สามารถค้นคว้า วิเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้การบริหารทาง
เภสัชกรรมที่เหมาะสม.....

๒.๒ เนื้อหา

การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูง

- การลดระดับ LDL-C ได้ ๓๙ mg/dL จะลดความเสี่ยง major cardiovascular events ได้ ๒๒%
- เลือดยาในกลุ่ม statin ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
- ระวังการเกิด drug interaction ควรมีการจัดการที่เหมาะสม
- ต้องมีการติดตาม adverse effects และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
- การลดระดับไขมันให้ต่ำที่สุดจะส่งผลดีต่อการรักษาในผู้ป่วย
- ให้ความสำคัญกับยาลดไขมันโดยดูผลในการลด LDLC goal ของผู้ป่วย

การจัดตั้ง STROKE CARE Setting

- กระบวนการดูแลผู้ป่วยใน
- กระบวนการดูแลผู้ป่วยนอก
- การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- การดูแลผู้ป่วยระยะยาว

บทบาทของเภสัชกร

- ติดตามดูแลเรื่องยา Medication reconciliation
- ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา Drug related problem identification
- การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย
- การให้คำปรึกษาเรื่องยา
- การดูแลผู้ป่วยที่บ้านระยะยาว
- การลดปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ยา

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV

- ART ไม่มีผลในการรักษา HIV infection ให้หายขาด
- ต้องมีการติดตามผู้ป่วยในเรื่องของการใช้ยา การทานยาอย่างต่อเนื่อง - ติดตามการใช้ยา ติดตาม Drug interaction Food-drug interaction เนื่องจากอาจจะมีผลให้ยาไม่ได้ผล
- ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

การเลือกใช้ยาฆ่าเชื้อในปัจจุบัน

- ยังไม่มีข้อมูลมากเพียงพอในการให้การรักษาโดยใช้ยาเพียงชนิดเดียว
- ควรให้ความสำคัญในการเลือกใช้ยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสม
- ขนาดการใช้ยาฆ่าเชื้อ ต้องปรับขนาดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
- ระยะเวลาในการให้ยาฆ่าเชื้อต้องเหมาะสมกับโรค และสถานะของผู้ป่วย ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต

- ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไตสองมีการตรวจติดตามตลอดชีวิต
- ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายจะต้องได้รับยา immunosuppression ตลอดชีวิต
- Immunosuppressive agents ต้องมีการเลือกใช้ และปรับขนาดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
- คำนึงถึงการเลือกใช้ยา Drug interaction Drug-food interaction ควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย ประวัติการรักษา และประวัติการได้รับยา
- ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วย Acid-Related Diseases Gastroesophageal reflux disease

Gastroesophageal reflux disease (GERD) ตามการจำแนก ประเภทมอนทรีออล (Montreal classification) หมายถึง ภาวะ อันเกิดจากการมีสารจากกระเพาะอาหารย้อนขึ้นมา ทำให้เกิดอาการ ที่รบกวน หรือมีผลต่อคุณภาพชีวิตต่อผู้ที่มีภาวะดังกล่าว และ/หรือ มีภาวะแทรกซ้อนจากสิ่งไหลย้อนดังกล่าว อาการของกรดไหลย้อน มีหลากหลาย ทั้งนี้อาการที่มีความจำเพาะต่อ GERD คือ อาการแสบ ร้อนยอดอก (retrosternal burning หรือ heartburn) และเรอเปรี้ยว (regurgitation) ทั้งนี้ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีอาการกลืนลำบาก (dysphagia) ได้แต่พบได้น้อย โดยมีการแบ่งเป็นกลุ่มอาการ ของหลอดอาหาร (esophageal syndrome) และกลุ่มอาการ นอกหลอดอาหาร (extraesophageal syndrome) ยังแบ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการและกลุ่ม ที่ตรวจพบ โดยการส่องกล้อง โดยอาจมีหรือไม่มีอาการก็ได้ กลุ่มที่มีอาการ ประกอบด้วย อาการแสบร้อนยอดอก (heartburn) เรอเปรี้ยว (regurgitation) และอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่ไม่ได้เกิดจาก โรคหลอดเลือดหัวใจ (reflux chest pain syndrome หรือ non-cardiac chest pain) ส่วนกลุ่มที่ตรวจพบโดยการส่องกล้องจะพบ ลักษณะที่เป็นผลจาก GERD ได้แก่ หลอดอาหารอักเสบ (reflux esophagitis) หลอดอาหารตีบ (stricture) Barrett's esophagus และมะเร็งหลอดอาหารชนิด adenocarcinoma b. Non-Cardiac Chest Pain หรือ NCCP คือ อาการเจ็บแน่น หน้าอกที่มีอาการเช่นเดียวกับอาการจากหัวใจขาดเลือด ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องได้รับการ สืบค้นเพิ่มเติมอย่างเหมาะสมเพื่อยืนยัน การวินิจฉัยว่าไม่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ ในทางปฏิบัติไม่สามารถ ทำการ สืบค้นอย่างละเอียดได้ทุกราย แต่ควรตรวจเพิ่มเติมเสมอ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือด หัวใจ c. Extraesophageal GERD หมายถึง อาการนอกหลอดอาหาร อันเนื่องมาจากกรดไหลย้อน ประกอบด้วยอาการไอ (reflux cough syndrome) กล้องเสียงอักเสบ (reflux laryngitis syndrome) อาการ หอบหืด (reflux asthma syndrome) และฟันกร่อน (reflux dental erosion) นับเป็นอาการที่มีหลักฐาน ยืนยันว่า มีความสัมพันธ์กับ GERD (established association) นอกเหนือจาก นั้นมีอาการอื่นที่อาจเป็นผลจาก GERD (proposed association) ได้แก่ คออักเสบ (pharyngitis) ไซนัสอักเสบ (sinusitis) พังผืดปอด ที่ไม่พบ สาเหตุ (idiopathic pulmonary fibrosis) และหูส่วนกลาง อักเสบกลับซ้ำ (recurrent otitis media syndrome) d. Globus sensation เป็นกลุ่มอาการของ functional esophageal disorder โดยผู้ป่วยจะมี อาการจุกแน่น หรือรู้สึกมีก้อนอาหาร ค้างในลำคอ โดยไม่มีกลืนเจ็บ (odynophagia) และไม่มีกลืน ลำบาก (dysphagia) ร่วมด้วย ซึ่งโดยมากอาการมักไม่ได้เป็น ตลอดเวลา โดยอาการดังกล่าวจะต้องไม่ได้เกิดจาก

structural lesion กรดไหลย้อน หรือความผิดปกติใดๆ ต่อเยื่อชั้น mucosa เช่น gastric inlet patch อาการที่ก่อให้เกิดปัญหา หรือรบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (troublesome symptoms) แบ่งตามความรุนแรงของอาการ กล่าวคือ a. อาการน้อย (mild symptoms) ต้องเกิดอาการขึ้นอย่างน้อย ๒ วันต่อสัปดาห์ b. อาการปานกลางถึงรุนแรง (moderate/severe symptoms) เกิดอาการมากกว่า ๑ วันต่อสัปดาห์ ๓. อาการเตือน (alarm features) หมายถึง อาการที่บ่งชี้ให้มองหาสาเหตุอื่น นอกเหนือจากโรคกรดไหลย้อน หรือภาวะแทรกซ้อนจากกรดไหลย้อน ๔. ขนาดมาตรฐานของยาลดการหลั่งกรด (standard dose proton pump inhibitors)(๖) คือ Omeprazole ๒๐ มิลลิกรัม ต่อวัน Esomeprazole ๔๐ มิลลิกรัม ต่อวัน Lansoprazole ๓๐ มิลลิกรัม ต่อวัน Pantoprazole ๔๐ มิลลิกรัม ต่อวัน Rabeprazole ๒๐ มิลลิกรัม ต่อวัน Dexlansoprazole ๓๐ มิลลิกรัม ต่อวัน (กรณี non-erosive reflux disease) Dexlansoprazole ๖๐ มิลลิกรัม ต่อวัน (กรณี erosive esophagitis) ๕. PPI non-responsive GERD หมายถึง โรคกรดไหลย้อนที่ไม่ตอบสนองต่อยาลดการหลั่งกรดขนาดมาตรฐาน ๔-๘ สัปดาห์ ๖. PPI refractory GERD หมายถึง โรคกรดไหลย้อนที่ไม่ตอบสนองต่อ ยาลดการหลั่งกรดขนาดสูง (๒ เท่าของขนาดมาตรฐาน) ๘-๑๒ สัปดาห์

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย การแบ่งประเภทของหลอดอาหารอักเสบจากกรดไหลย้อน ตรวจวินิจฉัย โดยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น แบ่งเป็น ๔ ระดับ ตามความรุนแรงของรอยโรค ดังต่อไปนี้ A: mucosal break ยาวไม่เกิน ๐.๕ เซนติเมตร B: mucosal break ยาวกว่า ๐.๕ เซนติเมตร และแต่ละ mucosal break นั้นไม่ติดต่อกัน C: mucosal break ยาวกว่า ๐.๕ เซนติเมตร และ mucosal break นั้นมีส่วนติดต่อกันน้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ของเส้นรอบวง D: mucosal break ยาวกว่า ๐.๕ เซนติเมตร และ mucosal break นั้นมีส่วนติดต่อกันมากกว่าร้อยละ ๗๕ ของเส้นรอบวง On demand therapy หมายถึง การรับประทานยาลดการหลั่งกรด เฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกรดไหลย้อน Maintenance therapy หมายถึง การรับประทานยาลดการหลั่งกรด ทุกวัน เพื่อควบคุมอาการกรดไหลย้อน

การดูแลผู้ป่วย sepsis and septic shock

การคัดกรอง

- ไม่แนะนำให้ใช้ qSOFA ตัวเดียว ในการเป็นการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่ม sepsis และ septic shock เมื่อเทียบกับการใช้ SIRS, NEWS, MEWS

- แนะนำให้ตรวจระดับ lactate เพื่อตรวจคัดกรองในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ sepsis

Initial Resuscitation

- ภาวะ sepsis และ septic shock เป็นภาวะฉุกเฉิน แนะนำให้รักษา และ เริ่มการให้ fluid resuscitation ทันที

- Load iv fluid สำหรับ resuscitation ๓๐ ml/kg iv crystalloid fluid ในช่วง ๓ ชั่วโมง แรกของการ resuscitation

- Monitor fluid resuscitation: แบบ dynamic measure เช่น passive leg raising, stroke volume variation, pulse pressure variation, echocardiography

- ให้ใช้ lactate ในการ guide fluid resuscitation
- ผป.ในผู้ป่วยที่มีภาวะ septic shock แนะนำให้ใช้ capillary refill time ร่วมด้วย
- target MAP = ๖๕ mmHg

Infection

- Time to antibiotic – ถ้าคนไข้เป็น sepsis หรือ มีแนวโน้มที่จะเป็น : ให้ antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง แต่ถ้า possible sepsis แต่ไม่มี shock ให้ประเมินว่าเป็น infectious หรือ non-infectious cause และถ้าคิดว่าเป็น infectious cause ให้เริ่ม ATB ใน ๓ ชั่วโมง

-ไม่ให้ใช้ Procalcitonin ในการตัดสินใจในการ start antibiotic

- สงสัย MRSA - > ให้ antibiotic cover MRSA / สงสัยเชื้อ multidrug resistant (MDR) ให้ยา cover gram negative bacteremia ไว้ ๒ ตัว / ถ้ามีความเสี่ยงที่จะเป็น fungal infection ให้ empirical antifungal therapy / Anti-viral ยังไม่มี role
- การให้ antibiotic ปรับตาม Pk/Pd (ปรับตามน้ำหนัก, kidney function) / การให้ antibiotic กลุ่ม beta-lactam หลังจากที่ได้ initial bolus ไปแล้ว dose ถัดไปให้ prolong infusion ใน maintenance dose
- duration of antibiotic : short duration
- discontinue antimicrobial : ให้ใช้ Procalcitonin ร่วมกับ clinical ของคนไข้ ในกรณีที่เรื่อง duration ไม่ชัดเจน

Fluid management

- ๑st line fluid for resuscitation : crystalloids (Balanced crystalloid > NSS)
- กรณีที่ load fluid ในปริมาณมากแล้ว แนะนำการให้ albumin
- ไม่แนะนำการให้ HES, Gelatin

Vasoactive agent and inotropes

- ๑st line : norepinephrine (ถ้าไม่มี ให้ใช้ epinephrine, dopamine)
- add vasopressin เมื่อใช้ norepinephrine ไปแล้วระดับหนึ่ง (๐.๒๕ – ๐.๕ mcg/kg/min)
- ถ้าให้ norepinephrine และ vasopressin แล้วยังไม่ได้ MAP – ให้ยา epinephrine ต่อ
- ไม่แนะนำการให้ terlipressin ใน septic shock
- ถ้า ผป.มีภาวะ cardiac dysfunction ร่วมกับภาวะ septic shock และ ยังมีภาวะ hypoperfusion แนะนำให้ dobutamine ร่วมด้วย แต่ไม่แนะนำการให้ levosimendan
- ใน ผป. septic shock แนะนำ invasive monitoring of arterial blood pressure

Ventilation

- ใน ผป.ที่มี septic shock + sepsis-induced hypoxemic respiratory failure : แนะนำการใช้ high flow nasal oxygen มากกว่า การใช้ non-invasive ventilation
- sepsis-induced ARDS : แนะนำ low tidal volume ventilation strategy (๖ ml/kg) / upper limit goal of plateau pressure ๓๐ cm H₂O / high PEEP / traditional recruitment maneuver / against

using incremental PEEP strategy / prone position > ๑๒ ชั่วโมง / Suggest intermittent NMBA bolus > continuous infusion / ECMO ถ้ามีข้อบ่งชี้ และ มีความพร้อม

Corticosteroid

- แนะนำการใช้ corticosteroid ใน ผป. Septic shock ในกรณีเริ่ม norepinephrine ที่ dose ๐.๒๕ mcg/kg/min อย่างน้อย ๔ ชั่วโมง โดยให้เป็น hydrocortisone ๒๐๐ mg/day โดยให้เป็นแบบ continue drip หรือ ๕๐ mg ทางหลอดเลือด ทุก ๖ ชั่วโมง
- ไม่แนะนำการใช้ polymyxin B hemoperfusion
- การให้ RBC transfusion : restrictive transfusion strategy (keep Hb ๗๐ g/L) (พิจารณา ในกรณี acute MI, severe hypoxemia, acute hemorrhagic ไม่แนะนำการใช้ restrictive strategy)
- ไม่แนะนำการให้ IVIG, Vit C
- แนะนำการให้ stress ulcer prophylaxis
- VTE prophylaxis : แนะนำ pharmacologic VTE prophylaxis (LMWH > unfractionated heparin) ถ้าไม่มีข้อห้าม และไม่แนะนำการใช้ mechanical VTE prophylaxis ร่วมกับ pharmacological prophylaxis
- กรณีที่มีข้อบ่งชี้ในการทำ renal replacement therapy (RRT) แนะนำให้เลือกทำ continuous หรือ intermittent RRT
- Target blood glucose : ๑๔๔ -๑๘๐ mg/dl – เริ่มให้ insulin เมื่อ \geq ๑๘๐ mg/dl
- ช่วง septic shock ที่คนไข้มีภาวะ hypoperfusion-induced lactic acidemia ไม่แนะนำการให้ sodium bicarbonate แต่จะให้ในกรณีที่ septic shock, severe metabolic acidemia (pH \leq ๗.๒) + AKI
- Nutrition : ถ้าผป.สามารถ feed ทาง enteral feeding ได้ แนะนำให้ early enteral nutrition (within ๗๒ ชั่วโมง)

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำความหลากหลายมาประยุกต์ใช้ในงานบริบาลเภสัชกรรม

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

เกิดการพัฒนาคูณภาพงานบริบาลเภสัชกรรม และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง.....

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

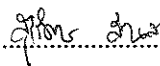
ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนเกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ อันนำไปสู่ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในงานบริบาลเภสัชกรรม.....

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค** จำเป็นต้องระบุ กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน อย่างละเอียด**.....

๓.๑ การปรับปรุงควรมีการทดสอบสัญญาณอินเทอร์เน็ตก่อนเริ่มมีการประชุม เนื่องจาก
การประชุมบางช่วงเวลาสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร เกิดการหลุดบ่อย.....

๓.๒ การพัฒนาการประชุมวิชาการครั้งนี้เป็นการปรับปรุงแบบการประชุมเป็นแบบ
online ครั้งแรก เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ถือว่าเป็นการ
ประชุมที่จัดได้เหมาะกับสถานการณ์ จึงควรมีการประยุกต์จัดการประชุมเช่นนี้อีก เพื่อเข้ากับสถานการณ์
ปัจจุบัน.....

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะการประชุมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรรมคลินิกจัดขึ้น เพื่อเป็นเวทีในการ
ถ่ายทอดองค์ความรู้ แนวทางและการจัดการใหม่ในการบริหารเภสัชกรรม ซึ่งจะเป็นเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
และประสบการณ์กับอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และองค์กรวิชาชีพ ดังนั้นจึงควรให้ส่งบุคลากรเข้าร่วมการประชุม
วิชาการนี้ด้วย เพื่อนำความรู้มาพัฒนางานบริหารด้านเภสัชกรรม.....

ลงชื่อ..... ผู้รายงาน
(...นางสาวสุรียรัตน์ ลำเลา...)

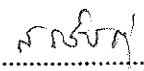
ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ..... หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน
(.....นายสรวิชญ์ จิตรนอก.....)
หัวหน้ากลุ่มงานบริการทางการแพทย์

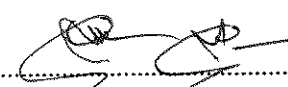
ส่วนที่ ๖ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ..... หัวหน้าส่วนราชการ
(...นายอุกฤษฏ์ อุเทนสุต...)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางนากรุงเทพมหานคร