



การเปลี่ยนจากการให้ ยาทางหลอดเลือดดำ เป็นยารับประทาน

คู่มือฉบับย่อ



AMR&S
WORKING GROUP

การเปลี่ยนจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำเป็นยารับประทาน

เป้าหมาย

เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ ขณะเดียวกันลดความเป็นพิษและการดื้อยา¹

การเปลี่ยนจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำเป็นยารับประทานในรูปแบบต่าง ๆ^{2,3}



Sequential

เปลี่ยนจากยาฉีดเป็นยาในรูปแบบรับประทานที่มีตัวยาเดียวกัน

ตัวอย่าง: IV levofloxacin 500 mg ทุก 24 ชั่วโมง → Oral levofloxacin 500 mg ทุก 24 ชั่วโมง



Switch

เปลี่ยนจากยาฉีดเป็นยารับประทานภายในกลุ่มยาเดียวกันที่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกันแต่เป็นคนละตัวยา

ตัวอย่าง: IV levofloxacin 500 mg ทุก 24 ชั่วโมง → Oral ciprofloxacin 500 mg ทุก 12 ชั่วโมง



Step-down

เปลี่ยนจากยาฉีดเป็นยารับประทานที่อยู่ในกลุ่มยาอื่น หรือเป็นยาภายในกลุ่มเดียวกันที่อาจมีความถี่ในการใช้ ขนาดยา หรือขอบเขตการออกฤทธิ์แตกต่างกัน

ตัวอย่าง: IV ampicillin-sulbactam 1.5 g ทุก 6 ชั่วโมง → Oral amoxicillin-clavulanic acid 875 mg/125 mg ทุก 12 ชั่วโมง

ประโยชน์ของการเปลี่ยนจากยาฉีดทางหลอดเลือดดำเป็นยารับประทาน^{1,2,4}

สำหรับผู้ป่วย:

- ✓ เพิ่มความสะดวกสบายและความสามารถในการเคลื่อนไหว
- ✓ ลดความเสี่ยงของผลข้างเคียงจากการให้ยาทางหลอดเลือดดำ เช่น การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับสายสวนหลอดเลือดดำ การติดเชื้อในกระแสเลือด การรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด การอักเสบของหลอดเลือดดำ
- ✓ จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น
- ✓ ลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในโรงพยาบาล

สำหรับผู้ให้บริการทางการแพทย์:

- ✓ ลดต้นทุนค่ายา
- ✓ ลดระยะเวลาในการเตรียมและให้ยา
- ✓ ลดค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาทางหลอดเลือดดำ เช่น สายสวนหลอดเลือด สายให้สารน้ำ กระบอกฉีดยา ตัวทำละลาย ฯลฯ
- ✓ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

การเปลี่ยนจากยาฉีดทางหลอดเลือดดำเป็นยารับประทาน อย่างทันที่¹



ตรวจสอบการใช้ยาต้านจุลชีพทั้งหมดทันทีที่ได้รับผลตรวจทางจุลชีววิทยา



พิจารณาเปลี่ยนเป็นยารับประทานภายใน **2-4 วัน** หลังเริ่มให้ยาทางหลอดเลือดดำ

ประเมินสิ่งต่อไปนีตลอดระยะเวลาในการให้ยาทางหลอดเลือดดำ:

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 48 ชั่วโมง

อาการทางคลินิกดีขึ้น

- ไม่มีไข้ต่อเนื่องนานกว่า 24 ชั่วโมง
- จำนวนเม็ดเลือดขาวกลับสู่ค่าปกติ
- สสัญญาณชีพคงที่

อาการดีขึ้น
หรือไม่

ใช่

ไม่

ทบทวน
หลังจาก
24 ชั่วโมง

สามารถรับประทานยาได้ทางปาก

- รับประทานอาหารทางปากหรือให้อาหารทางสายยางได้
- ไม่มีอาการอาเจียนหรือท้องเสีย
- ไม่มีภาวะดูดซึมผิดปกติ

รับประทานยาทาง
ปากได้หรือไม่

ใช่

ไม่

ให้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำต่อไป

ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำ*

- การติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง
- การติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดภูมิคุ้มกันจากเซลล์เม็ดเลือดขาว
- การติดเชื้อในเนื้อเยื่อลึก

มีข้อบ่งชี้ในการ
ใช้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำหรือไม่

ใช่

ไม่

เปลี่ยนเป็นใช้ยาปฏิชีวนะทางปาก

*รายการดังกล่าวไม่ครบถ้วนทั้งหมด
ดัดแปลงเนื้อหาจาก Nathwani และคณะ 2015¹ และ Teo และคณะ 2012⁵

“แพทย์แต่ละท่านที่สั่งยาปฏิชีวนะควรถูกตรวจสอบคุณภาพการสั่งยาของท่านทุกวัน”⁶

แนะนำให้แพทย์พิจารณาการเปลี่ยนจากยาฉีดทางหลอดเลือดดำเป็นยาปฏิชีวนะทางปาก

แม่แบบ⁷

[ชื่อผู้ป่วย] ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ [ชื่อยาปฏิชีวนะ, ขนาดยา, ความถี่] เพื่อรักษา [กลุ่มอาการติดเชื้อ] ตั้งแต่วันที่ [วันที่]

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการดีขึ้นตามลำดับ สัญญาณชีพคงที่ [ได้รับยาอื่นทางปากและสามารถรับประทานอาหาร/ให้อาหารทางสายให้อาหารได้]

เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะที่มีความสามารถในการดูดซึมดีและระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยทำงานได้ดี จึงแนะนำให้เปลี่ยนแผนการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นทางปาก [ชื่อยาปฏิชีวนะ ขนาดยา ความถี่] เพื่อให้การรักษาครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง:

1. Nathwani D, et al. Implementing criteria-based early switch/early discharge programmes: A European perspective. *Clin Microbiol Infect* 2015;21 Suppl 2:S47-55.
2. Béique L, Zvonar R. Addressing concerns about changing the route of antimicrobial administration from intravenous to oral in adult inpatients. *Can J Hosp Pharm* 2015;68:318-326.
3. Cyriac JM, James E. Switch over from intravenous to oral therapy: A concise overview. *J Pharmacol Pharmacother* 2014;5:83-87.
4. Barlow GD, Nathwani D. Sequential antibiotic therapy. *Curr Opin Infect Dis* 2000;13:599-607.
5. Teo J, et al. The effect of a whole-system approach in an antimicrobial stewardship programme at the Singapore General Hospital. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2012;31:947-955.
6. Mathieu C, et al. Efficacy and safety of antimicrobial de-escalation as a clinical strategy. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2019;17:79-88.
7. Nebraska ASAP. Pharmacist guide to making antibiotic therapy recommendations. July 2017. Available at: <https://asap.nebraskamed.com/wp-content/uploads/sites/3/2017/07/Pharmacist-Guide-to-Making-Antibiotic-Therapy-Recommendations.pdf>. Accessed June 2022..

เนื้อหานี้จัดทำขึ้นโดยอิสระและเป็นทรัพย์สินของคณะกรรมการต่อต้านจุลชีพและการกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพให้เหมาะสม (Antimicrobial Resistance & Stewardship Working Group) โดยได้รับการสนับสนุนจากบริษัทไฟเซอร์เฉพาะด้านการเงินเท่านั้น