

แนวทางกำกับการเบิกจ่ายค่ายา Prothrombin complex concentrate (PCC)
ข้อบ่งใช้ ภาวะเลือดออกรุนแรง ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิด Anti-Xa
(ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค 0416.2/ว 286 ลงวันที่ 30 เมษายน 2568)

1. คุณสมบัติของสถานพยาบาล

- 1.1 เป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมให้บริการทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤติฉุกเฉินได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง
- 1.2 เป็นสถานพยาบาลที่มีเครือข่ายหน่วยบริการรับส่งต่อและดูแลรักษาในทุกกระดับ พร้อมทั้งระบบสนับสนุนเครือข่ายด้านการจัดการการส่งต่อ ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และวิชาการอย่างต่อเนื่อง
- 1.3 เป็นสถานพยาบาลที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่พร้อมจะร่วมดูแลรักษาตามที่ระบุไว้ในข้อ 3

2. คุณสมบัติของแพทย์ผู้ทำการรักษา

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาอายุรศาสตร์ หรือกุมารเวชศาสตร์ โลหิตวิทยา หรือสาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด หรือสาขากุมารเวชศาสตร์โรคเลือด หรืออนุสาขาโลหิตวิทยา และมะเร็งในเด็ก หรือเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

3. เกณฑ์อนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา

อนุมัติการเบิกจ่ายค่ายา Prothrombin complex concentrate (PCC) ข้อบ่งใช้ภาวะเลือดออกรุนแรง ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิด Anti-Xa โดยต้องมีเกณฑ์ต่อไปนี้ครบทุกข้อ

3.1 ได้รับยา Anti-Xa ได้แก่ Apixaban, Rivaroxaban หรือ Edoxaban ครึ่งสุดท้ายภายใน 24 ชั่วโมง หรือภายใน 48 ชั่วโมง ในกรณีที่ค่า creatinine clearance (คำนวณจาก Cockcroft-Gault Formula) ต่ำกว่า 30 มล./นาที

3.2 ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรืออาจทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถหยุดเลือดได้โดยวิธีอื่น โดยมีนิยามตาม International Society of Thrombosis and Hemostasis (ISTH) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ คือ

3.2.1 เลือดออกรุนแรงจนมีความดันโลหิตตก หรือซีฟจรเร็ว หรือต้องได้รับเม็ดเลือดแดง

3.2.2 เลือดออกในสมองหรือไขสันหลัง

3.2.3 เลือดออกที่อาจอุดกั้นทางเดินหายใจ

3.2.4 เลือดออกในช่องอก ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ช่องท้อง หรือ retroperitoneum

3.2.5 เลือดออกที่มีการกดทับเส้นประสาทหรือกดทับหลอดเลือด

3.2.6 ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด การผ่าตัดซ้ำกว่านี้อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดความพิการ จึงต้องทำการแก้ฤทธิ์ยาโดยเร็ว

หมายเหตุ: ให้สถานพยาบาลกำกับการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์ข้อ 3.1 - 3.2 โดยให้มีหลักฐาน เช่น แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา หรือผลการตรวจวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น แนบไว้ในเวชระเบียนเพื่อการตรวจสอบ



4. ขนาดยาที่แนะนำและวิธีการให้ยา

Prothrombin complex concentrate (PCC) ให้ในขนาด 25 - 50 ยูนิต/กก./ครั้ง เพียงครั้งเดียว

5. การประเมินผลการรักษา

5.1 การประเมินด้านประสิทธิผลของการรักษา

เลือดหยุดไหลโดยดูจากอาการทางคลินิก และ/หรือภาพรังสี และ/หรือระดับฮีโมโกลบิน

5.2 การประเมินด้านความปลอดภัย

5.2.1 ติดตามอาการแพ้ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย

5.2.2 ติดตามภาวะลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วย

6. เกณฑ์การหยุดยา เป็นการให้เพียงครั้งเดียว



แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา Prothrombin complex concentrate (PCC)
 ข้อบ่งใช้ ภาวะเลือดออกรุนแรง ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิด Anti-Xa

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อ.....	สกุล.....	2. เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง
3. HN.....	4. รหัสโรงพยาบาล.....	
5. เลขที่ประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>		
6. วัน/เดือน/ปีเกิด/...../.....	7. อายุ.....ปี.....เดือน	8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
9. สิทธิการรักษา	<input type="radio"/> สปสช.	<input type="radio"/> ประกันสังคม
	<input type="radio"/> สวัสดิการข้าราชการ	<input type="radio"/> อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประกอบการอนุมัติและข้อมูลการใช้ยา

	ใช่	ไม่ใช่
วัน/เดือน/ปีที่ขออนุมัติ/...../.....		
1. ผู้ป่วยได้รับยา Anti-Xa คือ <input type="checkbox"/> Apixaban <input type="checkbox"/> Rivaroxaban <input type="checkbox"/> Edoxaban ตามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับยา Anti-Xa ครั้งสุดท้ายภายใน 24 ชั่วโมง		
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับยา Anti-Xa ครั้งสุดท้ายภายใน 48 ชั่วโมง ในกรณีที่ค่า creatinine clearance ต่ำกว่า 30 มล/นาที		
2. ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรืออาจทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถหยุดเลือดได้โดยวิธีอื่น โดยมีนิยามตาม International Society of Thrombosis and Hemostasis (ISTH) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ คือ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 1) เลือดออกรุนแรงจนมีความดันโลหิตตก หรือชีพจรเร็ว หรือต้องได้รับเม็ดเลือดแดง		
<input type="checkbox"/> 2) เลือดออกในสมองหรือไขสันหลัง		
<input type="checkbox"/> 3) เลือดออกที่อาจอุดตันทางเดินหายใจ		
<input type="checkbox"/> 4) เลือดออกในช่องอก ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ช่องท้อง หรือ retroperitoneum		
<input type="checkbox"/> 5) เลือดออกที่มีการกดทับเส้นประสาทหรือกดทับหลอดเลือด		
<input type="checkbox"/> 6) ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด การผ่าตัดซ้ำกว่านี้ อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดความพิการ จึงต้องทำการแก้ฤทธิ์ยาโดยเร็ว		
3. ขนาดยา Prothrombin complex concentrate ที่ขออนุมัติใช้ โดยให้ในขนาด 25 - 50 ยูนิต/กก./ครั้ง เพียงครั้งเดียว (.....ยูนิต/ครั้ง)		

ผู้อำนวยการสถานพยาบาลหรือแพทย์ผู้มีอำนาจอนุมัติการใช้ยา

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

ลงชื่อ
 (.....)
 ว.....

วัน/เดือน/ปีที่อนุมัติ/...../.....

