

1-1-1996

บทบรรณาธิการ : อันตรายจากชื่อยาสีบสน

นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/tjps>



Part of the [Pharmacology Commons](#)

Recommended Citation

เกียรติยิ่งอังศุลี, นิยดา (1996) "บทบรรณาธิการ : อันตรายจากชื่อยาสีบสน," *The Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*: Vol. 20: Iss. 2, Article 1.

DOI: <https://doi.org/10.56808/3027-7922.1190>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/tjps/vol20/iss2/1>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in The Thai Journal of Pharmaceutical Sciences by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

650 v 7' a a,
690 v. n 00 a n! 2 j p h

บทบรรณาธิการ : อันตรายจากชื่อยาลับสน

v 62988665

นิตดา เกียรติยิ่งอังสุลี

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

การใช้ยาที่สมเหตุสมผล มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องบางครั้งเกิดจากตัวยามีปัญหา ไม่มีประสิทธิภาพหรือเป็นอันตราย บางครั้งเกิดจากแพทย์ผู้สั่งใช้ไม่เหมาะสม หรือสิ่งผิดพลาด บางครั้งเกิดจากเภสัชกรจ่ายยาบกพร่อง และบางครั้งเกิดจากผู้ป่วยใช้ยาไม่ตรงตามที่ควรจะเป็น สาเหตุหลาย ๆ อย่างแก้ไขได้ ตัวอย่างหนึ่งที่พบเห็นกันอยู่บ่อย ๆ ที่แก้ไขได้ แต่หลายคนนึกไม่ถึง คือปัญหาจากชื่อยาลับสน ซึ่งถึงขั้นทำให้เกิดการเสียชีวิตมาแล้ว สิ่งเหล่านี้เราป้องกันได้ บทความนี้ได้รวบรวมปัญหาจากชื่อยาลับสนในหลายแง่มุม พร้อมเสนอทางป้องกันแก่หน่วยงานและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการป้องกันความผิดพลาดในการสั่งหรือใช้ยาดังกล่าว ด้วยกระบวนการทางวิชาชีพเภสัชกรรม ถ้าได้ทราบปัญหาที่มีผู้เคยประสบมาแล้ว จะได้ป้องกันได้ล่วงหน้า

ปัญหาชื่อยาลับสน

จดหมายถึงบรรณาธิการวารสาร Lancet (6, 15) รายงานว่าหญิงชาวเบลเยียมโซคร้าย แพทย์สั่งจ่ายยาแก้อาการกระเพาะ Losec® (omeprazole) แต่กลับได้รับยาขับปัสสาวะ Lasix® (furosemide) เนื่องจากชื่อที่คล้ายคลึงกันมาก ท้ายสุดหญิงผู้นั้นก็เสียชีวิต สาเหตุการตายยังไม่ทราบแน่ชัด คาดว่าเป็นเพราะไปดาสเซียมในเลือดต่ำเป็นเวลานานจนอาจทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ กรณีเช่นเดียวกันนี้ได้เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา ได้มีรายงานหลายรายจากแพทย์ลงในวารสารอย่างต่อเนื่อง (12, 16, 32) จากการลับสนในชื่อยาที่คล้ายกันมากของยาสองชนิดนี้ บางรายระบุว่าไซคีดีได้ตรวจพบความผิดพลาดก่อนจึงไม่ถึงขั้นเสียชีวิต แต่เราก็ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น จนในที่สุดบริษัทยาในสหรัฐอเมริกาได้ประกาศเปลี่ยนชื่อยาจาก Losec เป็น Pri-losec(20)

กรณีของ มีแวน แมคคาลาฟ อายุ 8 ขวบ เป็นอุทธาหรณ์อันโศกสลดจากความสะเพร่าของแพทย์ ที่สั่งจ่ายยา Roxanol® (morphine) แทนที่จะจ่าย Demerol® (meperidine) เป็นยาลดไข้บรรเทาปวดสำหรับเด็ก จึงทำให้เด็กเสียชีวิตในที่สุดด้วยอาการหยุดการหายใจจากฤทธิ์มอร์ฟีนที่ไม่ควรจ่ายให้เด็ก (1)

ผู้ป่วยหญิงอายุ 84 ปีและเป็นต้อได้รับการสั่งยา Diamox® แต่ได้รับยา Diabinese® แทน ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลจากอาการอ่อนเพลีย มึนงง สับสน และหมดสติ พบว่าน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมาก การให้กลูโคสทางเส้นเลือดทำให้อาการดีขึ้น จากการสอบถามญาติและตรวจดูยาที่บ้าน พบว่าเภสัชกรจ่ายยาผิดพลาด เนื่องจากชื่อคล้ายคลึงกัน และแพทย์อาจเขียนหวัด นอกจากนี้การจัดเรียงยาบนชั้นตามชื่อการค้า จากคำขึ้นต้นชื่อยาที่เหมือนกัน (Dia...) จึงทำให้เภสัชกรอาจหยิบยาผิดพลาดได้ นอกจากนี้ยังมีรายงานอีกมากเกี่ยวกับการจ่ายยาผิดระหว่าง Diamox® (acetazolamide) และ Diabinese® (chlorpropamide) (3, 14, 17, 22) และ ระหว่าง Diamox® (acetazolamide) กับ Dymelor® (acetoheaxamide) (18, 23, 29)

บางครั้งแพทย์สั่งจ่ายยา selegiline ซึ่งเป็นชื่อทางยา แต่แพทย์เขียนขึ้นต้นด้วยตัวอักษรใหญ่ ประกอบกับลายมือที่อ่านยาก เภสัชกรจึงเดาเป็น Stelazine® ซึ่งเป็นชื่อทางการค้า ทำให้ผู้ป่วยไม่หายจากโรค Parkinsonism แต่อาการกลับเป็นมากขึ้น เมื่อมีการตรวจสอบจึงเปลี่ยนยาให้ใหม่ อาการก็ทุเลาขึ้น (25)

จากกรณีศึกษา 4 ตัวอย่างนี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญ
ของปัญหาจากชื่อยาสับสนได้ดี นอกจากนี้แล้วยังอาจมีความ
ผิดพลาดในลักษณะใกล้เคียงกันได้อีกหลายแบบ ยกตัวอย่าง
เช่น ชื่อคล้าย กล้องคล้าย สิ่งหรือจ่ายยาผิดความแรง

กลุ่มชื่อยาที่มักสับสน เป็นกลุ่มใหญ่ ที่มีผู้เคยรายงานไว้
เช่น acetazolamide / acetoexamide / azathioprine /
azidothymidine (18, 23, 29, 33)
co-trimoxazole / clotrimazole / co-amiflofruse /
co-amilozide / co-amoxizole / codeine (30, 33)

Diamox / Diabinese / doxypram / doxazosin /
doxepin / Danol / Denoltab (30, 31)
Zadine / Zantac / Zestril / Zentel / Zyrtec / Zocor /
Zofran / Zolofit / Zoton (4)

ตารางที่ 1 แสดงรายการยาที่มีผู้รายงานไว้ว่าเคยเกิด
ปัญหาการสั่งหรือจ่ายยาผิดพลาดมาแล้ว พร้อมเอกสารอ้างอิง
บางชื่อผิดพลาดจากชื่อทางการค้า บางชื่อผิดพลาดจากชื่อทาง
ยา และบางชื่อจากกล่องที่มีลักษณะคล้ายกัน ประเทศไทยยัง
ไม่พบรายงานลักษณะดังกล่าวมาก่อน

ตารางที่ 1 รายการชื่อยาที่พบว่ามักเกิดความสับสนด้วยชื่อทางการค้าหรือชื่อทางยาที่คล้ายกัน

Tradename 1	Generic name 1	Tradename 2	Generic name 2	References
Compazine	chlorpropamide		chlorpromazine	5
	prochlorperazine		chlorpromazine	1
Cytoxan	cyclophosphamide	Cytomel	liothyronine	10
Daonil	glibenclamide	Amoxil	amoxycillin	5
Demerol	meperidine	Roxanol	morphine	1
Denol	colloidal bismuth	Danol	danazol	31
Diamox	acetazolamide	Diabinese	chlorpropamide	3, 14, 17, 22
Diamox	acetazolamide	Dymelor	acetoexamide	18, 23 29
Feldene	piroxicam	Seldane	terfenadine	33
Losec	omeprazole	Lasix	furosemide	6, 12, 15, 16, 21, 32
Lanoxin	digoxin	Levoxine	levothyroxine	24
Lopurin		Lopresor	metoprolol	13
Noroxen	norfloxacin	Norflex	orphenadrine	27
Prialdel	lithium carbonate	Pardale	paracetamol comp	5
Slo-bid ⁺	theophylline	Lopid	gemfibrozil	11, 33
Stelazine	trifluoperazine	Eldepryl	selegiline	25
	thioridazine		thiothixine	10
	thioridazine		thiamine	11
	vincristine		vinblastine	1
Trisequens		Tripharil		5
Zantac	ranitidine	Xanax	alprazolam	33
Zantac	ranitidine	Zadine	azatadine	4
Zocor	simvastatin	Zofran	ondansetron	4
Zoton	lanzaprazole	Zolofit	sertraline	4
Zyrtec	cetirizine	Zentel	albendazole	4

Slo-bid⁺ = theophylline capsule containing slow release beads

Pardel = paracetamol + codeine + caffeine

สาเหตุของความผิดพลาดจากข้อยาสับสน

จากแพทย์

แพทย์เขียนหวัด เนื่องจากไม่มีเวลา แพทย์จำสับสนเนื่องจากความคล้ายคลึงกันของชื่อการค้า แพทย์จำผิด เนื่องจากมียามากชนิดเกินไป แพทย์บางครั้งใช้ชื่อย่อ ที่อาจถูกต้องตามมาตรฐาน หรืออาจตั้งชื่อย่อเองที่ทำให้เข้าใจผิด

จากเภสัชกร

อ่านลายมือแพทย์ไม่ออก และไม่สอบถามให้ชัดเจน แต่บางครั้งจากความรีบเร่งในการจัดยา ทำให้เภสัชกรสะเพร่า หยิบตัวยาคิด ไม่อ่านชื่อให้ชัดเจนก่อนหยิบยา ไม่ได้มีการทวนซ้ำ ไม่ได้อธิบายให้ผู้ป่วยได้ทราบในรายละเอียด

จากตัวผลิตภัณฑ์

ความผิดพลาดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการสั่งจ่ายยา นั้นพบว่าหลายครั้งเกิดจากลักษณะภายนอกของยา เช่น ชื่อคล้ายกัน ฉลากคล้ายกัน และโดยเฉพาะขวดคล้ายสีสัน ขนาด และชื่อที่คล้ายคลึงกัน จนบางครั้งเกือบเหมือนกันเลยทีเดียว ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่มีกล่องคล้ายคลึงกัน เช่น

Priscoline (tolazoline HCl) และ Lopressor (metoprolol) ที่เป็นขวดยาชนิด

Chlorpromazine และ Compazine ที่มีลักษณะฟอยล์หุ้มที่คล้ายกันมาก และชื่อก็ใกล้เคียงกันมาก

กรณีของประเทศฟิลิปปินส์ ได้มีผู้รายงานว่ายานาเบนาดริล 2 ชนิด มีชื่อใกล้เคียงกันมาก เพียงแต่มีสร้อยห้อยท้ายที่ต่างกันเล็กน้อย แต่รูปร่างขวดคล้ายขวดและกล่องบรรจุผลิตภัณฑ์คล้ายกัน ต่างกันที่สีสัน และสาระสำคัญดังนี้

Benadryl® syrup (diphenhydramine HCl) as antihistamine

Benadryl® expectorant syrup (guaifenesin) reformulated as expectorant

สภาพปัญหาในประเทศไทยนอกจากเรื่องของข้อยาสับสนแล้ว ยังพบกรณีเดียวกับประเทศฟิลิปปินส์ คือ มียาเบนาดริลชนิดต่าง ๆ ดังนี้

- Benadryl® Cough Syrup (diphenhydramine HCl, ammonium chloride, sodium citrate, menthol, alcohol)

- Benadryl® DMP (diphenhydramine, dextro-methorphan, phenylephrine HCl, ammonium chloride, sodium citrate, alcohol)

- Benadryl® decongestant (diphenhydramine, pseudoephedrine)

- Benadryl® CD (diphenhydramine HCl, codeine phosphate, ammonium chloride, sodium citrate, menthol, alcohol)

และยังมีพบที่แปลกประหลาดกว่านั้นอีกคือมีการอนุญาตขึ้นทะเบียนยาด้วยชื่อทางการค้าเดียวกัน ขนาด กล้องและสีสันเดิมทุกประการ แต่เป็นชื่อทางการค้าต่างกัน ด้วยเลขทะเบียนต่างกันออกมาขายในตลาดในเวลาเดียวกัน เช่น เมื่อ 2-3 ปีที่แล้ว เคยพบยาแก้ไอเด็กตราจูน ชนิดที่มีตัวยาสสำคัญต่างกัน (พาราเซตามอล และ ไดฟัยโรน) ปัจจุบันทราบว่าได้อนุญาตขึ้นทะเบียนไปแล้วสำหรับยาไดฟัยโรน หรือแม้แต่ ยาฮอกโซน® (เฟนิลบิวตาโซน และ ไพรอกซิแคม)

ทางป้องกันและแก้ไข

ข้อเสนอแนะสำหรับแพทย์

เขียนใบสั่งยาให้ชัดเจน หรือพิมพ์ โดยมีรูปแบบยา การวินิจฉัยกำกับ พร้อมข้อบ่งชี้ เขียนชื่อยาด้วยคำเต็ม ไม่ควรใช้คำย่อ ควรสั่งจ่ายด้วยชื่อทางการค้า ถ้าใส่ชื่อทางการค้าต้องระบุให้ทราบว่าเป็นชื่อทางการค้า พร้อมระบุชื่อทางการค้า พร้อมบริษัทผู้ผลิตด้วย อย่าสั่งจ่ายทางโทรศัพท์ ถ้าจำเป็นให้ย้ำกลับด้วยโทรสาร พยายามงดสั่งจ่ายจากบริษัทที่เคยก่อปัญหาความสับสนมาก ๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับเภสัชกร

สำนึกในหน้าที่ จรรยาบรรณ ละเอียดถี่ถ้วน ห้ามสะเพร่า จัดระบบบริหารการจ่ายยาที่ดี ตรวจสอบอย่างน้อย 3 ครั้ง ถ้าไม่แน่ใจให้สอบถามแพทย์ ตรวจสอบใบสั่งยากับใบวินิจฉัยโรค เขียนหรือพิมพ์ฉลากให้ชัดเจน แจ้งผู้ป่วยให้ทราบโดยละเอียด ห้ามใช้คำว่าตามแพทย์สั่ง เท่าที่เคยสังเกตพบว่าเภสัชกรในร้านยาที่ยุโรปจะพิมพ์ฉลากยาด้วยพิมพ์ดีด จะไม่มีการเขียนด้วยลายมือที่อ่านยาก ระบบการเขียนความแรงและขนาดยาให้ใช้ระบบเมตริก โดยมีกติกากการเขียนตัวเลขดังนี้ ให้ใส่เลข 0 หน้าจุดทศนิยม เช่น 0.5 mg แต่ไม่ใช่ 0 หลังจุดทศนิยม เช่น 5 mg

วางระบบบริหารยาที่ดี การจัดเก็บยากลุ่มที่มีปัญหาแยกเฉพาะ หรือให้ความสนใจเป็นพิเศษ จัดทำ Drug Name Alert ขีดการชื้อยากลุ่มที่มีปัญหาเรื่องชื้อยา หรือจากบริษัทที่มีปัญหาชื้อยากล้ายคลึงกัน

ศึกษาวิจัยเรื่องการใช้ยาทั้งของแพทย์ หรือประชาชนในหัวข้อที่เกี่ยวข้องร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ จัดทำ formulary system ในสถานพยาบาลเพื่อจำกัดเฉพาะยาที่จำเป็นและไม่ก่อให้เกิดความสับสนในการสั่งหรือจ่าย แจกกลับแพทย์ ทุกครั้งที่พบปัญหา เผยแพร่ข้อมูลที่รวบรวมวิจัย แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานรับผิดชอบ บริษัทที่เกิดปัญหา เพื่อแก้ไข จัดตั้งหน่วยแลกเปลี่ยนข้อมูลปัญหาที่คล้ายคลึงกัน หรือใช้บริการจากหน่วยที่มีอยู่แล้ว เช่น ASHP's PharmNet ปัจจุบันจากระบบ Internet เราสามารถสอบถามหรือจัดตั้งกลุ่มเฉพาะเรื่องเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว และประหยัดเงิน

ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคเคสพิลธิเรื่องข้อมูลข่าวสาร ชักถามผู้ป่วยทุกครั้งถึงอาการผิดปกติที่ต้องใช้ยา แจกชื้อยาแก่ผู้ชื้อทุกครั้ง พร้อมข้อมูล

มีผู้สรุปข้อแนะนำแก่เภสัชกรดังนี้

1. เภสัชกรควรขยายบทบาทหน้าที่การให้ข้อมูลต่อเนื่องเกี่ยวกับยาแก่แพทย์ให้มากขึ้น
2. เภสัชกรต้องสำรวจและแก้ไขปัญหาคความผิดพลาดเกี่ยวกับใบสั่งยาและระบบบริหารยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย แม้ว่าใบสั่งนั้นจะมาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จนกว่าจะมีหลักฐานที่แน่ชัดเพียงพอ
3. เภสัชกรต้องอ่านใบสั่งแพทย์ 3 ครั้งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและกันการผิดพลาดเสมอ
4. ต้องมีระบบการจัดเก็บยาที่แยกยาที่ต้องการใช้เร่งด่วนให้สะดวกในการจ่าย ยาที่จ่ายออกจากห้องยาควรเป็น "unit dose"
5. เภสัชกรต้องจัดทำฉลากสำหรับยาที่เก็บในคลังเวชภัณฑ์ให้ชัดเจน ยาที่คล้ายคลึงกันต้องแยกเก็บ ก่อนจ่ายยาต้องอ่านฉลาก 3 ครั้ง
6. เภสัชกรต้องทำงานเพื่อพัฒนาและขยายความรู้ในการประเมินใบสั่งยาและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่แพทย์
7. คณะเภสัชศาสตร์ทั้งหลายควรจัดทำหลักสูตรในการประเมินใบสั่งยาและความผิดพลาดอื่น ๆ รวมทั้งการแก้ไขที่อาจเกิดขึ้น

บทบาทของส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.)

การขึ้นทะเบียน และการทบทวนทะเบียนยา

กล่อง - ตรวจสอบไม่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากจนสับสน ดังที่เคยพบ

ชื้อ - ควบคุมการตั้งชื้อทางการค้า และชื้อทางยาที่รัดกุม

ระบบข้อมูลข่าวสารที่ดีจะทำให้ตรวจสอบก่อนอนุญาตการขึ้นทะเบียนตำรับยาได้ดีขึ้น

ศึกษาระบาดวิทยาของปรากฏการณ์เรื่องชื้อยาสับสน ศึกษาสำรวจผลิตภัณฑ์กลุ่มที่อาจก่อให้เกิดปัญหา เพื่อหาทางป้องกัน รวมทั้งติดตามสถานการณ์ทั่วโลกที่เกี่ยวข้อง

การเรียกคืนยากลับที่ก่อให้เกิดความสับสน และการสั่งแก้ไขใหม่กรณีที่เกิดปัญหา

บทบาทบริษัทยา

บริษัทยาในสหรัฐอเมริกาได้เปลี่ยนชื้อ Losec® เป็น Prilosec® สืบเนื่องจากการรายงานของแพทย์และเรียกกร้องให้บริษัทแก้ไข แต่ของประเทศไทยยังคงใช้ชื้อเดิม คือ Losec ที่ถูกต้องบริษัทต่าง ๆ ควรยึดถือเกณฑ์เดียวกันทั่วโลก ไม่ใช่ลักษณะของข้อมูลสองมาตรฐาน ในการขอขึ้นทะเบียนตำรับยา ควรตรวจสอบข้อมูลที่มีผู้เคยขึ้นไว้แล้ว หรือคำนึงถึงความถูกต้องในการอ่านชื้อและวิธีใช้ ไม่ให้เกิดการเข้าใจผิด ก่อนออกผลิตภัณฑ์ควรมีการวิจัยผู้ชื้อยาด้วยถึงพฤติกรรม ความรู้ ความเข้าใจ สังคมวัฒนธรรม และแนวโน้มการเกิดปัญหาเมื่อยาออกสู่ตลาด การวิจัยหลังจากยาออกสู่ตลาด ตลอดจนแจ้งข้อมูลข่าวสาร เมื่อเกิดปัญหาแก่หน่วยงานรับผิดชอบ องค์กรวิชาชีพ เพื่อให้กระจายข่าวแก่สมาชิก และดำเนินมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคต่อไป ทั้งนี้แม้ว่าชาวสวณนั้นจะมาจากต่างประเทศก็ตาม

บทบาทของมหาวิทยาลัย

การเรียนการสอนเรื่องการใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับแพทย์ต้องครอบคลุมเรื่องการใช้ยาที่ดี ความระมัดระวังในการเขียนชื้อยาที่คล้ายคลึงกัน การเขียนใบสั่งยาที่ชัดเจน การระบุนาการพร้อมชื้อสามัญทางยา มีชื้อระบบแต่ชื้อทางการค้าที่มีโอกาสผิดพลาดได้ อาจารย์แพทย์ต้องทำตัวอย่างที่ดี

คณะเภสัชศาสตร์ต้องบรรจุกรณีศึกษาต่าง ๆ เหล่านี้ให้นักศึกษาได้มีโอกาสทบทวน เพื่อได้รู้จักสถานการณ์และแนวทางป้องกันแก้ไข และเพื่อการฝึกปฏิบัติงานให้ถูกต้อง อาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกศิษย์ในการจ่ายยาอย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. สุขนิത്യ วรณรัตน์ กรุงเทพธุรกิจ 2 มิถุนายน หน้า 3 ถอดความจากเรื่อง "Megan Won't Wake Up" จาก นิตยสาร Journal เดือนพฤษภาคม (2538).
2. ไม่ระบุชื่อ. Lcsec-Lasix แคชช็อคคล้ายถึงตายได้. ยาวิพากย์ 1 (1) สิงหาคม, 1 (2534).
3. D. Aderka and J. Pinkhas. Inadvertent induced hypoglycemia. *J. Amer. Med. Assoc.* 240 : 1140 (letter) (1978).
4. Anonymous. Brand name confusion potential. *SCRIP.* 1978, Nov. 27, 1994.
5. Anonymous. Prescribing errors continue in the UK. *SCRIP.* 1753, Sept. 3, 1992.
6. Anonymous. Fatal confusion over Losec/Lasix. *SCRIP.* 1622, June 28, 1991.
7. Anonymous. Now-Two Benadryls. *The Drug Monitor.* 10 (2) March/April, 1 (1995).
8. R.P. Betz and H.B. Levy. An interdisciplinary method of classifying and monitoring medication errors, *Amer. J. Hosp. Pharm.* 42 : 1724-1732 (1985).
9. K.V. Blume *et al.* Medication error prevention by pharmacists. *Amer. J. Hosp. Pharm.* 45 : 1902-1905 (1988).
10. M.R. Cohen. Medication Error Reports: Error 417 - Cytomel/Cytoxan mixup. *Hospital Pharmacy.* 25 : 71-72 (1990).
11. M.R. Cohen. Medication Error Reports: Error 423 - Lopid Dispensed for Slopid. *Hospital Pharmacy.* 25 : 191-194 (1990).
12. M.R. Cohen. Medication Error Reports: Error 430 - Merk's Losec Confused with Lasix. *Hospital Pharmacy.* 25 : 477-480 (1990).
13. M.R. Cohen. Medication Error Reports: Error 438 - Trade Name Similarities. *Hospital Pharmacy.* 25 : 562-563 (1990).
14. T.W. Crowson and R.L. Kriel. Hypoglycemia from the inadvertent use of oral hypoglycemic agents. *Ann. Internal. Med.* 92 : 134 (letter) (1980).
15. J. Faber *et al.* Fatal confusion between 'Losec' and 'Lasix'. *Lancet.* 337 : 1286-1287 (letter) (1991).
16. S.N. Fine *et al.* Losec or lasix ? *N. Eng. J. Med.* 322 : 1674 (letter) (1990).
17. M.R. Gordon. Hypoglycemia due to inadvertent dispensing for chlopropamide. *Amer. J. Ophthalmol.* 8: 271-272 (1988).
18. N.A. Hargett *et al.* Inadvertent substitution of acetohexamide for acetazolamide. *Amer. J. Ophthalmol.* 84 : 580-583 (1978).
19. C.J. Hawkey *et al.* Effect of reactive pharmacy intervention on quality of hospital prescribing. *Br. Med. J.* 300 : 986-990 (1990).
20. J.P. Hoffman. More on "Losec or Lasix?". *N. Eng. J. Med.* 322 : 1428 (1990).
21. R.S. Hoffman *et al.* An 'Amp' by any other name: The hazards of intravenous Magnesium dosing. *J. Amer. Med. Assoc.* 261 : 557 (letter) (1989).
22. P.L. Hooper *et al.* Pseudoinulinoma - the diamox-diabenese switch. *N. Eng. J. Med.* 323 (Aug 16) : 488 (letter) (1990).
23. J.S. Huseby and P. Anderson. Confusion about drug names. *N. Eng. J. Med.* 325 (Aug 22) : 588-589 (letter) (1991).
24. J.M. Kramer. More on drug-name confusion. *N. Eng. J. Med.* 332 (Mar 16) : 754-755 (letter) (1995).
25. M.C. Kurth *et al.* Stelazine versus Sellegiline - a hazard in prescription writing. *N. Eng. J. Med.* 323 (Dec 20) : 1776 (letter) (1990).
26. T.S. Lesar *et al.* Medication prescribing errors in a teaching hospital. *J. Amer. Med. Assoc.* 263 : 2329-2334 (1990).

27. J.M. Pincus and R.W. Ike. Norflox or norflex?. *N. Eng. J. Med.* 326 (April 9) : 1030 (letter) (1992).
28. G. Pourmotabbed. The naming of drugs is a difficult matter. *N. Eng. J. Med.* 331 : 1163 (letter) (1994).
29. E.L. Raab. Substitution of acetoexamide for acetazolamide. *Amer. J. Ophthalmol.* 87 : 848-849 (letter) (1979).
30. S. Sanders. Drug name confusion. *Lancet.* 338 : 56 (letter) (1991).
31. A.B. Shaw. Drug name confusion. *Lancet.* 338 : 56-57 (letter) (1991).
32. M. Slack. Drug name confusion. *Lancet.* 338 July 20 : 190-1 (letter) (1991).
33. J.A. Vitillo and T.S. Lesar. Preventing medication prescribing errors. *DICP, The Annals Pharmacotherapy.* 25 : 1388-1394 (1991).