โรงพยาบาลควนเนียง KhuanNiang Hospital

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยา

AdreNAline inj.

ความแรง : 1 amp : 1 mg / ml (1:1000) (Pregnancy Cat C)

ชื่อ..................................

HN......................................

อายุ.........ปี เตียง.....................

ข้อบ่งใช้	☐ Anaphylaxis shock ☐ Hypotension ☐ Asthmatic	
ขนาดยา	Cardiac arrest	1 mg (1 amp) + NSS 9 ml (1:10,000) IV push ทุก 3-5 นาที
	Hypotension	0.5 – 4 mg/hr IV drip
	Anaphylaxis	**เด็ก :** SC/IM 0.01 mg/kg (Max 0.3 mg) **ผู้ใหญ่ :** SC/IM 0.3-0.5 mg/dose ทุก 5-10 นาที
	Asthmatic	SC/IM 0.1-0.5 mg ทุก 10-15 นาที หรือ 0.05 mg/kg/dose หรือ 0.25-0.5 ml dilute in 3 ml NB

วิธีบริหารยา ☐ IV................................. ☐ IM.......................... ☐ SC.............................

ข้อควรระวังในการบริหารยา

- **Adrenaline 1 : 1000 คือ 1 gm : 1000 ml หรือ 1000 mg : 1000 ml (1 mg : 1 ml)**
- **ระมัดระวังการใช้ยา ! ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, หัวใจเต้นผิดจังหวะ การให้ยาเร็วอาจเกิดเลือดออกในสมองหรือหัวใจเต้นเร็ว****
- **IV push** เจือจางยา 1 mg ด้วย NSS 9 ml (1:10000), **IM/SC** ไม่ต้องเจือจาง (1:1000), **ไม่ฉีด IM สะโพก** อาจทำให้กล้ามเนื้อตายได้
- **IV infusion** 1 mg + NSS 100 ml rate 30-90 ml/hr (ต้องใช้ Infusion pump)**
- ยาคงตัว เมื่อผสมใน NSS, D5W 24 hr ที่ 25° C และในตู้เย็น เก็บยาป้องกันแสง ห้ามแช่แข็ง ไม่ใช้ยากรณียาเปลี่ยนสี หรือตกตะกอน
- ยาที่สามารถผสมร่วมกันได้ คือ DoPAmine, DoBUtamine
- ยาที่ไม่สามารถผสมเข้ากันได้ : Aminophylline ,Sodium bicarbonate ,Alkaline solution และ Hyaluronidase

เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ (Onset)	เวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุด (Peak effect)	ค่าครึ่งชีวิต (Half-life)	ระยะเวลาออกฤทธิ์ (Duration)
ทันที(IV), 5-10 min(SC/IM)	2-5 min(IV), 20 min(SC/IM)	2-3 min	5-10 min(IV), 1-4 hr(SC/IM)

การติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วย *รายงานแพทย์ เมื่อ BP(mmHg): Adult :>160/100,Ped:>120/80,*
HR(ครั้ง/นาที): Adult :>120 ; Ped: ตามอายุ1mo-1ปี.>160, 1ปี-5ปี >130, 5ปี-12ปี>110

เวลาบริหารยา (ระบุ)		BP	HR	เวลาบริหารยา (ระบุ)		BP	HR
ก่อนให้ยา	เวลา..............			45 นาที	เวลา..............		
นาทีที่ 0	เวลา..............			1 ชั่วโมง	เวลา..............		
15 นาที	เวลา..............			2 ชั่วโมง	เวลา..............		
30 นาที	เวลา..............			3 ชั่วโมง	เวลา..............		

การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ (ตลอดเวลาที่ให้ยา) : **ทำเครื่องหมาย ✗ เมื่อไม่มีอาการ ; ✓ เมื่อมีอาการผิดปกติ เพื่อรายงานแพทย์**

วันที่ (ระบุ)			
เวร	เช้า	บ่าย	ดึก
เวลา (ระบุ)			
ปลายมือปลายเท้าเขียว/ซีด			
ปวดบริเวณให้ยา (Extravasation)			

การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความเสี่ยง: ใช้วิธี supportive ตามอาการ สำหรับภาวะ arrhythmias อาจใช้ adrenergic blocking drug เช่น propranolol

วันที่บริหารยา............................เตรียมยาโดย.................................ตรวจสอบโดย.........................ผู้ฉีด..

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา..การประเมินผลการใช้ยาโดยเภสัชกร..