



โรงพยาบาลควนเนียง
Khuan Niang Hospital

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยา

Phenytoin inj. (Dilantin)

ความแรง : 250 mg / 5 ml (50mg/ml) (Pregnancy Cat D)

ชื่อ.....

HN.....

อายุ.....ปี เต็ม.....

ข้อบ่งใช้ **Status epilepticus**

ขนาดยา
Adult : loading dose : 1000 mg หรือ (20-30 mg/kg) + NSS 100 ml slow IV drip in 1 hr (< 50 mg/min) **then** 100 mg + NSS 100 ml. IV drip ใน 30 นาที ทุก 8 ชั่วโมง (Max. 1500 mg/24 hr)
Child : loading dose : 20 mg/kg slow IV (< 1mg/kg/min) ให้ซ้ำได้อีก 10mg/kg ถ้ายังไม่หยุดชักหลังให้ยา dose แรก 30 นาที maintenance dose 5-8 mg/kg/day แบ่งให้ทุก 8 ชม.

ข้อควรระวังในการบริหารยา

- **เจ็จจางด้วย NSS เท่านั้น** (ตกตะกอนใน D5W) ความเข้มข้น 10 mg/ml ห้ามแช่ตู้เย็น
- การให้ทาง IV **ดีที่สุด** IM ได้ แต่ดูดซึมช้าและปวดบริเวณฉีด **ห้าม SC** อาจทำลายเนื้อเยื่อได้
- ให้อย่างช้าๆ เพื่อป้องกัน BP drop (ไม่ควรเกิน 50 mg/min)
- ฉีดน้ำเกลือ ก่อน/หลังให้ยา 30 ml ลดการระคายเคืองหลอดเลือด เนื่องจากยามีฤทธิ์เป็นด่าง
- ห้ามให้พร้อมกับยา Dopamine เนื่องจากจะทำให้ความดันต่ำ และอาจเกิด cardiac arrest
- amiodarone, (Azole derivatives) fluconazole chloramphenicol, omeprazole, cimetidine, metronidazole, Efavirenz, nifedipine, Carbamazepine, Isoniazid, benzodiazepine ทำให้ระดับยา phenytoin ในเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดพิษได้
- ไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจงและไม่มี Antidote ความดันต่ำ(ควรลดความเร็วในการให้ยา)

เวลาที่ยาเริ่มออกฤทธิ์ (Onset)	เวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุด (Peak effect)	ค่าครึ่งชีวิต (Half-life)	ระยะเวลาออกฤทธิ์ (Duration)
1/2-1 ชั่วโมง	1-3 ชั่วโมง	10-15 ชั่วโมง	24 ชั่วโมง

การติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วย **☛**รายงานแพทย์ เมื่อ Risk of **hypotension and bradycardia**, BP drop (<90/60, (HR<60)

เวลาบริหารยา (ระบุ)		BP	HR
ก่อนให้ยา	เวลา.....		
นาทีที่ 0	เวลา.....		
30 นาที	เวลา.....		
60 นาที	เวลา.....		
90 นาที	เวลา.....		
2 ชั่วโมง	เวลา.....		
3 ชั่วโมง	เวลา.....		

การติดตามอาการไม่พึงประสงค์ (ตลอดเวลาที่ให้ยา) : ทำเครื่องหมาย ✕ เมื่อไม่มีอาการ ; ✓ เมื่อมีอาการผิดปกติ เพื่อรายงานแพทย์

วันที่ (ระบุ)			
เวลา (ระบุ)	เช้า	บ่าย	ดึก
ตากระตุก มองเห็นภาพซ้อน			
เดินเซ (Ataxia)			
พูดตะกุกตะกัก			
รุ่มานตาไม่ตอบสนอง			

วันที่บริหารยา.....เตรียมยาโดย.....ตรวจสอบโดย.....ผู้ฉีด.....
 แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....การประเมินผลการใช้ยาโดยเภสัชกร.....