

แบบบันทึกการเฝ้าระวังการใช้ยา

Morphine inj. 10 mg/1ml/1amp, Kapanol capsule 20 mg,
MST tablet 30 mg, Morphine syrup 2 mg/ml

ชื่อ.....อายุ.....ปี
หอผู้ป่วย.....ว/ค/ป.....
HN..... AN.....

ข้อควรระวังในการบริหารยา

การผสมยา :

- สารน้ำที่เข้าได้คือ NSS, D5W

การบริหารยา:

- IV push เจ็ลงด้วย SWFI 4-5 ml และฉีดซ้ำๆ 4-5 นาที (max.dose ผู้ใหญ่ 10 mg/dose)
- IV infusion : ความเข้มข้น 0.1-1 mg/ml rate 1-2 mg/hr ปรับเพิ่มได้ตามความจำเป็น
- MST และ Kapanol ห้ามหัก บด เคี้ยวยาแต่สามารถแกะ capsule แล้วนำเม็ดยาเล็กๆ (pellets) ไปผสมน้ำหรืออาหารอ่อน ป้อนทางสายให้อาหาร โดยห้ามทำให้เม็ดยาแตก
- หลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกับ Pethidine, Tramol ใช้ด้วยความระวังกับเด็ก <6 ปี ผู้สูงอายุ ไตวาย ต่อมลูกหมากโต
- อาจเกิดบัสสาวะดั่งได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบัสสาวะทุก 4 ชม. และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบัสสาวะได้ > 600 ml/day

Antidote : Naloxone : ผู้ใหญ่ 0.4 - 2 mg อาจให้ซ้ำทุก 2-3 นาที จนผู้ป่วยรู้สึกตัวและ RR \geq 10 ครั้ง/นาที (max. 10 mg) : เด็ก 0.01 mg/kg IV อาจให้ซ้ำ 0.1 mg/kg/dose

Sedative score

- 0 = ไม่่วงซึม ตื่น สดชื่นดี
- 1 = ง่วงซึมเล็กน้อย ปลุก ตื่นง่าย
- 2 = ง่วง ซึม ปานกลาง ง่วงบ่อย หรือตลอดเวลา แต่ปลุกตื่นง่าย
- 3 = ง่วงซึมอย่างรุนแรงหลับมาก ปลุกตื่นยาก

การติดตามการให้ยาผู้ป่วย (หรือตามแพทย์สั่ง)

วันที่														
IV push : ทุก 5 นาที x 4 ครั้ง ต่อไป 30 นาที x 2 ครั้ง														
Sc,IM : ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ต่อไป ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง														
IV infusion,Oral: ทุก 1 ชม x 4 ครั้ง และต่อไป ทุก 4 ชม.														
รายงานแพทย์เมื่อ														
RR	- ผู้ใหญ่: RR < 10 ครั้ง/นาที													
	- เด็กอายุ < 1 ปี : RR < 30 ครั้ง/นาที													
	- เด็กอายุ 1-10 ปี: RR < 20 ครั้ง/นาที													
	- เด็กอายุ > 10 ปี: RR < 15 ครั้ง/นาที													
HR	- ผู้ใหญ่ HR < 60 ครั้ง/นาที													
	- อายุ < 1 ปี HR < 120 ครั้ง/นาที													
	- อายุ 1-10 ปี HR < 80 ครั้ง/นาที													
	- อายุ > 10 ปี HR < 60 ครั้ง/นาที													
• BP <90/60 mmHg														
• ความรู้สึกตัว (sedative score \geq 2)														
• Pain score \geq 4														
• ขนาดรูม่านตาหด pupil \leq 2 mm (ลงชื่อ)														

หมายเหตุ :ให้ระบุค่าที่วัดได้ หากสัญญาณชีพผิดปกติให้ วงกลม เพื่อรายงานแพทย์

อาการไม่พึงประสงค์ (ชักถามอาการ หากผู้ป่วยสื่อสารได้)

วันที่												
	เข้า	ป่วย	ดี	เข้า	ป่วย	ดี	เข้า	ป่วย	ดี	เข้า	ป่วย	ดี
เวลา												
• ปวดศีรษะ/สับสน/วิงเวียน												
• เกร็งกระตุก/ชัก												
• บัสสาวะลำบาก/น้อย												
• ตัวเขียว/ตัวเย็น												
• คลื่นไส้/อาเจียน/เมื่ออาหาร												
• คัน(itching)												
• ท้องผูกติดต่อกัน 3 วัน (ลงชื่อ)												

หมายเหตุ :ทำเครื่องหมาย/กรณีมีอาการไม่พึงประสงค์; x เมื่อไม่มีอาการไม่พึงประสงค์; - หากผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้