



ภาวะวิกฤตต่อมหมวกไต: ภาวะพร่องฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต

โปรดให้การรักษายาบาลแก่ข้าพเจ้าโดยด่วน -
ข้าพเจ้ามีภาวะต่อมหมวกไตทำงานไม่เพียงพอ (Adrenal Insufficiency)
และต้องพึ่งพายาสเตียรอยด์ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

รายละเอียดส่วนบุคคล

ชื่อ:

วันเกิด:

ประเภทของภาวะพร่องฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต:

ชื่อญาติใกล้ชิด/ผู้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน:

รายละเอียดสำหรับติดต่อญาติใกล้ชิด:

การรักษาและการติดตามอาการ

การรักษาที่ข้าพเจ้าต้องได้รับเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียปริมาตรเลือด (Hypovolaemic Shock) มีดังนี้:

- ให้ไฮโดรคอร์ติโซน 100 มิลลิกรัม¹ ทางหลอดเลือดดำ (แนะนำให้ใช้วิธีนี้) หรือทางกล้ามเนื้อ.
- ให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ (สารละลายน้ำเกลือ 0.9% หรือเทียบเท่า)

เมื่อได้รับการรักษาดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้าจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าติดตามอาการ
จนกว่าความดันโลหิตและระดับเกลือแร่ในร่างกายจะอยู่ในระดับคงที่

ข้าพเจ้าอาจจำเป็นต้องได้รับยาต่อไปนี้อย่างต่อเนื่อง

- ไฮโดรคอร์ติโซน 50 มก.¹ ทุก 6 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำหรือทางกล้ามเนื้อ หรือให้โดยเครื่องปั๊มสารน้ำ (infusion pump) เช่น 200 มก. ต่อ 24 ชั่วโมง หรือ 8.33 มก. ต่อชั่วโมง
- ให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ (สารละลายน้ำเกลือ 0.9% หรือเทียบเท่า)

โดยปกติแล้ว หากอาการของข้าพเจ้าดีขึ้น สามารถค่อย ๆ ลดขนาดยาไฮโดรคอร์ติโซนในขนาดสูงเหล่านี้
และเปลี่ยนเป็นยาไฮโดรคอร์ติโซนชนิดรับประทานในขนาดคงสภาพการรักษา (maintenance dose) ได้หลังจาก
24 - 72 ชั่วโมง

กรุณาตรวจให้แน่ใจว่าข้าพเจ้าอาการคงที่เมื่อให้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานก่อนที่จะอนุญาตให้กลับบ้าน

¹ ค่าแนะนำสำหรับการใช้ไฮโดรคอร์ติโซน 100 มก. โปรดใช้:

- ไฮโดรคอร์ติโซน โซเดียมฟอสเฟต (Hydrocortisone sodium phosphate) หรือ ไฮโดรคอร์ติโซน โซเดียมซัคซิเนต (Hydrocortisone sodium succinate) ขนาด 100 มก.
- โปรดทราบว่า ไม่สามารถใช้ไฮโดรคอร์ติโซน อะซิเตต (hydrocortisone acetate) ได้ เนื่องจากเป็นสูตรยาชนิดออกฤทธิ์ช้า (slow-release) ที่มีลักษณะเป็นผลึกขนาดเล็ก (microcrystalline formulation)
- โปรดให้ยาไฮโดรคอร์ติโซนแบบโบลัส (bolus) เป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที เพื่อหลีกเลี่ยงความเสียหายต่อหลอดเลือด



เหตุฉุกเฉินทางการแพทย์



หากท่านไม่สามารถติดต่อแพทย์ของข้าพเจ้าเพื่อยืนยันรายละเอียดประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้
หรือหากท่านต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคแอดดิสัน (Addison's Disease)
หรือภาวะต่อมหมวกไตทำงานไม่เพียงพอ (Adrenal Insufficiency)
โปรดติดต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่ออาวุโสของโรงพยาบาลโดยไม่ชักช้า
เพื่อขอคำปรึกษาและการให้ความช่วยเหลือ

ข้อมูลด้านสุขภาพของข้าพเจ้า

ชื่อแพทย์/แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป:

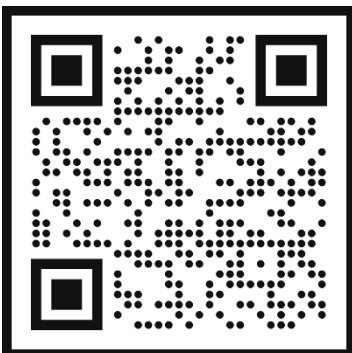
หมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์/แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป:

ที่อยู่/อีเมลของแพทย์/แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป:

อาการป่วยอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้ามีซึ่งอาจจำเป็นต้องได้รับการติดตามอาการ:	ยารักษาโรคที่ข้าพเจ้าใช้ ขนาดยา และระยะเวลา/จำนวนครั้ง:
--	--

ข้าพเจ้ายังมีประวัติการแพ้ดังต่อไปนี้:

แนวทางการรักษาเหล่านี้ได้รับการพัฒนาโดยคณะกรรมการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ (Clinical Advisory Panel) สำหรับ Addison's Disease Self-Help Group (องค์กรการกุศลของสหราชอาณาจักรที่สนับสนุนบุคคลที่มีภาวะพร่องฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต รวมถึงโรคแอดดิสัน) แนวทางเหล่านี้ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิผลทางคลินิก (Clinical Effectiveness Committee) ของวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉิน (College of Emergency Medicine) และจากคณะกรรมการการศึกษาของวิทยาลัยนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Education Committee of the College of Paramedics)



สแกนเพื่อดูข้อมูล: แนวทางของ UK NICE

สำหรับการตรวจวิเคราะห์และการดูแลภาวะพร่องฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต

การแปลเอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนเพื่อการศึกษาระบบอิสระจาก Immedica Pharma UK Ltd. ทั้งนี้ Immedica ไม่มีส่วนร่วมใด ๆ ในการจัดทำเนื้อหาหรือพัฒนาเอกสารฉบับนี้

