

Intern ต้องรอด!!

Part 2

mild SI121 21/5/2559

อารัมภบท

Edit : Part2จะเป็นเรื่องที่ยาวขึ้น ผสมๆ
กันทั้งOrderและแนวทางการดูแลผู้ป่วย

เนื่องจากช่วงว่างปิดเทอมก่อนขึ้นIntern เลยเอาorderที่ถ่ายไว้+ที่จดมาแบบคุณ
พักลักจำ+ในfacebook+หนังสือบางเล่ม มาทำเป็นslide เรื่องละสั้นๆ 1-2slide
เน้นmanagement เน้นDoseยา เอาให้อ่านง่ายใช้ได้ทันที ซึ่งมีหลากหลายจิตปาณะ
มาก แต่รับรองว่าได้ใช้จริง

ขอบคุณแหล่งข้อมูลส่วนใหญ่จากorderใช้จริงที่วณmed พหุฯ ผสมเล็กน้อย
จาก12เหนือ และelectiveต่างๆ

เน้นว่าเหมาะสำหรับเซฟเป็นรูป/PDF ไว้ในมือถือ/ไอแพด เอาไว้ใช้ยามเข้าตาจน
จริงๆ สั่งorderไม่ออก ที่สำคัญ**managementในนี้มีหลายจุดที่ไม่ตรงตาม
guidelineมาตรฐานจริงๆ แต่เหมาะกับsettingรพ.ต่างจังหวัดนะไม่ได้ตั้งใจtoxic
ฉะนั้นถ้าหากจะใช้ในรพ.แพทย์ก็ต้องปรับหน่อยนะจะ **ส่วนใหญ่เน้นยากิน เน้นเรื่องที่ไม่
มีในซีทยาICUนะ มีซ้ำกันบ้างเล็กน้อย ฉะนั้นจึงต้องพกซีทยาICUไว้ติดตัวด้วย
เช่นกัน

สุดท้ายขอให้ทุกคนเป็นInternที่อยู่รอดปลอดภัยอย่างมีความสุข เงินทองไหลมาเท
มา มีลูกหัวปีท้ายปีจะ ท่องเที่ยวมากมาย ได้เรียนเฉพาะทาง หรือทำมาหากินอื่นๆ ตาม
ต้องการจ้า

ป.ล. เดี่ยวPart3ตามมาอีก 50 slideนะจ๊ะ

สารบัญ(A-Z)

• Antibiotics หัวจรดเท้า.....	1
• Arterial blood gas : interpretation.....	6
• Arterial blood gas : Cases.....	8
• Bell's palsy.....	10
• Blood components คอรัล.....	11
• Bradycardia แบบตจว.....	14
• Chronic cough แบบ setting OPD.....	16
• Cushing's syndrome(exogenous).....	18
• CXR in ICU.....	19
• Dengue OPD	22
• Dengue Admit.....	23
• Dyspepsia แบบเรื้อรัง&เฉียบ.....	25
• Dyspnea เมื่อบ้าหายใจปอดแบบ OPD.....	29
• F/U TB lung ยั้งใจ.....	30
• GI bleed แล้วยัยละ!!.....	32
• Gout : acute phase drug.....	33
• Gout : ดูแลระยะยาว.....	34
• Hypertension in the young W/U แบบง่ายๆ.....	35

สารบัญ(A-Z)

• Nutrition มาfeedอาหารกันเถอะ.....	36
• Organophosphate/Carbamate poisoning.....	39
• Pneumonia doseยาแบบOPD.....	40
• Pneumonia เมื่อfailure Tx.....	41
• PVCเจอแล้วทำยังไง(ทั้งnon pre-op& pre-op).....	42
• Start ARV drug.....	46
• STEMI (drip SK).....	51
• UTIใส่ๆ.....	52

ATBหัวจรดเท้า (1)

1. Bact. Meningitis

- normal host : Cef-3 2g IV q12hr. แต่ถ้ารู้แน่ว่าเป็น S.suis ก็ควรให้ PenG sodium 12-18mU/day แบ่งให้ q4hr.
 - ถ้าคนแก่/เด็กน้อย/imm.ไม่ดี : Add Ampicillin 2 g IV q6hr. จะได้คุม Listeria
 - นอนรพ./post op. : Tazocin 4.5g IV q8hr หรือ Meropenem 2g IV q8hr. +/- vanco 500-750 IV q 6hr. ถ้าสงสัย
- ## 2. Brain abscess (ต้องไปแก้ cause จริงๆ ด้วยนะ เช่น sinusitis, OM, odontogenic inf., Rt to Lt shunt valvular heart dis., imm.comp. host) เบื้องต้นให้ Ceftriaxone 2g IV q12hr. + metronidazole 15mg/kg IV q 12hr

ATB หัวจรดเท้า(2)

3. **Orofacial infection** เช่น ฟันผุบวมมีabscess ไปจนถึง Ludwig's angina : Augmantin 1.2gIV q 8hr หรือ อาจให้ PenG2-4 mU IV q4-6hr.+metro. 500mg IV q 6hr. หรือ Clinda.600mg IVq8hr.
4. **Pneumonia** ไปดูslide เก่าๆนะ เพิ่มเติมถ้าสงสัย melioidosis : Ceftazidime 2gIV q 8hr. หรือ meropenem 1g IV q8hr.ให้อย่างน้อย10-14วัน ต่อด้วย Maintenance ph.: Bactrim(ss)3x2, Doxycycline(100)1x2 ให้ต่ออย่างน้อย3-6เดือน

ATB หัวจรดเท้า (3)

5. Bacterial endocarditis

-Acute(อาการแรงsepsis/pneumonia/CHF, hostส่วนใหญ่ก็ IVDU) : Cloxacillin 2g IV q4hr. X 4-6wk.หรือCefazolin 2g IV q8hr. จะให้ตัวไหนก็ได้ แล้ว + ด้วยGenta. 1mg/kg q8hr. X 3-5day (คุมMSSA)

-Subacute(อาการเบาๆ มักมาด้วยprolonged fever, hostเป็นแบบvalvular heart dis.) : Ampicillin 2g IV q4hr.หรือ PenG 3mU IV q4hr.หรือCeftriaxone 2g IV OD ให้ตัวไหนก็ได้แล้ว + ด้วยGenta doseเดิม (คุมviridans strep., enterococci)

6. **Intrabdominal inf.** : Cef-3+Metro.จ้า แต่ถ้ามันpost-op. ก็Tazocin หรือMeropenemเลยก็ได้

ATB หัวจรดเท้า(4)

7. **UTI** ไปอ่านในslideเก่าๆ นะจ๊ะ
8. **Osteomyelitis** แอ้ออออ งงใจมาก ตจว.คือให้หุริตมาก เอา Cloxa 2g IV q4hr.ไปก่อนนะ 5555 รอผลเชื้อแล้วค่อยว่ากัน
9. **Septic arthritis** โดยเนื้อแท้ไม่ควร empiric อย่างน้อยเจาะน้ำให้รู้แน่ๆ ว่า septic ย้อม G/S แป๊ปเดียวก็รู้แล้ว ถ้าคร่ำวๆ
 - Normal host : Cloxa 2g IV q4hr.(staph.ใส่ๆ)
 - Steroid user : Cef-3 2g IV OD หรือ Ciproflox 400mg IV q12hr.(คุม salmonella ด้วย)
 - Prostatic jt. : Cef-3 2g IV OD(คุม GNR ด้วย)
 - Oligoarthritis+วัยรุ่น+/-ผื่น : Cef-3 1 g IV OD (gonococcal)
10. **Cellulitis/NF** แบ่งตาม host เช่นกัน ใครขาด Cef-3 ตลอดนี้คือโกรด
 - Host ปกติ/Com.acq. : Cloxa 2g IV q4hr. หรือ Cefazolin 2g IV q8hr. ก็พอ นะ

ATB หัวจรดเท้า(5)

10. –Hostไม่ค่อยดี เช่น DM แต่สภาพcellulitisดูดี เบาๆ ก็ให้ :
cefazolin ก็ยังไหวนะ(ส่วนใหญ่ก็strep.,staph.อยู่ดี)

- Hostไม่ดี DM cellulitisดูเน่ามาก แบบกำกึ่งกับdiabetic foot
หรือcirrhosis หรือชาวประมงเดินตลาดเจออาหาร/น้ำทะเลจืด : Cef-3
2g IV OD นะ (ยังคุมstrep.ได้ดีอยู่, ได้GNRเพิ่ม, คุมพวก
Aeromonas/V.vulnificusด้วย)

- สัตว์กัด : Augmentin 1.2g IV q8hr. นะจ๊ะ

11. Com.Acq. Sepsis แบบunknown source

- ไสๆ แข็งแรงดี หนุ่มแน่น : Ceftriaxone 2 g IV OD

- ถ้าDM/CKD/thalassemia/อยู่อีสาน : Tx melioid.ได้ ดูตาม
pneumoniaก่อนหน้าได้เลยจ๊ะ

ABGไม่ได้ใช้วินิจฉัยโรค แต่ใช้ช่วย
บอกความรุนแรงของโรค/ภาวะนั้น

อ่านABG(1)

รพ.ตจวจะไม่ค่อยเจาะกัน ซึ่ง
จริงๆก็ควรเจาะ 555

6

- พูดย่างๆ เราควรเจาะเมื่อ 1) **ดูoxygenation** แบบมีhypoxemiaประหลาดจะหา cause ง่าย เช่น wean O2ไม่ได้ซะที 2) **ดูventilation** เช่น อ้วนมากดูซึม หรือCOPD หายใจดูเริ่มเหนื่อย ทั้งนี้ด้วยเหตุผลข้อ1และ2เราจึงเจาะทุกครั้งหลังใส่tube on ventilator เพื่อประเมินoxygenation&ventilationนั่นเอง 3) **ดูAcid-base disorder** เพราะฉะนั้นเวลาอ่านก็อ่านให้ครบ3อย่างนี้
- 1) **Oxygenation** : ถ้าไม่มีอุปกรณ์อะไรก็ดูPaO2(<80ผิดปกติ) กับA-a gradient ($PAO_2=713FiO_2-PaCO_2/R$) (ค่าปกติคือ $2.5+อายุปี/4$) ก็เอามาดูcause of hypoxemia → low FIO2กับhypovent.ก็แก้ไป แต่ที่เจอบ่อยคือV/Q mismatch,shunt,diffusion defect แต่ถ้าไม่ได้หายใจด้วยRA ก็ต้องให้P/F ratioปกติก็ไม่ต่ำกว่า500 เวลาเอามาใช้ก็ $P1/F1=P2/F2$ ได้
 - 2) **Ventilation** ก็ดูPaCO2 ปกติ35-45 ปกติเวลาจะใช้ก็ $P1MV1=P2MV2$ คำนวณที่ต้องการ นอกจากนี้PaCO2ยังขึ้นกับDead space volume, CO2 productionด้วย
 - 3) **Acid-Base d/o** ก็ดูpH เทียบกับPaCO2, HCO3

อ่าน ABG(2)

- **Met.acido.** : 1) คิด predicted $\text{PaCO}_2 = 1.5\text{HCO}_3 + 8 (+/-2)$
 → RS acido/alkalo ร่วมด้วย 2) ดู anion gap ค่าปกติ $12 +/- 4$ → หา cause 3) คิด $\Delta\text{Anion gap} / \Delta\text{HCO}_3$ → ดูว่ามี met.alkalo. ผสมด้วย (>1) หรือ normal anion gap ผสม (<1)
- **Met.alkalo.** : ก็หา predicted $\text{PaCO}_2 = 0.7\text{HCO}_3 + 20 +/- 2$ ซึ่งก็จบแค่นี้ ส่วนใหญ่ก็แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มแข็ง (Cl responsive) ก็ให้น้ำถ้าให้ได้ review ยาด้วย พวก diuretic นี่ตัวดี อีกกลุ่มคือ Cl resistant เช่น aldosteronism, RAS, ได้ HCO_3 , severe hypoK/Mg
- **RS acido.** ก็ต้องคิดว่า acute หรือ chronic นับนิ้วไป มีเพิ่มคือ เมื่อ pACO_2 เพิ่ม 10 ถ้า acute pH จะลดลง 0.08 ถ้า chronic จะลดลง 0.03
- **RS alkalo.** ก็คล้าย acido เลย นับนิ้วเหมือนกัน สาเหตุก็ 1) Hypoxemia กระตุ้น 2) Mechanical vent. สูงไป 3) extrapulm. cause เช่น anxiety/sepsis/liver failure/drugs

ตัวอย่างcaseABGที่เป็นไปได้(1)

• Pneumonia

ถ้ารุนแรงไม่มาก : Hypoxia จาก V/Q mismatch, Hypocapnia จากการกระตุ้น β -receptor (interstitial fluid เพิ่มขึ้น), Acute RS alkalosis

ถ้ารุนแรง : Hypoxemia ที่เกิดจาก severe shunt (ให้ FiO_2 สูงๆ ก็ไม่ response ต้องให้ PEEP), Hypercapnia ที่เกิดจาก Alv. hypovent., Acute RS acidosis

Note : เวลา P/F ratio < 300 ต้อง Ddx = ARDS, severe HF, Dead space ventilation เช่น PE

• DKA

Hypoxemia มักปกติที่ไม่มีอะไรที่ผิดปกติ, **Ventilation** อาจจะมี hypocapnia ได้จากการพยายาม compensate met. acido หรือ normal ก็ได้, **Acid-Base** ก็มีหลายแบบด้วยกัน เริ่มต้นเป็น wide a-gap met. acido พอ Tx ให้ insulin ชักระยะจะเริ่มมี normal a-gap ผสม (จากการขับ ketone ที่เป็น anion ออกทางฉี่) สุดท้ายก็ normal หรืออาจมีผสม met. alkalosis ได้ ซึ่งเกิดจากการให้ $NaHCO_3$, การให้ volume ไม่พอ, ผู้ป่วยอาเจียนมาก

ตัวอย่างcaseABGที่เป็นไปได้(2)

- **COPD/Asthma with AE**

Hypoxemia เจอได้ ไม่จำเป็นต้องมีpneumoniaร่วมด้วยเสมอไป
bronchospasmมากๆ ก็ทำให้เกิดได้

Ventilation ให้หาhypoventilation ถ้าเจอก็แสดงว่าแย่มากๆ ซึ่งมักจะมี
AutoPEEPเกิดขึ้นแล้ว หรือหมดแรงสู้กับwork of breathingแล้ว ก็ใส่tube
หอบ *จำไว้นะ หายใจหอบๆเนี่ย เจอPaCO2 40 นี่ก็คือแย่มากๆนะ จะ
compensateไม่ได้แล้ว

A-B. มักเป็นAcute ontop chronic RS acidosis

- **Volume depletion**

ถ้าไม่รุนแรง มักเป็นmet.alkalosis แต่ยกเว้นdiarrheaที่มักจะเป็นnormal a-gap
met.acidosis แต่ถ้ารุนแรงจนมีpoor tissue perfusion จะกลายเป็นwide
a-gap met.acidosisจากlactic acidosis

- **Severe sepsis** : ซอบเป็นmet.acido.+Acute RS alkalo. โดยไม่
จำเป็นต้องมีpneumoniaเสมอไป ตัวcytokineต่างๆ จากsepsisก็กระตุ้นให้
หายใจเร็วได้

Bell's palsy

- หน้าเบี้ยวครึ่งซีก อาจมีรับรสผิดปกติ หรือหูอื้อร่วมด้วยแต่เจอน้อย
อาการฉับพลัน1-2วัน มากสุด3wk ฟื้นตัวใน6เดือน เกิดซ้ำได้ คนเป็น
DMกับคนที่องจะเสี่ยงมากขึ้น
- **Pred.(5)** 4 tab oral tid pc (60mg/day) startภายใน
72hr.ถึงจะมีประโยชน์ ให้5วัน then 4 tab oral bid
pc(40mg/day)อีก5วัน
- **Acyclovir** หรือValcyclovir นี้controversyมาก เขาเห็นว่า
ถ้ารุนแรงมากอาจจะให้Acyclovir(400) วันละ5ครั้ง 7 วัน
- Adviceเรื่องตาปิดไม่สนิทด้วย หาเทพแปะตอนนอนก็ได้
- อาจจะconsult PT ทำกายภาพบำบัดก็ได้

Bl.component ควรรู้(1)

11

- PRC

ให้ 1U(300ml)(5ml/kg.) ควรเพิ่ม Hct 3%

- leukocyte poor blood(LPB)

คือ PRC บั่นให้เหลือ $WBC < 5 \times 10^8$ /ถุง ทำให้ลดการเกิด FNHTR และในผู้ป่วยที่ต้องรับเลือดอย่างต่อเนื่องก็ลดโอกาสเกิด HLA alloimmunization ที่ให้บ่อยคือ pt.Thalassemia

- Leukocyte depleted blood

ใช้ filter ให้เหลือ $WBC < 5 \times 10^6$ /ถุง คุณสมบัติเหมือน LPB เพิ่มมาคือใช้ในผู้ป่วยภูมิต้านทานต่ำโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะหรือทารก จะลดการเกิด CMV transmission

- Platelet conc.

I/C : Low plt. ทุกค่าที่มีclinical bleeding(ถ้าออกเบาๆก็ให้จน>50000 ถ้าออกแล้วlife-th.ก็ให้จนกว่าจะ>100000),

: Prophylaxis ในlow plt.ดังนี้ 1)<10000ทุกราย 2)<20000 ในคน DIC,severe sepsis,coagulopathyอื่นๆ 3)ถ้าผ่าตัด ผ่าทั่วไป/ทำหัตถการ เช่น LP เจาะปอด ก็ให้เมื่อ<50000 แต่ถ้าผ่าตัด หรือneuro.ก็ต้องให้เมื่อ<100000

การให้ : 1unit/10kg ส่วนใหญ่ก็ 6 u ซึ่งจะขึ้น50000 ก็ให้IV freeflow

- single donor platelets

ใช้pheresis machines แยก ใช้ในคนที่ต้องได้plt.อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดโอกาสเกิด platelet refractoriness จาก HLA alloimmunization และ ยังลดการเกิดFNHTR

- มีLeukocyte depleted pooled platelet หลักการก็คล้ายของRBC

Bl.component ควรรู้(3)

13

- Irradiated blood components

มีทั้งของPRC ทั้งplt. เน้นให้ในผ.ปลูกถ่ายอวัยวะและได้รับยากดภูมิต้านทาน รวมทั้งยาfludarabine เพื่อป้องกันภาวะ transfusion associated graft versus host disease (TA-GVHD)

- Fresh frozen plasma (FFP)

มีcoag.factorทุกตัว ให้เมื่อ 1) มีclinical bleeding+ coagulopathy ใดๆ เท่าไหร่ก็ตาม 2) ยังไม่bleed แต่จะทำหัตถการแล้วมีPTหรือPTTเกิน 1.5 เท่าของmid normal range 3) massive transfusion 4) Tx TTP

ปกติเวลาจะให้กรณี1),2) ควรคำนวณFFP ขนาด 15 ml/kgก็จะเพียงพอ แต่ที่ กะๆ กันก็ให้ไปเหอะ 500 ml IV freeflow (ถุนึงตกประมาณ250ml)

- Cryoprecipitate

มีF.VIII, VWF, fibrinogen, F.XIII ให้เมื่อ 1) Hemophilia A 2) vWD disease 3) Hypofibrinogenemia เช่น DIC 4) Factor XIII deficiency

ให้กรณีข้อ3) ก็ให้cryoprecipitate 2 unit/10 kg IV freeflow

Bradycardiaมีอาการ ทำไงดี!!(1)

14

- ตจว. เจอบ่อยมาก ที่สำคัญคือ มักไม่ตาม guideline แบบปริ้มๆ 50 กว่าแต่ดันมีอาการ และบางทีอาการก็แค่หวิวๆ 5555... ให้ทำตามนี้นะ (ลอกมาจาก 1412 ขอขอบคุณจ.สาธุ)

เริ่มจากทำ 3 ข้อนี้ในเวลาเดียวกัน

1) มือจับ pulse (เครื่องบอก 50 กว่า เอมือจับเอง 30!!!) + **ดูว่ามี poor tissue perfusion มั้ย** (ก็คือมีอาการมั้ย ได้แก่ หัวใจ: shock/chestpain/Bp drop/HF สมอง: AOC/syncope) แต่ที่เจอบ่อยๆ ในรพ. ตจว. คืออาการหวิวๆ 55555+

2) ปากบอกพยบ. ทำ EKG 12 leads เพื่อดูว่า → sinus bradycardia, SA exit block, PAC, AV block (degree ไหน)

3) ตามองหา cause 4 อย่างหลัก 3.1) hypoxemia? (เจอบ่อยสุด) 3.2) Drug ที่กด SA, AV node (esp. B-block) 3.3) electrolytes (K, Mg, Ca), met. acido. 3.4) MI

จากนั้น Tx ก็ตาม ACLS+ แก้ cause โดยใช้ข้อมูลจาก 3 ข้อ

- แก้ cause ตามข้อ 3 Hypoxia ก็ฟัง lung ดูในปาก ไม่ไหวก็ใส่ ETT แก้ไปตามเรื่อง ตามราว, Off ยาที่เกี่ยวข้อง, เจาะ E'lyte มโนแก้ HyperK ไป

- แก้ ACLS ถ้ามีอาการดู slide ต่อไป

* จำไว้ว่า ถ้ามี cause ชัดเจน esp. ที่ต้องใช้เวลาแก้ เช่น HyperK, Lactic a., B-block overdose → Atropine เป็นแค่ตัวซื้อเวลา!! อาจต้องไปให้ step 2 (DA, Pacemaker) ไปเลย

Bradycardiaมีอาการ ทำไงดี!!(2)

15

แก้ตามACLS จากข้อ1) 2) ถ้ามีอาการ แล้วยกปริมาตร50ก็ได้ คือชีวิตบางทีก็ไม่ต้องเป๊ะมากก็ได้นะ
5555 ..เริ่มจากstepแรกให้

- **Atropine** 0.6mg IV stat ซ้ำได้q5min max 3mg
- ขึ้นWard ก็monitor EKG if HR<50 pls.notify
- ** ถ้าเป็นinfranodal block ขึ้นไป(MobizIIขึ้นไป) shk, ให้atropine (ไม่ขึ้นจะR on T) ให้ข้ามไปstep2เลย อีกอย่างที่ควรขึ้นstep2คือให้Atropineแล้วอาการไม่ดี ขึ้น หรือBPdropเยอะแต่แรก หรือcauseคุณมีแนวโน้มต้องใช้เวลาแก้ atropineจะเป็นแค่ตัวซื้อเวลา ระยะเวลาที่เราเริ่มstep2 ซึ่งก็คือ
- **Dopamine**200mg+NSS100ml IV drip start10ml/hr. titrateทีละ 3 q 10 min keepHR>50, MAP>65 หรือ
- **On Transcut.pace**: fix mode(เลือกmodeก่อน),90mA(แล้วเลือกพลังงาน ทำตามจริงก็ลดมาจนcaptureได้แล้วดันกลับขึ้นไปอีก10% ซึ่งปกติชั๊ก90-110mA),rate60/min อย่าลืมให้**fentanyl purge&drip**แก้เจ็บนะ
- ** ถ้าขึ้นDAจนถึงชั๊ก30ml/hrแล้วยังไม่ได้ ก็มาPaceเหอะ แล้วก็รีบreferรีบconsult

ถ้าอาการแค่หวิว ๆ HRก็ปริ้ม ๆ แลว50 ก็จับadmit w/u cause, ให้atropineเป็นครั้ง ๆ ไป, ถ้าสุดท้ายไม่เจออะไรก็W/U causeอื่นที่ทำให้palpitationได้นอกจาก bradycardiaด้วย

Chronic cough แบบเร็ว setting OPD(1)¹⁶

- เจอที่OPDบ่อย ตามนิยามจริงคือ>8wk แต่>3wk นี้ก็เริ่มทำตามนี้ได้เลย (Hx,PE,Ix) อาจไม่ต้องเรียงตามนี้ เอาที่สะดวก

1)หาอะไรที่รุนแรงก่อน ได้แก่ **CA lung, TB, Chronic**

pneumonia โดยถาม**Alarming feature** : ไอเป็นเลือด? มีไข้ทุกวัน? น้ำหนักลดไม่ทราบเหตุ เหนื่อย**FCdrop**? เสียงแหบกลืนเจ็บกลืนลำบาก เป็น**pneumonia**บ่อยๆ สูบบุหรี่ยัดเต็ม มีคนแถวบ้านเป็น**TB** ตรวจร่างกาย คลำLN ฟังLung ดู**V/S** แล้วส่งไปทำ**CXR**ทุกราย ถ้าสงสัย**TB**มากให้ส่ง sputum AFBด้วย อ้อ..ดูเรื่อง**ยาACEI** **เรื่องบุหรี่และสิ่งแวดล้อม** ถ้ามีก็ให้หยุด ให้หลีกเลี่ยงด้วยนะ

2)ถ้าไม่มีในข้อ1 และ**CXRปกติ**(ซึ่งชอบเป็นแบบนี้) มี4กลุ่มอาการให้คิด ก็ถาม และ**W/U**เท่าที่จะทำได้ในรพ.หนู

Chronic cough แบบเร็ว setting OPD(2) 17

- 2) **2.1) Upper AW cough syndrome:** Rhinosinusitis, Post nasal drip คัดจมูก น้ำมูกไหลลงคอ มักจะเป็นมานานแล้ว ตื่นนอนปากแห้ง หูอื้อ คันตาคันจมูก บ่อยๆ สองคอเห็นน้ำมูกไหลลงคอ จมูก turbinate บวมซีด เอ่อ.. ไปอ่าน guideline ENT เอาละกันนะ ก็ Tx เท่าที่ทำได้ ให้ Amoxy/Augmentin ไปถ้าดูมี infection, น้ำเกลือล้างจมูก, AntiHis. ถ้าดูมีอาการแพ้, หรือถ้า self มากก็ steroid พ่นจมูก 12wk, ตามดูซักเดือนหนึ่ง ถ้าไม่ดีขึ้นแล้วหนุมนั่นใจว่า ENT จริง ก็ consult/refer เอะ
- 2.2) Cough related reflux disease (GERD)** ไอไม่มีเสมหะ ไอมากหลังมื้ออาหาร มื้อใหญ่ ไอมาทำนอน ไอช่วงหลังกินอาหาร 10 นาที ส่วน heartburn, regurgitation ถ้ามีก็ช่วย ไม่มีก็ไม่รู้ ที่สำคัญต้อง R/O ทุกข้อให้หมด ถ้าสงสัยก็ Tx เลย ให้ PPI ไปเลย ถ้าไม่ดีขึ้นใน 8-12wk ก็ refer ไป w/u
- 2.3) Cough variant Asthma** ไอกลางคืน ไอเวลามีสิ่งกระตุ้น มี wheeze หรือไม่มีก็ได้ แต่ถ้าแบบอยู่ดีๆ แก่มากแล้วมีอาการขึ้นมาก็ไม่ควรมะ 555+ ถ้าสงสัยจริงก็ให้ bronchodilator, inhaled steroid อาการควรดีขึ้น 2-4wk แล้วส่ง W/U lung function นะ (หรือหนูจะ consult ก่อนก็ได้นะ)
- 2.4) Post infection** มักมี Upper AW infection มาก่อนโดย virus, Mycoplasma, Chlamydia, Moraxella catarrhalis แล้วก็เหลือแต่ไอ ส่วนใหญ่จะไม่เกิน 8wk นะ แต่ต้องแน่ใจว่าไม่เป็น Pertussis นะ ส่วนใหญ่ก็รอจนหาย หรือถ้าอาการแรงก็อาจให้ inhaled steroid ก็ได้ หรือ pred. กิน 30-40mg/day สั้นๆ ก็ได้

Cushing's syndrome(exogenous) 18

- ป้ำ/ลุงมักมาด้วยอาการ “อ่อนเพลีย อ่อนแรงทั่วๆ” (ฮิตมาก) อื่นๆ ก็ความดันขึ้น น้ำตาลสูง ประจำเดือนไม่มา น้ำหนักขึ้น บวมขึ้น ก็เหลือบมอง **specific sign** หน่อย **facial plethora, easy bruise, purplish-reddish striae, Prox.muscle weakness** ถ้ามี+ซักประวัติได้ว่ากินยาชุดยาหม้อ ยาสมุนไพร ก็ใช่เลย แล้วทำไงต่อ
- 1. **Check**ว่ามีโรคร่วมอื่นเกิดรึยัง...HT,DM,DLP,ตับ,ไต,stool for parasite ตรวจระดับHormoneในเลือด
- 2. **ให้prednisolone 5-7.5 mg/day** ค่อยๆ ลดยาลงเรื่อยๆ ใช้เวลา ประมาณ 6-12 เดือน.. จาก 1-0-1/2 → 1x1 → 1/2x1 → 1/2วันเว้นวัน นัด มาดูอาการ+**consult med.**ในรพ.ด้วยนะ
- 3. อันนี้ควร**consult med.** เพราะต้องให้หยุดยาซัก 3 วัน แล้วทำ **ACTH stimulation** ดูจ้า ซึ่งสิ่งที่เราต้องการคือ**stim**แล้วปกติ+ไม่มีอาการ(บอกป้ำ ด้วยว่าอย่ากินอีก) ส่วนถ้า**stim**แล้วผิดปกติก็ต้องกลับไปกินยา**Dose**ต่ำๆ ต่อ และถ้า**stim**ปกติแต่มีอาการก็ให้**vitBco**ไปกินซะ

- อ่านตามระบบแบบพียอดจะได้ไม่หลุด : ชื่อ/filmอะไร/ท่าอะไร/exposure/symmetry/inspiration/Tube&Line/soft tissue/bone/Abdomen/Diaphragm & costophrenic angle/pleura/ lung parenchyma /mediastinum&heart ทวนได้ในเล่มชมพู
- มาดูภาวะที่พบบ่อย

1.Atelectasis

- เตรียมมองหาไว้เลยในPost-op.,คนอ่อนแอ,แต่ที่เจอบ่อยๆในICUคือ Obstructive AW Atelec.(ส่วนใหญ่ก็เสมหะตัน)กับ pleural eff.กดทำให้atelec.
- บ่อยสุดที่LLL รองมาก็RLL ถ้าเยื่ออะไรก็จะเป็นปอดขาวขึ้นแบบไม่มีAir bronchogram, ดิ่งdiaphragmขึ้น, costal spaceเล็กลง

2.Aspiration ในICUบางที่uncons.เลยไม่ค่อยชัดเจน

- เราต้องหาเพราะกลัว 1)Asp. pneumonitisถ้าสำลักเยื่อ/สำลักอะไรที่irritateมาก 2)Asp. Pneumonia เกิดตามหลัง3-4วัน 3)Acute AW obstruction
- ก็เห็นเป็นฝ้าขาวแบบfocal หรือmultifocal ชอบเกิดตรงposterior aspectของ RUL รองมาก็superior segmentของlower lobe
- ถ้าแค่pneumonitisก็จะหายภายใน 3-5วัน นานกว่านั้นก็pneumoniaแะ

3)Pneumonia Vs Pulmonary edema

- ชาวทั้งคู่ จะAlv.หรือInterstitial infiltrationก็ว่ากันไป นอกจากประวัติและการตรวจร่างกายที่จะแยกสองภาวะนี้แล้ว ก็พอใช้filmได้
- ถ้าpneumoniaจะขาวเป็นหย่อมๆ ไม่ค่อยเจอสองข้างเท่าไร แล้วก็progressมันจะช้ากว่า 2-3วันอะที่จะเบ่งบานเต็มที่
- ถ้าHF ชาวมักจะสองข้าง โดยแบ่งเป็น2กลไก 1)Hydrostatic pul. Edema(CHF, volume overload,renal failure) จะเห็นvascular pedicleกว้างขึ้น (หลอดเลือดที่ต่อลงมาตรงหัวใจกว้างขึ้น), peribronchial cuffing(หลอดลมเส้นเลือดในปอดขอบเขตไม่ชัด), kerley B line, heartโต, ถ้าชาวก็มักจะเริ่มที่ perihilar areaก่อนแล้วลงล่าง, เจอpleural eff.ได้ 2)Increased permeability pul. Edema (trauma, trali, sepsis, aspiration) heartจะไม่โต vascular pedicleจะไม่กว้างขึ้น แล้วก็ชอบขาวแบบไอ้เห็บเต็มจ้า

คุณครูจะเกลียดมากเวลาเขียน HF R/O pneumonia แต่ชีวิตจริงบางที่เราก็ไม่แน่ใจ สมมติไม่แน่ใจจริงๆ ในรพ.ตจว. ก็Txให้เต็มทั้งสองอย่าง ATB+lasix ตาม filmถ้าneg./Oได้ซัก1-2พัน หรือ48hr. ถ้าHFก็จะเห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจน สมมติดันเป็นคู้(เจอบ่อย) เราก็จะเห็นร่องรอยขาวหลงเหลืออยู่ได้ ก็จะได้ให้ATBต่อ

4)ARDS

-จริงๆ ก็คล้ายกับincreased permeability pul. edema นั่นแหละ เป็นขาวเป็นground glass appearanceทั้งสองข้าง ซึ่งใช้เวลาเบ่งบานจนเต็ม24-72hr.นะ ก็ไปดูcriteriaอื่นมาละกัน

5)Pneumothorax

-ใส่ventilatorก็ควรมองหาอยู่แล้ว, ยิ่งCOPDหรือแท่งไลน์หรือpneumonia บางอย่างก็ยิ่งต้องมองหา

-ท่านอนคือปัญหา จึงเห็นเป็น : deep sulcus sign, increase lucencyของdiap., เป็นมากก็เห็น visceral pl. line

6)Pl. effusion

-ท่านอนคือปัญหาเช่นกัน โดยเฉพาะถ้าน้อยๆ จะเห็นปอดขาวทั่วๆจางๆแบบยังเห็นหลอดเลือดปอดอยู่(อารมณ์ผ้าขาวบางวางบนfilm) หรือจับsemi-upright หน่อยก็ได้ก็จะblunt CPA หรือดูการเห็นminor fissureก็ช่วยได้

เวลาารู้สึกว่าfilmมันปกติ จงหาสิ่งเหล่านี้ให้เป็นนิสัย : visceral pl.line, upper lobe lesion, tracheal lumen, Retrocardiac zone(densityเท่าตัวมัย), Diaphragm(โค้งเท่ากัน?, เชื่อมติดสองข้างรึป่าว, มีลมในท้องมัย)

DengueแบบOPD

Warning sign ควรจำได้ : ปวดท้องมาก N/V มาก มีเลือดออกผิดปกติที่ใดก็ตาม ชีตมือเท้าเย็น ไม่ฉี่เลย 6hr. สับสน/กระสับกระส่ายมาก

22

ไข้ ไม่มี source ชัดเจน ให้สงสัยไว้ก่อนเลย ยิ่งสงสัยมากขึ้นถ้ามีปวดหัว/กระบอกตา หน้าแดง ปวดท้องส่วนบน มีเลือดออกผิดปกติ หรือมี petechiae ทำ tourniquet test จะช่วยได้

1. ไข้ < 3 วัน ให้ดู V/S & Warning sign

ถ้ามี เจาะ CBC แล้ว Admit เถอะ

ถ้าไม่มีก็ให้กลับ นัด F/U หลังไข้ day 3 ให้มาเจาะ CBC ทุกวัน จนกว่าไข้จะลง, advice ด้วยนะ กิน ORS/งดอาหารดำแดง/กินแต่ Para./อาการอะไรที่ควรมารพ./คลื่นไส้ก็ให้ Domperidone ไป

2. ไข้ > / = 3 วัน ให้ดู warning sign เหมือนเดิม มีก็ Admit เหมือนเดิม เพิ่มมาคือ เจาะ CBC ทุกคน

ถ้า WBC < 5000 หรือ Platelet < 140000 ก็ Admit เอะ อะ.. ยิ่งถ้า high risk pt. เช่น คนแก่/อายุน้อย มี U/D อ้วนมากกก ก็จะต้อง Admit ง่ายหน่อย อะ.. อีกร้อยอย่าง ถ้าบ้านไกลมากก็พิจารณา admit เป็นรายๆ ไปละกัน

ถ้า WBC > 5000 และ Plt. > 140000 และไม่มีดังกล่าวข้างต้นก็ให้กลับบ้าน advice เหมือนเดิม นัดมาเจาะ CBC ทุกวัน จนไข้ลงเหมือนเดิม

คิดปะมากกก น่ากลัวมากด้วย ลองเอาไปปรับใช้ซะ อันนี้คือสิ่งควรรู้ก่อนOrder

- มันมี3ระยะง่าย ๆ คือ **1) febrile phase** ก็มีไข้3-7วัน ช่วงนี้tourniquet+ได้ มีเลือดออกผิปกติ **2) Critical ph.** ง่ายๆ คือshockอยู่หรือpulseเร็วแคบ หรือง่ายๆ คือplt.<100000 มักเป็นไข้Day5ขึ้นไป พอไข้ลงป๊อบเตรียมตัวได้เลย ระยะนี้ระวังleak ถ้าhct rising>20%ต้องให้IVนะ ระยะนี้ถ้าไม่shockก็ตก48hr. แต่ถ้าshockก็ตก24hr. **3) Recovery ph.** ระยะนี้ระวังvol. Overload
- **LFT**ไม่ได้ต้องเจาะทุกราย คนที่shock หรือแปลกๆเช่น เลือดออกเยอะ ซึม มีu/d ค่อยเจาะเอา(ไม่ได้ช่วยอะไร แต่บอกseverity) **BUN/Cr&E'lyte**ก็เจาะเฉพาะคนกินไม่ได้หรือshock **CBC**ถ้าadmitนี้เจาะวันละครึ่ง คือเราจะดูplt.ว่าจะ<100000รึยัง(เข้าcritical ph.) ถ้าเข้าแล้วก็เลิกเจาะ มันจะทำให้เราใจไม่ดีโดยที่ไม่เปลี่ยนmanagement
- ถ้าshock Hctควรrising>30% ถ้าไม่ถึงระวังconceal bleeding, ให้PRC1Uถ้าขึ้นไม่ถึง3 หรือให้dextranแล้วHctdrop>10หรือลงไป<baseline หรือปวดท้องมากท้องโต ทั้งหมดนี้ให้ระวังconceal bleed
- ถ้ามาถึงเย็นมาก shockสุดๆ หรือให้IVตอนshockเอาเท่าไรก็ไม่ดีขึ้น ให้แก่**ABCS = Acidosis, Bleeding, Calcium, Bl.sugar** มาปั๊บไม่พูดพร่ำทำเพลงให้Ca ฉีดvitKไปก่อนเลย
- ถ้าshock หรือมีevidence of plasma leakage+มีไข้ ต้องหาcomplication **1) มีbacterial infection**ร่วมด้วย **2) มีconceal bl.** **3) มีhepatitis**อยู่
- จำไว้ถ้าเขาshockไม่ขึ้นภายใน4hr. คือซิบหายแล้ว ตับ ไตจะพังระเบิดระบ่อบ เตรียมตัวได้เลย

IV ที่ให้ทั้งหมดต้องไม่เกิน **M+5%D** ถ้าadultก็=4600ml., แล้วก็จำstep IVไว้ 1.5mkh=40ml/hr
→80(3mkh)→100-120(5mkh)→150(7mkh)→300-500(10mkh) ขึ้นเร็วลงให้เร็ว ฉีดย
คถ้าpulse fullดี Hctไม่ขึ้นอีก ก็รีบถอยตามgraph

Dengue admit(2)แบบยังไม่shock

One day

-Admit

-Bl. For

CBC(LFT,BUN/Cr,E'lyteไปดู
slideแรก)

-DTX stat

-Hct. q 12hr.

-Record V/S q 8 hr. keep
BP>90/60, PR<120

-If Hct rising>20%baseline
pls. 5%DNSS 1000ml IV 40
ml/hr. &Hct.q6
hr&recordV/S. q 3hr.
&pls.notify

พอHct. Rising>20%ก็ให้IVเลย แล้วเจาะHct./ดูv/s
ให้ถี่ขึ้น ให้ตามgraphนะไปเปิดหาเอา แต่พอซักร24hr.Hct
คงที่แล้วv/sดี ซึ่ออกดี กินได้ ก็ถอยIVได้แล้วนะ

Cont.

-Record v/s,I/O

-regular diet งดอาหารดำแดง

-bleeding precaution

-CBC OD(ถ้าPlt>100000)

Med.

-ORSจิบบ่อยๆ

-Paracet.(500) 1tab oral prn
for fever q4-6hr.

-Primalut-N(5) 1x3 ประมาณ
7day(ให้ในหลถึงมีปจ.นะ)

CBC OD พอแสงก็เลิกเจาะ
แล้วไปดูHct.,V/Sให้ถี่ขึ้นอาจ
เป็นV/S q4 Hct.q8

Dyspepsiaแบบเร็ว&เป๊ะ(1)

- เจอบ่อยมากทั้งER OPD เป็นเรื่องที่เหมือนจะรู้แต่รู้ไม่สุด ให้losecแล้วได้กลับบ้านตลอดเวลา
- **Dyspepsia** = อาการไม่สบายท้องหลายบนท้องช่วงบน จะแสบหรือจุก หรือแน่น หรือปวดได้หมด ฉะนั้นถ้าซักได้ว่าเป็นdyspepsiaก็ทำตามstepง่ายๆ ดังนี้

1. ซักโรคอื่นที่คล้ายdyspepsiaออกไปก่อนนะ พวกนี้เป็นกลุ่มฮิตที่หลุดบ่อยๆ

1.1) Biliary pain ปวดทั้งepigast. ทั้งRUQ ปวดเริ่มทันทีทันใดแล้วมากสุดใน15-60min. แล้วคงที่4-6hr. แล้วหายไป เป็นหลังอาหารมื้อใหญ่ หรือมีไขมัน หรือเหลียง ถ้ามีก็ไปอีกทางเลยนะจ๊ะ

1.2) IBS รัปาว? SettingมักOPD ส่วนใหญ่ปวดมานานแล้ว(>6mo.) ชอบสัมพันธ์กับอ้อ เช่น ตอนปวดเนี่ยอ้อแล้วดีขึ้น หรือตอนปวดมีท้องเสีย/ผูก/ถ่ายถี่ขึ้น ถ้ามีก็ส่งสัยได้ ไปดูguidelineวินิจฉัยเพิ่มเองนะ ก็Txตามอาการไป(r/o red flagดีๆนะ)

1.3) Acute pancreatitis หลุดบ่อยมาก setting ER ส่งสัยเมื่อปวดเว่อร์ๆ ร้องดินโอดโอย อาจลองให้losecฉีดไปก่อน ไม่ดีขึ้นก็ส่งamylase หรือถ้าre-visitเมื่อไหร่ในวันสองวันนั้น หรือมีอาการอื่นเช่นอ้วกเยอะ/ถ่ายเยอะ/หอบเหนื่อย ให้ส่งamylaseเสมอ นะ ส่วนไอ้ปวดร้ายไปหลัง มีความเสี่ยงเช่นกินเหล้า มีนิ่ว ไม่ค่อยช่วยนะ นานๆที่จะเจอ

Dyspepsiaแบบเร็ว&เป๊ะ(2)

1.4) GERD เด่นอาการ heart burn, regurgitation หนูต้องไปTxแบบ GERDนะ

1.5) MI ระวังนะในคนแก่ๆ เป็น DM ทำekg12 leadไว้หน่อยก็ดี

1.6) ประวัติยา ยาบางอย่างทำให้มีdyspepsiaได้โดยไม่ต้องทำให้มีPUเสมอไป วิธีรักษาก็คือหยุดยานั้น ยาได้แก่ ATB: macrolides, metronidazole, doxycycline / Iron supplement/ colchicine / lasix / narcotics / ACEI ส่วนพวกNSAIDS, steroid ก็ชักไปด้วยเลยทีเดียวนะถ้าไม่มีโรคอื่นในข้อ1 ก็ไปข้อ2ได้

2. มีRed flag signมั้ย? ถ้ามีก็ส่งไปscope ได้แก่

2.1) Alarm feature ทั้งหลาย เลือดออกทั้งแบบอ้วกหรืออึ ชีด อ้วกตลอดเวลา กลืนติดกลืนเจ็บ อิมเร็ว น้ำหนักลด >10% แบบไม่มีสาเหตุ มีFamHxเป็นมะเร็งทางเดินอาหาร หรือคนไข้เคยเป็นมาก่อน เจอก้อนในช่องท้อง เจอLNโต

2.2) ได้PPI มาแล้ว4-8wk. หรือได้TxH.pyloriมาแล้ว อาการไม่ดีขึ้น

2.3) อายุมากกว่า 55 ปี แต่ไทยนั้นยากจน!!! ข้อนี้จึงให้ลองTxลองปรับพฤติกรรม ไม่ดีขึ้นก็ส่งscopeนะจ๊ะ ...ถ้าไม่มีข้อ2 ก็ขอเชิญข้อต่อไป

Dyspepsiaแบบเร็ว&เฉื่อย(3)

27

3. แบ่งเป็น2กลุ่มคือ

3.1)uninvestigated dyspepsia คือไม่เคยscopeใดๆมาก่อน ก็ให้**PPI**ไปกิน 1 **tab oral ac**เข้า ให้ไปซัก**2wk+ปรับlife-style** ถ้าอาการดีขึ้นก็ให้กินต่อให้ครบ**4-6wk**. เน้นด้วยว่าแม้อาการดีขึ้นก็ห้ามหยุด ถ้าอาการไม่ดีขึ้นอาจให้ **Prokinetics** เช่น**Domperidone 1X3** หรือพิจารณาส่องกล้องก็ว่าไป (Prokineticsนี้อาจให้ตั้งแต่แรกก็ได้นะถ้าอาการดูเด่นคล้ายGERD) **DDX**ดังนี้

a)PU เจอบ่อยสุด **life-style**แยๆ กินเหล้า กินยาแก้ปวดบ่อย แต่กินข้าว/กิน**Alum milk**แล้วมักดีขึ้น : ก็Txตามด้านบนไป **epyrin**ไปก่อน

b)Gastritis เจอบ่อย โดยเฉพาะถ้าไม่ตอบสนองต่อ**PPI** มักสัมพันธ์กับ**H.pylori**นะ ซึ่งสุดท้ายก็มักไปจบที่ส่องกล้อง ไป**test H.pylori**ไปTx ตาม**sequential Tx** ต่อไป อ้อ พวกอาหารรสจัดก็ทำให้เกิดได้ เย็ดมาก เบียร์วจัด ต้องเลี่ยง

d)มะเร็งอื่นๆ นึกถึงน้อย ถ้าอายุมากๆหน่อยอาจต้องคิดเผื่อไว้นะ

****Note : GERD** วิธีTx ก็ทำเหมือนข้างบน อาจจะให้**Prokinetics**เร็วหน่อย ให้**PPI**นานหน่อย**6-8wks** หรือถ้าเคยมีอาการหายไปแล้ว แล้วกลับมามีอาการใหม่ ช่วง**2wk**แรกอาจให้**PPI double dose+Bed time H2 RA**ไปก่อนก็ได้นะ อะไปอ่าน**guideline**ละเอียดๆ เอาเองนะจ๊ะ

Dyspepsiaแบบเร็ว&เป๊ะ(4)

3.2) Functional dyspepsia โดยหลักคือ มีอาการมาระยะเวลาหนึ่ง(เข้ากับRome III criteria)+scopeแล้วไม่มีlesionที่อธิบายอาการ

Txก็เหมือนข้างบนนั่นแหละ เพิ่มมาคือมันแบ่งเป็น **กลุ่มepigastric pain** เด่นซึ่งก็Txไปตามปกติ กับอีกกลุ่มคือ**post prandial distress**เด่น (แน่นท้องหลังกินเด่น)อาจจะให้**prokinetics**กินไปก่อนซัก 2wk ไม่ดีขึ้นก็กลับไปกินPPI ,อย่าลืม ถ้ามาบ่อยๆ ทุกครั้งให้ซัก**Alarm features**ใหม่เสมอๆ!!!!

เพิ่ม**Life-style mod.** : เลี่ยงยาแก้ปวดกลุ่มNSAIDs/กินข้าวให้ตรงเวลา ไม่กินมื้อใหญ่เกิน เลี่ยงการนอนภายใน 3hr.หลังกิน/เลี่ยงอาหารเผ็ด รสจัด มันเพราะอาการจะมากขึ้น/เลี่ยงน้ำอัดลม ถั่ว เต้าหู้ น้ำเต้าหู้ เวลาที่มีลมในท้องมาก/งดสูบบุหรี่ดื่มสุรา/พักผ่อนให้เพียงพอ อย่าเครียดมาก

➔ **บอกเลยว่าถ้าไม่ทำตามนี้ก็ไม่มีความหวัง!!!!**

เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เพลีย at OPD

29

มาบ่อย และทำให้เหนื่อยใจทุกครั้ง นี่คือนะ **screening** ง่ายภายใน **1 min.**

- รับประทานยา 1) เหนื่อยขนาดไหน (คิดคล้ายๆ **FC**) 2) เหนื่อยตอนออกแรงมากขึ้นมั๊ย ถ้าเทียบกับอยู่เฉยๆ?
- ถ้าเหนื่อยขนาดทำกิจวัตรไม่ได้ นั่งเฉยๆก็เหนื่อย หรือออกแรงแล้วเหนื่อยมากขึ้น อันนี้คือของจริง!! ก็ **approach** ต่อว่าเป็นสาย **CVS** หรือ **RS**
- ถ้าทำงานได้ปกติ หรืออยู่เฉยๆ เหนื่อย ออกแรงแล้วกลับไม่เหนื่อย ออกกำลังกายได้ อันนี้มักเป็นของปลอม (ซึ่งเจอบ่อยมากกก) ก็ **ยืม (อ่อน)** แล้วอธิบายว่าไม่น่าเกิดจาก **CVS** หรือ **RS** ก็แนะนำอาการที่ต้องสังเกต ต้องรีบมารพ. แล้วก็กลับบ้านได้จ่ะ แต่...
- ...แต่ถ้าไม่สบายใจ (ทั้งเราและคนไข้) อาจพิจารณาส่ง **CXR, EKG, bl.forCBC, TFT** ๗ เป็นรายๆ ไปจ้า ไม่เจออะไรก็ **ยืมอ่อน** แล้วทำตาม **step** เดิม อาจให้ **vitBco.** กลับไปก็ได้

F/U TB lung(1)

30

- **CXR** แค่ตอนเริ่มรักษา กับตอนครบcourse + ถ้าอาการแยกลง
- **Sputum AFB** เดือน 0,2,5,6(หรือเดือนสุดท้ายก่อนครบ) แต่ถ้าเดือน2ยัง(+) เดือน3ต้องตาม แล้วก็เดือน5กับ6อาจไม่ต้องตรวจถ้า0กับ2(-) และclinical responseดี
- **Sputum C/S**ส่งถ้าเดือน3(+) หรืออาจส่งrapid test หาชนิดของยา รับประทานผลรับประทาน ถ้าเดือน5ยัง(+)ก็เป็นtreatment failureจ่าย MDR drugไปซะ

ถ้าเดือน2 ยัง**positive** ใ้หนักถึง : กินยาไม่สม่ำเสมอ /ยาเสื่อม/dose ไม่proper, drug interaction/immunocompromised host/inactive TB แล้วแต่
ยังข้อมติดสี/NTM (nontuberculous mycobact)/Drug
resistance/false pos. : **ทั้งนี้ให้ลดเป็นIR**เลยนะแม้จะ+ แล้วค่อยไปว่ากันเดือน3

ว่าด้วยเรื่อง **adverse drug reaction**

1. **ผื่น** ถ้าเบาๆ นิดหน่อย ไม่มี systemic symptoms: ให้ antihistamine, แล้ว continue ยาไปก่อน ถ้ามากกว่านี้ หยุดยา แล้วค่อยๆ rechallenge (from lower dose) เมื่อผื่นดีขึ้น
เริ่มจาก H, R, E, Z titrate จน full dose ใน 2-3 วัน

* หนูต้องไม่ rechallenge ถ้าเป็น SJS, TEN, DRESS, AGEP นะ หนู refer เกอะจะ

2. **N/V และ hepatitis** : ** elderly >60y, alc, Hx liver dz, viral hepatitis, HIV, malnutrition, preg เป็น risk ควร F/U LFT ก่อนและหลังเริ่มยา 1-2wk

- ถ้า AST, ALT >3x + มีอาการ หรือ AST, ALT >5x ไม่มีอาการ

--> ให้หยุด H, R, Z พิจารณาปรับเป็น EOS ไปก่อน

- ถ้า TB >3 แต่ AST, ALT <3x

ลองหยุดเฉพาะ Rifam. แล้ว rechallenge เมื่อ AST, ALT <2x and TB <1.5

เรียงจาก H, R, Z เริ่มด้วย full dose ห่างกันตัวละ 1wk ถ้า AST, ALT ดี (เรียงจาก hepatotoxic น้อยไปหามาก)

** เวลา N/V ให้ supportive ไปก่อน ถ้าไม่ดีขึ้นระวังเกิดจาก hepatitis ก็จับมาเจาะ LFT ** อ้อ...อย่าลืมบอกคนไข้เรื่องฉี่สีมนะ

GI bleedแล้วมึนละ

32

เลือกเอานะจ๊ะ ไม่ใช่ทำให้ทุกตัว

- **Omeprazole** 80 mg IV then omeprazole 80mg+NSS100ml IV drip 10ml/hr(8mg/hr)
- **Pantoprazole** doseเดียวกับome.

ทั้งหมดนี้ให้จนได้scope ถ้าแผลhigh riskต้องทำการหยุดเลือด ก็ต้องNPOให้ยาต่ออีก72hr.ค่อยเปลี่ยนเป็นยากินแล้วกลับบ้าน แต่ถ้าlow riskก็เปลี่ยนเป็นยากินกลับบ้านได้เลย

สงสัยvariceal bleedก็ **คืองdoseมาตลอดsomato.แม่งชื่อคล้ายsando.เลย

- **Sandostatin**(หรือชื่อoctreotide) 50mcg IV then somatostatin 500mcg+NSS 500ml IV 25ml/hr.(25mcg/hr)
- **Somatostatin** 250mcgIV then 250mcg/hr. (ก็ผสมไปนะ ชื่อเก๋จพิมพ์)

ให้ไปซักประมาณ 5 วันอะนะ

แถม : ใส่ETTเมื่อไหร่ให้losec 40 mg IV OD เสมอนะจ๊ะหนู

- มีหลายระยะ ในที่นี้จะกล่าวถึง **acute gouty arthritis**
- **NSAIDs** ให้จนกว่าจะหายอักเสบ ระวังในไตไม่ดี **GIB** มี**CVD**.
- **Colchicine** ต้องลด**Dose**ในคนไตไม่ดี และคนแก่
จะให้คู่ หรือให้ตัวใดตัวหนึ่งก็ได้
- **Colchicine(0.6)** ให้วันละ**2-4ครั้ง** hold if diarrhea>3ครั้ง
ถ้าไตไม่ดีในระยะ**acute** ไม่ได้มีกล่าวชัดเจนว่าต้องลดเท่าไร ก็ขึ้นๆ ลงๆ
- ****side effect** คือ ท้องเสีย ปวดท้อง **N/V** ส่วน**neuropathy**
myopathy กดไขกระดูก นี้เจอได้น้อย มักจะเจอในคนที่ไตหรือตับพัง
- ** เพราะฉะนั้นถ้าให้กับ**simvas**. อาจต้องตามอาการ ตาม**CPK** ระวัง
rhabdo.
- ** ถ้าคนไข้ไม่เคยได้**allopurinol**. ก็อย่าเพิ่งให้ แต่ถ้าคนไข้ได้**allo**. อยู่ ก็ไม่
ต้องไปหยุด ให้ตามเท่าเดิมอย่าไปปรับเปลี่ยนอะไร

คู่มือ Gout ระยะยาว

Advice : ลดน้ำหนัก งดเหล้าบุหรี่ เปียวิ
ลดเนื้อสัตว์แดง อาหารทะเล เครื่องใน ดู
ยาความดันว่ามีทำให้ uric สูงมั้ย

34

- I/C ให้ allopurinol คือ มี arthritis เป็นๆ หายๆ > 2 ครั้ง/ปี, มี tophi แล้ว, X-ray เห็น lesion แบบ gout ชัดเจน, มี uric acid nephropathy แล้ว หรือไตแย่มากแล้ว
- Goal keep uric acid ≤ 6 , ถ้ามี tophi แล้ว ก็เอา 5
- เริ่มให้ Allopurinol (100)(300) หลังหาย arthritis สนิทแล้ว 1-2 wk. Start 50-100 mg/day OD แล้วค่อยๆ เพิ่มทีละ 50-100 ทุก 1-4 wk จนกว่าจะได้ระดับ uric acid (max 900 นะ) ถ้าไตพัง ก็ปรับตามไต ไปเปิดหาตารางอ่านเองนะ ระหว่างที่ให้ก็ต้องให้ colchicine และ หรือ NSAIDs dose ต่ำๆ เช่น 0.6 bid-OD ไปก่อนนะ
- ระวัง side effect : N/V, SJS, TENS, severe hepatitis, eosinophilia ไม่รู้ระบบรพ. ตจว. เป็นไงแต่ไม่น่าจะตรวจ HLA b*5801 ได้ ก็ตาม CBC LFT Cr advice เรื่อง ผื่น ไปละกัน

ถ้าเจอ Uric acid สูง (x > 7, u > 6) แล้วไม่มีอาการ ไม่เป็น gout ไม่เป็นนิ่ว ไตดี ไม่เสี่ยงการเกิด acute uric nephropathy (เช่น เป็น leukemia) ก็ยังไม่ต้องให้ยา Advice ไปก่อน 2 เดือน นัดมาตรวจใหม่ ถ้ายังสูงอยู่ + อายุ น้อยกว่า 30 มีประวัติครอบครัวเป็น gout/นิ่ว ตั้งแต่อายุยังน้อย อาจจะส่ง urine uric a. ถ้าเกิน 1100 mg/day ก็ จะ start ยา หรือไม่เรื่องมากก็ start ยา ไปเลย

HT in the young W/Uง่าย ๆ

- รายละเอียดเยอะมาก ต้องซัก **Hx PE** ยุบยับไปหมด อันนี้ให้ **Order W/U** ไปก่อนจะได้ไม่เสียหน้า 5555+ แล้วรีบกลับไปอ่านมานะ
- Target organ damage: CXR PAupright, EKG12lead, BUN/Cr, ตรวจตานี้แล้วแต่
- หา **2nd cause** ง่าย ๆ ก่อน อย่าเพิ่งไปเว่อร์วัง : UA, U/S KUB, TFT, ถ้าหน้าตา/ประวัติดู **cushing** มาก ก็ **morning cortisol**

พอ!!! **Urine e'lyte**, หรืออะไรต่างๆ นานาค่อยว่ากันอีกที

รพ.ตจว. มีแค่ BD ก็ดูแค่slideนี้ละ **ถ้ามีโรคร่วมมากเช่นliver dis.,kidney dis. ก็ดูslideอื่นร่วมปรับใช้ได้

- Energy**ต้องพอ ถ้าAdultทั่วไปก็ 20-05kcal/kg/day ถ้า>80yr.ก็เอา20 *ถ้าดูมีactivityดูstressก็ต้องคูณเพิ่ม เช่น post-op.คูณ1.2, severe sepsisก็คูณ1.4-1.8 **แต่ถ้า on ventilator หนุ่ยอยากจะweanก็ต้องลดคือคูณ0.7-0.9 → ก็ให้BDไป 1:1,1:1.5,1:2 ก็แล้วแต่ว่าจะเอาพลังงานเท่าไร จะrestrict volumeมัย
- Protein**มันคำนวณไม่ได้ส่วนใหญ่ในตจว.(ถ้าได้ก็ไปดูslideต่อไป) ตราบใดที่ให้ energyพอมันก็ไม่ถึงproteinไปใช้ แต่ถ้ารู้สึกแห้งมากอยากเพิ่ม ก็อาจลองสั่ง ไข่ขาวเพิ่มได้
- Total volume**ต้องดูด้วย คิดตามholiday s.ก็ได้ หรือประมาณ30-35ml/kg ไม่พอก็ให้น้ำตาม/น้ำระหว่างมือ
- Start** ซ้ำๆ เดี่ยวซีแตก 50-100ml/มือ แล้วค่อยๆ step///ถ้าให้แล้วซีแตกแล้ว คิดว่าเป็นจากBD ก็ให้dripนานขึ้น เช่น 4feed ให้drip in 3hr./feed
- เวลาตามว่าให้พอมัย ถ้าตจว.ก็ดูน้ำหนัก ดูclinical อิAlb.ดูbaselineครั้งแรก พอ ไม่ต้องเจาะบ่อย ถ้าให้พอก็จะขึ้น0.2g/wkนะ

*เพิ่มเติม แบบรพ.ศุภณีย์ รร.แพทย์

1. จริงๆ ก่อนให้ต้องดูก่อนว่าเสี่ยง**refeeding**มั้ย จะได้ช้าๆ ให้ระวัง
 2. คิด**energy/volume**แล้วก็ดู**protein** ปกติให้0.8-1g/kg ถ้า**stress/critically ill**ให้ 1.5-2g/kg แล้วก็ต้องคิด**N:NPC ratio** ต่อด้วย คิด**nitrogen balance**ที่ถ้าเป็นลบต้องเพิ่ม**energy** ไปหาอ่านเพิ่มเองนะจ๊ะ
 3. **Enteral formulation** แบ่งเป็น**1)polymeric diet(BD)**,
2)predigested diet (เช่นPeptamen มีfree aa.),และ
3)disease specific formula (เช่นHepatic failure:
Aminoleban เพิ่มBranch chain amino.acid, Renal failure:
Nepro ก็จะมีfluid restrict,E'lyteน้อยๆ, DM: Glucerna/Gen
DM)
- ที่คุ้นๆ อีกอันคือ Neomune ก็จะมีhigh prot./low fat ก็เหมาะกับtrauma
burn นางเคลมว่านางดีต่อimmuneนะ แต่นางมี**arginine**ที่ทำให้vasodi.ได้
ต้องระวังในsepsis

เจาะจงโรค เอาแค่2โรคพอ

1. Renal dis. ...แบ่งตามภาวะ

-AKI energyเท่าเดิม/proteinไม่ต้องจำกัด ยกเว้นถ้าHDก็prt.1.5-2 ทำCRRTก็1.8-2.5/E'lyteก็ควรให้Na<2g/day ส่วนK,P,volumeก็แล้วแต่status

-CKD energyให้30-35kcal/day / proteinถ้า GFR < 30ค่อยเริ่มจำกัด0.6-0.8 จะช่วยชะลอไตเสื่อม แต่ถ้าทำHDต้องเพิ่มเป็น1.2-1.4 PDเพิ่มเป็น1.2-1.5

****Neuro.** เหมาะกับโรคไตที่ต้องจำกัด E'lyte(K,P)+restrict vol.(1:2) แต่ข้อเสียคือ prot.มันต่ำแถมosm.สูง ชี้ออกแตก เพราะฉะนั้นโรคไตจริงๆให้ BD ได้ถ้าe'lyteไม่เอนามาก

2. Liver dis. ...หลักคืออย่าให้มีfasting ตับนางไม่ช่วยcompensateแล้วนะ มันจะไปสลายmuscle น้ำหนักลด prog.จะไม่ค่อยดี

-แบ่งอาหารเป็น5-7มื้อ ให้ของว่างcarbohydrateสูงก่อนนอน

-ถ้ากินไม่ได้, ENก็ไม่ได้ ให้IVglucoseไปก่อน 2-3g/kg/day

-Protein ถ้าอาการคงที่ไม่ต้องปรับ/ถ้ากำลังมีhepatic enceph.แบบไม่แรง ยังไม่ต้องลดproteinนะ เพราะถ้าโปรตีนไม่พอยิ่งจะแย่มากจากammoniaที่เพิ่มจากการสลายmuscle แต่ถ้าhep. Enceph.แบบstage3-4แรงมาก ก็ลดเหลือ0.5g/kg/day ชัก48hr.แล้วค่อยกลับมาให้เท่าเดิม

Organophosphate/Carbamate poisoning 39

โทรหาศูนย์พิษก็ได้นะ 555+

- ยาฆ่าแมลงส่วนใหญ่เป็นตัวเอง
- อาการคือ **Cholinergic toxidrome** คือ **Parasym** ทั้งหลาย ปวดท้อง N/V diarrhea ชี้นตลก pupil เล็ก ตัวสั่น น้ำหู น้ำตาไหล มี Wheeze bradycardia + เหงื่อแตก สับสนหรือ coma ได้ หรือจำง่ายๆ ก็ **SLUDGE**: Salivation, Lacrimation, Urination, Defecation, GI cramping, Emesis + “**Killer B’s**”: Bronchorrhea, Bradycardia, Bronchospasm
- **Tx supportive ABC, NG lavage** ถ้าภายใน 1hr., ให้ **activated charcoal 50g**
- **Specific Tx : Atropine** แบ่งเป็น Loading dose = เริ่มต้นก็ชั๊ก 3amp ให้ไปเลย แล้วประเมินทุก 15min. โดยดู 1. secretion ใน lung ลดลง 2. HR > 80 3. SBP > 80 ถ้ายังไม่ได้ก็ให้ **double dose atropine** เพิ่มขึ้นไปอีกเรื่อยๆ จนกว่าจะได้ เยอะมากบอกเลย พอได้ก็มาดู .. Maintenance dose = ให้ 10-20% ของ loading dose/hr. ผสม IV drip หลังจากนั้นดูทุก 6-12hr. ถ้าดีก็ค่อยๆ ลด **Carbamate** เนี่ยให้ตก 1-2 วัน ถ้า org. อาจให้หลายวันถึง wk. ได้
: **Pralidoxime (2-PAM)** รีบให้เร็วนะ ถ้าช้าจะไม่ได้ผล แบ่งเป็น Loading dose = 1g-2g IV in 20 min แล้ว Maintenance ด้วย 1g/hr หรือ 8-10mg/kg/hr. ให้จนหลัง atropinization ไปแล้ว 12-24 hr.

Carbamate ยับยั้ง AchE แบบ reversible ไม่เหมือน Org. ที่ irreversible เพราะฉะนั้น Carb. จะ Atropinize แล้วไม่ต้อง Maintain นานมาก ซึ่งจริงๆ แล้ว 2PAM ให้เฉพาะ Org. นะ แต่ถ้าไม่แน่ใจว่าจะอะไรก็ให้ไปเหอะ

Dose ยา Pneumonia OPD

40

Azithromycin(250) 2 tab po OD pc เช้า for 3-5 days

Clarithromycin(250) 1 tab po bid pc for 7 days (อ้วนมาก
เคยกิน ปวดแน่นท้องมาก อี) (เม็ด500ก็มีนะ)

หรือ **Doxycycline**(100) 1 tab po bid pc for 7 days

ถ้าแก่ๆหน่อย เป็นDM เป็นCKD มีu/d ก็ต้องให้ที่พอกคุม GN ได้หน่อย
ก็ให้ **Augmentin + Azithromycin**

หรือให้เป็น Respiratory FQs alone

Levofloxacin 750 mg po OD x 5 days or 500 mg po
OD x 7days(มีเม็ด250/500/750 ก็แล้วแต่รพ.ไป)

***อย่าให้ FQ ในคนไข้ที่สงสัย TB เพราะอาจ partial treatment

Pneumonia Txแล้วไม่ดีขึ้น? ทำไงดี

41

- รู้ได้ไงว่ามันไม่ดีขึ้น → ปกติให้ATBไปแล้วหลัง48-72hr. clinicalควรดีขึ้น ใช้ขาลง ไอหอบเหนื่อยน้อยลง crep. ลดลง CBCก็WBCลง แต่CXRมันจะยังไม่ดีขึ้นนะ ชักเดือนนึงนะ
- วิธีคิดคือนึกถึง 3 อย่าง **1) Dxผิด** จริงไม่ใช่infiltrationจากinfection แต่เป็นmalignancy หรือเป็นHF ต้องกลับไปreviewHx, PEใหม่ **2) ให้ยาผิด** ยาไม่คุมเชื้อ หรือเชื้อดื้อยา อันนี้ก็step ATBไป ขึ้นเป็นTazocin → carbapenem หรือให้อีกกลุ่มไปเลย เช่นVanco (clinicalแย่มาก hostเดิมไม่ดี มีสายเข้าตัว), Macrolides, tamiflu, ceftaz (กลุ่มmelioid) **3) มี complication** เกิดขึ้น อันนี้ต้องหา ได้แก่ parapneumonic effusion, empyema thoracis, endocarditis, superimposed infection, lung abscess ก็แก้ไปตามเรื่อง

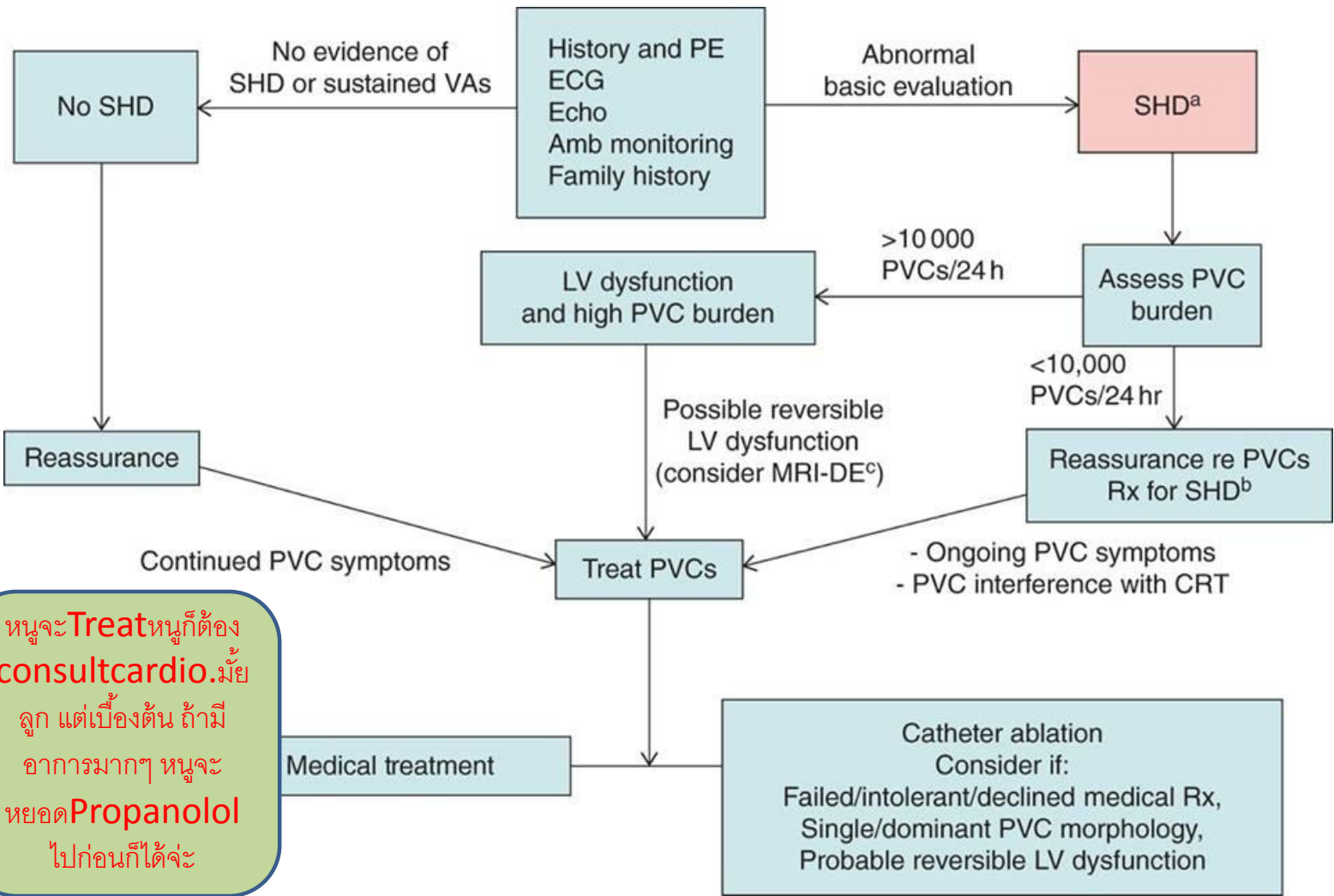
เจอPVCทำยังไง? (by อจ. อาจบดินทร์&1412)(1)

42

Concept : PVCไม่ใช่โรค แต่เป็นmanifestation เพราะฉะนั้นจึงมี2ส่วนคือ ถ้ามีอาการมากจนburdenก็ต้องแก้ และสองคือต้องหาโรคร่วม+สิ่งกระตุ้นให้เกิด PVCแล้วแก้ไข โดยพิจารณาตามลำดับดังนี้

- 1. ดูว่ามากี่ตัว** 3ตัวขึ้นไปเป็นVT แล้วถ้านานเกิน30sec.เป็นsustainedVT ซึ่งก็ต้องไปเข้าMx VTมีpulseต่อไป ส่วนถ้าแค่PVCกับnon sustainedVT(NSVT)(คือมา3ตัวupแต่ไม่เกิน30sec) ก็ไปstepถัดไป
- 2. มีอาการมั้ยล่ะ!?!** จะตรงๆ เลยแบบใจสั้นใจกระทุก หรืออ่อนเพลีย หหมดแรง(ไม่รู้เกี่ยวกับรีเปลา) **ถ้ามี** ก็ต้องประเมินเต็ม ถ้ามประวัติstructural heart dis.เดิม คนในครอบครัวตายด้วยsudden cardiac deathมัย ตรวจร่างกายด้วยนะว่ามีอะไรผิดปกติรีเปลา EKGนอกจากPVCมีอะไรอย่างอื่นมัย แล้วไปตาม diagram ในslideต่อไปเลยละจะ(และควรconsult Cardio.ด้วย) เสร็จแล้วก็ไปข้อ3ด้วยนะ **ถ้าไม่มี** ก็ประเมินคล้ายข้างบนแบบเบาๆ แบบscreening ถ้าผิดปกติก็Mxตามที่เจอ แล้วไปข้อ3เลยจะ

เจอPVCทำยังไง? (by อ.อาจบดินทร์&1412)(2)



หนูจะ Treat หนูก็ต้อง
consult cardio. มั้ย
ลูก แต่เบื้องต้น ถ้ามี
อาการมากๆ หนูจะ
หยุด Propanolol
ไปก่อนก็ได้จ๊ะ

3. (ข้อที่internทำได้เต็มที่) หา**cause**กระตุ้นการเกิดPVC แล้วแก้เท่าที่

จะแก้ได้ เช่น infarction, electrolytes (K, Mg), ยา กลุ่ม vasopressors หรือ inotrope, sepsis, severe acidosis หากมีปัจจัยเหล่านี้ซ่อนอยู่ เมื่อกำจัดออกไป PVC จะลดลงหรือหายไปตัวเอง ถ้าไม่เจออะไร แต่ยังมีPVCก็reassureไปว่าไม่เป็นไร แต่จงF/Uต่อไป

* ส่วนถ้ามีอาการมากจะหยอดก็ให้ **propranolol** เริ่มที่ 10 mg po bid หรือ tid ก็ได้

****ระวัง** – ถ้าNSVTมาแบบซ้ำๆ หรือPVCมาแบบเป็นคู่ๆติดกัน หรือมาแบบgroup หรือbaselineHRซ้ำๆ หรือPVCตอนเกิดมันไปเริ่มช่วงascendingถึงpeakTwave หนุ่ต้องmonitorดีๆ รีบดู cause(ข้อ3) เตรียมกรีดไว้ได้เลยว่าVTจัดเต็มอาจกำลังจะมา

- บางทีสิ่งที่หนุ่เห็นอาจไม่ใช่PVC แต่เป็นPAC with aberrant conduction จะสงสัยว่าเป็นPACเมื่อ เห็นPwaveนำอิQRSเนาะๆ หรือTwaveของตัวดีข้างหน้าแปลกๆ(มันมีPwaveซ่อนอยู่!!) หรือช่วงpauseหลังPVCมันน้อยแปลกๆ ก็นึกถึงPAC (ซึ่งถ้าเจอก็คือผีมาก บอกเลยจะว่าหนุ่ช่วย)

1. ยืนยันว่ามากี่ตัวติดกัน ถ้า3ขึ้นไปจะNSVT หรือsustainedVT ถ้าelective caseก็เลิกแล้ว consult med มาดู
2. ที่เหลือที่ไม่ใช่ข้อ1 ก็ดูว่ามีsinus brad.มั้ย ถ้ามีให้นับQTc (QT/รากที่สองของ RR) วัด QT ของตัวปกตินะ ถ้าเกิน 460 ms และมี PVC มาเรื่อยๆให้ระวังว่า สามารถเกิด VT VF ใน OR ก็เลิกแล้วconsult med มาดู(มักเจอในคนแก่กินยาที่prolong QTอยู่)
3. ที่เหลือที่ไม่ใช่1 และ2 ก็set OR ได้เลย โดยหลีกเลี่ยง hypoxia/ แก้ K /แก้ Mg (ถ้ามี lab)
4. ถ้าติด1. 2. แต่มันemer. ต้องผ่าจริง ก็ทำตามข้อ3 โดยเอาเครื่อง defib.เข้าOR ติดไปด้วย เตรียมมลูย

Start ยาARV(1)

46

- เราดูคนไข้ที่ยังไม่เคยกินยานะ แบบเพิ่งตรวจเจอ แต่ถ้าเคยกินยาแล้วขาดยาไปจะมาเริ่มใหม่นี้**consult**หรือ**refer**หอะ
 - ใจเย็นก่อน**start** ก็หา**OI** กับ**Lab**พื้นฐานก่อน ก็**Hx**(หอบเหนื่อย มีผื่น ท้องเสีย นำหนักลด ปวดหัว มีไข้?)&**PE**(ดูในปาก ผิว ฟัง**lung** ดู **neuro.**) **Lab**ก็ส่ง = **CBC**(ซีดี **AZT**ก็ไม่ควรให้), **Cr**(ถ้าไตไม่ดีก็ต้องระวัง **TDF**), **LFT**(อาจดูแค่**AST/ALT&ALP**), อื่นๆ อย่าง**BS**, **lipid profile**, **CXR**(หา**OI**), **HBV&HCV**, ถ้ายังไม่เคย**VDR**Lก็เอาด้วย, ผู้หญิงก็ควร**PAP**, **UA baseline**ด้วย, **CD4**, +/-**serum crypto.Ag**
- ***viral load** หนูไม่ต้องเจาะ**baseline** เค้เจาะหลังกินยา1ปี
- ** **CD4**เจาะ**baseline** แล้วก็เจาะทุก6เดือน
- *** ถ้าดูปกติหมดระหว่างรอนัดมา**start**ครั้งหน้าก็ให้วัดไข้ **1wk**ที่บ้าน เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน หรือถ้ารู้สึกว่ามีไข้ก็วัด ถ้าเจอต้องมาหา**OI**ตีๆ

Start ยาARV(2)

ถ้าเป็นOIจะเริ่มช้าเพราะกลัวIRIS TB
จะเริ่มหลังtreat 2-3wk, crypto
ก็4-6wk แต่ถ้ารู้ว่าCD4<50ก็จะเริ่ม
ภายใน 2wk

47

• มาstartกัน : เอาตามรพ.มีนะ

- 1) TDF(300) 1x1 + 3TC(300) 1x1 + EFV(600) 1x1 ให้กินตอน20.00น.
ข้อดีคือกินครั้งเดียว/วัน
- 2) GPOvir Z-250 = AZT(250)+3TC+NVP หรือ GPOvir s30 =
d4T(30)+3TC+NVP ก็กิน 1x2 ที่8.00น.และ20.00น.
- 3) Combid = AZT(300)+3TC(150) ก็กิน1x2 8.00กับ20.00น.แล้วก็
จะ+EFVหรือNVPก็แล้วแต่
- 4) หรือจะให้แยกตัวก็ได้ AZT(100) 2x2 + 3TC(150) 1x2 +NVP(200) 1x2
หรือ EFV ก็ได้

** 2 wk แรกควรจะเริ่มเป็น half dose NVP ก่อนเพราะกลัวside effectโดยเฉพาะคนที่
CD4สูงๆ ตอนแรกอาจให้ GPOvir Z 1x1 ไปก่อนแล้วค่อยstepเป็น 1x2

ย้ำว่าอย่าลืมกินยา ไม่งั้นคือยา โดยลืมได้ไม่เกิน1ครั้ง/20ครั้ง และdelay time
ได้ไม่เกิน 30 นาที พยายามให้กินน้อยๆ adherenceจะได้ดี

Start ยาARV(3)

- นัดF/U 2wk advice เรื่องฝืนที่จะต้องระวัง รับประทาน.และอาการอื่นๆ N/V ฝืน ร้าย เวียนหัว ตอนมากก็ดูฝืน+liver enzyme ฝืนเบาๆก็ให้ยาแก้แพ้ ถ้าไม่มีอะไรก็ up NVP อย่างที่บอก แล้วนัดห่างขึ้นเป็น4 เป็น6wk จนเป็น3-6เดือน
- นัดแต่ละครั้งดูอะไรบ้าง 1)Adherence 2)Short&long term side effect 3)Efficacy ก็ดูclinical ควรดีขึ้น ไม่ควรมีOIมาใหม่ในช่วง6เดือนแรก นี้ ถ้ามีอาการเป็นของเก่า ดูCD4ทั้งเป็นตัวและ% ถ้าไม่ขึ้นเลยก็refer หรือถ้าเคยขึ้น แล้วdropมากกว่า30%ก็refer ดูViral loadอยากได้<50นะ ซัก6เดือนก็ควร <400 1ปีก็<50 ถ้า1ปียัง>1000ก็ดูยา referนะจะ(จริง6เดือน>1000ก็ ควรส่งตรวจresistanceได้แล้ว)
- สรุปตรวจLab q6mo. —> CD4, Cr(ถ้าon TDF), CBC, ALT q12mo —> VL, Cr, UA, Pap smear(or anal pap), Chol(TC), TG, FBS
- all NRTI เช่น AZT, TDF, 3TC ปรับตามไตหมด เว้นAbacavir โดยเฉพาะ TDF GFR<50ให้เป็นวันเว้นวัน ถ้า<30ก็ไม่ให้ใช้

Start ยาARV(4)

มาดูข้อควรระวังกัน

1. NVP&EFV ต้องระวัง **ผื่น+hepatitis** โดยเฉพาะNVP

ถ้ามีผื่น

แบบ **mild** (ก็คือไม่ใช่ Mod. กับ severe 555) ให้ไปหาหาตัวอื่นก่อนที่อาจแพ้ (อิ Bactrim คือตัวดี) ก็ให้ off ยาที่สงสัย + supportive ไป แต่ถ้าเป็น **mod.** คือผื่นแบบแดงทั่วตัวแต่ไม่มี oromucosal involvement ก็ให้ยา supportive + pred. 15-30mg/day + หยุด NVP ตัวเดียว แล้วนัดมาดู 1-2 วันนะ แต่ถ้าผื่นเป็น **severe** (คือ SJS/TEN) ก็จับ admit แล้วหยุดยาให้หมด ไม่ต้องกังวลตัวยาใดๆทั้งสิ้น เอาชีวิตให้รอดก่อน

**ถ้ากิน GPO virZ อยู่ อิ NVP เนี่ย half life ในเลือดมันนาน จะหยุดยามันจะเหมือนได้ NVP ตัวเดียว เป็น monotherapy จะทำให้ตัวยาคือ AZT+3TC ไปก่อน 1wk แล้วหยุด

**ถ้าผื่น (mod.) หยุด NVP แล้วมันดีขึ้นก็ try EFV หรือให้ PI ไปเลย แต่ถ้าไม่ดีก็ต้องยอมหยุด

ถ้ามี Hepatitis

- ไข้ ตัว/ตาเหลือง = ให้หยุด NVP คิดคล้ายๆ ผื่น mod.

- ถ้าดูตับอักเสบแบบ **severe** มากจริงๆ ก็หยุดให้หมด

- ถ้าไม่มี **clinical** ให้ดู **enz.** ถ้า >10 เท่า ก็หยุด NVP ไปก่อน 1wk ถ้าไม่ดีก็หยุดหมด ถ้า 5-10 เท่าก็ไม่ ต้องหยุดแต่นัดมาดูเร็วๆ หน่อย 2-3 วัน ถ้าน้อยกว่า 5 เท่าก็ชีวๆ ดูไปได้

**ก่อนหยุดยาต้าน ต้องถามเสมอว่ากินยาอื่นรึเปล่า ยาสมุนไพรตัวดีเลย

เลือก EFV ก่อน NVP side eff.

คล้ายกันแต่ EFV เบากว่า แต่มีเพิ่มมา

คือมี CNS eff. คือจะเวียนหัวและฝัน

ร้าย (ดีขึ้นใน 1-2wk) ได้ และยังใช้ใน

คนท้องได้

Start ยาARV(5)

2. **d4T**ไม่ค่อยใช้กันแล้ว side eff.มันเยอะ ได้แก่lactic acidosis(มักเจอใน1ปีแรก), lipohyper/atrophy, metabolicต่างๆ, peripheral neuropathy side eff.พวกนี้เจอในNRTIอื่นด้วย ต้องระวังไว้เหมือนกัน
3. **AZT** ระวัง BM suppressionมักเจอใน6เดือนแรก
4. ยากลุ่ม**PI** เช่น LPV/rtv(Kalitra) ก็ระวังผื่นนิดหน่อย แต่ถ้ากินนานๆ ต้องระวัง metabolicทั้งหลายนะ
5. **TB** คนไข้จะกิน rifam อยู่ ซึ่งมีD-D interactionไปลดระดับยาตัวอื่นได้ ฉะนั้นห้ามกินกับ**PI** แต่ถ้าต้องกินจริงๆก็ต้องoff rifam. แล้วก็ไม่ควรกินคู่กับ**NVP**ด้วย
6. ระวัง**D-D interaction**
 - Ergot** คู่ **PI** **ห้ามเด็ดขาด ทำให้ level ergot สูงมากๆ vasospasm ชาดำ ตัดขา
 - Simvastatin, Lovastatin** เพิ่มระดับ **PI** —> rhabdomyolysis ถ้าต้องรักษา**DLP** เปลี่ยนเป็น Atorvastatin, Rosuvastatin (Lipitor, crestor)
 - Dormicum** เพิ่มระดับ **PI, EFV** อย่างมาก
 - PI** หลายตัวลดระดับยาคุมกำเนิด ควรคุมวิธีอื่นร่วมด้วย(condom)

STEMI(dripSK)

- อันนี้เจอบนบอร์ด คือ **notify** เจ็บหน้าอก เจอ **STE V1-3** ของแรงมัยล์

One day

- EKG 12 leads, monitor EKG
- ASA(325) 1 tab chewing stat
- Plavix(75) 4 tab oral stat
- Bl. For tropT,Bun,Cr,e'lyte
- ย้ายICU for SK
- SK 1.5mU + NSS100 ml IV drip in 1 hr.
- Record Neuro. Sign q 1hr. If GCS drop>2,pupil uneq.size,seizure, headache pls.notify

Cont.

- ASA(81) 1 tab po OD
- Plavix(75) 1 tab po OD
- Atorvas.(40) 1 tab po hs
- ISDN(5) 1 tab SL prn for chest pain
- Enoxa. 0.6 ml sc q 12 hr.(ให้นาน24-48hr.)

*EKG หลังให้SK STEควรลดลงกว่าเดิม 50%, chest painควรลดลง

*ระหว่างให้จะมีreperfusion arrhythmia = PVC, AIVR ก็ไม่ต้องทำอะไร

UTI ใสบๆ (1)

oflox มีเม็ด 200 / norflox มี
เม็ด 200 กับ 400 / ciproflox มี
เม็ด 250 เม็ด 1000

- Lower tract = cystitis ธรรมดา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม
 1. ผู้หญิงไม่ท้อง เป็นครั้งแรก Norfloxacin 400 mg bid 3 วัน
Ofloxacin 200-400 mg bid 3 วัน Ciprofloxacin 250 mg bid 3 วัน ถ้าเคยได้ ATB มาแล้ว แล้วยังไม่หาย ให้ oflox. หรือ ciproflox. แต่ให้ 7 วันนะ ส่วนเรื่องจะตาม UA หรือ W/U อื่นๆ ก็ตาม วิจารณ์ญาณ
 2. ถ้าท้องควรส่ง UC ติดต่อกันดูแล ANC ส่วนยากินก็ให้ 3rd gen. ceph. กินไป cefinir, cefixime, cefditoren
 3. ผู้ชาย, อายุ > 60 ปี, เป็น DM หรือมีความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะ ให้ ไปให้ Oflox. หรือ ciproflox. แบบ 7 วันเลย แล้วควรส่ง UC, นัดติดตาม อาการ + UA ถ้าอาการไม่ดีขึ้นหรือยังมี pyuria ควร w/u จัดเต็ม

UTI ใสบๆ (2)

oflox มีเม็ด 200 / norflox มี
เม็ด 200 กับ 400 / ciproflox มี
เม็ด 250 เม็ด 1000

- Upper tract ให้แบ่งตามความรุนแรง ต้องส่ง CBC, UC ทุกราย
- 1. **Mild** คือ ไม่ใช่ moderate และ severe 555+ ก็รักษาแบบ OPD ให้
Ofloxacin 200-400 mg bid 14 วัน Ciprofloxacin 250 mg bid 14
วัน นัดดู Day 3+ ตามผล UC
 - ... ถ้าอาการดีขึ้น UA มีแนวโน้มนลง UC ไม่ขึ้นเชื้อ ก็ยาต่อให้จนครบ 14 วัน
 - ... ถ้าอาการดีขึ้น UA ลง (มักจะไปตาม clinical) UC ขึ้นเชื้อ ก็ปรับยาให้ตามเชื้อ แล้ว
ควรส่ง UC อีกรอบใน Day 7 ถ้ายังมีเชื้ออยู่ ให้ U/S W/U กันนะจ๊ะ
 - ... ถ้าอาการไม่ดีขึ้น หรือแย่ลง ให้เปลี่ยนเป็น IV ATB : cef-3 หรือ genta. ก็ได้ จะ
Admit หรือฉีดเป็นวันๆ ก็ประเมินกัน ส่วน Management ตอนให้ IV ATB
ก็ทำแบบ Moderate นะ ประเมินหลังเริ่มให้ IV ATB ไปแล้ว 42-72 hr.
- 2. **Moderate** คือ ไข้สูงปรี๊ดๆ > 39, อ้วก เยอะ, WBC > 15000, severe
flank pain ก็รักษาแบบ OPD หรือ IPD ก็ได้ แต่ต้องให้ IV ATB cef-3
2g IV OD จะ admit เช่น อ้วก เยอะ กินไม่ได้เลย มี u/d เป็นต้น

ต่อ Moderate ประเมินอาการ & UA & ตาม UC ที่ 48-72 hr. ... ถ้า

... ถ้าอาการดีขึ้น UA คุม UC ไม่ขึ้น ก็เปลี่ยนเป็นยากินให้ครบ 14 วัน หรือถ้า UC ขึ้นก็
ปรับให้เข้ากับเชื้อ อาจเช็ด UC อีกรอบที่ 7 วันก็แล้วแต่

... ถ้าดูไม่ดีขึ้น UC ขึ้นเชื้อ ก็ปรับยาให้ตรงเชื้อ แล้วส่ง UC ใหม่อีกรอบ ให้เวลาได้อีก 2-3
วัน หลังจากนั้นถ้าดีขึ้นก็เปลี่ยนเป็นยากิน ถ้าไม่ดีขึ้นต้อง W/U เพิ่มเช่น U/S film
มองหา complication พวก abscess หรือ emphysematous ต่างๆ
แล้วก็ดู UC ใหม่ นะว่า เชื้อคือ ยาริปาว +/- step ATB นะ

... ถ้าดูไม่ดีขึ้น UC ไม่ขึ้นเชื้อ ก็ W/U เพิ่มเลย มองหา complication +/- step
ATB

3. **Severe** คือ V/S ไม่ stable SIRS จัดเต็ม หนูก็ Resuscitate, Admit,
ให้ IV ATB แบบ Moderate แต่ก็ฉีดยานานๆ หน่อย 7-14 วันไปเลย ถ้าไม่ดีขึ้นก็
คิดแบบ moderate นะ

ดูหน่วยเนอะ ทำตามสะดวกละกัน 555 สรุปให้ยา ตามผล D3-5 ปรับยาตามเชื้อ ถ้า
ไม่ดีขึ้นก็อาจ step ATB และ w/u หา complication ต่างๆ ด้วย