

# การให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการใช้ ยากระตุ้นไข

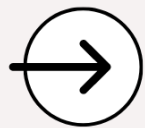


พว.พัชราภรณ์ พิวศรีพันธ์  
พยาบาลศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก

ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลมหาวชิราลงานเรนทร



# การจำหน่ายผู้รับบริการ หลังพบแพทย์ในวันที่รับ ยากระตุ้นไข่



01 การ recheck ยา  
กับ order แพทย์

02 การให้รายละเอียดการ  
ใช้ยากับผู้รับบริการ

03 การทวนซ้ำแบบย้อนกลับ  
เพื่อทบทวนความเข้าใจของ  
ผู้รับบริการในการใช้ยา

04 การโทรนัดหมายวันนัด  
ultrasound



## ใบนับวันสำหรับการกระตุ้นไข่

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี

แพทย์ผู้ทำการรักษา.....

วันที่ของรอบเดือน	วันที่ตามปฏิทิน	ยาที่ต้องใช้	ยาที่ต้องใช้	ยาที่ต้องใช้	คำแนะนำเพิ่มเติม
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ คลินิกสูติ-บรีเวจ : 055-965-665 (วันจันทร์-ศุกร์ ในเวลาราชการ)


ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก : 055-965-653, 055-965-670 (วันจันทร์-ศุกร์ ในเวลาราชการ)

ห้องคลอด : 055-965-674 (นอกเวลาราชการ)

## ใบนับวันสำหรับการกระตุ้นไข่



# ตัวอย่างการเขียนใบนับ วันสำหรับการกระตุ้นไข่


**ใบนับวันสำหรับการกระตุ้นไข่**

ชื่อ-นามสกุล..... ปี.....  
 แพทย์ผู้ทำการรักษา..... (แพทย์ หรือ นพ.)

วันที่ของรอบเดือน	วันที่ตามปฏิทิน	ยาที่ต้องใช้ Letrozole (๑.๕ มก.)	ยาที่ต้องใช้	ยาที่ต้องใช้	คำแนะนำเพิ่มเติม
1	29 ธ.ค. ๖๖	1 เม็ด 1 ครั้ง			
2	29 ธ.ค. ๖๖				
3	29 ธ.ค. ๖๖	/			
4	30 ธ.ค. ๖๖	/			
5	31 ธ.ค. ๖๖	/			
6	1 ก.ม. ๖๖	/			
7	2 ก.ม. ๖๖	/			
8	3 ก.ม. ๖๖				
9					
10					
11					
12					หยุดให้ยาแล้ว
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ คลินิกสูติ-นรีเวช : 055-965-665 (วันจันทร์-ศุกร์ ในเวลาราชการ)  
 \*\*\*กรุณาโทรมาติดต่อ ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก : 055-965-653, 055-965-670 (วันจันทร์-ศุกร์ ในเวลาราชการ)  
 ภายใน 3 วันแรกของรอบเดือนค่ะ\*\*\*  
 โทรศัพท์ : 055-965-674 (นอกเวลาราชการ)



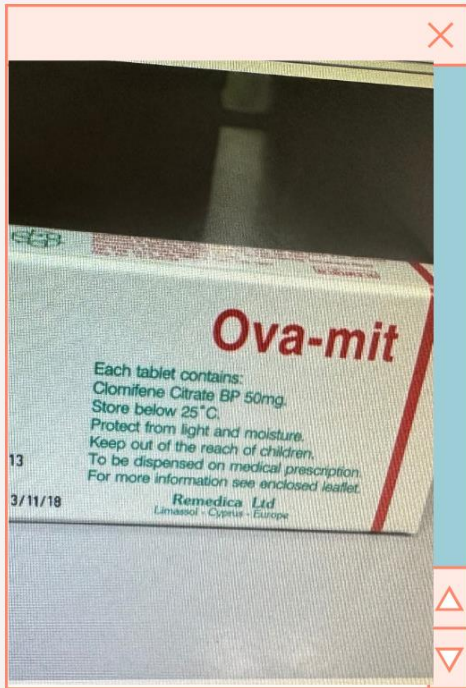
# การรับนัดทาง โทรศัพท์

APPOINTMENT



1. ชื่อ - นามสกุล
2. ชื่อแพทย์เจ้าของไข้
3. วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP)
4. ชื่อยา วิธีการใช้ยา จำนวนยาที่ได้ไป วันที่เริ่มยา
5. เบอร์โทรติดต่อกลับ
6. เมื่อติดต่อกลับทบทวนข้อมูลซ้ำอีกครั้ง
7. แนะนำการนำภาชนะแช่เย็นมารับยาในวันนัด  
ultrasound

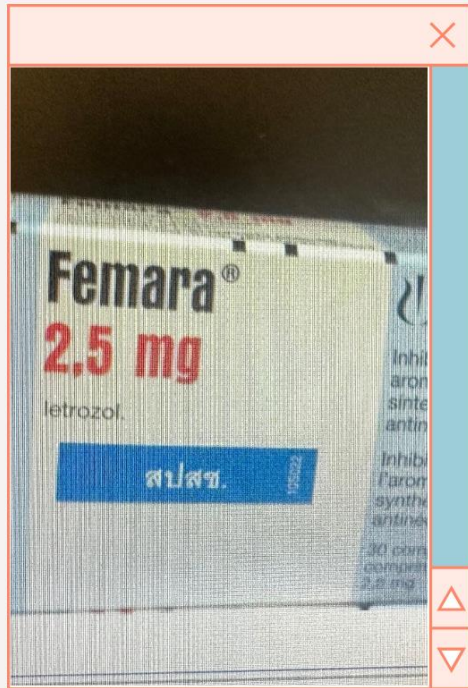
## → การกระตุ้นไข่ชนิดรับประทาน



- Clomiphene 50 mg oral

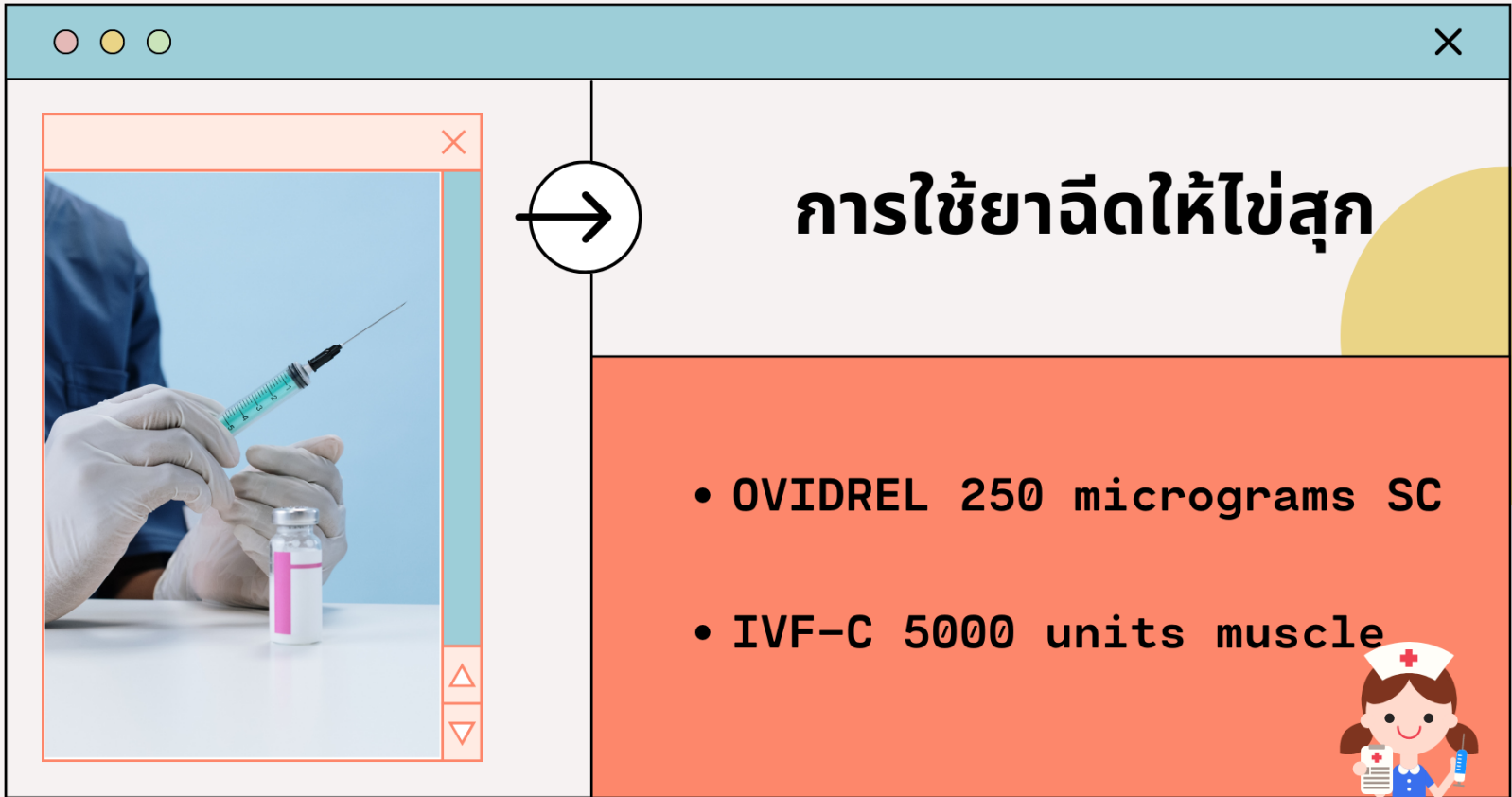


# → การกระตุ้นไขชชนิดรับประทาน




- Letrozol 2.5 mg oral





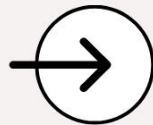
**การใช้ยาฉีดให้ไข่อสุก**

- OVIDREL 250 micrograms SC
- IVF-C 5000 units muscle

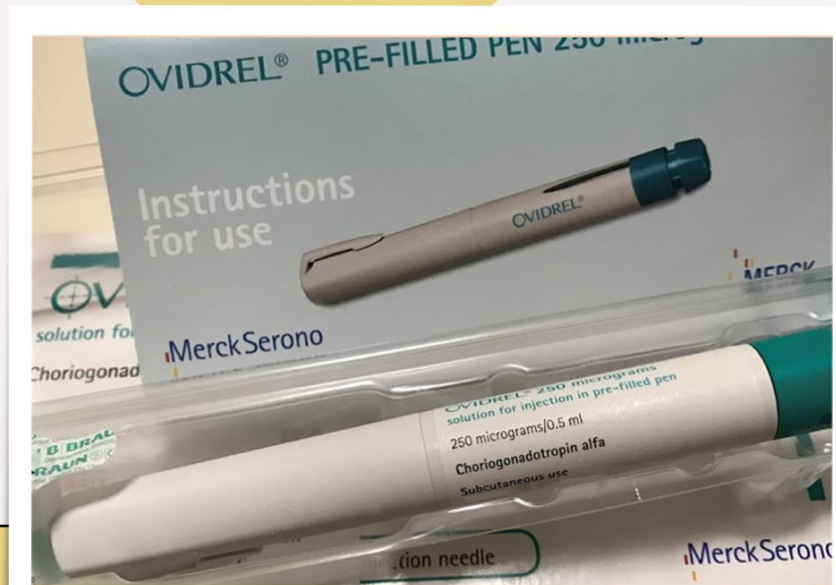




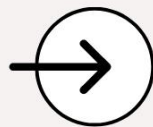
# ยาฉีดให้ไข่มุก



**Ovidrel 250 micrograms  
subcutaneous**



# ยาฉีดให้ไข่มุก



**IVF-C 5000 units  
muscle**



# บัตรฉีดยา



ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น  
อาคารเฉลิมพระเกียรติ 7 รอบ พระชนมพรรษา 1 ชั้น 2 ห้องคลอด  
โทรศัพท์ 055-965653, 055-965670

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรียน แพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

สืบเนื่องจากคุณ.....ซึ่งกำลังรักษาเกี่ยวกับภาวะมีบุตร

ยากมีความจำเป็นต้องได้รับยาฉีด ดังนี้

### ยากกระตุ้นไข่

[ ] ยา IVF-M ขนาดที่ฉีด.....unit ฉีดชั้นกล้ามเนื้อ (IM) ที่สะโพก  
วิธีผสม : ยา.....หลอด + น้ำ 1 หลอด วันละ 1 ครั้ง เวลา.....น. วันที่.....

[ ] ยา **Purason** ขนาดที่ฉีด.....unit ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง (SC) ที่หน้าท้อง  
วันละ 1 ครั้ง เวลา.....น. วันที่.....

[ ] ยา **Gonal-F** ขนาดที่ฉีด.....unit ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง (SC) ที่หน้าท้อง  
วันละ 1 ครั้ง เวลา.....น. วันที่.....

[ ] ยา **Follitropin** ขนาดที่ฉีด.....unit ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง (SC) ที่หน้าท้อง  
วันละ 1 ครั้ง เวลา.....น. วันที่.....

[ ] ยา.....ขนาดที่ฉีด.....unit ฉีดชั้น.....ที่.....  
วันละ 1 ครั้ง เวลา.....น. วันที่.....

### ยากกันไขตก

[ ] ยา **Oralutran** ขนาดที่ฉีด 250  $\mu\text{g}$  ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง (SC) ที่หน้าท้อง "ห้ามใส่ฟองอากาศออก"  
วันละ 1 ครั้ง เวลา.....น. วันที่....."ค้างเข็มนานที่หน้าท้องหลังฉีด 40 วินาที"

### ยากกระตุ้นไข่ไขสุก

[ ] ยา **Pregnyl** ขนาดที่ฉีด.....unit ฉีดชั้นกล้ามเนื้อ (IM) ที่สะโพก  
เวลา.....น. วันที่.....

[ ] ยา **Ovidrel** ขนาดที่ฉีด 250  $\mu\text{g}$  ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง (SC) ที่หน้าท้อง  
เวลา.....น. วันที่.....

[ ] ยา **Triptorelin/Diphereline** ขนาดที่ฉีด.....mg ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง (SC) ที่หน้าท้อง  
เวลา.....น. วันที่.....

[ ] ยา IVF-C ขนาดที่ฉีด.....unit ฉีดชั้นกล้ามเนื้อ (IM) ที่สะโพก  
เวลา.....น. วันที่.....

มจร.....

## ตารางการฉีดยาของผู้รับบริการศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก

วันที่	เวลาที่ฉีด	ชื่อยาและปริมาณยา	ประเภทยา			ผู้ฉีด
			ยากกระตุ้นไข่	ยากกันไข่ตก	ยาให้ไข่สุก	

ยากระตุ้นไข่สุก

[  ] ยา Pregnyl ขนาดที่ฉีด.....unit ฉีดชั้นกล้ามเนื้อ (IM) ที่สะโพก  
เวลา.....น. วันที่.....

[  ] ยา Ovidrel ขนาดที่ฉีด 250 µg ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง (SC) ที่หน้าท้อง  
เวลา.....น. วันที่.....

[  ] ยา Triptorelin/Diphereline ขนาดที่ฉีด.....mg ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง (SC) ที่หน้าท้อง  
เวลา.....น. วันที่.....

[  ] ยา IVF-C ขนาดที่ฉีด.....unit ฉีดชั้นกล้ามเนื้อ (IM) ที่สะโพก  
เวลา.....น. วันที่.....

ลงชื่อ.....



### ยากระตุ้นไข่สุก

[  ] ยา Pregnyl ขนาดที่ฉีด.....unit ฉีดชั้นกล้ามเนื้อ (IM) ที่สะโพก  
เวลา.....น. วันที่.....

[  ] ยา Ovidrel ขนาดที่ฉีด 250  $\mu$ g ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง (SC) ที่หน้าท้อง  
เวลา.....น. วันที่.....

[  ] ยา Triptorelin/Diphereline ขนาดที่ฉีด.....mg ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง (SC) ที่หน้าท้อง  
เวลา.....น. วันที่.....

[  ] ยา IVF-C ขนาดที่ฉีด.....unit ฉีดชั้นกล้ามเนื้อ (IM) ที่สะโพก  
เวลา.....น. วันที่.....

ลงชื่อ.....



# การเก็บรักษา เมื่อต้องเคลื่อนย้าย

↘ เมื่อมารับยาทุกครั้ง หรือจะต้องนำยาไปฉีด ณ สถานพยาบาล จะต้องเตรียมภาชนะมาใส่ยาด้วยทุกครั้ง ได้แก่ กระติกน้ำแข็งพร้อมน้ำแข็ง หรือ cold pack / กระเป๋าเก็บความเย็น พร้อม cold pack

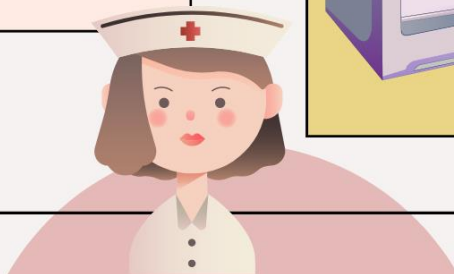


นำยาวางไว้ในช่องกลางของ  
ตู้เย็น ดังรูป  
ห้ามใส่ช่อง freeze  
ช่อง freeze ช่องแช่ผัก หรือ  
ฝาประตูตู้เย็นเพื่อควบคุม  
อุณหภูมิให้เหมาะสม คือ 2-8  
องศาเซลเซียส

↘ กรณี ตู้เย็น 1 ประตู



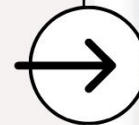
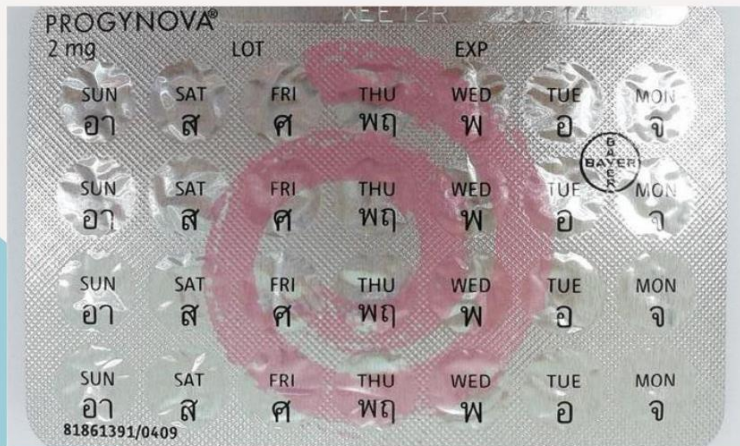
↘ กรณี ตู้เย็น 2 ประตู



ยาสำหรับผู้ป่วยบริการ case Endometrium บาง



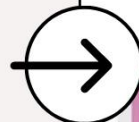
# Progynova 2 mg



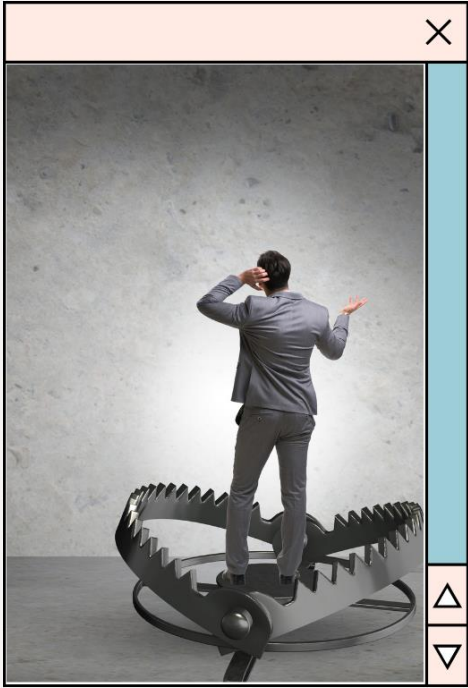
อาการข้างเคียงที่อาจเกิดได้จาก estradiol เช่น คัดตึงเต้านมหรือมีขนาด  
ใหญ่ขึ้น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง อ่อนเพลีย เพิ่มความเสี่ยงต่อการ  
เกิดภาวะเลือดแข็งตัวมากผิดปกติ (จดไว้ในผู้รับบริการที่มีภาวะDVT) เป็นต้น



# Duphaston




- อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย : ปวดหัว คลื่นไส้ เจ็บคัดตึงเต้านม
- อาการข้างเคียงที่พบไม่บ่อย : วิงเวียน อาเจียน เกิดผื่นแพ้ (rash, pruritus, urticaria)



→

# PITFALL



1. การลืมนับประทานยากระตุ้นไข / การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
2. การฉีดยาให้ไขสุกผิดปกติ
3. การลืมนับประทานยาเสริมผนังเยื่อหุ้มโพรงมดลูก หลังฉีดน้ำเชื้อ



THANK  
YOU

**Any questions**  
???