

คำแนะนำในการปรับขนาดยา (titration guide) - ชุดปรับขนาดยา (titration pack)

หน้า 1

อัพทราวิ (Uptravi) ชนิดเม็ดเคลือบฟิล์ม
เซเล็กซิแพ็ก (selexipag)
คำแนะนำในการปรับขนาดยา
การเริ่มการรักษาด้วยอัพทราวิ
โปรดอ่านข้อมูลสำหรับผู้ป่วยในเอกสารกำกับยาที่แนบมา ก่อนเริ่มการรักษา
แจ้งแพทย์หากคุณเกิดอาการข้างเคียง เพราะแพทย์อาจแนะนำให้ปรับขนาดยาอัพทราวิ
แจ้งแพทย์หากคุณกำลังใช้ยาอื่นอยู่ เพราะแพทย์อาจแนะนำให้ได้รับประทานอัพทราวิเพียงวันละครั้ง

หน้า 2

เนื้อหา	
คุณควรรับประทานอัพทราวิ	
อย่างไร?.....	4
คุณควรปรับเพิ่มขนาดยาอย่างไร	
?.....	6
การปรับขนาดยามีขั้นตอน	
อย่างไร?.....	8
คุณควรปรับลดขนาดยาลง	
เมื่อไร?.....	10
การปรับลดขนาดยาลง	
.....	12

หน้า 3

เมื่อคุณเปลี่ยนมาใช้ขนาดพุง (maintenance dose).....	14
หากคุณลืมรับประทานอัพทราวิ	
.....	16
หากคุณหยุดรับประทานอัพทราวิ	
.....	17
สมุดบันทึกการปรับขนาด	
ยา.....	18

หน้า 4

คุณควรรับประทานอัพทราวิอย่างไร?
อัพทราวิเป็นยาที่รับประทานทุกวันในตอนเช้าและตอนเย็น เพื่อรักษาภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง (pulmonary arterial hypertension หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า PAH)
ขนาดยาเริ่มต้นของอัพทราวิคือ 200 ไมโครกรัม ในตอนเช้า 1 ครั้ง และในตอนเย็น 1 ครั้ง
ควรเริ่มรับประทานอัพทราวิมื้อแรกในตอนเย็น
คุณควรรับประทานยาแต่ละมื้อพร้อมน้ำ 1 แก้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างมื้ออาหาร

หน้า 5

การรักษาด้วยอัพทราวิแบ่งเป็น 2 ระยะ:
การปรับขนาดยา
ในระยะหลายสัปดาห์แรก คุณจะร่วมมือกับแพทย์เพื่อหาขนาดยาอัพทราวิที่เหมาะสมกับคุณ แพทย์อาจให้คุณปรับเพิ่มขนาดยาอัพทราวิจากขนาดยาเริ่มต้นให้สูงขึ้น หรือแพทย์อาจปรับลดขนาดยาให้ต่ำลง กระบวนการนี้เรียกว่าการปรับขนาดยา (titration) ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายของคุณค่อย ๆ ปรับเข้ากับยา
การให้ขนาดพุง
เมื่อแพทย์ได้ขนาดยาที่เหมาะสมกับคุณแล้ว จะให้คุณรับประทานขนาดนี้ต่อไปเป็นประจำ ซึ่งเรียกว่าขนาดพุง

หน้า 6

คุณควรปรับเพิ่มขนาดยาอย่างไร?

คุณจะเริ่มจากขนาดยา 200 ไมโครกรัมในตอนเช้าและตอนเย็น หลังจากปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลแล้วจึงจะปรับเพิ่มเป็นขนาดยาต่อไปได้ หลังปรับเพิ่มขนาดยาแต่ละชั้นควรเริ่มรับประทานยาเม็ดแรกในตอนเย็น การปรับเพิ่มขนาดยาแต่ละชั้นโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 1 สัปดาห์ แต่อาจใช้เวลาหลายสัปดาห์เพื่อให้ได้ขนาดยาที่เหมาะสมกับคุณ

เป้าหมายคือให้ได้ขนาดยาที่เหมาะสมที่สุดเพื่อรักษาคุณ

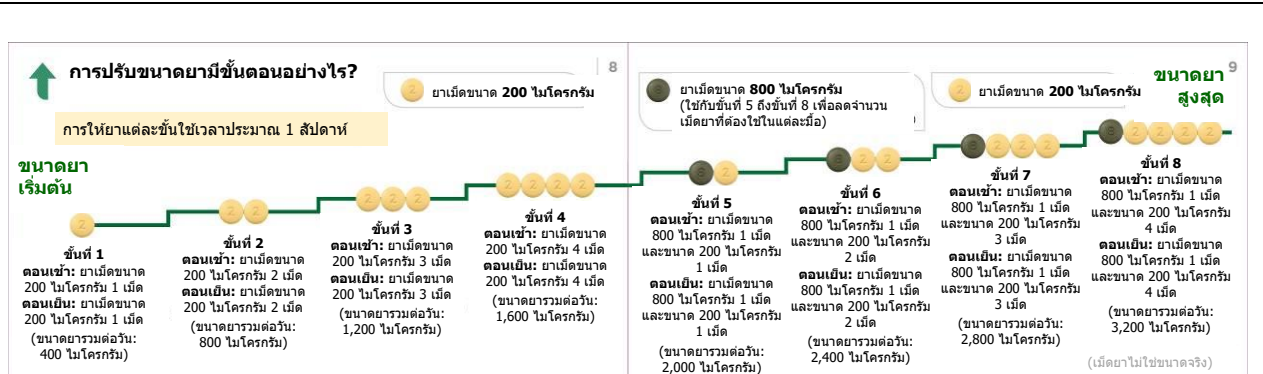
ขนาดยานี้จะเป็นขนาดพุงของคุณ

หน้า 7

ผู้ป่วยที่เป็น PAH ทุกคนแตกต่างกัน ไม่ใช่ทุกคนจะได้ขนาดพุงเท่ากัน

ผู้ป่วยบางคนอาจได้ขนาดพุงที่ 200 ไมโครกรัมในตอนเช้าและตอนเย็น ในขณะที่บางคนต้องได้ขนาดยาสูงสุด 1,600 ไมโครกรัมในตอนเช้าและตอนเย็น นอกนั้นอาจได้ขนาดพุงที่อยู่ระหว่างนั้น สิ่งสำคัญคือคุณจะได้ขนาดยาที่ปรับให้เหมาะสมที่สุดเพื่อรักษาคุณ

หน้า 8



หน้า 9

หน้า 10

↓ คุณควรปรับลดขนาดยาลงเมื่อไร?

เช่นเดียวกับยาทุกชนิด อัมพาตอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้เมื่อคุณปรับเพิ่มขนาดยาให้สูงขึ้น หากเกิดอาการข้างเคียงขึ้นควรปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลคุณ เพราะมีการรักษาที่สามารถบรรเทาอาการข้างเคียงได้ อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยที่สุด (อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 10 คน) ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างใช้อัมพาต ได้แก่

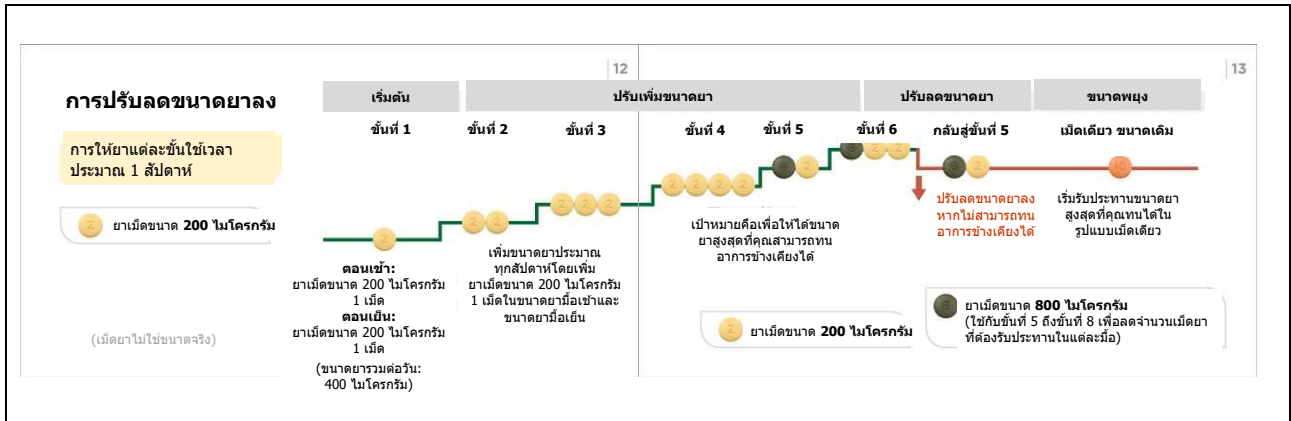
- ปวดศีรษะ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดขากรรไกร ปวดกล้ามเนื้อ ปวดขา ปวดข้อ หน้าแดง
- สำหรับข้อมูลอาการข้างเคียงทั้งหมด ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้จากเอกสารกำกับยา

หน้า 11

หากคุณไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงของยาถึงแม้แพทย์หรือพยาบาลจะได้พยายามรักษาแล้ว แพทย์หรือพยาบาลอาจแนะนำให้ปรับลดขนาดยาให้ต่ำลง

หากแพทย์หรือพยาบาลแจ้งให้คุณปรับลดขนาดยาให้ต่ำลง คุณควรรับประทานยาเม็ดขนาด 200 ไมโครกรัม ลดลงจากเดิม 1 เม็ดในตอนเช้าและลดลง 1 เม็ดในตอนเย็น

คุณควรปรับลดขนาดยาลงหลังจากปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลผู้รักษาภาวะ PAH ของคุณแล้วเท่านั้น กระบวนการปรับลดขนาดยาลงนี้จะช่วยให้ได้ขนาดยาที่เหมาะสมกับคุณ หรือที่เรียกว่าขนาดพุง



เมื่อคุณเปลี่ยนมาใช้ขนาดพุง
ขนาดยาสูงสุดที่คุณสามารถทนได้ในระหว่างการปรับขนาดยาจะกลายเป็นขนาดพุงของคุณ ขนาดพุงคือขนาดยาที่คุณควรรับประทานต่อไปเป็นประจำ แพทย์หรือพยาบาลสามารถสั่งจ่ายขนาดพุงให้คุณเป็นยาเม็ดเดียวที่มีความแรงเท่ากัน ซึ่งจะช่วยให้คุณรับประทานยาเพียงครั้งละ 1 เม็ดในตอนเช้า และ 1 เม็ดในตอนเย็นแทนที่จะรับประทานหลายเม็ดในแต่ละมือ

ตัวอย่างเช่น หากขนาดยาสูงสุดที่คุณทนได้ในระหว่างการปรับขนาดยา คือ 1,200 ไมโครกรัม รับประทานในตอนเช้า 1 ครั้ง และในตอนเย็น 1 ครั้ง:

ขนาดยาสูงสุดที่ทนได้ = ขนาดพุง

ตอนเช้า

ตอนเย็น

เมื่อเวลาผ่านไป แพทย์หรือพยาบาลอาจปรับขนาดพุงให้คุณเมื่อจำเป็น

หากคุณล้มรับประทานอหฺพทราวิ
หากคุณล้มรับประทานยา 1 ครั้ง ให้รับประทานทันทีที่นึกขึ้นได้ แล้วรับประทานยามื้อต่อไปตามเวลาปกติ หากนึกขึ้นได้ภายใน 6 ชั่วโมงที่จะต้องรับประทานยามื้อต่อไปตามปกติ ก็ไม่ต้องรับประทานยามื้อที่ลืมนั้น แต่ให้รับประทานยามื้อต่อไปตามเวลาปกติ



ห้ามรับประทานยาเป็น 2 เท่าเพื่อชดเชยยามื้อที่ลืมนั้น

หากคุณหยุดรับประทานอหฺพทราวิ
ห้ามหยุดรับประทานอหฺพทราวิเว้นแต่แพทย์หรือพยาบาลสั่ง หากคุณหยุดรับประทานอหฺพทราวินานเกิน 3 วันติดต่อกันไม่ว่าจากเหตุผลใดก็ตาม (หากคุณล้มรับประทานยา 6 มื้อติดต่อกัน) ให้ติดต่อแพทย์หรือพยาบาลผู้รักษาภาวะ PAH ของคุณทันที เพราะอาจจำเป็นต้องปรับขนาดยาของคุณเพื่อหลีกเลี่ยงอาการข้างเคียง





แพทย์หรือพยาบาลอาจให้คุณเริ่มการรักษาอีกครั้งที่ขนาดยาด่าง แล้วค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาไปจนถึงขนาดพุงเดิมของคุณ

ควรเริ่มรับประทานฉัพทราวิมือแรกในตอนเย็น	หลังปรับเพิ่มขนาดยาฉัพทราวิแต่ละชั้นควรเริ่มรับประทานยามือแรกในตอนเย็น
--	--





หน้า 22

สัปดาห์ที่ _____	เขียนจำนวนสัปดาห์ของการรักษาที่มมบนซ้ายมือ เขียนจำนวนเม็ดยาที่คุณรับประทานในตอนเช้าและในตอนเย็นลงในช่องสี่เหลี่ยมข้างล่างทุกวัน ฉันได้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลของฉันเมื่อวันที่.....	22
	วันที่ _____	
 ตอนเช้า		
 ตอนเย็น		





หน้า 23

สัปดาห์ที่ _____	เขียนจำนวนสัปดาห์ของการรักษาที่มมบนซ้ายมือเขียนจำนวนเม็ดยาที่คุณรับประทานในตอนเช้าและในตอนเย็นลงในช่องสี่เหลี่ยมข้างล่างทุกวัน ฉันได้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลของฉันเมื่อวันที่.....	2 3
	วันที่ _____	
 ตอนเช้า		
 ตอนเย็น		
		ข้ามไปหน้า 28 หากแพทย์ของคุณสั่งจ่ายยาเม็ดขนาด 800 ไมโครกรัม

หน้า 24

สัปดาห์ที่ _____	เขียนจำนวนสัปดาห์ของการรักษาที่มมบนซ้ายมือ เขียนจำนวนเม็ดยาที่คุณรับประทานในตอนเช้าและในตอนเย็นลงในช่องสี่เหลี่ยมข้างล่างทุกวัน ฉันได้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลของฉันเมื่อวันที่.....	24
	วันที่ _____	
 ตอนเช้า		
 ตอนเย็น		
		ข้ามไปหน้า 28 หากแพทย์ของคุณสั่งจ่ายยาเม็ดขนาด 800 ไมโครกรัม

หน้า 25









สัปดาห์ที่ _____	เขียนจำนวนสัปดาห์ของการรักษาที่มมบนซ้ายมือเขียนจำนวนเม็ดยาที่คุณรับประทานในตอนเช้าและในตอนเย็นลงในช่องสี่เหลี่ยมข้างล่างทุกวัน ฉันได้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลของฉันเมื่อวันที่.....	2 5
	วันที่ _____	
 ตอนเช้า		
 ตอนเย็น		
		ข้ามไปหน้า 28 หากแพทย์ของคุณสั่งจ่ายยาเม็ดขนาด 800 ไมโครกรัม

หน้า 26

สัปดาห์ที่ _____	เขียนจำนวนสัปดาห์ของการรักษาที่มมบนซ้ายมือ เขียนจำนวนเม็ดยาที่คุณรับประทานในตอนเช้าและในตอนเย็นลงใน	26
------------------	---	----

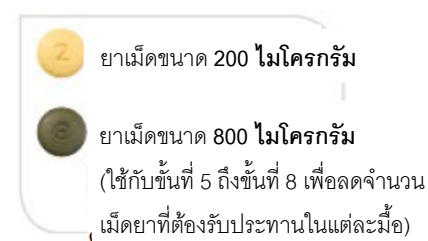
หน้า 27

สัปดาห์ที่ _____	เขียนจำนวนสัปดาห์ของการรักษาที่มมบนซ้ายมือเขียนจำนวนเม็ดยาที่คุณรับประทานในตอนเช้าและในตอนเย็นลงในช่อง	2 7
------------------	--	--------

	ช่องสี่เหลี่ยมข้างล่างทุกวัน ฉัน ได้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลของ ฉันเมื่อวันที่.....		สี่เหลี่ยมข้างล่างทุกวัน ฉันได้ปรึกษา แพทย์หรือพยาบาลของฉันเมื่อวันที่
	วันที่ _____		วันที่ _____
 ตอนเช้า	 200 ไมโครกรัม	 ตอนเช้า	 200 ไมโครกรัม
 ตอนเย็น	 200 ไมโครกรัม	 ตอนเย็น	 200 ไมโครกรัม
	ข้ามไปหน้า 28 หากแพทย์ของคุณ สั่งจ่ายยาเม็ดขนาด 800 ไมโครกรัม		ข้ามไปหน้า 28 หากแพทย์ของคุณสั่งจ่าย ยาเม็ดขนาด 800 ไมโครกรัม

หน้า 28

ใช้หน้าสมุดบันทึกต่อไปนี้ หากแพทย์หรือพยาบาล
ของคุณสั่งจ่ายยาเม็ดขนาด 800 ไมโครกรัมให้คุณ
เพิ่มจากยาเม็ดขนาด 200 ไมโครกรัม
ในหน้าสมุดบันทึก ให้ทำเครื่องหมายไว้ว่าคุณได้
รับประทานยาเม็ดขนาด 800 ไมโครกรัม **1** เม็ดใน
ตอนเช้าและในตอนเย็นทุกวัน ร่วมกับยาเม็ดขนาด
200 ไมโครกรัมตามจำนวนที่แพทย์สั่ง



หน้า 29

**อย่าลืมปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลผู้รักษาภาวะ
PAH ของคุณเป็นประจำ**

จดบันทึกคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล:

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน และอีเมลของแพทย์:

เบอร์โทรศัพท์ของเภสัชกร:

หมายเหตุ:

หน้า 30

สัปดาห์ที่ _____ เขียนจำนวนสัปดาห์ของการ
รักษาที่มมบนซ้ายมือ เขียน
จำนวนเม็ดยาที่คุณรับประทาน
ในตอนเช้าและในตอนเย็นลงใน
ช่องสี่เหลี่ยมข้างล่างทุกวัน ฉัน
ได้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลของ
ฉันเมื่อวันที่.....

วันที่ _____



หน้า 31

สัปดาห์ที่ _____ เขียนจำนวนสัปดาห์ของการรักษาที่
มมบนซ้ายมือ
เขียนจำนวนเม็ดยาที่คุณรับประทาน
ในตอนเช้าและในตอนเย็นลงในช่อง
สี่เหลี่ยมข้างล่างทุกวัน ฉันได้ปรึกษา
แพทย์หรือพยาบาลของฉันเมื่อวันที่
.....

วันที่ _____









 คอมน้ำ	 200 ไมโครกรัม	 800 ไมโครกรัม	1	1	1	1	1	1	1	 คอมน้ำ	 200 ไมโครกรัม	 800 ไมโครกรัม	1	1	1	1	1	1	1
 คอมน้ำเย็น	 200 ไมโครกรัม	 800 ไมโครกรัม	1	1	1	1	1	1	1	 คอมน้ำเย็น	 200 ไมโครกรัม	 800 ไมโครกรัม	1	1	1	1	1	1	1

หน้า 36

สัปดาห์ที่ _____ เขียนจำนวนสัปดาห์ของการรักษา 36 ที่มมบนซ้ายมือ เขียนจำนวนเม็ดยาที่คุณรับประทานในตอนเช้าและในตอนเย็นลงในช่องสี่เหลี่ยมข้างล่างทุกวัน ฉันได้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลของฉันเมื่อวันที่

วันที่ _____

 คอมน้ำ	 200 ไมโครกรัม	 800 ไมโครกรัม	1	1	1	1	1	1	1
 คอมน้ำเย็น	 200 ไมโครกรัม	 800 ไมโครกรัม	1	1	1	1	1	1	1

หน้า 37

สัปดาห์ที่ _____ เขียนจำนวนสัปดาห์ของการรักษา 3 ที่มมบนซ้ายมือเขียนจำนวนเม็ดยาที่คุณรับประทานในตอนเช้าและในตอนเย็นลงในช่องสี่เหลี่ยมข้างล่างทุกวัน ฉันได้ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลของฉันเมื่อวันที่

วันที่ _____

 คอมน้ำ	 200 ไมโครกรัม	 800 ไมโครกรัม	1	1	1	1	1	1	1
 คอมน้ำเย็น	 200 ไมโครกรัม	 800 ไมโครกรัม	1	1	1	1	1	1	1

หน้า 38

หมายเหตุ

หน้า 39

หน้า 40

Titration guide from EU SmPC V. FEB-2020
นำเข้าไปโดย

<p>บริษัท แจนเซน-ซีแลก จำกัด กรุงเทพฯ ประเทศไทย</p> <p>หากต้องการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สงสัยเกิดจากการใช้ยา กรุณาติดต่อบริษัทฯ ทางอีเมล aepqcjacth@its.jnj.com</p> <p>หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ กรุณาติดต่อบริษัทฯ ทางอีเมล medinfosea@its.jnj.com</p>	
---	--