MDC Health

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

ฉบับที่ 3 ปีที่ 2 เดือนธันวาคม 2560 ISSN 2465-4841

ภาพถ่ายฝีพระหัตถ์ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร

29 กันยายน 2541

www.md-center.org

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา
บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด

MDC Health
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

สารกรรมการผู้อำนวยการ
MDC Health Magazine

จากประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดวันสำคัญของชาติไทย ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ความว่า มีพระราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้กำหนดว่า วันที่ ๕ ธันวาคมของทุกปี เป็นวันสำคัญของชาติไทย ดังนี้

๑. เป็นวันคล้ายวันเฉลิมพระชนมพรรษาของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร

๒. เป็นวันชาติ

๓. เป็นวันพ่อแห่งชาติ

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาจึงเห็นควรให้มีการบำเพ็ญกุศล จัดกิจกรรมเฉลิมพระเกียรติตรวจรักษาผู้ป่วยโดยไม่คิดค่าบริการ และน้อมเกล้าน้อมกระหม่อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร รวมทั้งได้จัดพิมพ์นิตยสาร MDC Health เพื่อนำเสนอบทความในด้านต่าง ๆ เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ที่สนใจ โดยได้ขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตเชิญภาพถ่ายฝีพระหัตถ์ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร มาลงพิมพ์บนปก และในบทความประวัติคุณทองแดง สุนัขทรงเลี้ยง ซึ่งทางคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาได้รับพระราชทานพระราชานุญาตจากสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร นับเป็นพระมหากรุณาธิคุณอย่างหาที่สุดมิได้

อนึ่งการจัดกิจกรรมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ในวันที่ ๕ ธันวาคมของทุกปี เพื่อแสดงความจงรักภักดีและรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณที่ได้ปกเกล้าปกกระหม่อมให้ความร่มเย็นเป็นสุขแก่พสกนิกรชาวไทย อีกทั้งทรงบันดาลให้เกิดการพัฒนาประเทศไทยในทุกด้านตลอดมาเป็นเวลาถึง ๗๐ ปี ซึ่งปกติเคยเปล่งสัจวาจาถวายพระพรชัยมงคลตราบจนปีที่ผ่านมาอันเป็นปีแห่งความอาดูรของปวงประชาชนชาวไทย มาบัดนี้พระองค์เสด็จสู่สวรรคาลัยแล้ว ก็ยังทรงสถิตอยู่ในใจตราบนิรันดร์กาล

ศาสตราจารย์เกียรติยศ นายแพทย์ สงคราม ทรัพย์เจริญ
รักษาการกรรมการผู้อำนวยการ คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

MDC Health
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์
นายจิรายุ อิศรางกูร ณ อยุธยา
ศ.เกียรติยศ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ
พล.ท.นพ.เชิดชัย เจียมไชยศรี
พล.ท.ทพ.ทวีศักดิ์ ทวีศรี

ที่ปรึกษา
รศ.นพ.สาธิต โหตระกิตย์
รศ.นพ.สรนิต ศิลธรรม
พล.อ.นพ.วทัญญู ปรัชญานนท์
นพ.ธีรพล โตพันธานนท์
พล.ท.นพ.มาโนชญ์ จันทรศร
นพ.ยิ่งศักดิ์ ศุภนิตยานนท์
นางสุปาณี ธรานนท์

บรรณาธิการ
ศ.คลินิกเกียรติคุณ
ทพญ.ดร.ธีรลักษณ์ สุทธเสถียร

คณะบรรณาธิการ
พล.ต.นพ.กนธีร์ สังขวาสี
พญ.กิ่งกาญจน์ เติมสิริ
พ.ต.อ.นพ.คำนูณ อธิภาส
นพ.ประเสริฐ พิมลแสงสุริยา
นพ.ปกรณ์ โล่ห์เลขา
ศ.เกียรติคุณ พญ.พูนสุข จิตรนุสนธิ์
พล.อ.นพ.ภูษิต รัตนธรรม
ผศ.พญ.รวิวรรณ นิวาตพันธุ์
พญ.วิญญารัตน์ ตันศิริ
พล.ร.ท.นพ.วิเชียร นาวินพิพัฒน์
น.ต.นพ.วิทยา บุญยะทรัพย์
รศ.นพ.สมชาย เอื้อรัตนวงศ์
นพ.สมพร วงศ์อมรธรรม
นพ.สุรพงษ์ รัชตภูษิต
ศ.พญ.อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา
นพ.โอรส ทรัพย์เจริญ
พล.อ.ทพ.อภิศักดิ์ จงรักษ์
นางสาวจีรภา อิทธิปัญญากุล
นางสาวเนจก์หทัฒ บัวติบ
นางสาวพรพรรษา อาลัยญาติ
นายสรศักดิ์ บุญจรัส
นางสาวภัทรา เศวตมุกดา
นางสาววรรษมน บุตรพรม
นายคณากร คงไข่

เลขานุการคณะบรรณาธิการ
นางสาวนงค์นุช รัตนคำ

ออกแบบ/แยกสี/พิมพ์ที่
บริษัท ไซเบอร์พริ้นท์กรุ๊ป จำกัด
โทร 02-6419135-8

MDC Health
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

4 "คุณทองแดงและคุณทองหลาง" สุนัขทรงเลี้ยงในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชบรมนาถบพิตร

12 Tuberculosis (TB) วัณโรค
นพ. ยิ่งศักดิ์ ศุภนิตยานนท์

20 โรคหัวใจในผู้สูงวัย
นพ. ปกรณ์ โล่ห์เลขา

28 ความหมายของการตรวจสุขภาพ
พญ. คุณสวรรยา เดชอุดม

32 อันตรายจากยาที่ควรทราบ ตอน ข้อห้ามใช้ของยา
ผศ.นพ. พิสนธิ์ จงตระกูล
ภญ.พล.ท.หญิง สุภัททา เต็มบุญเกียรติ

38 มะเร็งเต้านม ว่าด้วยการคัดกรอง การรักษา และการป้องกัน (Breast Cancer awareness)
พ.ต.นพ. ปิยศักดิ์ ทหราวานิช

42 เนื้องอกตับ
พญ. ลักษณา โชครุ่งวรานนท์

50 โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบบริเวณเอว (Lumbar Spinal Canal Stenosis)
ร.อ.นพ. รุ่งรัฐ จิตตการ

56 การฟื้นฟูภาวะปวดจากกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อที่พบบ่อย (Rehabilitation in Common Musculoskeletal Pain)
ศ.พญ. อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา

64 โรคนอนไม่หลับ
ผศ.พญ. รวิวรรณ นิวาตพันธุ์

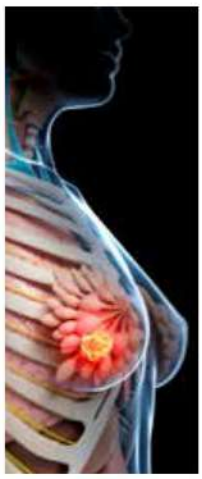
72 ลดน้ำตาล ด้วย Infused Water
นางอัญญาณี อิศรางกูร ณ อยุธยา

78 สารที่ใช้เฉพาะที่ในโรคปริทันต์
พ.อ.หญิง ทพญ. พัทยา สุวรรณานนท์

86 ภาพกิจกรรมคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

97 ความภาคภูมิใจของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

98 ข่าวสารคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา



“คุณทองแดงและคุณทองหลาง”

สุนัขทรงเลี้ยงในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร

เมื่อกล่าวขานถึงสุนัขทรงเลี้ยง ในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร แล้วนั้น ทุกคนก็จะนึกถึง “คุณทองแดง” ซึ่งเป็นสุนัขทรงเลี้ยงที่ทรงโปรดปราน เพราะแม้จะเป็นสุนัขที่ทรงเรียกว่าเป็นสุนัขพันธุ์เทศ (ย่อมาจากเทศบาล) แต่ก็ได้แสดงความจงรักภักดีต่อพระองค์อย่างยิ่งยวด ประวัติ “คุณทองแดง” นั้น ได้มีความเกี่ยวโยงกับคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา อันจะกล่าวถึงต่อไป ดังนี้

ย้อนกลับไปในปี พ.ศ. 2541 “แดง” สุนัขจรจัดในซอยศูนย์แพทย์พัฒนาได้ออกลูกมา 7 ตัว เป็นตัวเมีย 6 ตัว ตัวผู้ 1 ตัว คนงานก่อสร้างละแวกนั้นเอาลังกระดาษขนาดใหญ่มาทำเป็นบ้านให้ และมีชาวบ้านช่วยกันเลี้ยงดู บางคนเอากระดาษ ผ้าเช็ดตัวมาปูให้นอน บางคนมาช่วยป้อนนม เพราะ “แดง” ไม่มีนมให้ลูกกิน ในบรรดาลูกสุนัข 7 ตัวนี้ มีตัวหนึ่งลักษณะโดดเด่นกว่าตัวอื่น ๆ คือ มีลายสายสร้อยรอบคอครึ่งเส้น ขนที่เท้าดูคล้ายถุงเท้าขาวทั้ง 4 ขา หางม้วนจมูกแดนและหางดอกสีขาว หางม้วนหนึ่งรอบครึ่ง รูปร่างสูงเพรียว และสง่างามคล้ายกับสุนัขมีพันธุ์ มีแพทย์ท่านหนึ่งจากคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาได้นำลูกสุนัขที่มีลักษณะโดดเด่นนี้ มาทูลเกล้าฯถวายให้ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ทอดพระเนตร ทรงรับสั่งให้นำเข้ามาเลี้ยง ด้วยเพราะสภาพของ “แดง” ผู้เป็นแม่นั้นทรุดโทรมและไม่สามารถเลี้ยงลูกเองได้ สุนัขน้อยนี้จึงได้เข้าเฝ้าฯ ถวายตัว เมื่อวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2541 ณ พระตำหนักจิตรลดารโหฐาน พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร พระราชทานชื่อว่า “ทองแดง” และเมื่อเป็นสุนัขทรงเลี้ยง จึงเรียกขานว่า “คุณทองแดง” เช่นเดียวกับสุนัขทรงเลี้ยงอื่น ๆ คุณทองแดงนับเป็นสุนัขทรงเลี้ยงสุนัขที่ 17 ในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร พระองค์ทรงยก “คุณทองแดง” ให้เป็นลูกเลี้ยงของ “คุณมะลิ” เพราะ “คุณทองแดง” ในเวลานั้นอายุน้อยกว่าลูก ๆ ของคุณ “มะลิ” แค่วันเดียว ซึ่ง “คุณมะลิ” ก็ให้การต้อนรับเป็นอย่างดี ไม่มีความรังเกียจและรัก “คุณทองแดง” เหมือนลูกของตัวเอง จากที่เคยมีลูกสุนัข 9 ตัว “คุณมะลิ” จึงต้องให้นมลูกถึง 10 ตัว แต่เนื่องจาก “คุณมะลิ” มีสุขภาพแข็งแรง จึงทำให้มีน้ำนมเพียงพอสำหรับการเลี้ยงลูกทั้ง 10 ได้

สำหรับลักษณะของคุณทองแดงนั้นพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ทรงระลึกว่า เคยทอดพระเนตรเห็นในหนังสือเกี่ยวกับสุนัขพันธุ์ต่าง ๆ เมื่อทรงค้นในหนังสือเล่มนั้น ก็ปรากฏว่า “คุณทองแดง” มีลักษณะบางประการคล้ายคลึงกับสุนัขพันธุ์ “บาเซนจิ” ลักษณะเด่นของสุนัขพันธุ์บาเซนจิ คือ ไม่เห่า ไม่มีกลิ่นตัว มีท่วงท่าสง่างาม ซึ่งคุณทองแดงมีขนาดตัวใหญ่กว่าสุนัขพันธุ์บาเซนจิทั่วไป พระองค์จึงทรงเรียกคุณทองแดงว่าเป็นสุนัขพันธุ์ไทยซูเปอร์บาเซนจิ แม้ว่าคุณทองแดงจะถูกหมายให้เป็นคู่กับ “คุณทองดำ” แต่คู่ที่แท้จริงของคุณทองแดง กลับเป็น “คุณทองแท้” ซึ่งเป็นสุนัขพันธุ์บาเซนจิทั้งคู่ได้ให้กำเนิดสุนัข 9 สุนัข เมื่อ 26 กันยายน พ.ศ. 2543 โดยพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร พระราชทานชื่อให้เป็นชื่อขนมที่มีคำว่า “ทอง” ทั้งหมด ได้แก่ ทองชมพูนุท ทองเอก ทองม้วน ทองทัต ทองพลุ ทองหยิบ ทองหยอด ทองอัฐ และทองนพคุณ และพระราชทานนามสกุลว่า สุวรรณชาด

“คุณทองแดง” จะติดตามถวายงานรับใช้ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ทุกครั้ง ไม่ว่าจะเสด็จพระราชดำเนินไปที่ใด เป็นที่โปรดปรานของพระองค์ เนื่องจากเป็นสุนัขที่ฉลาด ตัวอย่างเช่น เมื่อพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ทรงเรียกให้คุณทองแดงเข้าเฝ้าฯ เพื่อที่จะชั่งน้ำหนัก แค่เพียงรับสั่งว่า “ทองแดงไปชั่งน้ำหนัก” คุณทองแดงก็จะเดินขึ้นตาชั่ง หรือเวลาที่พระองค์เสด็จแปรพระราชฐานไปประทับที่พระตำหนักเปี่ยมสุข พระราชวังไกลกังวล เมื่อเสด็จลงเพื่อทรงออกกำลังพระวรกาย บริเวณชายหาด จะทรงพระดำเนินอ้อมต้นมะพร้าว ต่อมาเพียงรับสั่งว่า “อ้อมต้นมะพร้าว” คุณทองแดงก็จะวิ่งอ้อมต้นมะพร้าวทันที ดังที่ได้เคยตามเสด็จทุกครั้ง

นอกจากนี้ “คุณทองแดง” ยังเป็นสุนัขที่เรียบร้อย ไม่ค่อยเข้ามาเคลียคลอพระองค์ท่าน แต่จะทำหน้าที่คอยปกป้องทำนองเดียวกับองครักษ์ ถวายความปลอดภัยต่อพระองค์เสมอ เวลาทรงพระดำเนิน คุณทองแดงจะนำเสด็จอยู่หน้าพระองค์ท่าน เวลาพระองค์ท่านประทับ คุณทองแดงก็จะนั่งหมอบอยู่ด้านหน้า ใช้สองขาหน้าเกยกันเหมือนคนกำลังหมอบคลาน แล้วหันหน้าออกไปด้านนอก ดั่งเช่นข้อความส่วนหนึ่งที่ปรากฏในพระราชนิพนธ์ เรื่องทองแดง ความว่า "...ทองแดงมีความจงรักภักดีต่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอย่างยิ่ง เวลาที่เข้าเฝ้าฯ ทองแดงจะหมอบในท่าประจำ คือไขว้มือ หากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงขยับพระองค์หรือแม้แต่ทรงกระแอม ทองแดงจะเงยหน้าขึ้นมองอย่างระวังระไว เมื่อมีผู้เฝ้าฯ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทองแดงจะหมอบเฝ้าฯ อยู่ที่พระบาท...ไม่วิ่งไปไหน และจะหมอบอยู่ด้านหน้าพระที่นั่ง ระหว่างพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และผู้มาเฝ้าฯ..."

เรื่องของ “คุณทองแดง” สุนัขทรงเลี้ยง เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย จากปี พ.ศ. 2545 พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ทรงพระราชนิพนธ์ เรื่อง ทองแดง (The Story of Tongdaeng) เผยแพร่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษในเล่มเดียวกัน เรื่องทองแดงเป็นหนังสือพระราชนิพนธ์ที่ติดอันดับขายดีที่สุดของประเทศ ซึ่งสร้างปรากฏการณ์ใหม่ให้วงการหนังสือ จากยอดจำหน่ายจำนวน 50,000 เล่ม ที่สามารถขายหมดเกลี้ยงในวันแรก ที่สำคัญหนังสือยังขาดตลาด ไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชน จนทำให้มียอดสั่งจองหนังสือล่วงหน้า ทั่วประเทศตามมาอีกกว่า 150,000 เล่ม และต่อมาในปี พ.ศ. 2547 พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้จัดพิมพ์อีกครั้งหนึ่ง ในรูปแบบลายเส้นการ์ตูนโดยใช้ชื่อ “ทองแดงฉบับการ์ตูน”

ส่วนเสื้อคุณทองแดงฮิตโด่งดังทั่วโลก โดยสำนักข่าว “เอเอฟพี” ออกข่าวว่าเสื้อยืด “คุณทองแดง” ดังทั่วโลกเพราะกำลังเป็นแฟชั่นยอดฮิตของคนไทย หลังจากพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร พร้อมพระบรมวงศานุวงศ์ทรงฉลองพระองค์เสื้อยืดรูปคุณทองแดง เมื่อครั้งเสด็จฯ ออกจากโรงพยาบาลศิริราช ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 และยังทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สำนักพระราชวังนำออกจำหน่าย เพื่อนำเงินรายได้สมทบทุนในโครงการก่อตั้งโรงพยาบาลสัตว์ในพื้นที่ต่าง ๆ ตามโครงการพระราชดำริ นั้น ปรากฏขายหมดในพริบตา จนต้องสั่งจองใหม่ล่วงหน้าอีกจำนวนมาก ต่อมาได้ทรงมอบหมายให้ ศาสตราจารย์ เกียรติยศ นายแพทย์ สงคราม ทรัพย์เจริญ ซึ่งเป็นแพทย์ประจำพระองค์ ทำเสื้อแจ็คเกตคุณทองแดง ให้แก่แพทย์และข้าราชบริพาร พระองค์ได้ทรงดูแล ออกแบบ แก้ไขรูปคุณทองแดงด้วยพระองค์เองอย่างละเอียด จนเป็นที่พอพระทัย ก่อนที่จะนำไปผลิตเพื่อนำรายได้มาสมทบในโครงการนี้เช่นเดียวกัน นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จนกระทั่งปี พ.ศ. 2557 พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร พระราชทาน ส.ค.ส. แก่ประชาชน ใน ส.ค.ส. ช่วงปีดังกล่าว ล้วนแล้วแต่มีรูปของคุณทองแดง หมอบอยู่ที่ปลายพระบาททุกครา เมื่อปี พ.ศ. 2549 ไปรษณีย์ไทยได้ออกแสตมป์ชุดคุณทองแดงและครอบครัว ในทุกอิริยาบถต่าง ๆ ได้รับการอนุเคราะห์ภาพจากกองงานส่วนพระองค์ สวนจิตรลดา พระราชวังดุสิต มาจัดสร้างแสตมป์ชุดคุณทองแดงและครอบครัว 4 แบบ ราคา 3 บาท จำนวน 1 ล้านชุด จนกลายเป็นที่นิยมมากสำหรับผู้ที่ชอบสะสมแสตมป์ในยุคนั้น

คุณทองแดงทำให้เกิดโครงการต่าง ๆ ขึ้นมามากมายหลายโครงการ เพื่อช่วยเหลือเพื่อนสัตว์ด้วยกัน ที่สำคัญพระองค์ยังทรงเป็นผู้กระตุ้นให้ประชาชนชาวไทย เห็นความสำคัญของสุนัขสายพันธุ์ไทย พร้อมกับเคยรับสั่งว่า สุนัขจรจัดก็มีความสามารถเทียบเท่ากับ สุนัขที่มีสายพันธุ์ได้ และยังแข็งแรง ทนต่อทุกสภาพภูมิอากาศ ดูแลง่าย มีนิสัยซื่อสัตย์กตัญญู

ความผูกพันและความจงรักภักดีของคุณทองแดง ต่อพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร แสดงได้ในหลายเหตุการณ์ด้วยกัน ยกตัวอย่างเช่น ทุกครั้งที่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร เสด็จประทับพักผ่อนอิริยาบถที่ใด คุณทองแดงก็จะตามเสด็จด้วย มีอยู่ครั้งหนึ่ง คุณทองแดงไม่ได้ตามเสด็จไปในขณะที่ทรงงาน ที่สวนจิตรลดาเป็นเวลานาน ทำให้คุณทองแดงถึงกับล้มป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาล เมื่อนายสัตวแพทย์ผู้ดูแล ตรวจร่างกายคุณทองแดงอย่างละเอียด ปรากฏว่าไม่พบอาการและโรคใด ๆ จึงสรุปอาการว่าคุณทองแดงเป็นโรคเครียด สาเหตุเนื่องจากคุณทองแดงเป็นสุนัขเงียบ ไม่ค่อยแสดงออก เมื่อคิดถึงพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร มาก ๆ จึงทำให้เกิดความเครียดและส่งผลต่อร่างกาย หลังจากนั้นคุณทองแดงจึงได้ตามเสด็จไปยังที่ต่าง ๆ ด้วยเสมอ ครั้นเมื่อพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ทรงพระประชวรและประทับ ณ โรงพยาบาลศิริราช เป็นระยะเวลานาน คุณทองแดงได้มีโอกาสเข้าเฝ้าฯ ก็จะหมอบเข้ามาใกล้ ๆ พระองค์ และไม่ยอมกลับ ต้องใช้เวลานาน และความพยายามหลายครั้ง กว่าจะทำให้คุณทองแดงยอมที่จะกลับออกมาได้ แสดงถึงความคิดถึง ผูกพัน จงรักภักดีของคุณทองแดงที่มีต่อพระองค์อยู่เสมอ

เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2558 คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้ออกแถลงการณ์ ประกาศว่า คุณทองแดง สุนัขทรงเลี้ยงในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชบรมนาถบพิตร เสียชีวิตแล้ว ณ วังไกลกังวล เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยมีรายละเอียดว่า ตามที่คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้รับพระมหากรุณาธิคุณ โปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ดูแลรักษาสุนัขหลวงคุณทองแดง ณ วังไกลกังวล อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อคุณทองแดงอายุ 17 ปี 1 เดือน 19 วัน ถือเป็นสุนัขที่มีอายุยืนยาว ในช่วงระยะเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมา คุณทองแดงมีปัญหาโรคชราที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท ระบบกระดูกข้อ และกล้ามเนื้อ ทั้งอวัยวะภายใน เช่น ตับ ไต เสื่อมลงตามอายุที่มากขึ้น ทางคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้เฝ้าติดตามให้การรักษาดูแลใกล้ชิดอย่างดีมาตลอด คุณทองแดงนอนหลับพักผ่อน ได้สิ้นลมอย่างสงบ เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2558 เวลา 23.10 น. ณ วังไกลกังวล อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เมื่อกล่าวถึง “คุณทองแดง” แล้ว ก็ย่อมจะต้องกล่าวถึง “คุณทองหลาง” ซึ่งเป็นสุนัขทรงเลี้ยงในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ที่ได้มีประวัติความเป็นมาเกี่ยวโยงกับคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาเช่นเดียวกัน ดังที่ว่า “คุณทองหลาง” เป็นสุนัขทรงเลี้ยงตัวที่ 18 เกิดที่ใต้ถุนเรือนด้านหน้าภายในคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา แม่ของทองหลางคือ “ด่าง” ซึ่งเป็นสุนัขที่ชาวบ้านและพนักงานคลินิกฯ มักเลี้ยงดูให้อาหาร “ด่าง” อยู่เป็นประจำ “ด่าง” คลอดลูกออกมา 6 ตัว เป็นตัวผู้ 3 ตัว และตัวเมีย 3 ตัว โดย 5 ตัวเป็นสีน้ำตาลทั้งหมด ส่วนคุณทองหลางมีหน้าตาน่ารักมาก ตาโตกลม ขนค่อนข้างยาวสีขาวมีสีน้ำตาลแซมเล็กน้อย ทุกคนที่เห็นจะสะดุดตาในความน่ารัก ในขณะที่คุณทองแดงนั้นหน้าตาธรรมดาและไม่สะดุดตา แต่มีรูปร่างสูงเพรียวสง่างาม ซึ่งพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ทรงเรียกคุณทองแดงว่าเป็น “สาวหล่อ” ส่วนคุณทองหลางนั้นอ้วนกลมตุ้ยนุ้ย น่าเอ็นดู

คุณทองแดงและคุณทองหลาง ค่อนข้างจะเป็นคู่แข่งกันโดยที่เป็น “หมาเทศ(บาล)” ด้วยกัน และได้ถวายตัวในเวลาไม่ห่างกันนัก คือคุณทองแดงได้ถวายตัว ก่อนคุณทองหลางสองเดือนเศษ และเป็นที่โปรดปรานพอ ๆ กัน หากได้เฝ้าฯ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ในเวลาเดียวกัน แม้จะมีสุนัขอื่นร่วมอยู่ด้วย คุณทองหลางจะโวยวายส่งเสียงเห่าทุกครั้ง ส่วนคุณทองแดงไม่เคยส่งเสียงประท้วงเลย เพราะ (เหมือน) มีเชื้อสายบาเซนจิ ซึ่งเป็นที่รู้จักกันว่าเป็น “สุนัขไม่เห่า” (Barkless dog) วิธีแสดงออกของคุณทองแดงเมื่อเห็นภาพที่ “บาดตา” ก็คือเมินหน้าหนีไปทางอื่น มีครั้งหนึ่งที่คุณทองแดง “งอน” คือปกติคุณทองแดงชอบลูกพลับมาก เมื่อได้เห็นหรือแม้ได้กลิ่นจะนั่งสวยขอลูกพลับ ก็จะได้รับพระราชทานทุกครั้ง วันหนึ่งทั้งคุณทองแดงและคุณทองหลางได้เฝ้าฯ พร้อมกัน และพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร พระราชทานลูกพลับให้คุณทองหลาง ซึ่งก็ไม่ค่อยชอบนัก คุณทองแดงเห็นเข้าก็ “งอน” คือ ทำคอแข็ง เมินหน้าไปทางอื่น ไม่มอง แม้จะทรงเรียกชื่อหลายครั้ง คุณทองแดงก็ยังเมินหน้าหนีอยู่อย่างนั้น ผู้ที่เข้าเฝ้าฯ อยู่ขณะนั้นได้เห็นภาพนี้กันทุกคนพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร จึงรับสั่งว่า “ต้องง้อทองแดงหน่อย” เมื่อเสด็จฯ เข้าใกล้คุณทองแดงและทรงเรียกชื่อหลายครั้ง คุณทองแดงจึงหายงอนและหันมายืนขึ้นกอดพระองค์และเลียพระหัตถ์แบบเลียแล้วเลียอีก คนที่เห็นต่างพากันขำและเอ็นดูคุณทองแดงอย่างยิ่ง

เรื่องของ “คุณทองแดง” และ “คุณทองหลาง” เป็นสุนัขทรงเลี้ยงในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร แสดงถึงความผูกพัน จงรักภักดี มีความกตัญญู จากการที่ได้รับพระมหากรุณาธิคุณทรงรับเลี้ยงดู แสดงออกในสิ่งที่ตนมีความสามารถจะปฏิบัติ อันนำมาซึ่งการถวายความปลอดภัยต่อพระองค์ประดุจองครักษ์ จะเห็นได้ว่าพระเมตตาที่ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร นั้นมิได้มีเพียงแต่กับราษฎรของพระองค์เท่านั้น แต่ยังเผื่อแผ่ไปยังสรรพสัตว์ทั้งหลาย พระบารมีอันยิ่งใหญ่แผ่ไพศาลเหล่านี้ เป็นอุทาหรณ์สู่ความสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณอย่างหาที่สุดมิได้ และน้อมนำปรัชญาของพระองค์ มาสู่การพัฒนาการดำเนินชีวิตด้วยความจงรักภักดี

เอกสารอ้างอิง

- พระราชนิพนธ์ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช,เรื่องทองแดง,อมรินทร์,ISBN 974-272-626-4
- พระราชนิพนธ์ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช,เรื่องทองแดงฉบับการ์ตูน,อมรินทร์, ISBN 974-272-917-4
- ภาพถ่ายฝีพระหัตถ์ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร, นิติกร กรัยวิเชียร, บริษัท ไซเบอร์พริ้นท์กรุ๊ป จำกัด, ISBN 978-616-445-450-7, 2560
- บทสัมภาษณ์ : ศาสตราจารย์ เกียรติยศ นายแพทย์ สงคราม ทรัพย์เจริญ

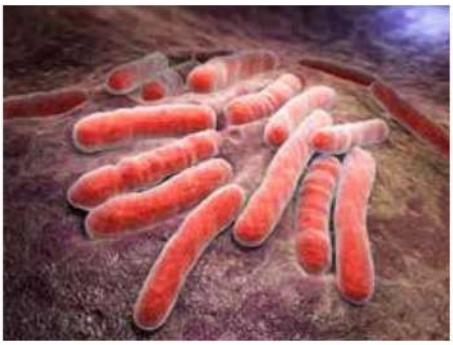
Tuberculosis (TB) วัณโรค

นายแพทย์ ยิ่งศักดิ์ ศุภนิตยานนท์
แพทย์อายุรกรรมโรคปอด

Tuberculosis (TB) วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงที่มักก่อให้เกิดโรคที่ปอด แบคทีเรียที่ก่อให้เกิดวัณโรคจะแพร่กระจายจากคนหนึ่งไปยังคนอื่นผ่านทางละอองเล็ก ๆ ที่ถูกปล่อยออกสู่อากาศเวลาไอหรือจาม

ไม่ค่อยพบวัณโรคในประเทศพัฒนาแล้ว แต่การติดเชื้อวัณโรคกลับเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2528 สาเหตุเนื่องจากการระบาดของเอชไอวีไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ เอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลงดังนั้นจึงไม่สามารถต่อสู้เชื้อวัณโรคได้

หลายสายพันธุ์ของวัณโรคดื้อต่อยาที่ใช้ในการรักษาโรค ผู้ที่เป็นวัณโรคระยะลุกลามจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดเป็นเวลาหลายเดือน เพื่อกำจัดการติดเชื้อและป้องกันไม่ให้เกิดการดื้อยา



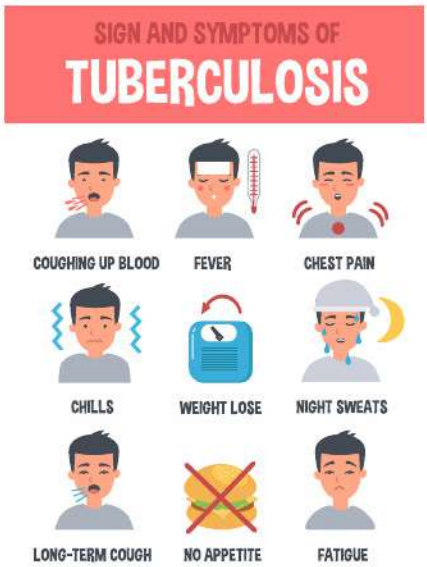
อาการและสาเหตุ

แม้ว่าร่างกายของคุณอาจมีแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดวัณโรค แต่ถ้าระบบคุ้มกันของคุณแข็งแรงก็มักจะสามารถป้องกันไม่ให้คุณป่วยได้ ด้วยเหตุนี้ทางการแพทย์จึงจำแนกวัณโรคเป็น 2 ระยะ คือ

1. วัณโรคแฝง ในสภาพนี้คุณจะติดเชื้อวัณโรค แต่แบคทีเรียยังคงอยู่ในร่างกายของคุณ ในสภาวะที่ไม่ก่อโรคและไม่มีอาการใด ๆ วัณโรคแฝงจะไม่สามารถติดต่อได้ มันสามารถเปลี่ยนเป็นวัณโรคแบบลุกลามได้ ดังนั้นการรักษาจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับคนที่มีวัณโรคที่แฝงอยู่ และเพื่อช่วยในการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค ประมาณ 2 พันล้านคน มีวัณโรคที่แฝงอยู่

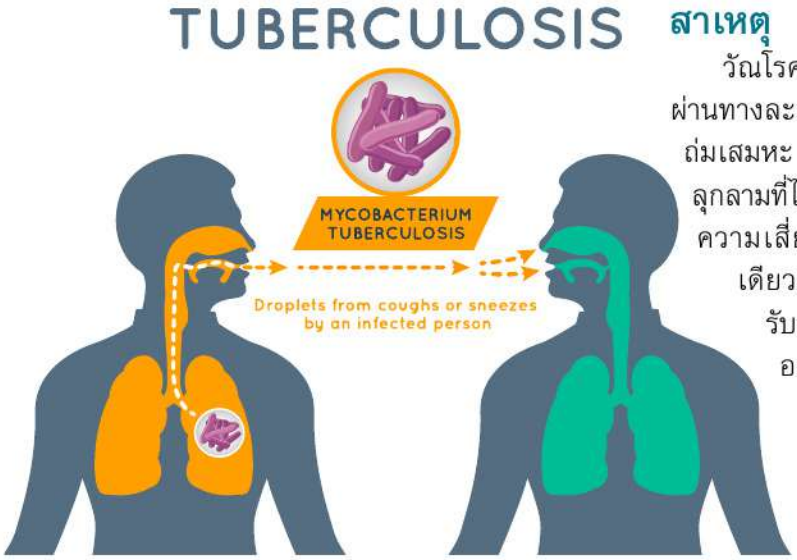
2. วัณโรคระยะลุกลาม ทำให้คุณป่วยและสามารถแพร่กระจายไปยังผู้อื่นได้ อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ในช่วง 2-3 สัปดาห์แรก หลังการติดเชื้อแบคทีเรียวัณโรคหรืออาจเกิดโรคขึ้นในหลายปีต่อมา อาการและอาการแสดงวัณโรคลุกลาม ได้แก่ ไอเป็นเวลา 3 สัปดาห์หรือมากกว่า ไอเป็นเลือด เจ็บอกหรือมีอาการหายใจลำบาก ผอมลง เมื่อยล้า อ่อนเพลีย ไข้ เหงื่อออกตอนกลางคืน เบื่ออาหาร

วัณโรคยังสามารถก่อรอยโรคที่ส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ไต กระดูกสันหลังหรือสมอง เมื่อวัณโรคเกิดขึ้นนอกปอด อาการที่แสดงขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น วัณโรคของกระดูกสันหลังอาจทำให้ปวดหลังและวัณโรคในไตอาจทำให้ปัสสาวะเป็นเลือด



ควรไปปรึกษาแพทย์เมื่อใด

มีไข้ ผอมลง เหงื่อออกตอนกลางคืนหรือไอ อาการเหล่านี้มักเป็นสัญญาณของวัณโรค แต่อาจเป็นผลมาจากปัญหาทางการแพทย์อื่น ๆ แพทย์สามารถทำการทดสอบ เพื่อช่วยในการระบุสาเหตุคนที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเป็นวัณโรคควรได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อวัณโรคแฝง ตัวอย่างเช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ผู้ที่ใกล้ชิดกับบุคคลที่ติดเชื้อวัณโรค และบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อวัณโรค



สาเหตุ

วัณโรคเกิดจากแบคทีเรียที่แพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางละอองเสมหะที่ปล่อยออกสู่อากาศเวลาพูด จาม ถ่มเสมหะ หัวเราะหรือร้องเพลง โดยผู้ป่วยวัณโรคระยะลุกลามที่ไม่ได้รับการรักษา แม้วัณโรคจะเป็นโรคติดต่อได้ ความเสี่ยงในการติดเชื้อมักติดจากรายที่ป่วยในบ้านเดียวกันหรือทำงานร่วมกัน คนที่เป็นวัณโรคถ้าได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเหมาะสมเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ จะไม่ติดต่อผู้อื่นอีกต่อไป

เอชไอวีและวัณโรค

ตั้งแต่ ค.ศ. 1980 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก เนื่องจากการแพร่ระบาดของเอชไอวีไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์ การติดเชื้อเอชไอวีจะยับยั้งระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายยากที่จะควบคุมแบคทีเรียวัณโรค เป็นผลให้คนที่ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มที่จะเป็นโรควัณโรคและมีการดำเนินโรคจากโรคแฝงไปสู่โรคระยะลุกลามมากกว่าคนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

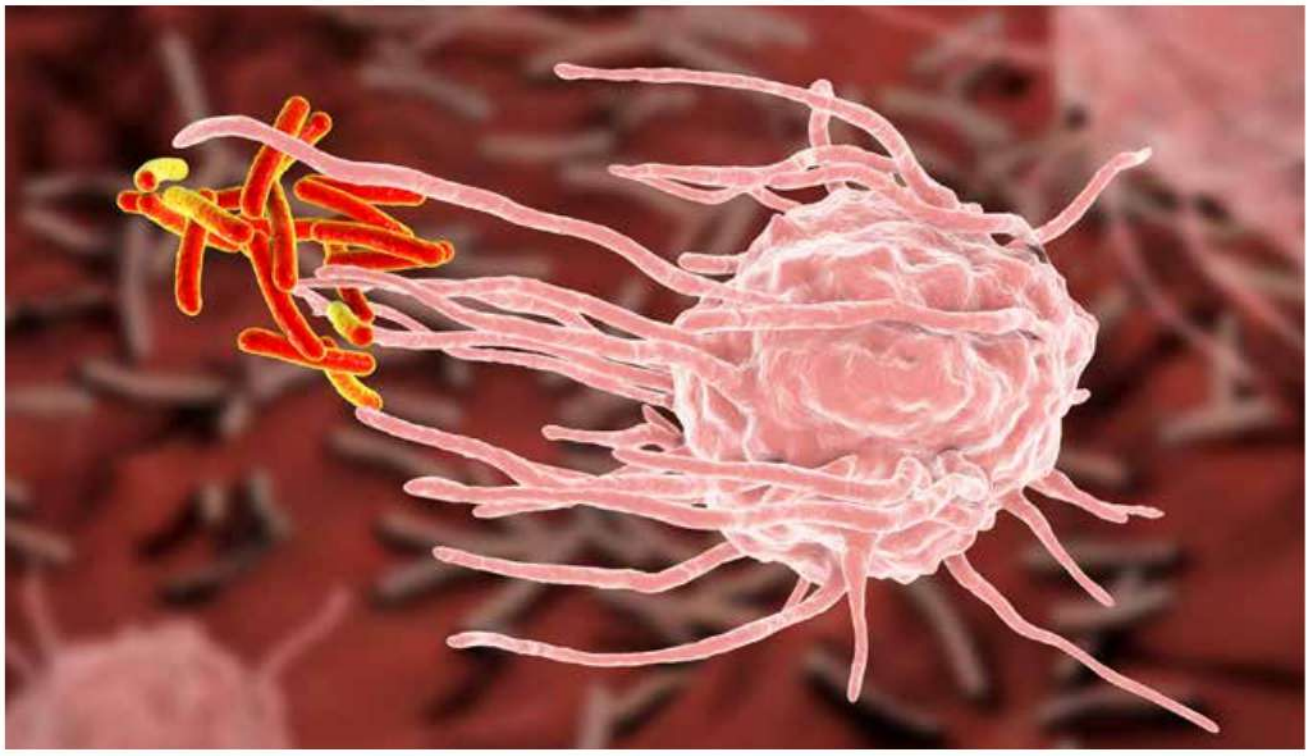
วัณโรคดื้อยา

เหตุผลหนึ่งที่วัณโรคยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ คือการเพิ่มขึ้นของสายพันธุ์ที่ดื้อต่อยา เนื่องจากเชื้อวัณโรคบางตัวมีพัฒนาการความสามารถในการอยู่รอด และสามารถถ่ายทอดลักษณะดังกล่าวไปยังลูกหลาน

สายพันธุ์วัณโรคที่ดื้อต่อยา จะเกิดขึ้นเมื่อยาปฏิชีวนะไม่สามารถฆ่าแบคทีเรียทั้งหมดที่เป็นเป้าหมายได้ เชื้อแบคทีเรียที่รอดตาย จะพัฒนาความต้านทานต่อยาที่เฉพาะเจาะจงและยาปฏิชีวนะอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน แบคทีเรียวัณโรคบางตัวมีความต้านทานต่อยาที่ใช้รักษาบ่อย เช่น isoniazid และ rifampin รวมทั้งบางสายพันธุ์วัณโรคยังได้พัฒนาความต้านทานต่อยาที่ใช้ไม่บ่อย เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่ม fluoroquinolones ยาฉีด amikacin kanamycin และ capreomycin ยาเหล่านี้มักใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อที่ดื้อต่อยามาตรฐาน

ปัจจัยเสี่ยง

ทุกคนสามารถป่วยเป็นวัณโรค แต่มีปัจจัยบางอย่างสามารถเพิ่มความเสี่ยงของโรค ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่



1. ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ

ระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรงสามารถต่อสู้เชื้อวัณโรค แต่ร่างกายไม่สามารถต่อสู้เชื้อวัณโรค ถ้าหากภูมิต้านทานต่ำลง โรคและยาบางชนิดอาจทำให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนลง ได้แก่ เอชไอวี / เอดส์ โรคเบาหวาน โรคไตอย่างรุนแรง มะเร็ง การรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัด ยากดภูมิคุ้มกัน ยาบางชนิดที่ใช้ในการรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรค Crohn และโรคสะเก็ดเงิน ภาวะทุพโภชนาการ และ/หรืออายุมาก

2. การเดินทางหรืออาศัยอยู่ในบางพื้นที่

ความเสี่ยงในการเกิดวัณโรคจะสูงกว่าสำหรับผู้ที่อาศัยอยู่ หรือเดินทางไปยังประเทศที่มีอัตราการเป็นวัณโรคและวัณโรคที่ดื้อยาสูง ได้แก่ แอฟริกา ยุโรปตะวันออก เอเชีย รัสเซีย ละตินอเมริกา และหมู่เกาะแคริบเบียน

3. ความยากจนและการใช้สารเสพติด

การไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ มีรายได้ต่ำ เป็นคนจรจัด คนที่ใช้เฮโรอีนหรือติดสุรา จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลงและทำให้เกิดวัณโรคได้ การใช้ยาสูบช่วยเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดวัณโรคและการเสียชีวิต

4. ที่ทำงานหรือที่อยู่อาศัย

เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ที่มีการติดต่อกับผู้ป่วยเป็นประจำจะเพิ่มโอกาสที่จะได้รับเชื้อแบคทีเรียวัณโรค การสวมหน้ากากและการล้างมือบ่อย ๆ ช่วยลดความเสี่ยงได้

การมีชีวิตอยู่หรือทำงานในสถานที่ที่มีคนอยู่อาศัยจำนวนมาก เช่น ในเรือนจำ ศูนย์ตรวจคนเข้าเมืองหรือสถานพยาบาล มีความเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค นั่นเป็นเพราะความเสี่ยงของโรคที่สูงขึ้น ทุกที่ที่มีความแออัดและการระบายอากาศไม่ดี

อาศัยอยู่ในค่ายผู้ลี้ภัยหรือที่พักพิง ผู้ที่ลี้ภัยมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อวัณโรค

ภาวะแทรกซ้อน

หากไม่ได้รับการรักษาวัณโรค อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ วัณโรคระยะลุกลามมักพบความผิดปกติบ่อยที่ปอดและยังสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกายผ่านทางกระแสเลือดได้ ตัวอย่างภาวะแทรกซ้อนของวัณโรค ได้แก่

- กระดูกสันหลัง ทำให้มีอาการปวดหลัง
- ข้ออักเสบ โรคข้ออักเสบวัณโรคมักมีผลต่อข้อสะโพกและหัวเข่า
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดอาการปวดศีรษะที่ยาวนานหรือปวดศีรษะเป็น ๆ หาย ๆ เป็นเวลาหลายสัปดาห์ รวมทั้งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตก็เป็นไปได้
- ปัญหาเกี่ยวกับตับหรือไต ตับและไตช่วยกรองของเสียและสิ่งสกปรกออกจากกระแสเลือด การทำงานของอวัยวะเหล่านี้จะลดลง หากตับหรือไตได้รับผลกระทบจากวัณโรค
- ความผิดปกติของหัวใจพบไม่บ่อย แต่วัณโรคสามารถติดเชื้อที่เนื้อเยื่อที่ล้อมรอบหัวใจทำให้เกิด การอักเสบและมีหนองในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ

การวินิจฉัย

ระหว่างตรวจร่างกายแพทย์จะตรวจสอบต่อมน้ำเหลืองคอว่าโตหรือไม่ และใช้หูฟังเพื่อฟังเสียงที่ปอดในขณะหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ช่วยในการวินิจฉัยวัณโรค คือ การทดสอบผิวหนัง ด้วยสารที่เรียกว่า Tuberculin PPD โดยฉีดเข้าไปใต้ผิวหนัง จะรู้สึกเจ็บเพียงเล็กน้อยภายใน 48 ถึง 72 ชั่วโมง ผู้เชี่ยวชาญจะตรวจสอบแขน ถ้าพบว่ามีการบวมที่บริเวณฉีดยา สีแดงนูน แปลว่าน่าจะติดเชื้อวัณโรค ขนาดของตุ่มแดง เป็นตัวกำหนดว่าผลการทดสอบมีความสำคัญหรือไม่

ผลลัพธ์อาจผิดพลาด

การทดสอบวัณโรคผิวหนัง ไม่ใช่การทดสอบที่สมบูรณ์นัก บางครั้งก็แสดงผลให้เห็นว่าคนมีวัณโรคทั้งที่พวกเขาไม่ได้เป็นจริง ๆ หรือกลับระบุว่าไม่มีการติดเชื้อทั้งที่ความจริงเป็นวัณโรค

การทดสอบที่ผิดพลาดอาจเกิดขึ้น หากคุณได้รับวัคซีนเมื่อเร็ว ๆ นี้ ด้วยวัคซีน Bacillus Calmette-Guerin (BCG) วัคซีนนี้ไม่ค่อยมีการใช้ในสหรัฐอเมริกา แต่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศที่มีอัตราการติดเชื้อวัณโรคสูง

ผลลัพธ์ที่เป็นเท็จอาจเกิดขึ้นในบางกลุ่มประชากร รวมทั้งเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่เป็นโรคเอดส์ บางครั้งไม่ตอบสนองต่อการทดสอบวัณโรค ผลการทดสอบที่เป็นลบเท็จอาจเกิดขึ้นได้ในคนที่เพิ่งติดเชื้อวัณโรค หรือระบบภูมิคุ้มกันยังไม่มีปฏิกิริยากับแบคทีเรีย

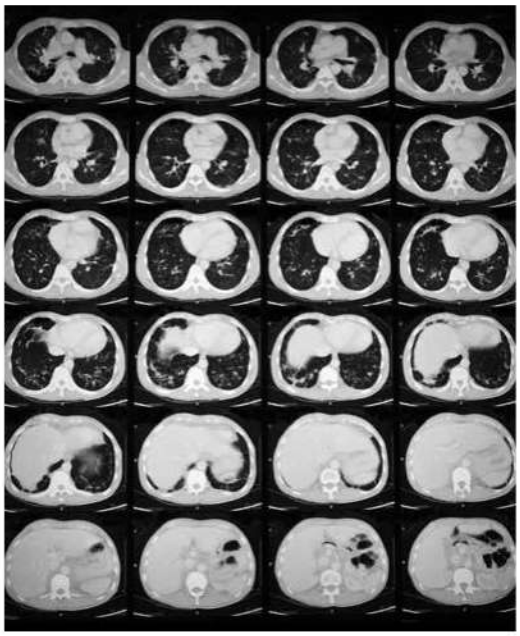
การตรวจเลือด

การตรวจเลือดอาจใช้ในการยืนยันวัณโรคแฝงหรือเป็นวัณโรค การทดสอบเหล่านี้ใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อน เพื่อวัดปฏิกิริยาของระบบภูมิคุ้มกันต่อแบคทีเรียวัณโรค QuantiFERON-TB ในหลอดและการทดสอบ T-Spot.TB เป็นตัวอย่าง 2 ตัวอย่าง ของการทดสอบเลือดจากเชื้อวัณโรค

การทดสอบเหล่านี้ทำเพียงครั้งเดียวในวันที่มาตรวจวันแรก การทดสอบเลือดอาจเป็นประโยชน์หากคุณมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อวัณโรค แต่มีผลตอบสนองเชิงลบต่อการทดสอบผิวหนัง หรือคุณเพิ่งได้รับวัคซีน BCG เมื่อเร็ว ๆ นี้

การทดสอบภาพถ่ายทางเอกซเรย์

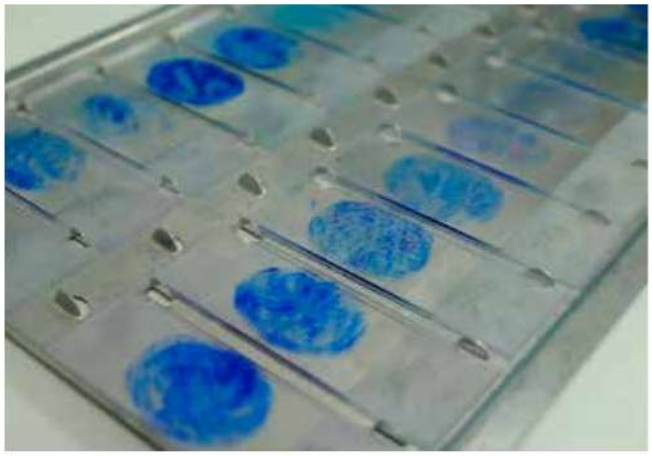
หากคุณเคยได้รับการตรวจทางผิวหนังเป็นบวก แพทย์ของคุณมีแนวโน้มที่จะสั่งให้เอกซเรย์ปอดหรือ CT Scan ซึ่งจะพบฝ้าขาวในปอดของคุณ ซึ่งเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของคุณได้ล้อมจับแบคทีเรียวัณโรค การทำ CT Scan ให้ภาพที่มีรายละเอียดมากขึ้นกว่าการทำรังสีเอกซ์



การตรวจเสมหะ

หาก X-ray ปอดผิดปกติ แพทย์อาจใช้ตัวอย่างเสมหะของคุณ ไปตรวจย้อมเชื้อวัณโรค

ตัวอย่างเสมหะสามารถใช้เพื่อทดสอบเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยาได้ ซึ่งจะช่วยให้แพทย์เลือกยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา การทดสอบเหล่านี้อาจใช้เวลา 4-8 สัปดาห์ จึงจะรู้ผล



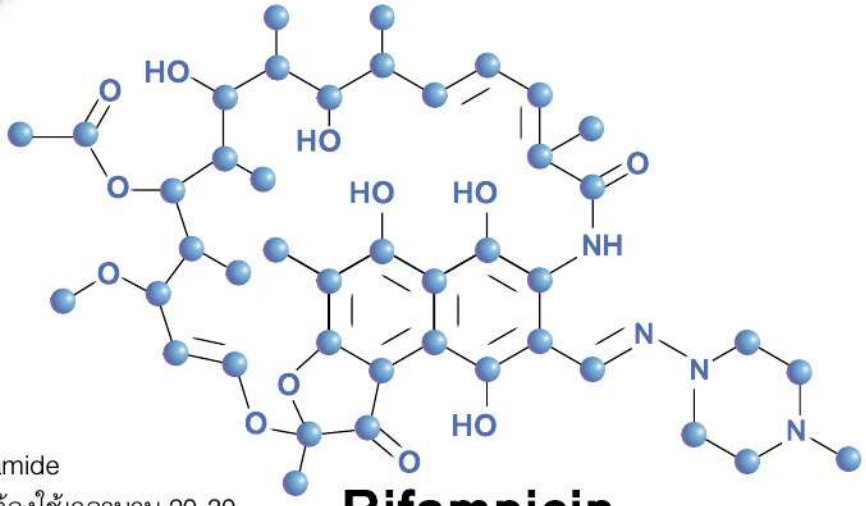
การรักษา

ยาเป็นสิ่งสำคัญของการรักษาวัณโรค แต่การรักษาวัณโรคต้องใช้เวลานานกว่าการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียชนิดอื่น ๆ

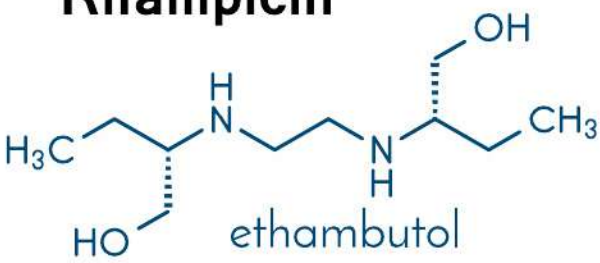
ต้องใช้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลาอย่างน้อย 6-9 เดือน ชนิดของยาและระยะเวลาในการรักษาขึ้นอยู่กับอายุ สุขภาพโดยรวม การดื้อต่อยา ระยะของวัณโรค (แฝงหรือลุกลาม) และอวัยวะที่ติดเชื้อในร่างกาย

ยารักษาวัณโรคที่ใช้บ่อย

หากคุณมีวัณโรคระยะแฝง คุณอาจใช้ยาวัณโรคเพียงชนิดเดียว วัณโรคระยะลุกลาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นสายพันธุ์ที่ดื้อยาจะต้องใช้ยาหลายตัวพร้อมกัน ยาที่ใช้ทั่วไปในการรักษาวัณโรค ได้แก่ Isoniazid Rifampin (Rifadin, Rimactane) Ethambutol (Myambutol) Pyrazinamide



Rifampicin



ethambutol

หากคุณมีวัณโรคที่ดื้อยา จำเป็นต้องใช้เวลานาน 20-30 เดือน ในการรักษาจะใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม fluoroquinolones และยาฉีด เช่น amikacin,kanamycin หรือ capreomycin ซึ่งวัณโรคบางประเภทก็สามารถพัฒนาความต้านทานต่อยาเหล่านี้ได้เช่นกัน นอกจากนี้ก็ยังมียาใหม่ ๆ สำหรับการรักษา ได้แก่ Bedaquiline Linezolid

ผลข้างเคียงของยา

ผลข้างเคียงที่ร้ายแรงของยาวัณโรคพบไม่บ่อย แต่อาจเป็นอันตรายเมื่อเกิดขึ้น ยาวัณโรคทุกชนิดอาจเป็นพิษต่อตับของคุณ เมื่อใช้ยาเหล่านี้ให้ติดต่อแพทย์ทันทีหากเกิดอาการข้างเคียง ดังต่อไปนี้ คลื่นไส้หรืออาเจียน เบื่ออาหาร (ดีซ่าน) ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม มีไข้นานมากกว่า 3 วัน และไม่มีสาเหตุชัดเจน

การรักษาที่ครบถ้วนสมบูรณ์เป็นสิ่งจำเป็น

หลังจากรักษาไม่กี่สัปดาห์ คุณจะไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้และคุณจะเริ่มรู้สึกดีขึ้น แต่คุณไม่ควรหยุดการรักษา เพราะจำเป็นอย่างยิ่งที่คุณจะต้องรักษาอย่างครบถ้วน และใช้ยาตามที่แพทย์ของคุณกำหนดไว้ การหยุดการรักษาเร็วเกินไปหรือการกินยาไม่สม่ำเสมอ อาจทำให้แบคทีเรียที่เหลืออยู่ สามารถดื้อต่อยาเหล่านี้ได้ นำไปสู่วัณโรคที่เป็นอันตรายและยากที่จะรักษา เพื่อช่วยคนไข้ให้กินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ แนะนำให้ใช้โปรแกรมการรักษาด้วยการสังเกตการณ์โดยตรง (DOT) ในแนวทางนี้แพทย์จะจัดการดูแลยาของคุณ เพื่อไม่ให้คุณต้องจดจำด้วยตนเอง โดยพยาบาลหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ คุณจะไม่ต้องจดจำด้วยตนเอง นอกจากนี้พยายามที่จะใช้ชีวิตตามปกติ เมื่อคุณพ้นระยะการแพร่กระจาย โปรดทราบว่าสุขภาพกายของคุณอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของคุณ การปฏิเสธ ความโกรธ และความขุ่นมัวเป็นเรื่องปกติ เมื่อคุณต้องรับมือกับสิ่งที่ยากและไม่คาดฝัน บางครั้งคุณอาจต้องการเครื่องมือเพิ่มเติมเพื่อจัดการกับอารมณ์เหล่านี้หรืออื่น ๆ นักวิชาชีพ เช่น นักบำบัดหรือนักจิตวิทยาด้านพฤติกรรม สามารถช่วยคุณในการพัฒนากลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดในเชิงบวก

การป้องกัน

ถ้าคุณทดสอบบวกกับการติดเชื้อวัณโรคแฝง แพทย์อาจแนะนำให้คุณใช้ยา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคลุกลาม วัณโรคชนิดเดียวที่เป็นโรคติดต่อคือ วัณโรคปอดระยะลุกลาม ดังนั้นหากคุณสามารถป้องกันไม่ให้วัณโรคแฝงของคุณกลายเป็นวัณโรคระยะลุกลาม คุณจะไม่แพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปให้คนอื่น

ปกป้องครอบครัวและเพื่อนของคุณ

หากคุณมีวัณโรคลุกลามให้แยกตัวคนเดียว โดยทั่วไปจะใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ ในการรักษาด้วยยาวัณโรคก่อนที่คุณจะไม่แพร่เชื้ออีกต่อไป ทำตามคำแนะนำต่อไปนี้เพื่อช่วยให้เพื่อนและครอบครัวของคุณไม่ให้ป่วย

- อยู่บ้าน อย่าไปทำงาน หรือโรงเรียน หรือนอนในห้องกับคนอื่นในช่วงเวลา 2-3 สัปดาห์แรกของการรักษาวัณโรคระยะลุกลาม
- ระบายอากาศภายในห้อง เพราะเชื้อวัณโรคแพร่กระจายได้ง่ายขึ้น ในพื้นที่ปิดขนาดเล็กที่อากาศไม่ถ่ายเท ถ้าอากาศไม่เย็นเกินไปให้เปิดหน้าต่าง และใช้พัดลมเพื่อเป่าอากาศภายในอาคารออกสู่ภายนอก
- ปิดปากของคุณ ใช้กระดาษทิชชูเพื่อปกปิดปากของคุณเวลาที่คุณหัวเราะ จามหรือไอ ใส่กระดาษทิชชูสกปรกไว้ในถุงปิดผนึกและโยนทิ้ง
- สวมหน้ากาก การสวมหน้ากากการผ่าตัดในช่วง 3 สัปดาห์แรกของการรักษา อาจช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่กระจาย
- กินยาให้ถูกต้อง ครบถ้วน

นี่เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดที่คุณสามารถทำได้ เพื่อป้องกันตัวเองและคนอื่น ๆ จากวัณโรค ถ้าหยุดการรักษาเร็วหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ เชื้อวัณโรคมีโอกาสที่จะกลายพันธุ์ ทำให้สามารถดื้อต่อยาวัณโรคที่จะรักษา

การฉีดวัคซีน

ในประเทศที่พบวัณโรคได้บ่อยเป็นเรื่องปกติที่เด็ก ๆ มักจะได้รับวัคซีน BCG เพราะสามารถป้องกันโรควัณโรคแบบรุนแรงในเด็กได้ วัคซีน BCG ไม่แนะนำสำหรับผู้ใหญ่ เนื่องจากไม่มีประสิทธิภาพในผู้ใหญ่

นพ.ยิ่งศักดิ์ ศุภนิตยานนท์

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์	07.00 - 12.00 น.
วันพุธ	07.00 - 12.00 น.
วันพฤหัสบดี	07.00 - 12.00 น.
วันเสาร์	07.00 - 12.00 น.
วันอาทิตย์	07.00 - 12.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

โทรศัพท์ 0-2105-0345 , 0-2308-7600

โรคหัวใจในผู้สูงวัย

นายแพทย์ ปกรณ์ โล่ห์เลขา
แพทย์หัวหน้าคลินิกหัวใจ

ในปัจจุบันลักษณะประชากรไทยเปลี่ยนไป โดยพบว่าสัดส่วนของผู้สูงวัยมีมากขึ้นทุกปี และอัตราการเกิดของประชากรไทยนั้นลดลง จนทำให้สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอีกไม่ช้าไม่นาน หลายท่านคงสงสัยว่าเรานั้นเข้าข่ายผู้ที่มีคุณวุฒิ วัยวุฒิที่ทุกคนจะยกให้ท่านเป็น สว. สูงวัยได้หรือยัง ปัจจุบันเราใช้คำจำกัดความตามตัวเลขของอายุ โดยตัดที่อายุประมาณ 60 - 65 ปี ถือว่าเข้าข่าย สว. สูงวัยแล้ว แต่ในหลายครั้งเราอาจสงสัยว่าทำไมใครบางคนยังดูหนุ่มสาวกว่าวัยที่ควรจะเป็น เมื่อเทียบกับคนอื่นหรือเพื่อนร่วมรุ่นเดียวกัน เราคงต้องไปถามเขาว่าเขามีของดีอะไรที่ทำให้ดูดีดูยังหนุ่มยังสาวกว่าวัย ซึ่งมักได้รับคำตอบว่าเขาพยายามดูแลสุขภาพตัวเอง ดูแลผิวพรรณ การแต่งตัว รับประทานอาหารที่ดีกับสุขภาพ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีจิตใจแจ่มใสไม่ค่อยมีเรื่องให้ทุกข์ใจ มองโลกแง่บวก อยู่ในสังคมที่ดี ไม่ยุ่งอบายมุขและนอนหลับสนิทดีมาตลอด ปกติแล้วร่างกายคนเราจะเสื่อมสภาพตามอายุที่มากขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 30 ปี เป็นต้นไป พวกเราก็เริ่มนับถอยหลังกันได้แล้ว ดังนั้นกลุ่ม สว. สูงวัยทั้งหลายคงหนีไม่พ้นที่จะมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคอื่น ๆ แต่การที่จะดูดีกว่าวัยหรือแก่กว่าวัยนั้น ขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอและความใส่ใจในสุขภาพตนเอง ร่วมกับการมาพบแพทย์เพื่อรับยาและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอมาตลอดหรือไม่ หลายโรคในปัจจุบันสามารถป้องกันหรือบรรเทาความรุนแรงได้ด้วยยา เปรียบดั่งการได้ยาอายุวัฒนะทำให้อายุยืนยาวได้ และโรคติดเชื้อบางชนิดเราสามารถให้วัคซีนป้องกันได้ ซึ่งหลายครั้งการป้องกันก่อนการเกิดโรคนั้นมีความสำคัญมากกว่าการรักษาเสียด้วยซ้ำ แต่ผู้ป่วยหลายรายรวมทั้งแพทย์หลายท่านก็ยังละเลยเรื่องการป้องกันมัวแต่มุ่งที่จะรักษาปลายเหตุกัน จึงทำให้ผลลัพธ์การรักษาไม่ดีเท่าที่ควร

หัวใจคนเราเป็นอย่างไร

หัวใจคนเราเปรียบดั่งปั๊มน้ำที่คอยปั๊มเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ในปั๊มน้ำนั้นย่อมมีลิ้นปิด-เปิดให้เลือดหมุนเวียนไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือลิ้นหัวใจทั้ง 4 ลิ้น เป็นประตูปิด-เปิดให้เลือดไม่ไหลย้อนกลับเวลาหัวใจบีบตัว หัวใจจะบีบได้ต้องมีเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเช่นกัน โดยผ่านมาทางหลอดเลือดแดงหัวใจโคโรนารี (coronary artery) และการบีบตัวที่เป็นจังหวะได้นั้น ต้องมีต้นกำเนิดไฟฟ้าในหัวใจ เปรียบดั่งแบตเตอรี่ ที่ใส่ให้มาตั้งแต่เกิดและมีสายไฟพ่วงไปจุดที่กระตุ้นให้หัวใจส่วนต่าง ๆ บีบตัวเป็นจังหวะอีกต่อหนึ่ง ซึ่งต้องอาศัยออกซิเจนและเลือดไปหล่อเลี้ยงต้นกำเนิดไฟฟ้าและสายไฟในหัวใจ จึงจะทำงานได้เป็นปกติ

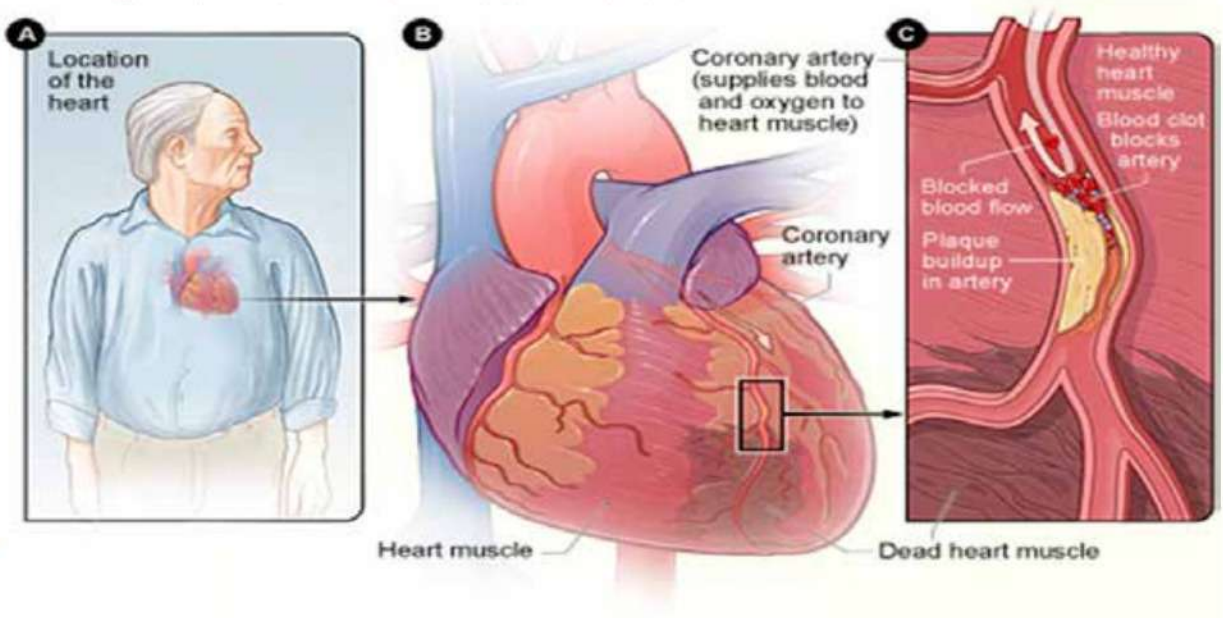
โรคหัวใจที่พบได้บ่อยในกลุ่ม สว. สูงวัย

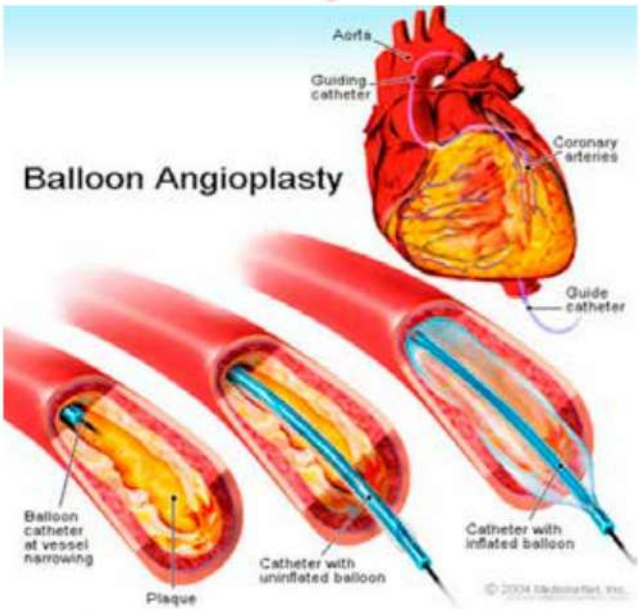
เวลามีคนบอกว่าเป็นโรคหัวใจ คนทั่วไปและผู้ป่วยมักเข้าใจว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดจากหลอดเลือดหัวใจตีบชนิดนี้เท่านั้น ซึ่งมักเห็นในหนังไทยที่เมื่อเกิดความเครียด อกหักรักคุด ถูกหักหลัง ก็เกิดอาการเจ็บหน้าอก ต้องรีบไปคว้ายาอมใต้ลิ้นมาอม แต่ในความเป็นจริงแล้วโรคหัวใจนั้นมีหลายร้อยโรคมาก ดังนั้นเมื่อเราเป็นแพทย์หัวใจเราจึงต้องบอกผู้ป่วยให้เข้าใจว่าเขาเป็นโรคหัวใจชนิดใด ระบุได้โดยละเอียดว่าส่วนไหนของหัวใจที่ผิดปกติ ดั่งการหาเข็มในมหาสมุทรที่ระบุได้ถูกต้องทุกครั้งและจ่ายยาที่ตรงกับโรคผู้ป่วยมากที่สุด เพราะเราไม่ใช่หมอและที่บอกได้เพียงแค่ว่าเป็นโรคหัวใจ โรคตับ โรคไต แบบกว้าง ๆ ดั่งมหาสมุทร พร้อมกับจ่ายยาครอบจักรวาลให้ทาน ดังนั้นในบทความนี้จะเล่าถึงโรคหัวใจชนิดที่พบได้บ่อยในผู้สูงวัยว่ามีอะไรบ้าง

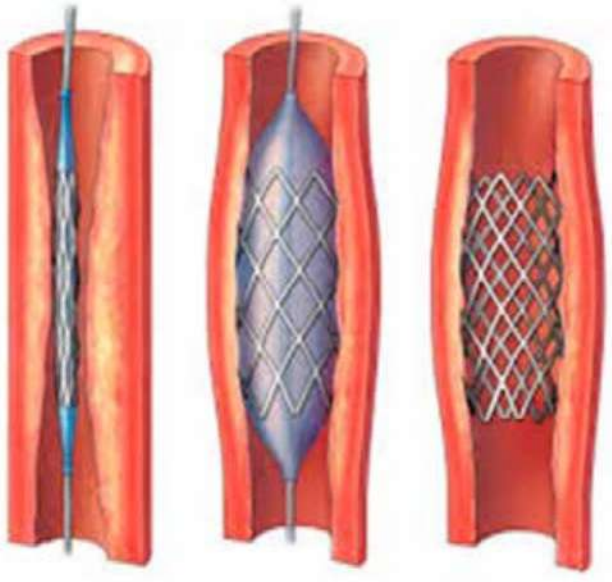
โรคหัวใจขาดเลือดจากหลอดเลือดหัวใจตีบและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กล้ามเนื้อหัวใจเราบีบตัวได้ต้องอาศัยเลือดมาเลี้ยงที่เพียงพอ ผ่านมาทางเส้นเลือดหัวใจโคโรนารีทั้ง 3 เส้น (coronary artery) ทั้งในขณะพักและขณะออกแรงทำกิจกรรมต่าง ๆ ถ้าหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจเราดี ย่อมไม่มีปัญหากับหัวใจ แต่เมื่อเราผ่านประสบการณ์ตามวัยมานาน ผ่านการรับประทานอาหารมาหลากหลาย ทั้งที่ มันจัด อร่อยจัด แบบไม่เคยกลัวตายมาก่อน ซึ่งสิ่งที่เรารับประทานเข้าไปนั้นย่อมมีไขมันโคเลสเตอรอลอยู่ด้วย ทำให้ระดับไขมันในเลือดเราสูง ถ้าเราออกกำลังกายเผาผลาญมันไปก็คงจะหมดปัญหา แต่เมื่อแก่ตัวลงการเผาผลาญย่อมลดลง เริ่มมีระดับไขมันโคเลสเตอรอลสูงในเลือดมานาน จึงเกิดการสะสมของคราบไขมันไปตามผนังหลอดเลือดแดง จากเล็ก ๆ น้อย ๆ เริ่มพอกเบียดไปใต้ผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งจะนำมาสู่ความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง

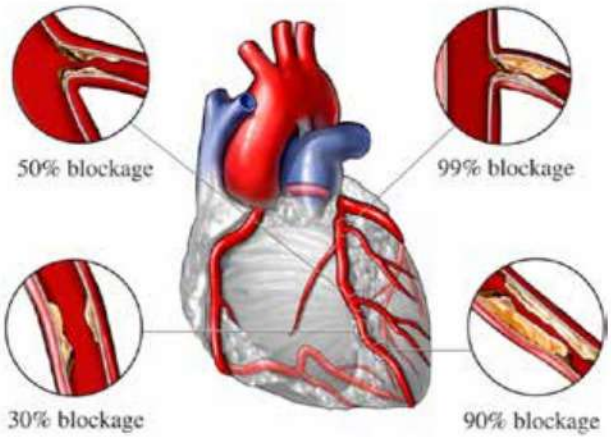
กลุ่มหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน





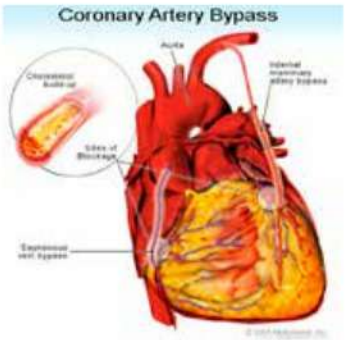


เกิดจากการปริแตกของคราบไขมันที่เกาะอยู่ใต้ผนังหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดแผลภายในหลอดเลือดหัวใจ ร่างกายคนเราก็ดีดี เพราะเมื่อเกิดแผลขึ้นที่ใด ก็จะต้องมีเกล็ดเลือดและลิ่มเลือดมาสมานแผลให้แผลปิดก่อน แต่ร่างกายเราลืมไปว่าหลอดเลือดหัวใจเรานั้นรูเล็กนิดเดียว ไม่ใช่แผลที่ผิวหนังที่จะมีลิ่มเลือดมาอุดหนาเท่าไรก็ช่างมัน แต่รูหลอดเลือดหัวใจเราเล็กมากเป็นระดับมิลลิเมตร ถ้ามีการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดมาอุดแผลที่ไขมันปริแตกมากไป จึงอุดหรือปิดกันทางเดินของเลือดแดงที่จะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจทันที จึงนำมาซึ่งอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรง หายใจไม่สะดวก หัวใจไม่บีบตัวตามปกติ และนำไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และอาจถึงแก่ชีวิตกะทันหันได้ การรักษาจึงต้องกระทำด้วยความรวดเร็วเมื่อมีอาการแน่นหน้าอก เหนื่อยกะทันหัน โดยต้องมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อให้ยาต้านเกล็ดเลือดและยาละลายลิ่มเลือดหรือต้องส่งไปสวนหัวใจ (CAG : Coronary Angiogram) โดยเร็วที่สุด เพื่อพยายามเปิดหลอดเลือดที่อุดตันด้วยบอลลูนหรือการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดไว้ (PCI : Percutaneous Coronary Intervention with balloon and stent) เพื่อให้เลือดไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามปกติ จะเห็นว่าการรักษาดังกล่าวเป็นการช่วยชีวิตแบบปลายเหตุ เพราะเกิดอุบัติเหตุที่เส้นเลือดหัวใจอุดตันกะทันหัน จากคราบไขมันปริแตกขึ้นมาโดยไม่ได้คาดคิด



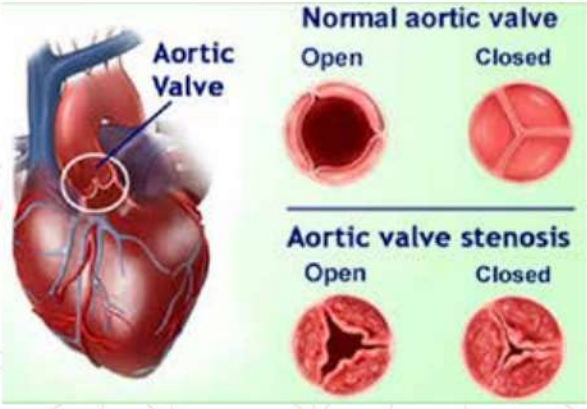
กลุ่มหัวใจขาดเลือดแบบเรื้อรัง

มักจะมาด้วยเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอกเป็น ๆ หาย ๆ พัก แล้วดีขึ้น กลุ่มนี้เกิดจากไขมันโคเลสเตอรอลที่สูงในเลือดไปพอกอยู่ใต้ผนังหลอดเลือดแดงของหัวใจมากขึ้นเรื่อยๆ จนปิดกั้นทางเดินของเลือดที่จะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ แต่ไม่ได้มีการปริแตกของคราบไขมันที่ผนังหลอดเลือด เรามักตรวจพบผู้ป่วยกลุ่มนี้จากอาการที่กล่าวมาแล้ว และแพทย์หัวใจได้นำผู้ป่วยไปเดินสายพาน (EST : Exercise Stress Test) เมื่อผลการเดินสายพานแสดงความผิดปกติ ผู้ป่วยก็จะได้รับยารักษาโรคหัวใจขาดเลือด เช่น ยาลดไขมัน ยาต้านเกล็ดเลือดและอาจถูกส่งต่อไปถ่ายรูปดูเส้นเลือดหัวใจว่าตีบแคบมากเพียงใด โดยทำได้ 2 วิธี คือการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ดูเส้นเลือดหัวใจ (CTA : CT Coronary Angiogram) หรือการนำผู้ป่วยไปสวนหัวใจโดยตรง (CAG : Coronary Angiogram) ถ้าเจอว่าตีบแคบรุนแรง (ตีบเกิน 70 % ของรูหลอดเลือดแดง) จึงจะมีการถ่างขยายหลอดเลือดแดงดังกล่าวด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน กันหลอดเลือดหัวใจดังกล่าวกันการดีดตัวกลับมาตีบอีก หรืออาจต้องส่งไปทำการผ่าตัด ตัดต่อเส้นเลือดหัวใจใหม่ (CABG : Coronary Artery Bypass Graft) เปรียบดั่งการสวนล้างท่อน้ำทิ้งที่มีแต่ก้อนไขมันหรือขยะมาอุดท่อน้ำในครัว เมื่อน้ำไหลผ่านท่อไม่ดีให้ไหลผ่านท่อน้ำทิ้งได้ดีขึ้น หรือไม่ก็ต่อท่อน้ำทิ้งใหม่คร่อมท่อเก่าไปเลยตามลำดับ

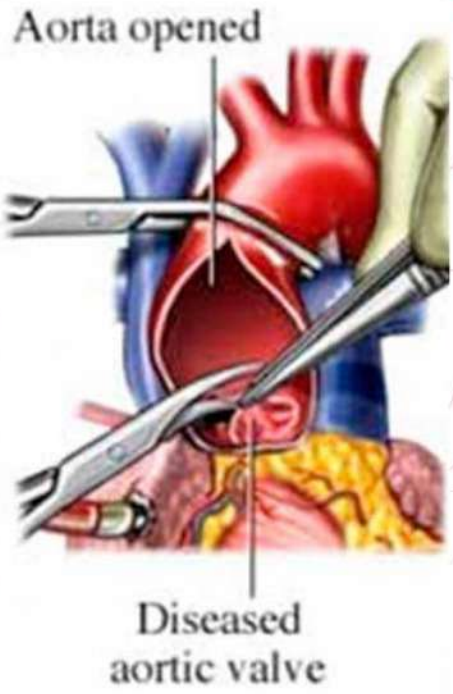


แต่สิ่งที่สำคัญกว่านั้นคือทำอย่างไรไม่ให้หลอดเลือดหัวใจเรานั้นตีบตันอีก นั่นคือเป้าหมายต่อไปในการรักษาด้วยการให้ยารับประทาน เปรียบดั่งการใส่น้ำที่ได้รับการดักของเสียจนสะอาดก่อนปล่อยลงท่อน้ำในครัว ยาที่สำคัญ เช่น ยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดไขมันโคเลสเตอรอล และยาอื่น ๆ ที่ช่วยให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดเรื่องไม่คาดฝันซ้ำ

โรคลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว



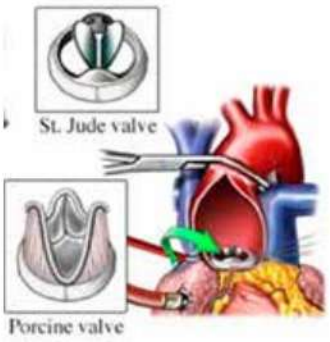
ในกลุ่มผู้สูงวัยลิ้นหัวใจก็มักจะเสื่อมสภาพเช่นกัน มีทั้งแบบตีบและรั่ว เปรียบดั่งประตูห้องต่าง ๆ ถ้าบานประตูห้องนั้นปิดไม่สนิท ซึ่งอาจเป็นจากตัวบานประตูหรือข้อต่อบานพับพังไป จากการปิด-เปิดบ่อยจนจะหลุดมิหลุดแหล่แล้ว หรืออาจเป็นจากการที่ซื้อบานประตูมาผิดขนาด เล็กกว่าวงกบประตูห้องอยู่มาก จึงทำให้เกิดการรั่วเวลาหัวใจบีบตัว เลือดจึงไม่ไหลไปในทิศทางเดียวกันแต่ไหลย้อนกลับมาได้ ส่วนการตีบก็เปรียบดั่งประตูที่ไม่สามารถเปิดออกจนสุดได้ตามปกติ อาจจากข้อพับข้อต่อเสื่อมสภาพ หรือมีความเสื่อมของบานประตู เช่น มีคราบหินปูนมาเกาะจำนวนมาก จึงเปิดไม่ออกทำให้เวลาหัวใจบีบตัว จึงไม่สามารถบีบเลือดออกจากห้องหัวใจได้ ทำให้เลือดค้างอยู่ในห้องและเพิ่มแรงดันในห้องหัวใจห้องนั้นมากขึ้น ทำให้ห้องหัวใจมีขนาดโตขึ้น นำมาสู่อาการเหนื่อยหอบ ขาบวม หัวใจเต้นผิดปกติตามมา เมื่อมาพบแพทย์ แพทย์จะใช้หูฟัง ฟังเสียงหัวใจถ้ามีเสียงผิดปกติแพทย์จะส่งทำอัลตร้าซาวด์หัวใจ (Echo : Echocardiogram) ต่อไป เพื่อให้เห็นลักษณะกายภาพทั้งหมดของหัวใจและวัดการปิด-เปิดของลิ้นหัวใจต่าง ๆ ว่าลิ้นใดมีปัญหาและเป็นระดับใด โดยปกติแพทย์จะแบ่งการตีบหรือรั่วของลิ้นหัวใจเป็นระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง แต่กลุ่มที่จะมีอาการจนต้องทำการรักษานั้นมักจะอยู่ในกลุ่มที่ตีบหรือรั่วระดับปานกลางที่ค่อนไปทางรุนแรง แพทย์จึงให้การรักษาด้วยยา หรือการส่งไปขยายลิ้นหัวใจ หรือส่งผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อไป ตามความรุนแรงของโรค

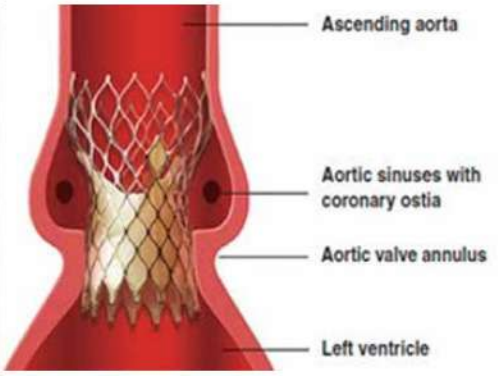


ลิ้นหัวใจที่มักจะเกิดปัญหาในกลุ่ม สว. สูงวัยคือ

ลิ้น เอออติกตีบ (AS : Aortic valve Stenosis) ซึ่งเป็นลิ้นสุดท้ายที่จะเปิด เพื่อปล่อยเลือดแดงจากหัวใจออกไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้าไม่สามารถส่งเลือดออกไปได้เพียงพอ จึงนำมาซึ่งอาการเจ็บหน้าอก หมดสติและน้ำท่วมปอด หัวใจล้มเหลวได้ จากแรงดันในห้องหัวใจที่สูงมาก การแก้ไขในรายที่ตีบรุนแรงจึงต้องอาศัยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้น และหลายครั้งมักมีเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงด้วย จึงต้องทำการเปลี่ยนลิ้นหัวใจและตัดต่อเส้นเลือดหัวใจไปในคราวเดียวกัน แต่ในกลุ่ม สว. สูงวัยที่สุขภาพโรยมาก ๆ อาจไม่รอด ถ้าต้องทำวิธีดังกล่าว โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงมากที่จะเอาไปผ่าตัดจึงอาจเลี่ยงมาทำการขยายลิ้นและใส่ลิ้นเทียมผ่านทางการสวนหัวใจแทน (TAVI : Trans catheter Aortic Valve Implantation) ในรายที่เหมาะสมและมีกำลังทรัพย์ที่จะจ่ายได้ เพื่อยืดอายุต่อไปอีกหน่อย

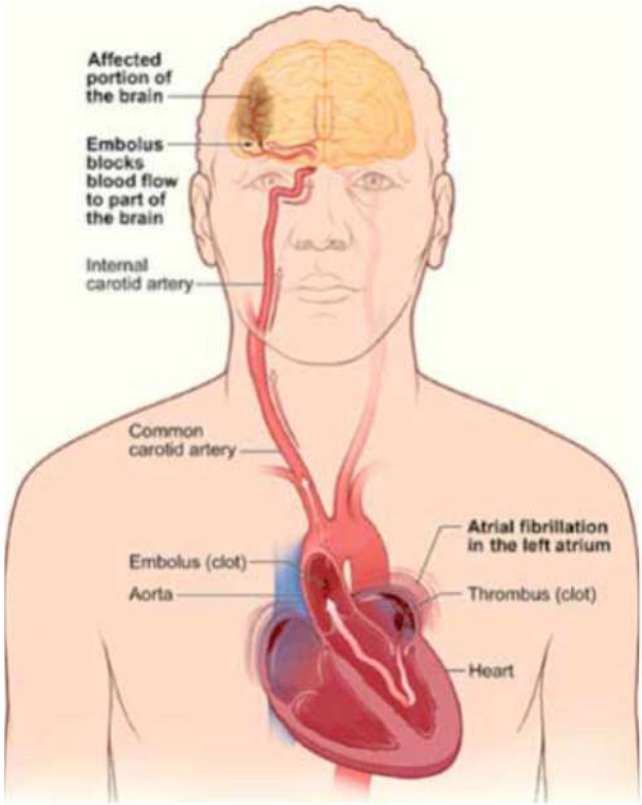
ส่วนลิ้นอื่น ๆ ที่พบได้ ก็เช่น ลิ้นไมตรัลตีบหรือรั่ว ลิ้นเอออติกรั่ว ลิ้นไตรคัสปิดรั่ว แพทย์ก็จะพิจารณาให้ยารักษาไปหรือจะส่งผ่าตัดเปลี่ยนหรือเย็บซ่อมหรือใส่อุปกรณ์พิเศษบางอย่างที่ลิ้นก็แล้วแต่ความเหมาะสมของผู้ป่วยและโรคร่วมที่มีว่าคุ้มค่าไหมที่จะเสี่ยงทำในผู้สูงวัยรายนี้



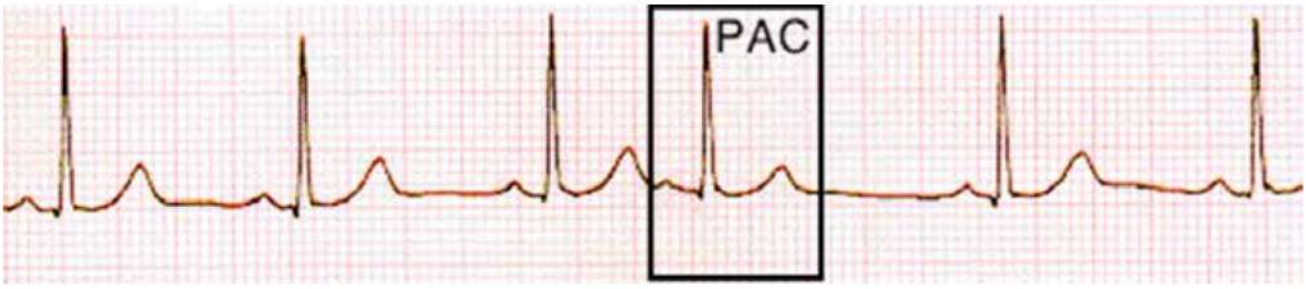


โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ในกลุ่ม สว. สูงวัยอาจมีอาการ ใจสั่น ใจเต้นสะดุด หน้ามืด หรือหมดสติ เมื่อมาพบแพทย์หัวใจมักจะได้รับการตรวจดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG : Electrocardiogram) ซึ่งจะบอกได้ว่าจังหวะการเต้นของหัวใจผู้ป่วยเป็นเช่นไร แต่ในหลายครั้งในการตรวจดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจไม่พบความผิดปกติใด ๆ ณ ขณะที่ตรวจจึงจำเป็นต้องติดเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจแบบพกพา (Holter) ตลอด 24 หรือ 48 ชั่วโมง หรือ แบบ 1 สัปดาห์ เพื่อหาสาเหตุต่อไป เราสามารถแบ่งการเต้นหัวใจที่ผิดปกติได้ 4 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ



กลุ่มที่มีการเต้นของหัวใจผิดปกติเป็นครั้งคราว ซึ่งโดยส่วนใหญ่นั้นจะไม่อันตรายต่อสุขภาพ เพียงแค่ทำให้รำคาญใจ และอาจไม่จำเป็นต้องรับประทานยารักษา เพียงแต่ลดปัจจัยที่อาจทำให้หัวใจเต้นสะดุดบ่อย เช่น ลดการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ ลดความเครียดและการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ



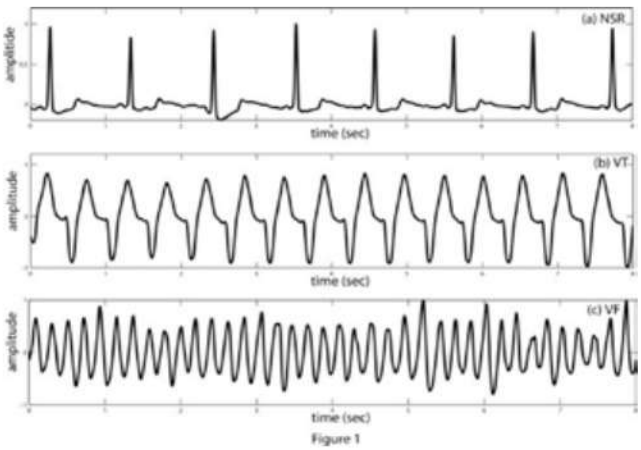
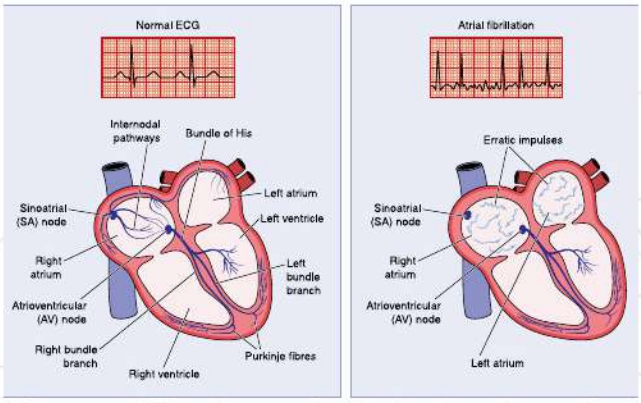
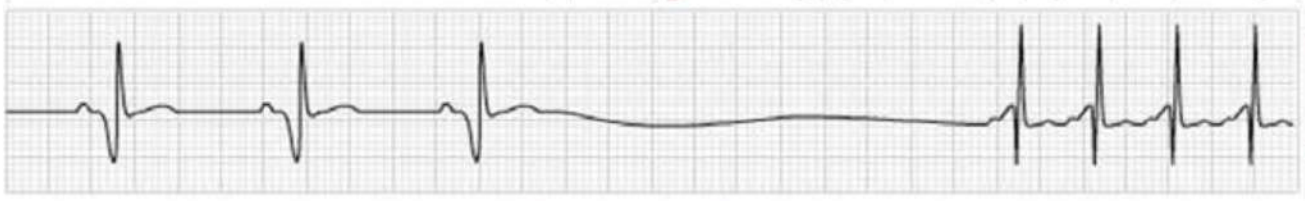


Figure 1

กลุ่มหัวใจเต้นพริ้ว (AF : Atrial Fibrillation) คือ มีการเต้นที่ไม่สม่ำเสมอเร็วบ้างช้าบ้างสลับกันไปตลอดเวลา ซึ่งพบได้มากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น กลุ่มนี้จะเสี่ยงกับการเกิดลิ่มเลือดภายในหัวใจ แล้วหลุดออกไปอุดตามเส้นเลือดที่เลี้ยงสมองก่อให้เกิดอัมพาตขึ้นได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นที่จะต้องได้ยาละลายลิ่มเลือดรับประทานไปตลอด เพื่อป้องกันการเกิดอัมพาตในอนาคต หรืออาจไปจี้จุดกำเนิดไฟฟ้าที่ผิดปกติเพื่อให้หัวใจกลับมาเต้นในจังหวะปกติต่อไป โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่เหมาะสมที่จะต้องไปจี้ด้วยไฟฟ้าต่อไป

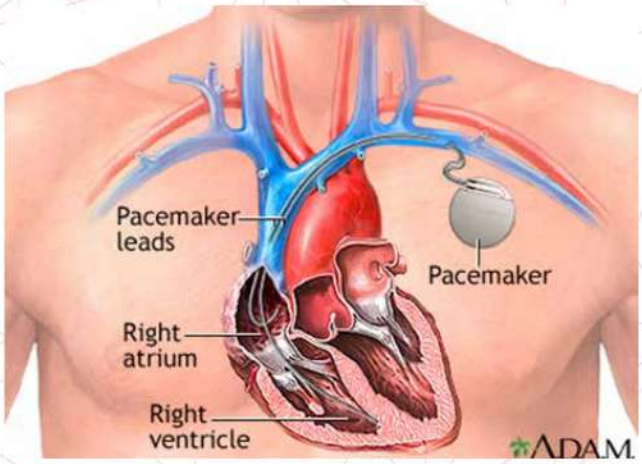
กลุ่มที่หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ โดยส่วนใหญ่มักเต้นเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที ในขณะพัก ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มไฟฟ้าลัดวงจร จากความผิดปกติของหัวใจห้องบน (SVT : Supraventricular Tachycardia) หรืออาจมาจากความผิดปกติของหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติอย่างรุนแรง (VT/VF : Ventricular tachycardia/Ventricular fibrillation) ซึ่งต้องให้การรักษาอย่างฉุกเฉินเร่งด่วนด้วยยาฉีด หรือต้องช็อกด้วยเครื่องช็อกไฟฟ้าให้ทันท่วงที (Defibrillator) และเมื่อหายจากภาวะฉุกเฉินนั้นแล้วอาจต้องส่งไปจี้จุดกำเนิดไฟฟ้าที่ผิดปกติ (EPS/RFCA : Electrophysiology Study/Radiofrequency Catheter Ablation) หรือต้องฝังเครื่องช็อกหัวใจด้วยไฟฟ้าไว้ในร่างกายต่อไป (ICD : Implantable Cardioverter defibrillator) เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำอีก

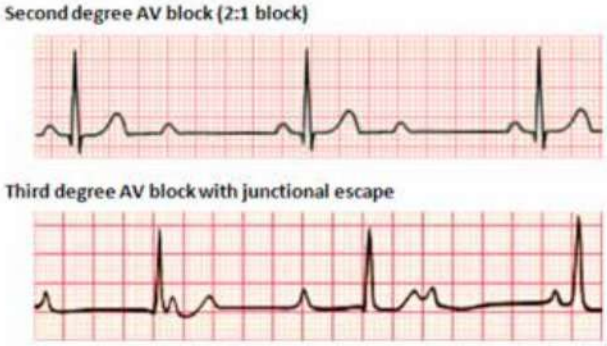




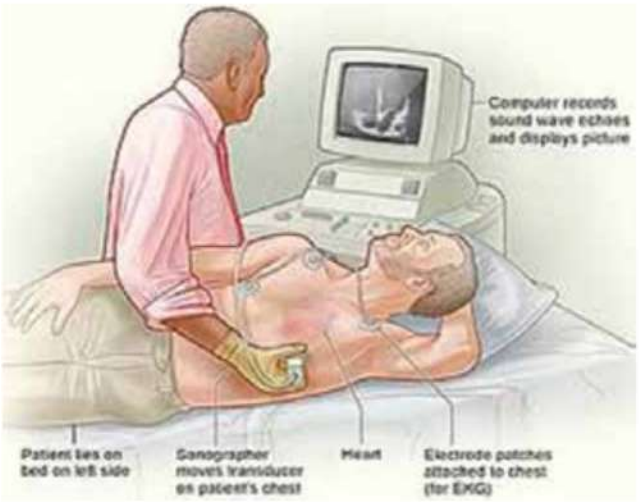
Sick Sinus Syndrome

กลุ่มที่หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ พบได้บ่อยเพราะหัวใจของกลุ่ม สว. สูงวัย นั้นใช้มานานเปรียบดั่งแบตเตอรี่ในหัวใจกำลังจะหมด ทำให้หัวใจเต้นช้าลงมาก หรืออาจเต้นบ้างไม่เต้นบ้าง เริ่มจะขี้เกียจทำงาน (SSS : Sick Sinus Syndrome) และอีกกลุ่มเกิดจากการที่หัวใจห้องบนกับห้องล่างไม่สามัคคีในการเต้นไปด้วยกัน คือห้องบนเต้นอย่าง ห้องล่างก็เต้นอย่างต่างคนต่างเต้นเหมือนไม่เคยทำงานร่วมกันมาก่อน (AV block : Atrioventricular block) ทั้ง 2 กลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะมาด้วยหน้ามืดวูบจะเป็นลม หมดสติ จึงต้องได้รับการฝังเครื่องกระตุ้นการเต้นหัวใจต่อไป (Cardiac Pacemaker)





โรคหัวใจล้มเหลว



หัวใจล้มเหลวก็เปรียบดั่งปั๊มน้ำที่ไม่สามารถปั๊มเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้เพียงพอ เป็นกลุ่มโรคสุดท้ายของโรคหัวใจทุกโรค ถ้ารักษาโรคหัวใจอื่น ๆ มาได้ไม่ดีหรืออายุมากแล้วจนหัวใจอ่อนกำลังลงเอง แต่ก่อนเราเรียกโรคนี้ว่า โรคหัวใจวาย แต่ฟังดูแล้วน่ากลัวจึงเลี่ยงมาเรียกกลุ่มนี้ว่าโรคหัวใจอ่อนกำลัง หรือโรคหัวใจล้มเหลว เมื่อฟังแล้วถ้าเรารักษาดี ๆ อาจทำให้หัวใจที่อ่อนกำลังฟื้นคืนชีพมาได้ ซึ่งก็เป็นอย่างนั้นเสียด้วย ถ้าเจอแพทย์หัวใจที่ดูด้านนี้โดยตรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมาด้วยอาการ หอบเหนื่อย ขาบวม นอนราบไม่ได้ แพทย์จะตรวจร่างกาย และเอกซเรย์ปอดดูจะเห็นว่าหัวใจโต (ดูเป็นคนใจกว้างจากฟิล์มเอกซเรย์ซึ่งไม่ดีสำหรับโรคนี้) และอาจมีน้ำคั่งในปอด ต้องส่งตรวจอัลตร้าซาวด์หัวใจ (Echo : Echocardiogram) เพื่อให้การวินิจฉัยสาเหตุที่แน่นอนต่อไป โดยทั่วไปแพทย์จะทำการวัดการบีบตัวของหัวใจว่าได้เท่าไร ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่ชี้เป็นชี้ตายคนไข้ได้พอสมควร เรียกว่าค่าการบีบตัวของหัวใจ (EF : Ejection Fraction) โดยปกติหัวใจห้องล่างซ้ายจะบีบเลือดออกจากห้องไปประมาณ 55-80 % และไม่มีหัวใจใครบีบเลือดออกจนหมดจากห้องหัวใจ 100 % เป็นแน่ต้องมีเลือดหลงเหลือค้างในห้องหัวใจอยู่บ้าง โดยปกติเราสามารถแบ่งโรคหัวใจล้มเหลวได้ 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

กลุ่มที่หัวใจบีบตัวได้ไม่ดี คือมีการบีบตัวต่ำกว่า 40 % (HFrEF : Heart Failure with reduced Ejection Fraction) หมายถึงหัวใจห้องล่างซ้ายบีบเลือดออกได้น้อยกว่า 40 % ซึ่งจะเริ่มแสดงอาการของหัวใจล้มเหลวให้เห็น เช่น เหนื่อย ขาบวม นอนราบไม่ได้ เมื่อมาเจอแพทย์หัวใจแพทย์ก็จะให้ยารักษาทั้งยาขับปัสสาวะ เพื่อลดอาการเหนื่อยหอบจากภาวะน้ำท่วมปอด และลดอาการบวม ตามด้วยการให้ยารักษาโรคที่ช่วยปรับระดับฮอร์โมนในร่างกายให้กลับมาสู่สมดุลตามเดิมเท่าที่ทำได้ ซึ่งปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำได้ดีกว่าเดิมเป็นอันมาก จนน่าภูมิใจที่เห็นผู้ป่วยที่ดูจะหมดหวังกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแบบผิดหูผิดตาได้ เมื่อเจอแพทย์หัวใจที่ให้ยาได้ถูกต้องและถูกจังหวะ นอกจากนี้แพทย์หัวใจจะต้องหาสาเหตุของหัวใจล้มเหลวที่อาจแก้ไขให้ดีขึ้นได้ต่อไป เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาเส้นเลือดหัวใจตีบซ่อนเร้นอยู่ ก็ส่งไปทำการสวนหัวใจ ขยายหลอดเลือด (PCI with stent) หรือส่งผ่าตัด ตัดต่อเส้นเลือดหัวใจ (CABG) หรือถ้าเป็นจากลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบรุนแรง ก็ส่งไปผ่าตัดเปลี่ยนหรือเย็บซ่อมลิ้นหัวใจต่อไป

กลุ่มที่สองคือกลุ่มที่หัวใจบีบตัวได้ดีแต่คลายตัวได้ไม่ดี แต่มีอาการของหัวใจล้มเหลว เช่น น้ำท่วมปอด กลุ่มนี้จะมีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่า 50 % แต่มีการคลายตัวของหัวใจที่ผิดปกติไป (HFpEF : Heart Failure with preserved Ejection Fraction) เปรียบเสมือนลูกยางแดงที่แข็งตัว เราสามารถบีบลูกยางแดงได้ แต่ตัวลูกยางแดงมันเก่ามันจึงแข็งกรอบ ทำให้การคลายตัวไม่ดีนำไปสู่อาการน้ำท่วมปอดได้เช่นกัน ซึ่งปัจจุบันแพทย์มักให้ยารักษาตามอาการเท่านั้น เช่น ยาขับปัสสาวะและยาลดความดันโลหิตถ้ามีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

โดยสรุป

ในกลุ่ม สว. สูงวัยนั้นมักมีโรคต่าง ๆ รุมเร้ามากมาย และมักเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ที่พบได้บ่อยคือ กลุ่มโรคหัวใจ การดูแลรักษาในกลุ่มนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ เป้าหมายเพื่อให้ตัวโรคบรรเทาลงและป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การเสียชีวิต ลดการมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดการกำเริบของโรคที่เป็นอยู่ให้น้อยที่สุด เพื่อทำให้อายุยืนยาวและต้องอยู่อย่างมีคุณภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะถ้าผู้ป่วยละเลยไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพตัวเองแล้ว เมื่อมีการกำเริบของโรคแต่ละครั้งเกิดขึ้น เมื่อให้การรักษาไปใหม่นั้นผลการรักษาอาจไม่ดีและยากที่จะเอาคืนสู่สภาพเดิมได้ เราจึงต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติให้รับประทานยาให้สม่ำเสมอ พบแพทย์ตามนัดหมาย ปฏิบัติตัวให้ดี ดูแลตัวเองให้ดี และแนะนำเรื่องการป้องกันโรคแทรกซ้อน เช่น โรคติดเชื้อบางชนิดที่เรามีวัคซีนฉีดป้องกันได้ โดยหวังว่าจะทำให้กลุ่ม สว. สูงวัยมีอายุยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่อย่างมีความสุขต่อไปครับ

นพ.ปกรณ์ โล่ห์เลขา

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์ 13.00 - 16.00 น.
วันอังคาร 08.00 - 12.00 น.
วันพฤหัสบดี 08.00 - 12.00 น.
วันศุกร์ 17.00 - 20.00 น.
วันอาทิตย์ 13.00 - 16.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ
โทรศัพท์ 0-2105-0345 , 0-2308-7600

ความหมายของการตรวจสุขภาพ

แพทย์หญิง คุณสวรรยา เดชอุดม
แพทย์คลินิกหัวใจ

การตรวจสุขภาพ เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย ณ ปัจจุบัน แต่หลายท่านที่ยังไม่เข้าใจความหมายของผลการตรวจสุขภาพอย่างถ่องแท้

การตรวจสุขภาพมีการพัฒนาตามลำดับอายุ โดยเริ่มตั้งแต่ตรวจพร้อมกับแม่ขณะอยู่ในท้องแม่ ก่อนคลอด เมื่อแรกเกิด ระหว่างเติบโต ตามลำดับอายุ จนกระทั่งหมดอายุขัย เรียกได้ว่า ตั้งแต่ปฏิสนธิติดตามการเจริญตามวัย โดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคเป็นระยะ ๆ เมื่อโตเต็มที่แล้วและมีการพัฒนาสมวัย การตรวจสุขภาพในวัยเด็กที่เข้าโรงเรียนแล้ว ส่วนใหญ่การติดตามสุขภาพอนามัย ทางโรงเรียนช่วยดูแลทางสุขภาพอนามัย ผ่อนภาระของแพทย์ได้ ครั้นวัยทำงานเราทุกคนต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง ตามกำหนดอาจได้รับการตรวจสภาพร่างกายก่อนเข้าทำงาน ตรวจร่างกายประจำปี ตามข้อกำหนด ทั้งชายและหญิง จวบจนหมดอายุขัย เพื่อเป็นการรักษาสุขภาพและป้องกันโรค

การตรวจสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ต้องใส่ใจปัจจัยเสี่ยงของโรคไร้เชื้อเรื้อรัง

คนเราก็เหมือนกับรถยนต์ เรายังดูหน้าปัดรถยนต์ตรวจเช็คตามระยะ บางครั้งเรายังห่วงรถยนต์มากกว่าตัวเราเองซะอีก เพราะฉะนั้นเราต้องหันมาดูแลตัวเราเองด้วย บางท่านไปตรวจสุขภาพมาแล้ว หมอบอกว่าแข็งแรงดีมากก็เลยหยุดยา เพราะเข้าใจว่าหมอบอกว่าแข็งแรงแล้วจะกินยาไปทำไมอีก แต่จริง ๆ แล้วเป็นสิ่งที่เข้าใจผิด เราต้องบอกหมอด้วยว่าเรามีโรคประจำตัวอะไร กินยาอะไรอยู่ และไม่ควรหยุดยาเอง โรคประจำตัวที่สำคัญของประชากรไทยมีแบบอย่างเดียวกับประชากรโลก ที่สมควรรู้จัก เพราะเหตุปัจจัยหลักของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเอง ทำให้ต้องเสียชีวิตและพิการก่อนวัยอันควร ได้แก่ โรคหัวใจพิบัติ อัมพาต ปอดเรื้อรัง มะเร็ง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน อ้วน ทานอาหารรสจัด (ทั้งหวาน มัน และเค็ม) ที่มี น้ำตาล โซเดียมสูง และการสูบบุหรี่

การตรวจสุขภาพ ตรวจอะไร อย่างไร ทำเมื่อใด และมีประโยชน์อย่างไร เหตุที่ต้องกล่าวถึงก็เพราะว่าคนเราเกิดมา ต้องมาตั้งแต่ในท้องแม่ ต้องมีการฝากครรภ์ พอครรภ์อายุ 3 สัปดาห์ มีการพัฒนาของหัวใจ เส้นประสาท พออายุ 5 สัปดาห์ หัวใจและดวงตาก็จะมีการพัฒนาต่อมาเรื่อย ๆ พออายุ 6 สัปดาห์ จะมีหู อายุ 7 สัปดาห์ จะเริ่มมีเพดานปาก แล้วจะเริ่มต้นมีสมอง

เราพบว่าคนไทยไม่น้อยเป็นโรคหัวใจพิบัติและเสียชีวิตในช่วงอายุระหว่าง 30-40 ปี โดยไม่มีอาการบอกล่วงหน้า เนื่องจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจที่ตีบอยู่นั้นเกิดปริของตะกรันไขมัน จึงมีเกล็ดเลือดมารวมกลุ่มกันอุดรอยรั่วในหลอดเลือดขนาดเล็ก ๆ ที่มีรูประมาณ 1-3 มิลลิเมตร จึงทำให้เกิดการอุดตันกะทันหัน ซึ่งพบ ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (หรือ 1 ใน 5 คนที่มีอาการหัวใจขาดเลือด)

การดูแลสุขภาพแม่ระหว่างตั้งครรภ์ป้องกันเด็กเกิดมาไม่สมประกอบ

ที่ประเทศนอร์เวย์มีประชากรน้อย แพทย์ 1 คนจะดูแลคนไข้ประมาณ 100 คน จึงเก็บข้อมูลมาทำการศึกษาพบว่าคุณแม่ตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ หรืออยู่ในห้องที่มีควันบุหรี่มีความเสี่ยงคลอดลูกก่อนกำหนด หรือเมื่อลูกโตขึ้น จะมีภาวะเป็นโรคหัวใจก่อนวัยอันควร (คนปกติทั่วไปจะเป็นโรคหัวใจประมาณอายุ 60 ปี ขึ้นไป สำหรับผู้ชาย และ 65 ปี ขึ้นไป สำหรับผู้หญิง)

อาการพิการแต่กำเนิด เกิดจากการขาดวิตามิน B ที่เรียกว่า โฟเลต วัยรุ่นที่ท้องโดยไม่รู้ตัว จึงไม่ได้รับการดูแลระยะสำคัญ ทำให้มีบุตรไม่สมประกอบ ในปัจจุบัน WHO องค์การอนามัยโลกมีนโยบายว่าผู้หญิงต้องกินโฟเลตตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งประเทศไทยเรา ณ ปัจจุบันกำลังรณรงค์อยู่ แม่ที่ท้องในช่วงที่อายุน้อย ๆ และไม่ถึงมือหมอ เด็กที่ออกมาส่วนใหญ่ก็จะมีอาการปากแหว่งเพดานโหว่ หลอดประสาทไม่ปิด หัวโต บางครั้งจะมีถุงตุ่ยออกมาบริเวณไขสันหลังเพราะขาดโฟเลต โฟเลตจึงมีความสำคัญ

นอกจากนี้โฟเลตยังช่วยป้องกันและรักษาโรคตะกรันโรคหัวใจ ช่วยบำรุงประสาท บำรุงเลือด ผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์จะมีประจำเดือน ก็จะมีอาการขาดเลือดได้ โฟเลตจะช่วยลดสารตัวหนึ่งที่อยู่ในหลอดเลือด ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดตะกรันในหลอดเลือด วิตามินโฟเลตหาซื้อได้ง่าย ราคาไม่แพง แต่การตรวจหาระดับสารตัวนี้ แพงกว่าซื้อโฟเลตกินเป็นปี

การดูแลสุขภาพ อนามัยทารก เด็กชาย และหญิง แต่ละวัย

เมื่อเด็กคลอดมาปกติ เกิดมาครบอาการ 32 คุณแม่สมควรที่จะให้อาหารลูกด้วยน้ำนมแม่เพราะมีคุณค่ามากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเดือนแรก จะมีน้ำนมที่มีน้ำเหลืองที่อุดมด้วยภูมิคุ้มกันโรค ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกแนะนำให้มารดาให้นมบุตร 1-2 ปี ด้วย เข้าใจกันว่าเด็ก ๆ ที่มีอาการแพ้ที่มากขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากขาดภูมิคุ้มกันจากน้ำนมแม่

การติดตามการเจริญเติบโตของเด็กก่อนวัยเรียน พร้อมกับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามกำหนด รวมทั้งอนามัยของเด็กควรที่ต้องเรียนรู้ และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล อย่างสม่ำเสมอ

เด็กที่โตที่เข้าโรงเรียนทางผู้ปกครองและทางโรงเรียนต้องร่วมมือกันดูแลการพัฒนาการของเด็ก และให้เด็กเรียนรู้ในการรักษาสุขภาพอนามัย เพื่อนำไปประพฤติปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงต้องใส่ใจดูตัวเลขเหล่านี้ เพื่อจะช่วยให้มีสุขภาพที่ดีและมีชีวิตยืนยาว

ความดันปกติ ควรจะอยู่ที่ 120 / 80 มิลลิเมตรปรอท

ไขมันคอเรสเตอรอลไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

น้ำตาลไม่ควรเกิน 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

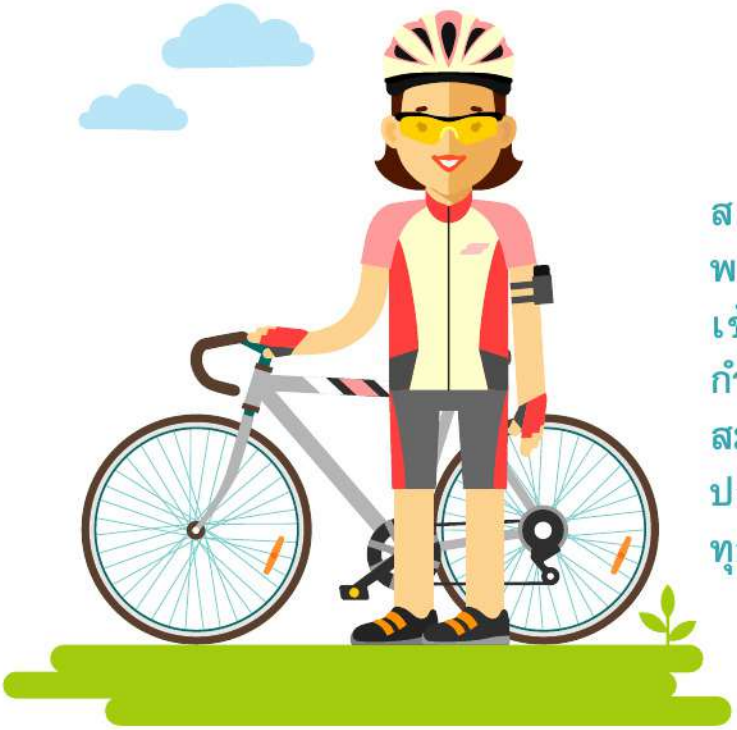
รอบเอว ส่วนสูง ÷ 2 หรือ ผู้หญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร

หลักการรับประทานอาหารเพื่อรักษาสุขภาพ ต้องสมดุล กับพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน

การรับประทานอาหาร 3 มื้อ ที่ปริมาณพอเหมาะพอดี คือ หนักมื้อเช้า เบามื้อเที่ยง เลี่ยงมื้อเย็น เลือกอาหารที่เหมาะสม ดังนี้

กินอาหาร ให้หลากหลาย ได้ห้าหมู่
เน้นพืชผัก ผลไม้ เลือกไข่นม
ธัญชาติ ข้าวถั่วงา อย่าเกินขาด
จะกินเนื้อ สัตว์ทั่วไป ไม่ควรติดมัน
สุขภาพดี ทุกวัย ให้ปฏิบัติ
ล้วนแข็งแรง สมส่วนสัด พัฒนา

หมั่นดูแล น้ำหนักกาย ให้เหมาะสม
เลี่ยงขนม หวานเค็มจัด ขจัดมัน
คนฉลาด กินปลาสุก ยิ่งสุขสันต์
กินทุกวัน สะอาดสด งดสุรา
ตามบัญญัติ การกิน สิ้นปัญหา
ไร้โรคา รู้กินดี สุขีทั่วไทย



พร้อมกันนี้ต้องออกกำลังให้เหมาะสมกับวัย และสมดุลกับปริมาณพลังงานของอาหารที่รับประทานเข้าไปในแต่ละวัน เลือกการออกกำลังให้พอเหมาะ พอดี ถูกวิธี และสม่ำเสมอ สำหรับตนเอง เพื่อสุขภาพดี ปลอดโรคปลอดภัย แข็งแรงตามวัยทุกช่วงอายุ

พญ. คุณสวรรยา เดชอุดม

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์ 09.00 - 12.00 น. และ 14.00 - 15.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

โทรศัพท์ 0-2105-0345 , 0-2308-7600

อันตรายจากยาที่ควรทราบ ตอน ข้อห้ามใช้ของยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิสนธิ์ จงตระกูล
แพทย์คลินิกอายุรกรรม
เภสัชกรหญิง พลโทหญิง สุภัททา เต็มบุญเกียรติ
เภสัชกร

ก่อนใช้ยาแต่ละชนิด เราควรทราบว่ายานั้น ๆ มีข้อห้ามใช้อย่างไรบ้าง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพของเราผู้ใช้ยา จึงควรมีความรู้เกี่ยวกับข้อห้ามใช้ของยา เพื่อให้ใช้ยาได้อย่างปลอดภัย ลองอ่านคำถาม-คำตอบ ต่อไปนี้ แล้วประเมินตนเองว่ามีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับข้อห้ามใช้ของยามากน้อยเพียงใด

1. ยาทุกชนิดมีข้อห้ามใช้เสมอ จริงหรือไม่?

จริง ในเอกสารกำกับยาจะมีหัวข้อหนึ่งเรียกว่า “ข้อห้ามใช้ยา” และยาทุกชนิดจะมีข้อห้ามใช้แสดงไว้เสมอ เช่น ห้ามใช้หากเคยแพ้ยานั้นหรือส่วนประกอบของยานั้น (อ่านเรื่อง "การแพ้ยาและผลข้างเคียงของยา" ได้จากนิตยสาร MDC Health คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ฉบับที่ 2 ปีที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2560 หน้า 6-11)

2. กรณีใดบ้างที่จะถูกจัดเป็นข้อห้ามใช้ยา?

กรณีที่จะถูกจัดเป็นข้อห้ามใช้ คือ กรณีที่อันตรายจากการใช้ยานั้นมีมากกว่าประโยชน์ของยาอย่างชัดเจน จึงไม่คุ้มที่จะเสี่ยง ตัวอย่างเช่น การใช้ยาต้านเชื้อราคีโตโคนาโซล (เช่น ไนโซรัล คีโตซอล) เพื่อรักษาโรคกลากเกลื้อนที่ผิวหนัง กรณีนี้อันตรายจากยาคือตับอาจอักเสบได้ โดยประโยชน์ที่ได้คือผิวหนังหายคัน เทียบแล้วไม่คุ้มที่จะเสี่ยงกับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและอาจเสียชีวิตหากตับวาย ฉะนั้นในหลายประเทศจึงยกเลิกการใช้ยานี้ในการรักษาโรคเชื้อราที่ผิวหนังหรือยกเลิกการจำหน่าย

3. ผู้มีโรคประจำตัวจะมีข้อห้ามใช้ยามากกว่าผู้อื่นหรือไม่?

แน่นอน ยาหลายชนิดห้ามใช้กับผู้เป็นโรคตับ โรคไต โรคหัวใจ หรือโรคประจำตัวอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น เจมไฟโบรซิล (เช่น โลปิด ไฮดิล) ซึ่งเป็นยาลดไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือด มีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคตับหรือโรคไตที่มีการทำงานของไตลดลงอย่างมากและโรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี ส่วนดอมเพอริโดน (เช่น โมทิเลียม โมแล็กซ์) ซึ่งเป็นยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน ใช้บรรเทาอาการของโรคกรดไหลย้อน บรรเทาอาการอาหารไม่ย่อย และบางครั้งมีผู้นำไปใช้กระตุ้นการหลั่งน้ำนมแม่หลังคลอด ยานี้ห้ามใช้กับผู้เป็นโรคตับที่เป็นในระดับปานกลางถึงรุนแรง ผู้มีการทำงานของไตลดลง และห้ามใช้กับผู้ที่มีจังหวะการเต้นหัวใจผิดปกติ รวมทั้งผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หรือมีเกลือแร่ในเลือดผิดปกติ หากมีการใช้ในกรณีข้างต้นอาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ หากเสียจังหวะอย่างรุนแรงหัวใจอาจหยุดเต้นและเสียชีวิตอย่างฉับพลันได้

4. คนกลุ่มใดอีกที่มีข้อห้ามการใช้ยามากกว่าบุคคลอื่น?

สตรีมีครรภ์ มีข้อห้ามใช้ยาหลายชนิดที่ไม่ได้ห้ามใช้กับบุคคลทั่วไป เนื่องจากอาจเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ ตัวอย่าง เช่น สตรีมีครรภ์ห้ามใช้ยาเออร์กอต (เช่น คาเฟอร์กอต โทฟาโก) ที่ใช้บรรเทาอาการปวดศีรษะไมเกรน เพราะทำให้มดลูกบีบตัว หดเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมดลูก ทำให้เลือดไปเลี้ยงทารกน้อยลง เด็กเจริญเติบโตช้า ในบางกรณีทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ นอกจากนั้นยังห้ามใช้ยาอีกหลายชนิด ตัวอย่างเช่น ยารักษาสิว (เช่น โรแอคคิวเทน แอคโนติน) ยาแก้ปวดแอสไพริน รวมทั้งวัคซีนบางชนิด เช่น วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมันและคางทูม เป็นต้น

หญิงให้นมบุตร มีข้อห้ามใช้ยาหลายชนิด โดยเฉพาะยาที่ผ่านไปยังน้ำนมมารดา ตัวอย่างเช่น ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ คือ ซีเลค็อกซิบ (เช่น ซีลีเบร็กซ์ โซเบรคซ์) และอีโทริค็อกซิบ (เช่น อาร์ค็อกเซีย ไบโอค็อกซิบ) หากจำเป็นต้องใช้ยาเหล่านี้มารดาควรหยุดให้นมบุตรในช่วงเวลาที่ใช้ยา

5. มียาใดที่เจาะจงห้ามใช้กับเด็กหรือไม่

มี เช่น ห้ามใช้เตตร้าซัยคลิน เพราะจะทำให้ฟันเหลืองหรือมีสีคล้ำ ห้ามใช้แอสไพรินเป็นยาลดไข้ในเด็ก (รวมไปถึงวัยรุ่นอายุไม่เกิน 16 ปี) เพราะอาจทำให้ตับบวม สมองบวม ชัก โคม่าและเสียชีวิตได้ นอกจากนั้นในบางประเทศ เช่น อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ยังได้ยกเลิกการจำหน่ายยาที่ใช้บรรเทาอาการน้ำมูกไหล แน่นจมูก ไอและขับเสมหะ ในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 6 ขวบ เนื่องจากไม่ช่วยบรรเทาอาการต่าง ๆ ให้กับเด็กได้อย่างชัดเจนแต่อาจเป็นอันตรายต่อเด็ก เช่น ทำให้เกิดอาการง่วงซึมอย่างมาก เห็นภาพหลอน หรือชัก

6. มียาใดที่เจาะจงว่าไม่ควรใช้ในผู้สูงอายุหรือไม่

มี ตัวอย่างเช่น ไดอะเซอรีน (เช่น อาร์โทรดาร์ ไดอะเซอริค) ซึ่งเป็นยาที่ใช้บรรเทาอาการปวดข้อในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าหรือข้อสะโพกเสื่อม ทั้งนี้หน่วยงานด้านยาของสหภาพยุโรป (EMEA) ได้ออกประกาศเมื่อ 19 มีนาคม 2014 ไม่แนะนำให้ใช้กับผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป เนื่องจากเสี่ยงต่อการมีท้องร่วงอย่างรุนแรง และห้ามใช้ยานี้กับผู้เป็นโรคตับขั้นรุนแรง นอกจากนี้ในผู้มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป ไม่ควรใช้ยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิกต่อเนื่องเป็นเวลานาน เช่น ยาต้านการซึมเศร้าอะมิทริปทิลีน และยาแก้แพ้คลอเฟนนิรามีน เนื่องจากยาจะรบกวนการทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง อาจทำให้ง่วงซึม และความจำเสื่อม

7. หากมีการใช้ยาบางชนิดอยู่ก่อน อาจมีข้อห้ามใช้ยาชนิดใหม่ที่กำลังจะใช้ จริงหรือไม่?

จริง ยาชนิดใหม่ที่ได้ไปอาจจะตีกับยาเดิมที่ใช้อยู่ และก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงที่จัดเป็นข้อห้ามใช้ ตัวอย่างเช่น ผู้ที่ใช้ยาลดไขมันโคเลสเตอรอลชื่อซิมวาสแตติน (เช่น ซิมเม็กซ์, บีสเตติน) อยู่เป็นประจำ ห้ามใช้ยาบางชนิดร่วมด้วย เช่น ห้ามใช้ร่วมกับยาที่ใช้ลดไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ชื่อเจมไฟโบรซิล (เช่น ไฮดิล โลปิด) และยาปฏิชีวนะชื่อคลาริโทรมัยซิน (เช่น แคลซิด คลาซินา) เป็นต้น เนื่องจากเมื่อใช้ร่วมกันจะทำให้ระดับยาซิมวาสแตตินในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจนเป็นพิษต่อกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออักเสบและเกิดความเจ็บปวด หากเป็นรุนแรงอาจทำให้ไตวายได้

8. ผู้เป็นโรคแผลทางเดินอาหาร ห้ามใช้ยาใด?

โรคแผลทางเดินอาหารอาจเป็นที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น หากอาการยังไม่สงบยาที่ห้ามใช้คือยาในกลุ่มเอ็นเสด (ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ) เพราะจะทำให้มีอาการปวดท้อง เลือดออกในทางเดินอาหาร อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ กระเพาะหรือลำไส้ทะลุ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ยาในกลุ่มเอ็นเสดมีมากมายหลายชนิด ตามภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ตัวอย่างรายชื่อเอ็นเสด (ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ)

ชื่อสามัญทางยา	ชื่อการค้า
ไอบูโพรเฟน	บรูเฟน โกเฟน ไฮดี นูโรเฟน แอดวิล
ไดโคลฟีแนค	โวลทาเรน ไดฟีลีน โดชาแนค ฟีแนค คาตาแฟลม
ไพร็อกซิแคม	เฟลดีน ฟีโน ฟลามิก จ๊อย นีโอติกา ป๊อก109 เพียแคม
นาโพรเซน	นาโปรซีน ซีนเฟล็ก นีโอเฟล็ก โซโปรเซน
อินโดเมธาซิน	อินโดสิด อินโดซิน อินโดแพค โดม โดสิด ฟ็อบ-อินโด-ซี เพนตากอน
เมฟีนามิกแอซิด	พอนสแตน ดิสเมน เฟนามิก ไมจีสิก
เมล็อกสิแคม	โมบิก เมลแคม ฮอฟบิค เอ็ม.พี.โอสถ แคมบิก
ซีเลค็อกซิบ	ซีลีเบร็กซ์ โซเบรคซ์ เซลค็อกซ์ ไซเบ็ก เม็ดดิกค็อกซิบ
อีโทริค็อกซิบ	อาร์ค็อกเซีย ไอโคสิบ อีเบอริล ไบโอค็อกซิบ

9. ผู้เป็นโรคหอบหืด ห้ามใช้ยาใด?

ยาบางชนิดกระตุ้นให้ผู้เป็นโรคหอบหืดมีอาการกำเริบได้ ยาที่ห้ามใช้คือยาในกลุ่มเอ็นเสด ซึ่งเป็นยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ (ตามภาพที่ 1) ยาแอสไพริน (หากเคยใช้แล้วกระตุ้นให้เกิดการหอบ) และยาโพรพราโนลอล (เช่น อินเดอราล โปรปานอล) ซึ่งเป็นยาลดความดันเลือด ลดอาการใจสั่นและรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ยานี้ออกฤทธิ์ทำให้หลอดลมตีบได้

10. ผู้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ห้ามใช้ยาใด?

ผู้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง หมายถึง ผู้ที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน ซึ่งจะมีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือมีหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ซึ่งจะมีอาการวูบหรือหมดสติชั่วคราว เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ป่วยเหล่านี้อาจได้รับการผ่าตัดบายพาสเส้นเลือดที่หัวใจ หรือได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยบอลลูนและการดามขดลวด หรือได้รับการผ่าตัดสมอง และต้องใช้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดเช่นแอสไพริน เป็นประจำ

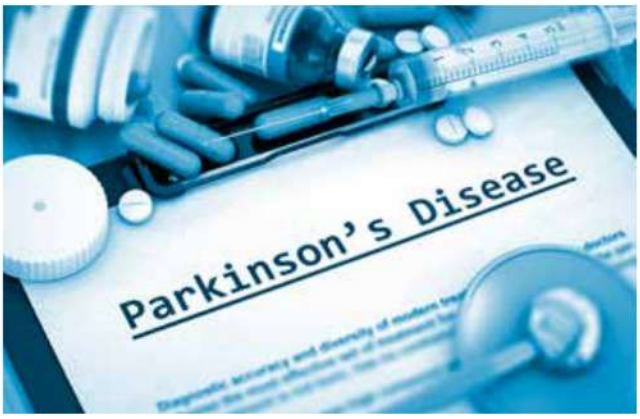
ผู้ป่วยเหล่านี้จึงห้ามใช้ยาที่ส่งเสริมให้เกิดลิ่มเลือด ซึ่งจะไปอุดหลอดเลือดแดงของหัวใจและสมองซ้ำอีก ยาเหล่านั้นมีหลายชนิด แต่ที่สำคัญเพราะเป็นยาที่ใช้บ่อยในชีวิตประจำวัน คือยาแก้ปวดลดการอักเสบแทบทุกชนิดในกลุ่มเอ็นเสด ตามเอกสารกำกับยา ยาในกลุ่มนี้ที่ห้ามใช้ ได้แก่ ไดโคลฟีแนค (เช่น โวลทาเรน ไดฟีลีน) ซีเลค็อกซิบ (เช่น ซีลีเบร็กซ์ โซเบรคซ์) อีโทริค็อกซิบ (เช่น อาร์ค็อกเซีย ไอโคสิบ) และยาฉีดแก้ปวด พารีคอกซิบ (ไดนาสแตท)

11. ผู้ที่ความดันเลือดยังสูงอยู่ ห้ามใช้ยาใด?

ผู้มีความดันเลือดสูงที่ยังคุมความดันเลือดได้ไม่ดีคือยังมีความดันเลือดสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท ห้ามใช้อีโทริค็อกซิบ (เช่น อาร์ค็อกเซีย ไอโคสิบ) เนื่องจากทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น และเป็นยาที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองในอัตราที่สูงกว่ายาอื่นในกลุ่ม คือมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า ส่วนยาอื่น ๆ ในกลุ่มเอ็นเสด (ตามภาพที่ 1) ทำให้ความดันเลือดสูงขึ้นได้เช่นเดียวกัน แม้ใช้เพียงครั้งเดียว จึงควรหลีกเลี่ยงหากทำได้

12. ผู้มีอาการหัวใจล้มเหลว ห้ามใช้ยาใด?

อาการหัวใจล้มเหลว หมายถึง การที่กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ไม่เพียงพอ ทำให้เหนื่อยง่าย หอบเมื่อออกแรงเพียงเล็กน้อย มียาหลายชนิดที่ห้ามใช้ เนื่องจากชักนำให้เกิดอาการหรือทำให้อาการเลวลง ตัวอย่างเช่น ยาเบาหวานไพโอกลิตาโซน (เช่น แอคโตส อัทมอส) ยาทุกชนิดในกลุ่มเอ็นเสด (ตามภาพที่ 1) และยารักษาอาการทางจิตประสาทบางชนิด ตัวอย่างเช่น ฮาโลเพอริดอล (เช่น ฮาลดอล เทนซิดอล) คิวไทอาพีน (เช่น เซโรเควล์ ควานเทีย) และโอแลนซาปีน (เช่น ไซเพรกซา โอลาพิน) ซึ่งมีผลทำให้หัวใจเต้นช้าลงได้



13. ผู้เป็นโรคซึมเศร้าหรือเป็นโรคพาร์กินสัน ห้ามใช้ยาใด?

ยาที่ห้ามใช้ คือยาที่ชักนำให้เกิดอาการซึมเศร้าหรืออาการของโรคพาร์กินสัน หรือทำให้อาการกำเริบหรือเลวลง ตัวอย่าง เช่น ซินนาริซีน (เช่น สติวเจอร์อน สตูลเมด) และฟลูนาริซีน (เช่น ไซบีเลี่ยม โซบีรา) ซึ่งใช้เป็นยาบรรเทาอาการเวียนศีรษะ ยาทั้งสองเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (หมายถึงไม่ใช่ยาจำเป็น) หากมีการใช้ควรระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้สูงอายุ เพราะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและพาร์กินสันได้ง่ายกว่าบุคคลกลุ่มอื่น แนะนำว่าให้ใช้เมื่อมีอาการ ไม่ควรใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ยาทั้งสองถูกสั่งใช้ในสถานพยาบาลภาครัฐมากกว่า 2 แสนครั้งต่อปี ซึ่งจะทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในคลินิกระบบประสาทและคลินิกจิตเวชเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากมีผู้ประเมินว่าในผู้ป่วยพาร์กินสันรายใหม่ 100 คน จำนวน 17 คนมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาทั้งสองข้างต้นและมากกว่าครึ่งหนึ่งจะมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

14. ผู้เป็นโรคต้อหินเรื้อรัง ห้ามใช้ยาใด?

ผู้เป็นโรคต้อหินเรื้อรังมักไม่แสดงอาการให้เห็นอย่างชัดเจน แต่ตาจะค่อย ๆ มัวลงอย่างช้า ๆ โดยไม่มีอาการเจ็บปวด ท้ายที่สุดอาจตาบอดได้หากรักษาช้า โรคนี้อาจเกิดขึ้นกับผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคความดันเลือดสูง โรคไขมันในเลือดสูง และสำคัญที่สุดคือโรคเบาหวาน ยาที่ห้ามใช้คือยาที่เพิ่มความดันในลูกตา ตัวอย่างเช่น ยาหยอดตาที่มีสเตอร์รอยด์เป็นส่วนผสม (เช่น โทบราเด็กซ แมกซิตรอล) ยาคลายกล้ามเนื้อ เช่น ออร์เฟนนาดรีน (เช่น นอร์จีลิค นอร์เฟลก) และยังมียาอีกหลายชนิดที่ควรหลีกเลี่ยงเนื่องจากเพิ่มความดันในลูกตาได้ เช่น สเตอร์รอยด์ชนิดกิน ยาแก้แพ้ชนิดง่วง และยาต้านการซึมเศร้าบางชนิด เป็นต้น

15. ผู้เป็นไข้เลือดออก ห้ามใช้ยาใด?

ห้ามใช้ยาลดไข้ แก้ปวด ที่เป็นยาในกลุ่มเอ็นเสด (ภาพที่ 1) เช่น ไอบูโพรเฟน รวมทั้งแอสไพริน เพราะเป็นยาที่ขัดขวางการจับตัวเป็นกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้เลือดออกง่าย ผู้เป็นไข้ที่ยังไม่ทราบสาเหตุจึงควรใช้พาราเซตามอลเป็นยาลดไข้ ไม่ควรใช้ยาอื่น เพราะเสี่ยงต่อการมีเลือดออกอย่างรุนแรงจากโรคไข้เลือดออก

คำถาม-คำตอบ 15 ข้อข้างต้น คงช่วยให้ผู้ใช้ยาตระหนักได้ว่า แม้ยาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้หายเจ็บป่วย แต่ต้องใช้อย่างรอบคอบ ระมัดระวัง ใช้เฉพาะเมื่อจำเป็น ที่สำคัญผู้ป่วยต้องมีความรู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไรอยู่และใช้ยาอะไรอยู่บ้าง เพราะยาหลายชนิดเป็นยาที่ห้ามใช้กับโรคบางโรคและห้ามใช้เมื่อใช้ยาบางชนิดอยู่ การป้องกันอันตรายจากยาที่ห้ามใช้ได้ทางหนึ่งคือ การแจ้งแก่ผู้รักษาว่าตนเองเป็นโรคอะไรและใช้ยาอะไรอยู่บ้าง ทั้งนี้สถานพยาบาลควรจัดทำเอกสารที่ระบุโรคของผู้ป่วยและรายการยาให้ผู้ป่วยติดตัวไว้ และผู้ป่วยควรนำยาหรือรายการยาไปด้วยเสมอเมื่อไปพบแพทย์หรือไปซื้อยาที่ร้านขายยา สิ่งที่ผู้ใช้ยาควรระลึกไว้เสมอก็คือ “ใช้ยาผิด อาจเกิดพิษและเป็นโทษอย่างมหันต์”

ผศ.นพ. พิสนธิ์ จงตระกูล

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์	13.30 - 20.00 น.
วันอังคาร	13.30 - 20.00 น.
วันพฤหัสบดี	17.00 - 20.00 น.
วันอาทิตย์	13.00 - 20.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

โทรศัพท์ 0-2105-0345 , 0-2308-7600

มะเร็งเต้านม ว่าด้วยการคัดกรอง การรักษา และการป้องกัน (Breast Cancer awareness)

พันตรี นายแพทย์ ปิยศักดิ์ ทหราวานิช
แพทย์คลินิกศัลยกรรม เฉพาะทางด้านเต้านม

มะเร็งเต้านมนั้น โดยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งที่มีพยากรณ์โรคดีมาก แต่ก็ต้องตรวจพบตั้งแต่ระยะต้น ๆ อัตราการเสียชีวิตต่ำ และโอกาสการเก็บรักษาเต้านมไว้ได้สูง แต่ในขณะเดียวกันก็ถือเป็นภัยเงียบใกล้ตัว เพราะว่าโรคจะแสดงอาการให้คนนั้น ๆ รู้ได้ โรคก็มักจะเป็นมากแล้ว ดังนั้นจึงไม่ควรรอให้มีอาการแล้วมาตรวจ แต่ควรรับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ในกลุ่มผู้หญิงทั่วไป

ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง และควรจะต้องได้รับการบอกถึงประโยชน์และข้อจำกัดของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกวิธี และควรมีการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม อย่างน้อยทุก 3 ปี

ที่อายุ 35 ปี นอกจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนแล้ว ควรรับการตรวจคัดกรองด้วย Mammogram และ Ultrasound เต้านม และหากผลปกติดีก็ให้ไปเริ่มตรวจอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่อายุ 40 ปี แต่หากพบสิ่งผิดปกติก็จะได้ตรวจวินิจฉัยหรือติดตามโดยใกล้ชิดนับแต่นั้นไป ทั้งนี้เนื่องจากอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมเริ่มพบในผู้หญิงอายุน้อยมากขึ้นเรื่อย ๆ

ที่มีอายุ 40-69 ปี ขึ้นไป และไม่มีอาการ นอกจากการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำแล้ว ควรตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมทุกปี และตรวจด้วยเครื่อง Mammogram และ Ultrasound เต้านมเป็นประจำทุกปี

ขณะที่การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงนั้น (High risk) ผู้หญิงกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเหมือนกับกลุ่มผู้หญิงทั่วไป แต่ควรต้องเริ่มตรวจเร็วขึ้น เช่น กรณีที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านมตั้งแต่อายุน้อย ควรเริ่มตรวจคัดกรอง เมื่ออายุที่ญาติเป็นมะเร็งเต้านมลบออก 10 ปี และควรตรวจเป็นประจำทุกปีนับแต่นั้นไป

ปัจจุบันการตรวจคัดกรองด้วย Mammogram และ Ultrasound ยังคงเป็นเครื่องมือหลัก ในการลดการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม จนอาจพูดได้ว่าการป้องกันมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุด คือการตรวจพบให้เร็วที่สุด

การรักษามะเร็งเต้านม

ในการรักษามะเร็งเต้านมนั้น สิ่งที่คนไข้กังวลมากที่สุด เห็นจะเป็น 1. การสูญเสียเต้านม 2. การให้เคมีบำบัด

ในปัจจุบันนั้นการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม มีความก้าวหน้ามากขึ้นอย่างมาก สามารถผ่าตัดแบบเก็บสงวนเต้านมได้ โดยให้ผลของการรักษาที่เทียบเท่ากับการตัดเต้านมทั้งเต้า อย่างไรก็ดีมีผู้ป่วยหลายท่านที่ยังจำเป็นต้องตัดเต้านมออกทั้งเต้าด้วยเหตุที่พบช้าก้อนมีขนาดใหญ่ หรือมีรอยโรคมากกว่าหนึ่งตำแหน่งในเต้านมด้านนั้น เดิมการผ่าตัดทำได้เพียงตัดออกเรียบ ๆ ปัจจุบันการผ่าตัดทั้งเต้าได้พัฒนามาถึงจุดที่เก็บผิวเต้านม ลานหัวนมและหัวนมไว้ และคว้านเนื้อเต้านมภายในออกทั้งหมด และทำการเสริมสร้างเต้านมขึ้นมาใหม่จนมีลักษณะใกล้เคียงเต้านมปกติ และยังได้ผลการรักษาเทียบเท่าการตัดเต้านมทั้งเต้าแบบเรียบ

ส่วนการให้เคมีบำบัดนั้น พิจารณาจากหลายประเด็น แต่หลัก ๆ ที่ใช้พิจารณาคือ ผลเนื้อมะเร็งเต้านมของคนไข้นั้น ๆ ว่าขนาดโตไหม มีการกระจายมาต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้แล้วหรือไม่ ชนิดความดุร้ายของมะเร็งเป็นต้น กล่าวโดยสรุปคือ ถ้าพบได้เร็ว รักษาได้เร็ว โอกาสจะต้องให้เคมีบำบัดก็ต่ำมาก

แล้วมะเร็งเต้านมป้องกันได้ไหม เป็นอีกหนึ่งคำถามยอดฮิตที่จะขอตอบไว้นะที่นี้ เพราะเวลาตรวจไม่สะดวกตอบเท่าไหร่ เพราะเวลามีจำกัด

การป้องกันมะเร็งเต้านม ปัจจุบันก็มีการวิจัยก้าวหน้าไปพอควร และพอสรุปได้ ดังนี้

1. ไม่มีวัคซีนป้องกันมะเร็งเต้านม เพราะสาเหตุการเกิดไม่เหมือนมะเร็งปากมดลูกที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส จึงสร้างวัคซีนป้องกันได้

2. การป้องกันมะเร็งเต้านมที่ดีที่สุดคือ การผ่าตัด ซึ่งจะลดโอกาสการเกิดมะเร็งเต้านมได้กว่า 90 % ตัวอย่างที่เห็นคือ การผ่าตัดที่คุณแองเจลิน่า ได้ทำเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมของตนเอง เนื่องจากตรวจพบมีพันธุกรรมถ่ายทอดจากมารดา

การผ่าตัดนี้ทำได้โดยการคว้านเต้านมภายในออกทั้งเต้าแล้วเสริมสร้างเต้านมใหม่ด้วยซิลิโคนทางการแพทย์ จึงมีผลพลอยได้อีกอย่างคือ ได้เต้านมที่มีทรงและขนาดสวยตามต้องการ ปัจจุบันการผ่าตัดนี้ได้รับความนิยมขึ้นอย่างมากทั้งในและต่างประเทศ จากประสบการณ์ที่ทำผ่าตัดลักษณะนี้ไปแล้วกว่า 50 ท่าน ผลเป็นที่น่าพอใจทั้งได้ลดความกังวลและได้ทรงเต้านมที่ดีขึ้นมาก

อีกทางที่สามารถช่วยป้องกันมะเร็งเต้านมได้ผล 60 % - 70 % คือ การทานยาต้านฮอร์โมน แต่เนื่องจากผลข้างเคียงของยาจึงไม่ค่อยได้รับความนิยม

สุดท้ายการป้องกันมะเร็งเต้านมที่ง่ายและดีที่สุดคือ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการทำ Mammogram และ Ultrasound เต้านม แม้จะไม่สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมได้ แต่การตรวจพบรอยโรคก่อนจะกลายเป็นมะเร็ง และการตรวจพบมะเร็งตั้งแต่ขนาดน้อย ๆ ยังให้ผลในการป้องกันและรักษามะเร็งเต้านมที่ดีขึ้น

พ.ต.นพ. ปิยศักดิ์ ทหราวานิช

ตารางออกตรวจ

วันพุธ 17.00 - 19.00 น.

วันอาทิตย์ 13.00 - 17.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

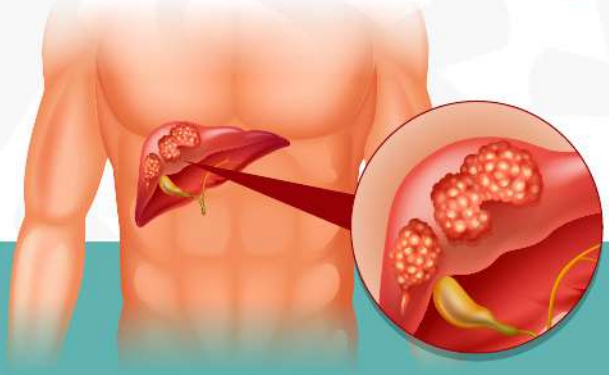
โทรศัพท์ 0-2105-0345 , 0-2308-7600

เนื้องอกตับ

แพทย์หญิงลักษณา โชครุ่งวรานนท์
แพทย์คลินิกทางเดินอาหารและตับ

เนื้องอกตับ เป็นภาวะที่พบบ่อยในการตรวจทางคลินิก การวินิจฉัยความแตกต่างของเนื้องอกตับ เป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะมักตรวจพบโดยบังเอิญ และมักไม่มีอาการ ในขณะที่อาจเป็นเพียงเนื้องอกธรรมดา ถุงน้ำ หรือ เนื้องอกที่มีเนื้อร้าย หัวข้อนี้จะทบทวนแนวทางการวินิจฉัยที่แตกต่างกันของเนื้องอกตับ รู้จักชนิดของเนื้องอกตับทั้งชนิดธรรมดา และเนื้อมะเร็ง ทราบปัจจัยเสี่ยงโอกาสเป็นเนื้อร้าย อาการ วิธีการวินิจฉัย การรักษาและการดูแลติดตามในเบื้องต้น และในขณะที่พยาธิสภาพของเนื้องอกที่ร้ายแรงหรือมะเร็ง วิธีการรักษาอย่างละเอียดจะไม่ได้กล่าวถึง

เนื้องอก หมายถึง ก้อนผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการที่เซลล์แบ่งตัวรวดเร็วผิดปกติ และร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ เนื้องอกตับ (liver tumor) มีหลายชนิด ทั้งที่เป็นชนิดเนื้องอกธรรมดาที่ไม่มีอันตรายและชนิดที่ทำให้เป็นมะเร็งตับ (liver cancer) ซึ่งมีการเสียชีวิตสูง เนื้องอกตับชนิดธรรมดายังแบ่งได้เป็น 2 ชนิดหลัก คือ ชนิดเป็นก้อนเนื้อ (Solid lesion) และชนิดเป็นถุงน้ำ (Liver cyst) ในขณะที่เนื้องอกมะเร็งตับแบ่งเป็นมะเร็งตับปฐมภูมิและมะเร็งแพร่กระจาย (ตารางที่ 1)

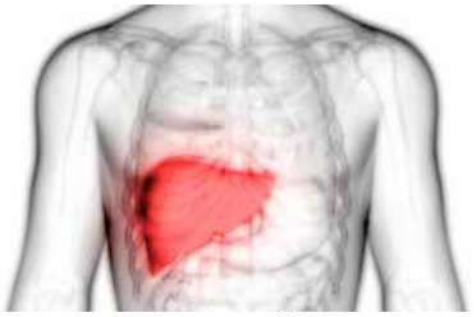


ตารางที่ 1

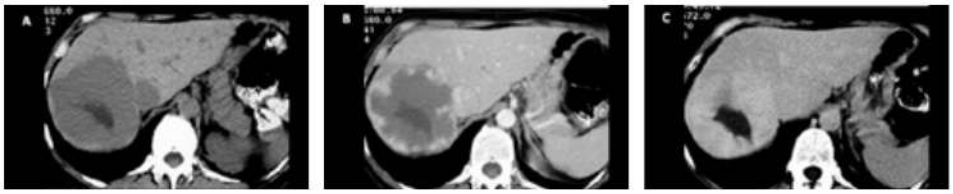
เนื้องอกในตับ	
ธรรมดา	**เนื้องอกร้ายที่ตับ**
1. ชนิดเป็นก้อนเนื้อ 1.1 Hemangioma 1.2 Focal nodular hyperplasia 1.3 Adenoma **2. ชนิดเป็นถุงน้ำ Liver cysts**	**1. มะเร็งในตับ (Primary liver cancers)** 1.1 Hepatocellular carcinoma (มะเร็งตับชนิดปฐมภูมิ) 1.2 Cholangiocarcinoma (มะเร็งของท่อน้ำดี) **2. มะเร็งแพร่กระจาย Metastasis**

เนื้องอกตับชนิดธรรมดา เป็นโรคที่พบได้เรื่อย ๆ ทุกเพศ ทุกวัย แต่สถิติการเกิดจะไม่แน่นอน เพราะผู้ป่วยมักไม่มีอาการ มักพบโดยบังเอิญจากการตรวจภาพช่องท้องด้วย อัลตร้าซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และ/หรือเอ็มอาร์ไอ เพื่อการวินิจฉัยโรคอื่น ๆ

สาเหตุของโรค เนื้องอกตับชนิดธรรมดา ชนิดที่พบบ่อยแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

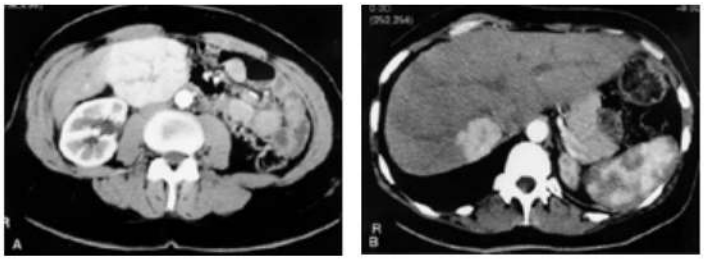


1. เนื้องอกชนิดฮีแมงจิโอมา (hemangioma) หรืออาจเรียกว่า "ปานแดงที่ตับ" เนื้องอกชนิดฮีแมงจิโอมา เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาที่ไม่ใช่มะเร็งพบบ่อยที่สุด พบได้ประมาณ 20 % ของเนื้องอกตับทั้งหมดพบว่า 60-80 % ของ hemangiomas ในตับถูกวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี hemangiomas ในผู้ใหญ่เกิดขึ้นบ่อยในสตรี โดยมีอัตราส่วนระหว่างเพศหญิงกับชายเท่ากับ 3:1 สาเหตุการเกิดไม่ทราบแน่ชัด โดยมักเป็นความผิดปกติแต่กำเนิดของเซลล์ต้นกำเนิด (mesenchyme) ในตับมักพบเป็นก้อนเดี่ยว ประมาณ 10 % ของผู้ป่วยพบมีหลายก้อนได้ โดยทั่วไปก้อนมักมีขนาดเล็กและมักไม่โตขึ้น และไม่ก่อให้เกิดอาการผิดปกติ อาจพบมีอาการถ้าขนาดมากกว่า 4 เซนติเมตร ไม่มีรายงานการเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งตับ



รูปที่ 1 เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ก้อน hemangioma

2. เนื้องอกชนิด Focal Nodular Hyperplasia เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา ที่ไม่ใช่มะเร็ง ที่พบได้บ่อยประมาณ 3 % เป็นอันดับสองรองจากเนื้องอกชนิดฮีแมงจิโอมา เป็นโรคพบได้ทุกวัย แต่พบในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย โดยเฉพาะมักพบในผู้หญิงอายุ 30-40 ปี ตรวจพบเป็นก้อนเดี่ยว มักไม่มีอาการและไม่เปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งแต่อย่างใด สาเหตุเกิดจากการที่เซลล์ตับมีปฏิกิริยาต่อเส้นเลือดแดง-ดำที่เชื่อมต่อกันอย่างผิดปกติ โดยตับของผู้ป่วยจะทำหน้าที่ได้เหมือนปกติทุกอย่าง ไม่พบความสัมพันธ์ของก้อนเนื้องอกชนิดนี้กับยาคุมกำเนิด : estrogen



รูปที่ 2 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ focal nodular hyperplasia (FNH) มักพบมีแผลเป็นตรงกลางก้อน (central stellate scar)

3. เนื้องอกชนิดอะดีโนมา (hepatic adenoma) เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดาที่ไม่ใช่มะเร็ง พบได้ในผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่กินยาเม็ดคุมกำเนิดมานานกว่า 2 ปี โรคนี้พบในผู้หญิงบ่อยกว่าในผู้ชายประมาณ 8-15 เท่า ที่ต่างจากเนื้องอกตับชนิดอื่น คือ เนื้องอกตับชนิดนี้มีขนาดโตขึ้นได้และถ้าขนาดโตมากกว่า 5 เซนติเมตร มีโอกาสที่จะเกิดก้อนเนื้อแตกจนเกิดการตกเลือดรุนแรงเข้าในช่องท้องที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ และยังมีรายงานเปลี่ยนเป็นมะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma (HCC) ได้ประมาณ 5 %

รูปที่ 3 ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ hepatic adenoma

เนื้องอกตับชนิดอื่น ๆ อาจพบได้ แต่ไม่มีสถิติการเกิดที่แน่นอน เช่น ก้อนเนื้อที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ไขมันในตับ (Focal fatty change) เนื้องอกเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Fibroma) เนื้องอกกล้ามเนื้อเรียบ (Leiomyoma) ก้อนเนื้อเกิดจากการเจริญผิดปกติของเซลล์ตับ (Nodular regenerative hyperplasia หรือย่อว่า NRH) เป็นต้น

เนื้องอกตับชนิดเป็นถุงน้ำ แบ่งได้เป็นชนิด 2 ชนิด ได้แก่

Simple hepatic cyst เป็นโรคพบได้บ่อย ประมาณ 1.6-18 % ของประชากร เป็นถุงน้ำเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด ที่ทำให้มีการขยายตัวใหญ่ขึ้นต่อเนื่องของท่อน้ำดีขนาดเล็กในเนื้อตับ จนทำให้เกิดเป็นถุงน้ำขึ้น ซึ่งถุงน้ำนี้จะไม่ติดต่อกับระบบทางเดินน้ำดี ถุงน้ำชนิดนี้พบได้ในทุกวัย ทุกเพศ พบได้บ่อยกว่าในผู้หญิงช่วงวัย 50-60 ปี พบได้บ่อยทั้งเป็นถุงน้ำเดียว หรือหลายถุงน้ำ ไม่ทำให้เกิดอาการ และยังไม่มีรายงานเปลี่ยนเป็นมะเร็งตับ

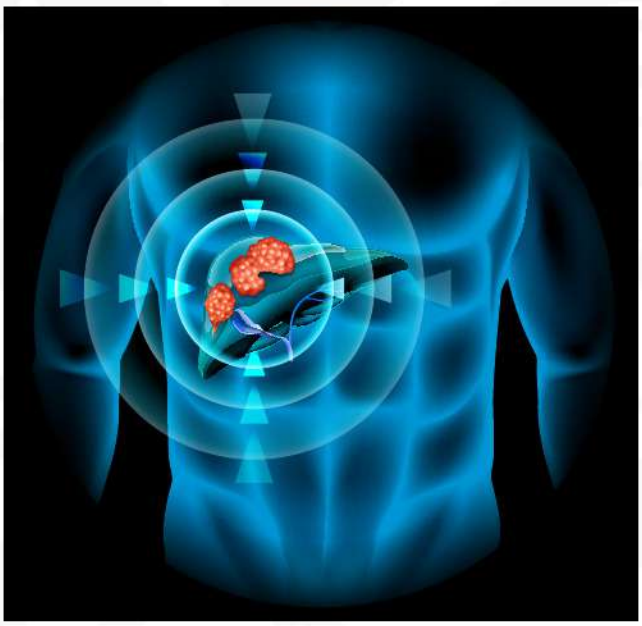
Polycystic liver disease หรือโรคถุงน้ำตับหลายถุงน้ำ เป็นโรคผิดปกติทางพันธุกรรม พบได้น้อยกว่า 0.1 % ของประชากร พบเป็นถุงน้ำได้มากมายในตับ ถุงน้ำนี้มีได้ทุกขนาด และมักพบร่วมกับมีถุงน้ำในไต และยังไม่มีรายงานการเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งตับ

รูปที่ 4 ภาพอัลตราซาวด์ถุงน้ำในตับ

อาจพบมีถุงน้ำชนิดอื่น ๆ เช่น Hepatobiliarycystadenoma โดยเป็นถุงน้ำที่เกิดจากท่อน้ำดีในตับ เนื้องอกถุงน้ำชนิดนี้สามารถเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้ แต่โอกาสพบน้อยมาก

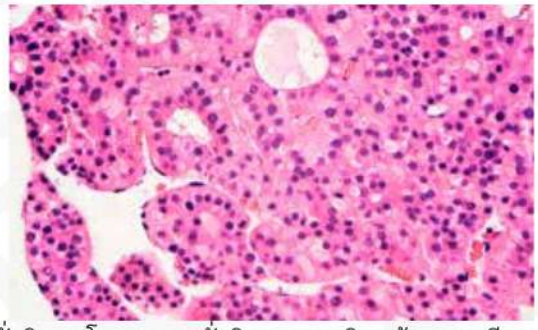
โดยสรุปคือ เนื้องอกตับธรรมดา ไม่ทำให้เกิดอาการ ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา เพียงเฝ้าติดตามในช่วงแรกเท่านั้น และถ้าไม่เปลี่ยนแปลง อาจติดตามห่างขึ้น โดยทั่วไปมีการพยากรณ์โรคที่ดี ยกเว้นผู้ป่วยบางรายส่วนน้อยที่อาจเกิดผลข้างเคียงจากการตกเลือดเข้าช่องท้อง จากการแตกของก้อนเนื้อที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะช็อก จนอาจเสียชีวิตได้

เนื้องอกร้ายตับหรือมะเร็งตับ



มะเร็งตับ (Liver cancer) เป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งที่เกิดในผู้ชายไทย และเป็นอันดับ 3 ในผู้หญิง มักพบในคนอายุ 30-70 ปี และพบได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 2-3 เท่า โรคนี้จัดเป็นโรครุนแรงมาก ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้มากที่สุดโรคหนึ่ง เพราะโรคมะเร็งตับในระยะแรกมักไม่ค่อยแสดงอาการ ผู้ป่วยกว่าจะได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกก็มักจะอยู่ในระยะท้ายของโรค ซึ่งไม่มีทางรักษาให้หายได้แล้ว เราจึงควรทำความรู้จักและทราบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค โดยทั่วไปชนิดของโรคมะเร็งตับ แบ่งเป็น มะเร็งตับชนิดปฐมภูมิ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของเนื้อเยื่อตับเอง และมะเร็งตับชนิดทุติยภูมิ ที่เกิดจากการแพร่กระจายมาจากโรคมะเร็งชนิดอื่น เช่น โรคมะเร็งปอด โรคมะเร็งเต้านม ฯลฯ

มะเร็งตับชนิดปฐมภูมิ แบ่งเป็น



1. มะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma – HCC) หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากเซลล์ที่อยู่ในเนื้อเยื่อตับ ซึ่งเป็นชนิดที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 75-80 % ของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ สามารถพบได้ในทั่วทุกภาคของประเทศ มักพบในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซี (ทั้งที่เป็นพาหะและเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง) ผู้ป่วยตับแข็ง ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จัด และผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ นอกจากนี้ยังพบว่า สารอะฟลาทอกซิน (Aflatoxin) ซึ่งเป็นสารพิษที่มักพบปนเปื้อนอยู่ในถั่วลิสง (โดยเฉพาะถั่วลิสงบด) พริกแห้ง กระเทียม หัวหอม เต้าเจี้ยว ข้าวโพด เป็นต้น ก็เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้ด้วยเช่นกัน ส่วนมากไม่มีอาการเบื้องต้น แต่ถ้าแสดงอาการแล้ว มักจะมาด้วยปวดท้องเรื้อรัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด รู้สึกจุกแน่นที่ลิ้นปี่ หรืออาการของตับแข็งคือ ท้องมาน ตาเหลือง อาเจียนเป็นเลือด ตับโต

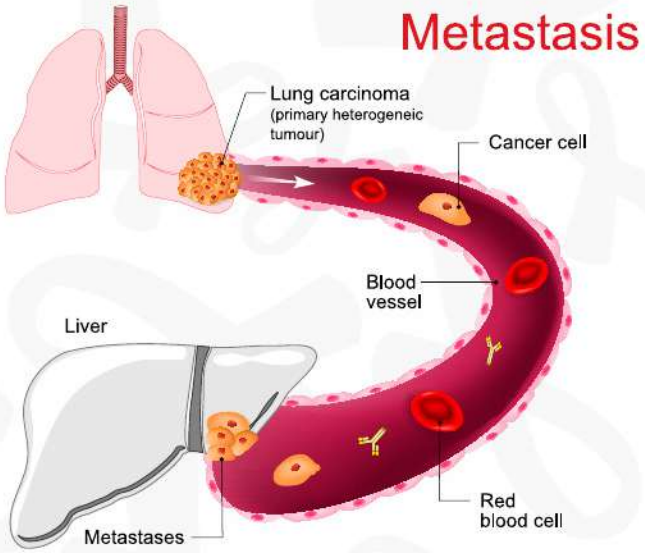
รูปที่ 5 อัลตร้าซาวด์ตับ แสดงเห็นก้อนมะเร็งตับ

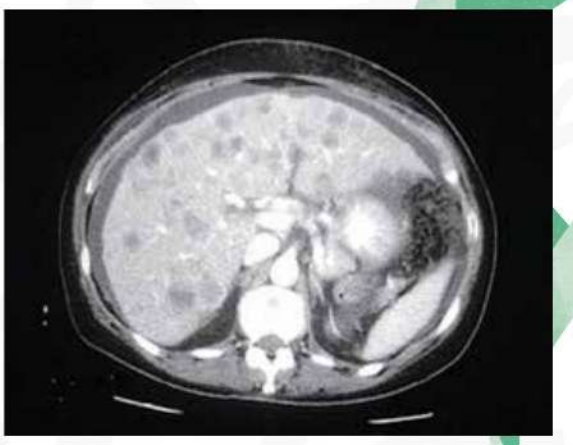
การรักษาขึ้นอยู่กับขนาดของก้อน (tumor size) ระยะของโรค ลักษณะเดิมของตับ (underlying liver disease) ความแข็งแรงและโรคเดิมของผู้ป่วย (performance status) ได้แก่ การผ่าตัดการรักษาด้วยคลื่น radiofrequency ablation/การฉีด ethanol/การใช้ยาเคมีฉีดเข้าก้อน (chemoembolization)/ยาเคมีแบบรับประทาน/การเปลี่ยนตับ

2. มะเร็งท่อน้ำดีในตับ (Cholangiocarcinoma – CCA) หมายถึง มะเร็งที่เกิดจากเซลล์ที่บุภายในท่อน้ำดีส่วนที่อยู่ภายในตับ (Biliary tree) เป็นชนิดที่พบได้มากรองลงมา คือ ประมาณ 13 % ของมะเร็งตับ โดยจะพบในผู้ชายบ่อยกว่าผู้หญิงเล็กน้อย และมักพบในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50-60 ปี ในประเทศไทยพบโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้มากทางภาคอีสานซึ่งพบร่วมกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchisviverrini) ซึ่งนิยมรับประทานปลาดิบ ๆ และปลาร้า ตัวอ่อนของพยาธิก็จะเข้าไปเจริญเติบโตและอาศัยอยู่ที่ท่อน้ำดีในตับ ทำให้เกิดการอักเสบและความผิดปกติของตับ พอนาน ๆ เข้าเซลล์ท่อน้ำดีก็จะกลายพันธุ์เป็นมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับสารไนโตรซามีน (Nitrosamine) ซึ่งเป็นสารพิษที่พบได้ในอาหารจำพวกโปรตีนหมัก (เช่น ปลาร้า ปลาส้ม หมูส้ม แหนม เป็นต้น) อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่ผสมดินประสิว (เช่น ไส้กรอก กุนเชียง เนื้อเค็ม ปลาเค็ม เป็นต้น) และอาหารรมควัน (เช่น ไส้กรอกรมควัน ปลารมควัน) ก็เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งชนิดนี้ได้ด้วย ผู้ป่วยมักจุกแน่นลิ้นปี่ก่อน (อาจนานหลายเดือน) แล้วจึงค่อยมีตัวเหลืองตาเหลือง เมื่อเริ่มแรกมักไม่มีอาการ พอมีอาการโรคก็ลุกลามเข้าระยะท้าย ๆ แล้ว และการรักษาก็ยิ่งยากกว่ามะเร็งตับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง (เพศชายอายุ > 40 ปีเคยมีพยาธิใบไม้ในตับ หรือชอบกินปลาน้ำจืดสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ก้อยปลาหรือมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งตับมาก่อน)

มะเร็งแพร่กระจาย

เป็นมะเร็งของอวัยวะอื่นที่กระจายมาที่ตับ ตับเป็นอวัยวะที่รับเลือดดำจากอวัยวะต่าง ๆ ที่พบบ่อยคือมาจากมะเร็งลำไส้ เต้านม ปอด กระเพาะ ตับอ่อน ลักษณะที่พบมักเป็นหลายก้อนกระจัดกระจายกันในเนื้อตับ การวินิจฉัย โดยการตัดชิ้นเนื้อ ลักษณะนี้ไม่ว่ามะเร็งต้นทางเป็นอะไรโรคก็เข้าสู่ระยะที่สี่แล้ว การรักษาให้รักษามะเร็งต้นเหตุ





รูปที่ 6 มะเร็งแพร่กระจายมาที่ตับพบกระจายหลายก้อน

ความสำคัญของการดูแลรักษาเนื้องอกตับ ต้องแยกให้ได้ว่าเป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรง (benign) หรือเป็นมะเร็ง (malignant) ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลการคัดกรองมะเร็งตับ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยตั้งแต่ที่ยังไม่มีอาการ แต่มีปัจจัยเสี่ยงก่อน ถ้าในกรณีมีอาการปวดท้องเรื้อรัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ตาเหลือง ไข้ต่ำ ๆ ควรรีบตรวจเพิ่มเติม เพราะส่วนใหญ่เมื่อเริ่มมีอาการ เซลล์มะเร็งมักกระจายไประยะหนึ่งแล้ว

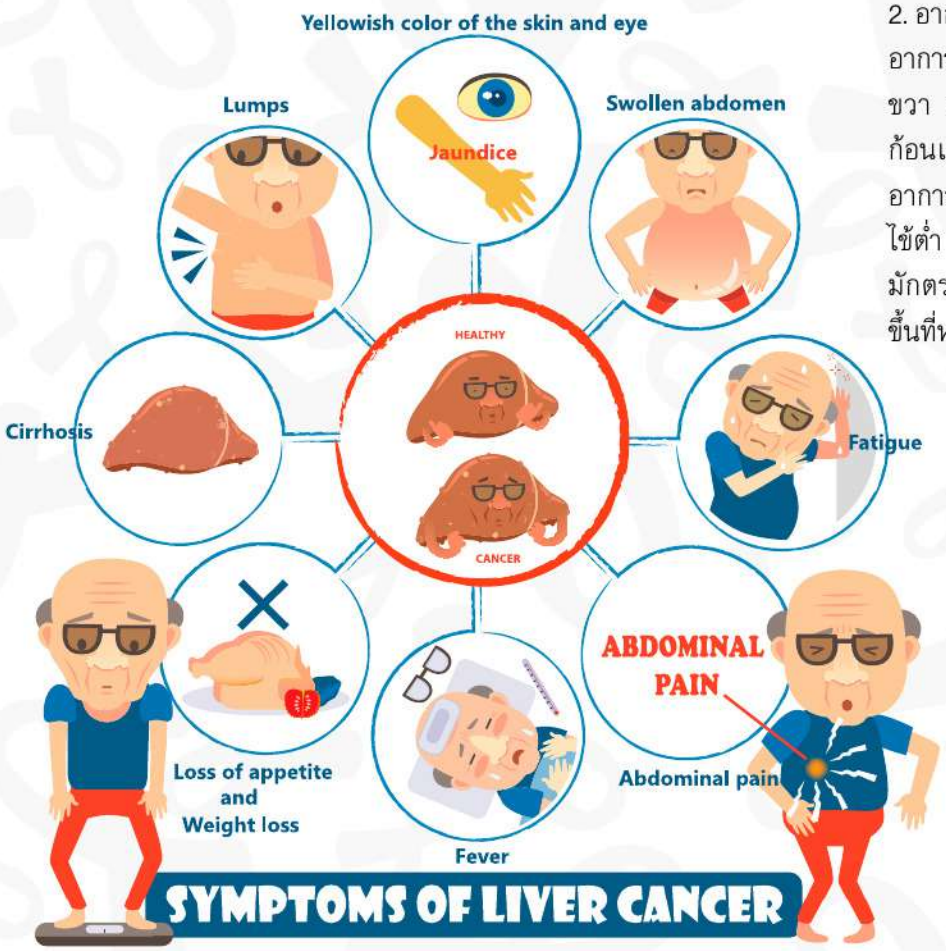
การคัดกรอง (screening)

1. ประวัติและการตรวจร่างกาย

1.1 ผู้ป่วยอายุมากที่มีก้อนที่ตับ มีโอกาสเป็นมะเร็งสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า/เพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีประวัติกินยาคุมกำเนิด ทำให้นึกถึงเนื้องอก hepatic adenoma /ผู้ป่วยที่มีก้อนที่ตับและมีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ถ้ามีอาการตาเหลือง ตัวเหลืองร่วมด้วยอาจนึกถึงมะเร็งท่อน้ำดีในเนื้อตับ

1.2 การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี/ซี หรือภาวะตับแข็ง ดื่มสุรา และ/หรือมีภาวะตับแข็ง มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งตับ ตรวจพบว่ามีก้อนที่ตับให้สงสัยว่า ก้อนที่ตับเป็นมะเร็งตับชนิดปฐมภูมิ (HCC)

1.3 ประวัติเป็นมะเร็งที่อื่นมาก่อน มีก้อนที่ตับให้สงสัยว่าก้อนที่ตับเป็นมะเร็งตับชนิดทุติยภูมิ (liver metastasis)



2. อาการ (symptom) / อาการแสดง (sign) อาการอ่อนเพลีย รูปร่างผอม ปวดชายโครงขวา ตรวจพบตับโตผิดปกติ คือ คลำได้ก้อนแข็งผิวขรุขระที่บริเวณใต้ชายโครงขวา อาการท้องมาน เท้าบวม 2 ข้าง ดีซ่าน หรือไข้ต่ำ ๆ ส่วนในรายที่มีโรคตับแข็งร่วมด้วย มักตรวจพบฝ่ามือแดง จุดแดงรูปแมงมุมขึ้นที่หน้าอก เป็นต้น

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจหน้าที่การทำงานของตับ/Hepatitis B, C serology/Tumor marker: CEA, CA19-9 และ ระดับสารอัลฟาฟีโตโปรตีน (Alpha-fetoprotein – AFP) ซึ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งตับจะพบระดับของสารอัลฟาฟีโตโปรตีนในเลือดสูงกว่าปกติ (ในมะเร็งตับสูงได้ถึง 40 %) โดยในการตรวจคัดกรองนี้แพทย์จะแนะนำให้ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงตรวจคัดกรองทุก ๆ 6 เดือน

4. การตรวจทางรังสีวิทยา แพทย์มักจะใช้การตรวจเริ่มต้นด้วยการตรวจอัลตร้าซาวด์ (Ultrasound) แต่จะมีการตรวจที่ละเอียดเพิ่มเติมด้วยการใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ซึ่งจะให้รายละเอียดเพิ่มเติมได้อย่างชัดเจน

5. การเจาะก้อนที่ตับ เพื่อพยาธิวิทยาเป็นการตรวจที่แน่นอนและเชื่อถือได้ คือ การตรวจชิ้นเนื้อตรงตำแหน่งก้อนเนื้อโดยตรง (Biopsy) ใช้ในกรณีที่ผลเลือดและรังสีวิทยายังไม่สามารถบอกได้ชัดเจน

สรุป เนื้องอกตับ เป็นภาวะหรือโรคที่พบบ่อย มีทั้งชนิดธรรมดาที่พบโดยบังเอิญ โดยไม่มีอาการและไม่ต้องการการรักษา และชนิดเนื้อมะเร็ง ที่อาจมีหรือไม่มีอาการก็ได้ แต่ถ้ามีอาการมักจะมีผลการรักษาไม่ค่อยดี เพราะฉะนั้น การตรวจคัดกรอง ทราบปัจจัยเสี่ยง หรือทราบอาการเบื้องต้นเพื่อการตรวจวินิจฉัย จะช่วยลดหรือชะลอความรุนแรงของโรคได้ และเพื่อการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด

พญ.ลักษณา โชครุ่งวรานนท์

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์ 17.00 - 20.00 น.

วันศุกร์ 09.00 - 17.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

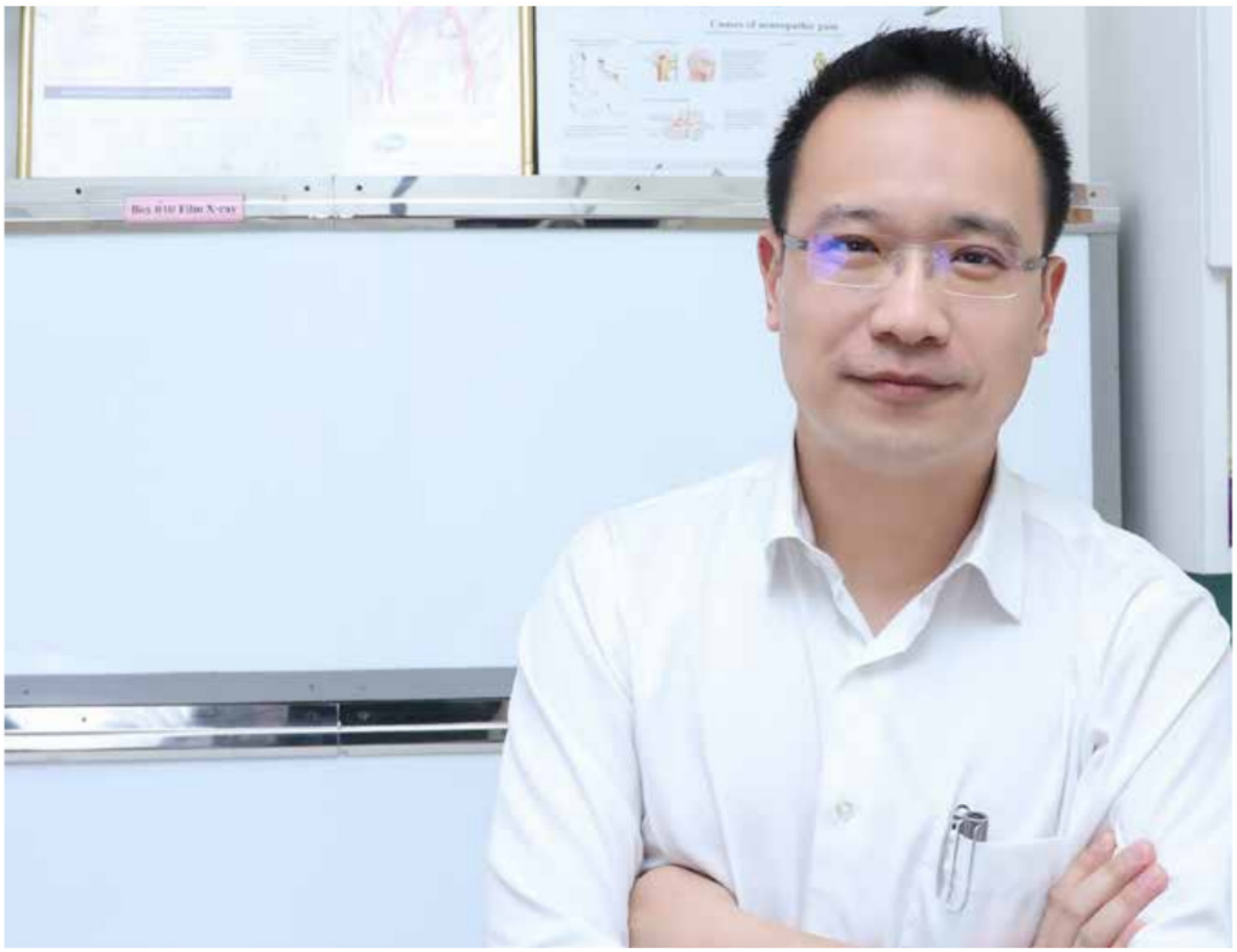
โทรศัพท์ 0-2105-0345 , 0-2308-7600

บรรณานุกรม

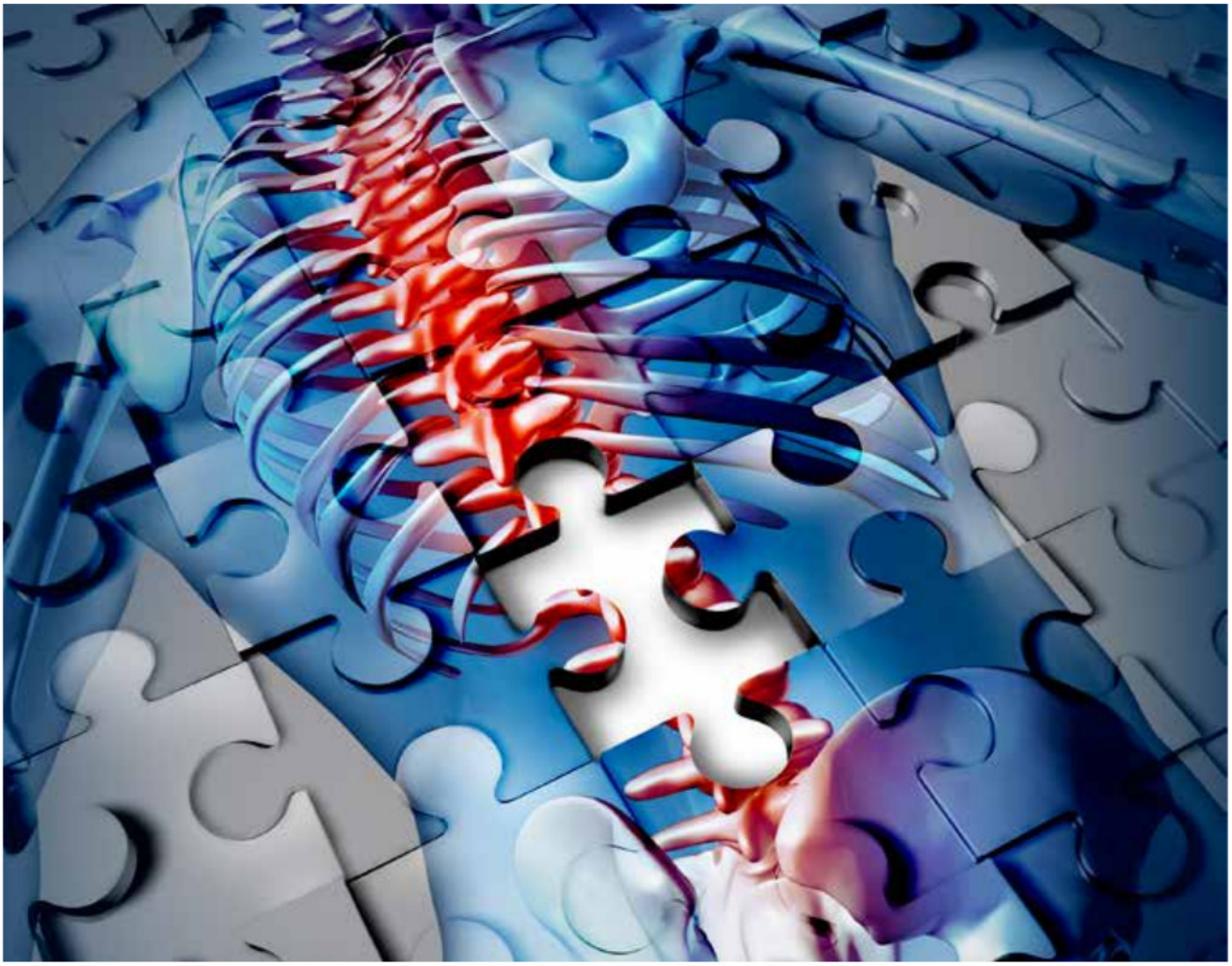
1. Marrero,J., Ahn,J., and Reddy, K.(2014). Am J Gastroenterol .http://www.grupuge.com.pt/uploads/ACG_Guideline_Focal_Liver_Lesions_September_2014.pdf
2. https://en.wikipedia.org/wiki/Liver_tumor [2017,July8]
3. มูลนิธิหมอชาวบ้าน. นิตยสารหมอชาวบ้าน เล่มที่ 334 คอลัมน์: สารานุกรมทันโรค. “มะเร็งตับ”.(นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: www.doctor.or.th. [17 ส.ค. 2016].
4. http://haamor.com (2017,Oct)
5. https://www.uptodate.com/contents/solid-liver-lesions-differential-diagnosis-and-evaluation

โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบบริเวณเอว (Lumbar Spinal Canal Stenosis)

ร้อยเอก นายแพทย์ รุ่งรัฐ จิตตการ
แพทย์คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ



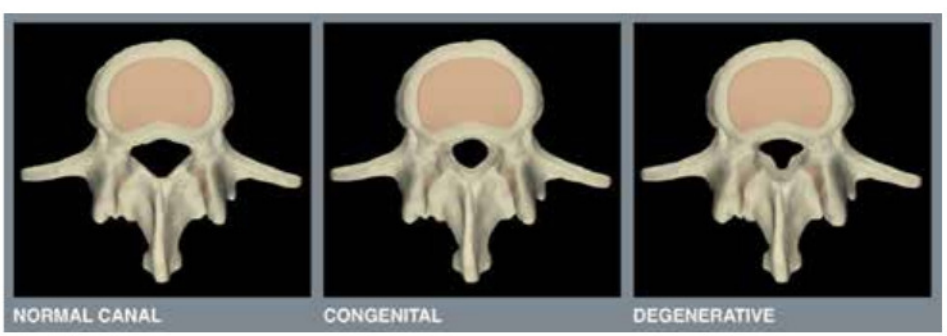
อาการปวดหลัง เป็นปัญหาที่คนเราเกือบทุกคนจะมีโอกาสได้ประสบในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของชีวิต เป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่คลินิก หรือโรงพยาบาลเป็นอันดับต้น ๆ อาการปวดหลังเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายอย่าง ตั้งแต่ความผิดปกติของกระดูกสันหลัง โครงสร้างหรืออวัยวะรอบ ๆ กระดูกสันหลัง เช่น กล้ามเนื้อ ระบบประสาท หลอดเลือด อวัยวะภายในตั้งแต่ไต ตับ ตลอดจนความผิดปกติของจิตใจ ความผิดปกติที่เกิดกับอวัยวะต่าง ๆ เหล่านี้ มีสาเหตุตั้งแต่ความผิดปกติทางกายภาพของอวัยวะ เช่น กระดูกสันหลัง กล้ามเนื้อ การทำงานหรือการใช้งานที่ผิดปกติ การบาดเจ็บ การเสื่อมสภาพ การอักเสบ การติดเชื้อ เนื้องอกและมะเร็ง รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงตามโรคหรือสภาวะของร่างกาย สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดจะเกิดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นและการเสื่อมของหลังตามอายุ



โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบบริเวณเอว (Lumbar spinal canal stenosis) เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยอายุมากกว่า 50 ปี ที่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดหลัง และปวดขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งจากการศึกษาในปัจจุบันนี้ สาเหตุของโรคมี 2 สาเหตุหลัก ๆ (รูปที่ 1)

1. โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบตั้งแต่กำเนิด (congenital/developmental spinal canal stenosis) ผู้ป่วยมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบอยู่แล้ว (น้อยกว่า 10 มม.) ได้แก่ โรคเตี้ยแคระ (achondroplasia, Dwarfism) โรคกระดูกพรุน (osteopetrosis) เป็นต้น

2. โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบภายหลัง (acquired spinal canal stenosis) ผู้ป่วยมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของโพรงกระดูกสันหลังปกติ แต่เริ่มตีบแคบลงเมื่อมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น สาเหตุหลักที่พบบ่อยที่สุดของ acquired stenosis คือ โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบจากข้อต่อกระดูกสันหลังเสื่อม (degenerative lumbar spinal canal stenosis)



รูปที่ 1 สาเหตุของโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ

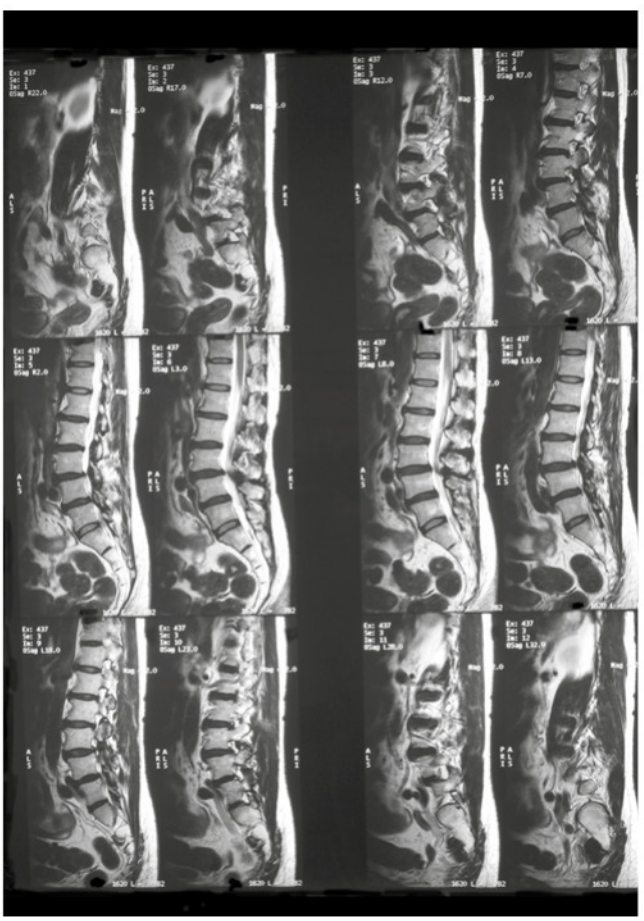
(ปรับแต่งจาก Mooney V. Differential diagnosis of low back pain disorders: Principles of classification. In: Frymoyer JW, et al, editors. The Adult Spine Principles and Practice. Vol. 2. New York: Raven press; 1991. p 1562)

ผู้ป่วยมักมีอาการปวดหนัก ๆ บริเวณเอว บั้นท้าย สะโพก ร้าวลงต้นขา อาการปวดหนักบริเวณน่องและขาจะเป็นมากในขณะที่ผู้ป่วยยืนหรือเดินนาน ๆ และแอ่นตัวไปทางด้านหลัง อาการปวดจะดีขึ้นหากนั่งพักและก้มตัวไปทางด้านหน้า (pseudoclaudication หรือ intermittent neurogenic claudication) จึงจะทำให้มีอาการดีขึ้นจนสามารถยืนหรือเดินต่อไปได้หรือ “shopping cart” (รูปที่ 2) บางคนอาจมีอาการชา และอ่อนแรงที่ขา อาการที่รุนแรงที่สุดของโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบบริเวณเอว คืออาการกลั้นอุจจาระและปัสสาวะลำบาก ที่เรียกว่า Cauda equina syndrome ; CES

รูปที่ 2 “shopping cart”

โดยทั่วไป การตรวจร่างกายของกระดูกสันหลังและระบบประสาท มักจะพบว่าปกติ อาการปวดหนักลงขา จะเป็นมากหากให้ผู้ป่วยเดินสักพักหนึ่ง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจตรวจพบการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ไม่รับรู้ความรู้สึก (hyporeflexia) หากมีอาการชาบริเวณรอบทวารหนักและกล้ามเนื้อรูทวารหนักอ่อนแรง จะเป็นอาการของ Cauda equina syndrome ; CES

การตรวจทางภาพรังสี ในปัจจุบันยังคงแนะนำให้ส่งเอกซเรย์กระดูกสันหลังส่วนเอวในท่ายืน ทั้งด้านหน้า-หลัง ด้านข้าง และ/หรือ ด้านเอียง (Plain X-rays of LA spine - AP, lateral, oblique view) อาจพบความผิดปกติ เช่น การแอ่นตัวของกระดูกสันหลังส่วนเอวที่ลดลง (loss of lumbar lordotic curve) การตีบแคบของช่องหมอนรองกระดูกสันหลัง (narrowing of intervertebral disc space) เป็นต้น อาจมีการส่งตรวจ lateral flexion-extension view เพิ่มเติมในผู้ป่วยบางราย เพื่อช่วยประเมินภาวะความไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง (segmental spinal instability) ซึ่งเกิดจากการเสื่อมสภาพของข้อต่อกระดูกสันหลังนั่นเอง ส่วนเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เป็น imaging of choice ในการวินิจฉัยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ



การรักษาโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ มีอยู่ 2 หลัก คือ การรักษาแบบไม่ผ่าตัด และการรักษาแบบผ่าตัด ซึ่งส่วนใหญ่แล้ว ประมาณ 80 % ของผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ รักษาได้ผลดีโดยวิธีการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ซึ่งหลัก ๆ จะประกอบไปด้วย การสังเกตอาการ นอนพัก (ไม่ควรเกิน 2 วัน) ปรับพฤติกรรม ให้ยากลุ่ม NSAIDs เพื่อบรรเทาอาการปวด 1-2 สัปดาห์ และใช้ยากลุ่ม Gabapentin หรือ Pregabalin ร่วมด้วย สำหรับอาการปวดที่เกิดจากเส้นประสาท ซึ่งในปัจจุบันนี้ถือว่าการใช้ Pregabalin ร่วมกับ NSIADs ได้ผลดีกว่าการรักษาโดยใช้ NSIADs อย่างเดียว ทำกายภาพบำบัด (core stabilization exercise program along with good aerobic fitness) นอกจากนั้นก็มีการฉีดยาเข้าที่โพรงกระดูกสันหลัง (Epidural Steroid Injection-ESI) เป็นวิธีการที่ไม่ต้องผ่าตัด เพื่อบรรเทาอาการ เพื่อหาสาเหตุของอาการปวดหลัง โดยกำหนดระดับของข้อกระดูกสันหลัง จากอาการปวดด้วยการตรวจร่างกายเอกซเรย์เอ็มอาร์ไอ เพื่อค้นหาจุดที่ทำให้เกิดอาการปวด เป็นการฉีดยาผสมระหว่างคอร์ติโคสเตียรอยด์ และยาชาฉีดเข้าไปในโพรงกระดูกสันหลัง หรือใกล้กับบริเวณที่มีอาการปวด โดยการใช้เครื่องเอกซเรย์ชนิดเคลื่อนที่ได้ เพื่อตรวจสอบตำแหน่งที่ถูกต้องของเข็มและยืนยันตำแหน่ง โดยการฉีดสีสารทึบแสงเอกซเรย์ ซึ่งจะให้ประสิทธิผลดีที่สุดเมื่อทำร่วมกับกายภาพบำบัด และ/หรือโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้าน เพื่อสร้างความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อหลัง สำหรับผู้ป่วยที่อาการปวดบรรเทาลงมากแล้ว การรักษาเพิ่มเติมหรือการผ่าตัดอาจไม่จำเป็นก็ได้

ใครคือผู้ที่ควรเข้ารับการฉีดยาเข้าที่โพรงกระดูกสันหลัง (Epidural Steroid Injection-ESI)

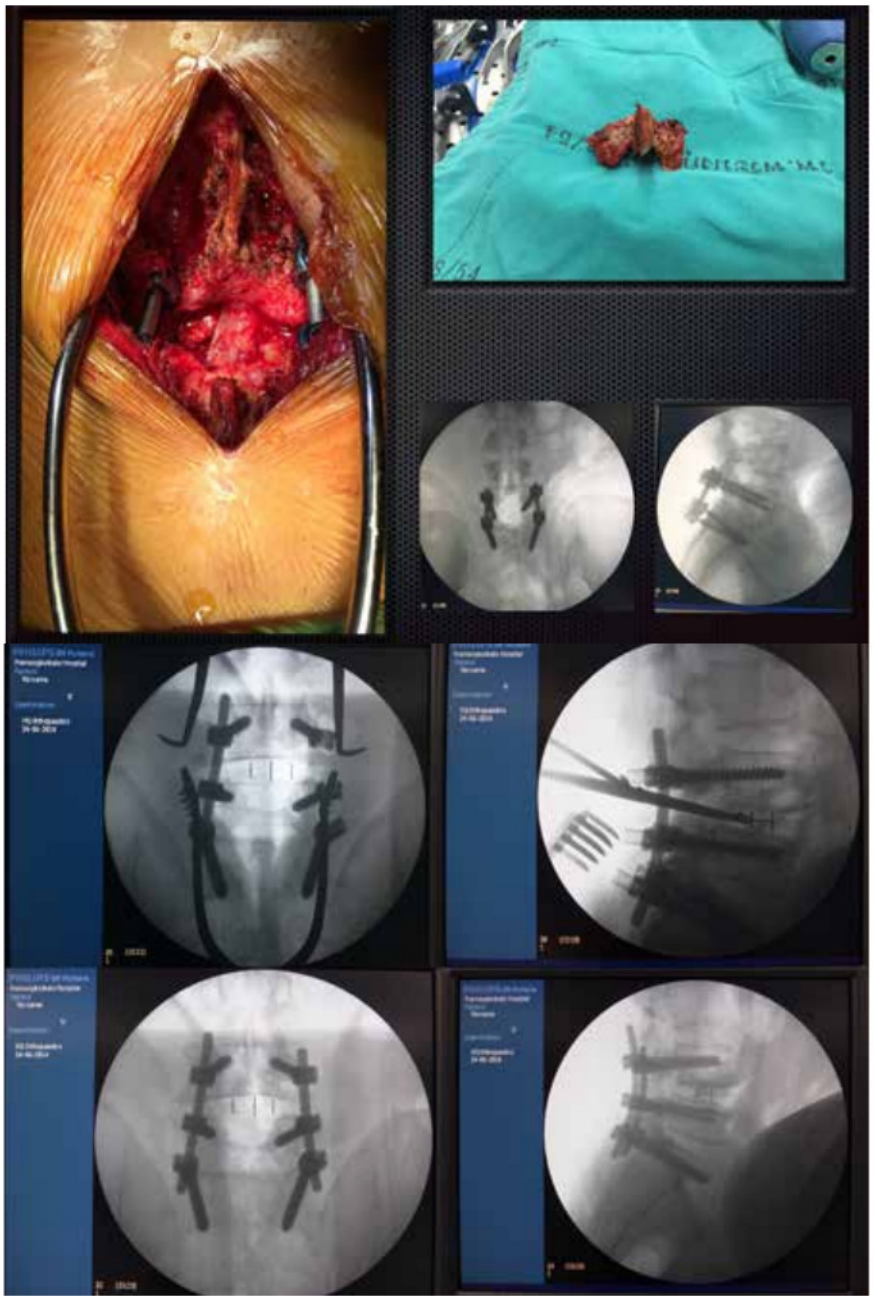
1. ผู้ป่วยที่แพทย์แนะนำให้เข้ารับการฉีดยาเข้าที่โพรงกระดูกสันหลัง
2. ผู้ที่มีอาการปวดจนกระทั่งไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้
3. ผู้ที่มีอาการปวดรบกวนการนอนหลับ
4. ผู้ป่วยที่ไม่ประสบผลสำเร็จจากการรักษาแบบอื่น ๆ เช่น ยารับประทานและเวชศาสตร์ฟื้นฟู
5. ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจากการผ่าตัด

การฉีดยาเข้าที่โพรงกระดูกสันหลัง (Epidural Steroid Injection-ESI)

การรักษาแบบผ่าตัดนั้นมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด คือ ระยะทางที่เดินได้หรือเวลาที่ยืนสั้นลง (จนผู้ป่วยไม่สามารถทนได้) กล้ามเนื้อขาไม่มีแรง บางรายอาจสูญเสียประสาทสัมผัสที่ขาและเท้า เมื่อขาเหยียดตรงแล้วจะยกขาได้ลำบาก มีอาการปวดหลังอย่างมากและเรื้อรัง ล้มเหลวจากการรักษาแบบไม่ผ่าตัด (3-6 เดือน) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง (Impair quality of life;Instability) โดยหลักแล้วการผ่าตัดส่วนใหญ่จะประกอบไปด้วย

- การใส่ Interspinous devices
- การผ่าตัดเพื่อขยายโพรงไขสันหลัง ทั้งแบบ Lumbar microdiscectomy การผ่าตัดโรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอว เคลื่อนกดทับรากประสาทโดยใช้ tubular retractor Endoscopic decompression ส่องกล้อง และเปิดแผล
- การผ่าตัดเพื่อขยายโพรงไขสันหลัง และเชื่อมกระดูกสันหลัง เข้าด้วยกันโดยไม่ใส่อุปกรณ์โลหะเพื่อยึดข้อ
- การผ่าตัดเพื่อขยายโพรงไขสันหลัง และเชื่อมกระดูกสันหลัง เข้าด้วยกันโดยใส่อุปกรณ์โลหะเพื่อยึดข้อร่วมด้วย
- การผ่าตัดเพื่อขยายโพรงไขสันหลัง และเชื่อมกระดูกสันหลัง เข้าด้วยกันโดยใส่อุปกรณ์โลหะเพื่อยึดข้อร่วมกับหมอนรองกระดูกเทียม เพื่อยึดข้อกระดูกสันหลัง ทำให้กระดูกเกิดการประสานเชื่อมกัน (Lumbar interbody fusion) ด้วย เช่น TLIF, PLIF, OLIF, XLIF, DLIF, ALIF

การผ่าตัดโรคโพรงประสาทตีบแคบผ่านกล้องเอ็นโดสโคป (Endoscopic decompression)



การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกสันหลังเข้าด้วยกัน ร่วมกับ โพรงประสาทตีบแคบ
และหมอนรองกระดูกเทียมมายึดข้อกระดูกสันหลังทำให้กระดูกเกิดการประสานเชื่อมกัน

ร.อ.นพ. รุ่งรัฐ จิตตการ

ตารางออกตรวจ

วันพุธ 17.00 - 20.00 น.

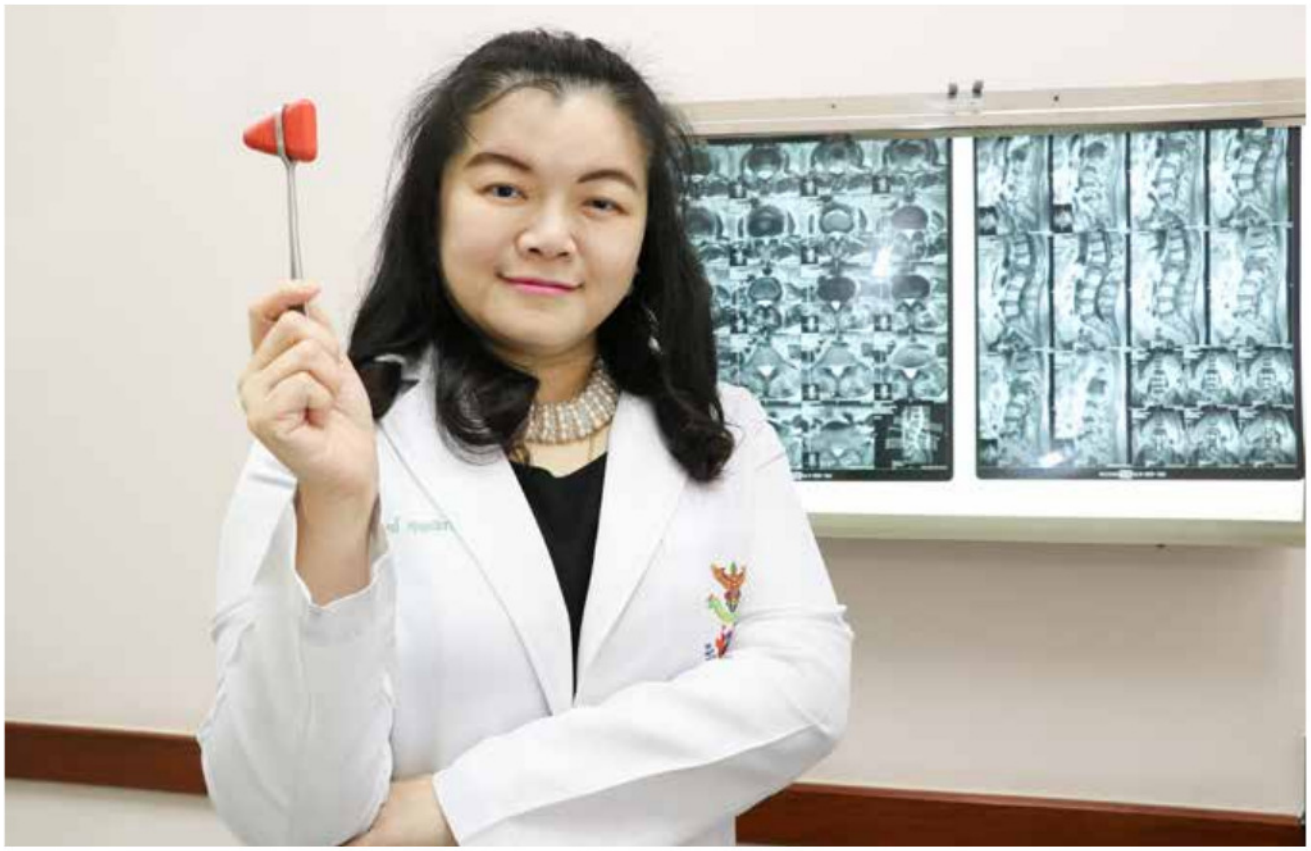
วันอาทิตย์ 09.00 - 17.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

โทรศัพท์ 0-2105-0345 , 0-2308-7600

การฟื้นฟูภาวะปวดจากกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อที่พบบ่อย (Rehabilitation in Common Musculoskeletal Pain)

ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา
แพทย์คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู



ร่างกายของมนุษย์เรามีการใช้งานกันอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดการหดเกร็งเสื่อมสภาพ อักเสบของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ข้อต่อ และกระดูก จนเกิด “อาการปวด” ตามมาได้ อาการปวดหลัง ปวดคอ ปวดไหล่ ปวดเข่า ปวดตามกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นอาการที่พบบ่อย พบได้กับทุกอาชีพ ทุกเพศ ทุกวัย พอ ๆ กับโรคหวัด ประสบการณ์ของการปวดแต่ละคนจะแตกต่างกันบางคนก็แค่เมื่อย ๆ บางคนปวดเป็น ๆ หาย ๆ บางคนปวดรุนแรงจนลุกเดินไม่ได้หรือประกอบกิจวัตรประจำวันไม่ได้เลย

อาการต่าง ๆ ที่พบ ได้แก่

- ปวดเมื่อยต้นคอ คอแข็ง เอี้ยวคอไม่ได้
- เวียนศีรษะบ่อย ๆ บางครั้งคลื่นไส้
- ชาปลายนิ้วมือ หรือนิ้วเท้า
- หลังแข็ง ขยับหรือเอี้ยวตัวไม่ได้
- ปวดเมื่อย ๆ ที่เอว เมื่อย ๆ หรือตึง ๆ หลัง
- ปวดหลังร้าวไปสะโพกเป็นบางครั้ง
- เดินนาน ๆ แล้วขาไม่มีแรง
- ปวดไหล่ ไหล่ติด
- นั่งคุกเข่าไม่ได้ นั่งแล้วลุกไม่ขึ้น เข่าอ่อน ปวดเข่า
- มีเสียงในเข่า เวลางอหรือเหยียดเข่า
- ปวดเมื่อยต้นแขน ปลายแขน
- ปวดข้อศอก
- ปวดนิ้วมือ นิ้วงอค้างเหยียดไม่ออก
- เจ็บฝ่าเท้าตอนเช้าที่เริ่มเดิน ฯลฯ

สำหรับในที่นี้จะกล่าวถึงแนวทางการรักษาอาการปวดเฉพาะที่พบบ่อยที่คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู

การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในภาวะปวดคอและปวดหลัง

1. การรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาต้านการอักเสบและยาคลายกล้ามเนื้อ การให้ยานี้จะให้เพียงระยะสั้นเท่านั้น เนื่องจากพึงระวังฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2. การคลายกล้ามเนื้อเฉพาะจุดด้วยปลายเข็ม ในกรณีที่มีกล้ามเนื้อเฉพาะมัดเกร็งจนเป็นจุดกดเจ็บหรือเป็นก้อนหรือเป็นลำซึ่งจะปวดลึก ๆ ร้าว ๆ เมื่อย ๆ ที่เรียกว่ากลุ่มอาการปวดแบบมัยโอแฟสเซียล (myofascial pain syndrome) สามารถทำได้บ่อยจนกระทั่งใยกล้ามเนื้อที่หดตัวแข็งเป็นจุดกดเจ็บหรือก้อนกล้ามเนื้อนั้นคลายตัวออกหมดและสามารถรักษาด้วยคลื่นกระแทก หรือช็อคเวฟ (Extracorporeal Shockwave Therapy) และเครื่องเลเซอร์ความถี่สูง (High Power Laser Therapy) ได้

3. การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัด ได้แก่ แผ่นเย็น แผ่นร้อน ความร้อนลึกชนิดอัลตร้าซาวด์ (Ultrasound Therapy) หรือคลื่นช็อตเวฟ (Shortwave Therapy) ไฟฟ้ากระตุ้น (Electrical Current Therapy) ชนิดตื้นคือ เครื่องเทนส์ (TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) ชนิดลึกคือ เครื่องไอเอฟ (IF : Interferential Current Stimulation) เพื่อช่วยลดปวดและลดอักเสบ คลายการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ข้อต่อยืดหยุ่นได้ดีขึ้น การดึงคอและดึงหลัง เพื่อช่วยแยกเอาหินปูนที่กดรากประสาทหรือเนื้อเยื่อรอบ ๆ ออกจากกัน ใช้ในกรณีกระดูกคอหรือกระดูกหลังเสื่อม

4. ปลอกพยุงคอและเสื้อพยุงกระดูกสันหลัง ใช้ในกรณีที่มีการบาดเจ็บที่บริเวณเนื้อเยื่อรอบกระดูกคอหรือกระดูกสันหลังควรใช้ระยะสั้น ๆ เนื่องจากระวังการเกิดข้อยึดติดและกล้ามเนื้ออ่อนแรงหลังจากใช้ไปนาน ๆ

5. การสอนท่วงท่าในชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง เลี่ยงการก้มคอหรือเงยคอนาน ๆ หมอนที่ใช้ในการนอนควรถูกสุขลักษณะ คือมีส่วนที่รองรับส่วนโค้งของกระดูกคอ และไม่สูงหรือไม่ต่ำจนเกินไป เลี่ยงการยกของหนัก การก้ม ๆ เงย ๆ หลัง

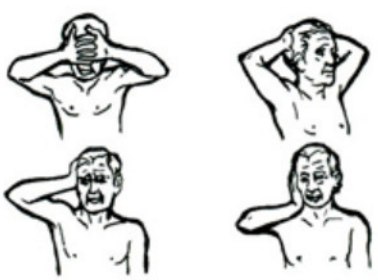
6. การบริหารคอเพื่อการบำบัดรักษา มีดังนี้

6.1 หมุนคอช้า ๆ เมื่อมีอาการปวดคอกล้ามเนื้อคอ มักจะเกิดอาการเกร็ง จนคอแข็งเคลื่อนไหวไม่ได้อยู่ระยะหนึ่ง ในช่วงแรก จะยังไม่แนะนำให้บริหารคอ เมื่อรักษาไปแล้วระยะหนึ่งอาการเกร็งลดลง ควรแนะนำให้คนไข้เริ่มบริหารคอ โดย mobilization exercise คือการเคลื่อนไหวข้อ ได้แก่ การก้มคอ เงยคอ เอียงคอ และหันคอช้า ๆ ท่าละ 5-10 ครั้ง ดังแสดงในรูปที่ 1

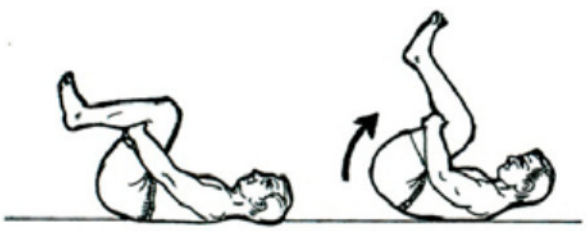
รูปที่ 1 การบริหารโดยการหมุนคอช้า ๆ

กรณีที่มีการหดรั้งของเนื้อเยื่อรอบ ๆ คอแล้ว ต้องมีการทำการยืดกล้ามเนื้อร่วมด้วย โดยเอามือข้างหนึ่งยึดเก้าอี้ไว้ มืออีกข้างหนึ่งอ้อมข้ามศีรษะมาดึงให้ก้มเต็มที่ เงยเต็มที่ เอียงคอเต็มที่และหันคอค้างไว้ทุกท่านับ 1-10 ท่าละ 20 ครั้ง การยืดนี้ใช้มากในภาวะที่มีจุดกดเจ็บของกล้ามเนื้อในกลุ่มอาการปวดแบบมัยโอแฟสเชียล เพื่อทำการยืดกล้ามเนื้อมัดที่มีพยาธิสภาพให้คลายตัวมากที่สุด

6.2 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบคอ ช่วยพยุงกระดูกคอไว้ไม่ให้รับบาดเจ็บต่อไปในอนาคตได้ง่าย จึงเป็นการป้องกันการปวดคอหลังการรักษาได้ด้วย โดยการใช้มือต้านให้เกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ก้มคอ เงยคอ เอียงคอ หมุนคอ ค้างไว้นับ 1-10 ท่าละ 20 ครั้ง ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบคอ



รูปที่ 3 ยืดกล้ามเนื้อหลัง

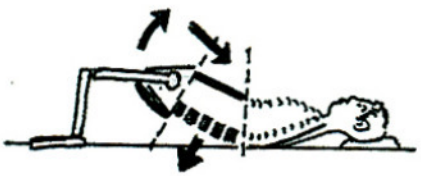
7. การบริหารสำหรับผู้ป่วยปวดหลังมีท่าพื้นฐาน ดังนี้

7.1 การยืดกล้ามเนื้อหลัง โดยนอนหงายเอามือสอดใต้เข่า 2 ข้าง ค่อย ๆ ดึงเข่าทั้ง 2 ข้างขึ้นมาชิดหน้าอก ค้างไว้ นับ 1-10 แล้วพัก ทำวันละ 20 ครั้ง ดังแสดงในรูปที่ 3 ในผู้ป่วยที่อ้วน หน้าท้องหนา หรือหลังมีกล้ามเนื้อเกร็งมาก ๆ ในระยะแรกอาจยังทำท่านี้ไม่ได้ ให้ดึงเข่าเข้ามาชิดหน้าอกทีละข้างก่อน

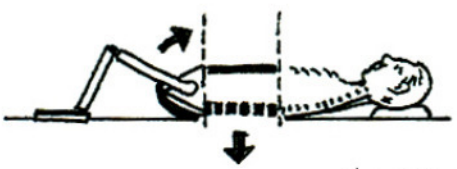
7.2 การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อสะโพก และกล้ามเนื้อหลัง มีท่าพื้นฐาน 2 ท่า ดังนี้

7.2.1 Pelvic Tilting Exercises โดยนอนหงาย งอสะโพกและชันเข่า 2 ข้างขึ้น ดังแสดงในรูปที่ 4.1 ต่อมากด กระดูกสันหลังในติดพื้น ดังแสดงในรูปที่ 4.2 และขมิบก้น ยกก้นลอยขึ้นโดยหลังยังแนบติดพื้น ดังแสดงในรูปที่ 4.3 เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 แล้วพัก ทำวันละ 20 ครั้ง การบริหารท่านี้ถ้าทำถูกต้องจะรู้สึกเกร็ง 3 จุด คือ หน้าท้อง สะโพกและ ต้นขาด้านหลัง เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้า สะโพก และต้นขา

รูปที่ 4.1 ขั้นแรก นอนหงายงอสะโพก ชันเข่า 2 ข้าง



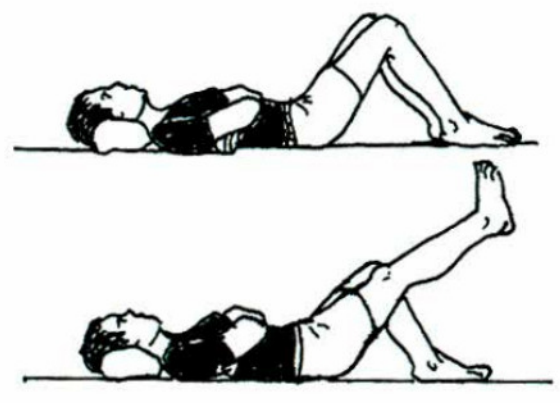
รูปที่ 4.2 ขั้นสอง กดหลังให้ติดพื้น



รูปที่ 4.3 ขั้นสุดท้าย ขมิบก้น ยกก้นลอยขึ้นโดยหลังยังติดพื้น

รูปที่ 4 Pelvic tilting exercises

7.2.2 Straight leg raising exercise ออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้องส่วนล่าง โดยนอนหงาย งอสะโพกและ เข่า เท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น เหยียดขาข้างหน้าตรงพร้อมกับกระดกปลายเท้าขึ้น ดังแสดงในรูปที่ 5 ระวังไม่ควรยกขา 2 ข้างขึ้นพร้อมกัน เพราะจะทำให้หลังแอ่น ปวดหลังได้



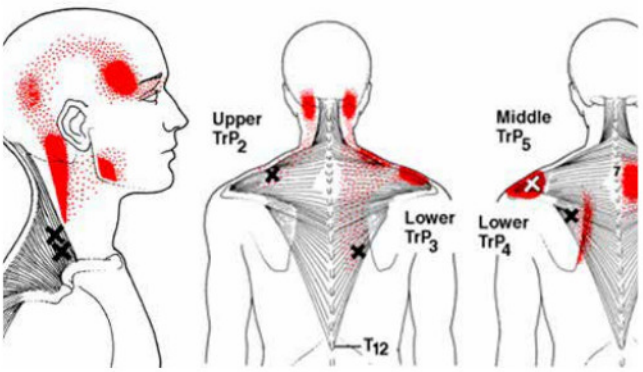
รูปที่ 5 Straight leg raising exercise

การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในภาวะปวดไหล่

ควรเริ่มรักษาให้เร็วที่สุดก่อนที่ไหล่จะติดแข็ง เข้าสู่ระยะของไหล่ติด (frozen shoulder) ซึ่งเป็นระยะที่ใช้เวลาการ รักษานานมาก

1. การรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาต้านการอักเสบและยาคลายกล้ามเนื้อ การให้ยานี้จะให้เพียงระยะสั้นเท่านั้น เนื่องจาก พึงระวังฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2. การคลายกล้ามเนื้อเฉพาะจุดด้วยปลายเข็ม ในกรณีที่มีกล้ามเนื้อเฉพาะมัดเกร็งจนเป็นจุดกดเจ็บ หรือเป็นก้อน หรือเป็นลำซึ่งจะปวดลึก ๆ ร้าว ๆ เมื่อย ๆ ที่เรียกว่ากลุ่มอาการปวดแบบมัยโอแฟสเชียล (myofascial pain syndrome) สามารถทำได้บ่อย จนกระทั่งใยกล้ามเนื้อที่หดตัวแข็งเป็นจุดกดเจ็บ หรือก้อนกล้ามเนื้อนั้นคลายตัวออกหมด และสามารถรักษาด้วยคลื่นกระแทก หรือช็อคเวฟ (Extracorporeal Shockwave Therapy) และเครื่องเลเซอร์ความถี่สูง (High Power Laser Therapy) ได้



3. การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัด ได้แก่ แผ่นเย็น แผ่นร้อน ความร้อนลึกชนิดอัลตร้าซาวด์ (Ultrasound Therapy) หรือ คลื่นช็อตเวฟ (Shortwave Therapy) ไฟฟ้ากระตุ้น (Electrical Current Therapy) ชนิดตื้นคือเครื่องเทนส์ (TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) ชนิดลึก คือ เครื่องไอเอฟ (IF : Interferential Current Stimulation) เพื่อช่วยลดปวดและลดอักเสบ คลายการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ข้อต่อยืดหยุ่นได้ดีขึ้น

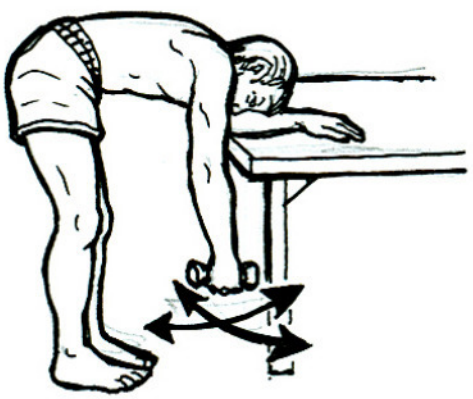
4. ดัดไหล่และดึงยืด

5. อาจทำการสกัดกั้นเส้นประสาทด้วยยาชา โดยใช้เครื่องอัลตร้าซาวด์นำทาง (nerve block with ultrasound guidance) และทำการเคลื่อนไหวข้อและดึงยืด (range of motion with stretching) กรณีที่ไหล่ยึดติดมากซึ่งต้องทำโดยแพทย์ผู้ชำนาญ

6. ท่วงท่าที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน โดยเลี่ยงการหิ้วของหนัก การอุ้มเด็ก การแบกของบนบ่า การเอื้อมมือหยิบของ ฯลฯ ซึ่งท่าเหล่านี้ทำให้เกิดแรงกระชากและอักเสบที่เส้นเอ็นรอบหัวไหล่ได้

7. การออกกำลังกายหัวไหล่ ที่คลินิกฯ จะให้ผู้ป่วยดึงรอก (pulley) และหมุนวงล้อ (wheel) เพื่อดึงยืดเอ็นและเนื้อเยื่อรอบหัวไหล่ และสอนโปรแกรมการออกกำลังเพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ดังนี้

ท่าที่ 1 Pendulum หรือ Codman's exercise ใช้ในระยะที่เพิ่งหายจากข้อไหล่อักเสบใหม่ ๆ โดยการให้คนไข้ยืนข้างโต๊ะ ห้อยแขนข้างที่ปวดไหล่ ให้น้ำหนักของแขนเป็นตัวถ่วงให้กระดูกต้นแขนแยกออกจากหัวไหล่ หมุนลำตัวเป็นวงกลม โมเมนตัมของการหมุนจะทำให้แขนหมุนด้วย จึงเป็นการเคลื่อนไหวของข้อไหลไปในตัวด้วย ระยะแรกไม่ควรถือตุ้มน้ำหนัก เมื่ออาการปวดดีขึ้นมาก แล้วจึงถือตุ้มน้ำหนักเพื่อเพิ่มแรงดึงเอ็นหุ้มข้อรอบหัวไหล่ ทำให้เคลื่อนไหวข้อไหล่ได้มากขึ้น เมื่ออาการปวดดีขึ้น ให้แกว่งแขนเป็นวงกลมอย่างช้า ๆ โดยขยายวงกว้างขึ้นเรื่อย ๆ ดังรูปที่ 6



รูปที่ 6 Pendulum หรือ Codman's exercise

ท่าที่ 2 ไต่ผนังจะเป็นการเพิ่มการงอ (flexion) และกางออกด้านข้าง (abduction) ของหัวไหล่

ท่าที่ 2.1 เพิ่มการงอ (flexion) ยืนกางขาเล็กน้อยหันหน้าเข้าหากำแพง โดยให้ปลายเท้าห่างจากกำแพงประมาณ 1 ฟุต ยกแขนข้างที่มีปัญหาปวดไหล่ขึ้นทางด้านหน้า ไต่กำแพงขึ้นไปจนสุด จากนั้นค่อย ๆ ขยับตัวใกล้กำแพงมากขึ้น เพื่อยกแขนได้สูงขึ้น ขยับตัวจนกระทั่งปลายเท้าชิดกำแพงค้างไว้นับ 1 ถึง 10 ทำเช่นนี้วันละ 20 ครั้ง ดังรูปที่ 7.1

ท่าที่ 2.2 เพิ่มการกางออกด้านข้าง (abduction) ยืนกางขาเล็กน้อย หันลำตัวข้างที่มีปัญหาปวดไหล่เข้าหากำแพง ยืนห่างจากกำแพงประมาณ 1 ฟุต กางแขนขึ้นไต่กำแพงไปจนสุด จากนั้นค่อย ๆ ขยับตัวเข้าใกล้กำแพงมากขึ้นจนกระทั่งปลายเท้าชิดกำแพง ค้างไว้นับ 1 ถึง 10 ทำเช่นนี้วันละ 20 ครั้ง ดังรูปที่ 7.2

รูปที่ 7.1 เพิ่มการงอ (flexion) ของไหล่

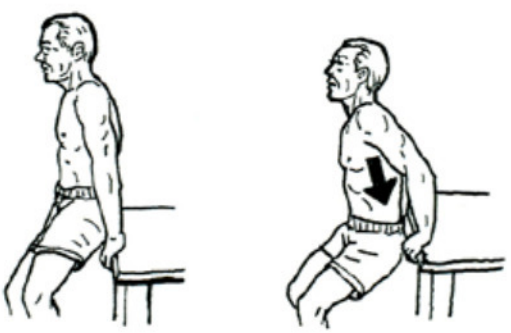
รูปที่ 7.2 เพิ่มการกางออกด้านข้าง (abduction) ของไหล่

ท่าที่ 3 ดึงผ้าขนหนูจะเป็นการเพิ่มการหมุนเข้าด้านใน (internal rotation) ของหัวไหล่ยืนกางขาเล็กน้อยมือทั้ง 2 ข้าง จับผ้าขนหนูทางด้านหลัง ดังรูป โดยมือข้างที่มีปัญหาปวดไหล่อยู่ข้างล่าง อีกข้างจับผ้าด้านบนไว้ ใช้มือบนดึงผ้าขึ้น มือล่างจะถูกดึงตามมา จนกระทั่งเริ่มตึงไหล่ให้ค้างไว้ นับ 1-10 ทำเช่นนี้วันละ 20 ครั้ง ดังรูปที่ 8

รูปที่ 8 เพิ่มการหมุนเข้าด้านใน (internal rotation) ของหัวไหล่

ท่าที่ 4 จับโต๊ะย่อเข่า เพิ่มการเหยียดไปด้านหลัง (extension) ของหัวไหล่ยืนหันหลังติดกับโต๊ะ สองมือจับขอบโต๊ะไว้ให้มั่น พยายามย่อเข่าทั้ง 2 ข้างลงอย่างช้า ๆ เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ในท่าเหยียดไปด้านหลัง ค้างไว้นับ 1-10 ทำเช่นนี้วันละ 20 ครั้ง ดังรูปที่ 9

***ห้ามทำท่านี้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อเข่าร่วมด้วย



รูปที่ 9 เพิ่มการเหยียดไปด้านหลัง (extension) ของหัวไหล่

การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในภาวะปวดเข่า

1. การรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาต้านการอักเสบและยาคลายกล้ามเนื้อ การให้ยานี้จะให้เพียงระยะสั้น เท่านั้น เนื่องจากพึงระวังฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2. การคลายกล้ามเนื้อเฉพาะจุดด้วยปลายเข็ม ในกรณีที่มีกล้ามเนื้อเฉพาะมัดเกร็งจนเป็นจุดกดเจ็บหรือเป็นก้อนหรือเป็นลำซึ่งจะปวดลึก ๆ ร้าว ๆ เมื่อย ๆ ที่เรียกว่ากลุ่มอาการปวดแบบมัยโอแฟสเชียล (myofascial pain syndrome) สามารถทำได้บ่อยจนกระทั่งใยกล้ามเนื้อที่หดตัวแข็งเป็นจุดกดเจ็บหรือก้อนกล้ามเนื้อนั้นคลายตัวออกหมด และสามารถรักษาด้วยคลื่นกระแทก หรือช็อคเวฟ (Extracorporeal Shockwave Therapy) และเครื่องเลเซอร์ความถี่สูง (High Power Laser Therapy) ได้

3. การใช้เครื่องมือกายภาพบำบัด ได้แก่ แผ่นเย็น แผ่นร้อน ความร้อนลึกชนิดอัลตร้าซาวด์ (Ultrasound Therapy) หรือ คลื่นช็อตเวฟ (Shortwave Therapy) ไฟฟ้ากระตุ้น (Electrical Current Therapy) ชนิดตื้นคือเครื่องเทนส์ (TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) ชนิดลึก คือเครื่องไอเอฟ (IF:Interferential Current Stimulation) เพื่อช่วยลดปวดและลดอักเสบ คลายการเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ข้อต่อยืดหยุ่นได้ดีขึ้น

4. ลดน้ำหนักในรายที่อ้วน

5. ท่วงท่าที่ถูกต้องในชีวิตประจำวันโดยเลี่ยงการยืนนาน ๆ นั่งคุกเข่า นั่งยอง ๆ นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ เนื่องจากเพิ่มแรงดันในข้อเข่า

6. การออกกำลังกล้ามเนื้อรอบเข่า

7. อาจใส่อุปกรณ์พยุงข้อเข่า (knee support) หรือ เสริมรองเท้า

8. อาจใช้ไม้เท้าช่วยลดน้ำหนักที่ตกผ่านข้อเข่า

ท่าออกกำลังกล้ามเนื้อเข่า

กล้ามเนื้อที่สำคัญที่สุดสำหรับข้อเข่าคือ กล้ามเนื้อหน้าโคนขาเหนือเข่า (Quadriceps Femoris) ซึ่งประกอบด้วยกล้ามเนื้อ Vastus medialis , Vastus intermedius และ Vastus lateralis แต่มัดที่เป็นหัวใจที่สำคัญที่สุดคือ Vastus medialis ซึ่งจะทำงานต่อเมื่อหัวเข่าเหยียดเกือบสุด คือ จาก 30°- 0° เท่านั้น ฉะนั้นการออกกำลังข้อเข่าจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้นั้นจะต้องเหยียดข้อเข่าจนสุด (full extension)

ท่าที่ 1 นอนเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาโดยใช้หมอนหนุน (Quadricep strengthening exercise) นอนหงายใช้หมอนใบเล็ก ๆ หนุนใต้เข่าทั้ง 2 ข้าง เหยียดเข่าข้างที่ปวดตรง เกร็งค้างไว้ 1-10 แล้วพัก ทำเช่นนี้ซ้ำ 10-15 ครั้ง ท่านี้เหมาะกับผู้ป่วยข้อเข่าอักเสบ ข้อเข่าปวดมากในระยะแรก ดังรูปที่ 10

รูปที่ 10 นอน เกร็งเข่า

รูปที่ 11 นั่ง เกร็งเข่า

ท่าที่ 2 นั่งเก้าอี้หรือโต๊ะ เอียงตัวไปข้างหลังเล็กน้อย มือยันพื้นหรือเลือกเก้าอี้ที่มีพนัก เอียงตัวพิงพนักไปเลย เหยียดเข่าตรงเกร็งไว้นับ 1-10 แล้วพัก ทำเช่นนี้ซ้ำ 10-15 ครั้ง เหมาะสำหรับเพิ่มความแข็งแรงในผู้ป่วยที่ออกกำลังท่าที่ 1 แล้วไม่ปวด ดังรูปที่ 11

รูปที่ 12 Progressive resistive exercise (PRE)

ท่าที่ 3 เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา โดยใช้การถ่วงน้ำหนักเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Progressive resistive exercise (PRE)นั่งเก้าอี้เช่นเดียวกับท่าที่ 2 ถ่วงข้อเท้าด้วยถุงทราย (อาจใช้ทรายใส่ในถุงพลาสติก) หนัก 0.5 กิโลกรัม เหยียดเข่าตรง เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 แล้วพัก วางเท้าลงบนพื้นค่อย ๆ เพิ่มความหนักของถุงทรายไปเรื่อย ๆ จนได้ประมาณ 5-7 กิโลกรัม ทำเช่นนี้ซ้ำ 10-15 ครั้ง ดังรูปที่ 12

สำหรับ PRE Quadriceps นี้ในระยะแรกควรใช้ quadriceps board ดังรูปที่ 13 ซึ่งสามารถควบคุมให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวในช่วง 0-15 องศา และ 0-30 องศา ได้

รูปที่ 13 Quadriceps board

ท่าที่ 4 นั่ง-เหยียดกล้ามเนื้อหลังเข่า (Hamstings stretching exercise)

เนื่องจากผู้ป่วยที่ปวดเข่า จะชอบงอข้อเข่า ทำให้เกิด กล้ามเนื้อหลังเข่า หดยึด (hamstings tightness) จึงต้องออกกำลังยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังเข่า (hamstrings) ด้วยดังรูปที่ 14

ท่ายืดกล้ามเนื้อ hamstings โดยนั่งเหยียดขาข้างที่ต้องการยืดให้เข่าเหยียดตรง ขาอีกข้างตั้งชันเข่าขึ้น กอดเข่าข้างนี้ไว้พร้อมกับเอื้อมมือมาแตะปลายเข่าข้างที่เข่าเหยียดตรง ห้าม งอเข่าเด็ดขาด จะรู้สึกว่าตึงที่หลังเข่า ดังรูปที่ 14

หมายเหตุ : การทำท่านี้ต้องชันเข่าอีกข้างเพื่อให้หลังงอ เป็นการป้องกันการบาดเจ็บที่หลัง ขณะยืด hamstings ห้ามเหยียดเข่าอีกข้าง ดังรูปที่ 15

รูปที่ 14 ยืดกล้ามเนื้อ hamstings

รูปที่ 15 ยืดกล้ามเนื้อ hamstings ที่ผิด

สรุป

โรคปวดเมื่อรักษาจนหายแล้ว สามารถปวดขึ้นมาใหม่ได้อีก เช่นเดียวกับโรคหวัด นั่นคือ เมื่อผู้ป่วยไปทำท่วงท่าที่ไม่ถูกสุขลักษณะขณะทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวัน ก็เปรียบเสมือนได้รับเชื้อหวัด โดยถ้าขณะนั้นกล้ามเนื้อที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของข้อต่อบริเวณที่ปวดอ่อนแอโดยขาดการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ ซึ่งเปรียบเสมือนภูมิคุ้มกันของร่างกายที่อ่อนแอลง ก็มีโอกาสปวดขึ้นมาใหม่ เหมือนกับการเป็นหวัดขึ้นใหม่อีกครั้งนั่นเอง ฉะนั้นควรแนะนำผู้ป่วยให้หมั่นออกกำลังกาย และบริหารเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของข้อต่อ และสอนท่วงท่าที่ถูกต้องในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันโรคปวดกันนะคะ

ด้วยความปรารถนาดีค่ะ

ศ.พญ. อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา

ตารางออกตรวจ

วันอังคาร 16.00 - 19.00 น.

วันพุธ 16.00 - 19.00 น.

วันเสาร์ 07.30 - 12.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

โทรศัพท์ 0-2105-0345 , 0-2308-7600

โรคนอนไม่หลับ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง รวิวรรณ นิวาตพันธุ์
แพทย์หัวหน้าคลินิกจิตเวช

คนเราต้องการนอนวันละเท่าใด

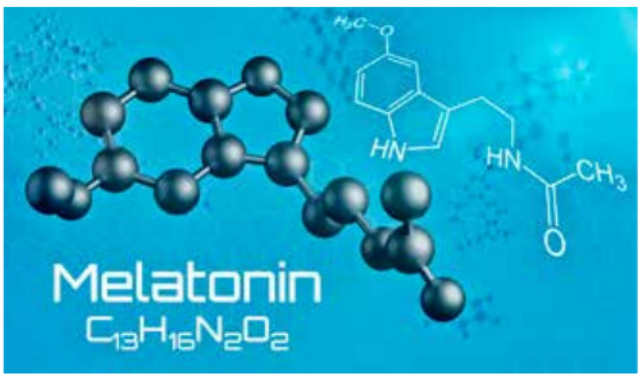
ความต้องการการนอนไม่เท่ากันในแต่ละคนขึ้นกับอายุ

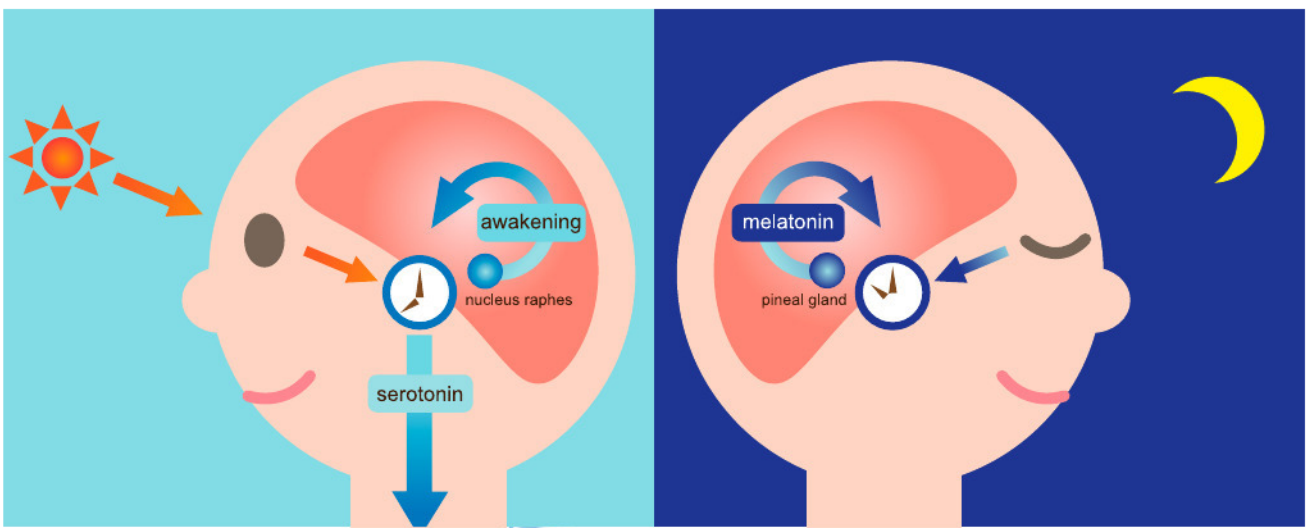
- ทารกต้องการนอนวันละ 16 ชั่วโมง
- วัยรุ่นต้องการนอนวันละ 9 ชั่วโมง
- ผู้ใหญ่ต้องการนอนวันละ 7 – 8 ชั่วโมง
- แต่บางคนก็อาจจะต้องการนอนน้อยเหลือเพียงวันละ 5 ชั่วโมง หากนอนไม่พอร่างกายต้องการการนอนเพิ่มในวันรุ่งขึ้น

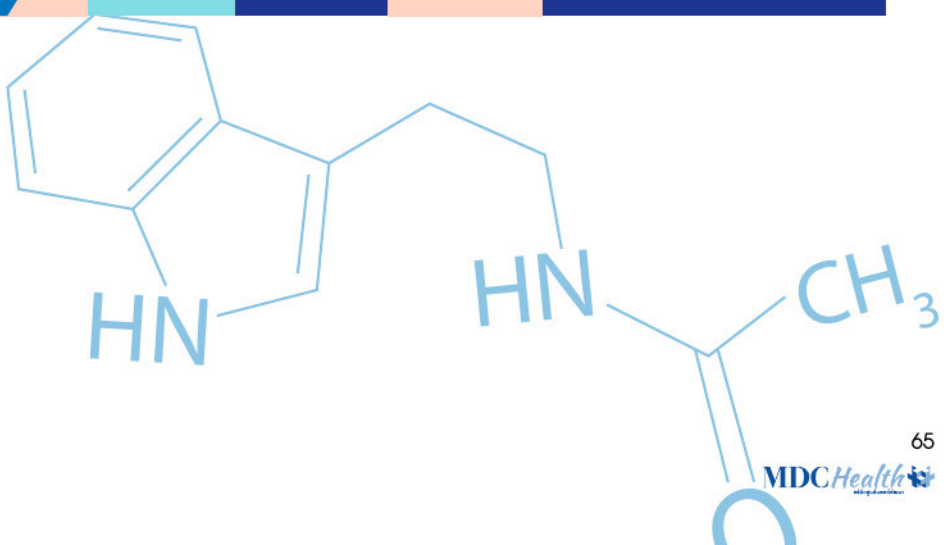
● จังหวะในรอบวันเป็นผลจากการทำงานของนาฬิกาชีวภาพของร่างกาย คือ ซุปปราไคแอสเมทิค นิวเคลียส (Suprachiasmatic Nuclei , SCN) ซึ่งอยู่บริเวณต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior Hypothalamus) รับรู้สิ่งแวดล้อมผ่านทางประสาทตา ทำให้รับรู้ถึงเวลาภายนอก ความมืด ความสว่าง และเหตุการณ์ในสังคมต่าง ๆ

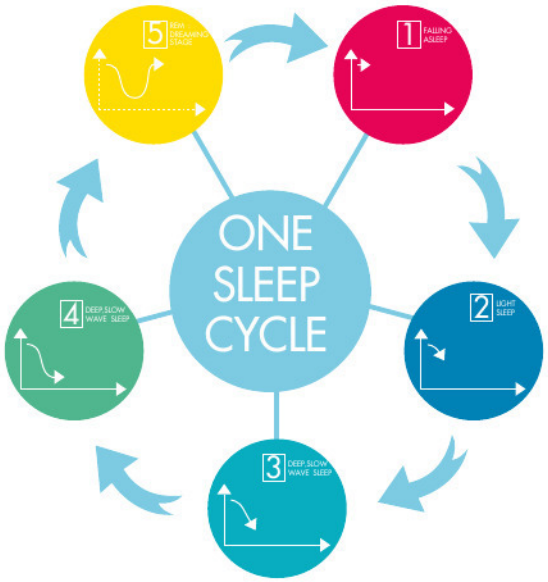
● ทั้งคนและสัตว์ส่วนใหญ่จะมีวงจรการหลับตื่นใน 1 วัน เรียกว่า Circadian Rhythm ซึ่งจะเกิดขึ้นตลอดเวลา ถึงแม้ว่าจะให้อยู่ในที่มืดตลอดเวลา หรืออยู่ในที่สว่างตลอดเวลาก็ตาม วงจรนี้เกิดขึ้นจากการควบคุมภายในร่างกาย แต่สามารถปรับแต่งวงจรนี้ ให้สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้ จากการศึกษาพบว่า Circadian Rhythm นี้ถูกควบคุมโดยบริเวณของสมอง ที่ทำหน้าที่เสมือนหนึ่งเป็นนาฬิกาในร่างกาย (Biological Clock)

● การทำงานของ SCN จะสัมพันธ์กับการหลั่งสารเมลาโทนิน (Melatonin) จากต่อมไพเนียล (Pineal Gland) ซึ่งจะมีการหลั่งมากในเวลากลางคืนหรือเมื่ออยู่ในความมืด โดยพบว่า ระดับเมลาโทนินสูงขึ้น 10 ถึง 30 เท่า ในช่วงก่อนหลับ 1-2 ชั่วโมง ทำให้เชื่อว่าเมลาโทนินเป็นสารกระตุ้นให้เกิดการหลับ การรับรู้ถึงความมืด สว่าง และเวลาภายนอกทำให้จังหวะในรอบวันเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อวงจรการหลับ-ตื่น









ประเภทการนอนหลับ แบ่งตามการเคลื่อนไหวของลูกตา

1. การนอนหลับแบบที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาช้า (NREM) เป็นช่วงที่เซลล์ประสาทมีการทำงานพร้อมเพรียงกัน (Synchronzed) ภายใต้เปลือกตาที่ปิดอยู่ลูกตามีการเคลื่อนไหวช้าลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Tone) เริ่มลดลง คลื่นไฟฟ้าสมองเปลี่ยนจากคลื่นที่มีความแรงต่ำ ความถี่สูง (Slow Votage and Fast or Hight Frequency) เป็นคลื่นที่มีความแรงสูงและความถี่ต่ำ (Hight Voltage and Slow Wave) การนอนหลับช่วงนี้อาจมีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

● ระยะที่ 1

เป็นระยะง่วงซึม กล้ามเนื้อหย่อนตัว หนังตาเริ่มปิด กล้ามเนื้อเสียความตึง ตัวคออ่อนพับได้ง่าย คลื่นไฟฟ้าสมองยังมีลักษณะคล้ายขณะตื่น คือทำงานแบบไม่พร้อมเพรียงกัน (Desynchronized) มีความแรงต่ำและความถี่สูง การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติช้าลง เช่น การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต การหายใจ การขับเหงื่อ ถ้าถูกปลุกหรือกระตุ้นระยะนี้จะตื่นได้ง่าย

● ระยะที่ 2

เริ่มหลับลึกลง การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ระดับการรับรู้ต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกลดลง จังหวะการหายใจเริ่มสม่ำเสมอ ลูกตาเคลื่อนไหวขึ้นลงช้า ๆ แต่ยังปลุกตื่นได้ง่าย

● ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 (Slow Wave Sleep)

เป็นระยะที่หลับลึก เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีการสังเคราะห์โปรตีน และสงวนพลังงาน อัตราการเผาผลาญลดลง การหายใจลดลง ชีพจรเต้นเป็นจังหวะสม่ำเสมอ อัตราช้ากว่าขณะพักธรรมดาในเวลาตื่น การนอนหลับในระยะที่ 2 ระยะที่ 4 ใช้เวลาประมาณร้อยละ 20 ของเวลาการนอนหลับ

2. การนอนหลับระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว (REM)

เกิดขึ้นในระยะหนึ่งในสามของวงจรการนอนหลับ เป็นผลจากการกระตุ้นของระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มการทำงานของระบบซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) อัตราการเต้นของหัวใจ ชีพจรและการหายใจเพิ่มขึ้น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อมีการคลายตัวเต็มที่ แขนขามีอาการอ่อนแรง เป็นการยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อตา ลักษณะการเคลื่อนไหวของลูกตา จะเคลื่อนจากข้างหนึ่งไปยังอีกข้างหนึ่ง ปลุกให้ตื่นได้ยากกว่าระยะอื่น มักจะมีความฝันในระยะนี้ และจะฝันเป็นเรื่องราวชัดเจน เมื่อตื่นนอนจะสามารถจดจำความฝันได้ถึงร้อยละ 86 การฝันอาจมีร่วมกับการแสดงออกทางใบหน้า เช่น ยิ้ม หัวเราะ ร้องไห้ ซึ่งมีประโยชน์ในการส่งเสริมความคิด ความจำ การรับรู้ หรือระบายความเก็บกดที่อยู่ภายในจิตใจ ระยะนี้เกิดขึ้นหลังจากเริ่มนอนหลับประมาณ 90-100 นาที ใช้เวลาประมาณร้อยละ 15-30 ของเวลาการนอนหรือหลับทั้งหมด

● ในช่วงแรกการนอนหลับในระยะนี้จะสั้น อาจน้อยกว่า 5 นาที ในวงจรต่อ ๆ มา จะเกิดขึ้นทุก 50-60 นาที ในแต่ละรอบจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

● เมื่อเริ่มนอน ก็จะเริ่มวงจรด้วยการนอนช่วงไม่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว ระยะที่ 1 2 3 และ 4 หลังจากนั้นก็ค่อย ๆ ย้อนกลับมาจากระยะที่ 4 เป็นระยะที่ 3 และ 2 แล้วเข้าสู่ระยะที่มีการกลอกตาอย่างรวดเร็ว แทนที่จะเข้าสู่ระยะที่ 1 สลับไปเป็นรอบ ๆ จนกระทั่งตื่นนอนตอนเช้า ซึ่งหนึ่งวงจรใช้เวลาประมาณ 90-110 นาที จำนวนวงจรขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่นอน ในการนอน 7-8 ชั่วโมง จะมีวงจรเกิดขึ้นประมาณ 4-5 วงจร

● วัยสูงอายุ ประสิทธิภาพของการนอนหลับมีแนวโน้มลดลง ระยะต่าง ๆ ของการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป โดยการนอนหลับระยะที่ 1 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ของการนอนหลับทั้งหมด แต่ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ลดลงจนเกือบไม่มี

จะประเมินว่าเป็นโรคนอนไม่หลับต่อเมื่อมีอาการดังต่อไปนี้

1. นอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน
2. ตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก
3. ตื่นเร็วกว่าปกติที่เคยตื่นประจำ
4. ตื่นนอนด้วยความรู้สึกไม่สดชื่นหรือไม่เต็มอิ่ม

สรุปว่าการนอนไม่หลับต้องพบแพทย์ เมื่อส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และอาชีพ

ด้านร่างกาย คือ อ่อนเพลีย
ด้านอารมณ์ คือ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ วิตกกังวล
ด้านสังคม คือ ไม่อยากเข้าสังคม แยกตัว

วินิจฉัยโรคนอนไม่หลับ

ประวัติจากผู้นอนไม่หลับ หรือคู่นอน หรือผู้ดูแล

1. หลับยาก
2. หลับไม่สนิท
3. ตื่นเร็วกว่าปกติ
4. ไม่ยอมเข้านอนในเวลาปกติ

- นอนหลับยาก หลับไม่ติดต่อกันทั้งคืน คุณภาพการนอนไม่ดี นอนไม่หลับ มีอาการ 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ใน 1 เดือน หมกมุ่นเกี่ยวกับปัญหาการนอน และกังวลกับผลเสียจากการนอนไม่หลับ
- ผลของการนอนไม่หลับ เป็นผลเสียต่อการทำกิจวัตรประจำวัน

สาเหตุของการนอนไม่หลับ

- Predisposing factor ผู้ที่มีบุคลิกภาพกังวลหรือ perfectionist (บุคลิกภาพสมบูรณ์แบบ)
- Precipitating factor ผู้ที่มีปัญหาความเครียด เช่น ปัญหาที่ทำงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ แต่จะเป็นแค่ชั่วคราว และจะหายเมื่อปัญหาหมดไป
- สิ่งที่ทำให้นอนไม่หลับคงอยู่เรียกว่า perpetuating factor ชอบนอนอยู่บนเตียงแม้ว่าตื่นแล้ว หรือมีโอกาสก็มานอนบนเตียง เพื่อนอนชดเชยกับที่นอนไม่พอ เพื่อลดความเครียดจากการรู้สึกว่านอนไม่พอ (ความรู้สึกคนไข้) ทำให้พฤติกรรมการนอนเปลี่ยน ในผู้ที่นอนไม่หลับเป็นความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับเรื่องการนอน ทำให้เป็นโรคนอนไม่หลับเรื้อรัง

ผลของการนอนไม่หลับ

1. อ่อนเพลีย ล้า
2. สมาธิ การตั้งใจ หรือความจำไม่ดี
3. เป็นผลเสียต่อสังคม ครอบครัว อาชีพหรือการเรียน
4. อารมณ์หงุดหงิด แปรปรวน
5. กลางวันง่วงนอน
6. ปัญหาพฤติกรรม (ทำกิจกรรมหลายอย่างในเวลาเดียวกัน หุนหันพลันแล่น และก้าวร้าว)
7. ลดแรงจูงใจ พลัง และริเริ่มทำสิ่งต่าง ๆ
8. มีโอกาสทำงานผิดพลาด และเกิดอุบัติเหตุ
9. หมกมุ่นและไม่พอใจกับการนอน

- ปัญหาวงจรอุบาทว์ ของการนอนไม่หลับและตามมาด้วย homeostatic (ภาวะสมดุล) ของร่างกายเสีย

- Cognitive model ความเครียดจากการนอนไม่หลับ ทำให้เกิดความกังวลและย้ำคิดย้ำทำเกี่ยวกับนอน เสริมให้อาการนอนไม่หลับคงอยู่ เกิดความคิดความรู้สึก และอารมณ์กับเรื่องนอนไม่หลับ
- สารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ บางคนจะดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยให้หลับ แต่ผลของแอลกอฮอล์ ทำให้ปัญหานอนไม่หลับมากขึ้น และยาที่รบกวนการนอน

ต้องซักประวัติ

1. ประวัติการเจ็บป่วยของร่างกาย และอาจต้องตรวจเรื่องความจำ
2. ประวัติอดีต และประวัติปัจจุบันเกี่ยวกับโรคทางกาย รวมทั้งอาการปวดต่าง ๆ
3. การใช้สารต่าง ๆ (ยา แอลกอฮอล์ กาแฟ สูบบุหรี่ ยาเสพติดต่าง ๆ)
4. การตรวจร่างกาย
5. การตรวจเลือด ไทรอยด์ โรคตับ ไต ซีด ธาตุเหล็ก และวิตามินบี 12

- ประวัติทางจิต
- ประวัติบุคลิกภาพ และประวัติครอบครัว
- การทำงาน
- สัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- ประวัติการนอน และสิ่งที่เปลี่ยนแปลงและปัญหาเร็ว ๆ นี้
- วินิจฉัยแยกโรคจากโรคไม่หลับอื่น เช่น restless leg disorder syndrome
- Hyperarousal model ผู้ที่นอนไม่หลับสนใจเรื่องการนอน ทั้ง ความคิด (cognition) อารมณ์ และสรีระร่างกาย physiological domain เป็นทั้ง predisposing และ perpetrating factor ซึ่งถ้าทำคลื่นสมอง (EEG) จะเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทำให้สมองตื่นตัว
- Circadian factor มีความสำคัญเฉพาะกับผู้ที่ทำงานเป็นกะ หรือในคนตาบอด
- Mesyn clorronization ของคลื่น sleep-wake ของ circadian phase เป็นตัวชี้กำหนดการเริ่มนอนระยะเวลานอนและเวลาตื่น
- อธิบายในคนหนุ่มสาวที่ชอบนอนดึกมาก (circadian phase delay) ในผู้สูงอายุ ที่ตื่นเร็วกว่าปกติ (a phase advance)
- การทำ sleep lab เฉพาะสงสัยกับเป็นโรคอื่น ๆ เช่น periodic limb movement , sleep apnea หรือ narcolepsy

ยาที่อาจเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ ผลข้างเคียงนี้ไม่ได้เกิดกับทุกคน

- Alcohol
- CNS stimulants
- Beta-blocker
- Bronchodilator
- Calcium channel blocker, corticosteroid
- Decongestant
- Thyroid hormone
- Nicotine

Pharmacological treatment

- Benzodiazepine
- Non-benzodiazepine
- Antidepressant-Trazodone
- Other medication : Antihistamine Melatonine

- ยาในกลุ่ม benzodiapepine ใช้แล้ว หลับเร็วและหลับได้ยาว การรักษายาในกลุ่มนี้จะมีผลข้างเคียง คือทำให้คนที่มีแนวโน้มติดยา ถ้าใช้ไปนาน ๆ อาจเกิดโรคซึมเศร้า

วิธีผ่อนคลายความเครียด (Relaxation)

- Breathing exercise คือ การสูบลมหายใจเข้าและออก เป็นจังหวะสม่ำเสมอ
- Meditation คือ การทำสมาธิ
- Music คือ การเลือกดนตรีที่ฟังแล้วผ่อนคลาย
- Relaxaing Imagery คือ การจินตนาการถึงสถานที่ที่ผ่อนคลาย
- Relaxation therapy (progressive muscle training) เพื่อลดความตึงเครียดของร่างกาย ค่อย ๆ เกร็งกล้ามเนื้อของร่างกายทีละมัด แล้วผ่อนคลาย เริ่มตั้งแต่ปลายนิ้วมือ แล้วค่อย ๆ ไล่ขึ้นมาทีละมัด ซ้าย-ขวา คอ บ่า ไหล่ ไล่ลงไปจนถึงเท้า
- Sleep restriction คือการปรับเวลานอนเพื่อให้ผู้ป่วยได้คุณภาพการนอนที่ดี คือ หลับสนิทมากขึ้น สมมุติปกติผู้ป่วยนอน 6.5 ชั่วโมง นับตั้งแต่ปิดไฟถึงลุกจากเตียง เราต้องปรับเวลาอยู่บนเตียง แค่ 4-6 ชั่วโมง และค่อย ๆ เพิ่มเวลานอนอยู่บนเตียง 15-30 นาที โดยคำนึงถึงคุณภาพการนอน
- ยา Melatonin ไม่ใช่การรักษาโรคนอนไม่หลับ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รักษา Jet lag การเดินทางเปลี่ยนโซนของโลก
- Antihistamine ไม่แนะนำ
- การฝังเข็ม aromatherapy homeopathy โยคะ ไม่แนะนำ
- การสะกดจิต ไม่แนะนำ อาจติดและดื้อการรักษา ตกค้างกลางคืนสับสน

False beliefs about insomnia

- เข้าใจผิดถึงสาเหตุของนอนไม่หลับ

1. อายุมากขึ้น ร่างกายต้องการนอนน้อยลง แต่ผู้ป่วยอยากนอนเท่าเดิม
2. คิดว่าฉันหรือคนเราจะต้องนอน 8 ชั่วโมงถึงจะพอ
3. ถ้านอนไม่หลับ ทำให้ล้มป่วย ไม่สบาย
4. คืนไหนนอนไม่หลับ วันต่อมาฉันจะทำอะไรไม่ได้
5. ถ้าฉันตื่นกลางดึก ฉันจะนอนไม่หลับ
6. ฉันเป็นคนหลับยาก มีปัญหาการนอน
7. ตอนกลางคืน เรื่องนอนเป็นสิ่งที่น่ากลัว

Cognitive Therapy

- หาสิ่งที่คิดที่ไม่ถูกต้อง และสิ่งที่เชื่อผิด ๆ แล้วเปลี่ยนความคิด
- คิดสิ่งที่เป็นไปได้ และหาสาเหตุของการนอนไม่หลับที่ถูกต้อง
- อย่ารู้สึกว่าโลกนี้แย่มาก ถ้านอนไม่หลับ
- อย่าไปสนใจเรื่องนอนมาก
- อย่าพยายามไปนอนถ้าไม่ง่วง
- ยอมรับกับการนอนน้อย
- ปัญหาการนอนไม่หลับไม่ใช่ปัญหา
- วิธีการคิดและการแก้ปัญหา (การพยายามดิ้นรน) เกี่ยวกับการนอนต่างหากที่เป็นปัญหา

ความเชื่อที่ผิดก่อให้เกิด

- การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ
- สูญเสียการควบคุมการนอนหลับของตน นอนไม่หลับไม่สามารถแก้ไขได้
- ผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นในตอนกลางวัน เช่น อาการอ่อนเพลีย อารมณ์หงุดหงิด การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ
- เกิดความตึงเครียด
- การคาดหวังที่ไม่เป็นจริง เกี่ยวกับเชื่อว่าการนอนหลับให้ได้ 8 ชั่วโมง เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ความต้องการการนอนหลับแต่ละคนแตกต่างกันออกไป
- วิตกกังวลและครุ่นคิดเกี่ยวกับผลกระทบทางลบและปัญหาสุขภาพ ทำให้เกิดพฤติกรรมนอนไม่หลับที่ไม่เหมาะสม
- ความต้องการการนอนหลับกับการนอนหลับจริงมีความแตกต่างกันมากในผู้ที่นอนหลับได้ไม่ดี
- การใช้เวลานอนต้องมากขึ้น ก่อให้เกิดเงื่อนไขการนอนกับเวลานอนและห้องนอน

สุขลักษณะการนอน

1. เข้านอนให้ตรงเวลาทุกวันทุกครั้ง
2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน
3. เดินให้ถูกแสงแดด โดยเฉพาะช่วงบ่าย
4. ปรับอุณหภูมิห้องในห้องนอนให้พอเหมาะ
5. ห้องนอนควรจะเงียบไม่มีเสียงรบกวน
6. ทำให้ห้องนอนให้มืดพอ
7. ที่นอนมีไว้สำหรับนอน ไม่ใช่ทำกิจกรรมอื่น เช่น ดูทีวี พูดหรือเล่นโทรศัพท์
8. ก่อนนอนหนึ่งชั่วโมง พยายามทำร่างกายและจิตใจให้ผ่อนคลาย อาบน้ำอุ่น ดูแลห้องให้มีกลิ่นหอม
9. จัดการแก้ปัญหาทุกอย่างให้เสร็จก่อนนอน 1 ชั่วโมง

ข้อควรปฏิบัติ

1. ไม่กินยานอนหลับเอง เพราะจะทำให้ดื้อยา

2. นอนกลางวัน ถึงแม้ว่าจะไม่หลับ ไม่งีบมากกว่าครึ่งชั่วโมง หรือ 8 ชั่วโมง ก่อนนอน

3. อย่าพยายามสั่งให้ตัวเองหลับ เพราะจะยิ่งทำให้เครียดและไม่หลับ

4. อย่าดูนาฬิกาว่านอนไปกี่ชั่วโมงแล้ว ยังไม่หลับ ตอนนี้กี่โมง เพราะจะยิ่งทำให้ตึง และตาสว่าง

5. ถ้านอนไม่หลับเกินครึ่งชั่วโมง ให้ลุกขึ้นมาทำอะไร ออกจากห้องนอน จนกว่ารู้สึกง่วง ไม่ควรเปิดทีวีดูหรือเปิดคอมพิวเตอร์และอยู่ในที่มืด

6. ควรออกกำลังกายก่อนนอนอย่างน้อย 3-4 ชั่วโมง

7. ไม่ควรเล่นเกมส์ก่อนนอน ดูทีวีหรือหนังที่ทำให้ตื่นเต้นและต่อเนื่อง หรือพูดปัญหาต่าง ๆ ใกล้เวลานอน

8. ไม่ควรทานกาแฟหลังเที่ยง (ชา โกโก้ โซดา)

9. ไม่ควรใช้แอลกอฮอล์เพื่อช่วยให้หลับ จะทำให้ระบบการนอนเสีย

11. ไม่ควรกินยานอนหลับของคนอื่น

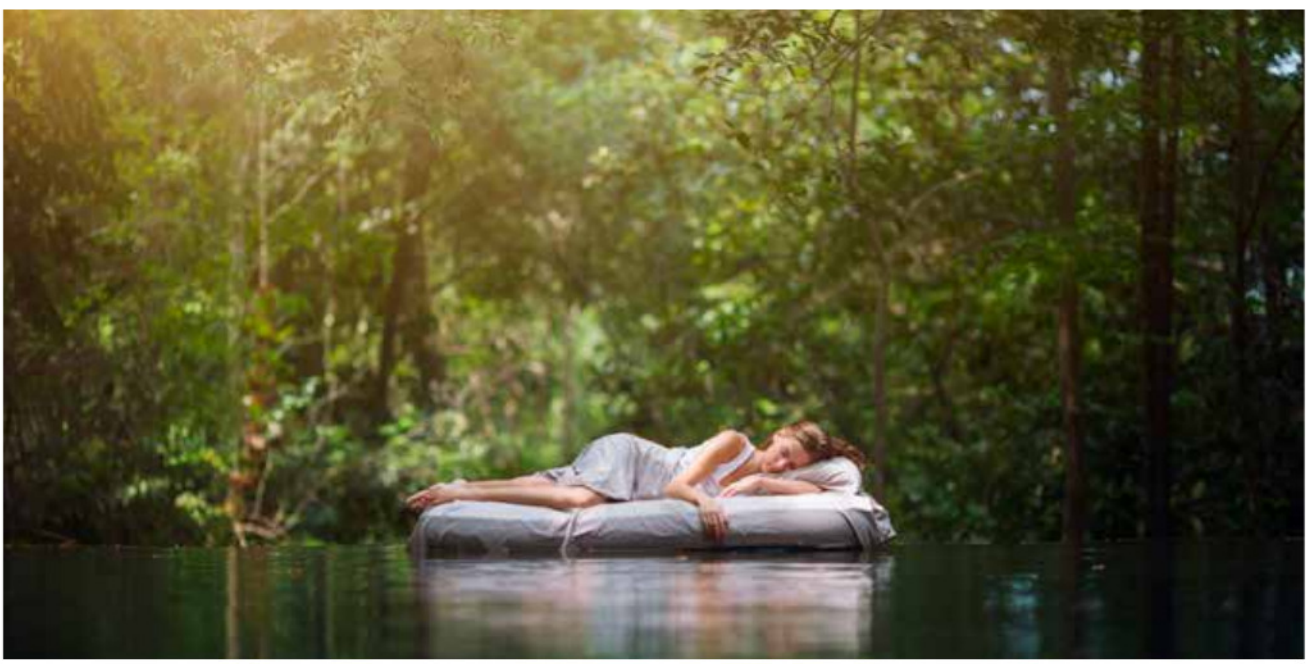
12. อย่าคิดว่าถ้านอนไม่หลับ หรือนอนไม่ครบ 8 ชั่วโมง จะทำให้ไม่สบาย ทำงานไม่ได้ เราไม่สามารถควบคุมการนอนทั้งหมด ยิ่งควบคุมยิ่งนอนไม่หลับ หากเมื่อคืนนอนไม่หลับ ก็ทำกิจวัตรปกติเท่าที่จะทำได้

13. พยายามชดเชยจากการนอนไม่พอของเมื่อคืนทุกครั้ง ที่คุณรู้สึกนอนหลับยาก นอนน้อย

14. ไม่ควรกินกาแฟมากกว่าปกติ

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

- เข้านอนให้เร็วขึ้น
- ใช้เวลาอยู่บนเตียงนานขึ้น ถึงแม้ว่าจะไม่หลับ คิดว่าจะหลับได้มากขึ้น และเพราะการอยู่บนตียงนอนเท่าใด ก็ยิ่งทำให้การนอนหลับเป็นแบบตื่นและไม่ต่อเนื่อง การนอนไม่หลับ กลางคืนทำให้เชื่อมโยงการใช้เตียงนอนสำหรับคิดถึงปัญหาต่าง ๆ และการวางแผน งานสำหรับวันรุ่งขึ้น การคิดฟุ้งซ่าน



ผศ.พญ.รวิวรรณ นิวาตพันธุ์

ตารางออกตรวจ

วันอังคาร 08.00 - 16.00 น.

วันพุธ 14.30 - 17.00 น.

วันพฤหัสบดี 08.00 - 12.00 น.

วันศุกร์ 08.00 - 12.00 และ 15.00 - 17.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

โทรศัพท์ 0-2105-0345 , 0-2308-7600

ลดน้ำตาล ด้วย Infused Water

นางอัญญาณี อิศรางกูร ณ อยุธยา
นักกำหนดอาหาร

น้ำ คือชีวิต ร่างกายคนเรามีส่วนประกอบของน้ำประมาณร้อยละ 70 หน้าที่สำคัญที่สุดของน้ำ คือ เป็นตัวกลางในการเกิดปฏิกิริยาเคมีทุกชนิด ของกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย ช่วยรักษาระดับความเป็นกรดด่างของเลือด ของเหลวต่าง ๆ ควบคุมอุณหภูมิ ระบายความร้อนของร่างกายในรูปของเหงื่อ ปริมาณของน้ำในร่างกายจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เพศ อายุ ปริมาณไขมันที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายลดน้อยลง เช่น เด็กแรกเกิดจะมีน้ำเป็นองค์ประกอบของร่างกายมากที่สุด (ประมาณร้อยละ 77 ของน้ำหนักตัว) แล้วจะค่อย ๆ ลดลง ในผู้หญิงซึ่งมีไขมันในผิวหนังมากกว่าจะมีน้ำในร่างกายน้อยกว่าผู้ชาย (ผู้หญิงประมาณร้อยละ 50 ผู้ชายร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว) แต่สำหรับผู้สูงอายุแนวโน้มที่จะมีไขมันสะสมในร่างกายจะมากกว่าวัยอื่น ๆ จึงมีปริมาณน้ำในร่างกายลดน้อยลง

จากบทความ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา เรื่อง ปริศนาไตวายมรณะ...บทเรียนที่ต้องป้องกันในคนไทย ซึ่งเป็นผลการศึกษาจากต่างประเทศ ในกลุ่มคนทำงานกลางแจ้งที่ได้รับน้ำไม่เพียงพอ และผลจากเครื่องดื่ม น้ำอัดลม น้ำหวาน ที่คนทำงานกลางแดดหรือทำงานหนักจะรู้สึกชื่นใจ ดับร้อนดับกระหาย พบว่ากลับเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ขาดน้ำมากขึ้น จากกระบวนการเอนไซม์ที่แปรเปลี่ยนให้เป็นฟรุกโตสมากขึ้น เป็นผลให้เนื้อเยื่อท่อไตเสียหาย ทั้งนี้รวมถึงเครื่องดื่มในประเทศไทยที่แจ้งว่าไม่มีกลูโคส แต่แท้ที่จริงเป็นน้ำตาลฟรุกโตสก็จะมีอันตรายหรือมากกว่าด้วยซ้ำ และในพื้นที่บางแห่งที่ใช้น้ำบาดาล ซึ่งมีธาตุหรือสารปนเปื้อน จะเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ไตวายเรื้อรังได้ รวมทั้งคนที่มีโรคเบาหวาน โรคความดันสูง ที่ไม่ได้รับการควบคุมที่เหมาะสม ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ไม่จำเป็นต้องทำการวิเคราะห์วิจัยในประเทศไทยอีก

ท่านกล่าวสรุปไว้ว่าข้อมูลต่าง ๆ เพียงพอและจำเป็นแล้ว ที่จะให้ความรู้ประชาชนและทำการควบคุมโรคประจำตัว จำกัดเครื่องดื่มน้ำอัดลมอย่างเข้มข้น จำกัดการใช้ยาแก้ปวดพร่ำเพรื่อ ควบคุมการใช้สารเคมีในอาหารอย่างเข้มงวด และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงมีการแนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว แต่สำหรับผู้ที่ทำงานหนัก นักกีฬา จะต้องการน้ำมากกว่า 3 ลิตรหรือมากกว่านั้น และสำหรับผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการดื่มน้ำไม่เพียงพอ เป็นวัยที่ต้องดูแลเรื่องการดื่มน้ำให้เป็นพิเศษ เนื่องจากต่อมรับรู้การกระหายน้ำจะช้ากว่าวัยอื่น ๆ ปริมาณไขมันที่สะสมในร่างกาย และการบ่นที่ได้ยินบ่อย ๆ ว่าน้ำเปล่าจืดชืด ไม่มีรสชาติ จึงหันไปนิยมดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ น้ำผลไม้ น้ำสมุนไพร ที่มีขายตามร้านสะดวกซื้อ อันเป็นที่มาของการสะสม น้ำตาล ไขมัน กลายเป็นความอ้วน และโรคต่าง ๆ ที่ตามมาอย่างไม่รู้ตัว โดยเฉพาะการขาดน้ำที่เราไม่ค่อยใส่ใจ เป็นเหตุหนึ่งที่น่ากลัว เชื่อมโยงให้กลายเป็น ปริศนาไตวายมรณะ ปัญหาของคนไทยในขณะนี้

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ด้วยพฤติกรรมชีวิตและพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม เป็นการสร้างสุขภาพที่ดี ร่างกายย่อมรักษาน้ำไว้ได้ ป้องกันให้ปราศจากโรคภัย มีพลัง มีความสุข สดชื่น ดูอ่อนเยาว์ และมีข้อแนะนำในการดื่มน้ำให้เป็นกิจวัตรที่ปฏิบัติได้ง่าย ๆ และจะทำให้รู้สึกแตกต่างมีชีวิตชีวากว่าที่เคยเป็น เช่น

* ดื่มน้ำทันทีหลังจากตื่นนอน 1–2 แก้ว เพื่อช่วยเจือจางของเหลวในร่างกายที่สะสมมาตลอดคืน
* ดื่มน้ำ ครึ่งแก้วทุกชั่วโมง
* ดื่มน้ำ ก่อน-หลังออกกำลังกาย และจิบระหว่างออกกำลังกาย
* ดื่มน้ำ เมื่อรู้สึกเมื่อยล้า อ่อนเพลีย
* ดื่มน้ำ เมื่อรู้สึกมึนหรือปวดศีรษะ หรือเป็นตะคริว
* ดื่มน้ำ เมื่อสังเกตเห็นว่าปัสสาวะขุ่น มีสีเข้ม
* ดื่มน้ำ แทนเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีน้ำตาล รวมทั้งน้ำผลไม้ฟรุกโตส

เพื่อเป็นการช่วยสร้างแรงจูงใจไม่ต้องดื่มแต่น้ำเปล่า จากภูมิปัญญาบรรพบุรุษของเรา ที่ได้สรรสร้างให้กับชีวิตมาแต่โบราณกาลแล้ว เช่น การลอยดอกมะลิ กลีบกุหลาบ กระดังงาหอม ๆ ในน้ำดื่ม เพิ่มกลิ่นให้ชื่นใจ หรือการต้มน้ำใบเตย น้ำมะตูม น้ำตะไคร้ รวมทั้งสารพัด ไม้ดอก ไม้ผลที่ปลูกไว้ และยังมีสูตรการใช้สมุนไพรต่าง ๆ สารสกัดจากธรรมชาติผสมเป็นน้ำยาอุทัย ส่วนมากไม่มีการเพิ่มน้ำตาลเลย เป็นการแสดงให้เห็นว่า บรรพบุรุษไทยเรารู้จักการเพิ่มวิตามิน แร่ธาตุต่าง ๆ เป็นน้ำดื่มที่มีฤทธิ์เป็นด่าง สร้างความสมดุลให้กับเซลล์ของร่างกาย ในรูปแบบของ *น้ำหมักผักผลไม้* มานานมากแล้ว ปัจจุบันกำลังอยู่ในความสนใจของคนรักสุขภาพ ทำดื่มกินและเผยแพร่กันอย่างจริงจัง โดยใช้ชื่อฝรั่งว่า Infused Water

*****น้ำหมักผักผลไม้*** Infused Water** คือ การนำผัก ผลไม้ หรือสมุนไพร หมักกับน้ำสะอาด ช่วยดึงเอา แร่ธาตุ และวิตามินธรรมชาติ ที่มีผลเรื่องการดีท็อกซ์ (Detox) หรือระบายอ่อน ๆ ช่วยลดน้ำหนักตัวได้ส่วนหนึ่ง เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ มีคุณสมบัติที่เป็นด่าง ช่วยปรับลดสภาพความเป็นกรดของอาหารประเภทเนื้อสัตว์ รสหวาน มัน เค็ม ที่มาจากการปรุงแต่งรสชาติได้ และยังเพิ่มภูมิคุ้มกัน ได้น้ำดื่มที่อร่อยขึ้น ช่วยเพิ่มโอกาสในการดื่มน้ำมากขึ้น **ข้อสำคัญคือ ไม่มีการเติมน้ำตาล** เกลือ หรือความอร่อยอื่นใดลงไป จึงจัดเป็นน้ำสุขภาพที่ไม่มีพลังงาน ดื่มเท่าไหร่ก็ได้ เหมาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเป็นเบาหวาน ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง ฯลฯ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มักดื่มน้ำน้อย หรือชอบดื่มน้ำหวาน ๆ น้ำผลไม้ สมุนไพรใส่น้ำตาล หรืออาหารเสริมต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

การทำน้ำหมักผักผลไม้ Infused Water วิธีทำง่ายที่สุด ใคร ๆ ก็ทำเองได้ ไม่มีสูตรตายตัว ชอบผัก ผลไม้อะไรแบบไหน ก็ได้หมด และถ้าได้ครบ 5 สี ก็จะดีมาก หรือถ้ามีไม่ครบ อาจสลับสับเปลี่ยนวันละ 2-3 สี ก็ได้ ไม่ต้องไปคิดว่าผักอะไร ผลไม้อะไร ใช้รักษาโรคอะไร เพราะจุดประสงค์ของน้ำหมักนี้ ไม่ใช่น้ำรักษาโรค เพียงแต่ดึงสรรพคุณที่มีอยู่ในพืชผักผลไม้นั้น ๆ ได้ส่วนหนึ่ง ข้อสำคัญที่สุด ทุกอย่างต้องแน่ใจว่าล้างสะอาดจริง ๆ

น้ำหมักสมุนไพร ใช้เป็นน้ำหมักพื้นฐาน ประกอบด้วย ตะไคร้ ขิงทั้งเปลือก ใบมะกรูด ใบสะระแหน่ ชอบกลิ่นอะไรก็ใส่มากหน่อย มะนาวฝานชิ้นบาง ๆ ถ้าชอบรสเปรี้ยวก็บีบน้ำมะนาวลงไปตามชอบ เหมือนได้ดื่มน้ำรสต้มยำ และเพื่อเป็นการเพิ่มกลิ่น รสหวานนิด ๆ ของผลไม้ และสีสัน หรือรูปแบบ วิธีการหั่นตามจินตนาการ เป็นแผ่นหรือเส้นฝอยบาง ๆ แกะสลักเป็นดอกไม้ ใบไม้ ให้สวยงามตามใจชอบ ทำให้ดูดีมีสไตล์ จะเป็นการเชิญชวนตัวเองให้อยากดื่มมากขึ้น แทนการดื่มน้ำผลไม้ น้ำสมุนไพรสำเร็จรูป น้ำอัดลม ชา กาแฟ (ซึ่งมีพลังงานแก้วละประมาณ 120-500 กิโลแคลอรี่)

ขั้นตอน วิธีทำ

1. ล้างผัก ผลไม้ที่จะใช้ให้สะอาด เช่น การแช่ในน้ำสะอาด 1 ลิตร ผสมน้ำส้มสายชู 1 ช้อนโต๊ะ นาน 15-20 นาที แล้วล้างอีกครั้ง สะเด็ดน้ำ พักไว้

2. เตรียมภาชนะขนาดใหญ่ เช่น เหยือก ขวดโหลปากกว้าง ชามแก้วสวย ๆ สำหรับน้ำพั้นช์ หรือขวดพกพา ถ้าต้องการนำไปดื่มนอกบ้าน

3. ผักสมุนไพรที่ล้างพักไว้ หั่น เด็ด บุบพอแตก จัดใส่ลงในภาชนะที่เตรียมไว้ประมาณ ¼ ของภาชนะ

4. ใส่น้ำแข็งทับลงไปหลวม ๆ แล้วเติมน้ำที่ใช้ดื่มให้เต็ม ทิ้งไว้ประมาณครึ่งชั่วโมง เป็นการหมักให้วิตามิน แร่ธาตุละลายออกมา น้ำหมดก็เติมได้เรื่อย ๆ สามารถเก็บแช่เย็นไว้ดื่มได้ถึง 2 วัน

5. การเติมผลไม้ต่าง ๆ ลงไป เพื่อเพิ่มรสชาติ สีสัน ความสวยงาม จะเกิดการเน่าเสียง่ายกว่า ไม่ควรเก็บข้ามวัน

ประโยชน์ ผักผลไม้ กลุ่มสีต่าง ๆ

กลุ่มสีเขียว สารสีเขียวที่อยู่ในผักผลไม้ คือคลอโรฟิลล์ (Chlorophyll) และยังมีสารชนิดอื่น ๆ เช่น แคโรทีนอยด์ (Carotenoid) ลูทีน (Lutein) ซีแซนทิน (Xexanthine) อินโดล (Indole) ไทโอไซยาเนต (Thiocyanate) และฟลาโวนอยด์ (Flavonoid) มีเส้นใยสูง ช่วยในเรื่องระบบขับถ่าย ลดอาการท้องผูก กำจัดสารตกค้างในร่างกาย ลดกรดในกระเพาะอาหาร บำรุงสายตา ลดอาการภูมิแพ้

กลุ่มสีแดง มีสารไลโคปีน (Lycopene) และเบตาไซซิน (Betacycin) ที่มีส่วนสำคัญในการมองเห็น ช่วยต้านโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งปอดและมะเร็งกระเพาะอาหาร ช่วยลดปริมาณไขมันในเส้นเลือด ป้องกันโรคสมองเสื่อม ช่วยชะลอความเสื่อมของเซลล์ในร่างกาย ทำให้ภาวะผิดปกติของเซลล์ดีขึ้น

กลุ่มสีเหลืองและสีส้ม มีสารเคมีสำคัญ ได้แก่ ลูทีน (Lutein) ซึ่งมีอยู่มากในผักผลไม้ที่มีสีเขียวอ่อนและสีเหลือง จะช่วยป้องกันความเสื่อมของจอประสาทตา ช่วยในการมองเห็นเวลากลางคืน และเบต้าแคโรทีน (Betacarotene) ซึ่งมีมากในผักผลไม้ที่มีสีส้ม ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ช่วยดูแลและรักษาระบบหัวใจและหลอดเลือด บำรุงสายตา ทำให้มองเห็นได้ดีในที่มืด และช่วยให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ดีขึ้น

กลุ่มสีม่วงและสีน้ำเงินอมม่วง มีสารเคมีที่สำคัญคือ แอนโทไซยานิน (Anthocyanin) และพอลิฟีนอล (Polyphenol) อยู่มาก ช่วยให้ระบบหมุนเวียนโลหิตในร่างกายดีขึ้น ขยายหลอดเลือด ลดไขมันอุดตันในหลอดเลือด ช่วยกระตุ้นการทำงานของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย ป้องกันโรคหัวใจ บำรุงเส้นผม การมองเห็นดีขึ้น และช่วยยับยั้งเชื้ออีโคไล (E. coli) ซึ่งทำให้เกิดอาการท้องร่วงและอาหารเป็นพิษได้

กลุ่มสีขาว มีสารประกอบของกำมะถัน (Sulfur compounds) เช่น อัลลิซิน (Allicin) ช่วยลดคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอร์ไรด์ ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดความเสี่ยงในการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตและโรคหัวใจ แซนโทน (Xanthone) ซึ่งเป็นสารในกลุ่มฟลาโวนอยด์ (Flavonoids) ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือด เป็นสารต้านจุลินทรีย์ นอกจากนี้ยังเป็นสารต้านอาการแพ้ ต้านไวรัส ต้านการอักเสบ มีเส้นใยสูง โดยเฉพาะเพ็กติน (Pectin) ช่วยเรื่องระบบขับถ่าย ลดการสะสมสารพิษในร่างกาย มีวิตามินอี (Vitamin E) ที่ช่วยทำให้ร่างกายดูอ่อนเยาว์

หากได้ทำน้ำหมักผักผลไม้แบบนี้เอาไว้ดื่ม เราก็จะอยากดื่มน้ำได้มากกว่า 10 แก้วด้วยซ้ำ และยังได้รับประโยชน์จากส่วนที่เป็นวิตามิน แร่ธาตุชนิดละลายน้ำ เช่น วิตามินซี วิตามินบี รวมถึงสารสีต่าง ๆ ที่ละลายออกมาระหว่างการหมัก แม้จะมีปริมาณน้อยกว่าเมื่อเทียบกับน้ำคั้นผลไม้สด หรืออร่อยน้อยกว่า แต่น้ำหมักสุขภาพถือได้ว่าไม่มีพลังงาน อีกทั้งการทำก็ไม่ยุ่งยากซับซ้อนอะไร ใคร ๆ ก็สามารถทำได้ ไม่ต้องจดสูตรใด ๆ เลย รูปแบบทันสมัย สะดวกสบาย ดื่มได้ทุกเวลาที่อยู่บ้าน พกพาไปดื่มในที่ทำงาน หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ออกกำลังกายกลางแจ้ง จิบ ดื่มได้ตลอดวัน สำคัญที่สุดคือเราจะพ้นจากภาวะปริศนาไตวายมรณะ ได้อย่างเป็นรูปธรรม

นางอัญญาณี อิศรางกูร ณ อยุธยา

ตารางออกตรวจ

วันอังคาร 09.00 - 16.00 น.

วันพฤหัสบดี 09.00 - 16.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

โทรศัพท์ 0-2105-0345 , 0-2308-7600

สารที่ใช้เฉพาะที่ในโรคปริทันต์

พันเอกหญิง ทันตแพทย์หญิง พัทยา สุวรรณานนท์
ทันตแพทย์คลินิกทันตกรรม

วิธีรักษาโรคปริทันต์ได้พัฒนาไปหลายรูปแบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำจัดเชื้อโรค ลดการอักเสบ รวมถึงการสร้างเสริมและคงอยู่ของอวัยวะปริทันต์ให้ได้เร็วและมากที่สุด การรักษาโรคปริทันต์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน จะเริ่มจากการควบคุมอนามัยในช่องปากร่วมกับการรักษาโรค โดยยังไม่ใช้การทำศัลย์ปริทันต์ก่อนเป็นอันดับแรก การรักษาได้นำเอาสารเคมีบำบัดเฉพาะที่มาใช้โดยมุ่งหวังให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรักษาโรคให้ดียิ่งขึ้น

สารเคมีบำบัดที่ใช้ในขณะนี้มีอยู่ด้วยกันหลายชนิด มีคุณสมบัติที่แตกต่างกันซึ่งผู้ใช้ควรได้รู้จักและทราบถึงผลที่ได้รับจากการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว

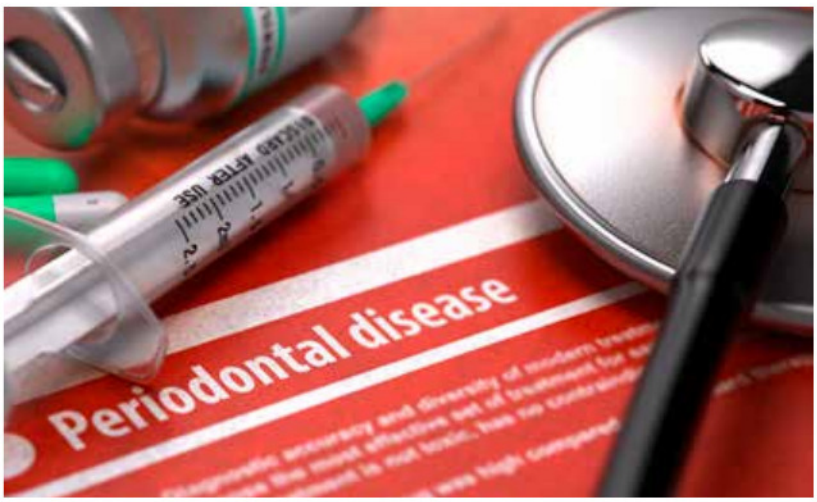
ข้อบ่งชี้ของการใช้สารเคมีบำบัดเฉพาะที่

1. มีฤทธิ์ทำลายจุลชีพและคงฤทธิ์อยู่ได้นาน
2. ไม่เป็นพิษต่อเนื้อเยื่อช่องปาก
3. ลักษณะการใช้สารเคมี

3.1 ใช้เพื่อป้องกันการเกิดคราบจุลินทรีย์เหนือเหงือก

3.2 ใช้เป็นน้ำยาชะล้างเหนือเหงือกร่วมกับเครื่องฉีดน้ำในปากหรือเครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า

3.3 ใช้ควบคุมจุลินทรีย์ใต้เหงือกในรูปแบบ hollow fiber , acrylic strip เป็นต้น



ชนิดของสารเคมีบำบัดเฉพาะที่

1. สารฆ่าเชื้อ (disinfectant)
2. สารต้านจุลชีพ (antimicrobial agent) เป็นยาปฏิชีวนะที่ยับยั้งหรือฆ่าแบคทีเรีย
3. สารขัดขวางการยึดของจุลชีพกับผิวฟัน และ/หรือระหว่างจุลชีพด้วยกันเอง
4. สารเปลี่ยนโครงสร้างของคราบจุลินทรีย์

สารเคมีบำบัดเฉพาะที่ ที่ใช้กันมีดังนี้คือ

1. สารบิสไบกัวไนด์ : Chlorhexidine

- ทำหน้าที่ลดการยึดเกาะของจุลชีพกับผิวฟันและการยึดของจุลชีพด้วยกันเอง
- ออกฤทธิ์ทำลายจุลชีพในคราบจุลินทรีย์ทั้งเหนือเหงือก ใต้เหงือก และเชื้อรา
- ผลข้างเคียง คราบสีดำติดเคลือบรากฟันและลิ้นวัสดุอุดฟัน มีรสขม ไม่รู้รสอาหาร
- การนำไปใช้ เป็นยาอมบ้วนปากที่มีคลอเฮกซิดีน 0.12 % เป็นน้ำยาชะล้างเหนือเหงือกที่มีคลอเฮกซิดีน 0.06 % เป็นน้ำยาชะล้างร่องลึกปริทันต์ 4-6 มิลลิเมตรที่มีคลอเฮกซิดีน 2 % และใช้ทาแผล aphthous ที่มีคลอเฮกซิดีน 1 %

2. สารประกอบฟีนอล : Listerine®

- ออกฤทธิ์หยุดยั้งการแบ่งตัวของจุลชีพชนิดแกรมลบ ลดคราบจุลินทรีย์ ลดเหงือกอักเสบ
- ถ้าใช้ร่วมกับไทรคลอซานจะหยุดยั้งการรวมตัวของจุลชีพแกรมบวกและแกรมลบ
- ผลข้างเคียง ปวดแสบปวดร้อน รสขม ฟันติดสีดำ
- การนำไปใช้ เป็นยาอมบ้วนปากและยาสีฟัน

3. Quarternary ammonium compound : ยาอมบ้วนปากCepacol®, scope ®

- ออกฤทธิ์ค่อนข้างเร็ว แต่ไม่คงทน ทำให้ลดการเกิดคราบจุลินทรีย์ ลดภาวะเหงือกอักเสบได้น้อยกว่าผลของการใช้คลอเฮกซิดีนกลูโคเนตเกือบ 2 เท่า
- ผลข้างเคียง : ฟัน ลิ้น วัสดุอุดฟันติดสีน้ำตาลหรือดำ มีอาการปวดแสบปวดร้อน รสขม

4. สารออกซิเจนอิ่มตัว : sodium peroxy borate , hydrogen peroxide

- มีฤทธิ์เป็นสารฆ่าเชื้อ แต่ถ้าใช้ความเข้มข้นมากกว่า 3 % จะเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก
- การนำไปใช้ เป็นยาอมบ้วนปาก : perimed® (พอวิโดน 5 % , ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 1.5 %)

5. สารสกัดจากสมุนไพร : sanguinarine

- มีฤทธิ์ทำลายจุลชีพในคราบจุลินทรีย์ทั้งเหนือเหงือกและใต้เหงือก
- ผลข้างเคียง : ปวดแสบปวดร้อน
- การนำไปใช้ เป็นส่วนผสมในยาอมบ้วนปากและยาสีฟัน ได้แก่ ยาอมบ้วนปาก viadent® มีแซงกวินารีน 0.01 % เพื่อลดคราบจุลินทรีย์และลดภาวะเหงือกอักเสบ

6. ธาตุฮาโลเจน : สแตนนัสฟลูออไรด์

- ลดคราบจุลินทรีย์ ลดการอักเสบของเหงือก
- ผลข้างเคียง : เกิดคราบดำที่ผิวฟัน
- การนำไปใช้ เป็นยาอมบ้วนปากและยาสีฟัน เช่น ยาอมบ้วนปากที่มีสแตนนัสฟลูออไรด์ 1.64 % ยาสีฟันที่มีสแตนนัสฟลูออไรด์ 0.4 % เป็นต้น

7. เกลือของโลหะหนัก : zinc citrate, copper sulphate , zinc chloride , zinc carbonate เป็นต้น

- zinc มีฤทธิ์ขัดขวางการสังเคราะห์กรดของเชื้อสเตร็ปโตค็อกคัสแอกติโนไมซีส
- ลดการสร้างเอนไซม์สลายโปรตีนของเชื้อแคปโนไซโทฟากาและพอร์ไฟโรโมแนสจิงจิวาลิส
- ผลข้างเคียง : คราบดำที่ผิวฟัน
- การนำไปใช้ เป็นยาอมบ้วนปาก ได้แก่ซิงก์ซิเตรต ซิงก์คลอไรด์ เป็นต้น ใช้เป็นส่วนผสมของยาสีฟันที่มีไทรคลอซาน (0.2 % w/v) + ซิงก์ซิเตรต (0.5 %)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบประสิทธิผลของสารเคมีบำบัดเฉพาะที่

สารเคมีบำบัดเฉพาะที่	คราบจุลินทรีย์ลด (ร้อยละ)	การอักเสบของเหงือกลด (ร้อยละ)	การต้านเชื่อแคนดิดา
คลอร์เฮกซิดีนกลูโคเนต (Peridex® , PerioGard®)	45-61	27-67	+
สารประกอบฟีนอล (Listerine®)	19-35	15-37	+
เซทิลไพริดิเนียมคลอไรด์ (Cepacol®, Scope®)	14	24	+
แซงกวินารีน (Viadent®)	0-42	0-57	+
สแตนนัสฟลูออไรด์	0-77	0-72	+
ไทรคลอซาน	0-30	20-75	+

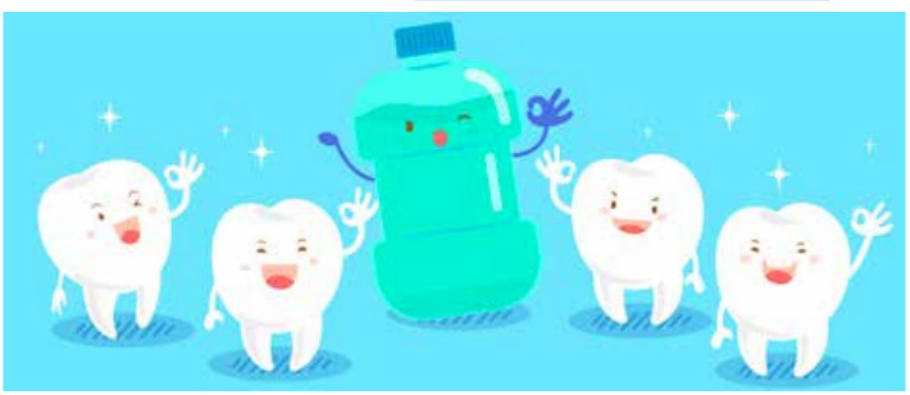
รูปแบบของการใช้สารเคมีบำบัดเฉพาะที่

คุณสมบัติที่ดีที่สารเคมีบำบัดเฉพาะควรมี

1. สารต้านจุลชีพต้องเข้าถึงจุลชีพในร่องลึกปริทันต์
2. สารต้านจุลชีพต้องมีความเข้มข้นมากพอที่จะหยุดยั้งการแบ่งตัว หรือฆ่าจุลชีพ
3. สารต้านจุลชีพต้องออกฤทธิ์ในร่องลึกปริทันต์ในเวลานานพอที่จะหยุดยั้งการแบ่งตัวหรือฆ่าจุลชีพ

แบ่งออกได้เป็น 5 ชนิด คือ

1. ยาอมบ้วนปาก
   - ใช้หลังการทำศัลย์ปริทันต์
   - ใช้เสริมการรักษาในรายที่มีการอักเสบรุนแรง คือผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบที่มีโรคทางระบบร่วมด้วย และผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบเรื้อรังที่มีอาการซ้ำซาก



สารที่นิยมใช้ : ยาอมบ้วนปากคลอเฮกซิดีนกลูโคเนต ความเข้มข้น 0.2 % , 0.12 % ยาอมบ้วนปากลิสเตอรีน (ตารางที่ 1 และ 2)

ข้อจำกัด : น้ำยาลงลึกจากขอบเหงือกได้เพียง 0.2 มม. จึงไม่สามารถฆ่าเชื้อจุลชีพในร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 4 มม. ขึ้นไป

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณสมบัติของของยาอมบ้วนปาก

สารเคมีบำบัดเฉพาะที่	ลดคราบจุลินทรีย์ (%)	เป็นพิษ	แอลกอฮอล์ผสม	pH	ไอออนอยู่อิสระ
ChlorhexidineGluconate (Peridex® , PerioGard®)	มาก	น้อย	11.6	5.5	สูง
สารประกอบฟีนอล (Listerine®)	ปานกลาง	น้อย	26.9	4.4	ต่ำ
Quarternary ammonium compound (Cepacol®, Scope®)	น้อย	น้อย	14.18	6.0 , 5.5	ต่ำ
แซงกวินารีน (Viadent®)	ปานกลาง	น้อย	11.5	4.5	ต่ำ
สารออกซิเจนอิ่มตัว (Hydrogen peroxide chlorine dioxide)	 น้อย น้อย	 ไม่แน่นอน ไม่แน่นอน	 0 0	 2.7 8.4	 ต่ำ ต่ำ
ยาอมบ้วนปากก่อนแปรงฟัน (Plax® , New Plax®)	น้อย	น้อย	7.5 , 8.5	8.2	ต่ำ

2. ยาสีฟัน
- ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของไตรคลอซาน (0.2 % w/v) + ซิงก์ซิเตรต (0.5 % w/v)
- ยาสีฟันไตรคลอซาน (0.3 % w/v) + ไพโรฟอสเฟต 2 %

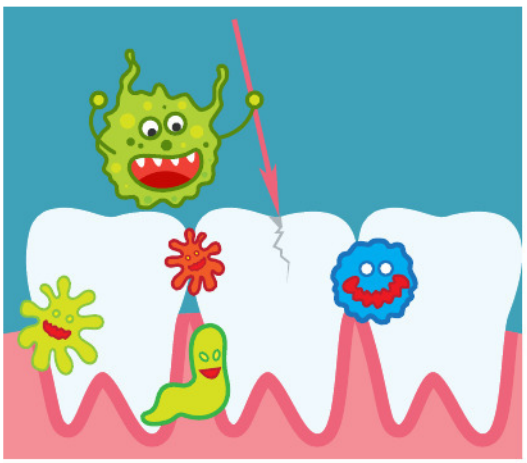
3. น้ำยาชะล้างเหนือเหงือก
- น้ำยาที่มีส่วนผสมของคลอเฮกซิดีนกลูโคเนต ความเข้มข้น 0.06 %
- น้ำยาที่มีส่วนผสมของคลอเฮกซิดีนกลูโคเนต ความเข้มข้น 0.02 % และ 0.04 %
- ใช้กับผู้ป่วยที่แปรงฟันด้วยตัวเองไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน ๆ หรือผู้ป่วยผ่าตัดขากรรไกร เป็นต้น

4. น้ำยาชะล้างภายในร่องลึกปริทันต์
- ใช้กับหลอดยาที่มีเข็มปลายทื่อ สอดลึก 2-3 มม. / เครื่องฉีดน้ำในปาก / เครื่องขูดหินน้ำลายอัลทราโซนิค
- ใช้ร่วมกับส่วนผสมคลอเฮกซิดีนกลูโคเนต 2 % / สแตนนัสฟลูออไรด์ 1.64 %
- ใช้เสริมเพิ่มเติมหลังการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน
- ใช้กับรอยโรคที่เครื่องมือปริทันต์สอดเข้าไม่ถึง หรือในบริเวณรอบ ๆ รากเทียมที่มีการอักเสบ โดยใช้ร่วมกับสารต้านจุลชีพที่เหมาะสม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คุณสมบัติเฉพาะของสารเคมีบำบัดเป็นน้ำยาชะล้างภายในร่องลึกปริทันต์

คุณสมบัติเฉพาะ	คลอเฮกซิดีน	สแตนนัสฟลูออไรด์	เตทตระไซคลิน	เมโทรไนดาโซล
ความเข้มข้น (%)	0.02 , 0.2 , 2	0.4 , 1.64	0.5 , 5	0.05 , 0.5
ขนาดยาที่ใช้ฆ่าจุลชีพ	18-32 มก./มล.	600 - 1,000 ppm	>4 มก./มล.	1-8 มก./มล.
การออกฤทธิ์	นาน	นาน	นาน	ไม่นาน
รสชาติ	ไม่ดี	ดี	ไม่ดี	ไม่ดี
ความคงทนของยา	คงทน	คงทน	คงทน	คงทน
ติดสีที่ฟัน	ติดสี	ติดสี	ไม่	ไม่
ทำลายจุลชีพชนิด	แกรม +,-	แกรม +,-	แกรม +,-	จุลชีพไม่ใช้ออกซิเจน

มก./มล. = ไมโครกรัม / มิลลิลิตร , ppm = 1 ส่วน / 1ล้านส่วน



ตารางที่4 ชนิดของจุลชีพในช่องปาก

1. จุลชีพใช้ออกซิเจน :	1.1 รูปกลม แกรมบวก - สเตร็ปโตค็อกคัสและกลุ่มสแตฟีโลค็อกคัส 1.2 รูปแท่ง แกรมบวก - แลกโตเบซิลลัส (lactobacillus) 1.3 รูปเส้น แกรมบวก - แอกทิโนไมซีส 1.4 รูปแท่ง แกรมลบ - เอนเทอริครอดส์ (enteric rods) ซูโดโมแนดส์ (pseu-domonads)
2.จุลชีพปรับตัวได้กับออกซิเจน :	2.1 รูปกลมยาว แกรมลบ - แอกทิโนบาซิลลัสแอกทิโนไมซิเทมคอมิแทนส์ 2.2 รูปกลม แกรมลบ - แคมไพโลแบคเตอร์ เช่น แคมไพโลแบคเตอร์เรคตัส 2.3 รูปแท่ง แกรมลบ - ไอคีเนลลาคอรอเดนส์ และแคปโนไซโตฟากา
3. จุลชีพไม่ใช้ออกซิเจน :	3.1 รูปกลม แกรมบวก - เพปโทสเตร็ปโทค็อกคัส 3.2 รูปแท่ง แกรมบวก - ยูแบกทีเรียม 3.3 รูปกลม แกรมลบ - วีลโลเนลลาพาร์วูล่า (veillonellaparvula) 3.4 รูปแท่ง รูปกระสวย และรูปโค้งแกรมลบ - แบคทีรอยดีสฟิวโซแบกทีเรียม และซีเลโนโมแนส เช่น พอร์ไฟโรโมแนสจิงจิวาลิสพรีโวเทลลาอินเตอร์มีเดียแบคทีรอยดีสฟอร์ไซตัสและฟิวโซแบคทีเรียมนิวคลีเอตัม 3.5 รูปเกลียว แกรมลบ – สไปโรคีตส์ (treponema)

5. เส้นใยมีอณูของสารต้านจุลชีพ

- เป็นสารไม่สลายตัวตามธรรมชาติ

วิธีการ ใส่ไว้ในร่องลึกปริทันต์ออกฤทธิ์ได้นานถึง 10 วัน ซึ่งความเข้มข้นของยาในน้ำเหลืองเหงือกจะมีมากกว่าการรับประทาน 150 เท่า ด้วยปริมาณยาเพียง 1 ใน 400 ของยารับประทาน ได้แก่ ยาเททระไซคลินไฮโดรคลอไรด์ 25 % ที่ใส่ในพลาสติกโพลิเมอร์ (เอทิลีนไวนิลแอซีเทต) มีชื่อทางการค้าว่า actisite® มีข้อดีของยา 5 ประการคือ

- กระจายตัวถึงบริเวณลึกสุดของร่องลึกปริทันต์
- เป็นยาฆ่าจุลชีพ / มีความเข้มข้นมากพอที่จะฆ่าจุลชีพ
- สามารถหยุดยั้งการแบ่งตัวของจุลชีพ
- ฆ่าจุลชีพตามคุณสมบัติของยาที่ใช้
- ยาไม่ก่ออันตรายต่อผู้ป่วย (ตารางที่ 5)

เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาขั้นต้น แต่ยังมีรอยโรคเฉพาะที่ที่ยังมีการอักเสบรุนแรง หรือมีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 5 มม. ขึ้นไป

ข้อจำกัด : ค่าใช้จ่ายสูง

ใช้เวลาในการรักษานานประมาณ 5-15 นาที / ซี่

- ยาปฏิชีวนะที่ใช้กับพอลิเมอร์สลายตัวตามธรรมชาติ

1. เททระไซคลิน : เททระไซคลิน 40 มก. ในซี้ผึ้งยา 0.1 ลูกบาศก์เซนติเมตร

2. เมโทรไนดาโซล : อีไลซอล (Elyzol®) (เมโทรไนดาโซล 250 มก./กรัม) มีความเข้มข้นของยาในน้ำเหลืองเหงือก 128 ไมโครกรัม/มล. ใส่ยาสัปดาห์ละ 1 ครั้งนาน 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ร่วมกับการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน ช่วยลดความลึกของร่องลึกปริทันต์และลดอาการเลือดออกตามไรฟัน

3. มิโนไซคลินไฮโดรคลอไรด์ : มิโนไซคลินไฮโดรคลอไรด์ในเจล มีชื่อทางการค้าว่า เดนโทไมซิน (dentomycin®) และ เพริโอคลิน (periocline®)

4. คลอเฮกซิดีนกลูโคเนต : เป็นแผ่นเจลาตินแมทริกซ์ มีชื่อทางการค้าว่า เพริโอชิป (periochip®) สอดแผ่นเพริโอชิปเข้าไปในร่องลึกปริทันต์หลังจากขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 7-10 วัน เว้นการใช้ไหมขัดฟันในบริเวณดังกล่าว จากการใช้ทุก ๆ 3 เดือน เป็นเวลา 9 เดือน ร่องลึกปริทันต์จะลดลง

5. ด็อกซีไซคลิน : มีชื่อทางการค้าว่า เอทริด็อกซ์ (atridox®) ยานี้จะแข็งตัวภายใน 1-2 นาที เมื่อฉีดยาเข้าไปในร่องลึกปริทันต์ ควรใช้ยาปิดแผลปริทันต์ปิดทับไว้ พบว่าความเข้มข้นของยาในน้ำเหลืองเหงือกโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 200 ไมโครกรัม/มล. หลังจากใส่ยาไว้ 7 วัน ซึ่งเปรียบเทียบกับด็อกซีไซคลินชนิดรับประทาน เมื่อให้ยาแก่ผู้ป่วย 200 มก. เริ่มต้น และ 100 มก./วัน เป็นเวลา 7 วัน ค่าความเข้มข้นในน้ำเหลืองเหงือกจะมีเพียง 2-4 ไมโครกรัม/มล.

ข้อดีของการใช้เส้นใยมีอณูของสารต้านจุลชีพ : ยามีความเข้มข้นสม่ำเสมอตลอดเวลา 10 วัน มีฤทธิ์ฆ่าจุลชีพที่ก่อโรคอาการไม่พึงประสงค์ของยามีน้อยไม่เกิดปัญหาดื้อยา

ข้อเสีย : ยาราคาสูงเมื่อเทียบกับชนิดรับประทาน
ผู้ป่วยต้องมารับการรักษาหลายครั้ง
ใช้กับผู้ป่วยที่ทำการรักษาโรคปริทันต์ขั้นต้น ก่อนการแก้ไขความผิดปกติของกระดูกในบริเวณที่มีการทำลายซับซ้อนได้

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณสมบัติของยาเฉพาะที่กับยารับประทานในการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ

ชนิดของยา	การกระจายตัวของยา	ความเข้มข้นของยา	เวลาที่ยาออกฤทธิ์
ยาอมบ้วนปาก	-	++	-
ยาชะล้างใต้เหงือก	++	++	-
เส้นใยมีอณูของสารต้านจุลชีพ	++	++	++
ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน	++	+	+

เครื่องหมาย - = ไม่ดี , + = ปานกลาง , ++ = ดี

ทันตแพทย์จะเลือกใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยโรคปริทันต์ โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคปริทันต์เป็นเกณฑ์ เช่น สภาวะทางร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ โรคทางระบบของผู้ป่วย อายุ เป็นต้น การควบคุมดูแลสุขภาพในช่องปาก ความร่วมมือและทัศนคติที่ดีของคนไข้และญาติต่อการรักษาโรค ตลอดจนภาวะทางเศรษฐกิจที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบอยู่ เป็นต้น สารเคมีบำบัดเฉพาะที่ที่ใช้ในการรักษาโรคปริทันต์ จะช่วยให้ผลในการรักษาโรคดีขึ้น สามารถคงสภาพ รวมทั้งชะลอภาวะการทำลายอวัยวะปริทันต์ให้ช้าลง เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมรับการรักษาโรคขั้นต่อไป หรือเข้าสู่ระยะการติดตามผลการรักษา เพื่อคงสภาพให้สามารถใช้งานให้ได้นานที่สุด และการเกิดโรคซ้ำจะดำเนินไปได้ช้าที่สุด

บรรณานุกรม

"โรคปริทันต์และกระบวนการรักษา" โดย ศ.ทพ. ชนินทร์ เตชะประเสริฐวิทยา

พันเอกหญิง ทันตแพทย์หญิง พัทยา สุวรรณานนท์

ตารางออกตรวจ

วันพุธ 17.00 - 19.00 น.

วันอาทิตย์ 08.00 - 16.30 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

โทรศัพท์ 0-2105-0345 , 0-2308-7600

ภาพกิจกรรมคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

MDC Health

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาจัดงานเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร เนื่องในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา 65 พรรษา วันศุกร์ที่ 28 กรกฎาคม 2560 โดยมี ศ.เกียรติยศ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ เป็นประธานในพิธี ภายในงานจัดกิจกรรมตักบาตรอาหารแห้ง พระสงฆ์จากวัดพระราม 9 กาญจนาภิเษก และจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไปและชุมชนใกล้เคียง

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาจัดงานเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ 9 เนื่องในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา 85 พรรษา ในวันเสาร์ที่ 12 สิงหาคม 2560 โดยมี ศ.เกียรติยศ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ เป็นประธานในพิธี ภายในงานมีจัดกิจกรรมตักบาตรอาหารแห้งพระสงฆ์จากวัดพระราม 9 กาญจนาภิเษก และจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพให้แก่ประชาชนทั่วไปและชุมชนใกล้เคียง

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เข้าเยี่ยมชมและศึกษาดูงานเรื่องการบริการผู้ป่วยนอก และการสร้างเสริมสุขภาพของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ในวันอังคารที่ 18 กรกฎาคม 2560 โดยมี พล.ท.นพ. มาโนชญ์ จันทรศร ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายบริการสุขภาพ และ พล.ต.ต.หญิง สิริพร วิทยานุกูล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ให้การต้อนรับ

พล.ท.นพ.มาโนชญ์ จันทรศร ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายบริการสุขภาพ นพ.ยิ่งศักดิ์ ศุภนิตยานนท์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายสนับสนุนบริการสุขภาพ และ พล.ต.ต.หญิง สิริพร วิทยานุกูล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ร่วมรับมอบน้ำดื่มจากธนาคารกรุงเทพ เพื่อสนับสนุนงานเฉลิมพระเกียรติ 65 พรรษา สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร เมื่อวันจันทร์ที่ 24 กรกฎาคม 2560

พล.ท.นพ.จุลเทพ ธีระธาดา ที่ปรึกษาคณะกรรมการการแพทย์และที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน เป็นประธานในพิธีเปิดและปิดการแข่งขันกีฬา “ชุมชนสัมพันธ์คัพ ครั้งที่ 6” ในระหว่างวันที่ 22 กรกฎาคม - 26 สิงหาคม 2560 ณ ลานกีฬาชุมชนหมู่บ้านพลับพลา 30 ไร่

วันศุกร์ที่ 18 สิงหาคม 2560 นพ. ยิ่งศักดิ์ ศุภนิตยานนท์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายสนับสนุนบริการสุขภาพ และเจ้าหน้าที่คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา เข้าดูงาน ณ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ สภากาชาดไทย เรื่อง “การจัดระบบคิวของห้องจ่ายยา” เพื่อนำมาประยุกต์ใช้และพัฒนาระบบการจ่ายยาของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

สถาบันรับรองมาตรฐานไอเอสโอ (สรอ.) เข้าตรวจประเมิน เพื่อติดตามการรักษาระบบ ครั้งที่ 2 ตามมาตรฐาน : มอก. 9001-2552 (ISO 9001 : 2008) โดยมี พล.ท.นพ. มาโนชญ์ จันทรศร ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายบริการสุขภาพ ให้การต้อนรับ ในวันจันทร์ที่ 4 กันยายน 2560

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาจัดกิจกรรมในโครงการ “ทำความดี บริจาคโลหิต น้อมจิตรำลึก สำนึกในพระมหากรุณาธิคุณ” ถวายเป็นพระราชกุศล แด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ในวันศุกร์ที่ 22 กันยายน 2560 เวลา 09.00 - 15.00 น. และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการให้ความสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ในการประชาสัมพันธ์ และจัดหาโลหิตบริจาค ด้วยการเป็นจุดรับบริจาคโลหิต เพื่อนำมาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ต้องการโลหิตในการรักษาพยาบาล โดยมีรถของสภากาชาดไทยมาให้บริการทุก ๆ 3 เดือน

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาจัดกิจกรรม โครงการพัฒนา “วัยซน” สู่ “พยาบาลน้อยจิตอาสา” ปลูกจิตสำนึกให้เด็กและเยาวชน มีจิตอาสาในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ และร่วมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน ในวันจันทร์ที่ 16 กันยายน 2560

วันศุกร์ที่ 29 กันยายน 2560 คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาจัดพิธีทำบุญประจำปีครบรอบ “วันทรงเจิม” ครบรอบ 19 ปี เนื่องในวันที่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร เสด็จพระราชดำเนินทรงเจิมแผ่นศิลาจำลอง ณ คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2541 โดยมี ศ.เกียรติยศ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ รักษาการกรรมการผู้อำนวยการ เป็นประธานในพิธี

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาและผู้มีจิตศรัทธา ร่วมทำบุญบริจาคสิ่งของ ถวายพระราชวิสุทธิประชานาถ (ท่านเจ้าคุณอลงกต ติกฺขปญฺโญ) เจ้าอาวาสวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เพื่อช่วยเหลือเด็กผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในวันพฤหัสบดีที่ 3 สิงหาคม 2560

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาจัดพิธีรับเข็มเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณ์วลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี เนื่องในโอกาสทรงเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา และพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ เนื่องในโอกาสทรงเจริญพระชันษา 60 ปี ในวันที่ 28 สิงหาคม – 8 กันยายน 2560

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาจัดพิธีมุทิตาจิต วาระวันคล้ายวันเกิด ศ.เกียรติยศ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ รักษาการกรรมการผู้อำนวยการ เนื่องในโอกาสครบรอบ 90 ปี ในวันศุกร์ที่ 29 กันยายน 2560 ณ ห้องประชุม ชั้น 3 บริรักษ์อาคาร โดยมีคณะผู้บริหาร แพทย์ ทันตแพทย์ และพนักงาน ร่วมแสดงมุทิตาจิต

ศ.เกียรติยศ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ รักษาการกรรมการผู้อำนวยการคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา เป็นประธานในพิธีสงฆ์ เนื่องในวันคล้ายวันเสด็จสวรรคตพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร โดยมีคณะผู้บริหาร แพทย์ ทันตแพทย์ และพนักงานคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาเข้าร่วมพิธี ในวันศุกร์ที่ 13 ตุลาคม 2560 ณ พระอุโบสถวัดพระราม 9 กาญจนาภิเษก

นพ.ธีรพล โตพันธานนท์ รองกรรมการผู้อำนวยการคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาเป็นประธานในพิธีถวายสักการะ และยืนสงบนิ่ง 89 วินาที ในเวลา 15.52 น.เบื้องหน้าพระบรมสาทิสลักษณ์ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรและร่วมร้องเพลงสรรเสริญพระบารมี ด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณหาที่สุดมิได้

นพ.ธีรพล โตพันธานนท์ รองกรรมการผู้อำนวยการคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ร่วมพิธีวางพวงมาลา พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ณ ลานพระบรมราชานุสาวรีย์ รัชกาลที่ 5 โรงพยาบาลปิยะเวท ในวันจันทร์ที่ 23 ตุลาคม 2560

นพ.ธีรพล โตพันธานนท์ รองกรรมการผู้อำนวยการคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา เป็นประธานในพิธีเปิดโครงการฝึกอบรมเยาวชนพัฒนา รุ่นที่ 205 ระหว่างวันที่ 6 - 8 ตุลาคม 2560 ณ โรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า จังหวัดนครนายก

ศ.เกียรติยศ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ รักษาการกรรมการผู้อำนวยการคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา เป็นประธานในพิธีตั้งจิตอธิษฐานถวายดอกไม้จันทน์ โดยมีคณะผู้บริหาร แพทย์ ทันตแพทย์ และพนักงาน เข้าร่วมพิธี ณ บริเวณหน้าแผ่นศิลาจำลอง ชั้น 1 อาคารบวรเวชรักษ์ ในวันศุกร์ที่ 20 ตุลาคม 2560

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาเป็นประธานคณะอนุกรรมการฝ่ายการแพทย์และพยาบาล ในการจัดพิธีถวายดอกไม้จันทน์งานพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร โดยร่วมกับโรงพยาบาลปิยะเวท ศูนย์บริการสาธารณสุข 25 ห้วยขวาง และฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล สำนักงานเขตห้วยขวาง ในการจัดจุดบริการแพทย์และพยาบาล ณ วัดพระราม 9 กาญจนาภิเษก ในวันพฤหัสบดีที่ 26 ตุลาคม 2560

ความภาคภูมิใจของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

- พ.ศ. 2553 ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ขั้นที่ 1
- พ.ศ. 2554 ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ขั้นที่ 2

  ได้รับการรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- พ.ศ. 2555 ได้รับการรับรองระบบบริหารคุณภาพมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

  ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ขั้นที่ 3
- พ.ศ. 2556 ได้รับการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพและมาตรฐานเลขที่ มอก.9001-2552 (ISO9001:2008)
- พ.ศ. 2557 ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) Reaccreditation ครั้งที่ 1
- พ.ศ. 2558 ได้รับการรับรองระบบบริหารคุณภาพมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
- พ.ศ. 2559 ได้รับการรับรองระบบบริหารงานคุณภาพและมาตรฐานเลขที่ มอก.9001-2552 (ISO9001:2008)
- พ.ศ. 2559 ได้รับการรับรองมาตรฐานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานประกอบกิจการ

ข่าวสารคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

MDC Health

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ให้บริการตรวจสุขภาพแบบครอบคลุมสำหรับบุคคลทั่วไป และบริษัทหรือหน่วยงานทั้งก่อนเข้างาน ตรวจสุขภาพประจำปี และการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ โดยทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากร ด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย มาตรฐานระดับสากล รวมถึงให้บริการสำหรับบริษัทคู่สัญญาด้านการรักษาพยาบาลแบบเงินเชื่อ

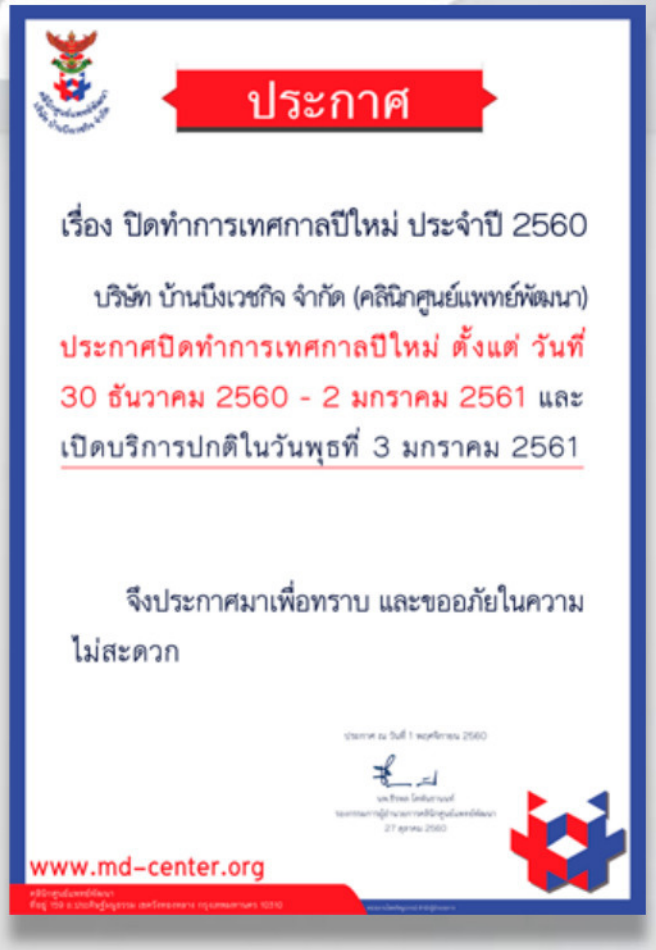
แจ้งความประสงค์ขอเข้าร่วมตรวจสุขภาพหรือร่วมเป็นบริษัทคู่สัญญากับทางคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา และสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสื่อสารองค์กร

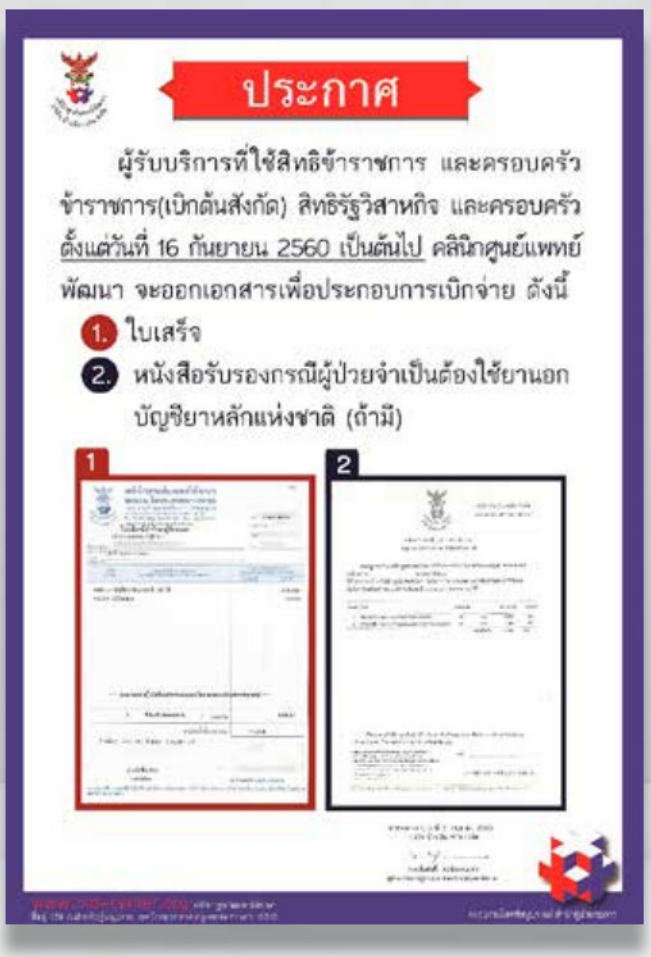
โทรศัพท์ : 02-1050345 , 02-3087600 ต่อ 2391-2394

โทรสาร : 02-1050349

E-mail : cc-group@md-center.org


ประกาศ
เรื่อง ปิดทำการเทศกาลปีใหม่ ประจำปี 2560
บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด (คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา)
ประกาศปิดทำการเทศกาลปีใหม่ ตั้งแต่ วันที่
30 ธันวาคม 2560 - 2 มกราคม 2561 และ
เปิดบริการปกติในวันพุธที่ 3 มกราคม 2561
จึงประกาศมาเพื่อทราบ และขออภัยในความ
ไม่สะดวก
www.md-center.org

ประกาศ
เรื่อง ปรับเปลี่ยนขั้นตอนการบริการรับชำระเงินและจ่ายยา
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา มีการปรับกระบวนการและขั้นตอน
การบริการรับชำระเงินและรับยา มีรายละเอียดดังนี้
1 ยื่นเอกสารใบยา
2 รอเรียกชำระเงิน
และรับใบเสร็จ
3 รอเรียกรับยา
ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2560 เป็นต้นไป
www.md-center.org

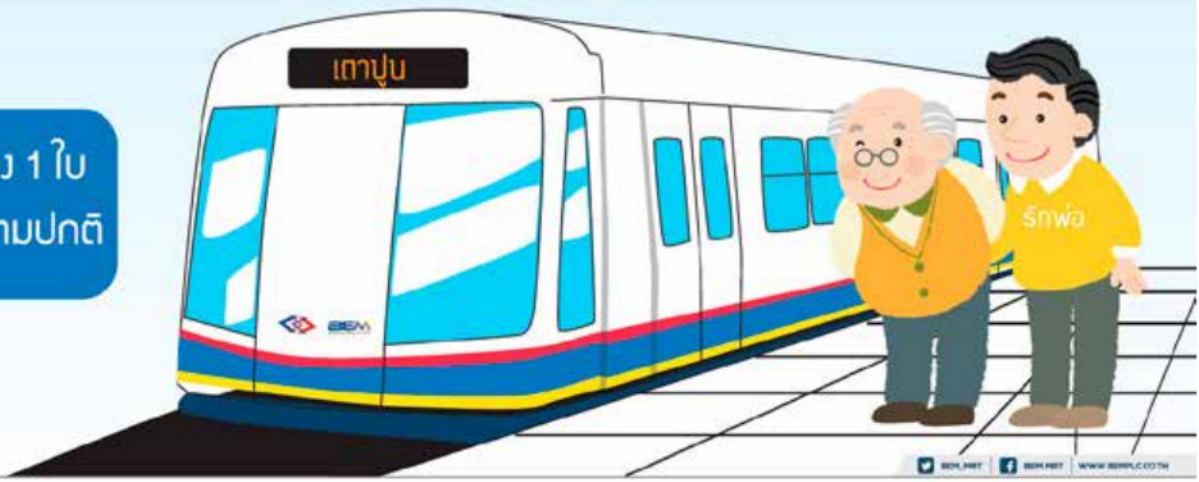

ประกาศ
ผู้รับบริการที่ใช้สิทธิข้าราชการ และครอบครัว
ข้าราชการ(เบิกต้นสังกัด) สิทธิรัฐวิสาหกิจ และครอบครัว
ตั้งแต่วันที่ 16 กันยายน 2560 เป็นต้นไป คลินิกศูนย์แพทย์
พัฒนา จะออกเอกสารเพื่อประกอบการเบิกจ่าย ดังนี้
1. ใบเสร็จ
2. หนังสือรับรองกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยานอก
บัญชียาหลักแห่งชาติ (ถ้ามี)
1
2

5 ธันวา

พาพ่อขึ้นรถไฟฟ้า MRT สายสีน้ำเงิน และ สายสีม่วง ฟรี!!

เพียงคุณลูก พาคุณพ่อ มาแสดงตัวที่ห้องออกบัตรโดยสาร
เพื่อรับคูปองโดยสารรถไฟฟ้าฟรี ตลอดระยะเวลาให้บริการ

คุณพ่อ 1 ท่าน ต่อ คูปอง 1 ใบ
คุณลูกชำระค่าโดยสารตามปกติ



MDC Health
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

สมัครสมาชิก
เพื่อรับนิตยสารปี 2560
ฟรี!

ชื่อ/นามสกุล_____ วัน/เดือน/ปีเกิด_____

ที่อยู่จัดส่งนิตยสาร MDC Health_____

_____

_____

_____

โทรศัพท์_____ โทรสาร_____ E-mail_____

กรุณากรอกรายละเอียดนำใส่ซองติดแสตมป์ส่งกลับมาตามที่อยู่นี้

แผนกสื่อสารองค์กร (นิตยสาร MDC Health)
บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด (คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา)
159 ถ.ประดิษฐ์มนูธรรม แขวงวังทองหลาง เขตวังทองหลาง
กรุงเทพมหานคร 10310
โทรศัพท์ 02-3087600, 02-1050345 ต่อ 2391-2394
E-mail: cc-group@md-center.org

****สำหรับผู้ที่ยังไม่เคยสมัครสมาชิกเท่านั้น****

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา
บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด

ขอเชิญร่วมบริจาคโลหิตในโครงการ

“ทำความดี บริจาคโลหิต
น้อมจิตรำลึก สำนึกในพระมหากรุณาธิคุณ”

เพื่อถวายเป็นพระราชกุศล
แด่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช

▶ วันอังคารที่ 26 ธันวาคม 2560

เวลา 09.00 – 15.00 น.
ณ บริเวณหน้าร้านสะดวกซื้อเซเว่น อีเลฟเว่น ชั้น 1
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา อาคารราชเวชชาคาร

ติดต่อสอบถามและแจ้งความประสงค์
โทรศัพท์ 02-308-7600 หรือ 02-105-0345 กด 9 ต่อ 2391 - 2394
E-mail : cc-group@md-center.org
WWW.MD-CENTER.ORG

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา
บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด