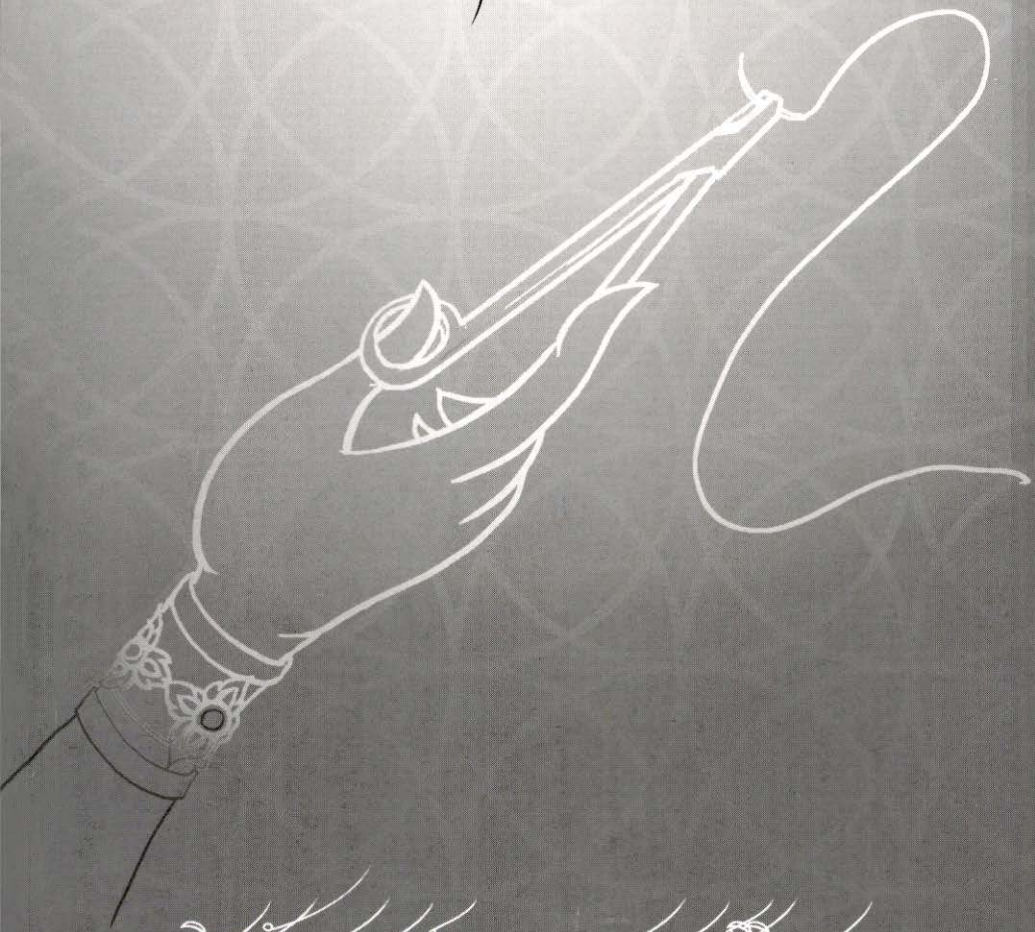
ศัลยศาสตร์น่ารู้สู่ประชาชน

เพื่อเป็นเกียรติแด่
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์



ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

หน้าว่าง

ศัลยศาสตร์น่ารู้สู่ประชาชน

เพื่อเป็นเกียรติแด่

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์

ปรมาจารย์ และปูชนียบุคคลทางศัลยศาสตร์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

พิมพ์ครั้งที่ 1
พ.ศ. 2557

สงวนลิขสิทธิ์

จัดพิมพ์โดย

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0 2419 8013-4
โทรสาร 0 2412 9160

ISBN 978-616-279-501-5

สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร
3/3 สุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110
โทรศัพท์ 0 2258 7954, 0 2662 4347
โทรสาร 0 2258 7954
E-mail : bkkmed@gmail.com

ศัลยศาสตร์ที่น่ารู้สู่ประชาชน เพื่อเป็นเกียรติแด่ปูชนียบุคคลทางศัลยศาสตร์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์

หนังสือเล่มนี้เป็นผลจากความร่วมมือร่วมใจจากคณาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นลูกศิษย์ของศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์ เป็นครูผู้ประเสริฐและปูชนียบุคคลทางศัลยศาสตร์ ผู้เปี่ยมไปด้วยความสามารถหลายด้านตั้งแต่มีความสามารถในการผ่าตัดที่เป็นเลิศ มีจิตวิญญาณแห่งความเป็นครูแพทย์ที่สมควรศึกษาเป็นตัวอย่าง มีมนุษยสัมพันธ์ดีเยี่ยมต่อบุคคลรอบข้าง ตลอดจนการอุทิศตนเพื่อการบริหารงานของภาควิชาศัลยศาสตร์ ทำให้เกิดความเจริญรุ่งเรืองมาตราบจนทุกวันนี้

พวกเราในฐานะลูกศิษย์ปรารถนาที่จะแสดงความกตัญญูกตเวทิตาต่ออาจารย์ผู้มีพระคุณอย่างสูง จึงได้นำความรู้ทางศัลยศาสตร์ที่ได้ร่ำเรียนมาจากท่านอาจารย์มาถ่ายทอดสู่ประชาชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโรคที่จำเป็นต้องรับการรักษาทางศัลยกรรม พึงตระหนักถึงภยันตรายของโรคเหล่านี้จะเป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสมาพบศัลยแพทย์ได้ทันเวลา เพื่อได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดจากโรคและกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ นอกจากนี้ยังสามารถดูแลตนเองอย่างถูกต้องเมื่อจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางศัลยกรรม บุญกุศลที่บังเกิดแก่ท่านผู้อ่านซึ่งได้นำไปใช้ประโยชน์แก่ผู้ใดก็ตาม ขออุทิศให้แด่ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์ ที่เคารพรักของพวกเราไปตลอดกาลนาน

บรรณาธิการ

ประมุข มุทิรางกูร
ธีรวิทย์ พันธ์ชัยเพชร
พรชัย โอเจริญรัตน์
อภิรักษ์ ช่วงสุวนิช
ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์
ไชยยงค์ นวลยง
วิทูร ชินสว่างวัฒนกุล
ปรีชา ศิริทองถาวร
มงคล เลาหเพ็ญแสง
ศรัณย์ นันทอารี

ระลึกถึง
ท่านศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์
ที่เคารพรักเป็นที่สุดอย่างเสมอต้นเสมอปลาย

ท่านศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์ เป็นแพทย์ เป็นอาจารย์แพทย์ที่มีระเบียบ วินัย และปฏิบัติตนตามระเบียบวินัยอย่างสม่ำเสมอ มิได้มีการผิดเวลา หรือระเบียบที่ท่านยึดถืออยู่เลย ผมเป็นลูกศิษย์ท่านและเป็นอาจารย์แพทย์ได้มีโอกาสดีมากที่ได้รับคำสั่งจากท่านให้ผมติดตามท่านตลอดเวลาปฏิบัติงาน ตั้งแต่เช้าจรดค่ำ ดูคนไข้ ช่วยผ่าตัดไปทุกหนทุกแห่ง นับว่าเป็นโอกาสที่ทำงานจริงๆ ทำให้ฝีมือผ่าตัดของเราดีขึ้นๆ เป็นลำดับ นอกจากในเรื่องการเรื่องงานแล้ว ถ้ามีเวลาท่านก็สอนเรื่องส่วนตัว การประพฤติปฏิบัติตัวให้ผู้คนเขานับถือตลอดมาจนถึงปัจจุบันนี้ นับว่าท่านมีความห่วงใยเราในทุกๆ เรื่อง ถือว่าเป็นบุญคุณต่อผมและครอบครัวอย่างหาที่สุดมิได้ เมื่อท่านได้สิ้นไปแล้วตามชะตาชีวิต ท่านก็ยังจะคงช่วยดูแลเราต่อไป

บุญทั้งหลายที่ท่านได้ให้แก่ลูกศิษย์ลูกหา ผู้ป่วยจำนวนมากมาย และประชาชนโดยทั่วๆ ไป จะนำให้ท่านได้ไปเสวยสุขในสัมปรายะภพอย่างแน่นอนตลอดไป

ด้วยความเคารพรักอย่างที่สุดเสมอ

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรุณ เผ่าสวัสดิ์)

ระลึกถึง

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์

ที่เคารพรัก

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์ พระคุณของอาจารย์ที่มีต่อผมมีมากมาย ผมรู้สึกเศร้าใจ และเสียใจเป็นที่สุด เมื่ออาจารย์ได้จากไปตามธรรมชาติของชีวิต ด้วยความดีที่อาจารย์ได้ประกอบกุศลกรรมไว้เป็นอันมาก ขอความสุขสงบบังเกิดขึ้นในสุคติภพ

ด้วยความเคารพรักอย่างสูง

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปราโมทย์ พรพิบูลย์

ศัลยศาสตร์ที่น่ารู้สู่ประชาชน เพื่อเป็นเกียรติแด่ปูชนียบุคคลทางศัลยศาสตร์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์

ในวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2514 สภาปฏิวัติ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ โดยมีปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และคณะกรรมการชุดนี้ได้แต่งตั้ง อนุกรรมการ วางแผนรวม (Master Planning Subcommittee) เพื่อวางแผนการดำเนินงานของคณะแพทย์ในระยะต้น โดยมีรองศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์ เป็นประธาน นายแพทย์ปราโมทย์ วีรานุวัตติ์ เป็นเลขานุการ จนลุล่วงถึงวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2515 จึงได้มีประกาศราชกิจจานุเบกษา ให้คณะแพทยศาสตร์ เป็นหน่วยงานระดับคณะของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตั้งแต่วันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2515 และได้รับความอนุเคราะห์จากมหาวิทยาลัยมหิดล ให้ใช้สถานที่ของคณะเภสัชศาสตร์ เป็นสำนักงานชั่วคราว

สภามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มีมติให้ตั้งคณะแพทยศาสตร์ ณ วิทยาเขตหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2515 สามารถรับนักศึกษารุ่นแรกได้จำนวน 35 คน ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2516 โดยใช้สถานที่ของคณะวิทยาศาสตร์เป็นที่เรียนภาคทฤษฎี และระยะแรกใช้โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา เป็นที่เรียนภาคปฏิบัติ"

นั่นคือห้วงเวลาแห่งความภาคภูมิใจของชาวศัลยศาสตร์ศิริราชที่ปรมาจารย์ของเรา รุ่นแล้วรุ่นเล่า ได้สร้างความเจริญให้กับชาติบ้านเมือง ด้วยความรู้ความสามารถแห่งวิชาชีพ ดังเช่นอาจารย์เกษม ลิ่มวงศ์ คณบดีคนแรกของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และเป็นผู้ร่วมก่อตั้งคณะฯด้วย (Founder Dean) ต่อมาอาจารย์ได้ กลับมาเป็นเป็นหัวหน้าสาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด และหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ศิริราช ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2530 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2534 จนเกษียณราชการ

อาจารย์เป็นผู้มีความรู้ มีทักษะด้านการผ่าตัดสูง ผ่าตัดได้ดี และเร็วมาก อารมณ์ดีระหว่างผ่าตัด ทำให้ลูกศิษย์ไม่เกร็ง ท่านเป็นครูแพทย์ตัวอย่างที่จะให้ความสำคัญของการเรียนการสอนมาเป็นอันดับหนึ่งเสมอ จำลูกศิษย์ได้แม่น และอาจารย์ชอบบันทึก และเขียนหนังสืออยู่หลายเล่ม รวมทั้งประวัติของภาควิชาศัลยศาสตร์ ตึกผ่าตัดและตึกผู้ป่วยที่สำคัญของภาควิชาฯ อาจารย์จะจดจำ สถานที่ บุคคลที่เกี่ยวข้อง และวันเวลาได้แม่นยำเสมอ

เกร็ดเล็กๆที่ผมยังจำอาจารย์ได้เสมอคือ หลังจากที่อาจารย์กลับจากสงขลาแล้ว ผมอาจารย์สีขาวเต็มศีรษะเลย ท่าทางการเดินที่เร็ว ออกโอพีดีจะมีนักเรียนรุมเต็มโต๊ะตรวจ อาจารย์จะไล่เรียงถามนักศึกษาทุกคน ผ่าตัดเร็วมากแต่สวยงาม มือถือบุหรี่เป็นประจำหลังผ่าตัดเสร็จ ซึ่งเป็นเรื่องปกติในสมัยนั้น เสียงหัวเราะของอาจารย์ยังคงเป็นสัญลักษณ์ประจำตัว รวมทั้งผลงานของการบันทึกถึงประวัติภาควิชาฯที่ยังคงได้ใช้ถ่ายทอดให้ชนรุ่นหลังได้ทราบและใช้อ้างอิงจนทุกวันนี้

ด้วยความเคารพเสมอ

จากศิษย์

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ศุภกร โรจนนินทร์

หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์

พ.บ.,F.R.C.S.T., FacharätfürChirurgie, พ.ด. (กิตติมศักดิ์)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์เกษม ลิ่มวงศ์ เกิดเมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2473 ที่อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นบุตรคนโตของนายวรรณะ และนางซ้วนจู้ ลิ่มวงศ์ มีพี่น้อง 8 คน ศึกษาชั้นประถมที่โรงเรียนเทศบาล 1 วัดพระบรมธาตุ และชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่โรงเรียนเบญจมราชูทิศ ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อ พ.ศ. 2497 เป็นแพทย์ศิริราช รุ่น 59

อาจารย์เกษมเป็นแพทย์ประจำบ้าน 4 ปี จึงได้เป็นอาจารย์แพทย์เมื่อเป็นแพทย์ประจำบ้านได้รับมอบหมายให้สอนหนังสือด้วย ระหว่างปฏิบัติงานได้ผ่าตัดผู้ป่วยนับเป็นร้อย ๆ พัน ๆ ราย อาจารย์ทำผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วเนื้อเยื่อชอกช้ำน้อยมาก ทำให้ผลการรักษาได้ผลเป็นอย่างดี

อาจารย์ได้รับทุน Alexander von Humboldt จากรัฐบาลเยอรมนีไปศึกษาต่อ ณ เมือง Dusseldorf แคว้น Nordrhein ประเทศเยอรมนี ใน พ.ศ. 2501 เป็นเวลา 4 ปี ได้รับ FacharätfürChirurgie เมื่อเดินทางกลับมาประเทศไทย ท่านได้นำความเจริญมาสู่ภาควิชาศัลยศาสตร์อย่างมากมาย อาจารย์ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์เมื่อ พ.ศ. 2519 และได้รับเครื่องราชอิสริยาภรณ์ชั้นสูงสุด ได้แก่ มหาปรมาภรณ์ช้างเผือก มหาวชรมงกุฎ และทุติยจุลจอมเกล้าวิเศษ

อาจารย์สมรสกับนางอารีย์ (อินทยศ)ลิ่มวงศ์ มีบุตร ธิดา 2 คน ได้แก่ อาจารย์นายแพทย์ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ และนางศิริอร (ลิ่มวงศ์)ศรีสะอาด นายแพทย์ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ เป็นอาจารย์อายุรศาสตร์ที่มีความสามารถมากอย่างยิ่งคนหนึ่ง ซึ่งอาจารย์มีความภูมิใจในเรื่องนี้เป็นอย่างมาก

ในงานด้านบริหารตั้งแต่ พ.ศ. 2510-2530 อาจารย์ทำหน้าที่หัวหน้าสาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด โดยในปีพ.ศ. 2515 อาจารย์ได้รับเชิญให้ดำรงตำแหน่งคณบดีคนแรกของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งต้องทุ่มเท

ทำงานหนัก ตั้งแต่เริ่มก่อสร้างอาคารจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ จนประสบความสำเร็จอย่างดียิ่ง ทำให้คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มีความมั่งคง สามารถผลิตบัณฑิตแพทย์ที่ได้มาตรฐานเป็นสถาบันการแพทย์ตัวอย่างด้านคุณภาพของประเทศไทย

เมื่อกลับมาศิริราชอาจารย์ได้รับการเลือกจากคณาจารย์ให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลตั้งแต่ พ.ศ. 2530 จนกระทั่งเกษียณอายุราชการใน พ.ศ. 2533

อาจารย์เป็นคนตรงเวลา ขยันขันแข็ง เอาจริงจังในขณะทำงาน มีเทคนิคและประสบการณ์ในการผ่าตัดที่ยากจะหาผู้ใดเสมอ คือ รวดเร็ว นุ่มนวล ตัดสินใจเฉียบไว และถูกต้อง อาจารย์สามารถผ่าตัดได้ทั้งวันทั้งคืนโดยไม่แสดงอาการเหน็ดเหนื่อย และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาด้วยจิตใจที่เปี่ยมด้วยเมตตากรุณา ผู้ป่วยทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดที่อาจารย์ดูแลเป็นผู้ป่วยยากไร้หรือผู้ป่วยสามัญในสมัยนั้นเรียกว่าผู้ป่วยอนาถา

ผลงานการผ่าตัดที่โดดเด่นได้แก่ การผ่าตัด pancreaticoduodenectomy (Whipplēs operation) เสร็จสิ้นภายในเวลา 1 ชั่วโมง และการผ่าตัด right lobe hepatectomy เสร็จสิ้นภายในเวลา 45 นาที ผู้ป่วยเสียเลือดน้อยมาก และไม่ใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าห้ามเลือด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดฟื้นตัวเป็นปกติอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้อาจารย์ยังเขียนรายงานการผ่าตัดอย่างละเอียดด้วยลายมือสวยงามพร้อมภาพวาด

อาจารย์เป็นผู้บุกเบิกการผ่าตัดยาก ๆ ได้แก่ การผ่าตัดต่อแขนของผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจนแขนถูกตัดขาด (upper limb implantation) เป็นผลสำเร็จรายแรกในคนไทย ถึงแม้ว่าแขนจะใช้งานได้ไม่เต็มที่เนื่องจากเส้นประสาทถูกตัดขาด แต่ก็มีการฟื้นตัวได้ อาจารย์เป็นศัลยแพทย์คนแรกของประเทศที่ผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินหลอดเลือดดำของตับ (porto-caval shunt) เพื่อรักษาภาวะเลือดออกอย่างรุนแรงในทางเดินอาหารส่วนต้นจากการแตกของหลอดเลือดดำขอดบริเวณส่วนปลายของหลอดอาหาร (ruptured esophageal varices) ในผู้ป่วยโรคตับแข็ง จากผลงานดังกล่าวนับได้ว่าอาจารย์เกษมเป็นผู้บุกเบิกงานทางด้านศัลยกรรมหลอดเลือดของภาควิชาศัลยศาสตร์อย่างแท้จริง

อาจารย์ให้ความสนใจในการศึกษาวิจัยมาก มักตั้งคำถามวิจัย ค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลเพื่อวิจัยและรายงานอาจารย์มีความเป็นครูสูงมาก สามารถสอนให้ลูกศิษย์มีความรู้และจดจำไปปฏิบัติ อาจารย์จะวาดรูปขั้นตอนการผ่าตัดเพื่อช่วยการเรียนรู้ของลูกศิษย์แล้วนำไปใช้ในการผ่าตัด สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ อาจารย์ทำให้ศิษย์ศัลยแพทย์ได้เรียนรู้ว่าก่อนที่จะให้อาจารย์สอนคุมการผ่าตัด ลูกศิษย์จะต้องศึกษาขั้นตอนการผ่าตัดตั้งแต่ต้นจนจบอย่างละเอียดทุกแง่ทุกมุมจนเข้าใจเป็นอย่างดีเสียก่อน

ด้านการสอนนักศึกษาแพทย์ อาจารย์ยังได้ถ่ายทอดหลักการสอนให้แก่อาจารย์รุ่นใหม่ว่า ต้องเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้เรียนในแต่ละระดับ เพื่อให้การสอนบรรลุเป้าหมาย เกิดความเข้าใจในเนื้อหาสาระของความรู้ทางการแพทย์อย่างถ่องแท้ อาจารย์สอนว่า ครูแพทย์ที่ดีเมื่อสอนแล้วนักเรียนสามารถเข้าใจ จดจำ และนำไปใช้ประโยชน์ได้ทันที อาจารย์ได้ฝึกฝนวิธีการสอนนักศึกษาแพทย์ให้แก่อาจารย์ประจำสาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือดอย่างสม่ำเสมอจนเกษียณอายุราชการ

ผลงาน ความสามารถ และคุณความดีของอาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีแก่อาจารย์แพทย์ ศัลยแพทย์ และแพทย์ทั่วไป ซึ่งสมควรได้เรียนรู้และนับเป็นปูชนียาจารย์ของนักศึกษาและวงการแพทย์ตลอดไป

รักและเคารพอย่างสูง

ประมุข มุทิรางกูร

"อาจารย์เกษมมีเทคนิคและประสบการณ์ในการผ่าตัดที่ยากจะหาผู้ใดเสมอ คือ รวดเร็ว นุ่มนวล ตัดสินใจเฉียบไวและถูกต้อง อาจารย์สามารถผ่าตัดได้ทั้งวันทั้งคืนโดยไม่แสดงอาการเหน็ดเหนื่อย และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาด้วยจิตใจที่เปี่ยมด้วยเมตตากรุณา"

เมื่อคนไข้มาหาคราเจ็บป่วย
หมอต้องช่วยรักษาให้เจ็บไข้หาย
เริ่มด้วยถามประวัติในทุกราย
ทั้งซักให้ละเอียดทุกซอกมุม
ตั้งคำถามอย่านำให้เขาเล่า
หากถามเขลาตอบมาพาลงหลุม
ทุกอาการมีเวลามาควบคุม
โรคแรงรุมยามใดให้แจ้งมา
อันอาการแต่ละอย่างต่างข้องเกี่ยว
จะลดเลี้ยวก่อนหลังยังถามหา
ต้องไม่ลืมถ้อยคำจำนรรจา
ตามภาษาท้องถิ่นรู้เรื่องกัน
แล้วรวบรวมอาการนำมาย่อ
เป็นข้อข้อครบถ้วนล้วนจัดสรรค์
ใช้พยาธิสรีระเทียบเคียงพลัน
บอกได้มั่นถึงระบบที่ป่วยไป
นำกายวิภาคของระบบมาวิเคราะห์
ว่าป่วยเหมาะตรงอวัยวะไหน
เทียบสาเหตุโรคเป็นในกลุ่มใด
ก็โดยใช้พยาธิวิทยา
สามารถบอกชื่อโรคได้แจ้งชัด
ทั้งยังจัดความรุนแรงใช่แสร้งหา
รวมภาวะแทรกซ้อนควบนานา
หรือโรคมาร่วมเป็นเช่นเดียวกัน
จึงสามารถวินิจฉัยโรคได้ถูก
ทั้งยังผูกพันการตรวจใช่เพียงฝัน
ถ้าการตรวจครบแล้วส่งเสริมกัน
วินิจฉัยเหล่านั้นก็เป็นจริง
จะวางแผนรักษาก็พาคล่อง
ไม่จดจ้องแยกโรคจนยุ่งขิง
ไม่จับโน่นทิ้งนี่เหมือนมือลิง

ไม่ประวิงล่าช้าเวลาเปลือง
การรักษาจะผ่าตัดชัดหรือไม่
ย่อมบอกได้ไม่คิดจนคางเหลือง
ไม่โอ้เอ้จนญาติเขาขัดเคือง
แต่ต้องเรื่องปัญญาวิชาชาญ
วิชาหลักพื้นฐานทางการแพทย์
รวมทั้งแปดวิชาน่ากล่าวขาน
ต้องคล่องแคล่วเรียกใช้ได้ชำนาญ
จึงประสานศรัทธาน่านิยม

คณะผู้จัดทำ

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

หัวหน้าภาควิชา ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศุภกร โรจนนินทร์

รองหัวหน้าภาควิชา ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อภิรักษ์ ช่วงสุวนิช

อาจารย์พิเศษ สาขาวิชากุมารศัลยศาสตร์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์พลภัทร ตาละลักษมณ์

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ชนา สาทรกิจ

อาจารย์พิเศษ สาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์อรุณ เผ่าสวัสดิ์

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปราโมทย์ พรพิบูลย์

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ระวี พิมลศานติ์

อาจารย์พิเศษ สาขาวิชาศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ปริญญา สากิยลักษณ์

อาจารย์พิเศษ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์นิตย์ ศุภะพงษ์

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วารินทร์ ตัณฑ์ศุภศิริ

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์กริช โพธิสุวรรณ

อาจารย์พิเศษ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อมฤต ศิลาอ่อน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ธงชัย พรรณลาภ

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ไพบูลย์ จิตประไพ

อาจารย์พิเศษ สาขาวิชาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์จอมจักร จันทรสกุล

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์อนันต์ ตัณมุขยกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชุมพร พงษ์นุ่มกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สิงหพันธุ์ ทองสวัสดิ์

อาจารย์พิเศษ สาขาประสาทศัลยศาสตร์

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิต สุชาตานนท์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์จำเรียง ตัณฑวรรธนะ
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์โสภณ ลัดพลี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วรวุฒิ จรรยาวนิชย์
อาจารย์ นายแพทย์มนตรี ลักษณ์สุวงศ์

อาจารย์พิเศษ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทั่วไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ อาจแย้มสรวล
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ณรงค์ เลิศอรรฆยมณี

อาจารย์พิเศษ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ตกแต่ง

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วศิน มีวัตถา
ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์สุรศักดิ์ เมืองสมบัติ
ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์สมศักดิ์ มาสมบูรณ์

สาขาวิชาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ : (Division of Trauma Surgery)

หัวหน้าสาขาวิชา ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ปรีชา ศิริทองถาวร
ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สรนิต ศิลธรรม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เรวัต ชุณหสุวรรณกุล
ศาสตราจารย์ นายแพทย์พรพรหม เมืองแมน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สมพล ฤกษ์สมถวิล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กฤษณ์ แก้วโรจน์
อาจารย์ นายแพทย์จตุพร ศิริกุล
อาจารย์ นายแพทย์เลิศพงศ์ สมจริต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุภาพร โอภาสานนท์
อาจารย์ นายแพทย์บรรเจิด ประดิษฐ์สุขถาวร
อาจารย์ แพทย์หญิงต้องพร วรรณะธูป

สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทั่วไป : (Division of General Surgery)

หัวหน้าสาขาวิชา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์
ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์ตรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์
ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์วิรุณ บุญนุช
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา
อาจารย์ นายแพทย์วิทูร ชินสว่างวัฒนกุล
อาจารย์ นายแพทย์สมชัย ลิ้มศรีจำเริญ
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ยงยุทธ ศิริวัฒนอักษร
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธวัชชัย อัครวิพุธ
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อัษฎา เมธเศรษฐ
อาจารย์ นายแพทย์วรมินทร์ เหรียญสุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์
อาจารย์ นายแพทย์จิรวัฒน์ สว่างศรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อัฐพร ตระการสง่า
อาจารย์ นายแพทย์ประเวชย์ มหาวิทิตวงศ์
อาจารย์ นายแพทย์ประวัฒน์ โฆสิตะมงคล
อาจารย์ นายแพทย์ชุติวิชัย โตวิกกัย
อาจารย์ นายแพทย์สุปรีชา อัสวกาญจน์
อาจารย์ นายแพทย์ธรรมวัฒน์ ปรคนธรรพ์
อาจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ประภาศรีวรกุล
อาจารย์ นายแพทย์วรบุตร ทวีรุจจนะ
อาจารย์ นายแพทย์ชัยณรงค์ พลานุสิตเทพา
อาจารย์ นายแพทย์เวธิต ดำรงกิตติกุล

สาขาวิชากุมารศัลยศาสตร์ : (Division of Pediatric Surgery)

หัวหน้าสาขาวิชา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์มงคล	เลาหเพ็ญแสง
	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์รวิศ	เรืองตระกูล
	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อัครพล	มุ่งนิรันดร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิรมล	ตันเต็มทรัพย์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์มนวัฒน์	เงินฉ่ำ
	อาจารย์ แพทย์หญิงณัฐณิชา	สุขสมานพันธ์

สาขาวิชาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา : (Division of Urological Surgery)

หัวหน้าสาขาวิชา	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไชยยงค์	นวลยง
	ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์พิชัย	ศุจิจันทรรัตน์
	ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุชาย	สุนทราภา
	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อนุพันธ์	ตันติวงศ์
	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สิทธิพร	ศรีนวลนัด
	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุนัย	ลีวันแสงทอง
	อาจารย์ นายแพทย์บรรณสิทธิ์	ไชยประสิทธิ์
	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธวัชชัย	ทวีมั่นคงทรัพย์
	อาจารย์ นายแพทย์ธีระพล	อมรเวชสุกิจ
	อาจารย์ นายแพทย์ศิรส	จิตประไพ
	อาจารย์ นายแพทย์กิตติพงษ์	พินธุโสภณ
	อาจารย์ นายแพทย์ภควัฒน์	ระมาตร์
	อาจารย์ นายแพทย์เอกรินทร์	โชติกวาณิชย์

สาขาวิชาศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม : (Division of Head-Neck and Breast Surgery)

หัวหน้าสาขาวิชา	ศาสตราจารย์ นายแพทย์พรชัย	โอเจริญรัตน์
	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อดุลย์	รัตนวิจิตราศิลป์
	ศาสตราจารย์ นายแพทย์คุภกร	โรจนนินทร์
	อาจารย์ แพทย์หญิงปรมาภรณ์	ปราสาททองโอสถ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สืบวงศ์ จุฑาภิสิทธิ์
อาจารย์ แพทย์หญิงวราภรณ์ อิ่มฤทัยเจริญโชค
อาจารย์ นายแพทย์ประดิษฐ์ รัชตามุขยนันต์
อาจารย์ นายแพทย์วิษณุ โล่ห์สิริวัฒน์
อาจารย์ นายแพทย์มงคล บุญศรีพิทยานนท์
อาจารย์ นายแพทย์พงษ์เทพ พิศาลธุรกิจ

สาขาวิชาศัลยศาสตร์ตกแต่ง : (Division of Plastic and Reconstructive Surgery)

หัวหน้าสาขาวิชา ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อภิรักษ์ ช่วงสุวนิช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์มนตรี กิจมณี
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศรีประสิทธิ์ บุญวิสุทธิ์
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จงดี อาวเจนพงษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สรวุฒิ ชูอ่องสกุล
อาจารย์ นายแพทย์สิทธิโชค ทวีประดิษฐ์ผล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธารา วงศ์วิริยางกูร
อาจารย์ นายแพทย์ศิริชัย กำเนิดนักตะ
อาจารย์ นายแพทย์พีรศักดิ์ ฉอตระการกิจ

สาขาวิชาประสาทศัลยศาสตร์ : (Division of Neurological Surgery)

หัวหน้าสาขาวิชา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ศรัณย์ นันทอารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อัคคพงษ์ นิติสิงห์
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประจักษ์ ศรีรพีพัฒน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีรพล วิทธิเวช
อาจารย์ นายแพทย์ปฤณัต อิทธิเมธินทร์
อาจารย์ นายแพทย์เอกวุฒิ จันแก้ว
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีศักดิ์ เอื้อบุญญาวัฒน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์บรรพต สิทธินามสุวรรณ
อาจารย์ นายแพทย์หลักชัย พลวิจิตร
อาจารย์ แพทย์หญิงอินธิรา ขัมภลิขิต

สาขาวิชาศัลยศาสตร์หัวใจ และทรวงอก : (Division of Cardio-Thoracic Surgery)

หัวหน้าสาขาวิชา รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีรวิทย์ พันธุ์ชัยเพชร

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์สมชาย ศรียศชาติ

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์พันธุ์ศักดิ์ ลักษณบุญส่ง

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ถาวร ทรัพย์ทวีสิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ปุณณฤกษ์ ทองเจริญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรัญญา สากิยลักษณ์

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วันชัย วงศ์กรรัตน์

อาจารย์ นายแพทย์เกรียงไกร ตันติวงศ์โกสีย์

สาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด : (Division of Vascular Surgery)

หัวหน้าสาขาวิชา ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประมุข มุทิรางกูร

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เฉนียน เรืองเศรษฐกิจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชุมพล ว่องวานิช

อาจารย์ นายแพทย์ณัฐวุฒิ เสริมสาธนสวัสดิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์คามิน ชินศักดิ์ชัย

อาจารย์ นายแพทย์เกียรติศักดิ์ หงษ์คู

อาจารย์ นายแพทย์สุธีคณิต หัถพรสวรรค์

อาจารย์ นายแพทย์ณัฐวุฒ พ่วงพันธุ์งาม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณบุคคลผู้มีส่วนในความสำเร็จของหนังสือเล่มนี้ ดังต่อไปนี้

1. นายแพทย์ชนินทร์ ลิ่มวงศ์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ ช่วยเหลือตรวจทานภาษาที่ใช้สำหรับประชาชน

2. แพทย์หญิงชนันยา ห่อเกียรติ ช่วยเหลือออกแบบปก

3. นางสาววชิราภรณ์ นานา, นางสาวสุภาภรณ์ ตันพรพิทักษ์, คุณประทีป แตงอ่อน และคุณบุญชู ศรีสุข ช่วยเหลือจัดเรียง ตรวจสอบ และแก้ไขบทความ

4. เจ้าหน้าที่เลขานุการประจำสาขาวิชา ช่วยเหลือติดตามบทความและจัดพิมพ์ดังรายนามต่อไปนี้

นางอังคณา	สีตาแสง	เลขานุการ สาขาวิชากุมารศัลยศาสตร์
นางศรีวรา	คชนาคา	เลขานุการ สาขาวิชาประสาทศัลยศาสตร์
นางวันเพ็ญ	จันทรพิมล	เลขานุการ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ตกแต่ง
นางทิพวรรณ	สุวิมล	เลขานุการ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทั่วไป
นางสาวจันทนา	ไทรย้อย	เลขานุการ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา
นางสาวสุรัตน์	วงศ์วอนแสง	เลขานุการ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม
นางชญานิษฐ์	หากลิ่นดี	เลขานุการ สาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือด
นางสาวลักขณา	นาคสวัสดิ์	เลขานุการ สาขาวิชาศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก
นางฐานิยา	กำแพงสิน	เลขานุการ สาขาวิชาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ

สารบัญ

ทำไมจึงต้องรู้จักโรคทางศัลยกรรม 1
ประมุข มุทิรางกูร

อาการใดบ้างที่ผู้ป่วยมีโอกาสรับการรักษาทางศัลยกรรม 3
ประมุข มุทิรางกูร

ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ

การปฏิบัติเบื้องต้นในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ 6
ปรีชา ศิริทองถาวร

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะ 8
ศรัณย์ นันทอารี

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณทรวงอก 10
ต้องพร วรรณะภูป

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง 11
สมพล ฤกษ์สมถวิล

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณแขน ขา 12
เรวัต ชุณหสุวรรณกุล

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณมือ 13
กฤษณ์ แก้วโรจน์

การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเกิดอุบัติเหตุไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก 15
พรพรหม เมืองแมน

การป้องกันบาดทะยัก 17
เลิศพงศ์ สมจริต

การดูแลผู้ป่วยเมื่อถูกสุนัขหรือแมวกัด 18
จตุพร ศิริกุล

การดูแลผู้ป่วยเมื่อถูกงูกัด 19
จตุพร ศิริกุล

การดูแลผู้ป่วยจากการสัมผัสแก๊สน้ำตา 20
บรรเจิด ประดิษฐ์สุขถาวร

ศัลยศาสตร์ทั่วไป

ไส้ติ่งอักเสบ 22
ดรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์

ไส้เลื่อน 24
วิรุณ บุณนุช

นิ่วในถุงน้ำดี 25
ประเวชย์ มหาวิทิตวงศ์

แผลกระเพาะอาหาร 27
เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์

แผลกระเพาะอาหารทะลุ 30
วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์

ตับอ่อนอักเสบ 32
ประวัฒน์ โฆสิตะมงคล

ลำไส้อุดตัน 34
อัฐพร ตระการสง่า

กรดไหลย้อน 36
จิรวัฒน์ สว่างศรี

การกลืนสารกัดกร่อน 38
อัษฎา เมธเศรษฐ

อาเจียนเป็นเลือด 39
สุปรีชา อัสวกาญจน์

ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด 42
ธวัชชัย อัครวิพุธ

ริดสีดวงทวาร 44
วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์

ฝีรอบทวารและฝีคัณฑสูตร 46
วรมินทร์ เหรียญสุวรรณ

มะเร็งหลอดอาหาร 48
อัษฎา เมธเศรษฐ

มะเร็งกระเพาะอาหาร 50
จิรวัฒน์ สว่างศรี

มะเร็งลำไส้ใหญ่ 52
วิทูร ชินสว่างวัฒนกุล

มะเร็งตับ 54
ยงยุทธ ศิริวัฒนอักษร

มะเร็งท่อน้ำดี 57
ประวัฒน์ โฆสิตะมงคล

มะเร็งตับอ่อน 59
สมชัย ลิ้มศรีจำเริญ

ตับแข็ง 61
เวธิต ดำรงกิตติกุล

การให้อาหารเสริมในผู้ป่วยทางศัลยกรรม 64
วรมินทร์ เหรียญสุวรรณ

การให้อาหารเสริมทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยหนัก 66
ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์

การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง 68
เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์

การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดมะเร็ง 72
สุปรีชา อัสวกาญจน์

การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ 75
ยงยุทธ ศิริวัฒนอักษร

การปลูกถ่ายตับอ่อน 78
สมชัย ลิ้มศรีจำเริญ

กุมารศัลยศาสตร์

พังผืดใต้ลิ้น 80
มงคล เลาหเพ็ญแสง

ไส้ติ่งอักเสบในเด็ก 82
นิรมล ตันเต็มทรัพย์

ไส้เลื่อนในเด็ก 84
มนวัฒน์ เงินฉ่ำ

ลำไส้อุดตันในเด็ก 85
รวิศ เรืองตระกูล

การผิดรูปของทวารหนักและลำไส้ใหญ่ 86
อัครพล มุ่งนิรันดร์

หนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายไม่เปิด 87
ณัฐนิชา สุขสมานพันธ์

ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

ต่อมลูกหมากโต 89
ไชยยงค์ นวลยง

นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ 94
เอกรินทร์ โชติกวาณิชย์

หนังหุ้มปลายไม่เปิด 96
กิตติพงษ์ พินธุโสภณ

ปัสสาวะลำบาก 97
ธวัชชัย ทวีมั่นคงทรัพย์

ปัสสาวะเป็นเลือด 99
ธวัชชัย ทวีมั่นคงทรัพย์

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ 101
ธวัชชัย ทวีมั่นคงทรัพย์

มะเร็งต่อมลูกหมาก 104
สุนัย ลีวันแสงทอง

ศัลยศาสตร์ศีรษะ คอ และเต้านม

มะเร็งเต้านม 107
พรชัย โอเจริญรัตน์

การดูแลแผลหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม 109
วิษณุ โล่ห์สิริวัฒน์

มะเร็งต่อมไทรอยด์ 111
พงษ์เทพ พิศาลธุรกิจ

ไทรอยด์เป็นพิษ 113
มงคล บุญศรีพิทยานนท์

ศัลยศาสตร์ตกแต่ง

น้ำเหลืองคั่งบริเวณแขน-ขา 114
ศิริชัย กำเนิดนักตะ

ประสาทศัลยศาสตร์

ภาวะสมองขาดเลือด 116
ศรัณย์ นันทอารี

การรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันผ่านทางสายสวนหลอดเลือด 118
ทวีศักดิ์ เอื้อบุญญาวัฒน์
เอกวุฒิ จันแก้ว

เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ 121
บรรพต สิทธินามสุวรรณ

เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง 123
ศรัณย์ สิทธินามสุวรรณ

หลอดเลือดสมองโป่งพอง: การวินิจฉัยและการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือด 124
ทวีศักดิ์ เอื้อบุญญาวัฒน์
เอกวุฒิ จันแก้ว

เนื้องอกสมอง 129
ศรัณย์ นันทอารี

ฝีของสมอง 131
อินทิรา ขัมภลิขิต

เนื้องอกของไขสันหลัง 132
อินทิรา ขัมภลิขิต

ปวดหลัง ปวดคอ 133
อัคคพงษ์ นิติสิงห์

การเดินผิดปกติในผู้สูงอายุจากน้ำเกินในโพรงสมอง 134
ศรัณย์ นันทอารี

พาร์กินสัน 136
ศรัณย์ นันทอารี

ศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก

มะเร็งปอด 137
ธีรวิทย์ พันธุ์ชัยเพชร

การรักษามะเร็งปอด 138
ธีรวิทย์ พันธุ์ชัยเพชร

ลมรั่วในช่องปอดและถุงลมโป่งพอง 139
ปุณณฤกษ์ ทองเจริญ

ลิ่มเลือดอุดตันในปอดอย่างเฉียบพลัน 141
ปุณณฤกษ์ ทองเจริญ

ลิ่มเลือดอุดตันในปอดเรื้อรัง 142
ปุณณฤกษ์ ทองเจริญ

หัวใจขาดเลือด 143
เกรียงไกร ตันติวงศ์โกสีย์

การป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด 145
เกรียงไกร ตันติวงศ์โกสีย์

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ 146
เกรียงไกร ตันติวงศ์โกสีย์

ลิ้นหัวใจตีบ 148
ถาวร ทรัพย์ทวีสิน

หัวใจล้มเหลว 150
ปรัญญา สากิยลักษณ์

หลอดเลือดแดงทรวงอกโป่งพอง 152
วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร

การแตกเซาะของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ 154
วันชัย วงศ์กรรัตน์

ศัลยศาสตร์หลอดเลือด

ขาขาดเลือดเฉียบพลัน 155
ประมุข มุทิรางกูร

หลอดเลือดแดงของขาอุดตันจากแผ่นไขมัน 156
ประมุข มุทิรางกูร

แผลเรื้อรังและการรักษาแผลเรื้อรัง 159
สุธีคณิต หัถพรสวรรค์

แผลเบาหวาน 161
ประมุข มุทิรางกูร

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผล 162
ประมุข มุทิรางกูร

อัมพาตครึ่งซีกป้องกันได้ 163
เฉนียน เรืองเศรษฐกิจ

หลอดเลือดดำของขาอุดตันจากลิ่มเลือด 165
ประมุข มุทิรางกูร

หลอดเลือดดำขอดที่แท้จริง 166
ณัฐวุฒิ เสริมสาธนสวัสดิ์

หลอดเลือดดำขอดที่รู้จักโดยทั่วไป 168
ณัฐวุฒิ เสริมสาธนสวัสดิ์

เลือดดำคั่งเรื้อรังบริเวณขา 170
ณัฐวุฒ พ่วงพันธุ์งาม

หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง 172
คามิน ชินศักดิ์ชัย

การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด 174
เกียรติศักดิ์ หงษ์คู

การฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง 177
ชุมพล ว่องวานิช

ศัลยศาสตร์โดยภาพรวม

ขั้นตอนการรักษาทางศัลยกรรมที่ไม่ฉุกเฉิน 181
คณะผู้จัดทำ

ขั้นตอนการรักษาทางศัลยกรรมที่ฉุกเฉิน 182
คณะผู้จัดทำ

ข้อมูลที่สำคัญเมื่อจำเป็นต้องพบศัลยแพทย์ 183
คณะผู้จัดทำ

การเตรียมตัวเพื่อรอรับการผ่าตัดใหญ่ 185
คณะผู้จัดทำ

การปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดใหญ่ 187
คณะผู้จัดทำ
บทท้ายจากคณะผู้จัดทำ 190

หน้าว่าง

ทำไมจึงต้องรู้จักโรคทางศัลยกรรม

ประมุข มุทิรางกูร

โรคทางศัลยกรรมส่วนใหญ่เป็นโรคที่มีอันตรายต่อสุขภาพมีโอกาสสูญเสียชีวิต หรือเกิดภาวะทุพพลภาพได้ง่ายหากไม่ได้รับการรักษาทันเวลา ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องจากการอักเสบและแตกทะลุของการเดินอาหาร หากไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขการแตกทะลุและนำเอาสิ่งสกปรกออกจากช่องท้องแล้ว ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการติดเชื้อเข้าสู่กระแสโลหิตอย่างรุนแรง อีกตัวอย่างหนึ่งผู้ป่วยที่มีอาการปวดขาอย่างรุนแรงจากภาวะขาขาดเลือดเฉียบพลัน ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงขาของ ผู้ป่วยจะเกิดการเน่าตายและจะต้องถูกตัดขาทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพโดยไม่จำเป็น

โรคทางศัลยกรรมส่วนใหญ่หากได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติ ตัวอย่างเช่น เด็กทารกที่เกิดมามีปากแหว่ง เพดานโหว่ และพังผืดยึดติดลิ้น การผ่าตัดเย็บซ่อมแซมความผิดปกติดังกล่าว จะทำให้เด็กมีการดูดนม การกินอาหาร และการพูดเป็นปกติ

โรคทางศัลยกรรมเมื่อได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องในระยะแรกจะมีโอกาสหายขาดได้สูง แต่หากตรวจพบในระยะท้ายของโรค การรักษาจะมีความยุ่งยากมาก มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและประสบความล้มเหลวได้ง่าย ตัวอย่างเช่น โรคมะเร็งของอวัยวะในระบบต่างๆ หากตรวจพบในระยะแรกและได้รับการผ่าตัดอย่างถูกต้องมีโอกาสหายขาดเป็นส่วนใหญ่ แต่หากตรวจพบโรคมะเร็งในระยะสุดท้าย การผ่าตัดจะไม่สามารถเอาเนื้อมะเร็งออกจากร่างกายจนหมดสิ้นได้ จำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือการฉายรังสีร่วมด้วย ซึ่งมักจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ง่าย และผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน

การบาดเจ็บของอวัยวะต่างๆเป็นอีกภาวะหนึ่งที่ต้องทำการรักษาทางศัลยกรรม เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย หากได้รับการวินิจฉัย และผ่าตัดรักษาได้ทันเวลาผู้ป่วยจะมีโอกาสกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติอยู่เสมอ แต่ถ้าหาก

ผู้ป่วยเหล่านี้มาถึงโรงพยาบาลล่าช้าจะทำให้เกิดการสูญเสียเลือดอย่างมาก และการติดเชื้อจากการสัมผัสสิ่งสกปรกจากภายนอก ทำให้การรักษามีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลอย่างมากมาย และผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตค่อนข้างสูง นอกจากนี้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บอย่างถูกต้องมีความสำคัญเช่นเดียวกัน เนื่องจากการบาดเจ็บบางประเภทเช่นการแตกหักของกระดูกสันหลังและของแขนขา ส่วนกระดูกที่หักอาจทิ่มแทงอวัยวะข้างเคียงจนเป็นอันตรายได้ โดยเฉพาะไขสันหลังอาจเกิดการบาดเจ็บจากกระดูกสันหลังหักหลอดเลือดและเส้นประสาทอาจได้รับการบาดเจ็บจากกระดูกของแขนขาหักได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องกระทำอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจึงจะปลอดภัย

จะเห็นได้ว่าโรคทางศัลยกรรมมีมากมายหลายประเภทซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือเกิดภาวะทุพพลภาพได้อย่างรวดเร็ว ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยที่มีโรคทางศัลยกรรมจำเป็นต้องมาพบแพทย์ในระยะแรกเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยเหล่านี้จึงจะรอดชีวิตและกลับไปปฏิบัติภาระกิจประจำวันได้เป็นปกติ หนทางหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมมาพบแพทย์ได้ทันเวลาคือการที่ประชาชนมีความรู้โรคเหล่านี้มากขึ้น สามารถดูแลตนเองให้คำแนะนำญาติสนิทมิตรสหายได้อย่างถูกต้องต่อไป

อาการใดบ้างที่มีโอกาสรับการรักษาทางศัลยกรรม

ประมุข มุทิรางกูร

อาการที่แสดงถึงความเจ็บป่วยมีมากมายหลายประเภทที่จะต้องนำมาประกอบการวินิจฉัยโรค ลักษณะของอาการที่มีโอกาสจะได้รับการรักษาทางศัลยกรรมมีดังนี้

1. อาการปวด ลักษณะของอาการปวดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด มีความรุนแรงมาก เช่น โรคนิ่วในท่อไต หรือโรคนิ่วในทางเดินน้ำดี ผู้ป่วยโรคดังกล่าวจะมีอาการปวดท้องอย่างทันทีทันใด ปวดจนตัวงอดิ้นทุรนทุราย ในบางครั้งโรคทางศัลยกรรมอาจมีอาการปวดค่อยเริ่มอย่างช้าๆ แต่จะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ เช่น ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ในระยะแรกผู้ป่วยจะปวดท้องไม่รุนแรงบริเวณสะดือและท้องน้อยด้านขวา แต่ในระยะเวลาต่อมาอาการปวดท้องบริเวณดังกล่าวจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆจนนอนไม่หลับ เดินไม่ไหว หรือขยับตัวไม่ได้ ดังนั้นผู้ใดมีอาการปวดตามที่ต่างๆอย่างรุนแรงขึ้นมาทันทีและเป็นมากขึ้นจำเป็นต้องรีบมาพบศัลยแพทย์อย่างเร่งด่วน

2. คลำพบก้อน ก้อนที่คลำได้ตามส่วนต่างๆของร่างกายมักจะเป็นเนื้องอกของอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงบริเวณนั้นซึ่งมักจะต้องรักษาโดยการผ่าตัด ในบางครั้งก้อนอาจเป็นผลจากการอักเสบหากไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเช่นเดียวกัน ก้อนเนื้อใดๆที่มีการโตเร็วมากมีลักษณะลุกลามกับเนื้อเยื่อข้างเคียงจำเป็นต้องนึกถึงก้อนจากโรคมะเร็งไว้ก่อนเสมอ การผ่าตัดรักษาจะต้องวางแผนตัดก้อนออกให้ได้ทั้งหมดรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองโดยรอบและต้องไม่ทำให้ก้อนแตกในขณะทำการผ่าตัด นอกจากนี้ก้อนที่น่ากลัวอีกประเภทหนึ่งคือ ก้อนที่เกิดจากหลอดเลือดแดงโป่งพองซึ่งมีโอกาสแตกเมื่อไรก็ได้และทำให้เลือดออกได้อย่างมากมาย ก้อนของโรคนี้มีลักษณะสำคัญคือเต้นได้ตามจังหวะของชีพจร เมื่อพบก้อนของโรคนี้จำเป็นต้องพบศัลยแพทย์อย่างเร่งด่วน

3. เลือดออกตามที่ต่างๆ เลือดออกจากร่างกายให้เห็นภายนอกอาจแบ่งเป็น 2 ประเภท ประเภทแรกได้แก่เลือดออกจากบาดแผลตามผิวหนังของร่างกาย ผู้ป่วยเหล่านี้มักได้รับการบาดเจ็บมาก่อนซึ่งจำเป็นต้องรับการรักษาทางศัลยกรรมทันที ประเภทที่สองได้แก่เลือดออกจากรูทวารทั้งหลาย เช่น อาเจียนเป็นเลือด ไอเป็นเลือด ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด และถ่ายอุจจาระเป็นเลือด เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจพิเศษอย่างละเอียดเพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริง หากสาเหตุเกิดจากโรคเนื้องอกผู้ป่วยมักจำต้องรับการรักษาทางศัลยกรรมแต่ถ้าสาเหตุเกิดจากการอักเสบของอวัยวะต่างๆ อาจเริ่มการรักษาทางยาก่อนส่วนการรักษาทางศัลยกรรมมักจะนำมาใช้เมื่อการรักษาทางยาไม่ได้ผล หรือตัวโรคลุกลามมากขึ้น

4. การมีรูปร่างพิการแต่กำเนิด ผู้ป่วยมักจะต้องการการรักษาความผิดปกติเหล่านี้ตั้งแต่ในวัยเด็ก นอกจากความผิดปกตินี้มีผลต่อความสวยงามแล้ว หากทิ้งไว้อาจทำให้อวัยวะส่วนนั้นมีการทำงานผิดปกติได้ เช่น ผู้ป่วยเด็กที่มีปากแหว่ง หรือเพดานโหว่ การผ่าตัดนอกจากจะทำให้มีรูปร่างของปากและเพดานกลับมาเป็นปกติแล้วยังทำให้การดูดนม การกินอาหาร และการพูดเป็นปกติในเวลาต่อมาด้วย ผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีรูทวารหนักแต่กำเนิดจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อให้มีการขับถ่ายอุจจาระได้ภายหลังผู้ป่วยเด็กเริ่มกินอาหาร

5. อาการเบื่ออาหาร และน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็วผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้มักจะมีสาเหตุมาจากโรคมะเร็งซึ่งจำเป็นต้องตรวจพิเศษเพื่อสืบค้นหาสาเหตุที่แท้จริง หากพบว่าสาเหตุเกิดจากโรคมะเร็งแต่ยังไม่มีการลุกลามมากจนเกินไป การผ่าตัดเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดได้

6. อาการอื่นๆ ที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่างๆอย่างเฉียบพลันและมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ มีโอกาสรับการรักษาทางศัลยกรรมเช่นเดียวกัน ตัวอย่างเช่น อาการหมดสติ อาจมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงของสมองอุดตันหรือเกิดการแตกจนมีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ จำเป็นต้องรีบรับการรักษาทางศัลยกรรม อาการปัสสาวะไม่ออกอย่างเฉียบพลันจำเป็นต้องพบศัลยแพทย์หาทางระบายปัสสาวะออกมาให้เร็วที่สุด หลังจากนั้นจำเป็นต้องหาสาเหตุของอาการนี้ให้แน่นอน และหากพบว่ามีการอุดตันของท่อปัสสาวะจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางศัลยกรรมต่อไป อาการถ่ายอุจจาระไม่ออก หรือไม่มีการถ่ายอุจจาระพร้อมทั้งมี

อาการท้องอืด แน่นท้องอาจมีสาเหตุมาจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำเป็นต้องทำการตรวจพิเศษ เมื่อค้นพบโรคนี้จริงผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการรักษาทางศัลยกรรมต่อไป

7. อาการไข้ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีอาการนี้มักจะได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุ แต่ในบางครั้งอาการไข้ไม่ทุเลาลงภายหลังจากได้ยาปฏิชีวนะอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการตรวจพิเศษเพื่อค้นหาโรคที่เป็นสาเหตุซึ่งในบางครั้งจำเป็นต้องรักษาทางศัลยกรรมร่วมด้วย ตัวอย่างเช่น มีการแตกของไส้ติ่งอักเสบอย่างเฉียบพลัน แต่ไส้ติ่งอาจไปอยู่ด้วยหลังของลำไส้ใหญ่ส่วนต้น ทำให้อาการปวดท้องไม่ชัดเจน และอาจตรวจไม่พบการกดเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านขวา ซึ่งเป็นลักษณะทางคลินิกของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน แต่การตรวจอุลตร้าเซานด์ช่องท้องอาจพบมีหนองคั่งค้างอยู่ภายในช่องท้อง และการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องจะช่วยยืนยันการวินิจฉัยได้ และผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษาในเวลาต่อมา นอกจากนี้อาการไข้อาจเกิดจากการติดเชื้อของหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนช่องท้อง ทำให้เกิดการโป่งพองของส่วนที่มีการอักเสบ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างฉุกเฉินทางศัลยกรรมต่อไป

กล่าวโดยสรุป อาการของผู้ป่วยใดๆที่มีลักษณะของความเฉียบพลันและมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ จะต้องนึกถึงสาเหตุที่อาจเป็นโรคที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางศัลยกรรม นอกจากนี้เมื่ออาการใดที่ไม่ตอบสนองต่อยารักษา อาจเป็นเพราะการวินิจฉัยไม่ตรงกับสาเหตุที่แท้จริง หรือโรคมีความรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาทางยาใด การรักษาโดยการผ่าตัดอาจช่วยผู้ป่วยได้บ้างในกรณีเหล่านี้

การปฏิบัติเบื้องต้นในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ

ปรีชา ศิริทองถาวร

การช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุโดยบุคคลทั่วไป มีหลักสำคัญในการปฏิบัติดังนี้

1. ความปลอดภัยของผู้ให้ความช่วยเหลือ
2. ไม่ทำให้มีการบาดเจ็บเพิ่มเติม
3. การช่วยฟื้นคืนชีพ (cardiopulmonary resuscitation) และการช่วยเหลือเบื้องต้น (first aid)
4. การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

ความปลอดภัยของผู้ให้ความช่วยเหลือ จะเห็นว่ามีผู้ให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บต้องเสียชีวิตหรือพิการจากความหวังดีนี้เกิดขึ้นอยู่เรื่อยๆ เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยที่กำลังจมน้ำ, การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกไฟฟ้าดูด, การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บบนท้องถนน หรือ การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในบริเวณที่มีการรั่วไหลของก๊าซอันตราย เป็นต้น ผู้ให้การช่วยเหลือต้องรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ที่จะให้การช่วยเหลือจะได้ป้องกันและแนวทางการให้ความช่วยเหลือในแต่ละสถานการณ์

ไม่ทำให้มีการบาดเจ็บเพิ่มเติม ผู้ให้การช่วยเหลือจำเป็นต้องมีความรู้เบื้องต้น เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุจักรยานยนต์ อาจมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง การขยับบริเวณคอ จะทำให้เกิดการบาดเจ็บของไขสันหลังเป็นอัมพาตได้ และการขยับแขนหรือขาที่กระดูกหักอาจทำให้มีการบาดเจ็บต่อหลอดเลือด และเส้นประสาทเพิ่มเติม น่าจะมีการดามกระดูกสันหลัง แขนและขาไว้ก่อน เพื่อไม่ให้มีการเคลื่อนที่ของกระดูกที่หักมากขึ้น เป็นต้น

การช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทุกรายที่มีอาการหนัก จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างถูกต้อง ได้แก่ การนำเลือดหรือสิ่งแปลกปลอมออกจากช่องปากหรือจมูก การจัดท่าของผู้ป่วยให้เหมาะสมเพื่อป้องกันลิ้นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจ การห้ามเลือดโดยใช้มือกดหรือใช้ผ้าพันรัดไว้ในตำแหน่งที่มีเลือดออก

การดามแขนขาให้นิ่งเมื่อพบมีการผิดรูปของอวัยวะเหล่านี้ เป็นต้น

การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมีหลายแนวทาง อาจนำไปโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยและญาติ. รถมูลนิธิ หรือรถตำรวจ การโทรศัพท์เรียกรถฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุขใช้เบอร์ 1669

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะ

ศรัณย์ นันทอารี

ภาวะบาดเจ็บบริเวณศีรษะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้บ่อย มักพบในคนวัยทำงานที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ร่วมกับการดื่มสุรา หรือในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทรงตัวไม่ดี ภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมากนั้นแพทย์จะรับไว้ทำการรักษา ในโรงพยาบาลทุกราย แต่ภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรงแพทย์มักจะให้กลับไปสังเกตอาการต่อที่บ้านเนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถจะรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ทุกคน เพราะจำนวนเตียงผู้ป่วยมีจำกัด

สิ่งที่ต้องตระหนักก็คือ สิ่งที่อันตรายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นหลังบาดเจ็บที่ศีรษะคือการมีเลือดออกในสมอง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมักจะไม่เกิดขึ้นทันทีในระยะแรกแต่จะค่อยๆมีเลือดออกในสมองสะสมมากขึ้นจนคนไข้มีอาการทรุดลงในเวลาอีกหลายชั่วโมงถัดมา คนไข้ที่ดูปรกติในระยะแรกอาจทรุดลงจนไม่รู้สึกตัวหรือถึงแก่ความตายในหลายชั่วโมงถัดมา ดังนั้น สิ่งที่จะต้องปฏิบัติตัวหลังจากมีภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะคือ

1. ถ้ามีโรคประจำตัวที่ทำให้เลือดออกง่าย เช่น โรคตับ โรคเกล็ดเลือดต่ำ หรือกินยาที่ทำให้เลือดไม่แข็งตัว เช่น ยาแอสไพลิน หรือยาวาฟาริน จำเป็นต้องแจ้งในแพทย์ทราบเนื่องจากท่านมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกสูง สมควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ภาวะบาดเจ็บที่กระดูกคอเกิดขึ้นร่วมกับภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะได้บ่อย ถ้าท่านมีอาการปวดคอต้องแจ้งให้แพทย์ทราบด้วย

3. การตรวจเอกซเรย์กะโหลกศีรษะหรือเอกซเรย์สมองในระยะแรกแล้วผลเป็นปกตินั้นไม่ได้หมายความว่าจะไม่มีเลือดออกเกิดขึ้นในภายหลัง ยังมีความจำเป็นที่ท่านจะต้องเฝ้าสังเกตุอาการต่อไปอีก โดยเฉพาะผู้สูงอายุอาจจำเป็นที่ต้องเฝ้าระวังไปอีกหลายสัปดาห์

4. ญาติหรือผู้ดูแลที่บ้านต้องสามารถสังเกตุอาการและเข้าใจถึงอาการที่เป็นสัญญาณบ่งบอกถึงการมีเลือดออกในสมอง หลังจากกลับบ้านแล้วถ้ามีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ สมควรกลับมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้ง ได้แก่

อาการปวดศีรษะทั่วๆไปที่เป็นรุนแรงหรือมากขึ้น อาเจียน ซึมลง พูดคุยผิดปกติ แขนขาอ่อนแรงและชัก

5. ถ้าผู้บาดเจ็บที่ศีรษะอยู่คนเดียวไม่มีญาติหรือผู้คอยดูแลหลังจากกลับบ้านควรจะแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อรับไว้สังเกตุอาการในโรงพยาบาล

6. ภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้เป็นส่วนใหญ่ คนไข้บาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชนั้นมักเกิดขึ้นจากปัจจัย 3 อย่างร่วมกัน คือ ขับจักรยานยนต์ ดื่มสุรา และไม่สวมหมวกกันน็อค ดังนั้นเพียงแต่หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา และสวมหมวกกันน็อคตามกฎหมายก็สามารถลดโอกาสที่จะเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะได้อย่างมาก

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณทรวงอก

ต้องพร วรรณะธูป

การบาดเจ็บที่ทรวงอกเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะการเสียชีวิตตั้งแต่ในที่เกิดเหตุซึ่งมักจะพบการบาดเจ็บที่ทรวงอกร่วมด้วยเสมอ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางจราจร (ร้อยละ 70) และมีกลไกการบาดเจ็บ เป็นลักษณะการได้รับการกระแทกรุนแรงที่ทรวงอก แล้วมีผลต่ออวัยวะภายในทรวงอกตามมา ซึ่งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นนั้น สามารถเกิดได้ ตั้งแต่การได้รับบาดเจ็บที่เนื้อเยื่อภายนอก, กระดูกซี่โครงหัก และเกิดบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในทรวงอก อันได้แก่ ปอด, หัวใจ, หลอดลมและแขนงทางเดินหายใจ, หลอดอาหาร รวมถึงเส้นเลือดแดงใหญ่และแขนงที่ทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงตามส่วนต่างๆของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการเสียชีวิตได้ทั้งหมด

นอกจากนี้ การบาดเจ็บที่ทรวงอกนั้น มักจะมีการบาดเจ็บของอวัยวะระบบต่างๆเกิดขึ้นร่วมกันได้ เช่น การบาดเจ็บในช่องท้องซึ่งจะพบร่วมกันได้บ่อยที่สุด ตามมาด้วยการบาดเจ็บที่ระบบประสาท และการบาดเจ็บของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงแขน-ขา

การวินิจฉัยผู้ป่วยถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการรักษา ยิ่งแพทย์สามารถวินิจฉัยได้เร็ว จะสามารถทำให้เริ่มการรักษาได้อย่างถูกต้องในเวลาที่รวดเร็วตามมา บางอาการบาดเจ็บนั้น แค่เพียงการตรวจร่างกาย ร่วมกับประวัติการเกิดอุบัติเหตุที่ถูกต้องที่ได้จากผู้ป่วยหรือผู้เห็นเหตุการณ์ก็สามารถทำการรักษาช่วยชีวิตผู้ป่วยได้แล้ว ซึ่งส่วนใหญ่ทำได้โดยการทำหัตถการพื้นฐาน เช่นการใส่ท่อระบายในทรวงอก (Intercostal drainage) และการให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

การรักษาที่ผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือได้ คือ ความร่วมมือหลังการรักษาเบื้องต้น ด้วยการฝึกทำกายภาพช่วยหายใจ และการขอรับการบรรเทาอาการปวดเพิ่มเติมจากแพทย์ ซึ่งจะทำให้อวัยวะภายในทรวงอกที่ได้รับการบาดเจ็บดังข้างต้นนั้นฟื้นขยายตัวได้เร็วขึ้น

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง

สมพล ฤกษ์สมถวิล

ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บช่องท้องเป็นภาวะที่มีอันตรายสูงมากและมีความรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เนื่องจากในช่องท้องประกอบไปด้วยอวัยวะภายในที่สำคัญต่างๆหลายอวัยวะด้วยกัน ได้แก่ ตับและทางเดินน้ำดี ม้าม ไต ตับอ่อน กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ กระเพาะปัสสาวะ อวัยวะสืบพันธ์ในเพศหญิง นอกจากนี้ยังมีเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำขนาดใหญ่เป็นจำนวนมาก การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บต่างๆจึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องพินิจวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บของอวัยวะต่างๆที่อยู่ภายในช่องท้องหรือไม่โดยพิจารณาข้อมูลต่างๆให้ละเอียดถี่ถ้วนตั้งแต่กลไกการบาดเจ็บ เช่น ท้องถูกแรงกระแทกหรือถูกแรงเหวี่ยงขณะเกิดเหตุหรือไม่ หรือถ้าถูกปืนยิงหรือวัตถุแทงเข้าบริเวณท้องมีวิถีกระสุนหรือทิศทางเป็นอย่างไร ซึ่งจะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะต่างๆ ในช่องท้องได้หรือไม่ ในกรณีที่สงสัยว่ามีการบาดเจ็บช่องท้องต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร่งด่วน โดยแพทย์จะซักถามข้อมูลและอาการต่างๆ ตรวจร่างกาย และส่งตรวจด้วยเครื่องมือต่างๆเพื่อช่วยในการวินิจฉัย เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วว่ามีหรือสงสัยว่ามีอวัยวะภายในบาดเจ็บ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาโดยรับไว้ในโรงพยาบาล

สำหรับแนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับอวัยวะใดที่ได้รับการบาดเจ็บบ้าง มีความรุนแรงของการบาดเจ็บมากน้อยเพียงใด มีความจำเป็นต้องผ่าตัดรักษาหรือไม่

โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในควรได้รับการผ่าตัดรักษา ยกเว้นการบาดเจ็บนั้นแพทย์ได้ตรวจวิเคราะห์แล้วว่าไม่รุนแรงสามารถรอดูอาการผู้ป่วยโดยยังไม่ผ่าตัดก่อนได้โดยสังเกตอาการและการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยเป็นระยะๆ ถ้ามีการบาดเจ็บที่มีความรุนแรงมากขึ้นต้องพิจารณาอีกครั้งว่าจำเป็นต้องเปลี่ยนแผนการรักษาโดยทำการผ่าตัดหรือไม่ต่อไป

สำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล ควรหลีกเลี่ยงระวังการทำงานหนัก และการถูกกระแทกบริเวณช่องท้องต่ออีกสักระยะเวลาหนึ่งตามความเห็นของแพทย์

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณแขน ขา

เรวัต ชุณหสุวรรณกุล

กรณีมีบาดแผลฉีกขาดเลือดออก ให้ใช้ผ้าสะอาดพับหนาๆ ปิดทับแผล แล้วพันด้วยผ้ายืดให้แน่น เพื่อการห้ามเลือด พยายามยกส่วนที่บาดเจ็บให้สูงกว่าระดับหัวใจ ถ้าเลือดออกมากไม่หยุดให้ใช้เชือก หรือผ้าผูกรัดขันชะเนาะ ที่ต้นแขน ต้นขาข้างนั้น แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาล

กรณี แขน ขา มือ เท้า บวมผิดรูป ให้อวัยวะนั้นอยู่นิ่ง ไม่ขยับเคลื่อนไหว ใช้ไม้ดามอวัยวะส่วนนั้น แล้วพันผ้าให้อยู่นิ่งกับไม้ที่ดามไว้ บรรเทาอาการปวดบวมด้วยการประคบเย็น แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาล

กรณี แขน ขา มือ เท้า ฟกช้ำปวด แต่ยังสามารถใช้งานได้ มักเกิดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ และเอ็น ให้บรรเทาอาการปวดบวม ด้วยการประคบเย็น บ่อยๆ 24 - 48 ชั่วโมงแรก พยายามใช้งานอวัยวะส่วนนั้นๆ ให้น้อย หลัง 48 ชั่วโมงแรกไปแล้ว ให้ประคบอุ่นบ่อยๆ จนยุบและหายปวด ควรพบแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่ถูกต้อง

กรณีมีวัตถุแปลกปลอมเสียบคา แขน ขา ห้ามพยายามดึงวัตถุแปลกปลอมเอง ให้รีบนำส่งโรงพยาบาล โดยให้อวัยวะส่วนนั้นๆ อยู่นิ่งๆ หากมีเลือดออกมาก ให้ปิดทับแผลด้วยผ้าสะอาดหนาๆ แล้วใช้ผ้ายืดพันทับอีกชั้น หากเลือดยังออกมาก ให้ใช้เชือกหรือผ้า พันรอบขันชะเนาะ บริเวณ ต้นแขน ขา ข้างนั้น แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาล

กรณีมีอวัยวะ แขน ขา มือ เท้า ขาดหลุดออกจากร่างกาย ให้รีบห้ามเลือดบริเวณตอของส่วนที่ขาด โดยการพันแน่นด้วยผ้าสะอาด ส่วนอวัยวะที่ขาดให้ใส่ถุงพลาสติกที่สะอาดและไม่รั่ว ผูกปากถุงให้แน่น แล้วนำถุงนี้ไปแช่เย็นในกระติก หรือถังที่มีน้ำใส่น้ำแข็ง แล้วรีบนำผู้ป่วย และอวัยวะที่ขาดส่งโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณมือ

กฤษณ์ แก้วโรจน์

มือเป็นอวัยวะที่สำคัญ เป็นหนึ่งในอวัยวะที่มนุษย์พัฒนาใช้งานได้ดีแตกต่างจากสัตว์ต่างๆ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะจากอุบัติเหตุ การทำงาน หรือการจราจร หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องอาจทำให้เสียการทำงานได้

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เมื่อมีการบาดเจ็บ ฟกช้ำ บวม เขียว อาจเกิดจากการฟกช้ำธรรมดา เอ็นฉีก หรือแม้แต่กระดูกหัก ใช้หลักการในการดูแลเบื้องต้น "พัก.เย็น.พัน.ยก"

พัก คือพยายามงดใช้งานหรือขยับเขยื้อนมือข้างที่บาดเจ็บ หากทำการเคลื่อนไหวในลักษณะใดแล้วมีอาการเจ็บมากขึ้นก็ควรงดเว้น

เย็น คือควรประคบเย็นทันทีที่เกิดการบาดเจ็บบวม อาจใช้เจลลดไข้เด็กหรือน้ำแข็งห่อด้วยผ้าสะอาดก็ได้ ความเย็นจะช่วยลดบวม ควรประคบเย็นจนกว่าจะยุบบวม โดยทั่วไปก็ประมาณ 6-24 ชั่วโมง เมื่อยุบบวมแล้วต้องการขยับใช้งานจึงเปลี่ยนเป็นประคบอุ่น

พัน คือควรพันมือที่บาดเจ็บบวมด้วยผ้ายืดให้กระชับ แต่ไม่ให้แน่นจนเกินไป ช่วยลดการบาดเจ็บเพิ่มหรือปวดเวลาขยับ

ยก คือควรยกมือข้างนั้นให้สูง ไม่ควรห้อยต่ำเนื่องจากทำให้เลือดคั่ง ทำให้มีอาการปวดได้ หากยืนหรือนั่งควรใช้ผ้าคล้องแขนให้มือยกขึ้น หากนอนควรวางมือบนหมอนให้สูงกว่าระดับหัวใจ

บาดแผลฉีกขาด จะมีเลือดออกได้มาก เนื่องจากมือมีเลือดมาเลี้ยงมาก ควรห้ามเลือดโดยยกมือสูง ใช้ผ้าสะอาดกดบริเวณบาดแผล ไม่ควรรัดแน่นเกินไปจะทำให้ขาดเลือดได้ หากไม่สามารถขยับมือได้หรือมีอาการชาควรพบแพทย์ เนื่องจากอาจมีการฉีกขาดของเส้นเอ็นหรือเส้นประสาท

เอ็นฉีก หรือซ้น หากเกิดเอ็นขาดหรือฉีก ถ้าเอ็นขาดออกจากกันจะทำให้กำหรือเหยียดนิ้วไม่ได้ หากเป็นเอ็นยึดข้อจะทำให้ข้อหลวม หากเอ็นฉีกไม่ขาดออกจากกัน (นิ้วซ้น) อาจมีแค่อาการปวดหรือบวม หากมีอาการปวด บวม เขียวขึ้นทันทีหลังเกิด

เหตุ มักเกิดจากเอ็นขาดหรือกระดูกหัก ควรรีบมาตรวจที่โรงพยาบาล หากบวมเขียวหลังเกิดเหตุเป็นชั่วโมงมักเกิดจากเอ็นฉีก แต่หากบวมเขียวหลังตื่นนอนวันรุ่งขึ้น มักเป็นเพียงเคล็ดขัดยอก

ข้อเคลื่อน หากนิ้วเกิดผิดรูป หักพับได้ เกิดจากข้อเคลื่อน ข้อหลุด ไม่ควรดัดนิ้วกลับเองเนื่องจากทำให้บาดเจ็บมากขึ้นได้ (แต่ในชีวิตจริงคนส่วนใหญ่มักดัดนิ้วกลับมาแล้วก่อนมาโรงพยาบาล) หากนิ้วเคลื่อนได้แสดงว่าเอ็นยึดข้อน่าจะขาด แม้ดัดเข้าที่ได้แล้วก็ควรมาพบแพทย์เพื่อดามรักษาอย่างถูกวิธี โดยทั่วไปแนะนำดามซ้อหรือใส่เฝือกอ่อนอย่างน้อยสองสัปดาห์ มิเช่นนั้นอาจทำให้ข้อหลวมหรือเจ็บข้อเรื้อรัง

กระดูกหัก มักมีอาการปวด บวม เขียว อย่างรวดเร็วหลังเกิดเหตุ แต่ในบางรายอาจมีอาการน้อยเนื่องจากกระดูกมือมีขนาดเล็ก ไม่ค่อยปวดหรือบวมมาก พบบางรายมาโรงพยาบาลหลังหักเป็นสัปดาห์ก็มี หากเกิดอุบัติเหตุแล้วยังมีอาการปวดบวมควรให้แพทย์ตรวจว่ากระดูกหักหรือไม่

นิ้วหรือมือขาด หากนิ้วหรือมือขาดออกจากร่างกายแล้วต้องการเก็บรักษาไว้เพื่อให้แพทย์ผ่าตัดต่อให้ ควรเก็บนิ้วที่ขาดใส่ถุงพลาสติกสะอาดแห้งหรืออาจใส่น้ำเกลือ 0.9% ห้ามแช่นิ้วในน้ำเปล่าโดยตรง จากนั้นรัดถุงให้สนิทแล้วแช่ในกระติกใส่น้ำปนน้ำแข็ง (ต้องการอุณหภูมิประมาณ 4 $^{\circ}$C) เพื่อสามารถเก็บเซลล์ให้มีชีวิตรอดได้นานขึ้น

การบริหาร/กายภาพนิ้วมือ เมื่อบาดแผลหรือการบาดเจ็บหายแล้ว หากใส่เฝือกหรือพันผ้าไว้นาน อาจพบอาการข้อยึดได้บ้างโดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ๆ การบริหารมือหรือข้อนิ้วให้ใช้งานได้ช่วงแรกที่มีข้อยึดควรใช้ความร้อนช่วย เช่นแช่มือในน้ำอุ่นแล้วดัดกำสุด เหยียดสุดในน้ำอุ่น ดัดให้เจ็บตึงเล็กน้อยแล้วค้างไว้ประมาณ 10 วินาที (ไม่ควรบริหารแบบขยับไปมาในช่วงแรกเนื่องจากจะทำให้บวม) ทำสัก 10-15 นาทีต่อรอบ วันละ 1-2 รอบ เมื่อข้อนิ้วไม่ติดแล้ว จึงค่อยบริหารโดยการขยับกำลูกบอลนิ่มๆเพื่อเพิ่มแรงบีบต่อไป

การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเกิดอุบัติเหตุไฟไหม้ หรือน้ำร้อนลวก

พรพรหม เมืองแมน

บาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยดูจากดีกรีความลึกของบาดแผล

ดีกรีความลึกระดับ 1 คือ บาดแผลอยู่แค่เพียงผิวหนังชั้นหนังกำพร้าเท่านั้น โดยปกติจะหายเร็วและไม่เกิดแผลเป็น

ดีกรีความลึกระดับ 2 คือ บาดเจ็บในบริเวณชั้นหนังแท้ บาดแผลประเภทนี้ถ้าไม่มีภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน มักจะหายภายใน 2-3 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับความลึกของบาดแผลจากอุบัติเหตุไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดร่องรอยผิดปกติของบริเวณผิวหนัง หรืออาจมีโอกาสเกิดแผลเป็นแผลหดรั้งตามได้ หากได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง กรณีถูกไฟไหม้ หากบาดเจ็บไม่ลึกมากก็จะพบว่าบริเวณผิวหนังจะมีตุ่มพองใส เมื่อตุ่มพองนี้แตกออกบริเวณบาดแผลเบื้องล่างจะเป็นสีชมพู และผู้ป่วยจะรู้สึกปวดแสบปวดร้อนมาก แต่ถ้าพยาธิสภาพค่อนข้างลึกจะพบว่าสีผิวหนังจะเปลี่ยนไปเป็นสีเหลืองหรือขาว ไม่ค่อยเจ็บ

ดีกรีความลึกระดับ 3 คือ ชั้นผิวหนังทั้งหมดถูกทำลายด้วยความร้อน อาจมีรอยไหม้เกรียม เห็นรอยของหลอดเลือดเล็กๆไหม้ดำบริเวณผิวหนัง บาดแผลเหล่านี้มักจะไม่หายเอง มีแนวโน้มการติดเชื้อของบาดแผลสูง และมีโอกาสเกิดแผลหดรั้งตามมาสูงมาก ถ้าได้รับการรักษาไม่ถูกต้อง

สิ่งแรกที่ควรทำ เมื่อโดนไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ล้างด้วยน้ำสะอาดที่อุณหภูมิปกติ ซึ่งเชื่อว่าจะมีผลช่วยลดการหลั่งสารที่ทำให้เกิดอาการปวดบริเวณบาดแผลได้ หลังจากนั้นซับด้วยผ้าแห้งสะอาด แล้วสังเกตว่าถ้าผิวหนังมีรอยถลอก มีตุ่มพองใส หรือมีสีของผิวหนังเปลี่ยนไป ควรรีบไปพบแพทย์* แต่ถ้าไฟไหม้ น้ำร้อนลวกบริเวณใบหน้า จะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์โดยเร็วที่สุด เพราะบริเวณใบหน้ามักจะเกิดอาการระคายเคืองจากยาที่ใช้ ห้ามใส่ยาใดๆ ก่อนถึงมือแพทย์ เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมี

อาการตอบสนองต่อตัวยาไม่เหมือนกัน จะต้องขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์

ข้อห้าม เมื่อโดนไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไม่ควรใส่ตัวยา/สารใดๆ ทาลงบนบาดแผล ถ้าไม่แน่ใจในสรรพคุณที่ถูกต้องของยาชนิดนั้น โดยเฉพาะ "ยาสีฟัน" "น้ำปลา" เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อบาดแผล เพิ่มโอกาสการเกิดบาดแผลติดเชื้อ และทำให้รักษาได้ยากขึ้น

โดยการรักษาเริ่มตั้งแต่การใช้ยาทาในระยะเริ่มต้น การใส่ชุดผ้ารัดในกรณีที่รอยแผลจากไฟไหม้น้ำร้อนลวกมีแนวโน้มที่จะนูนมากขึ้น และไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาทา ฉีดยาลบรอยแผลเป็น ซึ่งจะทำได้ในกรณีที่เกิดรอยแผลนูนและไม่ตอบสนองต่อการใส่ชุดผ้ารัด ผ่าตัดแก้ไข โดยแพทย์จะต้องทำการประเมินลักษณะและความรุนแรงของบาดแผล ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดและความรุนแรงของบาดแผลหดรั้งเหล่านั้น

เมื่อผ่านขั้นตอนการรักษาแล้ว อย่าละเลยที่จะดูแลตนเอง โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่นผง หรืออะไรก็ตามที่จะทำให้ระคายเคือง. หลีกเลี่ยงการสัมผัสสัตว์ทุกชนิด เพราะหากโดนบริเวณแผล ก็อาจทำให้คันหรือมีการติดเชื้อได้ง่าย. รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ เพื่อเสริมการสร้างเนื้อเยื่อใหม่บริเวณบาดแผลให้บาดแผลสมานปิดเร็วขึ้น. หมั่นทายา/รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ที่สำคัญต้องรักษาความสะอาดแผลให้ดี

อุบัติเหตุไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้บ่อยในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักจะเกิดจากความประมาทแทบทั้งสิ้น ถ้าต้องทำอาหารและอาจต้องสัมผัสของร้อน ควรระมัดระวังและป้องกันตนเองให้ดี ในบ้านที่มีเด็กเล็กควรระมัดระวังและจัดหาสถานที่ๆ วางวัสดุที่มีความร้อนให้เหมาะสมให้ห่างจากมือเด็กเอื้อมถึงได้ ส่วนบุคลากรที่ต้องทำงานกับเครื่องใช้ไฟฟ้า หรือเครื่องทำความร้อนต่างๆ ที่มีโอกาสสัมผัสกับเปลวไฟหรือเปลวเพลิงสูง ควรมีการป้องกันตนเองให้เหมาะสมด้วย เพื่อลดโอกาสเกิดอุบัติภัยไฟไหม้ น้ำร้อนลวกนี้ครับ

การป้องกันบาดทะยัก

เลิศพงศ์ สมจริต

เชื้อบาดทะยัก หรือคลอสติเดียม เตตาไน (Clostridium Tetani) เป็นจุลชีพก่อโรคชนิดที่เติบโตได้โดยไม่ใช้ออกซิเจน มีรูปร่างทรงแท่ง ย้อมติดสีแกรมบวก มักอาศัยอยู่ตามดิน ฝุ่นละอองและพื้นที่สกปรก เชื้อชนิดนี้สามารถสร้างสปอร์ล้อมรอบตัว ทำให้ทนทานความร้อน และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แห้งแล้งได้

เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผลที่สกปรก ปนเปื้อนดิน ฝุ่นละออง หรือสนิม เชื้อจะเจริญเติบโตได้ดีในบาดแผลที่มีลักษณะปากแผลลึกและแคบ เช่นแผลตะปูตำ แผลถูกสัตว์กัด แผลที่มีเนื้อตาย หรือชอกช้ำมาก แผลที่มีสิ่งแปลกปลอมค้างอยู่ในบาดแผล แผลกระดูกหักทะลุผิวหนัง และแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก

เชื้อจะก่อโรคโดยสร้างสารพิษ (toxin) ซึ่งสารพิษนี้จะทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อต่างๆของผู้ป่วย เมื่อมีการกระตุ้นเพียงเล็กน้อยจาก ลม แสง หรือเสียง เช่น มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อใบหน้า ทำให้ดูคล้ายกับการแยกเขี้ยว หรือแสยะยิ้ม เกิดภาวะชักจากการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อแขนขา ต้นคอและหลัง แต่ผู้ป่วยจะยังรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยจะไม่สามารถกลืนอาหารและน้ำได้เนื่องจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อการกลืน อาจหยุดหายใจ และเสียชีวิตได้ในที่สุด

การป้องกันบาดทะยักได้โดย

1. ฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อบาดทะยัก ตามคำแนะนำของแพทย์
2. เมื่อเกิดบาดแผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผลที่ปนเปื้อนดิน ฝุ่น หรือสิ่งสกปรก ให้รีบทำความสะอาดแผลด้วยน้ำสะอาด อาจใช้สบู่ฟอกบริเวณแผล ใช้ผ้าก็อสปิดปากแผลป้องกันเชื้อโรคและรีบมาพบแพทย์ เพื่อทำการรักษาต่อไป

การดูแลผู้ป่วยเมื่อถูกสุนัขหรือแมวกัด

จตุพร ศิริกุล

ปัจจุบันมีผู้นิยมเลี้ยงสุนัขและแมวเป็นจำนวนมากซึ่งทำให้พบว่ามีสุนัขและแมวจรจัดก็มีจำนวนมากเช่นกัน การประสบเหตุถูกสุนัขหรือแมวกัดจึงเป็นเรื่องที่พบได้บ่อย โดยนอกจากบาดแผลที่เกิดจากการถูกกัดแล้ว สุนัขและแมวยังสามารถนำโรคติดต่อที่สำคัญมาสู่ผู้ที่ถูกกัดได้ ได้แก่ โรคพิษสุนัขบ้า หรือโรคเรบีส์ (Rabies) ซึ่งมักทำให้เข้าใจผิดว่าโรคนี้จะเกิดจากสุนัขกัดเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงสามารถเกิดจากสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิดกัดได้เช่นกัน โดยปัจจุบันผู้ป่วยที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าส่วนใหญ่มักจะเสียชีวิตเกือบทั้งหมด หรือในกรณีที่รอดชีวิตก็มักจะทุพพลภาพจนไม่สามารถดำรงค์ชีวิตด้วยตนเองได้

การดูแลรักษาเบื้องต้น เมื่อถูกสุนัขหรือแมวกัดจึงมีความสำคัญอย่างมากโดยการดูแลที่เหมาะสม ได้แก่ การล้างทำความสะอาดบาดแผลที่ถูกกัดด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำสบู่ให้เร็วที่สุดโดยต้องล้างต่อเนื่องกันอย่างน้อย 15 นาทีเพื่อลดโอกาสติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ในกรณีที่มีเลือดออกมากอาจใช้ผ้าสะอาดกดบริเวณบาดแผลเพื่อลดปริมาณเลือดที่ออกแล้วจึงรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด

การรักษา ได้แก่ การให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อผู้ป่วยถูกประเมินว่ามีความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า โดยการดูแลบาดแผลที่ถูกกัดจะทำได้โดยการทำความสะอาดบาดแผล หรือเย็บแผล หรือ อาจจะต้องกรีดขยายบาดแผลให้กว้างมากขึ้นเพื่อทำความสะอาดบาดแผลให้ดียิ่งขึ้นนอกจากนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก และ ยาปฏิชีวนะด้วยเช่นกัน ดังนั้นการไปพบแพทย์เมื่อถูกสุนัขหรือแมวกัดจึงเป็นเรื่องที่ควรปฏิบัติอย่างถูกต้องเพื่อลดโอกาสในการเกิดผลแทรกซ้อนให้มากที่สุด

การดูแลผู้ป่วยเมื่อถูกงูกัด

จตุพร ศิริกุล

การถูกงูกัดยังเป็นเรื่องที่พบได้ค่อนข้างบ่อยในประเทศไทย โดยเฉพาะในแหล่งที่มีงูชุกชุม การดูแลผู้ถูกงูกัดมีความสำคัญเนื่องจากงูบางชนิดมีพิษร้ายแรงที่สามารถทำให้ผู้ถูกกัดเสียชีวิต ได้แก่ งูเห่า, งูจงอาง, งูสามเหลี่ยม, งูสามเหลี่ยมหัวแดง, งูทับสมิงคลา, งูกะปะ, งูแมวเซา, และ งูเขียวหางไหม้

ส่วนมากผู้ที่ถูกงูกัดมักไม่ทราบว่างูที่กัดมีพิษหรือไม่ ดังนั้นการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ที่ถูกงูกัดจึงจำเป็นต้องดูแลรักษาแบบผู้ที่ถูกงูพิษร้ายแรงกัดเสมอ จนกว่าที่จะมีผู้ที่มีความชำนาญพิสูจน์ได้ว่าไม่ใช่งูพิษร้ายแรง

การดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ที่ถูกงูกัด ได้แก่ รีบล้างทำความสะอาดบาดแผลด้วยน้ำสะอาดให้เร็วที่สุด เนื่องจากพิษของงูบางส่วนยังคงอยู่รอบๆบาดแผลแล้วค่อยๆซึมเข้าบาดแผลภายหลัง ให้รีบนำแหวนหรือนาฬิกาที่สวมอยู่บริเวณแขนหรือนิ้วมือที่ถูกกัดออกเนื่องจากอาจถูกรัดจนเป็นอันตรายได้เมื่อมือหรือแขนนั้นบวมขึ้นหลังจากนั้นต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด การรัดเชือกหรือการขันชะเนาะเหนือบริเวณบาดแผลงูกัดอาจทำได้ในกรณีที่ต้องใช้เวลานานในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ไม่ควรกรีดเลือดออกหรือใช้ปากดูดเลือดออกจากบาดแผลเพราะไม่สามารถป้องกันการดูดซึมของพิษได้และยังทำให้มีผลแทรกซ้อนที่บาดแผลได้

การรักษา การรักษาในโรงพยาบาลโดยส่วนมากเป็นการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การช่วยการหายใจในกรณีที่ผู้ป่วยหยุดหายใจ หรือ การให้ส่วนประกอบของเลือดในกรณีที่ผู้ป่วยมีเลือดออกผิดปกติ การรักษาโดยให้เซรุ่มต้านพิษงูจะทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการให้เท่านั้น เนื่องจากอาจมีการแพ้เซรุ่มได้

การดูแลผู้ป่วยจากการสัมผัสแก๊สน้ำตา

บรรเจิด ประดิษฐ์สุขถาวร

ในปัจจุบัน ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการบาดเจ็บจากสารพิษในหลากหลายรูปแบบ นอกเหนือจากสารพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมเช่น ก๊าซแอมโมเนียที่ใช้ในอุตสาหกรรมห้องเย็นหลายๆ แห่งแล้ว อีกสาเหตุหนึ่งที่พบคือการบาดเจ็บจากแก๊สน้ำตาจากการชุมนุม อันเนื่องมาจากความไม่สงบทางการเมือง

สารพิษต่างๆ สามารถแบ่งตามคุณสมบัติการละลายน้ำ ได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือกลุ่มที่ละลายน้ำได้ดี และกลุ่มที่ละลายน้ำได้ไม่ดี โดยผู้ป่วยที่สัมผัสสารพิษกลุ่มที่ละลายน้ำได้ดี เช่น คลอรีน และ แอมโมเนีย จะมีอาการรวดเร็วกว่าในช่วงเวลาไม่กี่นาที ส่วนสารพิษที่ละลายน้ำได้ไม่ดี มักมีอาการช้ากว่า อาจเกิดอาการหลังจากนั้นได้อีกหลายชั่วโมง ดังนั้นผู้มีประวัติสัมผัสสารพิษทุกราย ควรพบแพทย์ถึงแม้ยังไม่มีอาการในช่วงแรก

แก๊สน้ำตา มีหลายชนิด ขึ้นกับสารประกอบหลักที่ใช้ในการผลิต เช่น CN: chloroacetophenone, CS:0-Chlorobenzylidene malonitrile, CA: Bromobenzyl cyanide มีความแตกต่างกันในแต่ละชนิดคุณสมบัติ

เมื่อสัมผัสแล้ว ผู้ป่วยจะเกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังทำให้เกิดการแสบร้อน และการระคายเคืองต่อเยื่อบุต่างๆ เช่น บริเวณดวงตา อาจทำให้เกิดอาการน้ำตาไหล เคืองตา แพ้แสง หรือ อาการทางระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีอาการไอ เจ็บคอ หรือหายใจไม่สะดวกได้ โดยอาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และอาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจคงอยู่ ได้ถึง 2-3 สัปดาห์

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเบื้องต้น มีจุดประสงค์เพื่อลดการปนเปื้อนโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำผู้ป่วย หรือผู้ได้รับบาดเจ็บออกจากพื้นที่ที่มีการปนเปื้อนให้เร็วที่สุด
2. ทำการลดการปนเปื้อน (Decontamination) ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย
   - ห้ามขยี้ตาเด็ดขาด

- ทำการล้างตาด้วยน้ำสะอาด หรือน้ำเกลือ โดยมีข้อควรระวังเนื่องจากการล้างตาโดยการเทน้ำจากด้านบน ร่างกายมักมีการตอบสนองโดยการกระพริบตาหรือหยีตา ทำให้ล้างได้ไม่ทั่วถึง ดังนั้นถ้าไม่มีอุปกรณ์ช่วยถ่างตา แนะนำให้ใช้การลืมตาในน้ำสะอาดจะทำให้ล้างได้ทั่วถึงกว่า

- ถอดคอนแท็คเลนส์ เนื่องจากอาจมีสารพิษคั่งค้างระหว่างกระจกตาและคอนแท็คเลนส์ได้

- ทำการล้างตัว หรือในกรณีที่ทำไม่ได้ แนะนำให้เช็ดตัวให้แห้ง และเปลี่ยนเสื้อผ้า ซึ่งจะช่วยลดการปนเปื้อนได้ดีในระดับหนึ่ง

- ในปัจจุบัน ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับสารที่ใช้ต้านพิษ หรือแก้พิษจากแก๊สน้ำตาชัดเจน

3. กรณีมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น อาการไอ หรือหายใจหอบเหนื่อย ควรรีบพบแพทย์ โดยเฉพาะผู้มีโรคเกี่ยวกับทางเดินระบบหายใจอยู่เดิม

การป้องกันตัวเอง มีส่วนช่วยลดการบาดเจ็บได้ เช่น การใส่แว่นตาที่ปิดสนิท เช่นแว่นตาว่ายน้ำ ส่วนแว่นกันแดด ไม่สามารถป้องกันอันตรายจากสารพิษต่อดวงตาได้ ควรสวมเสื้อแขนยาว และรองเท้าผ้าใบ เพื่อป้องกันการปนเปื้อน และควรเตรียมน้ำสะอาด และเสื้อผ้าสำหรับผลัดเปลี่ยน กรณีเกิดการปนเปื้อน

กรณีมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสารพิษ สามารถติดต่อได้ที่ศูนย์พิษวิทยาศิริราช โทร 02-419-7007

ไส้ติ่งอักเสบ

ดรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์

ความสำคัญ โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม (การผ่าตัด) ที่พบบ่อยที่สุด พบได้ในคนทุกเพศ ทุกวัย (ตั้งแต่ทารก จนถึงผู้ป่วยสูงอายุมากๆ แต่พบมากในช่างอายุ 15-30 ปี) และคาดว่าบุคคลทั่วไปตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต จะมีโอกาสเกิดโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันได้ร้อยละ 7 (ประมาณ 1 ใน 15 ราย)

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน มักมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องด้านขวา ต่ำกว่าระดับสะดือ และมักเป็นต่อเนื่องนานมากกว่า 6 ชั่วโมง (ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดท้องบริเวณรอบๆ สะดือก่อนจะย้ายมาปวดท้องด้านขวาล่าง) ผู้ป่วยส่วนมากมักมีอาการเบื่ออาหารร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนและมีไข้ได้ กรณีที่มีภาวะไส้ติ่งแตกผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องมากและอาจปวดท้องได้ทั้งช่องท้องส่วนล่างทั้งสองข้าง

การวินิจฉัย แพทย์จะทำการซักประวัติของท่าน โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับลักษณะการปวดท้องและอาการของระบบทางเดินอาหารอื่นๆ แต่เนื่องจากการปวดท้องด้านขวาส่วนล่างอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆก็ได้ เช่น ทางเดินปัสสาวะอักเสบ นิ่วในท่อไต ปวดท้องประจำเดือน ปีกมดลูกอักเสบ และ ภาวะลำไส้เล็กอักเสบ เป็นต้น ดังนั้นแพทย์อาจต้องซักประวัติอื่นๆเพิ่มเติม นอกจากนี้แล้วแพทย์จะทำการตรวจร่างกาย (โดยเฉพาะการตรวจทางหน้าท้อง) มีการเจาะเลือดและตรวจปัสสาวะร่วมด้วย

ผู้ป่วยบางรายที่วินิจฉัยได้ยาก แพทย์อาจเลือกการตรวจติดตามอาการ หรือทำการตรวจเอกซเรย์ช่องท้องเพิ่มเติม เช่น อัลตราซาวน์ หรือ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจเป็นหลัก)

หลักการรักษา เมื่อวินิจฉัยภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันได้ แพทย์จะให้ยาปฏิชีวนะและเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัด

ความรู้ที่สำคัญ โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบบ่อยมาก

อาการที่สำคัญคือ อาการปวดท้องด้านขวาล่าง เบื่ออาหาร คลื่นไส้และอาจมีไข้ได้ ถ้าอาการเป็นมานานไส้ติ่งที่อักเสบอาจแตกได้ เกิดหนองปนเปื้อนในช่องท้องได้ (ผ่าตัดยากกว่าแบบที่ไส้ติ่งไม่แตก) ดังนั้นถ้าท่านมีอาการดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะปวดท้องด้านขวาล่างต่อเนื่องนานเกิน 6 ชั่วโมงควรมาพบแพทย์

ไส้เลื่อน

วิรุณ บุญนุช

โรคไส้เลื่อน (Hernia) เป็นภาวะที่มีอวัยวะภายในช่องท้อง เช่น ลำไส้ เคลื่อนตัวจากตำแหน่งที่อยู่เดิมไปสู่ตำแหน่งใหม่ โดยอาจจะเคลื่อนผ่านช่องทางที่มีอยู่เดิม หรือช่องทางที่เกิดขึ้นใหม่จากพยาธิสภาพก็ได้

โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (inguinal hernia) เกิดจากอวัยวะในช่องท้องเลื่อนลงไปในช่องขาหนีบ (inguinal canal) โดยมีเยื่อบุช่องท้องเป็นผนังของถุงไส้เลื่อน (hernial sac)

โรคไส้เลื่อนภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง (incisional hernia) ตามปกติอวัยวะภายในช่องท้องจะอยู่ภายในเยื่อบุช่องท้อง เมื่อเยื่อบุช่องท้องเลื่อนผ่านช่องทางที่มีอยู่เดิม หรือช่องทางที่เกิดขึ้นใหม่จากการผ่าตัด จากนั้นอวัยวะภายในช่องท้องก็จะเลื่อนเข้าไปอยู่ในถุงไส้เลื่อน (hernial sac) แล้วเลื่อน กลับเข้าไปในช่องท้อง หากลำไส้เลื่อนเข้าไปอยู่ในถุงไส้เลื่อนแล้วไม่เลื่อนกลับเข้าไปในช่องท้องดังเดิมร่วมกับมีอาการปวดท้องคลื่นไส้อาเจียนจะเรียกภาวะนี้ว่า ไส้เลื่อนอุดตัน (obstructed hernia) ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายมากหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที แต่ถ้าเป็นมันเปลว (omentum) เข้าไปติดค้างอยู่ในถุงไส้เลื่อนจะมีอาการปวดเท่านั้น ถ้าลำไส้ส่วนที่เลื่อนเข้าไปติดค้างอยู่ในถุงไส้เลื่อนเกิดภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง (strangulated) ลำไส้ที่ติดค้างนั้นจะเน่า (gangrene) และทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายได้จากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบจะมาพบแพทย์ด้วยอาการมีก้อนที่ขาหนีบ ก้อนเคลื่อนที่ขึ้นลงได้ ผู้ป่วยโรคไส้เลื่อน Incisional hernia จะมาพบแพทย์ด้วยอาการมีก้อนที่ผนังหน้าท้องตรงรอยแผลผ่าตัด ถ้ามีการเบ่งหรือเพิ่มความดันในช่องท้องก้อนก็จะออกมามากขึ้นขนาดใหญ่ขึ้น

การรักษาโรคไส้เลื่อน คือการผ่าตัดรักษามี 2 วิธีคือ ผ่าตัดแบบส่องกล้อง (laparoscopic) และผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องแล้วใส่สารสังเคราะห์ (MESH) ช่วยปิดรูที่ไส้เลื่อนออกมา ซึ่งช่วยให้ผลการรักษาได้ผลดี มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดลดลง โอกาสที่จะเกิดเป็นโรคซ้ำน้อยและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

นิ่วในถุงน้ำดี

ประเวชย์ มหาวิทิตวงศ์

ความสำคัญ อุบัติการณ์ อันตราย ถุงน้ำดีเป็นอวัยวะที่อยู่ใต้ตับ บริเวณช่องท้องด้านขวาโครงขวา ทำหน้าที่เก็บสะสมน้ำดี (bile) ที่ผลิตมาจากตับ และหลั่งน้ำดีเข้าสู่ลำไส้เล็กส่วนต้นหลังรับประทานอาหารแต่ละครั้ง มีหน้าที่สำคัญในการช่วยย่อยไขมัน สำหรับนิ่วในถุงน้ำดีนั้น เกิดจากภาวะความไม่สมดุลของคลอเลสเตอรอล, เลซิทิน และกรดน้ำดี ทำให้เกิดการตกผลึกเป็นตะกอนนิ่ว ซึ่งมีขนาดเล็กได้ตั้งแต่ตะกอนละเอียดเหมือนทราย จนถึงขนาดใหญ่หลายเซนติเมตร

อาการและอาการแสดงที่สำคัญ นิ่วในถุงน้ำดีส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการใดๆ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีอาการ ซึ่งพบอาการได้ตั้งแต่ อาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย หรือ มีอาการปวดท้องรุนแรงบริเวณใต้ชายโครงขวา อาจมีอาการปวดร้าวไปสะบักได้ อาการปวดเหล่านี้มักจะเกิดหลังรับประทานอาหาร ผู้ป่วยบางรายสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนจากนิ่วได้ เช่น ภาวะถุงน้ำดีอักเสบ, นิ่วหล่นมาอุดตันในท่อน้ำดี, ติดเชื้อในทางเดินน้ำดี, ตับอ่อนอักเสบ เป็นต้น และจะทำให้มาพบแพทย์ด้วยอาการไข้เฉียบพลัน, ตัวเหลือง ตาเหลือง, เจ็บชายโครงขวา

การวินิจฉัย วิธีตรวจให้การวินิจฉัยที่ดี ได้แก่ การตรวจอัลตราซาวนด์ช่องท้องส่วนบน ซึ่งให้ผลที่ค่อนข้างแม่นยำ และสามารถตรวจได้ง่าย ค่าใช้จ่ายไม่แพง

การรักษา ผู้ที่ตรวจพบว่ามีนิ่วในถุงน้ำดีโดยที่ไม่มีอาการใดๆ ไม่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยการผ่าตัด และ ไม่มียาที่รับประทานเพื่อสลายนิ่วในถุงน้ำดี

แต่ในรายที่เริ่มมีอาการปวดท้องจากนิ่ว หรือ มีภาวะแทรกซ้อนจากนิ่วดังที่กล่าวมาแล้ว สมควรได้รับการผ่าตัดเพื่อเอาถุงน้ำดีออก ซึ่งในปัจจุบัน วิธีมาตรฐานคือการผ่าตัดได้โดยใช้กล้องส่องทางหน้าท้อง (Laparoscopic cholecystectomy) ซึ่งจะมีแผลเล็กเป็นรอยเจาะ 3-4 รอย ขนาดแผลเล็ก อย่างไรก็ตาม ก็อาจมีผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นต้องผ่าตัดด้วยวิธีดั้งเดิม (Open cholecystectomy) ได้แก่ ในรายที่มีการอักเสบของถุงน้ำดีมาก มีพังผืดในช่องท้องมาก หรือมีการแตกทะลุในช่องท้องเกิดขึ้น

เป็นต้น

ผลการรักษา การตัดถุงน้ำดีเป็นการรักษานิ่วโดยถาวร และป้องกันไม่ให้มีนิ่วเกิดขึ้นใหม่ แม้ว่าจะไม่มีถุงน้ำดี แต่ตับก็ผลิตน้ำดีเพื่อย่อยไขมันออกมาได้ตามปกติ และไหลเข้าสู่ลำไส้เล็กโดยตรง อาจมีปัญหาในการย่อยอาหารไขมันเมื่อรับประทานเป็นปริมาณมากเกินไปในแต่ละมื้อ มีอาการแน่นท้อง ท้องอืด เป็นต้น แต่ในระยะยาวร่างกายเราสามารถปรับตัวได้และไม่มีอาการเหล่านั้นอีก

ความเชื่อผิดๆ ในปัจจุบันมีการโฆษณาชวนเชื่อเรื่องการล้างพิษตับ และการสลายนิ่วในถุงน้ำดี ซึ่งไม่ได้ผลจริงในทางการแพทย์ และยังอาจก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายด้วย

แผลกระเพาะอาหาร

เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์

ความสำคัญ แผลกระเพาะอาหารเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดในโรคของทางเดินอาหารทั้งหมด โดยตรวจพบผู้ป่วยใหม่ราวร้อยละ 2 ของประชากรต่อปี ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้หากทำการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม จะสามารถหายขาดได้ แต่หากผู้ป่วยปล่อยปละละเลย ไม่ทำการรักษาอย่างเหมาะสมก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร กระเพาะอาหารทะลุ หรือ ทางเดินอาหารอุดตันได้

อาการและอาการแสดง อาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารแทบทุกรายคืออาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกปวดแสบร้อน รู้สึกคล้ายกับเวลาหิวข้าว มักไม่มีการปวดร้าวไปที่อื่น อาการปวดมักสัมพันธ์กับมื้ออาหาร บางรายอาการปวดเป็นกลางดึก ซึ่งเมื่อกินอาหารหรือยาลดกรดแล้วอาการปวดจะทุเลาลง ผู้ป่วยบางรายไม่มีอาการปวดท้อง แต่มีอาการอืดแน่นท้อง อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ หรือบางรายไม่มีอาการใดๆที่ชัดเจนจนเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น กระเพาะทะลุ หรือเลือดออกในทางเดินอาหารจึงมาโรงพยาบาล การตรวจร่างกายมักไม่พบความผิดปกติใดๆ

การวินิจฉัย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีลักษณะอาการปวดท้องที่ชัดเจน แพทย์มักจะให้การวินิจฉัยโรคนี้ได้โดยการซักประวัติ และตรวจร่างกาย โดยไม่จำเป็นต้องทำการตรวจเพิ่มเติมใดๆในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการปวดท้องที่เข้าได้กับโรคแผลกระเพาะอาหาร แต่มีอาการหรืออาการแสดงบางประการที่ทำให้แพทย์สงสัยว่าอาจไม่ใช่แผลกระเพาะอาหารธรรมดา แต่อาจมีเนื้อร้ายแฝงอยู่ด้วยได้ (เช่นมีน้ำหนักลด มีอาการอาเจียนบ่อย กลืนลำบาก อาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระมีเลือดปน หรือมีภาวะซีดร่วมด้วย)ในกรณีเช่นนี้แพทย์จะนัดตรวจเพิ่มเติมโดยการส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น (Esophagogastroduodenoscopy)

การรักษา การรักษาแผลกระเพาะอาหารประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกินยาและการผ่าตัด

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่

- เลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่มีผลเพิ่มการสร้างกรดในกระเพาะอาหาร และลดการสร้างเมือกที่ปกป้องผนังกระเพาะอาหาร นอกจากนี้บุหรี่ยังมีสารที่ระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหารโดยตรงด้วย

- หลีกเลี่ยงการดื่มเหล้า หรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ เลี่ยงกาแฟ และน้ำอัดลม

- ลดความเครียดของตนเอง หากิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายจิตใจไม่ให้เครียดจนเกินไป

- กินอาหารให้ตรงเวลา อย่าอดอาหาร อย่าปล่อยให้ท้องว่างเมื่อถึงเวลาอาหาร

- หยุดหรือลดยากลุ่มที่มีฤทธิ์กัดกระเพาะอาหาร ได้แก่ยากลุ่มต้านการอักเสบ (NSAIDs) ยา Aspirin ยาแก้ปวดข้อต่างๆ เป็นต้น

2. การกินยา ยาหลักที่สำคัญคือการให้ยาเพื่อลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ปัจจุบันยาลดกรดกลุ่มที่แพทย์นิยมใช้กันมากคือยากลุ่ม Proton-pump inhibitor ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพดีมากในการลดกรดในกระเพาะอาหารและมีผลข้างเคียงน้อย ค่อนข้างปลอดภัย แต่มีข้อพึงปฏิบัติในการรับประทานยากลุ่มนี้ ดังนี้

- ผู้ป่วยควรกินยาให้หมดตามที่แพทย์จัดให้ เนื่องจากอาการปวดท้องจะหายไปก่อนที่แผลจะหายสนิท

- เมื่อเจ็บป่วยไม่สบายด้วยโรคอื่น ควรแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบว่ากำลังรับประทานยาในกลุ่มนี้อยู่เพื่อที่แพทย์จะได้จัดยาที่ไม่มีปฏิกิริยากับยาที่กินอยู่เดิม

พบว่าสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้แผลกระเพาะอาหารไม่หายคือการติดเชื้อ Helicobacter pylori พบว่าผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ Helicobacter pylori มักเกิดแผลกระเพาะอาหารซ้ำ ดังนั้นหากทำการตรวจพบว่ามีการติดเชื้อนี้อยู่ (มักตรวจโดยการตัดชิ้นเนื้อจากกระเพาะมาตรวจ) แพทย์จะจัดยาฆ่าเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยต้องกินยาให้ครบตามที่จัดจึงจะมีประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อ Helicobacter pylori ได้ดี

3. การผ่าตัด การรักษาวิธีนี้ใช้ในผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม จึงทำให้แผลลึกขึ้น จนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ เช่น

• เลือดออกในทางเดินอาหาร เกิดขึ้นเนื่องจากแผลในกระเพาะอยู่ในบริเวณที่มีเส้นเลือด เมื่อแผลถูกกรดในกระเพาะกัด แผลลึกขึ้นจนไปโดนเส้นเลือดที่อยู่ใต้แผล เมื่อมีเลือดออก ผู้ป่วยอาจมีอาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายเป็นเลือดแดง หากปริมาณเลือดที่ออกไม่มากนัก อาจพบอุจจาระมีลักษณะเหลว เป็น สีดำเข้ม

• กระเพาะทะลุ เกิดขึ้นเมื่อแผลในกระเพาะเป็นลึกจนทะลุทุกชั้นของผนังกระเพาะ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนนี้จะมีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่อย่างมาก ขึ้นมาทันทีทันใด มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง

• ทางเดินอาหารอุดตัน เกิดขึ้นในกรณีที่แผลอยู่บริเวณทางเชื่อมต่อระหว่างกระเพาะอาหารกับลำไส้เล็กส่วนต้น ซึ่งเป็นบริเวณที่แคบ เมื่อมีแผลเรื้อรังนานๆเข้าก็เกิดการดึงรั้ง ทำให้อาหารผ่านบริเวณที่แคบนี้ไปได้ลำบากมากขึ้น จนถึงจุดหนึ่งอาหารจะผ่านไปได้น้อยมาก ผู้ป่วยเกิดอาการแน่นอึดอัดท้อง และอาเจียนเป็นเศษอาหารเก่าๆที่รับประทานเข้าไป

เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่บ่งถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เหล่านี้ ต้องรีบพบแพทย์ทันที ซึ่งแพทย์ก็จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม เช่นในกรณีเลือดออกในทางเดินอาหารก็จะนำผู้ป่วยไปรับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น หากเจอตำแหน่งที่มีเลือดออกชัดเจน ก็สามารถใช้เครื่องมือต่างๆ ในการหยุดเลือดที่ไหล ผู้ป่วยที่มีกระเพาะทะลุ แพทย์จะทำการผ่าตัดช่องท้อง เย็บปิดรูทะลุร่วมกับการล้างทำความสะอาดช่องท้อง ในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของทางเดินอาหาร แพทย์จะทำการผ่าตัดทำทางเบี่ยงให้อาหารสามารถไปสู่ลำไส้เล็กได้โดยไม่ต้องผ่านบริเวณที่มีการตีบแคบ เป็นต้น

แผลกระเพาะอาหารทะลุ

วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์

ความสำคัญ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ หรือที่เรียกสั้นๆว่า "โรคกระเพาะ" เป็นโรคที่พบได้บ่อย ส่วนมากเกิดจากการที่มีกรดในกระเพาะอาหารมาก หรือมีกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารออกมาในขณะที่ไม่มีอาหารให้ย่อย (เช่น ในช่วงที่รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา เป็นต้น) นอกจากนี้ยาบางชนิด เช่น ยาแก้ปวดบางกลุ่ม ยาแอสไพริน ยาสเตียรอยด์, ความเครียด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่มีผลให้เยื่อบุกระเพาะอาหารเสื่อมสภาพลง ส่งผลให้เยื่อบุทางเดินอาหารอักเสบ และเกิดเป็นแผลในกระเพาะอาหารหรือในลำไส้เล็กส่วนต้น ในรายที่แผลกระเพาะอาหารมีขนาดใหญ่หรือเป็นแผลลึก อาจเกิดภาวะแผลกระเพาะอาหารทะลุ (เกิดที่ลำไส้เล็กส่วนต้นก็ได้)

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยที่มีภาวะแผลกระเพาะอาหารทะลุมักมีอาการปวดท้องเฉียบพลันบริเวณลิ้นปี่หรือปวดกระจายทั่วท้อง (เกิดจากน้ำย่อยในทางเดินอาหาร และ/หรือ เศษอาหารในลำไส้รั่วออกมาในช่องท้อง) ผู้ป่วยมักจะขยับตัวไม่ไหวเพราะเจ็บมาก อาจพบว่ามีกล้ามเนื้อผนังหน้าท้องแข็งเกร็งตลอดเวลา หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว และมีการขาดสารน้ำในร่างกายเกิดขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีไข้ตามหลังอาการปวดท้องด้วย

การวินิจฉัย โดยทั่วไปประวัติการปวดท้องเฉียบพลันร่วมกับการตรวจร่างกายพบอาการแสดงของการอักเสบภายในช่องท้องทั่วไป จะทำให้แพทย์นึกถึงภาวะแผลกระเพาะอาหารทะลุได้ (ผู้ป่วยอาจไม่มีประวัติโรคกระเพาะมากก่อนก็ได้) การเอ็กซเรย์ช่องท้องและทรวงอกอาจช่วยในการวินิจฉัยภาวะนี้ด้วย

หลักการรักษา วิธีการรักษาแผลกระเพาะอาหารทะลุต้องอาศัยการผ่าตัดเป็นหลัก (ผ่าตัดเปิดช่องท้องเข้าไปเย็บรูรั่ว บางรายอาจต้องตัดกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนที่เป็นแผลทะลุทิ้งด้วย) นอกจากนี้ยังต้องมีการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมเพื่อรักษาภาวะการติดเชื้อในช่องท้องด้วย

ความรู้ที่สำคัญ การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง รับประทานอาหารให้ตรงเวลา หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา และการไม่สูบบุหรี่ เป็นคำแนะนำทั่วไปในการลดโอกาสการเกิดโรคกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เพราะยาบางตัวมีผลทำให้กระเพาะอาหารอักเสบและเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นได้ และหากท่านมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารใดๆ ควรมาพบแพทย์เพื่อการตรวจรักษาต่อไปด้วย

ตับอ่อนอักเสบ

ประวัฒน์ โฆสิตะมงคล

ตับอ่อน (Pancreas) เป็นอวัยวะที่วางตัวอยู่หลังกระเพาะอาหาร ทำหน้าที่สร้างเอนไซม์และฮอร์โมนต่างๆที่ใช้ในการย่อยอาหารและควบคุมระดับน้ำตาลและสารต่างๆในเลือด

ภาวะตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitits) คือภาวะที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อตับอ่อน ซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute Pancreatitis)

เป็นภาวะที่เกิดการอักเสบของตับอ่อนในระยะเวลาอันรวดเร็ว เกิดจากการที่มีการกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ภายในตัวตับอ่อนก่อนจะออกมาที่ลำไส้เล็กส่วนต้น

สาเหตุส่วนใหญ่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 75 เกิดจากนิ่วในถุงน้ำดีและการดื่มสุรา สาเหตุที่อาจพบได้บ้าง ได้แก่ยาบางชนิด ภาวะไขมันในเลือดสูง การติดเชื้อไวรัสบางชนิด ภาวะภูมิคุ้มกันของตนเองทำงานผิดปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจะตรวจไม่พบสาเหตุชัดเจน

อาการของผู้ป่วยอาจมีความรุนแรงแตกต่างกัน โดยกรณีไม่รุนแรงจะมีอาการปวดจุกแน่นท้อง ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน จนถึงภาวะรุนแรงมากซึ่งอาจทำให้มีการกระตุ้นการอักเสบทั่วร่างกายและมีอันตรายถึงชีวิตได้

การวินิจฉัยโดยปกติแล้วสามารถวินิจฉัยเบื้องต้นได้จากประวัติลักษณะอาการปวดท้องและการตรวจร่างกาย และแพทย์จะทำการยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจค่าเอนไซม์ในเลือดซึ่งจะพบว่าค่าเอนไซม์ Amylase และ Lipase มีระดับสูงผิดปกติ แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาในการวินิจฉัย เพราะประวัติและการตรวจร่างกายอาจมีลักษณะคล้ายภาวะการอักเสบในช่องท้องจากสาเหตุอื่น เช่นภาวะกระเพาะอาหารทะลุ อาจจำเป็นต้องพิจารณาตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อการยืนยันการวินิจฉัย

การรักษา ผู้ป่วยตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันมักมีอาการดีขึ้นเป็นปกติหลังได้รับการรักษาประคับประคอง งดน้ำงดอาหาร จะมีเพียงผู้ป่วยส่วนน้อยที่จะมีอาการ

รุนแรงและต้องได้รับการผ่าตัดโดยเอาเนื้อตับอ่อนที่อักเสบมากออก เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและอาการปวดท้องทุเลาลง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขสาเหตุ เช่น ถ้าเกิดจากนิ่วในถุงน้ำดี ผู้ป่วยก็ควรได้รับการผ่าตัดตัดถุงน้ำดีออก เพื่อป้องการการเกิดซ้ำของภาวะตับอ่อนอักเสบ

2. ภาวะตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง (Chronic Pancreatitits)

เป็นภาวะการอักเสบของเนื้อเยื่อตับอ่อนที่เกิดขึ้นเป็นๆหายๆ และมีกลไกการอักเสบอย่างต่อเนื่องกับตับอ่อน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคของตับอ่อน เริ่มมีภาวะหินปูนและพังผืดแทรกในเนื้อตับอ่อนได้

สาเหตุส่วนใหญ่ในผู้ป่วยตับอ่อนตับเสบเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 50 เกิดจากการดื่มสุรา ภาวะอื่นๆได้แก่นิ่วในถุงน้ำดี ภาวะแร่ธาตุในร่างกายบางตัวมีระดับผิดปกติ

อาการ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีอาการปวดท้องที่บริเวณลิ้นปี่และร้าวไปทางหลังได้ อาจมีน้ำหนักลดลงเพราะการดูดซึมและการย่อยอาหารอาจไม่ค่อยดี ทำให้มีภาวะท้องเสียถ่ายเหลวร่วมด้วยได้ อาจมีส่วนน้อยที่จะมีอาการเริ่มแรกของภาวะเบาหวานจากการที่ตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซุลินไม่เพียงพอ

การวินิจฉัย สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นจากประวัติและการตรวจร่างกายร่วมกับการถ่ายเอกซเรย์ตรวจดูลักษณะภาวะการที่มีหินปูนเกาะหรือแทรกในเนื้อเยื่อตับอ่อน

การรักษาโดยปกติแล้วการรักษาจะเป็นการรักษาประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการปวดท้อง และอาจร่วมกับรับประทานยาเอนไซม์ตับอ่อนหรือฮอร์โมนเพื่อช่วยเรื่องการย่อยอาหารและระดับน้ำตาลที่ผิดปกติไป แต่อาจมีผู้ป่วยกลุ่มน้อยที่มีอาการปวดรุนแรงไม่ดีขึ้นด้วยการได้รับยาบรรเทาอาการ อาจมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษาต่อไป

ในปัจจุบันการป้องกันภาวะตับอ่อนอักเสบ นอกจากการงดดื่มสุราแล้ว ไม่มียาหรืออาหารเสริมใดที่ได้รับการรับรองว่าสามารถป้องกันภาวะดังกล่าวได้

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นพบว่าทั้งภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันและเรื้อรังมีอาการและอาการแสดงที่หลากหลายและอาจมีความรุนแรงได้หลายระดับ จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลและรักษาโดยแพทย์อย่างเหมาะสมเพื่อผลในการรักษาที่ดี

ลำไส้อุดตัน

อัฐพร ตระการสง่า

ภาวะทางเดินอาหารอุดตันนั้นเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ทางเดินอาหารของคนเราเริ่มต้นจากปาก ต่อลงไปเป็นหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ และสิ้นสุดที่ทวารหนัก บทความนี้จะกล่าวถึงภาวะลำไส้อุดตัน ซึ่งหมายถึง ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่อุดตันนั่นเอง

สาเหตุ ภาวะลำไส้เล็กอุดตันมักเกิดจากพังผืดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดในช่องท้อง นอกจากนี้ยังเป็นภาวะแทรกซ้อนของไส้เลื่อนที่ขาหนีบหรือผนังหน้าท้อง หรือเป็นผลแทรกซ้อนจากการฉายแสงเพื่อรักษาอวัยวะในช่องท้องก็ได้ นอกจากนี้ยังอาจจะสัมพันธ์กับมะเร็งระยะแพร่กระจาย ทำให้มีก้อนเนื้อร้ายมากดเบียดลำไส้เล็กได้ ในผู้สูงอายุอาจจะสัมพันธ์กับภาวะการติดเชื้อในช่องท้องก็ได้ ส่วนสาเหตุของลำไส้อุดตันในส่วนของลำไส้ใหญ่นั้นสาเหตุหลักเป็นจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ นอกจากนั้นเป็นจากภาวะการอักเสบหรือติดเชื้อ เช่น โรคถุงโป่งพองของลำไส้อักเสบ

อาการและอาการแสดง ภาวะทางเดินอาหารอุดตันจะมีอาการหลักอยู่ 4 อย่างด้วยกัน คือ ปวดท้อง ลักษณะปวดบีบเป็นพักๆ อาเจียน ท้องอืด และไม่ถ่ายอุจจาระไม่ผายลม โดยถ้าเป็นภาวะลำไส้เล็กอุดตัน จะมีอาการเด่นในเรื่องของอาการปวดท้องกับอาเจียน ส่วนถ้าเป็นภาวะลำไส้ใหญ่อุดตันมักจะสัมพันธ์กับเรื่องท้องอืด และไม่ถ่ายไม่ผายลม ส่วนอาการแสดงที่สำคัญ จะพบการขยายขนาดช่องท้อง เสียงลำไส้มีการบีบตัวเพิ่มขึ้น การตรวจร่างกายที่สำคัญคือการตรวจดูว่ามีไส้เลื่อนที่ขาหนีบหรือผนังหน้าท้องหรือไม่

การวินิจฉัย การสืบค้นทางห้องปฏิบัติการเพื่อใช้ในการวินิจฉัยภาวะลำไส้อุดตันนั้นทำได้โดยการใช้ฟิล์มเอ็กซเรย์ช่องท้องเพื่อดูการขยายขนาดของเงาลำไส้ซึ่งสามารถบอกตำแหน่งของการอุดตันได้ว่าเป็นส่วนของลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่

การรักษา การรักษาภาวะทางเดินอาหารอุดตันนั้นแบ่งเป็นสองวิธีหลักๆคือการรักษาแบบไม่ต้องผ่าตัดและการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ในภาวะลำไส้เล็กอุดตันนั้น

หากคิดว่าสาเหตุเป็นจากพังผืดในช่องท้องหรือผลแทรกซ้อนจากการฉายแสง การรักษาจะเริ่มต้นด้วยการใส่สายเข้าทางช่องจมูกเพื่อระบายเอาลมและน้ำที่ค้างอยู่ออกมาร่วมกับการให้สารน้ำเพื่อแก้ภาวะขาดน้ำ แต่ถ้าเป็นลำไส้อุดตันจากสาเหตุอื่นมักจะต้องรักษาโดยการผ่าตัด

กรดไหลย้อน

จิรวัฒน์ สว่างศรี

โรคกรดไหลย้อนเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในประเทศไทย โดยที่โรงพยาบาลศิริราชมีอุบัติการณ์ประมาณ 3.000 รายต่อปี อาการแสดงที่สำคัญได้แก่ อาการแสบร้อนกลางหน้าอก หรืออาการเรอเปรี้ยว นอกจากนั้นยังอาจจะมี เจ็บแน่นหน้าอก ไอ เรื้อรังซึ่งนอกจากจะรบกวนชีวิตประจำวันแล้วการที่ปล่อยให้มีภาวะกรดไหลย้อนเรื้อรังยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งหลอดอาหารส่วนล่างอีกด้วย นอกจากนี้หากมีการไหลย้อนของกรดเรื้อรังทำให้หลอดอาหารอักเสบเรื้อรังอาจทำให้เกิดหลอดอาหารตีบ ผู้ป่วยก็จะมาด้วยอาการกลืนลำบาก หรืออาเจียนมากคล้ายผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารได้

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

ความอ้วน(น้ำหนักมวลกายมากกว่า 25) การกินอาหารที่มีไขมันสูง น้ำผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดเช่น ส้ม มะนาว เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเช่น ชา กาแฟ ช็อคโกแลต อาหารรสเผ็ด อาหารที่มีส่วนประกอบของมิ้นท์ ตลอดจนปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละมื้อ ซึ่งหากมีปริมาณมากเกินไปจะมีผลให้หูรูดกระเพาะคลายตัวมากกว่าปกติได้ นอกจากนี้การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การเอนตัวลงนอนหลังรับประทานอาหารเร็วเกินไป และภาวะเครียดทางจิตใจยังส่งผลให้เกิดภาวะกรดไหลย้อนได้ทั้งสิ้น

การวินิจฉัย ในเบื้องต้นจากประวัติและอาการดังกล่าวข้างต้นสามารถบ่งบอกถึงโอกาสที่จะเป็นโรคกรดไหลย้อนค่อนข้างชัดเจน การตรวจพิเศษเพิ่มเติมมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัย เพื่อแยกโรคที่มีอาการใกล้เคียงออก และตรวจดูภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจเกิดร่วมกับโรคกรดไหลย้อนโดยเฉพาะมะเร็งหลอดอาหาร

การตรวจพิเศษ ได้แก่

1. การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น
2. การตรวจวัดปริมาณกรดในหลอดอาหารตลอดช่วงเวลา 24 ชม.
3. การตรวจวัดกรดและการไหลย้อนของน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารเข้ามาในหลอดอาหารตลอด 24 ชม.
4. การตรวจการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร

5. การตรวจหลอดอาหารโดยการกลืนแป้งทึบแสงเอกซเรย์

ซึ่งการตรวจพิเศษต่างๆนั้นอาจเลือกทำในกรณีที่การรักษาเบื้องต้นด้วยยาไม่ได้ผลและจะพิจารณาทำเป็นบางอย่างขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ และความพร้อมของสถานพยาบาลนั้นๆ และความเหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายๆไป

การรักษา การรักษาเบื้องต้นคือการลดปริมาณกรดที่จะไหลย้อนกลับขึ้นมายังหลอดอาหารประกอบด้วย การให้ยาลดกรด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการผ่าตัด

การรักษาโดยการใช้ยา เป็นยาประเภทลดการหลั่งกรดจากกระเพาะอาหาร อาจให้ร่วมกับยาประเภทปรับการบีบตัวของหลอดอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็น ในแง่ชนิดของอาหารที่บริโภค โดยงดอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่างๆดังกล่าวข้างต้น ไปจนถึงการปรับท่าทางหลังอาหารโดยให้หลีกเลี่ยงการกินอาหารก่อนนอนอย่างน้อย 3-4 ชม. นอนหัวสูง 6-10 นิ้วจากพื้นราบ ออกกำลังกายควบคุมน้ำหนัก หลีกเลี่ยงการทานอาหารมื้อใหญ่ พักผ่อนให้เพียงพอลดภาวะความตึงเครียด

การรักษาโดยการผ่าตัด แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นจากการใช้ยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ก็ยังอาจมีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ไม่ดีขึ้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคที่ ก่อให้เกิดอาการกรดไหลย้อนโดยเฉพาะ ภาวะไส้เลื่อนกระบังลม ซึ่งถ้าหากตรวจพบลักษณะนี้จากการส่องกล้องหรือ กลืนแป้งแบเรี่ยมร่วมกับอาการ กรดไหลย้อนไม่ดีขึ้นจากการใช้ยาอย่างเต็มที่แล้ว การรักษาโดยการผ่าตัดก็จะเข้ามามีบทบาทซึ่งจะทำการรักษาโดยการผ่าตัดแก้ไขภาวะ ไส้เลื่อนกระบังลมและทำหูรูดหลอดอาหารส่วนล่างเทียมโดยการ เย็บกระเพาะส่วนบน โอบรอบหลอดอาหารเข้าหากัน นอกจากนี้การผ่าตัดยังมีบทบาทในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นกรดไหลย้อนเรื้อรังจนกระทั่ง เกิดเป็นเนื้องอกที่หลอดอาหารส่วนปลาย หรือหลอดอาหารตีบแคบ อีกด้วย

ความรู้ที่สำคัญ ภาวะกรดไหลย้อนพบได้บ่อยในประชาชนทั่วไป หากมีอาการควรรีบตรวจรักษา ภาวะแทรกซ้อนก็จะเกิดน้อย แต่หากปล่อยให้เป็นเรื้อรังก็อาจจะเกิดผลตามมาที่รุนแรงไม่ว่าจะเป็นหลอดอาหารตีบ หรืออาจเกิดเป็นมะเร็งหลอดอาหารส่วนล่างได้

การกลืนสารกัดกร่อน

อัษฎา เมธเศรษฐ

ความร้ายแรง เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ที่สำคัญ เนื่องจากยังพบได้บ่อย มีความซับซ้อนในการให้การรักษาทั้งในระยะแรกและระยะเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในประเทศไทยกลืนกรดด่างเพื่อฆ่าตัวตาย สารที่กลืนมีความรุนแรงและกลืนเป็นจำนวนมากทำให้ผลการทำลายมีความรุนแรงสาเหตุสำคัญ

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ มักพบในผู้ที่มีปัญหาความเครียดในบางรายพบว่ามีปัญหาทางจิตเวชร่วมด้วย

อาการสำคัญที่ผู้ป่วยต้องรีบมาพบแพทย์ ผู้ป่วยมักมีอาการแสบร้อนที่ปากและคอ การนำสารกรดหรือด่างที่กลืนเข้าไปมาด้วยช่วยให้การรักษาถูกต้องยิ่งขึ้น

หลักการรักษา ภาวะนี้ต่างจากการกลืนสารพิษทั่วไป เพราะห้ามทำการล้างท้อง หรือกระตุ้นให้อาเจียนโดยเด็ดขาด การรักษาทำโดยให้น้ำเกลือและเฝ้าดูอาการว่ามีการทะลุของหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารเกิดขึ้นหรือไม่ หลังจากกลืน 2-3 สัปดาห์อาจเกิดการตีบของหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารเกิดขึ้น จำต้องทำการถ่างขยายหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหารตามความจำเป็น ถ้าการถ่างขยายทำไม่สำเร็จ จะทำการผ่าตัดเพื่อนำลำไส้ใหญ่ขึ้นมาทดแทนหลอดอาหาร

ความรู้ที่สำคัญ หลังกลืนกรดด่าง ควรรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล การให้ความดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

อาเจียนเป็นเลือด

สุปรีชา อัสวกาญจน์

การอาเจียนเป็นเลือดเป็นอาการแสดงที่บ่งว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหารโดยเฉพาะทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นภาวะที่มีความรุนแรงได้หลายระดับทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่ออกและโรคที่เป็นสาเหตุ กล่าวคืออาจเป็นได้ตั้งแต่กระเพาะอักเสบเพียงเล็กน้อยและเลือดสามารถหยุดได้เอง จนถึงภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากและอาจทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที

ดังนั้นแล้วผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนเป็นเลือดทุกคน ควรได้รับการตรวจรักษาโดยละเอียดเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง และรับการรักษาที่เหมาะสมตามสาเหตุในผู้ป่วยแต่ละราย

อาการและอาการแสดง อาเจียนเป็นเลือดสดหรือมีเลือดปน โดยเลือดที่อาเจียนออกมาอาจเป็นได้ทั้งสีแดงสดหรือสีดำคล้ำ และอาจมีปริมาณแตกต่างกันตามแต่สาเหตุ

ผู้ป่วยอาจมีอาการหน้ามืด ใจสั่น หรือเป็นลมหมดสติ ซึ่งเป็นอาการแสดงที่สำคัญอันบ่งชี้ว่ามีเลือดออกปริมาณค่อนข้างมากในทางเดินอาหารจนทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยต่ำลงจึงมีอาการดังกล่าว

สาเหตุที่สำคัญ การอาเจียนเป็นเลือดเกิดได้จากหลายสาเหตุ สาเหตุหลักที่พบบ่อยๆ ได้แก่

1. แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น
2. เส้นเลือดขอดในหลอดอาหารแตก ซึ่งการมีเส้นเลือดขอดในหลอดอาหารมักจะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะตับแข็งซุกซ่อนอยู่ด้วย

อย่างไรก็ดี ยังอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้อีก เช่น มีรอยฉีกขาดที่หลอดอาหารจากการอาเจียนอย่างรุนแรง มีก้อนเนื้องอก/มะเร็งในทางเดินอาหาร เป็นต้น

แนวทางการรักษา โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยที่มีอาการอาเจียนเป็นเลือดมาโรง

พยาบาล แพทย์จะให้การดูแลรักษาโดยมีหลักการและแนวทางการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ประคองสัญญาณชีพของผู้ป่วย : ดังได้กล่าวแล้วว่าภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารมีได้หลายความรุนแรงหลายระดับ ในผู้ป่วยบางรายเลือดออกมากจนความดันโลหิตต่ำได้ ดังนั้นแพทย์มักเริ่มต้นในการดูแลผู้ป่วยทุกรายด้วยการประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วย และให้น้ำเกลือตลอดจนทั้งเลือดและส่วนประกอบของเลือดตามความรุนแรงของเลือดที่ออก ผู้ป่วยบางรายที่เลือดออกมาก อาจได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะร่วมด้วย เพื่อช่วยในการติดตามผลการรักษา

2. ประเมินความรุนแรงของภาวะเลือดออก : นอกเหนือจากการดูสัญญาณชีพแล้ว แพทย์จะทำการประเมินความรุนแรงของภาวะเลือดออกได้ โดยการใส่สายสวนกระเพาะอาหารผ่านทางจมูกผู้ป่วยและดูดเอาเลือดที่ค้างอยู่ออกด้วยวิธีทางนี้แพทย์จะสามารถพอประเมินได้ว่าเลือดที่ออกมีปริมาณมากน้อยเพียงใดและยังคงมีเลือดออกต่อเนื่องหรือไม่

นอกจากนี้แพทย์ยังสามารถใช้สายดังกล่าว ทำการล้างกระเพาะ เพื่อทำให้การตรวจวินิจฉัยต่อไปทำได้ง่ายขึ้นด้วย

3. ประเมินสาเหตุและทำการห้ามเลือด : หากผู้ป่วยมีอาการคงที่พอขั้นตอนต่อไปที่แพทย์มักทำเพื่อเป็นประเมินสาเหตุ คือ การส่องกล้องกระเพาะอาหารทำได้โดยการใช้กล้องไฟเบอร์ออฟติกสอดผ่านทางปากของผู้ป่วย ด้วยวิธีนี้แพทย์จะสามารถมองเห็นภายในทางเดินอาหารส่วนต้นของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยสาเหตุที่เลือดออกได้อย่างถูกต้อง

นอกจากนี้ในบางกรณีหากเลือดออกมากและแพทย์พบสาเหตุที่เลือดออก เช่น แผลในกระเพาะหรือเส้นเลือดขอดในหลอดอาหาร แพทย์ยังอาจทำการห้ามเลือดผ่านทางกล้องนี้ได้ เช่น การใช้จี้ไฟฟ้าห้ามเลือด การใช้คลิปหนีบหลอดเลือด หรือการใช้ยางรัดหลอดเลือดขอดเป็นต้น

4. ให้การรักษาตามสาเหตุและป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ : โดยอาศัยผลการวินิจฉัยจากการส่องกล้อง แพทย์จะสามารถให้การรักษาที่เหมาะสมตามสาเหตุที่ทำให้มีเลือดออก ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งการให้ยาลดกรด การให้ยาลดความดัน หรือกระทั่งการผ่าตัดในผู้ป่วยบางราย

ผลของการรักษา ในแง่ผลของการรักษานั้นขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้มีเลือดออก

ในทางเดินอาหาร หากเป็นเลือดออกจากแผลในกระเพาะอาหาร ปัจจุบันมีการรักษาได้ผลดีโดยการให้ยาลดกรดโดยไม่จำเป็นต้องผ่าตัด แต่ผู้ป่วยก็ควรปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกซ้ำด้วยโดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะ เช่น การสูบบุหรี่ หากทำได้ดังนี้ผลการรักษามักได้ผลดี

หากเป็นเลือดออกจากหลอดเลือดขอดในหลอดอาหาร ซึ่งมักเกิดในผู้ป่วยตับแข็ง ผลการรักษาอาจไม่ดีมากนัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะตับแข็งของผู้ป่วยด้วยว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

อย่างไรก็ดีด้วยวิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบัน แพทย์มักสามารถห้ามเลือดที่ออกได้ในช่วงแรกเป็นผลสำเร็จกว่า 80% แต่การจะป้องกันไม่ให้เลือดออกซ้ำคงต้องขึ้นอยู่กับสาเหตุตามแต่ในภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย

ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

ธวัชชัย อัครวิพุธ

"ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด" เป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นบ่อยๆในชีวิตประจำวันของเรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตอนเช้าหลังจากเข้าห้องน้ำ ปลดทุกข์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว หันหลังกลับไปดูสิ่งที่อยู่ในชักโครก ก็พบว่ามีสีแดงกระจายอยู่ภายใน ซึ่งถ้าปริมาณเลือดที่ออกมามีจำนวนมาก อาจทำให้เราถึงกับหน้ามืดเป็นลมหมดสติได้ ดังนั้นถ้าพบว่ามีภาวะถ่ายอุจจาระเป็นเลือดเกิดขึ้นแล้ว อย่าได้นิ่งนอนใจ ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อรับคำแนะนำในการตรวจรักษาที่เหมาะสมต่อไป ก่อนที่จะมีอาการมากจนไม่สามารถไปพบแพทย์ได้ด้วยตนเอง

ลักษณะอาการของการถ่ายเป็นเลือด อาจเป็นได้ทั้งสีเลือดคล้ำ เลือดปนมูก หรือออกมาเป็นเลือดแดงสด ซึ่งสาเหตุมีได้ตั้งแต่เป็นแผลที่รูทวาร เลือดออกจากริดสีดวงทวาร หลอดเลือดผิดปกติที่ผนังลำไส้ หรือก้อนเนื้อชนิดไม่ร้ายแรง รวมไปถึง มะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ หรือหากเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นปริมาณมากสามารถพบได้จากอาการถ่ายเป็นเลือดได้เช่นกัน โดยที่หากการถ่ายเป็นเลือดมีลักษณะเคลือบด้านนอกของอุจจาระ สาเหตุอาจเกิดจากเลือดออกจากริดสีดวงทวาร หรือ แผลที่รูทวารได้ หากอาการถ่ายเป็นเลือดปริมาณครั้งละมากๆ อาจเกิดจากการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดที่มีขนาดใหญ่ ในบางรายมีอาการถ่ายเป็นเลือดร่วมกับมีมูกปน และอุจจาระขนาดเล็กลงอาจเกิดจากก้อนเนื้องอกในลำไส้ ซึ่งบางครั้งอาจเป็นมะเร็งได้

สาเหตุที่สำคัญ ของภาวะนี้อาจเป็นได้ตั้งแต่น้อยไปหามาก กล่าวคือ อาจมีเลือดออกเพียงเล็กน้อยติดอยู่ที่กระดาษชำระ หรือออกมามากจนทำให้ถึงกับหมดสติไป ถ้าเลือดที่ออกมามีสีแดงสด ครั้งละไม่มาก เคลือบด้านนอกอุจจาระออกมา สาเหตุอาจเกิดจากโรคริดสีดวงทวารหนัก หรือถ้าออกครั้งละปริมาณมากๆ อาจเกิดจากภาวะที่มีการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดที่มีขนาดใหญ่ ใน บางราย เลือดออกมาไม่มากแต่มีมูกปน ร่วมกับการที่อุจจาระมีขนาดเล็กลง อาจเกิดจากการที่มีก้อนเนื้องอกผิดปกติ ซึ่งบางครั้งเป็นเนื้อร้ายได้

อาการสำคัญ ที่ผู้ป่วยต้องรีบมาพบแพทย์ คือการที่มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดร่วมกับ มีมูกปน. อุจจาระมีขนาดเล็กลงหรือน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว หากมีการเสียเลือดปริมาณมาก หรือเป็นมานานอาจมีอาการซีด เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลมตามมา เมื่อมาพบแพทย์นอกจากการตรวจร่างกายภายนอกแล้ว ยังมีการตรวจทางทวารหนักเพื่อหาสาเหตุที่เลือดออก นอกจากนี้ยังมีการตรวจรักษาที่สำคัญคือการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารซึ่งจำเป็นต้องมีการนัดหมายกับแพทย์ระบบทางเดินอาหารเพื่อทำการเตรียมลำไส้และรับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหาร

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่สามารถให้การวินิฉัยรอยโรคได้ ทั้งสามารถทำการตัดชิ้นเนื่อเพื่อการตรวจวินิฉัย และเพื่อการรักษาได้ โดยขึ้นกับ ระยะ ขนาด และตำแหน่งของรอยโรคนั้นๆ

ความรู้ที่สำคัญ ผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดควรได้รับการตรวจจากแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุ ประเมินความรุนแรง และได้การรักษาที่ถูกต้องต่อไป

ริดสีดวงทวาร

วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์

ความสำคัญ ผู้ป่วยโรคริดสีดวงทวารหนัก มักมาพบแพทย์ด้วยอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือดแดงสด หรือมีก้อนโผล่ขณะถ่ายอุจจาระ แต่อาการดังกล่าวก็พบในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งทวารหนัก และโรคอื่นๆ บริเวณปากทวารหนักได้เช่นกัน

อาการและอาการแสดง ริดสีดวงทวารหนักเกิดจากการการโป่งพองของหลอดเลือดขนาดเล็กและการเสื่อมสภาพของเยื่อบุลำไส้ส่วนปลาย ทำให้มีเลือดออกและมีก้อนยื่นออกมาทางปากทวารหนัก ปัจจุบันเชื่อว่ามีสาเหตุหลายอย่างที่ทำให้เกิดริดสีดวงทวารหนัก เช่น ภาวะท้องผูก และการเบ่งอุจจาระนานๆ เป็นต้น สำหรับการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย อาหารรสจัด หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาจกระตุ้นอาการของริดสีดวงทวารหนักให้เป็นมากขึ้นได้ด้วย

ริดสีดวงทวารหนักแบ่งตามตำแหน่งออกเป็น 2 ชนิดคือ (1) ริดสีดวงทวารชนิดภายนอก ซึ่งปกคลุมด้วยชั้นผิวหนัง อาจเรียกว่าติ่งเนื้อปากทวารหนักก็ได้ และ (2) ริดสีดวงทวารชนิดภายใน ซึ่งปกคลุมด้วยเยื่อบุลำไส้ สำหรับริดสีดวงทวารชนิดภายในนี้ยังแบ่งย่อยออกเป็น 4 ระยะตามความรุนแรงของโรค คือ

ระยะที่ 1 ริดสีดวงทวารที่มีเลือดออกแต่ไม่มีก้อนยื่น

ระยะที่ 2 ริดสีดวงทวารที่ยื่นพ้นปากทวารหนักขณะเบ่งถ่ายอุจจาระ แต่สามารถหดกลับเข้าที่ได้เอง

ระยะที่ 3 ริดสีดวงทวารที่ยื่นพ้นปากทวารหนักขณะเบ่งถ่ายอุจจาระ และจะกลับเข้าที่ได้โดยต้องใช้นิ้วดันกลับ (ไม่สามารถหดกลับเข้าที่ได้เอง)

ระยะที่ 4 ริดสีดวงทวารที่ยื่นออกมาตลอดเวลา ไม่สามารถดันกลับเข้าที่ได้ หรือริดสีดวงทวารที่เกิดมีภาวะลิ่มเลือดเฉียบพลัน หรือมีการยื่นของเยื่อบุช่องทวารหนักออกมาทั้งหมด

การวินิจฉัย แพทย์จะทำการซักประวัติของท่าน โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและลักษณะของเลือดที่ออก นอกจากการตรวจร่างกายทั่วไปแล้ว

แพทย์จะทำการตรวจทางทวารหนักโดยการสอดนิ้วมือ และ/หรือใส่เครื่องมือขนาดเล็กเพื่อตรวจดูเยื่อบุลำไส้ส่วนล่าง

หลักการรักษา วิธีการรักษาโรคริดสีดวงทวารหนัก มีตั้งแต่การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารมากขึ้น หรือรับประทานยาที่ทำให้อุจจาระนิ่ม และปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน (ได้แก่ การดื่มน้ำมากๆ และลดอาหารไขมัน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการเบ่งอุจจาระนานๆ หรืออ่านหนังสือในขณะขับถ่าย หลีกเลี่ยงยาที่ทำให้ท้องผูกหรือท้องเสีย เป็นต้น) การรับประทานยาหรือเหน็บยาทางทวารหนัก จนถึงการรัดริดสีดวงทวารด้วยยาง และการผ่าตัด ซึ่งการเลือกการรักษาวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับระยะและความรุนแรงของโรค

สำหรับข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดริดสีดวงทวารได้แก่ ความล้มเหลวจากการรักษาด้วยวิธีการไม่ผ่าตัด หรือ เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเช่น ภาวะขาดเลือดหรือเกิดลิ่มเลือดเฉียบพลันในริดสีดวงทวาร เป็นต้น หรือมีโรคบริเวณช่องทวารหนักที่ต้องการการผ่าตัดร่วมด้วย เช่น แผลปริปากทวาร หรือฝีคัณฑสูตร เป็นต้น ในทางปฏิบัติ ริดสีดวงทวารระยะที่ 3 และ 4 เป็นข้อบ่งชี้หลักในการเลือกผ่าตัดริดสีดวงทวาร

ความรู้ที่สำคัญ การป้องกันการเกิดโรคริดสีดวงทวารหนักย่อมดีกว่าการรักษาโรคที่เกิดขึ้นแล้ว (แนะนำให้ปฏิบัติตามแบบการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่กล่าวไว้ข้างต้น) และกรณีที่ท่านมีอาการขับถ่ายผิดปกติ หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดควรมาพบแพทย์ เพื่อหาสาเหตุของโรค (เพราะอาจเกิดจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งทวารหนัก แต่ถ้าอาการนั้นเกิดจากริดสีดวงทวารหนักจริง ถ้าท่านมาพบแพทย์เร็ว ท่านอาจจะได้รับรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ โดยไม่ต้องผ่าตัด

ฝีรอบทวารและฝีคัณฑสูตร

วรมินทร์ เหรียญสุวรรณ

ฝีคัณฑสูตรคืออะไร ? ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano) เป็นภาวะที่เกิดตามหลังการเป็นฝีรอบทวาร (Perianal abscess) ผู้ป่วยที่เป็นฝีรอบทวารประมาณร้อยละ 30 ถึง 50 เมื่อฝีแตกเองหรือได้รับการผ่าตัดระบายหนองออกแล้ว รูที่ฝีแตกหรือรูที่ผ่าตัดระบายหนองออกไม่สามารถปิดเองได้หรือปิดเองได้แล้วกลับแตกออกใหม่อีก มีหนองหรือมูกออกมาเป็นๆหายๆ

ฝีคัณฑสูตรหรือฝีรอบทวารเกิดขึ้นได้อย่างไร ? ส่วนใหญ่ของฝีรอบทวารเกิดจากมีการอักเสบหรือติดเชื้อของต่อมที่สร้างเมือกมาหล่อลื่นช่องทวารหนัก (Anal gland) ซึ่งต่อมนี้จะมีรูเปิดด้านในอยู่ในช่องทวารหนัก ส่วนใหญ่เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นมักมีฝีเกิดตามมา แต่ฝีมักจะแตกหรือเซาะไประหว่างกล้ามเนื้อหูรูดชั้นในและชั้นนอกหรือแตกผ่านกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกไปอยู่รอบๆทวารหนัก ส่วนฝีคัณฑสูตรคือโรคที่เกิดต่อเนื่องจากฝีรอบทวารหากฝีรอบทวารไม่หายไปหลังจากการรักษาหรือแตกเอง

อาการและอาการแสดงของฝีคัณฑสูตร หรือ ฝีรอบทวาร คืออะไร ? ผู้ป่วยที่เป็นฝีรอบทวารจะมีอาการปวดบริเวณรอบๆ ทวารหนัก หรือในทวารหนัก ร่วมกับอาการแสดงของการมีฝี คือคลำได้บวมหรือก้อนบริเวณรอบหรือปากทวารหนัก มีไข้ ผิวหนังบริเวณรอบปากทวารหนักแดงหรือร้อน ส่วนผู้ป่วยที่เป็นฝีคัณฑสูตรก็จะมีประวัติว่าเคยเป็นฝีรอบทวารแล้วแตกเอง หรือเคยผ่าตัดระบายหนอง หลังจากนั้นแผลผ่าตัดหรือรูที่ฝีแตกเองไม่ปิดยังคงมีหนองหรือเมือกออกเป็นๆหายๆ บางครั้งถ้ารูปิดอาจเกิดการอักเสบติดเชื้อเป็นฝีรอบทวารขึ้นใหม่อีก

การรักษาฝีรอบทวารและฝีคัณฑสูตรทำได้อย่างไร ? การรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างเดียวไม่ได้ช่วยทำให้ฝีรอบทวารหายขาด ที่สำคัญคือฝีอาจจะลุกลามมากขึ้นเป็นการติดเชื้อเน่าตายของบริเวณรอบทวารหนัก ซึ่งมีอัตราตายและทุพพลภาพสูงถ้ารักษาไม่ทัน ดังนั้นเมื่อมีอาการหรืออาการแสดงที่สงสัยว่าเป็นฝีรอบทวารควรมาพบแพทย์ให้แพทย์ตรวจ หากเป็นฝีรอบทวารจริงการรักษาคือการผ่าตัด

ระบายหนองออก ส่วนยาปฏิชีวนะนั้นอาจพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อมาก ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานบกพร่อง ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจหรือหลอดเลือดเทียม เป็นต้น

การรักษาฝีคัณฑสูตรนั้นคือ การผ่าตัด วิธีการผ่าตัดที่จะเลือกใช้นั้นขึ้นกับความซับซ้อนของฝีคัณฑสูตรที่ผู้ป่วยเป็น ตลอดจนทางติดต่อระหว่างรูเปิดภายนอกทวารหนักและรูเปิดภายในทวารหนักซึ่งมักจะผ่านกล้ามเนื้อหูรูด ถ้าทางติดต่อนี้ผ่านกล้ามเนื้อหูรูดไม่มากก็สามารถผ่าตัดเพียงครั้งเดียวได้ แต่ถ้าทางติดต่อนี้ผ่านกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกมาก ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องทำผ่าตัดมากกว่าหนึ่งครั้งขึ้นไป โดยทั่วไปผู้ป่วยที่เป็นฝีคัณฑสูตรมักถูกแนะนำให้ทำผ่าตัดเพราะจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดการเกิดเป็นฝีรอบทวารกลับขึ้นมาใหม่ นอกจากนี้ยังลดโอกาสที่จะเกิดเป็นมะเร็งขึ้นในทางติดต่อของฝีคัณฑสูตรถึงแม้จะมีโอกาสเกิดน้อยมากก็ตาม แต่ก็เคยมีรายงานในวารสารทางการแพทย์ว่าเกิดขึ้นได้

มะเร็งหลอดอาหาร

อัษฎา เมธเศรษฐ

ความร้ายแรง มะเร็งหลอดอาหารพบได้ไม่บ่อยนัก แต่มักมีความรุนแรง เนื่องจากมะเร็งชนิดนี้กระจายได้เร็ว และเป็นวงกว้าง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลาม การรักษาให้หายขาดจึงทำได้ยาก

สาเหตุสำคัญ พบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ เชื้อชาติ (อุบัติการณ์จะสูงกว่าในชาวอิหร่าน โซเวียตและจีน), สุรา, บุหรี่, อาหารบางชนิด, โรคหลอดอาหารบางชนิด เช่น อะคาลาเชีย (ภาวะหูรูดหลอดอาหารไม่คลายตัว)

อาการสำคัญที่ผู้ป่วยต้องรีบมาพบแพทย์ อาการ กลืนลำบาก พบได้มากที่สุด ประมาณ 90% นอกจากนี้ มักพบว่ามี น้ำหนักลด อาเจียน เจ็บเวลากลืน ถ้ามีอาการเสียงแหบ หรือสำลัก แสดงว่ามีอาการลุกลามค่อนข้างมากแล้ว ดังนั้น ถ้ามีอาการเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์แต่เนิ่นๆ เพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง

การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคและหาระยะของโรคมะเร็งหลอดอาหาร มักเริ่มด้วยการซักประวัติ อาการ อาการแสดง รวมถึง การตรวจร่างกาย จากนั้นจะทำการส่องกล้องหลอดอาหารเพื่อนำชิ้นเนื้อมาตรวจ ต่อมาทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เพื่อประเมินระยะของโรค

หลักการรักษา การผ่าตัด เป็นการผ่าตัดเอาหลอดอาหารส่วนที่เป็นมะเร็งออกไป มักทำในรายที่ยังมีการลุกลามไม่มาก การผ่าตัดนี้ต้องอาศัยความชำนาญในการผ่าตัดมาก ถือเป็นการผ่าตัดใหญ่เพราะมีการผ่าตัดเข้าทรวงอก ช่องท้องและคอ สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ระยะลุกลาม มักให้ฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด (chemoradiation) ซึ่งปัจจุบัน มีบทบาทมากขึ้นเนื่องจากผลการรักษาดีขึ้นมาก และกำลังจะเป็นการรักษาหลักในอนาคต ในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดหรือให้ chemoradiation ได้มักใส่ลวดขยาย (stent) เพื่อให้ผู้ป่วยกินอาหารได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ความรู้ที่สำคัญ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก ควรรีบมากพบแพทย์และทำการตรวจด้วยการส่องกล้อง การตรวจพบในระยะแรกเริ่มเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษามะเร็งหลอดอาหาร

มะเร็งกระเพาะอาหาร

จิรวัฒน์ สว่างศรี

มะเร็งกระเพาะอาหารในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ประมาณ 1,000 รายต่อปี หรือพบเป็นอันดับ 8 ของมะเร็งทั้งหมด โดยมีปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การติดเชื้อ เฮลิโคแบคเตอร์ ไพลอริ โดยผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายโรคกระเพาะอาหาร เรื้อรังคลื่นไส้อาเจียนน้ำหนักลดถ้าอาการเป็นมากขึ้นอาจมีอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายดำ จนกระทั่งมีอาการซีด อ่อนเพลีย หน้ามืดวิงเวียนได้

การวินิจฉัย ทำโดยการกลืนแป้งเพื่อเอกซเรย์ดูผิวกระเพาะหรือการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น ซึ่งทั้งสองวิธีจะตรวจพบผิวกระเพาะขรุขระเป็นแผลหรือมีการหนาตัวขึ้นผิดปกติ บางครั้งรอยโรคอาจแยกกับแผลโรคกระเพาะทั่วไปได้ยาก การส่องกล้องและส่งตัวอย่าง

ชิ้นเนื้อเยื่อผิวกระเพาะเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยาจึงจำเป็นเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องและรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

สำหรับประชาชนทั่วไปที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นแม้จะยังไม่มีอาการก็ควรได้รับการส่องกล้องเพื่อเป็นการตรวจคัดกรอง (Screening test) ซึ่งหากพบมะเร็งกระเพาะอาหารระยะเริ่มแรกสามารถทำการรักษาโดยการส่องกล้องซึ่งได้ผลดี มีผลแทรกซ้อนต่ำและหวังผลหายขาดได้ดังจะกล่าวต่อไป

การประเมินก่อนการรักษา เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร การประเมินเพื่อจะทำการรักษาประกอบด้วยการประเมินสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินสภาพของเนื้องอก

การประเมินสภาพร่างกายทั่วไปประกอบด้วยการตรวจเช็คความแข็งแรงของการทำงานของหัวใจและปอด การตรวจเช็คเลือดทั่วไปและระดับสารอาหารในร่างกายซึ่งจะมีผลต่อการรับการผ่าตัดและการให้ยาเคมีบำบัด

การประเมินระยะของมะเร็งเพื่อดูระยะการลุกลามของเนื้องอกที่ผนังกระเพาะและต่อมน้ำเหลืองที่อยู่รอบๆกระเพาะจนกระทั่งการกระจายในช่องท้องโดยใช้การตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

การรักษา การรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระยะของเนื้องอกซึ่งประกอบด้วยความลึกของเนื้องอก การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองรอบๆกระเพาะ และการกระจายไปอวัยวะที่ห่างจากกระเพาะ

มะเร็งกระเพาะอาหารระยะต้นหรือระยะที่ 1 คือมะเร็งที่กินลึกเพียงชั้นผิวไม่ลึกถึงกล้ามเนื้อกระเพาะ ซึ่งเนื้องอกระยะนี้พบน้อยในประเทศไทยเนื่องจากผู้ป่วยมักไม่มีอาการและประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้แก่ผู้ที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่เป็นโรคกระเพาะเป็นๆหายๆ หรือรักษาโรคกระเพาะเต็มที่แล้วไม่ดีขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากมะเร็งกระเพาะอาหารระยะเริ่มแรก มีโอกาสกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองต่ำ ดังนั้นการรักษามะเร็งในระยะนี้สามารถทำได้โดยการตัดเพียง เนื้องอกที่ผิวกระเพาะ โดยการส่องกล้องจึงเพียงพอและสามารถหวังผลหายขาดได้

มะเร็งกระเพาะอาหารระยะที่ 2 และ 3 หรือมะเร็งระยะลุกลาม คือระยะที่มะเร็งมีความลึกไปถึงชั้นกล้ามเนื้อหรือผิวด้านนอกของกระเพาะอาหาร มะเร็งที่มีความลึกระดับนี้จะมีโอกาสกระจาย ไปยังต่อมน้ำเหลืองมากขึ้น การรักษาหลักคือการผ่าตัดกระเพาะอาหารเอาส่วนที่เป็นมะเร็ง และเลาะต่อมน้ำเหลืองที่อยู่แวดล้อมกระเพาะอาหารออก ร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด

มะเร็งกระเพาะอาหารระยะที่ 4 หรือมะเร็งระยะสุดท้าย คือมะเร็งที่มีการกระจายออกไปยังอวัยวะที่ห่างจากกระเพาะหรือไม่ได้ติดต่อกับกระเพาะอาหารโดยตรง การรักษามะเร็งในระยะนี้ แม้จะตัดกระเพาะ เลาะต่อมน้ำเหลือง ให้ยาเคมีบำบัดต่อก็มักไม่ได้เพิ่มความยืนยาวของอายุผู้ป่วยแต่อย่างใด แนวโน้มจึง เป็นการรักษา เพื่อการประคับประคองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในช่วงสุดท้ายของชีวิต

ความรู้ที่สำคัญ การตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหารระยะเริ่มแรกมีความสำคัญมาก หากพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหรือ มีอาการโรค กระเพาะอาหารเรื้อรังเกิน 2 เดือน อาจจะมีน้ำหนักลดหรือมีลักษณะบ่งชี้ว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหาร ควรมารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งกระเพาะอาหาร เพราะหากตรวจพบในระยะเริ่มแรก การรักษาก็จะได้ผลดีมีผลแทรกซ้อนต่ำและ หวังผลหายขาดได้

มะเร็งลำไส้ใหญ่

วิทูร ชินสว่างวัฒนกุล

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จัดได้ว่าเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อย ทั้งในเพศหญิงและชาย โดยเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดใน 5 อันดับแรกของมะเร็งทุกชนิดรวมกันและยังเป็นมะเร็งที่มีอัตราการตายสูงในอันดับต้นๆ เช่นกัน

จะรู้ได้อย่างไรว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในระยะเริ่มแรกมักจะไม่มีอาการใดๆ จนเมื่อก้อนเนื้องอกโตขึ้น จนมีขนาดพอสมควร จึงก่อให้เกิดอาการเริ่มต้น ได้แก่ ปวดท้อง ท้องเสียหรือท้องผูกอย่างไม่มีเหตุผล ซีดอันสืบเนื่องมาจากการเกิดแผลและมีเลือดออกเรื้อรัง ถ่ายอุจจาระมีมูกปนเลือด ถ่ายกะปริดกะปรอย ปวดเบ่งหรือมีความรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระตลอดเวลา บางครั้งก้อนอาจมีขนาดใหญ่มากจนสามารถคลำก้อนที่หน้าท้องได้ด้วยตนเอง และเมื่อก้อนลุกลามจนอุดกั้นทางเดินอุจจาระของลำไส้ใหญ่ ก็จะส่งผลให้เกิดการตีบตัน จนไม่สามารถถ่ายอุจจาระหรือผายลมได้ หากมิได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ลำไส้อาจแตกทะลุได้

จะมีวิธีการตรวจหาว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างไร การตรวจอย่างง่าย เช่น การตรวจหาการปนเปื้อนของเลือดในอุจจาระ เป็นการตรวจ สุ่มเบื้องต้น อันเป็นที่นิยม และหากพบผลบวกที่แสดงว่ามีการปนเปื้อนของเลือดในอุจจาระ แพทย์จะส่องกล้องตรวจเยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่ภายในว่ามีแผล ตุ่มผิดปรกติ หรือก้อนเนื้องอกอยู่หรือไม่ พร้อมทั้งสามารถเก็บชิ้นเนื้อขนาดเล็ก เพื่อส่งตรวจพิสูจน์ทางพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ อันเป็นการยืนยันการวินิจฉัย และเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการรักษาต่อไป การตรวจพิเศษทางรังสีวิทยา เช่น การตรวจช่องท้องหรือทรวงอกด้วยเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์ เป็นการช่วยประเมินตำแหน่งของก้อนเนื้องอกก่อนการผ่าตัด รวมทั้งระยะการลุกลามของโรค ว่ามีต่อมน้ำเหลืองโต หรือโรคกระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น ตับ และปอดหรือไม่ ส่วนการตรวจเลือด เป็นการประเมินสภาพความพร้อมของร่างกาย อีกทั้งการตรวจค่าโปรตีนบางชนิด เช่น ค่าซีอี

เอ (CEA ย่อมาจาก carcinoembryonic antigen) ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือติดตามหากมีการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ภายหลังการผ่าตัดได้

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีวิธีใดบ้าง การผ่าตัดเป็นการรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเปิดแผลแบบดั้งเดิม หรือการผ่าตัดผ่านการส่องกล้อง ซึ่งเป็นเทคนิคที่ลดความเจ็บปวด บาดแผลขนาดเล็กลง และใช้เวลาพักฟื้นที่สั้นกว่า นอกจากนั้น ยังมีการให้ยาเคมีบำบัดและการให้รังสีรักษา ซึ่งเป็นการรักษาเสริม ก่อนหรือหลังการผ่าตัด ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายไป

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดจากอะไร มีวิธีป้องกันหรือไม่ จากการศึกษา พบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนมากมีความสัมพันธ์โดยตรงกับ พฤติกรรมการบริโภค ได้แก่ การกินอาหารที่มีไขมันสัตว์สูง ปริมาณเส้นใยอาหารต่ำ ร่วมกับการออกกำลังกายน้อย มีดัชนีมวลกายสูงกว่าปรกติ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จึงนับเป็นความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในขณะที่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่น้อยกว่าร้อยละ 5 ที่เกิดมาจากปัจจัยการถ่ายทอดหรือโรคทางพันธุกรรม การป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จึงกระทำได้ ด้วยการบริโภคอาหารที่มีปริมาณเส้นใยอาหารสูง ประเภทธัญพืช ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสัตว์ รวมทั้งหมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ และหากมีความเสี่ยง เช่น มีบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวจำนวน 2 คนขึ้นไปเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการตรวจที่เหมาะสมต่อไป

มะเร็งตับ

ยงยุทธ ศิริวัฒนอักษร

โรคมะเร็งตับ เป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ป่วยชายไทย

โรคมะเร็งตับ มี 2 ประเภท

1. โรคมะเร็งตับปฐมภูมิ คือ มะเร็งที่เกิดจากเนื้อเยื่อของตับเอง แบ่งได้หลายชนิดตามชนิดของเนื้อเยื่อ ต้นกำเนิดมะเร็งตับปฐมภูมิที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่

   1.1 มะเร็งจากเซลล์ตับ (Hepatocellularcarcinoma)

   1.2 มะเร็งจากท่อน้ำดีในตับ (Cholangiocarcinoma)

2. โรคมะเร็งตับทุติยภูมิ คือ มะเร็งที่กระจายจากอวัยวะอื่นไปสู่ตับ

มะเร็งจากเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma)

ปัจจัยเสี่ยง

- ภาวะตับแข็งจากทุกๆ สาเหตุ
- โรคตับอักเสบเรื้อรัง โดยเฉพาะไวรัสตับอักเสบบีและซี
- สารพิษที่พบปนเปื้อนจากเชื้อราในอาหารอบแห้ง (Aflatoxin) เช่น ถั่วลิสง ข้าวโพด กระเทียม ฯลฯ

อาการ และ อาการแสดง

- ในระยะแรกของโรคมักไม่มีอาการ หรือ อาการแสดงใดๆ
- อาการจุกแน่นลิ้นปี่ หรือ ชายโครงขวา เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และมีไข้โดยไม่มีสาเหตุอื่น
- คลำได้ก้อนใต้ชายโครงขวา
- เนื่องจากมะเร็งเซลล์ตับมักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็ง ผู้ป่วยจึงมักมีอาการ และอาการแสดงของภาวะตับแข็งด้วย เช่น ตาเหลือง บวม ท้องมาน อาเจียนเป็นเลือด

การวินิจฉัย

- ตรวจเลือดพบความผิดปกติของการทำงานของตับ และอาจพบระดับอัลฟาฟีโตโปรตีน (AFP) สูงผิดปกติ

- ตรวจพบก้อนที่ตับจากอุลตราซาวด์ (US), เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) หรือ คลื่นแม่เหล็ก (MRI)

การรักษา

การรักษามีหลายวิธีจำเป็นต้องประเมินโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเนื่องจากมีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงมากมาย

การรักษาที่มีหลักฐานทางการแพทย์รับรอง ได้แก่

- การผ่าตัดตัดตับบางส่วน (Hepatectomy), การผ่าตัดเปลี่ยนตับ (Liver transplantation), การจี้ทำลายมะเร็งตับ (ablative therapy) ได้แก่ การใช้คลื่นเสียง (RFA), การใช้แอลกอฮอล์ (PEI) เป็นต้น

- การฉีดยาเคมีร่วมกับการอุดเส้นเลือดแดงที่เข้าไปเลี้ยงมะเร็งตับ (TACE)

การป้องกัน

- หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะตับแข็งและมะเร็งเซลล์ตับ

- ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี และผู้ป่วยภาวะตับแข็ง ควรเข้ารับการตรวจเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเซลล์ตับเป็นประจำ

- เมื่อมีอาการที่เข้าได้กับภาวะตับแข็ง ควรรีบพบแพทย์

มะเร็งท่อน้ำดีในตับ (Cholangio carcinoma)

ปัจจัยเสี่ยง

- การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลา ฯลฯ เนื่องจากมีพยาธิใบไม้ในตับที่เป็น

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ

- โรคที่มีการคั่งของน้ำดีเรื้อรัง เช่น โรคท่อน้ำดีโป่งพองแต่กำเนิด

อาการ และ อาการแสดง

- จุกแน่นลิ้นปี่ หรือชายโครง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด

- ตาเหลือง คันตามตัว อุจจาระสีซีด ปัสสาวะเข้ม จากท่อน้ำดีอุดตัน

การวินิจฉัย

- ตรวจและวินิจฉัยแบบเดียวกับมะเร็งเซลล์ตับ แต่จะมีลักษณะภาพรังสีวินิจฉัยที่ต่างกัน

การรักษา

- การรักษาที่หายขาดมีวิธีเดียว คือ ค่าตัดตัดตับออกบางส่วน
- ในกรณีที่ผ่าตัดตับไม่ได้อาจให้การรักษาเพื่อบรรเทาอาการดีซ่าน เช่น ใส่ท่อระบายน้ำดี หรือเจาะระบายน้ำดีออกทางหน้าท้อง

การป้องกัน

- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ
- ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของพยาธิใบไม้ในตับ เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ควรตรวจอุจจาระหาการติดเชื้อและรักษาด้วยยาฆ่าพยาธิ

มะเร็งท่อน้ำดี

ประวัฒน์ โฆสิตะมงคล

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) เป็นมะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผิวภายในท่อน้ำดีเจริญเติบโตอย่างผิดปกติ จนอาจไปกดเบียดหรือลุกลามอวัยวะข้างเคียงซึ่งประกอบด้วยตับ ตับอ่อน หรือลำไส้เล็กส่วนต้น

ชนิดของมะเร็งท่อน้ำดี เนื่องจากท่อน้ำดีนั้นมีทั้งส่วนที่วางตัวอยู่ในตับและออกมานอกตับจึงแบ่งชนิดของมะเร็งท่อน้ำดีเป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ คือ

1. มะเร็งท่อน้ำดีในตับ
2. มะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ

สาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดี ปัจจุบันสาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดียังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีหลายปัจจัยสภาวะที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ของเซลล์ท่อน้ำดีจนทำให้เกิดการเติบโตอย่างผิดปกติกลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดีได้ เช่น นิ่วในทางเดินน้ำดีในตับ พยาธิใบไม้ตับ การอักเสบเรื้อรังภายในท่อน้ำดี ภาวะการอักเสบเรื้อรังของลำไส้ใหญ่ และสารเคมีบางชนิด เป็นต้น

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในตับและนอกตับจะแตกจะมีอาการ อาการแสดงต่างกัน ในกรณีของมะเร็งท่อน้ำดีในตับนั้น โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการผิดปกติ จนกระทั่งมะเร็งมีขนาดใหญ่จนกดเบียดอวัยวะข้างเคียงหรือทางเดินน้ำดีจนอุดตันทำให้ มีอาการปวดแน่นท้อง ตัวตาเหลือง เป็นต้น ส่วนกรณีของมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับจะเริ่มมีอาการจากการที่มีการอุดตันของท่อน้ำดี ทำให้มีอาการตัวตาเหลืองหรือที่เรียกว่าดีซ่าน (Jaundice) คันตามตัว อุจจาระสีซีดลงได้ โดยอาจไม่มีอาการปวดแน่นท้องมาก่อนเลย จะเห็นได้ว่าอาการของมะเร็งท่อน้ำดีในระยะต้นนั้นมักจะน้อยและไม่ค่อยจำเพาะ จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการรักษามักจะเป็นมะเร็งท่อน้ำดีที่มีขนาดใหญ่หรือเริ่มมีการลุกลามแล้ว

การวินิจฉัยโรค นอกจากอาการและอาการแสดงดังกล่าวข้างต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ช่วยในการวินิจฉัยประกอบด้วย การตรวจภาพรังสีวินิจฉัย

อัลตราซาวนด์ (Ultrasonography) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Topography - CT) การตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging - MRI) โดยการตรวจภาพวินิจฉัยแต่ละชนิดก็จะมีความแม่นยำ และจำเพาะแตกต่างกันไป โดยดุลพินิจในการส่งตรวจขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้รักษา

โดยทั่วไปแล้วการตรวจเลือดเพื่อดูค่าการทำงานของตับ (Liver function test) หรือสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor marker) ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะแรกนั้นมักจะไม่พบความผิดปกติ ดังนั้นจึงไม่ค่อยมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัย

การรักษา การรักษาหลักของมะเร็งท่อน้ำดีคือ การผ่าตัด กรณีของมะเร็งท่อน้ำดีในตับ การผ่าตัดจะประกอบด้วยการผ่าตัดตับ (Hepatic resection/ Hepatectomy) ส่วนในกรณีของมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับ การผ่าตัดจะประกอบด้วยการผ่าตัดตัดท่อทางเดินน้ำดี (Bile duct resection) อาจต้องมีการผ่าตัดตับ หรืออาจต้องผ่าตัดตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนหนึ่งร่วมด้วย (Pancreaticoduodenectomy) ถ้ามะเร็งท่อน้ำดีมีการลุกลามมาที่บริเวณดังกล่าว

เนื่องจากผลในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือฉายแสงรักษาในปัจจุบันนั้นยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร จึงไม่ได้ใช้เป็นการรักษาหลัก แต่อาจใช้เป็นการรักษาร่วมในกรณีก่อนผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด

ผลการรักษา ในปัจจุบันผลการรักษาของมะเร็งท่อน้ำดียังไม่สู้ดีนักเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อมะเร็งท่อน้ำดีมีขนาดใหญ่หรือลุกลามแล้ว ดังนั้นจึงพบว่ามีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 4 เท่านั้น ที่สามารถทำการผ่าตัดได้ โดยถ้าสามารถผ่าตัดเอามะเร็งท่อน้ำดีออกได้หมดจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีอยู่ที่ประมาณ 10-40% แต่ถ้าพบว่ามีการลุกลามไปแล้วอัตราการรอดชีวิตจะต่ำกว่านั้นมาก

การป้องกัน เนื่องจากไม่มีสาเหตุที่แน่ชัด ทำให้การป้องกันการเกิดโรคเป็นไปได้ยาก แต่เราสามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้โดยการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ผ่านการปรุงสุกเช่น ปลาน้ำจืดดิบ การสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการใช้ยาหรือสารเคมีที่ไม่จำเป็น

มะเร็งตับอ่อน

สมชัย ลิ้มศรีจำเริญ

ความสำคัญ มะเร็งตับอ่อนเป็นมะเร็งที่พบได้ไม่บ่อยนัก ไม่จัดอยู่ในโรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรก แต่เป็นมะเร็งที่มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคสูงเป็นอันดับ 4 ของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้งหมดในระยะแรกผู้ป่วยส่วนมากไม่มีอาการ หรือมีอาการที่ไม่จำเพาะทำให้วินิจฉัยได้ช้า ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการวินิจฉัยในระยะที่โรคลุกลามไปแล้ว ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดได้ ผลการรักษาในปัจจุบันยังไม่ดีนัก ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากเสียชีวิตจากตัวโรคเอง

สาเหตุ โรคมะเร็งตับอ่อนยังไม่ทราบชัดเจน แต่พบปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่

1. อายุที่สูงขึ้นก็จะมีโอกาสเป็นมะเร็งมากขึ้นโดยทั่วไปมักพบในผู้ป่วย อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
2. การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งหลายชนิดรวมทั้งมะเร็งตับอ่อนด้วย
3. โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง
4. พันธุกรรมบางชนิดที่ส่งผลให้มีเนื้องอก และ/หรือมะเร็ง

อาการและอาการแสดง โรคมะเร็งตับอ่อน ไม่มีอาการและอาการแสดงเฉพาะ ผู้ป่วยส่วนมากมักไม่มีอาการเมื่อเริ่มเป็นโรค อาการมักเกิดหลังโรคลุกลามแล้ว โดยอาการที่พบได้แก่ อาการปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ซึ่งมักปวดไม่รุนแรงในระยะแรก อาจมีอาการปวดหลังร่วมด้วย ถ้าเป็นมะเร็งที่ส่วนหัวของตับอ่อน ผู้ป่วยอาจมีอาการตัวเหลืองตาเหลือง (โรคดีซ่าน) จากการที่ก้อนเนื้อมะเร็งกดเบียดท่อน้ำดี อาการคันตามตัวทั่วๆ ไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผอมลง โดยไม่มีสาเหตุ

การวินิจฉัย โรคมะเร็งตับอ่อนเป็นโรคมะเร็งที่วินิจฉัยได้ยาก เพราะอาการและอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง การซักประวัติและการตรวจร่างกายไม่สามารถให้การวินิจฉัยได้ ต้องอาศัยการตรวจพิเศษทางรังสีวิทยา โดยในเบื้องต้นอาจใช้

อัลตราซาวด์ แต่การตรวจที่จำเป็นต้องใช้ในการวินิจฉัย (และใช้ในการวางแผนการรักษา) คือการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) และ/หรือการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) นอกจากนี้อาจมีการเจาะเลือดหา

การรักษา การผ่าตัดเป็นการรักษาที่ให้ผลการรักษาดีที่สุด แต่ผู้ป่วยส่วนมากมาพบแพทย์ในระยะที่โรคลุกลามไปมากแล้ว ทำให้ไม่สามารถให้การรักษาด้วยการผ่าตัดได้ มีเพียง 15-20 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถผ่าตัดได้ ในกรณีที่โรคลุกลามไปแล้วอาจพิจารณารักษาด้วยการให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาในบางราย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการดีซ่านอาจให้การรักษาด้วยการส่องกล้องเพื่อขยายท่อน้ำดีและใส่ท่อระบายน้ำดี ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการรักษา ผลการรักษาโรคมะเร็งตับอ่อนยังไม่ดีนัก ในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ ผู้ป่วยส่วนมากมักเสียชีวิตใน 4-6 เดือน ในกรณีที่ผ่าตัดได้ก็ยังมีโอกาสกลับเป็นใหม่ของโรคได้ อัตราการอยู่รอดที่ 5 ปีประมาณ 15-20 เปอร์เซ็นต์

ความเชื่อผิดๆ ปัจจุบันมีการตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยการเจาะเลือดหาสารบ่งชี้มะเร็งได้แก่ CEA และ CA19-9 การตรวจนี้ไม่แนะนำสำหรับบุคคลทั่วไป เนื่องจากมะเร็งตับอ่อนพบได้น้อย นอกจากนี้การตรวจ CEA และ CA19-9 เป็นการตรวจที่ไม่ไวพอ ผู้ป่วยอาจเป็นมะเร็งระยะท้ายโดยที่ผลเลือดปกติก็ได้ ในทางตรงกันข้ามอาจมี CEA และ CA19-9 สูงกว่าปกติโดยที่ไม่เป็นมะเร็งก็ได้ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการตรวจอีกมากมายจนกว่าจะสามารถบอกได้ว่าไม่เป็นมะเร็ง ทำให้เสียเงิน เสียเวลา และได้รับความเสี่ยงจากการตรวจ และที่สำคัญที่สุดทำให้ต้องวิตกกังวลอย่างมากโดยไม่จำเป็น

ตับแข็ง (Cirrhosis)

เวธิต ดำรงกิตติกุล

ภาวะตับแข็งคือภาวะที่พบในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังในระยะสุดท้ายจากทุกสาเหตุ เมื่อตับถูกทำลายและถูกทดแทนด้วยพังผืด ลักษณะเนื้อตับจะขรุขระไม่เรียบและแข็งตัวมากขึ้น (เป็นที่มาของชื่อภาวะตับแข็ง) เมื่อการทำงานของตับเสื่อมลงมาก ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงหลายอย่าง ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

สาเหตุของภาวะตับแข็ง *โรคพิษสุราเรื้อรัง* การดื่มสุราทำให้เกิดการสะสมของไขมันในตับและตับอักเสบได้ ผู้ที่ดื่มสุรามากอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานมักเกิดภาวะตับแข็งในที่สุด, *โรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง ไวรัสตับอักเสบบี* พบได้มากในคนไทย การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอาจเกิดจากการติดเชื้อแต่กำเนิดจากมารดา หรือติดต่อโดยเลือดและสารคัดหลั่งของร่างกาย เช่น การใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เป็นต้น หลังติดเชื้อแล้วผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะเกิดการอักเสบของตับเรื้อรังจนเกิดภาวะตับแข็งได้, *ไวรัสตับอักเสบซี* การติดเชื้อไวรัสซีมักเกิดจากทางเลือดเป็นส่วนใหญ่ เช่น การได้รับเลือด หรือส่วนประกอบของเลือดก่อนปี พ.ศ. 2538 เนื่องจากการคัดกรองยังไม่ละเอียดพอ การใช้ยาเสพติดฉีดเข้าเส้นเลือด การสักลายตามร่างกาย เป็นต้น ส่วนการติดเชื้อแต่กำเนิดจากมารดาและการติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบได้น้อย, *โรคไขมันสะสมในตับ* มักพบร่วมกับผู้ป่วยโรคอ้วนเมื่อมีไขมันสะสมมากในตับทำให้เกิดการอักเสบของตับและมีพังผืดเกิดขึ้นส่งผลให้ตับแข็งได้ในที่สุด, *สารที่มีผลทำลายตับ* เช่น สมุนไพรบางชนิด ยาเคมีบำบัด ยารักษาวัณโรค ฯลฯ *ภาวะอื่นๆ* ซึ่งพบไม่บ่อยในคนไทยและตับแข็งโดยไม่ทราบสาเหตุ

อาการของภาวะตับแข็ง และระยะของภาวะตับแข็ง

1. ตับแข็งระยะเริ่มแรก (Compensated cirrhosis) ผู้ป่วยมักไม่มีอาการผิดปกติที่รุนแรงอาจตรวจพบการทำงานของตับผิดปกติจากการเจาะเลือด หรือพบลักษณะทางรังสีวินิจฉัยที่ตรวจดูสาเหตุอื่น

2. ตับแข็งรุนแรง (Decompensated cirrhosis) ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน รุนแรงอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ได้แก่ *บวมน้ำ* ขาบวม เกิดจากการ

มีโปรตีนในเลือดต่ำทำให้มีน้ำคั่งอยู่ตามเนื้อเยื่อได้มาก มักพบอาการบวมตามขาและเท้าทั้ง 2 ข้าง, *ท้องมาน* ท้องโต จากการมีน้ำในช่องท้องมาก เกิดจากความดันของเส้นเลือดดำในท้องสูง ซึ่งจะพบในภาวะตับแข็ง ภาวะท้องมานอาจทำให้ผู้ป่วยหายใจไม่สะดวกแน่นท้องและอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการ ติดเชื้อของน้ำในช่องท้องได้, *ตาเหลืองตัวเหลือง*เกิดจากตับทำงานได้ลดลงจึงทำลายสารบิลิรูบินจากเม็ดเลือดแดงที่หมดอายุไม่ได้ สารบิลิรูบินซึ่งมีสีเหลืองจึงคั่งอยู่ตามเนื้อเยื่อต่างๆ เช่น ตาขาว ผิวหนัง, *เลือดออกในทางเดินอาหาร* อาเจียนเป็นเลือด เกิดจากการแตกของเส้นเลือดขอดในหลอดอาหารมักพบในผู้ป่วยโรคตับแข็งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยภาวะตับแข็งเสียชีวิตได้บ่อย, *การรู้ตัวผิดปกติไป* เช่น ซึม หมดสติ มักพบในผู้ป่วยตับแข็งที่เป็นรุนแรงมากเกิดการคั่งของสารพิษที่เกิดขึ้นจากการย่อยอาหารโดยมีปัจจัยเสี่ยง คือ ภาวะท้องผูก, *การเกิดมะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma)* ภาวะตับแข็งจากทุกสาเหตุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของงมะเร็งเซลล์ตับ

การวินิจฉัย การตรวจพบอาการแสดงของตับแข็งและการทำงานของตับผิดปกติจากการเจาะเลือด, การตรวจพบลักษณะทางรังสีของเนื้อตับที่ผิดปกติ เช่น อัลตราซาวนด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์, การเจาะเนื้อตับตรวจ มักทำในกรณีที่ไม่พบสาเหตุของตับแข็งที่ชัดเจนขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

การรักษาภาวะตับแข็งประกอบด้วย การหยุดหรือชะลอการทำลายเนื้อตับโดยการรักษาสาเหตุของภาวะตับแข็ง เช่น หยุดดื่มสุรา เข้ารับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรังโดยแพทย์ระบบทางเดินอาหาร, การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะตับแข็ง, อาการบวมและท้องมานรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ และระมัดระวังการรับประทานอาหารเค็ม, เลือดออกในทางเดินอาหารจากการแตกของหลอดเลือดดำขอดในหลอดอาหาร รักษาโดยการส่องกล้องรัดหลอดเลือดดำขอดหรือส่องกล้องและฉีดยารักษาเข้าไปในหลอดเลือดดำขอด และการรับประทานยาลดความดันในหลอดเลือด, การเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเซลล์ตับโดยการตรวจอัลตราซาวนด์ และเจาะเลือดตรวจค่าแอลฟาฟีโตโปรตีน C, เมื่อตับทำงานได้น้อยมากเข้าสู่ระยะสุดท้าย การรักษาที่ดีที่สุด คือ การผ่าตัดเปลี่ยนตับ ซึ่งมีข้อจำกัดในการผ่าตัดและเหมาะสมกับผู้ป่วยบางรายเท่านั้น

การป้องกัน รับประทานอาหารสะอาด ถูกหลักอนามัย หลีกเลี่ยงอาหารมัน

และหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา, หลีกเลี่ยงการซื้อยากินเอง การกินยาสมุนไพร การรักษาทางเลือก เช่น การล้างพิษตับเนื่องจากอาจทำให้เกิดผลเสียต่อตับ, พบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเข้ากับโรคตับ หรือมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคตับเรื้อรัง เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี

การให้อาหารเสริมในผู้ป่วยทางศัลยกรรม

วรมินทร์ เหรียญสุวรรณ

จากผลสำรวจผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่มารอรับการผ่าตัดในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 40 จะมีภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีภาวะทุพโภชนาการเพิ่มมากขึ้นระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งผลของภาวะทุพโภชนาการจะมีผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายและส่งผลต่อผลการรักษา

ผลกระทบของภาวะทุพโภชนาการ ?

- การทำงานของกล้ามเนื้อเสียไป รวมถึง กล้ามเนื้อหัวใจและกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ
- การหายของแผลช้าลง (Impaired wound healing)
- ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป
- โครงสร้างและหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารเสียไป
- เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมากขึ้น
- ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น
- อัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพ และอัตราตายสูงขึ้น

ทำไมผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลจึงมีภาวะทุพโภชนาการเกิดขึ้น ?

- ผู้ป่วยต้องการพลังงานและสารอาหารเพิ่มขึ้นเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่มีหรือกำลังจะต้องถูกผ่าตัด
- มีการสูญเสียของสารอาหารมากขึ้น เช่น ไม่สามารถดูดซึมสารอาหารได้หรือมีลำไส้แตกทะลุเปิดบริเวณหน้าท้องหลังการผ่าตัดหรือมีอุบัติเหตุ
- รับประทานอาหารได้น้อยลง เช่น หมดสติ กลืนอาหารไม่ได้
- ถูกบังคับให้อดอาหาร เช่น หลังผ่าตัด หรือ รอการตรวจทางรังสีวิทยาหรือห้องปฏิบัติการ
- มีผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
- ไม่มีความอยากอาหาร

ผู้ป่วยทางศัลยกรรมรายใดที่ควรได้รับอาหารเสริม และให้โดยวิธีใด ?

ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการอยู่เดิมก่อนผ่าตัด มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนในการได้ รับอาหารเสริมก่อนได้รับการผ่าตัด การประเมินภาวะทุพโภชนการสามารถดูได้จากประวัติน้ำหนักที่ลดลง ประวัติการรับประทานอาหารที่ลดลง การตรวจหาค่าดัชนีมวลกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบ ในผู้ป่วยบางรายถึงแม้ว่าไม่มีภาวะทุพโภชนาการอยู่เดิมแต่การผ่าตัดนั้นเป็นการผ่าตัดใหญ่และอาจมีผลกระทบต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ก็อาจพิจารณาให้อาหารเสริมเช่นกัน

แท้ที่จริงแล้วอาหารปกติที่ผู้ป่วยรับประทานได้ ถ้าได้รับพลังงานและสารอาหารเพียงพอก็ไม่จำเป็นต้องให้อาหารเสริมเพิ่ม แต่ถ้าพลังงานและสารอาหารที่ได้จากอาหารที่รับประทานปกติไม่เพียงพอและระบบทางเดินอาหารยังทำงานได้ดี ก็อาจพิจารณาให้อาหารเสริมโดยการรับประทานอาหารเสริมทางการแพทย์ (ส่วนใหญ่คือนมทางการแพทย์) ทั้งนี้หากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารทางปากเองแต่ระบบย่อยและดูดซึมสารอาหารยังดี เราสามารถให้อาหารเสริมทางการแพทย์เหล่านี้โดยผ่านทางท่อที่ใส่ไว้ในทางเดินอาหาร (Enteral feeding) แต่ถ้าผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรับสารอาหารผ่านทางเดินอาหารได้เนื่องจากการย่อยและดูดซึมเสียไป การให้อาหารผ่านทางหลอดเลือดดำ (Parenteral nutrition) ก็เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่ง

การให้อาหารเสริมทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยหนัก

ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์

ความสำคัญ ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดอาหาร มีต้นทุนทางโภชนาการต่ำ จะมีร่างกายที่อ่อนแอ เวลาเจ็บป่วยก็หายช้า มีโรคแทรกซ้อนต่างๆได้ง่าย ยิ่งถ้าต้องถูกผ่าตัด โอกาสเกิดแผลแยก รอยเย็บรั่ว ไปจนถึงความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงกว่าคนที่แข็งแรงดี ยิ่งถ้าผู้ป่วยเจ็บหนัก เป็นที่ทราบกันดีว่าถ้าสามารถให้อาหารแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดอาหารจนโภชนาการดีขึ้นก่อน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะฟื้นตัวได้เร็วขึ้น มีโรคแทรกซ้อนลดลง และลดความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยได้

สาเหตุ 1. การขาดอาหารอาจมีมาก่อนความเจ็บป่วย จากความยากจนหรือการรับอาหารที่ไม่เหมาะสมเพราะขาดความรู้, 2. ความเจ็บป่วยจากโรคทำให้เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เช่น มะเร็ง หรือ โรคทางเดินอาหารที่ทำให้การย่อยและดูดซึมอาหารผิดปกติ หรือกินไม่ได้เพราะทางเดินอาหารอุดตัน, 3. ภาวการณ์เจ็บป่วยรุนแรงทำให้ร่างการมีการเผาผลาญอาหารที่สะสมไว้ในร่างกาย ไปในการซ่อมแซมส่วนสึกหรอบาดเจ็บ หรือการสมานของบาดแผล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยซูบผอมลงได้อย่างรุนแรงและรวดเร็ว เช่นผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรุนแรง ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรง ผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัดใหญ่และซับซ้อน

อาการสำคัญที่บอกว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงจากการขาดอาหารที่ควรจะได้รับการแก้ไข อาจสังเกตได้ง่ายๆและรวดเร็วว่ามีความเสี่ยงในการขาดอาหารที่ต้องแก้ไข ดังนี้

1. มีอาการทางทางเดินอาหาร ได้แก่คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายท้อง มากกว่าสองสัปดาห์, 2. กินอาหารได้น้อยลง หรือคุณภาพอาหารแย่ลง มากกว่าสองสัปดาห์, 3. มีโรครุนแรง หรือเรื้อรัง ที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรมลงเร็ว, 4. มีอาการบวมตามร่างกายส่วนที่อยู่ต่ำ, 5. มีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าร้อยละสิบ ในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา หรือ ร้อยละห้าในสามเดือนที่ผ่านมา หากมีอาการอาการแสดงต่างๆข้างต้นให้อนุมานไว้ก่อนว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการขาดอาหารที่สมควรจะต้องแก้ไขก่อน

การผ่าตัดหากเป็นไปได้

การรักษา ให้อาหารผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยเสียก่อนการผ่าตัด หรือถ้าได้รับการผ่าตัดแล้ว ก็ควรได้รับอาหารให้เพียงพอแต่เนิ่นๆ หากรับทางปากไม่ได้เองก็ให้อาหารเหลวสำเร็จรูปที่มีสารอาหารครบส่วน ผ่านสายยางที่ใส่ผ่านช่องจมูกหรือการเจาะใส่สายที่ช่องท้องให้อาหารเข้าสู่กระเพาะได้ หรือหากไม่สามารถให้ผ่านทางเดินอาหารได้ ในปัจจุบัน แม้ผู้ป่วยรับอาหารทางปากไม่ได้เลยแม้แต่น้อย แพทย์ก็สามารถใส่สายน้ำเกลือเข้าในหลอดเลือดดำใหญ่ และให้สารอาหารในรูปของเหลวสำเร็จรูป ที่ปรุงให้มีองค์ประกอบอาหารครบถ้วน และฟื้นฟูคนไข้ได้ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด

ความรู้ที่สำคัญ ผู้ป่วยที่ขาดอาหารหรือมีความเสี่ยงต่อการขาดอาหารสมควรได้รับการประเมิน คัดกรอง และรับการแก้ไขที่เหมาะสมได้ ซึ่งเป็นไปได้ทั้งการให้สารอาหารผ่านสายยางเข้าสู่กระเพาะ ลำไส้ หรือ การให้อาหารทางหลอดเลือดดำใหญ่ตามความเหมาะสม เพื่อให้ผลการรักษาอื่นๆบรรลุเป้าหมายได้

การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง

เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์

ในปัจจุบันมีแนวโน้มที่แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลับบ้านเร็วขึ้นกว่าสมัยก่อน ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยหลายท่านอาจมีความกังวลว่าจะดูแลตนเองในระยะหลังผ่าตัดได้ไม่ถูกต้อง บทความนี้จะให้ข้อแนะนำแนวทางในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งน่าจะพอเป็นข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

โดยทั่วไปแล้วแพทย์มักจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าราวหนึ่งวัน ก่อนจะให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ สิ่งที่ผู้ป่วยพึงทราบในการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านมีทั้งหมด 7 ประเด็น ได้แก่ (1) การเดินทาง, (2) การนัดพบแพทย์, (3) การใช้ยา, (4) การฟื้นตัวของร่างกาย, (5) อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ก่อนนัด, (6) ข้อจำกัดของกิจกรรมที่ทำได้, และ (7) การดูแลแผลผ่าตัด

การเดินทาง ก่อนกลับบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องควรได้มีการวางแผนว่าจะเดินทางกลับบ้านอย่างไร โดยทั่วไปแล้วระยะหลังผ่าตัดใหม่ๆ ผู้ป่วยมักยังมีอาการเจ็บแผลอยู่พอควร และเคลื่อนไหวได้ไม่รวดเร็วนัก แนะนำให้หลีกเลี่ยงการขับรถด้วยตนเอง ควรติดต่อหาญาติหรือเพื่อนให้ช่วยขับรถให้ หรือใช้บริการรถสาธารณะ อาจพิจารณาเตรียมหมอนนุ่มๆ วางไว้ที่หน้าท้องก่อนจะรัดเข็มขัดนิรภัย จะทำให้เข็มขัดไม่กดทับแผลผ่าตัด ทำให้รู้สึกสบายขึ้นในขณะนั่งรถ

โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องไม่ควรโดยสารเครื่องบินเป็นเวลา 10 - 14 วันหลังผ่าตัด เนื่องจากเครื่องบินโดยสารที่บริการกันอยู่ทั่วไปจะทำการบินที่ระดับ 1,200 - 2,500 เมตร (4,000 - 8,000 ฟุต) เหนือระดับน้ำทะเล ซึ่งจะมีความกดอากาศต่ำกว่าที่ระดับพื้นราบ ซึ่งจะทำให้ปริมาตรของอากาศมีการขยายขึ้นได้ราวร้อยละ 30 ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมาควรได้มีเวลาให้อากาศที่เข้าไปแทรกอยู่ในช่องท้องระหว่างผ่าตัดได้รับการดูดซึมไปก่อนจึงจะขึ้นเครื่องบินได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดทำทวารเทียมมาเปิดที่ผนังหน้าท้อง จะพบว่าในช่วงที่ขึ้นเครื่องบินจะมีลมในถุงได้มากกว่าสภาวะปกติ จึงแนะนำว่าให้เลือกใช้ถุงครอบทวาร

เทียมที่มีขนาดใหญ่กว่าปกติในขณะขึ้นเครื่องบิน

การนัดพบแพทย์ ศัลยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะนัดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องกลับมาตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัดราว 1 - 2 สัปดาห์ ก่อนผู้ป่วยจะกลับบ้าน ขอให้ตรวจสอบว่ามีใบนัดพบแพทย์และทราบข้อมูลที่ชัดเจนว่าจะกลับมาพบแพทย์ที่ใด วัน เวลาใด และต้องมีการเตรียมการอื่นใดก่อนพบแพทย์หรือไม่ เช่นต้องงดอาหารก่อนมาพบแพทย์ หรือมีการเจาะเลือดตรวจหรือไม่ เป็นต้น

การใช้ยา โดยทั่วไปแล้วหลังผ่าตัดผู้ป่วยมักได้รับยาแก้ปวด โดยในช่วงแรกแพทย์จะจัดยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์แรง และให้ในขนาดที่สูง แล้วค่อยๆ ปรับลดปริมาณและความแรงของยาแก้ปวดที่ให้ลง ก่อนจะให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ขอให้ผู้ป่วยแจ้งแก่แพทย์หากปริมาณยาแก้ปวดที่ได้รับก่อนกลับบ้านไม่สามารถระงับอาการปวดได้มากพอ เพื่อที่แพทย์จะได้พิจารณาปรับขนาดยาที่เหมาะสม ไม่ให้ผู้ป่วยต้องกลับไปมีอาการปวดมากที่บ้าน

ยาที่ให้แก่ผู้ป่วยมีหลายชนิด แต่ละชนิดมีราคาต่างกัน และมีระเบียบในการเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน หากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย และพบว่ายาที่แพทย์จ่ายให้ก่อนกลับบ้านมีราคาสูง ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อแพทย์จะได้ปรับเปลี่ยนไปใช้ยาที่ออกฤทธิ์ใกล้เคียงกันแต่ราคาถูกกว่าได้

การฟื้นตัวของร่างกาย ในระยะหลังผ่าตัดใหม่ๆ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ซึ่งเป็นภาวะปกติ ในระยะนี้ผู้ป่วยมักต้องการเวลาในการนอนหลับพักผ่อนเพิ่มขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงของช่วงเวลาที่อยากหลับไปบ้าง การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้เป็นปกติ เมื่อให้เวลาร่างกายได้ทำการปรับตัวแล้วช่วงเวลาและระยะเวลาที่นอนหลับจะค่อยๆเปลี่ยนกลับไปสู่ภาวะปกติก่อนการผ่าตัดได้เอง

ผู้ป่วยที่ผ่าตัดหน้าท้องจะรู้สึกเจ็บบริเวณแผลผ่าตัดโดยเฉพาะเวลาที่มีการขยับของร่างกายบริเวณแผล อาการเจ็บนี้จะค่อยๆทุเลาลงเรื่อยๆเมื่อแผลสมานกันดี ในช่วงที่ยังเจ็บแผลผ่าตัดนี้ ผู้ป่วยควรเคลื่อนไหวช้าๆ เวลาจะลุกขึ้นจากเตียงนอน แนะนำให้นอนตะแคงก่อนแล้วจึงดันตัวขึ้นจากเตียง เพื่อหลีกเลี่ยงการดึงรั้งบริเวณแผลผ่าตัดโดยตรง หากต้องการไอเพื่อขับเสมหะออก แนะนำให้นำผ้าห่มหรือหมอนกดทับบริเวณแผลผ่าตัดก่อนที่จะไอ เพื่อทำให้แผลไม่ขยับมากเวลาไอ จะได้ไม่เจ็บมาก

ในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ระยะแรกหลังผ่าตัดใหม่ๆ ระบบการย่อยและดูดซึมสารอาหารจะยังไม่กลับมาทำงานตามปกติทันที จึงอาจพบมีอาการท้องอืด แน่นท้องได้บ้าง แนะนำให้เริ่มกินอาหารที่ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารประเภทผัก หรือผลไม้ก่อน พิจารณากินอาหารปริมาณน้อย และกินบ่อยๆ แทน หากรับอาหารอ่อนได้ดี บ่งชี้ว่าระบบทางเดินอาหารมีการฟื้นตัวแล้ว ให้ค่อยๆ ปรับกินอาหารที่ใกล้เคียงปกติได้มากขึ้นเรื่อยๆ

ในผู้ป่วยที่มีการให้ยาระบายก่อนทำการผ่าตัด จะพบว่าไม่มีอุจจาระออกในระยะหลังผ่าตัดใหม่ๆ จนเมื่อเริ่มมีกากอาหารในลำไส้ใหญ่แล้วจึงเริ่มถ่ายอุจจาระออกได้ตามปกติ ในผู้ป่วยที่มีการตัดต่อลำไส้ใหญ่ จะพบว่าในระยะแรกหลังผ่าตัดอุจจาระที่ออกจะมีลักษณะค่อนข้างเหลว และมีปริมาณค่อนข้างมาก และผู้ป่วยจะกลั้นอุจจาระได้ไม่นานนัก สิ่งเหล่านี้เป็นภาวะที่พบได้ปกติ เมื่อให้เวลาร่างกายได้มีการฟื้นตัวแล้วการทำงานของระบบขับถ่ายจะค่อยๆกลับมาเป็นปกติได้

อาการผิดปกติที่ต้องพบแพทย์ก่อนนัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องส่วนใหญ่ จะไม่มีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถมาพบแพทย์ตามวันนัดที่ได้รับแจ้งได้ แต่หากผู้ป่วยรายใดพบมีอาการหรืออาการแสดง ดังต่อไปนี้ ให้สงสัยว่าอาจมีภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยควรรีบกลับมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัด อาการผิดปกติเหล่านี้ได้แก่

- คลื่นไส้ อาเจียนมาก จนไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้มากเพียงพอต่อความต้องการ
- แผลผ่าตัดมีการอักเสบ มีลักษณะบวม แดง คลำพบว่าอุ่นกว่าผิวหนังบริเวณอื่น อาจมีหนองไหลซึมออกมาจากแผลผ่าตัด
- รู้สึกมีไข้สูง หนาวสั่น
- ปวดบีบๆ ในท้องเป็นพักๆ อย่างแรง ร่วมกับมีอาการท้องอืด ไม่ผายลม

ข้อจำกัดของกิจกรรมที่ทำได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องมักสามารถลุกขึ้นจากเตียง ลงมาเดินรอบๆเตียงผ่าตัดได้ในวันที่ 1 - 2 หลังผ่าตัด (หากเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้เวลามาก มีการสูญเสียเลือดมาก อาจต้องใช้เวลามากกว่านี้บ้าง) หลังจากนั้นผู้ป่วยจะสามารถทำกิจวัตรต่างๆได้มากขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงเหมือนปกติอยู่เป็นสัปดาห์ โดยทั่วไปแล้วไม่แนะนำ

ให้นอนทั้งวันทั้งคืน แนะนำให้ผู้ป่วยทำการเดินทุกวัน วันละหลายๆรอบ การเดินเป็นประจำเช่นนี้จะทำให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็วขึ้น เมื่อเดินได้คล่องแล้ว สามารถเดินขึ้นบันไดได้ กิจวัตรประจำวันโดยทั่วไปสามารถทำได้ใกล้เคียงปกติ แต่ยังไม่แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างหนัก ไม่ควรยกของหนัก (หมายถึงการยกของหนักจนต้องมีการเกร็งลำตัวหรือเกร็งหน้าท้อง) ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมากๆ เป็นระยะเวลาราว 2 - 3 เดือนหลังผ่าตัด

หากแพทย์ไม่ได้แจ้งห้ามไว้ ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านแล้วมักสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เท่าที่ไม่เหนื่อยจนเกินสภาพร่างกายของผู้ป่วยรับไหว

การกลับไปทำงานของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันตามลักษณะงานที่ทำ ชนิดของการผ่าตัด และความแข็งแรงของผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปแล้วเมื่อแพทย์นัดติดตามดูอาการหลังผ่าตัดที่เวลา 1 - 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถปรึกษากับแพทย์ได้ว่าสมควรกลับไปปฏิบัติงานได้หรือไม่

การดูแลแผลผ่าตัด ผู้ป่วยที่แพทย์ให้กลับบ้านก่อนที่จะทำการตัดไหมจากแผลผ่าตัด จะมีวัสดุปิดแผลอยู่เพื่อป้องกันบาดแผลจากฝุ่นละอองหรือการกระทบกระแทกจากวัสดุสิ่งของต่างๆ ให้ผู้ป่วยขอคำแนะนำจากศัลยแพทย์ถึงแนวทางในการเปลี่ยนวัสดุปิดแผลว่าต้องทำบ่อยครั้งเพียงใด โดยทั่วไปแล้วแผลหลังผ่าตัดใหม่ๆ อาจมีน้ำเหลืองใสๆซึมเล็กน้อยได้ แต่หากแผลมีน้ำสีขุ่น หรือมีหนองกลิ่นเหม็นไหลซึมออกมา แสดงว่าแผลมีการติดเชื้อ ให้ผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์ก่อนวันนัด

ในผู้ป่วยบางรายที่แพทย์ยังไม่ตัดไหม แพทย์จะปิดวัสดุปิดแผลชนิดกันน้ำได้ก่อนให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ในกรณีนี้ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ แต่หากวัสดุปิดแผลเป็นผ้าก๊อซธรรมดา ไม่ควรให้แผลโดนน้ำ

ในผู้ป่วยบางรายแพทย์ไม่ได้ใช้ไหมหรือลวดเย็บแผลดึงขอบแผล แต่ใช้การติดเทปเหนียวเพื่อยึดขอบแผลไว้ด้วยกัน ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องไปดึงเทปดังกล่าวออก แต่ให้ปล่อยให้เทปลอกหลุดไปเอง ซึ่งมักใช้เวลาราว 1 - 2 สัปดาห์

ในผู้ป่วยที่แพทย์ทำการตัดไหม หรือดึงลวดเย็บแผลออกให้แล้ว โดยทั่วไปแล้วรูที่ดึงไหมหรือลวดเย็บแผลออกจะมีผิวหนังมาปิดใน 1 วันหลังดึงไหมหรือลวดออก แพทย์มักปิดผ้าก๊อซไว้ เมื่อครบเวลา 1 วันหลังตัดไหมหรือดึงลวดออก ผู้ป่วยสามารถแกะผ้าก๊อซดังกล่าวออกแล้วแผลสามารถโดนน้ำได้

การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดมะเร็ง

สุปรีชา อัสวกาญจน์

"มะเร็ง" โรคนี้ฟังดูรุนแรงและน่ากลัวในความรู้สึกของคนทั่วๆ ไป หลายๆ คน เชื่อว่ามะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายได้ คนที่เป็นมักจะเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว ปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพ ทำให้เราสามารถตรวจพบมะเร็งในระยะต้นได้มากขึ้น มะเร็งในระยะต้นส่วนใหญ่ (โดยเฉพาะมะเร็งของอวัยวะในช่องท้อง) การผ่าตัดเอามะเร็งออกยังคงเป็นส่วนสำคัญในการรักษา และหลายๆ ครั้งเราสามารถหวังผลหายขาดได้ จากการรักษาโดยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว แต่การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ไม่ได้จบลงแค่ขั้นตอนการผ่าตัดเท่านั้น เซลล์มะเร็งมีความสามารถในการแบ่งตัว กระจายตัว และรุกรานสูง ดังนั้นการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดมะเร็ง จึงมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าขั้นตอนการรักษาทั้งนี้จุดประสงค์หลักของการดูแลภายหลังการผ่าตัดมะเร็ง คือ

- การฟื้นฟูร่างกายหลังการรักษา
- การตัด หรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง
- การตรวจพบการกลับเป็นซ้ำให้เร็ว เพื่อสามารถเริ่มการรักษาได้อย่างรวดเร็ว เพื่อเพิ่มโอกาสหายจากโรค

ผ่าตัดมะเร็งแล้วยังมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีกหรือ ? หลายๆ คนคงนึกว่าอุตส่าห์ยอมเจ็บตัวทำการผ่าตัดแล้ว หมอน่าจะตัดมะเร็งออกหมดแล้ว ทำไมยังเป็นซ้ำได้อีก ในความเป็นจริง คือ เซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีความสามารถในการแบ่งตัวและรุกรานสูง หลายๆ ครั้งที่เซลล์มะเร็งมีการลุกลามออกไปมากกว่าบริเวณที่ตามองเห็นทำให้ไม่สามารถตัดออกได้หมด หรือตัดได้หมดแต่เซลล์มะเร็งมีการกระจายไปซุกซ่อนอยู่ในอวัยวะอื่นๆ ที่ตรวจไม่พบในตอนแรก ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค ทั้งนี้โอกาสกลับเป็นซ้ำของมะเร็งในผู้ป่วยแต่ละคนมีไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น สภาพร่างกายของผู้ป่วยเอง, ระยะของโรคมะเร็ง, ปัจจัยส่งเสริมการเกิดมะเร็งที่ยังคงอยู่ อย่างไรก็ดีปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ ระยะของโรคมะเร็ง โดยหากเป็นมะเร็งระยะต้น

โอกาสกลับเป็นซ้ำหลังการรักษาก็น้อย หากเป็นมะเร็งระยะท้ายหรือระยะสุดท้าย โอกาสกลับเป็นซ้ำก็มาก

แล้วเราควรดูแลตนเองอย่างไรหลังการผ่าตัดมะเร็ง ? การผ่าตัดเป็นการทำให้เกิดบาดแผลต่อร่างกาย โดยทั่วไปร่างกายคนเราสามารถรักษาบาดแผลตนเองได้ แต่การรักษาบาดแผลจำเป็นต้องใช้พลังงานและวัตถุดิบในการรักษา ซึ่งทั้งหมดนี้เราจะได้มาจากสารอาหารที่เรารับประทานเข้าไป สารอาหารมีส่วนสำคัญอย่างมากในการช่วยรักษาร่างกายให้หายจากการบาดเจ็บ จากการผ่าตัด และกลับสู่สภาพสมดุลดังเดิม โดยสารอาหารที่มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการซ่อมแซมร่างกาย คือ "โปรตีน" ดังนั้นเราจึงควรรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน สดและสะอาด

ปัจจุบันมีการเผยแพร่ความเชื่อในเรื่องการทานอาหาร หรืองดอาหารบางชนิดแล้วจะช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง ในความเป็นจริง คือ "ยังไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ใดๆ รองรับความเชื่อนี้" การงดอาหารบางอย่าง เช่น โปรตีน โดยเชื่อว่าเป็นของแสลง เนื่องจากขาดวัตถุดิบข้างต้นในการช่วยซ่อมแซมบาดแผล และทำให้แผลหายช้าลง และยังอาจทำให้มะเร็งกลับเป็นซ้ำได้ง่ายขึ้นด้วย

การลดหรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง ทั้งแพทย์และผู้ป่วยเองมีส่วนสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันในการช่วยลดโอกาสหรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง ในส่วนของแพทย์นั้นนอกเหนือไปจากการผ่าตัดแล้ว ในหลายครั้งที่แพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด ยาฮอร์โมนหรือการฉายแสง ทั้งนี้เพื่อหวังผลให้โรคหายและลดการกลับเป็นซ้ำ ในแง่ของตัวผู้ป่วยเองสามารถช่วยได้โดย

- ดูแลตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ กินอาหาร นอนหลับพักผ่อน และออกกำลังกาย ให้เพียงพอและเหมาะสม เพื่อจะได้พร้อมต่อการรักษาเสริมซึ่งจะให้ได้ในผู้ป่วยที่แข็งแรงพอต่อการรับการรักษาเท่านั้น
- ลดหรือเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดมะเร็งกลับเป็นซ้ำ ในกรณีที่เรารู้ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งชนิดนั้นๆ อย่างชัดเจน เช่น งดการสูบบุหรี่, งดการดื่มเหล้า, งดการกินอาหารสุกๆ ดิบๆ, การทานยารักษาไวรัสบางชนิดอย่างสม่ำเสมอ

การตรวจพบการกลับเป็นซ้ำให้ได้อย่างรวดเร็ว ภายหลังการรักษามะเร็งแพทย์จะนัดติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ พร้อมทั้งมีการตรวจพิเศษเพิ่มเติมบาง อย่างตามระยะเวลาอันสมควร และตามชนิดของมะเร็งที่เป็น เช่น แพทย์อาจนัดตรวจอัลตร้า

ชาวน์ดและเจาะเลือดทุก 3 - 6 เดือน หลังการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ อาจนัดเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลังการผ่าตัดมะเร็งตับ อาจนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ ต่อเมื่อผ่านไประยะเวลาหนึ่งแล้วยังตรวจไม่พบการกลับเป็นซ้ำ แพทย์ก็อาจนัดห่างขึ้นเรื่อยๆ โดยทั่วไปหากติดตามไปจนถึง 5 ปี แล้วไม่พบการกลับมาของมะเร็ง เรามักถือว่าผู้ป่วยหายจากมะเร็งชนิดนั้นๆ แต่ก็ยังควรได้รับการตรวจติดตามต่อเนื่องอย่างน้อยปีละครั้ง

สำหรับตัวผู้ป่วยเองควรมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ และค่อยสังเกตอาการของตนเอง อาการที่อาจแสดงว่ามีการกลับเป็นซ้ำของโรคนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งที่เป็น และตำแหน่งที่กลับเป็นซ้ำในบางครั้งอาจไม่มีอาการใดๆ เลย และสามารถตรวจพบได้จากการเอกซเรย์เท่านั้น ดังนั้นผู้ป่วยไม่ควรนิ่งนอนใจว่ารู้สึกสบายดีจึงไม่มาพบแพทย์ตามนัด แม้จะมีการกลับเป็นซ้ำแต่หากเราทำการรักษาได้ทันท่วงที ในมะเร็งหลายๆ ชนิดก็ยังหวังผลหายได้หรืออย่างน้อยก็สามารถรักษาให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้นได้

การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

ยงยุทธ ศิริวัฒนอักษร

การผ่าตัดปลูกถ่ายตับ (Liver Transplantation) หรือการเปลี่ยนตับ เป็นหัตถการที่ทำการตัดเอาอวัยวะตับทั้งหมดของผู้ป่วยออก และทำการปลูกถ่ายตับใหม่เข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วย โดยปัจจุบันการผ่าตัดปลูกถ่ายตับถือเป็นหนึ่งในการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับภาวะตับที่ผิดปกติหลายประเภท เช่น ภาวะตับวายเฉียบพลัน ภาวะตับแข็ง ภาวะมะเร็งตับชนิดปฐมภูมิ เป็นต้น

ข้อบ่งชี้ของการปลูกถ่ายอวัยวะตับ (Indication for Liver Transplantation)

1. ภาวะตับแข็งระยะสุดท้าย
2. ภาวะตับวายเฉียบพลัน
3. มะเร็งตับชนิดปฐมภูมิระยะแรก
4. ภาวะการทำงานของตับผิดปกติโดยกำเนิดบางชนิด

ข้อห้ามของการปลูกถ่ายอวัยวะตับ (Contraindication for Liver Transplantation)

1. สภาวะสุขภาพร่างกายไม่พร้อมสำหรับการผ่าตัด เช่น โรคหัวใจหรือโรคปอดรุนแรง เป็นต้น
2. ภาวะการติดเชื้อรุนแรงของตัวผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถควบคุมได้
3. มะเร็งตับระยะสุดท้าย
4. ภาวะตับแข็งระยะแรก
5. การมีมะเร็งในร่างกายส่วนอื่นของผู้ป่วยซึ่งยังไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาเพียงไม่นาน
6. ผู้ป่วยยังคงดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดในช่วงระยะเวลา 6 เดือน
7. มีความผิดปกติของการทำงาน หรือลักษณะกายวิภาคของตับหรือทางเดินน้ำดีผิดปกติจนไม่สามารถผ่าตัดได้

ขั้นตอนการประเมินผู้ป่วยก่อนพิจารณาปลูกถ่ายอวัยวะตับ เนื่องจากการ

ผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะตับ เป็นการผ่าตัดที่ใหญ่และมีความเสี่ยงต่อการเสียเลือด ภาวะแทรกซ้อนหรือการเสียชีวิตได้สูง อีกทั้งหลังผ่าตัดผู้ป่วยยังต้องได้รับยากดภูมิต้านทาน และการรักษาต่อเนื่องสม่ำเสมอ จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินอย่างละเอียดก่อนที่จะพิจารณาปลูกถ่ายอวัยวะตับ ซึ่งประกอบไปด้วยการประเมินคร่าวๆ ดังนี้

1. ได้รับการตรวจสภาพการทำงานทั่วไปของร่างกาย การทำงานหัวใจและปอดว่าสามารถรับการผ่าตัดได้

2. ตรวจประเมินสภาพการทำงานของตับ ลักษณะกายวิภาคและภาวะเนื้องอกหรือมะเร็งในตับโดยการตรวจเลือด อัลตราซาวนด์ตับหรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตับ

3. ตรวจประเมินคัดกรองหามะเร็งชนิดอื่นในร่างกาย ซึ่งอาจจะไม่เคยทราบหรือมีอาการมาก่อน โดยการตรวจร่างกาย ตรวจค้นพิเศษตามแต่อวัยวะ เช่น การตรวจแมมโมแกรม เอกซเรย์ปอด ส่องกล้องตรวจลำไส้(กรณีมีข้อบ่งชี้) เป็นต้น รวมถึงการเจาะเลือดคัดกรองหาความผิดปกติของค่ามะเร็งต่างๆ เพราะกรณีที่มีมะเร็งชนิดอื่นในร่างกายแล้วทำการปลูกถ่ายตับ หลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน จะทำให้มะเร็งดังกล่าวมีอาการหรือมีความรุนแรงมากขึ้นได้

4. ตรวจประเมินหาภาวการณ์ติดเชื้อต่างๆ ไวรัสตับอักเสบ ไวรัสเอชไอวี รวมถึงการติดเชื้อที่อาจเป็นเรื้อรังหรือไม่แสดงอาการ เพราะหลังปลูกถ่ายตับ จะมีโอกาสทำให้มีอาการหรือเป็นรุนแรงมากขึ้นได้

5. ตรวจคัดกรองสภาพฟันโดยทันตแพทย์ เพื่อประเมินว่ามีฟันผุหรือไม่ ถ้ามีควรได้รับการรักษาให้ดีก่อน

6. ตรวจประเมินสภาวะทางจิตใจ โดยจิตแพทย์ว่าพร้อมสามารถที่จะดูแลรักษาตนเอง และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องได้

7. การประเมินและให้คำแนะนำเรื่องค่าใช้จ่าย เนื่องจากการปลูกถ่ายอวัยวะตับและรักษาภายหลังปลูกถ่ายตับต้องใช้ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ประกอบกับในปัจจุบันสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่สามารถใช้ได้ จึงต้องได้รับการประเมินก่อน เพื่อที่จะได้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะสามารถได้รับยาและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด

เมื่อได้รับการประเมินต่างๆ แล้วและพิจารณาว่าสามารถทำการปลูกถ่าย

อวัยวะตับได้ ทางศูนย์ประสานงานปลูกถ่ายอวัยวะของทางโรงพยาบาลจะเสนอชื่อผู้ป่วยไปทางสภากาชาดไทย และรอการจัดสรรอวัยวะตับเมื่อมีผู้บริจาคอวัยวะ

การผ่าตัดปลูกถ่ายตับและการดูแลหลังการผ่าตัด เมื่อได้รับการจัดสรรอวัยวะตับ กรณีมีผู้บริจาคอวัยวะผู้ป่วยจะได้รับการติดตามจากโรงพยาบาล ที่ติดต่อเข้าคิวปลูกถ่ายตับไว้ให้เข้ามารับการรักษาทันทีโดยผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำให้งดน้ำงดอาหารและเดินทางมาที่โรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด การผ่าตัดอาจใช้เวลาประมาณ 4-12 ชั่วโมง และอาจมีการเสียเลือดขณะผ่าตัดได้มาก ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยทีมศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์และทีมพยาบาลผ่าตัด

หลังผ่าตัดช่วงแรกจะต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด อาจจะยังต้องมีท่อช่วยหายใจ สายให้อาหารผ่านทางจมูก มีสายน้ำเกลือ และสายระบายน้ำเหลืองหรือเลือดเก่าในช่องท้องอยู่ ซึ่งเมื่ออาการดีขึ้นสายต่างๆ ก็จะได้รับการเอาออกจนหมดและจะมีการให้ความรู้และเตรียมตัวผู้ป่วยและญาติในเรื่องการดูแลและปฏิบัติตัวหลังจากกลับไปที่บ้าน

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดปลูกถ่ายตับ

1. ภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังผ่าตัด เช่น การเสียเลือดจำนวนมาก การมีเลือดค้างในช่องท้อง การมีแผลติดเชื้อ เป็นต้น
2. ภาวะการปฏิเสธหรือต่อต้านตับใหม่
3. ภาวะตับไม่ทำงานหลังปลูกถ่ายตับ
4. ภาวะหลอดเลือดตับอุดตัน
5. ภาวะทางเดินน้ำดีอุดตันหรือรั่วซึม
6. ความเสี่ยงในการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบใหม่ในกรณีเป็นโรคไวรัสตับอักเสบก่อนผ่าตัด

การปลูกถ่ายตับอ่อน

สมชัย ลิ้มศรีจำเริญ

เบาหวานชนิดที่ 1 หรือเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน เกิดจากการที่มีการทำลายของเซลล์ที่ทำหน้าที่ในการหลั่งอินซูลิน(เบต้าเซลล์ ในตับอ่อน) มักพบในผู้ป่วยอายุน้อย ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด พบว่าส่วนมากเกิดจากการที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายเซลล์ที่ทำหน้าที่ในการสร้างอินซูลิน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม และการติดเชื้อไวรัสบางชนิด เมื่อร่างกายขาดอินซูลินจะทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลกลูโคสในร่างกายได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก และอาจเกิดภาวะเลือดเป็นกรดได้ การรักษาผู้ป่วยชนิดนี้ต้องอาศัยการฉีดอินซูลินเป็นประจำทุกวันอย่างน้อยวันละหนึ่งครั้ง (ส่วนมากต้องฉีดบ่อยกว่านั้นจึงจะคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้) ผู้ป่วยเหล่านี้แม้ได้รับการฉีดอินซูลินตามคำแนะนำของแพทย์แล้วก็พบว่าผู้ป่วยส่วนมากยังมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) สูงกว่าปรกติ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำด้วย

การที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเป็นเวลานานจะทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานที่สำคัญคือไตวาย เบาหวานขึ้นตา และหลอดเลือดอุดตัน

การปลูกถ่ายตับอ่อนเป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุดในปัจจุบันในการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน เป็นการรักษาชนิดเดียวในปัจจุบันที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทำให้สามารถหยุดยั้งภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานได้

ข้อจำกัดของการปลูกถ่ายตับอ่อน

1. ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่
2. อวัยวะที่บริจาคเพื่อการปลูกถ่ายมีน้อยทำให้ผู้ป่วยต้องรอการบริจาคอวัยวะเป็นเวลานาน
3. ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องกินยากดภูมิตลอดชีวิต

จากข้อจำกัดดังกล่าวทำให้แพทย์ส่วนมากมีความเห็นว่าการผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อน

เพื่อรักษาเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลินทั่วไปนั้นไม่เหมาะสม ควรใช้ในผู้ป่วยบางรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ยากมากๆ เกิดภาวะน้ำตาลต่ำเกินหรือสูงเกินจนต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆอีกกรณีที่ยอมรับโดยทั่วไปคือการปลูกถ่ายตับอ่อนร่วมกับการปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายจากเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและต้องกินยากดภูมิอยู่แล้ว การเพิ่มการผ่าตัดปลูกถ่ายตับอ่อนด้วยจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และป้องกันเบาหวานลงไตที่ได้รับการปลูกถ่ายด้วย

การปลูกถ่ายตับอ่อนไม่ได้ทำเพื่อรักษามะเร็งตับอ่อนเพราะไม่มีการตัดตับอ่อนเดิมของผู้ป่วยออก แต่ทำเพื่อรักษาเบาหวานชนิดที่หนึ่งหรือชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลินผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่สองเป็นเวลานานๆ แพทย์อาจให้การรักษาด้วยการฉีดอินซูลินร่วมด้วยแต่ก็ยังคงเป็นเบาหวามชนิดที่สองอยู่ดี ซึ่งไม่เหมาะที่จะรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับอ่อน

พังผืดใต้ลิ้น

มงคล เลาหเพ็ญแสง

ภาวะลิ้นติดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเนื่องจากการยึดของพังผืดใต้ลิ้น (Lingual frenulum) ที่มีมากกว่าปกติ จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กไทยของศิริราช พบว่ามีพังผืดใต้ลิ้นสูงถึง 16%

ภาวะลิ้นติด เกิดเนื่องจากความผิดปกติของพังผืดใต้ลิ้น (lingual frenulum)

รูปพังผืดใต้ลิ้นในเด็กทารกที่มีปัญหาการดูดนมมารดา

พังผืดใต้ลิ้นคืออะไร พังผืดใต้ลิ้นคือเยื่อบางๆ บริเวณโคนลิ้นที่เกิดขึ้นได้ในเด็กทารกทุกคน โดยถือเป็นเรื่องปกติ เพียงแต่ทารกบางรายอาจจะมีพังผืดติดมากกว่าปกติมาถึงบริเวณปลายลิ้น ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาการขยับปลายลิ้นหรือการเคลื่อนไหวของลิ้นไม่ดีเท่าที่ควร ปกติแล้วลิ้นมีหน้าที่สำคัญอยู่หลายประการ แต่สำหรับเด็กทารกแรกเกิดนั้น ลิ้นมีหน้าที่ในการช่วยดูดนมจากเต้านมของมารดา โดยเด็กทารกจะแลบลิ้นไปที่ฐานหัวนมและรูดน้ำนมเข้าช่องปาก ถ้าในกรณีเด็กทารกมีพังผืดติดใต้ลิ้นมากเกินไป ก็จะทำให้ปลายลิ้นของเด็กทารกขยับออกมาเลียฐานหัวนมไม่ได้ ส่งผลให้เกิดปัญหาในเรื่องการดูดนมมารดา เด็กที่มีปัญหาบางรายจะใช้เหงือกในการช่วยดูดนม ซึ่งจะทำให้มารดาเกิดการเจ็บปวด หัวนมแตก และเป็นอุปสรรคต่อการให้นมบุตรต่อไป

สาเหตุที่ทำให้เกิดพังผืดติดยึดใต้ลิ้น เป็นภาวะที่เป็นมาแต่กำเนิด โดยปกติจะมีไม่มากถึงขนาดต้องทำการรักษา ยกเว้นทารกแรกเกิดที่มีการติดยึดที่ปลายลิ้นมากจนไม่สามารถขยับลิ้นหรือเคลื่อนไหวลิ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีปัญหาเรื่องการดูดนมมารดา แพทย์จะถือว่าเด็กทารกกลุ่มนี้จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษา

วิธีการสังเกตลักษณะอาการผิดปกติ สำหรับเด็กทารกแรกเกิด เราจะเห็นว่าเด็กดูดนมแม่ไม่ดีพอ เริ่มตั้งแต่งับหัวนมไม่ติด ดูดเบา ดูดบ่อย น้ำหนักตัวไม่เป็นไปตามกำหนด มีอาการตัวเหลือง สำหรับมารดาก็จะมีอาการเจ็บขณะที่ทารกดูดนม อาจมีหัวนมแตกเป็นแผล และส่งผลแทรกซ้อนถึงเต้านมได้

ความสำคัญและความจำเป็นในการรักษา ในอดีตเราไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดามากนัก ในกรณีที่เด็กทารกไม่สามารถดูดนมมารดาได้ก็จะแก้ไขด้วยการเลี้ยงด้วยนมขวด ปัจจุบันได้มีการส่งเสริมให้มีการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดามากขึ้น จึงทำให้มารดาส่วนใหญ่ต้องการที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

จากเหตุผลดังกล่าวทำให้มารดาสังเกตความผิดปกติเรื่องของการดูดนมของเด็กทารกและทราบว่าเด็กทารกเหล่านี้มีปัญหาเรื่องของการติดยึดของพังผืดใต้ลิ้นจึงมารับการรักษาภาวะนี้กันมากขึ้น

ความก้าวหน้าในการรักษา การรักษาภาวะพังผืดใต้ลิ้นในเด็กทารกเป็นสิ่งที่ทางการแพทย์ให้ความสำคัญและมีการพัฒนามากขึ้น ในอดีตใช้การผ่าตัดทุกรายจำเป็นต้องใช้ยาสลบ ทำให้สร้างความวิตกแก่พ่อแม่ของเด็กอย่างมาก แม้ทางการแพทย์จะมั่นใจในเรื่องความปลอดภัยต่อเด็กทารกก็ตาม แต่ก็อาจจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ และเด็กทารกจะต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่ออีกอย่างน้อย 2 - 3 วัน ปัจจุบันคณะผู้ทำการรักษาได้ประยุกต์วิธีการผ่าตัดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่มาใช้ ซึ่งได้พิสูจน์แล้วว่าทำการรักษาได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับการรักษาโดยการดมยาสลบ และที่สำคัญที่สุดก็คือเด็กสามารถดูดนมและกลับบ้านได้ทันทีหลังจากได้รับผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้ว

ไส้ติ่งอักเสบในเด็ก

นิรมล ตันเต็มทรัพย์

ไส้ติ่ง เป็นส่วนหนึ่งของลำไส้ใหญ่ส่วนต้น ที่ยื่นออกมาเป็นท่อปลายตันเล็กๆ ขนาดความยาวแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยตำแหน่งอยู่บริเวณช่องท้องด้านขวาส่วนล่าง ภาวะไส้ติ่งอักเสบ เป็นการอักเสบ ติดเชื้อของไส้ติ่งอย่างเฉียบพลัน อันเกิดจากการอุดตันภายในไส้ติ่ง สาเหตุอาจเป็นได้จากสารคัดหลั่งหรือมูกเหนียวภายในลำไส้อุจจาระ หรือสิ่งแปลกปลอมเช่น เมล็ดผลไม้ ที่ลงไปอุดตัน ทำให้เกิดการบวมขึ้นของไส้ติ่ง เชื้อแบคทีเรียที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นยิ่งก่อให้เกิดการอักเสบติดเชื้อเข้าไปในผนังของไส้ติ่งที่ขาดเลือด ผนังของไส้ติ่งที่ขาดเลือดเป็นเวลานานจะเกิดการเน่าตายและแตกทะลุได้ในที่สุด

ภาวะไส้ติ่งอักเสบ มีอุบัติการณ์สูงในผู้ป่วยเด็กช่วงอายุ 6-18 ปี หญิง ชาย มีโอกาสป่วยโรคนี้เท่าๆกัน และเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดของอาการปวดท้องในเด็กที่ต้องได้รับการผ่าตัดรักษา พบไม่บ่อยในเด็กเล็ก แต่ในกลุ่มเด็กเล็กนี้ พบอุบัติการณ์ของไส้ติ่งแตกสูงมากถึง 20-40% เนื่องจากไม่สามารถบอกได้แน่ชัดว่าปวดท้องบริเวณไหนอย่างไร และมักได้รับการรักษาด้วยยาบดบังอาการมาก่อน

ความสำคัญของการวินิจฉัย ภาวะไส้ติ่งอักเสบ เนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินทางกุมารศัลยกรรมที่พบได้บ่อย และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมากหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที การรักษาที่เหมาะสมได้แก่การผ่าตัด ซึ่งในผู้ป่วยเด็ก การให้ยาปฏิชีวนะอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขการอุดตันตลอดจนยับยั้งการอักเสบและเน่าตายของเนื้อไส้ติ่งได้ มีรายงานการบรรเทาและบดบังอาการ หากแต่ผู้ป่วยมักกลับมามีอาการอักเสบที่ยากต่อการผ่าตัดรักษายิ่งกว่าปกติ ดังนั้นการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบในเด็กจึงมีความสำคัญ ทั้งนี้การวินิจฉัยในเด็กมักทำได้ยากยิ่งโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กเล็กเนื่องจากไม่สามารถบอกได้ว่าปวดอย่างไร และไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการตรวจร่างกายประวัติการเจ็บป่วยมีความสำคัญจะช่วยในการวินิจฉัย โดยอาการนำของไส้ติ่งอักเสบ เป็นอาการปวดท้องทั่วๆบอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน ส่วนมากปวดรอบสะดือ ปวดเป็นพักๆมาก่อน มีอาการร่วมเป็นอาการของระบบทาง

เดินอาหารได้แก่ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน บางคนมีถ่ายเหลว ต่อมามีไข้ขึ้น ทานไม่ได้ มีอาการขาดน้ำ อาการปวดเริ่มปวดรุนแรงขึ้น ถี่ขึ้น และปวดตลอดเวลา มีการย้ายที่จากรอบสะดือย้ายมาปวดที่บริเวณท้องน้อยข้างขวา เมื่อมีการเคลื่อนไหวในช่องท้องเช่น ขยับตัว หรือ เดินก็จะปวด ผู้ป่วยมักนอนนิ่ง บางครั้งหากได้รับยาฆ่าเชื้อหรือยาแก้ปวด หรือยาลดการบีบตัวของลำไส้อย่างแรงอาจบดบังอาการปวดท้องให้ทุเลา แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะกลับมาเป็นอีก โดยหากไม่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งออก ไส้ติ่งอาจแตกทะลุ มีการอักเสบในช่องท้อง ผู้ป่วยอาจมีการติดเชื้อเข้ากระแสเลือดอันตรายถึงเสียชีวิตได้

การรักษาไส้ติ่งอักเสบ ได้แก่การผ่าตัดไส้ติ่งออก โดยระยะเวลาพักฟื้น 3-5 วันในเด็กที่ไส้ติ่งอักเสบที่ไม่แตก และ 7-14 วันในเด็กที่ไส้ติ่งอักเสบแตกเนื่องจากต้องได้รับยาฆ่าเชื้อทางกระแสเลือดนานอีกทั้งลำไส้จำเป็นต้องใช้เวลานานในการฟื้นตัว ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ภาวะบาดแผลอักเสบติดเชื้อ ภาวะลำไส้อุดตันจากพังผืดยึดลำไส้ ดังนั้น หากได้รับการตรวจรักษาโดยเร็วจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้

ไส้เลื่อนในเด็ก

มนวัฒน์ เงินฉ่ำ

คำว่า "ไส้เลื่อน" อาจฟังดูไม่น่ากลัว แต่หากใครเป็นและปล่อยทิ้งไว้อาจเกิดอันตรายร้ายแรง เช่น ลำไส้อุดตัน หรือลำไส้ขาดเลือดจนลำไส้เน่าได้หากไส้ที่เลื่อนออกมาถูกรัดอยู่นานเกินไป

ไส้เลื่อนขาหนีบ เป็นภาวะที่พบบ่อยในทุกเพศทุกวัย แม้กระทั่งในเด็กแรกเกิด ในเด็กอวัยวะในท้องอาจเลื่อนผ่านรูเปิดที่ผนังหน้าท้องมาสู่ช่องทางบริเวณขาหนีบ หรืออาจลงมาถึงในถุงอัณฑะได้ ช่องทางนี้เป็นช่องทางปกติที่พบในทารกในครรภ์มารดาสำหรับเป็นช่องทางผ่านของอัณฑะจากตำแหน่งเดิมในท้องลงมาอยู่ในถุงอัณฑะในเพศชาย หรือเป็นทางผ่านของเส้นเอ็นยึดมดลูกในเพศหญิง ในคนส่วนใหญ่ช่องทางนี้มักจะปิดไปเอง นอกจากลำไส้แล้ว อวัยวะอื่นๆ เช่น มันเปลว ท่อนำไข่ หรือรังไข่ ก็สามารถเลื่อนผ่านช่องทางนี้ได้

อาการสำคัญ ของเด็กที่เป็นไส้เลื่อนขาหนีบ ได้แก่ มีก้อนนูนที่ขาหนีบ บางรายอาจบวมลงมาถึงถุงอัณฑะ บางรายก็ไม่มีอาการเจ็บปวด ในทารกอาจมีอาการแค่เพียงการร้องกวน หากเกิดลำไส้อุดตัน ผู้ป่วยก็จะไม่ยอมกินนม อาเจียน ท้องอืด ไม่ถ่ายอุจจาระได้ ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ที่เป็นไส้เลื่อนก็คือ เด็กจะไม่สามารถช่วยตัวเองโดยการพยายามดันก้อนกลับได้เหมือนในผู้ใหญ่ และการร้องยิ่งจะทำให้ก้อนมีขนาดใหญ่ขึ้น เป็นอุปสรรคต่อการรักษาได้

การรักษา คือการผ่าตัดเข้าไปปิดรูที่ผนังหน้าท้อง ซึ่งควรทำเมื่อวินิจฉัยได้แต่เนิ่นๆ โดยไม่จำกัดอายุ ในผู้ป่วยที่โตพอสมควรก็สามารถที่จะผ่าตัดแบบมาเช้าเย็นกลับและฟื้นตัวได้ในเวลาไม่กี่วัน

การผ่าตัดเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วอาจทำได้ยากลำบาก และเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อเส้นเลือด เส้นประสาท ท่อนำเชื้ออสุจิที่วางอยู่ใกล้กับถุงไส้เลื่อนได้

ความรู้ที่สำคัญ

เด็กที่มีก้อนบริเวณขาหนีบมักเกิดจากโรคไส้เลื่อน ควรได้รับการตรวจและรักษาโดยเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในภายหลัง

ลำไส้อุดตันในเด็ก

รวิศ เรืองตระกูล

ลำไส้อุดตันในเด็ก จะมีอาการหลักๆ คือปวดท้องเป็นพักๆ มีอาเจียนซึ่งอาจจะเป็นนมหรือเศษอาหารในช่วงแรก ต่อมาอาจอาเจียนเป็นสีเขียวของน้ำดี มีอาการท้องอืด และอาจจะไม่ถ่ายอุจจาระหรือผายลม

ภาวะลำไส้อุดตันในเด็กเกิดได้จากหลายสาเหตุ อาทิ ไส้เลื่อนขาหนีบติดคา ลำไส้อุดตันจากเยื่อพังผืด ลำไส้กลืนกัน ซึ่งจะขออธิบายดังต่อไปนี้

ไส้เลื่อนขาหนีบติดคา เด็กมักจะมีก้อนยุบเข้าออกที่ขาหนีบข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ซึ่งเป็นผลจากอวัยวะภายในช่องท้องเคลื่อนเข้าออกผ่านรูไส้เลื่อนที่ขาหนีบ เมื่อเกิดไส้เลื่อนติดคาที่ขาหนีบ ก้อนที่ขาหนีบก็จะไม่อาจจะยุบเข้าไปได้ ทำให้เกิดอาการปวดที่ขาหนีบอย่างมากร่วมกับปวดท้อง อาเจียน จำเป็นต้องรีบพาผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน มิฉะนั้นอาจจะเกิดการเน่าตายของลำไส้ได้

ลำไส้อุดตันจากเยื่อพังผืด เยื่อพังผืดที่มีการกดรัดลำไส้ทำให้เกิดลำไส้อุดตันได้ เยื่อพังผืดมักเป็นผลจากการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดที่พบเยื่อพังผืดรัดลำไส้ได้บ่อยได้แก่การผ่าตัดไส้ติ่ง

ลำไส้กลืนกัน เป็นภาวะที่ลำไส้เล็กเคลื่อนตัวเข้าไปในลำไส้ใหญ่ที่อยู่ส่วนปลายกว่าลำไส้เล็กนั้น ทำให้เกิดภาพคล้ายลำไส้ใหญ่กลืนลำไส้เล็กเข้าไว้ ลำไส้กลืนกันมักจะเกิดในเด็กอายุ 4-11 เดือน โดยผู้ป่วยจะมีการเกร็งจากการปวดท้องเป็นพักๆ ร่วมกับอาเจียน และมีไข้ ต่อมาเมื่อลำไส้เล็กเคลื่อนตัวไปในลำไส้ใหญ่มากขึ้น ก็จะมีการขาดเลือดของลำไส้ทำให้อุจจาระมีลักษณะเป็นมูกปนเลือด เมื่อเด็กมีอาการดังกล่าวนี้ก็ควรรีบพาเด็กมาโรงพยาบาลโดยเร่งด่วน

ความรู้ที่สำคัญ

1. เมื่อใดที่เด็กมีอาการปวดท้องเป็นพักๆ มีอาเจียน หรือท้องอืด ขอให้รีบพาเด็กมาโรงพยาบาลโดยเร่งด่วน

2. เมื่อมีก้อนยุบเข้าออกที่ขาหนีบและสงสัยว่าเด็กอาจจะเป็นไส้เลื่อน ขอให้มารับการตรวจรักษากับแพทย์ทันที อย่าปล่อยทิ้งไว้ เพราะว่าเมื่อใดที่เกิดไส้เลื่อนขาหนีบติดคาแล้ว อาจจะทำให้เกิดลำไส้เน่าตายซึ่งอันตรายต่อชีวิตได้

การผิดรูปของทวารหนักและลำไส้ใหญ่

อัครพล มุ่งนิรันดร์

ภาวะการผิดรูปของทวารหนักและลำไส้ใหญ่เป็นภาวะที่พบได้แต่กำเนิด พบได้ประมาณ 1 ใน 5,000 ของทารกที่คลอด โดยส่วนใหญ่ทารกจะถูกวินิจฉัยตั้งแต่วันแรกที่คลอดโดยที่ตรวจไม่พบทวารหนักหรือมีทวารหนักในตำแหน่งที่ผิดปกติ ผู้ป่วยบางคนอาจมีท่อติดต่อระหว่างลำไส้ใหญ่กับท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ หรือช่องคลอดได้ ซึ่งจะทำให้เด็กทารกมีอุจจาระออกทางท่อปัสสาวะหรือออกทางช่องคลอด อย่างไรก็ตามท่อติดต่อดังกล่าวมักไม่ใหญ่พอที่จะระบายอุจจาระได้

ผู้ป่วยที่มีภาวะผิดรูปของลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำเป็นที่จะต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดภาวะลำไส้อุดตันเนื่องจากไม่สามารถถ่ายอุจจาระได้ การผ่าตัดแก้ไขอาจทำตั้งแต่แรกคลอดโดยการสร้างทวารหนักให้อยู่ในตำแหน่งปกติหรืออาจผ่าตัดระบายอุจจาระออกทางหน้าท้องก่อนแล้วค่อยทำการสร้างทวารหนักเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น หลังจากการสร้างทวารหนักผู้ป่วยอาจมีปัญหาท้องผูก อุจจาระค้าง อุจจาระเล็ดหรือกลั้นอุจจาระลำบากเนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักพัฒนาได้ไม่เต็มที่ จำเป็นต้องติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไปรวมถึงการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ปกครองด้วย

ความรู้ที่สำคัญ เด็กแรกคลอดที่ไม่มีรูทวารหนัก ท้องผูก มีอุจจาระออกมาทางท่อปัสสาวะหรือทางช่องคลอดจำเป็นต้องพบกุมารศัลยแพทย์ เพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

หนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายไม่เปิด

ณัฐณิชา สุขสมานพันธ์

โดยทั่วไปแล้วเด็กผู้ชายทุกคนเกิดมาพร้อมกับหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศที่ยังปิดอยู่เสมอ หนังหุ้มปลายอวัยวะเพศมีหน้าที่ช่วยปกป้องส่วนปลายของอวัยวะเพศ ไม่ให้มีการเสียดสีหรือระคายเคืองจากผิวสัมผัสภายนอกเช่นกางเกงชั้นใน หรือ ผ้าอ้อม โดยเฉพาะในช่วงวัยเด็กเล็กที่มักจะมีการเปียกชื้นบริเวณดังกล่าวได้บ่อย ต่อมาเมื่อเด็กโตมากขึ้น หนังหุ้มปลายก็จะค่อยๆ เปิดออกตามธรรมชาติ อย่างไรก็ตามในบางครั้งหนังหุ้มปลายที่ไม่ยอมเปิดทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น เด็กอาจรู้สึกคันบริเวณหนังหุ้มปลายเพราะการทำความสะอาดที่ไม่ดีพอ มีอุจจาระเปียกไปสะสมอยู่, เจ็บเวลาปัสสาวะ, ปัสสาวะลำบาก, หนังหุ้มปลายมีลักษณะโป่งพองออกมาคล้ายลูกโป่งในขณะที่ปัสสาวะ บางครั้งอาจทำให้เกิดภาวะการติดเชื้อที่รุนแรง เช่น ทางเดินปัสสาวะอักเสบ, หนังหุ้มปลายอักเสบ ซึ่งภาวะดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อการรักษาเบื้องต้น ก่อนจะนำไปสู่การรักษาที่เฉพาะเจาะจง เพื่อทำให้หนังหุ้มปลายอวัยวะเพศเปิดออก การรักษาสามารถทำได้สองแบบคือการรักษาแบบประคับประคอง และการขลิบอวัยวะเพศ

การรักษาแบบประคับประคอง คุณพ่อและคุณแม่ของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญอย่างมากในกระบวนการรักษานี้ ผู้ปกครองจะต้องช่วยเด็กในการทำความสะอาดรูดหนังหุ้มปลายให้เปิดออกทีละน้อยๆหลังอาบน้ำทุกวัน ผลตอบสนองต่อการรักษาขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอของการปฏิบัติ นอกจากนี้การช่วยเด็กรูดทำความสะอาด ก็ยังเป็นการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่เด็กในการดูแลรักษาความสะอาดอนามัยของตนเอง เพื่อที่ว่าต่อไปเด็กสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ในบางกรณีแพทย์อาจจะมียาให้คุณพ่อคุณแม่ช่วยทาตรงหนังหุ้มปลายด้วยเพื่อช่วยให้การเปิดของหนังหุ้มปลายเป็นไปด้วยความง่ายมากขึ้น ถ้าการให้การรักษาแบบประคับประคองแล้วไม่ดีขึ้นจึงจะพิจารณาการขลิบหนังหุ้มปลายเป็นลำดับต่อไป

การรักษาโดยการขลิบปลายอวัยวะเพศ มักจะทำเมื่อมีข้อบ่งชี้เช่น ทางเดินปัสสาวะอักเสบ, หนังหุ้มปลายอักเสบมาก, หนังหุ้มปลายไม่เปิดจากพังผืดที่มีลักษณะ

แข็ง หรือ ข้อกำหนดทางศาสนา คุณพ่อและคุณแม่ควรนำเด็กมาพบแพทย์เพื่อทำการนัดผ่าตัดขลิบหนังหุ้มปลาย การผ่าตัดเป็นการผ่าตัดเล็ก จึงสามารถมารับการรักษาแบบมาเช้าเย็นกลับได้ โดยทั่วไปแพทย์ใช้การฉีดยาชาเพื่อควบคุมความเจ็บปวดระหว่างการผ่าตัด แต่สำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กการผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบก็เป็นอีกวิธีที่เหมาะสมในการควบคุมความรู้สึกในเด็กกลุ่มอายุดังกล่าว

ต่อมลูกหมากโต

ไชยยงค์ นวลยง

โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่พบได้ในผู้ป่วยชายสูงอายุ ตามสถิติจะพบได้ประมาณ 45% ในช่วงอายุ 50-60 ปี และประมาณ 90% เมื่ออายุมากกว่า 80 ปี

โรคต่อมลูกหมากโตเป็นความผิดปกติที่มีการเพิ่มทั้งขนาดและจำนวนของเซลล์ต่อมลูกหมากมากกว่าปกติ ทำให้ขนาดของต่อมลูกหมากขนาดโตขึ้น และเนื่องจากตำแหน่งของต่อมลูกหมากนั้นอยู่รอบๆ ท่อปัสสาวะเมื่อต่อมลูกหมากโตมากขึ้น ก็จะมีการบีบรัดท่อปัสสาวะให้ตีบ แบน และยาว ทำให้เกิดการอุดกั้นบริเวณท่อทางเดินปัสสาวะ เป็นผลให้ปัสสาวะไหลไม่สะดวก

สาเหตุ สาเหตุของการเกิดโรคต่อมลูกหมากโตยังไม่สามารถสรุปได้ชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับอายุ และเกิดการไม่สมดุลของระดับฮอร์โมนเพศชายและเพศหญิงในเลือดเมื่ออายุมากขึ้น โดยฮอร์โมนเพศชายมักจะมีระดับลดลงในชายสูงอายุ

อาการของต่อมลูกหมากโต เนื่องจาก ขนาดของต่อมลูกหมากที่โตขึ้น ทำให้เกิดการอุดกั้นของท่อทางเดินปัสสาวะ และคอกระเพาะปัสสาวะ อาการของผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต จึงเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติไปดังต่อไปนี้

1. ปัสสาวะบ่อยทั้งกลางวันและกลางคืน ปวดปัสสาวะบ่อยจนบางครั้งก็ราดก่อนถึงห้องน้ำ
2. ปัสสาวะลำบาก ต้องเบ่ง ลำปัสสาวะไม่พุ่ง หรือลำปัสสาวะอ่อนลง
3. เวลาปัสสาวะแต่ละครั้งต้องรอนานกว่าจะออก และเมื่อออกไปแล้วต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะปัสสาวะหมด
4. ปัสสาวะไม่สุดเหมือนยังมีปัสสาวะค้างอยู่
5. บางครั้งอาการรุนแรงมากขึ้นจนกระทั่งปัสสาวะไม่ออก

โดยทั่วไปอาการเริ่มแรกของอาการโรคต่อมลูกหมากโตคืออาการปัสสาวะบ่อย และอาการกลั้นปัสสาวะไม่ค่อยอยู่ และเมื่อการดำเนินของโรคมากขึ้น อาการของปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะต้องเบ่งใช้เวลานานกว่าจะปัสสาวะหมดก็จะค่อยๆ มากขึ้น

เรื่อยๆ จนในที่สุดผู้ป่วยอาจจะปัสสาวะไม่ออก อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าอาการดำเนินโรคของโรคต่อมลูกหมากโตมีอยู่ 3 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 อาการของโรคเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และคงที่เป็นระยะเวลานาน

กลุ่มที่ 2 อาการของโรคเพิ่มขึ้นและต่อมาอาการก็ค่อยลดลงไป

กลุ่มที่ 3 อาการของโรคค่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนมีอาการมาก

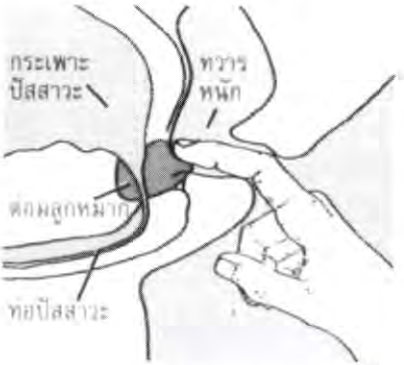
ในปัจจุบันเราไม่สามารถที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยที่มาด้วยอาการของโรคต่อมลูกหมากโตจะเป็นแบบใด

ผลแทรกซ้อน โรคต่อมลูกหมากโตแม้จะไม่ใช่มะเร็ง แต่ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเลวลงไปและบางครั้งอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ดังต่อไปนี้

1. มีปัสสาวะเป็นเลือด เพราะเส้นเลือดของต่อมลูกหมากแตก เนื่องจากจำเป็นต้องเบ่งปัสสาวะ
2. ปัสสาวะไม่ออก
3. มีการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะเนื่องจากปัสสาวะไม่หมด
4. เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากมีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ
5. อาจจะมีนิ่วเกิดขึ้นในกระเพาะปัสสาวะได้
6. เกิดภาวะการเสื่อมของไตได้ ซึ่งพบได้ไม่เกิน 10% แต่อย่างไรก็ตามเป็นภาวะที่อันตรายมากที่สุด

การวินิจฉัยโรค แพทย์สามารถให้การวินิจฉัยโรคต่อมลูกหมากโตได้ดังต่อไปนี้

1. ซักประวัติและถามอาการของการขับถ่ายปัสสาวะ รวมทั้งระยะเวลาที่เริ่มเป็น
2. แพทย์จะทำการตรวจทวารหนักเพื่อคลำดูต่อมลูกหมากว่ามีขนาดโตมากน้อยเพียงใด ดังรูปที่ 2
3. การใช้แบบสอบถามอาการถ่ายปัสสาวะโดยสามารถคิดออกมาเป็นคะแนนได้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอาการน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ



4. การวัดความแรงของการถ่ายปัสสาวะ ซึ่งจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยไปถ่ายปัสสาวะในเครื่องมือพิเศษที่จะสามารถวัดความแรงของน้ำปัสสาวะได้

5. การวัดน้ำปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะว่ามีจำนวนเท่าใด

6. การส่องกล้องดูทางท่อปัสสาวะเพื่อดูว่าต่อมลูกหมากโตจริงหรือไม่ และดูว่ามีผลแทรกซ้อนเกิดขึ้นในกระเพาะปัสสาวะหรือไม่ เช่น นิ่ว

7. การตรวจวัดขนาดและดูลักษณะของต่อมลูกหมากด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ซึ่งสอดเข้าทางทวารหนัก

8. การเจาะเลือดเพื่อดูผลเลือดของต่อมลูกหมาก ซึ่งเรียกว่า PSA ซึ่งจะมีประโยชน์เพื่อช่วยแยกโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

การรักษา วิธีการรักษาโรคต่อมลูกหมากโต โดยทั่วไปมีอยู่ 4 วิธีคือ

1. การรักษาแบบประคับประคอง จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่มาก และยังไม่มีอาการแทรกซ้อน

2. การใช้ยา ยาที่ใช้รักษาโรคต่อมลูกหมากโต เป็นที่ยอมรับกันมีอยู่ 2 ชนิด คือ

2.1 ยาที่ลดขนาดต่อมลูกหมาก ได้แก่ กลุ่มยาต้านเอนไซม์ 5-alpha reductase ซึ่งเอนไซม์ชนิดนี้จะไปกระตุ้นให้ต่อมลูกหมากมีขนาดโตขึ้น เมื่อให้ยาต้านเอนไซม์ชนิดนี้ก็อาจจะมีผลทำให้ต่อมลูกหมากมีขนาดเล็กลง

2.2 ยาลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบในเนื้อต่อมลูกหมาก ทำให้ความตึงตัวของต่อมลูกหมากลดลง จะทำให้ผู้ป่วยมีการถ่ายปัสสาวะที่ดีขึ้น ยากลุ่มนี้ได้แก่กลุ่มยาต้าน alpha

3. การผ่าตัด ใช้ในรายที่มีอาการมาก เดือดร้อนมาก หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากต่อมลูกหมากโตที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การผ่าตัดมีหลายชนิด แต่วิธีที่นิยมมากที่สุด คือการใส่เครื่องมือเข้าทางท่อปัสสาวะ และตัดต่อมลูกหมากออกทางปัสสาวะด้วยไฟฟ้า วิธีนี้เรียกว่า Transurethral resection of the prostate (TUR-P) ดังรูปที่ 3

วิธีการนี้มีการสูญเสียเลือดบ้าง อาจจะต้องให้เลือดในบางราย หากต่อมลูกหมากมีขนาดใหญ่มาก จำเป็นต้องใช้วิธีการผ่าตัดผ่านหน้าท้องหรือหัวเหน่า จากนั้นแพทย์ก็จะมีการผ่าตัดควักเอาต่อมลูกหมากออกมาทางหน้าท้อง

4. การรักษาวิธีอื่น โดยมีหลักการเพื่อให้เกิดความร้อนต่อเนื้อเยื่อของต่อมลูกหมากโดยความร้อน ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ จากไมโครเวฟ, จากคลื่นวิทยุ (Radio Frequency), คลื่นเสียงอัลตร้าซาวด์ (Ultrasound) หรือเลเซอร์ ความร้อนต่าง ๆ เหล่านี้มีผลทำให้ต่อมลูกหมากเหี่ยวเล็กลงทำให้ท่อทางเดินปัสสาวะกว้างขึ้น

การรักษาวิธีนี้มีทั้งข้อดีและข้อเสีย มีค่าใช้จ่ายที่สูง เนื่องจากเครื่องมือต้องใช้เทคโนโลยีที่สลับซับซ้อน และที่สำคัญเป็นที่น่าสังเกตว่า การรักษาโดยใช้วิธีนี้ในปัจจุบันไม่เป็นที่นิยมและอาจจะเรียกได้ว่าลดความนิยมลงไปอย่างมาก

สรุป โรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคที่พบได้บ่อยในชายสูงอายุ ต่อมลูกหมากที่โตขึ้นจะก่อให้เกิดความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งเป็นผลให้คุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อมลูกหมากนั้นลดลง จนบางครั้งต่อมลูกหมากที่โตขึ้นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ การรักษาโรคต่อมลูกหมากโตมีได้หลายวิธี โดยผู้เชี่ยวชาญทางเดินปัสสาวะจะเป็นผู้พิจารณา โรคต่อมลูกหมากโตไม่ใช่มะเร็งและไม่กลายเป็นมะเร็ง แต่ทั้งสองโรคอาจพบร่วมกันได้ในบางคน ซึ่งบางครั้งไม่สามารถแยกได้ โดยใช้อาการเท่านั้น ดังนั้น ผู้ชายสูงอายุที่มีอาการผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะจึงควรที่จะเข้าไปรับการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะ

นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ

เอกรินทร์ โชติกวาณิชย์

นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะคือ การรวมตัวกันของผลึกที่เกิดขึ้นจากการตกตะกอนของแร่ธาตุหรือสารต่างๆที่ปกติจะละลายอยู่ในน้ำปัสสาวะ นิ่วในทางเดินปัสสาวะ มักจะจำแนกตาม

1. ตำแหน่งที่ก้อนนิ่วนั้นอยู่ เช่นนิ่วในไต (nephrolithiasis) นิ่วท่อไต (ureterolithiasis) หรือ นิ่วกระเพาะปัสสาวะ (cystolithiasis)

2. โดยองค์ประกอบทางเคมี เช่น นิ่วแคลเซียม นิ่วที่เกิดจากการติดเชื้อ (struvite) นิ่วกรดยูริก หรือ สารอื่นๆ

สาเหตุเกิดจากปัจจัยหลักคือ

1. มีสารก่อนิ่วอยู่ในน้ำปัสสาวะมาก เช่น

- สารแคลเซียมสูงที่จะพบในภาวะที่มีการดูดซึมจากลำไส้ผิดปกติ หรือจากการทำงานผิดปกติของต่อมพาราไทรอยด์ เป็นต้น

- กรดกรดยูริกสูง เช่นที่พบในผู้ป่วยโรคเก๊าท์

2. มีสารยับยั้งการก่อนิ่วปริมาณน้อย

ปกติในน้ำปัสสาวะจะมีสารซิเตรท ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการตกตะกอนของเกลือแคลเซียม ดังนั้นในคนที่มีสารซิเตรทน้อยจึงทำให้แคลเซียมตกตะกอนเป็นนิ่วได้ง่ายขึ้น

3. การติดเชื้อในระบบปัสสาวะ

จะทำให้สภาวะแวดล้อมในน้ำปัสสาวะ เช่น ความเป็นกรด-ด่าง เปลี่ยนแปลงไป เอื้ออำนวยให้เกิดนิ่วบางชนิดได้ง่ายขึ้น

อาการอาการของนิ่วในทางเดินปัสสาวะส่วนมากเกิดจากการอุดตันของก้อนนิ่ว ทำให้มี

1. อาการปวด บริเวณตำแหน่งที่ก้อนนิ่วนั้นอุดตันอยู่

2. อาการไข้สูง เนื่องจากมีการติดเชื้อในระบบปัสสาวะ

3. อาการจากภาวะไตวาย เช่น เหนื่อยเพลีย บวม ซีด ความดันโลหิตสูง เนื่องจากก้อนนิ่วอุดตันอยู่นานจนกระทั่งไตสูญเสียการทำงานไปจนเกือบทั้งหมด

การรักษา ก้อนนิ่วส่วนใหญ่ที่ขนาดไม่เกิน 0.5 ซ.ม. มักจะเคลื่อนหลุดออกจากร่างกายได้เอง ดังนั้นจะทำการรักษาในกรณีที่ก้อนนิ่วมีขนาดใหญ่กว่านี้ หรือมีอาการปวด ไข้ การทำงานของไตแย่ลง การรักษาทำได้โดยการใช้ยา การใช้เครื่องสลายนิ่ว หรือการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับ ขนาด ตำแหน่ง และชนิดของนิ่ว

ปัจจุบันการผ่าตัดโรคนิ่วทำได้โดยการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ ทำให้ไม่ต้องมีบาดแผลจากการผ่าตัด หรือในกรณีที่นิ่วมีขนาดใหญ่มาก จะใช้วิธีเจาะผ่านทางผิวหนัง ซึ่งจะมีบาดแผลเล็กๆประมาณ 1 ซ.ม.เท่านั้น

การป้องกันขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเกิดนิ่ว

1. กรณีที่มีสารก่อนิ่วปริมาณสูง ควรงดบริโภคอาหารที่มี กรดยูริก ออกซาเลต สูง เช่น เนื้อแดง ยอดผัก หน่อไม้ เป็นต้น รักษาภาวะที่ทำให้มีแคลเซียมในเลือดสูงหรืออาจต้องใช้ยาเพื่อลดระดับของกรดยูริกในเลือด

2. กรณีที่มีสารยับยั้งนิ่วปริมาณต่ำอาจพิจารณาใช้ยาที่ช่วยเพิ่มสารดังกล่าวเช่น โปแตสเซียมซิเตรท

3. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 2,500-3,000 ซีซี ต่อวัน เพื่อให้ปัสสาวะเจือจาง ซึ่งจะลดโอกาสการตกตะกอนของสารก่อนิ่ว

หนังหุ้มปลายไม่เปิด

กิตติพงษ์ พินธุโสนภณ

โดยทั่วไปแล้วภาวะหนังหุ้มปลายไม่สามารถเปิดได้ (Phimosis) ในเด็กเล็ก ผู้ปกครองส่วนใหญ่หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำนวนไม่น้อย มักคิดถึงภาวะนี้ในแง่ของภาวะความผิดปกติหรือโรคที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข แต่ในความเป็นจริงแล้ว ภาวะหนังหุ้มปลายไม่สามารถเปิดได้มีทั้งที่เป็นความผิดปกติจริง ซึ่งพบได้เป็นส่วนน้อย (True Phimosis) และส่วนใหญ่ไม่ถือเป็นพยาธิสภาพและอาจนับรวมอยู่ในขั้นตอนหนึ่งของพัฒนาการของเด็กทั่วไป (Physiologic Phimosis or developmental)

เหตุใดจึงกล่าวเช่นนั้น เราคงต้องย้อนไปดูสถิติต่างๆ ที่ได้ถูกรวบรวมไว้ จากการศึกษาว่าเด็กแรกเกิดที่สามารถรูดหนังหุ้มปลายได้สุด มีแค่ 4% เท่านั้น และเพียง 54% ที่สามารถเปิดจนเห็นส่วนปลายขององคชาติบางส่วน อัตราที่ไม่สามารถรูดหนังหุ้มปลายที่อายุต่างๆ กันมีดังนี้ อายุ 6 เดือน พบถึง 80%, อายุ 1 ขวบ พบ 50%, อายุ 2 ขวบ พบ 20%, และ อายุ 3 ขวบ พบเพียง 10%[1]

ในอีกการศึกษาหนึ่ง ศึกษาในเด็ก อายุ 6 ขวบ พบ 8% และอายุ 17 ปี ลดลงเหลือ 1%[2] ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกัน คือ เด็กที่ไม่สามารถรูดหนังหุ้มปลายได้ส่วนใหญ่ เมื่ออายุมากขึ้นมักรูดได้เอง

ดังนั้น การตรวจวินิจฉัย จึงต้องแยกให้ได้ว่าภาวะหนังหุ้มปลายไม่เปิดดังกล่าวเป็นความผิดปกติจริง มีแผลเป็นเกิดขึ้นที่ปลายหรือไม่ มีการอักเสบหนังหุ้มหลายเกิดขึ้นหรือไม่ ส่งผลให้การปัสสาวะลำบากหรือไม่และเกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะหรือไม่ โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาว่าจะต้องรักษาด้วยวิธีใด เช่น ผ่าตัดหรือใช้ยา เป็นต้น

(1) Gairdner etal
(2) Oster etal

ปัสสาวะลำบาก

ธวัชชัย ทวีมั่นคงทรัพย์

ปกติคนเราถ่ายปัสสาวะวันละประมาณ 3-4 ครั้ง กลางคืนหลังจากนอนหลับไปแล้วมักไม่ต้องลุกขึ้นมาถ่าย การถ่ายปัสสาวะต้องอาศัยกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ ซึ่งมีระบบประสาทมาควบคุมการทำงานให้ปกติ โดยกระเพาะปัสสาวะจะบีบตัวไล่น้ำปัสสาวะออกทางท่อปัสสาวะเมื่อมีความรู้สึกปวด โดยปกติแล้วคนเราจะถ่ายปัสสาวะได้ครั้งละประมาณ 300 - 500 ลูกบาศก์เซนติเมตร หรือมิลลิลิตร และใช้เวลาถ่ายประมาณ 30 วินาที โดยมีแรงไหลของน้ำปัสสาวะสูงสุดประมาณ 20-30 มิลลิลิตรต่อวินาที หากแรงไหลน้อยกว่า 10-15 มิลลิลิตรต่อวินาทีถือว่าผิดปกติ

อาการแสดงที่ผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะที่พบบ่อย มีดังนี้

1. ปัสสาวะลำบาก (obstructive symptom) หมายถึง ปัสสาวะลำบากปวดขณะถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะพุ่งไม่แรงต้องใช้เวลานาน ลำปัสสาวะเล็กลง มักสัมพันธ์กับการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะ

สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ ต่อมลูกหมากโต มะเร็งต่อมลูกหมาก ท่อปัสสาวะตีบ

2. ปัสสาวะบ่อย (irritative symptom) หมายถึง ปัสสาวะบ่อย และอยากถ่ายปัสสาวะทันทีทันใด อาการปวดมักสัมพันธ์กับการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ

สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ การอักเสบของท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน

3. ปัสสาวะกลางคืน (Nocturia) หมายถึง ภาวะมีปัสสาวะมากกว่า 2-3 ครั้งในเวลากลางคืน

สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุชายที่มีต่อมลูกหมากโต โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไต ได้รับเครื่องดื่มประเภทกาแฟ แอลกอฮอล์ก่อนเข้านอน

4. กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) หมายถึง ภาวะที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ พบว่ามีแรงดันเพิ่มขึ้นภายในกระเพาะปัสสาวะ

สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องขึ้นอยู่กับชนิดของการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ได้แก่ ปัสสาวะเล็ดราดเมื่อไอ-จาม อยากถ่ายปัสสาวะทันทีทันใดมีอาการเร่งรีบทำให้ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ในคนส่วนใหญ่เมื่อเริ่มรู้สึกปวดปัสสาวะ หากยังไม่สามารถหาสถานที่ที่เหมาะสมหรือเวลาที่เหมาะสม จะสามารถกลั้นปัสสาวะไว้ได้โดยไม่ทรมาน แต่เมื่อมีน้ำปัสสาวะมากถึง 300-500 มิลลิลิตรจะรู้สึกปวดปัสสาวะมากและต้องรีบเข้าห้องน้ำ

5. ปัสสาวะไม่ออก (retention of urine) หมายถึง การที่มีปัสสาวะกักคั่งอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถบีบตัวทำให้ถ่ายปัสสาวะได้

สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบบประสาทเสียหน้าที่ (เช่นได้รับบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง) เกิดชั่วคราวในผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด ดมยาสลบ/ฉีดยาเข้าเส้นประสาทไขสันหลัง หญิงหลังคลอดบุตร โรคต่อมลูกหมากโตเรื้อรัง

ผู้ป่วยที่ปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลัน จะมีอาการปวดปัสสาวะอย่างมาก ดิ้นทุรนทุราย และพบว่ามีก้อนเหนือหัวหน่าว นั่นหมายถึง กระเพาะปัสสาวะที่มีน้ำปัสสาวะอยู่เต็ม หากทิ้งไว้โดยไม่ทำอะไรผู้ป่วยจะทรมานอย่างมาก และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น มีการติดเชื้อ ทำให้เกิดนิ่ว และไตวาย การรักษาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่สำคัญในระยะแรกต้องหาทางทำให้น้ำปัสสาวะออกก่อน ได้แก่ ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อให้น้ำปัสสาวะออก แล้วคาสายสวนไว้ก่อน ในรายที่ไม่สามารถใส่สายสวนปัสสาวะ หรือขยายท่อปัสสาวะได้ ก็ต้องระบายน้ำปัสสาวะออกทางหน้าท้องโดยการผ่าตัด หรือเจาะรูใส่สายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องเหนือหัวหน่าว หลังจากระบายน้ำปัสสาวะได้แล้ว แพทย์จะหาสาเหตุการอุดกั้นและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น

6. ไม่มีปัสสาวะ (Anuria) หมายถึงการที่ไม่มีปัสสาวะ หรือจำนวนปัสสาวะน้อยกว่า 50 มิลลิลิตรต่อวัน ผู้ป่วยไม่รู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะ

สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ หน้าที่การทำงานของไตไม่ดีทั้งสองข้าง ภาวะช็อกหรือขาดน้ำอย่างรุนแรง และที่พบบ่อย คือการอุดกั้นท่อไตจากนิ่วหรือเนื้องอก ผู้ป่วยจะมีภาวะไตวายเฉียบพลันและหากไม่ได้รับการรักษาทันท่วงทีจะเกิดไตวายเรื้อรังในที่สุด

ปัสสาวะเป็นเลือด

ธวัชชัย ทวีมั่นคงทรัพย์

ปัสสาวะเป็นเลือด เป็นอาการเลือดออกในทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่เนื้อไต กรวยไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ต่อมลูกหมาก และท่อปัสสาวะ เลือดที่ออกมากับปัสสาวะมีได้หลายลักษณะ ที่พบบ่อย คือ ปัสสาวะเป็นเลือดที่สามารถสังเกตเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งอาจจะมองเห็นสีของปัสสาวะเปลี่ยนไปเป็นสีแดง ชมพู หรือดำคล้ำคล้ายสีโค้ก บางครั้งตรวจพบปัสสาวะเป็นเลือดที่เห็นได้จากกล้องจุลทรรศน์โดยไม่พบสีปัสสาวะผิดปกติ เช่นไปตรวจร่างกายหรือตรวจทำประกันชีวิตและพบว่ามีรายงานปัสสาวะมีเม็ดเลือดแดงผิดปกติ

ปัสสาวะคนเราจะมีสีเหลืองใส อาจจะมีสีเข้มขึ้นนิดหน่อยถ้าหากว่าดื่มน้ำน้อย หรือว่ากลั้นปัสสาวะไว้นาน ๆ คนปกติไม่ควรมีเลือดออกมาในปัสสาวะ ดังนั้นถ้าหากว่ามีปัสสาวะเป็นเลือดก็ควรรีบปรึกษาแพทย์เพื่อได้รับการตรวจเพื่อหาสาเหตุต่อไป

สาเหตุของการปัสสาวะเป็นเลือด

โรคที่เกิดความผิดปกติของอวัยวะในทางเดินปัสสาวะมีหลายสาเหตุที่ทำให้ปัสสาวะเป็นเลือด สาเหตุส่วนใหญ่ไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น นิ่วและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ต่อมลูกหมากโตในคนที่อายุมากกว่า 50 ปี มีจำนวนน้อยที่มีปัสสาวะเป็นเลือดโดยไม่ทราบสาเหตุ แต่ก็มีสาเหตุที่อันตรายต่อชีวิตได้แก่ มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งที่ไต ภาวะอุดกั้นที่ไต หรือเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในทางเดินปัสสาวะ ดั้งนั้นการมีเลือดออกในระบบทางเดินปัสสาวะถือว่าเป็นภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน

การตรวจวินิจฉัย

การซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะลักษณะเป็นเลือดช่วงไหนของการปัสสาวะ มีลิ่มเลือดปนหรือไม่ จะช่วยบอกตำแหน่งของโรคได้ อาการปัสสาวะเป็นเลือดหรือปัสสาวะแดง เราต้องแยกจากสาเหตุอื่นที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดว่าเป็นปัสสาวะเป็นเลือด หรือปัสสาวะเป็นเลือดที่ไม่ได้เกิดจากระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ภาวะปัสสาวะแดง ซึ่งเป็นเพียงการ

เปลี่ยนสีของปัสสาวะโดยไม่ได้มีความผิดปกติ อันอาจเกิดจากอาหาร ที่เรารู้จักกันมากก็จะเป็น Beet root สีผสมอาหาร กลุ่มยาบางชนิด ยกตัวอย่างเช่น ยาต้านวัณโรคบางชนิด ยาขับเหล็ก ยาต้านมาเลเรียบางชนิด และกลุ่มยาเคมีบำบัด ซึ่งกลุ่มยานี้มักได้ประวัติที่ชัดเจนของการใช้ร่วมด้วย กลุ่มโรคเลือด กรณีนี้มักพบในเด็กที่มีโรคประจำตัวทางด้านนี้อยู่ แต่อาจจะไม่ทราบหรือตรวจพบมาก่อน แต่มาตรวจพบภายหลัง เช่น ธาลัสซีเมียบางกลุ่ม โรค G-6-PD ที่มีการแตกตัวของเม็ดเลือดแดงเมื่อมีภาวะเครียดของร่างกาย เช่น ไข้ การติดเชื้อในร่างกาย การได้รับอาหารหรือยาบางชนิด ทำให้มีการแตกตัวของเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือด ซึ่งจะส่งผลให้ปัสสาวะแดงเป็นเลือดได้ หรือแม้แต่ภาวะความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดหรือเกล็ดเลือดเองก็เป็นสาเหตุหนึ่งของปัสสาวะเป็นเลือดได้เช่นกัน แพทย์จึงมักเริ่มจากการตรวจปัสสาวะด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อยืนยันการพบเลือดในปัสสาวะและหาลักษณะของการอักเสบร่วมด้วย การตรวจสืบค้นเพิ่มเติมบางมักขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีประวัติและการตรวจร่างกายสนับสนุนหรือเข้าได้กับภาวะใด บางครั้งจำเป็นต้องทำการตรวจวินิจฉัยโดยการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ไต การอัลตร้าซาวด์ การเอ็กซเรย์ฉีดสี การเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์และการส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะก็จะสามารถทำการแยกโรคได้

การรักษาปัสสาวะเป็นเลือด การรักษาปัสสาวะเป็นเลือดขึ้นกับสาเหตุ เช่น ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะให้การรักษาโดยยาปฏิชีวนะ, นิ่วในทางเดินปัสสาวะมีการรักษาหลายวิธีแล้วแต่ความเหมาะสมเช่น โดยการรับประทานยา การสลายนิ่ว (ESWL) และการผ่าตัด เป็นต้น ส่วนโรคมะเร็งของระบบทางเดินปัสสาวะนั้นการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะของโรค การสูญเสียเลือดจากการปัสสาวะเป็นเลือดมักเป็นปริมาณน้อยจึงไม่ทำให้เกิดปัญหาใด สำหรับรายที่ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ ก็ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ให้ทำการติดตามเฝ้าระวังเป็นระยะต่อไป

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ธวัชชัย ทวีมั่นคงทรัพย์

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในมะเร็งของระบบขับถ่ายปัสสาวะ พบมากในเพศชาย ในช่วงอายุ 50-70 ปี เกิดจากเยื่อบุภายในกระเพาะปัสสาวะมีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติจนกลายเป็นก้อนเนื้อขึ้นมา ก้อนเนื้อนี้สามารถเจริญเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ และแผ่ขยายลุกลามออกไปยังอวัยวะและต่อมน้ำเหลืองข้างเคียงได้หากไม่ได้รับการรักษาให้ถูกต้อง

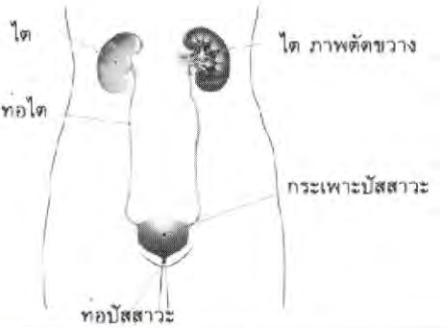
สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็ง ปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ การสูบบุหรี่ เพราะควันบุหรี่มีสารก่อมะเร็งที่สามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตและขับถ่ายออกทางกระเพาะปัสสาวะได้ การสูบบุหรี่จึงทำให้กระเพาะปัสสาวะสัมผัสกับสารก่อมะเร็งโดยตรง ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ก็ยังมีผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับสีและสารเคมีที่มีส่วนประกอบของสารอะนีลีน (aniline) หรือไฮโดรคาร์บอนเช่น สีย้อมผ้า สีย้อมผม อุตสาหกรรมเสื้อผ้าและผู้บริโภคขัณฑสกร นอกจากนี้การระคายเคืองและการอักเสบเนื่องจากก้อนนิ่วหรือติดเชื้อพยาธิชนิดหนึ่งที่ชอบไข่อยู่ตามผนังในกระเพาะปัสสาวะจะกระตุ้นให้เซลล์เยื่อบุในทางเดินปัสสาวะเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งขึ้น และผู้ที่เคยรักษามะเร็งอย่างอื่นด้วยวิธีการฉายแสงบริเวณเชิงกรานหรือด้วยเคมีบำบัดก็เป็นสาเหตุชักนำให้เกิดโรคนี้ได้

อาการที่น่าสงสัยและผู้ป่วยควรจะรีบไปพบแพทย์คือ ส่วนใหญ่ปัสสาวะเป็นเลือดโดยไม่มีอาการเจ็บปวด ถ้าเป็นรุนแรงอาจจะเป็นเลือดสดๆ ถ้าไม่รุนแรงอาจมีสีเหมือนน้ำล้างเนื้อ บางรายอาจมีเพียงปัสสาวะบ่อยและมีอาการปวดขณะเบ่งปัสสาวะโดยปวดบริเวณท้องน้อยหรือปลายท่อปัสสาวะ ส่วนในระยะลุกลามจะมีอาการปวดและบางรายมีการอุดตันของท่อไตทำให้มีอาการของภาวะไตวายและปวดหลังได้ด้วย

การวินิจฉัยแยกโรคเนื่องจากอาการดังกล่าวอาจจะเกิดจากโรคอย่างอื่นได้ เช่นกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ดังนั้นไม่ควรวิตกกังวลเกินไป ควรพบแพทย์ระบบปัสสาวะเพื่อวินิจฉัยให้แน่นอน หลังจากแพทย์ซักประวัติและตรวจร่างกายแล้ว จะ

ให้เก็บปัสสาวะตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อพบมีเม็ดเลือดหรือเซลล์มะเร็งปะปนอยู่ ควรได้รับการตรวจโดยการส่องกล้องขนาดเล็กสอดผ่านท่อปัสสาวะเข้าไปสำรวจภายในกระเพาะปัสสาวะ โดยทั่วไปการตรวจดูด้วยกล้องมักบอกได้ค่อนข้างแน่นอนว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ แต่ในกรณีที่สงสัยแพทย์ก็จะนำชิ้นเนื้อชิ้นเล็กๆไปตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน ในผู้ป่วยบางรายอาจมีความจำเป็นต้องตรวจด้วยการถ่ายภาพทางรังสีกระเพาะปัสสาวะ หรือเครื่องตรวจอย่างอื่น เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเครื่องตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็ก เป็นต้น

การรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรค โดยทั่วไปแล้วการรักษาประกอบด้วย เป็นน้อยใช้การส่องกล้องตัดมักตัดออกได้หมดกรณีมีการลุกลามไปถึงผนังของกระเพาะปัสสาวะและอวัยวะข้างเคียง การรักษาทำได้โดยการผ่าตัดเอากระเพาะปัสสาวะ



รูปมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

พร้อมกับอวัยวะข้างเคียงส่วนที่มีโรคลุกลามไปออกจนหมด และตัดเอาบางส่วนของลำไส้มาดัดแปลงเป็นกระเพาะปัสสาวะให้ใหม่ ผู้ป่วยจะยังคงถ่ายปัสสาวะได้ปกติทางท่อปัสสาวะแต่บางรายจำเป็นต้องมีปัสสาวะออกทางปลายลำไส้ที่นำมาเปิดออกทางหน้าท้อง และถ้าเป็นมาก ลุกลามไปมากกว่านั้นคงช่วยได้ทางเคมีบำบัดและรังสีรักษา

วิธีการป้องกัน

1. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ก่อนนอน เพราะจะมีการคั่งค้างของสารก่อมะเร็งอยู่ใน กระเพาะปัสสาวะเป็นเวลานาน

2. หากปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมสี ยาง และสายไฟฟ้าแลพลาสติก ควรระวังขณะกินอาหารเพราะสีอาจติดมือปะปนอยู่ในอาหารได้ ฉะนั้นจึงควรล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารทุกครั้ง

3. เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีวิธีตรวจคัดกรองโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะตั้งแต่ยังไม่มีอาการ ดังนั้นเมื่อมีอาการผิดปกติโดยเฉพาะเมื่อมีเลือดปนออกมาในปัสสาวะ ควรรีบไปพบแพทย์ เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาแต่เนิ่นๆ

มะเร็งต่อมลูกหมาก

สุนัย ลีวันแสงทอง

ในชายวัยทองที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากได้ ต่อมลูกหมากเป็นอวัยวะที่สำคัญของระบบสืบพันธุ์ชายซึ่งมีรูปร่างคล้ายๆ กับลูกเกาลัด มีขนาดกว้าง 3-4 เซนติเมตร เมื่ออายุมากขึ้นต่อมลูกหมากจะโตขึ้นและมีโอกาสเกิดมะเร็งได้มากขึ้น ตามลำดับ พบว่าชายในประเทศที่มีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง จะพบอุบัติการณ์เกิดขึ้นมาก เช่นในแถบประเทศตะวันตก ส่วนในประเทศไทยนั้นจะพบมากขึ้นในปัจจุบัน มะเร็งต่อมลูกหมากจะแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ในระยะที่ 1 และ 2 นั้น มะเร็งจะยังอยู่ในต่อมลูกหมาก ซึ่งจะยังไม่แสดงอาการใดๆ ในระยะที่ 3 มะเร็งจะมีขนาดใหญ่ขึ้นจนอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ และเริ่มจะลุกลามออกนอกต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยอาจจะมีอาการปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะลำบาก เบ่งปัสสาวะไม่ออก หรือปัสสาวะเป็นเลือดได้ ในระยะที่ 4 มะเร็งจะลุกลามไปบริเวณต่อมน้ำเหลืองและกระดูก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ปวดตามกระดูกและข้อ น้ำหนักลด หรือเป็นมากๆ อาจจะทำให้เป็นอัมพาตจากการหักของกระดูกสันหลังได้

แนวทางการวินิจฉัยโรค โดยทั่วไปการรักษาโรคมะเร็งที่ดีที่สุด คือการค้นพบผู้ป่วยที่เป็นโรคในระยะแรก เพื่อหวังผลในการรักษาให้หายขาด มีชีวิตอยู่ได้ยาวนานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะว่าถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะหลังคือระยะ 3 และระยะ 4 นั้น อาจจะช้าเกินไปเนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ การรักษาในระยะ 3 และ 4 จะเป็นการรักษาแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยาวนานที่สุด ดังนั้นสิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การวินิจฉัย โรคมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะต้นๆ ในผู้ป่วยให้ได้โดยการตรวจเช็คต่อมลูกหมากจากแพทย์ เนื่องจากมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะแรกๆ จะไม่มีอาการผิดปกติของทางเดินปัสสาวะใดๆ วิธีการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากมีการตรวจด้วยกัน 2 แบบคือ

1. การเจาะเลือดหาสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor Marker) ในปัจจุบันมีสารบ่งชี้มะเร็งต่อมลูกหมากหลายตัว แต่ตัวที่ดีที่สุดคือ PSA (Prostate-specific antigen)

สารชนิดนี้จะถูกผลิตออกมามากกว่าปกติในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก จึงสามารถวัดค่าได้โดยการเจาะเลือด ถ้าระดับของ PSA ในเลือดสูงกว่าปกติก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากได้ ที่สำคัญคือชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะต้นๆ คือระยะ 1 หรือระยะ 2 ที่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้นั้นจะแสดงผล PSA ที่ผิดปกติโดยที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการแสดงออกใดๆ ทั้งสิ้น ถ้ารอให้มีอาการต่างๆ และค่อยมาพบแพทย์นั้น มะเร็งที่ค้นพบอาจจะลุกลามไปมากแล้ว ดังนั้นการเจาะเลือดหาค่า PSA นี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสามารถเจาะได้ในโรงพยาบาลทั่วๆ ไป

2. การตรวจทางทวารหนัก (Digital rectal examination) หรือเรียกย่อๆ ว่า DRE โดยแพทย์จะทำการตรวจต่อมลูกหมากโดยใช้การตรวจทางทวารหนัก เพื่อตรวจคลำรูปร่างและความยืดหยุ่นของต่อมลูกหมาก ใช้เวลาประมาณ 1-2 นาที หากเป็นมะเร็งมักคลำได้ก้อนแข็ง

ถ้าการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่งพบว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น หรือการตรวจทั้ง 2 อย่าง มีความผิดปกติเกิดขึ้น ก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากได้ ผู้ป่วยควรจะต้องได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) เพื่อไปพิสูจน์ทางพยาธิวิทยาว่าเป็นมะเร็งจริงหรือไม่

ในปัจจุบันการตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากทำได้โดยง่าย โดยการใช้เครื่องมืออัลตราซาวน์ของต่อมลูกหมาก โดยแพทย์จะใช้เครื่องมือสอดเข้าทางทวารหนัก แล้วตัดเนื้อไปตรวจด้วยเข็มที่มีขนาดเล็กการตัดเนื้อวิธีนี้ไม่จำเป็น ต้องดมยาสลบแต่อย่างใด เมื่อทำเสร็จแล้วก็สามารถกลับบ้านได้

การรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก การรักษาขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์อยู่ในระยะใด ถ้าอยู่ในระยะต้นๆ คือระยะ 1 หรือระยะ 2 ก็มีโอกาสใช้วิธีการรักษาให้หายขาดได้ แต่ถ้าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์อยู่ในระยะที่ลุกลามไปแล้ว การรักษาก็จะ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การรักษาจะทำให้มีชีวิตได้ยาวนานที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากในระยะต้น (ระยะ 1 หรือระยะ 2) ทำการรักษาได้ 2 วิธี คือ

1. การผ่าตัดเอาต่อมลูกหมากออกทั้งหมด หรือที่เรียกว่า Radical prostatectomy เป็นการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากที่เป็นมาตรฐานและได้ผลการรักษาที่ดีวิธีหนึ่ง

ที่สำคัญคือผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดได้ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะต้นๆ โดยเฉพาะระยะ 1 และระยะ 2 โดยทั่วไปการผ่าตัดมักจะทำในผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 70 ปี จะได้ผลการรักษาดีมาก แต่ถ้าผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป แพทย์จะดูสภาวะอื่นๆ ของผู้ป่วยแล้วใช้ดุลยพินิจในการรักษาให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย ผลข้างเคียงของการผ่าตัด คือ ผู้ป่วยอาจจะสูญเสียความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยบางรายอาจจะมีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะบ้าง ปัจจุบันในประเทศไทยมีการผ่าตัด Radical Prostatectomy กันมากขึ้น

2. การฉายรังสี หรือฝังแร่ในต่อมลูกหมาก เป็นการรักษาอีกวิธีหนึ่ง ทำโดยใช้รังสีไปทำลายเซลล์มะเร็งของต่อมลูกหมาก ผลข้างเคียง คือ จะเกิดการระคายเคืองของเยื่อบุผิวของกระเพาะปัสสาวะ หรือเยื่อบุผิวของลำไส้ตรงจะทำให้มีปัสสาวะเป็นเลือดเป็นครั้งคราว ปัสสาวะลำบาก หรือมีอุจจาระเป็นเลือด อุจจาระลำบากได้

การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากในระยะลุกลาม (ระยะ 3 หรือระยะ 4) มีหลายวิธีด้วยกัน โดยหลักการรักษาคือการลด hormone เพศชาย ซึ่งเป็นตัวสำคัญที่กระตุ้นเซลล์ของมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยการผ่าตัดเอาลูกอัณฑะออกทั้ง 2 ข้าง หรือการได้ยาลด hormone ต่าง ๆ

แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากแบบใหม่นี้ทำให้เกิดการค้นพบมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะต้นๆ ในชายไทยได้ และสามารถรักษาเพื่อหวังผลให้หายขาดได้ ในปัจจุบันมีชายไทยที่มีความสนใจสุขภาพมารับการตรวจมากขึ้น ทำให้ค้นพบจำนวนของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะต้นๆ มีจำนวนมากขึ้น และได้รับการรักษาในระยะต้นมากขึ้นโดยการผ่าตัด ซึ่งทำให้ชายไทยมีโอกาสหายจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากได้มากขึ้น

มะเร็งเต้านม

พรชัย โอเจริญรัตน์

อาการ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการของการคลำได้ก้อนประมาน 90% แต่ก็อาจมีอาการอื่นๆที่พบได้อีกประมาณ 10 % ได้แก่ มีเลือดไหลออกจากหัวนม คลำได้ก้อนที่รักแร้ หัวนมบุ๋ม ในระยะแรก มะเร็งเต้านมอาจยังไม่แสดงอาการ นอกจากนี้ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคคือผู้ป่วยมักเข้าใจว่าจะมีอาการเจ็บเต้านมซึ่งจริงแล้วส่วนใหญ่จะไม่มีอาการเจ็บเต้านม

กลุ่มอายุ อายุที่พบบ่อยที่สุดคือ ช่วงอายุประมาณ 45-50 ปี และช่วงอายุ 70-75 ปี

ปัจจัยเสี่ยง

1. เพศหญิง
2. เพศหญิงที่ใช้ฮอร์โมนทดแทนในวัยหมดประจำเดือน
3. เพศหญิงที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม
4. เพศหญิงที่รับประทานหรือใช้สมุนไพรที่มีส่วนผสมของกราวหรือขาวนานเกินความจำเป็น

แนวทางการป้องกัน

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธีเดือนละครั้ง หลังหมดประจำเดือนประมาณ 1 สัปดาห์ ตั้งแต่อายุ 20-30 ปีขึ้นไป
2. การตรวจเต้านมโดยแพทย์ผู้ชำชาญปีละครั้งหลังอายุ 40 ปี
3. การตรวจเอกซเรย์เต้านม (Mammogram) ปีละครั้งหลังอายุ 40 ปี (สำหรับศูนย์ถันยรักษ์แนะนำให้มาทำการตรวจเอ็กซเรย์เต้านมตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป เนื่องจากในระยะหลังพบว่ามีผู้หญิงไทยจำนวนมากที่เป็นมะเร็งเต้านมตั้งแต่อายุยังน้อย การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมจึงเป็นประโยชน์ต่อการตรวจพบและการรักษา) ทั้งนี้ การตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะแรกเริ่มจะเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้หายขาดได้

แนวทางการรักษา จะขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็งเต้านมที่เป็นอยู่ โดยการรักษาหลักคือ การผ่าตัด นอกจากการผ่าตัดแล้วอาจทำการรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับการให้เคมีบำบัด การฉายรังสี ฯลฯ ซึ่งถ้าพบเนื้อร้ายหรือสิ่งผิดปกติได้เร็ว โอกาสที่ผู้ป่วยจะหายขาดจากโรคมะเร็งเต้านมก็จะเพิ่มสูงขึ้น

ความรู้ที่สำคัญ มะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบบ่อยในเพศหญิงหากได้รับการรักษาในระยะแรก มีโอกาสหายขาดได้สูง ดังนั้นในเพศหญิงควรรับการเรียนรู้ฝึกฝนการตรวจเต้านมตนเองอย่างถูกต้องเป็นประจำ

การดูแลแผลหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

วิษณุ โล่ห์สิริวัฒน์

Q: การผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบ่งเป็นรูปแบบใดบ้าง?

A: การผ่าตัดมะเร็งเต้านมนั้นแบ่งได้เป็นสองส่วนหลักคือ

1. การผ่าตัดเต้านม มีสามรูปแบบใหญ่คือ ก. ตัดเต้านมทั้งหมด ข. ตัดเต้านมบางส่วน ค. ตัดเต้านมพร้อมกับการเสริมสร้างเต้านมใหม่	2. การผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ มีสองรูปแบบคือ ก. ตัดต่อมน้ำเหลืองทั้งหมด ข. ตัดต่อมน้ำเหลืองบางส่วน (เซนติเนล)

Q: มีวิธีดูแลแผลผ่าตัดอย่างไร?

A: โดยทั่วไปแผลผ่าตัดเต้านมและต่อมน้ำเหลือง จะเย็บด้วยไหมละลาย ถือเป็นแผลปิดสมบูรณ์ ในเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ แผลสามารถสัมผัสน้ำได้ หรือหากปิดด้วยวัสดุปิดแผลกันน้ำ ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัด

Q: ต้องบริหารกันข้อไหล่ติดหรือไม่?

A: แนะนำให้บริหารกันข้อไหล่ติด ซึ่งสามารถเริ่มทำได้ตั้งแต่วันแรกหลังผ่าตัดและทำต่อเนื่องได้ แต่ในผู้ป่วยบางราย เช่น ได้รับการผ่าตัดใส่ถุงเต้านมเทียมหรือใช้กล้ามเนื้อหลังในการเสริมสร้างเต้านม อาจเริ่มการบริหาร 2-3 สัปดาห์หลังผ่าตัด

Q: จะป้องกันภาวะแขนบวมได้อย่างไร

A: แขนบวมหลังการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองมีโอกาสเกิดน้อย มักพบร่วมกับการฉายแสงบริเวณรักแร้ อย่างไรก็ดีสามารถป้องกันได้ด้วยการหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดแผลหรือการติดเชื้อบริเวณมือและแขน รวมทั้งหลีกเลี่ยงการทำหัตถการบริเวณแขนข้างนั้น นอกจากนี้การบริหารและยกแขนสูง ก็สามารถลดการบวมได้เช่นกัน แต่หากผู้ป่วยเริ่มมีภาวะแขนบวม ควรรีบพบแพทย์เพื่อรับคำแนะนำในการรักษา

Q: การเลือกเสื้อชั้นในหลังผ่าตัด?

A: ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถสวมใส่เสื้อชั้นในได้ตามปกติ อาจเลือกเสื้อชั้นในที่มีความกระชับและยืดหยุ่น ในกรณีที่มีการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมเทียม อาจใช้เสื้อชั้นในที่มีขนาดใหญ่ขึ้นหรือเล็กลงขึ้นอยู่กับวิธีการผ่าตัด

Q: อาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์?

A: โดยปกติหลังผ่าตัดศัลยแพทย์จะนัดทุกสัปดาห์เพื่อตรวจแผล และอาจเจาะระบายน้ำเหลืองบริเวณแผลหากมีปริมาณมาก แต่ถ้าบริเวณแผลหรือแขนมีลักษณะอักเสบ ปวด บวม แดง มีไข้สูง แนะนำให้พบแพทย์ก่อนนัด

Q: ยาและอาหารที่แนะนำ?

A: สามารถทานยาที่รักษาโรคประจำตัวได้ตามเดิม ยกเว้น ยากันแข็งตัวของเลือดหรือยาต้านเกร็ดเลือด ควรเริ่มทาน 1 วันหลังผ่าตัดหรือเมื่อแพทย์อนุญาต แนะนำทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ ปรุงสุก สะอาด พร้อมทั้งงดสูบบุหรี่และดื่มสุราโดยเด็ดขาด

มะเร็งต่อมไทรอยด์

พงษ์เทพ พิศาลธุรกิจ

มะเร็งต่อมไทรอยด์ เป็นโรคที่มีอันตรายจากการกดเบียดทางเดินหายใจ ทำให้หายใจลำบาก และการกระจายของมะเร็งไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย การรักษาโรคนี้ในระยะแรกจะให้ผลการรักษาในระยะยาวที่ดีมาก

อาการ ระยะแรกจะไม่มีอาการ หรือมีก้อนบริเวณก้นอคอด้านหน้า แต่ถ้าก้อนมะเร็งโตมากขึ้นก็อาจทำให้เกิดอาการได้แก่

- ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต
- เสียงแหบ
- เจ็บคอ กลืนลำบาก หายใจลำบาก ถ้ามีอาการเหล่านี้ 3-4 สัปดาห์แล้วไม่ดีขึ้น ควรไปพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการตรวจเพิ่มเติม

กลุ่มอายุ อุบัติการณ์ของมะเร็งจะพบมากใน 2 ช่วงอายุคือ อายุต่ำกว่า 20 ปี และสูงกว่า 60 ปี

มะเร็งไทรอยด์พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่การตรวจพบก้อนของต่อมไทรอยด์ในเพศชายจะมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าที่จะเป็นมะเร็ง

ปัจจัยเสี่ยง

- กรรมพันธุ์ โดยเฉพาะประวัติการเป็นมะเร็งไทรอยด์ในครอบครัว
- รังสีจากสารกัมมันตรังสีและการได้รับรังสีที่ใช้ในการตรวจรักษาโรคในปริมาณสูงอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยที่มีก้อนของต่อมไทรอยด์โตเป็นเวลานาน

แนวทางการป้องกัน ปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ แต่การตรวจพบมะเร็งในระยะแรกให้ผลการรักษาที่ดีมาก

แนวทางการรักษา มะเร็งไทรอยด์ควรได้รับการผ่าตัดทุกรายส่วนรายละเอียดการผ่าตัดอาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายและอาจจะต้องมีการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น อาจจะต้องกินน้ำแร่ไอโอดีน หรือการฉายรังสี ควรปรึกษาแพทย์ในรายละเอียด

พยากรณ์โรค มะเร็งไทรอยด์มีหลายชนิด แต่ชนิดที่พบบ่อยเป็นชนิดที่มีพยากรณ์โรคดีมาก ผู้ป่วยในระยะแรกเกือบทั้งหมดสามารถมีชีวิตอยู่รอดได้นานมากกว่าสามสิบปี

ความรู้ที่สำคัญ ผู้ป่วยที่มีก้อนของต่อมไทรอยด์โตขึ้น ควรต้องรีบพบแพทย์เพื่อค้นหาโรคมะเร็งของต่อมนี้

ไทรอยด์เป็นพิษ

มงคล บุญศรีพิทยานนท์

ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติ อันเนื่องมาจากร่างกายมีระดับฮอร์โมนชนิดหนึ่ง ชื่อ ฮอร์โมนไทรอยด์ อยู่ในกระแสเลือดมากเกินไป โดยสาเหตุที่พบ ส่วนใหญ่เกิดจากร่างกายสร้างสารที่มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของต่อมไทรอยด์ออกมามากผิดปกติ. เนื้องอกของต่อมไทรอยด์ชนิดที่ผลิตฮอร์โมนได้. ต่อมไทรอยด์อักเสบ หรือแม้กระทั่งการกินยาฮอร์โมนไทรอยด์ในปริมาณมากเกินไป

อาการและอาการแสดง เนื่องจากฮอร์โมนไทรอยด์ เป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมการเผาผลาญพลังงานของร่างกายให้เป็นปกติ และมีผลต่อทุกระบบในร่างกาย ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะไทรอยด์เป็นพิษ จึงสามารถแสดงอาการได้ทุกระบบ เช่น มือสั่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หงุดหงิดง่าย กินจุแต่น้ำหนักตัวลดลง นอนไม่หลับ ขับถ่ายบ่อยกว่าปกติ รอบเดือนผิดปกติ เหงื่อออกมากผิดปกติ หรือพบความผิดปกติที่ตา เช่น ตาโปน นอกจากนี้ยังอาจคลำพบก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ส่วนในรายที่มีภาวะไทรอยด์เป็นพิษอย่างรุนแรง อาจเสียชีวิตจากภาวะหัวใจวายได้

การวินิจฉัย ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ สามารถให้การวินิจฉัยได้จากการซักถามอาการ การตรวจร่างกายผู้ป่วย และที่สำคัญที่สุด คือ การตรวจวัดระดับฮอร์โมนไทรอยด์ในกระแสเลือด ส่วนการตรวจอื่น เช่น การตรวจสแกนต่อมไทรอยด์ หรือการตรวจเลือดพิเศษอื่นๆนั้น มักจะตรวจเพื่อเป็นการหาสาเหตุของโรคมากกว่า

การรักษา ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ สามารถให้การรักษาได้หลายวิธี โดยอันดับแรก แพทย์จะให้ยาเพื่อควบคุมระดับฮอร์โมนให้เป็นปกติก่อน จากนั้น จึงจะพิจารณาต่อไปว่า จำเป็นจะต้องให้การรักษาด้วยวิธีอื่น ซึ่งได้แก่ การผ่าตัดเพื่อตัดต่อมไทรอยด์ออก หรือ การกลืนน้ำแร่ไอโอดีนหรือไม่ โดยจะพิจารณาตามข้อบ่งชี้ของการรักษาแต่ละอย่าง รวมทั้งประเมินความพร้อมของร่างกายผู้ป่วยเป็นหลัก

ความรู้สำคัญ อาการของภาวะไทรอยด์เป็นพิษเป็นผลจากความผิดปกติในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้ทุกระบบ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวข้างต้น ควรพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

น้ำเหลืองคั่งบริเวณแขน-ขา

ศิริชัย กำเนิดนักตะ

ภาวะคั่งน้ำเหลืองของแขน-ขาเป็นอาการที่เกิดจากความไม่สมดุลของการไหลเวียนของน้ำเหลืองที่อยู่ในระดับชั้นใต้ผิวหนัง อันเป็นเหตุให้เกิดการสะสมของน้ำเหลืองในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่ไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่ระบบปกติของร่างกายได้ นำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาได้ เช่น อาการบวมของแขน หรือ ขา, การอักเสบติดเชื้อได้ง่าย, การเปลี่ยนแปลงของลักษณะของผิวหนังที่หนาตัวขึ้น หรือ การเปลี่ยนแปลงไปเป็นเนื้องอกร้ายแรงได้ สำหรับภาวะคั่งน้ำเหลืองนั้นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1.กลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิด โดยเชื่อว่ากลไกการเกิดนั้นมีผลมาจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โดยอาจพบเป็นได้ตั้งแต่แรกเกิด, ช่วงวัยรุ่น หรือ ช่วงวัยกลางคน 2.กลุ่มที่ทราบสาเหตุของการเกิด โดยมีสาเหตุการเกิดได้ดังนี้ การติดเชื้อพยาธิเท้าช้าง, การฉายรังสีบริเวณต่อมน้ำเหลือง, การผ่าตัดที่ทำให้ระบบทางเดินน้ำเหลืองถูกอุดตันหรือตัดขาด หรือ ทางเดินน้ำเหลืองถูกกดเบียดจากก้อนเนื้องอก เป็นต้น โดยในกลุ่มที่ทราบสาเหตุนั้น สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากภาวะหลังการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และการฉายแสงหลังการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งเต้านมโดยมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะคั่งน้ำเหลืองของแขนได้ 6% หรือในบางการศึกษาพบว่าอาจสูงถึง 63%

แนวการวินิจฉัยภาวะคั่งน้ำเหลืองของแขน-ขา ประกอบได้ด้วยการซักประวัติ, ตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษเพิ่มเติม โดยตรวจร่างกายมักทำได้โดยการดูลักษณะการบวมประกอบกับลักษณะของผิวหนัง และทำการวัดเส้นรอบวงของแขนหรือขาเทียบกับข้างปกติ โดยเส้นรอบวงที่ต่างกันอย่างน้อย 2 ซม. แสดงถึงว่ามีอาการบวมที่ผิดปกติ และจะทำการตรวจพิเศษเพิ่มเติมเพื่อแยกโรคอื่น ซึ่งมีอาการบวมผิดปกติได้เช่นกัน เช่นภาวะหลอดเลือดดำทำงานผิดปกติของขา, การบวมจากภาวะไทรอยด์เป็นพิษ หรือการบวมจากการมีเนื้อเยื่อไขมันที่โตเกิดขนาดของแขน-ขา โดยการตรวจเพื่อยืนยันภาวะคั่งน้ำเหลืองของแขน-ขา ที่ใช้ในปัจจุบันคือการตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อดูลักษณะการเดินทางของระบบน้ำเหลือง โดยจะสามารถประเมินถึงภาวะการคั่ง และลักษณะการอุดตันของทางเดินน้ำเหลือง เพื่อใช้ในการวินิจฉัย

และเป็นแนวทางในการรักษา

การรักษาภาวะคั่งน้ำเหลืองของแขน-ขา แบ่งเป็นการรักษาโดยไม่ใช้การผ่าตัด และ การรักษาโดยการผ่าตัด สำหรับการรักษาโดยไม่ใช้การผ่าตัดมีวิธีการรักษาได้หลายวิธีเช่น การยกขาสูง, การพันผ้ายางยืดหรือใช้ปลอกแขน หรือ ขาที่ทำจากผ้ายางยืดที่ความคุมให้มีความดันที่เกิดขึ้นต่อแขน-ขาในช่วง 40-80 มิลลิเมตรปรอท เพื่อลดปริมาตรของแขน หรือขาที่บวม โดยวิธีการรักษาเช่นนี้จำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือของผู้ป่วยในการสวมปลอกผ้ายางยืดตลอดเวลา นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาโดยการนวดไล่น้ำเหลือง และการขันชะเนาะตามด้วยการใส่ปลอกผ้ายางยืด ซึ่งได้ผลดีโดยสามารถลดเส้นรอบวงของแขนขาได้ถึง 15-75% แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธีนี้อาจได้ผลเพียงชั่วคราว และมีการกลับเป็นซ้ำได้สูง

สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัดมีวิธีการผ่าตัดได้หลายวิธีเช่น การผ่าตัดลดขนาดของแขน หรือขาที่มีบวมโดยทำการตัดผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่บวมออกแล้วทำการเย็บคืนของผิวหนังที่เหลือ หรือ ทำการปลูกถ่ายผิวหนังในกรณีที่ทำการตัดผิวหนังออกทั้งหมด นอกจากนั้นยังมีวิธีการดูดไขมันเพื่อลดขนาดของแขน หรือขาที่บวม โดยในปัจจุบันนอกจากวิธีการรักษาข้างต้นแล้วยังได้มีการพัฒนาวิธีรักษาโดยการผ่าตัดเชื่อมต่อท่อทางเดินน้ำเหลืองกับหลอดเลือดดำเพื่อให้เกิดการไหลเวียนกลับของน้ำเหลืองผ่านทางระบบของหลอดเลือดดำแทนการไหลกลับทางระบบทางเดินน้ำเหลืองเดิมซึ่งมีการอุดตัน โดยวิธีการรักษาวิธีนี้อาศัยเทคนิกทางจุลศัลยกรรมเพื่อเชื่อมต่อท่อน้ำเหลืองซึ่งมีขนาดเล็กเพียง 0.3-0.5 มิลลิเมตร โดยผลของการรักษาโดยวิธีนี้จะได้ผลในระยะยาว จากการศึกษาผลการรักษาโดยวิธีผ่าตัดเชื่อมต่อท่อทางเดินน้ำเหลืองกับหลอดเลือดดำในโรงพยาบาลศิริราชพบว่าขนาดของแขนลดลงได้ถึง 24.6% หลังการผ่าตัด 1 ปี และมีแนวโน้มลดลงเพิ่มเติมหลัง1ปี อีกทั้งลดปัญหาเรื่องของการอักเสบติดเชื้อของแขน-ขาได้เป็นอย่างดี โดยการผ่าตัดทำภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่ ไม่จำเป็นต้องดมยาสลบ หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องทำการใส่ปลอกยางยืดแขน-ขาหลังผ่าตัดอีก 6 เดือนเพื่อรอให้เส้นทางเดินน้ำเหลืองและหลอดเลือดดำเชื่อมต่อกันเป็นอย่างดี

สิ่งสำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะคั่งของน้ำเหลืองแขน-ขา จำเป็นจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง เพื่อวางแผนการรักษาอย่างเป็นระบบ และที่สำคัญคือความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตนก่อนและหลังการรักษาเป็นอย่างดี เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

ภาวะสมองขาดเลือด

ศรัณย์ นันทอารี

สมองเป็นอวัยวะที่ทนต่อการขาดเลือดได้น้อยที่สุดของร่างกาย การขาดเลือดไปเลี้ยงสมองเพียงชั่วระยะเวลาไม่นานก็สามารถทำให้เซลล์สมองตาย ปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่ทำให้เซลล์สมองที่ตายแล้วงอกกลับมาได้ ดังนั้นภาวะสมองขาดเลือดจึงเป็นโรคที่รุนแรงที่ทำให้คนไข้เสียชีวิตหรือพิการได้

อาการ ภาวะสมองขาดเลือดจะมีอาการผิดปรกติที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาไม่กี่นาที หรือไม่กี่ชั่วโมง อาการเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับว่าสมองนั้นส่วนนั้นทำหน้าที่อะไร เช่น แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก แขนขาชาไม่ค่อยรู้สึกครึ่งซีก ตามัวข้างเดียว เดินเซ เห็นภาพซ้อน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นต้น คนไข้บางคนอาจจะมีอาการเตือนเกิดขึ้นซ้ำๆ นำมาก่อน โดยมีอาการผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้นเพียงช่วงเวลาสั้นๆ ก็หายไปได้เองก่อนที่จะมีภาวะสมองขาดเลือดและเซลล์สมองตายเกิดขึ้นจริงในภายหลัง

สาเหตุ ภาวะสมองขาดเลือดมักเกิดจากเส้นเลือดสมองตีบตันหรือมีลิ่มเลือดหลุดมาจากหัวใจ ภาวะเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ และหัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

การรักษา การรักษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือการรักษาในภาวะเส้นเลือดสมองอุดตันฉับพลัน และการป้องกันไม่ให้มีเส้นเลือดสมองอุดตันซ้ำ

คนไข้ที่มีเส้นเลือดสมองอุดตันฉับพลันและมาถึงโรงพยาบาลได้รวดเร็วภายใน 3 ชั่วโมง แพทย์จะพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้เส้นเลือดเปิดออกใหม่อีกครั้งเพื่อไม่ให้เซลล์สมองตาย แต่ถ้ามาช้ากว่านั้นการรักษาด้วยวิธีนี้จะไม่สามารถทำได้ เนื่องจากเซลล์สมองได้ตายไปแล้วและมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดในสมอง

แพทย์จะให้ยาเพื่อป้องกันการมีเส้นเลือดสมองอุดตันซ้ำ โดยให้ยาต้านเกร็ดเลือด เช่น แอสไพริน เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตัน ให้ยาลดไขมันถ้ามีภาวะไขมันในเลือดสูง และให้ยาลดน้ำตาลถ้าเป็นเบาหวาน ให้งดสูบบุหรี่ ในกรณีที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะจะ

ให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดทานร่วมด้วย และในกรณีที่มีเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองบริเวณคอตีบมากแพทย์จะแนะนำให้ทำการผ่าตัดเพื่อลอกคราบไขมันที่ผนังเส้นเลือด

ความรู้ที่สำคัญ อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก แขนขาชาครึ่งซีก ตามัวข้างเดียว เดินเซ เห็นภาพซ้อน ปากเบี้ยว พูดไม่ชัดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจเป็นอาการแสดงของภาวะสมองขาดเลือดสมควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใน 3 ชั่วโมงเพื่อให้ทันต่อการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด

การรักษาภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันผ่านทางการใส่สายสวนหลอดเลือด

ทวีศักดิ์ เอื้อบุญญาวัฒน์
เอกวุฒิ จันแก้ว

ภาวะที่สมองขาดเลือดฉับพลัน (Acute ischemic stroke) เกิดจากหลายสาเหตุ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศ การวินิฉัยโรคให้ได้และให้การรักษาที่รวดเร็วทันท่วงทีมีความสำคัญอย่างมากเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตถาวรหรือเสียชีวิต

วิธีการรักษาภาวะที่สมองขาดเลือดฉับพลันในปัจจุบันที่ได้ผลค่อนข้างดีแบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่

1. การฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำ (Intra-venous thrombolysis)

2. การรักษาผ่านทางการใส่สายสวนหลอดเลือดแดง (Endovascular treatment) ที่มีใช้ทั่วไปแบ่งเป็น 2 วิธี

2.1 การใส่สายสวนหลอดเลือดแดงเพื่อฉีดยาละลายลิ่มเลือด (Intra-arterial thrombolysis)

2.2 การใส่สายสวนหลอดเลือดแดงเพื่อใส่อุปกรณ์ดึงลิ่มเลือด (Mechanical thrombectomy)

การฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำ (Intra-venous Thrombolysis) การรักษานี้มีมานานนับสิบปี เป็นการฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะสมองขาดเลือดฉับพลัน ภายใน 4 ชั่วโมงครึ่งหลังเกิดอาการ โดยหวังผลให้ฤทธิ์ของยาไปละลายลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ทำให้หลอดเลือดกลับมาเปิดใช้ได้ใหม่ แม้ว่าการรักษาให้ผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยไม่ทุกคน แต่ในผู้ป่วยจำนวนหนึ่งสามารถหายได้จากอาการของภาวะสมองขาดเลือดฉับพลันหรือมีอาการหลงเหลืออยู่เพียงเล็กน้อยได้

การรักษาผ่านทางการใส่สายสวนหลอดเลือดแดง วิธีการรักษาภาวะที่สมองขาดเลือดฉับพลันโดยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำมีข้อจำกัดบางอย่าง เช่น ในเรื่องของเวลาที่เริ่มรักษา (ต้องเริ่มภายใน 4 ชั่วโมงครึ่งหลังมีอาการ) และมีข้อห้ามบางอย่าง เช่นภาวะที่สมองขาดเลือดฉับพลันเกิดหลังการผ่าตัดใหญ่ เป็นต้น ดังนั้นการรักษาผ่านทางการใส่สายสวนหลอดเลือดแดงจึงมีบทบาทในกรณีที่พบข้อจำกัดดังกล่าว

การใส่สายสวนหลอดเลือดแดงเพื่อฉีดยาละลายลิ่มเลือด (Intra-Arterial Thrombolysis) การใส่สายสวนหลอดเลือดแดงเพื่อฉีดยาละลายลิ่มเลือด เป็นการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ตำแหน่งหลอดเลือดที่อุดตันโดยตรง มีข้อดีตรงที่สามารถใช้ขนาดของยาละลายลิ่มเลือดในปริมาณที่น้อยกว่าการฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำ (ซึ่งต้องการการกระจายของยาทั่วร่างกายโดยหวังผลที่หลอดเลือดสมองตำแหน่งที่อุดตัน) ผลของการใช้ขนาดยาที่น้อยกว่าจึงทำให้ภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ยาที่มีการกระจายทั่วร่างกาย เช่น เลือดออกในสมองหรือตำแหน่งอื่น จึงน้อยกว่าการฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำ นอกจากนี้ในขณะเดียวกัน ยังสามารถใส่อุปกรณ์บางอย่างไปทำให้ลิ่มเลือดมีขนาดเล็กลงหรือดึงลิ่มเลือดออกมาร่วมด้วยก็ได้ซึ่งอาจช่วยเปิดหลอดเลือดที่มีลิ่มเลือดขนาดใหญ่อุดอยู่ทำได้รวดเร็วยิ่งขึ้น การรักษาผ่านทางการใส่สายสวนหลอดเลือดแดงยังให้อัตราการเปิดตัวของหลอดเลือด (Recanalization rates) ที่ดีกว่า ด้วยเหตุนี้ การรักษาวิธีนี้จึงสามารถยืดเวลาที่ต้องเริ่มการรักษาให้อยู่ภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังมีอาการได้

การใส่สายสวนหลอดเลือดแดงเพื่อใส่อุปกรณ์ดึงลิ่มเลือด (Mechanical thrombectomy) การรักษาวิธีนี้สามารถยืดเวลาที่ต้องเริ่มการรักษาให้อยู่ภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังมีอาการได้เช่นกัน โดยการใส่อุปกรณ์ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดแดงเช่น อุปกรณ์ช่วยในการดึงลิ่มเลือด (Clot retrieval devices), อุปกรณ์ช่วยในการดูดลิ่มเลือด (Thromboaspiration devices), ลูกโป่ง (Balloon) หรือ ตะแกรงโลหะ (Stent) เข้าสู่หลอดเลือดแดงโดยตรง จุดประสงค์เพื่อทำให้เกิดการเปิดตัวของหลอดเลือดแดงที่รวดเร็วกว่าการฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดแดง แต่ข้อมูลที่มีในปัจจุบันยังไม่พบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยได้ผลลัพธ์การรักษาที่ดีไปกว่าการฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำมากนัก อาจเป็นเพราะการคัดเลือก

ผู้ป่วยในการศึกษาขั้นต้นยังไม่เหมาะสม ปัจจุบันการเลือกผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีความสำคัญมาก หากการประเมินผู้ป่วยจากการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ดูการทำซาบของสมอง (CT perfusion) หรือ การสร้างภาพด้วยเรโซแนนซ์แม่เหล็กสมอง (MRI brain) พบว่ายังมีส่วนเนื้อสมองที่อาจจะรอด (Penumbra area) อยู่พอสมควร การรักษาโดยวิธีนี้จะมีประโยชน์มาก

มีรายงานการศึกษามากมายเกี่ยวกับผลการรักษาภาวะที่สมองขาดเลือดฉับพลันผ่านทางการใส่สายสวนหลอดเลือดแดงเพื่อฉีดยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือเพื่อใส่อุปกรณ์ดึงลิ่มเลือดแต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเปรียบเทียบแบบสุ่มและ Double blinded เทียบกับวิธีการรักษาโดยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำ แม้ว่าอัตราการเปิดตัวของหลอดเลือดจะดีกว่าวิธีการรักษาโดยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำ แต่ผลการรักษาผ่านทางการใส่สายสวนหลอดเลือดแดงยังมีผลลัพธ์การรักษาไม่ได้ดีมากนัก และมีอัตราตายสูงกว่าเมื่อเทียบกับการฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำ ทั้งนี้อาจอธิบายบางส่วนจากกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษาต่างกัน ตำแหน่งการอุดตันต่างกัน ความรุนแรงของโรคต่างกัน เวลาที่เริ่มรักษาต่างกันในแต่ละการศึกษา การจะบอกว่าการรักษาแบบใดดีกว่าหรือด้อยกว่ายังไม่สามารถสรุปได้จากข้อมูลในปัจจุบัน อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นกว่าการฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำ ดังนั้นการรักษาภาวะสมองขาดเลือดฉับพลันผ่านทางการใส่สายสวนหลอดเลือดแดงแนะนำให้เป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาโดยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลา 4 ชั่วโมงครึ่งหลังมีอาการ หรือมีข้อห้ามของการรักษาโดยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำ หรือผู้ป่วยที่ประเมินแล้วว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือดผ่านทางหลอดเลือดดำอาจทำได้ไม่ดีนัก เช่นเห็นมีลิ่มเลือดอุดตันเป็นทางยาว หรือการอุดตันโดยลิ่มเลือดขนาดใหญ่ในหลอดเลือดแดงแคโรติด เป็นต้น

เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ

บรรพต สิทธินามสุวรรณ

ภาวะเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะอาจเกิดขึ้นได้เองหรือเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติที่เกิดจากความดันภายในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น อาการดังกล่าว ได้แก่ ปวดศีรษะเฉียบพลัน อาเจียน การตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวช้าลงและระดับความรู้สึกตัวแย่ลง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการทางระบบประสาทซึ่งเกิดจากก้อนเลือดกดเบียดเนื้อสมอง เช่น อัมพาต ปากเบี้ยว ชัก ชา เป็นต้น ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินที่ควรนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างทันท่วงทีเพื่อรับการรักษาต่ออย่างเหมาะสม

ภาวะเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous intracranial hemorrhage) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีเลือดออกในเนื้อสมอง ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ เลือดออกในสมองที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง (hypertensive intracerebral hemorrhage) สาเหตุอื่นๆ ที่สามารถพบได้ เช่น เลือดออกในสมองที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมองผิดปกติแต่กำเนิด (ruptured brain arteriovenous malformation) หรือเลือดออกในสมองที่เกิดจากเนื้องอก (hemorrhagic brain tumor) เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจมีเลือดออกที่เกิดใต้เยื่อหุ้มสมอง ซึ่งส่วนใหญ่จะมีสาเหตุมาจากการแตกของหลอดเลือดโป่งพองในสมอง (ruptured cerebral aneurysm)

ภาวะเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะที่เกิดจากอุบัติเหตุ (traumatic intracranial hemorrhage) เกิดจากการที่ศีรษะได้รับการกระแทก เลือดที่ออกอาจออกด้านเดียวกับบริเวณที่ศีรษะถูกกระแทก (coup injury) หรือเลือดออกด้านตรงข้าม (contrecoup injury) ก็ได้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีกะโหลกศีรษะแตกร้าวหรือภาวะสมองบวมร่วมด้วย เลือดออกจากอุบัติเหตุอาจพบออกนอกเยื่อหุ้มสมอง (epidural hemorrhage) ใต้เยื่อหุ้มสมอง (subdural hemorrhage) หรือพบหย่อมเลือดออกร่วมกับสมองช้ำ (hemorrhagic brain contusion)

ในผู้ป่วยซึ่งสงสัยว่าจะมีภาวะเลือดออกในสมองจากอาการและการตรวจร่างกาย แพทย์ผู้ป่วยจะส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ของสมองเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและสำหรับวางแผนการรักษา ในผู้ป่วยบางรายซึ่งสงสัยว่าจะมีหลอดเลือดโป่งพองในสมองหรือหลอดเลือดผิดปกติในสมองอาจจำเป็นต้องได้รับการตรวจภาพรังสีของหลอดเลือดสมองเพิ่มเติมนอกเหนือจากการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดทุกราย ในรายที่ก้อนเลือดขนาดไม่ใหญ่และอาการของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดีสามารถรักษาโดยการให้ยาได้ เช่น การให้ยาลดความดันโลหิตเพื่อป้องกันการขยายของก้อนเลือด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเลือดออก (ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่) เป็นต้น หากก้อนเลือดมีขนาดใหญ่กดเบียดเนื้อสมองและผู้ป่วยมีอาการจากความดันในกะโหลกศีรษะสูงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อเอาก้อนเลือดในสมองออก ซึ่งหากปล่อยไว้อาจมีโอกาสเสียชีวิตได้ การผ่าตัดในรายที่เหมาะสมจะทำให้อาการดีขึ้น ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น มีผู้ป่วยที่เคยมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะจำนวนมากสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติเหมือนเดิม

เมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ควรรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็ว เพราะหากสายเกินไปอาจทำให้มีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง

ศรัณย์ นันทอารี

เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองคืออะไร สมองของมนุษย์จะมีเยื่อหุ้มรอบ การที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง แต่ว่าอยู่นอกสมอง คือภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง

เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองมีอาการอย่างไร มีอาการปวดศีรษะที่แตกต่างจากการปวดศีรษะจากโรคอื่นๆ คือเป็นอาการปวดศีรษะที่รุนแรงมาก และเกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันทีทันใด

สาเหตุของเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองา ส่วนใหญ่เกิดขึ้นเนื่องจากมีเส้นเลือดสมองโป่งพอง คนไข้ที่มีเส้นเลือดโป่งพองอยู่ในสมอง มักจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จนกระทั่งเมื่อเส้นเลือดโป่งพองแตก ก็จะทำให้มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง มีอาการปวดหัวอย่างรุนแรงและฉับพลัน

เลือดออกใต้หุ้มเยื่อสมองอันตรายอย่างไร เส้นเลือดสมองที่โป่งพองมีโอกาสแตกซ้ำได้อีกถ้าไม่ได้รับการรักษา และถ้าแตกซ้ำเป็นครั้งที่ 2 คนไข้ส่วนใหญ่มักจะเสียชีวิต

เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองรักษาอย่างไร แพทย์จะทำการผ่าตัดหนีบซ่อมเส้นเลือดสมองโป่งพอง หรือใส่ขดลวดทางสายสวนเข้าไปอุดเส้นเลือดสมองโป่งพองเพื่อป้องกันไม่ให้แตกซ้ำเป็นครั้งที่ 2

ความรู้ที่สำคัญ อาการปวดศีรษะที่เกิดขึ้นรุนแรงและฉับพลัน ควรจะเข้ารับการตรวจในโรงพยาบาล ไม่ควรซื้อยากินเองที่บ้าน เพราะอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

หลอดเลือดสมองโป่งพอง: การวินิจฉัย และการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือด

ทวีศักดิ์ เอื้อบุญญาวัฒน์
เอกวุฒิ จันแก้ว

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก (Ruptured intracranial aneurysm) ทำให้เกิดเลือดออกในช่องใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นใน (Subarachnoid hemorrhage) เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นอัมพาตถาวรหรือเสียชีวิต การวินิจฉัยโรคให้ได้และให้การรักษาที่รวดเร็วทันท่วงทีจึงมีความสำคัญเพื่อป้องกันการแตกซ้ำ

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแบ่งเป็น การรักษาโดยการผ่าตัด (Craniotomy with aneurysm clipping) และการรักษาผ่านทางสายสวนหลอดเลือด (Endovascular treatment) ในปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองผ่านทางสายสวนหลอดเลือดมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ การค้นพบอุปกรณ์รักษาผ่านสายสวนใหม่ๆ การสร้างภาพรังสีที่คมชัดและแสดงภาพหลอดเลือดสมองเป็นสามมิติ ทำให้การรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่างๆรวมถึงโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองผ่านทางสายสวนหลอดเลือดทำได้ง่ายและได้ผลการรักษาที่ดีกว่าในอดีตมาก

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองผ่านทางสายสวนหลอดเลือด (Diagnostic cerebral angiography) การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองสามารถทำได้โดยอาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกายผู้ป่วย ร่วมกับภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือภาพคลื่นสนามแม่เหล็กไฟฟ้าของสมอง แต่ในหลายครั้งมีความยากลำบากในการบอกตำแหน่งของหลอดเลือดสมองที่โป่งพองได้ชัดเจน โดยเฉพาะรอยโรคที่มีขนาดเล็กมาก หรือมีรอยโรคหลายตำแหน่ง (Multiple intracranial aneurysms) โดยไม่ทราบว่าตำแหน่งใดเป็นสาเหตุที่ทำให้มีเลือดออก

ภาพรังสีหลอดเลือดสมอง (Cerebral angiography) ที่มีความละเอียดสูงประกอบกับภาพหลอดเลือดสมองสามมิติ (Three dimension rotational angiography) มีส่วนช่วยให้การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองเป็นไปได้ง่ายและแม่นยำ

ขึ้น โดยสามารถบอกรายละเอียดของรอยโรคทั้งในแง่รูปร่าง ขนาด ตำแหน่ง จำนวน ความสัมพันธ์กับหลอดเลือดข้างเคียง ความผิดปกติของหลอดเลือดสมองแต่กำเนิด (Arterial variations) ภาวะหลอดเลือดสมองตีบที่เกิดจากเลือดออก (Vasospasm) ภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ได้อย่างดี

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองผ่านทางสายสวนหลอดเลือด (Endovascular treatment of intracranial aneurysms) หลักการรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองผ่านทางสายสวนหลอดเลือดคือการปิดรอยโรคโดยการใส่อุปกรณ์ เช่น ขดลวด (Coils) ตาข่ายลวด (Stents) หรือบอลลูน (Balloon) ผ่านทางสายสวนหลอดเลือดจากหลอดเลือดที่ขาหนีบหรือแขนไปที่หลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพในสมอง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองผ่านทางสายสวนหลอดเลือด แบ่งได้ดังนี้

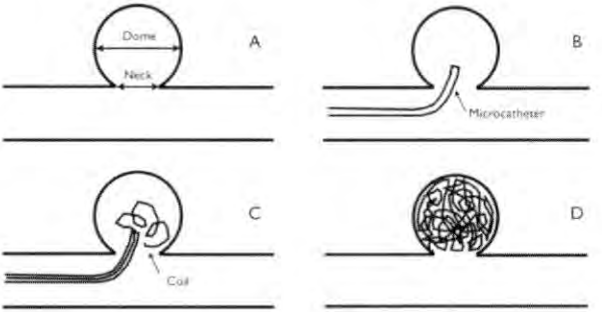
1. การรักษาโดยพยายามเก็บรักษาหลอดเลือดที่มีอยู่ไว้ (Endovascular reconstruction) แบ่งเป็น

1.1 การรักษาโดยใส่ขดลวดปิดหลอดเลือดโป่งพอง (Endovascular aneurysm coiling) วิธีนี้เหมาะกับหลอดเลือดโป่งพองที่มีขนาดของความกว้างส่วนหัวเทียบกับความกว้างส่วนคอ (Dome:Neck ratio) ไม่ต่ำกว่า 1.5 เท่า (รูปที่ 1A)) ผลการรักษาเทียบกับการผ่าตัดโดยรวมไม่แตกต่างกันนัก

1.2 การรักษาโดยใส่ขดลวดปิดหลอดเลือดโป่งพองร่วมกับตาข่ายลวดหรือบอลลูน

วิธีนี้เหมาะกับหลอดเลือดโป่งพองที่มีขนาดของความกว้างส่วนหัวเทียบกับความกว้างส่วนคอ (Dome:Neck ratio) น้อยกว่า 1.5 เท่า (Wide-necked aneurysm) (รูปที่ 2A) การใส่ขดลวดปิดหลอดเลือดโป่งพองแบบวิธี 1.1 มีโอกาสเกิดขดลวดหล่นลงสู่หลอดเลือดปกติได้ (รูปที่ 2B) ข้อดีของการใช้บอลลูนช่วยปิดบริเวณคอของหลอดเลือดโป่งพองชั่วคราวระหว่างการใส่ขดลวดจะช่วยให้ขดลวดสามารถคงตัวอยู่ในหลอดเลือดโป่งพองได้ให้ผลการรักษาที่ดี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ไม่ต่างจากวิธี 1.1

ยังมีอีกวิธีในการรักษาหลอดเลือดโป่งพองแบบคอกว้างโดยการนำตาข่ายลวดมาใช้ในการค้ำยันขดลวดให้อยู่ในหลอดเลือดโป่งพอง (รูปที่ 2E) ข้อดีคล้ายกับ

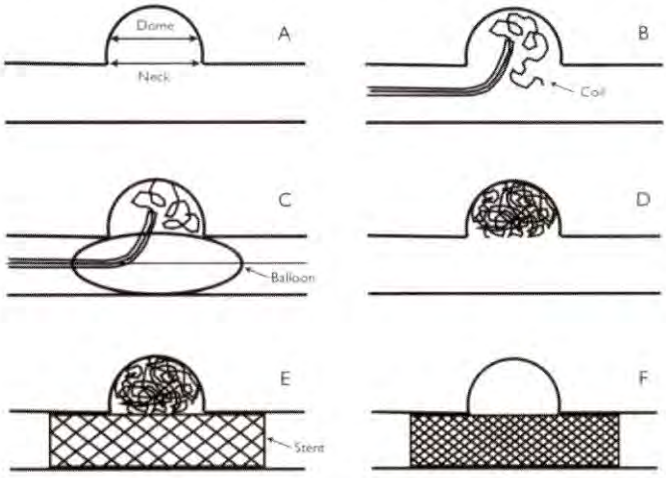


รูปที่ 1 ภาพวาดแสดงการรักษาหลอดเลือดโป่งพองที่มีขนาดของความกว้างส่วนหัวเทียบกับความกว้างส่วนคอ (Dome:Neck ratio) ไม่ต่ำกว่า 1.5 เท่า (Narrow-necked aneurysm) (A) การรักษาทำได้โดยนำสายสวนหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microcatheter) ผ่านมาจากหลอดเลือดที่ขาหนีบไปใส่ไว้บริเวณหัวของหลอดเลือดโป่งพอง (B) จากนั้นนำขดลวดใส่ผ่านสายสวนหลอดเลือดขนาดเล็กไปไว้ในหลอดเลือดโป่งพองทีละตัวจนเต็ม (C) จนกระทั่งแทนที่ช่องว่างภานในหลอดเลือดโป่งพองให้ได้มากที่สุด

การใช้บอลลูน แต่มีข้อเสียคือผู้ป่วยต้องกินยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ตลอดชีวิต และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ง่ายกว่า

1.3 การรักษาโดยใส่ตาข่ายลวดที่มีการถักละเอียดเป็นพิเศษ (Flow diverting stents) (รูปที่ 2F) ซึ่งตาข่ายโลหะชนิดนี้จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดให้เป็นไปในแนวขนานกับหลอดเลือด (laminar flow) ลดปริมาณการไหลเวียนของเลือดที่เข้าสู่หลอดเลือดโป่งพอง ส่งผลให้เกิดการไหลวน (turbulent flow) ในตัวหลอดเลือดโป่งพอง ก่อให้เกิดลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดโป่งพองและตันไปในที่สุด ข้อดีของวิธีนี้คือสามารถรักษาหลอดเลือดโป่งพองที่มีรูปร่างยากต่อการรักษา เช่น รูปร่างคล้ายกระสวย (Fusiform aneurysm), มีขนาดเล็กมากๆ หรือใหญ่มากๆ ซึ่งการรักษาด้วยวิธีที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นมีความลำบาก ให้ผลการรักษาปิดหลอดเลือดโป่งพองทั้งหมดได้เฉลี่ยสูงถึง 76% แต่ข้อเสียคืออุปกรณ์มีราคาแพง ผู้ป่วยต้องกินยาต้านเกล็ดเลือดตลอดชีวิต และการใส่อุปกรณ์ยากกว่าตาข่ายลวดชนิดธรรมดา

1.4 การรักษาโดยใส่ตาข่ายโลหะแบบไม่มีรู (stent graft) การรักษาวิธีนี้เป็นการนำตาข่ายโลหะที่หุ้มด้วย polytetrafluoroethylene ทำให้ไม่มีรูให้เลือดไหล



รูปที่ 2 ภาพวาดแสดงการรักษาหลอดเลือดโป่งพองที่มีขนาดของความกว้างส่วนหัวเทียบกับความกว้างส่วนคอ (Dome:Neck ratio) น้อยกว่า 1.5 เท่า (Wide-necked aneurysm) (A) การรักษาโดยใส่ขดลวดปิดหลอดเลือดโป่งพองแบบธรรมดาจะไม่สามารถทำได้เนื่องจากขดลวดไม่เสถียรพอที่จะอยู่ในหลอดเลือดโป่งพองได้ (B) การรักษาโดยใส่ขดลวดร่วมกับบอลลูน (C,D: หลังเอาบอลลูนออก) หรือตาข่ายลวด (D) จะช่วยให้ขดลวดคงตัวอยู่ในหลอดเลือดโป่งพองได้ F: ภาพการรักษาโดยใส่ตาข่ายลวดที่มีการถักละเอียดเป็นพิเศษวางปิดคอของหลอดเลือดโป่งพอง

ผ่านได้ ไม่แนะนำให้ใช้ในการรักษาหลอดเลือดสมองโป่งพองโดยทั่วไปเนื่องจากมีข้อเสียหลายอย่าง ได้แก่ เกิดการตันของหลอดเลือดได้ง่าย มีโอกาสปิดหลอดเลือดโป่งพองได้ไม่สนิท (Endoleak) และอุปกรณ์มีความแข็งมาก ไม่เหมาะกับตำแหน่งหลอดเลือดที่คดเคี้ยววิธีนี้เหมาะกับหลอดเลือดคอโป่งพองที่เกิดจากอุบัติเหตุ(Traumatic false aneurysm) หรือจากมะเร็งกินหลอดเลือด (Carotid blowout) หรือบางกรณีสามารถนำไปใช้รักษาหลอดเลือดสมองโป่งพองบริเวณฐานกะโหลกที่ไม่คดเคี้ยวนักได้

2. การรักษาโดยการปิดหลอดเลือดทิ้ง (Parent artery occlusion)

วิธีนี้เหมาะกับหลอดเลือดโป่งพองที่เกิดกับหลอดเลือดในสมองที่เกิดจากอุบัติเหตุ (traumatic false aneurysm of intracranial arteries), หลอดเลือดโป่งพองขนาดใหญ่มาก (Giant aneurysm) ที่ผ่านการทดสอบการอุดหลอดเลือดชั่วคราว

แล้ว (Balloon test occlusion) การรักษาวิธีนี้ไม่แนะนำให้ทำโดยไม่จำเป็น เพราะนอกจากต้องเสียหลอดเลือดไปแล้ว หลอดเลือดส่วนที่เหลือยังต้องทำงานหนัก (Hemodynamic stress) เพื่อชดเชยหลอดเลือดที่ถูกปิดไป มีโอกาสทำให้เกิดหลอดเลือดสมองโป่งพองเกิดขึ้นที่หลอดเลือดดังกล่าวได้

เนื้องอกสมอง

ศรัณย์ นันทอารี

เนื้องอกสมองมีความหมายถึง เนื้องอกที่เกิดขึ้นจากเนื้อสมอง รวมถึงเนื้องอกของเส้นประสาทสมอง เนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกของต่อมใต้สมอง เนื้องอกของบริเวณฐานกะโหลกที่ลุกลามเข้าไปที่สมองและมะเร็งของอวัยวะอื่นที่แพร่กระจายมาที่สมอง

สาเหตุของเนื้องอก เนื้องอกสมองส่วนใหญ่นั้นปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุว่าเกิดขึ้นจากอะไร แต่มีเนื้องอกสมองส่วนน้อยบางส่วนที่ทราบสาเหตุว่าเกิดขึ้นจากอะไร เช่น ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ เคยได้รับการฉายแสงบริเวณศีรษะ หรือเคยได้รับฮอร์โมนเพศ เป็นต้น

ชนิดของเนื้องอกสมอง องค์การอนามัยโลกได้จัดแบ่งชนิดของเนื้องอกสมองออกเป็นหมวดหมู่มากกว่า 100 ชนิดแต่อย่างไรก็ตามเนื้องอกสมองชนิดที่พบได้บ่อยๆ นั้น มีอยู่ 5 ชนิด คือ เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง เนื้องอกเส้นประสาทหู เนื้องอกต่อมใต้สมอง เนื้องอกของเนื้อสมอง และเนื้องอกที่แพร่กระจายจากอวัยวะอื่น

อาการของเนื้องอกสมอง ผู้ป่วยเนื้องอกสมองจะมีอาการได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับว่าเนื้องอกสมองนั้นทำให้สมองส่วนใดผิดปรกติไปจากเดิม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการปวดศีรษะนำมาก่อน ผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะจากเนื้องอกสมองนั้นจะมีอาการปวดศีรษะที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเวลาผ่านไปเนื่องจากเนื้องอกเติบโตขึ้นตามเวลา อาการปวดศีรษะมักเป็นในช่วงตื่นนอนตอนเช้าหรือช่วงหลับตอนกลางคืน อาจมีการอาเจียนโดยที่ไม่มีอาการคลื่นไส้นำมาก่อนร่วมด้วย ก้อนเนื้องอกสามารถไปกระตุ้นเนื้อสมองทำให้ผู้ป่วยมีอาการชัก หรือเนื้องอกอาจไปกดเบียดทำลายเนื้อสมองทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในรูปแบบต่างๆ เช่น แขนขาชา อ่อนแรง เดินเซ พูดลำบาก ตาเหล่ เห็นภาพซ้อน ตามัว ชาใบหน้า หูได้ยินน้อยลง เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายญาติพามาพบแพทย์เพราะสาเหตุที่ทำอะไรแปลกไปจากเดิม พูดไม่รู้เรื่อง นิสัยและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสมองเป็นอวัยวะที่ควบคุมการทำงานของชีวิตทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และฮอร์โมน การทำลายเนื้อสมองก็สามารถ

ทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ กัน แล้วแต่ว่าเป็นเนื้องอกที่ส่วนใดของสมอง

การรักษาเนื้องอกสมอง การรักษาเนื้องอกสมองมีอยู่ 3 วิธีหลักๆ คือ การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยา ในบางครั้งอาจจะต้องใช้หลายๆ วิธีร่วมกันเพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุด

ความรู้ที่สำคัญ อาการปวดหัวที่มีลักษณะปวดรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ปวดมากขึ้นเวลาเบ่งหรือไอจาม ปวดมากกลางดึกหรือตื่นนอนตอนเช้า มีอาเจียน เป็นอาการปวดหัวที่ควรจะให้การระมัดระวัง และตรวจหาสาเหตุต่อไป

ฝีของสมอง

อินธิรา ขัมภลิขิต

ฝีในสมอง คือ ภาวะที่มีเนื้อสมองติดเชื้อ แล้วมีการสร้างหนองสะสมในเนื้อสมองเป็นโพรงฝีเกิดขึ้น เชื้อที่เป็นสาเหตุเป็นได้ทั้งแบคทีเรีย รา และวัณโรค

อาการที่แสดง เป็นอาการจากความดันที่เพิ่มขึ้นในช่องกระโหลกมีอาการปวดหัวมาก อาจมีอาเจียนร่วมด้วย และอาจมีอาการร่วมอื่น ได้แก่ ชัก แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว ถ้าอาการหนักอาจหมดสติ

สาเหตุ มีสองกลุ่ม ได้แก่

1. ติดเชื้อบริเวณใกล้เคียงและลามเข้าสมอง เช่น หูน้ำหนวก ฟันผุจนมีหนองที่รากฟัน ติดเชื้อราในโพรงไซนัสซึ่งกลุ่มหลังนี้พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน

2. ติดเชื้อที่อื่น แล้วลามไปทางกระแสเลือด กลุ่มนี้มักเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่เดิม เช่น เป็นโรคหัวใจแบบผนังมีรูแล้วติดเชื้อที่หัวใจและต่อมาเชื้อหลุดไปในกระแสเลือดแล้วไปที่สมอง เป็นวัณโรคปอดแล้วไม่รักษามีเชื้อวัณโรคลามไปที่สมอง เป็นโรคภูมิคุ้มกันต่ำหรือบกพร่องแล้วไม่ได้รับยากระตุ้นภูมิคุ้มกันจึงมีการติดเชื้อที่สมองเมื่อภูมิคุ้มกันต่ำ

ฝีในสมองมีอันตรายอย่างไร การติดเชื้อที่สมองจะทำให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อสมองทำให้เกิดความพิการ โรคลมชัก และอาจถึงขั้นเสียชีวิต

การรักษา ต้องรับยาปฏิชีวนะแบบฉีดที่มีผลรักษาเชื้อต้นเหตุเป็นเวลา 1-2 เดือน กรณีเป็นเชื้อวัณโรคต้องได้ยารับประทานต่ออีกประมาณ 1 ปี ถ้าฝีมีขนาดใหญ่อาจต้องผ่าตัดระบายหนองออก

ความรู้ที่สำคัญ การป้องกัน ได้แก่ รักษาความสะอาด หลีกเลี่ยงการติดเชื้อต่างๆบริเวณช่องปาก โพรงจมูก และหู ถ้ามีการอักเสบหรือติดเชื้อ ควรปรึกษาแพทย์ทันทีเพื่อทำการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกอย่าปล่อยทิ้งไว้เพื่อป้องกันการลามไปถึงสมอง รวมถึงหมั่นตรวจรักษาโรคประจำตัวตามแพทย์นัด เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน โรคภูมิคุ้มกันต่ำและบกพร่อง

เนื้องอกของไขสันหลัง

อินธิรา ขัมภลิขิต

เนื้องอกบริเวณไขสันหลัง คือ เนื้องอกที่อยู่ในช่องของกระดูกสันหลัง ซึ่งเป็นที่อยู่ของไขสันหลัง ต้นกำเนิดของเนื้องอกอาจมาจากกระดูกสันหลัง เยื่อหุ้มไขสันหลัง ไขสันหลัง หรือ เส้นประสาท

อาการที่แสดง ได้แก่

- อาการปวดหลัง โดยเฉพาะที่เป็นอยู่นาน ปวดมากจนตื่นกลางดึก และมีอาการจากการกดไขสันหลังและเส้นประสาทร่วมด้วย

- อาการจากการกดไขสันหลังและเส้นประสาท ได้แก่ อ่อนแรง ชาหรือปวดร้าวไปตามแขนหรือขา อาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้าง กล้ามเนื้อที่มือลีบ ขาเกร็ง เดินลำบาก อาการทางระบบขับถ่าย ได้แก่ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ท้องผูก เบ่งถ่ายไม่ได้ ถ้าเป็นเด็กจะพบว่าพัฒนาการถดถอย เช่น จากที่เดิมหัดเดินแล้ว กลายเป็นยืนไม่อยู่ ต้องเกาะยืน เป็นต้น

สาเหตุ แบ่งเป็น เนื้องอกที่เกิดขึ้นครั้งแรกและ มะเร็งระยะแพร่กระจาย

- เนื้องอกที่เกิดขึ้นครั้งแรกบริเวณไขสันหลัง พบได้ในทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่เด็กจนถึงผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุ ส่วนน้อยพบว่าเกิดจากโรคทางพันธุกรรม และ การที่เคยได้รับการฉายสายรักษาโรคบริเวณนั้นมาก่อน

- มะเร็งระยะแพร่กระจาย มะเร็งที่แพร่มาบริเวณไขสันหลังได้บ่อย ได้แก่ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้และมะเร็งเต้านม

เนื้องอกบริเวณไขสันหลังมีอันตรายอย่างไร เนื่องจากช่องไขสันหลังมีขนาดเล็ก เนื้องอกขนาดโตเพียง 1-2 เซนติเมตรก็สามารถกดไขสันหลังทำให้เกิดการพิการและอัมพาตได้ ถ้าตรวจพบและทำการรักษาได้เร็ว จะมีโอกาสที่ป้องกันการเกิดความพิการได้

การรักษา ขึ้นกับชนิดของเนื้องอก มีทั้งการผ่าตัด ฉายแสงและให้ยาเคมีบำบัด

ความรู้ที่สำคัญ ถ้ามีอาการดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ อาการปวดหลัง และมีอาการ ชา อ่อนแรง ระบบขับถ่ายผิดปกติ หรือเด็กมีพัฒนาการทางการเดินถดถอย ควรรีบพามาพบแพทย์ เพื่อทำการหาสาเหตุ

ปวดหลัง ปวดคอ

อัคคพงษ์ นิติสิงห์

อาการปวดหลัง หรือปวดต้นคอ เป็นอาการที่พบได้บ่อย เชื่อว่าทุกคนคงเคยมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นกับตัวเองมากบ้างน้อยบ้าง คำถามจึงเกิดขึ้นว่า อาการปวดหลังหรือปวดคออย่างไร จึงควรต้องมาพบแพทย์ โดยปกติแล้ว อาการปวดคอปวดหลังที่เกิดจากการทำงานหรือการออกกำลังกายหรือแม้แต่เกิดจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง มักจะหายได้เอง หรืออาจกินยาแก้ปวด และพักประมาณ 2-3 วัน ดังนั้น หากอาการปวดเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเกินกว่า 1 สัปดาห์ หรืออาการปวดดังกล่าวเกิดขึ้นร่วมกับอาการอื่น ได้แก่ มีการปวดร้าวลงมาที่แขน มือ สำหรับอาการปวดต้นคอหรือปวดหลังร้าวลงมาที่ขา. เท้า มีอาการชา และ/หรือ อ่อนแรง ของแขน,ขา,มือ เดินลำบาก เดินได้น้อยลง หรือใช้มือทำงาน,กิจกรรมต่างๆ ได้ไม่ปกติ อาการดังกล่าวเหล่านี้ เป็นสัญญาณเตือนว่าปัญหาที่เกิดขึ้น อาจมีสาเหตุมากกว่า ปวดหลัง คอ จากกล้ามเนื้อ

ดังนั้น หากมีอาการดังกล่าวจึงควรมาพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัย และรักษาแต่เนิ่นๆ เนื่องจากไขสันหลังและเส้นประสาทที่ถูกกดหรือเสียหายจากโรคต่างๆ จะได้มีโอกาสฟื้นตัวกลับเป็นปกติได้เร็ว และมากกว่า รอจนกระทั่งเกิดความเสียหายของระบบประสาท

การเดินผิดปกติในผู้สูงอายุจากน้ำเกินในโพรงสมอง

ศรัณย์ นันทอารี

ภาวะน้ำเกินในโพรงสมอง คืออะไร สมองของมนุษย์นั้นไม่ใช่ก้อนเนื้อตัน แต่จะมีโพรงน้ำอยู่ภายใน น้ำดังกล่าวคือน้ำหล่อสมองและไขสันหลัง ซึ่งในที่นี้จะเรียกสั้นๆ ว่าน้ำ น้ำดังกล่าวจะทำหน้าที่ดูดซับแรงกระเทือน และถ่ายเทสารเคมีหลายอย่าง ในสภาวะที่การดูดซึมของน้ำผิดปกติไปก็จะมีน้ำคั่งดันโพรงสมองให้โตผิดปกติ และเกิดภาวะน้ำเกินในโพรงสมอง

ภาวะน้ำเกินในโพรงสมอง มีอาการอย่างไร โรคนี้มักจะเป็นในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจะมีอาการเดินผิดปกติ เช่น เดินช้า ก้าวขาไม่ออก ยกขาไม่พ้นจากพื้น เดินซอยเท้า ทรงตัวไม่ดี ล้มบ่อย คนไข้บางคนมาโรงพยาบาลด้วยเรื่องล้มบ่อยๆ โดยไม่รู้ว่ามีโรคนี้แอบแฝงอยู่ การเดินจะแย่ลงช้าๆ จนอาจจะเดินไม่ได้เลยในท้ายที่สุด นอกจากเรื่องเดินผิดปกติแล้วผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาสมองเสื่อม ญาติอาจจะสังเกตว่าคนไข้มีสมาธิสั้น เฉื่อยชา ไม่ค่อยสนใจ รวมทั้งมีความจำที่แย่ลง หลงลืม ในระยะท้ายผู้ป่วยจะเริ่มมีปัญหาปัสสาวะราด โดยอาจจะปัสสาวะออกมาโดยไม่บอก หรือปัสสาวะราดออกมาโดยที่เข้าห้องน้ำไม่ทัน

จะรู้ได้อย่างไรว่ามีภาวะน้ำเกินในโพรงสมอง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดินร่วมกับสติปัญญาลดลง หรือปัสสาวะราดคือผู้ที่เข้าข่ายน่าสงสัยว่าจะมีโรคนี้และสมควรได้รับการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) หรือแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง (MRI) ถ้าแพทย์พบว่าขนาดของโพรงสมองจากการตรวจดังกล่าวโตผิดปกติจะถือว่ามีความเป็นไปได้ที่จะเป็นโรคนี้ และจะแนะนำให้ทำการตรวจเพิ่มเติมด้วยการทดสอบเจาะหลัง หรือทำการรักษาต่อไป

โรคน้ำเกินในโพรงสมองรักษาอย่างไร โรคน้ำเกินในโพรงสมองนั้น มีหนทางรักษาคือ การผ่าตัดฝังท่อระบายน้ำ โดยส่วนใหญ่มักจะเป็นการผ่าตัดฝังท่อระบายน้ำจากโพรงสมองเข้าสู่ช่องท้องหรือผ่าตัดฝังท่อระบายน้ำจากช่องไขสันหลังเข้าสู่ช่องท้อง

แพทย์จะแนะนำวิธีที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

ความรู้ที่สำคัญ เชื่อว่าทุกคนคงเคยเห็นผู้สูงอายุเดินผิดปกติหรือเดินไม่ได้ ส่วนใหญ่อาจจะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาของสังขารที่เสื่อมลงตามวัย แต่ในข้อเท็จจริงนั้น ผู้สูงอายุบางคนเดินไม่ได้จำเป็นต้องนึกถึงโรคน้ำเกินในโพรงสมอง ซึ่งเป็นโรคหนึ่งที่พบบ่อย และสามารถรักษาให้กลับมาเดินได้ดีอีกครั้ง

พาร์กินสัน

ศรัณย์ นันทอารี

โรคพาร์กินสัน เป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจะมีอาการสั่นเวลาอยู่นิ่งๆ แขนขาแข็งเกร็งขยับเคลื่อนไหวได้ลำบาก และขยับได้ช้า ถ้าเป็นมากๆ จะเดินติดและเดินทรงตัวลำบากร่วมด้วย ในระยะแรกๆ โรคพาร์กินสันมักจะรักษาได้ผลดีมาก อาการหายเป็นปกติโดยการกินยาแต่หลังจากที่รักษาไปหลายๆ ปีแล้วมักจะตอบสนองต่อยาได้ลดลง คือ ยาออกฤทธิ์สั้นเกินไป มีช่วงยาหมดฤทธิ์ก่อนที่จะถึงการกินยามื้อถัดไปทำให้ขยับเคลื่อนไหวได้ลำบากในช่วงยาหมดฤทธิ์ รวมทั้ง อาจมีผลแทรกซ้อนของยา คือ มีอาการอยู่ไม่นิ่ง มีแขนขาร่างกายขยับเคลื่อนไหวยุกยิกเกิดขึ้นเอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นจะไม่สามารถรักษาได้ผลดีด้วยยาอีกต่อไป และสมควรได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดร่วมด้วย

ซึ่งการผ่าตัดมีอยู่สองแบบคือ ผ่าตัดโดยการจี้ทำลายเนื้อสมองที่ทำให้เกิดอาการของโรคหรือผ่าตัดฝังเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าในสมอง แพทย์จะพิจารณาเลือกวิธีการรักษาผ่าตัดตามแต่ข้อบ่งชี้ของโรค และภาวะเศรษฐานะ ค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย

มะเร็งปอด

ธีรวิทย์ พันธุ์ชัยเพชร

ความสำคัญ มะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งในผู้ชาย และอันดับที่สองในผู้หญิง สาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เป็นมะเร็งปอดยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดขึ้นอยู่กับจำนวนและระยะเวลาที่สูบ ถ้าสูบเป็นจำนวนมากอยู่เป็นเวลานานความเสี่ยงของการเกิดโรคจะมากขึ้นเป็นลำดับ ถ้าไม่หยุดสูบบุหรี่สุดท้ายจะเกิดมะเร็งปอดในที่สุด มะเร็งปอดมักพบในคนสูงอายุ อุบัติการณ์ของโรคนี้จะมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี อาชีพและมลภาวะทางอากาศเป็นผลให้มีการสัมผัสสารเคมีบางชนิดในระบบทางเดินหายใจเช่น สารกัมมันตภาพรังสี ถ่านหิน น้ำมันปิโตเลียม สารหนู นิเกิล เป็นต้น

ในเมืองหลวงมีการเผาไหม้เชื้อเพลิงรถยนต์โดยเฉพาะน้ำมันดีเซลพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปอดมากขึ้น (สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งปอดจะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้มากกว่าประชากรโดยทั่วไปมาก เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับทางพันธุกรรม

อาการที่สำคัญ มะเร็งปอดทำให้เกิดการระคายเคืองต่อหลอดลม ทำให้อาการไอหายใจขัด มีเสียงดังในลำคอ ไอเป็นเลือด และเจ็บหน้าอก ส่วนอาการหอบเหนื่อยเกิดจากมะเร็งทำลายเนื้อปอดหรือเกิดจากภาวะน้ำที่จมปอดได้ (บางรายอาจมีอาการบวมบริเวณแขน คอ และใบหน้าจากการลุกลามของมะเร็งไปยังหลอดเลือดดำใหญ่ของทรวงอก หากมะเร็งปอดลุกลามไปยังเส้นประสาทจะทำให้มีอาการเสียงแหบหรือปวดบริเวณต้นคอร้าวไปยังแขน นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆอีกมากมายขึ้นอยู่กับมะเร็งปอดมีการลุกลามไปยังอวัยวะได้

ความรู้ที่สำคัญ ควรมีการรณรงค์งดการสูบบุหรี่ในแต่ละสาขาวิชาชีพ ควรมีการถ่ายภาพรังสีทรวงอกประจำทุกปี และควรปรึกษาแพทย์เมื่อมีอาการของระบบทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง

การรักษามะเร็งปอด

ธีรวิทย์ พันธุ์ชัยเพชร

การรักษา มะเร็งปอดจะได้ผลดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ชนิดของมะเร็งปอด ระยะของโรคมะเร็ง และสภาพร่างกายโดยทั่วไปของผู้ป่วย

ชนิดของมะเร็งปอด มะเร็งปอดมี 2 ชนิด ชนิดแรกเป็น มะเร็งปอดพบเป็นก้อนเนื้องอกของมะเร็ง มีการดำเนินโรคแบ่งเป็น 4 ระยะ เพื่อประโยชน์ในการรักษา ระยะที่ 1 ก้อนมะเร็งยังไม่กระจาย ระยะที่ 2 มีการกระจายของมะเร็งมายังต่อมน้ำเหลืองบริเวณขั้วปอด ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงได้แก่ กระดูกซี่โครง กระบังลม และเยื่อหุ้มปอด และระยะที่ 4 มะเร็งกระจายออกนอกเนื้อปอดหรือลุกลามไปยังอวัยวะสำคัญอื่นของร่างกาย นอกจากนี้มะเร็งปอดยังมีอีกชนิดหนึ่งคือ เซลล์มะเร็งตัวเล็ก ซึ่งมะเร็งชนิดนี้มีความรุนแรงของโรคมาก โรคมักจะลุกลามและกระจายออกนอกเนื้อปอดได้อย่างรวดเร็ว มะเร็งชนิดนี้ส่วนใหญ่รักษาด้วยเคมีบำบัด ไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดเนื่องจากโรคมีการลุกลามค่อนข้างมากเมื่อเริ่มตรวจพบ

วิธีการรักษา มะเร็งปอดมีการรักษาได้ 3 วิธีได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด โรคในระยะที่ 1 และ 2 การผ่าตัดเป็นวิธีที่ให้ผลดีที่สุดโรค ในระยะที่ 3 การผ่าตัดอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องใช้รังสีรักษาและยาเคมีบำบัดร่วมด้วย ส่วนโรคในระยะที่ 4 การรักษาส่วนใหญ่เป็นการบรรเทาอาการไม่ให้ผู้ป่วยทนทุกข์ทรมาน การฉายแสงส่วนใหญ่ทำเพื่อลดอาการเจ็บปวด และทำลายมะเร็งที่มีการกระจายไปสมอง การให้ยาเคมีบำบัดอาจทำให้ก้อนมะเร็งในผู้ป่วยบางรายยุบขนาดเล็กลง ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยืนนานมากขึ้น

ความรู้ที่สำคัญ การวินิจฉัยโรคมะเร็งปอดในระยะแรกมีความสำคัญต่อผลการรักษา หากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมะเร็งออกหมดเป็นผลสำเร็จ จะทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนนานมากขึ้น และมีโอกาสหายขาดได้

ลมรั่วในช่องปอดและถุงลมโป่งพอง

ปุณณฤกษ์ ทองเจริญ

ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด หมายถึง การที่ถุงลมในปอดมีการฉีกขาดและเกิดลมรั่วเข้ามาในช่องเยื่อหุ้มปอด ลมที่รั่วเข้ามาจะไปกดเบียดทำให้ปอดแฟบ ถ้าลมรั่วน้อยปอดจะแฟบน้อย ลมรั่วมากอาจทำให้ปอดแฟบทั้งข้าง หรือลมอาจกดเบียดไปยังปอดด้านตรงข้าม ซึ่งอาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ผู้ที่มีลมรั่วไปปอดมักจะมีอาการเจ็บหน้าอกทันทีข้างใดข้างหนึ่ง เหนื่อย หายใจไม่เต็มอิ่ม เจ็บเวลาหายใจเข้าลึกๆ แบ่งภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ตามสาเหตุนำ ดังนี้

1. ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดในผู้ป่วยที่มีโรคถุงลมโป่งพองอยู่เดิม มักพบในผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) ที่สูบบุหรี่จัด เนื่องจากผู้ป่วยมีปอดที่มีโรคอยู่เดิม สมรรถภาพปอดไม่ดีนัก เมื่อเกิดลมรั่วต่อจะเกิดอาการได้มาก แม้ลมจะรั่วน้อย และรูรั่วปิดเองได้ยาก

2. ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดในผู้ที่ไม่มีโรคถุงลมโป่งพองอยู่เดิม มักพบในอายุ 13-25 ปี เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปอดที่ไม่ได้มีพยาธิสภาพรุนแรงอยู่เดิม รูรั่วจึงมีโอกาสปิดเองได้มากกว่า และอาการมักจะน้อยกว่าและสัมพันธ์กับปริมาณลมรั่ว

การวินิจฉัย วินิจฉัยได้จากอาการ การฟังได้เสียงหายใจเบาลงข้างหนึ่ง ร่วมกับถ่ายภาพรังสีทรวงอก เห็นลมรั่ว ในช่องเยื่อหุ้มปอดและปอดแฟบลง

การรักษา

1. ถ้าอาการน้อยและตรวจพบลมรั่วน้อย การรักษาอาจมีเพียงเฝ้าติดตามดูอาการ รอให้รูรั่วปิดเอง และลมถูกดูดซึมออกไปเอง

2. ถ้ามีอาการปานกลาง หรือมาก และ/หรือ ตรวจพบลมรั่วปานกลางหรือมาก การรักษาอาจต้องมีการใส่ท่อเล็กๆ เข้าไปในช่องปอดเพื่อช่วยระบายลมออก เพื่อลดการกดเบียดปอดและทำให้รูรั่วปิดได้เอง

3. ในรายที่ลมรั่วไม่หยุด และ/หรือ ปอดไม่ขยายตัวเป็นปกติ ภายใน 3-5 วัน

อาจต้องรักษาโดยการผ่าตัดเข้าไปปิดรูรั่ว

4. เมื่อผ่าตัดรักษาภาวะนี้ นอกจากปิดรูรั่วแล้วควรทำให้ปอดยึดติดกับผนังทรวงอก เพื่อป้องกันปอดแฟบในอนาคต ถ้ามีรูรั่วเกิดขึ้นอีก

5. ในกรณีที่เป็นซ้ำ ควรได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเนื่องจากมีโอกาสเป็นซ้ำอีกสูงมาก

การผ่าตัดรักษาลมรั่วในปอด ในผู้ที่อายุน้อยได้ผลดีและมีความเสี่ยงต่ำส่วนใหญ่สามารถทำผ่าตัดได้ โดยใช้การผ่าตัดแบบแผลเล็กซึ่งใช้กล้องช่วยผ่าตัดร่วมกับเครื่องมือพิเศษ การรักษาในผู้สูงอายุมีหลักการคล้ายกัน แต่มีความซับซ้อนกว่า ทั้งจากโรคปอดเอง และโรคร่วมอื่นที่อาจพบได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความรู้ที่สำคัญ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นทันทีข้างใดข้างหนึ่ง และหายใจไม่เต็มอิ่ม ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการตรวจและรักษาทันที โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่จัดเป็นประจำ

ลิ่มเลือดอุดตันในปอดอย่างเฉียบพลัน

ปุณณฤกษ์ ทองเจริญ

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดอย่างเฉียบพลันเป็นภาวะที่ลิ่มเลือดหลุดจากหลอดเลือดดำในส่วนต่างๆ ของร่างกายเข้ามาตามกระแสเลือดและหัวใจซึ่งจะถูกสูบฉีดเข้าไปในหลอดเลือดแดงของปอดทันที ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปฟอกบริเวณปอดเพื่อรับออกซิเจนลดลง ถ้าลิ่มเลือดเหล่านี้มีขนาดเล็กและปริมาณไม่มาก จะมีผลต่อการทำงานของหัวใจและปอดไม่มากนัก ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มนี้ แต่ถ้าการอุดตันดังกล่าวเกิดจากลิ่มเลือดที่มีขนาดใหญ่หรือมีปริมาณมาก จะมีผลต่อการทำงานของหัวใจและปอดอย่างรุนแรง จนเกิดภาวะช็อก จำเป็นต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน

ลิ่มเลือดที่มีการหลุดไปปอดเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากหลอดเลือดดำชั้นลึกของขาซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมีอาการบวมบริเวณขาข้างใดข้างหนึ่ง การก่อตัวลิ่มเลือดที่เริ่มต้นบริเวณขานี้ อาจเกิดจากหลายสาเหตุได้แก่ การนอนหรือนั่งห้อยขาเป็นเวลานานทำให้เกิดการคั่งของเลือดดำภายในขา ข้อสะโพกหักทำให้เกิดการบาดเจ็บฉีกขาดของผนังชั้นในของหลอดเลือดดำ และมะเร็งตามส่วนต่างๆ ของร่างกายซึ่งทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดมากผิดปกติ การเดินทางไกลเป็นเวลานานโดยไม่มีการเคลื่อนไหวมีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดภายในขาเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะการเดินทางโดยเครื่องบินชั้นประหยัดเป็นเวลานานที่เรียกว่า Economy class syndrome มีโอกาสเกิดลิ่มเลือดหลุดไปปอดได้เมื่อผู้ป่วยเริ่มลุกจากที่นั่ง

การวินิจฉัย ผู้ป่วยในภาวะนี้จะมีอาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอกอย่างรุนแรง หายใจหอบเหนื่อย ไอเป็นเลือด ไข้ และรุนแรงถึงภาวะช็อก หมดสติได้ การตรวจพิเศษที่ยืนยันภาวะนี้ได้อย่างแม่นยำและมีประสิทธิภาพสูงได้แก่ การถ่ายภาพรังสีหลอดเลือดแดงของปอดด้วยเครื่องเอกเรย์คอมพิวเตอร์

การรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงอาจรับการรักษาโดยใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนถึงภาวะช็อก จำเป็นต้องได้รับการฉีดยาละลายลิ่มเลือด หรือการผ่าตัด

ความรู้ที่สำคัญ โรคนี้เป็นที่รู้จักกันน้อยในคนไทย เมื่อผู้ป่วยมีขาบวมข้างเดียวและมีอาการหอบเหนื่อยหรือเจ็บแน่นหน้าอก จำเป็นต้องได้รับการตรวจพิเศษเพื่อพิสูจน์โรคนี้อย่างเร่งด่วน และให้การรักษาอย่างทันทีเมื่อตรวจพบ ผู้ป่วยโรคนี้จึงจะรอดชีวิตได้(451)

ลิ่มเลือดอุดตันในปอดเรื้อรัง

ปุณณฤกษ์ ทองเจริญ

ส่วนภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดเรื้อรัง เกิดจากการที่มีลิ่มเลือดอุดตันแบบเฉียบพลันมาก่อน โดยเกิดการอุดตันไม่มากนัก แต่เกิดขึ้นซ้ำๆ จนลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ในหลอดเลือดต่างๆ ในปอดเปลี่ยนสภาพเป็นเนื้อเยื่อที่ฉาบอยู่บนผนังหลอดเลือด เนื้อเยื่อนี้จะแข็งขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ทำให้หลอดเลือดในปอดมีผนังที่หนาขึ้น รูของหลอดเลือดเล็กลง ความต้านทานของหลอดเลือดมีมากขึ้น ทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้นโดยเฉพาะหัวใจข้างขวา การรักษาด้วยยาไม่สามารถแก้ไขภาวะการอุดตันนี้ได้โดยตรง การรักษาที่แก้ไขปัญหานี้ได้โดยตรง คือ การผ่าตัดเข้าไปลอกเนื้อเยื่อที่ยึดติดกับผนังหลอดเลือดออก เพื่อให้รูของหลอดเลือดกว้างขึ้น กำจัดการแข็งตัวของผนังหลอดเลือด และทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดปอดลดลง หัวใจก็จะทำงานได้ง่ายขึ้น ในรายที่เหมาะสมการผ่าตัดจะได้ผลดีมาก แต่ในรายที่เป็นมาก มีการอุดตันของหลอดเลือดส่วนปลายมากๆ ผลการรักษาอาจไม่แน่นอน

อาการของโรค ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย ซึ่งจะคล้ายกับอาการของโรคหัวใจและโรคปอดอีกหลายๆ โรค ในบางรายจะมีประวัติของการมีลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำต่างๆ มาก่อนที่พบบ่อย คือ ที่ขา ซึ่งจะทำให้มีอาการขาบวมข้างเดียวเป็นส่วนใหญ่

การตรวจวินิจฉัยส่วนใหญ่ เป็นการวินิจฉัยแยกโรค จากโรคหัวใจและโรคปอดอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายกว่าปกติ เช่น ตรวจเอ็กซเรย์ปอด ตรวจ echocardiogram ดูหัวใจ เมื่อสงสัยว่าเป็นโรคนี้ จะต้องทำการตรวจอื่นๆ ด้วยการตรวจพิเศษ คือ ทำ CT pulmonary angiogram หรือ ทำ Selective pulmonary angiogram (ปัจจุบันไม่นิยมทำแล้ว) ถ้าพบว่าเป็นโรคนี้ และมีอาการมาก การรักษาคือการผ่าตัดลอกลิ่มเลือดที่อุดตันเรื้อรังออก และลักษณะการอุดตันสามารถแก้ไขได้ โดยการผ่าตัดจะใช้เทคนิคคล้ายกับการผ่าตัดหัวใจ คือ ใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมร่วมด้วย เพื่อให้เลือดไปฟอกที่ปอดเทียมแทน ในระหว่างผ่าตัดปอด

หัวใจขาดเลือด

เกรียงไกร ตันติวงศ์โกสีย์

โรคหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทย ในระดับต้นๆ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมักจะมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน, ความดันสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น รวมถึงมีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำ

ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหนือลิ้นปี่ขึ้นมาเล็กน้อย เจ็บแปลบ จุก แน่นคล้ายมีอะไรมาบีบหรือกดทับไว้, อาการเจ็บมักลามไปที่ขากรรไกร หรือไหล่ซ้าย มักเป็นมากขณะออกกำลังกายหรือทำงาน อาการจะดีขึ้นถ้าหยุดพัก บางคนอาจมีอาการใจสั่น หอบเหนื่อยร่วมด้วย

วิธีการรักษา แพทย์จะประเมินภาวะความรุนแรงของโรค และเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น

1. การใช้ยาขยายหลอดเลือด
2. การใช้ยาละลายลิ่มเลือด หรือ ยาต้านเกล็ดเลือดแข็งตัว
3. การให้ยาลดการบีบตัวของหัวใจ

การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องควบคู่ไปกับการรักษาทางยาส่วนใหญ่มักได้ผลดี แต่ในภาวะรุนแรงหรือไม่ตอบสนองต่อยาแพทย์ จะพิจารณาให้การรักษาโดยการทำบอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบ หรือ ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด

การทำบอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบ คือการสวนสายผ่านทางผิวหนังเข้าหลอดเลือดหัวใจ เพื่อถ่างขยายหลอดเลือดแดงที่ตีบตัน ที่ปลายสายจะมีบอลลูน ซึ่งจะเป่าลมขยายบอลลูน ซึ่งจะไปขยายบริเวณที่ตีบและเมื่อเอาสายออก รูที่ถ่างจะคงขยายอยู่

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด เป็นการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้ผลดี โดยการนำหลอดเลือดดำ หรือ หลอดเลือดแดงที่ทรวงอกมาต่อกับหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจเพิ่มมากขึ้น

เป้าหมายของการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือด คือ

1. ลดอาการเจ็บหน้าอก ลดอาการของหัวใจวาย และเพิ่มคุณภาพชีวิต
2. ให้สามารถทำงานหรือออกกำลังกายได้ใกล้เคียงคนปกติ
3. ให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น
4. ลดอัตราการเสียชีวิต

การป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือด

เกรียงไกร ตันติวงศ์โกสีย์

ภาวะหัวใจขาดเลือด เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้อย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีภาวะนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนภายในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม หากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในสถานที่ที่มีความพร้อม การรักษาอาจไม่ประสบผลสำเร็จ ดังนั้นความรู้ในการดูแลป้องกันตนเองจากภาวะหัวใจขาดเลือดจึงมีความสำคัญสำหรับประชาชนที่สูงวัย

การป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดทำได้โดยหลีกเลี่ยงหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังนี้

1. อาหาร

- หลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารที่มีไขมัน, กะทิ, ไข่แดง รวมทั้งหนังสัตว์ ซึ่งทำให้มีการสะสมของไขมันในหลอดเลือด

- ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย และอาหารที่มีกากใยมากๆ เช่น ผัก ปลา ผลไม้ รำข้าว ข้าวโพด ข้าวสาลี

2. การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 20 นาที แล้ว ค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาและเพิ่มความถี่ในการออกกำลังกาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัย และสุขภาพโดยรวม

3. ควบคุมน้ำหนัก ไม่ให้อ้วน

4. งดสูบบุหรี่

5. พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงภาวะเครียด และทำจิตใจให้เบิกบาน

6. ตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

เกรียงไกร ตันติวงศ์โกสีย์

การผ่าตัดรักษาภาวะหัวใจขาดเลือด ถือเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีความเสี่ยงสูง การให้ความร่วมมือกับแพทย์ผู้รักษาและการ ดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การรักษาได้ผลดีและลดอัตราการเกิดโรคซ้ำใหม่ในอนาคตได้อย่างมาก

การดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดรักษาภาวะหัวใจขาดเลือดมีดังนี้

1. การดูแลแผล

- ภายหลังตัดไหม 3 วันเปิดผ้าปิดแผลออก ถ้าแผลแห้งดี อาบน้ำได้ และซับบริเวณแผลให้แห้ง

- หลีกเลี่ยงการทาโลชั่น แป้งหรือยาสมุนไพร หลีกเลี่ยงการนอนแช่ในอ่างอาบน้ำ

- หากมีอาการผิดปกติ เช่น แผลบวมแดง กดเจ็บ มีหนองหรือน้ำเหลืองออกจากแผล ให้รีบมาพบแพทย์

- หากขาข้างที่ผ่าตัดบวม ให้นอนยกขาให้สูงกว่าลำตัวจะช่วยลดอาการขาบวมได้ หลีกเลี่ยงการนั่งห้อยขานานๆ นั่งพับเพียบ นั่งยองๆ หรือนั่งไขว่ห้าง

2. การรับประทานอาหาร

- หลีกเลี่ยงอาหารหวาน อาหารที่มีไขมัน, กะทิ, ไข่แดง รวมทั้งหนังสัตว์ เนื้อสัตว์ที่ติดมันทุกชนิด เครื่องในสัตว์

- หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม อาหารหมักดอง รวมถึงอาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป

- งดดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และแอลกอฮอล์ทุกชนิด

- ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย และอาหารที่มีกากใยมาก ๆ เช่น ผัก ปลา ผลไม้ รำข้าว ข้าวโพด ข้าวสาลี

- ควรรับประทานอาหารประเภท นึ่ง ต้ม ย่าง อบ แทนการทอด

3. การใช้ยาควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งให้ถูกต้องอย่างต่อเนื่องเคร่งครัด

ไม่ซื้อยารับประทานเอง

4. เลิกสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่

5. ควรพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

6. การออกกำลังกาย ควรเริ่มจากการเดิน 5-10 นาที เช้า-เย็น ในสัปดาห์แรกๆ แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นจนได้ 25-30 นาที

7. ไม่ควรยกของหนักเกิน 1-2 กิโลกรัม ในสัปดาห์แรก จากนั้นสามารถยกของหนักขึ้นได้ โดยเฉลี่ย 1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์

8. ยังไม่ควรขับรถในระยะ 8 สัปดาห์แรก

9. ควรขึ้น-ลงบันไดช้าๆตามความจำเป็น ในระยะ 2-3 สัปดาห์แรก

10. สามารถกลับไปทำงานได้ 1-3 เดือนหลังผ่าตัด ขึ้นกับความหนัก-เบา และความปลอดภัยของงานนั้นๆ

11. สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หลังจากผ่าตัดประมาณ 8 สัปดาห์ (ขึ้นอยู่กับสภาพบุคคล) โดยหลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณแผลที่หน้าอก ห้ามใช้ยากระตุ้นต่างๆ และไม่ควรมีเพศสัมพันธ์เมื่อมีอาการผิดปกติ

12. เมื่อมีอาการเตือนดังต่อไปนี้ให้รีบมาพบแพทย์

- เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยมากขึ้น หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้
- คลื่นไส้ อาเจียน จุกแน่นท้อง
- มีไข้สูง แผลมีการอักเสบติดเชื้อ
- ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ หน้ามืด เป็นลม
- อุจจาระมีสีดำ หรือแดง
- ปวดบวมขาข้างที่มีแผลผ่าตัด

ลิ้นหัวใจตีบ

ถาวร ทรัพย์ทวีสิน

ลิ้นหัวใจมีทั้งหมดสี่ลิ้น ซึ่งกั้นระหว่างหัวใจห้องบนกับห้องล่าง และหัวใจห้องล่างกับหลอดเลือดที่ออกจากหัวใจ ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา โดยมีหน้าที่กำกับการไหลเวียนของเลือดให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง เมื่อหัวใจทำการบีบและคลายตัว คือ เลือดดำจากหัวใจห้องบนขวาสู่ล่างขวา จากหัวใจห้องล่างขวาสู่หลอดเลือดไปปอด ซึ่งเมื่อปอดฟอกเลือดเสร็จ จะได้เลือดแดงไหลกลับเข้าหัวใจห้องบนซ้ายสู่ห้องล่างซ้าย และจากห้องล่างซ้ายผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ ไปเลี้ยงร่างกายส่วนต่างๆ แล้วจะได้เลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาต่อไป

โรคลิ้นหัวใจ เป็นโรคที่ลิ้นหัวใจทำงานผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดจากลิ้นหัวใจตีบ ลิ้นหัวใจรั่ว หรืออาจจะทั้งตีบและรั่ว ทำให้การไหลเวียนของเลือดเกิดความผิดปกติ ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้น เกิดเลือดคั่งในห้องหัวใจ เลือดคั่งในปอด เกิดลิ่มเลือดในห้องหัวใจ เมื่อเป็นมากจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ในบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะภาวะลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ (ซึ่งเป็นลิ้นหัวใจที่กั้นระหว่างห้องหัวใจบนซ้ายและล่างซ้ายตีบ)

โรคลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ

สาเหตุ มักเกิดจากโรคไข้รูมาติค ซึ่งมักเกิดในผู้ป่วยอายุไม่มาก และการเสื่อมของลิ้นหัวใจซึ่งเกิดในผู้สูงอายุ

พยาธิสภาพ ลิ้นหัวใจไมทรัลจะมีลักษณะหนาขึ้น แข็ง ไม่ยืดหยุ่น มีหินปูนมาเกาะ ทำให้รูเปิดตีบแคบลง ส่งผลให้เลือดไหลลงสู่หัวใจห้องล่างซ้ายได้ยากลำบาก เกิดเลือดคั่งและไหลวนในหัวใจห้องบนซ้าย และในปอด ทำให้หัวใจห้องบนซ้ายมีขนาดใหญ่โตมากขึ้น เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ เกิดลิ่มเลือดสะสม ซึ่งอาจหลุดไปทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือแขน ขา-ขาดเลือดได้ ถ้าเป็นมากขึ้นจะทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น หัวใจทำงานหนัก จนนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้

อาการ และอาการแสดง ในระยะแรกที่พยาธิสภาพไม่มาก ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการ แต่แพทย์จะตรวจพบ เสียงหัวใจที่ผิดปกติ หรือ หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ เมื่อพยาธิสภาพเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก วิงเวียนศีรษะ เป็นลมง่าย บางรายอาจมาด้วยอัมพฤกษ์ อัมพาต แขน-

ขา ขาดเลือด

การตรวจวินิจฉัย จาก ประวัติอาการ ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีต และในปัจจุบัน การตรวจร่างกาย การฟังเสียงเต้นของหัวใจ การตรวจวัดความดันโลหิต การจับชีพจร เอกซเรย์ภาพปอดและหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และอาจมีการตรวจเฉพาะอื่นๆเพิ่มเติม ทั้งนี้ขึ้นกับอาการของผู้ป่วย และดุลพินิจของแพทย์ เช่น การสวนหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเอมอาร์ไอ เป็นต้น

การรักษา

- การรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ยาควบคุมการเต้นของหัวใจ ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ซึ่งมักใช้ในผู้ป่วยที่พยาธิสภาพไม่มาก และไม่มีอาการหรืออาการน้อย

- การขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูน เป็นการรักษา โดยใช้สายสวนและบอลลูนเข้าทางหลอดเลือดสู่ห้องหัวใจเพื่อไปขยายลิ้นหัวใจไมทรัล การรักษาในกรณีนี้จะใช้ได้เฉพาะพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจไมทรัลที่ตีบอย่างเดียว ไม่มีภาวะรั่วร่วมด้วย ไม่มีก้อนลิ่มเลือดในหัวใจห้องบนซ้าย และลิ้นหัวใจไม่ตีบแข็งจนเกินไป

- การผ่าตัดซ่อมแซมหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จากหลักฐานในปัจจุบันการรักษาผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจให้ผลดีกว่าการเปลี่ยนลิ้นหัวใจในระยะยาว โดยการซ่อมแซมจะเป็นการเน้นขยายรูเปิดของลิ้นหัวใจ มักทำได้ในรายที่พยาธิสภาพเป็นไม่มาก แต่ในรายที่พยาธิสภาพเป็นมาก ตีบแข็ง จนไม่สามารถผ่าตัดซ่อมแซมได้ จะต้องทำการผ่าตัดเอาลิ้นหัวใจเดิมออกและใส่ลิ้นหัวใจเทียมเข้าไปแทนที่ซึ่งลิ้นหัวใจเทียมในปัจจุบันแบ่งออกเป็นสองชนิด คือลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ และลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อ ซึ่งมีข้อดี-ข้อเสีย ที่ต่างกันไป การเลือกใช้ให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อทำการตัดสินใจร่วมกัน เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

- การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมผ่านสายสวน ยังเป็นวิธีการรักษาใหม่ ส่วนใหญ่ใช้ในผู้ป่วยลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบและมีความเสี่ยงสูงในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจแบบมาตรฐาน สำหรับการรักษากรณีนี้ในลิ้นหัวใจไมทรัล เริ่มมีรายงานบ้าง แต่ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย และมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ

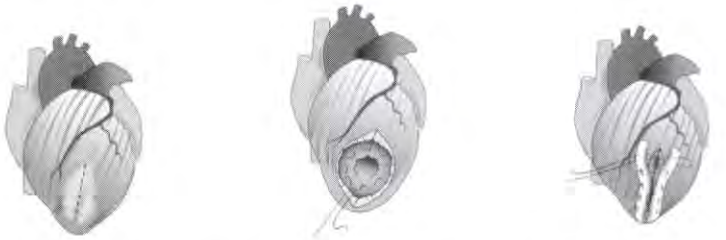
หัวใจล้มเหลว

ปรัญญา สากิยลักษณ์

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) หรือหัวใจวายคั่งเลือด (Congestive heart failure) นั้น มีวิธีผ่าตัดรักษาอยู่หลายวิธี อย่างไรก็ตามจะต้องผ่าตัดแก้ไขพยาธิสภาพของหัวใจก่อน ได้แก่ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือด (coronary artery bypass grafting) ในรายที่สาเหตุเกิดจากภาวะขาดเลือด หรือการผ่าตัดซ่อมหรือการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (valvular surgery) ในกรณีที่สาเหตุเกิดจากภาวะลิ้นหัวใจผิดปกติ

ในกรณีที่ผู้ป่วยยังมีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจากได้รับการผ่าตัดรักษาพยาธิสภาพหรือ ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้ เช่น โรคของกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมสภาพ (cardiomyopathy). กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณกว้าง เป็นต้น หากผู้ป่วยยังคงมีภาวะหัวใจล้มเหลว หลังจากได้รักษาด้วยยาอย่างเต็มที่แล้ว การผ่าตัดหัวใจที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้มีดังต่อไปนี้

1. Left Ventricular Reconstruction Surgery
2. Heart Transplantation
3. Left Ventricular Assist Device (LVAD)



1. Left Ventricular Reconstruction Surgery คือ การผ่าตัดเพื่อตัดส่วนของหัวใจห้องซ้ายล่างที่ไม่บีบตัวและขยายยืดตัวออก ซึ่งเกิดจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ การผ่าตัดวิธีจะทำให้หัวใจบีบตัวดีขึ้น หัวใจห้องซ้ายล่าง ซึ่งมีหน้าที่หลักในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายมีขนาดเล็กลง อย่างไรก็ตามวิธีการรักษานี้ จะได้ผลกับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเท่านั้น

2. Heart Transplantation เมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้ายไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆ การผ่าตัดเปลี่ยนเอาหัวใจที่ไม่ทำงานออกแล้วใส่หัวใจที่ทำงานได้ปรกติ ผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับการปลูกถ่ายหัวใจใหม่จะต้องรับยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต ประเทศไทยมีการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจมาเป็นเวลาร่วม 20 ปีแล้ว โดยเฉลี่ยผ่าตัดปีละประมาณ 10-15 ราย การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจนั้น ถือเป็นมาตราฐานการรักษาโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีภาวะนี้จึงควรได้รับการประเมินหากเหมาะสมจะมีการส่งชื่อเพื่อรอรับบริจาคโดยมีสภากาชาดไทยเป็นผู้ประสานงาน

3. Left Ventricular Assist Device (LVAD) การใช้เครื่องมือพยุงการทำงานของหัวใจ คืออุปกรณ์ที่ทำงานสูบฉีดเลือดแทนหัวใจห้องล่าง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย แต่ไม่เหมาะสมที่จะรับการปลูกถ่ายหัวใจ หรืออาการหัวใจล้มเหลวทรุดหนักลง จนอาจเสียชีวิตก่อนได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจ อุปกรณ์ที่ใช้มีทั้งชนิดที่มีดังนี้

3.1 เครื่องพยุงหัวใจ ลักษณะเป็นปั๊มเลือดอยู่นอกร่างกายของผู้ป่วยแต่ต่อท่อลำเลียงเลือดเข้าสู่หัวใจและเส้นเลือดใหญ่ หลังจากผ่าตัดใส่เครื่องนี้แล้วผู้ป่วยไม่สามารถกลับบ้านได้ เหมาะสมกับการทำงานในระยะสั้นจนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการปลูกถ่ายหัวใจ

3.2 หัวใจเทียม ลักษณะคล้ายเครื่องพยุงหัวใจแต่จะฝังอยู่ในร่างกายใต้หัวใจเดิม เพื่อทำงานแทนหัวใจเดิมแต่จะมีสายออกจากร่างกายมาเข้าเครื่องควบคุม สามารถใส่ได้ระยะยาวแทนการเปลี่ยนหัวใจ

หลอดเลือดแดงทรวงอกโป่งพอง

วรวงศ์ ศลิษฏ์อรรถกร

หลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) เป็นท่อนำเลือดดี จากหัวใจไปหล่อเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย โดยเริ่มต้นจากบริเวณขั้วหัวใจ ขึ้นไปยังยอดอกแล้วทอดโค้งไปด้านหลัง เคียงข้างกระดูกสันหลังในช่องอก ผ่านกระบังลมเข้าไปยังช่องท้อง ก่อนจะแยกเป็นเป็นแขนงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงขา 2 ข้าง และอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

ความสำคัญของหลอดเลือดแดงใหญ่ คือ เปรียบเสมือนท่อประปาหลัก ที่ให้แขนงหล่อเลี้ยงอวัยวะสำคัญต่างๆ เช่น หัวใจ สมอง ประสาทไขสันหลัง แขน ขา และอวัยวะในช่องท้อง ได้แก่ ตับ ไต สำไส้ เป็นต้น

ดังนั้น หากมีพยาธิสภาพ หรือ ความผิดปกติเกิดขึ้นกับ หลอดเลือดแดงใหญ่ ย่อมส่งผลกระทบต่ออวัยวะส่วนต่างๆ ได้ หรือ หากหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองปริแตกจะทำให้เสียชีวิตได้

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยหลายรายอาจไม่มีอาการใดๆ นำมาก่อน เพียงแต่ตรวจพบโดยบังเอิญจากการถ่ายภาพเอ็กซเรย์ทรวงอก ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่ทรวงอกโป่งพอง อาจมีอาการจาก การกดเบียดของหลอดเลือดต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น กดหลอดลม ทำให้หายใจลำบาก กดเบียดหลอดอาหาร ทำให้กลืนลำบาก กดเบียดเส้นประสาทที่เลี้ยงกล่องเสียง ทำให้เสียงแหบ เป็นต้น ถ้ามีอาการแน่นอก ปวดหลัง หน้ามืดหมดสติ หรือไอเป็นเลือด อาจบ่งชี้ว่ามีการปริแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ หากพบมีอาการดังกล่าว ควรไปพบแพทย์ ซึ่งแพทย์จะให้การวินิจฉัยได้จากการสอบถามประวัติอาการ ตรวจร่างกายร่วมกับการตรวจค้นเพิ่มเติม เช่น การถ่ายภาพเอ็กซเรย์ทรวงอก หรือ การถ่ายภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)

แนวทางการรักษา เนื่องจากถ้ามีการแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ จะทำให้มีโอกาสเสียชีวิตสูงถึง 50 - 90% ความเสี่ยงต่อหลอดเลือดแดงใหญ่แตกมีความสัมพันธ์กับขนาดของหลอดเลือดแดงใหญ่ ยิ่งหลอดเลือดมีขนาดโตยิ่งมีโอกาสแตกง่าย ภาวะความดันโลหิตสูงจะเสริมให้มีโอกาสแตกมากขึ้น ดังนั้น แนวทางการรักษา จึง

นับเริ่มตั้งแต่การควบคุมความดันโลหิต การงดสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการเบ่งถ่าย รวมจนถึงการผ่าตัดรักษา

การพิจารณารักษาโดยการผ่าตัด ขึ้นกับอาการของผู้ป่วย ขนาดหลอดเลือดแดงใหญ่ที่โตจนเสี่ยงต่อการปริแตก หรือ หลอดเลือดแดงใหญ่ที่โตเร็ว

การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด การผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ เป็นการผ่าตัดใหญ่ ต้องอาศัยทีมบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และ สถานที่ที่มีความพร้อมในการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด

การผ่าตัดใหญ่ถือเป็นการผ่าตัดแบบมาตรฐาน โดยผ่าตัดผ่านทางช่องทรวงอก แล้วใส่หลอดเลือดเทียมทดแทน

การผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดหุ้มด้วยขดลวด (stent graft) ผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ เพื่อสอดหลอดเลือดเทียมเข้าไปใส่แทนที่หลอดเลือดแดงใหญ่ที่โป่งพองในช่องอก เป็นทางเลือกใหม่ ซึ่งจะมีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ลดอัตราการเสี่ยง และการให้เลือด ผลในระยะสั้นและระยะกลางยังมีประสิทธิภาพดี แต่ต้องติดตามผลระยะยาวต่อไป

การพิจารณาวิธีการรักษาขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วยและพยาธิสภาพของหลอดเลือด โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูงแต่สามารถรักษาได้ การตรวจพบและเฝ้าระวังติดตามการรักษา เป็นสิ่งสำคัญ การผ่าตัดเป็นวิธีรักษาเมื่อมีข้อบ่งชี้ เพื่อป้องกันการแตกของหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต

การแตกเซาะของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่

วันชัย วงศ์กรรัตน์

หลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) คือ หลอดเลือดขนาดใหญ่ เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2-3 เซนติเมตร รับเลือดที่ฟอกแล้วจากปอด, หัวใจ ส่งผ่านไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ได้แก่ หัวใจ, สมอง, อวัยวะในช่องท้อง, แขน, ขา

สาเหตุของการแตกเซาะของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ มีได้หลายประการ ได้แก่ หลอดเลือดเสื่อมสภาพจากความดันโลหิตสูง, จากกรรมพันธุ์, จากอุบัติเหตุ โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บ แปล็บแน่นทันที ตามตำแหน่งที่เกิดขึ้น เช่น เจ็บแน่นอก ร้าวไปคอ, หลัง, เอว บางรายมีอาการของอวัยวะต่างๆ ขาดเลือดด้วย เช่น อัมพาต, อัมพฤก, ไตวาย, มือเท้าชีดคล้ำ

การแตกเซาะของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ นับว่าเป็นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงถ้าไม่ได้รับการรักษาใดๆ โดยเฉพาะกรณีที่มีการแตกเซาะของหลอดเลือดแดงใหญ่ตรงบริเวณที่ใกล้กับหัวใจ

การรักษา ประกอบด้วย การควบคุมความดันเลือดไม่ให้สูงเกินไป, การผ่าตัดเปลี่ยนใส่ท่อหลอดเลือดเทียม และในปัจจุบันมีการรักษาโดยการใส่ท่อหลอดเลือดเทียมเข้าไปภายในหลอดเลือดโดยไม่ต้องผ่าตัดแผลใหญ่บริเวณทรวงอกหรือช่องท้อง

การป้องกัน สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้ได้โดยการวัดความดันเลือดอย่างสม่ำเสมอ และกรณีที่ตรวจพบว่าเป็นโรคความดันเลือดสูงให้รักษาโดยการกินยา ควบคุมความดันเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ขาขาดเลือดเฉียบพลัน

ประมุข มุทิรางกูร

ความร้ายแรง ภาวะนี้มีอันตรายโดยเกิดการเน่าตายของขาได้อย่างรวดเร็ว ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยจะต้องถูกตัดขา เนื่องจากจะเกิดการคั่งของสารพิษภายในเนื้อเยื่อที่มีการเน่าตาย และไหลซึมเข้าระบบไหลเวียน ซึ่งจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

สาเหตุที่สำคัญ ได้แก่

1. การบาดเจ็บของหลอดเลือดแดงจนเกิดการอุดตันจากกระดูกขาหักหรือการบาดเจ็บด้วยอาวุธปืน หรือของมีคม
2. การเกิดลิ่มเลือดอุดตันภายในหลอดเลือดแดง
3. การแตกของแผ่นไขมันที่พอกบริเวณผนังของหลอดเลือดแดง

อาการสำคัญที่ผู้ป่วยต้องรีบมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการปวดขาอย่างรุนแรงทันทีทันใด และเป็นอยู่ตลอดเวลา ในบางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการชาบริเวณขาทั้งหมดอย่างทันทีทันใดก็ได้ การตรวจพบที่สำคัญได้แก่ ผิวหนังของขาจะมีสีซีดลงและเย็นตั้งปลายเท้าขึ้นมา, การตรวจไม่พบการเต้นของชีพจรของขาเป็นการยืนยันการอุดตันหลอดเลือดแดงได้ดีที่สุด

หลักการรักษา ทำการแก้ไขการอุดตันภายในหลอดเลือดแดงของขาโดยเร็วที่สุด ซึ่งทำได้หลายวิธีได้แก่ การผ่าตัดขจัดลิ่มเลือด การฉีดยาละลายลิ่มเลือด และการผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินหลอดเลือดแดง

ความรู้ที่สำคัญ เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดขาทันทีทันใดอย่างรุนแรง และเป็นอยู่ตลอดเวลา จำเป็นต้องได้รับ การตรวจชีพจรของขาอย่างละเอียด หากพบมีอาการอุดตันของหลอดเลือดแดงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

หลอดเลือดแดงของขาอุดตันจากแผ่นไขมัน

ประมุข มุทิรางกูร

โรคหลอดเลือดแดงของขาอุดตันจากแผ่นไขมันยังไม่เป็นที่รู้จักกันมากนักในประชาชนทั่วไป แต่ถ้าพูดถึงโรคหัวใจขาดเลือดทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือโรคสมองขาดเลือดทำให้เกิดอัมพาต คนทั่วไปจะนึกภาพออกถึงอันตรายของโรคเหล่านี้ โดยความเป็นจริงแล้วโรคทั้ง 3 ชนิดนี้มาจากต้นกำเนิดเดียวกันคือ มีการพอกของแผ่นไขมันบริเวณผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงในส่วนนั้นทำให้อวัยวะที่อยู่ส่วนปลายเกิดการขาดเลือด และสูญเสียหน้าที่ ซึ่งอาการของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับตำแหน่งการอุดตันของหลอดเลือดแดง และชนิดของอวัยวะที่เกิดการขาดเลือด ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าโรคหลอดเลือดแดงอุดตันจากแผ่นไขมัน ทำให้เกิดหัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือด และขาขาดเลือดมีต้นกำเนิดมาจากโรคเดียวกัน

ปัจจัยเสี่ยงของโรค โรคหลอดเลือดแดงอุดตันจากแผ่นไขมันมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง

ตำแหน่งของการอุดตัน หลอดเลือดแดงของขาที่มีการอุดตันได้บ่อยได้แก่ หลอดเลือดแดงบริเวณต้นขา น่อง และส่วนช่องท้องเหนือขาหนีบ การทราบตำแหน่งของการอุดตันของหลอดเลือดแดงมีความสำคัญในการวางแผนการรักษา

ลักษณะทางคลินิก ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงของขาอุดตันจากแผ่นไขมันส่วนใหญ่จะมีอาการของขาขาดเลือดเรื้อรัง โดยมีอาการปวดขาในขณะเดิน หลังหยุดพักแล้วอาการปวดขาจะหายไป ผู้ป่วยอาจมีแผลขาดเลือดบริเวณเท้า และในบางครั้งอาจพบมีนิ้วเท้าเน่าตายได้ ตัวอย่างของโรคนี้ในคนไทยได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลบริเวณเท้าที่ไม่ยอมหาย เมื่อมีการตัดเนื้อเยื่อที่เน่าตายแผลเหล่านี้จะมีการลุกลามมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสถูกตัดขาได้ง่าย โดยเฉพาะหากมีการติดเชื้อแทรกซ้อนเข้ามา

นอกจากนี้ผู้ป่วยบางส่วนของโรคนี้อาจมีการอาการขาขาดเลือดเฉียบพลันได้ โดยเป็นผลจากการแตกของแผ่นไขมันที่มีการพอกตัวอย่างรุนแรง หลอดเลือดแดงของขาบริเวณนี้จะเกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการปวดขาขึ้นมาอย่างทันทีทันใด เมื่อตรวจเท้าของผู้ป่วยจะพบว่ามีสีซีดและเย็นกว่าขาอีกข้างหนึ่ง หากการขาดเลือดของขาไม่ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นคือ อาการชาบริเวณขาและไม่สามารถขยับนิ้วเท้าได้ ชีพจรบริเวณข้อเท้าและหลังเท้าเป็นตำแหน่งหลอดเลือดแดงที่อยู่ปลายสุดของขาจะหายไปไม่สามารถคลำได้ชัดเจน ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีโอกาสถูกตัดขาได้ง่ายเช่นเดียวกัน

การตรวจพิเศษ ผู้ป่วยที่มีภาวะขาขาเลือดต้องการประเมินความรุนแรงของภาวะของขาขาดเลือดว่ามีมากน้อยเพียงใดในปัจจุบัน การตรวจความดันโลหิตบริเวณข้อเท้าและนิ้วเท้า การตรวจลักษณะคลื่นความเร็วของเลือดและคลื่นการเปลี่ยนแปลงปริมาณเลือดของขา และการวัดความดันออกซิเจนบริเวณเท้าจะแสดงความรุนแรงของการขาดเลือดได้เป็นอย่างดี การตรวจพิเศษมีความสำคัญในการตัดสินว่าผู้ป่วยรายใดจำเป็นต้องมีการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อการเพิ่มเลือด

นอกจากนี้การตรวจพิเศษด้วยเครื่องอุลตร้าเซานด์หลอดเลือด เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของหลอดเลือด และเครื่องแม่เหล็กไฟฟ้าของหลอดเลือดมีส่วนสำคัญในการแสดงตำแหน่งของการอุดตันของหลอดเลือดแดง รวมทั้งสภาพของหลอดเลือดแดงที่อยู่ส่วนต้น และส่วนปลายต่อการอุดตันเพื่อวางแผนการรักษาเพื่อทำการเพิ่มเลือดมายังเท้าที่มีการขาดเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

การรักษา ผู้ป่วยที่มีขาขาดเลือดขั้นรุนแรงจำเป็นต้องมีการรักษาเพื่อหาทางเพิ่มเลือดเข้าไปในขาข้างนั้นให้เร็วที่สุดเพื่อป้องกันการสูญเสียขา วิธีการรักษามีดังนี้

1. การถ่างขยายหลอดเลือดแดงของขาโดยสายสวนบอลลูนหรือขดลวดค้ำยัน วิธีการรักษานี้มีความเหมาะสมในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงในช่วงสั้นๆ และผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรงเนื่องจากวิธีการรักษานี้ทำให้เกิดความเจ็บปวดน้อยที่สุด แต่การรักษาวิธีนี้ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงอุดตันเป็นช่วงยาว และผู้ป่วยที่มีแผลขาดเลือดบริเวณเท้าขนาดใหญ่เนื่องจากการเพิ่มของเลือดที่มายังปลายเท้าจะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไป

2. การผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินหลอดเลือดแดงของขา วิธีการนี้เป็นการ

ผ่าตัดที่นำหลอดเลือดแท้หรือหลอดเลือดเทียมมาเย็บเชื่อมต่อหลอดเลือดในตำแหน่งที่อยู่สูงและต่ำกว่าส่วนที่มีการอุดตัน การรักษาวิธีนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ สามารถเพิ่มเลือดไปยังปลายเท้าได้ทันทีโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงเป็นช่วงยาวและการรักษาวิธีนี้ผู้ป่วยจะต้องมีสภาพหัวใจที่แข็งแรงพอ เนื่องจากการผ่าตัดมีผลกระทบต่อการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตได้ จำเป็นต้องมีการประเมินสภาพหัวใจของผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อนทำการรักษาวิธีนี้

การป้องกัน โรคนี้มีแนวทางการป้องกันเช่นเดียวกับโรคหัวใจขาดเลือดและโรคสมองขาดเลือด โดยจะต้องมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเคร่งครัดได้แก่ การงดสูบบุหรี่อย่างเคร่งครัด การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้มีค่าน้อยกว่า 7% การควบคุมความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท ในคนทั่วไป และน้อยกว่า 130/80 มม.ปรอทในผู้ป่วยเบาหวาน และระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำในเลือดมีค่าน้อยกว่า 10 มก.%

ความรู้ที่สำคัญ ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ควรได้รับการประเมินสภาพหลอดเลือดแดงของขาทุกปี ได้แก่ การคลำชีพจรบริเวณข้อเท้าและหลังเท้า การวัดความดันโลหิตบริเวณข้อเท้า พร้อมทั้งการตรวจสภาพร่างกายเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้เป็นประจำ การรักษาโรคนี้ในระยะเริ่มแรกให้ผลดีมาก และโอกาสสูญเสียขาจะน้อยลงมากเช่นเดียวกัน

แผลเรื้อรังและการรักษาแผลเรื้อรัง

สุธีคณิต หัถพรสวรรค์

แผลเรื้อรังในความหมายคือ แผลที่ไม่มีแสดงอาการที่ดีขึ้นหลังจากที่ได้รับการทำแผลที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นเวลา 3 เดือน หรือแผลที่ไม่หายหลังจากที่ได้รับการทำแผลที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นเวลา 1 ปี สาเหตุที่แผลไม่หายทั้งที่ได้รับการทำแผลที่เหมาะสมเป็นเพราะว่ามีเหตุปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อการหายของแผล แผลเรื้อรังสามารถแบ่งเป็น 7 ชนิดตามสาเหตุได้ดังนี้

1. แผลขาดเลือด (ischemic ulcer) เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงของขาอุดตันทำให้เกิดการขาดเลือดและเกิดแผลบริเวณเท้า ทำให้แผลขาดเลือดมาเลี้ยง

2. แผลเลือดดำคั่ง (venous ulcer) คือแผลเรื้อรังที่ขาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะดำที่เสื่อมสภาพ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเลือดดำคั่งจนมีขาบวม บริเวณข้อเท้ามีรอยดำ ผิวหนังแข็งและแตกออกเป็นแผล

3. แผลเส้นประสาทเสื่อม (neuropathic ulcer) คือแผลเรื้อรังที่เท้าเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นประสาทเสื่อม ทำให้อาการชาบริเวณฝ่าเท้าเสี่ยงต่อการบาดเจ็บตลอดเวลา และเท้าผิดรูปเสี่ยงต่อการเสียดสีกับรองเท้า

4. แผลกดทับ (pressure or decubitus ulcer) เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตัวเองได้ เช่น ผู้ป่วยอัมพาต บริเวณที่ถูกกดทับตลอดเวลาในท่านอนเช่น ก้นกบ แก้มก้น และด้านข้างของสะโพก จะเกิดการขาดเลือดและเกิดการตายของผิวหนังที่ถูกกดทับและแตกออกมาเป็นแผล

5. แผลติดเชื้อ (infective ulcer) เป็นแผลเรื้อรังที่เกิดขึ้น เพราะมีการติดเชื้อที่ไม่สามารถรักษาด้วยการทำแผลเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะแผลมีการติดเชื้อที่กระดูกร่วมด้วย

6. แผลเบาหวาน (diabetic ulcer) เป็นแผลเรื้อรังที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายๆอย่าง โดยจะมีเนื้อหาโดยละเอียดในหัวข้อแผลเบาหวาน

7. แผลมะเร็ง (malignant ulcer) เกิดจากมะเร็งของเซลล์ที่ผิวหนังหรือ

มะเร็งส่วนอื่นๆที่ลุกลามมาที่ผิวหนัง แผลมะเร็งอาจพบบริเวณขอบแผลที่มีการอักเสบเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน หรือเกิดจากก้อนมะเร็งบริเวณผิวหนังแล้วแตกออกเป็นแผล

แผลเรื้อรังบริเวณขาแต่ละชนิดมีลักษณะของแผลและการรักษาที่แตกต่างกับการรักษาตรงตามชนิดของแผล จึงจะทำให้แผลเรื้อรังกลับมาหายเป็นปกติ

การรักษาแผลเรื้อรังนี้ ต้องประกอบด้วย การรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดแผล ร่วมกับการทำแผลที่ถูกต้อง ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ควรจะต้องไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุที่ส่งผลต่อการหายของแผลต่อไป

แนวทางทำแผลในผู้ป่วยแผลเรื้อรัง จะต้องมีการเลือกใช้วัสดุทำแผลที่เหมาะสม โดยใช้หลักพิจารณา 2 อย่าง คือ แผลมีสารคัดหลั่งเช่นน้ำเหลืองหรือหนองปริมาณมากหรือน้อย และมีการติดเชื้อหรือไม่ โดยดูจากแผลมีกลิ่นเหม็น มีหนอง หรือมีการอักเสบรอบๆแผล จากการพิจารณาภาวะที่เกิดขึ้นทั้ง 2 อย่าง จะแบ่งแนวทางการทำแผลเป็น 4 แบบคือ

1. แผลที่มีสารคัดหลั่งน้อยและไม่ติดเชื้อ จะทำแผลโดยใช้วัสดุที่ทำให้แผลชุ่มชื้นที่พอเหมาะ จะทำให้แผลหายได้เร็ว

2. แผลที่มีสารคัดหลั่งน้อยแต่มีการติดเชื้อ จะทำแผลโดยใช้วัสดุที่ทำให้แผลชุ่มชื้นที่พอเหมาะและมีคุณสมบัติฆ่าเชื้อโรคร่วมด้วย

3. แผลที่มีสารคัดหลั่งมากแต่ไม่มีการติดเชื้อ จะทำแผลโดยใช้วัสดุที่มีคุณสมบัติดูดซับสารคัดหลั่งที่มีมากเกินไป

4. แผลที่มีสารคัดหลั่งมากและมีการติดเชื้อร่วมด้วย จะทำแผลโดยใช้วัสดุที่มีคุณสมบัติดูดซับสารคัดหลั่งที่มีมากเกินไป ร่วมกับมีคุณสมบัติฆ่าเชื้อโรค

ความรู้ที่สำคัญ การวินิจฉัยชนิดของแผลเรื้อรังบริเวณขามีความสำคัญที่จะการรักษาได้อย่างถูกต้อง การทำแผลโรคนี้ แต่เพียงอย่างเดียว นอกจากจะไม่ทำให้แผลหาย อาจทำให้โรคเกิดลุกลาม และเกิดการสูญเสียขาหรือเสียชีวิตในที่สุด

แผลเบาหวาน

ประมุข มุทิรางกูร

มีการกล่าวถึงความน่ากลัวของแผลในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่หายยาก และหากเกิดขึ้นบริเวณเท้าจะต้องทำให้ผู้ป่วยถูกตัดขาเป็นจำนวนมาก เพื่อให้เกิดความเข้าใจในอันตรายของแผลเบาหวาน จึงได้มีการแบ่งแผลเบาหวานบริเวณเท้าออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ แผลเส้นประสาทเสื่อม แผลขาดเลือด และแผลติดเชื้อ ซึ่งข้อมูลที่สำคัญของแผลแต่ละชนิดมีดังนี้

แผลเส้นประสาทเสื่อม เป็นแผลที่เกิดจากการทำงานของเส้นประสาทส่วนปลายของผู้ป่วยเบาหวานเสื่อมลง ทำให้เกิดอาการชาบริเวณเท้า ผู้ป่วยจะได้รับบาดเจ็บและมีแผลบริเวณฝ่าเท้าได้โดยง่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีเท้าผิดรูปจนเกิดการเสียดสีระหว่างผิวหนังกับรองเท้าที่สวมใส่ได้ง่าย แผลชนิดนี้หายได้ไม่ยากหากไม่มีการบาดเจ็บซ้ำหรือมีการสวมรองเท้าที่เหมาะสม

แผลขาดเลือด เป็นแผลที่เกิดจากการอุดตันภายในหลอดเลือดแดงของขาในผู้ป่วยเบาหวานทำให้มีปริมาณเลือดมาเลี้ยงเท้าลดลงอย่างมากจนเกิดเป็นแผลหรือการเน่าตายบริเวณนิ้วเท้า แผลชนิดนี้กันแผลจะมีสีซีดและแห้ง ซึ่งจะทำให้แผลหายยาก หากมีการติดเชื้อแทรกซ้อนการอักเสบจะลุกลามได้อย่างรวดเร็ว การตรวจยืนยันการวินิจฉัยของแผลชนิดนี้คือ การตรวจชีพจรบริเวณหลังเท้าและข้อเท้าจะพบว่าเบาลงหรือคลำไม่ได้

แผลติดเชื้อ เป็นแผลที่เกิดจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีภูมิต้านทานต่ำทำให้เชื้อโรคเพาะตัวและลุกลามได้รวดเร็ว การอักเสบของขาอย่างรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยต้องถูกตัดขา หากทำการรักษาไม่ทันผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้

ความสำคัญของโรคนี้ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานนอกจากจะต้องทำการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการทำงานของอวัยวะระบบต่างๆแล้ว ยังจำเป็นต้องได้รับการตรวจเท้าทุกวันพร้อมทั้งได้รับการตรวจชีพจรบริเวณหลังเท้าและข้อเท้านี้เพื่อประเมินการอุดตันภายในหลอดเลือดแดงของขา หากตรวจไม่พบชีพจรบริเวณดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการประเมินด้วยการตรวจพิเศษโดยแพทย์เฉพาะทางต่อไป

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผล

ประมุข มุทิรางกูร

ตามที่ได้กล่าวข้างต้นว่าแผลเบาหวานบริเวณเท้ามีได้ 3 ประเภท ได้แก่ แผลเส้นประสาทเสื่อม แผลขาดเลือด และแผลติดเชื้อ การดูแลแผลเบาหวานจึงขึ้นอยู่กับผู้ป่วยมีแผลชนิดใด ซึ่งวิธีการรักษาจะมีความแตกต่างกันออกไปดังนี้

แผลเส้นประสาทเสื่อม แผลชนิดนี้หายไม่ยากหากไม่มีการบาดเจ็บซ้ำ และไม่มีการติดเชื้อแทรกซ้อน วิธีการรักษาทำได้โดยทำการผ่าตัดเอาผิวหนังบริเวณขอบแผลที่ความแข็งและหนาออกให้หมด และทำความสะอาดแผลโดยวัสดุที่ใช้กันโดยทั่วไป นอกจากนี้การสวมรองเท้าที่เหมาะสม การแก้ไขเท้าผิดรูป การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อลดอุบัติเหตุ การตรวจการมองเห็นและให้การแก้ไข เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการเกิดซ้ำของแผลชนิดนี้

แผลขาดเลือด แผลชนิดนี้ต้องทำการรักษาโดยทำการเพิ่มเลือดให้เพียงพอต่อการหายของแผลบริเวณเท้า วิธีการเพิ่มเลือดที่สำคัญได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินโลหิตของระบบหลอดเลือดแดงของขา (arterial bypass surgery) และการถ่างขยายหลอดเลือดแดงของขาโดยสายสวนบอลลูน หรือขดลวดค้ำยัน (endovascular balloon or stent) ในระหว่างที่รักษาโดยวิธีการเพิ่มเลือดดังกล่าวจะต้องทำการดูแลให้มีความชุ่มชื้นตลอดเวลา เพื่อให้การสร้างเนื้อเยื่อที่ช่วยในการสมานแผลเป็นไปอย่างเต็มที่แผลจะหายได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

แผลติดเชื้อ ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายโดยเฉพาะเมื่อมีแผลบริเวณเท้าจากสาเหตุต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีภูมิต้านทานของร่างกายต่ำ การอักเสบจะลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงได้อย่างรวดเร็ว การรักษาจึงต้องพยายามตัดเอาเนื้อเยื่อที่มีการติดเชื้อ และการอักเสบออกให้หมดสิ้นโดยเร็วที่สุด ในผู้ป่วยบางรายอาจต้องถูกตัดขาอย่างเร่งด่วนเนื่องจากอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต นอกจากนี้การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมมีความสำคัญเช่นเดียวกัน ในการช่วยขจัดเชื้อโรคที่ลุกลามเข้ามาในกระแสโลหิต สำหรับการตัดเนื้อเยื่อ หรือการตัดขาในแผลชนิดนี้จะต้องเปิดแผลผ่าตัดทิ้งไว้ เพื่อเป็นทางให้เชื้อโรคระบายออกนอกร่างกายได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคใส่เข้าไปในแผลเพื่อทำลายเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

สรุปความสำคัญ แผลเบาหวานมี 3 ชนิด วิธีการรักษาขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแผลเบาหวานชนิดใด การเลือกวิธีรักษาที่ถูกต้องแผลจะหายได้

อัมพาตครึ่งซีกป้องกันได้

เฉนียน เรืองเศรษฐกิจ

โรคอัมพาตเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โรคอัมพาตครึ่งซีกมีสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการได้แก่ หลอดเลือดแดงอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดและ หลอดเลือดแดงบริเวณสมองแตกทำให้เลือดออกในสมอง

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงอุดตัน ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงบริเวณคอตีบตัน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ อาจไม่มีอาการ หรือมาพบแพทย์ด้วยอาการอัมพฤกษ์ชั่วคราวและอัมพาต

• ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงบริเวณคอตีบตันโดยไม่มีอาการ เป็นการตรวจพบโดยบังเอิญ โดยทั่วไปยังไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด จำเป็นต้องได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดไขมัน และการดูแลรักษาโรคที่เกิดร่วม

• ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงบริเวณคอตีบตัน มีอาการอัมพฤกษ์ชั่วคราว เช่น มีแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกแล้ว หายกลับมาเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง, ผู้ป่วยบางรายมีอาการทางตาทำให้มองไม่เห็นชั่วขณะแล้วกลับมามองเห็นได้ใหม่ เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจพิเศษด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์หลอดเลือดแดงบริเวณคอ เครื่องคอมพิวเตอร์ หรือ ตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าบริเวณอก, คอ และศีรษะ เพื่อตรวจหาตำแหน่งและความรุนแรงของการตีบตันของหลอดเลือดแดงบริเวณคอเหล่านี้

• ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงบริเวณคอตีบตัน มีอาการอัมพาตครึ่งซีก แขนขาอ่อนแรงหรือตามองไม่เห็น ไม่หายกลับมาเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง การรักษาอาจไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติได้ แต่การรักษาป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ ดังนั้นการรักษาจึงพิจารณาตามความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงการผ่าตัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจนไม่สามารถช่วยตัวเองได้

การรักษา

• การผ่าตัดลอกแผ่นไขมันออกจากตำแหน่งที่มีการตีบตันจนหมดจะเป็นการรักษาที่ดีที่สุดของโรคนี้ โดยทำให้มีเลือดไปสมองได้ดีขึ้นมาก และไม่มีการหลุดของแผ่นไขมันเข้าไปในหลอดเลือดภายในสมองอีกต่อไป แต่การผ่าตัดรักษาวีนี้จะต้องทำ

ในผู้ป่วยที่มีสภาพหัวใจและปอดแข็งแรงพอ และตำแหน่งของการตีบจะต้องไม่อยู่สูงมากเกินไป

- การแก้ไขการตีบแคบของหลอดเลือดแดงบริเวณคอโดยการถ่างขยายด้วยบอลลูนสอดใส่ผ่านทางสายสวน เป็นการรักษาอีกวิธีหนึ่ง หากสภาพต่างๆ ของผู้ป่วยไม่เหมาะสมที่จะรับการผ่าตัด โดยเฉพาะตำแหน่งของการตีบแคบอยู่สูงมากเกินไป
- ภายหลังการรักษาการตีบแคบของหลอดเลือดแดงบริเวณคอเป็นผลสำเร็จ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดไขมันเลือดสูง อย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งควบคุมปัจจัยเสี่ยงเช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และที่สำคัญที่สุดต้องหยุดสูบบุหรี่

ความรู้ที่สำคัญ ผู้ป่วยทางสมองดังกล่าวโดยเฉพาะ การมีแขนขาอ่อนแอชั่วคราว พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ควรได้รับการคัดกรองโรคหลอดเลือดแดงบริเวณคอตีบแคบ ซึ่งสามารถให้การรักษาได้ผลดีและป้องกันอัมพาตขั้นรุนแรง

หลอดเลือดดำของขาอุดตันจากลิ่มเลือด

ประมุข มุทิรางกูร

ในสมัยก่อนแพทย์คิดว่าโรคหลอดเลือดดำของขาอุดตัน พบน้อยในคนไทยจึงทำให้โรคนี้ ไม่เป็นที่รู้จักในหมู่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและประชาชน แต่ในความเป็นจริงแล้วโรคนี้มีอันตรายอย่างมากทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างทันทีทันใด กลไกการเกิดโรคนี้มี 3 สาเหตุได้แก่ การคั่งของเลือดภายในหลอดเลือดดำ การฉีกขาดของเยื่อบุผนังด้านในของหลอดเลือดดำ และภาวะเลือดมีการแข็งตัวมากผิดปกติ เมื่อมีความผิดปกติจากสาเหตุดังกล่าวแม้เพียงชนิดเดียว จะทำให้เกิดการก่อตัวของลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดดำชั้นลึกของขาได้ ลิ่มเลือดดังกล่าวจะมีการลุกลามเพิ่มขึ้นไปยังหลอดเลือดดำส่วนที่อยู่สูงขึ้นมา ทำให้ขาข้างนั้นมีการบวมอย่างรุนแรง ในคนไทยพบว่ามีประมาณ 7% ที่พบการก่อตัวของลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดดำของขาทั้งสองข้าง ลิ่มเลือดที่ก่อตัวภายในหลอดเลือดดำของขานี้สามารถหลุดไปยังหลอดเลือดแดงของปอดโดยผ่านทางห้องหัวใจซีกขวาได้ หากลิ่มเลือดที่หลุดมีขนาดใหญ่มากจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ทันที เนื่องจากไม่มีเลือดไปยังปอดเพื่อไปรับออกซิเจนจากภายนอกเข้าสู่ร่างกายได้ ลิ่มเลือดที่ก่อตัวอย่างรวดเร็วภายในหลอดเลือดดำชั้นลึกของขาส่วนที่อยู่เหนือบริเวณขาหนีบ อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีการขาดเลือดของขาอย่างรุนแรง จนกระทั่งต้องถูกตัดขาได้หากได้รับการแก้ไขไม่ทัน นอกจากนี้ลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดดำของขาอาจทำให้เกิดการบวมของขาอย่างเรื้อรังจากภาวะเลือดดำคั่งจนทำให้ผิวหนังบริเวณข้อเท้ามีสีดำคล้ำ และแตกเป็นแผลได้

ความสำคัญของโรคนี้ ผู้ป่วยที่มีขาบวมข้างเดียวอย่างเฉียบพลันควรได้รับการตรวจพิเศษด้วยเครื่องอุลตร้าซาวด์ เพื่อยืนยันการพบลิ่มเลือดภายในหลอดเลือดดำชั้นลึกของขา การตรวจพบโรคนี้ในระยะแรก และได้รับการรักษาทันทีจะได้ผลดี โดยขาจะยุบบวมอย่างรวดเร็ว ลดโอกาสการเสียชีวิต และภาวะขาบวมเรื้อรังในอนาคต

หลอดเลือดดำขอดที่แท้จริง

ณัฐวุฒิ เสริมสาธนสวัสดิ์

ในคนปกติ เมื่อเดิน กล้ามเนื้อน่องจะบีบตัวเพื่อดันเลือดดำจากขากลับสู่หัวใจ เมื่อกล้ามเนื้อน่องคลายตัว ลิ้นหลอดเลือดดำจะปิดสนิทเพื่อไม่ให้เลือดดำไหลย้อนทางกลับไปยังปลายเท้า กล่าวคือ เลือดดำจะวิ่งทางเดียว จากขากลับสู่หัวใจเท่านั้น ในผู้ป่วยบางรายที่ลิ้นหลอดเลือดดำปิดไม่สนิท ให้เลือดดำไหลย้อนกลับมาส่วนปลายเท้าเพิ่มมากขึ้น หรือผู้ป่วยบางรายที่มีการอุดตันของหลอดเลือดดำ ทำให้เลือดดำไหลกลับจากขาสู่หัวใจได้ไม่สะดวก ส่งผลให้ความดันเลือดดำที่ขาสูงขึ้น เมื่อเกิดภาวะความดันเลือดดำที่ขาสูงต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ จะทำหลอดเลือดดำขยายตัวใหญ่ขึ้น ยาวขึ้น ขดงอไปมา เกิดเป็นหลอดเลือดดำขอดได้

ชนิดของหลอดเลือดดำขอด หลอดเลือดดำขอดแบ่งได้ สามชนิดตามสาเหตุ

1. หลอดเลือดดำขอดที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดดำเองมักเกิดจาก ภาวะลิ้นของหลอดเลือดดำปิดได้ไม่สนิทสามารถเกิดได้ทั้งหลอดเลือดดำชั้นตื้น หรือหลอดเลือดดำชั้นลึก หรือหลอดเลือดดำเชื่อมต่อ (perforating vein) ทำให้เลือดดำไหลย้อนทางกลับมาที่ขาส่วนปลายเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ความดันเลือดดำที่ขาสูงขึ้น เกิดเป็นหลอดเลือดดำขอดได้

2. หลอดเลือดดำขอดที่เกิดจากสาเหตุอื่น

สาเหตุที่พบได้บ่อยคือเกิดตามหลัง โรคลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกภายหลังจากที่ลิ่มเลือดได้สลายไปแล้ว มักจะมีพังผืดเกิดขึ้นที่ลิ้นหลอดเลือดดำ ทำให้ลิ้นหลอดเลือดดำไม่สามารถปิดได้สนิท ทำให้เกิดเลือดดำไหลย้อนทางกลับมาที่ขาส่วนปลาย รวมถึงพังผืดที่เกิดขึ้นภายในหลอดเลือดดำทำให้หลอดเลือดดำตีบแคบลงไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือดดำกลับจากขาสู่หัวใจอีกด้วย ทั้งสองภาวะนี้ทำให้ความดันเลือดดำที่ขาสูงขึ้นเกิดเป็นหลอดเลือดดำขอดได้

นอกจากนี้ภาวะรูทะลุเชื่อมต่อของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่ขา หรือ ผ่าตัดที่ขามาก่อน อาจจะมีรูเชื่อมต่อของ

หลอดเลือดดำและแดง ทำให้เลือดแดงไหลเข้าสู่หลอดเลือดดำจำนวนมาก ส่งผลให้ความดันภายในหลอดเลือดดำของขาสูงขึ้นมาก หลอดเลือดดำขอดมักมีขนาดใหญ่โตเร็ว

3. หลอดเลือดดำขอดแต่กำเนิด

เป็นโรคหลอดเลือดดำขอดที่พบได้ตั้งแต่เกิด ได้แก่โรค Klippel-Trenaunay syndrome ซึ่งมักจะพบว่า ขาข้างที่เป็นจะบวมใหญ่และยาวกว่าปกติ พบหลอดเลือดขอดขนาดใหญ่ที่ขา และพบปานแดงร่วมด้วย

ความรู้ที่สำคัญ การพบหลอดเลือดดำขอดบริเวณขา ควรได้รับการประเมินว่ามีอะไรเป็นสาเหตุให้แน่ชัด เพราะการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน

หลอดเลือดดำขอดที่รู้จักโดยทั่วไป

ณัฐวุฒิ เสริมสาธนสวัสดิ์

หลอดเลือดดำขอด เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดดำชั้นตื้นของขาที่มีลักษณะใหญ่ขึ้น โป่งพอง คดเคี้ยวขึ้น ซึ่งเกิดจากการที่มีความดันเพิ่มขึ้นในหลอดเลือดดำในท่า ยืน หรือ เดิน มีลักษณะอาการแตกต่างไปในแต่ละคน ซึ่งมีตั้งแต่ พบหลอดเลือดฝอยคล้ายใยแมงมุมมี สีเขียว หรือ ม่วง ไปจนถึงมีการโป่งพองขนาดใหญ่ของหลอดเลือดดำที่ขา บางรายมีอาการปวดขา หรือ อาการหนักๆ ที่ขาโดยเฉพาะเวลาเดินนานๆ อาการขาบวมโดยเฉพาะช่วงเย็นๆ อาการปวดน่องจนเป็นตะคริวเวลากลางคืน อาการคันรอบๆหลอดเลือดดำขอด ผิวหนังบริเวณข้อเท้าด้านในมีสีคล้ำขึ้น หนังแข็งขึ้น ไปจนถึงมีแผลที่ข้อเท้าด้านในเกิดขึ้นได้

ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย คือ 1. อายุมาก ซึ่งมักจะพบว่าลิ้นหลอดเลือดดำเริ่มอ่อนแอ ทำให้พบเลือดไหลย้อนลงขามากกว่าปกติ 2. เพศหญิง เนื่องจากฮอร์โมนเพศหญิง มักจะมีผลต่อการขยายตัวของผนังหลอดเลือดดำ 3. การตั้งครรภ์ มดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้น ไปกดหลอดเลือดดำในช่องเชิงกราน รวมถึงระดับฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ 4. ประวัติคนในครอบครัวที่เคยเป็นหลอดเลือดดำขอด 5. ภาวะน้ำหนักตัวเกินขนาด ทำให้มีความดันในหลอดเลือดดำสูงขึ้น 6. ยืนหรือนั่งเป็นเวลานานๆ ทำให้มีเลือดดำคั่งที่ขาได้

ผลแทรกซ้อนที่สำคัญของหลอดเลือดดำขอด ได้แก่ การเกิดแผล, การอักเสบของหลอดเลือดดำขอดทำให้มีอาการเจ็บปวด แดงร้อนบริเวณหลอดเลือดดำขอด, เลือดออกจากหลอดเลือดขอดที่มีขนาดใหญ่และผนังหลอดเลือดดำบางมากจนแตกออกทำให้เลือดออกได้

ดังนั้นเมื่อท่านตรวจพบหลอดเลือดดำขอด หรือ มีอาการของหลอดเลือดดำขอด ได้แก่ อาการปวดขา หรือ อาการหนักๆ ที่ขาโดยเฉพาะเวลาเดินนานๆ อาการขาบวมโดยเฉพาะช่วงเย็นๆ ตะคริวเวลากลางคืน ผิวหนังบริเวณข้อเท้าด้านในมีสีคล้ำขึ้น หนังแข็งขึ้น ไปจนถึงมีแผลเกิดขึ้นได้ ท่านควรมาพบแพทย์เพื่อทำการตรวจรักษา

โดยแพทย์จะทำการซักประวัติและตรวจร่างกาย รวมถึงการตรวจพิเศษด้วยเครื่องอุลตร้าเซาน์

การรักษาประกอบไปด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ไม่ควรนั่งหรือยืนนานๆ ลดน้ำหนักตัวลงหากมีน้ำหนักเกินกำหนด การสวมถุงน่องประคองหลอดเลือด การรับประทานยาที่ช่วยการไหลเวียนของหลอดเลือดดำ หากการรักษาไม่ได้ผล ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดดำขอดฝอย หรือมีขนาดเล็ก แพทย์อาจจะพิจารณาฉีดยาเข้าไปสลายหลอดเลือดดำขอดร่วมด้วย สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดดำขอดขนาดใหญ่ แพทย์อาจจะพิจารณารักษาโดยวิธีผ่าตัด หรือ ยิง เลเซอร์ หรือ คลื่นวิทยุความถี่สูง เป็นต้น

เลือดดำคั่งเรื้อรังบริเวณขา

ณัฐวุฒ พ่วงพันธุ์งาม

ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการขาบวมเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยๆในเวชปฏิบัติ ภาวะขาบวมนั้นเกิดได้จากหลากหลายสาเหตุมี ตั้งแต่เป็นโรคที่รุนแรงถึงแก่ชีวิต เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ขาบวมจากการที่ไตขับของเสียและสารน้ำได้ไม่มีประสิทธิภาพ ไปจนกระทั่งถึงขาบวมจากการติดเชื้อที่ใต้ผิวหนังเป็นต้น ซึ่งการรู้ถึงสาเหตุของการขาบวมจะช่วยให้เราทำการรักษาได้อย่างถูกต้อง และตรงกับโรคมากที่สุด

สาเหตุหนึ่งของภาวะขาบวมที่ถูกละเลยแต่พบได้บ่อยมากที่สุด ได้แก่ ภาวะเลือดดำคั่งเรื้อรังบริเวณขา ซึ่งโดยปกติแล้วหลอดเลือดดำจะนำเลือดจากขากลับสู่หัวใจผ่านหลอดเลือดดำ ชั้นลึกและชั้นตื้นโดยการหดตัว ของกล้ามเนื้อน่องและการทำงานของลิ้นในหลอดเลือดดำ ถ้าเกิดมีความผิดปกติในการทำงาน ของลิ้นในหลอดเลือดดำ จะเกิดการไหลย้อนกลับของเลือด หรือเมื่อมีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดดำด้านบน ก็จะทำให้เกิดการคั่งของเลือดดำที่ขาได้

เมื่อเกิดการคั่งของเลือดดำบริเวณขา สิ่งที่จะตามมาคือความดันในหลอดเลือดดำที่เพิ่มขึ้น จนเกิดการโป่งพองและคดเคี้ยวของหลอดเลือดดำชั้นใต้ผิวหนังเกิดภาวะหลอดเลือดขอด ต่อมาจะเริ่มมีอาการขาบวม ผิวหนังมีสีคล้ำ และต่อมาอาจจะมีแผลแตกเปิดออกมา ซึ่งแผลที่เกิดจากภาวะนี้แสดงถึงภาวะของโรคที่เป็นรุนแรงและรักษาให้หายขาดยาก และอาจจะทำให้สูญเสียขาได้ดังนั้นการรีบทำการวินิจฉัยและหาสาเหตุตั้งแต่ยังมีอาการเพียงแค่หลอดเลือดขอดหรือเริ่มขาบวมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก

ในปัจจุบันถ้าเราให้การวินิจฉัยได้แล้ว การหาสาเหตุมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะการรักษาจะแตกต่างกันไปตามสาเหตุ เช่น ถ้ามีการไหลย้อนกลับจากลิ้นของหลอดเลือดดำชั้นใต้ผิวหนังผิดปกติ เราจะทำการรักษาโดยการผูกหลอดเลือดดำชั้นใต้ผิวหนังนั้น หรือใช้เลเซอร์หรือคลื่นความถี่สูงในการทำลายหลอดเลือด เพื่อที่จะทำให้เลือดไม่สามารถไหลกลับลงไปคั่งที่ขาได้ อาการขาบวมก็จะทุเลาลงได้ ถ้าเกิด

จากหลอดเลือดดำตีบตัน เราสามารถใส่ขดลวดเพื่อให้เลือดไหลกลับได้สะดวกได้ ถ้าเกิดจากลิ้นของหลอดเลือดดำชั้นลึกทำงานผิดปกติ เราก็ยังสามารถผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายลิ้นหลอดเลือดดำจากแขนได้ สุดท้ายถ้าอาการของผู้ป่วยไม่ได้เป็นรุนแรง การรักษาอาจจะเป็นเพียงแค่ใส่ถุงน่องสำหรับโรคหลอดเลือดดำ ก็เพียงพอที่จะทำให้อาการบวมของคนไข้ทุเลาลง

จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดดำที่ขาไหลเวียนผิดปกตินั้นแม้จะดูซับซ้อนแต่ก็เป็นโรคที่รักษาได้ การตรวจพบตั้งแต่ในภาวะที่เป็นไม่รุนแรงจะทำให้การรักษาได้ผลดี การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้แก่แพทย์และประชาชน จึงเป็นสิ่งสำคัญ

หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพอง

คามิน ชินศักดิ์ชัย

เป็นผลมาจากผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอและจะขยายขนาดขึ้นเรื่อยๆหากเกิดร่วมกับผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเช่น ผู้ชายอายุมากกว่า 65 ปี สูบบุหรี่ มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งจะมีโอกาสเกิดการแตกทะลุได้ง่ายและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงมาก

การโป่งพองของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ มักเกิดในช่องท้อง (abdominal aortic aneurysm) ส่วนใหญ่จะอยู่ต่ำกว่าหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงไต ถ้าก้อนมีขนาดเกินกว่า 5 ซม. มีข้อบ่งชี้ในการมาพบศัลยแพทย์หลอดเลือด เพื่อทำการรักษาที่ถูกต้อง

ลักษณะทางคลินิก ส่วนมากจะมีความรู้สึกว่ามีก้อนเต้นได้ที่ท้องบริเวณสะดือโดยที่ไม่มีอาการปวดท้อง

การเต้นเป็นไป ในจังหวะเดียวกัน กับการเต้นของหัวใจ

- อาการที่อาจมีร่วมกับการมีก้อนคือ ปวดท้อง โดยจะร้าวมาที่หลัง ความรุนแรงของการเจ็บปวดจะเริ่มจากปวดเล็กน้อยจนกระทั่งปวดมาก ร่วมกับการกดเจ็บบริเวณก้อนเมื่อตรวจร่างกาย
- อาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ติดเชื้อ. แตกทะลุเข้าลำไส้เล็กส่วนต้น หรือ หลอดเลือดดำข้างเคียง หรือลิ่มเลือดหลุดมาที่ขา ทำให้ขามีอาการขาดเลือดเฉียบพลัน
- ถ้าปวดท้องเฉียบพลันอย่างรุนแรง และร้าวมาถึงด้านหลัง ร่วมกับหน้ามืดเป็นลม แสดงว่ามีการแตกทะลุ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุด ต้องทำการรักษารีบด่วน และมีอัตราตาย 100 % ถ้าไม่ให้การรักษาที่ถูกต้อง

การตรวจวินิจฉัย

1. การทำอุลตร้าเซาวด์ บริเวณช่องท้อง
2. การทำเอกซ์เรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้อง

การพยากรณ์โรค อัตราเสี่ยงของการแตกทะลุขึ้นอยู่กับขนาดของหลอดเลือดโป่งพองในช่องท้อง

- ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5-6 ซม. คือ ร้อยละ 5 ต่อปี
- ขนาดโตกว่า 8 ซม. จะมีโอกาสแตกประมาณร้อยละ 40-50 ต่อปี

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าหลอดเลือดโป่งพองในช่องท้องขนาด 5-6 ซม. มีอัตราเสี่ยง ในการแตกทะลุค่อนข้างสูง จึงควรรักษาโดยการผ่าตัดตอนที่ยังไม่มีอาการปวด ดีกว่ารอให้แตกทะลุแล้วค่อยผ่าตัดรักษาเพราะอัตราตายจะสูงมาก

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องและทำให้อัตราการแตกทะลุของหลอดเลือดโป่งพองในช่องท้องสูงขึ้น

1. ขนาดของหลอดเลือดโป่งพองในช่องท้องที่โตเร็ว เกินกว่า 5 มม. ใน 6 เดือน หรือ 10 มม./ ปี

2. ขนาดของหลอดเลือดโป่งพองที่เท่าๆกันเพศหญิง มีโอกาสแตกมากกว่าเพศชาย

3. ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่

4. มีประวัติครอบครัวที่เป็นโรคนี้

5. ภาวะโรคถุงลมโป่งพอง

การผ่าตัดมี 2 ชนิด ได้แก่

1. การผ่าตัดเปิดช่องท้อง

2. การผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางสายสวน

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดรักษา

1. ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการ หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ปวดท้อง ปวดหลัง อาการแตกของก้อน เป็นต้น

2. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ ควรได้รับการผ่าตัดเมื่อหลอดเลือดโป่งพองในช่องท้องขนาดโตกว่า 5 ซม. หรือมีขนาดโตเร็วกว่า 5 มม. ใน 6 เดือน หรือ 1 ซม. ใน 1 ปี

สำหรับผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดโป่งพองในช่องท้องขนาดเล็กที่ไม่ได้มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ควรได้รับการตรวจ ซ้ำโดยการทำ ultrasound อย่างต่อเนื่อง ทุกๆ 3-6 เดือน

อัตราตายหลังการผ่าตัด

- การผ่าตัดผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการ มีอัตราตายประมาณร้อยละ 3-5 ขึ้นอยู่กับภาวะร่างกาย และโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในขณะนั้น อายุผู้ป่วยที่มาก ไม่ใช่ข้อห้ามในการผ่าตัด
- กรณีแตกทะลุ มีอัตราตายประมาณร้อยละ 55
- ถ้ามีอาการช็อกและการแตกทะลุเข้าในช่องท้อง อัตรารอดร้อยละ 10

การปฏิบัติตัว เมื่อได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด

เกียรติศักดิ์ หงษ์คู

ยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีจุดมุ่งหมายในการใช้ยาเพื่อให้เลือดเข็งตัวช้ากว่าปกติเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดต่างๆทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง รวมถึงป้องกันการเกิดลิ่มเลือดภายในหัวใจห้องต่างๆ ด้วย

ยาต้านการแข็งตัวของเลือดนี้แบ่งได้เป็นสองกลุ่มหลักๆ คือ

1. ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดฉีด ใช้บริหารยาโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดโดยตรงหรือฉีดเข้าในชั้น ไขมันใต้ผิวหนัง มักใช้ในช่วงแรกของการรักษา

2. ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน ใช้รับประทานและ ให้ยาดูดซึมทางระบบทางเดินอาหาร โดยปัจจุบันมียาหลายชนิด ทั้งที่เป็นยาที่มีการใช้มานานแล้วคือยาต้านวิตามินเค (วาฟาริน, Warfarin) และยาชนิดรับประทานตัวใหม่ๆ ซึ่งมีความสะดวกในการใช้ยา แต่ยังต้องติดตามในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนและความปลอดภัยต่อไป

โรคที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีความหลากหลายเช่น

- โรคหลอดเลือดดำชั้นลึกของแขนขาอุดตัน
- โรคหลอดเลือดแดงของแขนขาอุดตันจากลิ่มเลือด
- หัวใจเต้นผิดจังหวะบางประเภท
- ภายหลังการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมหรือหลอดเลือดเทียมในบางกรณี

โดยส่วนใหญ่แล้วโรคหรือภาวะเหล่านี้จะต้องการการรักษาระยะต่อเนื่องด้วยยากลุ่มที่ใช้รับประทานซึ่งปัจจุบันนี้ที่ใช้อย่างแพร่หลายคือยาต้านวิตามินเค (ยาวาฟาริน) ทั้งนี้ระยะเวลาในการใช้ยาและระดับการแข็งตัวของเลือดที่ต้องการ ก็แตกต่างกันในแต่ละโรค และที่สำคัญปริมาณยาที่ผู้ป่วยแต่ละรายต้องการ เพื่อให้ระดับการแข็งตัวของเลือดให้อยู่ในระดับที่ต้องการในแต่ละโรคเองนั้นก็แตก ต่างกันตามปัจจัยทางชีวภาพหลายอย่างด้วยเช่นเดียวกัน

ระดับการแข็งตัวของเลือดที่ต้องการให้ช้ากว่าปกตินั้นหวังผลในเรื่องการป้องกันลิ่มเลือดดังกล่าว แต่การที่เลือดแข็งตัวช้ากว่าปกติก็ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกผิดปกติได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นการรับประทานยาอย่างถูกต้อง จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก โดยมีหลักการดูแลตนเองคร่าวๆ ดังนี้

1. ปรึกษาแพทย์และทำความเข้าใจกับโรคของตนเองถึงความจำเป็น ในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ระยะเวลาที่ต้องรับประทานและความจำเป็นในการติดตามผลการแข็งตัวของเลือดเพื่อปรับยา

2. ปรึกษาแพทย์และทำความเข้าใจถึงขนาดของยาที่แพทย์สั่งการรักษาให้ในทุกครั้งที่ไปพบแพทย์ ทั้งนี้ควรนำซองยาเก่าและผู้ดูแลผู้ป่วย ที่เป็นคนจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานประจำไปพบแพทย์ด้วยเพื่อตรวจสอบทบทวนขนาดของยาที่ได้รับประทานอยู่ประจำและทำความเข้าใจกับขนาดของยาที่แพทย์อาจปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยใหม่ตามผลเลือดในแต่ละครั้ง

3. ควรเก็บรักษายาในที่ที่เหมาะสมตามคำแนะนำของเภสัชกรเพื่อป้องกันยาเสื่อมสภาพ

4. หลีกเลี่ยงการซื้อยารับประทานเองทุกประเภททั้งยาแผนปัจจุบัน อาหารเสริม หรือยาสมุนไพรต่างๆ เพราะอาจทำให้ระดับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติแตกต่างไปจากเดิมจนมีอันตรายได้แม้จะรับประทานยา ต้านการแข็งตัวของเลือดในขนาดเท่าเดิม หากมีการเจ็บป่วยควรปรึกษาแพทย์ทุกครั้งและนำยาที่มีอยู่ไปด้วยแพทย์ผู้ทำการรักษาซึ่งอาจไม่ใช่แพทย์ประจำจะได้ทราบว่าท่านรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ด้วยและหลีกเลี่ยงการจ่ายยาที่มีผลปฏิสัมพันธ์กับยาต้านการแข็.ตัวของเลือดที่รับประทานอยู่เดิม หรือหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อดูผลการแข็งตัวของเลือดว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการหรือไม่หลังจากที่ได้รับยาขนานอื่นเพิ่มเติมไป

5. รับประทานอาหารในชีวิตประจำวันตามปกติ โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารบางชนิดมากเกินกว่าที่เคยรับประทานตามปกติเช่น ผักบางชนิด (บร็อคโคลี่, กะหล่ำปลี ฯลฯ) ซึ่งอาจทำให้ระดับยา เปลี่ยนแปลงได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นอาหารอาจไม่ส่งผลกระทบกับยามากนัก หากรับประทานในขนาดปกติตามที่เคยทานในชีวิตประจำวัน

6. สังเกตความผิดปกติที่สำคัญคือเรื่องเลือดออกผิดปกติเช่นจ้ำเลือด ตามร่างกาย เลือดออกใต้เยื่อบุตาบริเวณตาขาว เลือดออกในทาง เดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะ (มีเลือดออกขณะถ่ายอุจจาระ หรือปัสสาวะ) เลือดออกทางช่องคลอด เป็นต้น ในผู้ป่วยสูงอายุอาจมีความผิดปกติจากการมีเลือดในกะโหลกศีรษะ ได้ซึ่งอาการและอาการแสดงอาจจะไม่ชัดเจนได้ ดังนั้นถ้ามีความผิด ปกติของระดับการรู้ตัวหรืออาการทางระบบประสาทในขณะที่ได้รับ ประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ต้องนึกถึงภาวะเลือดออกและ นำผู้ป่วยมาพบแพทย์เสมอเพื่อประเมินอาการอย่างถูกต้อง

7. ระมัดระวังเรื่องการเกิดอุบัติเหตุโดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ

8. ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดยาวาฟารินมีผลทำให้ทารกในครรภ์มีความพิการแต่กำเนิดได้โดยเฉพาะช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ดังนั้นหากผู้ป่วยทราบว่าตนเองตั้งครรภ์กรือมีรอบประจำเดือนที่ผิดปกติและอาจคั้งครรภ์ควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนเริ่มใช้ยา และใน ผู้ป่วยสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ซึ่งอาจตั้งครรภ์ระหว่างที่รับประทาน ยานี้อยู่ควรปรึกษาสูตินรีแพทย์เพื่อคุมกำเนิดอย่างเหมาะสม

9. หากจำเป็นต้องได้รับการทำหัตถการต่างๆเช่นการผ่าตัด การทำฟันควรแจ้งแพทย์หรือทันตแพทย์ให้ทราบทุกครั้งว่ารับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ โดยทั่วไปหากทราบล่วงหน้าต้อง ทำการหยุดยาก่อนประมาณ 5 วัน แต่หากมีความเสี่ยงต่อการเกิด ลิ่มเลือดใหม่สูงอาจจำเป็นต้องได้รับยาในรูปแบบฉีดแทนชั่วคราวในระยะก่อนและหลังการทำหัตถการหรือการผ่าตัด

10. หากเกิดความผิดปกติใดๆ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเสมอไม่ควร ปรับเปลี่ยนหรือหยุดยาเอง

การฟอกเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ชุมพล ว่องวานิช

เนื่องด้วยปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกวัน ความต้องการบริการการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียมจึงเพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัว อย่างไรก็ตามก่อนที่ผู้ป่วยจะสามารถรับบริการการฟอกเลือดได้ จำเป็นต้องมีทางเข้าออกของเลือดระหว่างตัวผู้ป่วยกับเครื่องไตเทียม

การนำเลือดเข้าออกระหว่างตัวผู้ป่วยกับเครื่องไตเทียม เพื่อการฟอกเลือดมีวิธีการดังนี้

1. การใส่สายฟอกเลือดชั่วคราว สายฟอกเลือดชนิดนี้จะถูกใส่เข้าไปในหลอดเลือดดำบริเวณคอหรือขาหนีบได้อย่างรวดเร็วหลังจากฉีดยาชาเฉพาะที่ สายฟอกเลือดชนิดนี้สามารถใช้งานได้ทันที ข้อเสียของสายฟอกเลือดชนิดนี้ได้แก่ มีการติดเชื้อได้ง่าย มีการหักพับง่ายทำให้การนำเลือดเข้าออกไม่สะดวก และไม่ควรทิ้งคาไว้นานเกิน 3 สัปดาห์ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการตีบตันภายในหลอดเลือดดำที่มีสายนี้อยู่ หักการดูแลสายฟอกเลือดชั่วคราวมีดังนี้

- ไม่ให้มีการสัมผัสน้ำในบริเวณที่มีสายฟอกเลือด ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในขณะกินอาหาร ล้างหน้า หรือแปรงฟัน ดังนั้นผู้ป่วยควรมีผ้าคลุมกันน้ำในขณะปฏิบัติภารกิจประจำวัน และผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการอาบน้ำชำระร่างกายแต่ใช้การเช็ดตัวแทน ยกเว้นการใส่สายฟอกเลือดบริเวณคออาจอาบน้ำในบริเวณต่ำกว่าทรวงอกลงมาได้
- หลีกเลี่ยงการหักพับของสายฟอกเลือดโดยเฉพาะช่วงเวลานอนตะแคง
- ควรรีบการเปลี่ยนสายฟอกเลือดชั่วคราวเป็นสายฟอกเลือดระยะยาวอาจจำเป็นต้องขยายเวลาการฟอกเลือดไปอีกนาน
- เฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากสายฟอกเลือดชนิดนี้ได้แก่ อาการไข้จากการติดเชื้อ มีเสียงดังเครื่องไตเทียมจากการทำงานของสายฟอกเลือดสะดวก ซึ่งปัญหาต้องรีบทำการไขเพื่อให้สามารถใช้สายฟอกเลือดนี้ได้เต็มที่

2. การใส่สายฟอกเลือดถาวร สายฟอกเลือดชนิดนี้มีขนาดยาวสามารถสอดใส่ให้ปลายสายอยู่ในห้องหัวใจซีกขวาบนรวมทั้งมีขนาดของสายใหญ่กว่าสายฟอกเลือดชั่วคราว ทำให้การไหลเวียนของเลือดเข้าออกจากตัวผู้ป่วยไปยังเครื่องไตเทียมเป็นไปอย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น สายฟอกเลือดนี้ยังมีความนุ่มเพียงพอที่จะป้องกันการพับ ทำให้การทำงานของสายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว นอกจากนี้บริเวณโคนของสายฟอกเลือดยังมีปุ่มทำด้วยวัสดุใยสังเคราะห์ช่วยยึดกับเนื้อเยื่อข้างเคียงช่วยป้องกันการติดเชื้อได้อย่างดี สายฟอกเลือดชนิดนี้สามารถใช้งานได้ทันที เช่นเดียวกับสายชนิดแรก แต่มีอายุการใช้งานได้นานหลายปี เหมาะสมแก่ผู้ป่วยสูงวัยที่มีหัวใจไม่แข็งแรงมากและไม่มีหลอดเลือดบริเวณแขนที่สามารถเตรียมใช้การฟอกเลือดได้ การปฏิบัติดูแลสายฟอกเลือดชนิดนี้ได้แก่

- ไม่ให้การสัมผัสน้ำหรือสิ่งสกปรกเช่นเดียวกันกับสายฟอกเลือดชั่วคราว
- รีบทำการเย็บตรึงสายฟอกเลือดใหม่หากไหมที่ใช้เย็บเกิดการหลุดเลื่อนเพื่อป้องกันไม่ให้สายฟอกเลือดมีการเคลื่อนตัวหลุดออกมา
- เฝ้าระวังการทำงานของสายฟอกเลือดอยู่ตลอดเวลา ในบางครั้งการมีลิ่มเลือดค้างอยู่ในสายเนื่องจากมีการใช้งานเป็นเวลานาน ควรรีบทำการแก้ไขเพื่อให้สายฟอกเลือดนี้ได้ถูกใช้อย่างเต็มที่
- เฝ้าระวังการติดเชื้อจากสายฟอกเลือด โดยอาจมีอาการไข้โดยเฉพาะขณะรับการฟอกเลือด และมีน้ำซึมออกมาทางผิวหนังส่วนที่เป็นรูเปิดของสายฟอกเลือด

3. การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำบริเวณแขน วิธีการนี้เพื่อให้หลอดเลือดดำชั้นใต้ผิวหนังบริเวณแขนมีการขยายตัวจนมีขนาดใหญ่เพียงพอที่จะเป็นที่มีขนาดใหญ่ 2 เข็มแทงเข้าไปภายในเพื่อเป็นทางนำเลือดเข้าออกจากตัวผู้ป่วยและเครื่องไตเทียม วิธีการนี้ต้องใช้เวลารอคอยอีกอย่างน้อย 2-3 เดือน จึงจะเป็นผลสำเร็จจึงไม่สามารถใช้งานเพื่อการฟอกเลือดได้ทันที แต่หากว่าวิธีนี้สำเร็จแล้วจะเป็นทางนำเลือดเข้าออกเพื่อใช้ในการฟอกเลือดได้ดีที่สุดและมีความทนทานที่สุด แต่วิธีการนี้ผู้ป่วยจะต้องมีสภาพการทำงานของหัวใจที่แข็งแรงพอ และมีขนาดของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำบริเวณแขนใหญ่เพียงพอ การดูแลหลอดเลือดดำบริเวณแขนให้มีอายุการใช้งานได้นานที่สุดมีดังนี้

- ห้ามมีการวัดความดันโลหิต การฉีดยา การให้น้ำเกลือและการกดทับบริเวณแขนข้างที่รับการผ่าตัด

- เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการแทงเข็มขณะนำเลือดเข้าออกจากหลอดเลือดดำ โดยเลือดที่ไหลผ่านจะต้องมีความคล่องตัว ไม่มีความเจ็บปวดขณะฟอกเลือด และการทำงานของเครื่องไตเทียมเป็นปกติ โดยสามารถเปิดเครื่องให้มีเลือดได้ประมาณ 300-400 มิลลิลิตรต่อวินาที และความดันโลหิตทางหลอดลเอดดำน้อยกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท

- รับการตรวจติดตามกับศัลยแพทย์ เพื่อประเมินการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ

- ควรรีบพบแพทย์หากพบการเต้นสั่นสะเทือนของหลอดเลือดดำบริเวณแขนบาลง หรือมีอาการบวมบริเวณแขนข้างที่รับการผ่าตัด ใบหน้าครึ่งซีกด้านเดียวกับแขน ซึ่งต้องรีบให้การวินิจฉัยค้นหาสาเหตุ และทำการแก้ไขอย่างเร่งด่วนต่อไป

4. การผ่าตัดเชื่อมต่อหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำโดยใช้หลอดเลือดเทียมเชื่อมต่อ วิธีการนี้ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีหลอดเลือดดำชั้นใต้ผิวหนังของแขนที่เหมาะสมในการใช้เป็นทางนำเลือดเข้าออกจากตัวผู้ป่วยวิธีการนี้ต้องใช้เวลารอประมาณ 2-4 สัปดาห์ เพื่อให้หลอดเลือดเทียมยึดติดแน่นกับเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบริเวณแขนเป็นทางนำเลือดเข้าออก นอกจากนี้วิธีการนี้ยังสามารถทำได้ทั้งบริเวณแขนและขา การดูแลหลอดเลือดเทียมเพื่อให้มีอายุการใช้งานได้นานที่สุดมีดังนี้

- การเฝ้าดูแลมีลักษณะเช่นเดียวกับการดูแลหลอดเลือดดำชั้นใต้ผิวหนังของแขนที่ใช้เป็นทางนำเลือดเข้าออก

- การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโดยเฉพาะตำแหน่งที่ใช้เข็มแทง หากพบการอักเสบเพียงเล็กน้อยต้องรีบปรึกษาแพทย์เพื่อให้การแก้ไขระยะเริ่มแรก

- เมื่อพบว่ามีเลือดออกจากรูเข็มอย่างต่อเนื่อง ภายหลังเสร็จสิ้นการฟอกเลือดต้องรีบติดต่อแพทย์เพื่อทำให้การเย็บซ่อมแซมรูเข็มที่มีเลือดออก การกดบริเวณรูเข็มอย่างรุนแรงและต่อเนื่องอาจทำให้เกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดเทียม

- เมื่อพบว่ามีการอุดตันเกิดภายในหลอดเลือดเทียม ผู้ป่วยจำเป็นต้องรีบมาพบศัลยแพทย์ซึ่งสามารถทำการผ่าตัด แก้ไขให้สามารถใช้หลอดเลือดเทียมฟอกเลือดได้เป็นปกติ

ความรู้ทางด้านการดูแลจนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยเฉพาะหลอดเลือดและสายที่ใช้ในการฟอกเลือดมีประโยชน์อย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะรับการฟอกเลือดระยะยาวต่อไป

ขั้นตอนของการรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่ไม่ฉุกเฉิน

คณะผู้จัดทำ

การวินิจฉัยโรคที่จำเป็นต้องรักษาทางศัลยกรรม

- ข้อมูลอาการเจ็บป่วย
- ผลการตรวจร่างกาย
- ผลการตรวจพิเศษ (แล้วแต่กรณี)

⬇

การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยโดยทั่วไปและการประเมินการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ที่จำเป็นต่อการรักษา

⬇

การกำหนดนัดหมายวันผ่าตัด, วันรับเข้าโรงพยาบาล

⬇

การเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัด
(หอผู้ป่วยศัลยกรรมในโรงพยาบาล)

⬇

การผ่าตัด
(ความร่วมมือระหว่างศัลยแพทย์, วิสัญญีแพทย์, พยาบาลห้องผ่าตัด)

⬇

การดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด
(หอผู้ป่วยหนัก, หอผู้ป่วยศัลยกรรม)

⬇

การพักฟื้นที่บ้าน

⬇

การติดตามผลการรักษา

ขั้นตอนของการรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่ฉุกเฉิน

คณะผู้จัดทำ

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในระยะเบื้องต้น

⬇

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมีภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม

⬇

ศัลยแพทย์ประเมินความแน่นอนของการวินิจฉัย และประเมินสภาพของร่างกายโดยทั่วไปอย่างเร่งด่วน

⬇

การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินเพื่อรอรับการผ่าตัด

⬇

การผ่าตัด

(ความร่วมมือระหว่างศัลยแพทย์, วิสัญญีแพทย์, พยาบาลห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด)

⬇

การดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด

(หอผู้ป่วยหนัก, หอผู้ป่วยศัลยกรรม)

⬇

การพักฟื้นที่บ้าน

⬇

การติดตามผลการรักษา

ข้อมูลที่สำคัญเมื่อจำเป็นต้องพบศัลยแพทย์

คณะผู้จัดทำ

1. เมื่อพบศัลยแพทย์จะต้องเล่าอาการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองอย่างละเอียด เพราะศัลยแพทย์จะต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้งเพื่อให้การวินิจฉัยโรคมีความแน่นอน ก่อนที่จะตัดสินใจทำการรักษาทางศัลยกรรม

2. อาการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่สำคัญได้แก่ ตำแหน่งของอาการ ระยะเวลาที่มีอาการ ความรวดเร็วในการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงของอาการไปในทางที่ทุเลาลงหรือรุนแรงมากขึ้น ความบ่อยของอาการ และมีอะไรบ้างที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยจะทราบดีที่สุดและจะมีผลต่อการวินิจฉัยโรคอย่างมาก

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการมากกว่า 1 อย่าง จำเป็นต้องเรียงลำดับระยะเวลาการเกิดของอาการแต่ละอย่างให้ชัดเจน เพื่อให้การวินิจฉัยโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว

4. ข้อมูลความเจ็บป่วยในอดีตมีความสำคัญเช่นเดียวกันได้แก่ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัดในอดีต และประวัติการบาดเจ็บในอดีต ข้อมูลเหล่านี้อาจเกี่ยวโยงกับการวินิจฉัย การเลือกวิธีการตรวจพิเศษเพิ่มเติม และการเลือกวิธีการรักษา

5. ข้อมูลสมรรถภาพของร่างกายในปัจจุบัน มีความสำคัญต่อการเลือกวิธีการรักษา เนื่องจากการรักษาทางศัลยกรรมมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ได้อย่างมากมาย รวมทั้งสร้างความเจ็บปวดได้อย่างมาก การเลือกวิธีการรักษาตามสมรรถภาพของร่างกาย จะทำให้การรักษามีความปลอดภัยและมีผลคุ้มค่ามากที่สุด

6. ข้อมูลการใช้ยาและการแพ้ยามีความสำคัญอย่างยิ่งเช่นเดียวกัน การรักษาทางศัลยกรรมอาจมีเลือดออกตามตำแหน่งต่างๆได้ง่าย จึงต้องกระทำในผู้ป่วยที่มีการแข็งตัวของเลือดเป็นปกติ ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในการรักษาโรคใดๆก็ตามจำเป็นต้องมีการลดยาเหล่านี้ล่วงหน้าก่อนผ่าตัด การรักษา

ทางศัลยกรรมที่ต้องใช้วิธีดมยาสลบจำเป็นต้องงดอาหารมาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคเบาหวานที่มีผลระดับน้ำตาลในเลือดจำเป็นต้องได้รับการปรับยาเหล่านี้เช่นเดียวกัน การรักษาทางศัลยกรรมจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วยเป็นปกติประวัติการแพ้ยาเหล่านี้จะช่วยให้หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้อย่างดี

7. ข้อมูลหมู่เลือด ข้อมูลนี้มีความจำเป็นในผู้ป่วยที่มีหมู่เลือดที่หายากจำเป็นต้องมีการแจ้งให้ศัลยแพทย์ทราบล่วงหน้าเพื่อจัดเตรียมเลือดให้เพียงพอ โดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่ที่มีโอกาสเสียเลือดได้มาก

การเตรียมตัวเพื่อรอรับการผ่าตัดใหญ่

คณะผู้จัดทำ

การผ่าตัดใหญ่มักเป็นวิธีการรักษาโรคที่มีความรุนแรง และต้องใช้การดมยาสลบในระหว่างผ่าตัด การผ่าตัดใหญ่นี้อาจมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยอย่างละเอียด นอกจากนี้ภายหลังการผ่าตัดอาจมีความเจ็บปวด ผู้ป่วยจำเป็นต้องงดอาหารทางปากในช่วงแรก และอาจมีการสอดใส่สายสวนตามส่วนต่างๆ ของร่างกายเท่าที่จำเป็น ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเหล่านี้ซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก

ผู้ป่วยรายใดที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใหญ่ควรมีการเตรียมตัวดังนี้

1. สอบถามกับศัลยแพทย์ผู้รักษาสำหรับชนิดของโรคที่เป็นสาเหตุให้แน่นอน รวมทั้งระยะของโรคที่สามารถตรวจสอบได้ก่อนผ่าตัด

2. สอบถามชนิดของผ่าตัดที่จะนำมาใช้ในการรักษาครั้งนี้ โดยเน้นถึงหลักการของการรักษาที่ใช้ในการแก้ไขโรคที่เป็นอยู่ ประโยชน์ที่ได้รับ และภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด

3. สอบถามระยะเวลาที่จะต้องพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาล และที่บ้านเพื่อเตรียมตัวลาพักงานให้เพียงพอ

4. สอบถามการปฏิบัติตัวภายหลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัดในระยะแรก และระยะยาว เพื่อมีความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและคณะผู้รักษา

5. สอบถามค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดรักษาที่ต้องเตรียมไว้ รวมทั้งสิทธิของการเบิกจ่าย โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาสูง

6. สอบถามวิธีการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ เพื่อรับทราบกำหนดวันเวลา และสถานที่ที่แน่นอนในวันที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล

7. เตรียมร่างกายให้มีความพร้อมที่จะรับการผ่าตัดใหญ่ได้แก่ การฝึกหายใจเข้าออกให้ลึกที่สุดอยู่เป็นประจำ การฝึกนี้มีความจำเป็นภายหลังการผ่าตัด

บริเวณทรวงอก หรือช่องท้องซึ่งอาจมีความเจ็บปวดบริเวณบาดแผลผ่าตัดจนไม่สามารถหายใจเข้าออกได้ลึกเพียงพอ การฝึกหายใจที่ดีจะช่วยหลีกเลี่ยงภาวะปอดแฟบและการติดเชื้อภายในปอดได้อย่างดี กินอาหารให้เพียงพอ โดยต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ เนื่องจากอาจมีโอกาสงดอาหารในช่วงระยะเวลาหนึ่งโดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่ส่วนช่องท้อง นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรระมัดระวังการติดเชื้อก่อนผ่าตัดนี้ ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถทำการผ่าตัดใหญ่ได้ โดยต้องระมัดระวังและหลีกเลี่ยงการไปในที่สาธารณะที่มีคนจำนวนมาก ซึ่งมีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

8. การเตรียมจิตใจให้พร้อม ผู้ป่วยที่มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีความพร้อมต่อการรักษา มักจะมีผลของการรักษาที่ดี มีความเจ็บปวดน้อยกว่า

9. การเตรียมผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วยเพื่อรอรับการผ่าตัด เป็นหน้าที่ของคณะผู้รักษาแต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับทราบและให้ความร่วมมือพร้อมทั้งเตรียมตัวเตรียมใจดังนี้

- การทำความสะอาดร่างกายก่อนผ่าตัด
- การถอดฟันปลอม และเครื่องประดับก่อนเข้าห้องผ่าตัด
- การติดป้ายชื่อของผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด
- การกำหนดตำแหน่งของบริเวณที่มีการผ่าตัด
- การได้ยาคลายความกังวล และยานอนหลับในคืนก่อนวันผ่าตัด
- งดอาหารและน้ำดื่มหลังจากเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด
- อาจมีการสวนอุจจาระในตอนเช้า แล้วแต่ชนิดของการผ่าตัด

กล่าวโดยสรุปผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดใหญ่จำเป็นต้องมีข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการปฏิบัติตัว เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ป่วยและคณะผู้รักษา ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดใหญ่

คณะผู้จัดทำ

ภายหลังการผ่าตัดใหญ่จะต้องมีการเฝ้าระวังการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆอย่างใกล้ชิด และคณะผู้รักษาจะต้องพยายามทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด คณะผู้รักษาประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ อายุรแพทย์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและคณะผู้รักษาเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างราบรื่น การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดใหญ่มีดังนี้

1. ให้ความร่วมมือกับคณะผู้รักษาในหอผู้ป่วยหนัก ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดผู้ป่วยอาจมีท่อหรือสายสวนต่างๆอยู่ภายในร่างกายได้แก่ ท่อช่วยหายใจ สายน้ำเกลือ สายสวนหลอดเลือด สายสวนปัสสาวะ สายยางผ่านทางจมูกเข้าไปในกระเพาะอาหาร รวมทั้งท่อระบายชนิดต่างๆออกมาทางบริเวณที่รับการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องเข้าใจว่าอยู่เสมอว่าท่อและสายสวนต่างๆมีความสำคัญในการดูแลรักษา ห้ามดึงออกเพราะอาจเป็นอันตรายต่ออวัยวะใกล้เคียง และทำให้การดูแลรักษามีความยุ่งยากมากขึ้น

2. การขอยาระงับปวด ผู้ป่วยจะได้รับการสอนก่อนมาผ่าตัดเกี่ยวกับขั้นตอนการได้รับยาระงับปวดที่เหมาะสมภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดน้อยที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องระลึกถึงแนวทางปฏิบัติเหล่านี้อย่างแม่นยำ

3. สูดหายใจเข้า-ออกให้ลึก ในกรณีที่ผู้ป่วยหายใจได้เอง ภายหลังการถอดท่อหลอดลมและเครื่องช่วยหายใจแล้ว การหายใจอย่างถูกต้องจะทำให้ปอดไม่แฟบและช่วยป้องกันการเกิดปอดอักเสบได้อย่างดี นอกจากนี้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมยังมีอุปกรณ์เป็นลูกบอลพลาสติก 3 ลูกภายในกล่องสี่เหลี่ยมให้ผู้ป่วยฝึกสูดหายใจให้ลึกที่สุดอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจะต้องขยันฝึกหายใจผ่านอุปกรณ์นี้วันละหลายครั้ง

4. ขยับตัวและช่วยเหลือตนเอง พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมจะทำการสอน

ผู้ป่วยให้มีการขยับตัวและลุกจากเตียงอย่างเหมาะสมเพื่อลดความเจ็บปวดบริเวณบาดแผลผ่าตัดให้เหลือน้อยที่สุด การลุกเข้าห้องน้ำเพื่อการขับถ่ายควรมีญาติหรือพยาบาลช่วยเหลือในระยะแรกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มฟื้นตัว

5. เฝ้าระวังไม่ให้บาดแผลผ่าตัดสัมผัสน้ำ หรือได้รับการกระแทก หรือสัมผัสสิ่งสกปรก โดยทั่วไปบาดแผลผ่าตัดจะได้รับการปิดคลุมด้วยผ้าก๊อซอย่างแน่นหนา อย่างไรก็ตามการสัมผัสน้ำหรือได้รับการกระทบกระแทกอาจเกิดขึ้นได้โดยไม่ได้ตั้งใจ หากมีปัญหาดังกล่าวผู้ป่วยหรือญาติจะต้องรีบแจ้งพยาบาลทราบทันที และจะมีคณะแพทย์มาประเมินพร้อมกับแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

6. เฝ้าสังเกตสายสวนหรือท่อต่างๆ ที่ติดอยู่บนร่างกายของผู้ป่วย ผู้ป่วยควรทราบเหตุผลการใส่สายหรือท่อสวน เพื่อเกิดความเข้าใจและช่วยคณะผู้รักษาสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้เพื่อให้การแก้ไขเป็นไปอย่างรวดเร็ว

7. เริ่มกินอาหารทางปาก โดยทั่วไปแพทย์ผู้รักษาจะเริ่มให้อาหารทางปากเมื่อผู้ป่วยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีการทำงานระบบทางเดินอาหารกลับมาเป็นปกติ รวมทั้งผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางด้านการเคี้ยวอาหารและการกลืน ประเภทของอาหารจะเริ่มด้วย น้ำดื่ม น้ำซุบ ตามด้วยอาหารอ่อนได้แก่ ข้าวต้ม โจ๊ก และสุดท้ายเป็นอาหารปกติ อาหารบางประเภทไม่เหมาะสมกับโรคบางชนิด ได้แก่ อาหารที่มีน้ำตาลสูงไม่เหมาะแก่ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน อาหารที่มีรสจัดไม่เหมาะแก่ผู้ป่วยที่มีแผลในกระเพาะอาหาร หรือโรคกรดไหลย้อน อาหารเค็มไม่เหมาะแก่ผู้ป่วยโรคไตหรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และอาหารที่มีไขมันสูงไม่เหมาะแก่ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงในร่างกายอุดตัน ดังนั้นผู้ป่วยคงต้องช่วยสังเกตประเภทของอาหารมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใดกับโรคที่เกี่ยวข้องกับตนเอง

8. แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมเมื่อมีอาการผิดปกติใดๆ เช่น มีอาการปวดที่รุนแรงหรืออาการปวดเป็นมากขึ้นเรื่อยๆในตำแหน่งใดก็ตาม มีเลือดออกให้เห็นภายนอกในตำแหน่งต่างๆของร่างกาย และรู้สึกเหนื่อยหายใจได้ไม่เต็มที่ เป็นต้น

9. เมื่อผู้ป่วยมีการฟื้นตัวใกล้เคียงปกติซึ่งสังเกตได้จากการเคลื่อนไหวร่างกายโดยไม่มีความเจ็บปวด การกินอาหารและการขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติ จะเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเตรียมตัวกลับบ้าน จึงควรมีการเตรียมสถานที่ที่บ้านในช่วง

พักรักษาตัวต่อไป

10. สิ่งที่ควรสอบถามแพทย์ผู้รักษาก่อนกลับบ้าน ได้แก่การปฏิบัติตัวและกิจกรรมที่สามารถทำได้ในช่วงแรกและในระยะยาว อาหารที่เหมาะสมและที่ควรหลีกเลี่ยง ยาที่ต้องนำกลับไปกินต่อที่บ้าน อาการผิดปกติใดบ้างที่ควรเฝ้าระวัง วันที่แพทย์นัดมาติดตามผลการรักษา และวิธีการติดต่อกับแพทย์ผู้รักษาในยามฉุกเฉิน

11. มารับการตรวจตามแพทย์นัด เพื่อประเมินผลการรักษา ตรวจสอบการหายของบาดแผลผ่าตัด และประเมินการเกิดซ้ำใหม่ในโรคบางชนิด หากผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ไกลจากโรงพยาบาลที่ทำการรักษา อาจขอให้แพทย์มีบันทึกรายละเอียดของความเจ็บป่วยและวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนการดำเนินของโรคและผลของการรักษาขณะอยู่ในโรงพยาบาล แต่ถ้าผู้ป่วยมีโรคที่มีความซับซ้อนมากสมควรที่จะพบแพทย์ผู้รักษาโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ

12. จดจำวิธีการติดต่อแพทย์ผู้รักษาในยามฉุกเฉิน ในบางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการผิดปกติใดๆเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดรักษา แต่ในขณะนั้นยังไม่ถึงเวลานัดพบแพทย์ในครั้งต่อไป ปัญหาที่เกิดขึ้นมีเหตุผลเพียงพอที่จะขอพบแพทย์ก่อนกำหนดจึงควรมาแจ้งให้ทางโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด

13. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและอยู่ในภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยควรรีบมาทันทีที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่เคยได้รับการรักษา ในขณะเดียวกันควรแจ้งชื่อศัลยแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ วันที่ได้รับการผ่าตัด โรคที่ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยและการผ่าตัดรักษาที่เคยได้รับ พร้อมทั้งยาที่นำกลับไปกินต่อที่บ้าน หากเป็นไปได้ควรนำตัวอย่างยาพร้อมกับซองยามาพร้อมกันด้วยในขณะเดินทางมายังโรงพยาบาล

14. ควรมีญาติที่ใกล้ชิดที่สุดอย่างน้อย 1 คนรับทราบข้อมูลทั้งหมดด้วยกัน พร้อมกับมีการบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วยที่สำคัญไว้ใกล้ตัวตลอดเวลา เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และศัลยแพทย์สามารถเลือกวิธีการตรวจพิเศษและการรักษาได้อย่างถูกต้องทันที

ข้อมูลต่างๆเหล่านี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยที่จะสามารถดูแลตนเอง และหาหนทางรับการช่วยเหลือในยามฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เป็นการส่งเสริมให้ผลการรักษาโรคในระยะยาวเป็นไปตามมาตรฐานสากล

บทท้ายจากคณะผู้จัดทำ

ท่านผู้อ่านที่ได้รับความรู้จากหนังสือเล่มนี้ ขอความกรุณาได้เผยแพร่ข้อมูลไปยังญาติสนิทมิตรสหาย หรือคนที่ท่านรู้จักคุ้นเคย จะเป็นการให้ความรู้เหล่านี้ได้มีการเผยแพร่ไปยังประชาชนคนไทยให้ได้มากที่สุด เพื่อทุกท่านจะได้มีโอกาสนำความรู้เหล่านี้ไปใช้ในยามเจ็บไข้ได้ป่วยที่รุนแรง และได้รับการรักษายังทันเวลา ผู้ป่วยจะมีโอกาสรอดชีวิตและหายขาดจากโรคที่ร้ายแรงได้มากขึ้นเรื่อยๆ บุญกุศลที่ได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกันในครั้งนี้ ขออุทิศแด่บูรพาจารย์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทางศัลยศาสตร์ให้แก่คณะผู้จัดทำ

ทางคณะผู้จัดทำมีความหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้จะได้เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ประชาชนเกิดความเข้าใจในเรื่องโรคภัยไข้เจ็บที่รุนแรง และจำเป็นต้องรักษาทางศัลยกรรมได้ดียิ่งขึ้นเรื่อยๆ ความเข้าใจเหล่านี้จะทำให้ประชาชนได้เข้าถึงการวินิจฉัยโรคในระยะแรกได้รับการรักษาที่ถูกต้องได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีความร่วมมือกันอย่างดีระหว่างผู้ป่วยและคณะแพทย์ผู้รักษาเพื่อการพัฒนาการบริการทางการแพทย์ของประเทศให้ดียิ่งขึ้นเรื่อยๆ สืบต่อไป