



ฉบับที่ 1 ปีที่ 6 เดือนเมษายน 2564 ISSN 2465-4841

MDC Health 

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา



คลินิกศุนย์แพทย์พัฒนา
www.md-center.org



คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา
บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด

MDC Health 
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา







ภาพหน้าปก :

วันที่ 5 พฤษภาคม 2562

พระราชพิธีเฉลิมพระปรมาภิไธย พระนามาภิไธยและสถาปนาพรพรรณนครศักดิ์ ในการพระราชพิธีบรมราชาภิเษก

พุทธศักราช 2562



สารกรรมกรผู้อำนวยกร MDC Health Magazine

นิตยสาร MDC Health ฉบับนี้เป็นฉบับที่ออกในเดือนเมษายน เพื่อเป็นการเทิดพระเกียรติสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสวันคล้ายวันพระราชสมภพ 2 เมษายน 2564 ในวาระอันเป็นศุภมงคลนี้ ข้าพระพุทธเจ้าในนามของผู้บริหาร แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และพนักงานคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ขอถวายพระพรชัยมงคลขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัย เสดษานุภาพแห่งสรรพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั่วสากล ตลอดจนพระบรมกฤษดาภินิหาร แห่งพระสยามเทวาธิราช โปรดอภิบาลประทานพรให้ได้ฝ่าละอองพระบาท ทรงพระเจริญ พร้อมด้วยสิริสวัสดิ์พิพัฒนามงคล พระชนมายุยืนยีนนาน ทรงพระเกษมสำราญ มีพระสุขภาพพลานามัยแข็งแรง ปราศจากโรคอาพาธ และอุปัทวันตรายทั้งปวง ขอทูลสิ่งจงดั่งพระราชมหุทัยปรารภนา เป็นพระมิ่งขวัญของปวงข้าพระพุทธเจ้าทั้งหลาย ตราบจิรัฐติกาล



ในรอบปีที่ผ่านมามี คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาได้มีการพัฒนาและปรับปรุงด้านสถานที่และการให้บริการ โดยได้ก่อสร้างอาคารใหม่เพื่อรองรับการให้บริการการรักษาพยาบาลด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมถึงอำนวยความสะดวกในเรื่องที่จอดรถและร้านอาหาร อีกทั้งที่คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา จะเชิงเทรา ได้มีการขยายเวลาการให้บริการ โดยเปิดให้บริการทุกวันตั้งแต่เวลา 08.00-20.00 น. และในช่วงกลางปี 2564 นี้ จะเปิดให้บริการการรักษาพยาบาลด้านหูคอ จมูก และอายุรกรรม เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา และพื้นที่ใกล้เคียงให้ได้รับความสะดวกและเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มากขึ้น

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนามีความห่วงใยและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค จึงได้กำหนดแนวทางและมาตรการป้องกันความเสี่ยงโดยมีการชี้แจง ทำความเข้าใจ เตรียมความพร้อมทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่ตรวจคัดกรอง วัดอุณหภูมิก่อนเข้าอาคารและซักประวัติก่อนการตรวจรักษา รวมทั้งจัดตั้งคลินิกคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection: ARI Clinic) เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ มีจุดบริการชำระค่ารักษาพยาบาล และรับยาอยู่ในจุดเดียวกัน บริการจัดเก้าอี้นั่งรอตรวจ โดยเว้นระยะห่าง (Social Distancing) แยกผู้ป่วยตามความเสี่ยง เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ อีกทั้งยังอำนวยความสะดวกในการให้บริการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและไม่สะดวกเดินทางมายังคลินิกฯ

อนึ่ง นิตยสาร MDC Health ในฉบับนี้ ประกอบด้วยบทความที่มีความหลากหลายทางด้านสุขภาพ ซึ่งได้ผ่านการเขียนจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งหวังให้ผู้อ่านเข้าใจถึงการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ตระหนักในความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งมีความเข้าใจลักษณะของโรค การรักษาและเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ช่วยในการรักษา การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้สามารถปรับพฤติกรรมเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นายแพทย์ธีรพล โตพันธานนท์
กรรมกรผู้อำนวยกร คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา



ที่ปรึกษาภคิตติมศักดิ์

- พล.อ.อ.สตีลตีพย์พงษ์ สุชวิมล
- พ.ต.อ.ธรรมนิตี วนิชย์ถนอม
- พ.ท.สมชาย กาญจนมณี
- ศ.เกียรติยศ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ
- พล.ท. นพ.เชิดชัย เขียมไชยศรี
- พล.ท. ทพ.ทวีศักดิ์ ทวีศรี

ที่ปรึกษา

- รศ. นพ.สาธิต โทระกิตย
- รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม
- พล.อ. นพ.วทีญญ ปรึชญานนท์
- พล.ท. นพ.มาโนชญ์ จันทรศร
- นางสุภาณี ธารานนท์

กรรมกรผู้อำนวยกร

- นพ.ธีรพล โตพันธานนท์

รองผู้อำนวยกร

- พญ.จริยา แสงสัจจา
- นพ.พิทักษ์ ตั้งชนะชัยอนันต์

ที่ปรึกษาคณะบรรณาธิการ

- ศ.คลินิกเกียรติคุณ
- ทพญ. ดร.ธีรลักษณ์ สุทธเสถียร

คณะบรรณาธิการ

- พล.ต. นพ.กนธีร์ สังขวาลี
- ศ.เกียรติคุณ นพ.กฤษฏา รัตนโอฬาร
- พญ.กิงกาญจน์ เดิมสิริ
- พล.ท. ผศ. นพ.โกวัชร ธีรเนตร
- นพ.จุล กาญจนเจตน์
- พล.ท. นพ.จุลเทพ ธีระธาดา
- พญ.น้ำเพชร รัชตภูษิต
- นพ.ปกรณ์ โสฬ์เลขา
- ศ.เกียรติคุณ พญ.พูนสุข จิตรานุสนธิ์
- พล.อ. นพ.ภูษิต รัตนธรรม
- ผศ. พญ.รวิวรรณ นีวาดพันธุ์
- นพ.วันล ไซยตรี
- พญ.วิญญารัตน์ ต้นศิริ
- ทพ.สถาพร จันทร
- รศ. นพ.สมชาย เอื้อรัตนวงศ์
- พญ.สมทรง ศิลธรรม
- นพ.สมพร วงศ์มรรธม
- พท. นพ.สุธี อินทรชาติ
- นพ.สุรพงษ์ รัชตภูษิต
- พล.อ. ทพ.อภิศักดิ์ จงรักษ์
- นพ.ไอรส ทรัพย์เจริญ
- นางสาวจิรภา อิทธิปัญญากุล
- นางสาวเนจก์หัทธ บัวดี
- นางสาวพรพรรณ อาลัยญาติ
- นายสรศักดิ์ บุญจรัส
- นายคณากร คงไข
- นางสาวกมลรัตน์ คำพันธ์

บรรณาธิการ

- นางสาวพลอยพัชชา อมรรัตน์โรจน

รองบรรณาธิการ

- นางสาววรรณมน บุตรพรม

แยกสี/พิมพ์ที่

- บริษัท ไชเบอร์พริ้นท์กรุ๊ป จำกัด
- โทร 02-6419135-8

ออกแบบ/ประสานงาน

- นายหน้ ลิขิตมาน
- นายเสกสรร มูลทอง

MDC Health

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

6

ข้ออักเสบรูมาตอยด์
ศก. นว.สมชาย เอื้อรัตณรงค์



18

ตาวนซินโดรม
พญ.พินพวรรณ ต่างวิวัฒน์



12

สิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยปวดเรื้อรัง
อาจมองข้ามไป
พศ. พล.ก. นว.ไกรวัชร ธีรบุตร



24

ฟันร้าว ภัยเงียบยุคโควิด
ทพญ.ปาจรีย์ กุลวัฒนภรณ์



29

ทำไมคนเราจึงแก่
นพ.เอกพจน์ นิมกุลรัตน์



33

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ
กญ.จุฑาปิติย์ ชลสุพรรณ



38

เบาหวานขึ้นจอตา
พญ.สร้อยญา สมิตธารักษ์



43

ภาพกิจกรรม
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา



49

ความภาคภูมิใจ
ของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา



50

ข่าวสารคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา



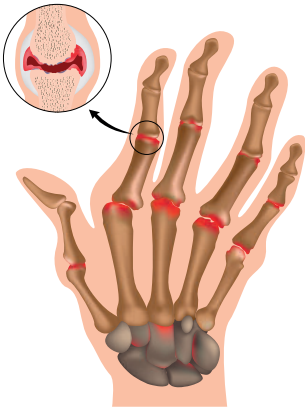


รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์

อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม
แพทย์หัวหน้าคลินิกอายุกรรมทั่วไป



ข้ออักเสบรูมาตอยด์



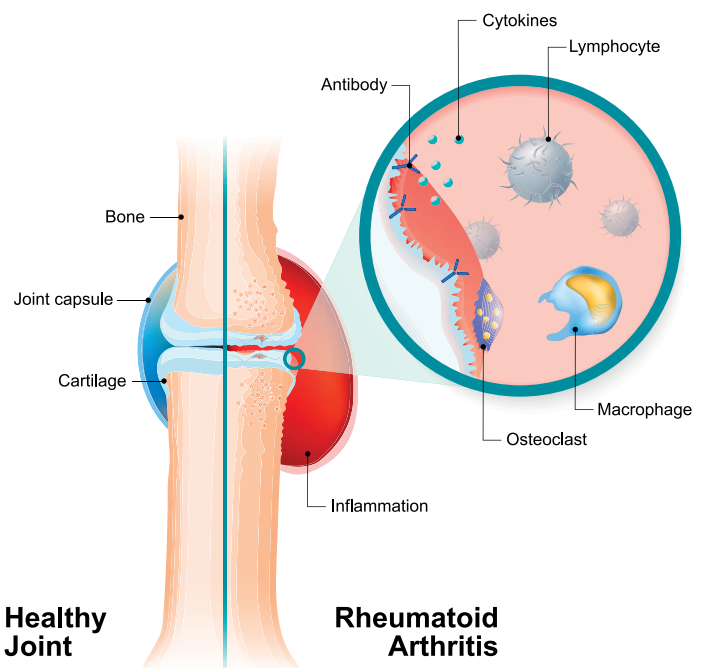
Rheumatoid Arthritis

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis) เป็นโรคที่ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขสูงทั้งด้านความรุนแรงของโรค ความเร็วรังกที่นำไปสู่ความพิการและทุพพลภาพ หากการรักษาไม่ถูกต้อง โรคนี้พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 1 ในประเทศตะวันตก สำหรับประเทศไทยพบได้บ่อยรวมทั้งประเทศไทยพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 0.3 ดังนั้นถ้าคิดจากจำนวนประชากรประเทศไทย

คาดว่าน่าจะมีผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 180,000-200,000 คน และคาดว่าจะมีจำนวนสูงขึ้นในอนาคต ผลของการป่วยเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ทำให้สมรรถภาพของร่างกายแยลง อาจเกิดความพิการได้ร้อยละ 40-50 ภายในระยะเวลา 5 ปี และมักมีอายุขัยน้อยกว่าประชากรทั่วไปในวัยเดียวกัน

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นโรคข้ออักเสบเรื้อรัง เป็นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองชนิดหนึ่ง ที่มีการทำลายข้อเป็นลักษณะเด่น ไม่ทราบสาเหตุ มีการอักเสบเรื้อรังของเยื่อหุ้มข้อ ร่วมกับ

RHEUMATOID ARTHRITIS



Healthy Joint

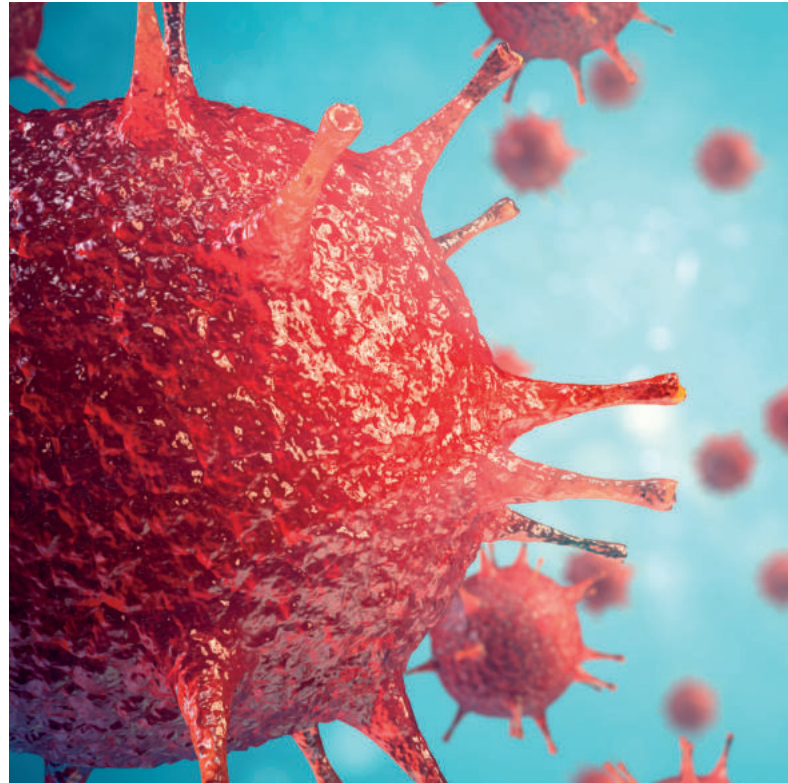
Rheumatoid Arthritis

การอักเสบของอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย ก่อให้เกิดการทำลายของกระดูกอ่อน กระดูกรอบข้อและเนื้อเยื่อรอบข้อ เช่น ถุงน้ำและเส้นเอ็น เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนมีอาการทางคลินิกที่บ่งถึงการอักเสบของอวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ไซ้ อ่อนเพลีย เลือดจาง เยื่อหุ้มหัวใจและปอดอักเสบ รวมทั้งหลอดเลือดอักเสบ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็ว อาจก่อให้เกิดข้อผิดรูป ทุพพลภาพ และเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่ระยะแรกของโรค ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีข้อพิการผิดรูปอย่างถาวร เป็นกลยุทธ์สำคัญ ที่จะช่วยป้องกันภาวะทุพพลภาพ ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยเหล่านี้ได้

สาเหตุ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคนี้ มีการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับพันธุกรรมในครอบครัว ภาวะติดเชื้อ โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรียบางชนิดในช่องปาก และเชื้อไวรัสบางชนิด พบว่าการสูบบุหรี่ก็ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้เช่นกัน สำหรับอาหารไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้



ผู้ใดบ้างที่เป็นโรครุมมาตอยด์ได้

โรครุมมาตอยด์สามารถเป็นได้กับทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่เด็กจนถึงวัยชรา แต่ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยวัยกลางคน และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย





อาการ

ลักษณะเด่นของโรคนี้คือ มีอาการปวดข้อ ในระยะแรก ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการอ่อนเพลีย ปวดตามข้อ มีอาการฟืดซืดข้อเป็นเวลานานหลังตื่นนอนในตอนเช้า (มากกว่า 30 นาที) ระยะต่อมามีอาการทางข้อมากขึ้น มีการบวม ร้อน และปวด โรคนี้สามารถเป็นได้กับทุกข้อของร่างกาย แต่ที่พบได้บ่อยคือข้อนิ้วมือ ข้อมือ ข้อเข่า ข้อเท้า และข้อนิ้วเท้า มักเป็นทั้งสองข้าง อาการของข้ออักเสบจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ในบางรายอาจมีอาการรุนแรงแบบเฉียบพลันได้ บางรายอาจมีไข้ เบื่ออาหาร และน้ำหนักลดร่วมด้วยได้ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีอาการทางระบบตา ปอด และมีปุ่มขึ้นตามตัวได้



อาการระยะแรก

การวินิจฉัย

ในรายที่เป็นมานานและมีข้ออักเสบชัดเจนการวินิจฉัยจะทำได้ไม่ยาก แต่รายที่เป็นในระยะแรก ๆ การวินิจฉัยอาจยุ่งยาก แพทย์อาจจำเป็นต้องทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพิ่มเติม เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรคที่คล้ายโรครูมาตอยด์ออกไป เช่น การตรวจสารรูมาตอยด์ (rheumatoid factor) แต่สารนี้สามารถตรวจพบได้ในโรคข้ออักเสบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรครูมาตอยด์ เช่น โรคติดเชือบางอย่าง หรือตรวจพบได้ในคนปกติ ดังนั้นการตรวจพบสารนี้อย่างเดียวจะไม่ได้บอกว่าผู้ป่วยเป็นโรครูมาตอยด์ อนึ่ง ในระยะแรก ๆ ของโรครูมาตอยด์อาจตรวจไม่พบสารนี้ได้



ความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ที่จะพบได้ เช่น ภาวะเลือดจาง ค่าการอักเสบที่สูงขึ้น (Erythrocyte Sedimentation Rate, ESR) ภาพรังสีของข้อในระยะแรก ๆ มักไม่พบความผิดปกติที่จำเพาะสำหรับโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ แต่จะมีประโยชน์ในการติดตามการดำเนินโรค





การรักษา

ประกอบด้วย การดูแลตนเอง ผู้ป่วยต้องสร้างกำลังใจและทำความเข้าใจต่อโรคว่าเป็นโรคเรื้อรัง ติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการตอบสนองต่อการรักษาและผลข้างเคียงของยาที่รักษา (เช่น เม็ดเลือดขาวต่ำ ตับอักเสบ ไตวาย) โรคแทรกซ้อน (เช่น โรคติดเชื้อ ภาวะเลือดจาง) และโรคร่วม (เช่น ไขมันในเลือดสูง กระดูกพรุน ความดันโลหิตสูง)

การรักษาทางยาในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาไปอย่างมาก เป็นผลให้การควบคุมโรคเป็นไปได้ด้วยดีตั้งแต่ระยะแรก สามารถบรรเทาอาการปวดของข้อ และใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ นอกเหนือจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกันการอักเสบ (Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs, NSAIDs) มาลดอาการปวดแล้ว มีการนำยาต้านรูมาตัสซิมที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรค (Disease-modifying antirheumatic drugs) หรือยา DMARDs มาใช้ควบคุมโรคตั้งแต่วินิจฉัย ยาเหล่านี้จะช่วยชะลอการลุกลามของโรคได้ เช่น ยาด้านมาลาเรีย hydroxychloroquine, methotrexate, leflunamide, sulfasalazine เป็นต้น แต่เนื่องจากยาเหล่านี้มีผลข้างเคียงที่รุนแรง จึงควรใช้ในรายที่มีอาการรุนแรงและใช้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น นอกจากนี้ได้มีการพัฒนายาใหม่ๆ เช่น ยาชีววัตถุ (biologic agents) ซึ่งเป็นยาชนิดฉีด เช่น etanercept, golimumab, infliximab, rituximab เป็นต้น หรือยาด้านรูมาตัสซิมชนิดมุ่งเป้า (targeted synthetic DMARDs) ชนิดรับประทาน เช่น tofacitinib, baricitinib ในผู้ป่วยรายที่มีอาการโรครุนแรงไม่ตอบสนอง หรือตอบสนองต่อยา DMARDs ไม่ดีพอ ซึ่งยาทั้งสองกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างไซโตไคน์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบในโรครูมาตอยด์



นอกจากนี้การพักผ่อนให้เพียงพอ การบริหารร่างกายและข้อ มีส่วนสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยโรครูมาตอยด์ การพักผ่อนจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียและข้ออักเสบมาก การออกกำลังกายเริ่มต้นด้วยการเหยียดข้อทุกข้อ (stretching) ซึ่งจะช่วยให้ข้อยืดหยุ่นมากขึ้น เมื่อมีอาการดีขึ้นก็เพิ่มการออกกำลังกายโดยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strengthening) เช่น การเดิน กล้ามเนื้อที่แข็งแรงจะช่วยลดการกระแทกต่อข้อได้ การบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ข้อไม่ติดขัด และช่วยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้และสามารถใช้ชีวิตได้ปกติหรือใกล้เคียงคนปกติ

ผู้ป่วยควรเรียนรู้ และหลีกเลี่ยงการกระทำบางอย่างที่อาจส่งเสริมให้ข้อถูกทำลายเร็วขึ้น เช่น การนั่งพับเข่า หรือการบิดข้อมือ การใช้กายอุปกรณ์บางอย่าง เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยเดิน จะช่วยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวคล่องขึ้นและหลีกเลี่ยงแรงที่กระทำต่อข้อได้



สรุป

โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นโรคเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ ในปัจจุบันมียาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคที่ดีขึ้น แพทย์ทางสาขาโรคข้อและรูมาติสซั่ม จะประเมินโรคและบริหารยาที่เหมาะสม ทำให้โรคนี้สามารถควบคุมได้ดีกว่าในอดีตอย่างมาก จนถึงขนาดที่บางรายโรคสามารถเข้าสู่ระยะสงบ ไม่เกิดข้อพิการผิดรูป ผู้ป่วยสามารถทำงาน ทำกิจกรรมต่าง ๆ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข แต่การรักษาที่จะให้ได้ผลดีนั้น ต้องเริ่มการรักษาตั้งแต่ระยะแรกของโรคก่อนข้อจะถูกทำลาย ผู้ป่วยต้องติดตามการรักษา รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้การดูแลตนเอง โดยการทำความเข้าใจต่อโรค และสร้างกำลังใจ หลีกเลี่ยง ยาชุด สมุนไพร อาหารเสริม หรือยาอื่นที่ยังไม่ผ่านการรับรองจตุสนุหรี และงดดื่มสุรา ผู้ป่วยควรได้ฝึกการบริหารข้อ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ สามารถใช้ชีวิตได้ปกติหรือใกล้เคียงเช่นคนปกติ



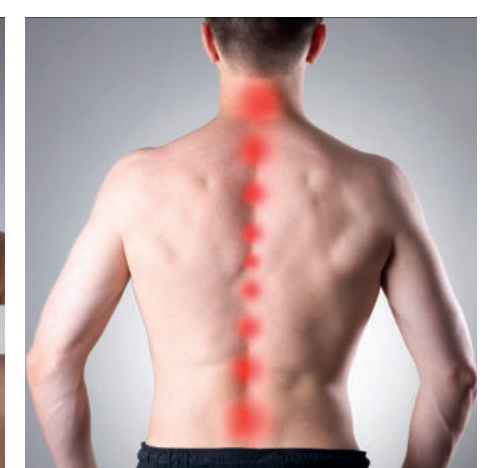
รศ. นพ.สมชาย เอื้อรัตนวงศ์
แพทย์อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม

ตารางออกตรวจ

วันอังคาร	07.00-16.00 น.
วันพุธ	13.00-16.00 น.
วันพฤหัสบดี	13.00-16.00 น.
วันศุกร์	07.00-11.00 น.
วันอาทิตย์	13.00-17.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้าเพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

โทร. 0-2105-0345, 0-2308-7600



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พลโท นายแพทย์ไกรวัชร อีรเนตร
แพทย์หัวหน้าคลินิกเวชกรรมฟื้นฟู

หากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีอาการปวดอย่างยาวนาน ไม่ว่าจะ
จะเป็นจากโรคปวดของข้อต่อ หรือจากเส้นเอ็น หรือกล้ามเนื้อ และจัดว่าเรื้อรังเมื่อปวดนานเกิน 3 เดือน ส่วนใหญ่จะ
ได้รับการรักษาหลายอย่าง ทั้งการนวด การใช้ยาทา ทาน
ยาหรือฉีดยา อาการอาจดีขึ้นสักระยะหนึ่งแต่ก็กลับมาปวด
ใหม่ และก็ได้รับการรักษาซ้ำด้วยวิธีเดิมอีก จนเริ่มรู้สึกกังวล
ถึงผลกระทบจากการใช้ยาเป็นเวลายาวนาน หรืออาจเป็นผู้ที่
มีประวัติแพ้ยา ซึ่งไม่สามารถใช้ยารักษาอาการปวดได้ และ
แม้จะพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ยา และเพียรพยายามมาทำ
กายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานานหลายเดือน
แล้ว แต่อาการปวดก็ยังไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร เช่น ดีขึ้นเพียงช่วง
เวลาที่ทำกายภาพบำบัดเท่านั้น หากหยุดทำ อาการก็กลับคืน
มาใหม่ บทความนี้มีวัตถุประสงค์นำเสนอสิ่งที่ผู้ป่วยดังกล่าว
ไม่ควรมองข้าม ดังต่อไปนี้



1. อาหาร

ของหวาน ขนมหวานต่าง ๆ แป้งขาว เช่น ข้าวขาว ขนมปังขาว แป้งชาลาเปา ฯลฯ ที่มีดัชนีน้ำตาลสูง (high glycemic index) อาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันจากเมล็ดพืช (vegetable seed oils) ชนิดไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (polyunsaturated fatty acid-PUFA) สกัดด้วยวิธีการอุตสาหกรรมซึ่งใช้ความร้อนสูง ใช้สารเคมีเป็นตัวทำลายตัวเร่งปฏิกิริยา กระบวนการฟอกสีเพื่อให้เก็บอยู่ได้นาน รูปลักษณะของน้ำมันดูใสดี ไม่มีกลิ่น ไม่มีรส มีสัดส่วนของกรดไขมัน omega-6 ที่มากเกินไป และใช้กันอย่างแพร่หลายในครัวเรือนในปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันเมล็ดฝ้าย น้ำมันรำข้าว น้ำมันคาโนลา ฯลฯ แม้ว่าจะใช้โดยไม่ทอด และจะเพิ่มความเสียวมากขึ้น หากใช้ทอดด้วยความร้อนสูงและเสียวอย่างยิ่งหากใช้ทอดซ้ำแล้วซ้ำอีก เนื้อสัตว์รวมทั้งไขมันชนิดอิ่มตัวที่แทรกอยู่ในเนื้อสัตว์ การรับประทานอาหารดังกล่าวข้างต้นเป็นจำนวนมากอย่างสม่ำเสมอ ล้วนสามารถกระตุ้นให้เกิดการอักเสบในระดับเซลล์จากกลไกหลายประการ ที่สำคัญก็คืออนุมูลอิสระที่ก่อ oxidative stress และการอักเสบที่เรื้อรัง ทำให้เนื้อเยื่อของโครงสร้างภายในร่างกายส่วนต่าง ๆ รวมทั้งระบบกล้ามเนื้อ ข้อต่อ กระดูกอ่อน เส้นเอ็น อ่อนแอลงเรื่อย ๆ จนเสื่อมสภาพ ส่วนของเนื้อเยื่อที่เสื่อมสภาพ จะมีความไม่แข็งแรงและบาดเจ็บได้ง่าย แม้จะเป็นการใช้งานธรรมดา ๆ ในชีวิตประจำวัน และเกิดการอักเสบและปวดเรื้อรังตามมาได้อีกต่อหนึ่ง มาถึงระยะนี้หลายคนจะนึกว่าเป็นเพราะตนเองเริ่มอายุมากขึ้น เพราะแทบทุกอวัยวะก็จะเสื่อมและทยอยเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ มากขึ้น โดยเข้าใจว่าเป็นเรื่องธรรมดาของคนสูงวัยที่มีอวัยวะต่าง ๆ เสื่อม ปวดกล้ามเนื้อ ข้อต่อไปทั่ว ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ จนมีการใช้คำว่า Inflamm-aging และ Immunosenescence กับสภาวะดังกล่าว แต่หากพิจารณาให้ดีแล้ว ปัจจัยซ้ำเติมที่สำคัญก็น่าจะมาจากอาหารที่คุ้นเคยและรับประทานแบบเดิมอย่างต่อเนื่องทุกวันนี้เอง ที่จริงแล้วธรรมชาติของร่างกายจะพยายามซ่อมแซมและปรับตัวเองอยู่เสมอ ซึ่งถือเป็นพื้นฐานสำคัญของกระบวนการฟื้นฟู แต่จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เราเติมเข้าไป ให้เป็นไปในทางเกื้อกูลหรือขัดขวางต่อการซ่อมแซมดังกล่าว ในเรื่องของอาหาร เราจึงควรหลีกเลี่ยงหรือลดน้ำตาล ของหวาน ของทอด ทดแทนแป้งขาว ข้าวขาวด้วยข้าวชนิดไม่ขัดสี ขนมปังชนิดโฮลวีท ใช้น้ำมันประกอบอาหารที่มีความปลอดภัยและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้วิธีผลิตแบบสกัดเย็น เช่น น้ำมันมะกอกแบบสกัดเย็นที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ หรือน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น หลีกเลี่ยงแหล่งโปรตีนที่มาจากเนื้อสัตว์มากเกินไป ทดแทนด้วยโปรตีนจากธัญพืช เช่น พืชตระกูลถั่ว เห็ดและเต้าหู้ และเพิ่มปริมาณและความถี่การบริโภคผักสดที่มีความหลากหลายทั้งสีและชนิด ผลไม้สดที่ไม่หวานจัด สมุนไพรสดต่าง ๆ ล้วนมีสารพฤกษเคมี (phytonutrients) ที่มีประโยชน์ต่อร่างกายมากมาย เช่น วิตามิน เกลือแร่ และมีสารช่วยต้านการอักเสบและอนุมูลอิสระช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้



2. ยา

ยารักษาโรคประจำตัวบางอย่างที่ต้องทานเป็นประจำ บางชนิดอาจเกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด และอักเสบเกิดขึ้นได้ ที่พบบ่อย ได้แก่ ยาลดระดับไขมันในเลือด โดยมุ่งลดระดับไขมันตัวไม่ดี Low Density Lipoprotein-LDL และเพิ่มระดับไขมันดี High Density Lipoprotein-HDL ได้แก่ ยาในกลุ่ม สเตติน (statins) ที่ทำให้เกิด Statin-Associated Muscle Symptoms (SAMS) แต่ในทางคลินิกอาจพบได้ทั้งการปวดกล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น ข้อต่อต่าง ๆ เช่น ข้อเข่า ข้อไหล่ ข้อต่อกระดูกสันหลังทั้งระดับคอและระดับเอว รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับแหล่งทุนของงานวิจัย ตั้งแต่ต่ำกว่า 1% (ทุนจากบริษัทยา) 10-25% (ทุนจากแหล่งอื่น) และประมาณ 60% จากบางรายงานของการศึกษาด้วยวิธีสังเกตการณ์ กลไกของ SAMS เกี่ยวข้องกับการปิดกั้นการสังเคราะห์ LDL ที่มีเส้นทางร่วมกันกับการผลิตโคเอนไซม์คิวเท็น (Coenzyme Q10-Co Q10) และวิตามินดี (ผ่าน mevalonate pathway) ที่ช่วยต้านอนุมูลอิสระและลดอาการปวดได้ และเช่นเดียวกันกับเรื่องอาหาร กลุ่มอาการแบบนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าปวดเกิดจากการเสื่อมตามอายุแต่เพียงอย่างเดียว แท้ที่จริงแล้วการปวดที่เกิดขึ้นในกรณีนี้มีทางบรรเทาและฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ โดยอาจพิจารณาเสริม Co Q10 และวิตามินดี (ควรปรึกษาและใช้ตามดุลยพินิจของแพทย์หรือเภสัชกร) ปรับปรุงการรับประทานอาหารโดยแนวทางตามข้อ 1 ที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งน่าจะส่งผลดีทั้งการควบคุมระดับ LDL ที่ดีขึ้นและอาการปวดที่ลดลงได้จากการอักเสบที่ลดลง และหากการควบคุมระดับไขมันสูงได้ผลเป็นอย่างดี จะสามารถลดปริมาณการใช้ยาสเตตินลงได้ อย่างไรก็ตามการลดการใช้ยาควรปฏิบัติตามดุลยพินิจของแพทย์เป็นหลัก





3. อิริยาบถที่เป็นกลาง

แม้จะมีการพูดถึงอิริยาบถกับความปวดอยู่เป็นประจำ แต่เท่าที่พบบ่อยมักจะเป็นการพูดตาม ๆ กันมา มากกว่าความเข้าใจอย่างแท้จริงของกลไกและช่วงระยะของการปวดที่ต่างกัน เช่น มีการบอกกันต่อ ๆ มาไม่ให้นอนหนุนหมอนหรือลดความหนาของหมอนลงในผู้ป่วยที่ปวดคอ บ่า ไหล่ จากโรคกระดูกคอเสื่อม (แต่เมื่อปฏิบัติตาม กลับมีอาการปวดมากขึ้น) การบอกให้ผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่มีสภาวะช่องกระดูกสันหลังแคบ และมีอาการปวดหลังร้าวลงขา เดินตัวเอียงและหลังค่อมให้ฝืนยืดให้ตัวตรง (แต่ผลลัพธ์ทำให้อาการปวดหลังลงขามากขึ้น) หรือการบอกผู้ป่วยปวดไหล่ที่มีการอักเสบของเส้นเอ็นเอ็นช้อนอยู่กับความเสื่อมที่ยกแขนขึ้นได้ไม่สุด rotator cuff syndrome, impingement syndrome อดทนฝืนปวดและยกแขนขึ้นไปในมุมที่ยังปวดมาก ด้วยความเข้าใจไปว่าผู้ป่วยเป็นโรคไหล่ติด frozen shoulder ซึ่งการกระทำตามคำบอกเล่าที่ผ่านมา อาจเป็นสิ่งที่ซ้ำเติมอาการปวดอย่างรู้เท่าไม่ถึงการณ์ในระยะของการปวดช่วงนั้น ๆ

สิ่งสำคัญที่ควรทราบและเรียนรู้ในทางปฏิบัติที่แท้จริงก็คือ เรียนรู้ให้เข้าใจและเข้าถึงการปฏิบัติอิริยาบถที่เป็นกลาง (neutral posture) สำหรับแต่ละสภาวะให้ได้ ซึ่งเป็นอิริยาบถของร่างกายส่วนที่มีปัญหาปวด ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงของการหยุดพักหรือขณะเคลื่อนไหวที่มีอาการปวดน้อยที่สุด และควรคงเอาไว้ให้ได้นานที่สุด การฝึกอิริยาบถที่เป็นกลางไม่ใช่ท่าของการออกกำลังกายหรือการบริหารโดยตรง แต่เป็นการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง (coping skills) อย่างหนึ่ง ซึ่งต้องมีการฝึกฝนให้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ครั้งใดที่มีการเพลอหลุดออกนอกอิริยาบถที่เป็นกลาง (บ่อยครั้งที่อาการปวดจะเป็นตัวเตือน) ก็ให้กลับคืนสู่อิริยาบถที่เป็นกลางต่อไปให้ได้เร็วที่สุด ท่านสามารถฝึกอิริยาบถที่เป็นกลางได้ทันทีที่แพทย์ได้ประเมินและแนะนำว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร อิริยาบถที่เป็นกลางของแต่ละรายแม้จะเป็นโรคเดียวกันก็อาจแตกต่างกันได้ในรายละเอียด และจะปรับเปลี่ยนไปได้ตามระยะและโครงสร้างของโรคที่เปลี่ยนไป ข้อดีของการควบคุมอิริยาบถที่เป็นกลางให้ได้บ่อย ๆ และมากพอก็คือ การป้องกันอาการปวดและส่วนของเนื้อเยื่อที่มีการอักเสบจากการบาดเจ็บ ให้พื้นที่ตัวได้ทันระหว่างกระบวนการฟื้นฟูสภาพ และยังสามารถเคลื่อนไหวส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้ต่อไป โดยไม่กระทบกระเทือนส่วนที่ยังมีปัญหากลับและปวดอยู่ แต่ข้อจำกัดของการฝึกอิริยาบถที่เป็นกลางก็คือ ต้องฝึกฝนและทำด้วยตนเอง ไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาหรือการทำกายภาพบำบัดแบบป้อนให้ (passive treatment เช่น การนวดประคบ อบ ดึง ฯลฯ) ใด ๆ ในช่วงแรกของการเรียนรู้บางรายอาจต้องใช้ตัวช่วย เช่น ฝีก่อนที่ใส่พยุง รวมทั้งเป็นตัวช่วยเตือนให้รู้ตัวได้มากขึ้น ถึงการควบคุมอิริยาบถ และผู้ป่วยจะทำได้สำเร็จจะต้องมีสติรู้ทันอิริยาบถของตนเองอยู่เสมอ เพราะเหตุนี้ จึงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังปวดแล้วปวดอีกเป็นเวลานาน ๆ เนื่องจากที่ผ่านมามากพึ่งแต่การรักษาแบบ passive treatment เพียงส่วนเดียว แม้จะเกิดความสบายชั่วคราวหลังทำกายภาพบำบัดใหม่ ๆ แต่ก็ไม่อาจตามไปคุ้มครองป้องกันอาการปวดในชีวิตประจำวันได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังจึงควรเรียนรู้และฝึกปฏิบัติทักษะนี้ จนเกิดความชำนาญควบคู่ไปกับการทำกายภาพบำบัดแบบ passive treatment ด้วยเสมอ วิธีการนี้จำเป็นและควรนำมาใช้เป็นอย่างยิ่ง สำหรับโรคที่มีความผิดปกติของโครงสร้างที่อาการปวดแปรตามอิริยาบถ (posture dependent pain) ที่ยังอยู่ในระยะที่พอแก้ไขได้และไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนในการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ตัวอย่างเช่น กล้ามเนื้อคอ ปวดหลัง ร้าวลงขา ปวดไหล่ ฯลฯ เป็นต้น

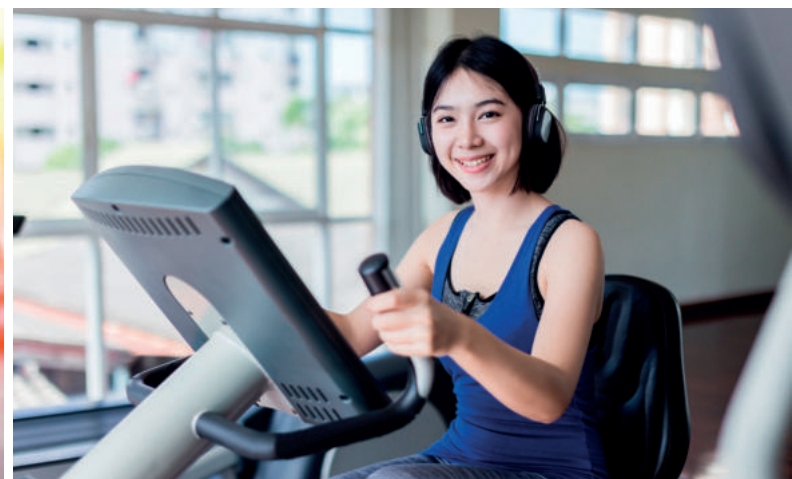


4. ทำกายบริหารและการออกกำลังกาย

ท่าบริหาร เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจำนวนมากมักถามหาาก่อนอื่นเมื่อเกิดอาการปวด อาจเนื่องจากมีคำพูดว่า “หากปวดส่วนไหนต้องบริหารส่วนนั้นให้แข็งแรง” ซึ่งไม่เป็นจริงเสมอไป ท่าบริหารร่างกายมักกำหนดเอาไว้อย่างชัดเจน และมักให้ทำเป็นจำนวนครั้งซ้ำ ๆ ตามที่กำหนด เพื่อหวังผลให้ร่างกายปรับตัวในทางบวก ในสื่อสังคมออนไลน์ มีข้อมูลของท่าบริหารต่าง ๆ ทั่วไปจำนวนมาก ซึ่งต้องกลั่นกรองให้ดีก่อนนำมาใช้ บางครั้งท่าบริหารอาจละกันด้วยท่าที่ช่วยและท่าที่ทำให้อาการกำเริบได้หากนำมาใช้ผิดโรค ตัวอย่างเช่น ท่าบริหารที่มีการแหงนหน้าหงายคอมากไป อาจทำให้ปวดมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการเสื่อมของกระดูกคอ แต่อาจดีต่ออาการตึงของกล้ามเนื้อคอและหน้าอกด้านหน้า ท่าหมุนวงล้ออาจดีต่อการฟื้นฟูหัวไหล่ที่ข้อยึดติดเรื้อรัง แต่อาจทำให้ปวดมากขึ้นในกรณีปวดไหล่จากเส้นเอ็นเสื่อมและมีการอักเสบแทรกซ้อนอยู่ กล่าวโดยรวมแล้วแม้ท่าบริหารจะมีประโยชน์อยู่ก็จริง แต่ก็ควรใช้เพื่อเสริมสร้างสภาพร่างกายระดับพื้นฐานให้ดีขึ้น เช่น คลายอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่อ เพิ่มความอ่อนตัวและยืดหยุ่นของร่างกายมากกว่าใช้เพื่อแก้อาการปวดได้ทุกเรื่องใน

ชีวิตประจำวัน นอกจากนี้การกำหนดให้ท่าบริหารทำเป็นชุด ๆ ไป มีจุดสิ้นสุดของการบริหาร ผู้ป่วยอาจคิดว่าบริหารเสร็จแล้วก็เพียงพอ ไม่ต้องดูแลตัวเองอย่างอื่น ๆ อีก ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง ละเลยในการควบคุมอิริยาบถที่เป็นกลางในชีวิตประจำวัน และอาการปวดก็ยังไม่ได้รับการแก้ปัญหาที่ตรงประเด็น

ส่วนการออกกำลังกายโดยทั่วไปมักหมายถึงการเคลื่อนไหวของร่างกาย หรือบางส่วนของร่างกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของระบบกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ และการไหลเวียนของระบบหลอดเลือดและหัวใจ การออกกำลังกายเปรียบเสมือนการเปิดเครื่องรีไซเคิลขยะให้ร่างกาย มีประโยชน์ทั้งในแง่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคต่าง ๆ รวมทั้งอาการปวดเรื้อรังได้อย่างมาก การออกกำลังกายสามารถกระทำได้ด้วยตนเองอย่างง่าย ๆ ที่สะดวก เช่น การเดิน การถีบจักรยาน หรือการออกกำลังกายด้วยเครื่องออกกำลังกายหลายประเภทในศูนย์กีฬา โดยไม่เน้นท่าทางการออกกำลังกายเหมือนท่าบริหาร ผู้เริ่มต้นควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่หักโหมและค่อย ๆ เพิ่มเมื่อร่างกายปรับตัวดีขึ้น



5. อารมณ์

อารมณ์เป็นอาหารทางใจ แต่จะไม่มาแบบ 3 มื้อ เหมือนอาหารทางกาย เพราะว่าสามารถเกิดขึ้นทุกขณะจิตไม่เว้นแม้กระทั่งช่วงนอนหลับ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงได้ไวมากและเกิดขึ้นเสมอ ๆ ตลอดเวลาไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง จึงมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ทุกที่ทุกเวลา อารมณ์ที่หดหู่หรืออาการจิตตก กังวล เศร้าหมอง อยู่ในแดนลบ และทางพุทธศาสนา อาจถือเป็นอกุศลจิตชนิดหนึ่งเพราะเป็นการเบียดเบียนตนเอง ไม่ว่าจะดีหรือไม่ดีสาเหตุทางกายนำมาก่อน อารมณ์อาจเป็นเหตุชักนำให้มีอาการปวดขึ้นมาได้ จึงมีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด อาการปวดและอารมณ์ที่เศร้าหมองหดหู่ จึงสามารถเป็นได้ทั้งเหตุและผลซึ่งกันและกัน และวนเวียนได้ยาวนาน นอกจากนี้ ยังเป็นตัวทำลายกำลังใจและตัดโอกาสที่จะกลับมาต่อสู้ให้ตนเองพ้นจากความเจ็บป่วยและความทุกข์ดังกล่าว การฟื้นฟูสภาพในกรณีอาการปวดเรื้อรัง ผู้ป่วยและญาติต้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและเข้าใจเป้าหมายเดียวกัน แพทย์ก็ต้องเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยทุกด้าน ผู้ป่วยและญาติต้องมีศรัทธา มีความสม่ำเสมอ มีความมุ่งมั่น และมีทัศนคติต่อวิธีการฟื้นฟูที่ต้องเริ่มปฏิบัติให้เกิดขึ้นด้วยตนเอง (active rehabilitation) ให้มากขึ้น ด้วยการแนะนำจากแพทย์และการทำกายภาพบำบัดอย่างเป็นขั้นตอน โดยพึ่งพาการรักษาและฟื้นฟูสภาพแบบป้อนให้ (passive modalities) เพียงเท่าที่จำเป็นในระยะแรก ๆ เท่านั้น



กล่าวโดยสรุป ขั้นตอนของการดูแลรักษาและฟื้นฟูอาการปวดที่ยืดเยื้อเรื้อรังอาจเปรียบเทียบได้ดังนี้

การดูแลต้นน้ำ ได้แก่ การปรับอาหาร และอารมณ์ ลดสัดส่วนของอาหารไม่ดี เพิ่มสัดส่วนของอาหารที่ดี ปรับอารมณ์ให้อยู่ในแดนบวกหรือเป็นกลาง การออกกำลังกายและกายบริหารเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกาย

การดูแลกลางน้ำ ได้แก่ ทักษะการเคลื่อนไหวและคงอิริยาบถที่เป็นกลางเอาไว้ให้ต่อเนื่อง เพื่อให้ร่างกายซ่อมแซมตนเองได้ทันเวลา

การดูแลปลายน้ำ ได้แก่ การรักษาปลายเหตุทั้งหลาย เช่น การทานยา การทำกายภาพบำบัด รวมทั้งกายบริหารบางชนิด

ซึ่งในระยะแรกอาจต้องดูแลพร้อมกันไปทั้งสามส่วน และลดการดูแลปลายน้ำลงเมื่ออาการทุเลา โดยยังคงการดูแลต้นน้ำ กลางน้ำ ให้ได้ต่อเนื่อง

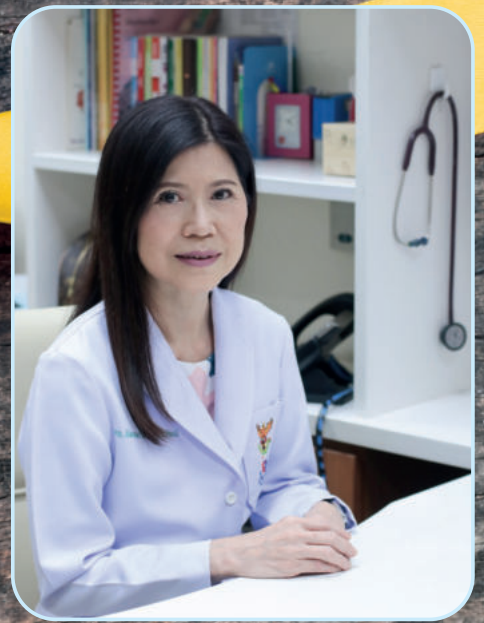
ผศ. พล.ท. นพ.ไกรวัชร อีร์เนตร คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์	16.00-20.00 น.
วันอังคาร	14.00-20.00 น. (เฉพาะสัปดาห์ที่ 2, 4 ของเดือน) 16.00-20.00 น. (เฉพาะสัปดาห์ที่ 1, 3, 5 ของเดือน)
วันพุธ	13.00-17.00 น.
วันพฤหัสบดี	16.00-20.00 น. 14.00-20.00 น. (เฉพาะสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน)
วันศุกร์	16.00-20.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ
โทร. 0-2105-0345, 0-2308-7600

ดาวนซินโดรม



แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติ-นรีเวช



World Down Syndrome Day หรือวันดาวนซินโดรมโลก ตรงกับวันที่ 21 มีนาคม ของทุกปี ถูกจัดขึ้นเป็นครั้งแรกที่ประเทศสิงคโปร์ เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2549 เพื่อบ่งชี้ถึงความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 องค์การดาวนซินโดรมทั่วโลก จะจัดงานเพื่อให้สาธารณชนเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขก็มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ เพื่อให้เห็นความสำคัญและให้เด็กกลุ่มอาการดาวนได้มีโอกาสแสดงความสามารถและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันทุกปี

กลุ่มอาการดาวน์คืออะไร

กลุ่มอาการดาวน์ หรือดาวน์ซินโดรม เป็นโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แท่ง เกิดขึ้นกับทารกประมาณ 1 ใน 800 คน เด็กกลุ่มอาการดาวน์ มีความบกพร่องในการเรียนรู้ การใช้ภาษาและการเคลื่อนไหวของร่างกายตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงระดับที่มาก โอคิวเฉลี่ยประมาณ 50 นอกจากนี้ยังอาจพบหัวใจพิการแต่กำเนิด ต่อมไทรอยด์บกพร่อง ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลตั้งแต่แรกเกิด

รูปเปรียบเทียบโครโมโซมปกติ และกลุ่มอาการดาวน์

(A) ปกติ

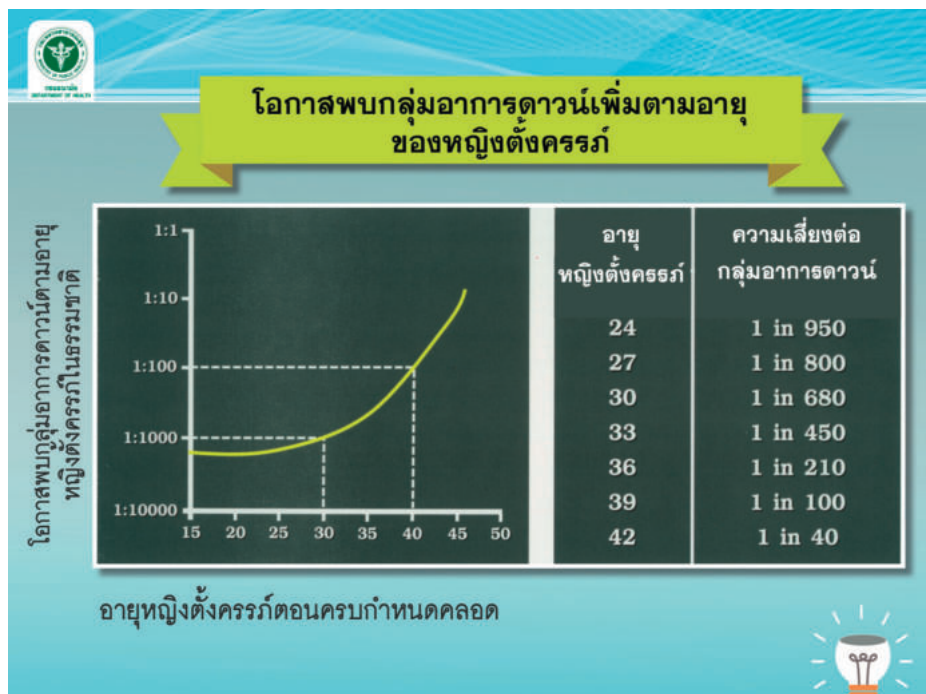
(B) กลุ่มอาการดาวน์



หญิงตั้งครรภ์จะทราบได้อย่างไร "ว่าตนเองมีความเสี่ยง"

1. อายุของหญิงตั้งครรภ์ ณ วันที่ครบกำหนดคลอด

โอกาสพบทารกกลุ่มอาการดาวน์จะเพิ่มขึ้นตามอายุของหญิงตั้งครรภ์ แม้ว่า การที่ลูกเกิดมาเป็นกลุ่มอาการดาวน์มีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นของแม่ แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่า ร้อยละ 75-80 ของทารกกลุ่มอาการดาวน์เกิดมาจากแม่ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มากลอดเมื่ออายุเกิน 35 ปี มีเพียงร้อยละ 10 ของหญิงคลอดทั้งหมด ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ทุกคนมีความเสี่ยง แต่จะสูงหรือต่ำแตกต่างกันไปในแต่ละคน



2. ความหนาของน้ำที่สะสมบริเวณต้นคอทารกจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

การวัดความหนาของน้ำที่สะสมบริเวณต้นคอทารก (Nuchal Translucency) โดยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงผ่านทางหน้าท้อง ซึ่งจะทำได้ในขณะอายุครรภ์ 10-14 สัปดาห์



ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อวัดความหนาของถุงน้ำบริเวณต้นคอทารก Nuchal Translucency (NT)

การวัดความหนาของน้ำที่สะสมบริเวณต้นคอทารก โดยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงผ่านทางหน้าท้อง และทำการวัดความหนาของน้ำที่สะสมที่อยู่บริเวณต้นคอทารกจะทำตอนอายุครรภ์ 10-14 สัปดาห์

บาง = เสียงต่ำ หนา = เสียงสูง



3. การตรวจหาสารชีวเคมีในเลือดหญิงตั้งครรภ์

เป็นการตรวจคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยง แล้วนำไปประกอบการตัดสินใจที่จะเลือกตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ซึ่งเป็นการตรวจแบบรูก้ำที่อาจเกิดความสูญเสียต่อทารกจากการทำหัตถการได้ การตรวจคัดกรองมีหลายวิธี สามารถทำได้ทั้งในไตรมาสแรกและไตรมาสที่ 2 แต่การตรวจคัดกรองที่อายุครรภ์น้อยกว่า 16 สัปดาห์ มีความเหมาะสมมากที่สุด เพราะมีเวลามากพอในการสืบค้นเพิ่มเติม และสามารถตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ได้หากพบว่าทารกเป็นกลุ่มอาการดาวน์

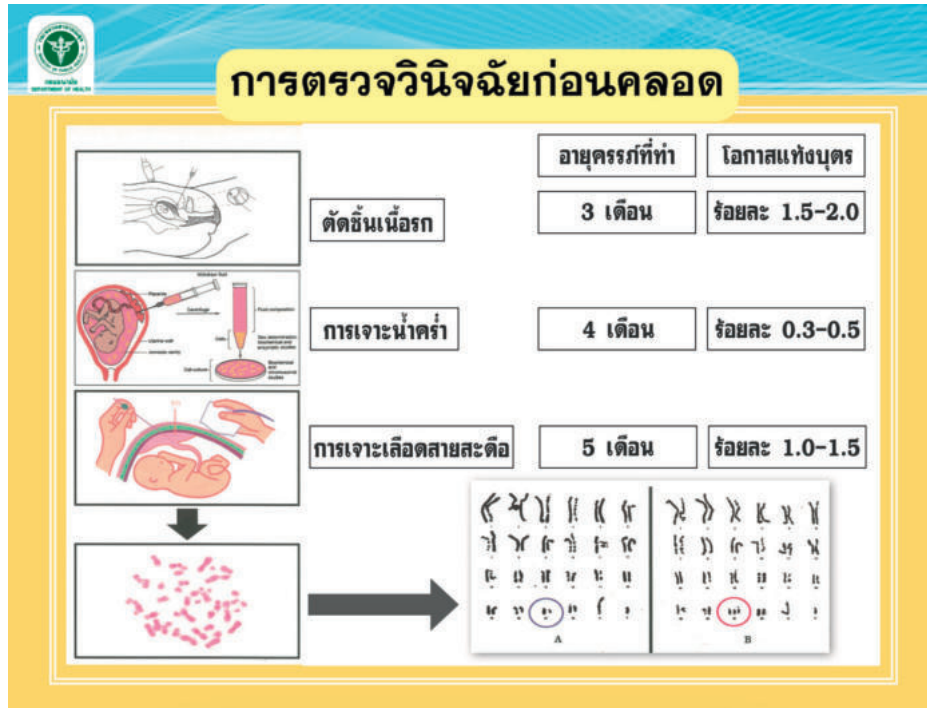
หากผลการตรวจคัดกรองรายงานว่ามีความเสี่ยงสูง ไม่ได้หมายความว่า ทารกในครรภ์จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ และมีข้อข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์ จำเป็นต้องมีการตรวจยืนยันด้วยการวินิจฉัยก่อนคลอดแบบรูก้ำเสมอ ส่วนผลการตรวจคัดกรองที่มีความเสี่ยงต่ำ มิได้บอกว่าทารกในครรภ์ไม่เป็นกลุ่มอาการดาวน์ แต่มีความเสี่ยงต่ำเกินกว่าที่จะแนะนำให้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดแบบรูก้ำ กรณีนี้แนะนำให้มาฝากครรภ์ตามปกติและติดตามทารกหลังคลอด



4. การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal Diagnosis)

เป็นการนำเอาเซลล์ของทารกมาตรวจเพื่อนับจำนวนโครโมโซมของทารกในครรภ์ โดยสามารถตรวจได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและสภาวะของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย

1. การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic Villous Sampling)
2. การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis)
3. การเจาะเลือดทางสายสะดือ (Cordocentesis)



การเจาะน้ำคร่ำ

เป็นการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดที่ได้รับความนิยมและปฏิบัติกันมาอย่างแพร่หลาย และมีอัตราเสี่ยงต่อแม่และทารกในครรภ์น้อยกว่าวิธีอื่น เป็นการดูดเอาน้ำที่อยู่รอบตัวทารกมาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจนับโครโมโซมของทารกในครรภ์ โดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์ จึงจะทราบผล

การเจาะน้ำคร่ำ

แพทย์จะใช้น้ำยามาเชื้อทำบริเวณท้องน้อยตรงตำแหน่งที่จะทำการเจาะ โดยใช้เข็มขนาดเล็ก เจาะผ่านหน้าท้องและผนังมดลูก เข้าสู่ถุงน้ำคร่ำ ใช้อัลตราซาวด์ช่วยเพื่อป้องกันเข็มถูกตัวทารก ดูดน้ำคร่ำประมาณ 10-20 มิลลิลิตร ใช้เวลาในการเจาะ 5-10 นาที

ข้อจำกัดการเจาะน้ำคร่ำ

- ◀ ผลการตรวจจะบอกได้เฉพาะโรคหรือภาวะที่ส่งตรวจเท่านั้น
- ◀ แม้ว่าผลการตรวจจะเป็น "ปกติ" แต่ทารกอาจมีความพิการแต่กำเนิดหรือเป็นโรคอื่นๆ ได้

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบ ได้แก่ การเจ็บบริเวณที่เจาะหรือปวดเกร็งบริเวณท้องน้อย มีโอกาสแท้ง ทารกตาย หรือเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบได้ประมาณร้อยละ 0.5

หากพบว่าทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์

แพทย์จะให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์และสามี โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจและทางเลือกในการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ หรือจะตั้งครรภ์ต่อไปตามปกติ กรณีที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ จะต้องมีการวางแผนในการดูแลรักษา ส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม



สิทธิประโยชน์ที่หญิงตั้งครรภ์จะได้รับ

ประเทศไทยมีนโยบายสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน รัฐบาลได้ทุ่มงบประมาณประมาณ 100 ล้านบาท ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 เริ่มเปิดให้บริการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุ ทุกคน ทุกสิทธิ์ ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยจัดให้มีเครือข่ายบริการแบบเบ็ดเสร็จในทุกจังหวัด หญิงตั้งครรภ์ทุกคนสามารถเข้ารับคำปรึกษา ตรวจคัดกรอง ตรวจยืนยันวินิจฉัยก่อนคลอด ตลอดจนจนถึงการยุติการตั้งครรภ์ในกรณีพบว่าทารกเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ได้ที่สถานพยาบาลของรัฐและเอกชนที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีโอกาสเข้าถึงบริการและเข้าถึงข้อมูล เพื่อการตัดสินใจและเตรียมความพร้อมแก่ตนเอง ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดความเท่าเทียมในสังคม ดังคำมั่นของรัฐบาลว่าเรา “จะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” “No one left behind”



ขอบคุณภาพประกอบจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



พญ.พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์
คลินิกสูติ-นรีเวช

ตารางออกตรวจ

วันเสาร์ 08.30-12.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า

เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

โทร. 0-2105-0345, 0-2308-7600



ฟันร้าว ภัยเงียบยุคโควิด



ทันตแพทย์หญิงปาจิริย์ กุลวัฒนาภรณ์
ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านคลองรากฟัน



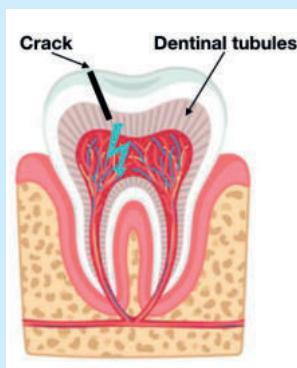
เชื่อหรือไม่ว่าหมอบพบคนไข้ที่มาด้วยอาการฟันร้าวเยอะขึ้นมากในช่วงปีที่ผ่านมา สาเหตุน่าจะเป็นเพราะอะไร อาการฟันร้าวมีลักษณะอย่างไร และมีการรักษาแบบใดได้บ้าง รวมทั้งเราจะป้องกันโอกาสการเกิดฟันร้าวได้อย่างไรบ้าง เชิญติดตามกันได้เลยค่ะ

สาเหตุของฟันร้าว

- อุบัติเหตุ หรือการกัดโดนของแข็งอย่างแรงโดยไม่รู้ตัว เช่น กัดโดนกระดูกชิ้นเล็ก ๆ เม็ดพริกเล็ก ๆ ในอาหาร
- การกัดของแข็งเป็นนิสัย เช่น น้ำแข็ง ถั่ว หมูกรอบ
- ลักษณะการสบฟันผิดปกติ ซึ่งสามารถทำให้เกิดแรงลงบนฟันปริมาณมากกว่าปกติและเกิดฟันร้าวได้
- การกัดเค้นฟันตอนนอน หรือจากความเครียด เรียกว่า Bruxism ซึ่งสังเกตอาการได้จาก มีความปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบดเคี้ยว (บริเวณแก้ม) โดยเฉพาะหลังตื่นนอน หรือคนรอบข้างอาจได้ยินเสียงคนไข้นอนกัดฟันขณะนอนตอนกลางคืน และบอกคนไข้โดยตรง

อาการของฟันร้าว

- อาการหลักเบื้องต้นที่เด่นชัดมาก คือ เสียวฟันเมื่อกัดฟันหรือเคี้ยวอาหาร โดยมักจะเป็นความรู้สึกเสียวจี๊ด จนคนไข้ต้องหลีกเลี่ยงการเคี้ยวโดนบริเวณนั้น
- อาจมีอาการเสียวฟันเมื่อดื่มหรือรับประทานอาหารร้อน/เย็น ร่วมด้วย
- หากมีอาการอักเสบมากของเนื้อเยื่อภายในฟัน อาจทำให้มีอาการปวดขึ้นมาเองโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นหรือปวดหลังดื่มหรือทานอาหารร้อน/เย็น เป็นระยะเวลาหนึ่งหากเริ่มมีอาการผิดปกติ ควรรีบพบทันตแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัย



สาเหตุของอาการเสียวจี๊ดเมื่อเกิดฟันร้าว เป็นเพราะว่าเมื่อมีแรงลงบนฟัน เช่นจากการกัด เนื้อฟันที่ร้าวจะแยกออกจากกันเกิดการกระตุ้นของเหลวในท่อเนื้อฟัน (dentinal tubules) ซึ่งจะไปกระตุ้นเส้นประสาทในส่วนของโพรงประสาทฟัน ทำให้เกิดอาการเสียวโดยเฉพาะเวลาปล่อยจากการกัด



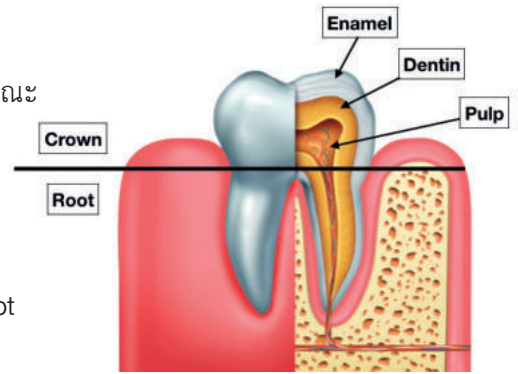
การวินิจฉัย

- ฟันร้าวโดยส่วนใหญ่ไม่สามารถเห็นรอยร้าวได้ในภาพถ่ายรังสี แต่อย่างไรก็ตามทันตแพทย์จำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีบริเวณที่มีอาการไว้ประกอบการวินิจฉัย
- ฟันร้าวส่วนใหญ่มักจะดูปกติในภาพถ่ายรังสี ด้วยเหตุนี้จึงยากในการวินิจฉัย มีการศึกษาว่าฟันร้าวมักเกิดกับฟันกรามใหญ่ล่างซี่สุดท้าย และสามารถเกิดขึ้นโดยที่ฟันไม่เคยได้รับการอุดใดๆ หรือได้รับการอุดขนาดเล็ก¹ ทั้งนี้ น่าจะเพราะเป็นตำแหน่งฟันที่รับแรงมากที่สุดในช่วงช่องปาก
- ทันตแพทย์จะทำการตรวจเพิ่มเติมในช่วงช่องปาก ประกอบไปด้วย การเคาะตัวฟัน คลำเหงือกบริเวณปลายรากฟัน ทดสอบจุดกัดเจ็บโดยใช้อุปกรณ์เฉพาะที่เป็นลักษณะคล้ายแทงกัด (tooth slooth)
- การทดสอบการรับรู้ความรู้สึกร้อน/เย็น ของฟัน
- ทันตแพทย์จะสอบถามอาการและปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดฟันร้าว เช่น มีการกัดโดนของแข็งมากหรือไม่ มีนิสัยกัดฟันเวลาเครียด หรือกัดฟันเวลานอนหรือไม่

การรักษา

การรักษาขึ้นอยู่กับว่า รอยร้าวอยู่ในบริเวณใดของตัวฟัน ทั้งนี้หมอจะอธิบายลักษณะของฟันให้เห็นภาพง่าย ๆ ดังนี้

- Crown คือ ส่วนของฟันที่โผล่มาในช่องปาก
- Root คือ ราก ซึ่งเชื่อมอยู่กับกระดูกขากรรไกร
- Enamel ปกคลุมตัวฟัน
- ไต enamel คือ dentin ซึ่งเป็นส่วนของเนื้อฟันทั้งในส่วนของ crown และ root
- โพรงตรงกลางฟัน คือ บริเวณของเส้นประสาทและเส้นเลือด



แนวทางการรักษา ขึ้นอยู่กับกรณีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. รอยร้าวอยู่ในบริเวณ enamel หรือลงไปถึง dentin และยังไม่มีอาการของโพรงประสาทฟันอักเสบ จะทำการรักษาด้วยการทำครอบฟัน

2. รอยร้าวลึกแต่ยังไม่ถึงฟันโพรงประสาทฟัน อาจมีอาการของโพรงประสาทฟันอักเสบหรือโพรงประสาทฟันติดเชื้อร่วมด้วย ในกรณีนี้คุณหมอรักษารากฟันจะเริ่มทำการรักษารากฟันก่อน โดยที่ขณะที่กรอฟันเข้าไปในโพรงประสาทฟัน คุณหมอสามารถเห็นความลึกของรอยร้าวในตัวฟันได้ด้วยการส่องกล้อง microscope และจะสามารถบอกได้ว่าฟันซี่นั้น ๆ ควรทำการรักษาต่อหรือถอนฟัน โดยขึ้นอยู่กับความลึกของรอยร้าวที่เห็นจาก microscope การใช้ microscope ช่วยดูรอยร้าวนั้นเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากรอยร้าวมักมีขนาดเล็กมากจนบ่อยครั้งที่ไม่สามารถมองเห็นขอบเขตของรอยร้าวทั้งหมดได้ด้วยตาเปล่า

ที่นี่เรากลับมาพูดถึงแผนการรักษาหลังจากที่คุณหมอมองขอบเขตของรอยร้าวแล้ว โดยแบ่งออกเป็น 2 กรณี ตามความลึกของรอยร้าว ดังนี้

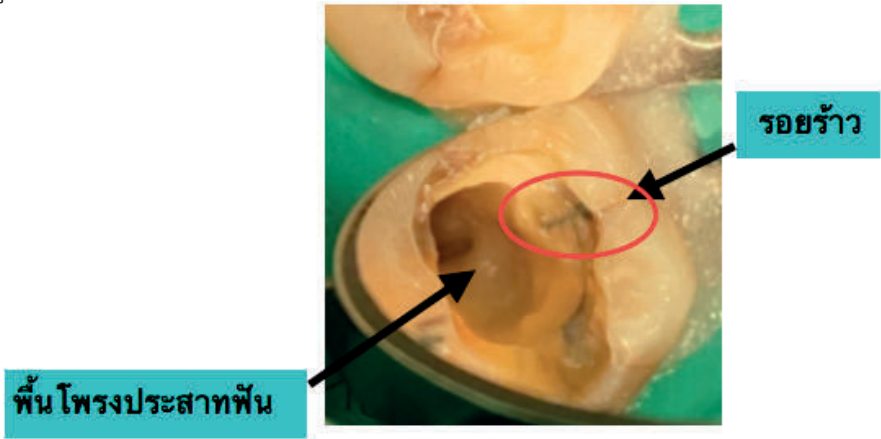


การตรวจขอบเขตฟันร้าวด้วยการใช้ dental operating microscope



2.1 รอยร้าวยังไม่ถึงพื้นโพรงประสาทฟัน

ในกรณีนี้อาจยังพอรักษาแล้วครอบฟัน เพื่อรักษาฟันไว้ใช้งานในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจก่อนว่า ฟันที่ร้าวในลักษณะนี้มีการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน แม้ว่าครอบฟันไปแล้ว แต่ถ้ามีแรงบดเคี้ยวที่สูงมาก ชอบทานอาหารแข็งมากเป็นประจำ หรือมีนิสัยนอนกัดฟัน หรือกัดแน่นฟันเวลาทำงาน ฟันที่รักษามานี้ก็อาจมีอายุการใช้งานที่ไม่ยาวนาน เนื่องจากรอยร้าวยังสามารถร้าวต่อไปลึกขึ้นถึงบริเวณรากฟันได้ ถ้าเป็นเช่นนั้นแล้วคุณหมอมจะแนะนำให้ถอนฟันซี่นั้นออก เนื่องจากเชื้อโรคสามารถแทรกเข้าไปในรอยร้าวที่อยู่ใต้ครอบได้ และจะทำให้เกิดการติดเชื้อในที่สุด โดยมีตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาการอยู่รอดของฟันร้าวที่ได้รับการรักษาและครอบฟันผลออกมาว่าอยู่รอดที่ประมาณ 90% ในระยะเวลาติดตามผล 2 ปี¹

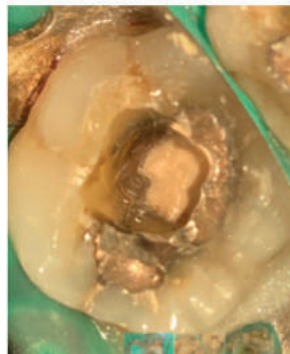


2.2 รอยร้าวที่ลึกเข้าไปถึงพื้นโพรงประสาทฟัน หรืออาจลึกเข้าไปในคลองรากฟัน

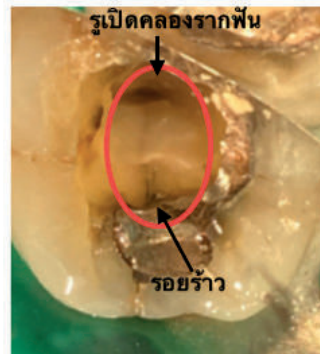
ในกรณีนี้ไม่สามารถรักษาได้ เนื่องจากเหตุผลที่กล่าวไปข้างต้นว่า รอยร้าวที่อยู่ใต้ขอบครอบฟัน จะมีเชื้อโรคแทรกเข้าไปและอาจทำให้เกิดการติดเชื้ออย่างรวดเร็ว ดังนั้นคุณหมอมจะแนะนำให้ถอนฟันออกในกรณีนี้



ก่อนทำการรักษา
พบรอยร้าวข้างวัสดุอุด



ระหว่างทำการรักษา
หลังรีดวัสดุอุดบางส่วนพบรอย
ร้าวพาดผ่านกลางตัวฟัน



กรอถึงระดับพื้น โพรงฟัน
พบว่ารอยร้าวลงลึกเข้าไปในรูเปิด
คลองรากฟัน

แม้แต่ฟันที่รักษาและได้รับการครอบฟันแล้ว หากมีแรงลงที่ฟันมากเกินไปก็สามารถเกิดรอยร้าวในรากฟันได้เช่นกัน



สำหรับบทความนี้ หมออยากจะเน้นถึงสาเหตุสำคัญที่มีส่วนทำให้เกิดรอยร้าวในฟันที่เรียกว่า การกัดฟัน หรือการเค้นฟัน ไม่ว่าจะตอนกลางคืนที่ไม่รู้ตัว หรือตอนกลางวันขณะทำงานก็ตาม เนื่องจากเป็นภัยเงียบที่เราควบคุมได้ยาก ซึ่งการกัดเค้นฟันนั้นเกิดจากกล้ามเนื้อบดเคี้ยวหดเกร็งตัวและทำให้เกิดการกัดฟัน ซึ่งมีแรงลงที่ฟันปริมาณมากถึง 30-55 กิโลกรัม โดยเฉลี่ย โดยที่ผู้ชายมักมีแรงกัดสูงกว่าผู้หญิง (ลองเปรียบเทียบกับเวลามีคนน้ำหนัก 50 กิโลกรัม มาเหยียบเท้าเราสิคะ เห็นภาพไหมคะว่าแรงเยอะขนาดไหน) ด้วยแรงกัด

ที่สูงนี้ เราจึงควรใช้งานฟันตามที่สมควรและเท่าที่จำเป็น โดยพยายามไม่เพิ่มแรงให้กับฟันนอกหน้าที่ของมัน เช่น การกัดฟัน และเคี้ยวอาหารแข็งมากเป็นนิสัย ความเครียดเป็นตัวการสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมกัดฟันไม่ว่าจะเป็นตอนนอน หรือตอนทำงาน โดยเฉพาะในช่วงโควิดระบาดนี้ ซึ่งหลาย ๆ ท่านอาจได้รับผลกระทบด้านลบ เช่น การเปลี่ยนแปลงลักษณะงาน การที่ต้องออกจากงาน การหยุดงาน รายได้ทีลดลง ความวิตกกังวลในเรื่องอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้น ล้วนส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่าปกติได้ทั้งสิ้น

หมอมจึงเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่เราควรมีความเข้าใจว่าสภาพจิตใจก็สามารถส่งผลโดยตรงต่อร่างกาย และในกรณีนี้คือ ฟันของเรา ดังนั้นถ้าท่านใดคิดว่ามีปัญหาอนกกัดฟัน สามารถรับการปรึกษาจากคุณหมอได้ ในกรณีที่มีพฤติกรรมนอนกัดฟัน คุณหมออาจแนะนำให้ใส่ night guard เพื่อลดแรงที่ลงบนตัวฟันขณะนอนหลับ และให้คำแนะนำต่าง ๆ เพื่อลดพฤติกรรมนี้ได้ค่ะ

ในส่วนของการกัดแน่นฟันระหว่างทำงานนั้น มีทางแก้ไข เช่น ปรับท่าทางการนั่งทำงานให้กระดูกสันหลังตรงตามธรรมชาติและปล่อยขากรรไกรล่างตามสบาย โดยที่ฟันไม่สบกัน เนื่องจากเวลาที่ฟันของเราจะสบกันควรมีแค่ 3 เวลา คือ เวลาเคี้ยวอาหาร กลืน และพูดเท่านั้น

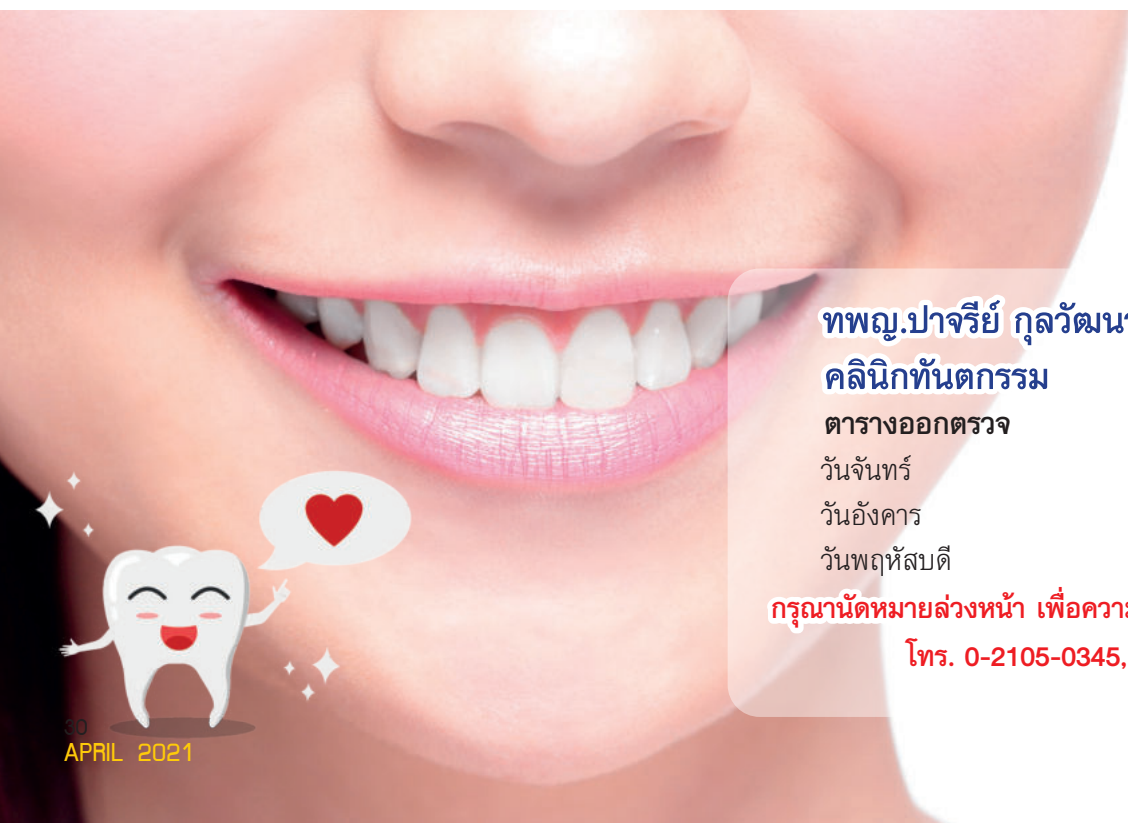


Night Guard มีหลายแบบควรปรึกษาทันตแพทย์ เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม

เราควรหันมาดูแลใส่ใจฟันของเราให้ดีตั้งแต่วันนี้ เพราะฟันดีคือการบดเคี้ยวดี ซึ่งส่งผลให้การย่อยอาหารเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในที่สุดจะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของร่างกายนะคะ

บรรณานุกรม

1. Kang, S. H., Kim, B. S., & Kim, Y. (2016). Cracked Teeth: Distribution, Characteristics, and Survival after Root Canal Treatment. Journal of Endodontics, 42(4), 557-562.



ทพญ.ปจจริย์ กุลวัฒนาภรณ์

คลินิกทันตกรรม

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์	13.00-16.00 น.
วันอังคาร	13.00-16.00 น.
วันพฤหัสบดี	13.00-16.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

โทร. 0-2105-0345, 0-2308-7600





นายแพทย์เอกพจน์ นิมกุลรัตน์
แพทย์เฉพาะทางด้านประสาทวิทยา



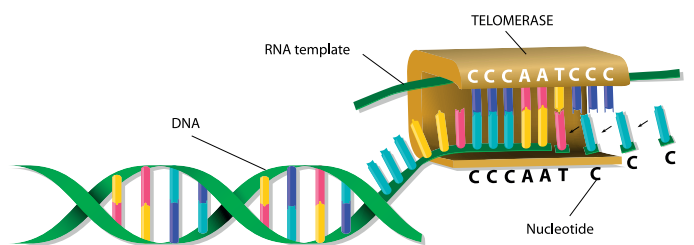
ทำไมคนเราจึงแก่?

คุณเคยไปงานเลี้ยงรุ่นเพื่อนสมัยมัธยม แล้วพบว่าเพื่อนที่เราเจอเมื่อ 10-20 ปีก่อน ตอนนั้นผมหงอก หน้าแก่กว่าวัย หลายคนมีโรคประจำตัว โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือแม้กระทั่งมะเร็ง บางคนเสียชีวิตไปก่อนวัย อะไร?? ทำให้เพื่อนรุ่นเดียวกัน ที่อายุเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน แก่กว่าอายุ เป็นโรคได้แตกต่างกัน เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิต อาหารการกิน หรือฐานะ หรือ อะไรกันแน่ที่ทำให้คนเราเจ็บป่วย เมื่อคุณหาคำตอบไม่ได้ ก็จะโทษกรรมกรรม หรือโทษสิ่งต่าง ๆ รอบตัว

เมื่อประมาณ 36 ปีที่แล้ว นักวิจัยทางชีววิทยา ชื่อเอลิซาเบธแบล็คเบิร์น (Elizabeth Blackburn) ชาวอเมริกัน ได้ค้นพบสารตัวหนึ่ง ชื่อ เทโลเมอเรส (Telomerase) ที่อยู่ในหน่วยเล็กที่สุดในร่างกายคนเรา ที่เรียกว่า เซลล์ (Cell) ซึ่งทำให้เราแก่ช้า อายุยืนยาวขึ้น ร่างกายเสื่อมโทรมช้าลงและภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น สารตัวนี้จะทำให้ส่วนปกป้องเซลล์ไม่ให้ถูกทำลายเร็ว ดังนั้นเราก็อาจจะคิดไปต่อว่า ถ้าเรามีเทโลเมอเรสมาก ๆ ทำให้คนเราก็ไม่มีวันแก่ ไม่มีวันตายเป็นอย่างนั้นหรือ แต่ผลจากงานวิจัยพบว่าถ้าในเซลล์ของเรามีเทโลเมอเรสมากไป จะทำให้เซลล์แบ่งตัวไม่มีที่สิ้นสุด เกิดเป็นเซลล์มะเร็งขึ้น แสดงว่าต้องมีปริมาณสารเทโลเมอเรสที่เหมาะสม คนเราถึงไม่แก่เร็ว ถ้าเช่นนั้นสิ่วหรือการกระทำอะไรที่ทำให้สารตัวนี้มีอยู่ในปริมาณที่เหมาะสม จึงได้มีการทำวิจัยและค้นพบปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสารเทโลเมอเรสที่เพิ่มขึ้นที่ทำให้ แก่ช้า ป่วยช้า การค้นพบนี้ ทำให้ได้รางวัลโนเบล สาขาการแพทย์ เมื่อปี พ.ศ. 2552



TELOMERASE





ผลงานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้คนเราแก่ช้าและอายุยืน มีดังนี้

1. ให้ความคิดและมุมมองชีวิตในแง่บวก คือ มองทุกอย่างมีทางออกมากกว่าหนึ่งทางและมีโอกาสและทางออกที่ดีเสมอ การคิดบวกไม่ใช่มองโลกสวยไปหมด แต่เป็นการมองโลกตามความเป็นจริงที่มันเป็น ยกตัวอย่างเหตุการณ์ คุณกำลังยื่นเข้าแถวซื้อของอยู่ดี ๆ ก็มีคน ๆ หนึ่งมาแซง แนนอนความคิดแรกคุณจะรู้สึกโกรธ อยากจะพูดว่าด้วยคำที่รุนแรง หรือยิ่งไปกว่านั้นอาจใช้การกระทำที่รุนแรงขึ้น นั่นคือการคิดในด้านเดียว ซึ่งคนเราความคิดในครั้งแรกจะเป็นลบไว้ก่อนเสมอ ให้คุณตั้งความคิดว่าเหตุปัจจัยที่คนนั้นมาแซงคุณ มีเหตุอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น คนนั้นอาจเป็นโรคสมองเสื่อม ไม่รู้การปฏิบัติตัวในสังคม คนนั้นอาจต้องรีบซื้อเพื่อจะไปให้คนป่วยเป็นอัมพาตอยู่ที่บ้าน ซึ่งถูกทิ้งไว้คนเดียว ขณะที่มาซื้อของจึงต้องรีบกลับให้เร็วที่สุด ความคิดและมุมมองทางบวกไม่สามารถเกิดขึ้นเอง ต้องให้การฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ แรก ๆ จะยากสำหรับทุกคน เพราะมนุษย์มีกลไกป้องกันตัวเอง ซึ่งเป็นสัญชาตญาณดั้งเดิมจึงต้องคิดลบไว้ก่อนวิธีที่ผมแนะนำ เมื่อมีความคิดใดเข้ามา ให้เราสมมุติตัวเองยืนอยู่ตรงกลางเครื่องหมายบวก เหมือนยืนอยู่บนถนนกลางสี่แยก เราหมุนตัวไปรอบ ๆ ขณะยืนอยู่ เราจะเห็นทางอยู่ 4 ทาง นั่นคือ เราต้องคิดให้ได้ว่า มีทางออกของความคิดนั้นได้มากกว่า เมื่อเราฝึกต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ เราจะแปลกใจในตัวเองว่า รู้สึกชีวิตมีความสุขและดูอ่อนวัยขึ้น

2. การตอบสนองต่อความเครียด ในความรู้สึกท้าทายและได้ประโยชน์จากความเครียดนั้น เมื่อเราเกิดความเครียดให้เผชิญความเครียดนั้นด้วยความตื่นตัว มั่นใจและเอาชนะกับสิ่งที่เครียดนั้น จากการวิจัยพบว่ากลุ่มคนที่มีความเครียด ไม่ได้มีผลต่อความแก่ หรือเจ็บป่วยทุกราย ความเครียดที่จะมีผลต่อร่างกาย คือ ความเครียดที่คน ๆ นั้นมองว่าเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต ทำร้ายชีวิตเท่านั้น ส่วนกลุ่มคนที่ว่าความเครียดเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เข้มแข็ง เกิดแรงผลักดันให้ต้องแก้ปัญหาไม่ใช่คิดวนกับปัญหา และมองว่าต้องผ่านไปให้ได้ จะพบว่าเซลล์แก่ช้า และโอกาสเจ็บป่วยน้อยกว่า จากการวิจัยนี้เป็นตัวยืนยันว่าความเครียดไม่ได้เป็นสิ่งที่ไม่ดีตามความเข้าใจของเรา แต่มุมมองต่อความเครียดที่แย่ ๆ ต่างหากที่ไม่ดี ยกตัวอย่าง เมื่อเราถูกหมอบอกว่าป่วยเป็นมะเร็ง การตอบสนองต่อความเครียด คือ เราจะมีชีวิตอีกนานเท่าไร ครอบครัวจะอยู่ยังไง มันจะเจ็บปวดมากไหม ซึ่งเป็นการตอบสนองในทางคุกคามกับจิตใจ ถ้าเรามองความเครียดนั้นว่า เราต้องทำตัวให้แข็งแรง ปรับให้ทานอาหารมีประโยชน์มากขึ้น เตรียมให้พร้อมกับการรักษา นี่คือการตอบสนองความเครียดที่ดีกับร่างกาย



3. การออกกำลังกาย ลักษณะการออกกำลังกายที่มีผลชะลอความแก่ และอายุยืน มี 2 ชนิด คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค คือการเคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องโดยไม่หยุด เป็นเวลา 45 นาที และทำ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น เดิน วิ่ง ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิค และการออกกำลังกายแบบหนักเบาสลับกัน ทำให้หัวใจเต้นเร็วแรง ในช่วงสั้น ๆ สลับกับช่วงพักฟื้น ตัวอย่าง เดินเร็ว 5-10 นาที สลับเดินช้า 1-2 นาที ส่วนการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน เช่น ยกน้ำหนัก แอบไม่มีผลต่อการชะลอความแก่ของเซลล์เลย ดังนั้นการเลือกชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสมก็มีผลต่อสุขภาพอย่างแท้จริง



4. อาหาร เรามักจะได้ยินว่า กินคลีน กินอาหารเพื่อสุขภาพ แล้วมันเพื่อสุขภาพจริงไหม จากงานวิจัยพบว่า อาหารที่ทำให้เซลล์แก่ช้าลงได้แก่ ผัก ผลไม้ ถั่ว เมล็ดพืชต่าง ๆ สาหร่ายทะเล ปลาที่มี โอเมก้า-3 เช่น ปลาแซลมอน ปลาแมคเคอเรล ปลาทูน่า หรือปลาซาร์ดีน กาแฟ และที่สำคัญ อาหารทั้งหมดนี้ต้องไม่ผ่านการแปรรูป คืออาหารที่ทำออกมาไม่สามารถบอกได้ว่าทำจากอะไร เช่น ไส้กรอก เนย ถั่ว ขนมปัง ของหมักดอง ส่วนอาหารที่มีผลทำให้เซลล์แก่เร็วขึ้น ได้แก่ เนื้อแดง ไส้กรอก ขนมปังขาว น้ำอัดลม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์





ถ้าเรานำเอาทั้ง 4 ปัจจัยซึ่งมีงานวิจัยยืนยันไปใช้ ทำให้มั่นใจได้ว่า เราจะมีสุขภาพดี ดูอ่อนเยาว์กว่าวัย มีชีวิตที่ปั่นป่วนที่มีความสุขที่แท้จริง อย่างไรก็ตาม แม้การค้นพบนี้ทำให้เรารู้สารที่ทำให้มนุษย์มีอายุยืนยาว นักวิจัยได้ทดลองเพิ่มสารตัวนี้ (เทโลเมอเรส) เข้าไป ก็ไม่สามารถทำให้เซลล์ไม่ตายได้ ช้ำร้ายจะทำให้เกิดเซลล์แบ่งตัวไม่หยุดจนเกิดเป็นมะเร็งในที่สุด เป็นการยืนยันกฎธรรมชาติว่า มนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลายจะต้องตายอย่างแน่นอน ไม่มีใครหนีพ้น ให้เราใช้ชีวิตอยู่อย่างมีสติทุกขณะและไม่ประมาท เราจะมีความสุขและรับมือกับปัญหาทุกอย่างในชีวิตด้วยดี

นพ.เอกพจน์ นิมกุลรัตน์

คลินิกระบบประสาท

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์ 09.00-15.00 น. (เฉพาะสัปดาห์ที่ 2, 4, 5 ของเดือน)

วันศุกร์ 09.00-16.00 น. (เฉพาะสัปดาห์ที่ 1, 3 ของเดือน)

วันอาทิตย์ 08.00-15.00 น. (เฉพาะสัปดาห์ที่ 1 ของเดือน)

กรุณานัดหมายล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ

โทร. 0-2105-0345 , 0-2308-7600





เภสัชกรหญิงรพีพร ชลสุวรรณ

เภสัชกร



How to Take Care of Diabetes in Older Adults? (การดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ)

ผู้อ่านมีผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของท่านเป็นเบาหวานหรือไม่? เราต้องดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในครอบครัวของเราอย่างไร? ก่อนที่จะตอบคำถามเหล่านี้ ต้องเข้าใจก่อนว่า เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ คืออะไร? ไม่ใช่แค่การควบคุมระดับน้ำตาลให้มีค่าที่ดีตามเกณฑ์เท่านั้น แต่หมายรวมถึง การดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินชีวิตได้อย่างสะดวกสบายด้วยตนเอง ไม่เกิดโรคแทรกซ้อน และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว ในบทความนี้ ผู้เขียนมีความตั้งใจที่จะเน้นย้ำถึงประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการดูแลและตรวจติดตามในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ เพื่อให้ทุกครอบครัวสามารถสื่อสารกับแพทย์ผู้ทำการรักษาได้เข้าใจตรงกัน ดูแลผู้สูงอายุในบ้านได้อย่างเหมาะสม และใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อมูลอุบัติการณ์ปัจจุบันพบว่า “เบาหวาน” เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ กว่า 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปเป็นเบาหวาน นอกจากนี้ พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมี “ภาวะก่อนเบาหวาน” (Prediabetes: หมายถึง การที่ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารข้ามคืน 8-12 ชั่วโมง มีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) 5.7-6.4% หรือ ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการทดสอบด้วยวิธีกินกลูโคส 75 กรัม ที่เวลา 2 ชั่วโมง มีค่า 140 แต่ไม่เกิน 199 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) ซึ่งเป็นภาวะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในอนาคต โดยจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และการที่ผู้สูงอายุเป็นเบาหวานจะเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองลดลง เกิดการสูญเสียของมวลกล้ามเนื้อ เกิดโรคแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้น ผู้สูงอายุมักมีการใช้ยารักษาโรคหลายชนิด ซึ่งหลายครั้งมีความซ้ำซ้อนของยาที่ได้รับมาจากหลายแหล่ง มีปัญหาเรื่องการหลงลืมหรือมีอาการซึมเศร้า มีปัญหาหกลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีความเสี่ยงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่ายและเกิดความเจ็บปวดนานกว่าคนทั่วไป ซึ่งปัญหาร่วมเหล่านี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ดังนั้น การรักษาเบาหวานในผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน ได้แก่ สภาพโรคทางกาย สภาพจิตใจผู้ป่วย ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง และความสัมพันธ์กับผู้อื่นรอบข้าง เป็นต้น





จากข้อมูลข้างต้น เป้าหมายระดับน้ำตาล จึงไม่ใช่ความสำเร็จเดียวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ยังมีปัจจัยอื่นที่ต้องได้รับการตรวจติดตามและรักษาอีกมาก เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอื่น เช่น การป้องกันโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคหัวใจและโรคทางหลอดเลือด การเพิ่มคุณภาพชีวิต ดังนั้น สิ่งที่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายความสำเร็จดังกล่าว ได้แก่

การประเมินระบบการรับรู้ด้านระบบประสาท (NEUROCOGNITIVE FUNCTION)

ผู้ที่อายุ 65 ปี ขึ้นไป ควรได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะแรกเริ่มของภาวะถดถอยเกี่ยวกับความจำและการคิด และต้องมีการตรวจติดตามเป็นระยะอย่างน้อยเป็นประจำทุกปี

ความสำคัญของการที่ผู้ป่วยมีความจำและความคิดปกติ คือสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง หากผู้ป่วยเกิดภาวะถดถอยของความจำและความคิด จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาหลงลืมจนเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการใช้ยาผิด

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (HYPOGLYCEMIA)

เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ง่ายกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อย ดังนั้นผู้ดูแลต้องคอยสังเกตว่า ผู้สูงอายุมีอาการใจสั่น กระสับกระส่าย รู้สึกหิว มึนงง ซึ่งส่งผลให้สมองขาดน้ำตาล ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข จะเกิดอาการชักและหมดสติตามมาได้

สำหรับการรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ไม่รุนแรง (ผู้ป่วยรู้สึกตัว)

- ถ้าอาการเกิดขึ้นก่อนมื้ออาหาร ให้รับประทานมือนั้นทันที
- ถ้าอาการเกิดขึ้นระหว่างมื้ออาหาร แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ชนิดดูดซึมช้า (อย่างใดอย่างหนึ่ง) เช่น ขนมปัง 1 แผ่น, กล้วยหรือแอปเปิ้ล 1 ผล, โยเกิร์ต 200 กรัม, นมจืด 1 กล่อง, ข้าวต้มหรือโจ๊กครึ่งถ้วย เป็นต้น
- ถ้าอาการเกิดขึ้นโดยไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารหรือเกิดในช่วงกลางคืน แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ชนิดดูดซึมเร็ว (อย่างใดอย่างหนึ่ง) เช่น น้ำส้มคั้น 120-180 มิลลิลิตร, น้ำผึ้งหรือน้ำหวาน 1 ช้อนโต๊ะ, ลูกอม 3 เม็ด, น้ำตาล 1 ช้อนโต๊ะ เป็นต้น อาการจะดีขึ้นภายใน 15-20 นาที หรือจะให้น้ำตาลปลายนิ้วแล้วมีค่ามากกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- หากอาการยังไม่ดีขึ้นหรือเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแบบรุนแรง (ไม่รู้สีกตัว) ให้โทรเรียกรถพยาบาลทันที

นอกจากนั้น ผู้ดูแลต้องแจ้งแพทย์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกครั้งผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัด เพื่อที่แพทย์จะได้ประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ และจะได้ปรับการรักษาให้เหมาะสมต่อไป





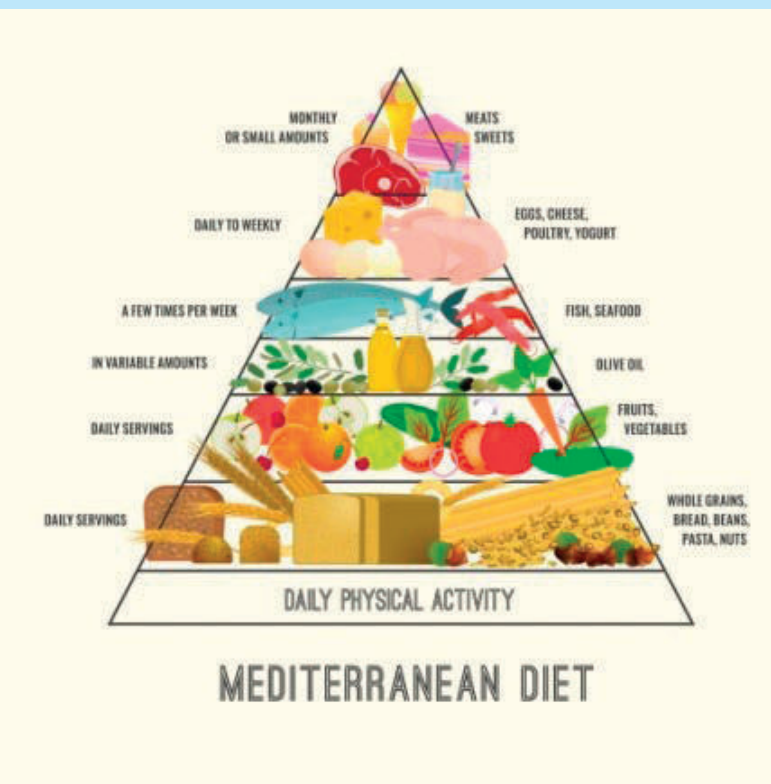
ปรับเป้าหมายในการรักษาตามภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุโดยทั่วไปควรควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ให้อยู่ในช่วง 7.0–7.5% และความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่น้ำตาลในเลือดสูงเกินไป แต่หากผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายอย่างหรือมีภาวะความจำถดถอย ควรปรับลดเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) เป็น 8.0–8.5% และความดันโลหิตไม่เกิน 150/90 มิลลิเมตรปรอท

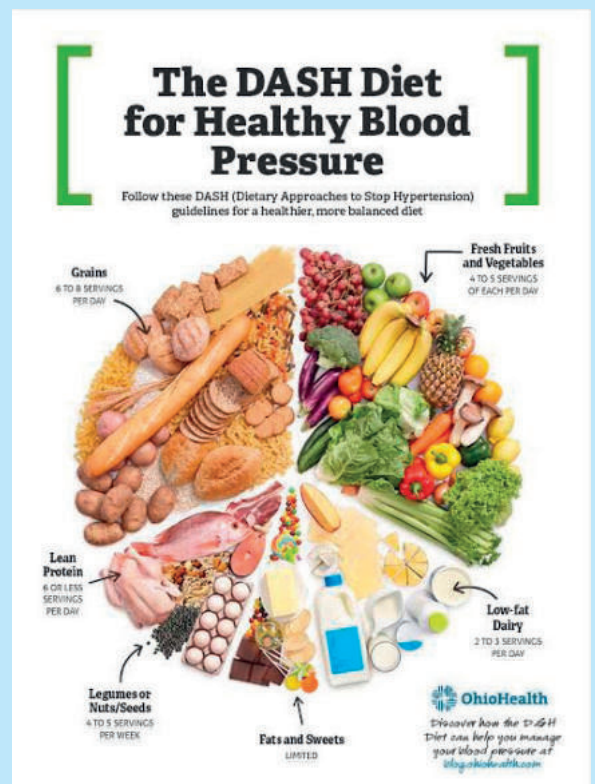
หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและโรคทางหลอดเลือด อาจจำเป็นต้องให้ยาลดความดันโลหิต และ/หรือ ยาลดระดับไขมันในเลือดกลุ่ม Statin

การปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน

นอกจากการจำกัดการบริโภคคาร์โบไฮเดรตแล้ว ผู้สูงอายุต้องได้รับสารอาหารจำเป็นอย่างครบถ้วน รับประทานโปรตีนอย่างเพียงพอ เพิ่มการรับประทานอาหารจากพืช โดยต้องรับประทานให้หลากหลาย ซึ่งอาหารที่มีข้อมูลชัดเจนในปัจจุบันพบว่า ลดโอกาสการเกิดเบาหวานในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน (Prediabetes) คือ อาหารเมดิเตอร์เรเนียนและ DASH diet (เน้นธัญพืชและถั่วต่าง ๆ ข้าวขัดสีน้อย ผักและผลไม้ ปลา ไขมันไม่อิ่มตัวจากพืช จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์และอาหารที่มีน้ำตาลสูง) พยายามเพิ่มกิจกรรมทางกายร่วมกับออกกำลังกายทั้งแบบแอโรบิก ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายแบบเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ต้องคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยที่สามารถลดน้ำหนักตัวได้ทุก 5-7% จากน้ำหนักตั้งต้น จะลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและโรคทางหลอดเลือด



รูปที่ 1 สัดส่วนการรับประทานแบบเมดิเตอร์เรเนียน



รูปที่ 2 สัดส่วนการรับประทาน DASH diet

(ภาพประกอบจาก <https://www.aarp.org/health/healthy-living/info-2018/top-diets-fd.html>)

(ภาพประกอบจาก <https://blog.ohiohealth.com/dash-diet-lower-blood-pressure/>)

การใช้ยาที่เหมาะสม

จากที่กล่าวข้างต้นว่า ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ง่ายกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย และหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือ การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากยาหลายชนิดมีโอกาที่จะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ง่าย ดังนั้นหากผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยครั้ง เมื่อแพทย์ได้ปรับการใช้ยาให้แล้ว ผู้ดูแลควรปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยาหรือการปรับยาในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง อย่างเคร่งครัด



การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นเบาหวาน

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ความจำเป็นของการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตอย่างเข้มงวดไม่ได้มีความจำเป็นมากนัก ยิ่งไปกว่านั้น การใช้ยาลดไขมันในเลือดก็ไม่ได้มีความสำคัญต่อภาวะโรคเช่นผู้ป่วยที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ บางกรณีเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติเช่นเดิมแพทย์อาจงดยาลดไขมันในเลือด รวมถึงยาอื่น ๆ สิ่งสำคัญที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ระวังระวังไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดน้ำหรือเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การดูแลสภาพจิตใจไม่ให้เกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายยิ่งแย่ลงไปกว่าเดิม ดังนั้นเป้าหมายสำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การดูแลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในวาระสุดท้ายอย่างมีความสุขและสงบ



จากที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด เป็นเพียงหลักการทั่วไปที่ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุรวมถึงผู้ดูแลควรให้ความสำคัญกับการสังเกต และให้ข้อมูลจำเป็นเกี่ยวกับภาวะเหล่านี้แก่แพทย์ผู้ทำการรักษา อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยแต่ละรายมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน มีปัญหาหรือปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการรักษา ดังนั้นสิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนแก่แพทย์ผู้ทำการรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลตนเอง การใช้ยาให้ถูกต้องและเคร่งครัด เพราะการรักษาเบาหวาน ไม่ได้มีเป้าหมายแค่การทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ แต่หมายถึง การบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจหรือโรคทางหลอดเลือด และท้ายที่สุด ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น และสามารถดำรงชีวิตประจำวันแบบพึ่งพาตนเองได้อย่างมีความสุขใน “สังคมผู้สูงอายุ” ตลอดไป

บรรณานุกรม

1. American Diabetes Association. 12. Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*. 2021 Jan;44(Supplement 1):S168-79.
2. Laiteerapong N, Huang E. Diabetes in older adults. In *Diabetes in America*. 3rd ed. Cowie C, Casagrande S, Menke A, et al., Eds. Bethesda, MD, National Institutes of Health, 2017, pp.16.11–16.26 (NIH publ. no. 17-1468)
3. Centers for Disease Control and Prevention. National Diabetes Statistics Report: estimates of diabetes and its burden in the United States, 2020. Accessed 18 January 2021. Available from <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf>
4. Sudore RL, Karter AJ, Huang ES, et al. Symptom burden of adults with type 2 diabetes across the disease course: diabetes & aging study. *J Gen Intern Med* 2012;27:1674–1681



เบาหวานขึ้นจอตา

แพทย์หญิงสรัญญา สมิทธารักษ์

จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจอตาและวุ้นตา

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus)

เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งในระยะยาวจะส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือด ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ของร่างกายตามมา เช่น ตา ไต ระบบเส้นประสาทและหลอดเลือด สำหรับภาวะแทรกซ้อนทางตาที่เป็นสาเหตุที่สามารถนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นที่สำคัญคือ ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา (diabetic retinopathy)

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะเบาหวานขึ้นจอตา

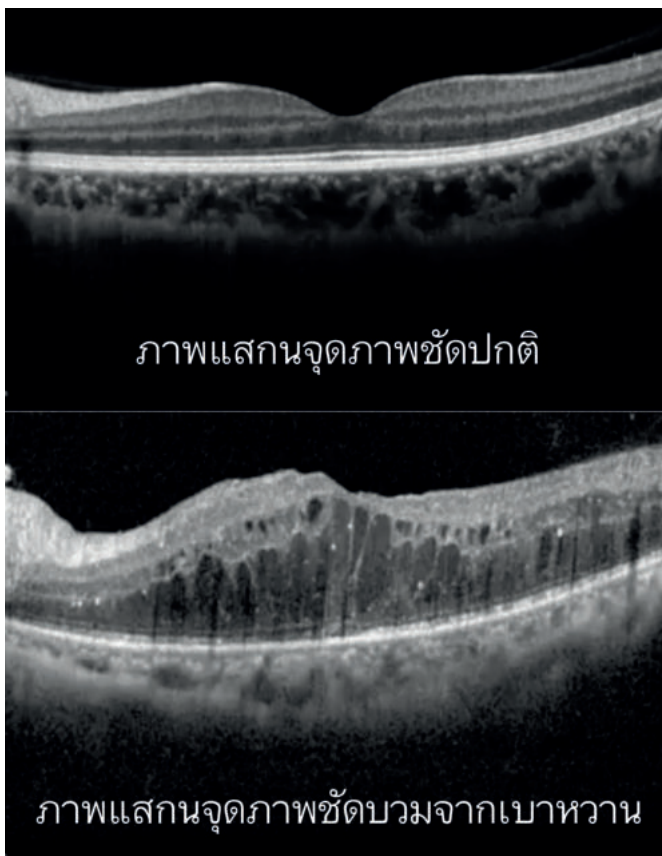
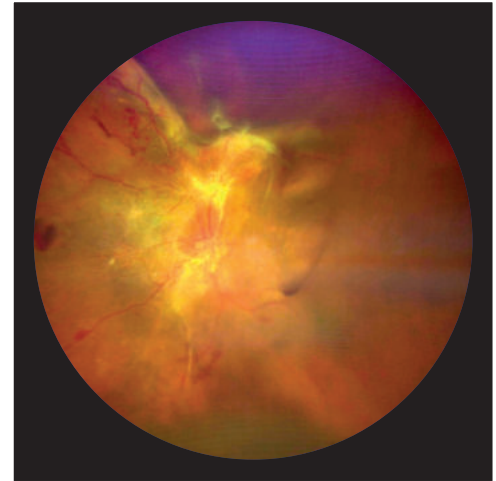
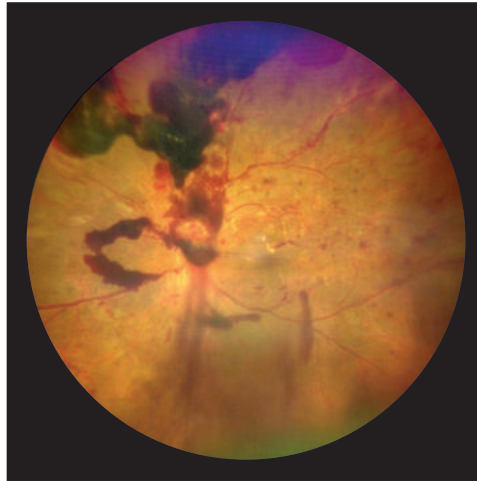
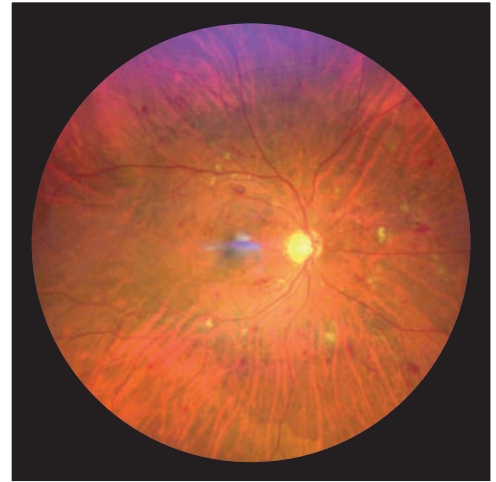
- ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ยิ่งเป็นเบาหวานมานาน ยิ่งมีโอกาสพบภาวะเบาหวานขึ้นจอตาได้มากขึ้นและรุนแรงขึ้น
- ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงและแกว่งตัวมาก หากสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จะลดโอกาสการเกิดและลดความรุนแรงของเบาหวานขึ้นจอตาได้
- โรคทางกายอื่น ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไต ซึ่งส่งผลต่อความผิดปกติของเส้นเลือด และอาจทำให้เบาหวานขึ้นจอตาแย่ลงได้
- ภาวะตั้งครรภ์ในหญิงที่เป็นเบาหวาน อาจทำให้เบาหวานขึ้นจอตาเร็วขึ้น หรือหากมีภาวะเบาหวานขึ้นจอตาอยู่แล้ว อาจทำให้รุนแรงมากยิ่งขึ้น



เบาหวานขึ้นจอตา แบ่งเป็น 2 ระยะ ตามความรุนแรงของโรค ได้แก่

1. เบาหวานขึ้นจอตาในระยะที่ยังไม่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ (non-proliferative diabetic retinopathy หรือ NPDR) ผนังหลอดเลือดของจอตาในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาจะมีความอ่อนแอ มีการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดขนาดเล็กที่จอตา ทำให้หลอดเลือดฝอยโป่งพอง และเกิดจุดเลือดออกเล็ก ๆ (dot and blot hemorrhages) กระจายอยู่ทั่วไป ซึ่งเป็นสิ่งตรวจพบอย่างแรกในผู้ป่วยที่เริ่มมีภาวะเบาหวานขึ้นจอตา นอกจากนี้อาจมีน้ำและไขมันรั่วออกมาจากหลอดเลือดเหล่านี้ ทำให้จอตาบวมน้ำและมีจุดไขมันสีเหลือง (lipid exudates)

2. เบาหวานขึ้นจอตาในระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ (proliferative diabetic retinopathy หรือ PDR) เกิดจากการมีภาวะอุดตันของหลอดเลือดฝอยเล็กจนจอตาขาดเลือด ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ (neovascularization) โดยหลอดเลือดที่ร่างกายสร้างขึ้นใหม่เหล่านี้ มีลักษณะเปราะบางและแตกง่าย อาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกในวุ้นตา หรือมีพังผืดมาหุ้มเส้นเลือดที่ผิดปกติเหล่านี้ ทำให้เกิดการดึงรั้งจอตา กลายเป็นภาวะจอตาหลุดลอก โดยจะทำให้ผู้ป่วยมีการมองเห็นที่แย่มาก จากทั้งภาวะเลือดออกในวุ้นตาและภาวะจอตาหลุดลอกจากพังผืดดึงรั้งจอตา



นอกจากนี้ สาเหตุอื่นของอาการตามัวที่พบได้บ่อยคือ การบวมบริเวณจุดภาพชัด (diabetic macular edema) ซึ่งสามารถพบได้ในเบาหวานขึ้นจอตาทุกระยะ เกิดจากการที่มีน้ำและไขมันรั่วออกมาจากหลอดเลือดบริเวณจุดภาพชัด ซึ่งเป็นบริเวณสำคัญที่ใช้ในการมองเห็น ดังนั้น หากมีการบวมของจุดภาพชัดร่วมด้วย ก็จะส่งผลให้การมองเห็นแยกลงได้ แม้จะเป็นเบาหวานขึ้นจอตาในระยะที่ยังไม่รุนแรง

อาการ

ในเบาหวานขึ้นจอตาในระยะแรก อาจไม่มีอาการหรือความผิดปกติใด ๆ แต่เมื่อความรุนแรงมากขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย อาจทำให้เกิดความผิดปกติในการมองเห็นได้ เช่น มองเห็นเงาดำคล้ายหยากไย่ลอยไปมา มองเห็นภาพบิดเบี้ยว ตามัวลง ไปจนถึงสูญเสียการมองเห็นได้ อย่างไรก็ตาม ในบางรายอาจไม่สังเกตเห็นความผิดปกติแม้จะมีเบาหวานขึ้นจอตาในระยะรุนแรงก็ตาม ดังนั้น การตรวจตาโดยจักษุแพทย์จะช่วยให้ทราบว่าภาวะเบาหวานขึ้นจอตาหรือไม่ มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วยหรือไม่ รวมถึงแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย



การตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตาโดยจักษุแพทย์ควรตรวจเมื่อไหร่?

ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอตาทันทีที่ได้รับการวินิจฉัย เนื่องจากอาจมีภาวะน้ำตาลสูงมานานหลายปีก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัย ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน แนะนำให้ตรวจตาครั้งแรกที่ 5 ปี หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ในกรณีที่ตรวจตาแล้วไม่พบว่ามีการขึ้นจอตา แนะนำให้ผู้ป่วยทุกรายตรวจติดตามปีละ 1 ครั้ง แต่หากตรวจพบว่ามีเบาหวานขึ้นจอตาแล้ว แพทย์อาจนัดตรวจติดตามบ่อยขึ้น ขึ้นอยู่กับระยะและความรุนแรงที่ตรวจพบ

ในผู้ป่วยที่มีเบาหวานอยู่เดิมและตั้งครรภ์ ควรได้รับการตรวจตาภายในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ และตรวจติดตามอย่างน้อยทุก ๆ 3 เดือน ไปจนกระทั่งคลอดบุตร เนื่องจากการตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดเบาหวานขึ้นจอตา หรือทำให้เบาหวานขึ้นจอตาที่มีอยู่แล้วรุนแรงมากขึ้นได้



ต้องเตรียมตัวอย่างไร?

การตรวจตาโดยจักษุแพทย์ ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

- การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระยะเวลายาวนาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรคประจำตัวอื่น ๆ อาการผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นหรืออาการผิดปกติทางตาอื่น ๆ
- การทดสอบระดับการมองเห็น
- การตรวจส่วนหน้าของลูกตา
- การขยายม่านตาเพื่อประเมินเบาหวานขึ้นจอตาอย่างละเอียดโดยการหยอดยาขยายม่านตา ซึ่งจะให้มีอาการตาพร่ามัวอยู่ประมาณ 4-6 ชั่วโมง หลังหยอดยาขยายม่านตา ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ผู้ป่วยขับรถมาเอง
- การตรวจเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หากจำเป็น เช่น ในกรณีที่พบว่ามีอาการบวมของจุดภาพชัดร่วมด้วย แพทย์อาจพิจารณาส่งถ่ายภาพโดยเครื่องสแกนจอประสาทตา เพื่อประเมินและวางแผนการรักษา

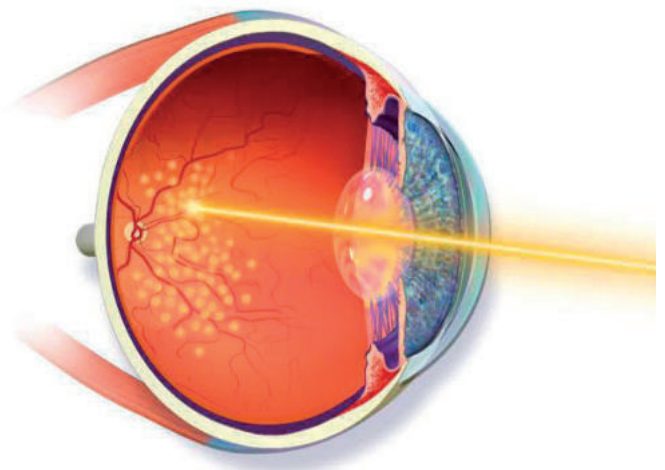
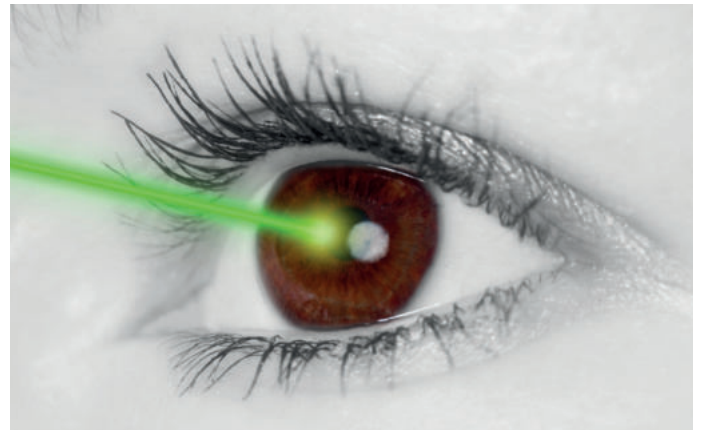


การรักษา

การรักษาเบาหวานขึ้นจอตา นั้น มุ่งหวังให้โรคไม่ลุกลามไปจากภาวะที่เป็นอยู่ รวมถึงฟื้นฟูหรือประคับประคองระดับการมองเห็น โดยการรักษาเบาหวานขึ้นจอตา ประกอบด้วย

- การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวด พบว่าสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขึ้นจอตา อีกทั้งยังช่วยชะลอการลุกลามของเบาหวานขึ้นจอตาที่มีอยู่เดิมไม่ให้แย่ลงได้ รวมถึงการควบคุมโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไต ก็จะช่วยชะลอความรุนแรงของเบาหวานขึ้นจอตาได้

- การรักษาด้วยเลเซอร์ มีข้อบ่งชี้คือ ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา ระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ โดยการยิงเลเซอร์แบบกระจายทั่ว ๆ บนจอตา ซึ่งจะส่งผลให้หลอดเลือดใหม่ฝ่อตัวลง ป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในจอตาหรือวุ้นตา รวมถึงผู้ป่วยที่มีจุดภาพชัดบวมจากเบาหวานบางรายที่สามารถใช้วิธีการยิงเลเซอร์เพื่อรักษาได้ โดยจะยิงเลเซอร์เฉพาะจุดไปยังบริเวณที่มีการบวมของจุดภาพชัดเพื่อให้บริเวณที่บวมลดลง



- การฉีดยาเข้าวุ้นตา ซึ่งเป็นยาในกลุ่มที่สามารถยับยั้งการรั่วของหลอดเลือด และมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดใหม่ฝ่อลงได้ ใช้ในผู้ป่วยที่มีจุดภาพชัดบวมจากเบาหวานหรือในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่มีหลอดเลือดใหม่ ส่วนยาอื่น ๆ ที่มีการฉีดเข้าวุ้นตา ได้แก่ ยาในกลุ่ม corticosteroids เพื่อรักษาภาวะจุดภาพชัดบวม



● การผ่าตัดวุ้นตาและจอตา ซึ่งมีข้อบ่งชี้คือ ในรายที่มีเลือดออกในวุ้นตาซึ่งไม่สามารถดูดซึมไปเองได้ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะจอตาหลุดลอกจากพังผืดดึงรั้งจอตา จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมจอประสาทตาที่หลุดลอกและป้องกันการลุกลามจากการดึงรั้งของพังผืด โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีระดับการมองเห็นหลังผ่าตัดไม่ดีมากนัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค



พญ.สร้อยญา สมิตธารักษ์
คลินิกจักษุ

ตารางออกตรวจ

วันจันทร์ 13.00-16.00 น. (เฉพาะสัปดาห์ที่ 1, 3, 5 ของเดือน)
 13.00-19.00 น. (เฉพาะสัปดาห์ที่ 2, 4 ของเดือน)
 วันพุธ 13.00-16.00 น.
 วันเสาร์ 17.00-19.00 น.
 วันอาทิตย์ 17.00-19.00 น.

กรุณานัดหมายล่วงหน้า
เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ
โทร. 0-2105-0345, 0-2308-7600



ภาพกิจกรรมคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

วันที่ 5 ธันวาคม 2563

พิธีทำบุญตักบาตรและพิธีบำเพ็ญกุศลอุทิศถวายเป็นพระราชกุศล เนื่องในวันคล้ายวันพระบรมราชสมภพพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร โดยนิมนต์พระสงฆ์ จำนวน 10 รูป จากวัดพระราม 9 กาญจนภิเษก รับบิณฑบาต ณ ลานหน้าอาคารราชเวชชาคาร และพิธีถวายราชสดุดี น้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ ผู้บริหาร ข้าราชการบริพาร แพทย์ ทันตแพทย์ พนักงาน และประชาชน ร่วมถวายบังคมหน้าพระบรมฉายาลักษณ์



วันที่ 8 ธันวาคม 2563

คณะผู้บริหาร นำโดย นายแพทย์ธีรพล โตพันธานนท์ กรรมการผู้อำนวยการ แพทย์หญิงจริยา แสงสัจจา รองผู้อำนวยการ และหัวหน้าส่วนการพยาบาล เข้าศึกษาดูงานคลินิกผู้สูงวัยสุขภาพดี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



ภาพกิจกรรมคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

วันที่ 9 ธันวาคม 2563

พิธีบวงสรวงองค์ครุฑ เนื่องในโอกาสวันครบรอบอัญเชิญองค์ครุฑขึ้นประดิษฐาน ณ อาคารบวรเวชรักษ์



วันที่ 14 ธันวาคม 2563

บุคลากรคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาและประชาชนทั่วไป ร่วมบริจาคโลหิตในโครงการ Plus 1 “เพิ่มจำนวนครั้ง เพิ่มโลหิต เพิ่มชีวิต” เพื่อส่งเสริมการทำความดี เพิ่มพูนการมีจิตสาธารณะ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ในการประชาสัมพันธ์ และจัดหาโลหิตบริจาค ด้วยการเป็นจุดรับบริจาคโลหิต เพื่อนำมาให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่ต้องการโลหิตในการรักษาพยาบาล โดยมีรถเคลื่อนที่ของสภากาชาดไทยมาให้บริการทุก ๆ 3 เดือน



ภาพกิจกรรมคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

วันที่ 23-24 ธันวาคม 2563

โครงการ “อบรมความรู้เชิงปฏิบัติการ เพื่อฟื้นฟู พัฒนาศักยภาพ” แก่แกนนำสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม



มอบกระเช้าสวัสดิปีใหม่ 2564

เนื่องในศุภวาระขึ้นปีใหม่ 2564 คณะผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย หัวหน้าส่วน และแผนกสื่อสารองค์กร เป็นตัวแทนคลินิกฯ เดินทางเข้าเยี่ยมและมอบกระเช้าสวัสดิปีใหม่ ให้กับโรงพยาบาล บริษัทคู่สัญญา สื่อมวลชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่าง ๆ



ภาพกิจกรรมคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

วันที่ 6 มกราคม 2564

ศูนย์ประสานและพัฒนาร่วมมือราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ กระทรวงสาธารณสุข เข้าศึกษาดูงานเยี่ยมชมการดำเนินงานของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา และหารือแผนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และการจัดบริการทางการแพทย์ โดยมี นายแพทย์ธีรพล โตพันธานนท์ กรรมการผู้อำนวยการ นายแพทย์พิทักษ์ ตั้งชนะชัยอนันต์ และแพทย์หญิงหญิงจริยา แสงสัจจา รองผู้อำนวยการ เข้าร่วมต้อนรับและชี้แจงข้อมูล



ภาพกิจกรรมคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

วันที่ 13 มกราคม 2564

กรรมการผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ พร้อมด้วยหัวหน้าฝ่าย หัวหน้าส่วน เดินทางเข้าถวายแจกันดอกไม้และลงนามถวายพระพร สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ให้ทรงหายจากพระอาการประชวร ณ ศาลาสหทัยสมาคม ในพระบรมมหาราชวัง



ภาพกิจกรรมคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

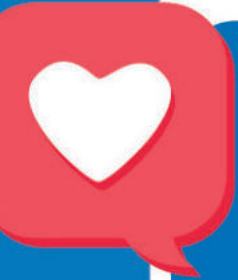
วันที่ 26 มกราคม 2564

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานแอลกอฮอล์เจล เพื่อเป็นประโยชน์แก่คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ในมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยมี แพทย์หญิงจรรยา แสงสัจจา รองผู้อำนวยการ เป็นผู้แทนรับมอบเบื้องหน้า พระบรมฉายาลักษณ์ ณ ห้องประชุม 1 ชั้น 2 ศูนย์อำนวยการใหญ่จิตอาสาพระราชทาน 71



ความภาคภูมิใจของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

- พ.ศ. 2553 - รับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital accreditation) ชั้นที่ 1
- พ.ศ. 2554 - รับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital accreditation) ชั้นที่ 2
- พ.ศ. 2555 - รับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2551 สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
 - รับรองการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital accreditation) ชั้นที่ 3
 - รับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- พ.ศ. 2556 - รับรองระบบบริหารงานคุณภาพและมาตรฐาน เลขที่ มอก. 9001-2552 (ISO 9001 : 2008)
- พ.ศ. 2557 - ต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล ครั้งที่ 1 (1st Reaccreditation)
- พ.ศ. 2558 - รับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2555 สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ รับรองรอบที่ 2
- พ.ศ. 2559 - รับรองระบบบริหารงานคุณภาพและมาตรฐาน เลขที่ มอก. 9001-2552 (ISO 9001 : 2008)
 - รับรองมาตรฐานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในสถานประกอบการ
 - รับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- พ.ศ. 2561 - ต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล ครั้งที่ 2 (2nd Reaccreditation)
 - รับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ 2560 สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ รับรองรอบที่ 3
- พ.ศ. 2562 - รับรองระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐาน เลขที่ มอก. 9001-2559 (ISO 9001 : 2015)
 - รับรองมาตรฐานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในสถานประกอบการ
- พ.ศ. 2563 - ต่ออายุการรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



Like Share Public Page Facebook

- ติดตาม -
ข่าวสารประชาสัมพันธ์
ความรู้เรื่องสุขภาพ
กิจกรรมต่าง ๆ



บริการสำหรับ บริษัทคู่สัญญา

บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก (OPD)

บริษัทคู่สัญญา แบบเงินสด

ลูกค้าบริษัทคู่สัญญา
เข้ามารับบริการ ชำระเงินสด
และออกใบเสร็จในนามบริษัท



บริษัทคู่สัญญา แบบเงินเชื่อ

ลูกค้าบริษัทคู่สัญญา
เข้ามารับบริการ โดยทางคลินิกฯ
ให้ระยะเวลาการชำระเงิน 15 วัน
หลังจากได้รับเอกสารการวางบิล

สิทธิประโยชน์



- ✓ ไม่คิดค่าบริการใด ๆ ในการเปิดสัญญากับคลินิกฯ
- ✓ ไม่มีข้อผูกมัด ในการส่งพนักงานเข้ารับบริการ
- ✓ ได้รับข่าวสาร ความรู้ ข้อมูลสุขภาพ จากคลินิกฯ

แจ้งความประสงค์
ขอเข้าร่วมเป็นบริษัทคู่สัญญา
กับคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา
และสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสื่อสารองค์กร

โทรศัพท์ : 02 - 1050345,
02 - 3087600
กด 9 ต่อ 2391 - 2394
โทรสาร : 02 - 1050349
E-mail : cc-group@md-center.org





อ่านนิตยสาร MDC Health

แบบออนไลน์ได้แล้ว

Scan Me

WWW.MD-CENTER.ORG



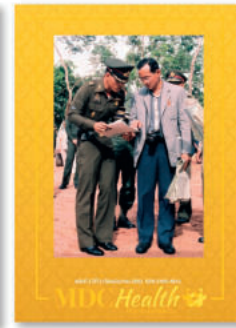
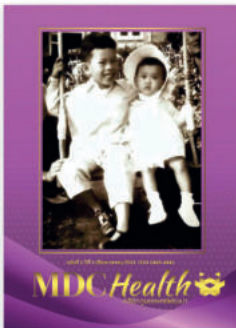
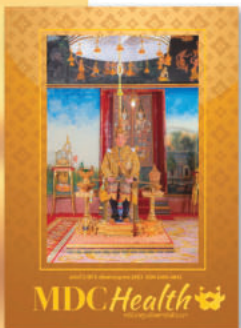
Download

Scan Me

Website Ookbee



อ่านบน Website Ookbee



www.md-center.org

[f MDclinicOfficial](#)

[y MDclinicOfficial MDC](#)

[02-3087600](tel:02-3087600), [02-1050345](tel:02-1050345)



**คลินิกศูนย์แพทยพัฒนา
ฉะเชิงเทรา**
บริการรักษาพยาบาลโรคเฉพาะทาง
• สาขาจักษุ • สาขาทันตกรรม

เร็วๆนี้ พบกับบริการใหม่
• สาขาอายุรกรรม • สาขาหู คอ จมูก

เปิดบริการทุกวัน 08.00-20.00 น.
(ยกเว้นช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์)

สแกนเพื่อไปยัง google map



SCAN ME



MDClinicOfficial



MDClinicOfficial MDC



038-500-600

WWW.MD-CENTER.ORG

นพ.ธีรพล โตพันธานนท์
 กรรมการผู้อำนวยการ
 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ ถึง 14 มิถุนายน 2564



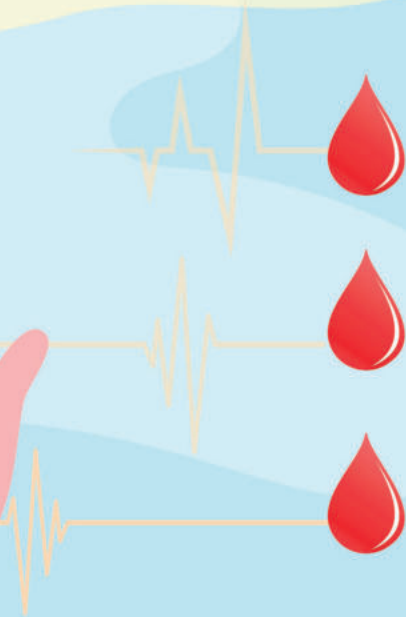
คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

เชิญร่วมบริจาคโลหิต



เวลา 09:00 - 15:00 น.

ณ บริเวณหน้าร้านสะดวกซื้อเซเว่น อีเลฟเว่น
ชั้น 1 อาคารราชเวชชาคาร



โครงการ
Plus 1

Plus One Blood Donation,
More Blood More Lives.

เพิ่มจำนวนครั้ง เพิ่มโลหิต
เพิ่มชีวิต (ปี ๒)

- + วันที่ 18 มิถุนายน 2564
- + วันที่ 17 กันยายน 2564
- + วันที่ 15 ธันวาคม 2564



บริการส่งยา ทางไปรษณีย์

ลดความเสี่ยง
ติดเชื้อ COVID-19

⚠️ เฉพาะกรณี

- ✓ ผู้ป่วยเก่า อาการคงที่
- ✓ รับประทานเดิม ขนาดเดิม มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ✓ ไม่มีอาการแทรกซ้อน



แจ้งความประสงค์ขอรับยาทางไปรษณีย์
โทร. 02-1050345 / 02-3087600 กด 0
ภายในเวลาทำการ 08.00-20.00 น.

📋 ข้อมูลที่ต้องแจ้ง

- + ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย
- + หมายเลขประจำตัว (HN)
- + คลินิกที่มาตรวจ
- + ที่อยู่ สำหรับจัดส่ง
- + เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ

เงื่อนไขการส่งยาทางไปรษณีย์

- กรณีต้องการใบรับรองแพทย์ ท่านต้องมาพบแพทย์ด้วยตนเองเท่านั้น
- มีค่าส่ง 1-3 กล่อง 150 บาท | 4 กล่องขึ้นไป 300 บาท
- มีค่ายา ค่าแพทย์ หรือค่าส่วนเกินตามสิทธิของท่าน
- ระยะเวลาดำเนินการ ประมาณ 2-5 วัน





Downloadแล้ว
อย่าลืมสร้าง
Profile นะคะ!

แอปพลิเคชัน ระบบคิว – (ชำระ-เงิน-รับยา) ดาวน์โหลด ได้แล้ววันนี้

SCAN



ANDROID APP ON
Google play



Download on the
App Store

• วิธีสร้างโปรไฟล์ •

โทรศัพท์ 1 เครื่อง สามารถสร้างได้ 3 โปรไฟล์

1. กดเปิดแอปพลิเคชัน MDC
2. กดที่ Icon รูปคน ตรงมุมขวา
ล่างของหน้าจอแอปพลิเคชัน
3. กดปุ่มเมนู "สร้างโปรไฟล์"
4. ใส่ข้อมูลที่จำเป็น ดังนี้

- หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
- วัน เดือน ปีเกิด
- เบอร์โทรศัพท์

หมายเหตุ : ข้อมูลนี้จะตรงกับข้อมูลที่อยู่ใน
ระบบเวชระเบียนของคลินิก

5. กด Register



- ✓ เพิ่มความสะดวกในการรับบริการ
- ✓ เช็กสถานะการชำระ-เงิน-รับยา
- ✓ แจ้งเตือนเมื่อถึงคิวชำระ-เงิน-รับยา
- ✓ ติดตามข้อมูลข่าวสารคลินิกฯ
- ✓ เช็กประวัติการเข้ารับบริการ

สามารถนำ
QR CODE
ตรวจสอบสถานะ
ณ ศูนย์อาหาร ชั้น 2
อาคารราชเวชชาคร

เช็กสถานะ
ห้องยา
การเงิน

เช็กสถานะ
ห้องยา-การเงิน





COVID-19

ถูกประกาศให้เป็น

โรคติดต่ออันตราย

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา มีมาตรการเฝ้าระวัง

1. คัดกรองผู้ที่จะเข้ามาในอาคารทุกคน
2. สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาขณะอยู่ภายในอาคาร
3. หลีกเลี่ยงการใช้ลิฟต์ ให้ใช้บันไดเลื่อนแทน
4. รักษาระยะห่างที่ปลอดภัย
5. เฝ้าระวังและสังเกตอาการของตนเองและผู้อื่น
6. ล้างมือบ่อยๆ โดยใช้สบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์
7. หลีกเลี่ยงการเดินทางไปต่างประเทศหรือพื้นที่เสี่ยงในประเทศไทย
8. มีพนักงานทำความสะอาดพื้นผิวสาธารณะที่มีผู้สัมผัสบ่อยทุก 1 ชั่วโมง

ข้อมูล : คณะอนุกรรมการป้องกันและควบคุมการติดต่อ คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา





โครงการ : ชีวิตสมดุล ครอบครัวคุณภาพในผู้มีบุตรยาก
: Life Balance Smart Family

ปรึกษาฟรี!
สำหรับผู้มีบุตรยาก

**1 มี.ค. ถึง
31 พ.ค. 64**

แผนกสูติ-นรีเวชกรรม
ชั้น 3 อาคารราชเวชชาคาร

การมีบุตร ไม่ใช่เรื่องยาก อีกต่อไป...

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาส่งเสริมการมีบุตร
ของประชาชนคนไทย โดยให้คำปรึกษาฟรี
(คิดค่าบริการเมื่อมีคำสั่งการรักษาหรือรักษาด้วยยา)

โดย พล.ต.ต.นพ.วีรวัฒน์ วิภาตวิทย์
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมีบุตรยาก



นัดหมายล่วงหน้า

วันอังคาร และ วันเสาร์ เวลา 14.30-16.00 น.
โทร 02-3087600 | 02-1050345

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

แผนกสูติ-นรีเวชกรรม
โทร 02-3087600 | 02-1050345 กด 9 ต่อ 2347-2348
รายละเอียดโครงการ : WWW.MD-CENTER.ORG



ประกาศ

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

ปิดให้บริการ เทศกาลสงกรานต์

บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด
(คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา)

มีกำหนดปิดให้บริการ เนื่องในเทศกาลสงกรานต์
ตั้งแต่วันที่ 12-15 เมษายน 2564

และเปิดให้บริการตามปกติ วันที่ 16 เมษายน 2564

ขออภัยในความไม่สะดวก

นพ.ธีรพล โตพันธานนท์

กรรมการผู้อำนวยการ

วันที่ 2 มีนาคม ถึง 16 เมษายน 2564

MDC Health

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา



สมัครสมาชิก
เพื่อรับนิตยสาร
ฟรี!



ชื่อ/นามสกุล _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____

ที่อยู่จัดส่งนิตยสาร MDC Health _____

โทรศัพท์ _____ E-mail _____

กรุณารอกรายละเอียดนำใส่ซองติดแสตมป์ส่งกลับมาตามที่อยู่นี้

แผนกสื่อสารองค์กร (นิตยสาร MDC Health)

บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด (คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา)

159 ถ.ประดิษฐ์มธุธรรม เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทรศัพท์ 02-3087600, 02-1050345 กด 9 ต่อ 2391-2394

โทรสาร 02-105-0349 E-mail: cc-group@md-center.org

หรือสมัครผ่านสมาร์ทโฟนของท่าน โดย Scan QR Code นี้



****สำหรับผู้ที่ยังไม่เคยสมัครสมาชิกเท่านั้น****



คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการให้การรักษายาบาล และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนาจึงได้ออกประกาศสิทธิผู้ป่วย อ้างอิงตามแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ ที่ได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยไว้ดังต่อไปนี้

• สิทธิของผู้ป่วย •

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษายาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยที่ขอรับรักษายาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็น เร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน
5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย
7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษายาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น
9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

• ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย •

1. สอบถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูล และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนามให้ความยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษายาบาล
2. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษายาบาล
3. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษายาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ
4. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล
5. ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งผู้ที่มาเยี่ยมเยียนด้วยความสุภาพให้เกียรติและไม่กระทำการที่รบกวนผู้อื่น
6. แจ้งสิทธิการรักษายาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ
7. ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้
 - 7.1 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม
 - 7.2 การแพทย์ในที่นี้ หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย
 - 7.3 การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกันหรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ
 - 7.4 การรักษายาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้เหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษายาบาลนั้นๆ แล้ว
 - 7.5 การตรวจเพื่อการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช้และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน
 - 7.6 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษายาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์ตามความสามารถและข้อจำกัด ตามภาวะวิสัย และพฤติการณ์ที่มีอยู่รวมทั้งการปรึกษาหรือส่งต่อโดยคำ ปรึกษาระหว่าง สิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย
 - 7.7 เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
 - 7.8 การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่างๆ ทางกายภาพของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลเสียต่อกระบวนการรักษายาบาล
 - 7.9 ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ใช้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วน และเป็นอันตรายต่อชีวิตเป็นหลัก

ประกาศมา ณ วันที่ 14 กันยายน 2561

(นายแพทย์ธีรพล โดฬัฒนานนท์)
กรรมการผู้อำนวยการคลินิกศูนย์แพทย์





คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา
บริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด