

10-1-1973

ตอบปัญหาโรคริตสีดวงทวาร

ยอด สุขนชมาน

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

สุขนชมาน, ยอด (1973) "ตอบปัญหาโรคริตสีดวงทวาร," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 18: Iss. 4, Article 15.
Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol18/iss4/15>

This Other is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

xacillin ทงนเพื่อหลกเลียงเชอชนดที่ตอยา
penicillin ส่วน Kanamycin นั้นไม่ใช่ยาชนิด
แรกที่ควรจจะเลือก⁵

การที่เป็น ๆ หาย ๆ นั้นเชื่อว่าเกิดจากการ
แคะนั่นเอง ถ้าไม่แคะก็จะสามารถลดอุบัติการ
ของสิ่วหัวข้างลงได้มากทีเดียว แต่การห้ามแคะ
สิ่วก็เหมือนกับการห้ามเกาเวลาคัน ควรจะให้
การรักษาสิ่วเสียแต่เนิ่น ๆ เพราะทำให้ไม่มีอะไร
ให้แคะอีกต่อไป

ยาใหม่ที่ใช้รักษาสิ่วได้ผลดี คือยาพวก
Benzoyl peroxide และ Retinoic acid ยาทั้ง
สองชนิดนี้ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย และ
เป็นยาอันตราย อาจทำให้เกิดการระคายเคือง
ต่อใบหน้าอย่างรุนแรง แพทย์ผู้ให้ยาควรจะต้อง
รู้จักวิธีใช้อย่างดี เมื่อจำเป็นจะต้องใช้ควรจจะ
ปรึกษาแพทย์ผู้ชำนาญโดยเฉพาะ

น.พ. ประกิต จีระแพทย์
หน่วยโรคผิวหนัง แผนกอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Andrews GC : Andrews' diseases of the skin, clinical dermatology by Anthony ND. 6th edition. Philadelphia, Saunders, 1971, pp 273-4
2. Davis BR, Dulbecco R, Ginsberg HS, et al : Microbiology. New York, Harper & Row, 1967, pp, 738-9
3. Fitzpatrick TB : Dermatology in general medicine. New York, McGraw-Hill, 1971, pp 358-75
4. Fitzpatrick TB : Dermatology in general medicine. New York, McGraw-Hill. 1971, pp 1681-2
5. Marples MJ : The ecology of the human skin. Illinois, Charles C Thomas, 1965

คำถาม

ผู้ป่วยที่มาหาผมที่คลินิกมีปัญหาเกี่ยวกับริด
สีดวงทวารค่อนข้างบ่อย เป็นมากสักแค่ไหนจึง
จะต้องส่งไปหาศัลยแพทย์เพื่อทำการผ่าตัด

ตอบ

การรักษาโรคริดสีดวงทวาร โดยการผ่าตัดยังคง
ถือว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยที่มีริดสีดวง
ทวารขนาดใหญ่มาก ศัลยแพทย์สามารถตัดทั้ง
external และ internal hemorrhoid รวมทั้ง
skin tag และ hypertrophied papillae แต่ผู้
ป่วยที่เป็นริดสีดวงทวารส่วนใหญ่อาจรักษาได้ผล
ดีโดยไม่ต้องผ่าตัด หลักการรักษาโดยวิธีอื่นมี
ดังนี้

1. การรักษาโดยใช้ยา (Medical treatment)

ผู้ป่วยที่มีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น มีเลือด
ออกหรือเจ็บเพียงเล็กน้อยเป็นครั้งคราวในขณะ
ถ่ายอุจจาระ หรือมีอาการเฉพาะในเวลาท้อง
ผูก และอุจจาระแข็งเท่านั้น พวกนี้ส่วนมากเป็น
ริดสีดวงทวารในระยะแรก และมีขนาดเล็ก การ
รักษาใช้ยาพวกที่ช่วยให้อุจจาระอ่อน หรือยา
ระบาย (stool softener and/or laxative)
พยายามไม่ให้ท้องผูก หลังจากรักษาแล้ว อาการ
ต่าง ๆ จะหายไป แต่ผู้ป่วยยังมีริดสีดวงทวารอยู่
ถ้าผู้ป่วยท้องผูกหรืออุจจาระแข็งอีก อาการต่าง ๆ

ก็จะกลับมามาก สำหรับยาเห็นนั้น ช่วยลดอาการเจ็บ หรือคันได้ชั่วคราวเท่านั้น

2. การรักษาโดยฉีดยา

หมายถึงการฉีดยาพวก sclerosing solutions เข้าไปในหัวริดสีดวงทวาร จุดประสงค์ของการฉีดยา คือ ทำให้เกิด fibrous tissue ซึ่งจะทำให้หัวริดสีดวงทวารเล็กลง การรักษาโดยวิธีนี้ใช้ในรายที่ริดสีดวงทวารขนาดเล็ก หรือขนาดกลาง และไม่มีอาการอักเสบ หลังจากฉีดยาครั้งแรก ส่วนมากอาการเลือดออกจะหยุด และหัวริดสีดวงทวารจะเล็กลง ถ้าหลังจากฉีดยาครั้งแรกแล้วยังมีอาการอยู่ ควรจะฉีดซ้ำอีกทุก 2 สัปดาห์จนกว่าจะได้รับผลเป็นที่พอใจ แต่ไม่ควรฉีดเกินกว่า 3 ครั้งต่อริดสีดวงทวารแต่ละหัว ถ้าฉีด 3 ครั้งแล้วยังไม่ได้รับผลเป็นที่พอใจควรจะรักษาโดยวิธีอื่น

3. การรักษาโดยการใช้น้ำแข็งยางผูกหัวริดสีดวงทวาร

ใช้รักษาริดสีดวงที่มีขนาดปานกลาง หรือค่อนข้างใหญ่ หลักการรักษา คือใช้น้ำแข็งยางไปรัดหัวริดสีดวงทวารโดยใช้เครื่องมือ Barron ligator หลังจากนั้นประมาณ 4-7 วัน หัวริดสีดวงทวารที่ถูกรัดจะเน่า และหลุดไป ในระหว่างนี้ผู้ป่วยบางคนอาจจะมีเลือดออกบ้าง เพราะฉะนั้นต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

การรักษาโดยวิธีนี้ ควรจะผูกหัวริดสีดวงทวารทีละหนึ่งหัวเท่านั้น การผูกหัวริดสีดวง

ทวารครั้งต่อไปควรจะทำรอบประมาณ 2-3 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อให้แผลที่เกิดจากหัวริดสีดวงหลุดครั้งแรกหายเสียก่อน โดยทั่ว ๆ ไปต้องผูกหัวริดสีดวงทวารประมาณ 3 ครั้ง แต่ถ้าริดสีดวงทวารค่อนข้างใหญ่ และมีมาก อาจจะต้องผูกหัวริดสีดวงทวาร 4-5 ครั้ง

การรักษาวิธีนี้ ได้ผลดีพอ ๆ กับการผ่าตัด แต่วิธีนี้ใช้รักษาเฉพาะ internal hemorrhoid หรือ mucosal prolapse เท่านั้น

น.พ. ยอด สุคนธมาน

แผนกศัลยศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ถาม

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 50 ปี มีประวัติและอาการ nephrotic syndrome ชัดเจนคือ มีบวมมาก ความดันโลหิตปกติ ตรวจปัสสาวะพบมีโปรตีนมาก 4^+ และพบเม็ดเลือดขาว แต่ไม่มีเม็ดเลือดแดง ได้รักษาโดยให้ยาขับปัสสาวะ Dichlortide วันละ 2 เม็ด และ steroid (Kenacort) วันละ 4 เม็ด เป็นเวลา 4 วัน อาการไม่ดีขึ้นยังบวมมาก จึงได้ให้ยาเพิ่มคือ Aldactone A วันละเม็ด และฉีด Lasix 2 มล. เข้ากลั้มเป็นครั้งคราว สัปดาห์แรกฉีดอยู่ 2 ครั้ง อาการบวมจึงเริ่มยุบลง ได้ลด Dichlortide ให้คือวันละ 1 เม็ด และระยะหลังเปลี่ยนเป็น Lasix

รักษาอยู่ 2 สัปดาห์ อาการบวมยังไม่ทุเลาจนเป็นที่พอใจ จึงฉีด Lasix ต่อไป สัปดาห์ที่ 3 อาการจึงดีขึ้น และหายบวมในเวลาประมาณ 1 เดือน

หลังจากที่ยุบบวมแล้ว ได้ตรวจปัสสาวะวันเว้นวัน และพบโปรตีนในปัสสาวะอยู่ตลอดเวลา ได้ให้ steroid และ Aldactone A ขนาดเดิมติดต่อกันอยู่ประมาณ 2 เดือน จนรู้สึกว่าจะเริ่มมี moon face และผิวคล้ำกร้านลง จึงเปลี่ยนเป็นให้ยาแบบเว้นระยะ คือให้ 1 เม็ด เข้า-เย็น เฉพาะวันศุกร์-เสาร์ และ อาทิตย ได้ให้ anabolic hormone เข้ากล้ำด้วยเป็นครั้งคราว อาการทั่วไปของผู้ป่วยเหมือนคนปกติ เว้นแต่ยังพบโปรตีนในปัสสาวะ อยากจะเรียนถามว่า

1. การที่พบโปรตีนในปัสสาวะตลอดเวลา นี้ ถือว่าโรคนั้นไม่หายใช่หรือไม่ และจะให้คำรับรองแก่ผู้ป่วยหรือญาติอย่างไร
2. จะให้การรักษาที่ถูกต้องต่อไปอย่างไร
3. มีข้อแนะนำอย่างไรบ้างในการรักษาดังกล่าวมาแล้ว หรือตรวจรักษาอย่างไรในรายนี้ และผู้ป่วยทั่วไป

ตอบ

1. Nephrotic syndrome ส่วนใหญ่เกิดจาก Idiopathic glomerulonephritis โรคนั้นไม่หายขาด แต่มีระยะสงบได้ ผลจากการรักษาด้วย

steroid ที่ทำให้โรคสงบโดยสมบูรณ์คือ อาการทุกอย่างทุเลาเป็นปกติหมดรวมทั้งไม่มีโปรตีนในปัสสาวะนั้นมีเพียงร้อยละ 47-75^{1,3} บางรายที่อาการทั่วไปสงบลงแต่ยังคงมีโปรตีนในปัสสาวะนั้น ควรจะให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติตามความเป็นจริงว่าโรคนั้นไม่หายขาด การรักษาที่ถูกต้องอาจทำให้โรคสงบได้นานหลาย ๆ ปี แต่ในอนาคตอาจจะกลับเป็นอีกเมื่อใดก็ได้

2. การรักษาที่ถูกต้องยังไม่ทราบแน่ ในขณะนี้ แต่ละสถาบันก็ยังไม่อยู่ในระหว่างรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษา แต่โดยทั่วไปมีความเห็นว่าผู้ป่วย nephrotic syndrome ควรจะตัดเนื้อไตมาตรวจ (renal biopsy) เพื่อให้ทราบว่าพยาธิสภาพเป็นชนิดใด เช่น พวกที่มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (minimal change) ชนิด membranous หรือชนิด proliferative เป็นต้น เมื่อทราบพยาธิสภาพแน่นอนแล้วก็จะสามารถให้การพยากรณ์โรคได้ใกล้เคียง รวมทั้งยังเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนการรักษาด้วย

จากรายงานทั่วไปพบว่ารายที่ไม่ตอบรับต่อการรักษาด้วย steroid ถ้าเพิ่มยาประเภท immunosuppressive drug เช่น Cyclophosphamide (Endoxan) อาจจะช่วยให้ตอบรับต่อการรักษาได้ดีขึ้น² ดังนั้นถ้าจะให้ตอบว่าการรักษาต่อไปสำหรับผู้ป่วยรายที่เล่ามา คิดว่าสมควรที่จะตัดเนื้อไตมาตรวจ แล้วพิจารณาให้การรักษาด้วย

immunosuppressive drug แต่การรักษาด้วยยาประเภทนี้มีโทษพอๆ กับมีคุณ ดังนั้นจึงควรจะใช้ต่อเมื่อผู้ใช้มีความรู้และความชำนาญ ถ้าวิธีที่แนะนำมาทั้งหมดปฏิบัติไม่ได้เพราะขาดประสบการณ์ การให้ยา steroid อย่างเดียวต่อไปเรื่อยๆ ก็น่าจะเป็นเพียงพอ

3. ผู้ป่วยอย่างที่เราทำให้ฟังนี้ ส่วนใหญ่จะตอบรับต่อการรักษาอาการบวมทุกราย บางรายให้นอนพัก รับประทานน้ำและเกลือเล็กน้อย บัสสวาก็จะออกมาได้มากเอง บางรายอาจต้องให้ยาขับบัสสวา ยาประเภท Thiazide ก็อาจได้ผล หรืออาจจะต้องใช้ Furosemide ก็ได้ ทุกๆ รายที่ creatinine ในเลือดปกติถ้าให้นอนพักให้ยาขับบัสสวา steroid และ spironolactone อาการบวมจะทุเลาได้ แต่จะต้องใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 2 สัปดาห์ จึงจะถ่ายบัสสวาได้มากขึ้น บางรายอาจนานถึง 4 สัปดาห์ แต่จะไม่นานเกินไปกว่า 6 สัปดาห์ เมื่อบัสสวาได้มากขึ้น อาการบวมก็จะทุเลาลง และมักจะสามารดิอยู่ได้โดยไม่ต้องให้ยาขับบัสสวา แต่จะต้องให้ steroid เรื่อยๆ ไป จะนานเท่าไรไม่สามารถจะตอบได้แน่นอน ขนาดยา steroid ซึ่งนิยมให้ในระยะแรกคือ 120 มก. วันเว้นวัน เพื่อป้องกัน

Cushingoid effect เมื่อได้ผลดีแล้วค่อยๆ ลดขนาดยาลงครั้งละ 20 มก. ในระยะแรก และต่อมาอาจจะลดครั้งละ 5-10 มก. เมื่อขนาดยาน้อยลงแล้ว และคงขนาดยาไว้ที่ปริมาณน้อยที่สุดโดยผู้ป่วยไม่กลับมีอาการใหม่อีก โดยไม่มีกำหนดว่าจะหยุดยาเมื่อใด ถ้าให้ steroid อย่างเดียวแล้วยังมีโปรตีนในบัสสวาอยู่ ควรจะเพิ่มยาพวก cyclophosphamide ด้วย ขนาดยาที่ใช้ 1-3 มก./กก./วัน ระดับแน่นนอนนั้นควรจะดูจากระดับเม็ดเลือดขาวด้วย คือให้ในระดับที่ไม่ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำกว่าปกติ และไม่เกิน 3 มก./กก./วัน.

ชาญ โพนกุล

หน่วยไต แผนกอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Adams DA, Maxwell MH, Bernstein D : Corticosteroid therapy of glomerulonephritis and the nephrotic syndrome : a review. J Chronic Dis 15:29-50, 62
2. Grushkin CM, Fine RN, Heuser E, et al : Cyclophosphamide therapy of idiopathic nephrosis. Calif Med 113:1-5, 70
3. Hopper J Jr, Ryan P, Lee JC, et al : Lipoid nephrosis in 31 adult patients : Renal biopsy study by light, electron and fluorescence microscopy with experience in treatment. Medicine 49:321-41, 70