

Health Tips & Talks กับ Doctor Tany



- เคสที่ทำให้ผมได้รับการโทรทให้ป็นเฟลโลว์ตีเด่น
- 'ปลูกถ่ายปอด' เรื่องใหม่สำหรับคนไทย
- ป่วยหนักแค่ไหนถึงต้องเข้าไอซียู
- อะไรเป็นความทรมานที่สุดของผูัป่วยไอซียู
- นอนดึกบ่อยๆ อันตรายไหม
- 'พีอี' มีคำอธิบายทางวิทยาศาสตร์ไหม!
- นอนกรนอันตรายกว่าที่คิด

นายแพทย์ธนินธ์ ธนินวัน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการปลูกถ่ายปอด
โรคปอด และวิกฤติปอด

อดีตอาจารย์แพทย์ Harvard Medical School, USA

Health

Tips & Talks

กับ Doctor **Tany**

นายแพทย์ธนีย์ ธนียวัน

Health Tip & Talk กับ Doctor Tanny

ผู้เขียน นายแพทย์ธานี ธานีวัน

ราคา 265 บาท

Life⁺ สำนักพิมพ์ โลฟพลัส

สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย พ.ร.บ. ลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537

โดย ธานี ธานีวัน © พ.ศ. 2568

ห้ามคัดลอก ลอกเลียน ดัดแปลง ทำซ้ำ จัดพิมพ์เนื้อหาและภาพประกอบ
หรือกระทำการอื่นใด โดยวิธีการใดๆ ในรูปแบบใด ไม่ว่าส่วนหนึ่งของหนังสือเล่มนี้
เพื่อเผยแพร่ในสื่อทุกประเภท หรือเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ นอกจากได้รับอนุญาต

ISBN (e-book) 978-616-08-5574-2

จัดทำโดย



บริษัท ซีอีดูเคชั่น จำกัด (มหาชน)
SE-EDUCATION PUBLIC COMPANY LIMITED

เลขที่ 1858/87-90 ถนนเทพรัตน แขวงบางนาใต้ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260

โทร. 0-2826-8000 สายงานการผลิต โทร. 0-2826-8333 โทรสาร 0-2826-8589

ประวัติ

นายแพทย์รณีย์ รณีย์วัน



การศึกษา

- โรงเรียนเซนต์ดอมินิก ประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3
- โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 4-6
- คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เกียรตินิยมอันดับ 1 ประจำปี 2006
- ใช้ทุนที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี ปี 2006-2009
- เรียนแพทย์ประจำบ้าน (Resident) สาขาอายุรศาสตร์ Internal Medicine ที่ Albert Einstein Medical Center เมือง Philadelphia รัฐ Pennsylvania ประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 2011-2013

- เรียนแพทย์ประจำบ้านต่อยอด (Fellowship) สาขาโรคปอดและ
วิกฤติบำบัด (Pulmonary and Critical Care Medicine)
ที่ Emory University เมือง Atlanta รัฐ Georgia ประเทศ
สหรัฐอเมริกา ปี 2013-2017
- เรียนแพทย์ประจำบ้านต่อยอดเฉพาะทาง (Sub-Fellowship) สาขา
การปลูกถ่ายปอด (Lung Transplant) ที่ Duke University เมือง
Durham รัฐ North Carolina ประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 2018

การทำงาน

- แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการปลูกถ่ายปอด โรคปอด และวิกฤติ
บำบัด (Lung Transplant/ Pulmonary and Critical Care
Medicine)
- อดีตอาจารย์ Harvard Medical School ประเทศสหรัฐอเมริกา

รางวัลเกียรติคุณ

- ชนะเลิศการประกวดงานวิจัยระดับแพทย์ประจำบ้าน ที่ Albert
Einstein Medical Center ประจำปี 2012
- รางวัลแพทย์ประจำบ้านต่อยอด (Fellow) ดีเด่นของ Emory
University ประจำปี 2015
- รางวัลชนะเลิศ Best Fellow Presentation ในการแข่งขัน
Tristate Consecutive Case Conference; American Lung
Association ประจำปี 2015

- รางวัลคะแนนสอบระดับประเทศสูงสุด Brainiac Award จาก Emory University ระหว่างเรียนแพทย์ประจำบ้านต่อยอด Pulmonary and Critical Care Medicine ติดต่อกัน 3 ปี (ปี 2015-2017)
- รางวัล Thailand Influencer Awards 2025 by Tellscore สาขา Best Health & Mind Influencer และ Fans Love
- โล่รางวัลสื่อสร้างสรรค์ดีเด่น ในงาน “เทียนส่องใจ” เนื่องในวันเอดส์โลก ครั้งที่ 33 ประจำปี 2568

ช่องทาง Social Media

- YouTube: Doctor Tany
- TikTok: dr.tany

สารบัญ

บทนำ	9
PART 1 ตามติดชีวิตการทำงานของหมอแทน	11
• เคสที่ทำให้ผมได้รับการโหวตให้เป็นเพลลอร์ดดีเด่น	13
• เจอเคสยากต้องใช้หลักคิดกลับสู่เบสิก	22
• ยืนยันและสู้ในสิ่งที่มั่นใจเพื่อชีวิตของผู้ป่วย	31
• ทุกอย่างมีเหตุผล อย่าปล่อยให้อาการที่ไม่สามารถอธิบายได้หลุดรอดไป	44
• รู้กว้าง รู้ลึก จึงจะวินิจฉัยโรคที่สลับซับซ้อนได้	51
• ‘ปลูกถ่ายปอด’ เรื่องใหม่สำหรับคนไทย	60
• น้ำท่วมปอดกับน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นคนละโรคและรักษาต่างกัน	68
PART 2 บำบัดผู้ป่วยวิกฤติ ชีวิตในไอซียู	73
• ไอซียูต่างจากวอร์ดธรรมดาอย่างไร?	75
• หมอในไอซียูทำอะไรบ้าง?	80
•ป่วยหนักขนาดไหนถึงต้องเข้าไอซียู	85
• คนในครอบครัวต้องเข้าไอซียู ญาติต้องเตรียมอะไรไปโรงพยาบาลบ้าง	89
• คนในครอบครัวคนใดมีสิทธิ์เซ็นยินยอมให้ทำการรักษาในไอซียู	92
• ญาติจำเป็นต้องรอหน้าห้องไอซียูจนกว่าผู้ป่วยจะพ้นวิกฤติหรือไม่?	95
• ทำไมต้องให้ยานอนหลับผู้ป่วยไอซียู ทำไมบางคนต้องมัดไว้	100
• อะไรเป็นความทรมานที่สุดของผู้ป่วยไอซียู	104
• จะช่วยผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้อย่างไรดี	106
• ญาติพอจะช่วยทำให้ผู้ป่วยไอซียูดีขึ้นหรือรู้สึกดีขึ้นบ้างไหม	110

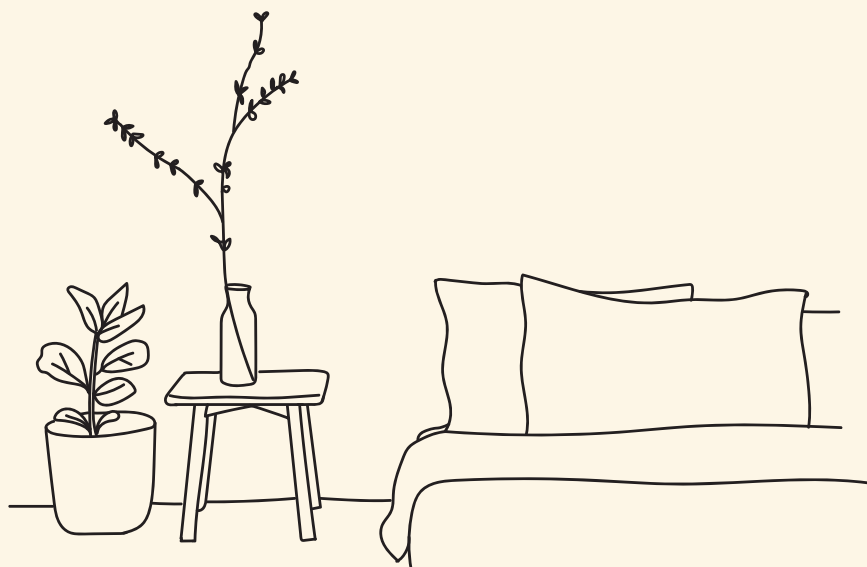
• สิ่งทีเญาคิไม้ควรรทำ จากประสพการณั้ของหมอ	113
• ผู้ป่วยไอซียูจะถอดเครื่องช่วยหายใจได้เมื่อไร	116
• ผู้ป่วยในไอซียูก็ต้อออกกำลั้งกาย!	120
• สัณญานวาระสุดท้ายของชีวิตและค่านะนำสำหรับญาคิผู้ป่วย	124
• หลากหลายคำถามในไอซียู	127

PART 3 ชีวิตดี สุขภาพกายใจดี

เพราะนอนอย่างมีคุณภาพ

• ทำไมคนเราต้อนอนให้เพียงพอ	145
• นอนวันละกี่ชั่วโมงถึงจะพอ	146
• นอนตึกบ่อย ๆ อันตรายไหม	149
• การนอนเสริมภูมิต้านทานให้ดีขึ้น เก่งขึ้น	154
• บุสตั้สมอง ความจำด้วยการนอน	156
• นอนหลับลึก โกรทฮอริโมนหลังมาก ร่างกายแข็งแรง แก่ช้า	158
• นอนถุกวิธี กล้ามขึ้นได้	161
• ทำอย่างไรให้นอนหลับสนิททั้งคืน?	166
• ถ้าต้อนอนตึก นอนน้อยเป็นประจำ ควรรดูแลตัวเองอย่างไร?	170
• ถ้าง่วงระหว่างวันควรทำอย่างไร?	173
• จีบหลับอย่างไร ให้สมองแจ่มใส?	175
• นอนไม่หลับต้อทำอย่างไร?	176
• ต้อรู้! ก่อนใช้ยานอนหลับ	181
• ปัสสาวะบ่อยกลางคืน เกิดจากอะไรได้บ้าง?	189

• นอนกรนอันตรายกว่าที่คิด	194
• นอนกรนต้องรีบรักษา รักษาอย่างไร?	199
• บริหารกล้ามเนื้อปาก ช่องคอ แก้กกรน	203
• แขนขากระตุกตอนกลางคืน ไม่ใช่เรื่องปกติ	207
• ‘ผีอำ’ มีคำอธิบายทางวิทยาศาสตร์ไหม!	209
• ผีอำ หลอน หลับกลางอากาศ อาจเป็นโรคชนิดหนึ่ง	212
• ผื่นร้ายบ่อย ๆ อันตรายไหม?	216
• วิธีควบคุมความฝันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและการเรียนรู้	221



บทนำ

ขอบคุณที่หยิบหนังสือเล่มนี้ขึ้นมาจริง ๆ แค่นี้ก็เป็น ‘ก้าวแรก’ ของการดูแลตัวเอง และคนที่เรารักแล้วครับ

ผมทำงานเป็นหมอที่เจอทั้ง “วันที่ชีวิตปกติ” และ “วันที่ชีวิตพลิก” อยู่ในที่เดียวกัน บางวันเราแค่เอนนอนน้อย เครียดสะสม คิดว่าเดี๋ยวก็หาย แต่บางวันเรื่องเล็ก ๆ นี้อีกกลับกลายเป็นเรื่องใหญ่อันตรายถึงชีวิตในพริบตา สิ่งที่ผมเห็นซ้ำ ๆ คือ คนส่วนใหญ่ไม่ทันตั้งตัวเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้น ทำให้ต้นตระหนก ในขณะที่ใจสั่น มือเย็น มีดบาดด้าน แต่ต้องตัดสินใจเดี๋ยวนี้ อาจทำให้เราตัดสินใจผิดพลาดได้ เรื่องนี้เกิดได้ทั้งกับครอบครัวคนไข้ แล้วก็...หมอเองด้วย

“หมอครับ คนในครอบครัวผมต้องเข้าไอซียู ผมควรเตรียมตัวยังไง?”

“ทำไมต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เขาเจ็บไหม?”

“หมอบอกว่าอาการหนัก...แปลว่าไม่รอดใช่ไหม?”

ทุกครั้งที่ได้ยินคำถามเหล่านี้ ผมรู้สึกได้ถึงความกลัว ความวิตกกังวล และความไม่แน่ใจที่ญาติผู้ป่วยทุกคนต้องเผชิญ แต่ผมเชื่อว่า ถ้าเข้าใจ ความกลัวจะลดลง และทำให้มีสติในการตัดสินใจได้ดีขึ้น

หนังสือเล่มนี้เลยไม่ได้ตั้งใจเขียนให้เป็นตำราแพทย์ที่อ่านยาก และก็ไม่ได้เป็นคำคมสั้น ๆ ที่อ่านแล้ววางจบ แต่คือการรวบรวม “ประสบการณ์จากข้างเตียงคนไข้” มาช่วยให้เข้าใจแบบมนุษย์คนหนึ่งคุยกับมนุษย์อีกคน...คุยแบบอบอุ่น แต่ไม่หลอกตัวเอง และไม่ลดทอนความจริงของชีวิต

คุณจะเห็นว่า ‘สารบัญ’ ของเล่มนี้เหมือนเดินทางผ่านห้อง 3 ห้อง

1. “ห้องของความจริง” ในงานแพทย์ ตามติดชีวิตการทำงานของผมในฐานะแพทย์เวชบำบัดวิกฤติ ผ่านเคสที่ยากจนต้องกลับไปสู่หลักคิดพื้นฐานเพื่อหาคำตอบในสิ่งที่ไม่มีคนรู้ การยืนยันในสิ่งที่มั่นใจเพื่อชีวิตคนไข้ ไปจนถึงเรื่องเฉพาะทางอย่างโรคปอด น้ำท่วมปอด น้ำในเยื่อหุ้มปอด และการปลูกถ่ายปอดที่หลายคนยังรู้สึกกว่า ‘ไกลตัว’ ทั้งที่วันหนึ่งมันอาจเป็นเรื่องของคนใกล้ตัวเราได้

2. “ห้องไอซียู” ที่เวลาเดินไม่เหมือนเดิม ไอซียูเป็นที่ที่ ‘ความหวัง’ กับ ‘ความจริง’ อยู่ห่างกันแค่การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพหนึ่งครั้ง บทนี้เป็นเหมือน “คู่มือเอาตัวรอดทางใจและทางปฏิบัติ” ไอซียูต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไปอย่างไร ป่วยแค่ไหนถึงต้องเข้าไอซียู ญาติต้องเตรียมอะไร เรื่องการเซ็นยินยอม ทำไมต้องให้นอนหงาย ทำไมบางคนต้องถูกมัดมือ สื่อสารอย่างไรกับคนไข้ที่พูดไม่ได้ รวมถึงสัญญาณวาระสุดท้ายของชีวิต...คำถามที่แทบทุกบ้านต้องเจอ แต่ไม่มีใครสอนให้เตรียมพร้อม

3. “ห้องนอน” ที่หลายคนมองว่าไม่สำคัญ จนวันที่ยันพัง การนอนคือ “ยาธรรมชาติที่ดีที่สุดขนานหนึ่ง” เป็นยาที่เราไม่มีสิทธิ์เข้าถึงทุกวัน เราจะคุยกันตั้งแต่...นอนก็ขี้โม่งถึงพอ นอนน้อยอันตรายแค่ไหน จำเป็นต้องนอนน้อยแค่ไหน ปัญหาการนอนไม่หลับ การนอนกับภูมิคุ้มกัน ความจำ การฟื้นฟูร่างกาย โกรทฮอร์โมน การสร้างกล้ามเนื้อ ไปจนถึงเรื่องที่เรามักจะละเลย เช่น นอนกรน ปัสสาวะบ่อยกลางคืน แขนขากระตุก ผิอำ ผื่นร้าย และเทคนิคจัดการความฝันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพชีวิต

สิ่งที่ผมอยากให้คุณได้รับจากเล่มนี้ ไม่ใช่แค่ “ความรู้เพิ่ม” แต่คือ *ความรู้ที่ทำให้เราเข้าใจและมีสติขึ้น* ถ้าถามในวันที่สับสน ถ้าตัดสินใจในวันที่ใจสั่น และถ้าดูแลตัวเองแบบจริงจังในวันที่ยังไม่ป่วย

ชีวิตไม่มีการรับประกัน แต่เราสามารถ “เพิ่มโอกาส” ให้ตัวเองและคนที่เรารักได้เสมอ ด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง การเตรียมตัวที่ดี และความสงบที่มากจากการรู้ว่าควรทำอะไรต่อ

ถ้าหนังสือเล่มนี้ช่วยให้คุณนอนหลับดีขึ้นหนึ่งคืน ช่วยให้คุ้ยกับหมอได้อย่างมั่นใจขึ้นหนึ่งครั้ง หรือช่วยให้คุณดูแลคนที่คุณรักได้ดีขึ้นในวันที่หนักที่สุดของชีวิต...สำหรับผม นั่นคือความหมายของการเขียนเล่มนี้แล้วครับ

ผมเขียนด้วยหัวใจของคนที่ต้องการให้ความรู้กลายเป็นพลัง ไม่ใช่ความกลัว อยากให้ทุกคนเข้าใจว่าแพทย์และญาติผู้ป่วยเป็นพันธมิตรกัน...เราต่อสู้เพื่อชีวิตด้วยกัน

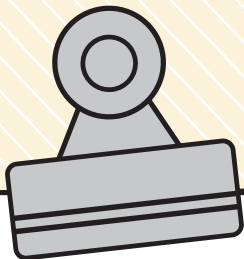
ยินดีต้อนรับเข้าสู่ Health Tips & Talks กับ Doctor Tany ครับ

นายแพทย์ธนิย์ ธนียวัน

[PART 1]

ตามติดชีวิต
การทำงาน
ของหมอแทน





ในช่วงที่ผมเป็นเฟลโลว์ (Fellow) แพทย์ที่กำลังฝึกฝน เป็นแพทย์เฉพาะทางต่อยอดหรือเทียบได้กับนักศึกษาปริญญา เอกของสาขาวิชาเรียนอื่น อยู่ที่มหาวิทยาลัยเอมอรี (Emory University) ตอนนั้นผมอยู่เวรไอซียู แต่ไอซียูที่นี้เฟลโลว์ไม่ จำเป็นต้องอยู่ในไอซียูตลอดเวลา จะมีเรสซิเดนต์ (Resident) หรือแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งเทียบได้กับปริญญาโทของสาขา วิชาอื่น อยู่ประจำในไอซียู เขามีปัญหาอะไรก็จะโทร. ปรีक्षा ผมได้ตลอดคืน

เคสที่ทำให้ผมได้รับการโหวตให้เป็นฟลอว์ดีเด่น

วันนั้นขณะที่ผมอยู่บ้านก็ได้รับโทรศัพท์จากเรสซิเดนต์บอกว่า ผู้ป่วยหญิง อายุประมาณ 40 มีประวัติว่าดื่มเหล้าเป็นประจำ เท่าที่ทราบไม่มีโรคประจำตัวอื่น แต่กินยาแก้ปวดไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) หรืออะไรสักอย่างเป็นประจำ มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยหอบ ความดันตกมากโดยหาสาเหตุไม่ได้ ซึ่งในทางการแพทย์เวลาผู้ป่วยความดันตกมาก ๆ เราจะกลัวเพราะอาจจะเสียชีวิตได้

ผมถามเรสซิเดนต์ว่าตรวจซักประวัติอะไรไปแล้วบ้าง เขาบอกว่า ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยกับเวียนศีรษะเป็นอาการหลัก อยู่ ๆ ตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึกไม่ค่อยมีแรง เพลีย เหนื่อยมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นมาได้สักวันกว่า ๆ อาการที่ว้าค่อย ๆ เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยไม่มีอาการไอ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีไข้ ไม่เจ็บคอ ไม่มีผื่นขึ้นตามตัว ไม่ปวดข้อปวดเมื่อยตามร่างกาย การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติดี แต่กินอาหารไม่ค่อยได้ มีคลื่นไส้อาเจียนบ้างเล็กน้อย ด้วยอาการที่ยิ่งมากขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจึงมาโรงพยาบาล มาถึงก็เข้าห้องฉุกเฉินก่อน วัดความดันตอนแรกได้แค่ 60/40 ซึ่งถือว่าต่ำมาก ชีพจรอยู่ที่ประมาณ 120-130 ถือว่าชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ (ชีพจรของคนเราทั่วไปอยู่ที่ประมาณ 60-100 ครั้งต่อนาที) สรุปว่าความดันต่ำและชีพจรเต้นเร็ว ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่จะต้องรีบรักษาให้ ความดันกลับสู่ปกติ และหาสาเหตุของความดันต่ำเพื่อแก้ไขโดยด่วน

นอกจากนั้นเรสซิเดนต์ก็ตรวจร่างกาย ฟังปอดทั้งสองข้างแล้วปกติดี ไม่มีเสียงแปลกประหลาดอะไรที่น่ากังวล จึงไม่ได้คิดว่าเป็นโรคเกี่ยวกับปอด

เวลาที่คนเราเหนื่อยมากเกิดได้จากหลายสาเหตุนะครับ เช่นว่า ปอดมีปัญหา หัวใจมีปัญหา หรือระบบต่อมไร้ท่อมีปัญหา เป็นต้น หรือว่าได้รับสารพิษ มีโรคบางอย่าง เช่น สงสัยด้วยว่าโรคทางระบบประสาทบางอย่างก็ทำให้เหนื่อยได้ หรือเครียดจัด เป็นโรคทางด้านจิตใจก็เหนื่อยได้ ส่วนหัวใจ ตรวจแล้วรู้สึกหัวใจโตเล็กน้อยแต่ไม่ชัดเจน คือมีหลอดเลือดที่คอซึ่งเป็นหลอดเลือดดำใหญ่ที่เรียกว่า Internal Jugular Vein ปองขึ้นมากกว่าปกติ หมายความว่าอาจจะมีการน้ำเกินในร่างกาย หรือหัวใจอาจจะมีความยืดหยุ่นไม่ค่อยดีเท่าไรหรือบีบตัวไม่ค่อยดี เลือดเลยท้นขึ้นมาตรงนี้ ระหว่างตรวจร่างกาย แขนขาผู้ป่วยก็ยังอุ่นเป็นปกติ ไม่ได้เย็นแต่อย่างใด คำว่า ‘เย็น’ หมายความว่า มีการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย เพื่อที่จะลดเลือดไม่ให้ไปบริเวณแขนและขา และเพิ่มเลือดที่จะไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญๆ เช่น สมองและอวัยวะภายในอื่น ๆ ซึ่งนี่เป็นกลไกของร่างกายในภาวะฉุกเฉินที่จะรักษาชีวิตไว้ แต่ผู้ป่วยรายนี้แปลก เพราะแม้ความดันโลหิตจะต่ำ แต่ร่างกายกลับไม่ได้ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลายอย่างที่ควรจะเป็น ตรวจร่างกายอื่น ๆ ก็ไม่เจออะไรเลย ไม่บวม ไม่มีผื่น ไม่มีตัวอะไรกัด ไข้ก็ไม่มี

ฟังแล้วผมก็เริ่มคิด...เฮ้ย! อะไรนี่ ผู้ป่วยถ้าอยู่ๆ มีอาการแยลงกะทันหัน ในช่วงเวลาแคว้นครึ่ง แล้วเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ และมีความดันตกแบบนี้โดยที่แขนขายังอุ่นอยู่ มันมีไม่กี่โรค โรคที่เราต้องระวังคือ โรคติดเชื้อในกระแสเลือด แต่ว่าผู้ป่วยไม่มีไข้ (แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าคนติดเชื้อทุกคนจะต้องมีไข้แน่ครับ) และก็ไม่ได้เจอบริเวณไหนในร่างกายที่แสดงถึงการติดเชื้อ

ต่อมาดูว่าเป็นโรคหัวใจหรือเปล่า หัวใจขาดเลือดหรือว่าหัวใจทำงานผิดปกติที่ทำให้หัวใจบีบเลือดไม่ดีหรือเปล่า ความดันก็เลยตก แต่กรณีภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ (Cardiogenic Shock) ปลายมือปลายเท้าผู้ป่วยจะเย็น ชีพจรอ่อนเบา ซึ่งผู้ป่วยคนนี้ไม่เป็น

เนื่องด้วย ตอนแรกที่มาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยความดันตก ก็แน่นอนว่า
ทางการแพทย์เราจะต้องแทงเส้นให้น้ำเกลือเข้าไปเพิ่มความดันเลือด เพราะ
ว่าเลือดเป็นของเหลว การที่เราให้น้ำเกลือเข้าไปเป็นการเพิ่มปริมาณเลือดให้มี
การสูบฉีดและทำให้มีความดันสูงขึ้น แต่ในผู้ป่วยรายนี้ได้ให้น้ำเกลือไปหลายถุง
ก็ไม่ดีขึ้น ความดันยังตกเหมือนเดิม ให้ยากระตุ้นความดันไป 3 ตัวแล้วด้วย
โดยให้เนอร์อีพินเฟริน (Norepinephrine) ในขนาดสูงสุด ร่วมกับวาโซเพรสซิน
(Vasopressin) กับฟีนิลเอพรีน (Phenylephrine) ความดันยังขึ้นมาอยู่แค่
70/40 ซึ่งถือว่ายังต่ำมากอยู่ แล้วให้ยาฆ่าเชื้อที่เป็นตัวหลัก ๆ ซึ่งเรสลิเดนต์
ไม่แน่ใจว่าเป็นโรคติดเชื้ออะไรสักอย่างซ่อนอยู่หรือเปล่า จึงให้กันไว้ก่อน มีการ
ให้ไฮโดรคอร์ติโซน (Hydrocortisone) ซึ่งเป็นสเตียรอยด์ชนิดหนึ่ง เพื่อว่ามี
ภาวะช็อกจากการติดเชื้อรุนแรง หรือต่อมหมวกไตไม่ทำงานแล้วผลิตฮอร์โมน
ไม่ได้ ให้ไปหมดทุกอย่างแล้ว ผู้ป่วยก็ยังไม่ดีขึ้น

แต่ในขณะนั้นผู้ป่วยยังพอรู้ตัวมีสติอยู่นะครับ ไม่ได้สลบ อาการภายนอกไม่ได้
แย่งถึงขั้นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ว่าหมอก็ยังคิดไม่ออกว่าผู้ป่วยเป็นอะไร เอ็กซเรย์
(X-rays) ปอดก็ไม่เจออะไร ทำซีทีสแกน (CT Scan) ซึ่งเรสลิเดนต์ทำไม่ได้
ปรึกษาผม (ถ้าเป็นผมคงไม่ทำ) ก็ไม่เจออะไร ทำเอคโคหัวใจ (Echocardiogram)
หรือการทำอัลตราซาวด์ (Ultrasound) หัวใจ ดูว่ามีความผิดปกติของหัวใจหรือไม่
ผลเจออย่างหนึ่งว่า หัวใจห้องขวาล่าง (Right ventricle) โตและมีการบีบตัว
ที่ลดลง ซึ่งหัวใจห้องขวามีหน้าที่บีบเลือดไปยังปอด เพื่อเอาเลือดไปแลกเปลี่ยน
ก๊าซ เอาก๊าซซิเจนเข้าร่างกาย แล้วเอาก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกไปกับ
ลมหายใจ ปัญหาคือ ทำไมหัวใจห้องขวาล่างถึงโตและบีบตัวได้ลดลง และโต
มานานหรือยัง ซึ่งข้อนี้ไม่รู้เพราะผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาล
เรามาก่อนจึงไม่มีข้อมูล รู้แต่ที่ผู้ป่วยบอกว่าดื่มเหล้าทุกวันแค่นั้นเอง ส่วนหัวใจ
ห้องซ้ายยังบีบตัวได้ดีอยู่ สรุปแล้วก็ไม่ได้เจออะไรที่บ่งบอกโรคบางโรค เช่น
โรคกล้ามเนื้ออุดตันในปอด ซึ่งผมคิดว่ามันไม่ควรเจอเพราะถ้าเป็นแบบนี้ผู้ป่วย
ต้องอาการแย่มาก ๆ แล้ว ความดันตก มือเท้าเย็น หมดสติไม่รู้ตัว ซึ่งอาจจะต้อง

ใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม (ECMO: Extracorporeal Membrane Oxygenator) ส่วนหรือพาไปห้องผ่าตัดเอาลิ้นเลือดออกทันที

แต่สำหรับผู้ป่วยคนนี้อาการไม่โชโรคนี้นั่นเอง ดังนั้น ผมคิดว่า การทำเอคโค (Echo) หัวใจก็น่าจะเจอโรคนี้ ถ้ากรณีเป็นลิ้นเลือดอุดตันที่ หลอดเลือดหลักของปอดแบบเฉียบพลัน เอคโคหัวใจจะพบว่า ตรงบริเวณ หัวใจห้องขวาจะบวมลงนิดหนึ่งเป็นจังหวะ ๆ เหมือนมีคนมากระโดดอยู่บนหัวใจ ซึ่งลักษณะนี้เรียกว่าเป็น McConnell's sign เรสซิเดนต์เขาเก่ง เขาทำเอคโค ให้ผมดูผ่านเฟซบุ๊ก (FaceTime) ปรากฏว่าไม่มีลักษณะนี้ (ซึ่งผมก็ไม่ได้คิดว่า จะเป็นอย่างนั้นอยู่แล้ว)

นอกจากนี้ เขาก็ตรวจเลือด CBC (Complete Blood Count) ซึ่งผลเลือด นี้จะบอกว่ามีเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง มีเกล็ดเลือดเท่าไร ผลก็ปกติทุกตัว ไม่ค่อยเข้ากับการติดเชื้อ เม็ดเลือดขาวที่ดูมีหลายชนิดก็ปกติทั้งหมด แต่ว่าเจอ ไตวาย คือ มีค่า BUN (Blood Urea Nitrogen) สูง อยู่ที่ประมาณ 40-50 และ Creatinine ขึ้นไปถึง 5 ซึ่งสูงมาก (ทั่ว ๆ ไปจะอยู่ประมาณ 1) ไตวาย มาจากไหน เขาตรวจค่าเอนไซม์ชนิดหนึ่งคือ CPK (Creatine Phosphokinase) ตรวจแล้วปกติ ค่าตัวนี้จะบ่งบอกว่าการสลายกล้ามเนื้อไหม เพราะบางคน เกิดภาวะกล้ามเนื้อสลาย (Rhabdomyolysis) แล้วทำให้ไตวายได้ แต่คนที่ เป็นแบบนี้มักมีประวัติว่าออกกำลังกายมาก หรือติดเชื้อบางชนิดที่ทำให้เป็น กล้ามเนื้อสลาย หรือดื่มแอลกอฮอล์เยอะ ๆ และตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ก็พบว่าปกติ

แต่ที่ตรวจเจอคือ ร่างกายมีภาวะเป็นกรดสูงมาก โดยตรวจ Arterial blood gas ได้ 7.1 ซึ่งน้อยมาก (ปกติค่า pH อยู่ที่ประมาณ 7.4) ผู้ป่วย หายใจหอบเหนื่อยเพราะร่างกายของเขาเป็นกรดมากนี่เอง จึงต้องปล่อย คาร์บอนไดออกไซด์เพื่อที่จะลดกรดในร่างกาย และยังพบอีกว่าเลือดที่เป็น กรดนั้น มีสาเหตุมาจากการคั่งของกรดแล็กติก (Lactic Acidosis) ซึ่งกรด

แล็กติกที่สูงเป็นตัวบอกว่าเซลล์ต่าง ๆ กล้ามเนื้อ อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์ไม่สามารถสร้างพลังงานแบบปกติที่จำเป็นต้องใช้ออกซิเจน หรือมีกรณีที่ทำให้ไมโทคอนเดรีย (Mitochondria) ซึ่งเป็นเครื่องผลิตพลังงานโดยใช้ออกซิเจนของเซลล์ทำหน้าที่ไม่ได้ เลยต้องไปใช้การสร้างพลังงานแบบที่ไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic) ซึ่งจะให้พลังงานที่น้อยกว่า และมีผลพลอยได้คือ ปล่อยกรดแล็กติกออกมาในร่างกาย ที่จริงกรดแล็กติกเป็นสารอย่างหนึ่งที่ทำให้เราเมื่อยนั่นเองครับ เช่น เราไปออกกำลังกายมากๆ แล้วปวดเมื่อย

พอเจอผู้ป่วยมีกรดแล็กติกสูงมาก ประมาณ 10 กว่า ๆ (ปกติไม่เกิน 2) ซึ่งมาจากไหนไม่รู้ แต่เจอแอลกอฮอล์ชนิดเอทานอล (Ethanol) ในร่างกาย ปริมาณไม่มากนัก ซึ่งก็ไม่ได้อธิบายอาการของผู้ป่วยรายนี้ แต่ทางการแพทย์เราตรวจอีกอย่างหนึ่งคือ Osmolar Gap ที่เป็นการตรวจดูว่ามีแอลกอฮอล์ชนิดอื่นที่ไม่ใช่เอทานอลและเป็นพิษหลงเหลืออยู่ในร่างกายไหม (ในทางการแพทย์มีแอลกอฮอล์บางชนิดที่ถ้าเข้าไปในร่างกายแล้วจะทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ) จากการซักประวัติผมไม่ได้สงสัยว่ามีแอลกอฮอล์เป็นพิษ แต่ตรวจเพื่อความแน่ใจ ซึ่งได้ค่าสูงกว่า 10 นิด ๆ (ถ้าต่ำกว่า 10 ก็ไม่ต้องสงสัยว่ามีแอลกอฮอล์อื่นในร่างกาย ในกรณีที่สงสัยปัญหาจากแอลกอฮอล์เฉียบพลัน) จึงสามารถอธิบายได้ว่า เป็นเพราะผู้ป่วยมีแอลกอฮอล์ชนิดเอทานอลอยู่ แต่ไม่มีแอลกอฮอล์ชนิดอื่น ๆ

จากการตรวจเลือด ค่าตับผิดปกติเล็กน้อย คือ ค่า AST/ALT สูงขึ้นมาประมาณ 50 ซึ่งเจอได้ในคนที่มีความดันต่ำแบบนี้ แต่ก็ไม่ได้เป็นสาเหตุที่สำคัญ คิดมาถึงตรงนี้เรสลิเดนต์เขาดันแล้วครับ เขาถึงโทร. มาปรึกษาผม

ตอนนี้สรุปข้อมูลได้ว่า ผู้ป่วยหญิงอายุ 40 ปี ดิดแอลกอฮอล์ กินเหล้าทุกวัน มีอาการเหนื่อยหอบเพิ่มมากขึ้นหนึ่งวันก่อนมาโรงพยาบาล และจากการตรวจร่างกายรู้ว่าเป็น Lactic Acidosis คือ กรดแล็กติกสูงมาก

จากอะไรไม่รู้ สงสัยว่ามีหัวใจห้องขวาล่างวาย (Right ventricular failure) โดยไม่รู้สาเหตุเช่นกัน เจอมีไตวายด้วย แต่ร่างกายยังเรียกว่า Well perfused หมายถึงมือเท้ายังอุ่นอยู่ ซึ่งหากความดันตก มือเท้าอุ่น เราจะคิดเสมอว่าเป็น Septic shock หรือเกิดการช็อกของร่างกายที่เกิดจากการติดเชื้อ แต่ปัญหา คือ ไม่เจอว่าติดเชื้อตรงไหน ผู้ป่วยไม่มีอาการที่บ่งบอกว่าติดเชื้อแต่อย่างใด ยังมีสติรู้ตัว แต่อาการไม่ดีขึ้น เข้าไอซียูไป ฉีไม่ออก ใส่สายสวนแล้วไม่มีฉีออกมาเลย แสดงถึงว่าไตวายรุนแรงมาก

ถามว่าแล้วจะอย่างไร?

พอผมฟังปั๊บคิดได้เลยว่ามันคืออะไร ในคืนนั้นผมบอกเรสซิเดนต์ให้ตรวจแล็บ (Lab) แล้วให้ยาผู้ป่วยตัวหนึ่ง ภายในไม่กี่ชั่วโมงผู้ป่วยจะต้องดีขึ้น ตอนนั้นผมว่างอยู่ ไม่มีเวลามาสอนว่าจะต้องทำอะไร บอกว่าให้ยาตัวนั้นนะ แล้วไม่ต้องทำอะไรอย่างอื่น ดูอาการเฉย ๆ เจาะเลือดตัวที่ผมบอกไป แล้วก็ตรวจติดตามค่าไต ค่าแล็กเตต (Lactate) ไปด้วย อย่าลืมดูน้ำตาลในเลือดด้วยว่ามีปัญหาไหม คือตอนแรกตรวจน้ำตาลในเลือดผลก็ปกติ ไม่ได้ต่ำ แต่ให้ตรวจอีกเผื่อจะแย่งลง

ปรากฏว่าผ่านไปสัก 4 ชั่วโมง ความดันดีขึ้น สามารถหยุดยาความดันได้ตัวหนึ่ง ฉีเริ่มออกแล้ว ผ่านไป 12 ชั่วโมง ผมดูค่าไต จาก 5 เหลือ 3 เริ่มฉีได้ อาการค่อย ๆ ดีขึ้นเรื่อย ๆ ความดันเริ่มคงที่

พอผมไปดูผู้ป่วยตอนเช้า ยาความดันที่ให้เหลือแค่ตัวเดียวและกำลังลดการให้ยาลงด้วย เจาะค่าไตซ้ำ เหลือ 1.5 ค่ากรดแล็กติกที่ตอนแรกสูง 10 กว่า ๆ ก็ลดลงตามลำดับ และตอนเช้าเป็นปกติแล้ว อาการผู้ป่วยเหมือนจะปกติแล้วด้วย เพียงแต่หัวใจห้องขวายังไม่เป็นปกติ ซึ่งผมก็ไม่ได้คิดว่ามันจะหายเสียทีเดียวหรอกครับ ถึงตอนนั้นบอกได้เลยว่า ผู้ป่วยเป็นโรคที่ผมคิดไว้ร้อยเปอร์เซ็นต์ เพราะว่าให้ยาที่ผมบอกแล้วอาการดีขึ้น

ผมคุยกับเรสซิเดนต์ต่อว่า เวลาที่คุณคิดถึงภาวะ Warm Shock คือ ช็อกโดยที่มือเท้ายังอุ่นอยู่ หรือภาวะช็อกจากหลอดเลือดขยายตัว (Vasodilatory shock) เราคิดถึงอะไรได้บ้าง แน่นอนว่าคำตอบแรกคือ การช็อกจากการติดเชื้อ (sepsis, septic shock) ซึ่งหมอทุกคนต้องตอบได้ แต่ปัญหาคือไม่มีตรงไหนที่ติดเชื้อ เราจึงต้องคิดถึงสาเหตุอื่นด้วย เราโชคดีที่เจอผู้ป่วยตอนมือเท้ายังอุ่น เพราะในทางการแพทย์การช็อกโดยที่มือเท้ายังอุ่นอยู่นั้น (ซึ่งถ้าปล่อยไว้นาน ๆ เดี่ยวมือเท้าจะเย็น) ก็พอจะบอกได้ว่าเป็นอะไรได้บ้าง เช่น มีไทรอยด์เป็นพิษรุนแรง แต่พวกนั้นมักจะมีไข้ มีหัวใจเต้นผิดปกติ และมีสีช่านอ่อน ๆ ร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยคนนี้มีไข้ หรืออาจได้รับสารบางชนิดทำให้เกิด Anaphylaxis Shock คือ ช็อกอย่างรุนแรงจากการแพ้อะไรสักอย่าง เช่น แพ้ถั่ว แพ้ยา แพ้พิษผึ้งต่อย อาการของผู้ป่วยคนนี้ก็เหมือนอยู่ดี เพราะถ้าเป็นแบบนั้นแล้วให้ยาเพิ่มความดันก็จะดีขึ้น แลมนให้สเตียรอยด์เข้าไปอีกต้องดีขึ้นแน่ ๆ ฉะนั้นตัดภาวะนี้ไปได้ และที่สำคัญผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิ่งที่ไม่เคยใช้ ไม่ได้โดนผึ้งต่อยหรืออะไรพวกนี้ ต่อมาคว้ามองภาวะโลหะหนักที่เป็นพิษในร่างกายมาก ๆ หรือเป่ล่า เช่น พรอทตะกั่ว ผู้ป่วยก็ไม่มีประวัติว่าได้รับสารพวกนี้

อีกอย่างหนึ่งที่จะนึกถึงคือ Spinal Shock ไขสันหลังของคนเรามีเส้นประสาทออกมาเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้าเส้นประสาทที่ส่งสัญญาณระหว่างสมองกับร่างกายถูกตัดขาดกะทันหัน เช่น รถชนแล้วกระดูกสันหลังมีการตัดขาดของเส้นประสาทก็จะเกิดภาวะนี้ขึ้นมาได้ แต่ผู้ป่วยจะต้องมีอาการทางระบบประสาทด้วย เช่น ขยับแขนขยับขาไม่ได้ ผู้ป่วยรายนี้ก็ไม่มีประวัติเช่นนั้น จึงไม่คิดว่าจะใช่

หรือเป็นกรณีต่อมหมวกไตไม่ผลิตฮอร์โมนสเตียรอยด์บางอย่าง แต่ผู้ป่วยคนนี้ให้สเตียรอยด์ไปแล้วไม่ดีขึ้น มันก็ควรจะไม่ใช่กรณีนี้ ดังนั้นจึงเหลือแต่กรณีที่ผมคิด

ก่อนอื่นมาดูว่าความดันโลหิตทำงานอย่างไร มีอะไรเกี่ยวข้องบ้าง อย่างแรกคือ ตัวบีบเลือด ซึ่งก็คือหัวใจจะต้องทำงานได้ก่อน ตัวบีบเลือดของผู้ป่วยหรือหัวใจห้องขวามีปัญหา ตรงนี้ผมติดไว้ในใจก่อน แต่หัวใจห้องซ้ายมันยังบีบได้ดี สมควรจะมีความดันโลหิตที่ดีได้ถ้าให้ยาเพิ่มความดันโลหิต แต่คนนี้ความดันต่ำไม่ตอบสนองต่อยา จึงมองต่อมาว่า หลอดเลือดของเราเวลาหดตัวมันจะเป็นการเพิ่มความดันโลหิต แต่ถ้ามันขยายตัวความดันจะตก แล้วอะไรที่ต้องใช้ในการหดตัวของหลอดเลือด นั่นคือฮอริโมน ฮอริโมนไทรอยด์ ฮอริโมนของต่อมหมวกไต เช่น คอร์ติซอล (Cortisol) อะดรีนาลีน (Adrenaline) รวมทั้งนอร์อะดรีนาลีน (Noradrenaline) เช่นเดียวกับน้ำตาลที่เพียงพอในร่างกาย ซึ่งคนนี้เราตรวจพบว่าน้ำตาลปกติ ไม่ได้มีลักษณะของไทรอยด์ทำงานผิดปกติ ส่วนเรื่องฮอริโมนที่ใช้เพิ่มความดันนั้น เราก็กำลังให้ทางหลอดเลือดอยู่ในขนาดที่สูง แต่ผู้ป่วยไม่ตอบสนอง...ถ้าไม่ใช่พวกนี้ ก็เป็นเส้นประสาทที่มาควบคุมการหดตัวของหลอดเลือด ซึ่งก็คือเส้นประสาทที่มาจากไขสันหลังมีปัญหา แต่ผู้ป่วยคนนี้ก็ไม่ได้มีอาการทางระบบประสาทที่เข้าได้กับภาวะนี้ ดังนั้น เราต้องไปดูกลไกระดับเซลล์ที่มันน่าจะมีปัญหาแล้ว

ในระดับเซลล์ การสร้างพลังงานสำคัญมาก ถ้ามีปัญหาในการสร้างพลังงานของเซลล์ไม่ว่าตรงไหนก็แล้วแต่ ก็จะทำให้เกิดภาวะช็อกแบบนี้ได้ ที่นี้ในประวัติของผู้ป่วยมีอย่างหนึ่งคือ ผู้ป่วยดื่มเหล้าจัด พุดถึงตรงนี้หมอไทยรู้เลยว่าเป็นอะไร เขาขาดวิตามินบี 1 อย่างรุนแรง (Shoshin Beriberi) นั่นเองครับเขามีปัญหาที่หัวใจเริ่มช็อกแล้ว ผู้ป่วยพวกนี้ให้วิตามินบี 1 ขนาดสูงแล้วจะดีขึ้นเร็วมาก แต่ก่อนจะให้วิตามินบี 1 เราก็อยากได้หลักฐานสนับสนุน จึงเจาะเลือดดูวิตามินบี 1 ก่อน แต่การตรวจทางแล็บต้องใช้เวลากว่าจะได้ผล ดังนั้นเราต้องรักษาผู้ป่วยก่อน ซึ่งพอให้วิตามินบี 1 ไปก็ดีขึ้น

เคสนี้เป็นหนึ่งในเคสที่สร้างชื่อให้ผม ทำให้คนในโรงพยาบาลประทับใจ โหวตให้ผมได้รับรางวัลเฟลโลว์शिพดีเด่นของมหาวิทยาลัย ซึ่งมีผมอยู่คนเดียวที่

ได้รับรางวัลนี้ด้วยการโหวตของเรสซิเดนต์ทั้งหมด ที่สำคัญคือเอาเคสนี้ไป
พรีเซนต์ (Present) ให้อาจารย์ฟังแล้วไม่มีใครวินิจฉัยได้ยกเว้นผม ซึ่งผมถือว่า
โชคดีมาก ๆ ที่ได้รับการศึกษามาจากประเทศไทย เรารู้เรื่องพวกนี้ชัดเจนมาก
จึงสามารถปะติดปะต่อทุก ๆ อย่างได้ทันที บอกได้ว่ามันคืออะไรในเวลา
จำกัดมาก ๆ โดยเพียงแค่อ่านรายงานเคสทางโทรศัพท์เท่านั้น

โชคดียิ่งอีกอย่างคือผมมีโอกาสดูเคสเรสซิเดนต์หรือแพทย์ประจำบ้านเยอะ
เพราะว่าในไอซียูจะประกอบไปด้วยเรสซิเดนต์ ในทีมของผมมีเรสซิเดนต์
12 คน เป็นไอซียูที่ใหญ่มาก ตอนนั้นเราต้องดูแลผู้ป่วยประมาณ 40 เตียง
ซึ่งถือว่าเยอะ เหนื่อยสุด ๆ เรสซิเดนต์เหล่านี้เป็นกำลังสำคัญมากในการช่วยเรา
เราจึงต้องฝึกสอนเขาให้ดีแล้วเขาจะช่วยให้เราได้มาก เรสซิเดนต์เองก็ชอบให้ผม
สอนด้วย 12 คนนี้มาจากหน่วยต่าง ๆ มีความสนใจในด้านต่าง ๆ กัน บางคน
สนใจอยากเป็นหมอทางเดินอาหาร บางคนอยากเป็นหมอปอด บางคนอยากเป็น
หมอหัวใจ เราก็ได้สอนกระจายความรู้ให้เขา

เคสนี้เป็นเคสที่ทำให้ทั้งโรงพยาบาลรู้จักผม ผมไปทำงานตรงไหน เขาก็
“อ้าว! ยู Dr.Tany” เราก็ดังขึ้นมาด้วยประการฉะนี้ แต่เหนืออื่นใด
ผมรู้สึกประทับใจมาก ๆ ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้

ผู้ป่วยคนนี้อยู่โรงพยาบาล 3 วันแล้วกลับบ้านได้เลย หลังจากนั้นได้มีการ
ตรวจติดตามรักษาหัวใจห้องขวาให้กลับมาเป็นปกติ เราบอกผู้ป่วยให้
เพล่า ๆ การดื่มเหล้า เลิกได้เลิกเลย ส่งไปศูนย์บำบัดให้เลิกเหล้า ในระหว่างนี้
กินวิตามินบี 1 เสริมเท่านั้นเอง แล้วผู้ป่วยก็ดีขึ้น ไม่เจอปัญหาอะไรอย่างอื่น
ผมไม่ได้ติดตามเคสนี้ในระยะยาว แต่เท่าที่ฟังจากคนที่ดูแลต่อผู้ป่วยก็ดีขึ้น

เจอเคสยาก ต้องใช้หลักคิดกลับสู่เบสิก

วันหนึ่งผมกำลังเดินเล่นอยู่ในโรงพยาบาล บังเอิญเดินไปเจอเพื่อนหมอ กำลังดูเคสเคสหนึ่งอยู่ เป็นเคสที่ขนาดแพทย์ก็ยังเข้าใจได้ยากมาก ๆ จึงอยากแบ่งปันประสบการณ์จากการที่ผมเข้าไปช่วยวินิจฉัยและรักษาเคสนี้ ถ้าเกิดมีเพื่อนแพทย์เข้ามาอ่านก็ลองคิดตามดูนะครับว่าคิดเห็นอย่างไร บอกก่อนว่าเคสนี้ไม่เกี่ยวอะไรกับผมเลย ไม่ได้เป็นเคสปลูกถ่ายปอดที่ผมต้องรับผิดชอบ

ผู้ป่วยเป็นชายวัยกลางคน อายุประมาณ 40 ปีต้น ๆ มาโรงพยาบาลด้วยเหตุว่ามีภาวะดีซ่าน (Jaundice) ตัวเหลือง ตาเหลือง (Icteric sclera) แล้วก็ปวดท้อง อ่อนเพลีย คนทั่วไปคงจะสงสัยว่าเป็นตับอักเสบ มะเร็งตับหรือเปล่า แต่คนนี้เป็นโรคที่แปลกหน่อย ทีมแพทย์ที่ดูแลเจอว่าเป็นโรคหลอดเลือดดำที่นำเลือดออกจากตับกลับสู่หัวใจ (Hepatic vein) มีลิ่มเลือดอุดตัน ซึ่งเรียกว่า Budd-Chiari Syndrome ปกติหลอดเลือดดำที่ตับจะต้องส่งเลือดดำออกมาจากตับเข้าไปที่หัวใจห้องขวา แล้วหัวใจจะส่งเลือดไปฟอกที่ปอด ซึ่งปกติหลอดเลือดนี้จะพบลิ่มเลือดอุดตันได้ยากมาก โดยทั่วไปมักจะเจอลิ่มเลือดที่บริเวณหลอดเลือดดำของขาหรือหลอดเลือดที่ปอด (Pulmonary artery) ซึ่งมักเกิดจากลิ่มเลือดจากขาหลุดล่อยไปที่ปอด แต่เราไม่ค่อยเจอหลอดเลือดดำของตับถูกอุดตัน ดังนั้น เวลาเจอหลอดเลือดดำตับอุดตันเราจะต้องหาสาเหตุอื่น ๆ เสมอ เพราะอยู่ ๆ มันไม่ตันหรอกครับ

Health

Tips & Talks

กับ Doctor **Tany**

คุยเรื่องเคล็ดลับดูแลสุขภาพและรักษาร่างกายให้สุขภาพดี
จากประสบการณ์ตรงของ Doctor Tany
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการปลูกถ่ายปอด โรคปอด และวิกฤติบำบัด

- PART 1 ตามติดชีวิตการทำงานของหมอแทน
PART 2 บำบัดผู้ป่วยวิกฤติ ชีวิตในไอซียู
PART 3 ชีวิตดี สุขภาพกายใจดี เพราะนอนอย่างมีคุณภาพ

พร้อมจำหน่ายในรูปแบบ ☒ ปกอ่อน ☒ e-book ☐ audiobook



www.se-ed.com



SE-ED Publisher

คลิกและนำหนังสือ
สแกนที่นี่!



ISBN 978-616-08-5574-2



9 786160 855742
265 บาท

Health Tips & Talks กับ Doctor Tany
หมวด : สุขภาพ