
รายงานผู้ป่วย

ผลการรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งไม่ทราบสาเหตุด้วยยาสมุนไพรตำรับเทวาพิทักษ์**สุรศักดิ์ อิ่มเอี่ยม, พท.ป., ฉัตรชัย สวัสดิ์ไชย, พ.บ., ประค.**

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

Received: July 5, 2019 Revised: August 13, 2019 Accepted: November 22, 2019**บทคัดย่อ**

รายงานผู้ป่วย หญิงไทยคู่ อายุ 64 ปี มีอาการ เวียนศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ตัวเหลือง ตาเหลือง ขาบวม ท้องโตนาน 5 เดือน ไม่มี ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ หรือรับประทานยาประจำ ได้รับการ ตรวจ HBsAg-negative, Anti HCV-negative ค่าเอนไซม์ของตับสูง แพทย์วินิจฉัยโรคตับอักเสบระยะ เริ่มต้น (early hepatitis) จากนั้นได้รับการตรวจด้วย

เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) จึงได้รับการ วินิจฉัยเป็นโรคตับแข็ง (liver cirrhosis) รักษาตามอาการ 7 เดือน อาการไม่ดีขึ้น ได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพร ตำรับเทวาพิทักษ์ ประกอบด้วยสมุนไพร เช่น ขมิ้นชัน เหนือ ขมิ้นชันได้ เตาเกิด เตาร้าง เป็นต้น อาการและ ผลการทำงานของตับดีขึ้น

คำสำคัญ: สมุนไพร; โรคตับแข็ง; ตำรับเทวาพิทักษ์

Case report

Results of Treatment for Cryptogenic Cirrhosis Patients with Tawapitak Recipes**Surasak Im-iam, ATM., Chatchai Sawasichai, M.D., Ph.D.**

Department of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine, Prapokklao Hospital

Abstract

Case reported: A 64-year-old Thai woman, who has had dizziness, loss of appetite, jaundice, pitting edema and ascites during a period of 5 months PTA. She claimed that she has neither consumed alcohol nor taken medicine on a regular basis. Blood test showed a negative on HBsAg and anti-HCV, however, a high level of liver enzymes was detected. As a result, She was diagnosed an early stage of hepatitis. According to the CT-scan pictures, an abnormal liver was detected and she sure has been

diagnosed a liver cirrhosis. With regards to 7 months of symptomatic treatment, nevertheless, her condition has not been improved. Alternatively, she has been treated by Tawapitak recipes containing herbs such as Smilax corbularia Kunth., Smilax glabra Roxb., Homalomena aromatica Schott. and Caryota mitis Lour etc. resulting in a rapid improvement on her condition and liver function test.

Keywords: herbal; liver cirrhosis; Tawapitak recipes

บทนำ

โรคตับแข็ง เป็นผลที่เกิดจากหลายกลไกที่ทำให้เซลล์ตับเสียหายทำให้เกิดการอักเสบของตับเป็นเวลานานจนเนื้อตับตาย (necroinflammation) และมีการสร้างพังผืดขึ้น (fibrogenesis) โดยเนื้อของตับซ่อมแซมใหม่มีลักษณะเจริญขึ้นเป็นตุ่ม (nodular) กระจายทั่วๆ ตับ^{1,2} ความผิดปกติดังกล่าวทำให้แรงต้านทานของการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดดำพอร์ทัล (portal vein) สูงขึ้นเป็นผลทำให้ความดันในหลอดเลือดพอร์ทัลสูงขึ้น (portal hypertension) เกิดเส้นเลือดขอดในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (esophageal gastric varices) และยังส่งผลให้ตับสร้างสารที่สำคัญผิดปกติไปด้วยเช่นกัน ทางคลินิกเป็นโรคที่นำไปสู่การเสียชีวิตเว้นแต่จะได้รับการเปลี่ยนตับและการคัดกรองเพื่อที่จะป้องกันการเกิดเส้นเลือดขอดในหลอดอาหารและมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma: HCC)³ เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข⁴ และยังพบว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคตับแข็งสูงที่สุดในเอเชีย⁵

รายงานผู้ป่วย หญิงไทยคู่ อายุ 64 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดหนองคาย โรคประจำตัว: โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นมาประมาณ 8 ปี รักษาโดยรับประทานยา Amlodipine (10 mg) 1 เม็ดหลังอาหาร เข้า Metformin (500 mg) 2 เม็ด หลังอาหาร เข้า-เย็น ต่อเนื่อง

อาการสำคัญ ท้องโต ขาบวมเป็นมา 5 เดือน

ประวัติปัจจุบัน:

7 เดือนก่อน มีอาการเวียนศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ไม่มีไข้ ไม่มีท้องโต ขาไม่บวม ไม่มีถ่ายอุจจาระดำหรือเป็นเลือด ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด แพทย์ตรวจเลือดพบค่าเอนไซม์การอักเสบของตับสูง วินิจฉัยโรคตับอักเสบระยะเริ่มต้น ไม่ทราบสาเหตุ รับประทาน Silymarin (70 mg), Vitamin B complex

6 เดือนก่อน ติดตามอาการที่โรงพยาบาลเดิม อาการดังกล่าวไม่ทุเลาลง ค่า AST, ALT เพิ่มขึ้น ได้รับการรักษาเหมือนเดิม

5 เดือนก่อน ยังคงมีอาการเดิมแต่มีขาบวม ท้องโตเพิ่มขึ้น ได้รับการตรวจ HBsAg และ Anti HCV ผลลบ

1 เดือนก่อน มีอาการท้องโตเพิ่มมากขึ้น แน่นท้อง

รับประทานอาหารไม่ได้ เข้ารับการรักษาได้เจาะน้ำในช่องท้องออก 1 ลิตร ทำ CT scan แพทย์วินิจฉัยโรคตับแข็ง ไม่ได้รับการรักษาเพิ่มเติม

จึงมารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทยด้วยอาการท้องโต ขาบวม ตัวเหลือง ตาเหลือง เพื่อย่อยง่าย ไม่มีท้องอืดแน่นท้อง ไม่มีไข้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหารเล็กน้อย

ประวัติอดีต ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสมุนไพร ปฏิเสธการประสบอุบัติเหตุรุนแรง

ประวัติครอบครัว ปฏิเสธโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม บุคคลอื่นในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี

ประวัติส่วนตัว รับประทานอาหาร 3 มื้อ ปริมาณน้อยเนื่องจากเบื่ออาหาร นอนหลับสนิท วันละ 7-8 ชั่วโมง ไม่รับประทานยานอนหลับ ปัสสาวะปกติ ปัสสาวะ 3-4 ครั้ง/วัน อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ไม่ต้องเบ่งถ่าย ไม่รับประทานยาระบาย ไม่มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ตรวจร่างกาย

General appearance: An adult Thai female patient is good consciousness, co-operative Height 155 cm BW 55 kg

Vital sign: BT 36.7 °C, P 78 /min, RR 20 /min, BP 120/78 mmHg.

Skin: No rash, No petechiae, No abnormal skin pigmentation

HEENT: Mild pale conjunctiva, Mild jaundice, Pharynx not injected, No lymphadenopathy, No angular stomatitis, Normal hair and skin texture, Parotid gland is normal, No spider nevi, No palmar erythema

Heart: Normal s₁, s₂ no murmur, JVP: Not engorged, No heaving, No thrill

Lungs: Clear, Normal breath sound, No adventitious sound

Abdomen: Moderately distended, Ascites 2+, No superficial vein dilatation, Presence of shifting dullness and fluid thrill, Liver can't palpable, Splenomegaly 4 FB., Not tender, No mass, Normal bowel sound,

Neurological exam Mental status: good

consciousness, E₄V₅M₆

Lower extremities: Pitting edema 2+

การตรวจทางแพทย์แผนไทยเพิ่มเติม

ชีพจร: จังหวะชีพจรสม่ำเสมอ ตำแหน่งปิตตะเด่น
ลักษณะเส้นเล็ก ตื่น และเบา

ลิ้น: ลิ้นมีฝ้าขาวกลางลิ้น ขอบลิ้นหยัก มีรอยแตก
กลางลิ้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: Hb 13.00 g/dL, Hct 36.20%, MCV 89.80 fl., RDW 19.60%, WBC 7.28 x 10³ /μL, RBC 4.03 x 10⁶/μL, Plt 57 x 10³/μL

Blood Chemistries: BUN 13.00 mg/dL, Cr 0.90 mg/dL, Total protein 7.70 g/dL, Alb 2.50 g/dL, TB 5.10 mg/dL, DB 2.10 mg/dL, ALP 234.00 U/L, ALT 117.00 U/L, AST 218.00 U/L, AFP 2.90 ng/ml, PT 14.70 seconds, INR 1.36, Anti HCV – negative, HBs Ag – negative

CT upper & lower abdomen with contrast (26 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559): Liver cirrhosis without gross space taking lesion. No IHD dilated. Moderate amount of ascites.

Ultrasound of Upper abdomen (ก่อนรับการ
รักษา: วันที่ 12 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560): Finding are
suggestive of liver cirrhosis.

การวินิจฉัยทางการแพทย์แผนไทย: ยกนัง
พิการ

การวินิจฉัยทางการแพทย์แผนปัจจุบัน:
Cryptogenic cirrhosis

**Child-Pugh Classification of Severity of
Liver Disease:** Class C (10 point)

หลักการรักษาทางการแพทย์แผนไทย

1. การรักษาผู้ป่วยโรคยกนังพิการโดยใช้
สมุนไพรในสูตรตำรับรสขมที่ช่วยลดความร้อนของตับ
บำรุงตับเพื่อให้ตับแข็งแรง ระบายอุจจาระ ขับปัสสาวะ
เพื่อขับของเสียและความร้อนออกจากร่างกาย

2. การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยการหลีกเลี่ยง
รับประทานอาหารแสลงที่ไม่เป็นผลดีต่อโรค ได้แก่

2.1 ขนมหวานจัด เช่น ฝอยทอง ทองหยิบ

ทองหยอด เป็นต้น

2.2 อาหารรสจัด หวานจัด เช่น แยมเค้ก ส้มตำ
ปลาร้า ปลาจ่อม ปูดอง หน่อไม้ดอง ขนมหจีน เป็นต้น

2.3 อาหารทอด มันจัด เช่น หมูสามชั้นทอด
กล้วยทอด ไก่ย่าง ปาท่องโก๋ เป็นต้น

2.4 อาหารประเภทแป้งแข็ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว
ซาลาเปา เป็นต้น

2.5 รัญพืชให้พลังงานมาก เช่น ถั่วลิสง
มะม่วงหิมพานต์ เมล็ดงา เมล็ดทานตะวัน เป็นต้น

2.6 ผลไม้หวานจัด เช่น ลำไย ขนุน ทุเรียน
กล้วยน้ำว้าสุก ละมุด เป็นต้น

2.7 งดอาหารแสลงลม เช่น แดงโม ลองกอง
กล้วยหอม เห็ดนางฟ้า เห็ดหอม พริกอ่อน พักทอง
แตงกวา บวบ เป็นต้น

2.8 หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัดหรืออาหารที่
มีโซเดียมสูง

2.9 งดดื่มแอลกอฮอล์

2.10 ปรึกษาแพทย์ทุกครั้งก่อนใช้ยาและ
หลีกเลี่ยงการใช้ยาโดยไม่จำเป็น

2.11 หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก ต้องออกแรง
มากหรือออกกำลังกาย เช่น ยกของหนัก หรือการออกกำลังกาย

2.12 นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

2.13 สังเกตอาการหากมีอาการผิดปกติที่ควร
มาพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีไข้สูง (ทั้งที่ทราบและไม่ทราบ
สาเหตุ) ท้องผูก (ไม่อุจจาระมากกว่า 1 วัน) มีอาการซีด
หรือพฤติกรรมผิดปกติ มีเลือดออก เสียเลือด เช่น อาเจียน
เป็นเลือดหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือเป็นลม

วิธีการบำบัด (therapeutic interventions)

นำสมุนไพรตำรับเทาพิทักษ์ เช่น ข้าวเย็นเหนือ
ข้าวเย็นใต้ เตาเกียด เตาร้าง เป็นต้น เติมน้ำให้ท่วมตัว
ยา ต้มยา ครั้งแรกจนเดือดแล้วหรีไฟลง ต้มต่อประมาณ
15 นาที อุณหภูมิเดือดทั่ว วันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น รับประทาน
ครั้งละ 100 มล. วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร 30 นาที เช้า
กลางวัน เย็น

การติดตามดูแล (follow-up)

ช่วงระยะเวลา 3 เดือนแรกนัดผู้ป่วยมาติดตาม
อาการที่คลินิกแพทย์แผนไทยทุกเดือน เพื่อสอบถาม

อาการ ตรวจติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ อธิบายผลการรักษาของผู้ป่วยในแต่ละครั้ง วางแผนการรักษา หลังจากมีอาการดีขึ้น นัดมาติดตามอาการทุก 3 เดือน

ผลการรักษา หลังจากรับประทานยา 1 เดือน อาการท้องโต ขาบวม ตัวเหลือง ตาเหลืองลดลง ไม่เพลีย มีแรงทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น รับประทานอาหารได้

มากขึ้น ไม่มีท้องอืดแน่นท้อง ไม่มีไข้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน หลังจากรับประทานยา 4 เดือน ไม่มีอาการท้องโต ขาบวม ไม่มีตัว-ตาเหลือง รักษาต่อเนื่อง 1 ปี 10 เดือน หยุดการรักษาเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติและผลทางห้องปฏิบัติการปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา

การตรวจ	ค่าปกติ	ก่อนรับการรักษา	หลังรักษา 4 เดือน	หลังรักษา 6 เดือน	หลังรักษา 10 เดือน	หลังรักษา 15 เดือน	หลังรักษา 22 เดือน
Glucose	70-99 mg/dL	108	114	116	103	140	-
Liver Function Test							
Total Protein	6.6-8.7 g/dL	7.7	7.5	7.4	7.3	7.2	7.3
Albumin	3.5-5.0 g/dL	2.5	3.2	3.7	4.0	4.3	4.5
Total bilirubin	0.0-1.2 mg/dL	5.1	1.4	1.2	0.8	0.6	0.4
Direct bilirubin	0.0-0.4 mg/dL	2.1	0.7	0.6	0.4	0.2	0.4
Alk. Phosphatase	40-130 U/L	234	123	139	147	111	104
ALT (SGPT)	0-41 U/L	117	63	50	47	59	29
AST (SGOT)	0-40 U/L	218	72	38	37	44	28
Renal Function Test							
BUN	6-20 mg/dL	13	9	-	-	15	21
Creatinine	0.7-1.3 mg/dL	0.9	1.0	-	-	1.2	1.3
eGFR	>90 mL/min/1.7 m ²	67.8	60.4	-	47.1	-	44.1
Complete Blood Count							
Hb.	11.0-16.0 g/dL	13.0	13.1	13.1	13.2	11.9	12.5
Hct.	37.0-54.0%	36.2	37.3	38.1	38.0	36.4	36.6
MCV	80-100 fl.	89.8	94.2	93.8	92.5	92.4	91.9
RDW	11.0-16.0%	16.9	13.9	12.4	12.5	11.6	12.0
WBC	4.0-10.0 x 10 ³ /μL	7.3	5.9	6.8	9.1	7.6	8.5
RBC	3.5-5.5 x 10 ⁶ /μL	4.0	4.0	4.1	4.1	3.7	4.0
%Neutrophil	50.0-70.0%	52.6	47.8	51.3	54.2	52.9	55.0
%Lymphocyte	20.0-40.0%	37.0	44.1	41.1	38.5	38.0	35.6
%Monocyte	3.0-12.0%	8.0	5.1	5.0	4.1	5.4	5.3
%Eosinophil	0.5-5.0%	1.6	2.5	2.0	2.5	3.2	5.5
%Platelet	140 – 400 x 10 ³ /μL	57	51	72	89	105	134
Other							
INR	0.8-1.1	1.4	-	-	1.1	1.0	0.9
PT sample	9.8-12.1 Sec.	14.7	-	-	13.3	12.4	11.1
HBsAg	Neg.	Neg.	-	-	-	-	-
Anti HCV	Neg.	Neg.	-	-	-	-	-

หลังการรักษา 22 เดือนและหยุดยาสมุนไพร Child-Pugh Classification of Severity of Liver Disease: Class A (5 คะแนน)

อภิปรายผล

โรคตับแข็ง มีอาการระยะเริ่มต้น ได้แก่ อาการอ่อนล้า ตะคริว ความกังวลใจ/กลุ่มใจ นอนไม่หลับ/นอนหลับยาก และเบื่ออาหาร⁶ เป็นโรคเรื้อรังหลายปีหรือมากกว่าสิบปี โดยจะค่อยๆ พัฒนาอย่างช้าๆ จนถึงระยะสุดท้ายคือ โรคตับแข็ง⁷ ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของโรคตับหลายชนิด การดำเนินโรคจากการอักเสบเรื้อรังที่เรียกว่าโรคตับเรื้อรัง (chronic liver disease) เข้าสู่โรคตับแข็งระยะเริ่มต้น จนถึงโรคตับระยะสุดท้าย (end-stage liver disease) จากหลายสาเหตุ เช่น เชื้อไวรัสตับอักเสบบี (viral hepatitis) การดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol) ภูมิคุ้มกันต่อตัวเอง (autoimmune) เป็นต้น⁸ โรคตับแข็งส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการจนกระทั่งตับแข็งถึงระยะที่ตับไม่สามารถทำงานชดเชยกันได้ (decompensation) อาการประกอบด้วย ท้องมาน (ascites) ติดเชื้อ (sepsis) ภาวะเลือดออกจากเส้นเลือดดำโป่งพอง (variceal bleeding) อาการทางสมองจากโรคตับ (hepatic encephalopathy) และอาการเหลืองโดยที่ไม่มีการอุดตัน (non-obstructive jaundice) ซึ่งการทำอัลตราซาวด์ (ultrasound) การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computerized tomography scan: CT scan) หรือการตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging; MRI) บ่งชี้ว่าเนื้อตับไม่เรียบเนียนและมีพังผืดแทรกเนื้อดี (nodular) ร่วมกับการที่ตับสร้างสารที่สำคัญต่อร่างกายที่ผิดปกติจะเป็นข้อมูลที่เพียงพอต่อการวินิจฉัย นอกจากนั้นยังอาจพบลักษณะของตับหดและมีขนาดเล็ก (small and shrunken liver) ม้ามโต (splenomegaly) และภาวะที่หลอดเลือดดำที่ต่อกับหลอดเลือดระบบพอร์ทโป่งพอง (portosystemic collaterals)³ โรคตับแข็งเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชาชนมีอัตราความผิดปกติ (morbidity) และอัตราการเสียชีวิต (mortality) เพิ่มขึ้น ทำให้เสียชีวิตอันดับที่ 14 ของโลก อัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 1-57 ขึ้นอยู่กับระยะของโรค⁴ การเสียชีวิตจากโรคตับแข็งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นและจะเป็นสาเหตุ

การเสียชีวิตอันดับที่ 12 ในปี 2563⁹ ในระหว่างการดำเนินโรคจากระยะที่ตับสามารถทำงานชดเชยกันได้ (compensated) สู่ระยะที่ตับไม่สามารถทำงานชดเชยกันได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เช่น ท้องมาน ดีซ่าน หรือการเกิดเส้นเลือดขดในหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร¹⁰ ดังนั้นควรได้รับการสังเกตอาการหรือติดตามอาการอย่างใกล้ชิด³ อาจส่งผลให้มีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น การค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว จากการที่สามารถทำการรักษาที่สาเหตุของโรค แต่เนื่องๆ การวางแผนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคตลอดจนถึงระยะของโรคตับแข็งจะช่วยให้แพทย์สามารถทำนายความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยเพื่อสามารถรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ทันทั่วทั้ง⁷ ผู้ป่วยโรคตับแข็งทุกคนและทุกระยะของโรคสามารถพัฒนาเป็นมะเร็งตับได้¹¹ จากการศึกษาที่หลากหลายและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในการรายงานความชุกของมะเร็งตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งชนิดไม่ทราบสาเหตุ (cryptogenic cirrhosis) อยู่ระหว่างร้อยละ 6.9-29¹² แพทย์จึงควรพยายามวินิจฉัยโรคตับให้เร็วที่สุด เพื่อรักษาและป้องกันการเกิดความเสี่ยงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกต่อไป³

โรคตับแข็งยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจต่อระบบสาธารณสุข เนื่องจากการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 20,720 บาทต่อครั้ง โดยผู้ป่วยโรคตับแข็งมีโอกาสกลับมาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 30 วัน ถึงร้อยละ 17¹³ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยสิทธิประกันสังคมมีค่าใช้จ่ายสูงสุด (40,036 บาท) รองลงมาคือสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของราชการ (38,795 บาท) และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (20,845 บาท)¹⁴ แนวคิดใหม่ในการจัดการผู้ป่วยโรคตับแข็งคือการป้องกันการเริ่มรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นไปจนถึงการรักษาให้หายขาดของโรคอยู่คงที่ การที่พยายามรักษาให้อยู่ในระยะที่ตับสามารถทำงานชดเชยกันได้ก่อนไปถึงระยะที่ตับไม่สามารถทำงานชดเชยกันได้และลดการเปลี่ยนตับ (liver transplantation) ซึ่งเป็นความท้าทายในศตวรรษที่ 21 คือความเป็นไปได้ในการป้องกันการเปลี่ยนตับใน

ผู้ป่วยโรคตับแข็งจำนวนมาก³ โดยปัญญาเฮลซิงกิของแพทยสมาคมโลก (ค.ศ. 2013) ข้อ 37 ระบุว่ามีความเป็นไปได้หากไม่มีวิธีการรักษาอื่นๆ หรือมีวิธีการรักษาแต่ไม่เกิดประสิทธิผล ภายหลังจากได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติโดยชอบธรรมแล้ว แพทย์อาจเลือกวิธีการที่ยังไม่ได้พิสูจน์หากมีดุลยพินิจว่าวิธีการนั้นๆ อาจช่วยชีวิตผู้ป่วย พื้นฟูสุขภาพ หรือลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ วิธีการดังกล่าวควรนำไปเป็นวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยออกแบบให้ประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลควบคู่กันไป รวมถึงต้องบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกรายและหากเหมาะสมควรเผยแพร่ให้สาธารณะได้ทราบ¹⁵

การแพทย์แผนไทย (Thai traditional medicine) เป็นกระบวนการทางการแพทย์เกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษา หรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ การผดุงครรภ์ การนวดไทย และการให้หมายความรวมถึง การเตรียมการผลิตยาแผนไทย และการประดิษฐ์และเครื่องมือทางการแพทย์โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้รับการถ่ายทอดและพัฒนาสืบทอดต่อกันมา¹⁶ ในคัมภีร์ทางการแพทย์แผนไทยได้มีการกล่าวถึงอาการของโรคที่สามารถอนุมานกับอาการของโรคตับแข็งได้หลายคัมภีร์ เช่น คัมภีร์โรคนิทาน คัมภีร์ธาตุวิภังค์ คัมภีร์อติสาร คัมภีร์อุทรโรค คัมภีร์กษัย คัมภีร์ทิพย์มालา เป็นต้น สอดคล้องกับนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขหนึ่งในนโยบายนั้นคือ การวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรไทยให้มีคุณภาพครบวงจรและเกิดผลดีต่อเศรษฐกิจไทย¹⁷ ขณะเดียวกันแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ในส่วนของมาตรการ/แนวทางการพัฒนา ให้มีการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย โดยให้มีการจัดบริการผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทุกระดับ มีระบบการแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้ยาสมุนไพรทดแทนการนำเข้ายาจากต่างประเทศ¹⁸

จากผลการรักษาผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 64 ปี โรคตับแข็งไม่ทราบสาเหตุด้วยยาสมุนไพรตำรับเทวาพิทักษ์

ประกอบด้วยสมุนไพร เช่น ข้าวเย็นเหนือ ข้าวเย็นใต้ เต่าเกียด เต่าร้าง เป็นต้น โดยวิธีการตำรับประพาทร่วมกับการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งการปรับพฤติกรรมมีแนวโน้มที่จะถูกมองข้ามในการรักษาโรคตับแข็งเพราะเป็นการกระทำเพียงเล็กน้อยที่วัดประโยชน์จากการเปลี่ยนพฤติกรรมยาก แต่การให้คำแนะนำในการใช้ชีวิตยังคงมีความสำคัญกับผู้ป่วยทุกรายเพราะสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายและเป็นผลดีกับผู้ป่วย³ แล้วอาการดีขึ้น ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นมาประมาณ 8 ปี รักษาโดยรับประทานยาแผนปัจจุบันต่อเนื่อง หลังจากรับประทานยาสมุนไพรต้ม 1 เดือน อาการท้องโต ขาบวม ตัวเหลือง ตาเหลืองลดลง ไม่เพลีย มีแรงทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีท้องอืดแน่นท้อง ไม่มีไข้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน หลังจากรับประทานยา 4 เดือน ไม่มีอาการท้องโต ขาไม่บวม ไม่มีตัว-ตาเหลือง ไม่มีผดผื่นคัน ไข้หวัดตัวเองได้ รักษาต่อเนื่อง 1 ปี 10 เดือน หยุดการรักษาเนื่องจากไม่มีอาการผดผื่นคันและผลทางห้องปฏิบัติการปกติ Child-Pugh Classification of Severity of Liver Disease: Class C (10 point) ดีขึ้นมาอยู่ในระดับ Class A (5 คะแนน) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ดีขึ้น แต่มีค่า BUN, Creatinine เพิ่มขึ้นและ eGFR ลดลง ซึ่งจากประวัติผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 8 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาติดตามการลดลงของอัตราการกรองของไตระยะยาวในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการลดลงของอัตราการกรองของไตเป็นไปอย่างช้าๆ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และอัตราการกรองของไตสัมพันธ์กับระยะของโรคไตจากโรคเบาหวาน นอกจากนี้การเสื่อมของการทำงานของไตตั้งแต่เริ่มจะเพิ่มความเสี่ยงสำหรับการลดลงของการทำงานของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2¹⁹ โดยผู้ที่มีประวัติโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นส่วนหนึ่งของผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง²⁰⁻²⁵

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคตับแข็งมีจำนวนมาก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง สูญเสียค่าใช้จ่ายการรักษาค่อนข้างสูง และยังเป็นปัญหาในการดูแลรักษาให้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยและผลทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น

การรักษา ยังเป็นการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันตามอาการ เพื่อระดับประคองอาการด้วยยา เช่น ยากลุ่มเบต้า บล็อกเกอร์ เช่น Propranolol ยาขับปัสสาวะ เช่น Spironolactone, Furosemide เป็นต้น ซึ่งการใช้สมุนไพร ดำริบร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคตับอาจเป็น แนวทางของการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ลดอัตราความผิดปกติ อัตราการเสียชีวิต ลดค่าใช้จ่าย ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพประชาชนและยังเป็นการ ลดมูลค่าของการนำเข้ายาจากต่างประเทศได้ต่อไป จึง ควรมีการศึกษาวิจัยที่น่าเชื่อถือและพัฒนาแนวทางการ รักษาโรคตับแข็งด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยบูรณา การร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะกรรมการผู้ บริหารและกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่สนับสนุนให้มีการ บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ขอขอบพระคุณ แพทย์แผนไทยและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่ร่วมกัน พัฒนาการบริการตลอดมา และขอขอบพระคุณ พญ.กนก กร สวัสดิไชย เป็นอย่างสูงที่เป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ ป่วยตามหลักการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน สนับสนุนให้มีการติดตามผลการรักษาที่เป็นมาตรฐาน เช่น ส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Schuppan D, Afdhal NH. Liver cirrhosis. *Lancet* 2008; 371: 838–51. 2
- Dooley JS, Lok AS, Burroughs AK, Heathcote EJ. *Sherlock's diseases of the liver and biliary system*. 12thed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
- Tsochatzis EA, Bosch J, Burroughs AK. Liver cirrhosis. *Lancet* 2014; 383(9930):1749-61.
- Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859): 2095-128.
- Byass P. The global burden of liver disease: a challenge for methods and for public health. *BMC Med* [Internet]. 2014 [cited 2019 June 29];12:159. Available from: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0159-5>
- Amornchevanun P, Pongthavornkamol K, Charoenkitkam V, Tanwandee T. Unpleasant symptoms and their influences on quality of life in patients with liver cirrhosis. *J Nurs Sci* 2015; 33(2): 19-28.
- Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, Krawitt EL, Mieli-Vergani G, Vergani D et al. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2010; 51: 2193–213.
- Chirapongsathorn S. Stage and natural history of cirrhosis. *Thai J Hepatol* 2018;1(2):14-8.
- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9064):1498–504.
- D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *J Hepatol* 2006;44: 217-31.
- Fornier A, Llovet JM, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. *Lancet* 2012; 379(9822):1245–55.
- Starley BQ, Calcagno CJ, Harrison SA. Nonalcoholic fatty liver disease and hepatocellular carcinoma: A weighty connection. *Hepatology* 2010;51:1820–32.
- Chirapongsathorn S, Poovorawan K, Soonthornworasiri N, Pan-Ngum W, Sanpajit T, Phaosawasdi K, et al. 30-Day readmission and cost-analysis in patient with cirrhosis : a nationwide population-based data. *Gastroenterology* 2017;152(5Suppl1):S1196.
- Poovorawan K, Treeprasertsuk S, Thepsuthammarat K, Wilairatana P, Kitsahawong B, Phaosawasdi K. The burden of cirrhosis and impact of universal coverage public health care system in Thailand: Nationwide study. *Ann Hepatol* 2015;14:862-8.
- World Medical Association. World medical association

- declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA 2013;310: 2191-4.
16. Thai Traditional Medical Professions Act, B.E. 2556 (2013). Government Gazette Vol. 130, Title 10 kor p.1 (1 February 2013).
17. Ministry of Public Health. Annual report 2018. Nonthaburi: Department of disease control; 2019.
18. Ministry of public health. National health development plan 12^{ed} (2017-2021) [internet]. 2016 [cited 2019 June 29]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/HealthPlan12_2560_2564.pdf
19. Poomsalood N, Satirapoj B. Long-term follow-up of decline glomerular filtration rate in type 2 diabetic patients. Royal Thai Army Medical Journal 2016;69:159-66.
20. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adults 2015 [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 3]. Available from: http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final_คมอ_CKD_2015.pdf
21. Teerapornlertratt T. Knowledge of kidney disease for people [Internet]. Bangkok: Health work; 2013 [cited 2019 Oct 3]. Available from: <http://www.brkidney.org/download/knowledgekidney/หนังสือความรู้เรื่องโรคไต.pdf>
22. Ministry of public health. Operating manual for chronic kidney disease reduction In patients with diabetes and Hypertension [Internet]. Nonthaburi: Department of disease control; 2016. [cited 2019 Oct 3]. Available from: [http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/คู่มือปฏิบัติการเพื่อลดโรคไตเรื้อรัง%20\(CKD\).pdf](http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/คู่มือปฏิบัติการเพื่อลดโรคไตเรื้อรัง%20(CKD).pdf)
23. Lea JP, Nicholas SB. Diabetes mellitus and hypertension: key risk factors for kidney disease. J Natl Med Assoc 2002;94(8 Suppl):7S-15S.
24. Atkins RC. The epidemiology of chronic kidney disease. Kidney Int Suppl 2005;67: s14-8.
25. Ruiz J, Rios A, Rodriguez JM, Llorente S. Prevalence and risk of progression of chronic kidney disease in diabetics and hypertensive patients followed by primary care physicians. Nefrologia 2017;37(3): 343-5.