

# ผลการดำเนินงานโครงการศึกษาและพัฒนารูปแบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกหัก และบาดแผลเรื้อรังด้วยการแพทย์ผสมผสาน

## บทนำ

### สถานการณ์และรูปแบบการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก

ในปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกโดยรวมทั้งในประเทศไทยด้วยทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและมีการดำเนินของโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease, ESRD) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและการปลูกถ่ายไต (renal replacement therapy) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบที่มีความชุกของโรคจาก 12.3% ของประชากรในปีพ.ศ.2531-2537 เพิ่มขึ้นเป็น 14% ของประชากรในปีพ.ศ.2548-2553 ส่วนข้อมูลล่าสุดในประเทศไทย จากการศึกษา Thai SEEK Study โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปีพ.ศ. 2552 โดยอาศัยการคำนวณอัตราการกรองของไต จากสมการMDRD (Modification of Diet in Renal Disease) พบว่ามีความชุกของโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-5 เท่ากับ 17.5% ของประชากร โดยความชุกของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น มีการกระจายตัวมากที่สุดในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลและที่สำคัญที่สุดคือประชากรส่วนใหญ่ "ไม่รู้ตัวว่าตนเองมีโรคไตเรื้อรังอยู่ สาเหตุของโรคไตเรื้อรังนั้น แต่เดิมพบว่ามีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรัง (chronic glomerulonephritis) มากที่สุด แต่ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยโรคไตที่เข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมี สาเหตุจากโรคเบาหวาน (diabetic kidney disease) มากที่สุด รองลงมา เป็นโรคไตจากความดันโลหิตสูง (hypertensive nephrosclerosis) chronic Glomerulonephritis (ข้อมูลจากวารสารกรมการแพทย์ ฉบับประจำเดือนกันยายน-ตุลาคม 2558)

นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายการเป็นโรคไต พบว่า ผู้ป่วยไต 1 คนจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยอยู่ที่ 30,000 บาทต่อคนต่อเดือน เพราะต้องได้รับการฟอกไตด้วยวิธีฟอกเลือด หรือล้างไตผ่านหน้าท้อง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้แต่ละปีต้องใช้งบประมาณถึง 3 พันล้านบาท และคาดว่าในปี 2560 อาจต้องใช้งบประมาณถึงกว่า 17,000 ล้านบาท การแพทย์ปัจจุบันมีวิวัฒนาการสูงในการรักษาผู้ป่วยไตแต่นั้นหมายถึงการที่ผู้ป่วยเป็นโรคไตแล้วสิ่งที่สำคัญที่สุดนั่น คือ การป้องกันไม่ให้มีผู้ป่วยไตเรื้อรังมากขึ้นและไม่ให้ผู้ป่วยไตเป็นไตในระยะที่ต้องมีการรักษาด้วยการทดแทนไตหรือเปลี่ยนไตเพราะนั่นหมายถึง การสูญเสียในหลายสิ่งหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือแม้แต่ความสุขในชีวิตทั้งชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคไตเรื้อรังนี้ การแสวงหาการมีสุขภาพที่ดีและไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยจึงเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนพึงปรารถนาด้วยวิธีการที่สำคัญทั้งแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบันและที่นิยมในปัจจุบันนี้คือ การแพทย์ทางเลือกตามแนวธรรมชาติบำบัดที่นำมาผสมผสานในการดูแลสุขภาพของคนเราได้อย่างองค์รวม (Holistic) ทั้งมิติกาย จิต สังคม หลักแนวคิดการแพทย์ทางเลือก คือการลดการใช้ยาหรือสารเคมีที่จะเข้าสู่ร่างกาย การปรับสมดุลร่างกายให้ร่างกายเป็นผู้ดูแลรักษาตนเอง เป็นการส่งเสริมสุขภาพที่สามารถป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยได้ มีรายงานการใช้การแพทย์ผสมผสานในการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้โยคะในผู้ป่วยไตเรื้อรัง พบว่า สามารถจัดการอาการต่างๆที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยไตเรื้อรัง อาทิ อาการอ่อนเพลียเรื้อรัง ภาวะเจ็บปวด และทำให้ความเข้มข้นของเลือด(Hct)

สูงขึ้น และสามารถป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงเทคนิคการหายใจแบบโยคะ (กาपाल บาดิ อนุโลมา วิลามา) ประมาณวันละ 15-30 นาทีทุกวัน ทำให้ค่าครีเอตินินในเลือดของผู้ป่วยไตวายลดลงได้ งานวิจัยของ Lorenzo Gordon, Donovan A McGrowder , และคณะ 2013 ที่ใช้โยคะในผู้ป่วยไตวายระยะ สุดท้าย พบว่าทำให้ค่า oxidative stress ลดลง นอกจากนี้มีการศึกษาของธนารัตน์ ศรีผ่องงามและคณะถึง การนวด ฝ่าเท้าที่มีต่อการไหลเวียนเลือดของไตในผู้ที่มีสุขภาพดี : การเปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและ หลัง พบว่า การนวดฝ่าเท้ามีผลเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปที่ไต โดยปริมาตรของการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติและไม่พบผลข้างเคียงในด้านลบ แต่ดัชนีความต้านทานการไหลเวียนเลือดและความเร็ว ของการไหลเวียนเลือดสูงสุดขณะหัวใจบีบตัวไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sudmeier I, Bodner G, Egger I, Mur E, Ulmer H, Herold M. 1999) โดยศึกษาการเปลี่ยนแปลงของเลือดที่มาเลี้ยงไต (renal blood flow ) โดยใช้เครื่องที่มีชื่อว่า color Doppler sonography พบว่าทำให้ ลดแรงต้านทานของเลือด ที่มาเลี้ยงที่ไตแล้ว ทำให้เลือดมาเลี้ยงไตเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ในผู้ป่วยที่ทำฮีโมไดอะไลซิส (haemodialysis) สามารถลดอาการ อ่อนเพลีย ปวดและตะคริวได้ (Ozdemir G, Owayolu N, Owayolu O. 2013 ) ส่วนในเรื่องของสมาธินั้นมีผลในการทำให้จิตใจสงบ ลดความเครียด ส่งผล ให้เกิดความสมดุลการทำหน้าที่ต่างๆในร่างกายและส่งผลดีต่อสุขภาพซึ่งมีหลักฐานการศึกษามากมาย และมี รายงานการศึกษาการใช้การแพทย์ผสมผสาน โดยใช้ธรรมชาติบำบัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจาก 1 ปี แล้วประเมินผลพบว่าช่วยลดอัตราการความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะ 10 ปี ถึง 3.3 % และลดค่าใช้จ่ายทางสังคม 1138 ดอลลาร์สหรัฐ/คน และอัตราค่าจ้าง 1187 ดอลลาร์สหรัฐ/คน เมื่อ เปรียบเทียบกับการรักษาตามปกติของแผนปัจจุบัน ( Setareh Tais and Erica zoberg .2013)

นอกจากนี้ยังมีการแพทย์ทางเลือกที่จะผสมผสานในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังได้ เช่น การใช้โฮมีโอ พาทีย์โดยสามารถใช้ในลักษณะของการบำบัดอาการเฉพาะอย่างและการดูแลแบบองค์รวมซึ่งการดูแลแบบองค์ รวมนั้นจะมีการวิเคราะห์อาการทั้งหมดของผู้ป่วยและจะได้ภาพอาการทั้งหมดว่าตรงกับยาโฮมีโอพาทีย์ชนิดใด จึงให้ยาโฮมีโอพาทีย์ชนิดนั้น มีรายงานการใช้โฮมีโอพาทีย์ในผู้ป่วยไตวายจำนวน 35 คน ที่ต้องทำการล้างไต สัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยให้ยาโฮมีโอพาทีย์ที่ชื่อว่า ซินา รูบา เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ทำให้อาการต่างๆใน ผู้ป่วยดีขึ้น เช่น อาการอ่อนเพลีย อาการง่วง ปวดศีรษะ เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก นอกจากนี้ยังมียาโฮมีโอ พาทีย์อีกหลายชนิดที่สามารถรักษาตามอาการเฉพาะอย่างของผู้ป่วยเป็น เช่น ผู้ป่วยมีภาวะบวมที่หน้า ปวดศีรษะ ปวดหลัง แนะนำใช้ เอพิส เมลลิฟิกา (Apis mellifica) หรือถ้ามีอาการท้องเสีย และเมื่อนอนราบแล้วรู้สึก หายใจไม่ออก แนะนำใช้ อาร์เซนิกุม (Arsenicum) หรือผู้ป่วยที่มีอาการปวดที่ขาหนีบ และมีภาวะท้องมาน แนะนำให้ใช้ แคนทธาริส (Cantharis) เป็นต้น โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังมักมีข้อจำกัดการ รับประทานยา การรับประทานอาหารอย่างเคร่งครัดและเข้มงวด การใช้โฮมีโอพาทีย์เป็นทางเลือกหนึ่งที่มี ความปลอดภัยและข้อดีอีกประการหนึ่งคือ โฮมีโอพาทีย์ราคาถูก สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ ดังนั้นโฮมีโอพาทีย์จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการลดอาการต่างๆที่เกิดจากการเป็นโรคไตเรื้อรังได้ ทั้งนี้สำหรับ ในประเทศไทยมีการใช้โฮมีโอพาทีย์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับการจำกัดอาหารจำพวกสารปรุงแต่งรสชาติ อาหาร (ผงชูรส) สารกันบูด พบว่า ทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีค่าของเสียในร่างกายลดลง

จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกในสถานพยาบาลหรือสถาน บริการทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมจะช่วยดูแลส่งเสริมสุขภาพที่สามารถป้องกันโรคเรื้อรังได้และยังเป็นการ เสริมการดูแลสุขภาพพร้อมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มีความปลอดภัย ไม่ใช่สารเคมี ถือเป็นแนวคิดของ

การแพทย์ทางเลือกที่สำคัญ ด้วยเหตุนี้กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยกองการแพทย์ทางเลือกเล็งเห็นว่าการใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง จะเป็นทางเลือกหนึ่งให้กับประชาชนคนไทยโดยส่งเสริมให้สถานพยาบาลหรือสถานบริการทางสุขภาพได้

ทั้งนี้จากข้อมูลการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกในหลายวิธีการข้างต้นสามารถช่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ แต่การพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเหมาะสม ในด้านประสิทธิผล ความปลอดภัย ความคุ้มค่าและที่สำคัญคือต้นทุนต่อหน่วย เพื่อให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุดและสามารถปฏิบัติได้ไม่ยุ่งยากในการให้บริการกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

การใช้การแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก: กรณีโฮมีโอพาธี เป็นรูปแบบหนึ่งที่มีผลในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ที่มีความปลอดภัย ราคาถูก และมีประสิทธิผล จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อีกรูปแบบหนึ่ง

## บทที่ 1

### การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นปัจจุบันนอกจากแนวทางของแพทย์แผนปัจจุบันแล้วการดูแลในแนวทางการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกยังเป็นที่ยอมรับด้วยเหตุผลที่สำคัญและถือเป็นจุดเด่นของการแพทย์แนวทางนี้ คือ การหลีกเลี่ยงการใช้ยา สารเคมีเข้าสู่ร่างกาย เพราะส่วนใหญ่การดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังมักมีข้อจำกัดเรื่องอาหาร และสารต่างๆที่เข้าสู่ร่างกายจึงมีความจำเป็นที่ต้องหาวิธีการบำบัดที่หลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีต่างๆที่เข้าสู่ร่างกาย ดังนั้นการหาแนวทางที่ช่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในแนววิธีการแพทย์ทางเลือกที่น่าสนใจวิธีหนึ่งในการลดสารเคมีเข้าสู่ร่างกายและปรับความสมดุลในร่างกายอีกวิธีหนึ่งคือ โอมิโอพาธี โดยแนวคิดที่สำคัญของโอมิโอพาธี คือ การบำบัดด้วยสารที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยในคนปกติมาใช้บำบัดอาการผิดปกติในคนที่ป่วยด้วยอาการนั้น ๆ โดยสารที่ใช้ในการบำบัดเป็นในรูปแบบของพลังงานจึงไม่สามารถหาปริมาณสารได้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของการแพทย์รูปแบบนี้และมีการศึกษาการใช้โอมิโอพาธีในโรคต่างๆหลายโรค รวมถึงโรคไตเรื้อรังนี้ด้วย

ดังนั้นในบทนี้จึงขอกกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในแนวทางของการแพทย์แผนปัจจุบันและแนวทางการแพทย์ทางเลือก กรณีโอมิโอพาธีซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

#### 1. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

##### โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) [1]

หมายถึง ผู้ป่วยที่มี ลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้ เป็นระยะเวลา นานเกิน 3 เดือน ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีลักษณะแสดงความผิดปกติของไตอย่างใดอย่าง หนึ่งดังต่อไปนี้ โดยไม่ขึ้นกับอัตราการกรองของไต (Glomerular filtration rate, GFR)

I. ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) อย่างน้อย 2 ใน 3 ครั้ง ติดต่อกันในช่วงระยะเวลา 3 เดือนโดยใช้ค่า albumin excretion rate (AER) มากกว่า 30 มก.ต่อวัน หรือ albumin-to-creatinine ratio (ACR) มากกว่า 30 มก.ต่อกรัมของครีอะตินีน

II. ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria) อย่างน้อย 2 ใน 3 ครั้ง ติดต่อกันในช่วงระยะเวลา 3 เดือน

III. มีความผิดปกติของเกลือแร่ (electrolyte) ที่เกิดจาก ความผิดปกติของ หลอดฝอยไต

IV. ตรวจพบความผิดปกติของไตทางรังสีวิทยา

V. ตรวจพบความผิดปกติทางพยาธิสภาพของไต

VI. มีประวัติการได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

2. ผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มล./นาที/ 1.73 ตร.ม. ติดต่อกันเกิน 3 เดือน

## การแบ่งความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง

ในปัจจุบัน เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุระยะของโรคไตเรื้อรังอ้างอิงตามเกณฑ์ ของKidney DiseaseImproving Global Outcomes (KDIGO) ปีพ.ศ. 2555) โดยใช้ค่าอัตราการกรองของไต ดังนี้  
ตารางที่ 1 การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามเกณฑ์ของอัตราการกรองของไต

ระยะของโรคไตเรื้อรัง	อัตราการกรองของไต (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)
ระยะที่ 1	>90
ระยะที่ 2	60-89
ระยะที่ 3a	45-59
ระยะที่ 3b	30-44
ระยะที่ 4	15-29
ระยะที่ 5	<15

\*\*\* หมายถึง โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 6 มล./นาที/1.73 ตร.ม. หรือจำเป็นต้องได้ รับการบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่ง

### สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง [2]

สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของโรคไตเรื้อรัง คือ เบาหวาน รองลงมาคือความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรัง (chronic glomerulonephritis) อาทิเช่น โรคไตอักเสบชนิด IgA (IgA nephropathy) โรคไตอักเสบลูปัส (lupus nephritis) โรคไตอักเสบตามหลังการติดเชื้อ (post-infections glomerulonephritis) โรคไตอักเสบชนิด membranous (membranous nephropathy) หรือโรคไตอักเสบชนิด focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ส่วนหนึ่งเกิดจากนิ่วในไต โดยเฉพาะประชากรในแถบ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเกิดจากการใช้ยา แก้ปวดกลุ่ม nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) เป็นระยะเวลานานทำให้เกิด analgesic nephropathy ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง และตีบ ทำให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงเกิดภาวะ ischemic nephropathy ภาวะอุดตันที่ท่อไต ทั้งสองข้างจากนิ่วในท่อปัสสาวะ หรือภาวะอุดตันในทางเดินปัสสาวะ จากต่อมลูกหมากโต มีเพียง ส่วนน้อยที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังจากโรคถุงน้ำในไต (polycystic kidney disease) ซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรม

### การดำเนินของโรคไตเรื้อรัง [2]

เมื่อมีการสูญเสียการทำงานของหน่วยไต หน่วยไตที่เหลืออยู่จะมีการปรับตัวโดยมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งโครงสร้าง และหน้าที่เพื่อเพิ่มอัตราการกรองของหน่วยไตภาพรวมมากขึ้นเรียกว่า adaptive hyperfiltration ทำให้ร่างกายสามารถรักษาระดับของโซเดียม โปแตสเซียม แคลเซียม ฟอสเฟตในเลือด และปริมาณสารน้ำในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หน่วยไตส่วนที่เหลือนี้จะมีการ สังเคราะห์โปรตีนเพิ่มภายในเซลล์ (compensatory hypertrophy) ภายใน 24 ชั่วโมง โดยจะมี ระดับสูง (peak) ในระยะเวลา 2 – 3 วัน แรก หลังจากนั้นจะถึงระดับคงที่ (steady state) ที่ระยะเวลาประมาณ 21 วัน ในบางรายอาจสามารถปรับตัวได้มากเกือบเท่าภาวะปกติ การปรับตัว ดังกล่าวมีประโยชน์ในช่วงแรก แต่อาจก่อให้เกิดพยาธิสภาพ ต่อโกลเมอรูลัส (glomerulus) ที่เหลือ ได้ คือมีการเพิ่มขึ้นของ single nephron glomerular filtration rate (SNGFR) ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงที่ glomerular barrier ทำให้มีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ (glomerular proteinuria) โดยเชื่อว่าสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของสารแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II)

## อาการและอาการแสดง [2-4]

อาการและอาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเกิดโรค และระยะการดำเนินของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะแรก คือระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงใด ๆ ส่วนมากจะมีอาการ อาการแสดงของความผิดปกติเมื่อโรคไตเรื้อรังมีความรุนแรงมากขึ้น และจะเริ่มชัดเจนในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 4 ซึ่งได้แก่ปัสสาวะบ่อยช่วง กลางคืน (nocturia) ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน (polyuria) หรือน้อยกว่า 400 มิลลิลิตร ต่อวัน (oliguria) หรือปริมาณปัสสาวะน้อยมาก น้อยกว่า 50 มิลลิลิตรต่อวัน (anuria) มีภาวะความดันโลหิตสูง อาการบวม และปัสสาวะเป็นฟองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เกิดจากโรคไตอักเสบ หรืออาจ มาด้วยปัญหาที่มีเลือดออก หรือ มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 อาจมี อาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียง่าย จากภาวะโลหิตจาง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน บางรายอาจมี อาการทางระบบประสาท เช่น ความจำเสื่อมลง การตอบสนองช้าลง หรือมีอาการปวดตามกระดูก จากโรคความผิดปกติของกระดูกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (renal osteodystrophy)

### ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยไตเรื้อรัง [2-4]

#### ความผิดปกติในการควบคุมสารน้ำ

เมื่อระดับการทำงานของไตลดลงจนเริ่มส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้น เนื่องจากท่อไตไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ความเข้มข้นของปัสสาวะมีความ เจือจาง ผู้ป่วยจึงมักมีอาการปัสสาวะบ่อยช่วงกลางคืน หรือมีปริมาณปัสสาวะในแต่ละวันมากผิดปกติและเมื่อการทำงาน ของไตลดลงจนไตไม่สามารถขับน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายได้ เนื่องจากไม่สามารถเจือจางให้ ปัสสาวะมีความเข้มข้นที่ต่ำกว่า 300 – 350 mosm/กก.ร่วมกับมีอัตราการกรองและ tubular flow ต่ำเกินไป เรียก ระดับค่า urine osmolarity ที่เท่ากับระดับความเข้มข้น ของค่า plasma osmolarity ว่า sotheuria นอกจากนี้ยังพบว่า การลดการตอบสนองของท่อไตส่วน ปลาย (collecting duct) ที่มีต่อฮอร์โมนวาโสเพรสซิน (vasopressin) เป็นอีกกลไกหนึ่งที่ทำให้เกิด ความผิดปกติในการควบคุมสารน้ำเช่นกัน

#### ความผิดปกติในการควบคุมโซเดียม

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูดซึมน้ำกลับของเกลือโซเดียม ที่ท่อไต และมี ปริมาณ tubular flow rate ที่ลดลงตามความรุนแรงของภาวะไตเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง จึงควรต้องจำกัดการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือหรือโซเดียมในปริมาณที่ พอเหมาะ การรับประทาน เกลือโซเดียมที่มากเกินไปกว่าความสามารถของไตจะขับออกได้ จะเกิดภาวะ น้ำเกิน และบวมตามมา อาจรุนแรงทำให้เกิดภาวะน้ำคั่ง ปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) ในทางกลับกัน การรับประทานอาหารที่มี โซเดียมน้อยเกินไป (low sodium intake) จะทำให้เกิด ภาวะไตวายฉับพลันซ้ำเติมภาวะไตเรื้อรังได้ เพราะ เมื่อไตมีความสามารถในการดูดซึมน้ำกลับน้อยลงในกรณีนี้จะทำให้มีการสูญเสียเกลือ (salt losing) และเกิด ภาวะร่างกายขาดน้ำได้

#### ความผิดปกติในการควบคุมโปแตสเซียม

เมื่อมีการทำงานของไตลดลง จนไตไม่สามารถขับโปแตสเซียมออกจากร่างกายได้เพียงพอ เนื่องจากการขับโปแตสเซียมทางไตขึ้นอยู่กับปริมาณของโซเดียมที่ส่งผ่านมาถึงท่อไตส่วนปลาย เพราะฉะนั้น เมื่อหน้าที่ของไตลดลง การขับโซเดียมและส่งผ่านมาบริเวณท่อไตส่วนปลายได้ลดลง จึงไม่เพียงพอให้เกิดการ แลกเปลี่ยนอนุภาคโมเลกุลกับ โปแตสเซียม ทำให้เกิดภาวะระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงในที่สุด นอกจากนี้

ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงอาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่มี โปแตสเซียมในปริมาณสูง การสลายของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น ภาวะความเป็นกรดในเลือด และภาวะความผิดปกติในการขับกรดของท่อไต (type IV renal tubular acidosis; RTA) ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีการอุดตันในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือมีภาวะ hypoaldosteronism จากการได้รับยา ACEI หรือ ARB

### ความผิดปกติในการรักษาสมดุลกรด-ด่าง

ในภาวะปกติไตมีความสามารถในการขับกรดซัลฟิวริกที่ได้จากกระบวนการเมแทบอลิซึมของกรดอะมิโนที่มีส่วนประกอบของซัลเฟอร์ (sulfur-containing amino acid) ได้ปริมาณเฉลี่ยวันละ 1 mEq/กก./วัน โดยผ่านกระบวนการสร้างสารแอมโมเนียที่หน่วยไต ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ G3 จะมีค่าไบคาร์บอเนตในเลือด (serum bicarbonate) ต่ำร่วมกับมี normal anion gap ได้ เนื่องจากไตยังสามารถขับ anion ได้ ขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะท้าย (ระยะ G4 และ G5) จะมี ค่าไบคาร์บอเนตในเลือดต่ำ ร่วมกับมี high anion gap metabolic acidosis เนื่องจากไตไม่สามารถ ขับฟอสเฟต ซัลเฟต และ anion ของกรดอินทรีย์ (organic acid) ได้

### ภาวะโลหิตจาง

ภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เกิดได้จาก 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1. มีการสูญเสียเม็ดเลือดแดงจากสาเหตุต่าง ๆ เช่นภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจากภาวะยูรีเมีย (uremic gastritis) หรือเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกง่าย (hemolysis) จากภาวะยูรีเมีย เป็นต้น 2. มีการสร้างสารอีริโทรพอยอิติน (erythropoietin) จากไตลดลง โดยเริ่มพบภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่วัยที่ 3 ทั้งนี้ลักษณะรูปร่างของเม็ดเลือดแดงจะมีขนาด และการติดสีปกติ (normocytic และ normochromic) ซึ่งใช้แยกจากภาวะโลหิตจางจากภาวะเลือดออกที่มักมีขนาดของเม็ดเลือดแดงเล็ก กว่าปกติ (microcytic) 3. การลดลงของแร่ธาตุที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ธาตุเหล็ก (iron) และกรดโฟลิก (folic acid) เป็นต้น 4. มีภาวะธาตุอะลูมิเนียมเกินในร่างกาย (aluminium toxicity) มักเกิดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่รับประทานยาอะลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ต่อเนื่องเป็นเวลานาน เพื่อจับกับสารฟอสเฟตในอาหาร หรือเกิดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะรับการรักษาบำบัด ทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับธาตุอะลูมิเนียมที่ปนเปื้อนจากการฟอกเลือด โดยธาตุอะลูมิเนียมที่สูงผิดปกติในร่างกายจะไปยับยั้งกระบวนการสร้างฮีโม (heme synthesis) ซึ่งเป็นสารตั้งต้นที่สำคัญในการสร้างเม็ดเลือดแดง

**ภาวะความดันโลหิตสูง** เป็นผลมาจากการคั่งของสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย หรือจากการกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (renin-angiotensin system) ในร่างกาย บางรายอาจเกิดจากการมี การใช้ยาบางชนิด เช่น สเตียรอยด์ หรือ cyclosporine ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นได้ทั้ง สาเหตุ และผลจากการเกิดโรคไตเรื้อรัง

**ภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นผลมาจากภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการหอบ เหนื่อย แน่นหน้าอก อย่างไรก็ตามภาวะหัวใจล้มเหลวอาจเกิดจากคั่งของสารยูรีเมียในร่างกาย จนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจสูญเสียความสามารถในการบีบตัวทำให้เกิด low pressure pulmonary edema ได้

**ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ** มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะรับการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นผลมาจากการคั่ง

ของสารยูรีเมียในร่างกาย ในรายที่รุนแรงอาจเกิดการสะสมของน้ำในช่องว่างระหว่างเยื่อหุ้มหัวใจ จนเกิดเป็น cardiac tamponade ได้

**ภาวะห้องหัวใจโต** มักเกิดเป็นลักษณะห้องหัวใจด้านล่างซ้ายโต (left ventricular hypertrophy) จำแนกได้ 2 ลักษณะ คือ ชนิด concentric ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูง และชนิด eccentric ซึ่งเกิดจากภาวะน้ำเกินในร่างกายเป็นระยะเวลานาน (volume overload) หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจาง

**ความผิดปกติของฮอร์โมนเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์** โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะมีระดับ total T4, free T4 และ T3 ลดลง มีระดับ thyroid-stimulating hormone (TSH) เป็นปกติ มีระดับของ thyroid hormone-binding globulin และ thyrotropin-releasing hormone (TRH) stimulation test เป็นปกติหรือลดลงเล็กน้อย ซึ่งมีลักษณะโดยรวมเข้าได้กับภาวะ sick euthyroid syndrome

**ความผิดปกติของฮอร์โมนเพศ** ในชายพบมีระดับ free testosterone, dihydrotestosterone และ androgen ลดลง ในขณะที่ในเพศหญิงมีการเพิ่มขึ้นของ luteinizing hormone (LH) และ follicle-stimulating hormone (FSH) ร่วมกับมีระดับของ estrogen ลดลง และมีการเสียสมดุลของ LH pulsatile และ LH surge ทำให้เกิดภาวะไข่ไม่ตก (anovulation)

**ความผิดปกติของโกรทฮอร์โมน (growth hormone (GH))** พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีการดื้อต่อการออกฤทธิ์ของ GH (GH resistance) เพราะมีการเพิ่มขึ้นของ insulin growth factor-binding protein ดังนั้นจะพบว่าหากเกิดภาวะไตเรื้อรังตั้งแต่อยู่ในเด็กหรือวัยรุ่น จะส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโต โดยผู้ป่วยมักตัวเตี้ย และมีพัฒนาการทางร่างกายเข้าสู่วัยรุ่นช้า ซึ่งพบได้ในวัยรุ่นที่มีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายถึงสองในสาม

**ความผิดปกติของอินซูลิน** ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น เมื่อการทำงานของไตลดลงจนอัตราการขจัดอินซูลินจะลดลงอย่างมาก ร่วมกับมีกระบวนการเมแทบอลิซึมทำลายอินซูลินที่ต่ำลงจากผลของภาวะยูรีเมีย หรือผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย จึงทำให้พบการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ได้บ่อย

**ความผิดปกติของระบบผิวหนัง** โรคไตเรื้อรังจะมีการคั่งของสารยูรีเมีย ทำให้เกิด uremic frost จากความเข้มข้นของยูเรียในเลือดมาก เรียกว่าคันตามตัวในโรคไตเรื้อรังว่า uremic pruritus ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา

**ความผิดปกติของระบบกระดูก** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูก เรียกว่าความผิดปกติของกระดูกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (renal osteodystrophy) เป็นการเปลี่ยนแปลงทาง เมแทบอลิซึมของเกลือแร่ และโครงสร้างของกระดูก สามารถเกิดได้ตั้งแต่ระยะแรกของโรคไต และมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้นตามระยะของโรคไตเรื้อรัง หรืออาจเป็นผลจากการรักษา เช่น การได้รับวิตามินดี หรือเกิดจากการขับฟอสฟอรัสทางไตลดลง ทำให้มีการคั่งของฟอสเฟตในร่างกาย หรือ มีภาวะร่างกายขาดสาร calcidiol หรือ 25-hydroxyvitamin D และมีระดับของฮอร์โมนพารา ไทรอยด์ในเลือดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดกระดูก เดินได้ลำบาก หรือโครงสร้างของกระดูกผิดรูปร่างได้

**หลักการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [2-4]**

**การค้นหาสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง** เป็นการค้นหาจากการซักประวัติ และตรวจร่างกาย รวมถึงการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยแยกโรค ถ้ามีการพบสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ จะมีการให้การแก้ไข หรือรักษาทันที เพื่อป้องกันการสูญเสียหน้าที่การทำงานของไตถาวร



**การดูแลและรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต** วัตถุประสงค์สำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือการชะลอไม่ให้ไตเสื่อมให้ได้นานที่สุด ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการประเมินหาสาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลันที่เกิดร่วมกับภาวะไตเรื้อรังทุกครั้งที่การทำงานของไตลดลงอย่างผิดปกติ ได้แก่ภาวะการขาดเลือดของไต หรือเลือดไปเลี้ยงไตน้อย จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ท้องเสียรุนแรง การใช้จ่ายปัสสาวะ ภาวะเลือดออก ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และการใช้ยาที่มีผลทำให้อัตราการกรองไตลดลงโดยเฉพาะยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือยา กลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) รวมทั้งการหลีกเลี่ยง การใช้ยา และสารที่ส่งผลเสียต่อไต (nephrotoxic drugs) เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่ม aminoglycosides และสารทึบรังสี (contrast media agent)

**การดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง** การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูง ควรได้รับยาลด ความดันโลหิต เพื่อชะลอการเสื่อมของไต การลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ และในการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน และไม่มีโรคเบาหวาน ร่วมกับมีระดับอัลบูมินในปัสสาวะเล็กน้อยหรือเป็นปกติ แนะนำให้มีเป้าหมาย ควบคุมระดับความดันโลหิต 140/90 มม.ปรอท และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแนะนำให้มีความหมายควบคุม ระดับความดันโลหิต  $\leq 130/80$  มม.ปรอท และผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรังแนะนำให้มีความหมายการ รักษาตามแต่ละบุคคล (individual target approach) โดยอาจพิจารณาให้มีเป้าหมายควบคุมระดับความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 80 ปี รวมถึงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วม จะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (life-style modification) เพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยให้ผลในการรักษาที่ดี ถ้าทำได้อย่างมีประสิทธิภาพใช้ร่วมด้วยเสมอในการรักษาผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ข้อดีของการรักษาด้วยวิธีนี้ คือไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยา และไม่จำเป็นต้อง ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่การควบคุมน้ำหนักให้ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กก./ตร.ม. การออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที 4 – 5 วัน/สัปดาห์ การจำกัดปริมาณเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อควบคุมความดันโลหิต หรือ dietary approach to stop hypertension (DASH) สำหรับการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของยาแต่ละชนิดตามกลุ่มอาการของโรค โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น ยาลดความดันโลหิตสูง ได้แก่ยาในกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) หรือ angiotensin II receptor blockers (ARBs) โดยที่ยาทั้งสองกลุ่มนี้สามารถลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ และช่วยชะลอการ เสื่อมของไตได้ ทั้งในผู้ป่วยโรคไตที่เกิดจากโรคเบาหวาน และไม่เกิดจากโรคเบาหวาน การให้ยาทั้งสองกลุ่มนี้ จะต้องมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของ GFR และระดับโปแตสเซียมในเลือดเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 1 – 2 เดือนแรก หากมีการลดลงของ GFR มากกว่าร้อยละ 30 หรือระดับ โปแตสเซียมในเลือดสูงกว่า 5.5 mEq/L ให้หยุดยา และยาทั้งสองกลุ่มนี้ไม่ให้ใช้ในภาวะตั้งครรภ์ภาวะหลอดเลือดแดงของไตตีบทั้งสองข้าง หรือเคยมีประวัติแพ้ยาในกลุ่มนี้รุนแรง

**การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด** การดูแลรักษากระดับน้ำตาลอย่างเคร่งครัด (tight control) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 พบว่าช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การเสียชีวิตรวมทั้งช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ โดยคำแนะนำของ KDIGO ในปี

พ.ศ.2555 แนะนำเป้าหมายของระดับ HbA1C ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ระดับประมาณร้อยละ 7 โดยหากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) แนะนำเป้าหมายของระดับ HbA1C ที่ระดับไม่ควรน้อยกว่าร้อยละ 7

**ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia)** ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าการได้รับยาลดไขมันในเลือดสามารถลดอุบัติการณ์ครั้งแรกของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง หรือการผ่าตัด หลอดเลือด ส่วนปลายลงร้อยละ 17 แต่ไม่มีผลในการชะลอความเสื่อมของหน้าที่ของไต โดยผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังต้องลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และใช้ยาลดไขมันร่วมด้วย ถ้ายังไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการ

**การควบคุมระดับแคลเซียม ฟอสเฟต และฮอร์โมนพาราไทรอยด์** ในปี พ.ศ.2552 KDIGO ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุม และการรักษาภาวะสมดุลแคลเซียม และฟอสเฟตใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนี้ รักษากระดับแคลเซียม และระดับฟอสเฟตในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ยังไม่ทราบระดับเป้าหมายของฮอร์โมนพาราไทรอยด์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 5 ที่ยังไม่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตว่าควรจะเป็นเท่าใด แต่ควรตรวจหาภาวะระดับฟอสเฟตในเลือดสูง (hyperphosphatemia) ภาวะระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) และภาวะร่างกายพร่องวิตามินดี (vitamin D deficiency)

#### **การรักษาไตวาย [2-4]**

ภาวะไตวายเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้นการรักษาจึงมีเป้าหมายเพื่อชะลอการลุกลามของภาวะไตวาย ลดภาวะแทรกซ้อน และควบคุมอาการ โดยต้องควบคุมโรคที่สำคัญ อาทิ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตอักเสบ เป็นต้น ผู้ป่วยควรจะไปพบแพทย์เพื่อติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดในเรื่องอาหาร ออกกำลังกายและการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมภาวะดังกล่าว โดยมีการรักษา ดังนี้

##### **(1) การรักษาด้วยยา ได้แก่**

- ยาสำหรับควบคุมความดันโลหิต อาทิ ยาลดความดันโลหิตในกลุ่มแองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติงเอนไซม์ (ACE) หรือ แองจิโอเทนซิน รีเซปเตอร์บล็อกเกอร์ สำหรับปกป้องการทำงานของไต
- อีริโทรโพอิติน เพื่อเสริมสร้างเซลล์เม็ดเลือดแดง
- วิตามินดี เพื่อช่วยการสันดาปของกระดูก
- ยาลดการดูดซึมฟอสเฟตเพื่อลดความเข้มข้นของฟอสเฟตในเลือด

##### **(2) การรักษาเพื่อทดแทนการทำงานของไต [5-7] ซึ่งมี 3 วิธีคือ**

###### **1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม**

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ กระบวนการที่เลือดถูกกรองแยกสารที่เป็นของเสียที่เกิดจากเมแทบอลิซึม เช่น ยูเรีย ครีเอตินิน ออกนอกร่างกายโดยเลือดที่ออกมาจากเส้นเลือดของผู้ป่วยจะผ่านตัวกรอง (hemodialysis) เพื่อแลกเปลี่ยนน้ำและสารต่าง ๆ ที่ละลายอยู่ในเลือดกับน้ำยาฟอกเลือด (dialysate) โดยเลือดของผู้ป่วยจะอยู่เฉพาะในส่วนด้านเลือด (blood compartment) และน้ำยาฟอกเลือด

จะอยู่บริเวณรอบ ๆ ไม่ได้ปะปนกับเลือดโดยตรง โดยทั้งส่วนเลือดและน้ำยาจะถูกแยกออกจากกันด้วยแผ่นเยื่อ  
บุที่ยอมให้สารละลายบางชนิดผ่านได้กระบวนการ

พอกเลือดประกอบด้วยกระบวนการซึมผ่าน การนำพา และการกรอง โดยทั่วไปสารละลายที่ถูกกำจัดออกด้วย  
วิธีการพอกเลือดได้ดีจะมีน้ำหนักโมเลกุลประมาณ 500-2,000 ดาลตัน ประสิทธิภาพจะสูงมากขึ้นในการพอก  
สารละลายที่มีน้ำหนักโมเลกุลน้อยกว่า 300 ดาลตัน

## ภาวะแทรกซ้อนจากการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พบบ่อย [2]

1. ความดันโลหิตต่ำ พบเฉลี่ยร้อยละ 20-50 ของการรักษา อาจพบร่วมกับอาการ  
อาเจียน และตะคริว พบบ่อยในผู้สูงอายุผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่มีรูปร่างบอบบาง ผู้ที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย สาเหตุที่  
พบบ่อยอาจเกิดจากปริมาณน้ำในเลือดลดลงอย่างรวดเร็วขณะพอกเลือดทำให้เลือดไหลเข้าสู่หัวใจลดลง ทำให้  
เกิดความดันโลหิตต่ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีน้ำหนักผู้ป่วยเพิ่มมากเกินไป การเลือกน้ำยาพอกไตที่มีโซเดียมต่ำ  
หรือน้ำยาที่อะซีเตรทเป็นส่วนประกอบการใช้ยาลดความดันโลหิต และภาวะติดเชื้อ เป็นต้น

2. ตะคริว พบได้มากกว่าร้อยละ 20 ของการรักษา ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยสูงอายุและ  
ผู้ที่มีความวิตกกังวล มักเกิดอาการที่ขามากกว่าบริเวณอื่น เกิดบ่อยในช่วงท้ายของการพอกเลือดมี  
ความสัมพันธ์กับการลดลงอย่างรวดเร็วของระดับน้ำภายนอกเซลล์ (extracellular fluid) และการลดลงของ  
ความเข้มข้นซีรัม (serum osmolarity) อันเนื่องมาจากเครื่องไตเทียมขจัดน้ำและครีเอทีนีนออกจากร่างกาย  
อย่างรวดเร็วระหว่างพอกเลือด

3. คลื่นไส้ อาเจียน พบภาวะนี้ได้ประมาณร้อยละ 5-20 ของการรักษา สาเหตุไม่แน่  
ชัด มักพบในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำลง ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นของเส้นประสาทระบบประสาทอัตโนมัติ  
หรืออาจเกิดจากความไม่สมดุลของปริมาณของเสียภายในและนอกเซลล์ขณะพอกเลือด (dialysis  
disequilibrium syndrome) [10]

4. ปวดศีรษะ พบภาวะนี้ได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของการรักษา อาจเกิดร่วมกับ  
ขณะที่มีความดันโลหิตต่ำลง ภาวะวิตกกังวล หรือเกิดจากความไม่สมดุลของปริมาณของเสียในร่างกายขณะ  
พอกเลือด

5. เจ็บหน้าอก พบภาวะนี้ได้ประมาณร้อยละ 2-5 ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับ  
ความดันโลหิตต่ำ ความไม่สมดุลของปริมาณของเสียในร่างกายขณะพอกเลือด และอาจเกิดจาก ภาวะหัวใจ  
ขาดเลือดชั่วคราว (angina) การแตกของเม็ดเลือดแดง (hemolysis) และพองอากาศ (air embolism)

## การล้างไตทางช่องท้อง [1-4]

การล้างไตทางช่องท้องอาศัยหลักการของการแลกเปลี่ยนของเลือดกับ สารละลายภายใน  
ช่องท้อง โดยมีเยื่อช่องท้องทำหน้าที่เป็นเยื่อกั้นระหว่างน้ำยาล้างไตกับเลือดของผู้ป่วย โดยอาศัยความ  
แตกต่างของความเข้มข้นของสารละลายในเลือดกับน้ำยาล้างไต ประกอบด้วย 3 กระบวนการได้แก่  
กระบวนการซึมผ่าน (diffusion) กระบวนการขจัดน้ำออกจากร่างกายโดยอาศัยแรงดึงน้ำ (convection) และ  
กระบวนการดูดซึมกลับ (reabsorption)

## ภาวะแทรกซ้อนการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องที่พบบ่อยมีดังนี้ [2]

1. การอุดตันของสายหน้าท่อเกิดจากก้อนเลือดไฟบรินอุดตัน หรือสายหักพังงอ หรืออยู่ผิดตำแหน่ง

2. การรั่วของน้ำยา (failure of ultrafiltration) เกิดจากการที่น้ำยาล้างไตมีความเข้มข้นสูงกว่าเลือดจึงดึงน้ำผ่าน peritoneal membrane เร็วกว่าปกติแรงดันในช่องท้องลดลงอย่างรวดเร็วทำให้การดึงน้ำเสียไปและเกิดน้ำยาอาจรั่วซึมออกมารอบ ๆ ท่อหรือใต้ผิวหนัง อาจคล้ายกับก้อนใต้ผิวหนัง มีแรงดันในช่องท้องสูงขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดได้ และมีโอกาสเกิดการติดเชื้อง่ายขึ้น

3. ภาวะติดเชื้อของช่องสายออก (exit site infection) นำไปสู่การอักเสบของเยื่อช่องท้อง(peritonitis) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถทำการล้างไตต่อไปได้ พบบ่อยในช่วง 6 เดือนหรือ 1 ปีแรกของการรักษา

4. ภาวะแทรกซ้อนต่อระบบทางเดินหายใจ (respiratory complication) เช่น มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (hydrothorax) อาจพบได้ในช่วงแรกของการใส่น้ำยาทำให้เกิดอาการหายใจลำบากเหนื่อย ความดันโลหิตต่ำ หรือภาวะปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) เกิดขึ้นได้หากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว [5]

5. ไส้เลื่อน (hernia) และอวัยวะเพศบวม (genital edema) พบได้บ่อยร้อยละ 11 – 20 โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ หญิงที่ตั้งครรภ์บ่อย อ้วน สาเหตุเกิดจากความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นจาก การมีน้ำยาล้างไตในช่องท้อง ทำให้ช่องท้องขยายจึงเกิดไส้เลื่อนขึ้นไปบริเวณที่อ่อนแอของช่องท้อง ภาวะอวัยวะเพศบวมเกิดจากน้ำยาล้างไตไหลรั่วซึมเข้าอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้เกิดการบวมได้

6. ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบการเผาผลาญ (metabolic complications) ได้แก่

1) hypernatremia และ hyponatremia เกิดจากการดื่มน้ำยามากเกินไป ซึ่งไม่เป็นอันตราย เพราะเป็นอาการที่พบได้บ่อย

2) hyperkalemia และ hypokalemia ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีภาวะ hypokalemiaจากการที่น้ำยาดึงสารอิเล็กโทรไลต์ออกมากเกินไป

3) hypervolemia และ hypovolemia พบได้ในระยะแรกของการล้างไตทางช่องท้องเกิดจากไม่สามารถควบคุมการปริมาณน้ำยาได้

7. อาการปวดท้องขณะปล่อยน้ำยาเข้า เกิดได้จากขณะปล่อยน้ำยาเข้าเยื่อช่องท้องเกิดการฉีกขาด นอกจากนี้อาจพบอาการปวดหลัง เนื่องจากปริมาณน้ำยาล้างไตในช่องท้องกดกระดูกสันหลัง อาการจะดีขึ้นเมื่อปล่อยน้ำยาออก

8. ปอดบวมน้ำ เกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยมีอาการหัวใจล้มเหลว หรือดื่มน้ำมาก หรือรับประทานอาหารรสเค็มมากเกินไป

9. ภาวะซึมเศร้า เกิดจากการเผชิญความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว หรือการ มีข้อจำกัดต่างๆ รู้สึกเป็นภาระสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง

## การผ่าตัดเปลี่ยนไต [12-14]

การผ่าตัดเปลี่ยนไตเป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้าย โดยการเปลี่ยนไตจากผู้บริจาคไต (donor) ไปยังผู้ป่วยหรือผู้รับ (recipient) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้บริจาคไตและผู้รับ รวมทั้งมีการทดสอบความเข้ากันได้ของระบบภูมิคุ้มกัน การรักษาโดยการผ่าตัดไตเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมาก เนื่องจากทำให้สุขภาพของผู้ป่วยแข็งแรงมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ การเปลี่ยนไตเป็นวิธีการรักษาที่มีอัตราการรอดชีวิตในระยะยาวสูงสุดเมื่อเทียบกับการรักษาวิธีอื่น ๆ สามารถจำแนกการรักษาได้เป็น 3 ประเภทดังนี้

1. Living related kidney transplantation วิธีนี้ผู้ป่วยได้รับไตจากบุคคลที่เป็นญาติ เช่น พ่อ แม่ ลูก หรือพี่น้อง
2. Living related kidney transplantation (spousal) เป็นวิธีการเปลี่ยนไตจากผู้บริจาคไตซึ่งเป็นสามีภรรยาให้
3. Cadaveric donor kidney transplantation เป็นวิธีการเปลี่ยนไตโดยการไตได้จากผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย (brain death)

## ภาวะแทรกซ้อนหลังการเปลี่ยนไตที่พบบ่อยมีดังนี้ [15]

1. ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ พบได้บ่อยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไตเนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยากดภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการปฏิเสธไต พบอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังเปลี่ยนไตประมาณร้อยละ 38-58 เชื้อที่เป็นสาเหตุพบได้ทั้งเชื้อไวรัส แบคทีเรียและเชื้อรา
2. ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุสำคัญเกิดจากความดันโลหิตสูงภาวะไขมันในเลือดสูง และการใช้ยากดภูมิคุ้มกันกลุ่มสเตียรอยด์ (steroid) พบอัตราการเกิดโรคหัวใจสัมพันธ์กับปริมาณการสะสมของยากลุ่มนี้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่แล้ว เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติหัวใจวายกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การสูบบุหรี่หรือการดื่มแอลกอฮอล์
3. ภาวะความดันโลหิตสูงหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต พบภาวะความดันโลหิตสูงที่มีอยู่ก่อนผ่าตัดเปลี่ยนไต อุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตพบได้ร้อยละ 50-80 สาเหตุสำคัญ ได้แก่ การทำหน้าที่ของไตบกพร่อง
4. ภาวะไขมันในเลือดสูงหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ซึ่งสัมพันธ์กับชนิดและปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ เบาหวาน ความอ้วน การได้รับยาขับปัสสาวะ การทำหน้าที่ของไตบกพร่องและ ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมของผู้ป่วยแต่ละคน ภาวะไขมันในเลือดสูงอาจจะลดลงได้เองหลังจากผ่าตัดเปลี่ยนไตแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
5. ภาวะเบาหวาน พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเบาหวานหลังผ่าตัดเปลี่ยนไตร้อยละ 4-20พบอุบัติการณ์สูงสุด 2-3 เดือน หลังการเปลี่ยนไต กลไกการเกิดสัมพันธ์กับการใช้ยากดภูมิคุ้มกันสเตียรอยด์ ไซโคลสปอริน (cyclosporine) และแทคโครลิมัส (tacrolimus) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ อายุมากกว่า 45 ปี ภาวะอ้วน ประวัติเบาหวานในครอบครัว การได้รับไตจากผู้เสียชีวิต และการใช้ยากดภูมิคุ้มกันในขนาดสูง

6. ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง พบร้อยละ 56-84 ของผู้ป่วยที่เข้ายาไซโคลสปอริน และเกิดโรคเกาต์ร้อยละ 28 โดยมักพบหลังจากผ่าตัดเปลี่ยนไตอย่างน้อย 3 เดือน มักพบในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องและใช้ยาขับปัสสาวะ

7. ภาวะแทรกซ้อนทางระบบโลหิต พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบโลหิตร้อยละ 17-30 มักพบภายใน 1 ปี หลังผ่าตัดเปลี่ยนไตสามารถพบได้สามลักษณะ คือภาวะเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ (erythrocytosis) ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำจากยากดไขกระดูกและภูมิคุ้มกัน(leukopenia) และเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) จากการกดไขกระดูก

## 2. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยโฮมีโอพาธี

### โฮมีโอพาธี คือ [16]

โฮมีโอพาธีเป็นการแพทย์ทางเลือกที่มีต้นกำเนิดที่ประเทศเยอรมนี โดยนายแพทย์ซามูเอล ฮาร์ทเนมานน์ (ค.ศ. 1755-1843) บิดาผู้ให้กำเนิดการแพทย์โฮมีโอพาธี ได้นำหลักแนวคิดที่ว่า “สารที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยใดๆ สามารถนำมาใช้ทำเป็นยาเพื่อบำบัดอาการป่วยนั้นๆ ได้” โดยใช้สารปริมาณน้อยที่สุดที่เพียงพอต่อการกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนอง หรือบำบัดอาการผิดปกติด้วยกลไกการเยียวยาตนเองของร่างกาย ซึ่งการแพทย์รูปแบบนี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้รับการยอมรับและเผยแพร่ไปหลายประเทศทั่วโลก เช่น อังกฤษ ฝรั่งเศส อิตาลี สวิสเซอร์แลนด์ เบลเยียม ประเทศในแถบยุโรปทั้งหมด สหรัฐอเมริกา ทวีปอเมริกาใต้ ออสเตรเลีย อินเดีย และมาเลเซีย เป็นต้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2001 พบว่า การแพทย์สาขานี้ถูกนำไปใช้ติดอันดับสูงสุด 1 ใน 5 ของสาขาการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ทั่วโลก

การเตรียมยาแบบโฮมีโอพาธีนั้นสารที่นำมาใช้ส่วนใหญ่มี therapeutic dose แคบ ก่อให้เกิดพิษได้ง่าย ดังนั้นการนำมาใช้จึงต้องมีการทำให้เจือจางเพื่อลดความเป็นสารพิษลงซึ่งกระบวนการและวิธีการมีความเฉพาะตัวตามหลักทางเภสัชวิทยาของโฮมีโอพาธี โดยมีหลักการเตรียมยาโฮมีโอพาธีดังนี้ คือ นำสารตั้งต้น เช่น สมุนไพร แร่ธาตุ สารอินทรีย์ และสารอนินทรีย์ มาทำละลายในแอลกอฮอล์เข้มข้น ที่เรียกว่า ทิงเจอร์แม่ ( Mother tincture) จากนั้นนำทิงเจอร์แม่ 1 ส่วน มาผสมกับแอลกอฮอล์หรือน้ำอีก 9 ส่วน ที่เรียกว่า 1 Decimal หรือ 1D (สัดส่วน 1:10 ) แล้วเขย่าขึ้นลงในขวดจำนวน 10 ครั้ง แล้วนำสารที่มีความแรงขนาด 1D มา 1 ส่วน ผสมกับแอลกอฮอล์หรือน้ำอีก 9 ส่วน แล้วเขย่าขึ้นลงในขวดอีก 10 ครั้ง จะเรียกว่า มีความแรงขนาด 2D ทำต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ดังตัวอย่างในตาราง

ขนาดความแรง (Potency) (DหรือX)	สารละลายตั้งต้น	ตัวทำละลาย (water or alcohol)	จำนวนการเขย่า ขึ้นลงขวด
1 Decimal	Mother tincture 1 ส่วน	9 ส่วน	10 ครั้ง
2 Decimal	1 Decimal 1 ส่วน	9 ส่วน	10 ครั้ง
3 Decimal	2 Decimal 1 ส่วน	9 ส่วน	10 ครั้ง

ขนาดความแรงนอกจากที่มีหน่วยเป็น D หรือ X แล้ว ยังมีขนาดที่มีหน่วยเป็น C (Centesimal หรือ สัดส่วน 1:100) และ M (Millesimal หรือ สัดส่วน 1:1000000) ซึ่งมีจำหน่ายในร้านขายยาของหลายประเทศทั่วโลก

### แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของโฮมีโอพาธี

โฮมีโอพาธีเชื่อว่าคนที่เจ็บป่วยนั้นต้องมีเงื่อนไข 2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย คือ

- 1.. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ เงื่อนไขที่เป็นองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น สภาพแวดล้อม อากาศ อาหาร น้ำ อาชีพการงาน วิถีชีวิต
- 2.. ปัจจัยภายใน ได้แก่ เงื่อนไขที่เป็นของบุคคลนั้นๆ เช่น ความไวต่อสิ่งเร้าภายนอก ลักษณะส่วนบุคคล

และมีเงื่อนไขอีกประการหนึ่ง คือ ความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualization) ยกตัวอย่าง ความแตกต่างของคนสองคนในสถานะเดียวกัน เช่น หลังฝนตก คนหนึ่งป่วย อีกคนหนึ่งไม่ป่วย หรือป่วยเป็นหวัด ทั้งสองคน แต่คนหนึ่งหนาวสั่น อีกคนเป็นปอดบวม ซึ่งถ้าทุกคนมีลักษณะเฉพาะที่เหมือนกันภายใต้เงื่อนไขเดียวกันทุกคนต้องตอบสนองเหมือนกัน แต่ในความเป็นจริงไม่ใช่ ซึ่งการตอบสนองในเงื่อนไขนั้น ๆ จะแตกต่างกันไปแต่ละคน โดยสรุปแนวคิดพื้นฐานของโฮมีโอพาธีที่สำคัญมี 3 ประการ

1. เรื่องพลังชีวิต ภาษาอังกฤษ เรียก Vital Force ภาษาฮินดี เรียก ปราณ ภาษาจีน เรียก ชี่
2. ความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualization)
3. การรักษาเยียวยาด้วยตัวมันเอง อันเป็นกลไกตามธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต (Self mechanism -Natural healing process) ซึ่งผู้ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความรู้การแพทย์โฮมีโอพาธีต้องมีความชัดเจนและเข้าใจในหลักแนวคิดพื้นฐานนี้เป็นอย่างดี

### หลักการของการแพทย์โฮมีโอพาธีมี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. Similar Similibus Curentur หรือ let like be cured by like หรือกฎแห่งความคล้าย คือ โฮมีโอพาธีใช้สารที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยในคนปกติมาใช้บำบัดอาการผิดปกติในคนที่ป่วยด้วยอาการนั้น ๆ
2. Drug proving (การพิสูจน์ยา) ยาที่นำมาใช้ต้องผ่านกระบวนการพิสูจน์จริงในคน (Drug proving) กล่าวคือ การพิสูจน์ต้องทำการทดลองในคนปกติที่มีสุขภาพดี เพื่อหาผลของยาในทางบวกที่มีต่อพลังชีวิตของมนุษย์
3. ต้องรักษาภายใต้กฎขนาดน้อย (Law of minimum dose) คือ ใช้ปริมาณน้อยที่สุดที่เพียงพอต่อการกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนองต่อโรคตามกลไกธรรมชาติ
4. รักษาภายใต้กฎของความเรียบง่าย (Law of simplex) คือ ใช้ยาเพียงชนิดเดียวต่อการใช้ยาหนึ่งครั้ง
- 5.. เคารพในความจำเพาะของบุคคล (Individualization) กล่าวคือ มนุษย์ทุกคนแตกต่างกัน แม้ว่าจะป่วย หรือเป็นโรคเหมือนกันแต่การได้รับยาในทางโฮมีโอพาธีนั้นแตกต่างกันตามพื้นฐานเฉพาะตัวที่แตกต่างกัน ร่างกายสิ่งมีชีวิตทุกชนิดรวมทั้งมนุษย์มีศักยภาพในการรักษาเยียวยาตนเอง

จากหลักการของการแพทย์โฮมีโอพาธียี่ห้อหนึ่ง คือ ใช้สารปริมาณน้อยที่สุดที่เพียงพอต่อการกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนอง หรือบำบัดอาการผิดปกติด้วยกลไกการเยียวยาตนเองของร่างกาย สอดคล้องกับการค้นพบการบำบัดแบบโฮมีโอพาธีในช่วงปีแรก กล่าวคือ การเตรียมยาแบบโฮมีโอพาธีส่วนใหญ่แล้วสารที่นำมาใช้มี therapeutic dose แคบก่อให้เกิดความเป็นพิษได้ง่าย ดังนั้นการนำมาใช้จึงต้องมีการทำให้เจือจางเพื่อลดความเป็นพิษลงซึ่งกระบวนการ และวิธีนั้นมีความเฉพาะตัวแต่เรียบง่ายในการเตรียมเน้นสิ่งที่เป็นหัวใจสำคัญคือการเตรียมสารตั้งต้นเท่านั้น คือ ต้องเป็นไปตามหลักทางเภสัชวิทยาของโฮมีโอพาธี อย่างไรก็ตามความยุ่งยากซับซ้อนของกระบวนการเตรียมยาของแพทย์แผนปัจจุบันมีมากกว่าซึ่งแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง

### การใช้ยาโฮมีโอพาธี

ยาโฮมีโอพาธีในปัจจุบันแบ่งประเภทไว้ 2 ประเภท คือ Classical Homeopathy และ Mixes Homeopathy ส่วนรูปแบบของยานั้นมีทั้งแบบน้ำ แบบเม็ด เจล ชีชีง ฯลฯ และปัจจุบันทำเป็นแบบยาฉีด ในที่นี้ขอกล่าวถึงการใช้แบบเม็ดและการนำยาเม็ดมาละลายน้ำโดยยกตัวอย่างวิธีการใช้ ดังนี้

#### 1. ยาแบบเม็ด (น้ำตาล) ละลายน้ำ

- ผสมยาลงในน้ำเปล่าที่สะอาดประมาณ 30-240 ซีซี รอจนยาละลายหมด
- กระแทกขวดยาที่ละลายแล้วแนวตั้งตรงกับฝ่ามือ 10 ครั้งก่อนใช้ทุกครั้ง
- เทใส่ปาก หรือหยดใส่ปาก ประมาณ 10 ซีซี โดยอมไว้ ประมาณ 10-30 วินาที แล้วกลืน

โดยต้องทำให้ปากว่างอย่างน้อย 15 นาที

- เมื่อรู้สึกว่าการเจ็บป่วยดีขึ้นร้อยละ ๘๐ ให้หยุดยาทันที
- ยาไม่มีผลต่อกระเพาะอาหาร ดับ ไต
- ควรเก็บยาให้พ้นจากวัตถุที่เป็นคลื่นพลังงานความร้อน เครื่องใช้ไฟฟ้า แม่เหล็ก

โทรศัพท์มือถือ

- เมื่อเลิกใช้ยาแล้วให้เทน้ำทิ้งและเปิดฝาให้น้ำที่เหลือระเหยหมดแล้วจึงทิ้งภาชนะ

#### 2. ยาแบบเม็ด (น้ำตาล)

- อม 1-3 เม็ด บนลิ้น และทำตามการรับประทานยาแบบเม็ดน้ำตาลละลายน้ำ

ตัวอย่างวิธีรับประทานยา

รับประทานยารวันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน      ติดต่อกัน.....วัน

รับประทานยารวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น      ติดต่อกัน.....วัน

### แนวทางการปฏิบัติการบำบัดแบบโฮมีโอพาธี

กระบวนการ หรือขั้นตอนของการปฏิบัติการรักษาแบบโฮมีโอพาธีนั้นมีความแตกต่างจากการรักษาในรูปแบบอื่น ๆ โดยเฉพาะการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งในหลักของแนวคิดและความลึกซึ้งในการซักประวัติซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนที่เฉพาะจึงจะเป็นนักบำบัดโฮมีโอพาธีที่ดี กล่าวคือ จะต้องเป็นผู้ฟังเสียส่วนใหญ่ และต้องไม่มีความอคติในการฟัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานที่นักบำบัดต้องรู้และเข้าใจเพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยและนำมาเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ผู้ป่วยเพื่อให้ได้ภาพของยาโฮมีโอพาธีที่จำเพาะต่อบุคคลนั้น ๆ ซึ่งขั้นตอนที่กล่าวนี้ จะเน้นกระบวนการปฏิบัติของความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน แต่บางกรณีก็สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติรักษาความเจ็บป่วยแบบเรื้อรังได้ โดยมีขั้นตอนดังนี้



1. **ขั้นตอนการซักประวัติ** ซึ่งเป็นกระบวนการเริ่มต้นเพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยมากที่สุด โดยใช้การวิเคราะห์ผู้ป่วยแบบ Holistic กล่าวคือ โฮมิโอพาธีรักษาความเจ็บป่วย ไม่ใช่รักษาโรค แต่โรคเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คนเจ็บป่วยซึ่งความเจ็บป่วยเป็นคำที่มีความหมายกว้าง โดยถ้าวิเคราะห์ว่าคนคนหนึ่งเจ็บป่วยนั้นเกิดจากความไม่สมดุลของร่างกาย สำหรับมุมมองของโฮมิโอพาธี มองว่าจะทำให้ร่างกายเกิดความสมดุลและไม่เกิดความเจ็บป่วย และทำให้คนมีสุขภาพดี ต้องปรับสมดุลพลังงานชีวิต (vital force) อย่างเป็นองค์รวม โดยใช้ “Totality of symptoms” เป็นตัว Monitors ในการปรับสมดุลพลังงานชีวิต

คำว่า “Totality of symptoms” ของคนแต่ละคนไม่เหมือนกันเป็นแบบ Individualization โดยกลุ่มอาการแบบองค์รวมประกอบด้วย

- อาการทางจิตใจ-จิตวิญญาณของผู้ป่วย
- อาการทางอารมณ์ของผู้ป่วย
- อาการทางร่างกายทั้งหมดของผู้ป่วย
- อาการของปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลต่อผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสิ่งแวดล้อม

- อาการของบุคลิกภาพของผู้ป่วย
- อาการทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เหงื่อ การขับถ่าย การมีเพศสัมพันธ์ การนอน การกิน ความฝัน ฯลฯ

- อาการต่างๆ ของคนในครอบครัวและเครือญาติของผู้ป่วย
- อาการแปลกๆ ที่ไม่น่าจะเกิดในคนทั่วไป เป็นความเฉพาะตัวของผู้ป่วย เป็นต้น ด้วยความเป็นองค์รวม ยกที่จะแยกส่วนในการพิจารณาว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้คนคนหนึ่งเกิดความเจ็บป่วย ทำให้มุมมองถึงการรักษาเยียวยาแบบโฮมิโอพาธี มีความซับซ้อนในกระบวนการและไม่ชี้เฉพาะว่ามันหายได้จากปัจจัยเพียงหนึ่งปัจจัยเท่านั้น เพราะมันมีหลายปัจจัย การที่จะได้ข้อมูลที่เป็น Totality of symptoms จึงมีหลักในการถามเพื่อจะได้ข้อมูลของผู้ป่วยมากที่สุดและนำมาวิเคราะห์ แบ่งได้เป็น 2 หมวดด้วยกัน คือ หมวดอาการที่เป็นปัจจุบันและหมวดอาการร่วม หรือเหตุการณ์ร่วม หรือสภาวะกายโดยทั่วไป โดย

1. หมวดอาการที่เป็นปัจจุบัน จะประกอบด้วยสาระสำคัญของคำถามดังนี้
  - 1.1 เป็นที่ไหน (Locality)
  - 1.2 ความรู้สึกที่เป็น (sensation)
  - 1.3 เวลา (onset and duration)
  - 1.4 เจ็บอย่างไรเฉพาะที่ส่งผลต่ออาการ (Modality) (สภาพอากาศ/อุณหภูมิ เวลาท่าทางสภาพแวดล้อม)

- 1.5 สาเหตุเกิดจากอะไร (Etiology/Causation) เป็นที่ไหน
2. หมวดอาการร่วม หรือเหตุการณ์ร่วม หรือสภาวะกายโดยทั่วไป
  - 2.1 ลักษณะทางอารมณ์-จิตใจ
  - 2.2 ความไวต่ออุณหภูมิ
  - 2.3 ความอยากอาหาร
  - 2.4 ความกระหายน้ำ

ทั้งนี้รวมการตรวจร่างกายของแพทย์โฮมิโอพาธีด้วย โดยข้อมูลที่ได้นั้นได้จากตัวผู้ป่วยเอง (บอกเล่าหรือการกรอกประวัติ) ถามคนใกล้ชิด หรือญาติ และการสังเกตเอง หรือได้จากการตรวจร่างกายร่วมด้วย

## 2. ขั้นตอนการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ตัวยาที่คล้ายกับอาการที่ผู้ป่วยเป็น หรือมีความบกพร่อง

โดยผู้บำบัดจะนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์ในแบบโฮมีโอพีย์ เพื่อค้นหายาต่างๆ ซึ่งมีมาจาก ตำรายา หรือที่เรียกว่า Materia Medica ซึ่งเป็นตำราที่แพทย์ต้องค้นคว้าเอง แต่ในปัจจุบันพบว่าตัวยามี จำนวนมากที่จะ หามาเพื่อให้มีความคล้ายคลึงกับอาการของผู้ป่วยจึงมีการทำดัชนีอาการขึ้นเพื่อให้หาข้อมูล ยาที่คล้ายกับคนไข้ง่ายขึ้น เรียกว่า Repertory หรือดัชนีค้นหาอาการ ซึ่งมีทั้งแบบเป็นหนังสือและเป็น โปรแกรมสำเร็จรูปที่ง่ายต่อนักบำบัดในการใช้รักษาผู้ป่วยในดัชนีอาการนั้นไม่ได้เรียงตามตัวอักษรเหมือนอย่าง พจนานุกรม แต่เรียงแบบโฮมีโอพาธิ์ มี 3 ส่วน คือ

2.1 ส่วนที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ (Mind) เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว อาการเสียใจ ความรัก ความอัจฉริยภาพ โกรธ เกลียด เป็นต้น

2.2 ส่วนที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย (Local) เป็นข้อมูลของยาที่ได้มาจากการพิสูจน์ยา หรือเป็นข้อมูลทางคลินิกว่ายานี้เคยใช้รักษาอาการทางกายแล้วได้ผลดี จะถูกนำมาบรรจุลงในข้อมูลของยา อาการเฉพาะที่นี้จะถูกแบ่งเป็นหัวข้อต่าง ๆ ได้แก่ Vertigo, Head, Eyes, Vision, Ears, Hearing, Nose, Face, Mouth, Teeth, Throat, External throat, Neck, Stomach, Abdomen, Rectum, Stool, Bladder, Kidneys, Prostrate gland, Urethra, Urine, Urinary organ, Male genitalia, Female genitalia, Larynx, Respiration, Cough, Expectoration, Chest, Back, Extremities, Sleep, Dream, Chill, Fever, Perspiration, Skin

2.3 ส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องทั่วไป (general) เป็นข้อมูลยาที่รวบรวมเกี่ยวกับยา แต่ละตัวในแง่ที่ทำอะไรแล้วดีขึ้น ทำอะไรแล้วแย่ลง อาการเปลี่ยนแปลงไปในช่วงเวลาใด ฤดูกาลใด อากาศ ใดๆ อยากรับประทานอาหารอย่างไร กินอะไรแล้วดีขึ้น กินอะไรแล้วแย่ลง

โดยทั่วไปแล้วเราจะตัดสินใจว่าจะเลือกใช้ยาอะไรกับคนไข้ มักจะให้น้ำหนักข้อมูล ในด้านจิตใจ และลักษณะทั่วไปมาเป็นตัวช่วยค่อนข้างมาก แต่ก็ต้องเข้ากันได้กับอาการเฉพาะที่ด้วย ยิ่งข้อมูล ทั้งหมดเหมือนกับยามากเท่าไร ความน่าจะเป็นที่รักษาแล้วได้ผลดีก็ยิ่งมากขึ้นตามนั้น

## 3. ขั้นตอนการเลือกความแรงของยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งการเลือกความแรงนั้นมี

ข้อพิจารณาอยู่ 3 องค์ประกอบ คือ ผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการรักษา และชนิดของยา แต่การรักษาในกรณี ความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันนั้นเน้นที่ผู้ป่วยเป็นหลัก กล่าวคือ

3.1 ความรุนแรงของอาการ หากผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมาจากความเจ็บป่วย ดังกล่าว การได้รับยาโฮมีโอพาธิ์ในขนาดที่สูงขึ้นไป เช่น 200C อาจมีความจำเป็น แต่หากเป็นระยะหายๆ ของโรคที่ผู้ป่วยกำลังดีขึ้นเรื่อยๆ หรือไม่ได้รับความทรมานมากนักจากอาการที่เป็นอยู่ ควรเลือกใช้ยาโฮมีโอพาธิ์ ที่มีขนาดความแรงต่ำกว่าความแรงสูง

3.2 ความไวของผู้ป่วย (Susceptibility) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีความไวต่อการ ตอบสนองยาโฮมีโอพาธิ์ได้ไวเพียงใด ซึ่งถ้ายังตอบสนองไวเท่าใด การเลือกใช้ยาก็ต้องยิ่งเลือกใช้ยาที่มีความ แรงต่ำเท่านั้น

3.3 อาการที่เป็น ความเจ็บป่วยในรูปแบบของความผิดปกติของหน้าที่อวัยวะ หรือ ความเจ็บป่วยที่แสดงออกทางพยาธิสภาพชัดเจน เช่น นิ้วบวมจากถูกผึ้งต่อย หรือแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก เป็นต้น ซึ่งกรณีนี้เป็นความผิดปกติที่แสดงออกทางพยาธิสภาพชัดเจนควรเลือกใช้ยาโฮมีโอพาธิ์ที่มีความแรงต่ำ เช่นเดียวกัน

## 4. ขั้นตอนการบริหารยา กล่าวคือ การเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันนั้นในทางโฮมีโอพาธิ์ถือว่า

เป็นการโจมตีของข้าศึกแบบไม่ทันตั้งตัว ดังนั้น การตอบโต้ข้าศึกจึงต้องตอบโต้ที่เฉียบพลันและรุนแรงกว่าการ

โจมตี และทันท่วงที สรุปลือ ต้องให้ยาโฮมีโอพาธีแบบรวดเร็ว รุนแรง และราบคาบ กล่าวคือ ยิ่งให้ยาเร็วเท่าไรก็ยิ่งมีโอกาสหายเร็วเท่านั้น โดยการให้ยาที่มีพลังแรงกว่าโรคที่เป็นภายใต้หลักของความเหมือน และสามารถให้ยาซ้ำได้ หรือซ้ำบ่อยได้ และอาจเปลี่ยนแปลงยาได้ เมื่อแน่ใจว่าสภาวะของโรคได้เปลี่ยนแปลงไปแล้วจริง และเมื่อดีขึ้น ผู้บำบัดเห็นควรที่จะลดความถี่ของการใช้ยาลง ให้ยาที่เป็นระยะห่างที่เท่าๆ กันและท้ายสุดถ้าแน่ใจว่าโรคมิแนวโน้มว่าหายแล้วจึงหยุดยา การรักษาความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันนี้มีหลักบริหารยาดังตัวอย่าง เช่น หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก อาจให้ยาโฮมีโอพาธีทุก 15 นาทีในช่วงแรก จากนั้นรับประทานลดลงเหลือทุก 30 นาทีในช่วงที่สอง จากนั้นหยุดเพื่อรอสังเกตอาการ และขยับเวลาให้ยาเพิ่มเป็นเท่าตัวเรื่อยไป เช่น ช่วงแรกทุก 15 นาที ช่วงที่สองทุก 30 นาที ช่วงที่สามและสี่ ทุก 60 นาที เป็นต้น ทั้งนี้หากพ้นช่วงที่สองผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 ควรขยับเวลาให้ห่างออกมากกว่า 60 นาที กล่าวคือ ควรเว้นห่างออกไปอย่างน้อย 4-6 เท่าตัวของครั้งที่ 2 เช่น ถ้าช่วงที่สองให้ยาทุก 30 นาที แล้วผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 ครั้งถัดไปควรให้ยาผู้ป่วยอีกครั้งเมื่อเว้นไปอย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง เป็นต้น

**5 ขั้นตอนการติดตามผล** ในการติดตามผลของการให้ยาโฮมีโอพาธีว่ามีประสิทธิภาพอย่างไรนั้นส่วนใหญ่มีวิธีการติดตามผลแตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ผู้ติดตามอาจใช้เวลาสังเกตการณ์ใน 24 ชั่วโมง ซึ่งผลที่ได้เป็นไปตามการบริหารยาที่กล่าวข้างต้น อนึ่ง สิ่งที่น่าประหลาดใจจากการใช้ยาโฮมีโอพาธีในกรณีความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันนี้ ฮาร์ทเนมานน์กล่าวไว้ว่า ในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยากมากที่ใช้ขนาดยาที่เหมาะสมอย่างยิ่ง คือ ยาที่มีขนาดน้อยเพียงพอที่จะกระตุ้นเท่านั้น เสมือนกับการหาสามเหลี่ยมสองรูปที่มาทับกันได้อย่างพอดีทั้งขนาดและมุม จากการประมาณที่ไม่สามารถเห็นได้ด้วยตาเปล่า ดังนั้น ในทางปฏิบัติกรณีผู้ป่วยแบบเฉียบพลันที่แพทย์โฮมีโอพาธีอาจพบเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการเดิมแยลงเล็กน้อยหลังจากรับประทานยาเข้าไปในช่วงแรก ในทางโฮมีโอพาธีเรียกอาการที่เกิดขึ้นว่า Homeopathic aggravation ซึ่งเป็นสัญญาณบ่งชี้ว่ายาที่ให้ไปนั้นเป็นยาที่ถูกต้อง เป็นสัญญาณที่แสดงว่ายาที่ให้ไปนั้นได้ออกฤทธิ์เหนือกว่า และทับซ้อนความเจ็บป่วยตามธรรมชาติไปแล้ว ในกรณีความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันหลังจากเกิดเหตุการณ์นี้ไป จะเห็นว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ส่วนการประเมินผลความเจ็บป่วยแบบเรื้อรังนั้นการติดตามผลจะใช้เวลาในการติดตามหลัง 24 ชั่วโมงไปแล้ว ซึ่งอาจใช้เวลาหลายวัน หรือเป็นเดือนขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ที่ให้การรักษาในการติดตามผลผู้ป่วย

### การประยุกต์ใช้โฮมีโอพาธีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วยไตเรื้อรังในเรื่องสารต่างๆที่จะเข้าไปในร่างกายของผู้ป่วยนั้นต้องระมัดระวังและเข้มงวดอย่างมากเพื่อป้องกันไม่ให้ไตของผู้ป่วยต้องทำงานหนักเพื่อกรองของเสียต่างๆ ออกมา ดังนั้น การจะบำบัดดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังจึงต้องหาแนวทางที่จะไม่ให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับสารเคมีเพิ่มเข้าไปในร่างกายเพื่อซ้ำเติมความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ดังนั้นแนวทางการใช้การแพทย์โฮมีโอพาธีจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังนี้ได้ เพราะมีความปลอดภัยสูง สำหรับโฮมีโอพาธีใช้บำบัดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในหนังสือเล่มนี้ผู้ที่คิดค้นโฮมีโอพาธี คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์อมร เปรมกมล แพทย์และแพทย์โฮมีโอพาธี ซึ่งเคยนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตแล้วได้ผลเชิงประจักษ์ช่วยให้ค่าการทำงานของไตดีขึ้น อีกทั้งช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยจะมีโฮมีโอพาธี 3 ชนิด ด้วยกัน คือ 1) CKDMHT ที่ใช้สำหรับถอนพิษจากการได้รับผงชูรส 2) CBZA ใช้สำหรับถอนพิษของสารกันบูด 3) RJHT ใช้สำหรับถอนพิษฟอร์มาลีนและยากำจัดศัตรูพืช ทั้งนี้การใช้โฮมีโอพาธีจะให้ผลดีต้องมีการควบคุมเรื่องอาหารโดยหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารปรุงแต่งรสชาติอาหารทุกชนิด เช่น ผงชูรส อาหารที่สงสัยว่ามีสารกันบูด อาหารที่สงสัยว่ามีการใช้ฟอร์มาลีน

และยากำจัดศัตรูพืช ซึ่งผลในการบำบัดจะได้ผลที่ดีมาก อีกทั้งแนะนำการเคาะไตที่อยู่ด้านหลังว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่โดยถ้ารู้สึกเจ็บมากข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างให้หยุดยาทั้ง 3 ชนิดนี้ ชนิดละ 1-2 หยดได้ลิ้น 1 ครั้งแล้วสังเกตอาการใน 10-15 นาที หรือภายใน 1 วัน จะพบว่า อาการปวดด้านหลังตรงตำแหน่งที่เคาะไตจะทุเลาอาการเจ็บและอาการบางอย่างที่เคยเป็น เช่น ปวดศีรษะไม่ทราบสาเหตุ มึนงง จุกแน่นท้องไม่มีสาเหตุ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อาการต่างๆนี้จะทุเลาหรือหายไปตัวเองเลย ทั้งนี้จึงนำวิธีดังกล่าวไปทำการศึกษาและพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมีพื้นที่เป้าหมายที่สมัครเข้าร่วมการศึกษาคือการใช้โฮมีโธปาทีย์ร่วมกับการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารปรุงแต่งรสชาติอาหาร ได้แก่ ผงชูรส ผงปรุงรสทุกชนิด อาหารที่น่าจะมีสารกันบูด อาหารที่น่าจะมีการใช้ฟอร์มัลลิน อาหารที่น่าจะมีการปนเปื้อนยากำจัดศัตรูพืช โดยให้ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 2 3 4 5 รวมถึง ระยะที่มีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่สมัครใจจะบำบัดด้วยวิธีนี้ โดยให้รับประทานยาดังนี้

ครั้งที่ 1 นำยาขวดที่ 1 หรือ ขวดที่ 2 หรือ ขวดที่ 3 ขวดใดก็ได้ มากะแทกยาประมาณ 5 ครั้ง ก่อนหยุดใส่ปาก โดยหยุดในปากชนิดละ 1-2 หยด หลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน โดยหยุดยาแต่ละชนิดห่างกันประมาณ ½ ชั่วโมง (ยามี 3 ชนิด) ติดต่อกัน 3 วัน

\*\*\*\* การหยุดยาต้องให้ปากว่างจากการรับประทานอาหาร การดื่มชา กาแฟ การแปรงฟัน 15-30 นาที

ครั้งที่ 2 ปฏิบัติตามครั้งที่ 1 โดยห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยหยุดยาในปากชนิดละ 1-2 หยด หลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน โดยหยุดยาแต่ละชนิดห่างกันประมาณ ½ ชั่วโมง (ยามี 3 ชนิด) ติดต่อกัน 3 วัน โดยถ้าลืมหยุดยาในเวลาหลังอาหารเย็นหรือเวลาก่อนนอนให้หยุดยาในตอนเช้าและวันนั้นไม่ต้องหยุดยา

ทั้งนี้ควรมีการประเมินผลทางห้องปฏิบัติการโดยวัดค่าการทำงานของไตเพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงการบำบัดว่าเป็นอย่างไร และควรมีแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการดำรงชีวิตในประจำวันด้วยเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องด้วย

## บทที่ 2

### การนำไปใช้ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตด้วยการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก : กรณีโฮมีโอพาธี

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก : กรณีโฮมีโอพาธีเป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ด้วยเพราะว่าการแพทย์รูปแบบนี้มีความปลอดภัย ราคาถูก และมีประสิทธิผล โดยเฉพาะเรื่องความปลอดภัยเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วยโรคไต ซึ่งต้องพิจารณาเป็นพิเศษเพื่อป้องกันไตไม่ให้ไตเสื่อมไปจากเดิมเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากยา สารเคมี หรือแม้แต่อาหารที่รับประทานซึ่งต้องควบคุมและเข้มงวดในการรับประทานเข้าไปในร่างกาย โฮมีโอพาธีถือว่ามีความปลอดภัยทั้งนี้การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตนี้ไปใช้แนะนำให้เคร่งครัดเรื่องอาหารที่รับประทาน นอกเหนือจากอาหารที่ควรบริโภคในผู้ป่วยโรคไตแล้วยังเน้นย้ำให้หลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่สารปรุงแต่งรสชาติอาหารทุกชนิด เช่น ผงชูรส อาหารที่สงสัยว่ามีสารกันบูด อาหารที่สงสัยว่ามีการใช้ฟอร์มาลีนและยากำจัดศัตรูพืช ซึ่งมักพบในอาหารที่ไม่ได้ปรุงรับประทานเอง ดังนั้น การทำอาหารรับประทานเองและใช้ผักสดที่บ้าน (ถ้าปลูกเองได้จะดี) นำมาประกอบอาหารจะช่วยให้การทำงานของไตดีขึ้น โดยแนวทางดำเนินการรูปแบบพิจารณา 3 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 1. การพิจารณาผู้ป่วย

1. เลือกผู้ป่วยไตเรื้อรังที่สมัครใจเข้าร่วมการบำบัด ทำการเซ็นในใบยินยอมด้วยความสมัครใจ ซึ่งการรักษาที่ใช้ผสมผสานการดูแลกับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยพิจารณาผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น ไตรระยะ 2 3 4 เป็นหลัก สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้พิจารณาเป็นรายๆ เฉพาะกรณีถ้าผู้ป่วยเต็มใจเข้ารับการบำบัด

2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งไม่ควรใช้โฮมีโอพาธีชนิดที่ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคไตนี้

3. ให้มีการบันทึกการรับประทานอาหารของตนเองทุกวัน โดยกระตุ้นเตือนตนเองว่าอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงที่สำคัญนอกเหนือจากอาหารที่ควรรับประทานในผู้ป่วยโรคไตแล้ว คือ อาหารที่ใส่สารปรุงแต่งรสชาติอาหารทุกชนิด เช่น ผงชูรส สารปรุงแต่งรสชาติอาหาร อาหารที่สงสัยว่ามีสารกันบูด อาหารที่สงสัยว่ามี การใช้ฟอร์มาลีนและยากำจัดศัตรูพืช

4. ผู้ป่วยรับประทานโฮมีโอพาธีซึ่งมี 3 ชนิด ได้แก่ 1) CKDMHT ที่ใช้สำหรับถอนพิษจากการได้รับผงชูรส 2) CBZA ใช้สำหรับถอนพิษของสารกันบูด 3) RJHT ใช้สำหรับถอนพิษฟอร์มาลีนและยากำจัดศัตรูพืช

5. ใช้ระยะเวลารับประทาน เป็นเวลา 4 สัปดาห์

6. โดยผู้ป่วยที่ใช้โฮมีโอพาธีให้ปฏิบัติดังนี้

ครั้งที่ 1 กระจายแต่ละชนิดประมาณ 5 ครั้ง ก่อนหยุดใส่ปาก โดยหยุดในปากชนิดละ 1-2 หยด หลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน โดยหยุดยาแต่ละชนิดห่างกันประมาณ 1/2 ชั่วโมง (ยามี 3 ชนิด) ติดต่อกัน 3 วัน

**ครั้งที่ 2** ปฏิบัติตามครั้งที่ 1 โดยห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยหยุดยาในปาก ชนิดละ 1-2 หยด หลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน โดยหยุดยาแต่ละชนิดห่างกันประมาณ 1/2 ชั่วโมง (ยามี่ 3 ชนิด) ติดต่อกัน 3 วัน การหยุดยาต้องให้ปากว่างจากการรับประทานอาหาร การดื่มชา กาแฟ การแปรงฟัน 15-30 นาที หมายเหตุ ถ้าลืมหยุดยาในเวลาหลังอาหารเย็นหรือเวลาก่อนนอนให้หยุดยาในตอนเช้าและวันนั้นไม่ต้องหยุดยา

โดยให้ลงบันทึกไว้ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 (ลงวัน/เดือน/ปี ที่หยุดยา) .....

วันที่ 2 (ลงวัน/เดือน/ปี ที่หยุดยา) .....

วันที่ 3 (ลงวัน/เดือน/ปี ที่หยุดยา) .....

### เว้น 2 อาทิตย์

ครั้งที่ 2 วันที่ 1 (ลงวัน/เดือน/ปี ที่หยุดยา) .....

วันที่ 2 (ลงวัน/เดือน/ปี ที่หยุดยา) .....

วันที่ 3 (ลงวัน/เดือน/ปี ที่หยุดยา) .....

7. เมื่อรับประทานโฮมีโอพาธีให้ผู้ป่วยสังเกตอาการตนเอง ถ้ามีอาการผิดปกติหรืออาการที่เกิดขึ้นแปลกๆ ไม่เคยเกิดขึ้นกับตนเองมาก่อนที่สงสัยว่าน่าจะมาจากการใช้โฮมีโอพาธี ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในเรื่องนี้

## 2. การพิจารณาผู้ให้การบำบัด

1. ผู้บำบัดต้องมีความรู้เป็นอย่างดีหรือผ่านการอบรมโฮมีโอพาธี อีกทั้งความรู้ของการดูแลผู้ป่วยโรคไต
2. ผู้บำบัดที่ต้องการศึกษาการใช้โฮมีโอพาธีกับผู้ป่วยโรคไตอย่างเป็นระบบควรมีการประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของค่าการทำงานของไต การทำแบบบันทึกเก็บข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

## 3. องค์กร

1. ให้การสนับสนุนแนวทางการบำบัดด้วยศาสตร์การแพทย์ทางเลือก ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของการแพทย์ทางเลือก คือ การไม่ต้องใช้ยาหรือสารเคมี หรือไม่ต้องใช้วิธีการทางการแพทย์ที่ซับซ้อน
2. สนับสนุนบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน
3. สนับสนุนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น เป็นแหล่งให้จัดอบรมความรู้ จัดทำคู่มือสุขภาพ
4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา

## เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2558). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. (ออนไลน์). แหล่งที่มา [http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final\\_%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AD\\_CKD\\_2015.pdf](http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final_%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AD_CKD_2015.pdf) 12 มิถุนายน 2559
2. วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. โรคไตเรื้อรัง. ชูษณา สวนกระต่าย, นภชาญ เอื้อ ประเสริฐ, กาพล สุวรรณ พิมลกุล, กมลวรรณ จุติวรกุล, editors. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2558. 630-53 p. อ้างถึงใน ธรรมนูญ เป็นลาภ. ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2558
3. อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. โรคไตเรื้อรัง. เจียรกุล, editor. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2556. 446-57 p. อ้างถึงใน ธรรมนูญ เป็นลาภ. ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตร ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2558
4. ทวี ศิริวงศ์. กระบวนการทํา CAPD และวิธีการดูแล. In: อุษณา ลูวีระ, พรรณบุบผา ขวี่เชียร, editors. การบำบัดทดแทนไตด้วย. กรุงเทพฯ: ยูนิตีพับลิเคชั่น; 2537
5. เกรียง ตั้งสง่า. กลไกการเกิดโรคไตเรื้อรัง. In: เกรียง ตั้งสง่า, ถนอม สุภาพร, บุญธรรม จิระจันทร์, ประเสริฐ ธนกิจจารุ,วสันต์ สุขเมธกุล, editors. ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์; 2537. p. 1-13. อ้างถึงใน. วนิตา วิชัยศักดิ์. 2559. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง และกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตที่คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขภาพจิตภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. เกรียง ตั้งสง่า. Initiation of renal replacement therapy (RRT). In: สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ธนินดา ตระการวินิช, editors. Practical hemodialysis. กรุงเทพฯ:แทกซ์ แอนด์เจอร์นอลพับลิเคชั่น; 2548. p. 2-4. วนิตา วิชัยศักดิ์. 2559. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง และกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตที่คลินิกโรคไต

แผนกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

7. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทน ไต พ.ศ. 2552. 1 ed: เบอริงเกอร์อินเกลไฮม์ (ไทย); 2552
- 8 .ณัฐวุฒิ โทวนาชัย, ยิงยศ อวิหิงสานนท์, เกรียง ตั้งสง่า. การดำเนินของโรคไตเรื้อรัง. In: สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, เกรียง ตั้งสง่า, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, editors. Clinical dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2550 .(บรรณาธิการ) อ้างถึงใน. วนิตา วิชัยศักดิ์. 2559. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้องและกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตที่คลินิกโรคไตแผนกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9. เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. CAPD apparatus, access devices, implantation techniques and surgical complication. In:สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตร จิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, ดุสิต ล้ำเลิศกุล, ประเสริฐ ธนกิจจารุ, editors. Textbook of peritoneal dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2551.
- 10 .ประเจษฎ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. Chronic Kidney Disease. 2 ed. บัญชา สติระพจน์, editor. กรุงเทพฯ:โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า; 2557. 451-69 p. อ้างถึงใน ณัฐพงศ์ เป็นลาภ. ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2558.
11. บุญธรรม จิระจันทร์. Peritoneal dialysis. In: วิจิตร บุญพรรณนาวิก, editor. ตำราโรคไต. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย; 2539. p. 931-8
12. โสภณ จิรสิริธรรม. การผ่าตัดปลูกถ่ายไตในประเทศไทย. In: กาธร ลีลามะลิ และคณะ, editor. ประชุมวิชาการ 25 ปีมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2546. p.218-32.
13. เกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์. การปลูกถ่ายไต. In: กาธร ลีลามะลิ และคณะ, editor. ประชุมวิชาการ 25 ปีมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2546. p. 205-17.
14. ลีนา อองอาจบุตร. Immunosuppressive Medications for Kidney Transplantation. In: อุษณา ลูวิระ, editor. การปลูกถ่ายไต = Kidney transplantation. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2538. p. 99-101.



15. กลศร ภักโขตานนท์. ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมในผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไต. In: อุษณา ลุวีระ, editor. การปลูกถ่ายไตKidney transplantation. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2538. p.196-208.
16. สำนักงานแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2559. รายงานการศึกษาการแพทย์โฮมีโอพาธี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ

## ภาคผนวก





## คำแนะนำความรู้การใช้การแพทย์ผสมผสาน : กรณีการใช้โฮมีโอพาธีบำบัดโรคไตเรื้อรัง

### การแพทย์โฮมีโอพาธี

คือ ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกรูปแบบหนึ่งที่มีความนิยมและถูกนำมาใช้มากที่สุดติดอันดับ ๑ ใน ๕ ของสาขาการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ทั่วโลก การบำบัดผู้ป่วยโดยใช้สารที่ก่อให้เกิดอาการของโรคนั้น ๆ ในคนปกติมีรักษาอาการในคนที่ป่วย ตรงกับสุขภาพจิตไทย ที่ว่า “หนามยอกต้องเอาหนามบ่ง” โดยสารที่นำมาใช้ในการบำบัดได้แก่ พืช สัตว์ แร่ธาตุ สารอินทรีย์ สารอนินทรีย์ เชื้อโรค และสารคัดหลั่งจากสิ่งมีชีวิต ซึ่งสารส่วนใหญ่มีความเป็นพิษ การนำมาทำเป็นยาโฮมีโอพาธี จึงต้องทำละลายและเจือจางตามหลักเภสัชวิทยาทางการแพทย์โฮมีโอพาธี เพื่อให้เกิดความปลอดภัย

### ประวัติความเป็นมา

ผู้คิดค้นศาสตร์การแพทย์โฮมีโอพาธี คือ นายแพทย์แซมมวล คริสเตียน ฮาร์ทเนมานน์ ชาวเยอรมัน (ค.ศ. ๑๗๕๕-๑๘๔๓) การแพทย์รูปแบบนี้ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากและเผยแพร่ไปยังประเทศต่างๆ ทั้งทั้งในทวีปยุโรป ทวีปอเมริกา ทวีปเอเชีย ปัจจุบันมีผู้นิยมใช้การบำบัดรูปแบบนี้ไม่น้อยกว่า ๓ ล้านคนทั่วโลก มีชนิดของสมุนไพรที่นำมาใช้ในทางโฮมีโอพาธีไม่น้อยกว่า ๖,๐๐๐ ชนิด และโฮมีโอพาธีได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการในระบบสุขภาพแห่งชาติทั้งสิ้นใน ๑๖ ประเทศทั่วโลก

### ยาโฮมีโอพาธีในผู้ป่วยไตเรื้อรัง

เนื่องจากยาโฮมีโอพาธีเป็นยาที่มีการทำละลายและเจือจางอย่างมากในกรรมวิธีของโฮมีโอพาธี ที่ไม่สามารถหาปริมาณสารใดๆในตัวยานี้ได้แต่มีความเชื่อในหลักของศาสตร์โฮมีโอพาธีว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดโรคได้โดยอยู่ในรูปของพลังงานและมีความปลอดภัย การนำมาใช้ในผู้ป่วยไตเรื้อรังจึงอนุมานได้ว่าน่าจะมีความปลอดภัยเช่นกัน

### วิธีการใช้ยา

**ครั้งที่ ๑** กระแทกยาแต่ละชนิดประมาณ 5 ครั้ง ก่อนหยดใส่ปาก โดยหยดในปากชนิดละ ๑-๒ หยด หลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน โดยหยดยาแต่ละชนิดห่างกันประมาณ ๑/๒ ชั่วโมง (ยามี่ ๓ ชนิด) ติดต่อกัน 3 วัน

**ครั้งที่ ๒** ปฏิบัติตามครั้งที่ ๑ โดยห่างจากครั้งที่ ๑ เป็นเวลา ๒ สัปดาห์ โดยหยดยาในปากชนิดละ ๑-๒ หยด หลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน โดยหยดยาแต่ละชนิดห่างกันประมาณ ๑/๒ ชั่วโมง (ยามี่ ๓ ชนิด) ติดต่อกัน 3 วัน \*\*\*\* การหยดยาต้องให้ปากว่างจากการรับประทาน อาหาร การดื่มชา กาแฟ การแปรงฟัน ๑๕-๓๐ นาที

หมายเหตุ ถ้าล้มหยุดยาในเวลาหลังอาหารเย็นหรือเวลาก่อนนอนให้หยุดยาในตอนเช้าและวันนั้นไม่ต้องหยุดยา

### การเก็บยา

๑. เก็บในภาชนะบรรจุเดิมที่บรรจุมา ปิดฝาให้สนิท และเก็บให้พ้นจากมือเด็ก
๒. เก็บยาให้ห่างจากเครื่องใช้ประเภทอิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิด
๓. เก็บในอุณหภูมิห้อง ไม่แช่ในตู้เย็น

### วิธีใช้ยาโสมิโอพาสี

#### วิธีการใช้ยา

**ครั้งที่ 1** กระแทกยาแต่ละชนิดประมาณ 5 ครั้ง ก่อนหยุดใส่ปาก โดยหยุดในปากชนิดละ 1-2 หยด หลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน โดยหยุดยาแต่ละชนิดห่างกันประมาณ 1/2 ชั่วโมง (ยามี 3 ชนิด) ติดต่อกัน 3 วัน

**ครั้งที่ 2** ปฏิบัติตามครั้งที่ 1 โดยห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยหยุดยาในปากชนิดละ 1-2 หยด หลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน โดยหยุดยาแต่ละชนิดห่างกันประมาณ 1/2 ชั่วโมง (ยามี 3 ชนิด) ติดต่อกัน 3 วัน การหยุดยาต้องให้ปากว่างจากการรับประทานอาหาร การดื่มชา กาแฟ การแปรงฟัน 15-30 นาที

หมายเหตุ ถ้าล้มหยุดยาในเวลาหลังอาหารเย็นหรือเวลาก่อนนอนให้หยุดยาในตอนเช้าและวันนั้นไม่ต้องหยุดยา

ครั้งที่ 1      วันที่ 1 (ลงวัน/เดือน/ปี ที่กิน) .....

                  วันที่ 2 (ลงวัน/เดือน/ปี ที่กิน) .....

                  วันที่ 3 (ลงวัน/เดือน/ปี ที่กิน) .....

เว้น 2 อาทิตย์

ครั้งที่ 2      วันที่ 1 (ลงวัน/เดือน/ปี ที่กิน) .....

                  วันที่ 2 (ลงวัน/เดือน/ปี ที่กิน) .....

                  วันที่ 3 (ลงวัน/เดือน/ปี ที่กิน) .....

## ใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

โครงการศึกษา เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังด้วยการแพทย์ผสมผสาน : กรณีโฮมีโอพาธี

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการศึกษานี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษา รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้ศึกษาจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ และข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษานี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าได้รับต่อไป

ผู้ศึกษาจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการศึกษา หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการศึกษาเท่านั้น

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับขั้นตอนของการศึกษา ข้าพเจ้าสามารถติดต่อเกี่ยวข้อง ดังนี้ คือ 1) นางศิริชดา เปล่งพานิช กองการแพทย์ทางเลือก หมายเลขโทรศัพท์ 096 7261166

2) เกสัชกรหญิง พิมพ์พรรณ ลาภเจริญ หมายเลขโทรศัพท์ 0865705286 ได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้ศึกษาโครงการ

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้ศึกษาในโครงการได้อ่านข้อความใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนจบเข้าใจดีแล้วข้าพเจ้าจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....ผู้ศึกษาโครงการ

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

บันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....น้ำหนัก.....กก.....ส่วนสูง..... ดัชนีมวลกาย.....

รายการ ***จำเป็นต้องตรวจ	ค่าเดิม ที่เคยตรวจ วันที่.....	(Pre-test) ผลการตรวจครั้งที่ 1 วันที่.....	ผลการตรวจครั้งที่ 2 วันที่.....	การตรวจครั้งที่ 3 วันที่.....	หมายเหตุ
BP (mmHg)					
Pulse (/min)					
RR (/min)					
FBS					
**Uric acid					
Cholesterol					
Triglyceride					
HDLC					
LDL					
**Scr (mg/dL)					
BUN (mg/dl)					
eGFR					
SGOT (U/L)					
SGPT (U/L)					
Hb (g/dL)					
Hct (%)					
WBC (10 <sup>3</sup> /UL)					
PLT (10 <sup>3</sup> /UL)					
UA Protein					
UA Creatinine					