



บทที่ 11

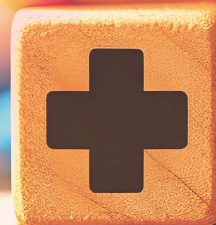
ประเด็นพิດพลาตที่พบได้บ่อย
ในการวินิจฉัยโรคกระดูกพรุน

เวชศาสตร์ทันยุค 2567

HEALTHCARE
SUSTAINABILITY

กองบรรณาธิการ

คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2567
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



> เวชศาสตร์ทันยุค 2567

บรรณาธิการ	คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2567
พิมพ์ครั้งที่ 1	กรกฎาคม 2567
จำนวน	800 เล่ม
ราคา	600 บาท

สงวนลิขสิทธิ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติการพิมพ์

ห้ามมิให้ทำซ้ำหรือลอกเลียนแบบโดยไม่ได้รับอนุญาต

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

เวชศาสตร์ทันยุค 2567.-- กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2567.

380 หน้า.

1. เวชปฏิบัติ. I. ชื่อเรื่อง.

616

ISBN 978-616-8201-39-8

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย สำนักพิมพ์ศิริราช งานวิชาการ สำนักงานคณบดี
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0 2419 2858
E-mail: sirirajbooks@gmail.com
Website: www.sirirajbooks.com
Application e-book: Ookbee, meb market

พิมพ์ที่ บริษัท พี.เอ. สี่ฟวิ้ง จำกัด
4 ซอยสิรินธร 7 แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0 2881 9890

“เวชศาสตร์กับยุค 2567” เป็นหนังสือประกอบงานประชุมวิชาการนานาชาติด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2567 (Siriraj Conference in Medicine and Public Health 2024; SICMPH 2024) ที่จัดขึ้นภายใต้แนวคิด **“Healthcare Sustainability”** หนังสือเล่มนี้ได้รวบรวมองค์ความรู้และความก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งนิพนธ์โดยบุคลากรในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยมุ่งเน้นส่งเสริมและพัฒนาด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ

ในนามของคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กระผมขอขอบคุณผู้นิพนธ์และกองบรรณาธิการทุกท่านที่ร่วมกันจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2567 เล่มนี้ กระผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

ศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชาติ วัฒนวงศ์กุล

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้าไปไกล การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อช่วยในการวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต่าง ๆ จึงมีความสำคัญและมีส่วนที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านคอมพิวเตอร์ การพัฒนาซอฟต์แวร์ต่าง ๆ ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์ที่ได้พัฒนาเพิ่มมากขึ้น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลจึงจัดงานประชุมวิชาการนานาชาติด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2567 (Siriraj Conference in Medicine and Public Health 2024; SICMPH 2024) โดยในปีนี้ได้จัดงานประชุมภายใต้แนวคิด **“Healthcare Sustainability”** ซึ่งได้นำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) เป้าหมายที่ 3: Good Health and Well-Being (สร้างหลักประกันการมีสุขภาพะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย) มาใช้เป็นพื้นฐานในการสื่อสารถึงการพัฒนาทางการแพทย์อย่างยั่งยืน ดังนั้น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลจึงได้มีการจัดทำ **หนังสือเวชศาสตร์กับยุค 2567** เพื่อให้เป็นแหล่งในการเรียนรู้ สืบค้นความรู้ทางวิชาการ และนำไปใช้อ้างอิงในวารสารทางการแพทย์หรือบทความทางวิชาการต่อไป

หนังสือเวชศาสตร์กับยุค 2567 เป็นการรวบรวมบทความทางวิชาการจากบุคลากรภายในสังกัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จำนวน 25 บทความ ซึ่งได้รวบรวมเนื้อหาที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ ความร่วมมือจากหลายสาขา การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม หนังสือเล่มนี้จึงแสดงถึงความทันสมัยและความก้าวหน้าทางวิชาการ เหมาะกับแพทย์ทางเวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ประจำบ้านต่อยอด นักศึกษาแพทย์ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจเนื้อหาทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ กองบรรณาธิการต้องขอขอบคุณผู้สนับสนุนที่ได้ส่งบทความเข้ามา ทำให้หนังสือเล่มนี้สามารถตีพิมพ์ได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ หากมีข้อผิดพลาดประการใดกองบรรณาธิการต้องขออภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์อาคิส อุบนะนันท์

หัวหน้ากองบรรณาธิการ

[กองบรรณาธิการ]

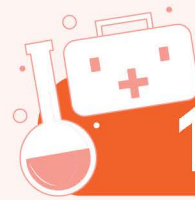
คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดทำหนังสือเวชศาสตร์ทันยุค 2567

ศาสตราจารย์ นายแพทย์อาศิร อุณณะนันท์	ประธาน
ศาสตราจารย์ นายแพทย์พรพรม เมืองแมน	อนุกรรมการ
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมานี รักษาเกียรติศักดิ์	อนุกรรมการ
ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วรุฒม์ โล่ห์สิริวัฒน์	อนุกรรมการ
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดาราวรรณ วนะชีวนาวิน	อนุกรรมการ
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงธีรดา พลอยเพชร	อนุกรรมการ
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสงค์ ตันมหาสมุทร	อนุกรรมการ
รองศาสตราจารย์ น.ต. นายแพทย์วัชรศักดิ์ โชติยะปุตตะ	อนุกรรมการ
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวาณี วิสุทธิเสรีวงศ์	อนุกรรมการ
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์รุจิภาส สิริจิตุมิตร	อนุกรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัลย์ โค้ววิเศษสุด	อนุกรรมการ
รองศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงอรุณทัย ศิริอัสกุล	อนุกรรมการและเลขานุการ
นางสาวปิยะนุช เป้าช้าง	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
นางสาวยุพา ประไพพงษ์	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
นางอมรรัตน์ แสงแก้ว	ผู้ช่วยเลขานุการ

บทที่ 1	การรักษาโรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนังด้วยยาชนิดใหม่ Novel Therapy in Atopic Dermatitis ปฐวี ณ บางช้าง, รัตนาพล นิตยารมย์	1
บทที่ 2	หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบันสำหรับ Baby-Led Weaning Baby-Led Weaning: Updated Scientific Evidence ประกาศิต วรรณภาสชัยยง, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์	17
บทที่ 3	ต่อต๋อยและความผิดปกติทางไตในผู้ป่วยเด็ก Wasp Sting and Renal Involvement in Children ธนพร ไชยภักดิ์	25
บทที่ 4	ความผิดปกติของพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ Social Media Use Disorder สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข	31
บทที่ 5	แนวทางการเลือกใชยาทาภายนอกผิวหนังที่เหมาะสมในทางเวชปฏิบัติ Essential Practical Point in Topical Therapy ชุตดา รุจิธารณวงศ์	45
บทที่ 6	บทบาทของสารบ่งชี้ชีวภาพทางชีวเคมีและโมเลกุลในโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Role of Biochemical and Molecular Biomarkers in Gestational Diabetes Mellitus นิภาภรณ์ ธีระวัฒนพงศ์, ทศนีย์ นาคดนตรี, วชิรย์ ตั้งจิตติโกศล	61
บทที่ 7	แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่เสียเลือดมากอย่างเป็นปัจจุบัน Cutting-Edge Management of Massive Hemorrhagic Patients เจนจิรา กิตติวรภัทร, ต๋องพร วรรณะรูป	77

บทที่ 8	แนวทางแบบสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำไปสู่การให้เลือดที่มีความเสี่ยงเป็นศูนย์ A Multidisciplinary Approach to Achieve a Zero-Risk Transfusion ปาริชาติ เพิ่มพิกุล	91
บทที่ 9	มาตรฐานการบริหารยาต้านพิษ Update in the Standard of Antidote Stockpile ภัทรพร เมฆาภูมิกุล, จิตติพล เขียวลักษณ์	107
บทที่ 10	การผ่าตัดรักษาโรคของเบ้าตาผ่านทางการส่องกล้องทางโพรงจมูก Endoscopic Endonasal Approach for Orbital Surgery โชติวัฒน์ ตันศิริสิทธิกุล, พิมพ์ขวัญ จารุอำพรพรรณ	123
บทที่ 11	ประเด็นผิดพลาดที่พบได้บ่อยในการวินิจฉัยโรคกระดูกพรุน Common Pitfalls in Diagnosis of Osteoporosis จิรัชิตม์ อนุศิษฐ์วิวัฒน์, อาศิส อุนนะนนท์	137
บทที่ 12	ข้อไหล่ติดในผู้ป่วยเบาหวาน และการยืดเหยียดข้อไหล่แบบยืดค้างด้วยตนเอง Adhesive Capsulitis in Patients with Diabetic Mellitus and Active Self – Static Stretching ปัทมดา รังสิยานนท์, ศิระ บุญประสพ	149
บทที่ 13	กายภาพบำบัดก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยบาดเจ็บเอ็นไขว้หน้า Preoperative Physical Therapy in Patients with Anterior Cruciate Ligament Injury อภิชา ทศพรสุลักษณ์, ปัทมดา รังสิยานนท์, ศิระ บุญประสพ	161
บทที่ 14	แนวทางการรักษาภาวะหมอนรองข้อเข่าแบบดิสคอยด์ Update Management for Discoid Meniscus ภากร ขวาลไพบูลย์, พิสิษฐ์ เลิศวานิช	175

ภาพที่ 4.1	ภาพแสดง brain reward pathway	34
ภาพที่ 4.2	ภาพแสดงพยาธิสรีรวิทยาของ social media use disorder	37
ภาพที่ 4.3	ภาพแสดงอาการทางคลินิกของ social media use disorder	38
ภาพที่ 5.1	โครงสร้างของผิวหนัง	46
ภาพที่ 5.2	โครงสร้างของผิวหนังชั้น stratum corneum	47
ภาพที่ 5.3	การซึมผ่านของยาทางผิวหนัง	48
ภาพที่ 5.4	ปริมาณยา 1 fingertip unit	51
ภาพที่ 6.1	แสดงปัจจัยและสารบ่งชี้ชีวภาพทางชีวเคมีและโมเลกุลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	72
ภาพที่ 7.1	แนวทางปฏิบัติ massive transfusion protocol ในโรงพยาบาลศิริราช	80
ภาพที่ 7.2	ค่า ABC score, TASH score และ Hemorrhagic Class ที่ใช้เพื่อพิจารณาเริ่มการรักษาแบบ MTP โดย ABC score <2 และ TASH score <9 อาจไม่มีความจำเป็นต้องใช้ MTP ส่วน ABC score >2, TASH score >24 และ hemorrhagic class IV ควรได้รับการรักษาแบบ MTP	81
ภาพที่ 7.3	แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงตาม coagulation cascade สัมพันธ์กับเวลาที่ผ่านไป ตั้งแต่การเริ่มการเริ่มสร้าง clot จนไปถึงการเกิด fibrinolysis ซึ่งจริงแล้วเป็นภาวะปกติของร่างกาย แต่มีโอกาสเกิดภาวะ hyperfibrinolysis ได้จากพยาธิสรีรวิทยาต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะ TIC ในผู้ป่วยอุบัติเหตุตั้งข้างต้น	86
ภาพที่ 8.1	กระบวนการ blood transfusion	95
ภาพที่ 8.2	ขั้นตอนการทำงานในธนาคารเลือด	98
ภาพที่ 8.3	ตัวอย่างแบบรายงานการเตรียมเลือดที่หมู่แตกต่างจากหมู่เลือดของผู้ป่วย	102
ภาพที่ 9.1	รูปแสดงการสับคั่นยาจากโปรแกรมระบบยากำพร้ากลุ่ม antidote	116
ภาพที่ 10.1	แสดงกระดูกขาตาที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด EEA	125
ภาพที่ 10.2	แสดงตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เหมาะสมกับการผ่าตัด EEA	127
ภาพที่ 10.3	แสดงภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วย DON จากกล้ามเนื้ออกลูกตาโตและกดทับเส้นประสาทตาบริเวณ ก) orbital apex ในแนว axial และ ข) coronal	129
ภาพที่ 10.4	แสดงการทำ ก) wide maxillary antrostomy และ ข) anterior and posterior ethmoidectomy	131
ภาพที่ 10.5	แสดงการเอา medial orbital wall ออกและเห็น periorbita อยู่ด้านใน	131
ภาพที่ 10.6	แสดงการกรีดเปิด periorbita เพื่อช่วยลดความดันในเบ้าตา	132
ภาพที่ 10.7	แสดงภาพแม่เหล็กไฟฟ้าของผู้ป่วย CVM บริเวณ orbital apex และกดทับเส้นประสาทตา (ก) ในแนว axial และ (ข) coronal โดยก้อนอยู่ medial ต่อเส้นประสาทตาทำให้เหมาะสมกับการผ่าตัด EEA	133



ประเด็นผิดพลาดที่พบได้บ่อย ในการวินิจฉัยโรคกระดูกพรุน

Common Pitfalls in Diagnosis of Osteoporosis



จิรจิตต์ อนุศิษฐ์วิวัฒน์
อาศิส อุนนะนันท์

บทนำ

ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ อุบัติการณ์ของโรคที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้นตามลำดับ หนึ่งในโรคกระดูกและข้อที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข คือ โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) โรคนี้ส่งผลให้กระดูกมีความแข็งแรงลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน (osteoporotic fracture) โดยตำแหน่งที่พบ osteoporotic fracture ได้บ่อยได้แก่ กระดูกสันหลัง ส่วนต้นของกระดูกต้นขา (femur) และกระดูกท่อนแขนส่วนล่าง (forearm) กระดูกหักที่ตำแหน่งเหล่านี้สามารถทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพ และเกิดปัญหาแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา นอกจากนี้ ยังอาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย⁽²⁾

ในปัจจุบันมีแนวทางในการรักษาโรคกระดูกพรุนจากองค์กรระดับนานาชาติหลายองค์กร เช่น สมาคมแพทย์ต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา (American Association of Clinical Endocrinologists; AACE) มูลนิธิโรคกระดูกพรุนสากล (International Osteoporosis Foundation; IOF) และสมาคมต่อมไร้ท่อ (Endocrine Society) สำหรับประเทศไทยมีคำแนะนำเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคกระดูกพรุนของมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย ซึ่งจัดทำขึ้นในปี พ.ศ. 2564⁽³⁾ ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางมากมายในการดูแลรักษาโรคกระดูกพรุน แต่มีบางประเด็นที่เป็นข้อควรระวังและเป็นข้อผิดพลาดที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ทั้งด้านการวินิจฉัยและการรักษาโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะยาวได้

ในบทนี้ผู้เขียนจะกล่าวถึงเฉพาะข้อผิดพลาดที่พบได้บ่อยในด้านการวินิจฉัย เพื่อให้แพทย์ที่ดูแล

ผู้ป่วยพึงระวังและป้องกันข้อผิดพลาดต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

การวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนที่น้อยกว่าความเป็นจริง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ให้คำจำกัดความของโรคกระดูกพรุนว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระดูกทั่วร่างกาย ซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ มีมวลกระดูกลดลง ร่วมกับการเสื่อมของโครงสร้างระดับจุลภาคภายในเนื้อกระดูก (microarchitectural deterioration)⁽⁴⁾ โดยแพทย์สามารถตรวจวัดค่าความหนาแน่นของแร่ธาตุในกระดูก (bone mineral density; BMD) ได้ด้วยเครื่องวัดค่าความหนาแน่นของกระดูก (dual energy X-ray absorptiometry; DXA) อย่างไรก็ตาม การตรวจวัดด้วยเครื่อง DXA จะวัดได้แค่ BMD เท่านั้น ไม่สามารถวัดคุณภาพของกระดูก (bone quality) ได้ หากผู้ป่วยมีคุณภาพกระดูกไม่ดี เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน หรือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้ ถึงแม้ค่า BMD ของผู้ป่วยเหล่านี้จะอยู่ในเกณฑ์กระดูกบาง (osteopenia) หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติก็ตาม ดังนั้นการวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนจึงไม่ได้อาศัยการตรวจวัดด้วยเครื่อง DXA เพียงอย่างเดียว ในปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการวินิจฉัย โดยจะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคกระดูกพรุนและควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคกระดูกพรุนเมื่อเป็นผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนหรือผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และมีเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้⁽³⁾

1. เคยมีประวัติกระดูกสันหลังหักยุบ (vertebral compression fracture) หรือมีกระดูกข้อสะโพกหักจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง ซึ่งหมายถึง การเกิดกระดูกหักจากอุบัติเหตุที่แรงกระแทกไม่มากไปกว่าการล้มจากทำเียน

2. ตรวจวัด BMD ด้วยเครื่อง DXA และพบว่า ค่า T-score น้อยกว่าหรือเท่ากับ -2.5 ที่ตำแหน่งกระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbar spine) ส่วนคอของกระดูกต้นขา (femoral neck) หรือกระดูกข้อสะโพกทั้งหมด (total hip)

3. มีค่า T-score ระหว่าง -1.0 และ -2.5 ร่วมกับมีค่าความเป็นไปได้ในการเกิดกระดูกข้อสะโพกหักในอีก 10 ปีข้างหน้า (10-year probability of hip fracture) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3 เมื่อประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก (Fracture Risk Assessment Tool; FRAX[®]) ของประเทศไทย

4. มีค่า T-score ระหว่าง -1.0 และ -2.5 ร่วมกับมีกระดูกหักที่ตำแหน่งส่วนต้นของกระดูกต้นแขน (proximal humerus) กระดูกเชิงกราน (pelvis) หรือกระดูกท่อนแขนส่วนล่าง จากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง

จากเกณฑ์การวินิจฉัยข้างต้นจะเห็นว่า หากผู้ป่วยมี vertebral compression fracture หรือกระดูกข้อสะโพกหักจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง จะสามารถให้การวินิจฉัยเป็นโรคกระดูกพรุนได้ทันที และเริ่มการรักษาโรคกระดูกพรุนได้โดยไม่ต้องตรวจวัดค่า BMD ก่อน นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่มีอาการหรือไม่เคยมีกระดูกหักมาก่อน แต่มีค่า FRAX[®] สูงกว่าเกณฑ์ หรือมีโรคที่ส่งผลต่อความแข็งแรงของกระดูกก็ควรเข้ารับการตรวจวัด BMD เพื่อวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนที่อาจ



แบบแฝงอยู่ได้

เนื่องจากโรคกระดูกพรุนเป็นภัยเงียบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดงจนกว่าจะมี osteoporotic fracture เกิดขึ้น จากการศึกษาของ Delmas และคณะ⁽⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยทั่วโลกได้รับการวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากความผิดพลาดในการแปลผลภาพถ่ายทางรังสีของกระดูกสันหลัง จึงทำให้มีการวินิจฉัย vertebral compression fracture น้อยกว่าความเป็นจริง และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคกระดูกพรุนน้อยลงตามลำดับ สำหรับในทวีปเอเชีย โรคกระดูกพรุนเป็นโรคที่ได้รับการวินิจฉัยน้อยกว่าที่ควรจะเป็นเช่นเดียวกัน แม้แต่ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกระดูกหักแล้วก็ตาม และพบปัญหานี้มากขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทของประเทศที่มีประชากรจำนวนมาก เช่น จีน และอินเดีย⁽⁶⁾ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ที่เป็นโรคกระดูกพรุนอาจถูกประเมินต่ำเกินไป ดังนั้นแพทย์จึงควรตรวจหาโรคกระดูกพรุนโดยการส่งตรวจ DXA ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยอาศัยเกณฑ์อายุและปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้⁽³⁾

1. ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป
2. ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี
3. ผู้หญิงที่มีภาวะฮอริโมนเอสโตรเจนต่ำ (hypoestrogenism) ต่อเนื่องนานกว่า 1 ปีก่อนเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน (ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีการตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร) ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดการหลั่งฮอริโมนโกนาโดโทรปิน (gonadotropin hormone-releasing hormone

agonist) หรือมีภาวะขาดประจำเดือนจากการทำงานของสมองส่วนไฮโปธาลามัส (functional hypothalamic amenorrhea) ซึ่งสามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังทางอายุรกรรมหรือผู้ที่ออกกำลังกายอย่างหนักเป็นเวลานาน

4. ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี หรือผู้ชายที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปีที่มีความเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- ได้รับยากลุ่มกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) ขนาดเทียบเท่าหรือมากกว่า prednisolone 5 มิลลิกรัม (มก.) ต่อวัน โดยใช้เป็นระยะเวลานานติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
- มีประวัติบิดาหรือมารดามีกระดูกข้อสะโพกหักจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง
- มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
- มีประวัติกระดูกหักจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง
- มีส่วนสูงลดลงตั้งแต่ 4 เซนติเมตร (ซม.) ขึ้นไปเมื่อเทียบกับประวัติส่วนสูงที่สูงที่สุดของผู้ป่วย หรือมีส่วนสูงลดลงตั้งแต่ 2 ซม. ขึ้นไปจากบันทึกการวัดส่วนสูง 2 ครั้ง
- ตรวจพบว่า มีภาวะกระดูกบางจากภาพถ่ายทางรังสี หรือมีกระดูกสันหลังผิดรูปจาก vertebral compression fracture
- ผู้หญิงที่ได้รับยายับยั้งเอนไซม์อะโรมาเทส (aromatase inhibitor) หรือผู้ชายที่ได้รับการรักษาด้วยยากดฮอริโมนกลุ่มแอนโดรเจน (androgen deprivation therapy)

นอกจากนี้ ควรพิจารณาส่งตรวจการประเมินภาวะกระดูกสันหลังหัก (vertebral fracture assessment; VFA) เพิ่มเติม ซึ่งสามารถทำได้โดย



Siriraj
International Conference
in Medicine and Public Health



Ookbee



mab
mobile e-books

"ซื้อหนังสือ
ในรูปแบบ e-book ได้แล้ววันนี้"



สำนักพิมพ์ศิริราช สังกัดงานวิชาการ สำนักงานคณบดี
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2 ถนนวิสุทธิฯ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0 2419 2858
Email: sirirajbooks@gmail.com
Website: www.sirirajbooks.com

ISBN 978-616-8201-39-8



9 786168 201398

ราคา 600 บาท