

การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะริดสีดวงทวารสำหรับเภสัชกรชุมชน

ประยุทธ์ ภูวรัตน์าวีร

ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ

“ริดสีดวงทวาร” เป็นภาวะที่ผิดปกติของระบบทางเดินอาหารส่วนล่างที่พบบ่อย ภาวะนี้เกิดจากการมีแรงดันในระบบทางเดินอาหารส่วนล่างมากจนทำให้เนื้อเยื่อ anal cushion ซึ่งทำหน้าที่เหมือนเบาะรองกันกระแทก ยึดตัวลงมาจนเกิดพยาธิสภาพขึ้นที่ทวารหนัก ในกรณีที่ไม่มีพบติ่งเนื้อยื่นออกมาภายนอกจะเรียกว่าริดสีดวงทวารภายใน แต่หากพบติ่งเนื้อยื่นออกมาภายนอกจะเรียกว่าริดสีดวงทวารภายนอก การซักประวัติผู้ป่วยให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเป็นทักษะสำคัญของเภสัชกรชุมชนในการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยจะต้องได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและอาการแสดงที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การแยกโรคและระบุความรุนแรงของโรค การประเมินการตอบสนองของการรักษาที่ได้รับมาก่อนหน้าและอาการที่เปลี่ยนแปลงไป การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรักษาพบว่า ไม่มีการกล่าวถึงบทบาทของการรักษาด้วยยามากนัก แต่เนื่องจากในบริบทงานเภสัชกรรมชุมชนของประเทศไทย จำเป็นต้องให้การบริบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้เบื้องต้นโดยใช้ยา บทความปริทัศน์วรรณกรรมฉบับนี้ พบประเด็นที่น่าสนใจ คือ ยากลุ่มที่สามารถจ่ายได้ ได้แก่ ยาชาเฉพาะที่ที่ผสมกับยาฝาดสมาน ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ที่ผสมกับยาชาเฉพาะที่ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ที่ผสมกับยาชาเฉพาะที่ และ framycetin sulfate และ esculin และยารักษาริดสีดวงชนิดรับประทานเพิ่มการหมุนเวียนเลือด ลดการอักเสบ และเพิ่มความแข็งแรงของเส้นเลือดฝอยและหลอดเลือดดำเล็ก ทั้งนี้ ต้องพิจารณาอาการแสดงของผู้ป่วยและต้องติดตามการตอบสนองด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย อย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ: ริดสีดวงทวาร การบริหารทางเภสัชกรรม เภสัชกรชุมชน

Pharmaceutical Care for Patients with Hemorrhoids for Community Pharmacists

Prayuth Poowaruttanawiwit

Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

Abstract

“Hemorrhoids” is common abnormality of the lower gastrointestinal tract. This condition is caused by high pressure in the lower gastrointestinal tract that pushes the anal cushion tissues downward, causing pathology to the anus. In cases where no external protruding polyp is found, it is called an internal hemorrhoid. If a protruding polyp is found, it is called an external hemorrhoid. Patient history taking to obtain comprehensive information is an important skill of community pharmacists for providing pharmaceutical care to this group of patients. Important information needed included risk factors that cause the abnormality and symptoms differential diagnosis and indicating severity, response to previous treatment and subsequent improvement of the symptoms. Literature review on treatment showed modest roles of drug therapy. However, in the context of Thai community pharmacy, it is necessary to provide primary care for these patients with medications. This literature review identified an interesting issue on medications that could be dispensed including local anesthetics with astringents, corticosteroids with local anesthetics, corticosteroids with local anesthetics and framycetin sulfate and esculin, and oral medication for hemorrhoids that increase blood flow, reduce inflammation, and strengthen capillaries and small veins. In using these medications, patient's symptoms must be considered, and their efficacy and safety must be closely monitored.

Keywords: hemorrhoid, pharmaceutical care, community pharmacy

ระบาดวิทยาและพยาธิกำเนิด

“ริดสีดวงทวาร” เป็นโรกระบบทางเดินอาหารส่วนล่างที่พบบ่อย งานวิจัยเชิงสำรวจของ Sheikh และคณะในกลุ่มประเทศแถบทวีปอเมริกาใต้และทวีปยุโรปพบความชุกของโรคมากในผู้ใหญ่ร้อยละ 11 และโดยมากโรคมีความรุนแรงน้อย (1) สำหรับในทวีปเอเชีย พบบางงานวิจัยในชาวเกาหลีซึ่งพบความชุกของโรคนี้มากในผู้สูงอายุเพศหญิง (ร้อยละ 16.6) (2) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบข้อมูลความชุกของโรคนี้ในประเทศไทย

พยาธิกำเนิดของริดสีดวงทวารเกิดจากเนื้อเยื่อ anal cushion ซึ่งทำหน้าที่เหมือนเบาะรองกันกระแทก ณ บริเวณรูทวารหนักขยายตัวยื่นต่ำลงมาจนเกิดเป็นติ่งเนื้อซึ่งอาจอยู่ภายในร่างกายหรือยื่นออกมาภายนอกก็ได้ในภาวะปกติ เนื้อเยื่อ anal cushion มีหน้าที่ป้องกันไม่ให้อุจจาระเล็ดลอดออกมาโดยไม่รู้สึกตัวขณะหลับ เนื้อเยื่อมีคุณลักษณะสามารถยืดหยุ่นและขยายได้มาก แต่หากมีแรงดันเกิดขึ้นในรูทวารหนักมาก ก็จะยื่นลงมาเรื่อย ๆ จนเกิดเป็นภาวะริดสีดวงทวารในที่สุด (3-5) หากรอยโรคเกิดขึ้น ณ ตำแหน่งรูทวารหนักจนถึงปากทวารหนักจะเรียกว่า ริดสีดวงภายใน (internal hemorrhoid) แต่หากรอยโรคเกิดหลังปากทวารหนักและยื่นออกมาสู่ภายนอกจะเรียกว่า ริดสีดวงภายนอก (external hemorrhoid) แสดงดังรูปที่ 1 (3-5)

การแยกโรค

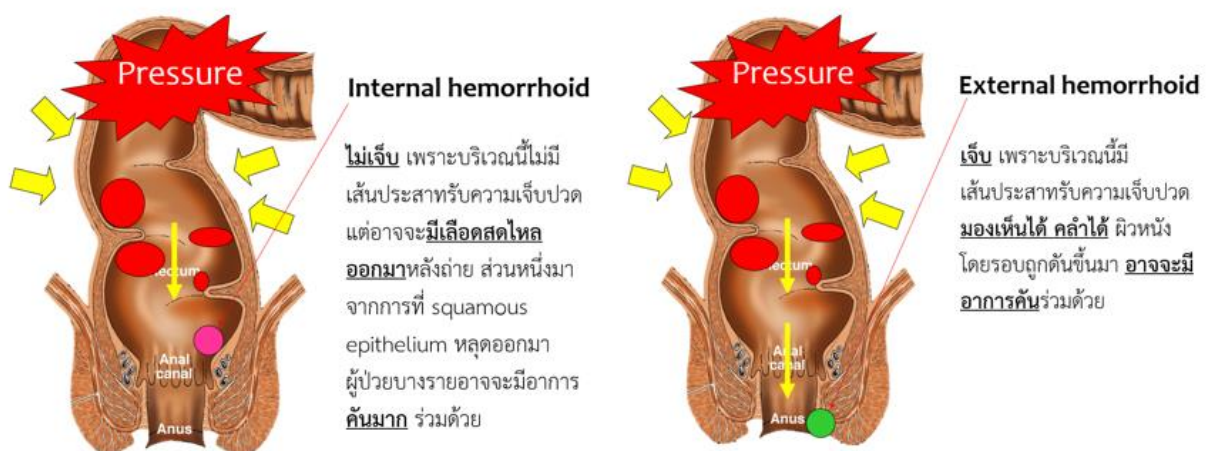
ถึงแม้ในบริบททางเภสัชกรรมชุมชน จะมีข้อจำกัดเรื่องการวินิจฉัยแยกโรคโดยการตรวจร่างกาย อย่างไรก็ตาม

ตาม เกสัชกรชุมชนสามารถแยกโรคนี้ได้จากการซักประวัติ “เลือดที่ไหลออกมาจากทวารหนัก ตั้งเนื้อที่ยื่นออกมาจากรูทวารหนัก และภาวะเจ็บปวดที่เกิดขึ้น” (6-8) เพื่อแยกภาวะริดสีดวงทวารชนิดภายในและภายนอก จากนั้น จึงซักประวัติเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจให้การจัดการที่เหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้ เกสัชกรชุมชนยังสามารถซักประวัติ “ความเจ็บปวด” เพื่อใช้ในการแยกโรคในกรณีที่ผู้ป่วยมีเนื้อเยื่อที่ยื่นออกมาภายนอกในร่างกายได้อีกด้วย เนื่องจาก ณ ตำแหน่งรูทวารหนักจนถึงปากทวารหนักไม่มีเส้นประสาทรับความเจ็บปวด ในขณะที่บริเวณปากทวารหนักจะมีเส้นประสาทรับความเจ็บปวดอยู่เป็นจำนวนมาก ดังนั้น หากผู้ป่วยมีภาวะริดสีดวงทวารภายในจะไม่พบอาการเจ็บปวด แต่อาจมีเลือดสดไหลออกมาได้เนื่องจากเซลล์เยื่อบุผิวผนังหลุดออกมา ในขณะที่หากเป็นภาวะริดสีดวงทวารภายนอก จะพบอาการเจ็บปวดเป็นอาการเด่น และสามารถมองเห็นหรือคลำก่อนเนื้อได้

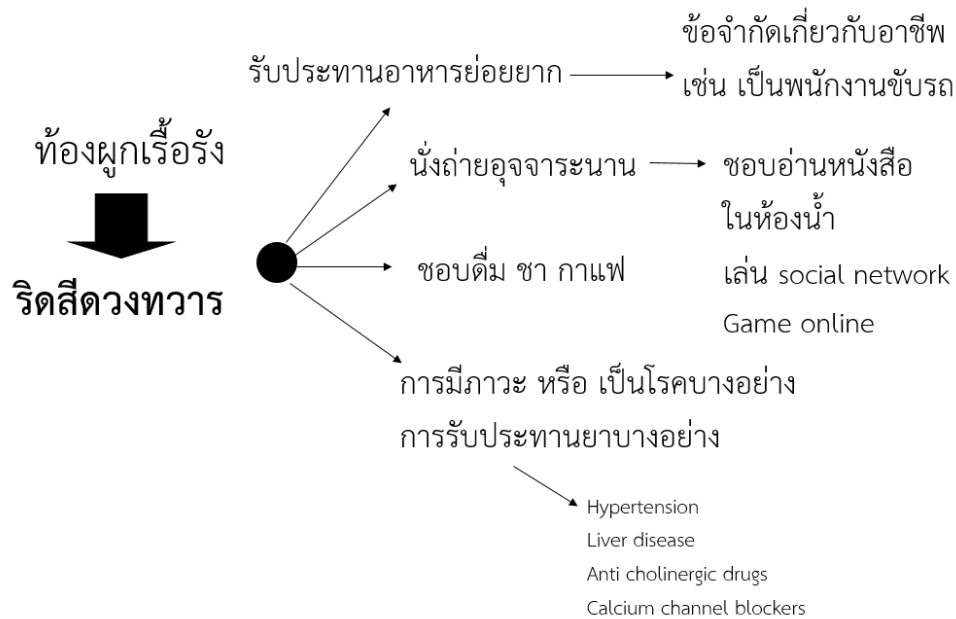
ปัจจัยเสี่ยง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงดันในทวารหนักทั้งจากโรคหรือพฤติกรรมบางอย่าง บทความปริทัศน์วรรณกรรมของ De Marco (9) แสดงให้เห็นว่า ภาวะท้องผูก ภาวะอ้วน และภาวะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะริดสีดวงทวารได้ ในขณะที่งานวิจัยของ Hong และคณะ (2) ในอาสาสมัครชาวเกาหลีใต้พบว่า ปัจจัยที่มีสัมพันธ์สูงกับการเกิดภาวะริดสีดวงทวาร



รูปที่ 1. อาการแสดงของริดสีดวงทวารชนิดภายในและภายนอก

หมายเหตุ วาดขึ้นโดยผู้เขียนจากแนวคิดในเอกสารอ้างอิงหมายเลข 3-5



รูปที่ 2. ข้อมูลภูมิหลังซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดภาวะริดสีดวงทวาร

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอยู่ในวัยสูงอายุ เพศหญิง การมีประวัติสูบบุหรี่ติดต่อกันมาเป็นระยะเวลานาน และการมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ถึงแม้ว่า จะยังไม่พบงานวิจัยในชาวไทยในประเด็นนี้ แต่อาจ ประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากต่างประเทศได้ว่า การเกิดภาวะ ผิดปกติ โรค หรือพฤติกรรมใด ๆ ที่ทำให้เกิดแรงดันสูงใน ทวารหนักได้ สามารถเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะ ริดสีดวงทวารได้ทั้งสิ้น

ดังนั้น “การซักประวัติเชิงลึก เป็นระบบ และ ครอบคลุม” จึงเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับเภสัชกรชุมชน เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลของผู้ป่วยแบบเฉพาะราย และใช้ ข้อมูลดังกล่าวในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย รูป ที่ 2 แสดงให้เห็นข้อมูลภูมิหลังซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ เกิดภาวะริดสีดวงทวาร

รูปที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเสี่ยงสามารถแบ่ง ออกเป็น 1) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ง่าย เช่น พฤติกรรมที่ทำร่วมด้วยขณะขับถ่าย 2) ปัจจัยเสี่ยงที่ สามารถปรับให้เหมาะสมมากขึ้นได้ เช่น พฤติกรรมการ รับประทานอาหาร การรับประทานยาบางอย่าง และ 3) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อาชีพ โรค ประจำตัว เป็นต้น หากเภสัชกรสามารถซักประวัติได้ลึกและ ครอบคลุม และนำมาเชื่อมโยงกับความผิดปกติ และสะท้อน ให้ผู้ป่วยเห็นอย่างเป็นรูปธรรมได้ว่า มีปัจจัยใดบ้างที่อาจทำ ให้เกิดภาวะริดสีดวงทวาร และแต่ละปัจจัยนั้น ๆ สามารถ

ถูกจัดการได้หรือไม่ อย่างไร คำอธิบายดังกล่าวจะทำให้ ผู้ป่วยและเภสัชกรสามารถร่วมมือกันในการหาหนทางเพื่อ ลดการสัมผัส กำจัด หรือป้องกันปัจจัยเสี่ยงได้

การประเมินความรุนแรงและระยะของโรค

เภสัชกรชุมชนยังมีบทบาทในการประเมินความ รุนแรงของภาวะริดสีดวงทวาร ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ (6) ตามการพบหัวริดสีดวงที่ยื่นออกมาภายนอกร่างกาย แสดง ดังตารางที่ 1 เภสัชกรสามารถประเมินความรุนแรงได้โดย การซักประวัติผู้ป่วย ในกรณีที่พบว่า “ไม่เจ็บปวด แต่มีเลือด สดไหลออกมา” ผู้ป่วยอาจมีภาวะริดสีดวงทวารภายใน ชนิดรุนแรง และในกรณีที่อาการเข้าได้กับ “ระยะที่ 3 และ 4” ผู้ป่วยอาจมีภาวะริดสีดวงทวารภายนอกชนิดรุนแรง ซึ่ง เภสัชกรจะต้องแนะนำผู้ป่วยให้รีบไปพบแพทย์ เพื่อเข้ารับ การทำหัตถการที่เหมาะสมต่อไป

การรักษาภาวะริดสีดวงทวาร

การรักษาภาวะริดสีดวงทวารแบ่งได้เป็น 3 แนวทาง ได้แก่ 1) การปรับพฤติกรรม 2) การใช้ยา และ 3) การทำหัตถการ ซึ่งเภสัชกรมีบทบาทมากใน 2 ข้อแรก

1. ปรับพฤติกรรม

หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์จำนวนมาก แสดงให้เห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า การรับประทานอาหาร ให้มีสัดส่วนของ “กากใยอาหาร” 25-35 กรัมต่อวัน (9-11)

ตารางที่ 1. ระยะของภาวะริดสีดวงทวาร (6)

ระยะที่	รายละเอียด
1	มีเลือดสด ๆ ไหลออกมาหลังจากอุจจาระ ไม่มีติ่งเนื้อยื่น เห็นหัวริดสีดวงได้โดยการส่องกล้องเท่านั้น
2	หัวริดสีดวงโผล่ออกมาเวลาเบ่งถ่ายอุจจาระ หัวริดสีดวงจะหดกลับเข้าเองหลังถ่ายอุจจาระเสร็จ มีอาการคันร่วมกับมีมูกบริเวณปากทวารหนัก
3	หัวริดสีดวงโผล่ออกมาเวลาเบ่งถ่ายอุจจาระไอ จาม ยกของหนักหรือออกกำลังกายไม่หดกลับเอง ต้องใช้นิ้วมือดันกลับ
4	หัวริดสีดวงโผล่ออกมาตลอดเวลา ไม่สามารถดันกลับได้เอง ผู้ป่วยจะเจ็บปวดมาก อาจเกิดการอักเสบ หรือมีแผลเมื่อเสียดสีกับเสื้อผ้า

เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะริดสีดวงทวาร เพราะช่วยลดการเกิดภาวะท้องผูก ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้เกิดแรงดันมากขึ้นในทวารหนัก อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ Alonso-Coello และคณะ (12) และบทความปริทัศน์วรรณกรรมต่าง ๆ (13, 14) แสดงให้เห็นข้อมูลว่า การได้รับกากใยอาหารอย่างเหมาะสมช่วยลดความเสี่ยงของการล้มเหลวจากการรักษาได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับกากใยอาหาร (relative risk หรือ RR = 0.53, 95% CI 0.38-0.73) และยังสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกด้วย (RR = 0.50, 95% CI 0.28-0.89) อย่างไรก็ตาม พบข้อสังเกตที่สำคัญคือ กากใยอาหาร ที่อาสาสมัครได้รับในงานวิจัยเป็น “ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีส่วนประกอบของกากใยอาหาร” ไม่ใช่อาหารโดยทั่วไป ดังนั้น ในทางปฏิบัติจึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีส่วนประกอบของกากใยอาหาร น่าจะเหมาะสมมากกว่าการเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใย เนื่องจากจะทำให้ได้ปริมาณกากใยอาหารที่แน่นอน เพียงพอ และไม่มีสารประกอบอื่น ๆ (เช่น น้ำตาลเกลือแร่ต่าง ๆ เป็นต้น) ที่อาจทำให้เกิดอาการอื่นไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต

นอกจากนี้ ยังพบว่า การนั่งแช่น้ำอุ่นสะอาด (sitz baths) (15-17) สามารถลดอาการระคายเคือง อาการคัน และ อาการเกร็งของกล้ามเนื้อทวาร ได้ โดยแนะนำให้แช่น้ำวันละ 2-3 ครั้ง ระวังไม่ให้ริดสีดวงทวารภายนอก สัมผัสกับภาชนะใส่น้ำหรือเกิดการกดทับ เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบได้ ในปัจจุบันมีการพัฒนาอุปกรณ์ชนิดใหม่ (electronic bidet) ที่มีกลไกการทำงานคล้ายกับ sitz baths แต่ใช้งานง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน (17)

2. การใช้ยา

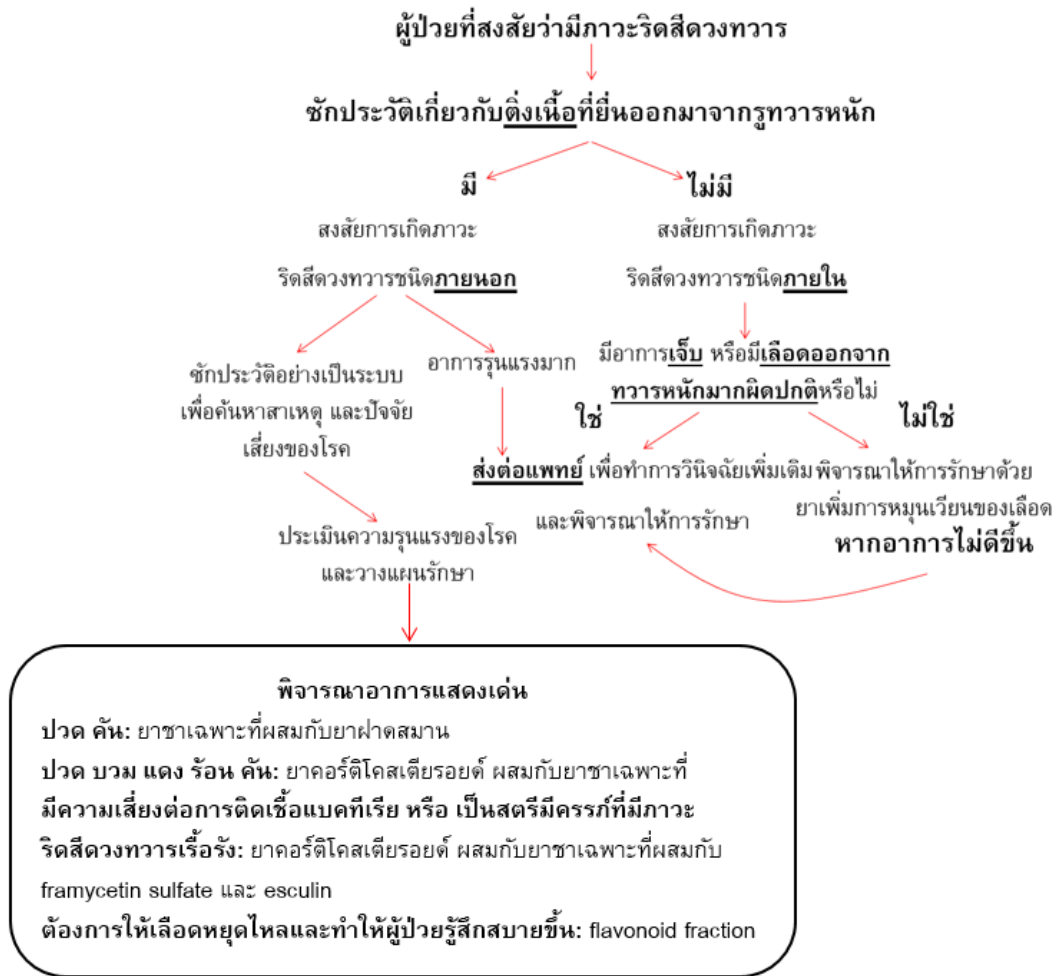
การรักษาภาวะริดสีดวงทวารโดยการใช้ยาเป็นการรักษาแบบดั้งเดิมซึ่งในปัจจุบันมีที่ใช้น้อยลง การรักษาที่ใช้มากกว่า ได้แก่ การผ่าตัดหรือการทำหัตถการ (6-8) อย่างไรก็ตาม ในบริบททางเภสัชกรรมชุมชนของประเทศไทย เภสัชกรยังจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับหลักการเลือกใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการและอาการแสดงของภาวะริดสีดวงทวารที่เกิดขึ้น

ภาวะริดสีดวงทวารประกอบด้วยความผิดปกติ 3 ประการ ได้แก่ การปวด การอักเสบ และการมีเลือดไหลออกมาจากทวาร ดังนั้น การรักษาโดยการใช้ยา จะประกอบไปด้วยการใช้ยาแก้ปวด ยาลดการอักเสบ ยาแก้คัน และยาเพิ่มการหมุนเวียนเลือด ซึ่งมักอยู่ในรูปสูตรผสม

ยาลดการอักเสบ ยาแก้คัน: ยารูปแบบใช้เฉพาะที่ ได้แก่ corticosteroids ผสมกับยาชาเฉพาะที่ หรือ corticosteroids ผสมกับยาชาเฉพาะที่ และผสมกับสารที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้ เช่น framycetin sulfate และ esculin ส่วนยาเพิ่มการหมุนเวียนเลือดแบบรับประทาน ได้แก่ flavonoid fraction และ hesperidin เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรักษาภาวะริดสีดวงทวารแบบดั้งเดิม มีไม่มากนักและมีข้อสังเกตว่า ส่วนใหญ่มีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานต่ำ กล่าวคือ ไม่ได้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม อย่างไรก็ตาม หากนำมาสรุปเป็นแผนภาพการพิจารณาให้การรักษาโดยปรับให้เหมาะสมกับบริบททางเภสัชกรรมชุมชนของประเทศไทย จะได้แสดงดังรูปที่ 3

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบหลักฐานว่า ยาต้านจุลชีพชนิดรับประทาน มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะริดสีดวงทวาร เนื่องจาก โรคนี้ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ แต่ในกรณีนี้ที่สงสัยว่าติดเชื้อไม่ว่าจะเป็นโรคติดเชื้อ



รูปที่ 3. การพิจารณาให้การรักษาภาวะริดสีดวงทวารโดยปรับให้เหมาะสมกับบริบททางเภสัชกรรมชุมชนของประเทศไทย

หมายเหตุ วาดขึ้นโดยใช้แนวคิดจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 6-8

เชื้อเฉพาะที่ หรือการติดเชื้อในระบบ (systemic) ควรให้ส่งต่อแพทย์ทันที

ยาชาเฉพาะที่ที่ควรเลือกใช้ ได้แก่ lidocaine, tribenoside ร่วมกับ lidocaine (18) ยาชาเฉพาะที่ชนิดอื่นที่มีการใช้ ได้แก่ tetracaine (amethocaine), cinchocaine และ pramocaine (pramoxine) แต่พบข้อมูลว่าทำให้เกิดอาการระคายเคืองได้มากกว่า (19) จากงานวิจัยของ Xia และคณะ แสดงให้เห็นว่า ควรใช้ยาชาเฉพาะที่หลังผ่าตัดหรือทำหัตถการ เช่น excisional haemorrhoidectomy, haemorrhoidal banding ซึ่งการใช้ยาชาเฉพาะที่นี้ดีเยี่ยม จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการใช้ยาชาได้ในกรณีที่ต้องผ่าตัดหรือทำหัตถการ อย่างไรก็ตาม ต้องระวังการแพ้ยาชาเฉพาะที่ที่ผิวหนัง โดยเฉพาะการใช้ในผู้ที่มีผิวบอบบาง เช่น เด็กและทารก ไม่ใช่นานเกิน 7 วัน นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยบางกลุ่มมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยาชา ได้แก่ผู้ป่วย โรคหัวใจ ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงาน

เกิน โรคเบาหวาน โรคระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น (19)

สำหรับยาสูตรผสมของคอร์ติโคสเตียรอยด์กับยาชาเฉพาะที่ มีประสิทธิภาพดีกว่าการใช้ยาสูตรคอร์ติโคสเตียรอยด์เดี่ยว ๆ อย่างไรก็ตาม จะต้องติดตามด้านความปลอดภัย คือ การติดเชื้อแทรกซ้อน (7, 20) ในกรณีที่มีภาวะรอยแผลแยกที่ทวารหนักร่วมด้วย ผู้ป่วยจะเกิดความเจ็บปวดมาก โดยเฉพาะเวลาถ่ายอุจจาระ ดังนั้น ต้องเลือกใช้ยาบรรเทาที่เหมาะสม ได้แก่ ยาระบายกลุ่มที่ทำให้อุจจาระอ่อนนุ่ม เช่น docusate sodium เป็นต้น (21)

ยาเพิ่มการหมุนเวียนเลือด: ยาชนิดรับประทานที่ช่วยเพิ่มการหมุนเวียนเลือด เพิ่มความแข็งแรงของเส้นเลือดฝอยและหลอดเลือดดำเล็ก ได้แก่ flavonoid fraction กับ hesperidin โดยมีงานวิจัยทางคลินิกสนับสนุนว่า ช่วยให้เลือดหยุดไหลได้รวดเร็วและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ขนาดการรับประทาน คือ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน

นาน 4 วัน จากนั้น 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องไปอีก 3 วัน (22) อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตที่น่าสนใจ คือ ยากลุ่มนี้ไม่ได้รับการรับรองให้ใช้โดยองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา

สรุป

ภาวะริดสีดวงทวารเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหรือภาวะใด ๆ ที่ทำให้เกิดแรงดันมากในลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและทวารหนัก ดังนั้น ในการจัดการกับภาวะนี้จะต้องจัดการตั้งแต่สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค จากนั้นจึงเป็นการรักษาอาการที่เกิดขึ้นหรือรักษาตามอาการ อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ในปัจจุบันแนะนำการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมให้รับประทานอาหารกากใยสูงเป็นหลัก และแนะนำให้ผ่าตัดหรือทำการหัตถการ ในขณะที่ “ยา” มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์มาสนับสนุนน้อยมาก แต่ในบริบทงานเภสัชกรรมชุมชนของประเทศไทย สามารถให้การรักษาด้วยยาได้ การเลือกใช้ยากลุ่มต่าง ๆ ต้องพิจารณาจากอาการแสดงเด่นของผู้ป่วยแบบเฉพาะราย กลุ่มยาที่สามารถเลือกใช้ได้ ได้แก่ ยาชาเฉพาะที่ผสมกับยาฝาดสมาน ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ผสมกับยาชาเฉพาะที่ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ผสมกับยาชาเฉพาะที่ผสมกับ framycetin sulfate และ esculin และ ยารักษาริดสีดวงชนิดรับประทานเพิ่มการหมุนเวียนเลือด ลดการอักเสบ เพิ่มความแข็งแรงของเส้นเลือดฝอยและหลอดเลือดดำเล็ก

เอกสารอ้างอิง

1. Sheikh P, Régnier C, Goron F, Salmat G. The prevalence, characteristics and treatment of hemorrhoidal disease: results of an international web-based survey. *J Comp Eff Res*. 2020; 9: 1219-32.
2. Hong YS, Jung KU, Rampal S, Zhao D, Guallar E, Ryu S, et al. Risk factors for hemorrhoidal disease among healthy young and middle-aged Korean adults. *Sci Rep*. 2022; 12: 129.
3. Pata F, Sgró A, Ferrara F, Vigorita V, Gallo G, Pellino G. Anatomy, physiology and pathophysiology of haemorrhoids. *Rev Recent Clin Trials*. 2021; 16: 75-80.

4. Lawrence A, McLaren ER. External hemorrhoid [online]. 2021 [cited Aug 8, 2022]. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500009/
5. Fontem RF, Eyvazzadeh D. Internal hemorrhoid [online]. 2021 [cited Aug 8, 2022]. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537182/
6. Hollingshead JR, Phillips RK. Haemorrhoids: modern diagnosis and treatment. *Postgrad Med J*. 2016; 92: 4-8.
7. Sun Z, Migaly J. Review of hemorrhoid disease: presentation and management. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016; 29: 22-9.
8. Mott T, Latimer K, Edwards C. Hemorrhoids: diagnosis and treatment options. *Am Fam Physician*. 2018; 97: 172-9.
9. De Marco S, Tiso D. Lifestyle and risk factors in hemorrhoidal disease. *Front Surg*. 2021; 8: 729166.
10. Jacobs D. Clinical practice. Hemorrhoids. *N Engl J Med*. 2014; 371: 944-51.
11. Garg P, Singh P. Adequate dietary fiber supplement and TONE can help avoid surgery in most patients with advanced hemorrhoids. *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2017; 63: 92-6.
12. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, López-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2006; 101: 181-8.
13. Garg P. Hemorrhoid treatment needs a relook: more room for conservative management even in advanced grades of hemorrhoids. *Indian J Surg*. 2017; 79: 578-9.
14. Sandler RS, Peery AF. Rethinking what we know about hemorrhoids. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019; 17: 8-15.
15. Shafik A. Role of warm-water bath in anorectal conditions. The "thermosphincteric reflex". *J Clin Gastroenterol* 1993; 16: 304-8.

16. Tejjirian T, Abbas MA. Sitz bath: where is the evidence? Scientific basis of a common practice. Dis Colon Rectum. 2005; 48: 2336-40.
17. Ryoo SB, Oh HK, Han EC, Song YS, Seo MS, Choe EK, Moon SH, Park KJ. Comparison between a new electronic bidet and conventional sitz baths: a manometric evaluation of the anal resting pressure in normal healthy volunteers. Tech Coloproctol. 2015; 19: 535-40.
18. Kestřánek J. Hemorrhoid management in women: the role of tribenoside + lidocaine. Drugs Context. 2019; 8: 212602.
19. Xia W, MacFater HS, MacFater WS, Otutaha BF, Barazanchi AWH, Sammour T, et al. Local anaesthesia alone versus regional or general anaesthesia in excisional haemorrhoidectomy: a systematic review and meta-analysis. World J Surg. 2020; 44: 3119-29.
20. Feng J, Cheng J, Xiang F. Management of intractable pain in patients treated with hemorrhoidectomy for mixed hemorrhoids. Ann Palliat Med. 2021; 10: 479-83.
21. Altomare DF, Giannini I. Pharmacological treatment of hemorrhoids: a narrative review. Expert Opin Pharmacother. 2013; 14: 2343-9.
22. Sheikh P, Lohsiriwat V, Shelygin Y. Micronized purified flavonoid fraction in hemorrhoid disease: a systematic review and meta-analysis. Adv Ther. 2020; 37: 2792-812.