

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

ปีที่ 15 ฉบับ 383 ประจำวันที่ 1-15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

สะท้อนมุมมองปัญหา คุณภาพการรักษา และความปลอดภัยของผู้ป่วย



สำหรับผู้อ่านฉบับนี้
1-15/02/13

Talk of the Town
ไอคิวต่ำ
ต้องแก้หรือแค่มองผ่าน ?

Get Up
- เอฟดีเอรับรองยาโรคใหม่
- เลิกบุหรี่ลดทอนโรค
- ฟรุทโตสทำสมองเสื่อม

เกาะติดงานประชุม
สมาคมศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้า
จัด Masterclass Rhinoplasty
ธีม 'All Aspects of Nose Surgery'

ทุกความเคลื่อนไหว
ในวงการแพทย์ www.medicthai.net

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life

Takeda

novo nordisk

sanofi aventis
Because health matters

AstraZeneca

SANOFI PASTEUR

MERCK
SERONO

CRYOVIVA THAILAND

Safety Should
Never be
Compromised.



1 Dante SA, Kurz MC et al. Circulation. 2009;120:S1456.
2 Lundy D et al. Circulation. 2009;120:S1470-S1471.
3 Ong ME, Omato JP et al. JAMA. 2006;295(22).

Neither Should CPR.

It's not easy doing good CPR while transporting a patient, especially when standing in a moving ambulance. It's not safe either. Sixty percent of the time during transport, rescuers are subjected to acceleration forces that result in safety risks and poor-quality CPR.¹ ZOLL® believes that you should not have to risk your life to save others.

The AutoPulse® allows EMS providers to be safely strapped in while its load-distributing LifeBand® squeezes a patient's entire chest, providing uninterrupted blood flow and the possibility of more than doubling ROSC during transport² and tripling survival to discharge rates.³

SAINTMED

ZOLL®

©2011 ZOLL Medical Corporation, Chelmsford, MA, USA. "Advancing Resuscitation. Today.", AutoPulse, LifeBand, and ZOLL are trademarks and/or registered trademarks of ZOLL Medical Corporation.

ADVANCING RESUSCITATION. TODAY.®



ให้คุณมีโอกาสมารักษาฟันได้ตลอดเวลาที่คุณสะดวก

- อาการปวดฟันเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา
- ปวดฟันคุณมักจะเกิดตอนกลางคืน
- เจ็บเหงือก เหงือกบวม
ส่งผลถึงการปวดศีรษะ
- ฟันบิ่น ฟันแตก พบได้บ่อยๆ
- ฟันปลอมหลุดหาย หรือหลุดลงคอ

อาการเหล่านี้ไม่ต้องรอถึงเช้า
ไม่ต้องทนบ่นข้ามวัน หรือข้ามคืน

ศูนย์ทันตกรรม sw.ยีนอี
เข้าเฝ้าปรึกษาคุณหมอทันตกรรม ถึงได้
เปิดบริการทั้งวันทั้งคืน 24 ชม.

มาเป็นเวลา 10 ปี

ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์เฉพาะทาง
และอุปกรณ์ล่าสุดปลอดภัย

ค่าบริการ

รักษาโรคเหงือก(ทั้งปาก)	4,500-7,000 บาท
ถอนฟัน	700 บาท/ซี่
อุดฟัน (Amalgam)	700 บาท/ด้าน
อุดฟันปูน (ทั้งปาก)	800 บาท
ผ่าตัดฟันคุด	2,500-4,500 บาท/ซี่
รักษารากฟัน (กรามน้อย)	5,000 บาท/ช่อง
จัดฟันแบบถอดได้	4,000 บาท/ชิ้น
จัดฟันแบบติดแน่น	45,000 บาท



ศูนย์ทันตกรรม 24 ชม. sw.ยีนอี
โทร. 1723 หรือ 0-2879-0300



ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์

คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามาธิบดี

รับสมัครอายุรแพทย์ทั่วไป

Full Time

หลายตำแหน่ง

รายได้ 100,000 บาท

ติดต่อ 02-2012659 หรือ
ekaphop.sir@mahidol.ac.th

Impacting Outcomes Link by Link



ZOLL® Strengthens the Hospital Chain of Survival by providing superior technology while remaining a trusted, dependable partner in the treatment and care of cardiac arrest. ZOLL's products provide you with the quality and reliability you expect. Our innovative products and solutions comprise a fully integrated resuscitation system with all the tools you need to impact outcomes.

SAINTMED

ZOLL®

©2011 ZOLL Medical Corporation, Chelmsford, MA, USA. "Advancing Resuscitation. Today.," and ZOLL are registered trademarks of ZOLL Medical Corporation in the United States and/or other countries.

ADVANCING RESUSCITATION. TODAY.®

New strength & formulation for T2DM

Glucophage[®] metformin **XR** 1000 mg
Prolonged Release Tablets



Indications Glucophage XR is used for the treatment of type 2 diabetes in adults as an adjunct to adequate diet and exercise. Glucophage XR may be given alone, or with other oral antidiabetic agents, or with insulin. **Contra-indications** Glucophage XR must not be used in the following cases: hypersensitivity to metformin hydrochloride or any of the ingredients, severe destabilisation of diabetes (ketoacidosis or pre-coma), renal insufficiency, infectious diseases, following an X-ray examination involving the use of iodinated contrast media, disease which may cause tissue hypoxia, hepatic insufficiency, persistent or severe diarrhoea, recurrent vomiting, excessive consumption of alcoholic beverages, during breast-feeding. **Pregnancy and lactation** Glucophage XR is not the appropriate treatment of type 2 diabetes during pregnancy. Glucophage XR is contra-indicated during breast-feeding. **Special warnings and precautions** - Vomiting, abdominal pain with muscle cramps and/or a general feeling of malaise with severe fatigue occurring during therapy may be signs of serious destabilisation of diabetes requiring specific treatment. **Undesirable effects** Very common: Gastrointestinal discomfort such as nausea, vomiting, diarrhoea, abdominal pain and loss of appetite may occur especially at the beginning of treatment. **Interactions** Special precautions may be required if patients take Glucophage XR and any of the following medicines at the same time: Corticosteroids, non-steroid anti-inflammatory agents, antihypertensive agents of the ACEIs class, diuretics, beta2 agonists, or alcohol containing medicines. **Dosage and administration** Usual starting dose: 1 tablet once daily, given with the evening meal. Titration: After 10 to 15 days, the dose may be slowly increased by increment of one tablet depending on blood glucose measurements. Maximum daily dose 2 tablets once daily, given with the evening meal. **Storage** No special requirements for storage.



เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

Merck Serono CardioMetabolic Care

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ บศ 330/2555



Dr Teresita De Guia
Pulmonary and Critical
Care Medicine,
Philippine Heart Center
Philippines

Achieving GOLD Standards in Asia

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a debilitating disease and a leading cause of death worldwide¹. It poses a significant burden on patients as their work and social lives are affected. Even day-to-day activities are disrupted as this disease progresses. The latest *Epidemiology and Impact of COPD in Asia* (EPIC Asia) Survey provides us with some insight into the burden of this disease in Asia where data is limited.

“According to the region-wide survey, close to half (46%) of those surveyed had suffered an exacerbation in the last 12 months².”

¹ World Health Organization, Chronic Respiratory Diseases, <http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en/index.html>, Accessed 230312

² Takeda. Data on file. ‘Epidemiology and Impact of COPD in Asia’ Survey. Fieldwork carried out by Abt SRBI. June 2012

³ From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011. Available from <http://www.goldcopd.org/>

⁴ Jones PW. Health status and the spiral of decline. COPD 2009;6:59-63. <http://dx.doi.org/10.1080/15412550802587943>

The EPIC Asia survey highlights the heavy socio-economic burden and struggle of those with COPD. Often, patients with COPD will find themselves being able to do less and less of what they are used to and hence, many have to give up their jobs and be dependent on others. The data showed that over a third of respondents were unemployed because of their condition. And even amongst those who were able to hold a job, 61% missed days at work because of their COPD condition, with the average days of missed work being 13 days during the last 12 months.

The burden of COPD is intensified when a patient suffers from an exacerbation. COPD exacerbations, or lung attacks, are a debilitating aspect of COPD. According to the region-wide survey, close to half (46%) of those surveyed had suffered an exacerbation in the last 12 months².

To alleviate the heavy burden associated with COPD, the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) has produced a strategy for the diagnosis, management and prevention of

this disease and these strategies have been adopted worldwide. Most recently updated in December 2011³, the GOLD guidelines provide healthcare professionals with an evidence-based best practice approach into the individualized management of COPD. The need for better COPD management outcomes is ever more critical, especially in Asia where disease prevalence is expected to rise.

Firstly, the GOLD update advises physicians to spend more time assessing a patient for a more accurate diagnosis. Previously, we had simply relied on spirometry tests and equated severity of disease with the severity of airflow limitation (GOLD 1=mild, GOLD 2=moderate, GOLD 3=severe, GOLD 4=very severe).

However, there is only a weak correlation between FEV1, symptom severity, and patient health status⁴ and there are other factors at play that need to be considered. As such the updated guidelines have introduced a more comprehensive assessment and management which are more individualized to the patient. The new system emphasizes a history of

exacerbation and considers current symptom burden as well as the future risk of disease progression.

This includes measuring symptoms and/or health status using the COPD Assessment Tool (CAT) short questionnaire⁵. The questionnaire score will give an indication of the impact of symptoms. Secondly, future risk should also be assessed and this can be determined by exacerbation history and extent of airflow limitation.

The updated GOLD strategy also refocuses the management of COPD and looks at two major treatment goals: symptom relief as well as a reduction of future risk. Traditionally, management was focused only on reducing symptoms.

This shift in management strategy is imperative as findings from the three-year ECLIPSE (Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate End-points) study point to the need for improved future treatment strategies by encouraging COPD patients to plan for the prevention and management of exacerbations, regardless of disease severity⁶.

The focus on risk reduction means that treatment should aid in reducing mortality, exacerbations, disease progression, and hospital admission.

Furthermore the combination of symptom relief and risk reduction will cause an improvement in the patient's overall health status and quality of life. These strategies coupled with pharmacological advancements like roflumilast, a PDE-4 inhibitor that targets both airway and systemic inflammation, give promise to COPD patients.

However, this more holistic approach to managing COPD is not without its challenges. As some exacerbations go unrecognized, physicians will have to spend more time questioning the patient to find out their history of exacerbations in addition to doing a spirometry test. More time will also have to be spent educating the patient to recognize exacerbations and to help them understand treatment goals for better compliance. This means patient-physician communication will become increasingly central in the holistic management of COPD management in Asia.

“The focus on risk reduction means that treatment should aid in reducing mortality, exacerbations, disease progression, and hospital admission.”



⁵ Jones PW et al. Development and First Validation of COPD Assessment Test. Eur Respir J 2009;34:648-654

⁶ John R. Hurst, Jadwiga A. Wedzicha, et al. for the Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate Endpoints (ECLIPSE) Investigators N Engl J Med 2010; 363:1128-1138

คณะที่ปรึกษาเกิตติศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์
ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์
ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวิทย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอนันตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรรศนะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจนพงษ์

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรญาชะลิต

แบบดิสไซม์

อาทิตย์ย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ชาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุวิณี ธนสัมพันธ์กุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 แฟกซ์ 0-2884-7299

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา วราณห์ สอาดถิ่น

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

ทำไมแพทย์ที่กิจจลาจลออกจากระบบ

การที่แพทย์ลาออกจากระบบราชการ ระบบการดูแลผู้ป่วยประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล มีหลายสาเหตุด้วยกัน นับวันจะมีปัญหามากขึ้นจนไม่แน่ใจว่าระบบการแพทย์ที่แต่เดิมเคยดีมาก่อนจะล่มสลายหรือไม่ถ้าไม่มีการแก้ไข

แพทย์ที่ยืนทำงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเพราะแพทย์โรงพยาบาลชุมชนส่งต่อมาให้ นอกจากนี้เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่จะแสวงหาของที่ดีกว่า ประเทศได้หันไปใช้บัตรประจำตัวไปโรงพยาบาลใดก็ได้ แต่ถ้าไปโรงพยาบาลใหญ่จะต้องจ่ายร่วมมากกว่า ปรากฏว่าคนยังเลือกไปโรงพยาบาลใหญ่ที่มีผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือพร้อมแม้จะต้องจ่ายมากกว่าก็ตาม เมื่อผู้ป่วยมากเวลาที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละรายก็น้อยลง โอกาสพลาดมีมาก เวลาอธิบายน้อยลง เมื่อผลการรักษาไม่เป็นที่พอใจผู้ป่วยก็จะฟ้องร้อง ทำให้แพทย์หมดกำลังใจ อุดส่าห์ทำงานเสียสละแล้ว ผลที่ได้รับคือถูกฟ้องร้องทำให้ไม่อยากดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป ออกไปอยู่โรงพยาบาลเอกชน ดูแลผู้ป่วยน้อยลงแต่รายได้มากขึ้น มีเวลาคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีขึ้น ในต่างประเทศที่พัฒนาแล้วเขาเข้าใจเรื่องนี้ดี เวลาผู้ป่วยไม่พอใจ ทางผู้บริหารและทางราชการเข้ามาช่วยเจรจาแทนแพทย์โดยไม่ไปทำให้แพทย์ไม่สบายใจ ทุกคนทราบดีว่าแพทย์ไม่มีเจตนาทำร้ายผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลเข้าไปช่วยให้อาการใจแพทย์ไม่ให้เสียขวัญ เปรียบเสมือนนักฟุตบอลยิงลูกจุดโทษไม่เข้า เขาก็เสียใจอยู่แล้วไม่ใช่ไปทำโทษซ้ำเติมแต่ควรไปปลอบใจให้กำลังใจ

มีบ่อยครั้งที่ความเสียหายเกิดจากผู้ป่วยเองแต่กลับมาร้องความเสียหาย เมื่อเดือนที่แล้วได้มีมารดาพาบุตรอายุสองเดือนไปพบแพทย์เรื่องเป็นไข้ อาเจียน ถ่ายเหลว แพทย์ที่ดูสั่งให้อยู่โรงพยาบาลทันที แต่มารดาขอไปอยู่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ความจริงไม่ได้ไปโรงพยาบาลใกล้บ้านตามที่ตกลงกับแพทย์ไว้ แต่เอาบุตรกลับบ้าน อีกสามวันต่อมาจึงพาไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์ที่ตรวจรับนำเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต และทำการผ่าตัดทันทีเพราะลำไส้ทะลุ เยื่อช่องท้องอักเสบต้องตัดต่อลำไส้ มีการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง ในที่สุดผู้ป่วยถึงแก่กรรมในสองสามวันต่อมา มารดาผู้ป่วยฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากโรงพยาบาล ทั้งๆ ที่มารดาไม่ได้ทำตามแพทย์แนะนำตั้งแต่ต้น ปล่อยให้อาการหนักมากจนแก้ไขไม่ได้แล้วจึงพามาโรงพยาบาล แพทย์ที่ทำการผ่าตัดผิดพลาดมาก หมดกำลังใจในการทำงาน ความจริงน่าจะมีการลงโทษมารดาที่ทำให้บุตรเสียชีวิตเหมือนในต่างประเทศที่ถือว่ามารดาละเลยในการดูแลบุตร แต่ประเทศไทยโทษแต่แพทย์ สักวันหนึ่งคงไม่มีใครรักษาคนไข้หนักใกล้ตายเป็นแน่

รัฐบาลจะเก็บภาษีจากคณะบุคคลร้อยละสิบจากรายรับโดยไม่หักค่าใช้จ่าย แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยประกันสังคมได้ค่าตรวจจ่ายละหนึ่งร้อยบาท ทางโรงพยาบาลขอหักไปห้าสิบบาทเป็นค่าบริหารจัดการ สรรพการเก็บอีกยี่สิบบาท แพทย์ได้ค่าตรวจจ่ายละสามสิบบาท ถ้าหักค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นแล้วเหลือรายละสิบกว่าบาท ในอนาคตจะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญยอมดูแลผู้ป่วยประกันสังคมหรือไม่คงจะมีแต่แพทย์ทั่วไปที่รับรายได้ประจำเป็นรายเดือนเท่านั้น ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัญหาเท่านั้น


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา



3



7



35



9



13



18



23

3 โลกกว้างทางแพทย์

- ผลลัพธ์การเสริมวิตามินดีป้องกันปวดเข่าและสูญเสียกระดูกอ่อน
- Bisphosphonates และความเสี่ยงมะเร็งทางเดินอาหาร
- ความกดดันทางจิตและสังคมเศรษฐกิจต่อการตายทุกสาเหตุ

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. เตรียมฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ปี 56 เร็วขึ้น และฉีดให้กลุ่มเสี่ยงทุกคน
- สธ. ทำสมุดคู่มือแม่-ลูก 5 ภาษา ดูแลแม่ไทย-ต่างชาติ
- สธ. กระจาย 98 ศูนย์เชี่ยวชาญ 10 สาขาทั่วประเทศ ลดป่วย-ตาย

8 Talk of the Town

ไอคิวต่ำ ต้องแก้หรือแค่มองผ่าน ?

9 In Focus

สะท้อนมุมมองปัญหา
คุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย

12 เสี้ยวหนึ่งของชีวิต

พระคลัง

13 Special

ศ.ดร.นพ.นิพนธ์ ฉัตรทิพากร
เจ้าของผลงานวิจัยเด่น สกว. ประจำปี 2555
จากผลการวิจัยเรื่อง "สรีรวิทยาทางไฟฟ้าและพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจ"

16 Systematic Review

ชีลีเนียมกับโรคหัวใจ

17 Get Up

- เอฟดีเอรับรองยาวันโรคใหม่
- เลิกบุหรืลดหวาดวิตก
- ฟรุทโตสทำสมองลึ่มอึม

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

อวัจนภาษา

21 เสียงแพทย์

มหันตภัย 30 นาทีรักษาทุกโรค
ตอน ภัยต่อระบบบรรณาภิบาลในการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

23 R2R

นวัตกรรม เปิดใจ...ใส่จังหวะ "Pacemaker"
งานวิจัยดีเด่น ปี 55 จาก ร.พ.สรรพสิทธิประสงค์

25 เฉพาะโรค

หมวกอเมริกันฟุตบอล

27 มุมนิติเวช

สมาชิกกับสิทธิการเลือกหรือรับเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา
(Member's Right To Elect Or To Be Elected For Thai Medical Council Committee)

30 จุฬาปริทัศน์

Chest Physical Therapy and Suctioning

33 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ปอดเทียม (ตอนที่ 1)

35 รายงานพิเศษ

เห็ดทางการแพทย์สายพันธุ์ญี่ปุ่นกับกลไกเสริมภูมิคุ้มกัน

36 ปกตินกะฆ่า

1 ทศวรรษแห่งความก้าวหน้าในการรักษาโรคมะเร็งรังไข่

37 ปกตินกะฆ่า

แพทย์ไทยร่วมสร้างสถิติโลกเฉลิมพระเกียรติฯ
ส่งทีมแพทย์เฉพาะทางออกหน่วยแพทย์อาสา รักษาฟรี

39 เกาะติดงานประชุม

- สมาคมศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้าฯ จัด Masterclass Rhinoplasty ชูธีม 'All Aspects of Nose Surgery'
- ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศิริราช จัดประชุมวิชาการ OB-GYN in Practice 2013: X-rated OB-GYN ตรงประเด็น ตรงใจ ทันยุคทันสมัย ทันเหตุการณ์โลกปัจจุบัน
- ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจัดประชุมวิชาการงานบริการโลหิตระดับชาติ ครั้งที่ 21 "ยกระดับการเฝ้าระวังงานบริการโลหิตให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย"

42 ข่าวนวัตกรรม

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS

โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์ ตอนที่ 3 ภาวะเลือดไม่แข็งตัวขณะตั้งครรภ์

ผลลัพธ์การเสริมวิตามินดี ป้องกันปวดเข่าและสูญเสียกระดูกอ่อน

JAMA 2013;309(2):155-162.

บทความเรื่อง Effect of Vitamin D Supplementation on Progression of Knee Pain and Cartilage Volume Loss in Patients With Symptomatic Osteoarthritis A Randomized Controlled Trial รายงานว่า โรคข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis - OA) อันเป็นความผิดปกติของกระดูกอ่อนและกระดูกโดยรอบเป็นปัญหาสำคัญในด้านสาธารณสุขซึ่งยังไม่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยมีงานวิจัยบางชิ้นเสนอว่าวิตามินดีอาจป้องกันการดำเนินโรคได้

บทความนี้รายงานผลจากการศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลา 2 ปี เพื่อศึกษาว่าการเสริมวิตามินดีสามารถลดอาการและการดำเนินโรคของข้อเข่าเสื่อมได้หรือไม่ งานวิจัยครอบคลุมผู้เข้าร่วมวิจัย 146 ราย ซึ่งมีการข้อเข่าเสื่อม (อายุเฉลี่ย 62.4 ปี [SD, 8.5]; เป็นผู้หญิง 57 ราย [61%], มีเชื้อสายยุโรป 115 ราย [79%]) โดยรวบรวมจากศูนย์การแพทย์ Tufts Medical Center ที่นครบอสตันระหว่างเดือนมีนาคม ค.ศ. 2006 และมิถุนายน ค.ศ. 2009

การแทรกแซงทำโดยผู้ให้เข้าร่วมวิจัยได้รับยาหลอก หรือ cholecalciferol แบบยารับประทานขนาด 2,000 หน่วยสากล/วัน โดยเพิ่มขนาดเพื่อให้ระดับในซีรัมสูงกว่า 36 นาโนกรัม/มิลลิลิตร และมาตรวจวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการปวดเข่า (Western Ontario and McMaster Universities [WOMAC] pain scale, 0-20: 0, no pain; 20, extreme pain) และการสูญเสียกระดูกอ่อนประเมินจาก MRI และ secondary endpoint ประกอบด้วยการทำงานด้านร่างกาย, การทำงานของเข่า (WOMAC function scale, 0-68: 0, no difficulty; 68, extreme difficulty), ความหนาของกระดูกอ่อน, ความผิดปกติของไขกระดูก และ

ช่องว่างระหว่างข้อจากการถ่ายภาพรังสี

ผู้ป่วย 85% เข้าร่วมในการศึกษาจนกระทั่งเสร็จสิ้น โดยพบว่าระดับ 25-hydroxyvitamin D ในซีรัมสูงขึ้นเฉลี่ย 16.1 นาโนกรัม/มิลลิลิตร (95% CI, 13.7 ถึง 18.6) ในกลุ่มที่ได้วิตามินดีและเฉลี่ย 2.1 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร (95% CI, 0.5 ถึง 3.7) ($p < 0.001$) ในกลุ่มยาหลอก ระดับอาการปวดที่เล็กลงในกลุ่มที่ได้วิตามินดี (เฉลี่ย 6.9; 95% CI, 6.0 ถึง 7.7) รุนแรงกว่าเล็กน้อยเทียบกับกลุ่มยาหลอก (เฉลี่ย 5.8; 95% CI, 5.0 ถึง 6.6) ($p = 0.08$) ขณะที่การทำงานของเข่าต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ได้วิตามินดี (เฉลี่ย 22.7; 95% CI, 19.8 ถึง 25.6) เทียบกับกลุ่มยาหลอก (เฉลี่ย 18.5; 95% CI, 15.8 ถึง 21.2) ($p = 0.04$) อาการปวดในทั้งสองกลุ่มลดลงเฉลี่ย -2.31 (95% CI, -3.24 ถึง -1.38) ในกลุ่มที่ได้วิตามินดีและ -1.46 (95% CI, -2.33 ถึง -0.60) ในกลุ่มยาหลอกโดยไม่มีผลต่างที่มีนัยสำคัญในทุกช่วงเวลา อัตราการสูญเสียกระดูกอ่อนอยู่ในระดับใกล้เคียงกันในทุกสองกลุ่ม (เฉลี่ย -4.30; 95% CI, -5.48 ถึง -3.12 vs เฉลี่ย -4.25; 95% CI, -6.12 ถึง -2.39) ($p = 0.96$) และไม่พบความแตกต่างใน secondary clinical endpoint ทุกด้าน

การเสริมวิตามินดีเป็นระยะเวลา 2 ปีในขนาดที่สามารถเพิ่ม 25-hydroxyvitamin D plasma level ให้สูงกว่า 36 นาโนกรัม/มิลลิลิตร ไม่ได้ลดอาการปวดเข่าหรือการสูญเสียกระดูกอ่อนในผู้ป่วยที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมเมื่อเทียบกับยาหลอก

Abiraterone ในมะเร็งต่อมลูกหมากไม่เคยได้เคมีบำบัด

N Engl J Med 2013;368:138-148.

บทความเรื่อง Abiraterone in Metastatic Prostate Cancer without Previous Chemotherapy Background รายงานว่า abiraterone acetate ซึ่งเป็น androgen

biosynthesis inhibitor ส่งผลดีต่อการรอดชีพโดยรวมในผู้ป่วย metastatic castration-resistant prostate cancer ภายหลังเคมีบำบัด นักวิจัยจึงศึกษาผลของยานี้ในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับเคมีบำบัดมาก่อน

งานวิจัยมีรูปแบบเป็นการศึกษาเปรียบเทียบโดยได้สุ่มให้ผู้ป่วย 1,088 ราย ได้รับ abiraterone acetate (1,000 มิลลิกรัม) ร่วมกับ prednisone (5 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง) หรือยาหลอกร่วมกับ prednisone และ coprimary endpoint ได้แก่ การรอดชีพโดยปราศจากการลุกลามของโรคประเมินจากภาพถ่ายรังสีและการรอดชีพโดยรวม

การศึกษาเปลี่ยนรูปแบบเป็น unblinded ภายหลังพบการเสียชีวิต 43% จากที่คาดการณ์ไว้ การรอดชีพโดยปราศจากการลุกลามของโรคประเมินจากภาพถ่ายรังสีเท่ากับ 16.5 เดือนในกลุ่ม abiraterone-prednisone และ 8.3 เดือนในกลุ่มที่ได้ prednisone อย่างเดียว (hazard

ratio สำหรับ abiraterone-prednisone vs prednisone อย่างเดียวเท่ากับ 0.53; 95% confidence interval [CI], 0.45 ถึง 0.62; $p < 0.001$) ระหว่างระยะการติดตามเฉลี่ย 22.2 เดือน พบว่าการรอดชีพโดยรวมดีขึ้นในกลุ่ม abiraterone-prednisone (ยังไม่ได้ค่าเฉลี่ย vs 27.2 เดือนสำหรับ prednisone อย่างเดียว; hazard ratio, 0.75; 95% CI, 0.61 to 0.93; $p = 0.01$) แต่ไม่ข้ามขอบเขตประสิทธิภาพ การรักษาด้วย abiraterone-prednisone ให้ผลดีกว่า prednisone อย่างเดียวในแง่เวลาที่เริ่มการให้ cytotoxic chemotherapy, การให้ยาระงับปวดกลุ่ม opiate เพื่อระงับอาการปวดจากมะเร็ง, prostate-specific antigen progression และการเสื่อมลงของ performance status อนึ่ง อาการไม่พึงประสงค์ด้าน mineralocorticoid ระดับ grade 3 และ 4 และความผิดปกติจากผลทดสอบการทำงานของตับมักพบมากกว่าในกลุ่มที่ได้ abiraterone-prednisone

การรักษาด้วย abiraterone ส่งผลดีต่อการรอดชีพโดยปราศจากการลุกลามของโรคประเมินจากภาพถ่ายรังสีและมีแนวโน้มที่จะส่งผลดีต่อการรอดชีพโดยรวม นอกจากนี้ยังสามารถชะลอการทรุดลงและการเริ่มใช้เคมีบำบัดในผู้ป่วย metastatic castration-resistant prostate cancer

Bisphosphonates และความเสี่ยงมะเร็งทางเดินอาหาร

BMJ 2013;346:f114.

บทความวิจัยเรื่อง Exposure to Bisphosphonates and Risk of Gastrointestinal Cancers: Series of Nested Case-Control Studies with QResearch and CPRD รายงานผลจากความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับ bisphosphonates ประเมินจากข้อมูลการจ่ายยาและความเสี่ยงต่อมะเร็งกระเพาะอาหารและลำไส้ โดยรวบรวมข้อมูลเวชปฏิบัติทั่วไปในสหราชอาณาจักรจากฐานข้อมูล QResearch (660) และ Clinical Practice Research Datalink (CPRD) (643)

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุ ≥ 50 ปี และตรวจพบ primary gastrointestinal cancer ระหว่างปี ค.ศ. 1997-2011 โดยได้เทียบกับกลุ่มควบคุม 5 กลุ่มซึ่งเทียบเคียงในด้านอายุ เพศ, เวชปฏิบัติ และปีปฏิทิน มาตรวัดผลลัพธ์หลัก ได้แก่ odds ratios สำหรับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารและลำไส้ (ลำไส้ใหญ่, หลอดอาหาร, กระเพาะอาหาร) และการใช้ bisphosphonates โดยปรับตามการสูบบุหรี่, เชื้อชาติ, โรคร่วม และการใช้ยาอื่น

จากการรวบรวมพบผู้ป่วย 20,106 รายและ 19,035 ราย สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ 5,364 รายและ 5,135 รายสำหรับมะเร็งหลอดอาหาร และ 3,155 รายและ 3,157 รายสำหรับมะเร็งกระเพาะอาหารจากฐานข้อมูล QResearch และ CPRD การใช้ bisphosphonate

โดยรวม (จ่ายยาน้อยหนึ่งครั้ง) ไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งหลอดอาหาร หรือมะเร็งกระเพาะอาหารจากฐานข้อมูลทั้งสองตัว โดย odds ratios ที่ปรับแล้ว

(95% confidence interval) ของ QResearch และ CPRD เท่ากับ 0.97 (0.79 ถึง 1.18) และ 1.18 (0.97 ถึง 1.43) สำหรับมะเร็งหลอดอาหาร, 1.12 (0.87 ถึง 1.44) และ 0.79 (0.62 ถึง 1.01) สำหรับมะเร็งกระเพาะอาหาร และ 1.03 (0.94 ถึง 1.14) และ 1.10 (1.00 ถึง 1.22) สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ และจากการวิเคราะห์ที่ไม่พบความแตกต่างระหว่างชนิด bisphosphonate สำหรับความเสี่ยงต่อมะเร็งหลอดอาหารและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และสำหรับมะเร็งกระเพาะอาหารพบว่า การใช้ alendronate สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้น (1.47, 1.11 to 1.95; $p = 0.008$) แต่พบเฉพาะข้อมูลจาก QResearch เท่านั้น และไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาและไม่มีผลยืนยันจากการวิเคราะห์ความไว

ข้อมูลจากการศึกษาแบบ population based case-control study จากฐานข้อมูลเวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งมีขนาดใหญ่ขึ้นชี้ว่า การได้รับ bisphosphonates ไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อมะเร็งกระเพาะอาหารและลำไส้ที่พบทั่วไป



การบริโภคไข่และความเสี่ยงหลอดเลือดหัวใจตีบและสโตรค

BMJ 2013;346:e8539.

Egg Consumption and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke: Dose-Response Meta-

Analysis of Prospective Cohort Studies รายงานผลการวิเคราะห์ dose-

response meta-analysis จากงานวิจัยแบบ prospective cohort study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและหาค่าความสัมพันธ์ตามขนาดระหว่างการบริโภคไข่และความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและสโตรค

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลจาก PubMed และ Embase ก่อนมิถุนายน ค.ศ. 2012 และรายการอ้างอิงจากงานวิจัยและการศึกษาทบทวนที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่นำมาศึกษามีรูปแบบเป็น prospective cohort study ซึ่งมีค่า relative risks และ 95% confidence intervals ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือสโตรคจากการบริโภคไข่ ซึ่งจำแนกไว้ตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป

มีบทความ 8 ชิ้นและรายงาน 17 ชิ้น (โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 9 ชิ้น และสโตรค 8 ชิ้น) ที่เข้าเกณฑ์การรวบรวมในการวิเคราะห์อภิมาน (3,081,269 person-years และ 5,847 incident cases สำหรับ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และ 4,148,095 person-years และ 7,579 ราย incident cases สำหรับสโตรค) จากการวิเคราะห์ที่ไม่พบ curve linear association ระหว่างการบริโภคไข่และความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือสโตรค ($p = 0.67$ และ $p = 0.27$ สำหรับ non-linearity ตามลำดับ) และ summary relative risk ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสำหรับการบริโภคไข่เพิ่มขึ้นหนึ่งฟองต่อวันเท่ากับ 0.99 (95% confidence interval 0.85 ถึง 1.15; $p = 0.88$ สำหรับ linear trend) โดยไม่มี heterogeneity ระหว่างงานวิจัย ($p = 0.97$, $I^2 = 0\%$) สำหรับสโตรคพบว่า combined relative risk สำหรับการบริโภคไข่เพิ่มขึ้นหนึ่งฟองต่อวันเท่ากับ 0.91 (0.81 ถึง 1.02; $p = 0.10$ สำหรับ linear trend) โดยไม่มี heterogeneity ระหว่างงานวิจัย ($p = 0.46$, $I^2 = 0\%$) และจากการวิเคราะห์ในกลุ่มย่อยซึ่งเป็นเบาหวานพบว่า relative risk ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่บริโภคไข่มากที่สุดและน้อยที่สุดเท่ากับ 1.54 (1.14 ถึง 2.09; $p = 0.01$) และผู้ที่บริโภคไข่มากกว่ามีความเสี่ยงต่อ hemorrhagic stroke ต่ำกว่า 25% (0.57 to 0.99; $p = 0.04$)

การบริโภคไข่มากขึ้น (วันละหนึ่งฟอง) ไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือสโตรค ซึ่งความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ป่วยเบาหวาน ตลอดจนความเสี่ยงที่ลดลงต่อ hemorrhagic stroke จากการบริโภคไข่มากขึ้นในการวิเคราะห์กลุ่มย่อยสนับสนุนให้มีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป





จุลโภชนาการและผลลัพธ์การตั้งครรภ์

AMA Intern Med. Published online January 7, 2013

บทความวิจัยเรื่อง Micronutrient Supplementation and Pregnancy Outcomes: Double-Blind Randomized Controlled Trial in China รายงานว่า ความจำเป็นในการเสริมธาตุเหล็กหรือธาตุเหล็กร่วมกับจุล

โภชนาการอื่นควบคู่กับการเสริมกรดโฟลิกระหว่างคลอดยังมีข้อมูลไม่ชัดเจน นักวิจัยจึงศึกษาผลลัพธ์ต่อสุขภาพของมารดาและทารกจากการเสริมธาตุเหล็กร่วมกับกรดโฟลิกและการเสริมจุลโภชนาการรวมเทียบกับกรดโฟลิกอย่างเดียวในผู้หญิงตั้งครรภ์ซึ่งไม่เป็นเลือดจางหรือเป็นเลือดจางไม่รุนแรง

งานวิจัยศึกษาแบบ randomized double-blind controlled trial ในผู้หญิงตั้งครรภ์ท้องแรก 18,775 ราย ซึ่งเป็นเลือดจางไม่รุนแรงหรือไม่เป็นเลือดจางโดยรวบรวมจาก 5 เมืองทางภาคเหนือของจีนระหว่างเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2006 ถึงเมษายน ค.ศ. 2009 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับกรดโฟลิก (400 ไมโครกรัม) (กลุ่มควบคุม), กรดโฟลิก-ธาตุเหล็ก (30 มิลลิกรัม), หรือกรดโฟลิก, ธาตุเหล็ก, และวิตามินและแร่ธาตุ 13 ชนิดทุกวัน โดยให้ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์จนถึงคลอด โดย primary outcome ได้แก่ การตายระหว่างคลอด และ secondary

outcome ประกอบด้วยการตายในช่วงแรกเกิดและทารก, คลอดก่อนกำหนด, น้ำหนักแรกเกิด, ความยาวแรกเกิด, ระยะการตั้งครรภ์ และระดับ hemoglobin ของมารดาและภาวะเลือดจาง

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้หญิง 92.7% รับประทาน 80-100% ของโภชนาการเสริมตามคำแนะนำ และโดยเฉลี่ยรับประทาน 177 มื้อ เมื่อเทียบกับการรับประทานกรดโฟลิกทุกวันก่อนคลอดพบว่า การเสริมธาตุเหล็ก-กรดโฟลิกร่วมกับจุลโภชนาการอื่น หรือเสริมเฉพาะธาตุเหล็ก-กรดโฟลิกไม่มีผลต่ออัตราการตายระหว่างคลอด (8.8, 8.7 และ 8.3) ต่อการคลอด 1,000 ราย โดยมี relative risks (RRs) เท่ากับ 1.00 (95% CI, 0.68-1.46; $p = 0.99$) และ 0.94 (95% CI, 0.64-1.39; $p = 0.76$) ความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ต่อมารดาและทารกไม่แตกต่างกันยกเว้น RRs สำหรับภาวะเลือดจางในมารดาในช่วงสามเดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ซึ่งเท่ากับ 0.72 (95% CI, 0.63-0.83; $p < 0.001$) และ 0.71 (95% CI, 0.62-0.82; $p < 0.001$)

การเสริมธาตุเหล็ก-กรดโฟลิกและจุลโภชนาการอื่นระหว่างคลอดในหญิงตั้งครรภ์ชาวจีนซึ่งไม่เป็นเลือดจางหรือเป็นเลือดจางไม่รุนแรงสามารถป้องกันภาวะเลือดจางระหว่างตั้งครรภ์ได้ดีกว่าการเสริมกรดโฟลิกอย่างเดียว แต่ไม่มีผลต่อการตายระหว่างคลอดหรือผลลัพธ์อื่นในทารก



ความกดดันทางจิตและสังคมเศรษฐกิจต่อการตายทุกสาเหตุ

JAMA Intern Med 2013;173(1):22-27.

บทความวิจัยเรื่อง The Combined Association of Psychological Distress and Socioeconomic Status With All-Cause Mortality: A National Cohort Study รายงานว่าภาวะความกดดันทางจิตและสังคมเศรษฐกิจที่ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตาย นักวิจัยจึงศึกษาว่าระดับสังคมเศรษฐกิจที่ต่ำมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของภาวะความกดดันทางจิตต่อการตายทุกสาเหตุหรือไม่

นักวิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย 66,518 คน

จาก Health Survey for England ซึ่งมีอายุ 35 ปี หรือมากกว่า และไม่เป็นมะเร็งและโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เส้นฐาน โดยทั้งหมดอาศัย

อยู่ในบ้านส่วนตัวในประเทศอังกฤษตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994-2004 การคัดเลือกอาศัย stratified random sampling และนำข้อมูลเทียบกับข้อมูลการตายของ Office of National Statistics (ติดตามเฉลี่ย 8.2 ปี) โดยประเมินภาวะความกดดันทางจิตใจด้วย 12-item General Health Questionnaire และวัดระดับสังคมเศรษฐกิจจากกลุ่มอาชีพ

อุบัติการณ์อย่างหยาบของการเสียชีวิตเท่ากับ 14.49 (95% CI, 14.17-14.81) ต่อ 1,000 person-years ภายหลังการปรับตามอายุและเพศพบว่า ภาวะความกดดันทางจิตใจและระดับสังคมเศรษฐกิจที่ต่ำสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้น ผลจาก stratified analysis ชี้ว่าความสัมพันธ์ของภาวะความกดดันทางจิตใจและการตายแตกต่างกันตามระดับสังคมเศรษฐกิจ (likelihood ratio test-adjusted $p < 0.001$) โดยพบความสัมพันธ์ชัดเจนที่สุดในกลุ่มที่มีระดับสังคมเศรษฐกิจต่ำสุด

ผลกระทบจากภาวะความกดดันทางจิตต่อการตายรุนแรงขึ้นจากระดับสังคมเศรษฐกิจที่ต่ำ ขณะที่ผู้ที่อยู่ในระดับสังคมเศรษฐกิจที่สูงกว่ามีอัตราการตายต่ำกว่า แม้รายงานว่ามีภาวะความกดดันทางจิตใจในระดับที่สูงกว่า



เปรียบเทียบ Exenatide และ Liraglutide ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Lancet 2013 Jan 12;381(9861):117-124.

บทความวิจัยเรื่อง Exenatide Once Weekly Versus Liraglutide Once Daily in Patients with Type 2 Diabetes (DURATION-6): A Randomised, Open-Label Study รายงานว่า exenatide และ liraglutide ซึ่งต่างก็เป็น glucagon-like peptide-1 receptor agonist มีข้อมูลว่าช่วยการควบคุมน้ำตาลและลดน้ำหนักในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นักวิจัยจึงเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ exenatide สัปดาห์ละครั้ง และ liraglutide วันละครั้งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

นักวิจัยศึกษาแบบ open-label, randomised, parallel-group study ระยะเวลา 26 สัปดาห์ จากศูนย์การแพทย์ 105 แห่งใน 19 ประเทศ ระหว่างวันที่ 11 มกราคม ค.ศ. 2010 และ 17 มกราคม ค.ศ. 2011 นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีหรือมากกว่าซึ่งได้รับการรักษาโดยให้คำแนะนำเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตและให้ยาลดน้ำตาลได้รับ liraglutide (1.8 มิลลิกรัม) แบบยาฉีดวันละครั้ง หรือ exenatide (2 มิลลิกรัม) แบบยาฉีดสัปดาห์ละครั้ง โดย primary endpoint ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระดับ glycated haemoglobin (HbA1c) จากเส้นฐานถึงสัปดาห์ที่ 26 และการวิเคราะห์เป็นแบบ intention to treat

จากผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่ม 912 คน มีผู้ป่วย 911 คนที่รวมไว้ใน intention-to-treat analysis (450 liraglutide, 461 exenatide) ค่า least-squares mean change ของ HbA1c สูงกว่าในผู้ป่วยกลุ่ม liraglutide (-1.48%, SE 0.05; n = 386) เทียบกับกลุ่ม exenatide (-1.28%, 0.05; n = 390) ซึ่งผลต่าง (0.21%, 95% CI 0.08-0.33) ยังไม่ถึงเกณฑ์ predefined non-inferiority criteria (ขีดจำกัดบนของ CI < 0.25%) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ เวียนศีรษะ (93 [21%] ในกลุ่ม liraglutide vs 43 [9%] ในกลุ่ม exenatide), ท้องเสีย (59 [13%] vs 28 [6%]) และอาเจียน 48 [11%] vs 17 [4%]) ซึ่งพบน้อยกว่าในกลุ่ม exenatide และลดลงตามระยะเวลาในทั้งสองกลุ่ม และพบด้วยว่ามีผู้ป่วย 24 คน (5%) ในกลุ่ม liraglutide และ 12 คน (3%) ในกลุ่ม exenatide หยุดยาเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์

การรักษาด้วย liraglutide วันละครั้ง และ exenatide สัปดาห์ละครั้งสามารถฟื้นฟูการควบคุมระดับน้ำตาล โดยเห็นผลชัดกว่าจากการรักษาด้วย liraglutide ซึ่งข้อมูลนี้ประกอบกับความแตกต่างด้านจำนวนครั้งของการฉีดยาและความทนต่อยาสามารถสนับสนุนการพิจารณาการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2



BMJ 2013;346:f55.

บทความวิจัย Benefits of β blockers in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction: Network Meta-Analysis รายงานผลจากการศึกษาแบบ systematic review และ network meta-analysis ถึงประสิทธิภาพของยา β blocker ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่ายา β blocker ตัวใดให้ผลดีกว่าในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวและมีการบีบตัวของหัวใจห้องซ้ายลดลง หรือประโยชน์ของยาดังกล่าวเป็นผลมาจากผลของยาทั้งกลุ่ม

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลงานวิจัยเปรียบเทียบระหว่างยา β blocker และระหว่าง β blocker กับยาอื่นจาก CINAHL (1982-2011), Cochrane Collaboration Central Register of Controlled Trials (-2011),

ประโยชน์ของยา β blockers ในหัวใจล้มเหลวและหัวใจบีบตัวลดลง

Embase (1980-2011), Medline/PubMed (1966-2011) และ Web of Science (1965-2011) โดย primary endpoint ได้แก่ การตายจากทุกสาเหตุจากการติดตามนานที่สุดเท่าที่มีข้อมูลประเมินด้วย odds ratios และ Bayesian random effect 95% credible intervals

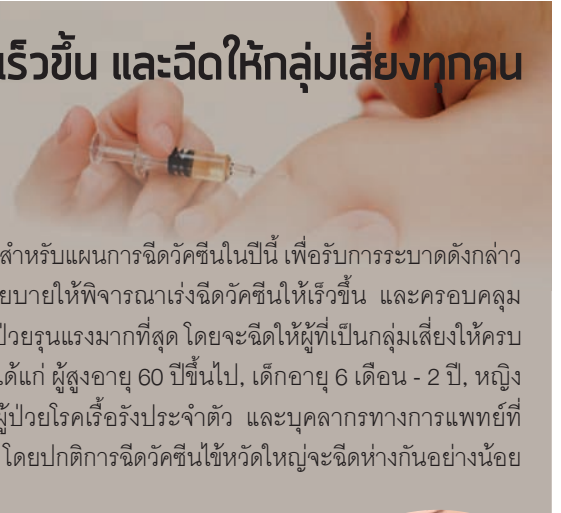
มีงานวิจัยที่รวบรวมได้ 21 ชิ้น ซึ่งศึกษาผลของ atenolol, bisoprolol, bucindolol, carvedilol, metoprolol และ nebivolol โดยพบว่า ยา β blocker ให้ผลดีด้านการตายเมื่อเทียบกับยาหลอกหรือการรักษามาตรฐานภายหลังเฉลี่ย 12 เดือน (odds ratio 0.69, 0.56 ถึง 0.80) อย่างไรก็ตาม ไม่พบผลต่างที่ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบระหว่างยา β blocker ในด้านความเสี่ยงการตาย, การตายกะทันหันจากโรคหัวใจ, การตายเนื่องจากภาวะ pump failure หรือการหยุดยา ขณะที่พบว่าการฟื้นฟูของการบีบตัวของหัวใจห้องซ้ายใกล้เคียงกันระหว่างยาที่ศึกษา

ประโยชน์ของยา β blocker ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องซ้ายลดลงน่าจะเป็นผลจากผลของยาทั้งกลุ่ม โดยไม่พบหลักฐานจากงานวิจัยในปัจจุบันที่สนับสนุนว่ายาใดมีประสิทธิภาพดีกว่าตัวอื่น

สร. เตรียมฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ปี 56 เร็วขึ้น และฉีดให้กลุ่มเสี่ยงทุกคน

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในปี พ.ศ. 2556 นี้ ได้สั่งวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เร็วขึ้น เพื่อเตรียมพร้อมฉีดและจะติดตามสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในอเมริกา ใน 1-2 เดือนนี้ว่ายังมีมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด หากประเมินสถานการณ์แล้วว่ามีแนวโน้มเข้าสู่ฤดูกาลระบาดเร็วขึ้น ก็จะเริ่มฉีดเร็วขึ้นคือตั้งแต่เดือนพฤษภาคม เนื่องจากโรคนี้ในประเทศไทยจะระบาดในช่วงหน้าฝน และเพิ่งดำเนินการฉีดให้ประชาชนกว่า 3 ล้านคน เสร็จสิ้นไปเมื่อเดือนมิถุนายน-ตุลาคม ที่ผ่านมานี้ ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงดังกล่าวมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคส่วนหนึ่ง

สำหรับแผนการฉีดวัคซีนในปี นี้ เพื่อรับการระบาดดังกล่าว ได้มอบนโยบายให้พิจารณาเร่งฉีดวัคซีนให้เร็วขึ้น และครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงป่วยรุนแรงมากที่สุด โดยจะฉีดให้ผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงให้ครบมากที่สุด ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป, เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี, หญิงตั้งครรภ์, ผู้ป่วยโรคเรื้อรังประจำตัว และบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย โดยปกติการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่จะฉีดห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน



สร. ทำสมุดคู่มือแม่-ลูก 5 ภาษา ดูแลแม่ไทย-ต่างชาติ

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบการดูแลแม่และเด็กซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของรัฐบาลอย่างมีคุณภาพ และดูแลต่อเนื่องจนถึงเด็กมีอายุ 5 ปี โดยได้ปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเล่มสี่หมูปฉบับใหม่ มี 5 ภาษา สำหรับคนไทยและต่างชาติคือ อังกฤษ พม่า มลายูท้งถิ่น และกัมพูชาที่อยู่ในประเทศไทยทั้งหมด เพื่อแจกจ่ายให้โรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศทั้งรัฐและเอกชนฟรี ใช้เป็นคู่มือพ่อแม่ในการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ มีแนวทางคัดกรองภาวะเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์แนวใหม่ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเริ่มนำมาใช้ในปีนี้เป็นครั้งแรก และการดูแลเลี้ยงดูลูกให้เติบโตอย่างแข็งแรงและมีพัฒนาการสมวัยทั้งร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม และมีจริยธรรม เน้นให้มีการบวกรกกัน กอด เล่น เล่า ในการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัว มีแนวทางในการคัดกรองและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กสำหรับพ่อแม่และเจ้าหน้าที่ ทำให้ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว เพื่อให้เป็นวัคซีนทางสุขภาพแก่เด็กทุกคนที่เกิดปีละประมาณ 8 แสนคน เตรียมความพร้อมเด็กเข้าสู่ระบบโรงเรียนอย่างสมบูรณ์แบบ ขณะนี้ฉบับภาษาไทยและอังกฤษแจกจ่ายแล้วบางส่วน และอยู่ระหว่างการจัดพิมพ์ฉบับภาษาพม่า มลายูท้งถิ่น และกัมพูชา คาดว่าจะใช้ได้แทนคู่มือฉบับเดิมภายในอีกประมาณ 3 เดือนนี้ นอกจากนี้จะให้โรงพยาบาลทุกแห่งแจกยาเม็ดไตรเฟอริดินให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคน ฟรีทุกระบบประกันสุขภาพ รับประทานวันละ 1 เม็ด ตั้งแต่เริ่มวางแผนจะมีบุตรหรือเริ่มตั้งครรภ์



สร. กระจาย 98 ศูนย์เชี่ยวชาญ 10 สาขาทั่วประเทศ ลดป่วย-ตาย

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขได้จัดเครือข่ายบริการสุขภาพออกเป็น 12 เครือข่าย ร่วมกับกรุงเทพมหานครอีก 1 เครือข่าย ครอบคลุม 77 จังหวัดทั่วประเทศ แต่ละเครือข่ายมี 5-7 จังหวัด ดูแลประชากร 4-6 ล้านคน ให้บริการมาตรฐานเดียวกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการที่มีคุณภาพมาตรฐานเท่าเทียม เบ็ดเสร็จภายในเครือข่ายบริการ

นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่ว ๆ ไปที่มี 98 แห่งทั่วประเทศ ให้เป็นศูนย์เชี่ยวชาญรักษาโรค 10 สาขาที่เป็นปัญหาของประเทศ ได้แก่ 1. โรคหัวใจและหลอดเลือด 2. มะเร็งและทารกแรกเกิด 3. โรคมะเร็ง 4. อุบัติเหตุ 5. โรคตา และโรคไต 6. จิตเวช 7. สาขาพื้นฐาน



หลัก 5 สาขา ได้แก่ สูติรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวช กระจกหรือออร์โธปิดิกส์ 8. ทันตกรรม 9. บริการปฐมภูมิ พยาบาล และสุขภาพองค์รวม 10. สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนของแต่ละเครือข่าย สามารถทำการรักษาด้วยการผ่าตัด หรือรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางได้มากขึ้น และพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเชื่อมโยงครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งในปี พ.ศ. 2556 ลดค่าใช้จ่ายเดินทางของผู้ป่วยและญาติให้ได้อย่างน้อย 10 ลดความรุนแรงของโรคเบาหวาน ความดัน

โลหิตให้ได้อย่างน้อย 50 มีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต เข้ามารักษาที่ รพ.สต. มากกว่าร้อยละ 50 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 เป็นต้น



กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เปิดเผยแพร่ผลสำรวจความฉลาดทางสติปัญญา หรือไอคิว (IQ) เด็กนักเรียนทั่วประเทศ สํารวจเมื่อปี

พ.ศ. 2554 พบว่าเด็กไทยทั่วประเทศมีไอคิวเฉลี่ย 98.59 จุด ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลยุคปัจจุบันคือ 100 จุด และเมื่อแบ่งเป็นภูมิภาคจะพบว่า เด็กใน

เขตกรุงเทพมหานครมีระดับไอคิวเฉลี่ยสูงสุด 104.5 จุด รองลงมาคือ ภาคกลาง 101.29 จุด ตามมาด้วยภาคเหนือ 100.11 จุด และภาคใต้ 96.85 จุด ส่วนภาคอีสานเด็กมีไอคิวน้อยที่สุดคือ 95.99 จุด

ด้วยเหตุนี้ในปี พ.ศ. 2556 ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายส่งเสริมให้เด็กมีไอคิวสูงขึ้น โดยจะให้ความรู้แก่พ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวดูติดต่อกัน 6 เดือน และเน้นพื้นที่ดำเนินงาน 3 จุด คือ คลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลทั่วประเทศ และศูนย์พัฒนา

เด็กเล็กที่มีประมาณ 20,000 แห่งทั่วประเทศ จากนั้นในปี พ.ศ. 2559 จะทำการสำรวจไอคิวเด็กไทยอีกครั้ง ซึ่งมั่นใจว่า ในปี พ.ศ. 2559 นี้ ไอคิวของเด็กไทยจะเข้าสู่มาตรฐานสากลคือ 100 จุด

ในส่วนของผลสำรวจการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ หรืออีคิว (EQ) ตัวเลขล่าสุดของปี พ.ศ. 2554 พบว่าเด็กนักเรียนไทยอายุ 6-11 ปี มีค่าคะแนนอีคิวเฉลี่ยพื้นฐานระดับประเทศอยู่ที่ 45.12 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติที่ต้องมีคะแนนเฉลี่ย 50 ขึ้นไป โดยเด็กนักเรียนที่มีคะแนนอีคิว 50 ขึ้นไปนั้น มีเพียงร้อยละ 28 เท่านั้น ดังนั้น ทางกระทรวงสาธารณสุขจะต้องพัฒนาเด็กเกือบร้อยละ 80 ที่มีคะแนนต่ำกว่าปกติ เพื่อให้ครบองค์ประกอบ 3 ด้านคือ ดี เก่ง สุข

ทั้งที่เป็นยุคที่เทคโนโลยีมีความก้าวหน้าอย่างมาก คนทุกกลุ่มช่วงอายุสามารถเข้าถึงได้อย่างง่ายดาย แต่เด็กไทยกลับมีการพัฒนาของไอคิวอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ อะไรคือสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อไอคิวเด็กไทย และจะสามารถพัฒนาไอคิวเด็กไทยให้ทันสากลได้หรือไม่ ลองฟังความคิดเห็นจากน้อง ๆ นักศึกษาแพทย์กลุ่มนี้กัน

ไอคิวต่ำ ต้องแก้หรือแค่มองผ่าน ?

นศพ.กัณยาพร สังกาภิการ

“ส่วนตัวแล้วมองว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เด็กไทยมีไอคิวต่ำน่าจะเกิดจากระบบการศึกษา ซึ่งรัฐบาลยังไม่ได้ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ รวมทั้งวิธีการเลี้ยงดูลูกของพ่อแม่ ผู้ปกครอง คิดว่าถ้าต้องการพัฒนาไอคิวเด็กไทยให้สูงขึ้นเทียบเท่าเด็กสากล หากมีการวางแผนที่ดี มีนโยบายที่ชัดเจน มีการร่วมมือกับโรงพยาบาลชุมชนด้วย ก็น่าจะมีโอกาสได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายแต่คงต้องใช้เวลาพอสมควร”



นศพ.ปณิธา ปราสาทหินพิมาย

“การที่เด็กไทยมีไอคิวค่อนข้างต่ำน่าจะเกิดจากพฤติกรรมมารับสื่อ เช่น ใช้อินเทอร์เน็ต หรือดูโทรทัศน์มากเกินไป ซึ่งการเคลื่อนไหวของภาพในจอภาพนั้นมีความเร็ว ส่งผลให้เด็กมีสมาธิสั้นลงทำให้ไอคิวและอีคิวน้อยลงด้วย และการอยู่กับสื่อมากเกินไปทำให้เด็กไม่ได้ใช้เวลาเล่นหรือการเรียนรู้ทักษะอื่น ๆ ซึ่งพฤติกรรมแบบนี้อาจทำให้สมองมีพัฒนาการที่ช้ากว่าที่ควร ส่วนการพัฒนาไอคิวเด็ก ส่วนตัวมองว่าการจะพัฒนาไอคิวเด็กไทยต้องเน้นที่การเลี้ยงดูของพ่อแม่เป็นหลัก”

นศพ.ภัทรวิภา วรรณ

“การพัฒนาไอคิวเด็กไทยให้ก้าวหน้าทันเด็กสากลดูเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะสำหรับผมแล้วการศึกษาของไทยยังไม่ดีนัก เพราะเด็กส่วนใหญ่ใช้ชีวิตในโรงเรียนมากกว่าอยู่กับพ่อแม่ เด็กจึงได้รับการซึมซับจากคุณครู เพื่อนฝูง และสังคมภายในโรงเรียนมากกว่า เพราะฉะนั้นจึงต้องพัฒนาระบบการศึกษาอีกมาก อยากให้หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการศึกษาของเด็กไทยปรับปรุงระบบการเรียนการสอนให้มีมาตรฐานที่สูงขึ้นอย่างจริงจัง”

นศพ.ณัฐวิภา ชีวาลกรฤกษ์

“การพัฒนาเด็กไทยให้มีไอคิวที่สูงขึ้นส่วนตัวแล้วคิดว่าน่าจะทำได้ แต่อาจต้องใช้เวลามากหน่อย เพราะในปัจจุบันระบบการศึกษาก็ยังเหมือนเดิมอยู่ เพียงแต่เพิ่มสื่อการเรียนที่เป็นเทคโนโลยีใหม่ ๆ ขึ้นมาเท่านั้น สิ่งสำคัญที่สุดคือการเลี้ยงดูของพ่อแม่ ควรจะเอาใจใส่ลูกให้ได้เรียนรู้ในหลาย ๆ ด้าน ทั้งทางจิตใจ อารมณ์ ความรู้ การฝึกทักษะด้านต่าง ๆ ทั้งเรียนทั้งเล่นควบคู่กันอย่างเหมาะสม อีกทั้งเด็กในยุคปัจจุบันสามารถเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้ง่ายมาก พ่อแม่ควรเอาใจใส่พฤติกรรมมารับสื่อของลูกเป็นพิเศษ”

สะท้อนมุมมองปัญหา คุณภาพการรักษาและความปลอดภัย ของผู้ป่วย



คุณภาพการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งในระบบสุขภาพ และเป็นปัจจัยอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย สำหรับประเทศไทยมีหลายปัจจัยที่กระทบต่อประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และภาพรวมสาธารณสุขของประเทศ ด้วยเหตุนี้องค์กรทั้งภาครัฐ เอกชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงร่วมกันกำหนดนโยบายด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนที่เหมาะสมกับประเทศไทย

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์
แห่งประเทศไทย กล่าวว่า ใน

สายตาของแพทย์ผู้รักษา การรักษาที่มีคุณภาพคือ การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ตรงกับโรค ทันต่อเวลาและสถานการณ์ทุกครั้ง แต่ทั้งนี้ในปัจจุบันกลับพบว่าระบบการรักษาในประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ด้วยข้อจำกัดหลายประการ



ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ปัญหาการขาดบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจุบันผู้ป่วยมีจำนวนมาก ขณะที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนน้อย ทำให้ไม่มีเวลาให้กับผู้ป่วยได้เพียงพอ โดยในทางทฤษฎีแล้วแพทย์ควรใช้เวลาตรวจผู้ป่วยคนละ 10-15 นาที แต่ในความเป็นจริงแพทย์มีเวลาตรวจผู้ป่วยคนละ 2-3 นาทีเท่านั้น

ปัญหาด้านนโยบายภาครัฐ แพทย์ขาดอิสระในการประกอบวิชาชีพ ไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้นอกเหนือจากกฎเกณฑ์ที่รัฐกำหนดไว้คือ ต้องรักษาด้วยยาแบบเดียวกันในผู้ป่วยที่เป็นโรคชนิดเดียวกัน ทั้งที่ผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกัน ไม่เหมือนรถยนต์ที่ผลิตมา 100 คัน สามารถใช้เครื่องจักรตัวเดียวกันผลิตได้ แต่คน 10 คน ถึงแม้จะเป็นโรคเดียวกัน อาจมีอาการไม่เหมือนกัน ตอบสนองต่อยาได้ไม่เหมือนกัน จึงไม่อาจใช้ยาตัวเดียวกันได้ ต้องมีการปรับให้เข้ากับแต่ละปัจเจกบุคคลตามหลักทางการแพทย์

ปัญหาด้านผู้ป่วย ปัจจุบันมีแต่การให้สิทธิผู้ป่วย แต่

ไม่มีหน้าที่ผู้ป่วย การรักษาฟรีแบบไม่จำกัดจำนวนครั้ง ทำให้ผู้ป่วยไม่ดูแลสุขภาพของตน เสียเงินไปกับสิ่งที่ไม่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น การเสริมความงาม เมื่อมีสิทธิโดยไม่มีขีดจำกัด ทำให้ผู้ป่วยเรียกร้องสิทธิกันมากขึ้น เมื่อไม่ได้ดังใจก็ร้องเรียน นอกจากนี้ยังไม่เห็นคุณค่าของยา เนื่องจากไม่ต้องจ่ายค่ายา ทำให้เกิดการสะสมยาไว้ที่บ้าน รวมถึงขาดความเคารพในผู้ให้การรักษา เพราะถือว่าเป็นสิทธิของตน

นพ.อำนาจ กาจันะ
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
สาธารณสุข กล่าวว่า คุณภาพการ

รักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นความท้าทายเชิงนโยบายระดับต้น ๆ ของประเทศและระดับโลก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญ โดยเฉพาะเรื่องของ



นพ.อำนาจ กาจันะ

ความพึงพอใจ และคุณภาพการรักษาที่ได้มาตรฐานและปลอดภัยตามที่ประชาชนเรียกร้องต่อผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน ซึ่งก็ได้พยายามผลักดันเพื่อให้เกิดความเป็นรูปธรรม

การพัฒนาและเชื่อมโยงฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่ถูกต้องถือเป็นอีกหนึ่งเรื่องที่ต้องเร่งดำเนินการ โดยผลของการจัดการระบบข้อมูลจะถูกประเมินและพัฒนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งและวัฒนธรรมความปลอดภัยให้กับระบบบริการสุขภาพ เช่น เรื่องเวชระเบียน ระบบการเฝ้าระวังการใช้ยา ระบบการรายงานอุบัติการณ์ ระบบการเฝ้าระวังของเลือด การผ่าตัดมารดาแรกเกิด ที่ถึงแม้จะมีความเข้มแข็งในระดับหนึ่งแต่ยังคงต้องพัฒนาต่อ ซึ่งฐานข้อมูลทั้งหมดนี้จะต้องมีการเชื่อมโยงกัน เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์สูงสุดของการจัดการข้อมูล สามารถพัฒนาระบบภายใต้ฐานข้อมูลเดิมที่มีความเข้มแข็ง นำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในระดับอย่างมั่นคง

นอกจากนี้ภาครัฐต้องจัดการระบบการคลัง และจัดสรรเงินสนับสนุนให้แก่หน่วยแพทย์ต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับความเป็นไปในปัจจุบัน เพื่อให้การพัฒนากระบวนการสุขภาพเกิดประสิทธิภาพสูงสุด



ด้าน ศ.นพ.อภิชาติ ศิวยาธร นายกสมาคมพัฒนาผู้นำด้านบริการสุขภาพแห่งประเทศไทย กล่าวว่า ต้องยอมรับว่าขณะนี้การให้บริการทางการแพทย์ยังมีข้อบกพร่องในหลายจุด จากเสียงสะท้อนของผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลรักษาที่เหมาะสม



ศ.นพ.อภิชาติ ศิวยาธร

“ในปัจจุบันผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในระบบบริการมากกว่าในอดีต เมื่อมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น แน่นอนว่าความคาดหวังก็ย่อมจะสูงขึ้นตามไปด้วย และเมื่อความคาดหวังสูงขึ้นเวลาที่เรารู้อถึงเรื่องคุณภาพ สำคัญที่สุดคือคุณภาพการรักษา ซึ่งถ้ามองในแง่คุณภาพการบริการ แม้จะไม่ได้ได้รับความพึงพอใจเท่าที่ควร แต่ถ้าหากได้รับการรักษาที่ดี ได้คุณภาพมาตรฐานและปลอดภัย ก็น่าจะช่วยสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นได้ แต่ถ้าการรักษาไม่ดี ไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน การบริการก็ไม่ดี ย่อมก่อให้เกิดความคับข้องใจ และนำไปสู่การร้องเรียน ฟ้องร้องในท้ายที่สุด”

ศ.นพ.อภิชาติ กล่าวอีกว่า หัวใจของคุณภาพการรักษาที่แท้จริงคือ การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้กระบวนการคุณภาพประสบความสำเร็จได้นั้น ผู้นำต้องส่งเสริมให้บุคลากรมีใจรักและจริงจัง ทำงานสร้างวัฒนธรรมคุณภาพขึ้นในองค์กร ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการคุณภาพอย่างมั่นคงและยั่งยืน โดยจากงานวิจัยด้านสุขภาพจำนวนมากระบุว่า ปัจจัยของความสำเร็จขององค์กรอยู่ที่ผู้นำว่าร้อยละ 50

ผศ.ดร.สถาพร นิมสกุลรัตน์ อาจารย์ประจำสาขาเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กล่าวว่า คุณภาพการรักษาโดยใช้ยาจะดีได้นั้น คุณภาพยาต้องดีด้วย ไม่เช่นนั้นคงไม่สามารถทำให้คุณภาพการ



ผศ.ดร.สถาพร นิมสกุลรัตน์

รักษาดีได้

“ผู้ใช้คือผู้บริโภค บุคลากรทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นผู้เชี่ยวชาญ รั้งมาก รั้งน้อยอย่างไร ถ้าต้องใช้ยาในฐานะผู้ป่วย สิ่งที่จะคิดถึงคือ ยาที่อยู่ต่อหน้าเรา เวลาที่เราจะเอาเข้าปาก กิน หรือฉีดเข้าสู่ร่างกายจะต้องรักษาโรคได้ มีประสิทธิผลและไม่ทำอันตรายต่อร่างกาย นี่เป็นสิ่งที่คุณคนคาดหวังให้เป็นเช่นนั้น”

ทั้งนี้ในการผลิตยาในเชิงอุตสาหกรรม แต่ละครั้งไม่ได้ผลิต 1 หรือ 2 เม็ด แต่ผลิตเป็นรุ่น รุ่นละ 1 แสนเม็ด 2 แสนเม็ด 5 แสนเม็ด หรือ 1 ล้านเม็ดเป็นอย่างต่ำ ซึ่งในความจริงแล้ว มีโอกาสหลายครั้งที่จะมียาที่ไม่ได้มาตรฐานออกสู่ท้องตลาด ปนกับยาที่ได้มาตรฐาน อาจจะ 1% หรือ 5% หรือมากกว่านั้น ซึ่งตรงนี้ต้องยอมรับว่าค้นพบได้ยาก

ผศ.ดร.สถาพร กล่าวอีกว่า วิธีการควบคุมคุณภาพยาที่ผลิตออกมาคือ การสุ่มตรวจ อาจจะ 20 เม็ด หรือ 30 เม็ด ซึ่งถ้าจำนวนที่สุ่มนี้ผ่านมาตรฐานก็จะเหมารวมว่ายาก็ผลิตออกมารุ่นเดียวกันทั้งหมดนี้ผ่านมาตรฐานด้วยเช่นกัน จากนั้นยาเหล่านี้ก็จะถูกปล่อยออกสู่ท้องตลาด ซึ่งถ้าหากอยากสร้างความมั่นใจว่ายาทุกเม็ดได้มาตรฐานก็ต้องวิเคราะห์ยาทุกเม็ด แต่ถ้าวิเคราะห์ทุกเม็ดก็จะมีขาย เพราะนำไปวิเคราะห์หมด วิธีการนี้จึงเป็นไปได้ไม่ได้

“ความผิดพลาดที่อาจเกิดในการผลิต เช่น ส่วนผสมผิด ทำให้ยาออกฤทธิ์สูงเกินไป หรือต่ำเกินไป ปนเปื้อนฝุ่น ผง หรือสิ่งสกปรก ความเสื่อมสลายของยาที่มากกว่าที่กำหนดไว้ ปิดฉลากผิด หรือการที่ยาไม่สามารถออกฤทธิ์ในการรักษา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งสิ้น”

ทั้งนี้แม้การผลิตยาในระดับอุตสาหกรรมอาจเกิดความผิดพลาดได้ตลอดเวลาจากปัญหาต่าง ๆ ที่คาดไม่ถึง ทำให้ยาที่ขายในท้องตลาดบางส่วนอาจไม่ได้มาตรฐาน รวมทั้งมีการปนเปื้อน แต่ผู้ผลิตต้องระมัดระวังเสมอว่าผู้ป่วยทุกรายต้องการยาที่สามารถรักษาโรคได้ตามต้องการ รวมทั้งมีความปลอดภัยในการใช้ ดังนั้น ผู้ผลิตจึงต้องทำให้ยาทุกหน่วยที่ผลิตขึ้นมีคุณภาพได้มาตรฐาน ซึ่งแม้เป็นเรื่องยากแต่ก็ต้องพยายามอย่างเต็มที่โดยการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอย่างเคร่งครัด

“คุณภาพในเชิงอุตสาหกรรม หมายถึงความสม่ำเสมอในการผลิตยาที่ได้มาตรฐานคุณภาพ เพราะฉะนั้นปัจจัยที่มีผลที่



ทำให้ยาที่ผลิตออกมามีคุณภาพคือ ความเข้าใจและตระหนักในคุณภาพ ผู้ผลิตต้องมีความรู้ปัญหาใดที่ทำให้ยาที่ผลิตไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ที่สำคัญคือต้องผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยา (Good Manufacturing Practice: GMP) อย่างเคร่งครัด เพราะเป็นวิธีเดียวที่ทำให้ยาที่ผลิตออกมาไม่เป็นไปตามมาตรฐานน้อยที่สุด”

ในส่วนของ **ภญ.ชอ้งมาศ**
นิติศรุตคาริน นายกสมาคม
เภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

กล่าวว่า ขณะนี้สังคมของไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อีกทั้งในปัจจุบันสภาพสังคม ลักษณะการดำเนินชีวิต อาหารการกิน และสิ่งแวดล้อม ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มูลค่าการใช้ยาเพิ่มสูงขึ้นตามไป



ภญ.ชอ้งมาศ นิติศรุตคาริน

อย่างไรก็ดี หากมองในเรื่องของคุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากจะคำนึงถึงเรื่องคุณภาพของยาแล้ว การบริการด้านยา ทั้งในโรงพยาบาล คลินิก และร้านขายยา ถือเป็นอีกหนึ่งประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญ

“การให้บริการด้านยาที่โรงพยาบาลซึ่งมีความแออัดมาก การจ่ายยาแต่ละครั้ง ต้องทำด้วยความเร่งรีบเพื่อให้ทันกับเวลา และจำนวนผู้ป่วยที่รอคิว ด้านผู้ป่วย หลังจากรอคิวนาน เมื่อถึงคิวที่ต้องรับยาก็ไม่อยู่ในอารมณ์ที่พร้อมจะรับฟังและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ”

ไม่เพียงเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยรับยากลับบ้านไปแล้ว ยาหลายตัวมีปัญหาในการใช้ รับประทานแล้วมีผลข้างเคียง ทำให้ไม่เกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนได้ประสิทธิผลจากยา และในบางครั้งผู้ป่วยไม่พอใจในการรับประทานยา ได้รับยาไปแล้วไม่ได้ประสิทธิผลก็เปลี่ยนสถานรับบริการ ทำให้มียาเหลือสะสมอยู่ที่บ้านจำนวนมาก สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดการสูญเสียในระบบเศรษฐกิจของประเทศค่อนข้างมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ใช้ยาไม่เกิดประสิทธิผล บางครั้งกลายเป็นโรคยาทำ ซึ่งเป็นผลจากการใช้ยา

ไม่เหมาะสม กลายเป็นปัญหาจากการใช้ยาเพิ่มขึ้นมา เพราะฉะนั้นคุณภาพการบริการด้านยาจึงเป็นหัวใจของการบริการด้านสุขภาพที่สำคัญ

ภญ.ชอ้งมาศ กล่าวเพิ่มเติมว่า ร้านยาถือเป็นหน่วยบริการด้านแรกที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย ดังนั้น การส่งเสริมให้เป็นร้านยาคุณภาพที่มีเภสัชกรประจำร้านคอยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเสมือนเป็นหน่วยปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยา การรักษายาบาล รวมถึงความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ ถ้าสามารถทำให้ร้านยาเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพที่เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลได้ก็จะช่วยเพิ่มศักยภาพของร้านยาได้มากขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยตรง

“ร้านขายยาตาม ขย 1 หมายถึงร้านขายยาแผนปัจจุบันที่มีเภสัชกรเป็นผู้มีหน้าที่ตลอดเวลาเปิดทำการ ซึ่งมีจำนวน 14,000 ร้าน แต่ระบบของประเทศไทยยังไม่มีระบบใบสั่งเหมือนในต่างประเทศ ขณะเดียวกันเมื่อร้านยาอนุญาตให้เปิดแต่ไม่มีการบังคับใช้ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าเภสัชกรต้องอยู่ประจำร้านยา จึงมีร้านยากลุ่มหนึ่งเท่านั้นที่มีเภสัชกรประจำ ทำให้การเข้าถึงยาของผู้ป่วยได้รับการบริการจากผู้ให้บริการที่ไม่มีความรู้”

นอกจากนี้รัฐบาลต้องเอาใจจริงเอาใจเรื่องคุณภาพร้านยา โดยปัจจุบันมีโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา (Community Pharmacy Development and Accreditation) ภายใต้สภาเภสัชกรรม (Pharmacy Council) ที่กำหนดมาตรฐานร้านยา (Standard of Accredited Pharmacy) เพราะร้านยามีบทบาทสำคัญเปรียบเสมือนเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชน เป็นทางเลือกหนึ่งของประชาชนในการใช้บริการเมื่อมีอาการหรือเจ็บป่วยเบื้องต้น (common illness) นอกเหนือจากการจำหน่ายยา ร้านยายังเป็นแหล่งที่สามารถให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการแนะนำและส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสม

ทั้งนี้การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาด้านความปลอดภัยและคุณภาพของระบบสาธารณสุขประเทศไทยนั้น เพื่อสร้างความตื่นตัวให้แก่ผู้ให้บริการการรักษาพยาบาลและประชาชนให้ตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับคุณภาพในระบบสุขภาพ เพื่อร่วมกันหาแนวทางพัฒนาระบบคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขของประเทศไทยที่จะนำไปสู่การบริหารจัดการระบบความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วย





วันก่อนผมโชคดีเป็นอย่างมาก และถือได้ว่าเป็นบุญอย่างสูงที่ได้มีโอกาสไปกับท่านสมาชิกวุฒิสภา ประเสริฐ ประคุณศึกษาพันธ์ จากจังหวัดขอนแก่น ไปถวายสักการะแด่พระคลังในพระคลังมหาสมบัติ โดยการอนุญาตจากท่านอธิบดีกรมธนารักษ์ ซึ่งถือว่าเป็นเกียรติ เป็นบุญ และเป็นโชคอย่างสูงที่ได้มีโอกาสเช่นนี้ น้อยคนนักที่จะมีวาสนาเช่นนี้ ทั้งนี้คณะของเราได้รับการต้อนรับอย่างดียิ่งจากท่านผู้อำนวยการ และเจ้าหน้าที่ทุก ๆ ท่าน

ผมคิดว่ามีน้อยคนมากที่จะทราบเกี่ยวกับพระคลัง ผมจึงขอนำข้อมูลจากสารสำนักทรัพย์สินมีค่าของแผ่นดิน ฉบับที่ 22 ประจำเดือนเมษายน-กันยายน พ.ศ. 2555 มาเผยแพร่ให้พวกเราทราบ

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้โปรดเกล้าฯ ให้สร้างเทวรูปขึ้นประดิษฐานไว้ในอาคารที่ตั้งของพระคลังมหาสมบัติ หรือที่เรียกว่า “พระคลังในพระคลังมหาสมบัติ” โดยมีลักษณะเป็นเทวดาหล่อยืน ทรงเครื่องกษัตริยาราช สวมมงกุฎยอดชัย (หรือพระมหามงกุฎ) พระหัตถ์ขวาถือพระขรรค์ อันเป็นลักษณะของผู้ปกครองคุ้มครอง ส่วนพระหัตถ์ซ้ายถือดอกบัว อันเป็นสัญลักษณ์ของความอุดมสมบูรณ์ ความเจริญงอกงามและการบูชา ประดิษฐานอยู่ภายในซุ้มเรือนแก้วแบบเก๋งจีนทำด้วยไม้ฉันทน์ทาสีแดง มีประตูเป็นบานเพี้ยมถอดได้ แกะสลักลวดลายแบบจีน ลงรักปิดทอง

สันนิษฐานกันว่าการสร้างพระคลังมีนัยคล้ายกับการสร้างพระสยามเทวาริราช ทั้งในด้านรูปลักษณะในท่าที่ทรงยืนฉลองพระองค์ด้วยเครื่องทรงแบบกษัตริย์สวมมงกุฎยอดชัย ซึ่งหากจะเปรียบกับตัวโขนในมหากาพย์รามายณะหรือรามเกียรติ์แล้ว ตัวพระซึ่งเป็นเชื้อสายกษัตริย์ คือ “พระราม” หรือแม้แต่ “พระลักษมณ์” ก็สวม “มงกุฎยอดชัย” ซึ่งมีลักษณะคล้ายพระมหามงกุฎเช่นกัน นอกจากนี้ยังเปรียบเสมือนเทพดาศักดิ์สิทธิ์ที่คอยอภิบาลรักษา โดยองค์พระสยามเทวาริราชเป็นดังเทพที่คอยปกป้องบ้านเมือง ส่วน “พระคลัง” ดุจดั่งเทพผู้พิทักษ์รักษาทรัพย์สินมีค่าในพระคลังมหาสมบัติ

สำหรับนัยของดอกบัวที่พระหัตถ์ซ้ายของ “พระคลัง” นั้น กล่าวกันว่า “ดอกบัว” เป็นดอกไม้ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อทางศาสนาพุทธ และเทพเจ้าของฮินดู ซึ่งมีการนำมาใช้ในพิธีกรรมที่ศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ เพราะถือเป็นสิริมงคล นอกจากนี้ “ดอกบัว” ยังเป็นต้นเค้าของพุทธศิลป์ไทยซึ่งเห็นได้จากการนำรูปทรงดอกบัวมาใช้เป็นองค์ประกอบเชิงศิลป์ ซึ่งนิยมทำเป็นรูปรองรับพระพุทธรูป พระสถูปเจดีย์ รูปหัวหัวเสาในอาคารสถาปัตยกรรมไทย เทวรูป หรือรูปเคารพที่ทรงถือดอกบัว อาทิ

เทวรูปพระแม่ลักษมี ซึ่งเป็นเทพเจ้าแห่งความอุดมสมบูรณ์ รวมทั้งการนำรูปดอกบัวไปประทับบนเงินตรา เช่น รูปกระต่ายบนดอกบัวในเหรียญเงินทวารวดี รูปดอกบัวบนเงินพดด้วงสมัยอยุธยา และรูปบัวอุณาโลมบนเงินพดด้วงสมัยรัชกาลที่ 1 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ รวมถึงรูปแบบของเครื่องอิสริยยศหมวดเครื่องอุปโภค เช่น พานพระศรี หรือพานหมาก ตลอดจนรูปองค์ประกอบบนดวงตราและตราของเครื่องราชอิสริยาภรณ์ไทย ฯลฯ

ความเชื่อเกี่ยวกับ “พระคลัง” ว่าเปรียบดังเทพผู้พิทักษ์รักษาทรัพย์สินมีค่าในพระคลังมหาสมบัติ เป็นความเชื่อถือที่มีมาช้านาน เป็นสิ่งที่ควรค่าแก่การเคารพบูชา และเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจของข้าทูลละอองธุลีพระบาทที่รับราชการในพระคลังมหาสมบัตินับจากรุ่นสู่รุ่นสืบต่อกันมาจนถึงยุคปัจจุบัน ดังจะเห็นได้จากการที่ชาวกรมธนารักษ์ยังคงสืบทอดประเพณี “ถวายเครื่องสังเวย” (แปลว่า ให้อาหาร ให้เครื่องกิน ให้เครื่องเช่นไหว้) เทวรูปพระคลัง หรือที่ชาวกรมธนารักษ์เรียกกันว่า “พิธีไหว้เจ้าพ่อคลัง” ขึ้นทุกปีอย่างสม่ำเสมอมิได้ขาด เพื่อขอให้ความเป็นสิริมงคลเกิดขึ้นแก่ผู้สัการบูชา และเป็นสิ่งที่ทุกคนได้พร้อมใจกันกระทำด้วยจิตใจที่เต็มเปี่ยมไปด้วยพลังแห่งศรัทธาที่มีต่อ “เทวรูปพระคลังในพระคลังมหาสมบัติ” อย่างไม่เสื่อมคลาย

ทั้งนี้เรายังได้มีโอกาสเข้าไปกราบพระแก้วมรกตด้วย และเนื่องจากมีประชาชนทั้งไทย ต่างชาติ แ่นหนาแน่นมากทางด้านหน้า เราจึงได้รับอนุญาตให้เข้าไปทางด้านหลัง ซึ่งถือว่าเป็นบุญและเกียรติอย่างสูงเช่นกัน เสร็จแล้วจึงได้ไปเยี่ยมชม “ศาลาเครื่องราชอิสริยยศ เครื่องราชอิสริยาภรณ์ และเหรียญกษาปณ์” ซึ่งน่าดูน่าชมมาก ในโอกาสต่อไปผมจะเล่าให้ฟังถึงศาลานี้ ทรัพย์สินมีค่าของแผ่นดิน รวมทั้งการสร้างเหรียญที่ระลึกที่มีชื่อว่า “พระคลังในพระคลังมหาสมบัติ” ให้พวกเราทราบกันอีกด้วยครับ



ศ.ดร.นพ.นิพนธ์ จัทรทิพการ เจ้าของผลงานวิจัยเด่น สกว. ประจำปี 2555 จากผลการวิจัยเรื่อง “สรีรวิทยาทางไฟฟ้าและพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจ”

“หัวใจของการพัฒนางานวิจัยของประเทศคือ ต้องมีนักวิจัยที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอ” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ตระหนักในความจริงเรื่องนี้ จึงได้สนับสนุนงานวิจัยและสร้างนักวิจัยหลากหลายรูปแบบโดยไม่จำกัดอยู่เฉพาะในวงของนักวิชาการเท่านั้น แต่ได้ขยายขอบเขตไปถึงชาวบ้านและชุมชนด้วย เพื่อให้เกิดนวัตกรรมจากผลงานวิจัยที่หลากหลายสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง เพื่อให้สังคมไทยพัฒนาไปสู่สังคมที่ใช้ความรู้ในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ชุมชนสังคมและประเทศชาติ ตามเจตนารมณ์ของการก่อตั้ง สกว.

เพื่อแสดงความชื่นชมและให้กำลังใจแก่นักวิจัย ในทุก ๆ ปี สกว. ได้จัดให้มีการคัดเลือกและมอบรางวัลผลงานเด่นเพื่อเป็นเกียรติและเป็นแบบอย่างของการสร้างสรรค์ผลงานวิจัยที่มีคุณค่า สำหรับการคัดเลือกผลงานเด่นประจำปี พ.ศ. 2555 ที่ผ่านมานี้ สกว. มีขั้นตอนการคัดเลือก 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกเป็นการคัดเลือกของฝ่ายที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย และขั้นตอนที่สองเป็นการพิจารณาตัดสินโดยคณะกรรมการที่มีผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกร่วมด้วย ผลงานวิจัยที่ได้รับรางวัลผลงานเด่นจะต้องเป็นผลงานที่ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ มีการนำผลงานไปใช้ประโยชน์ในรูปแบบต่าง ๆ ตามธรรมชาติของงานนั้น ๆ อันได้แก่ การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ เชิงพาณิชย์ เชิงสาธารณะ เชิง

นโยบาย หรือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของคนและชุมชน ที่สำคัญคือ ได้ก่อให้เกิดหรือมีศักยภาพสูงในการก่อให้เกิดผลกระทบทางบวกในวงกว้าง ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของวงการนั้น ๆ โดยในปี พ.ศ. 2555 ที่ผ่านมานี้ มีผลงานเด่นที่ได้รับคัดเลือกรวมทั้งสิ้น 16 ผลงาน/โครงการ/ชุดโครงการ ซึ่งหนึ่งในผลงานเด่นที่ได้รับรางวัลด้านกลุ่มงานวิจัยเชิงวิชาการและมนุษยศาสตร์นี้ได้แก่ โครงการเรื่อง “สรีรวิทยาทางไฟฟ้าและพยาธิสรีรวิทยาของหัวใจ” ของ ศ.ดร.นพ.นิพนธ์ จัทรทิพการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.นพ.นิพนธ์ กล่าวถึงที่มาของโครงการนี้ว่า โรคหัวใจเป็นโรคที่สำคัญและทวีความรุนแรงขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจัดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการศึกษาเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาและป้องกัน เนื่องจากเป็นภาวะที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตเป็นจำนวนมากทั้งได้มีการคาดการณ์โดย World Health Organization (WHO) ว่าในปี พ.ศ. 2573 หรืออีก 17 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยโรคหัวใจทั่วโลกประมาณ 366 ล้านคน ดังนั้น การให้ความสำคัญด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาโรคหัวใจจึงได้รับการสนับสนุนจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก



สำหรับในประเทศไทยนั้น ปัญหาโรคหัวใจที่สำคัญที่ทางกลุ่มวิจัยให้ความสนใจคือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (heart attack) และภาวะหัวใจล้มเหลวจากการที่มีหลอดเลือดสมมากเกินไปในโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งทั้ง 2 โรคนี้ นอกจากจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเองแล้ว ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว และเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล เนื่องจากสามารถก่อให้เกิดโรคหัวใจชนิดเรื้อรังที่ต้องการค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงมาก

ในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น ปัญหาสำคัญที่คร่าชีวิตผู้ป่วยในกลุ่มนี้คือ ภาวะที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรงที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาไม่นานที่ รวมถึงการที่กล้ามเนื้อหัวใจตายจากภาวะนี้ เพราะยิ่งกล้ามเนื้อหัวใจตายมากเท่าไร การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยก็จะยิ่งแย่งเท่านั้น ทำให้การค้นหายาหรือวิธีที่จะรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรง รวมถึงการลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายให้มีขนาดน้อยลงให้มากที่สุดก็จะเกิดประโยชน์ในการรักษา และลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้มากเท่านั้น เนื่องจากปัจจุบันนี้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจสูงมากเป็น 2-4 เท่าของคนปกติ การศึกษาถึงยาด้านเบาหวานที่มีผลดีหรือผลเสียต่อหัวใจจึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาการเลือกใช้ยารักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างยิ่ง

สำหรับในผู้ป่วยธาลัสซีเมียนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเสียชีวิตจากการมีหลอดเลือดสมมากเกินในหัวใจแล้ว ทำให้เกิดหัวใจล้มเหลว จวบจนปัจจุบันเส้นทางการขนส่งนำเหล็กเข้าสู่หัวใจก็ยังเป็นที่ถกเถียงและยังไม่ทราบแน่ชัด การวิจัยเพื่อให้ทราบถึงการนำเหล็กเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจในโรคธาลัสซีเมียจะสามารถก่อให้เกิดองค์ความรู้สำคัญในการนำไปพัฒนาวิธีการที่มีประสิทธิภาพใหม่ ๆ เพื่อป้องกันการเกิดสะสมของเหล็กในกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากการที่มีเหล็กสะสมมากเกินไปในหัวใจได้ในอนาคตอีกด้วย

สาระสำคัญของโครงการวิจัยนี้มีการศึกษาที่สำคัญอยู่ 2 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และงานวิจัยด้านโรคหัวใจล้มเหลวจากภาวะหลอดเลือดสมมากเกินไปในหัวใจจากโรคธาลัสซีเมีย

โรคหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (heart attack) เป็นภาวะที่เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการอุดตันทำให้ไม่มีเลือดไปเลี้ยง ภาวะนี้จะสามารถก่อให้เกิดการเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่างชนิดร้ายแรงที่เรียกว่า “ฟิบริลเลชั่น” ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้วสามารถคร่าชีวิตผู้ป่วยได้ในเวลาไม่กี่นาที หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีโดยการปล่อยไฟฟ้าแรงสูงไปช็อกหัวใจ และเนื่องจากภาวะนี้ยังเกิดได้สูงในโรคเบาหวาน การศึกษาถึงผลของยาด้านเบาหวานต่อหัวใจในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการวิจัยนี้ได้ศึกษายาด้านเบาหวาน 2 กลุ่มคือ กลุ่ม PPAR gamma agonist และกลุ่ม DPP-4 inhibitor โดยได้ศึกษาตั้งแต่ระดับโมเลกุลไปจนถึงระดับปริคลินิก พบว่ายากลุ่มแรกสามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายลงได้ แต่กลับเพิ่มโอกาสของการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรงให้สูงขึ้นในขณะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และที่สำคัญคือ ยาในกลุ่มนี้ไม่สามารถป้องกันการทำลายไมโทคอนเดรียจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ การค้นพบนี้จึงสามารถอธิบายสาเหตุที่ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดการเสียชีวิตสูงกว่ายาด้านเบาหวานในกลุ่มอื่น ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่ายาด้านเบาหวานกลุ่ม DPP-4 inhibitor ซึ่งเป็นยากกลุ่มใหม่สามารถป้องกันการทำลายไมโทคอนเดรียจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ และสามารถลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรง รวมถึงสามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การค้นพบนี้จะนำไปสู่การพัฒนาหลักการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยเบาหวานที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกใช้อยากลุ่ม DPP-4 inhibitor และเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม PPAR gamma agonist

สำหรับงานวิจัยด้านหัวใจในโรคธาลัสซีเมียได้ค้นพบเป็นครั้งแรกว่า ไทพ์แคลเซียมแชนแนล เป็นช่องทางใหม่ที่น่าเหล็กเข้าสู่หัวใจในโรคธาลัสซีเมียได้ ตามปกติแล้วช่องทางชนิดนี้จะไม่พบในหัวใจของคนปกติ แต่จะสามารถพบได้ในหัวใจที่มีพยาธิสภาพ ได้แก่ ในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจล้มเหลว นักวิจัยได้ค้นพบเป็นครั้งแรกว่าในหัวใจของหนูธาลัสซีเมียจะมีการ



แสดงออกของช่องทางนี้ขึ้นในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และมีบทบาทสำคัญต่อการนำเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ นอกจากนี้ยังค้นพบว่า ค่าความแปรปรวนของหัวใจ (HRV) สามารถใช้ในการบ่งบอกค่าความผิดปกติของการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติในหัวใจของโรคธาลัสซีเมียได้ตั้งแต่ระยะต้นของโรค ก่อนที่จะตรวจพบการทำงานที่ผิดปกติของหัวใจ การค้นพบนี้อาจนำไปสู่การพัฒนาวิธีป้องกันและการรักษาแบบใหม่ในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากการที่มีเหล็กสะสมในหัวใจมากเกินไป และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพที่สูงมากยิ่งขึ้นในอนาคต

ด้านคุณค่าในส่วนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือ heart attack นั้น ผลการวิจัยบ่งชี้ว่า ยาต้านเบาหวานในกลุ่ม DPP-4 inhibitor น่าจะเป็นยาตัวเลือกในการใช้เพื่อรักษาและป้องกันในภาวะนี้ได้ เนื่องจากสามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายลงได้ และลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ยาในกลุ่ม PPAR gamma agonist นั้นกลับเกิดผลเสียมากกว่าผลดีในภาวะนี้

ในส่วนของการหัวใจล้มเหลวจากภาวะเหล็กเกินในโรคธาลัสซีเมียนั้น โครงการนี้ได้ค้นพบช่องทางใหม่ในการนำเข้าสู่เหล็กในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจในโรคธาลัสซีเมีย และได้รายงานเรื่องนี้เป็นครั้งแรกของโลก การค้นพบนี้อาจนำไปสู่ความเข้าใจในช่องทางการนำเข้าสู่เหล็กเข้าสู่หัวใจในโรคธาลัสซีเมีย และอาจนำไปสู่การพัฒนาเพื่อป้องกันการเข้าสู่เหล็กในหัวใจได้ในอนาคตอันใกล้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหลักในผู้ป่วยธาลัสซีเมียได้

สำหรับผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดจากโครงการวิจัยนี้นั้น ผลจากงานวิจัยเรื่องภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถของยาด้านเบาหวานในกลุ่ม DPP-4 inhibitor จะนำไปสู่การเลือกใช้ยาด้านเบาหวานที่เหมาะสมและสามารถ

ป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดร้ายแรง รวมถึงลดขนาดของกล้ามเนื้อที่ตายในผู้ป่วยที่เกิด heart attack รวมทั้งยังช่วยลดอัตราการเสียชีวิตที่สูงมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ในอนาคต

ส่วนผลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลไกการนำเหล็กเข้าสู่หัวใจในโรคธาลัสซีเมียนั้น เป็นการค้นพบช่องทางใหม่ที่น่าจะเป็นช่องทางหลักในการนำเหล็กเข้าสู่เซลล์ของหัวใจในโรคธาลัสซีเมีย นับเป็นการรายงานครั้งแรก สามารถนำไปสู่การคิดค้นและพัฒนาสารเคมีหรือยาตัวใหม่เพื่อนำไปใช้ในการป้องกันการนำเหล็กเข้าสู่หัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงซึ่งอาจจะนำไปใช้ควบคู่กับยาขับเหล็กที่มีอยู่เดิมเพื่อป้องกันการสะสมของเหล็กในหัวใจในโรคธาลัสซีเมีย และน่าจะป้องกันการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวจากการมีเหล็กสะสมมากเกินไปในหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สูงยิ่งขึ้น ที่สำคัญผลกระทบนอกจากจะมีต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้แล้ว ในด้านเศรษฐกิจยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการใช้รักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ลงได้อย่างมาก เพราะเป็นการป้องกันไม่ให้โรคพัฒนาไปเป็นแบบเรื้อรัง ซึ่งทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก

สุดท้ายนี้ ศ.ดร.นพ.นิพนธ์ ได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ที่ตั้งใจอยากทำงานวิจัยให้ประสบความสำเร็จว่า การทำวิจัยนั้นต้องเข้าใจว่าเป็นงานที่เราทำขึ้นมาเพื่อค้นหาคำตอบในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ได้ ทั้งนี้คำตอบที่เราค้นหามาได้ควรจะนำมาซึ่งประโยชน์แก่มวลมนุษยชาติในที่สุด โดยเฉพาะในสาขาที่ हमทำอยู่คือ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดังนั้น ถ้าเราตระหนักถึงจุดนี้ก็จะทำให้เราทำวิจัยแบบมีทิศทางที่ชัดเจน เป็นแรงผลักดันที่จะทำให้เราอยากทำงานวิจัยที่ติ่มากขึ้น และถ้าบวกกับการมีใจรักในการทำงานวิจัยที่กำลังทำอยู่เข้ามาร่วมด้วยก็จะยิ่งเสริมให้นักวิจัยสามารถทำงานวิจัยเรื่องนั้น ๆ ได้อย่างสนุกและมีโอกาสค้นพบคำตอบของคำถามวิจัย และประสบความสำเร็จในการทำวิจัยได้มากขึ้นนั่นเอง

ซีลีเนียมกับโรคหัวใจ

ซีลีเนียมเป็นแร่ธาตุที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ พบรายงานการวิจัยมากขึ้นในช่วงยี่สิบปีที่ผ่านมาถึงผลของซีลีเนียมว่าเป็นสารต้านอนุมูลอิสระที่สำคัญ แต่ความจริงแล้วซีลีเนียมเป็นโคเอนไซม์ของสารต้านอนุมูลอิสระ กล่าวคือเบต้าแคโรทีน วิตามินซี และวิตามินอี สารดังกล่าวจะทำงานไม่ได้หากไม่มีซีลีเนียมอยู่ด้วย โดยซีลีเนียมจะทำงานเสริมประสิทธิภาพซึ่งกันและกันกับสารต้านอนุมูลอิสระชนิดต่าง ๆ ดังนั้น ซีลีเนียมจึงเป็นสารที่ร่างกายขาดไม่ได้ หากต้องการต้านปฏิกิริยาของอนุมูลอิสระ ทุกวันนี้จึงอนุโลมเรียกซีลีเนียมว่าเป็นสารต้านอนุมูลอิสระตัวหนึ่งไปด้วย ซีลีเนียมยังเป็นส่วนของจำนวน selenoproteins ที่ลดการเกิดออกซิเดชันและป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังทั้งหลายรวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ (CVD) จึงเชื่อว่าซีลีเนียมช่วยลดความชรา ลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจได้ แต่ยังกังวลถึงผลของซีลีเนียมในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานประเภท 2

จากการตรวจค้นข้อมูลในฐานข้อมูล Cochrane Library, MEDLINE (Ovid), EMBASE, CINAHL (EBSCO), PsycINFO (Ovid) พบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสารซีลีเนียมที่มีผลต่อโรคหัวใจพบรายงานวิจัย 12 รายงานวิจัยที่รวบรวมผู้ถูกศึกษาจำนวน 19,715 คน มี 2 รายงานวิจัยที่เป็นการทดลองขนาดใหญ่ที่ทำในประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานผลการศึกษทางคลินิกจากการให้ซีลีเนียมไม่พบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (RR 0.97, 95% CI 0.88-1.08), ไม่พบการลดลงของค่าทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบชนิดรุนแรง (RR 0.97, 95% CI 0.79-1.2), ไม่พบการลดลงของค่าทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบชนิดไม่รุนแรง (RR 0.96, 95% CI 0.89-1.04) ไม่พบการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกประเภท ทั้งชนิด

ร้ายแรงและชนิดไม่ร้ายแรง (RR 1.03, 95% CI 0.95-1.11) พบความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับซีลีเนียมแต่ยังไม่มีย่นัยสำคัญทางสถิติ (RR 1.06, 95% CI 0.97-1.15) พบผลข้างเคียงหลังได้รับซีลีเนียม มีรายงานว่าทำให้เกิดผมม่วงได้ (RR 1.28, 95% CI 1.01-1.62) เกิดโรคผิวหนังอักเสบระยะที่ 1 ถึง 2 (RR 1.17, 95% CI 1.0-1.35) พบประโยชน์ของซีลีเนียมในการลดระดับ Cholesterol ในกระแสโลหิตได้แต่ไม่มีย่นัยสำคัญทางสถิติ (WMD - 0.11 mmol/L, 95% CI 0.3-0.07)

กล่าวโดยสรุป แม้จะพบว่าซีลีเนียมมีประโยชน์ในหลายด้าน แต่จากข้อมูลเชิงประจักษ์ยังไม่พบประสิทธิผลของซีลีเนียมในการลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอในการป้องกันปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงยังต้องการผลการศึกษาที่มากขึ้นในอนาคตต่อไป





มือครอบครัวกระตุ้นเด็กกินผัก

บีบีซี – การรับประทานอาหารร่วมกันเป็นครอบครัวช่วยปรับปรุงพฤติกรรม การรับประทานของเด็ก และเห็นผลแม้รับประทานร่วมกันเพียงสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

นักวิจัยอังกฤษรายงานว่า การรับประทานอาหารร่วมกันทั้งครอบครัวเป็นประจำช่วยให้เด็กสามารถรับประทานผักและผลไม้ได้วันละห้าส่วนอันเป็นระดับที่แนะนำ ขณะที่การรับประทานร่วมกันบางครั้งก็ช่วยให้เด็กรับประทานผักและผลไม้ได้ใกล้เคียงกับปริมาณที่กำหนดเช่นกัน

นักวิจัยเชื่อว่าการได้สังเกตพฤติกรรมรับประทานอาหารของพ่อแม่และพี่น้องในบ้านเป็นสาเหตุที่กระตุ้นเด็กปรับปรุงพฤติกรรมรับประทานของตนเอง และว่าการรับประทานอาหารร่วมกันเพียงสัปดาห์ละครั้งน่าจะช่วยกระตุ้นการรับประทานผักและผลไม้ได้ดีกว่าการพยายามแทรกแซงโภชนาการที่โรงเรียนด้วยซ้ำ

ด้านผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า การส่งเสริมโภชนาการที่ดีตั้งแต่เด็กจะช่วยให้พวกเขามีสุขภาพที่ดีในอนาคต รวมถึงสนับสนุนให้เด็กรู้จักเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และลดความเสี่ยงโรคจากโภชนาการ เช่น โรคหัวใจและเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเมื่อพิจารณาจากประโยชน์ในระยะยาวแล้วก็นับว่าการรับประทานอาหารร่วมกันเป็นครอบครัวเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าอย่างยิ่ง



เอฟดีเอรับรองยาวันโรคใหม่

เอฟดีเอ – สำนักงานอาหารและยาสหรัฐ (เอฟดีเอ) ประกาศรับรองยาวันโรคตัวใหม่เป็นครั้งแรกในรอบ 40 ปี

เอฟดีเอรับรองยาเซอร์ทิวโรของบริษัทยาฮันสันแอนด์จอห์นสัน สำหรับใช้ร่วมกับยาอื่นเพื่อรักษาวัณโรคชนิดรักษายาก ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่เอฟดีเอรับรองยาใหม่หลังจากที่ใช้ยาตัวเดิมมาตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 50-60

ยาเซอร์ทิวโรนี้พัฒนาขึ้นโดยเจาะจงสำหรับวัณโรคตัวยาลดหลายตัว อันเป็นวัณโรคที่เริ่มพบบ่อยและไม่สามารถรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อวัณโรคตั้งแต่สองตัวขึ้นไป ขณะเดียวกันประเมินว่าตัวเลขผู้ติดเชื้อแบคทีเรียก่อวัณโรคมีสัดส่วนถึงหนึ่งในสามของประชากรโลกทั้งหมด

ผู้นำแอมเบียดัน โรงพยาบาลสมุนไพรรักษาเอดส์



รอยเตอร์ส – ประธานาธิบดียาห์ยา แจมเมห์ ของแอมเบียดันประกาศเปิดโรงพยาบาลขนาด 1,111 เตียงสำหรับรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยสมุนไพรรักษา โดยไม่แยแสเสียงทักท้วงถึงอันตราย

ประธานาธิบดีแจมเมห์ ซึ่งเคยโอ้อวดว่าค้นพบวิธีรักษาโรคเอดส์ด้วยยาหม้อสมุนไพรมือหลายปีก่อน ประกาศในแถลงการณ์วันขึ้นปีใหม่ใหม่ว่าจะเปิดโรงพยาบาลรักษาเอดส์ด้วยสมุนไพรรักษาในปี พ.ศ. 2558 โดยตั้งเป้าที่จะรักษาผู้ป่วยเอดส์ให้ได้ปีละ 20,000 คน

เมื่อเดือนตุลาคมปีก่อน ผู้นำแอมเบียดันยังเปิดเผยด้วยว่ามีผู้ป่วยเอดส์เข้ารับการรักษาด้วยสมุนไพรรักษา 68 คน ซึ่งทั้งหมดหายขาดและออกจากโรงพยาบาลแล้ว และนับเป็นผู้ป่วยรุ่นที่เจ็ดตั้งแต่เริ่มให้การรักษาเมื่อ 5 ปีก่อน อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกและสหประชาชาติเตือนว่าโครงการรักษาเอดส์ของประธานาธิบดีแจมเมห์ อาจทำให้ผู้ป่วยทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และทำให้ยิ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

นอกจากประธานาธิบดีแอมเบียดันแล้ว ก็มีผู้นำหลายประเทศในภูมิภาคแอฟริกาที่ไม่เห็นความสำคัญของการแพทย์สมัยใหม่ และหันไปพึ่งสมุนไพรรักษาโรคเอดส์ รวมถึงรัฐบาลโดยอดีตประธานาธิบดีอาโบ เอ็มเบกิ ของแอฟริกาใต้ ซึ่งโดนวิจารณ์อย่างรุนแรงจากการประกาศว่าเชื้อเอชไอวีไม่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และรักษาโรคเอดส์ด้วยหัวบีตรูต

เลิกบุหรี่ลดหวาดวิตก

บีบีซี - การเลิกสูบบุหรี่ส่งผลดีช่วยลดอาการหวาดวิตก แอ้งความเชื่อเดิมที่ว่าบุหรี่ช่วยคลายเครียด

คณะนักวิจัยจากหลายสถาบันในอังกฤษรายงานผลการศึกษาจากการติดตามผู้เข้ารับการรักษาอาการติดบุหรี่ราว 500 คนระบุว่า ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มาแล้วครึ่งปีมีระดับอาการหวาดวิตกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และเห็นผลชัดเจนในผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์แปรปรวนและหวาดวิตกเทียบกับผู้ที่สูบบุหรี่เพื่อเอารสควัน

นักวิจัยกล่าวว่า ข้อมูลนี้นับเป็นหลักฐานที่จะให้ความมั่นใจแก่ผู้เข้ารับการรักษาอาการติดบุหรี่ว่าจะไม่ทำให้อาการหวาดวิตกรุนแรงขึ้น โดยชี้ว่าผู้ที่สูบบุหรี่เพื่อที่จะคลายความวิตกกังวลมักเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่ตื่นนอน แต่การสูบบุหรี่เป็นเพียงการกดอาการไว้ชั่วคราว และจะทำให้กลับมาเป็นอีกเมื่อหมดฤทธิ์บุหรี่ แต่การเลิกสูบบุหรี่จะตัดวงจรนี้ไปจึงช่วยลดอาการหวาดวิตกได้

งานวิจัยนี้มีขึ้นในช่วงเดียวกับที่ทางกรอังกฤษออกโฆษณาต้านบุหรี่ทางโทรทัศน์ โดยชี้ว่าบุหรี่เป็นตัวการทำให้เกิดมะเร็ง ขณะเดียวกันก็มีชาวอังกฤษจำนวนมากเตรียมเลิกบุหรี่เพื่อเริ่มชีวิตใหม่ในปีใหม่นี้



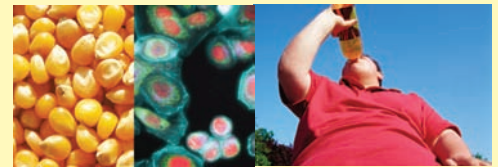
ฟรุกโตสทำสมองลึ้มอัม

เอพี - พบหลักฐานเป็นครั้งแรกชี้ว่าฟรุกโตสอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง ซึ่งอาจนำไปสู่การรับประทานเกินขนาด

ผลการศึกษาโดยนักวิจัยมหาวิทยาลัย Oregon Health & Science University ของสหรัฐรายงานว่า การบริโภคเครื่องดื่มผสมน้ำตาลฟรุกโตสทำให้สมองไม่รับรู้ความรู้สึกอิ่ม และยังคงทำให้เกิดความอยากอาหาร ต่างจากการบริโภคกลูโคสซึ่งจะกดการทำงานของสมองส่วนที่ทำให้เกิดความอยากอาหารจนทำให้รู้สึกอิ่ม

แม้ผลการศึกษาไม่ได้ฟันธงว่าฟรุกโตสหรือน้ำเชื่อมข้าวโพดฟรุกโตสสูงเป็นตัวการที่ทำให้เกิดโรคอ้วน แต่ผู้เชี่ยวชาญก็มองว่าผลการศึกษาเป็นหลักฐานที่สนับสนุนว่าฟรุกโตสอาจมีบทบาทต่อสถานการณ์โรคอ้วนในสหรัฐ เนื่องจากการบริโภคฟรุกโตสมีอัตราสูงขึ้นควบคู่กับตัวเลขคนอ้วนตามที่มีสัดส่วนถึงหนึ่งในสามของเด็กและวัยรุ่น และกว่าสองในสามในประชากรวัยผู้ใหญ่

ผู้เชี่ยวชาญยังแนะนำให้เลี่ยงผลกระทบจากการบริโภคน้ำตาลเกินขนาดด้วยการลดของหวาน โดยให้ยึดหลักควบคุมปริมาณและจำนวนครั้งในการบริโภค และไม่ถึงกับต้องเลิกรับประทานของหวานเด็ดขาด



อังกฤษอบรมพนักงานขับรถช่วยผู้โดยสารสมองเสื่อม

บีบีซี - ทางกรอังกฤษส่งพนักงานขับรถโดยสารหลายพันคนเข้าโครงการฝึกอบรมพิเศษเพื่อช่วยเหลือผู้โดยสารที่มีภาวะสมองเสื่อม

โครงการอันเป็นผลจากการผลักดันของนายกรัฐมนตรีเดวิด คาเมรอน ของอังกฤษเน้นให้พนักงานขับรถตระหนักถึงความยากลำบากที่ผู้ป่วยสมองเสื่อมต้องแบกรับ และการมีส่วนร่วมช่วยเหลือแบ่งเบาภาระแก่ผู้โดยสารที่มีภาวะสมองเสื่อม อันเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายส่งเสริมให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นในการประคับประคองชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เป็นสมองเสื่อม

โครงการฝึกอบรมสำหรับพนักงานขับรถนี้จะช่วยให้พนักงานทราบถึงสมองเสื่อมแต่ละประเภท และแนวทางที่พอจะช่วยเหลือผู้โดยสารที่มีอาการสับสนระหว่างอยู่บนรถ รวมถึงการจำแนกผู้ป่วยสมองเสื่อมที่อาจสร้างปัญหาบนรถกับผู้โดยสารเกรงที่อาจพบทั่วไป นอกจากนี้ยังรวมถึงการบริการด้วยรอยยิ้มและสื่อสารด้วยการมองตา เพื่อให้ผู้ป่วยค่อย ๆ กลับมารู้สึกตัวอีกครั้ง โดยคาดว่าพนักงานขับรถโดยสารราว 3,000 คนที่สำเร็จหลักสูตรฝึกอบรมจะเริ่มทยอยมาให้บริการภายในเดือนกุมภาพันธ์นี้



อวัจนภาษา



เคยไปเที่ยวเมืองจีนกันไหมคะ?

เมื่อไม่นานนี้ฉันมีโอกาสไปเที่ยวเมืองจีน ก็พบว่าอาหารจีนมีรสชาติอร่อยมากโดยเฉพาะผัดผัก แต่เวลาเขาเอามาเสิร์ฟทีไร บริการชาวจีนก็มักจะโยนจานลงกลางโต๊ะจนกระทั่งน้ำผักกระเด็นเลอะเต็มขอบจาน ทำให้ไม่น่าดูและลดความอร่อยของอาหารจานนั้นลงไปได้เกือบครึ่งหนึ่งทีเดียว

เปรียบเหมือนท่าทีของการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะในห้องฉุกเฉินที่ต้องให้การรักษาที่รวดเร็วถูกต้องไปพร้อมกับท่าทีที่อบอุ่นและเห็นอกเห็นใจ

ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่มาใช้บริการในห้องฉุกเฉินมักมีความวิตกกังวลใจมากกว่าปกติ ทั้งนี้เนื่องจากไม่เข้าใจและตื่นตระหนกกังวลว่าตนเองจะเป็นอันตรายอย่างมากจากอาการที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วนจนทำให้เกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ นานา

ดังนั้น ในฐานะแพทย์ผู้ให้บริการใน

ภาวะฉุกเฉินเช่นนี้ เราจึงมีหน้าที่ในการปลอบโยนและอธิบายโรคด้วยท่าทีที่เห็นอกเห็นใจและสุภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกผ่อนคลายและไม่ตื่นตระหนกมากเกินไป

ทำให้ขณะทำการรักษาผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องระมัดระวังกิริยาและวาจาให้ดี เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจหรือตีความไปผิด ๆ ได้

มีคนกล่าวว่า ยามเกิดเจ็บป่วยนั้น ใจของผู้ป่วยจะละเอียดอ่อนและเปิดกว้างจนสามารถรับรู้ถึงความรู้สึกจากการกระทำที่มีต่อกันได้มากกว่าในภาวะปกติ ทำให้กิริยาที่เราคิดว่าไม่น่าจะเป็นปัญหาก็อาจทำให้ผู้ป่วยตีความไปผิด ๆ ได้ โดยเฉพาะอวัจนภาษาที่แสดงออกโดยไม่มีคำพูดอธิบายตามไป อันทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกันได้

ในละครยอดนิยมเรื่อง ‘ทวิภพ’ ซึ่งถูกนำมาสร้างเป็นละครกันหลายต่อหลายครั้งนั้น มีตอนหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า ‘อวัจนภาษา’ อาจทำให้เกิดเข้าใจผิดกันไปได้ จนเกิดเป็นเรื่องราวใหญ่โต

เนื้อความมีอยู่ว่า ครั้งหนึ่งที่แม่ประยงค์ซึ่งเป็นคู่หมั้นของหลวงอัครเทพได้ปรึกษากับมณีจันทร์ เพื่อ



ต้องการจะพิสูจน์ว่าหลวงอัครเทพรักแม่ประยงค์หรือไม่ มณีจันทร์จึงแนะนำให้แม่ประยงค์ไปแอบดูที่ห้องของหลวงอัครเทพ จากนั้นก็พากันปีนต้นไม้เพื่อฝาดูว่าหลวงอัครเทพจะแสดงอาการปฏิกิริยาตอบสนองอย่างไรต่อแม่ประยงค์ผืนนั้น

ปรากฏว่าหลวงอัครเทพมาพบแม่ประยงค์ก็อดมกลืนโดยไม่รู้ว่าปฏิกิริยาที่แสดงออกมามีความหมายอย่างไร ทำให้สองสาวที่แอบดูพากันคิดไปเองว่าหลวงอัครเทพชอบแม่ประยงค์ จนทำให้มณีจันทร์น้อยใจและแสดงกิริยาไม่พอใจกับหลวงอัครเทพจนแทบจะหนีจากมาสู่โลกปัจจุบัน



ดอกประยงค์

เมื่อเหตุการณ์คลี่คลายลง หลวงอัครเทพจึงอธิบายให้ฟังว่าเมื่อเห็นแม่ประยงค์วางหน้าห้องก็นึกว่าแม่ตบตีมาให้ และกลืนที่สุดตมก็ไม่ทราบว่าเป็นกลืนดอกประยงค์แต่อย่างใด จนทำให้เกิดเข้าใจผิดกันไปใหญ่โต แทบจะต้องแยกจากมณีจันทร์กันไปตลอดชีวิตเลยทีเดียว

เมื่อไม่นานมานี้มีกรณีได้เกี่ยวข้องกับเรื่องเพลงมิดะของจรัล มโนเพ็ชร ทั้งนี้เพราะชาวอาข่ากล่าวว่าจรัลแต่งเพลงมิดะจนทำให้คนทั่วไปเข้าใจผิดว่ามิดะเป็นผู้หญิงไม่ดี ทั้งที่ไม่มีประเพณีสอนเพศศึกษาให้แก่ชายหนุ่มดังที่กล่าวไว้ในเนื้อเพลงแต่ประการใด

“บนฟ้ามีเมฆลอย บนดอยมีเมฆบัง มีสาวงามชื่อน้อง อยู่หลังแดนดงป่า มีกะลาล่าเซอ มีหนุ่ม ๆ เผลอฮ้อยหา มีสาวงามขึ้นมา แล้วมี มิดะ....”

คำว่า “มิดะ” เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2492 ในหนังสือ 30 ขาดินในเชียงราย เขียนโดยบุญช่วย ศรีสวัสดิ์ และมีหนังสืออีกหลายเล่มถัดจากนั้นที่พูดถึงมิดะเช่นเดียวกัน ก่อนจะกลายเป็นบทเพลงชื่อดัง ขับร้องโดยจรัล มโนเพ็ชร ที่ทำให้คนทั้งประเทศรู้จัก “มิดะ” ในฐานะหญิงสาวทำหน้าที่ให้ประสบการณ์ทางเพศแก่ชายหนุ่มอาข่าในวัยก่อนออกเรือน และสถานที่ที่พลอดรักของหนุ่มสาวบนดอยสูงนั้นมีชื่อว่า “ลานสาวกอด”

อาจเป็นเพราะอวัจนภาษาบางอย่างของชาวอาข่าที่ทำให้คุณจรัลตีความไปผิด



ทั้งนี้ เพราะชาวอาข่ามีลานละเล่นตอนกลางคืน ซึ่งเปิดโอกาสให้คนในหมู่บ้านมาพูดคุยสังสรรค์กันได้ จึงอาจมี



การละเล่นบางอย่างที่ทำให้คุณจรัสเข้าใจผิด จนแต่งเพลงมิดะอันก่อให้เกิดความเข้าใจผิดกันไปใหญ่โต ทั้งนี้เพราะในยุคนั้นชาวอาข่ายังพูดภาษาไทยไม่ได้ หลายปีต่อมาเมื่อชาวอาข่าพูดภาษาไทยได้จึงพยายามอธิบายความเป็นจริงให้เข้าใจว่าไม่มีประเพณีสอนเพศศึกษาแบบมิดะอยู่ในสังคมชาวอาข่าแต่อย่างใด

ดังนั้น การให้บริการแก่ผู้ป่วยในช่วงฉุกเฉินซึ่งมักมีความเครียดวิตกกังวลมากกว่าปกติ บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจึงควรต้องระมัดระวังวัจนภาษาอันให้มากเป็นพิเศษ

มีอยู่คราวหนึ่งที่ห้องฉุกเฉินต้องเตรียมตัวรับมืออุบัติเหตุหุ้มนั้น จึงทำการเคลียร์พื้นที่ให้โล่งเพื่อรองรับผู้บาดเจ็บจำนวนมากจากอุบัติเหตุรถทัวร์คว่ำ

ในขณะที่รอให้ผู้บาดเจ็บเดินทางมาถึงนั้น จึงดูเหมือนห้องฉุกเฉินโล่งว่างไปถนัดตา...ไม่เหมือนเช่นทุกวัน

ญาติผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมรายหนึ่งได้นั่งเฝ้ารออยู่หน้าห้องฉุกเฉินเกิดความเข้าใจผิดว่า ทำไมหมอและพยาบาลที่มีอายุน้อยจำนวนมากมายพากันเดินไปมาและพูดคุยยิ้มแย้มอยู่ในห้องฉุกเฉินที่โล่งว่างแห่งนั้น แต่ปล่อยให้คุณแม่ของเขาต้องนอนรอดูอาการอยู่นาน

ญาติรายนั้นจึงเขียนจดหมายร้องเรียนไปที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อแจ้งว่า ทีมงานห้องฉุกเฉินซึ่งเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่ห้องฉุกเฉินก็ว่างออกอย่างนั้น

แท้จริงแล้วญาติรายนี้เข้าใจผิด เพราะในสถานการณ์เตรียมรับมืออุบัติเหตุหุ้มนั้น แพทย์ฉุกเฉินต้องเคลียร์พื้นที่เพื่อเตรียมรองรับผู้ป่วยจำนวนมากที่มีอาการเร่งด่วนและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ทำให้จำต้องขนย้ายผู้ป่วยที่มีอาการไม่เร่งด่วนหรือต้องนอนรอดูอาการอีกนานหลายวันให้ย้ายไปพักรักษาตัวยังส่วนอื่นของโรงพยาบาล หรือพยายามส่งผู้ป่วยที่มีอาการไม่หนักเพื่อให้กลับบ้านไปก่อน จนทำให้ห้องฉุกเฉินดูโล่งไปถนัดตา

นอกจากนี้ยังต้องเกณฑ์แพทย์เฉพาะทางทุกสาขาจำนวนมากเพื่อให้มารอรับผู้ป่วยอุบัติเหตุหุ้มนั้นที่กำลังจะมาถึงในเวลาอันใกล้ จึงทำให้ดูเหมือนห้องฉุกเฉินว่างโล่งแต่เต็มไปด้วยแพทย์และพยาบาลหนุ่มสาวจำนวนมากมายเดินไป ๆ มา ๆ จนก่อให้เกิดความเข้าใจผิดแก่ญาติผู้ป่วยรายนี้ได้

เวลาที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นบ้างบางส่วนกลับไปก่อนเพื่อเฝ้าสังเกตอาการต่อเนื่องที่บ้านก็เป็นความลำบากใจอย่างหนึ่ง และอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

ได้ง่าย ทั้งนี้เพราะเราไม่สามารถรอคอยให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติก่อนจึงค่อยกลับบ้านได้ เพราะจะทำให้เกิดความแออัดในห้องฉุกเฉินจนทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนไม่ได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิดเท่าที่ควร

เมื่ออาการของผู้ป่วยทุเลาไปบางส่วนและไม่ได้อยู่ในภาวะอันตราย แพทย์จึงจำต้องเข้าไปพูดคุยเพื่อให้กลับบ้าน การเข้าไปพูดคุยแบบนี้ แพทย์ควรเริ่มด้วยการซักถามอาการของผู้ป่วยด้วยความห่วงใยก่อนที่จะพุ่งประเด็นไปว่าต้องการให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เพราะถ้าเราพุ่งประเด็นไปที่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับบ้านเลยโดยทันทีก็มักทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดว่าจะไล่เขากลับบ้านอยู่ร่ำไป

เป็นที่รู้กันดีอยู่แล้วว่าการสื่อสารด้วยวาจาอันสำคัญมากในการให้บริการรักษาพยาบาล แต่การสื่อสารด้วยกิริยาก็ก็นำมาด้วยเช่นกัน และอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดได้จากการตีความกันไปเอง

การดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินยังต้องระวังกิริยาท่าทางให้นุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใส และเต็มใจให้การช่วยเหลือ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความรู้สึกตื่นตระหนกตกใจอย่างมากของผู้ป่วยที่เกิดอาการอย่างกะทันหันจนต้องมาใช้บริการของห้องฉุกเฉินโดยไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน

การที่แพทย์และพยาบาลผู้ทำการรักษามีอารมณ์ที่สงบนิ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาอาการที่ดูเหมือนรุนแรงลงไปได้มากกว่าครึ่ง รวมทั้งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยดีขึ้น อันเป็นการช่วยลดปัญหาการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายดังที่พบเห็นกันอยู่ทุกวันลงได้มิใช่น้อย



หมายเหตุ

องค์ประกอบการพูด

1. วัจนภาษา คือ ภาษาพูดที่เปล่งออกมาเป็นเนื้อหา
2. อวัจนภาษา คือ ภาษากาย กิริยา ท่าทาง สีหน้า ดวงตา น้ำเสียง การแต่งกาย

การสื่อความหมาย

- a. ภาษากาย 55%
- b. น้ำเสียง 38%
- c. ภาษาพูด 7%

รูกาลเทศะในการพูด เลือกที่จะเป็นทั้งผู้ฟังและผู้พูดที่ดี เลือกใช้ทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษาช่วยสื่อความหมาย และต้องมองโลกในแง่ดี

การสื่อสารจึงเปรียบประดุจดังเครื่องมือ หรืออาวุธก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับผู้ใช้

มหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค

ตอน กียตอระบบธรรมาภิบาลในการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี



ธรรมาภิบาลคืออะไร?

ก่อนที่จะกล่าวถึงว่าระบบ 30 บาททำให้เกิดมหันตภัยแก่ระบบธรรมาภิบาลในการบริหารสาธารณสุข ก็ต้องมาทบทวนก่อนว่า “หลักธรรมาภิบาล” คืออะไร⁽¹⁾ หลักธรรมาภิบาลหรือเรียกว่าการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี หรือ “Good Governance” เป็นหลักการเพื่อการอยู่ร่วมกันในบ้านเมืองและสังคมอย่างมีความสงบสุข สามารถประสานประโยชน์และคลี่คลายปัญหาข้อขัดแย้งโดยสันติวิธี และพัฒนาสังคมให้มีความยั่งยืน

หลักธรรมาภิบาลประกอบด้วยอะไรบ้าง

หลักธรรมาภิบาลมีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ประการคือ

1. หลักนิติธรรม คือการตรากฎหมาย กฎ ระเบียบข้อบังคับ และกฎกติกาต่าง ๆ ให้ทันสมัยและเป็นธรรม ตลอดจนเป็นที่ยอมรับของสังคมและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม มิใช่กระทำกันตามอำเภอใจหรือตามอำนาจของบุคคล

2. หลักคุณธรรม คือการยึดถือและเชื่อมั่นในความถูกต้องดีงาม ทั้งผู้ปฏิบัติงานในองค์กรหรือสังคมและประชาชนถือปฏิบัติ ได้แก่ มีความซื่อสัตย์สุจริต ความเสียสละ ความอดทน ขยันหมั่นเพียร และความมีระเบียบวินัย

3. หลักความโปร่งใส คือการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารอย่างตรงไปตรงมา และสามารถตรวจสอบความถูกต้องได้ โดยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก ตลอดจนมีกลไกหรือระบบหรือกระบวนการตรวจสอบและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ปราศจากการทุจริตคอร์รัปชันหรือมีผลประโยชน์ทับซ้อน

4. หลักความมีส่วนร่วม คือการทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้และร่วมเสนอความเห็นในการตัดสินใจสำคัญ ๆ ขององค์กรหรือสังคม และจัดการผูกขาดโดยทั้งภาครัฐและเอกชน

5. หลักความรับผิดชอบ ผู้บริหารทั้งนักการเมือง ข้าราชการหรือผู้บริหารองค์กรต้องตั้งใจปฏิบัติภารกิจตามหน้าที่อย่างดียิ่ง โดยมุ่งให้บริการแก่ผู้รับบริการเพื่ออำนวยความสะดวกต่าง ๆ มีความรับผิดชอบต่อความบกพร่องในหน้าที่การทำงานที่ตนรับผิดชอบอยู่ และพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขได้ทันที

6. หลักความถูกต้อง ผู้บริหารต้องตระหนักว่ามีทรัพยากรค่อนข้างจำกัด ดังนั้นในการบริหารจัดการจำเป็นจะต้องยึดหลักความประหยัดและคุ้มค่า

ถ้าเรามาดูการบริหารจัดการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะเห็นว่าได้ดำเนินการขัดต่อหลักธรรมาภิบาลทุกข้อดังนี้ คือ

1. หลักนิติธรรม

พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตราออกมาถูกหลักนิติธรรม นับได้ว่า พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ออกมาสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 มาตรา ๕๒ ที่บัญญัติไว้ว่า “ชนชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา ๘๐ บัญญัติว่า รัฐต้องดำเนินการตามแผนนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรมดังต่อไปนี้

(๒) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วม



ร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดการบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญข้างต้นเป็นการรับรองสิทธิในทางสาธารณสุขของประชาชนไทย และเป็นการกำหนดหน้าที่ของรัฐในการจัดการด้านสาธารณสุข โดยให้รัฐให้ “ความคุ้มครอง” แก่บุคลากรสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขที่ได้ทำตามมาตรฐานวิชาชีพ

ในส่วนของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ถึงแม้จะออกมาก่อนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 แต่ในบทบัญญัติของ พ.ร.บ.หลักประกันฯ นี้มาตรา ๕ ก็ได้รับรองสิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญนี้เช่นกัน โดยมาตรา ๕ ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้บัญญัติว่า บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้ หรือบุคคลที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

นับได้ว่า พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้ออกมาตามหลัก “นิติธรรม” ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 แต่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีคุณสมบัติไม่เหมาะสมกับการเข้ามา “ใช้อำนาจ” ตามมาตรา ๑๘

ทั้งนี้ตามการกำหนดคุณสมบัติที่มา และการเข้าสู่ตำแหน่งของ “กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ตามมาตรา ๑๓ แล้ว จะพบว่ากรรมการส่วนใหญ่ล้วนมิใช่ผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ หรือประสบการณ์ในการบริการสาธารณสุขเลย

โดย พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ หมวด 2 มาตรา ๑๓ กำหนดจำนวนและคุณสมบัติของ “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ว่ามีจำนวน

ทั้งสิ้น 30 คน โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการหลักประกันฯ

ถ้ามาดูรายละเอียดขององค์ประกอบว่ามีการกำหนดคุณสมบัติของกรรมการเป็นอย่างไรบ้าง มาตรา ๑๓(๒) กำหนดให้มีกรรมการจากข้าราชการประจำตามตำแหน่ง 5 คน คือปลัดกระทรวงกลาโหม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ

(๓) เป็นกรรมการที่มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบต่าง ๆ 4 คน

(๔) เป็นผู้แทนองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไรและดำเนินกิจกรรมในด้านต่าง ๆ องค์กรละ 1 คน โดยคัดเลือกกันเองให้เหลือ 5 คน ได้แก่ งานด้านเด็กและเยาวชน งานด้านสตรี งานด้านผู้สูงอายุ งานด้านคนพิการหรือผู้ป่วยจิตเวช งานด้านผู้ติดเชื้อ เอชไอวีหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น งานด้านผู้ไร้แรงงาน งานด้านชุมชนแออัด งานด้านเกษตรกรรม งานด้านชนกลุ่มน้อย

(๕) ผู้แทนผู้ประกอบการอาชีพด้านสาธารณสุขจำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา สมาคมพยาบาล สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชนด้านละ 1 คน

(๖) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ซึ่ง ครม.แต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินและการคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์ด้านละ 1 คน

โดยให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เลขาธิการ สปสช.) เป็นเลขานุการของคณะกรรมการ

การเข้าสู่ตำแหน่งของกรรมการตาม (๔) นั้นต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และต้องมาลงทะเบียนกับ สปสช. ก่อนครบกำหนด 15 วัน นับแต่วันที่มีเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการ

จะเห็นว่ากรรมการตาม (๔) นี้ ก็เป็นบุคคลในกลุ่มเอ็นจีโอที่ “คุ้นเคย” กับ สปสช. มาแล้วทั้งสิ้น อยากจะเป็นกรรมการจากกลุ่มไหนก็ไปตกลงกันเองได้เพราะเลือกกันมาเอง เราจึงอาจไม่ได้ผู้แทนจากสมาชิกขององค์กรนั้นอย่างแท้จริง เช่น บางคนมีอาชีพเภสัชกร แต่ได้รับการคัดเลือกมาเป็นผู้แทนเกษตรกร เป็นต้น

ส่วนกรรมการผู้ทรงคุณวุฒินั้น ก็อาจจะมาจากคนของรัฐมนตรีที่ดำรงตำแหน่งในขณะที่มีการคัดเลือกกรรมการ ถ้ารัฐมนตรีเป็น “พวกเดียวกัน” กับกรรมการเก่าหรือเลขาฯ สปสช. หรือกรรมการจากองค์กรเอกชนก็จะมีเสียงคัดค้าน แต่เราก็คงเห็นแล้วว่า ตอนที่นายวิทยา บุรณศิริ เป็นรัฐมนตรีใหม่ ๆ นั้น มีการประท้วงจากกรรมการจากองค์กรเอกชนและชมรมแพทย์ชนบทในการเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอย่างมากมายเลยทีเดียว

และการเลือกกรรมการจากองค์กรเอกชนและผู้ทรงคุณวุฒินั้น ก็ไม่ได้เป็น “ผู้แทน” ขององค์กรนั้นจริง ๆ หรือไม่ได้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขานั้นจริง ๆ เช่น อาจจะได้เภสัชกรมาเป็นผู้แทนด้านเกษตรกร ได้หมอมามาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคม ฯลฯ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่า “ใครเป็นพวกใคร”

เมื่อเราดูรายชื่อ “ที่มาที่ไป” ของกรรมการแล้ว จะเห็นว่ากรรมการเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้มีคุณสมบัติในด้านการศึกษา คุณวุฒิ ความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ในการทำงานในด้านการแพทย์และสาธารณสุขเสียเป็นส่วนมาก ไม่ต้องกำหนดคุณวุฒิด้านการศึกษา ไม่ต้องวัดความรู้ แต่เข้ามาใช้ “อำนาจในการปกครอง” ในทางบริการสาธารณะด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในระบบ 30 บาท ผ่านการ “ลงมติโดยเสียงข้างมาก” ในการกำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ ความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตของประชาชน ตามที่กำหนดไว้ในมาตรา ๑๘ ของ พ.ร.บ. นี้ (อ่านต่อฉบับหน้า)

งานห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นหน่วยงานที่รับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ AV node อุดกั้นสมบูรณ์ (Complete heart block) ทำให้การนำกระแสไฟฟ้าไม่สามารถผ่านจากหัวใจห้องบนสู่ห้องล่างได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น วิงเวียน วูบหรือเป็นลมหมดสติ และอาจเสียชีวิตกะทันหันได้ เป็นภาวะวิกฤตที่ต้องรีบให้การช่วยเหลือ โดยการใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ (Pacemaker) ดังนั้นกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนทำหัตถการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งวิธีเดิมจะสอนด้วยแผ่นภาพการทำหัตถการ แต่เนื่องจากเนื้อหาค่อนข้างยาก ทำให้การสื่อสารถึงวิธีการทำหัตถการได้ไม่ชัดเจนและใช้



นวัตกรรม เปิดใจ...ใส่จังหวะ “Pacemaker” งานวิจัยดีเด่น ปี 55 จาก ร.พ.สรรพสิทธิประสงค์



เวลานาน ทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจ ไม่เข้าใจวิธีการรักษา เกิดความวิตกกังวลจนปฏิเสธการรักษา และหลังจากการทำหัตถการพบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของสายสื่อ 3-4 ครั้ง/เดือน

ด้วยเหตุนี้ คุณทัศนียา ไกรสรสวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, คุณนาฏอนงค์ เสนาพรหม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, คุณหนึ่งฤทัย อินมณี พยาบาลวิชาชีพ, คุณศรีสกุล บุญสุข พยาบาลวิชาชีพ และคุณปัทมา ภิรมย์เกษร พยาบาลวิชาชีพ งานห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 (CCU 1) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี จึงได้สร้างนวัตกรรม เปิดใจ...ใส่จังหวะ “Pacemaker” สื่อการสอนด้วยหุ่นจำลอง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดชั่วคราวและชนิดถาวร โดยแสดงตำแหน่งการทำหัตถการ วิธีสอดสายสื่อในหลอดเลือดดำ และตำแหน่งการวางเครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ ใช้เวลาสอนเพียง 5 นาที พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มเป็นร้อยละ 93.6 ไม่ปฏิเสธการรักษา รวมทั้งขจัดปัญหาสายสื่อเลื่อนหลุดได้อีกด้วย

ที่มา

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ (Complete heart block) จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาจะทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรืออาจถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้น

กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนทำหัตถการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง วิธีเดิมสอนด้วยแผ่นภาพการทำหัตถการ แต่เนื่องจากเนื้อหาค่อนข้างยาก ทำให้การสื่อสารถึงวิธีการทำหัตถการได้ไม่ชัดเจนและใช้เวลา นาน ทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจ ไม่เข้าใจวิธีการรักษา โดยรับรู้ว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่และวิตกกังวลกลัวการ รักษา พบว่ามีผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีนี้ร้อยละ 20-30 หลังทำหัตถการพบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของสายสื่อ 3-4 ครั้ง/เดือน ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยยังขาดความพร้อมก่อนการทำหัตถการ การพัฒนาสื่อการสอนจะช่วยให้ทีมสุขภาพทำงานได้ง่าย รวดเร็ว มีคุณภาพ ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการทำและให้ความร่วมมือในการทำหัตถการดังกล่าว

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนานวัตกรรมสื่อการสอนหุ่นจำลอง ในการเตรียมความพร้อมก่อนใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดชั่วคราวและชนิดถาวรจากเปเปอร์มาเช่

ระเบียบวิธีวิจัย

พัฒนาตามขั้นตอนการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ โดยระดมสมองในทีมสุขภาพพบทบทวนปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ และทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้สื่อการสอนพบว่า การเรียนรู้จากสิ่งที่จับต้องได้เป็นรูปธรรมจะเรียนรู้และจดจำได้ง่ายกว่า สิ่งที่เป็นนามธรรม แต่ไม่พบว่ามีหุ่นจำลองใช้สอนก่อน

การทำหัตถการดังกล่าว จึงพัฒนาหุ่นจำลองใช้เทคนิค เปเปอร์มาเช่ สร้างหุ่นจำลองคนครึ่งตัว และรูปร่าง หัวใจที่แสดงตำแหน่งการทำหัตถการวิธีการสอดใส่ สายสื่อในหลอดเลือดดำและตำแหน่งการวางเครื่อง กระตุ้นการเต้นของหัวใจให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ พบว่าเป็นสื่อที่ดี เข้าใจได้ ง่าย มีน้ำหนักเบา เคลื่อนย้ายสะดวก ควรปรับสีของ หลอดเลือดให้มีสีส้มมากขึ้น ปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติหะวะ ก่อนทำหัตถการใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจที่ CCU 1 จำนวน 30 ราย ผู้ให้บริการ ซึ่งได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล CCU 1 จำนวน 28 ราย

ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจหลังการสอน โดยใช้นวัตกรรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.33 เป็นร้อยละ 93.6 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 92.7 ไม่มีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีนี้ อุบัติการณ์ การเลื่อนหลุดสายสื่อ = 0 ส่วนความพึงพอใจของผู้ ให้บริการต่อนวัตกรรมพบว่ามีความพึงพอใจในระดับ มากที่สุด ร้อยละ 94.4 โดยเฉพาะด้านความปลอดภัย ประหยัดค่าใช้จ่าย การนำไปใช้ได้จริง และช่วยลดระยะเวลาการสอนจาก 20 นาที เป็น 5 นาที

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

นำนวัตกรรมไปใช้ในงานประจำของหน่วยงาน การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนทำ หัตถการใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะของหัวใจ ทำให้ผู้ป่วย และญาติมีความเข้าใจวิธีการทำ ลดความวิตกกังวล และยินดีร่วมมือในการทำหัตถการ แล้วจะมีการขยาย ผลไปยังทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์ นักศึกษาแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล โดยนำนวัตกรรมไปใช้ในหน่วยงานอื่น ที่มีผู้ป่วยทำหัตถการดังกล่าว และนำไปประยุกต์ใช้ สอนนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และพยาบาล จบใหม่ได้

บทเรียนที่ได้รับ

จากการสร้างนวัตกรรมสามารถแก้ปัญหา เรื่องการสื่อสาร โดยการเรียนรู้จากหุ่นจำลองที่เป็นรูป ธรรม เหมาะสมกับบริบทใช้สอนผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ทำให้ ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำหัตถการและดูแล ตนเองดี ปลอดภัย และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ซึ่ง

เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการเพิ่มคุณค่าและคุณภาพการปฏิบัติงาน ซึ่งผล งานมีความคุ้มค่า คุ้มทุน ทั้งด้านการเงิน เวลา และบุคลากร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการค้นหาปัญหาและความต้องการ การ แก้ไขปัญหาอย่างมีแบบแผนขั้นตอน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความมุ่งมั่นในการ แก้ปัญหา และความร่วมมือของทีมงานสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติทุกท่าน

การสนับสนุนที่ได้รับจากผู้บริหารหน่วยงาน/องค์กร

ผู้บริหาร ศูนย์วิจัย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ เกิดการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย การใช้ประโยชน์จากผลงาน รวมทั้งการนำ เสนอผลงานนอกสถานที่ ทำให้ทีมงานมีขวัญและกำลังใจที่ดี

ด้วยข้อดีของผลงาน “นวัตกรรม เปิดใจ...ใส่จังหวะ (Pacemaker)” ที่รู้จัก วิเคราะห์ปัญหาหน่วยงาน แล้วพยายามแก้ไขปัญหโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นำ ไปสู่การสร้างนวัตกรรมอย่างมีแบบแผนขั้นตอน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อให้เกิดการเตรียมความพร้อมและความเข้าใจกับผู้ป่วย ถือว่าเป็นตัวอย่างที่ดีในการ สร้างสรรค์สิ่งดี ๆ ในการทำงาน และแสดงให้เห็นความร่วมมือของทีมงานสุขภาพ เป็น นวัตกรรมที่ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก และผลลัพธ์ชัดเจน นำเชื่ถือ เป็นแบบอย่างในการทำนวัตกรรม ทำให้ผลงานดังกล่าวได้รับรางวัลผลงาน R2R ดีเด่น ประจำปี 2555 การบริการระดับตติยภูมิจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คุณทัศนียา กล่าวทิ้งท้ายว่า “การคิดค้นนวัตกรรมสื่อการสอนด้วย หุ่นจำลอง แม้จะเป็นแนวคิดใหม่ที่ต่อยอดมาจากแผนภาพการทำหัตถการ แต่ก็ประสบความสำเร็จได้ เพราะผู้บริหาร ศูนย์วิจัย ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ ให้การสนับสนุน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการทำการหัตถการได้อย่าง เป็นรูปธรรม สำหรับการต่อยอดงานวิจัยทางคณะวิจัยได้พัฒนาหุ่นจำลองสื่อ การสอนสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมา ซึ่งขณะนี้ทำเสร็จ แล้ว กำลังอยู่ในขั้นตอนการทดลองใช้”



Once-daily
JanuviaTM
(sitagliptin, MSD)

**Once-daily Januvia 100 mg:
Enhancing incretins.
Enhancing physiologic control.**

**Enhancing incretins.
Enhancing physiologic control.**

**JANUVIA is the first DPP-4 inhibitor – a new class of oral therapy
that provided substantial glucose control in clinical trials**

-  **Substantial HbA_{1c} reductions in clinical trials through
a unique physiological mechanism of action¹⁻⁴**
-  **All-day glucose-dependent control**
-  **Weight neutral and with low incidence of hypoglycemia³**
-  **Generally well-tolerated¹**

**Prescribe JANUVIA as initial monotherapy or as add-on to metformin
or a glitazone or a sulfonylurea or sulfonylurea + metformin or in combination with insulin**

Before initiating therapy, please consult the full Prescribing Information.

To request product information, report adverse events, or report product defect, please contact MSD at the address below or med_productinfo@merck.com

References

1. Worldwide Product Circular, Merck & Co., Inc., 2006 2. Charbonnel B, Karasik A, Liu J, et al, for the Sitagliptin Study 020 Group. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone. Diabetes Care. 2006;29:2638-2643. 3. Nauck M, Meinninger G, Sheng D, et al, for the 024 Study Group. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared to the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. Diabetes Obes Metab. 2007;9:194-205. 4. Aschner P, Kipnes MS, Lunceford JK, et al, for the Sitagliptin Study 021 Group. Effect of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin as monotherapy on glycemic control in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2006;29:2632-2637.

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF JANUVIATM

Indications: JANUVIATM is indicated as an adjunct to diet and exercise to improve glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus as initial therapy, alone or in combination with metformin, or a PPAR γ agonist, or as an add-on to metformin, PPAR γ agonist, sulfonylurea, sulfonylurea + metformin or PPAR γ agonist + metformin when the current regimen, with diet and exercise does not provide adequate glycemic control. JANUVIA can also be used as an adjunct to diet and exercise to improve glycemic control in combination with insulin (with or without metformin). **Dosage and administration:** The recommended dose of JANUVIA is 100 mg once daily as monotherapy or as combination therapy with metformin, a sulfonylurea, insulin (with or without metformin), a PPAR γ agonist (e.g., thiazolidinedione), metformin plus a sulfonylurea, or metformin plus a PPAR γ agonist. JANUVIA can be taken with or without food. **Contraindication:** JANUVIA is contraindicated in patients who are hypersensitive to any components of this product. **Precaution:** JANUVIA should not be used in patients with type 1 diabetes or for the treatment of diabetic ketoacidosis. **Warning:** A dosage adjustment is recommended in patients with moderate renal insufficiency. No recommended in patients with severe renal insufficiency or with end-stage renal disease requiring hemodialysis or peritoneal dialysis. **Pregnancy and nursing:** JANUVIA is not recommended for use in pregnancy. JANUVIA should not be used by a woman who is nursing. **Pediatric use:** Safety and effectiveness of JANUVIA in pediatric patients under 18 years have not been established. **Adverse experience:** As with other antihyperglycemic agents, when JANUVIA was used in combination with a sulfonylurea or with insulin, medications known to cause hypoglycemia, the incidence of sulfonylurea- or insulin-induced hypoglycemia was increased over that of placebo. To reduce the risk of sulfonylurea- or insulin-induced hypoglycemia, a lower dose of sulfonylurea or insulin may be considered. **There have been postmarketing reports of serious hypersensitivity reactions** in patients treated with JANUVIA including anaphylaxis, angioedema, and exfoliative skin conditions including Stevens-Johnson syndrome. Because these reactions are reported voluntarily from a population of uncertain size, it is generally not possible to reliably estimate their frequency or establish a causal relationship to drug exposure. Onset of these reactions occurred within the first 3 months after initiation of treatment with JANUVIA, with some reports occurring after the first dose. If a hypersensitivity reaction is suspected, discontinue JANUVIA, assess for other potential causes for the event, and institute alternative treatment for diabetes. Other postmarketing experience are upper respiratory tract infection; nasopharyngitis; acute pancreatitis, including fatal and non-fatal hemorrhagic and necrotizing pancreatitis. In clinical studies as monotherapy and in combination with other agents, the adverse experiences reported regardless of causality assessment in $\geq 5\%$ of patients and more commonly than placebo or the active comparator included hypoglycemia, nasopharyngitis, upper respiratory tract infection, headache, and peripheral edema. **Use in the elderly:** In clinical studies, the safety and effectiveness of JANUVIA in the elderly (≥ 65 years) were comparable to those seen in patients < 65 years. No dosage adjustment is required based on age. In elderly patients with significant renal insufficiency dosage adjustment may be required. **Storage:** Store at or below 30°C (86°F).



MSD (Thailand) Ltd.

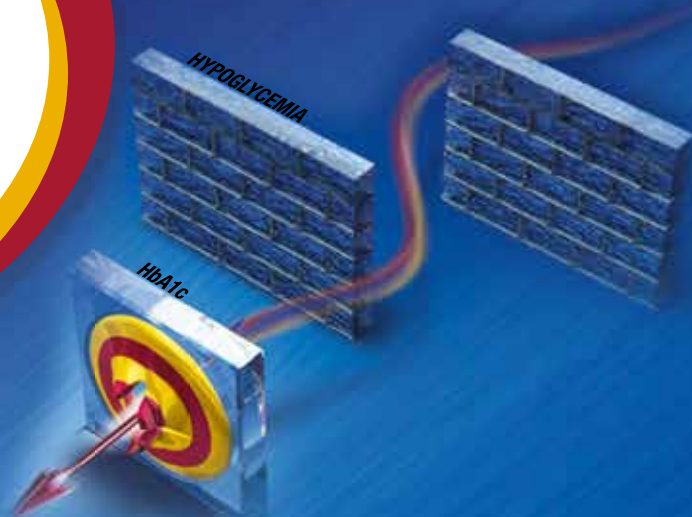
37th Floor The Offices at Central World 999/9 Rama 1 Road, Pathumwan, Bangkok
Tel. +66-2-262-5700 Fax +66-2-255-5095

Copyright © 2007 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc.,
Whitehouse Station, NJ, USA All Rights Reserved.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ. 1065/2552

12-2013-JAN-2009-TH-5677-J (Reval 2)



For initial and adjunct use in patients with type 2 diabetes,

Introducing JANUMET™ for 3-D Control [Sitagliptin (DPP-4 inhibitor) + metformin]

For patients who need **more than metformin alone** to achieve goal

In clinical studies,

-  **Powerful HbA_{1c}^a, PPG^b, and FPG^c reductions to help patients get to goal (HbA_{1c} goal <7%)^{2,e}**
-  **Less hypoglycemia vs glipizide + metformin (with sitagliptin 100 mg + metformin)^{3,d}**
-  **Comprehensive mechanism of action targets 3 key defects of type 2 diabetes¹**

^a glycosylated hemoglobin A1C, ^b postprandial plasma glucose, ^c fasting plasma glucose, ^d A randomized, double blind, parallel-group study evaluating the effect of adding JANUMET to metformin in 1172 patients with type 2 diabetes inadequately controlled with ≥ 1500 mg/day metformin. The primary analysis assessed noninferiority for HbA_{1c} change from baseline at week 52 using a per-protocol (PP) approach (patients who completed all 52 weeks of treatment). ^e A randomized, double-blind, placebo-controlled to factorial study evaluating the combination of sitagliptin + metformin compared with either agent alone in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on diet and exercise. After a washout period of ≤ 12 weeks, 1091 patients were randomized to sitagliptin 100 mg once daily, metformin 500 mg twice daily, metformin 1000 mg twice daily, sitagliptin 50 mg/metformin 500 mg twice daily, sitagliptin 50 mg/metformin 1000 mg twice daily or placebo. Data shown are from the end of the 54-week extension period.

JANUMET can be used to improve glycemic control as an adjunct to diet and exercise as initial therapy, in patients controlled on metformin or sitagliptin alone, in patients using sitagliptin + metformin in combination, and in combination with a sulfonylurea in patients inadequately controlled with any 2 of the 3 agents: metformin, sitagliptin, or a sulfonylurea.

References:

1. Data on file, MSD Thailand. 2. Goldstein BJ, Feinglos MN, Lunceford JK, et al, for the Sitagliptin 036 Study Group. Effect of initial combination of sitagliptin, a dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, and metformin on glycemic control in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2007;30:1979-1987. 3. Nauck MA, Meininger G, Sheng D, et al, for the Sitagliptin Study Group 024. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared to the sulfonylurea glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. Diabetes Obes Metab. 2007;9:194-205.

Before prescribing, please consult the Enclosed full prescribing Information.

To request product information, report adverse events, or report product defect, please contact MSD at the address below or med_productinfo@merck.com

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF JANUMET™

Indications: JANUMET™ can be used to improve glycemic control as an adjunct to diet and exercise as initial therapy, in patients inadequately controlled on metformin or sitagliptin alone, in patients using sitagliptin + metformin in combination, in combination with insulin, in combination with a sulfonylurea in patients inadequately controlled with any 2 of the 3 agents: metformin, sitagliptin, or a sulfonylurea and in combination with a PPAR γ agonist in patients inadequately controlled with any 2 of the 3 agents: metformin, sitagliptin or a PPAR γ agonist. **Dosage administration:** JANUMET should generally be given twice daily with meals, with gradual dose escalation, to reduce the gastrointestinal (GI) side effects associated with metformin. **Dosing Recommendations:** The starting dose of JANUMET should be based on the patient's current regimen. JANUMET should be given twice daily with meals. The following doses are available: • 50 mg sitagliptin/500 mg metformin hydrochloride • 50 mg sitagliptin/1000 mg metformin hydrochloride **Selected Safety Information About JANUMET: Contraindication:** JANUMET (sitagliptin phosphate/metformin HCl) is contraindicated in patients with: 1. Renal disease or renal dysfunction, e.g., as suggested by serum creatinine levels ≥ 1.5 mg/dL [males], ≥ 1.4 mg/dL [females], or abnormal creatinine clearance, which may also result from conditions such as cardiovascular collapse (shock), acute myocardial infarction, and septicemia. 2. Known hypersensitivity to sitagliptin phosphate, metformin hydrochloride or any other component of JANUMET. 3. Acute or chronic metabolic acidosis, including diabetic ketoacidosis, with or without coma, JANUMET should be temporarily discontinued in patients undergoing radiologic studies involving intravenous administration of iodinated contrast materials, because the use of such products may result in acute alteration of renal function. JANUMET should not be used in patients with type 1 diabetes or for the treatment of diabetic ketoacidosis. **Precautions:** Before initiating therapy with JANUMET and at least annually thereafter, assess for renal function and verify as normal. In patients for whom development of renal dysfunction is anticipated, assess renal function more frequently. Discontinue JANUMET if evidence of renal impairment is present. JANUMET should generally be avoided in patients with clinical or laboratory evidence of hepatic disease. As with other antihyperglycemic agents, when sitagliptin was used in combination with metformin, and a sulfonylurea or insulin, medications known to cause hypoglycemia, the incidence of sulfonylurea or insulin-induced hypoglycemia was increased over that of placebo in combination with metformin, a sulfonylurea or insulin. To reduce the risk of sulfonylurea- or insulin-induced hypoglycemia, a lower dose of sulfonylurea or insulin may be considered. **Pregnancy:** Janumet is not recommended for use in pregnancy. **Nursing mothers:** Janumet should not be used by a woman who is nursing. **Pediatric use:** Safety and effectiveness of JANUMET in pediatric patients under 18 years have not been established. **Use in the elderly:** Because sitagliptin and metformin are substantially excreted by the kidney and because aging can be associated with reduced renal function, JANUMET should be used with caution in aging individuals with T2DM. Care should be taken in dose selection and should be based on careful and regular monitoring of renal function. There have been postmarketing reports of serious hypersensitivity reactions in patients treated with sitagliptin, one of the components of JANUMET including anaphylaxis, angioedema, and exfoliative skin conditions including Stevens-Johnson syndrome. Because these reactions are reported voluntarily from a population of uncertain size, it is generally not possible to reliably estimate their frequency or establish a causal relationship to drug exposure. Onset of these reactions occurred within the first 3 months after initiation of treatment with sitagliptin, with some reports occurring after the first dose. If a hypersensitivity reaction is suspected, discontinue JANUMET, assess for other potential causes for the event, and institute alternative treatment for diabetes. Promptly evaluate a patient who develops laboratory abnormalities or clinical illness for evidence of ketoacidosis or lactic acidosis. If acidosis occurs, discontinue JANUMET immediately and initiate appropriate corrective measures. In clinical studies with sitagliptin and metformin as initial therapy and as add-on combination therapy with other agents, the most common adverse reactions reported, regardless of investigator assessment of causality, in $\geq 5\%$ of patients and more commonly than in patients treated with placebo were diarrhea, upper respiratory tract infection, headache, hypoglycemia, nasopharyngitis and peripheral edema. The most common adverse experience in sitagliptin monotherapy reported regardless of investigator assessment of causality in $\geq 5\%$ of patients and more commonly than in patients given placebo was nasopharyngitis. The most common ($>5\%$) established adverse experiences due to initiation of metformin therapy are diarrhea, nausea/vomiting, flatulence, abdominal discomfort, indigestion, asthenia, and headache. For additional adverse experience information, see the product circular. **Storage:** Store at or below 30°C (86°F). **Warning:** Use this drug according to medical prescription. If you feel dizziness please consult with your physician. Before initiating therapy, please consult the full prescribing information.



หมวกอเมริกันฟุตบอล



(ต่อจากฉบับที่แล้ว)

ผลการทดสอบที่เกิดขึ้นได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Neurosurgery ฉบับเดือนกุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. 2006 พบว่านักกีฬาที่สวมใส่หมวกอเมริกันฟุตบอลแบบตามมาตรฐานนั้นเกิด cerebral concussion ได้ 7.6% แต่ถ้าสวมหมวกชนิด Revolution จะเกิด cerebral concussion เพียง 5.3% (ดังตารางที่ 1)

จากการศึกษาพบว่า นักกีฬาที่สวมหมวกชนิด Revolution นั้นสามารถลดความเสี่ยง (absolute risk) ต่อการเกิด cerebral concussion ได้ถึง 2.3% ซึ่งถ้าคิดเป็น Relative risk เท่ากับ 31% ส่วนในประเด็นอื่นยังคงให้ผลคล้ายกัน เช่น กลไกการเกิดบาดเจ็บก็พบว่ายังคงเกิดจากหัวชนหัวเช่นเดียวกัน ระยะเวลาในการฟื้นตัวของนักกีฬาที่เล่นได้ก็เหมือนกัน นอกจากนี้ยังพบว่านักกีฬาที่สวมใส่ Revolution จะเป็นดังนี้ (ดังตารางที่ 2)

50% ของนักกีฬาที่เกิด cerebral concussion นั้น พบว่าอาการหายเป็นปกติภายใน 1 สัปดาห์

70% ของนักกีฬาที่เกิด cerebral concussion พบว่าอาการหายเป็นปกติภายใน 2 สัปดาห์

15% ของนักกีฬาที่เกิด cerebral concussion นั้นใช้เวลามากกว่า 3 สัปดาห์ขึ้นไปในการฟื้นตัวของสมอง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้มีขีดจำกัดของการวิจัยและในเชิงจริยธรรม เนื่องจากนักกีฬาแต่ละคนสามารถที่จะเลือกหมวกในแบบที่ตัวเองอยากใช้ได้ ซึ่งการเลือกอาจขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ปกครอง ค่าใช้จ่ายส่วนตัว และความชื่นชอบส่วนตัวของนักกีฬาเอง ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถที่จะล่วงรู้ได้เลยว่าการเลือก

Percentages represent number of athletes in each subgroup experiencing on-field marker, immediate symptom, method of contact, and region of helmet where blow caused concussion.

	Immediate symptoms	
	Revolution helmets	Standard helmets
On-field marker		
Loss of consciousness	16.1%	13.5%
Confusion/disorientation	64.5%	71.6%
Retrograde amnesia	28.8%	26.0%
Posttraumatic amnesia	27.4%	25.7%
Headache	90.3%	94.6%
Dizziness	77.4%	77.0%
Balance problems	46.8%	54.1%
Visual changes	38.7%	39.2%
Personality changes	22.6%	28.4%
Fatigue	50.0%	54.1%
Sensitivity to light or sound	43.5%	44.6%
Numbness or tingling	17.7%	17.6%
Method of contact		
Head-head	71.0%	71.6%
Head-ground	16.1%	20.3%
Head-body	9.7%	6.8%
No head contact	1.6%	1.4%
Missing data	1.6%	0.0%
Region of head hit		
Frontal	56.5%	62.2%
Right temporal	16.1%	14.9%
Left temporal	12.9%	9.5%
Occipital	12.9%	13.5%
Missing data	1.6%	0.0%

There were 62 athletes in the Revolution group and 74 in the standard helmet group. There were no statistically significant differences between groups on any variable presented in this table.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเกิด cerebral concussion ในนักกีฬาที่สวมหมวกอเมริกันฟุตบอลตามมาตรฐานเดิมกับสวมหมวกชนิด Revolution

Recovery and return to play rates in all athletes and athletes with no previous concussion		
Interval	Revolution helmets	Standard helmets
All athletes		
One week	50.0%	41.9%
Two weeks	75.8%	70.3%
Three weeks	88.7%	77.0%
Four weeks	93.5%	89.2%
Athletes with no previous concussion		
One week	48.8%	45.6%
Two weeks	78.0%	71.9%
Three weeks	90.2%	78.9%
Four weeks	97.6%	91.2%

*There were 62 athletes in the Revolution group and 74 in the standard helmet group. Percentages represent what proportion of each subgroup recovered and returned to play by designated time interval. No significant differences were found between helmet groups.

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์การหายจาก cerebral concussion ในนักกีฬาที่สวมหมวกแบบมาตรฐานเดิมกับสวมหมวกชนิด Revolution

ของนักกีฬานั้นขึ้นกับอะไร เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

จากการสังเกตพบว่า นักกีฬาที่เลือกสวมหมวกชนิด Revolution จะมีอายุเฉลี่ยที่มากกว่านักกีฬาที่เลือกใช้หมวกแบบมาตรฐาน และหมวกชนิด Revolution นั้นมักจะถูกเลือกใช้โดยผู้เล่นที่มีความเสี่ยงต่อการถูกกระแทกค่อนข้างมาก อีกทั้งในบางโรงเรียนยังต้องการที่จะให้นักกีฬาของตนใช้หมวกชนิด Revolution เพื่อความปลอดภัย แม้ว่าจะยังไม่มีผลการวิจัยที่ชัดเจนออกมาในตอนนั้นก็ตาม

ดังนั้น จากการศึกษาที่แสดงให้เห็นนี้สรุปได้ว่า ด้วยเทคโนโลยีที่ใหม่กว่าของหมวกชนิด Revolution นี้สามารถที่จะลดโอกาสที่จะเกิด cerebral concussion ได้อย่างมีนัยสำคัญ

อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่ดีในการแสดงให้เห็นโอกาสที่นักกีฬาที่สวมใส่ Revolution นั้นจะมีโอกาสในการฟื้นตัวของสมองได้เร็วกว่า

ในปัจจุบันนี้ทั่วโลกมีความเข้าใจในกลไกการเกิดของ cerebral concussion มากขึ้น เข้าใจว่าการบาดเจ็บนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร อาการที่เกิดขึ้นนั้นมีอะไรบ้าง และโอกาสในการฟื้นตัวนั้นเป็นอย่างไร ซึ่งข้อได้เปรียบในเรื่องเหล่านี้จะเอื้อให้สามารถพัฒนาสร้าง helmet แบบใหม่ ๆ ขึ้นได้ โดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้นโดยมีจุดประสงค์เพื่อลดการเกิด cerebral concussion และลดความรุนแรงของ cerebral concussion ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งคุ้มค่ามากขึ้นอีกด้วย

สุดท้ายนี้อยากจะฝากไว้ว่า ไม่มีหมวกหรือเครื่องป้องกันหรือแม้แต่เทคโนโลยีชนิดใดที่จะสามารถช่วยไม่ให้เกิด cerebral concussion ได้ 100% ดังนั้น เราจำเป็นต้องพัฒนาอุปกรณ์เหล่านี้ไปพร้อมกับพัฒนาการดูแลสุขภาพภาวะ cerebral concussion ให้ดีขึ้นเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา นอกจากนี้อีกสิ่งหนึ่งที่จะช่วยในการลดการเกิด cerebral concussion ที่รุนแรงได้นั้นคือการให้ความรู้แก่นักกีฬาถึงวิธีการเล่นที่ปลอดภัย

"Don't hit the head, Don't use the head" เป็นข้อความที่ทาง UPMC Sports Medicine Center ที่รัฐ Pittsburgh ในประเทศสหรัฐอเมริกาพยายามที่จะส่งถึงนักกีฬาให้เรียนรู้ถึงวิธีการเข้ากระแทกที่ถูกต้องที่มีความปลอดภัย



เอกสารอ้างอิง

1. Joseph Maroon, Micky Collins, Mark R. Lovell, Grant L. Iverson, Thad Ide. Examining concussion rates and return to play in high school football players wearing newer helmet technology: A Three Year prospective cohort study. Neurosurgery 2006;58:275-86.
2. Mark R. Lovell, Grant L. Iverson, Michael W. Collins, et al. Measurement of Symptoms Following Sports-Related Concussion: Reliability and Normative Data for the Post-Concussion Scale. Applied Neuropsychology 2006;13;3:166-74.
3. UPMC Sports Concussion Researchers Study New Revolution™ Football Helmet At Area High Schools This Fall. PITTSBURGH, 2002 August 19; Available from: URL: <http://www.upmc.com/media/NewsReleases/2002/Pages/new-revolution-helmet.aspx>
4. Newer Football Helmet Design May Reduce Incidence of Concussions in High School Players, Shows University of Pittsburgh Study. PITTSBURGH, 2006 January 9; Available from: URL: <http://www.upmc.com/media/NewsReleases/2006/Pages/new-football-helmet-design.aspx>





สมาชิกกับสิทธิการเลือกหรือรับเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา

(Member's Right To Elect Or To Be Elected For Thai Medical Council Committee)

หลักโดยทั่วไปนั้นกำหนดในเรื่องของ “วิชาชีพ” ไว้ว่า “ให้ผู้ที่ประกอบวิชาชีพแต่ละสาขาดูแลกันเอง” ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ถูกกำหนดไว้แล้ว การดูแลกันเองในที่นี้มิใช่การดูแลกันและกันจากตัวบุคคลดังเช่น “พ่อแม่ดูแลลูก” หรือ “พี่ดูแลน้อง” หรือ “เพื่อนดูแลเพื่อน (ช่วยติว)” แต่การดูแลนั้นจะต้องผ่านทางองค์กรคณะคือ “คณะกรรมการ” เช่น ในทางการแพทย์คือ คณะกรรมการแพทยสภา ซึ่งเป็นไปตามบทบัญญัติของกฎหมาย (พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525)¹ นั่นเอง และสมาชิกย่อมมีสิทธิที่จะเลือกกรรมการเพื่อดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการดังกล่าว

คณะกรรมการแพทยสภาเป็นกลุ่มบุคคลที่บริหารแพทยสภาเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของแพทยสภาตามมาตรา ๗ โดยที่มาของคณะกรรมการแพทยสภาประกอบด้วย 2 ส่วนหลักคือ กรรมการโดยตำแหน่งและกรรมการโดยการเลือกตั้ง สำหรับกรรมการโดยการเลือกตั้งนั้นมาจาก “สมาชิก” นั่นเอง โดยสมาชิกจะมีสิทธิ “เลือก” “รับเลือก” หรือ “รับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา” ได้ตามบทบัญญัติของกฎหมายนั่นเอง.....

วิชาชีพและลักษณะขององค์กรวิชาชีพ

1. ความหมายของคำว่า “วิชาชีพ”:

วิชาชีพ² แปลมาจากคำภาษาอังกฤษว่า “profession” คำว่า profession นั้นตามศัพท์หมายความว่า ปฏิญาณ เพราะฉะนั้น สภาอันแท้จริงแห่งวิชาชีพก็คือ อาชีพปฏิญาณ คือ “การปฏิญาณตนต่อสรรพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าจะประกอบอาชีพตามธรรมเนียมซึ่งมีวางไว้เป็นบรรทัดฐาน อาชีพปฏิญาณในขั้นต้น ได้แก่ วิถีอาชีพของนักบวช ซึ่งต้องเคร่งในระเบียบวินัยที่บังคับไว้ และต่อมา ได้แก่ นักกฎหมายและนายแพทย์ ฯลฯ ซึ่งเขาได้จัดองค์การควบคุมกันเข้าเอง มีวินัยและมรรยาทอันเคร่งครัด”

วิชาชีพ³ (Profession) เป็นอาชีพให้บริการแก่สาธารณชนที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเป็นการเฉพาะ ไม่ซ้ำซ้อนกับวิชาชีพอื่น และมีมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพ โดยผู้ประกอบวิชาชีพต้อง

ฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติอย่างเพียงพอก่อนที่จะประกอบวิชาชีพต่างกับอาชีพ (Career) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องทำให้สำเร็จโดยมุ่งหวังค่าตอบแทนเพื่อการดำรงชีพเท่านั้น

2. ลักษณะของวิชาชีพ:

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า “วิชาชีพ” ไว้และสอดคล้องต้องกันในทุกความหมาย ดังเช่น

ก. วิชาชีพจะต้องมีลักษณะ 3 ประการคือ⁴

1. มีการฝึกอบรมในมหาวิทยาลัย (the establishment of university training programme)
2. มีองค์กรหรือสมาคมวิชาชีพ (the formation of profession associations)
3. ต้องมีจริยธรรมแห่งวิชาชีพเป็นกฎเกณฑ์แน่ชัด (the presence of formal codes of ethics)

ข. วิชาชีพต้องมีลักษณะดังนี้⁵

1. เป็นอาชีพในแง่ที่เป็นการทำงานที่มีการอุทิศตนทำไปตลอดชีวิต
2. การงานนั้นต้องได้รับการสั่งสอนอบรมเป็นวิชาชีพขั้นสูงที่ต้องอบรมกันเป็นเวลานานหลายปี
3. ผู้ทำงานประเภทนี้จะมีชุมชนหรือหมู่คณะที่มีขนบธรรมเนียมประเพณีที่ล้าลึกในจรรยาบรรณ เกียรติยศและศักดิ์ศรีของวิชาชีพของตน และมีองค์กรและกระบวนการเพื่อสอดส่องพิทักษ์รักษาขนบธรรมเนียมเกียรติยศศักดิ์ศรีของวิชาชีพ

ค. ลักษณะของผู้ประกอบวิชาชีพ³

1. ผู้ประกอบวิชาชีพต้องประกอบวิชาชีพด้วยวิธีการแห่งปัญญา (intellectual method) ได้รับการศึกษาอบรมมาอย่างเพียงพอ (long period of training)
2. มีอิสระในการใช้วิชาชีพตามมาตรฐานวิชาชีพ (professional autonomy) และมีจรรยาบรรณของวิชาชีพ (professional ethics)
3. ต้องมีสถาบันวิชาชีพ (professional institution) หรือองค์กรวิชาชีพ (professional organization) เป็นแหล่งกลางในการสร้างสรรค์จริยธรรมวิชาชีพ



สิทธิของสมาชิกแพทยสภา

แพทยสภาต้องถือว่าเป็นองค์กรวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข องค์กรแรกของประเทศไทยตามกฎหมายที่แยกตัวออกมาจากกฎหมายเดิม^{6,7} เพื่อให้เกิดความคล่องตัว กระชับ ถูกต้องกับสายงานทางการ แพทย์

1. บทบัญญัติของกฎหมายในเรื่องสิทธิของสมาชิก

สิทธิของสมาชิกได้ถูกกำหนดไว้ในมาตรา ๑๒

มาตรา ๑๒ สิทธิและหน้าที่ของสมาชิกมีดังต่อไปนี้

(๑) ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรม ขอหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ หรือขอหนังสือแสดงวุฒิอื่น ๆ ในวิชาชีพเวชกรรม โดยปฏิบัติตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการนั้น

(๒) แสดงความเห็นเป็นหนังสือเกี่ยวกับกิจการของแพทยสภา ส่งไปยังคณะกรรมการเพื่อพิจารณา และในกรณีที่สมาชิกร่วมกันตั้งแต่ ห้าสิบคนขึ้นไปเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาเรื่องใดที่เกี่ยวกับกิจการของแพทยสภา คณะกรรมการต้องพิจารณาและแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้เสนอทราบโดยมิชักช้า

(๓) เลือก รับเลือก หรือรับเลือกตั้งเป็นกรรมการ

(๔) มีหน้าที่ผดุงไว้ซึ่งเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพและปฏิบัติตามตามพระราชบัญญัตินี้

2. ขั้นตอนในการเป็นสมาชิก

ผู้ที่จะเป็นสมาชิกแพทยสภาได้นั้นจะต้องเป็นไปตามมาตรา ๑๑ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525

มาตรา ๑๑ สมาชิกแพทยสภา ได้แก่ ผู้มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(๑) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

(๒) มีความรู้ในวิชาชีพเวชกรรมโดยได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์ที่แพทยสภารับรอง

(๓) ไม่เป็นผู้ประพฤติดีเสียหาย ซึ่งคณะกรรมการเห็นว่าน่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

(๔) ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดหรือคำสั่งที่ชอด้วยกฎหมายให้จำคุกในคดีที่คณะกรรมการเห็นว่าน่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

(๕) ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นโรคที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภา

3. สมาชิกกับคุณสมบัติเฉพาะตัว

สมาชิกแพทยสภามีด้วยกัน 3 ประเภทคือ

1. สมาชิกที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เหตุผลของการที่สมาชิกที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เนื่องจาก

ก. ยังสอบไม่ผ่านเกณฑ์ความรู้ที่แพทยสภากำหนดไว้สำหรับการที่จะเป็นผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข. ไม่ประสงค์จะสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้ง ๆ ที่มีสิทธิตามกฎหมายทุกประการ

ค. เคยได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมมาแล้ว แต่

ค.1 ขอคืนหรือขอพักใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของตนเอง เพื่อประโยชน์บางประการ เช่น การไปสมัครเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร หรือการสอบเป็นผู้พิพากษาได้แล้ว จึงไม่ต้องการที่จะประกอบวิชาชีพเวชกรรมอีกต่อไป เป็นต้น

ค.2 ถูกคณะกรรมการแพทยสภา “พักใช้” หรือ “เพิกถอน” ใบอนุญาตโดยมิได้เคยวินิจฉัยในประเด็นว่า “เป็นผู้ประพฤติดีเสียหายที่จะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ” (มาตรา ๑๑) ทำให้ยังไม่เสียสิทธิในการเป็นสมาชิกฯ

2. สมาชิกที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

คือสมาชิกที่เมื่อสมัครเป็นสมาชิกแล้วได้ใช้สิทธิในการขอใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อให้ได้สิทธิในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

“วิชาชีพเวชกรรม”¹ หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้ เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม”¹ หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

สมาชิกประเภทนี้ต้องถือว่าเป็นสมาชิกที่มีสิทธิเต็มขั้นทุกประการในการที่จะเลือก รับเลือก หรือรับเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา ตามมาตรา ๑๒

4. สิทธิของสมาชิกในเรื่องเกี่ยวกับ “กรรมการแพทยสภา”

สำหรับในเรื่องการเป็นกรรมการในคณะกรรมการแพทยสภา ตามกฎหมายนั้น¹ กำหนดสิทธิไว้ 3 ประการสำคัญ คือ

1. เลือกกรรมการแพทยสภา (ประเภทเลือกตั้ง)

เป็นสิทธิของสมาชิกในการเลือกเพื่อให้ได้กรรมการตามมาตรา ๑๔ ประเภทเลือกตั้ง และเป็นสิทธิเพียงประการเดียวของสมาชิกทุกประเภทที่สามารถใช้ได้ในกาเลือกตั้งกรรมการประเภทนี้

2. รับเลือก (ได้รับเลือกเป็นกรรมการตามตำแหน่งในคณะกรรมการแพทยสภา)

ใช้ในการรับเลือกตามมาตรา ๑๕ และมาตรา ๒๐

มาตรา ๑๕ วรคแรก เป็นการเลือกตำแหน่งนายกแพทยสภา อุปนายกแพทยสภา และอุปนายกแพทยสภาคนที่สอง ซึ่งจะต้องเป็นกรรมการแพทยสภาตามมาตรา ๑๔ เท่านั้น

มาตรา ๑๕ วรคสอง เป็นการเลือกตำแหน่ง

ก. เลขานุการ เป็นสมาชิกซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ก็เพียงพอแล้ว ไม่จำเป็นต้องเป็นกรรมการแพทยสภาตามมาตรา ๑๔ ก็มีสิทธิดำรงตำแหน่งนี้ได้



ข. รองเลขานุการ และเหรัญญิก ต้องเป็นกรรมการแพทยสภาตามมาตรา ๑๔ เสียก่อนจึงจะถูกเลือกมาเป็นตำแหน่งทั้งสองนี้ได้

มาตรา ๒๐

เป็นการใช้สิทธิเพื่อให้ได้รับการ “รับเลือก” เป็นกรรมการ (โดยไม่ผ่านการเลือกตั้ง) เพราะเป็นกรรมการทดแทนกรรมการที่มาจากการเลือกตั้งผู้ที่ต้องพ้นจากตำแหน่งไปก่อนครบวาระด้วยเหตุประการหนึ่งประการใดตามที่กฎหมายกำหนดไว้

3. รับเลือกตั้ง

ใช้เฉพาะการเลือกตั้งเพื่อเป็นกรรมการแพทยสภาตามมาตรา ๑๔ เท่านั้น

สิทธิทั้ง 3 ประการนี้สมาชิกจะมีได้ต้องเป็นไปตามข้อกำหนดในบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 เท่านั้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าไม่เหมือนกันในแต่ละตำแหน่ง

สมาชิกที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมกับสิทธิการสมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา

ตามที่มาตรา ๑๑ ได้กำหนดคุณสมบัติของสมาชิกไว้ และมาตรา ๑๒ ได้กำหนดสิทธิของสมาชิกไว้ โดยเฉพาะในมาตรา ๑๒(๓) ในการเลือก รับเลือก หรือรับเลือกตั้งเป็นกรรมการ เหตุใดสมาชิกจึง

ไม่มีสิทธิสมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการ

ในเรื่องนี้สามารถพิจารณาได้จาก “คุณสมบัติของกรรมการประเภทรับเลือกตั้ง” ตามมาตรา ๑๗ ด้วย กล่าวคือ

มาตรา ๑๗ กรรมการซึ่งได้รับเลือกตั้งและกรรมการซึ่งดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ตามมาตรา ๑๕ ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(๑) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) เป็นผู้ไม่เคยถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาต

(๓) เป็นผู้ไม่เคยถูกศาลสั่งให้เป็นบุคคลล้มละลาย

จึงเห็นได้ว่าสมาชิกแม้ว่าจะเป็นสมาชิกหากแต่ยังมิได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมไม่สามารถที่จะสมัครเป็นผู้รับเลือกตั้งเป็นกรรมการได้เลย

สรุป

คณะกรรมการแพทยสภาเป็นกลุ่มบุคคลที่บริหารแพทยสภา เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของแพทยสภาตามมาตรา ๗ โดยที่มาของคณะกรรมการแพทยสภาประกอบด้วย 2 ส่วนหลักคือ กรรมการโดยตำแหน่งและกรรมการโดยการเลือกตั้ง สำหรับกรรมการโดยการเลือกตั้งนั้นมาจาก “สมาชิก” นั่นเอง โดยสมาชิกจะมีสิทธิ “เลือก” “รับเลือก” หรือ “รับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา” ได้ตามบทบัญญัติของกฎหมายนั่นเอง กล่าวคือ

1. สมาชิกมีสิทธิที่จะเลือกตั้งคือเลือก “ผู้สมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา”

2. สมาชิกที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมมีสิทธิที่จะได้รับเลือกเป็นกรรมการแพทยสภาทดแทนกรรมการแพทยสภาที่ต้องพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ

3. สมาชิกที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมมีสิทธิที่จะ “สมัครรับเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา”

ส่วนกรรมการแพทยสภาที่จะดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ในแพทยสภานั้น (ตำแหน่งบริหาร) ให้เป็นไปตามมาตรา ๑๕ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม

เอกสารอ้างอิง

- พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525; 99:1-24.
- พระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมหมื่นนคราธิปพงศ์ประพันธ์. อาชีวปฏิญาณ ใน: แสง บุญเฉลิม วิภาส, บรรณาธิการ. รวมคำบรรยายหลักวิชาชีพกฎหมาย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531:1-4.
- มาตรฐานวิชาชีพทางการศึกษา. <http://education.dusit.ac.th/QA/articles/doc02.pdf>
- Eyer AR. Profession as the conscience of society. J Med Ethics 1985;11:117-22.
- ปรีดี เกษมทรัพย์. หลักวิชาชีพนักกฎหมายในภาคพื้นยุโรป. ในเอกสารอ้างอิง 1 หน้า 15-24.
- พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479. ราชกิจจานุเบกษา 2480;54:160-70.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511. ราชกิจจานุเบกษา 2511;85:690-712.

Chest Physical Therapy and Suctioning

(ต่อจากฉบับที่แล้ว)

วิธีการจัดท่าและตำแหน่งที่จะเคาะปอดในเด็กเล็ก ปอดส่วนล่าง



Superior segments
of both lower lobes



Posterior basal segments
of both lower lobes



Lateral basal segment
of right lower lobe



Anterior basal segment
of right lower lobe

Complications

1. เพิ่ม intracranial pressure
2. ทำให้มีอาการหายใจลำบากมากขึ้น จากความดันในช่องท้อง โดยเฉพาะผู้ที่มีการอุดตันอืด มีน้ำในช่องท้อง และ phrenic nerve palsy
3. เพิ่มการเกิด gastroesophageal reflux

2. ซีโครงหัก ในรายที่มีปัญหา osteoporosis
3. การหดเกร็งของหลอดลม (bronchospasm)
4. Active pulmonary hemorrhage
5. เจ็บ ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลบริเวณทรวงอก

2. การเคาะ (Percussion)

- ใช้อุ้งมือ โดยทำมือให้เป็นลักษณะ cupped hand
- เคาะโดยการสับบริเวณข้อมือ
- ควรมีผ้ารองบริเวณที่เคาะ
- ควรเคาะตำแหน่ง 1-5 นาที เวลารวมทั้งหมดในการจัดทำและเคาะไม่ควรเกิน 30 นาที ในแต่ละครั้ง
- อาจใช้ mechanical percussion แทนได้



Complication

1. รอยช้ำ หรือ petechiae ในผู้ที่มีภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

Mechanical percussion



3. การสั่นสะเทือน (Vibration)

- วางมือกดบนผนังทรวงอก เหยียดแขนตรง เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณแขนและหัวไหล่ ให้เกิดการสั่นบริเวณมือ
- ควรทำในช่วงหายใจออก หลังหายใจเข้าลึก ๆ
- นิยมใช้ในเด็กเล็ก และผู้ที่มีกระดูกบาง ซึ่งอาจแตกหักง่ายถ้าใช้วิธีเคาะ
- อาจใช้เครื่อง vibrator ต่าง ๆ
- ความถี่ที่เหมาะสมคือ 15-20 Hertz



Complication

1. รอยช้ำ หรือ petechiae ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด
2. Active pulmonary hemorrhage
3. ซีโครงหัก ในผู้ป่วยที่มีปัญหา osteoporosis

4. การกำจัดเสมหะ

ทำได้หลายวิธี ได้แก่

- Directed cough
- Force expiratory techniques
- Suction

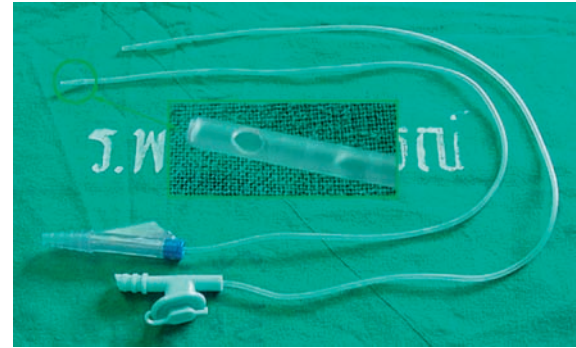
การดูดเสมหะ (Suction)

Indications

- ผู้ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
- ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว
- เด็กเล็กซึ่งไม่ร่วมมือ
- ผู้ป่วยกลืนเนื้ออ่อนแรง

Methods

1. เตรียมเครื่องมือ
 - เครื่องดูดเสมหะ
 - Resuscitating bag (ในผู้ป่วยที่มีท่อช่วยหายใจ)



- สายดูดเสมหะที่ขนาดเหมาะสม ในรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ขนาดสายไม่ควรเกิน 1/2 ของขนาดท่อช่วยหายใจ สายดูดเสมหะควรมีรูที่ตรงปลายและด้านข้าง
- 2. ฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้าง ก่อนดูดเสมหะ
- 3. ล้างมือให้สะอาด
- 4. ใส่ถุงมือข้างที่ถนัด และจับสายดูดเสมหะด้วยวิธีปราศจากเชื้อ (ดังรูป)



5. ต่อสายดูดเสมหะกับเครื่องดูดเสมหะ เช็กระดับความดันที่เหมาะสมตามอายุ ดังนี้

ทารก	ใช้ความดัน	50-70	มม.ปรอท
เด็กเล็ก	"	70-90	"
เด็กโต	"	90-120	"

6. ให้ผู้ป่วย hyperinflate ปอดอย่างน้อย 3 ครั้ง ด้วย 100% ออกซิเจน ทาง mask หรือท่อช่วยหายใจก่อนทำการดูดเสมหะ และหลังดูดเสมหะทุกครั้ง

7.1 ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal suction)

- ปลดท่อช่วยหายใจจากออกซิเจน
- ค่อย ๆ ใส่สายดูดเสมหะลงในท่อช่วยหายใจโดยไม่ดูดเสมหะ

- เมื่อสายลงจนสุดให้ดึงกลับประมาณ 0.5-1 ซม. และเริ่มดูดเสมหะพร้อมกับดึงสายดูดเสมหะขึ้นเรื่อย ๆ
- ไม่ควรดูดเสมหะแต่ละครั้งนานเกิน 10-15 วินาที

ต่อท่อช่วยหายใจกับออกซิเจน



7.2 การดูดเสมหะจากจมูกและปาก (Nasopharyngeal suction)

- ห่อตัวเด็ก หรือให้ผู้ช่วยจับตัวเด็ก
- หันหน้าไปด้านข้าง และแขวนหน้าขึ้น
- หล่อลื่นสายด้วยน้ำสะอาด

การดูดเสมหะจากปาก



การดูดเสมหะจากจมูก



• ถ้ามีเสมหะในปาก ให้ดูดเสมหะในปากก่อนใส่สายเข้าทางจมูก เพราะการใส่สายทางจมูกจะทำให้เกิด inspiratory reflex สำลักเสมหะในปากได้

- ค่อย ๆ ใส่สายเข้าทางจมูก โดยไม่ใช้แรงดัน ถ้าติดให้ถอยหลัง และใส่ใหม่
- เมื่อถึงบริเวณ nasopharynx ให้เริ่มดูดเสมหะพร้อมกับดึงสายออกทางจมูก
- ให้ออกซิเจนก่อนและหลังดูดเสมหะทุกครั้ง

Complication

1. tracheobronchial trauma
2. hypoxia
3. cardiovascular change from hypoxia and vagal reflex
4. atelectasis
5. changes in intracranial pressure
6. pneumothorax
7. bronchospasm
8. bacterial infection

Directed cough

- ฝึกให้อาสาสมัครมีประสิทธิภาพ
- ทำได้เฉพาะเด็กโตที่ให้ความร่วมมืออย่างดี
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หายใจเข้าลึก ๆ กลั้นหายใจ และหายใจออกอย่างแรง ด้านกับ glottis ที่ปิดอยู่

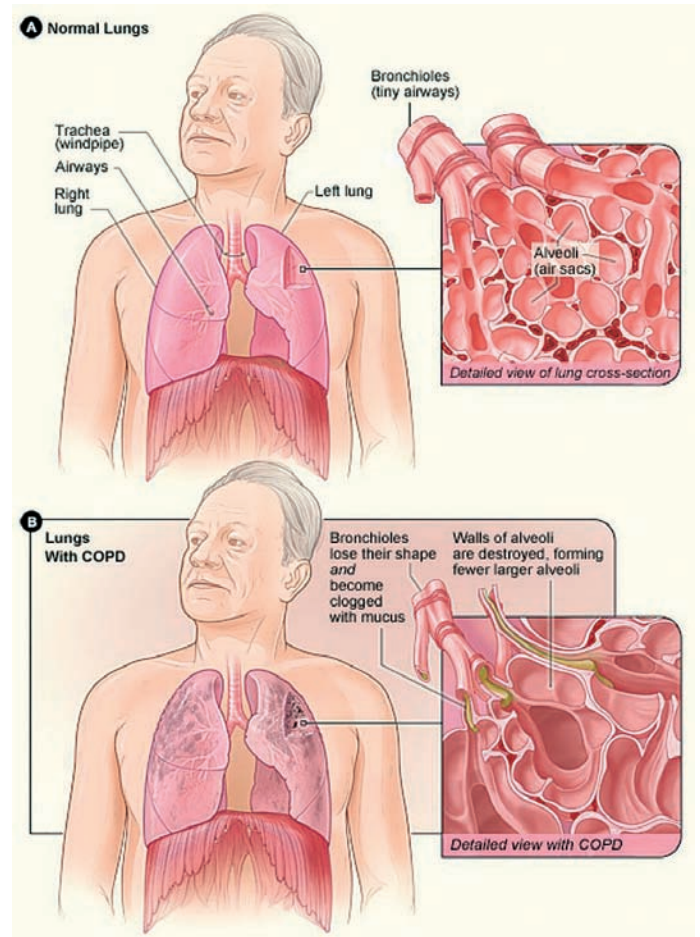
Force expiratory technique (FET)

- ฝึกให้ผู้ป่วยหายใจออกอย่างแรงที่ medium หรือ low lung volume โดย glottis ปิด
- โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้า และหายใจออกอย่างแรงสั้น ๆ 2 ครั้ง พร้อมออกเสียง "huff" ตามด้วยหายใจช้า ๆ โดยใช้กระบังลม อาจให้หุบแขนทั้ง 2 กอดข้าง ๆ ทรวงอกเพื่อช่วย force expiration
- ทำได้เฉพาะเด็กโตที่ร่วมมือดี

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease : COPD) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยมากโรคหนึ่ง โดยประมาณการว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคนี้จำนวนกว่า 65 ล้านคนทั่วโลก และก็เป็นโรคที่พบบ่อยได้ในประเทศไทยเช่นกัน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้เป็นกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของทางเดินหายใจอย่างช้า ๆ จนกระทั่งมีการตีบแคบลงอย่างเรื้อรัง ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพการทำงานได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ หายใจลำบาก และมีเสมหะมากร่วมด้วย ซึ่งอาจแยกได้เป็น 2 กลุ่มโรคหลักคือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง โดยสาเหตุของโรคนี้มักเกิดจากการสูบบุหรี่และมลพิษในอากาศ สำหรับผู้ป่วยบางรายที่อาการรุนแรงนั้น ทางเลือกเดียวที่เหมาะสมคือ การเปลี่ยนปอดที่เสื่อมสภาพดังกล่าวด้วยปอดใหม่ที่ได้รับจากการบริจาค แต่โชคร้ายที่ว่าจำนวนของปอดที่ได้รับจากการบริจาคมานั้นมีจำนวนน้อยมาก ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายปอดนั้นมีจำนวนไม่กี่พันคนทั่วโลก ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นจำนวนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยโดยรวม ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องพึ่งอุปกรณ์การแพทย์ในการรักษาหรือคงสภาพการทำงานของปอดแทนชั่วคราว

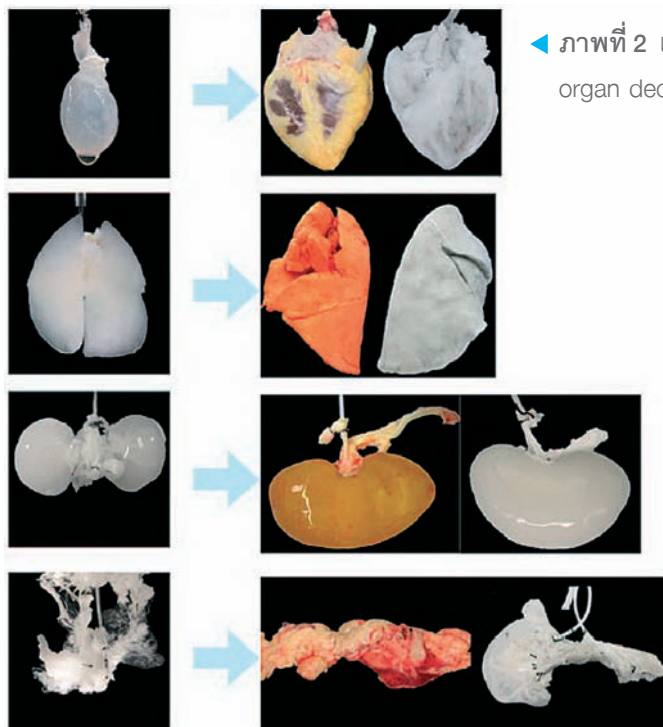
ปอดเทียม (ตอนที่ 1)

การสร้างปอดใหม่ขึ้นมาในห้องปฏิบัติการเพื่อนำมาใช้ทดแทนปอดจากการรับบริจาคดูเหมือนจะเป็นทางเลือกที่ดูว่าน่าจะเหมาะสมแต่ก็อาจจะเป็นไปได้ยาก แต่ก่อนหน้านี้คือลัมนิวสตุและอุปกรณ์การแพทย์ได้นำเสนอถึงแนวทางการพัฒนาอวัยวะทดแทนขึ้นมาจากเทคโนโลยีวิศวกรรมเนื้อเยื่อและเทคโนโลยี whole organ decellularization ซึ่งเป็นการนำอวัยวะที่ต้องการใช้งานมาผ่านกระบวนการล้างเอาเซลล์ออกเพื่อให้คงเหลือแต่โครงร่างของอวัยวะดังกล่าว จากนั้นจึงนำเอาเซลล์ของผู้ป่วยที่ต้องการอวัยวะดังกล่าวมาเพาะเลี้ยงลงไปยังโครงร่างดังกล่าว แล้วจึงนำมาเปลี่ยนถ่ายให้กับผู้ป่วยที่ต้องการในที่สุด ซึ่งด้วยข้อดีของโครงสร้างในธรรมชาติและการใช้เซลล์ของผู้ป่วยเอง ทำให้อวัยวะที่สร้างขึ้นใหม่นี้จะมีประสิทธิภาพการทำงาน ปลอดภัย และไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยากดภูมิคุ้มกันแต่อย่างใด ซึ่งนอกเหนือจากหัวใจ ไต ตับอ่อน กระเพาะปัสสาวะแล้ว ปอดนั้นเป็นอวัยวะหนึ่งที่ถูกแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำเทคนิคดังกล่าวมาประยุกต์ใช้งาน แต่ถึงแม้ว่าจะสามารถแสดงให้เห็นในห้องปฏิบัติการเบื้องต้นถึงการเพาะเลี้ยงเซลล์เนื้อเยื่อปอดลงไป

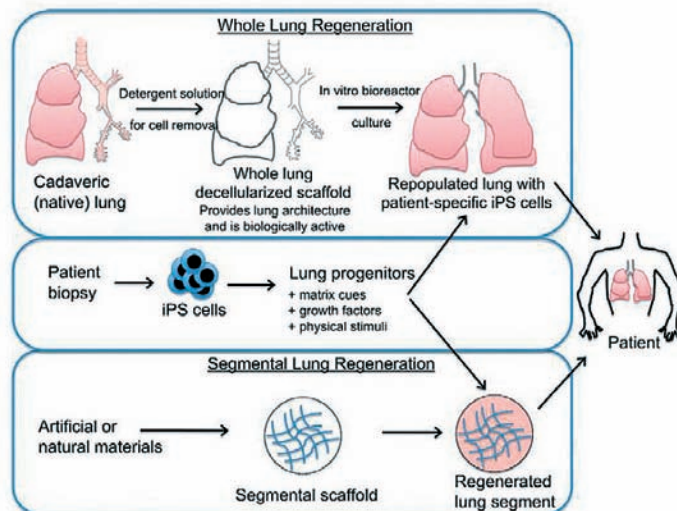


ภาพที่ 1 แสดงลักษณะของปอดที่เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁽¹⁾

ยังโครงร่างของอวัยวะที่ผ่านการล้างเซลล์เก่าออกและสามารถทำงานในการขยาย-หดตัว และแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนได้อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดหลายประการ ทั้งเรื่องความซับซ้อนของอวัยวะ ความหลากหลายของประเภทเซลล์ในแต่ละอวัยวะ ประสิทธิภาพการทำงานจริง และขนาดที่ใหญ่ทำให้ในปัจจุบันนี้ดูเหมือนว่าผลิตภัณฑ์ที่นำไปประยุกต์ใช้งานทางการแพทย์นั้นจะเป็นเพียงส่วนของเนื้อเยื่อซึ่งมีรูปร่างและการทำงานที่ไม่ซับซ้อนเท่านั้น ยังคงไม่ใช่อวัยวะที่มีการทำงานที่ซับซ้อนกว่า นอกจากนี้ในทางปฏิบัติแล้ว การใช้เทคนิคดังกล่าวนี้ยังคงต้องมีการใช้อวัยวะที่ได้รับจากการบริจาคอยู่ดี ซึ่งอาจจะไม่ได้แก้ปัญหาของปริมาณอวัยวะที่ได้จากการรับบริจาค แต่อาจจะช่วยแก้ปัญหาของคุณภาพของอวัยวะที่ได้รับบริจาคและการปฏิเสธอวัยวะบริจาคของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการซ่อมแซมอวัยวะของผู้ป่วยเองให้กลับคืนสภาพที่ใกล้เคียงกับสภาพจริงก่อนหน้าที่จะเกิดโรคได้



▶ ภาพที่ 2 แสดงตัวอย่างอวัยวะที่มีการประยุกต์ใช้เทคนิค whole organ decellularization ในการสร้างชิ้นใหม่⁽²⁾



▶ ภาพที่ 3 แสดงหลักการการสร้างปอดและส่วนของปอดด้วยเทคโนโลยีทางวิศวกรรมเนื้อเยื่อ และ whole organ decellularization⁽³⁾

ตารางที่ 1 แสดงการประยุกต์ใช้เทคนิค tissue decellularization ในการผลิตเนื้อเยื่อ⁽⁴⁾

Product (Manufacturer)	Tissue Source	Application Focus
AlloDerm® (Lifecell Corp.)	Human dermis	Soft tissue
AlloPatch HD™, FlexHD® (Musculoskeletal Transplant Foundation)	Human dermis	Tendon, breast
NeoForm™ (Mentor Worldwide LLC)	Human dermis	Breast
GraftJacket® (Wright Medical Technology Inc.)	Human dermis	Soft tissue, chronic wounds
Strattice™ (Lifecell Corp.)	Porcine dermis	Soft tissue
Zimmer Collagen Repair Patch™ (Zimmer Inc.)	Porcine dermis	Soft tissue
TissueMend® (Stryker Corp.)	Bovine dermis	Soft tissue
Matrigel® (Corning)	Porcine urinary bladder	Soft tissue
Oasis®, Surgisis® (Cook Biotech Inc.)	Porcine small intestine	Soft tissue
Restore™ (DePuy Orthopaedics)	Porcine small intestine	Soft tissue
FortaFlex® (Organogenesis Inc.)	Porcine small intestine	Soft tissue
CorMatrix ECM™ (CorMatrix® Cardiovascular Inc.)	Porcine small intestine	Pericardium, cardiac tissue
Meso BioMatrix™ (Kensey Nash Corp.)	Porcine mesothelium	Soft tissue
IOPatch™ (IOP Inc.)	Human pericardium	Ophthalmology
OrthoAdapt®, Unite® (Synovis Orthopedic and Woundcare Inc.)	Equine pericardium	Soft tissue, chronic wounds
CopioS® (Zimmer Inc.)	Bovine pericardium	Dentistry
Lyoplate® (B. Braun Melsungen AG)	Bovine pericardium	Dura mater
Perimount® (Edwards Lifesciences LLC)	Bovine pericardium	Valve replacement
Hancock® II, Mosaic®, Freestyle® (Medtronic Inc.)	Porcine heart valve	Valve replacement
Prima™ Plus (Edwards Lifesciences LLC)	Porcine heart valve	Valve replacement
Epic™, SJM Biocor® (St. Jude Medical Inc.)	Porcine heart valve	Valve replacement

ด้วยยังคงต้องใช้ระยะเวลาที่ค่อนข้างนานหลายปีก่อนที่จะประสบความสำเร็จในการแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้เทคนิคทางวิศวกรรมเนื้อเยื่อดังกล่าวในการนำมาสร้างอวัยวะเทียมใหม่ขึ้นมา ทำให้การพัฒนาอุปกรณ์สนับสนุนการทำงานของปอด (lung assisted device) ซึ่งดูเหมือนจะพัฒนาไปได้ง่ายและเร็วกว่า และบางอุปกรณ์ก็เริ่มมีการใช้งาน

ทางคลินิกจริงแล้ว ในตอนหน้าเราจะมาลองดูกันว่า อุปกรณ์สนับสนุนการทำงานของปอด หรือที่จะเรียกสั้น ๆ ได้ว่า ปอดเทียมนั้นมีการพัฒนาการมาเพียงใด และจะมีอนาคตที่สดใสหรือไม่

(อ่านต่อฉบับหน้า)

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/copd/>
2. Jeremy J. Song and Harald C. Ott (2011), Trends in Molecular Medicine, 17(8), pp. 424.
3. Thomas H. Petersen, Elizabeth A. Calle, Laura E. Niklason (2011), Materials Today, 14(5), pp. 196.
4. Peter M. Crapo, Thomas W. Gilbert, Stephen F. Badylak (2011), Biomaterials 32, pp. 3233.

กระแสนิยมสุขภาพกำลังเป็นที่สนใจในวงกว้าง และ “เห็ด” ก็จัดอยู่ในอันดับต้น ๆ ของอาหารคนรักสุขภาพที่ไม่ได้เป็นเพียงแค่อาหารที่ให้อรรถรสอร่อย แต่ยังมีคุณค่าทางโภชนาการที่ช่วยป้องกันและเสริมภูมิคุ้มกันร่างกาย

อ.ศัลยา คงสมบูรณ์เวช Registered Dietitian (USA)

กล่าวว่า เห็ดเป็นอาหารที่ปราศจากไขมัน มีปริมาณน้ำตาลและเกลือต่ำมาก และยังเป็นแหล่งโปรตีนคุณภาพสูงเมื่อเทียบกับโปรตีนที่ได้จากเนื้อสัตว์ มีใยอาหาร ธาตุเหล็ก แคลเซียม ฟอสฟอรัส วิตามินซี วิตามินบีรวม ซีลีเนียม โปแตสเซียม และทองแดง จึงเป็นอาหารที่มีคุณค่าสูงที่ควรเลือกรับประทานเป็นประจำ

ที่ว่า ทำไมชาวญี่ปุ่นจึงเป็นผู้มีสุขภาพที่ดีและมีอายุยืนยาวแม้จะอยู่ในภูมิภาคที่มีอุณหภูมิที่ต่างกันอย่างมาก ฤดูร้อนก็ร้อนจัด ฤดูหนาวก็หนาวขนาดหิมะตก

เห็ดทางการแพทย์สายพันธุ์ญี่ปุ่นที่เป็นที่รู้จักกันดีประกอบด้วย เห็ดชิตาเกะ เห็ดยามาบูชิตาเกะ เห็ดไมตาเกะ เห็ดมัดสึทาเกะ เห็ดชิเมจิ เห็ดเรอชิ ฯลฯ บางชนิดคนญี่ปุ่นนิยมต้มน้ำดื่ม ซึ่งนวัตกรรมทางอาหารในปัจจุบันได้มีการนำเห็ดทางการแพทย์เหล่านี้มาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์อาหารฟังก์ชันที่สะดวกต่อการบริโภค และให้ประโยชน์ในการเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น ผลิตภัณฑ์ที่ใช้กระบวนการสกัดเข้มข้นเพื่อช่วยให้ได้รับปริมาณของสารออกฤทธิ์

เห็ดทางการแพทย์สายพันธุ์ญี่ปุ่น กับกลไกเสริมภูมิคุ้มกัน



“เห็ดที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติมีมากถึง 140,000 สายพันธุ์ แต่มีเห็ดเพียงไม่กี่สายพันธุ์ที่สามารถรับประทานได้และให้สารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายนอกเหนือจากสารอาหารอื่นที่ได้รับจากผักอื่น ๆ ที่รับประทานในชีวิตประจำวัน และยิ่งถ้าเป็นเห็ดที่มีสรรพคุณทางยา หรือที่เรียกว่าเป็นเห็ดทางการแพทย์ (Medicinal Mushroom) ก็ยิ่งหารับประทานกันยากขึ้น และในจำนวนนั้นมีเห็ดทางการแพทย์สายพันธุ์ญี่ปุ่นที่มีการนำมาศึกษาทำวิจัยกันอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับประโยชน์ในด้านการมีฤทธิ์เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งจะช่วยลดสุขภาพของหลอดเลือดต่อต้านกระบวนการอักเสบในร่างกาย และส่งเสริมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน”

ทั้งนี้ก็เพราะในเห็ดมีสารสำคัญที่ชื่อว่า โพลีแซ็กคาไรด์ (Polysaccharide) ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่มีรายงานยืนยันการศึกษาทางวิชาการที่ตีพิมพ์หลายร้อยฉบับรวมทั้งวารสารเห็ดทางการแพทย์นานาชาติ (International Journal of Medicinal Mushroom) ว่ามีส่วนช่วยในการกระตุ้นการทำงานของเม็ดเลือดขาวในการปรับสมดุลการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้มีประสิทธิภาพที่เหมาะสมกับการต่อต้านเชื้อโรคและเซลล์มะเร็งเหมือนกับการเสริมภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย ซึ่งเมื่อระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพก็เหมือนกับการเสริมสร้างเกราะป้องกันร่างกายที่แข็งแรง ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น โรคติดเชื้อ โรคภูมิแพ้ และโรคเรื้อรังต่าง ๆ และนี่แหละคืออีกหนึ่งเคล็ดลับสำคัญ

ทางชีวภาพมากขึ้น เรียกว่าเข้ากับไลฟ์สไตล์ของคนไทยในยุคปัจจุบันที่ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมไปถึงการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ เคร่งเครียด ที่เป็นตัวเร่งให้ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีอยู่ตามธรรมชาติลดลง

“เห็ดทางการแพทย์สายพันธุ์ญี่ปุ่นมีความน่าสนใจทั้งในเชิงทางอาหารและยา ขณะเดียวกันวงการนักวิจัยจากทั่วโลกก็ยังคงให้ความสนใจศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ ๆ จึงเรียกได้ว่าเป็นอาหารอีกชนิดหนึ่งที่น่าติดตาม” อ.ศัลยา กล่าวทิ้งท้าย

References :

1. Meletis C.D. and Baker J.E., Medicinal Mushrooms A Selective Overview, Alternative & Complimentary Therapies, June 2005 p.141-145.
2. Lull C., Savelkoul H.F.J., Wicher H.J., Anti-inflammatory and Immunomodulating Properties of Fungal Metabolites, Mediators of Inflammation, 2005 p.63-80.
3. Bao XF, Wang Xs, Dong Q, Fang JN, Li XY., Structural Features of immunologically active polysaccharides from *Ganoderma lucidum*, Phytochemistry, 2002;59(2):175-181.



มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย เผยถึง 1 ทศวรรษแห่งความก้าวหน้าทางการรักษาโรคมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ ซึ่งเป็นมะเร็งชนิดหนึ่งในระบบทางเดินอาหาร มีความยากต่อการวินิจฉัยและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้ว กลับมาเป็นซ้ำ และเซลล์มะเร็งยังแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ อีก แต่ด้วยวิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นในปัจจุบัน มียากลุ่มออกฤทธิ์ต่อเป้าหมาย หรือที่เรียกว่า “Targeted Therapy” ที่สามารถลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ และช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น

1 ทศวรรษแห่งความก้าวหน้าในการรักษาโรคมะเร็งจีสต์

พญ.สุดสวาท เลาหวินิจ นายกมะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย เปิดเผยว่า มะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ (Gastrointestinal Stromal Tumor) เป็นมะเร็งชนิดหนึ่งของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นโรคที่เพิ่งรู้จักกันเมื่อประมาณ 20-30 ปีที่ผ่านมา มะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์เป็นมะเร็งที่แตกต่างจากมะเร็งระบบทางเดินอาหารอื่น ๆ เนื่องจากมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์เกิดจากเซลล์ที่เป็นต้นกำเนิด คือเซลล์ที่ควบคุมการบีบตัวของลำไส้ ดังนั้น จึงสามารถพบมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ได้ตามส่วนต่าง ๆ ของระบบทางเดินอาหาร แต่ที่พบได้บ่อยที่สุดคือ กระเพาะอาหาร รองลงมาได้แก่ ในลำไส้เล็ก โดยมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์เป็นมะเร็งที่พบบ่อย ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ 4,000-5,000 รายต่อปี ในส่วนของประเทศไทยพบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ปีละ 250 ราย ซึ่งถือว่าน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งของระบบทางเดินอาหารชนิดอื่น แต่มีอัตราการเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี

มะเร็งชนิดจีสต์จัดเป็นโรคมะเร็งชนิดหนึ่งที่ยากต่อการวินิจฉัยและการรักษา เนื่องจากในช่วงแรกจะตรวจพบเนื้องอกอยู่บริเวณใดบริเวณหนึ่งในช่องท้อง และมักจะไม่มีแสดงอาการให้เห็น เช่น ที่กระเพาะอาหาร ซึ่งมะเร็งชนิดจีสต์ที่ยังคงอยู่บริเวณเดิม นั้น ซึ่งเรียกว่าการเกิดเนื้องอกเฉพาะที่ (Local Tumor) และเมื่อเนื้องอกจีสต์เกิดการลุกลามขึ้นจะเกิดการแพร่กระจายของโรคไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจนกลายเป็นเนื้องอกจีสต์ในระยะแพร่กระจาย ซึ่งบ่อยครั้งที่เนื้องอกจีสต์เจริญเติบโตจนมีขนาดใหญ่ ก่อนที่จะถูกตรวจพบและเกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น ตับ และเยื่ออุ้งท้อง

ในปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธีด้วยกัน บางรายใช้วิธีการผ่าตัดชิ้นเนื้อในช่องท้องออกไป แต่โอกาสที่จะกลับมาเป็นซ้ำก็มีค่อนข้างสูง หรือจะใช้วิธีแบบดั้งเดิมที่ใช้กันมานานคือ การรักษาดูด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) และการฉายรังสี (Radiation) แต่สำหรับผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ กลับพบว่ามีการดื้อต่อการฉายรังสีและเคมีบำบัด และโรคมักกลับเป็นซ้ำอีก หรือมีการแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ได้ แต่ปัจจุบันการรักษามะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์มีความก้าวหน้ามากขึ้น โดยสามารถให้การรักษาสเสริม (Adjuvant Therapy) ด้วยยากลุ่มออกฤทธิ์ต่อเป้าหมาย หรือที่เรียกว่า “Targeted Therapy” ให้แก่ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดก่อนมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ออกได้อย่างสมบูรณ์และไม่มีการแพร่กระจายของโรค ซึ่งผลการวิจัยล่าสุดพบว่า การรักษาเสริมด้วยยากลุ่มออกฤทธิ์ต่อเป้าหมายดังกล่าวสามารถลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ได้

นายริชาร์ด อาเบลลา ประธานบริหาร บริษัท ไนวอร์ติส (ประเทศไทย) จำกัด กล่าวว่า บริษัท ไนวอร์ติส ประเทศไทย มีความยินดีอย่างยิ่งที่ได้เป็นส่วนหนึ่งที่ได้ให้การสนับสนุนมะเร็งวิทยาสมาคมแห่ง

ประเทศไทยในการจัดงานวันนี้ บริษัทมีความมุ่งมั่นที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนนโยบายภาครัฐในด้านสุขภาพ จึงมีแนวคิดที่จะส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์แก่ประชาชน และสนับสนุนโครงการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งการวินิจฉัยโรคและการรักษาผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ในประเทศไทย เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่พบได้



ไม่บ่อย และต้องการทักษะการวินิจฉัยที่ค่อนข้างแม่นยำ บริษัทจึงได้จัด “โครงการ GIST Alliance” ขึ้น โดยจะมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์แก่ประชาชนผ่านสื่อ คนไข้และผู้ดูแลผู้ป่วย และการจัดแคมเปญ GIST Sure เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการวินิจฉัยโรคมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ให้แก่กลุ่มแพทย์ รังสีแพทย์ รวมถึงการบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบของความร่วมมือโดยแพทย์สหสาขา และการสนับสนุนการจัดงานประชุมวิชาการและการประชุมระหว่างประเทศร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในระดับนานาชาติ ซึ่งเราหวังเป็นอย่างยิ่งว่าโครงการดังกล่าวนี้จะช่วยบุคลากรทางการแพทย์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ได้

นอกจากนี้ ไนวอร์ติสยังมุ่งหวังในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยาและการรักษา จึงได้ริเริ่มโครงการที่หลากหลาย เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงยาและการรักษา ทั้งนี้ทางบริษัทฯ ได้ก่อตั้ง **โครงการช่วยเหลือผู้ป่วยนานาชาติจีแพป™ (GIPAP™)** โดยมอบยาเคมีบำบัดให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ (GIST) และโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ (CMML) ทั่วโลกที่มีปัญหาทางการเงินโดยไม่คิดมูลค่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการกว่า 50,000 รายในกว่า 80 ประเทศทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยโครงการจีแพป™ ได้จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องปีนี้เป็นปีที่ 9 แล้ว ซึ่งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยไปแล้วกว่า 3,000 ราย ปัจจุบันมีโรงพยาบาลและศูนย์แพทย์ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 52 แห่ง มีแพทย์เข้าร่วมโครงการ 147 ท่าน ซึ่งขณะนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการและยังคงได้รับยาทั้งสิ้นกว่า 1,600 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ (GIST) 524 ราย และผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์ (CMML) 1,112 ราย

นายสำราญ สมใจ หนึ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์มากกว่า 7 ปี กล่าวว่า อาการเบื้องต้นที่ผมเป็นคือ คลำเจอก้อนที่ท้อง ซึ่งตอนแรกไม่ทราบว่าเป็นอะไร คิดว่าอาจจะเพราะอ้วนขึ้น แต่อยู่มาวันหนึ่งผมมีอาการปวดท้องมากจึงรีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่า ผมเป็นโรคมะเร็งทางเดินอาหารชนิดจีสต์ ต้องรีบรักษา ผมตกใจและคิดมากในช่วงแรก ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาที่น่ากลัวสำหรับผม ในขณะนั้นผมเกษียณจากการทำงานได้ 2 ปี จากที่ผมเป็นคนดูแลแม่ แต่แม่กลับต้องมาดูแลผมแทน โดยคุณแม่ได้อยู่เคียงข้างและให้กำลังใจผมมาโดยตลอด อีกทั้งแพทย์ยังได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาพร้อมทั้งส่งต่อผู้ป่วย ทำให้ผมสามารถผ่านช่วงเวลาอันเลวร้ายนั้นมาได้ ทุกวันนี้ผมดูแลสุขภาพตัวเองอย่างดี ทั้งการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ รับประทานทานยาให้ตรงเวลา และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ผมคิดว่าผมโชคดีที่ได้รับการรักษาที่ดี ได้รับยาที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผมสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ และทำให้ผมได้มีโอกาสดูแลคุณแม่อีกครั้ง

แพทย์ไทยร่วมสร้างสถิติโลกเฉลิมพระเกียรติฯ

ส่งทีมแพทย์เฉพาะทางออกหน่วยแพทย์อาสา รักษาฟรี



แพทยสภา ร่วมกับ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร ธรรมภิบาล สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ รุ่นที่ 1 กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันพระปกเกล้า จัดโครงการหน่วยแพทย์เฉพาะทางอาสา ร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเทิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้า อยู่หัวฯ และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ในวันอาทิตย์ ที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2556 ณ โรงเรียนบางปะอินราชานุเคราะห์ 1 จ.พระนครศรีอยุธยา คาดจะมีแพทย์มากที่สุดในโลกไม่ต่ำกว่า 200 คน ร่วมตรวจรักษาโรคที่ต้องได้รับการรักษาขั้นสูงและโรคทั่วไปแก่ ประชาชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดใกล้เคียงประมาณ 7,000 คน บันทึกสถิติแพทย์เฉพาะทางออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ จำนวนมากที่สุดในโลกลงกินเนสบุ๊ก

ศ.คลินิก นพ.อำนาจ กุศลนันท์ นายกแพทยสภา กล่าวว่า การจัดโครงการหน่วยแพทย์เฉพาะทางอาสา ร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ มีนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาล สำหรับผู้บริหาร การแพทย์รุ่นที่ 1 แพทยสภา ร่วมกับสถาบันพระปกเกล้าเป็นผู้ริเริ่มโครงการ โดยได้รับการสนับสนุนจากสถาบันทางการแพทย์ ทั่วประเทศ ซึ่งโครงการออกหน่วยแพทย์เฉลิมพระเกียรตินี้ถวายเป็นพระราชกุศลให้เป็นที่เลื่องลือไปทั่วโลก ด้วยการดำเนินการขอ บันทึกสถิติแพทย์เฉพาะทางที่มากออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เป็น จำนวนมากที่สุดลงในหนังสือ “สถิติโลกกินเนสบุ๊ก” (Guinness Book World Record) เป็นการเทิดพระนามและถวายเป็นพระราชกุศลแด่ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรม ราชินีนาถที่ทรงห่วงใยในการสาธารณสุขเพื่อประชาชนมาโดยตลอด ซึ่งเป็นกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพพลานามัยที่ดี ของประชาชนในชุมชน รวมทั้ง สร้างธรรมภิบาลในการมีส่วนร่วมของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา โดยมีกำหนดจัด งานในวันอาทิตย์ที่ 17 มีนาคม

พ.ศ. 2556 ณ โรงเรียน บางปะอินราชานุเคราะห์ 1 จ.พระนครศรีอยุธยา คาดว่าจะมีประชาชนในจังหวัด พระนครศรีอยุธยาและจังหวัด ใกล้เคียงมารับบริการประมาณ 7,000 คน

ด้าน **นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว**

รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวง

สาธารณสุข กล่าวว่า การจัดบริการผู้เจ็บป่วยที่จำเป็น ต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เฉพาะทางของกระทรวงสาธารณสุข จะใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพ ซึ่ง ส่วนใหญ่โรงพยาบาลเหล่านี้มักอยู่ในกรุงเทพฯ หรือในจังหวัดใหญ่ ๆ ทำให้ประชาชนต้องรอคิวในการรักษาพยาบาลค่อนข้างยาว ซึ่งได้ พยายามแก้ไขปัญหาโดยตลอด การจัดหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะ ทางออกไปให้บริการประชาชนในครั้งนี้ไม่ได้หมายถึงพื้นที่ให้บริการ ที่ด้อยคุณภาพ แต่เป็นการเพิ่มโอกาสให้ประชาชนกลุ่มหนึ่งที่ได้รับ การรักษาเบื้องต้นมาแล้ว และส่งต่อมาให้มีโอกาสได้รับการรักษา โรคเฉพาะทางในระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่ต้องรอคิวนานจนเกินไป ทั้งนี้ในการดำเนินงานครั้งนี้ ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาประสานเตรียม จัดพื้นที่โรงเรียนบางปะอินราชานุเคราะห์ 1 จ.พระนครศรีอยุธยา ให้เป็นโรงพยาบาลสนามเคลื่อนที่ สามารถตรวจรักษา ผ่าตัดแก่ ผู้ป่วยที่มาจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดใกล้เคียง ใน เครือข่ายบริการที่ 4 ได้แก่ นครนายก ปทุมธานี สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก

ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนแพทย์เฉพาะ ทาง พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่จากกรมอนามัย และโรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ ร่วมจัดบริการร่วม โดยให้บริการโรคเฉพาะทาง





เช่น โรงพยาบาลเลิดสินผ่าตัดผู้ป่วยที่มีปัญหาน้ำคั่งในช่องท้อง สถาบันมะเร็งแห่งชาติตรวจมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม (Mammogram) โดยรถตรวจมะเร็งเต้านมเคลื่อนที่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีตรวจพัฒนาการเด็ก ตรวจการได้ยิน โรงพยาบาลวัดไร่ขิงร่วมกับโรงพยาบาลบ้านแพ้วตรวจวัดสายตาและตัดแว่นให้ฟรี และได้ร่วมกับราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ โรงพยาบาลพระพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลขอนแก่นตรวจและรักษาจอประสาทตาด้วยเลเซอร์ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน สถาบันประสาทวิทยาตรวจโรคสมองเสื่อม อัลไซเมอร์ กรมอนามัยร่วมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

นอกจากนี้ยังให้บริการตรวจโรคทั่วไป โดยได้จัดทีมแพทย์จากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลใกล้เคียง เช่น โรงพยาบาลสระบุรี อ่างทอง ราชบุรี และสุพรรณบุรี ร่วมให้บริการ ในส่วนของการเตรียมการคัดกรองเพื่อส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่หน่วยแพทย์อาสา ได้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดใกล้เคียงนัดหมายและนำผู้ป่วยที่อยู่ในการคัดกรองเบื้องต้นมารับการตรวจรักษาที่หน่วยแพทย์เฉพาะทางในวันจัดกิจกรรม ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ได้รับตามสิทธิ รวมทั้งเรื่องยาและเวชภัณฑ์ที่ต้องการเพิ่มเติม องค์การเภสัชกรรมจะให้การสนับสนุน

ในส่วนของ **ศ.นพ.อดิศร ภัทรดูลย์ ประธานคณะกรรมการดำเนินงานโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ** กล่าวว่า นักศึกษาที่เรียนในหลักสูตรมีความมุ่งหวังที่จะจัดทำกิจกรรมเพื่อประชาชน โดยจะจัดหน่วยแพทย์เฉพาะทางเคลื่อนที่ไปให้บริการกับประชาชนอย่างครบวงจร ซึ่งรวมถึงการตรวจคัดกรอง การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ โดยมีแพทย์อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการอาสาสมัครจำนวนมากที่สุดเป็นครั้งแรกในโลก โดยแบ่งกลุ่มการให้บริการออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. การตรวจคัดกรอง 2. การรักษาพยาบาล และ 3. การส่งเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อเฉลิมพระเกียรติและน้อมรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณ ตลอดจนแสดงความจงรักภักดีต่อองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ เนื่องด้วยทั้งสองพระองค์ทรงห่วงใยในทุกข์สุขของราษฎรมาโดยตลอด 2. เพื่อลดปัญหาการเข้าถึงการรักษาในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในพื้นที่ใกล้เคียงจุดออกหน่วย 3. เพื่อ

สร้างชื่อเสียงให้กับระบบสาธารณสุขไทยในการบริการทางด้านสุขภาพกับประชาชน 4. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหลายหน่วยงานในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน

การออกหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติประชาชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดใกล้เคียงจะได้รับการบริการทางด้านสาธารณสุขอย่างครบวงจร เกิดปรากฏการณ์ใหม่ในวงการสาธารณสุขของประเทศไทยที่ได้รับความสนใจจากทุกมุมโลก โดยมีการบันทึกในกินเนสบุ๊ครีครั้งแรกในประวัติศาสตร์ทางการแพทย์ในการให้บริการทางการแพทย์อย่างครบวงจร ได้แก่ การคัดกรองโรคต่าง ๆ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาระดับปฐมภูมิ และมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยรักษาระดับตติยภูมิกรณีที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีแพทย์จากหน่วยงานทางการแพทย์ รวมทั้งหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศร่วมพลังกันจัดโครงการนี้ เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลที่พระราชทานให้ประชาชนชาวไทย คาดว่าจะมีแพทย์เฉพาะทางร่วมให้บริการมากที่สุดในโลกไม่ต่ำกว่า 200 คน มีคลินิกให้บริการ 15 คลินิก ให้บริการประชาชนประมาณ 7,000 คน

นายวิฑูรย์ ชัยภาคภูมิ รองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้า กล่าวว่า ทางสถาบันฯ มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้ร่วมมือกับทางแพทย์สภาในฐานะสภาวิชาชีพเวชกรรม จัดอบรมหลักสูตรธรรมาภิบาล สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ โดยในหลักสูตรนี้มุ่งที่จะบูรณาการองค์ความรู้ในเรื่องธรรมาภิบาล ตลอดจนความเข้าใจและประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญแก่ผู้บริหารสายแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อผลิตบุคลากรที่จะเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติในการสร้างความเจริญและพัฒนาประเทศไทยต่อไป การที่นักศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวมีความตั้งใจจัดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) เพื่อส่งเสริมสุขภาพพลานามัยที่ดีของประชาชนในชุมชน อีกทั้งเป็นการสะท้อนถึงมิติการมีส่วนร่วมของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา ซึ่งเป็นหลักสำคัญหนึ่งของการสร้างธรรมาภิบาล สถาบันพระปกเกล้าจึงขอสนับสนุนการจัดโครงการหน่วยแพทย์อาสาเฉพาะทางร่วมใจเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเทิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถในครั้งนี้ และพร้อมที่จะสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้การดำเนินโครงการนี้ประสบความสำเร็จ

สมาคมศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้าฯ

จัด

Masterclass
Rhinoplasty

ชูชีพ 'All Aspects of Nose Surgery'

นพ.ชลทิศ สิริรัตนบัณ



นพ.สัมพันธุ์ คมฤทธิ์

สมาคมศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้าแห่งประเทศไทย (Facial Plastic and Reconstructive Surgery Association of Thailand) จัด Masterclass Rhinoplasty ชูชีพ 'All Aspects of Nose Surgery' เรียนรู้ - เรียนผูก - เรียนแก้ (Expand your knowledge - Build your expertise - Learn from the masters) ในวันที่ 2 มีนาคม 2556 ณ โรงแรมอิสติน แกรนด์ สาทร และวันที่ 3 มีนาคม 2556 ณ โรงพยาบาลไทยจักขุ

นพ.ชลทิศ สิริรัตนบัณ นายกสมาคมศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้าแห่งประเทศไทย กล่าวว่า สมาคมศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้าแห่งประเทศไทย ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2532 โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านศัลยกรรมตกแต่งในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ตา คิ้วหนัง จมูก และฟัน เพื่อเป็นแหล่งรวมแพทย์ทางด้านศัลยกรรมตกแต่งของเมืองไทย และเป็นแหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับศัลยกรรมและเสริมสร้างใบหน้าที่น่าเชื่อถือแก่ประชาชนทั่วไปที่ต้องการความมั่นใจในการรับบริการจากศัลยแพทย์เมืองไทย

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้มุ่งเน้นทางด้านวิชาการ จัดประชุมวิชาการ และอบรมให้ความรู้แก่แพทย์ที่สนใจ พร้อมขยายการฝึกอบรมสู่ภาคปฏิบัติ มีการฝึกสอนในแพทย์ประจำบ้านและพัฒนาเป็นหลักสูตรการเรียนการสอนของคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ปัจจุบันผลิตผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมตกแต่งเพื่อให้บริการประชาชนแล้วกว่า 5 รุ่น ภายใต้หลักความถูกต้องทางวิชาการและมีจริยธรรม เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียแก่วงการแพทย์ และผู้ป่วย

ล่าสุดทางสมาคมฯ ได้เตรียมจัดการประชุม Masterclass ด้วยเล็งเห็นว่าตลาดด้านความสวยความงามในปัจจุบันเป็นตลาดใหญ่ มีแพทย์และผู้เชี่ยวชาญมากมายเข้าสู่ธุรกิจในตลาดนี้ แต่กลับยังขาดการดูแลและการผลักดันจากภาครัฐที่เหมาะสม ประกอบกับมีแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์หลายท่านในธุรกิจนี้ยังขาดประสบการณ์และทักษะ ทำให้เกิดการรักษาที่ผิดพลาด เกิดปัญหาการฟ้องร้อง นอกจากนี้ยังมีเรื่องของเทรนด์การทำศัลยกรรมตกแต่งจากต่างประเทศ ซึ่งทั้งหมดจะส่งผลกระทบต่อตลาดความงามของไทย โดยเฉพาะในปี ค.ศ. 2015 ที่ตลาดการค้าเสรี AEC จะเริ่มต้นขึ้น

"Masterclass จะเน้นทางด้านวิชาการอย่างลงลึก โดยเปิดให้แพทย์ทุกสาขาเข้ามาเรียนรู้ เรียนผูก เรียนแก้ ซึ่งในการจัดประชุมครั้งแรกนี้ได้รับการสนับสนุนจากราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ความสำคัญจึงเป็นเรื่องของ 'All Aspects of Nose Surgery' เนื่องจากในปัจจุบันกระแสการทำศัลยกรรมเป็นธุรกิจการแพทย์ที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากทั้งจากในและต่างประเทศ จนทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งหลงผิดว่าการผ่าตัดตกแต่ง หรือเสริมสวยนั้นสามารถทำได้โดยไร้ขีดจำกัด อยากรจะทำจมูกแบบนั้นแบบนี้ หรือทำหน้าให้เหมือนใครก็สามารถทำได้ ซึ่งเป็นความคิดที่ผิด อีกทั้งยังมีการเปิดสอนหลักสูตรจากผู้ที่ไม่ได้เป็นอาจารย์หรือผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้ความรู้ที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดอันตรายได้"

สำหรับไฮไลต์การประชุมครั้งนี้ นพ.ชลทิศ กล่าวว่า การประชุม

ครั้งนี้ได้รวบรวมอาจารย์และผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมตกแต่งที่มากด้วยความรู้และประสบการณ์ ดำรงตนอยู่ในกรอบของจริยธรรม มีผลงานเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์กว่า 30 ท่าน มาร่วมสอนและถ่ายทอดประสบการณ์ตรง รวมทั้งเกร็ดความรู้ที่ไม่ได้มีเฉพาะในตำรา ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อผู้เข้าร่วมประชุม

ด้าน นพ.สัมพันธุ์ คมฤทธิ์ ที่ปรึกษาสมาคมศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้าแห่งประเทศไทย และเลขาธิการแพทยสภา หนึ่งในวิทยากรที่จะมาบรรยายในหัวข้อ "Mantis Strut" Ideal for ASEAN Nose กล่าวว่า ศาสตร์ทางด้านศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้าของประเทศไทยไม่ได้ด้อยไปกว่าประเทศอื่น ซึ่งคนทั่วไปมักจะเข้าใจผิดว่าเกาหลีต้องมาเป็นอันดับต้น ๆ ทั้งที่ความเป็นจริงแล้วประเทศไทยมีแพทย์ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญจำนวนมาก และเริ่มทำมาก่อนประเทศเกาหลี

การศัลยกรรมตกแต่งจมูกไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องมีความเชี่ยวชาญ ความเข้าใจ จินตนาการ และประสบการณ์ จึงจะทำได้สวยงาม เป็นธรรมชาติ และปลอดภัย โดยในการบรรยายจะอธิบายตั้งแต่ต้นว่าต้องเริ่มอย่างไร ตั้งแต่การกรีดผิวหนัง จนถึงเมื่อทำเสร็จแล้วต้องประคบอย่างไรจึงจะปลอดภัย นอกจากการบรรยายแล้วจะมีการปฏิบัติจริงให้ดูด้วย ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสอบถามข้อสงสัยได้โดยตรง

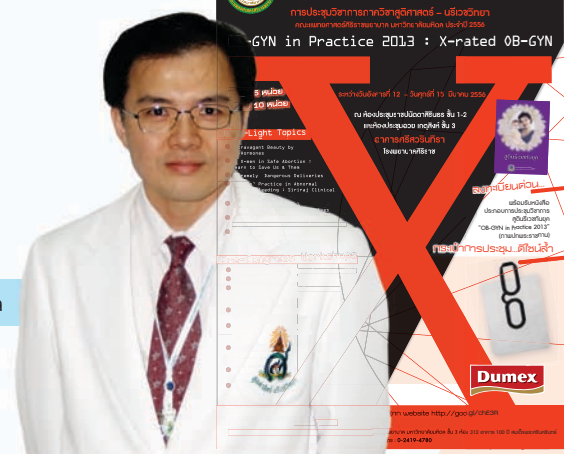
นพ.สัมพันธุ์ กล่าวเพิ่มเติมว่า "ปัจจุบันเรื่องสุขภาพ ความสวย ความงาม และบุคลิกภาพ คนทั่วโลกต่างหันมาให้ความสำคัญ จึงควรนำจุดนี้เป็นจุดเด่นของประเทศไทยที่มีแพทย์ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการทำศัลยกรรม ทั้งการผ่าตัดแปลงเพศ เสริมเต้านม ทำจมูก ปลูกผม นำมาสร้างเป็นจุดขายเพื่อนำเงินเข้าประเทศ และต่อยอดสู่การเป็น Medical Hub ดึงดูดชาวต่างชาติเข้ามาในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประเทศไทยเข้าสู่ AEC เราอยากเห็นแพทย์ไทยซึ่งมีความรู้ ความสามารถมากอยู่แล้ว ยืนอยู่แถวหน้าของเอเชีย และอยากให้เห็นสถาบันทางการแพทย์ของประเทศไทยเป็นเสาหลักทางด้านเศรษฐกิจด้วย โดยใช้เรื่องความสวยความงามเป็นพระเอก ไม่ว่าจะต้องผ่าตัดหรือไม่ต้องผ่าตัดก็ถือว่าเป็นการลงทุนที่น้อยที่สุด ไม่จำเป็นต้องใช้แพทย์ หรือพยาบาลจำนวนมาก แต่สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศไทยอย่างมาก"

นพ.สัมพันธุ์ กล่าวทิ้งท้ายว่า "การประชุมในครั้งนี้ถือเป็นความตั้งใจของทางสมาคมฯ ที่อยากจะเป็นกลไกหนึ่งในการขับเคลื่อนประโยชน์ให้แก่ประเทศไทยอย่างถูกต้อง มีการเชิญผู้ที่มีประสบการณ์อันดับต้น ๆ ของประเทศไทยที่ประสบความสำเร็จและเป็นที่ยอมรับหลายสิบท่านมาร่วมถ่ายทอดประสบการณ์ มีหัวข้อการบรรยายที่ครอบคลุม หาดูได้ยาก จึงขอเชิญผู้สนใจที่อยากจะได้ความรู้ทางด้านนี้ คุณจะได้ทางลัด ได้ความรู้ที่ถูกต้อง ทำให้เกิดข้อผิดพลาดน้อยที่สุด เพื่อประโยชน์ของแพทย์ ประชาชน และประเทศต่อไป"

สำหรับผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทาง www.beauty-masterclass.com หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและสมัครเข้าร่วมประชุมได้ที่ โทรศัพท์ 08-0207-0220 E-mail: beauty.masterclass@live.com



รศ.นพ.มงคล เบญจาภิบาล



ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศิริราช จัดประชุมวิชาการ OB-GYN in Practice 2013: X-rated OB-GYN ตรงประเด็น ตรงใจ ทันยุคทันสมัย ทันเหตุการณ์โลกปัจจุบัน

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จัดงานประชุมวิชาการ อพเทคความก้าวหน้าทางวิชาการด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ให้แก่แพทย์ พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

รศ.นพ.มงคล เบญจาภิบาล ประธานคณะกรรมการจัดงานประชุมวิชาการภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า ในปีนี้จะมีการจัดงานประชุมวิชาการโดยมีชื่อ **THEME: OB-GYN in Practice 2013: X-rated OB-GYN** ซึ่งจะจัดขึ้นในวันอังคารที่ 12 - วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม 2556 ณ ห้องประชุมราชปนัดดาสิรินธร ชั้น 1-2, ห้องประชุมอวย เกตุสิงห์ ชั้น 3 อาคารศรีสวรินทิรา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โดยในวันอังคารที่ 12 มีนาคม จะเป็น Precongress Workshops จำนวน 8 Workshops และในวันพุธที่ 13 - วันศุกร์ที่ 15 มีนาคม เป็น Main Congress ซึ่งในปีนี้ได้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 8 ของการจัดประชุมวิชาการประจำปีที่ยิ่งใหญ่ในระดับชาติงานหนึ่งของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ทางคณะกรรมการจัดงานได้มีการระดมความคิดเพื่อที่จะให้ได้หัวข้อการประชุมที่ตรงประเด็น ตรงใจ ทันยุคทันสมัย ทันเหตุการณ์โลกปัจจุบัน และสามารถนำไปใช้ได้จริงในเวชปฏิบัติ

สำหรับชื่อ **THEME: X-rated OB-GYN** จะทำให้การประชุมวิชาการในครั้งนี้มีความโดดเด่น ลึกซึ้ง น่าค้นหาเป็นอย่างยิ่ง ตัวอย่าง Workshops ที่น่าสนใจ อาทิเช่น Breastfeeding: Research to Routine ท่านจะได้รู้จัก รู้จริงและรู้ทันกับการให้นมแม่ในยุค Generation Y ด้วยข้อมูลและหลักฐานที่น่าเชื่อถือได้ หรือ Initial Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse and Urinary Incontinence ปัญหาหย่อน ปัญหาเล็ด มีกลเม็ดช่วยได้ เป็นต้น

ด้าน Main Congress ในปีนี้ได้รับการคัดสรร กลั่นกรองเป็นพิเศษ เพื่อให้ได้หัวข้อที่โดนใจผู้เข้าร่วมประชุม ตัวอย่างเช่น Explicit Forum: Impact of Health Policies on Thai Obstetrics and Gynecology after the ASEAN Economic Community (AEC) การเสวนาที่เข้มข้นสำหรับการเตรียมความพร้อมแนวนโยบายด้านการสาธารณสุขต่อการเปิดประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 แบบตรงประเด็น หรือหัวข้อ Factor X for Successful Pregnancy in Desperate Housewives ที่ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับทราบถึงปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง ท่านจะได้พบกับข้อมูลล่าสุดและองค์ความรู้ใหม่ตลอดจนนวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสูติศาสตร์-นรีเวชที่ทันสมัย หัวข้อ Complication Exemption in Total Laparoscopic Hysterectomy ที่ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับทราบถึงการหลีกเลี่ยงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดผ่านกล้องทางนรีเวชวิทยา หรือหัวข้อ Exposed Session: Pregnancy & Childbirth: Partly Medicine or Truly Astrology? โดยได้รับเกียรติจาก พ.ต.อ.ดร.อรรถวิโรจน์ ศรีตุลา นักโหราศาสตร์ชื่อดังของประเทศไทยมาเป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ของโหราที่เป็นของคู่กันมานานแต่โบราณและวิเคราะห์เจาะลึกร่วมกับศาสตร์ของแพทย์แผนปัจจุบันว่าจะมีความเกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกันหรือไม่ เป็นต้น

ทั้งนี้ แพทย์ แพทย์ต่อยอด แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุขที่สนใจเข้าร่วมประชุมวิชาการในครั้งนี้ สามารถลงทะเบียนการประชุม และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายจัดการประชุม คุณอังสุมาลี ปุณรัตน์รังษี โทรศัพท์ 0-2419-4779 หรือ 08-5318-8865 ฝ่ายทะเบียนการประชุม คุณอนันตพร นมรักษ์ โทรศัพท์ 0-2419-4638 หรือ 08-4375-9490 โทรสาร 0-2149-4780 E-mail: si.obgyn@hotmail.com หรือเว็บไซต์ www.si.mahidol.ac.th

www.amcmedisure.com

EMP – 820

Ultrasound Diagnostic Device



Emperor



บริษัท เอเอ็มซี เมดิคอล ซัพพลาย จำกัด

TEL : 02-980-1881, 02-980-0261 Fax : 02-573-1108

Hotline contact : 081-771-8822, 081-847-1938, 081-722-4700

สอบถามรายละเอียด : 081-809-9298, 087-052-7555

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พพ. 307/2552



การประชุมวิชาการประจำปี 2556

New Insights into Rheumatology

ระหว่างวันที่ 14-17 มีนาคม 2556 ณ โรงแรมไฮแอท รีเจนซี่ หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วันที่ 14 มีนาคม 2556

- 11.00-18.00 น. **Registration**
- 13.00-13.50 น. Review course 1
Optimizing Rx of rheumatic diseases in special clinical situations; issues to be careful (pregnancy and lactation)
พญ.ปัทมา กสิดาบร
- 14.00-14.50 น. Review course 2
Nail disorders; rheumatologist and internist should know
นพ.สุนันท์ บุญยรัตเวช
- 15.05-15.55 น. Review course 3
Rheumatic diseases in elderly: What's the difference from typical disease? (gout, SLE, RA, vasculitis)
นพ.สูงชัย อังธารารักษ์, พญ.บุญจง ศรีไพฑูรย์
- 16.00-16.50 น. Review course 4
New insights into hyperuricemia
นพ.วีระพงษ์ ภูมิธรรม
- 16.50-19.00 น. พักผ่อนตามอัธยาศัย
- 19.00-21.00 น. **Dinner**

วันที่ 15 มีนาคม 2556

- 08.00-15.00 น. **Registration**
- 08.30-08.50 น. **Opening Ceremony**
- 08.50-09.15 น. ปาฐกถาพิเศษ : **New insights into the pathophysiology of microcrystal-induced diseases**
นพ.วรวิทย์ เล่าที่เรณู
- 09.15-09.55 น. **Sponsor symposium 1**
- 09.55-10.30 น. **Poster tour and Break**
- 10.30-11.10 น. **Special Lecture on Systemic Lupus Erythematosus in Asia : State of the Art**
Professor CS Lau, University of Hong Kong
นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ (Moderator)
- 11.15-11.55 น. **Pharmacoeconomic evaluation : What rheumatologists need to know?**
ดร.ภญ.พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, พญ.กิตติย กิตติอำนวยพงษ์ (Moderator)
- 12.00-13.00 น. **Luncheon symposium 1**
- 13.30-14.10 น. **Epigenetics in Rheumatic Diseases**
พญ.พันธุ์ทอง ทาญวิวัฒนกุล
- 14.15-14.55 น. **Interesting of Interesting cases selected from interhospital rheumatology conference**
พระบงกฏเกล้า, รามารับดี, ราชวิถี, ศิริราช
- 15.00-18.00 น. **Poster tour and Break**
วาทภาพสนั่น พญ.รัตนวดี ณ นคร และคณะ
ถ่ายภาพ นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ และคณะ
หรือพักผ่อนตามอัธยาศัย
- 18.00-19.00 น. **Dinner symposium 1**
- 19.00-21.00 น. Welcome Party

วันที่ 16 มีนาคม 2556

- 08.30-09.20 น. **Sponsor symposium 2**
- 09.30-10.15 น. **Autoinflammatory syndrome**
1. Pediatric Rheumatologist Perspectives (25 นาที)
2. Adult Rheumatologist Perspectives (20 นาที)
พญ.โสรัจจ์ วัลโยกุล
พญ.กิตติย กิตติอำนวยพงษ์
- 10.15-11.00 น. **Poster tour and Break**
- 11.00-11.40 น. **IgG4-related disease: A newly recognized systemic fibroinflammatory disease**
พญ.ไพจิตร อัครอนันต์
- 11.50-12.50 น. **Luncheon symposium 2**
- 13.20-14.00 น. **Role of alternative medicine in Rheumatic diseases**
พญ.อรรจน์ มหรรณานุเคราะห์
- 14.00-14.45 น. **ประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2556 (สมาชิกสมาคมฯ) / Poster tour and Break**
- 14.45-15.35 น. **Sponsor symposium 3**
- 15.45-16.30 น. **ประกวดและวิจารณ์ภาพวาดและภาพถ่าย แลกรางวัล**
พญ.รัตนวดี ณ นคร, นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ และคณะ
- 16.30-18.00 น. **การประกวด T Shirt painting** หรือพักผ่อนตามอัธยาศัย
- 18.00-19.00 น. **Dinner symposium 2**
- 19.00-21.00 น. Gala dinner

วันที่ 17 มีนาคม 2556

- 08.30-09.20 น. **CSI (Clinical Slide and Investigation) & Poster Contest in Rheumatology และประกาศรางวัล**
- 09.20-10.10 น. **Sponsor symposium 4**
- 10.30-12.00 น. **The year in review 2012**
• **Early Arthritis : Recent Cohorts in Europe** (20 นาที)
• **Ankylosing Spondylitis** (20 นาที)
• **Osteoporosis** (20 นาที)
• **Scleroderma** (20 นาที)
พญ.ปารว สุวรรณาลัย
พญ.ปวีณา เชี่ยวชาญวิศกิจ
พญ.สุนภา ชัยอำนวย
พญ.รัตนวดี ณ นคร
- 12.00-12.20 น. Closing Ceremony และแจกรางวัล

ลงทะเบียนล่วงหน้าและส่ง ภาพถ่าย, CSI และ Poster Contest ได้ที่
สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย
ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทรศัพท์ 0-2716-6524, 08-1658-1524 โทรสาร 0-2716-6525
e-mail: toojaisai@yahoo.co.uk

สนใจส่ง ภาพถ่าย, CSI และ Poster Contest
ได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2556

เชิญประกวด ภาพถ่าย, CSI และ Poster เพื่อรับรางวัลใหญ่

นาวาโทหญิง พญ.อุบลรัตน์ จรุงเรืองฤทธิ์



ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย องค์การหลักที่ได้รับมอบหมายจากรัฐบาลให้ ดำเนินการงานบริการโลหิตของประเทศ มีหน้าที่ ในการจัดหาโลหิตคุณภาพให้มีปริมาณที่เพียงพอ กับความต้องการใช้ เพื่อนำไปรักษาผู้ป่วยทั่วทั้ง ประเทศ ซึ่งการได้มาซึ่งโลหิตคุณภาพและมีความ ปลอดภัยสูงที่สุดนั้นจะต้องผ่านกระบวนการที่ได้มาตรฐานขององค์การ อนามัยโลก ตั้งแต่การคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต การเจาะเก็บโลหิต การ ตรวจคัดกรองโลหิต การปั่นแยกเป็นส่วนประกอบโลหิตและผลิต ผลิตภัณฑ์โลหิตชนิดต่าง ๆ การเก็บรักษา การบรรจุหีบห่อ การจ่าย

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติจัดประชุมวิชาการงานบริการโลหิตระดับชาติ ครั้งที่ 21

“ยกระดับการเฝ้าระวังงานบริการโลหิต ให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย”

โลหิต รวมทั้งขั้นตอนการขนส่งโลหิต ดังนั้น โลหิตทุกยูนิตที่จะนำไป รักษาผู้ป่วยจะต้องเป็นโลหิตคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงที่สุดใน การรักษา กระบวนการทั้งหมดจึงต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ และความชำนาญในการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานเดียวกัน

นอกจากนี้ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติยังเป็นศูนย์กลางของการให้ บริการด้านการบริการ ด้านบริหารจัดการทางวิชาการ การศึกษาฐาน การฝึกปฏิบัติงาน การฝึกอบรม การประชุมวิชาการ การสัมมนา รวมทั้งงาน ศึกษาค้นคว้าและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการโลหิต ในขณะที่ เดียวกันองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์โดยเฉพาะด้านเวชศาสตร์ ธนาคารเลือด ด้านโลหิตวิทยาได้มีการพัฒนามากขึ้นและต่อเนื่อง เพราะ ฉะนั้นผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานบริการโลหิตจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ และรับทราบเทคโนโลยีและวิทยาการใหม่ที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปใช้ในการทำงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติและคณะกรรมการจัดหาและส่งเสริม ผู้ให้โลหิตแห่งสภากาชาดไทย จึงได้จัดให้มีการประชุมวิชาการทางงาน บริการโลหิตเป็นประจำทุกปี ซึ่งปีนี้จัดเป็นครั้งที่ 21 ภายใต้ชื่อ **ประชุม วิชาการงานบริการโลหิตระดับชาติ ครั้งที่ 21 ประจำปี 2556** ภายใต้ หัวข้อ **“National Hemovigilance : System Establishment for Blood Safety”** มีกำหนดจัดขึ้นในวันที่ 6-8 มีนาคม 2556 ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร ซึ่งการบริการโลหิตเริ่มตั้งแต่การบริจาคโลหิต การนำ โลหิตไปสู่ผู้ป่วย รวมทั้งเรื่องผลแทรกซ้อนทั้งที่สามารถป้องกันได้และป้องกัน ไม่ได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเฝ้าระวังการไม่พึงประสงค์จาก การรับโลหิต ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้มีการปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัยใน การให้โลหิตแก่ผู้ป่วย

นาวาโทหญิง พญ.อุบลรัตน์ จรุงเรืองฤทธิ์ รองผู้อำนวยการ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการ จัดประชุมว่า “การจัดประชุมครั้งนี้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับความรู้และ วิทยาการใหม่ ๆ ด้านเวชศาสตร์การบริการโลหิตและโลหิตวิทยา ได้พบปะ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์และส่งเสริมสนับสนุนด้าน วิชาการ เสนอผลงานวิจัยและเผยแพร่ความรู้ด้านงานบริการโลหิต และเพื่อ กระตุ้นให้มีการศึกษาวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่องานบริการโลหิต ติดตามนวัตกรรม การบริการโลหิตที่ทันสมัย สามารถนำเอาความรู้และวิทยาการใหม่ ๆ ไป

ประยุกต์ใช้ในงานบริการโลหิตได้ ภายในงานประชุมได้จัดให้มีการบรรยาย การอภิปรายกลุ่มในเรื่องที่น่าสนใจ ทันสมัย และเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติ งาน โดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติและจากสถาบัน ต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ทำงานเกี่ยวข้อง กับงานบริการโลหิตซึ่งได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือด และผู้ที่สนใจเข้าร่วม ประชุมและได้แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีการเสนอผลงาน ทั้ง oral และ poster presentation อีกด้วย”

นาวาโทหญิง พญ.อุบลรัตน์ กล่าวอีกว่า สำหรับความพิเศษใน ปีนี้ ทางผู้จัดงานประชุมได้ขยายเวลาในการประชุม เพิ่มขึ้นจาก 2 วัน เป็น 3 วัน ด้วยเนื้อหาที่เข้มข้น



มากขึ้น โดยเน้นตั้งแต่การปูความรู้พื้นฐานไป จนถึงความรู้ในระดับปัจจุบัน 2 เรื่อง ได้แก่ Donor Care การดูแลผู้บริจาคโลหิต และ Significance of Red Cell Antibody Screening การตรวจในห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับระบบเม็ดเลือดแดง นอกจากนี้ยังมีการ บรรยาย โดยได้รับเกียรติจาก **Dr.Kenji Tadokoro Executive Officer, Blood Service HQ, Japanese Red Cross Society** เป็นผู้ให้ความรู้ใน เรื่อง Hemovigilance Concept and Experience of Japan Blood Service อีกทั้งการบรรยายเรื่องการพัฒนางานบริการโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่ง ชาติในรอบปี พ.ศ. 2555 Symposium National Hemovigilance, Lean Operation in Healthcare System and Application to Blood Bank และ อัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ติดเชื้อไวรัสทางโลหิต โดย **ศ.นพ.ยง ภู่วรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** ให้เกียรติเป็นผู้บรรยาย และหัวข้อการประชุม อื่น ๆ ที่น่าสนใจอีกมากมาย อาทิ การใช้เลือดกับผู้ป่วยทั้งด้านสูติกรรม ศัลยกรรม เด็ก และผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ในการให้ การรักษาผู้ป่วยในกลุ่มเหล่านี้ อีกทั้งบริษัทที่ให้การสนับสนุนในการประชุมครั้ง นี้ ซึ่งได้แก่ บริษัท โรช ไดแอ็กโนสติกส์ (ประเทศไทย) จำกัด, บริษัท เฟรเซนอิอุส คาบี (ไทยแลนด์) จำกัด, บริษัท แอ็บบอต ลาบอแรตอรีส์ จำกัด และ บริษัท วินัสเทคโนโลยี จำกัด ยังได้ร่วมอัปเดตความก้าวหน้าทางด้าน วิชาการของผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ถือเป็นการร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและ กันเพื่อยกระดับงานบริการโลหิตของประเทศไทยให้มีมาตรฐานสูงขึ้น

“ผู้เข้าร่วมการประชุมวิชาการงานบริการโลหิตระดับชาติ ครั้งที่ 21 ประจำปี พ.ศ. 2556 นี้ จะได้รับความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับงานบริการ โลหิตที่ทันสมัย ได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ด้านงานบริการโลหิต สามารถจัดหาโลหิตได้เพียงพอ ปลอดภัย และมีคุณภาพตามมาตรฐาน และ นำความรู้เหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในงานบริการโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความผิดพลาดและนำไปสู่ความก้าวหน้าในอนาคต” นาวาโทหญิง พญ.อุบลรัตน์ กล่าวทิ้งท้าย

ผู้ที่สนใจเข้าร่วมประชุมวิชาการงานบริการโลหิตระดับชาติ ครั้งที่ 21 ประจำปี พ.ศ. 2556 นี้ สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือ สมัครได้ที่งานประสานวิชาการ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย โทร. 0-2252-4106-9 ต่อ 1821

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
13-15 มีนาคม 2556 	สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2556 ณ Bangkok Convention Center, Centara Grand at CentralWorld	โทรศัพท์ 0-2716-5256 โทรสาร 0-2716-6857 www.dst.or.th
13-15 มีนาคม 2556 	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	การประชุมวิชาการอายุรศาสตร์ ครั้งที่ 23 ประจำปี 2556 การป้องกันสู่คุณภาพ การดูแลทางอายุรกรรม ณ ห้องวิจารณ์ พานิช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1452, 1454, 1458 โทรสาร 0-7442-9385 E-mail: med@medicine.psu.ac.th
18-21 มีนาคม 2556 	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	การอบรมระยะสั้น ประจำปี 2556 หัวข้อ "Current Infectious Disease Practice 2013" ณ ห้องประชุม ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2716-6874 โทรสาร 0-2716-6807 www.idthai.org
21-23 มีนาคม 2556 	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์ และรังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ฉลองวาระครบ 50 ปี รังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย ร่วมกับการประชุม the 16 th Congress of ASEAN Association of Radiology "Radiology in the 21 st Century From Basic to Advance" ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ & บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ	www.aar2013.com
23-24 มีนาคม 2556 	สาขาวิชาศัลยศาสตร์ ศีรษะ คอ และเต้านม ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	การประชุมวิชาการ The 7 th HNB SEMINAR Update in Thyroid Diseases (All You Need to Know Before Board Exam and Beyond) ณ ห้องประชุมอภิชาติทริภักดิ์ ดิกลายามินทร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-2673-8 โทรสาร 0-2411-0593
25-29 มีนาคม 2556 	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	การอบรมระยะสั้น Update in Internal Medicine 2013 "Clinical Clues and Diagnostic Tools in Internal Medicine" ณ ห้องประชุมตรีเพชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15	โทรศัพท์ 0-2419-2673-8 โทรสาร 0-2411-0593 E-mail: siriraj.conference@gmail.com
26-28 มีนาคม 2556 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับศูนย์ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์เสมือนจริง และหน่วยกู้ชีพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	การอบรมเชิงปฏิบัติการ "การกู้ชีพขั้นสูง (Advanced Cardiovascular Life Support) และ Effective Life Support Team Management: Provider course (3 วัน) รุ่นที่ 36 ณ ศูนย์ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ชั้น 3 อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	โทรศัพท์ 0-4336-3119-20 โทรสาร 0-4336-3119 E-mail: kkureact@me.com
27-29 มีนาคม 2556 	หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	1 st Thailand Ian Donald Advanced Course of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology ณ อาคารศรีสวรินทิรา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	www.si.mahidol.ac.th/thailand_iandonald/
28 มีนาคม 2556 	ชมรมจิตเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	การประชุมวิชาการเรื่อง "ประสาทจิตเวชศาสตร์ของโรคซึมเศร้า: ความรู้ทันยุค 2556" ณ โรงแรมแกรนด์ไฮแอท เอราวัณ สุขุมวิท กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2256-4298 ต่อ 14, 15 โทรสาร 0-2256-4298 ต่อ 15

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
31 มีนาคม 2556 	ศูนย์ความเป็นเลิศด้าน การจัดการใช้อุปทาน สุขภาพ โดยความร่วมมือ ระหว่างมหาวิทยาลัย มหิดล และสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการวิจัย	หลักสูตรอบรม 4 ภาค เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจรศยามาตรฐาน สากลและระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ณ โรงแรมเซ็นทาราแออนด์คอนเวนชั่น เซ็นเตอร์ จ.ขอนแก่น	โทรศัพท์ 0-2889-2138 ต่อ 6246, 6708, 08-5296-7070 E-mail: loghealthmahidol@ gmail.com
1-4 เมษายน 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทย	Updates in Family Medicine 2013	E-mail: thaifmcollege@gmail. com
24-27 เมษายน 2556 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 29 "Changes and Challenges in Internal Medicine" ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคิลฟี บีชรีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6744, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: rcpt@asianet.co.th, rcptmail@gmail.com
4-5 พฤษภาคม 2556 	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์	การประชุมศัลยเสวนา Surgical Forum (3 rd) Breast Bowel Hepatobiliary Hernia Surgery: Smart & Simplify ณ Crowne plaza hotel จ.ภูเก็ต	โทรศัพท์/โทรสาร 0-7442- 9384, 0-7445-1404 http://medinfo.psu.ac.th , http://medinfo2.psu.ac.th/ surgery/
24-28 มิถุนายน 2556 	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	การประชุมวิชาการนานาชาติด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข พ.ศ. 2556 "Healthy Society beyond Frontiers" ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	www.si.mahidol.ac.th/th/
27-29 มิถุนายน 2556 	สมาคมเวชบำบัดวิกฤต แห่งประเทศไทย	4 th Critical Care Conference in Thailand 2013 All about Shock	www.criticalcareshai.org , www.tscmm.com
20-23 กรกฎาคม 2556 	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 38 Theme: "Surgical Innovation in Asia" ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน พัทยา จ.ชลบุรี	www.surgeons.or.th
24-26 กรกฎาคม 2556 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงพยาบาลสมเด็จพระ เจ้าตากสินมหาราช	การประชุมวิชาการสัณจร ครั้งที่ 24 ณ ห้องประชุมศูนย์ แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	โทรศัพท์ 0-2716-6744 ต่อ 11, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: rcpt@asianet.co.th www.rcpt.org
25-29 สิงหาคม 2556 	สำนักงานกองทุน สนับสนุนการส่งเสริม สุขภาพ	การประชุมนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 21 การลงทุนที่ดีที่สุดเพื่อสุขภาพ (Best Investments for Health) ณ ศูนย์ประชุมพีช พัทยา	โทรศัพท์ 0-2343-1500 โทรสาร 0-2343-1551 E-mail: info@ iuhpeconference.net www.IUHPEconference.net

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานการแพทย์ โทร. 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สสสสาร จำกัด 71/17 ถนนบรมราชชนนี แขวงจตุจักร อภิรักษ์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
13-16 March 2013 	Mesopotamian Medicine Congress	Suleimania	Iraq	http://mezopotamyamc5.com
16-17 March 2013 	2013 2 nd International Conference on Medical Information and Bioengineering (ICMIB 2013)	Bali Island	Indonesia	www.icmib.org
16-18 March 2013 	3 rd Global Conference: The Patient	Lisbon	Portugal	www.inter-disciplinary.net/probing-the-boundaries/persons/the-patient/call-for-papers/
17-24 March 2013 	Infectious Disease Review for the Primary Care Physician	Departs Ft. Lauderdale, Florida	United States of America	www.continuingeducation.net/coursedescription.php?topic=Infectious_Disease_CME_Cruise_Caribbean_March_2013
20-21 March 2013 	REGEN 2013: Clinical Trials & Reimbursement	Boston	United States of America	http://regen-clinical.com
22-24 March 2013 	The 4 th Asian Congress of Abdominal Radiology (ACAR2013)	-	Taiwan	www.acar2013.org
13-18 April 2013 	38 th Annual Meeting, SIR (Society of Interventional Radiology)	New Orleans, Louisiana	United States of America	www.sirweb.org
2-5 May 2013 	World Congress of Ultrasound in Medicine and Biology	Sao Paulo	Brazil	www.wfumb2013.org
24-29 August 2013 	International Congress of Pediatrics 2013 (ICP)	Melbourne	Australia	www2.kenes.com/ipa/Pages/Home.aspx

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong Kan Pat Editorial Team at E-mail: hp_14_dna@hotmail.com or send your information to our company, Sapphasan Co., Ltd. 71/17 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 #110 Fax 0-2884-7299

Optimising care for patients with kidney disease and anaemia -New Clinical Experience and Directions



Moderator :

Professor Chairat Shayakul



Speaker :

Professor Simon Roger



Speaker :

GP.CAPT.Thaweepong Pajareya

Roche

Friday 30 November 2012

Empress International Convention Center



Eisai (Thailand) Marketing Co., Ltd.

No Jailbreak for Dysfunctional Stomach

December 7, 2012

Queen Sirikit National Convention Center,
Bangkok, Thailand

Moderator :

Assoc. Prof. Varocha Mahachai
King Chulalongkorn Memorial Hospital

Speaker :

Assoc. Prof. Somchai Leelakusolvong, M.D.
Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

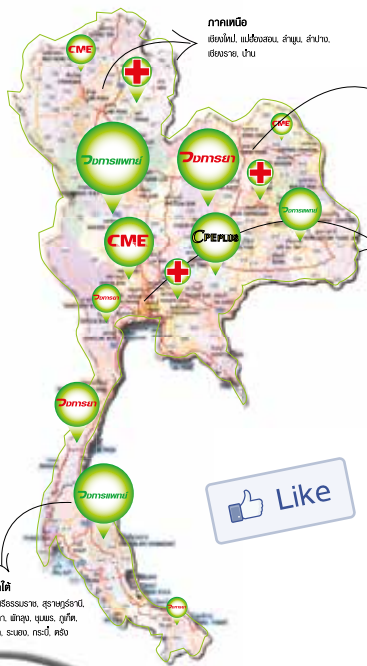


Speaker :

Prof. Takeshi Azuma, M.D.
Head, Department of Gastroenterology,
Kobe University Graduate School of Medicine, Kobe, Japan



วงการแพทย์ สัญจรทั่วไทย 2556



นพ.วรวุฒิ พัฒนโกธรัตน
ร.พ.เกาะพะงัน จ.สุราษฎร์ธานี



พญ.สมฤดี ศรีวิบ
ร.พ.ทุ่งตะโก จ.ชุมพร



นพ.สมพงษ์ พัฒนกิจไพโรจน์
ร.พ.บางสะพานน้อย จ.ประจวบคีรีขันธ์

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการ
วงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์
พร้อมกับนาฬิกาไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ
ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสาร
วงการแพทย์พร้อมกับนาฬิกาให้แก่แพทย์ในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ชุมพร และประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์
พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลด้วย ซึ่งสิ่งต่าง ๆ
เหล่านั้นนับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ
เพื่อสังคมต่อไป



พญ.พนทิพย์ สุชาติลิขิตวงศ์
ร.พ.สวี จ.ชุมพร





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ
ความรู้ในเรื่องของแพทย์
ข่าวสารความคืบหน้า
วิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ บทความ
ผลงานวิจัย ตารางงานสัมมนา
และบทความทางวิชาการ
symposium
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ
ทางด้านเวชกรรม



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



ชื่อผู้สมัคร.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

☐ 1 ปี (24 ฉบับ) 980 บาท ☐ 2 ปี (48 ฉบับ) 1,900 บาท (แถม 2 เดือน)

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

☐ 1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ไม่เสีย 620 บาท ☐ 2 ปี (24 ฉบับ) + CPE PLUS ไม่เสีย 1,200 บาท (แถม 2 เดือน)

ประเภทสมาชิก ☐ ใหม่ ☐ ต่ออายุ หมายเลขสมาชิก (ถ้ามี).....

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.medicthai.net
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
เพื่อรวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยไม่ขาดตกบกพร่อง

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ บ.ธนชาต 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

☐ เช็คบัตรเครดิต A/C PAYEE ONLY สั่งจ่ายในนาม บ.สรรพสาร จก.

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

☐ ธนาคารกรุงเทพ สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร



สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก. 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
โทร. 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

หมายเหตุ

1. ถ้าชำระด้วยบัตรเครดิตเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS



โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์

Hematological Disorders during Pregnancy

ตอนที่ 3

ภาวะเลือดไม่แข็งตัวขณะตั้งครรภ์ (Coagulopathy in Pregnancy)

อุว.กนกกร สุนทรจิต จก.บ., พ.บ.,

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล
วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรและนรีเวชวิทยา เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216
รหัส 3-3220-000-9301/130101

วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1) เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับคำจำกัดความภาวะเลือดไม่แข็งตัวขณะตั้งครรภ์
- 2) เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับสาเหตุที่พบบ่อยทางสรีรศาสตร์
- 3) เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา
- 4) เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัย
- 5) เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลรักษา

■ ต่อจากฉบับที่แล้ว

พยาธิสรีรวิทยา

การกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือด

Intrinsic pathway ถูกกระตุ้นจาก endothelium ที่ได้รับภยันตราย หรือมีความผิดปกติ เช่น ในภาวะ sepsis endotoxin จะทำลาย endothelium นอกจากนี้ endotoxin ยังกระตุ้น monocyte ให้หลั่ง cytokine และเรียก neutrophil มาทำอันตรายต่อ endothelium ได้, ในภาวะที่มี antigen-antibody complex จะมี cytokine หลั่งมาจาก mononuclear cell ทำให้เกิด endothelial injury, endothelium ยังอาจถูกทำลายจากภาวะ burn, heat stroke

หรือ hypotension และอาจเกิดจากความผิดปกติของ endothelium เอง เช่น Hemangioma, Aneurysm

Extrinsic pathway ถูกกระตุ้นจาก tissue factor เช่น จากเนื้อเยื่อที่ได้รับภยันตรายจาก trauma, hypoxia, acidosis และเม็ดเลือดแดงที่แตกมากในกระแสเลือด เป็นต้น Tissue factor ยังอาจหลั่งออกมาจากมะเร็ง, รก ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนทางสรีรศาสตร์ การมีการติดเชื้อหรืออักเสบรุนแรงจะกระตุ้นให้ mononuclear cell มีการแสดงออกของ tissue factor มากขึ้น

Common pathway พิชญ์แมวเขาสามารถกระตุ้น



Factor X และ V ได้โดยตรง, เนื่องจากจำพวก adenocarcinoma มี protease ที่กระตุ้น Factor X ได้โดยตรง (Cancer procoagulant), การให้ Prothrombin complex concentrate (Factor II, VII, IX, X) ทำให้เกิด DIC ให้โดยฤทธิ์ของ Factor VIIa ในผลิตภัณฑ์

การกระตุ้นระบบละลายลิ่มเลือด เช่น การได้รับ Thrombolytic agent เพื่อรักษาโรค, เนื้อเยื่อบางอย่างโดยเฉพาะทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์จะมี Plasminogen activator อยู่มาก การผ่าตัดต่อมลูกหมาก, มะเร็งต่อมลูกหมาก, **ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ จึงมี hyperfibrinolysis ได้**, Acute promyelocytic leukemia จะมีโปรตีน Annexin II บนผิวเซลล์มากขึ้น ซึ่งโปรตีนนี้จะกระตุ้นการทำงานของ Plasminogen activator โรคตับจะมี Plasminogen activator สูงขึ้นดังกล่าวแล้ว

กลไกการควบคุม

เมื่อมีสิ่งกระตุ้นต่อระบบแข็งตัวของเลือด และระบบละลายลิ่มเลือดดังกล่าวข้างต้น ระบบควบคุมต่างๆในร่างกายจะต้องทำงานเพื่อไม่ให้เกิดการลุกลามต่อไป Antithrombin, Protein C, Protein S และ Phagocytic system จะช่วยกันยับยั้งการแข็งตัวของเลือด แต่ถ้าสิ่งกระตุ้นรุนแรงมากเกินไประบบควบคุมจะหยุดยั้งไว้ได้จึงเกิดโรคขึ้น

ผลของ Thrombin จะทำให้เกิดลิ่มเลือดขึ้นทั่วร่างกายอุดตันไม่ให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ อวัยวะต่าง ๆ เกิด Ischemia ได้ เม็ดเลือดแดงที่วิ่งผ่านลิ่มเลือดเหล่านี้จะถูกตัดเป็นชิ้นเล็กน้อย (Fragmented red cell) เรียกว่าเกิด Microangiopathic Hemolytic anemia (MAHA)

การเกิดการแข็งตัวของเลือดจะเป็นการใช้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดต่างๆ โดยเฉพาะ Fibrinogen, Factor V, Factor VIII, Factor XIII และ Prothrombin เกิดลิ่มเลือดจะถูกใช้จนต่ำลง ทำให้เกิดเลือดออก

ผลของ Plasmin

Plasmin ที่เกิดจากทั้ง Primary และ Secondary fibrinolysis จะย่อยทำลาย fibrin, fibrinogen, Factor V

และ Factor VIII ทำให้ Factor เหล่านี้ต่ำลง การย่อย fibrin และ/หรือ fibrinogen จะได้ FDP ซึ่งมีฤทธิ์ต้าน fibrin polymerization และต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้มีเลือดออกได้ง่ายขึ้นไปอีก

กลไกชดเชย (Compensation)

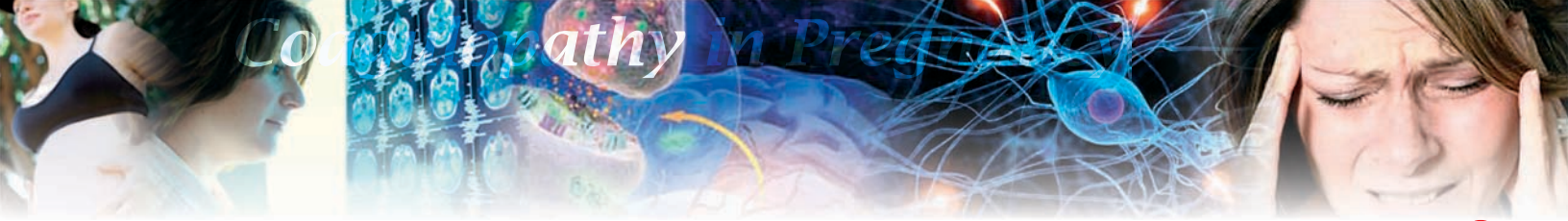
ตับจะต้องเร่งสร้างปัจจัยการแข็งตัวของเลือด และ natural anticoagulant ต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ไชกระดูกต้องเร่งสร้างเกล็ดเลือดเพื่อทดแทนส่วนที่ถูกใช้ไปในภาวะ DIC ฉบับปล้น ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ลดลงอย่างรวดเร็ว ร่างกายจะชดเชยไม่ทัน จะมีปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ต่ำมาก แต่ในภาวะ DIC เร็วจริง กระบวนการจะเกิดค่อยเป็นค่อยไป ร่างกายอาจชดเชยได้ ทำให้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีโรคตับหรือโรคของไขกระดูกย่อมมีอาการรุนแรงกว่าผู้ป่วยทั่วไป

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

DIC มีสาเหตุมาจากหลายโรคหลายภาวะ ลักษณะทางคลินิกจึงผันแปรได้มากตามสาเหตุอาการ อาจแบ่งใหญ่ๆ ได้เป็น 3 อย่างคือ ภาวะเลือดออก, Thromboembolism และการเสียหายที่ของอวัยวะต่าง ๆ

ภาวะเลือดออกเป็นอาการสำคัญของ DIC ฉบับปล้น อาการที่พบบ่อยคือ การมีเลือดออกที่ผิวหนังทั้ง Petechia และ Ecchymosis การมีเลือดซึมออกมาจากบริเวณที่แทงน้ำเกลือ และเลือดออกบริเวณอื่น ๆ นอกจากนี้ภาวะ DIC ทั้งฉบับปล้นและเรื้อรัง อาจมี Thrombosis เกิดขึ้นทั้งในหลอดเลือดแดง, หลอดเลือดดำ และในหลอดเลือดฝอย ผิวหนังอาจมี Hemorrhagic bullae, การมีเนื้อตายที่แขนขาใน DIC เรื้อรัง โดยเฉพาะจากมะเร็งอาจมี Nonbacterial thrombotic endocarditis และมี embolism ได้

การมีอวัยวะต่าง ๆ เสียหน้าที่ (Multiple organ failure) อาจแยกได้ยากกว่าเป็นผลจากโรคที่เป็นอยู่ เช่น ช็อก หรือ Sepsis หรือเป็นจากภาวะ DIC เช่น ช็อก, ตับไตเสื่อม, ARDs เป็นต้น ลักษณะที่ค่อนข้างจำเพาะต่อ DIC เช่น Renal cortical necrosis หรือ Hemorrhagic necrosis ของต่อมหมวกไต อย่างไรก็ตาม ภาวะเหล่านี้พบน้อยภาวะ



ไตวายที่เกิดร่วมกับ DIC เกือบทั้งหมดจะเกิดจาก acute tubular necrosis

ความผันแปรทางคลินิกของ DIC อาจแบ่งได้เป็น

A) DIC ขับพลาสมาหรือเร็วหรือช้า

DIC ขับพลาสมา มักมีระดับปัจจัยการแข็งตัวของเลือด และเกล็ดเลือดต่ำ จึงมีเลือดออกมาก อาการเปลี่ยนแปลง รวดเร็วและรุนแรง DIC เร็วหรือช้า มักไม่ค่อยมีเลือดออก มีอุบัติการณ์ของ thrombosis สูงกว่าชนิดขับพลาสมา

B) local consumption หรือ diffuse consumption

บางภาวะ เช่น Hemangioma ขนาดใหญ่ หรือ Aortic aneurysm อาจมีการใช้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด และเกล็ดเลือดเฉพาะที่ แต่ให้อาการตามระบบได้ การรักษาต้องเน้นที่เฉพาะที่มากกว่า

C) DIC และมี Secondary fibrinolysis

DIC ร่วมกับ hyperfibrinolysis

Hyperfibrinolysis อย่างเดียว (พบน้อย)

สาเหตุของ DIC ชนิดต่าง ๆ

DIC ขับพลาสมา สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่

1. ภาวะ Sepsis เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดสาเหตุหนึ่งของ DIC พบได้ทั้งการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ, กรัมนบวก และชนิดที่ไม่พึ่งออกซิเจน นอกจากนี้ยังพบในการติดเชื้อไวรัส เช่น Influenza, Varicella, การติดเชื้อรา, เชื้อวัณโรค, มาลาเรีย เป็นต้น ภาวะ DIC เป็นผลทั้งจาก endotoxin หรือ exotoxin ของเชื้อร่วมกับปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกัน, เซลล์อักเสบ และ cytokine ต่าง ๆ กระตุ้นการแข็งตัวของเลือดทั้งทาง extrinsic และ intrinsic pathway

2. การได้รับภยันตรายรุนแรง หรือการผ่าตัดใหญ่ ทำให้เกิด DIC จาก Tissue factor และยังมีผลของการช็อก, acidosis, hypoxia และการติดเชื้อ การได้รับภยันตรายต่อสมองซึ่งเป็นแหล่ง Tissue thromboplastin อาจทำให้เกิดเลือดออกจาก DIC ซึ่งการดำเนินโรคมักจะหายได้เอง

3. ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เนื่องจาก

Products of conceptus โดยเฉพาะรกเป็นแหล่ง Tissue factor หญิงตั้งครรภ์จะมีภาวะ Hypercoagulability อยู่ จึงมีแนวโน้มจะเกิด DIC และ Urogenital system เป็นอวัยวะที่มี Plasminogen activator สูง บางรายจึงมี Hyperfibrinolysis ร่วมด้วย ภาวะที่ทำให้เกิด DIC ขับพลาสมา ได้แก่ Abruptio placenta, Amniotic fluid embolism และ Septic abortion

4. ภูเก็ต ภูเก็ต จะกระตุ้น Factor X และ V โดยตรงทำให้เกิด DIC ส่วนภาวะ และภาวะเขียวทางใหม่ จะตัด fibrinopeptide A จาก fibrinogen โดยไม่ตัด fibrinopeptide B ออก ซึ่งต่างจาก thrombin (thrombin-like effect) ทำให้เกิดลิ่มเลือดที่ไม่แข็งแรง และ fibrin เหล่านี้จะถูกย่อยสลายไปได้ง่าย (defibrination syndrome) โดยปัจจัยการแข็งตัวของเลือดตัวอื่น ๆ จะปกติ นอกจากนี้พิษภาวะ และภาวะเขียวทางใหม่ จะมีผลโดยตรงต่อเกล็ดเลือด ทำให้เกล็ดเลือดต่ำ

5. การให้เลือดผิดหมู่ จะทำให้เกิด intravascular hemolysis ขับพลาสมา มีการปล่อย procoagulant จากเม็ดเลือดแดง ร่วมกับปฏิกิริยาของแอนติเจนและแอนติบอดี ทำให้เกิด DIC ขับพลาสมา

6. Heat stroke เป็นกลุ่มอาการที่มีการเสียระบบควบคุมอุณหภูมิ ทำให้มีอุณหภูมิสูงมากเกิน 42 °C ร่วมกับอวัยวะต่าง ๆ เสียหน้าที่ พบในผู้ป่วยที่ออกแรงมากเมื่ออากาศร้อน ร่วมกับการขาดน้ำและผู้ป่วยไม่เคยปรับตัวกับภาวะนี้มาก่อน จะเกิดร่วมกับ DIC ได้

DIC เร็วหรือช้า อาจเกิดจาก

1. โรคมะเร็ง พบบ่อยในมะเร็งชนิด adenocarcinoma โดยผลของ Tissue factor หรือ cancer procoagulant ในเนื้องอก ผู้ป่วยมักมาด้วย Thrombosis ที่เป็นบ่อย ๆ

2) ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ได้แก่ Dead fetus in utero, Pregnancy-induced hypertension

3) โรคตับเรื้อรัง

4) Purpura fulminans เป็นโรคที่มีหลอดเลือดเล็กอุดตัน ทำให้มีเนื้อตายบริเวณแขนขา ก้น หรือ scrotum



มักมีการติดเชื้อที่ไม่รุนแรง เช่น Scarlet fever, Varicella, Rubella นำมาก่อน 2-4 สัปดาห์ บางรายพบว่าสัมพันธ์กับการขาด Protein C แต่กำเนิด

พยากรณ์โรค เชื่อว่าคล้าย Schwartzman reaction คือการได้รับ toxin ครั้งแรกจะมีการกระตุ้นเซลล์อักเสบ และ cytokine แต่ยังไม่มีการทางคลินิก (subclinical) เมื่อได้รับ Toxin เข้าไปใหม่จะมีการรุนแรง และกระตุ้นการแข็งตัวของเลือดได้

5) Hemangioma (Kasabach-Merrit Syndrome)

6) Aortic aneurysm

สาเหตุของ DIC ร่วมกับ Primary fibrinolysis เช่น Acute pro-myelocytic leukemia, Heat stroke, มะเร็งต่อมลูกหมาก, Amniotic fluid embolism

สาเหตุของ Primary fibrinolysis เช่น ได้รับ Thrombolytic agent, โรคตับ, มะเร็งบางชนิด เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในราย DIC ฉบับรุนแรงและรุนแรง มักจะวินิจฉัยได้ง่ายจากประวัติที่สลายตัวมาก่อน ต่อมาโรคที่เป็นสาเหตุต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น แล้วตามด้วยมีภาวะเลือดออกง่ายอย่างรุนแรง การตรวจทางห้องปฏิบัติการข้างเคียง เช่น Venous clotting time พบว่าเลือดแข็งตัวช้า และลิ่มเลือดมีขนาดเล็ก (ถ้ามี Hypofibrinogenemia) หรือไม่แข็งตัวเลย (ถ้าไม่มี fibrinogen) และ/หรือลิ่มเลือดละลายเร็วกว่าปกติ (Hyperfibrinolysis) ถ้าพบร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ (โดยอาจจะประมาณจากสเมียร์เลือด) ก็จะสามารถวินิจฉัยได้ และให้การรักษาได้เลย ในรายที่เป็นปัญหาจึงจะต้องได้รับการตรวจพิเศษเพิ่มเติม

การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ใช้หลักดังนี้

A) Multiple factor deficiency จะพบ APTT, PT, TT ยาว และ Fibrinogen ต่ำ APTT และ PT อาจจะมี false negative ได้ จากการที่มี activated clotting factor เพิ่มขึ้น ทำให้ clotting time ไม่ยาว แม้จะขาดหลาย factor ระดับของ fibrinogen, Factor VIII และ V ควรจะต่ำ แต่มีข้อยกเว้นคือ

บางภาวะ เช่น ติดเชื้อ, ตั้งครรภ์ จะมีระดับ fibrinogen และ Factor VIII สูงอยู่ก่อน เนื่องจากเป็น acute phase protein เมื่อมี DIC ระดับจึงไม่ต่ำ ถ้า Fibrinogen และ Factor VIII อยู่ในระดับ low normal ในภาวะติดเชื้อหรือตั้งครรภ์ ให้สงสัยว่าอาจมี DIC หรืออาจต้องตรวจซ้ำ ๆ ถ้าปัจจัยเหล่านี้ต่ำลงบ่งว่าน่าจะมี consumption

ภาวะ Chronic DIC จะมีการสร้าง factor ต่าง ๆ ชดเชยกันจึงไม่ต่ำ การตรวจจึงอาจไม่ช่วย

B) Thrombocytopenia เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด แต่อาจไม่ต่ำใน DIC เรื้อรัง

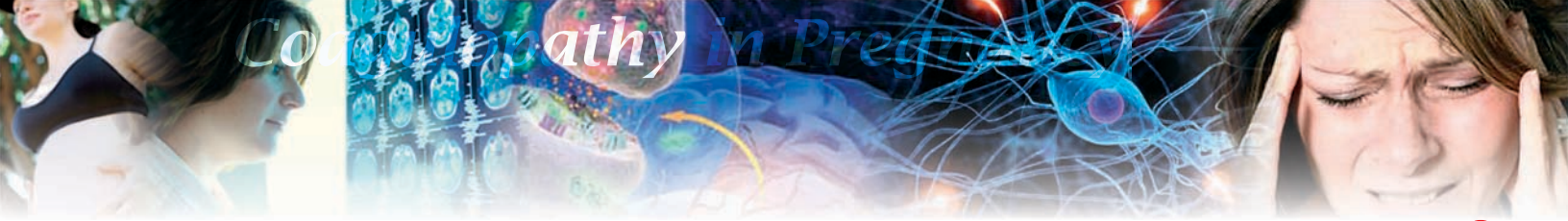
C) FDP สูงขึ้น บ่งว่ามีการกระตุ้น fibrinolysis ขึ้น false negative อาจเป็นจากการดูดซึม FDP เข้าไปในก้อนเลือด หรือ Plasmin อาจตัด FDP กลายเป็นชิ้นเล็กมากเกินไปกว่าแอนติบอดีที่ใช้ตรวจจะตรวจได้ FDP ที่ตรวจได้มี 2 ชนิด คือ

C.1) FDP ทั้งหมดแยกไม่ได้ระหว่าง Fibrin degradation product (Secondary fibrinolysis) กับ Fibrinogen degradation product (Primary fibrinolysis หรือ Hyperfibrinolysis)

C.2) Cross-linked FDP เช่น D-dimer ซึ่งต้องมี fibrin มา cross link ก่อนจึงจะเกิดได้ ถ้าพบสูงขึ้นแสดงว่าเป็น Secondary ไม่ใช่ Primary fibrinolysis

FDP ที่สูงขึ้นเล็กน้อยอาจเป็นผลจากการมีลิ่มเลือดเกิดนอกหลอดเลือด เช่น การมีเลือดออก หรือหลังผ่าตัด เมื่อมีการละลายลิ่มเลือดอาจมีการดูดซึม FDP เข้ามา หรืออาจเกิดจากมีลิ่มเลือดในหลอดเลือดเฉพาะที่ (เช่น Deep vein thrombosis) และมี fibrinolysis ขึ้น

FDP ที่สูงขึ้นเป็นตัวช่วยในการวินิจฉัย DIC เรื้อรัง การดูสเมียร์เลือดถ้าพบ MAHA จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัย เพราะพบบ่อยกว่าใน DIC เรื้อรัง โดยใน DIC ฉบับรุนแรงจะพบ MAHA น้อยกว่า 50% การแยก DIC และ Primary fibrinolysis อาศัยหลักตามตาราง



ตารางการแยก DIC และ Fibrinolysis

	DIC	Hyperfibrinolysis	DIC ร่วมกับ Hyperfibrinolysis
• ไฟบริโนเจน	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
• FDP	สูง	สูง	สูง
• D-dimer	สูง	ปกติ	สูง
• Euglobulin lysis time	ปกติ	สั้น	สั้น
• เกล็ดเลือด	ต่ำ	ปกติ	ต่ำ
• MAHA	อาจมี (40%)	ไม่มี	อาจมี

การรักษา

1. การรักษา Underlying disorders เป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด อัตราตายของ DIC จะขึ้นกับโรคที่เป็นอยู่เป็นสำคัญ ปัจจัยกระตุ้นที่สามารถกำจัดการได้ทันที เช่น Abruptio placenta จะมีอันตรายเพียงประมาณ 1% เพราะการสิ้นสุดการตั้งครรภ์จะหยุด DIC ทันที แต่บางภาวะ เช่น Septic shock, Amniotic fluid embolism จะไม่สามารถกำจัดการให้หมดไปทันที อัตราตายจะมากกว่า 70-80% หรือสาเหตุที่รักษาไม่ได้ เช่น มะเร็งแพร่กระจาย การพยากรณ์โรคจะไม่ดี อย่างไรก็ตาม ถ้าไม่สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคที่เป็นอยู่ได้จะไม่สามารถรักษา DIC ให้หายได้เลย

2. การให้ผลิตภัณฑ์เลือดอาจจำเป็นในรายที่มีเลือดออกมาก ในรายที่ไม่มีเลือดออกไม่ควรให้ เพราะอาจไปเพิ่มกระบวนการแข็งตัวของเลือดมากขึ้น เกล็ดเลือดต่ำ อาจให้เกล็ดเลือดประมาณ 6-8 ถุง Coagulation defect อาจให้ Fresh frozen plasma 2-4 ถุง ร่วมกับ cryoprecipitate ประมาณ 6-8 ถุง

3. การให้ Anticoagulant เป็นเรื่องที่ถกเถียงกันมากกว่าควรให้หรือไม่ มีหลายรายงานว่าได้ผล แต่ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบที่พิสูจน์ว่าลดอัตราตายได้ จึงอาจพิจารณาให้ Heparin ในขนาดต่ำ (ประมาณ 10 ยูนิต/กก./ชม.) ในบางรายเท่านั้น เช่น มาด้วยอาการเด่นเป็น Thromboembolism

ผู้ป่วย Aneurysm หรือ Dead fetus หรือมะเร็ง พิจารณาให้เพื่อให้ผลเลือดดีขึ้นก่อนผ่าตัด

การให้ anticoagulant ควรให้ผลิตภัณฑ์เลือดร่วมด้วยเสมอ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออก ปัจจุบันมี anticoagulant ใหม่ ๆ เช่น activated protein C (ซึ่งใช้ได้ผลในภาวะ Sepsis)

4. การให้ antifibrinolytic agent เช่นเดียวกับ anticoagulant คือไม่มีข้อพิสูจน์ว่าลดอัตราตายได้ จะให้ต่อเมื่อผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้าได้กับ Hyperfibrinolysis เด่น (ถ้า DIC เด่นจะทำให้ผู้ป่วยเลวลง) และรักษาด้วยวิธีข้างต้นแล้วไม่ได้ผล การใช้ antifibrinolytic agent ใน hemangioma อาจทำให้มี thrombosis ในก้อน และทำให้ hemangioma เล็กลงได้

D. Circulating anticoagulants

Factor VIII inhibitor เป็นแอนติบอดี (มักจะเป็น IgG) ต่อ Factor VIII มักพบในผู้ป่วย Hemophilia แต่อาจพบในคนที่ไม่ได้เป็น Hemophilia ได้ (autoantibody) อาจพบโดยไม่ทราบสาเหตุหรืออาจพบร่วมกับ SLE, Rheumatoid arthritis, Inflammatory bowel disease, Lymphoproliferative disorders, Multiple sclerosis และยาบางชนิด เช่น Penicillin นอกจากนี้ยังอาจพบหลังคลอด หรือในคนสูงอายุ อาการจะคล้าย Hemophilia แต่เป็นภายหลังการดำเนินโรคจะผันแปรได้มากในผู้ป่วยที่มีโรคออโตอิมมูน



แอนติบอดีมักจะคงอยู่เป็นปี ๆ แต่ถ้าเป็นหลังคลอด มักหายไปในเวลาเป็นเดือน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ขี้บ่งคือ การทำ mixing study ไม่สามารถแก้ไขความผิดปกติของ clotting time ได้ การวินิจฉัยต้องอาศัยการวัด Factor VIII inhibitor โดยตรง การรักษาให้ยากกดภูมิ เช่น Prednisolone ในขนาด 1-2 มก./กก./วัน ถ้าไม่ได้ผลอาจต้องให้ immunosuppressive drugs เช่น Cyclophosphamide (50-150 มก./วัน) หรือ Azathioprine (100-200 มก./วัน) ถ้ามีเลือดออกอาจจำเป็นต้องให้ Factor VIII ขนาดสูง, Factor VIII ของหนู, Prothrombin complex concentrate หรือ factor VIIa

Inhibitor ต่อ factor อื่น ๆ เช่น von Willebrand factor, Factor V, Factor XI เป็นต้น พบได้น้อย

กลไกของ inhibitor อาจเป็นจากแอนติบอดีไปจับ factor ทำให้เสียหน้าที่ หรือทำให้ถูกทำลายไปเร็วขึ้นกว่าปกติ ก่อนนี้อาจอาจดูดซับ factor ต่าง ๆ เข้าไป Amyloidosis มีรายงานว่าสามารถดูดซับ factor X เป็นต้น

Heparin-like substances พบได้ในมะเร็งบางชนิด ผู้ป่วยจะมี TT ยาว แต่ reptilase time ปกติ และอาจแก้ไขความผิดปกติได้ด้วย Protamine sulfate (คล้ายผู้ป่วยที่ได้ Heparin)

Paraprotein เป็น Monoclonal protein ที่พบในภาวะ Plasma cell dyscrasias, CLL หรือ Well differentiated lymphoma, Paraprotein จะยับยั้งการสานเชื่อมกันของ fibrin และยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือด

ดังนั้น จึงอาจสรุปสาเหตุที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์ของภาวะเลือดไม่แข็งตัวขณะตั้งครรภ์ (Coagulopathy in Pregnancy) ซึ่งทำให้เกิด DIC ได้ดังนี้

1. รกลอกก่อนกำหนด (Abruptio placentae)

เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดทางสูติศาสตร์ที่ทำให้เกิดภาวะเลือดไม่แข็งตัว อุบัติการณ์ของรกลอกก่อนกำหนดพบประมาณ 1 ต่อ 150 ของการคลอด และ 20% ของทารกตายปริกำเนิดเกิดจากภาวะนี้โดยทั่วไป DIC จะพบในราย

ที่รกลอกตัวชั้นรุนแรงจนทำให้ทารกเสียชีวิตซึ่งมักจะสัมพันธ์กับการเสียเลือดประมาณ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป การเกิด DIC เป็นผลจาก thromboplastin ที่มาจาก trophoblast จะถูกปล่อยเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้กระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดโดยตรง

2. ทารกตายในครรภ์ (Dead fetus in utero)

เมื่อทารกตายในครรภ์เป็นเวลานานเกินกว่า 5 สัปดาห์ขึ้นไป อุบัติการณ์ของ DIC จะสูงถึง 50% ซึ่งอาจจะเริ่มตั้งแต่ low-grade, compensated DIC ไปจนถึงขั้นรุนแรง สาเหตุของ DIC เกิดจาก thromboplastin ที่มาจากทารกที่ตายจะเข้าสู่กระแสเลือด กระตุ้นทั้ง procoagulant และ fibrinolytic system

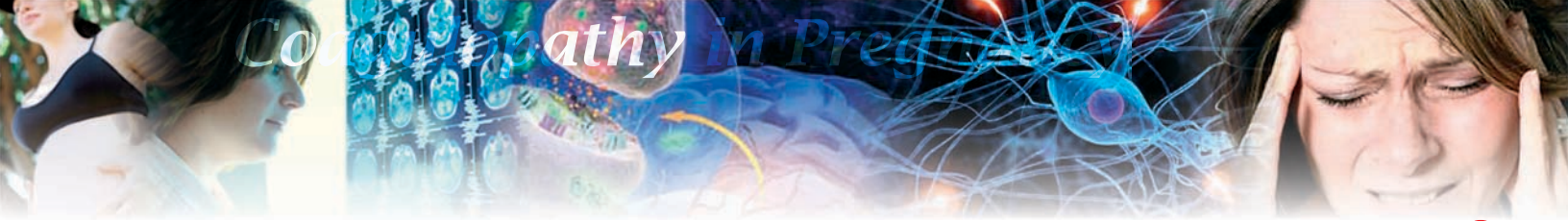
กรณีครรภ์แฝดที่มีทารกเสียชีวิตในครรภ์ 1 คน ทารกที่เหลือรอดชีวิตอยู่จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด renal cortical necrosis, brain stem necrosis และ multicystic encephalomalacia ได้สูงขึ้น ซึ่งเป็นผลจาก thromboplastin จากทารกที่ตายเข้าสู่กระแสเลือด แล้วกระตุ้นให้เกิด DIC ในทารกที่ยังรอดชีวิตอยู่

3. ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด (Amniotic fluid embolism)

เป็นโรคที่มีอุบัติการณ์ประมาณ 1 ต่อ 20,000-30,000 ของการคลอด และมีอัตราการตายของมารดาสูงถึง 86% อาการและอาการแสดงของโรคจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเกิด profound shock, respiratory distress และ cyanosis ต่อมาจะมี cardiac failure ร่วมด้วย ถ้าสตรีตั้งครรภ์ไม่เสียชีวิตทันทีที่เกิด massive intravascular coagulation ทั่วทุกระบบของร่างกาย สาเหตุของ DIC เกิดจากน้ำคร่ำที่รั่วเข้าไปสู่กระแสเลือดของมารดาจะกระตุ้น factor X โดยตรง และกระตุ้น endothelial plasminogen activator ให้เปลี่ยน plasminogen เป็น plasmin

4. ครรภ์เป็นพิษร่วมกับกลุ่มอาการ HELLP (HELLP syndrome)

กลุ่มอาการ HELLP ประกอบด้วย hemolysis, elevated liver enzymes และ low platelets ภาวะนี้ร่วม



กับครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น โอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็เพิ่มขึ้น พบว่าถ้าสตรีตั้งครรภ์เกิดการชักจากครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) โอกาสที่จะเกิด isolated thrombocytopenia ประมาณ 18% โอกาสเกิด DIC 11% และโอกาสเกิดกลุ่มอาการ HELLP 15%

อุบัติการณ์ของกลุ่มอาการ HELLP พบประมาณ 0.5-0.9% ของการตั้งครรภ์ มีอัตราตายของมารดาสูงประมาณ 1-4% และทารกตายปริกำเนิดสูงถึง 40% กลุ่มอาการนี้เกิดตามหลัง inadequate placental vasculature และ placental ischemia ทำให้มีการหลั่ง thromboxanes,

angiotensin, procoagulant, prostaglandins, endothelin-1 และ tumor necrosis factor- (TNF-) เข้ามาในกระแสเลือด กระตุ้นให้เกิด DIC โดยมีทั้งลิ่มเลือดขนาดเล็กและใหญ่ไปอุดตันเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ เช่น ไต ตับ สมอง เป็นต้น ทำให้เกิด endothelial damage microangiopathic hemolytic anemia และ organ failure เกิดขึ้นในที่สุด

5. การติดเชื้อในกระแสเลือด (Endotoxin sepsis)

อาจเกิดตามหลังการทำแท้งที่มีการติดเชื้ออย่างรุนแรง การติดเชื้อหลังถุงน้ำคร่ำรั่ว หรือหลังคลอดก็ได้ ส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อกลุ่มแบคทีเรียแกรมลบ endotoxin

รูปกลไกการเกิด DIC จากสาเหตุที่พบบ่อยขณะตั้งครรภ์

Pre-eclampsia

Hypovolemia

Septicemia

Abruptio placentae

Amniotic fluid embolism

Retained dead fetus

Abortion induced with hypertonic fluids

Intrauterine sepsis

Hydatidiform mole

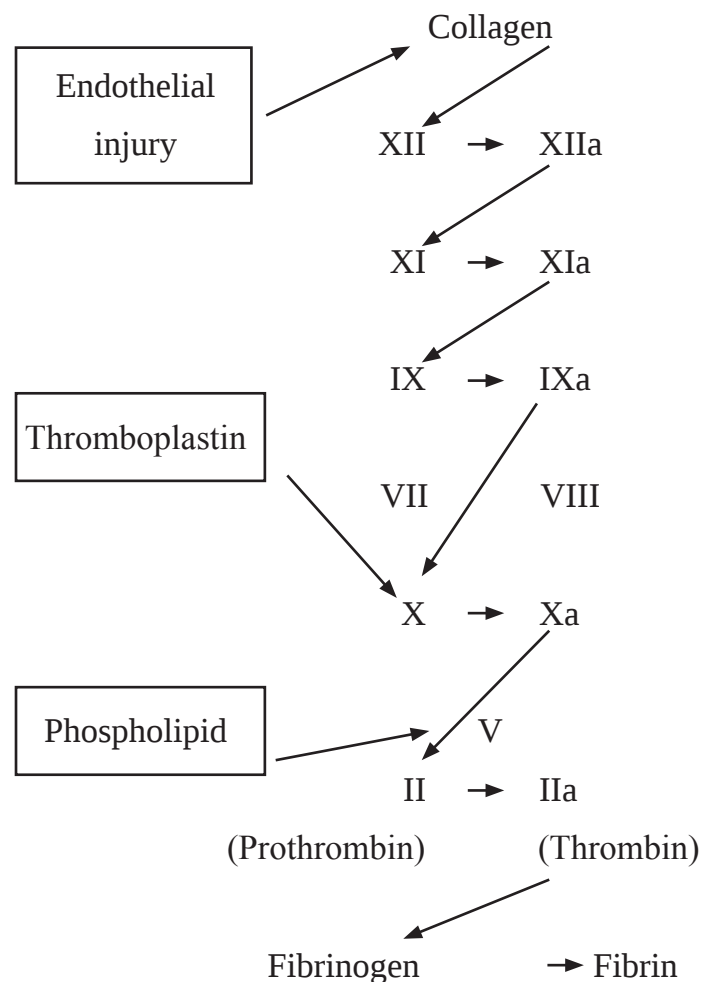
Placenta accreta

Intravascular hemolysis

Incompatible blood transfusion

Large feto-maternal bleed

Septicemia





จากแบบที่เรื้อรังจะกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดโดยตรง และยับยั้งการทำงานของระบบการละลายลิ่มเลือดผ่านทาง cytokines หลาย ๆ ตัว นอกจากนี้กลไกการเกิด DIC ยังเป็นผลจาก endothelial damage โดย endotoxin ร่วมด้วย ผู้ป่วยจะเกิดภาวะ micro-angiopathic hemolysis และเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลาที่

6. การได้รับเลือดปริมาณมาก (Massive transfusion)

การได้รับเลือดปริมาณมากจะเกิด dilutional coagulopathy ทำให้มีทั้งเกล็ดเลือด และ clotting factors ต่าง ๆ ลดลง นอกจากนี้ถ้ามีการได้รับเลือดที่มี ABO incompatible เกิดขึ้น จะเกิด DIC อย่างรวดเร็วจาก endothelial damage ร่วมด้วย

พยาธิสรีรวิทยา

A) การเปลี่ยนแปลงของระบบโลหิตวิทยาขณะตั้งครรภ์ปกติ

ขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระบบการแข็งตัวของเลือด และการละลายลิ่มเลือดคือ Fibrinogen เพิ่มขึ้น 50% จาก 300 เป็น 450 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีการเพิ่มขึ้นของ clotting factor ทุกตัว ยกเว้น factor XI และ XIII ในขณะที่ fibrinolytic activity ลดลง ทำให้สตรีตั้งครรภ์อยู่ในภาวะที่เลือดจะแข็งตัวได้ง่ายกว่าปกติ จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิด Thromboembolism ได้สูงขึ้น

B) การเปลี่ยนแปลงของระบบโลหิตวิทยาเมื่อเกิด DIC

DIC เป็นภาวะที่เกิดตามหลังการกระตุ้นจากสาเหตุอื่น ๆ เสมอ ตัวกระตุ้นเหล่านี้ ได้แก่ endothelial damage, release of placental tissue, amniotic fluid, incompatible red cells หรือ bacterial products จะเข้าสู่กระแสเลือดของมารดา กระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือด ณ จุดต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้เกิด intravascular clots และเกิดการใช้ clotting factors ไปเป็นจำนวนมาก ขณะเดียวกัน

จะมีการกระตุ้นระบบการละลายลิ่มเลือดตามมา ทำให้มีทั้ง plasmin และ thrombin อยู่ในกระแสเลือดเป็นผลให้

B.1) กระตุ้นให้เกิดเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ

B.2) เกิดการสร้าง fibrin monomers และ polymers ขึ้น และมี fibrin thrombus ไปอุดตันเส้นเลือดต่าง ๆ ทำให้มี end-organ ischemia และ necrosis

B.3) เกิดการกระตุ้นระบบ Kinin ทำให้ Vascular permeability เสียไป จึงเกิด Hypotension ตามมา

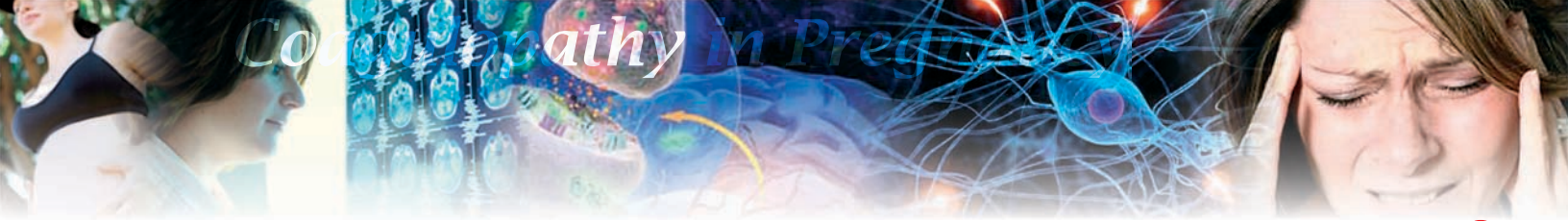
B.4) เกิดการกระตุ้นระบบ Complement ทำให้เกิด microangiopathic hemolysis

การวินิจฉัยขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด

อาการและอาการแสดงของ DIC ที่สำคัญคือ มีเลือดออกตามที่ต่าง ๆ เช่น ตำแหน่งที่เจาะเลือด, GI bleeding, Uterine bleeding, hematuria, hemoptysis, intracranial bleeding, subcutaneous hematoma บริเวณผิวหนังพบเป็นจุดจ้ำเลือดออก (petechia and purpura) ตลอดจนมีเลือดออกบริเวณ mucous membranes เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้นจะเกิด Hypotension จากที่มีเลือดออกมากร่วมกับมีการหลังของ bradykinin ปัสสาวะออกลดลงจาก hypovolemia และ hypotension นอกจากนี้จะมี Thrombosis เกิดขึ้นโดยพบ peripheral acrocyanosis และ pregangrenous changes บริเวณนิ้ว อวัยวะเพศ หรือจมูก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ทำได้ข้างเดียวคือ Venous clotting time โดยการเจาะเลือดจากเส้นเลือดดำของผู้ป่วยมา 5 มิลลิลิตร ใส่ในหลอดแก้วที่แห้งขนาด 10-15 มิลลิลิตร ตั้งทิ้งไว้ ถ้าเลือดแข็งตัวได้ภายใน 5-6 นาที และอยู่ได้นาน 30 นาที โอกาสที่จะเป็น DIC น้อยมาก ถ้าเลือดไม่แข็งตัวหรือแข็งเป็นส่วนน้อย และละลายภายในเวลาอันรวดเร็ว แสดงว่ามีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของเลือดอย่างรุนแรง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ จะพบความ



ผิดปกติของ Prothrombin time (PT), Partial thromboplastin (PTT) นานกว่า 30 วินาที, Fibrinogen น้อยกว่า 200 mg/ml, Platelets น้อยกว่า 100,000 cells/mm³, Fibrin degradation products (FDPs) มากกว่า 40 mg/ml และ antithrombin III level (AT-III) น้อยกว่า 80%

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เชื่อถือได้มากที่สุดในการวินิจฉัย DIC คือ AT-III level, Fibrinopeptide A level, D-dimer level, Prothrombin fragment 1+2 (PF 1+2), Thrombin precursor protein (Soluble brin monomer by ELISA) และ Platelet count ค่า PT และ PTT พบว่าผิดปกติ 50-75%, Fibrinogen จะต่ำประมาณ 70-80%, ค่า FDPs พบผิดปกติ 95% ถ้าพบทั้ง FDPs และ D-dimer มีค่าสูงผิดปกติในรายที่มีอาการแสดงสงสัยจะมีความจำเพาะสูงเกือบ 100% ในการวินิจฉัย DIC ส่วน Blood smear จะพบ Fragmented red blood cells (Schistocytes) ประมาณ 50% ของผู้ป่วย รายที่มี Sepsis จะพบ Vacuolization ในเม็ดเลือดขาวชนิด Poly-morphonuclear

การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบความผิดปกติตามลำดับของระยะของการเกิด DIC ดังนี้

A) Procoagulant activation เป็นระยะที่มีการเพิ่มขึ้นของ Prothrombin fragments 1 และ 2, Fibrinopeptides A และ B, Thrombin-antithrombin complex (TAT), Soluble fibrin monomer แต่ Platelets จะลดลง

B) Fibrinolytic activation มีการเพิ่มขึ้นของ D-dimer, FDPs, Plasmin-a₂-antiplasmin complex และ Soluble fibrin monomer

C) Inhibitor consumption มีการเพิ่มขึ้นของ Thrombin-antithrombin complex, Plasmin-a₂-antiplasmin complex, มีการลดลงของ AT-III, a₂-antiplasmin activity, heparin cofactor II, protein C or S

D) End-organ injury มีการเพิ่มขึ้นของ Lactate dehydrogenase (LDH) และ Creatinine มีการลดลงของ blood pH และ PO₂

การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะถือว่าเป็น DIC เมื่อ

มีความผิดปกติอย่างน้อย 1 อย่าง ของกลุ่ม A), B) และ C) และอย่างน้อย 2 อย่างในกลุ่ม D)

การวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง Disseminated intravascular coagulation, Primary lysis และ Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) โดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด

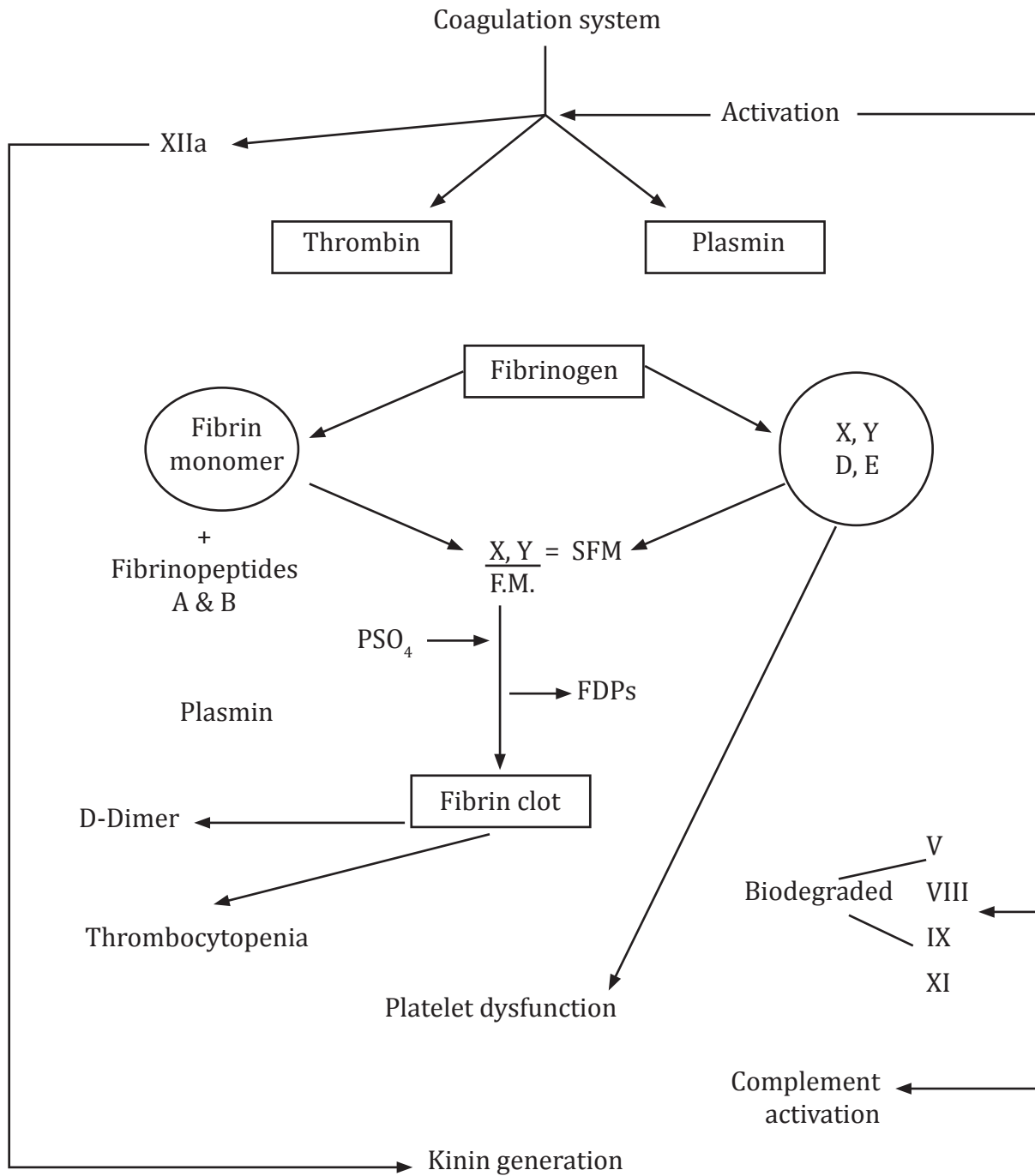
การดูแลรักษาภาวะ DIC ประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ คือ

- A) Treatment of underlying triggering mechanism
- B) Replacement of volume, blood products and coagulation components
- C) Cardiovascular support
- D) Respiratory support

การดูแลรักษา DIC ในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความแตกต่างกัน และจำเป็นต้องพิจารณาให้เหมาะสมเพื่อลดอัตราการตายและอัตราทุพพลภาพลง โดยทั่วไปการรักษาภาวะเลือดออกมักจะประสบผลสำเร็จมากกว่าการรักษา Thrombosis ซึ่งมักจะทำให้เกิด end-organ damage และมีการขาดเลือดของอวัยวะที่สำคัญทำให้เสียชีวิตได้

A) การรักษา Underlying triggering disease

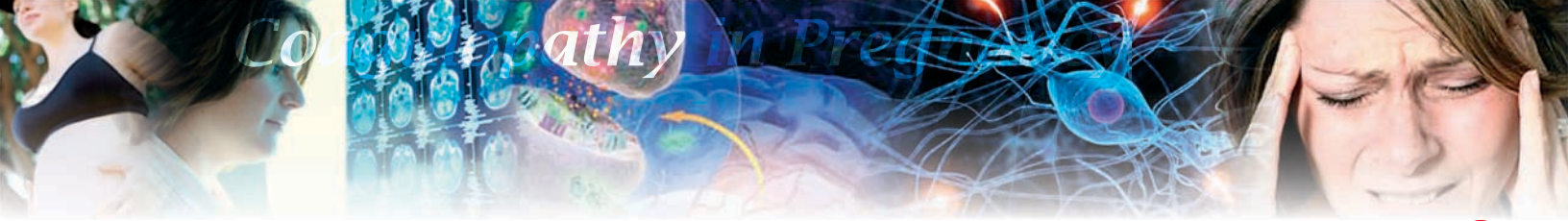
การรักษาสาเหตุของโรคที่ทำให้เกิด DIC มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยยับยั้งการดำเนินโรคของ DIC ถ้าไม่สามารถกำจัดสาเหตุ หรือรักษาโรคที่ทำให้เกิด DIC ได้ การรักษา DIC โดยให้ Heparin หรือ Blood components ต่าง ๆ มักจะไม่ค่อยได้ผล ในทางตรงกันข้ามถ้ารักษาหรือกำจัดสาเหตุของโรคที่ทำให้เกิด DIC ได้ดีอาจจะไม่จำเป็นต้องให้ Heparin หรือ Blood components อื่น ๆ ก็ได้ ตัวอย่างของการรักษาสาเหตุของ DIC



รกลอกก่อนกำหนด

การรักษาต้องประเมินสภาพของทารกในครรภ์ก่อนเสมอ ร่วมกับการให้ volume และ blood components replacement ในรายที่มีรกลอกก่อนกำหนด และทารกตาย

ในครรภ์ มักจะมีการเสียเลือดโดยเฉลี่ย 2,500 มิลลิลิตร เมื่อเกิดภาวะรกลอกก่อนกำหนดควรยุติการคลอด โดยให้คลอดทางช่องคลอด ยกเว้นรายที่ทารกอยู่ในอันตราย และการคลอดต้องใช้เวลาอีกนาน หรือมีเลือดออกมากทาง



ช่องคลอดควรทำผ่าตัดคลอดทันที หลังจากที่ได้แก้ไขความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดแล้ว ด้วย FFP, Platelet concentration และ PRC นอกจากนี้ต้องระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด ควรป้องกันด้วยการให้ Oxytocin, Ergometrine หรือ Prostaglandins ตามความเหมาะสม

ทารกตายในครรภ์

ควรเอาทารกที่ตายในครรภ์ออกทันที โดยวิธีต่าง ๆ ขึ้นกับอายุครรภ์ เช่น การขูดมดลูก (Dilatational and curettage), Evacuation and curettage, การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เช่น Prostaglandins, Oxytocin เป็นต้น ในบางรายอาจมีความจำเป็นที่ต้องทำ Hysterotomy หรือ Hysterectomy

ภาวะน้ำคร่ำอุดหลอดเลือด

การรักษาที่สาเหตุของภาวะนี้มักจะทำไม่ได้ โดยทั่วไปต้องรักษาภาวะ DIC โดยตรง และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น Cardiovascular และ Respiratory collapse

ครรภ์เป็นพิษและกลุ่มอาการ HELLP

หลักการรักษาสเหตุคือการยุติการตั้งครรภ์, การควบคุมการชัก และการให้ยาลดความดันโลหิต การยุติการตั้งครรภ์โดยให้คลอดทางช่องคลอดเป็นวิธีแรกที่ควรพิจารณา การผ่าตัดคลอดทำในรายที่มีข้อบ่งชี้ เช่น ทารกอยู่ในอันตราย, การคลอดล่าช้า หรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต และอาการต่าง ๆ ของมารดาได้ดี เป็นต้น

การติดเชื้อในกระแสเลือด

ส่วนมากมักเกิดจากการทำแท้งผิดกฎหมาย และเชื้อที่พบเป็นพวกแบคทีเรียกรัมลบ การรักษาสเหตุคือการกำจัด intrauterine contents ที่ติดเชื้อออกไป หลังจากให้ antibiotics ที่เหมาะสม ซึ่งครอบคลุมเชื้อได้ทั้งหมดแล้วโดยวิธีขูดมดลูก ให้ยากระตุ้นให้มดลูกบีบตัว เป็นต้น

ตารางหลักการดูแลรักษา DIC ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด

1) Individualize therapy for

- Sites and severity of hemorrhage
- Sites and severity of thrombosis
- Precipitating disease state
- Hemodynamic status
- Age
- Other clinical considerations

2) Treat or remove the triggering process

- Evacuate or remove uterus
- Start antibiotic therapy
- Control shock
- Volume replacement
- Maintain blood pressure
- Airway if needed
- Steroids (use required careful consideration)
- Other indicated therapy

3) Stop intravascular clotting process

- Subcutaneous heparin
- LMWH
- Anti-thrombin concentrate
- Intravenous heparin (?)
- Hirudin (?)

4) Component therapy as indicated

- Platelet concentrates
- Packed red cells (washed)
- Anti-thrombin concentrate
- Fresh frozen plasma
- Prothrombin complex
- Cryoprecipitate

5) Inhibit residual fibrino (geno) lysis

- Aminocaproic acid
- Tranexamic acid



ตารางการวินิจฉัยแยกโรคระหว่าง Disseminated intravascular coagulation, Primary lysis และ Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด โดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

	DIC	Primary lysis	TTP
Fibrinopeptide A	Elevated	Normal	Normal
Fibrinopeptide B	Elevated	Normal	Normal
B-β 15-42 peptide	Elevated	Normal	Normal
B-β 1-42 peptide	Elevated	Elevated	Normal
B-β 1-118 peptide	Elevated	Elevated	Normal
Platelet factor-4	Elevated	Normal	Elevated
β-thromboglobulin	Elevated	Normal	Elevated
D-dimer	Elevated	Normal	Normal/elevated
Fibronectin	Decreased	Normal	Normal
Plasminogen activator	Normal/elevated	Elevated	Decreased
Thromboxanes	Elevated	Normal	Elevated
6-keto-PGF-1-α	Normal	Normal	Decreased
Prothrombin 1+2	Elevated	Normal	Normal
SFM/TPP-ELISA	Normal	Normal	Normal

SFM/TPP = Soluble fibrin monomer/Thrombin precursor protein

การรักษา Intravascular clotting process

การรักษาที่มีความแตกต่างระหว่าง fulminant DIC และ low-grade DIC เนื่องจากความรุนแรงของโรคแตกต่างกันมาก

Fulminant DIC

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วย anticoagulant ยกเว้นผู้ป่วยที่เป็น DIC จากอุบัติเหตุทางสูติกรรม หรือมีตัวบวชอย่างรุนแรงร่วมด้วย การให้ anticoagulant มีจุดประสงค์เพื่อหยุดยั้ง Intravascular clotting process และควรให้ในรายที่ผู้ป่วยยังมีเลือดออก หรือมี thrombosis เกิดขึ้น ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญล้มเหลว หลังจากให้ supportive therapy

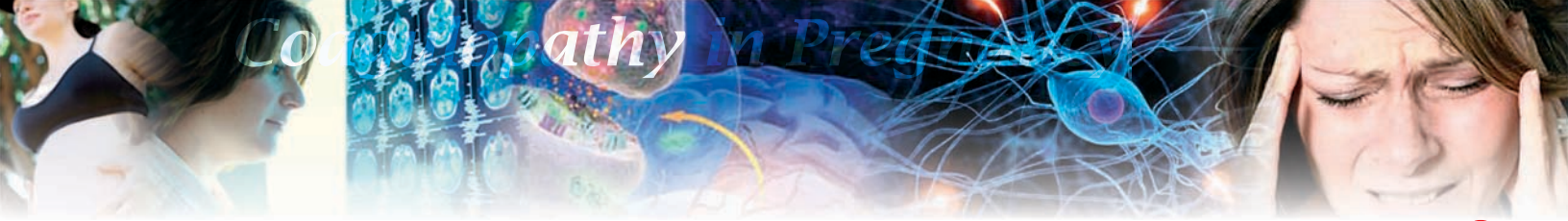
แล้วนาน 4-6 ชั่วโมง ร่วมกับการให้การรักษาสาเหตุที่ trigger DIC แล้ว

การรักษา มีหลายวิธีแต่ที่ได้ผลดีคือ

1) Subcutaneous porcine heparin หรือ LMWH

80-100 ยูนิตต่อกิโลกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง การใช้ subcutaneous heparin ขนาดต่ำนี้มีประสิทธิภาพในการรักษาดีพอ ๆ กับ intravenous heparin ขนาดสูง หลังจากให้ heparin การใช้ antithrombin จะลด FDP จะต่ำลง ระดับของ fibrinogen เพิ่มขึ้น ค่าต่าง ๆ ทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับ DIC ซึ่งผิดปกติจะกลับสู่ปกติภายใน 3-4 ชั่วโมง และตามมาด้วยอาการทางคลินิกที่ดีขึ้น เช่น เลือดออกลดลง, การเกิด thrombosis น้อยลงหรือหยุดลง เป็นต้น

ข้อดีของการใช้ Subcutaneous heparin คือถ้า



ผู้ป่วยไม่ตอบสนองด้วยการรักษาวิธีนี้ก็สามารใช้ intravenous heparin ขนาดสูงได้ การให้ subcutaneous heparin จะเพิ่มความเสี่ยงของการมีเลือดออกน้อยกว่า และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยดีกว่าเมื่อใช้รักษาร่วมกับวิธีอื่น ๆ

2) Intravenous heparin 20,000-30,000 ยูนิตต่อ 24 ชั่วโมง ให้โดย constant infusion จะยับยั้ง intravascular clotting process ได้ดี แต่มีความเสี่ยงต่อเลือดออกสูง

ข้อห้ามใช้ของ Heparin ทั้ง 2 วิธีนี้คือ ผู้ป่วยที่มี fulminant DIC ร่วมกับมีรอยโรคในระบบประสาทส่วนกลางร่วมด้วย ผู้ป่วย DIC ร่วมกับตับวาย ผู้ป่วย DIC ร่วมกับอุบัติเหตุทางสุติกรรม

3) Antithrombin concentrates สามารถใช้รักษาผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มี fatty liver และ DIC ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขนาดที่ใช้คำนวณมีดังนี้

$$\text{Total units needed} = (\text{Desired level} - \text{Initial level}) \times 0.6 \times \text{body weight (kg)}$$

Desired level ควรจะมากกว่าหรือเท่ากับ 125% ของค่าปกติ เมื่อคำนวณขนาดที่ต้องใช้ทั้งหมดแล้ว จะแบ่งให้ทุก 8 ชั่วโมง

4) Recombinant hirudin มีรายงานว่าใช้รักษา fulminant DIC ได้ผลดี แต่ประสบการณ์ใช้ทางคลินิกยังค่อนข้างจำกัดอยู่

Component therapy

ส่วนใหญ่ 75% ของผู้ป่วยจะตอบสนองต่อการรักษาด้วย 2 ขั้นตอนแรกนี้คือ การรักษาสาเหตุที่เป็น trigger และการยับยั้ง intravascular clotting process สำหรับผู้ป่วยที่ยังมีเลือดออกอยู่สาเหตุจะเกิดจากการขาด blood components บางตัว ซึ่งจะต้องสืบค้นทางห้องปฏิบัติการต่อไป ถ้าระดับของ anti-thrombin หรือผลทางห้องปฏิบัติการตัวอื่น ๆ ที่ใช้ติดตาม clotting process ยังคงผิดปกติ

อยู่แสดงว่าการรักษา intravascular clotting process ยังไม่ได้ผล ควรให้ blood components ที่ไม่มี clotting factors หรือ fibrinogen เข้าไปทดแทน เช่น Packed red cell, Platelets, Volume expanders และ anti-thrombin ถ้าระดับของ anti-thrombin หรือผลทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ กลับสู่ปกติแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงมีเลือดออกอยู่ แสดงว่า intravascular clotting process สามารถควบคุมได้ดีแล้ว การมีเลือดออกเกิดจากการขาดปัจจัยที่ช่วยให้เลือดหยุดบางตัว การให้ Blood components ที่ขาดเข้าไปทดแทนจึงมีความจำเป็น เช่น Fresh frozen plasma, Cryoprecipitate, Packed red cell, Platelets เป็นต้น

Inhibition of Fibrinolytic system

ส่วนน้อยประมาณ 3% ของผู้ป่วย DIC จะยังคงมีเลือดออกอยู่ หลังรักษาทั้ง 3 ขั้นตอนแรกแล้ว ซึ่งเกิดจากการมี secondary fibrinolysis จึงจำเป็นต้องใช้การยับยั้ง fibrinolytic system การรักษาขั้นตอนนี้ไม่ควรทำจนกว่าจะรักษาด้วย fibrinolysis 3 ขั้นตอนแรก และพบว่า intravascular clotting process ได้ถูกยับยั้งหมดแล้ว และผลทางห้องปฏิบัติการพบว่ามี Plasmin ในกระแสเลือดสูง โดยพบค่าของ functional plasminogen ลดลง หรือ α -2-plasmin inhibitor ลดลง ในขณะที่ plasmin สูงขึ้น

Antifibrinolytic therapy มีหลายตัว เช่น

A) Epsilon aminocaproic acid ขนาดเริ่มต้น 5-10 กรัม ให้ทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ตามด้วย 2-4 กรัมต่อชั่วโมง นาน 24 ชั่วโมง หรือจนกว่าเลือดจะหยุด ยาตัวนี้อาจทำให้เกิด Ventricular arrhythmias, Severe hypotension และ Severe hypokalemia ได้

B) Tranexamic acid ขนาด 1-2 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8-12 ชั่วโมง ยาตัวนี้จะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า การให้ antifibrinolytic therapy ในผู้ป่วยที่ยังมีกระบวนการของ thrombosis เกิดขึ้นอยู่จะเกิดอันตรายได้เนื่องจากทำให้มี fibrin เพิ่มขึ้น ทั้งใน microcirculation และ macrocirculation ทำให้เกิด disseminated thrombosis และผู้ป่วยเสียชีวิตได้



Low-grade DIC

ผู้ป่วยที่เป็น low-grade DIC จะต้องรักษาต่างจาก fulminant DIC ส่วนใหญ่จะมีเพียงเลือดออกที่ไม่รุนแรง มี local หรือ diffuse superficial หรือ deep venous thrombosis และ thromboembolus เท่านั้น การรักษาที่จำเป็นใน low-grade DIC คือการรักษาสาเหตุที่ trigger DIC ซึ่งมักจะเพียงพอที่จะหยุดยั้งกระบวนการของ DIC ในบางรายการให้ antiplatelet therapy จะช่วยให้หยุดยั้ง DIC ได้เร็วขึ้นภายใน 24-30 ชั่วโมง ยาที่ใช้ เช่น acetylsalicylic acid และ clopidogrel เป็นต้น

การให้ low dose subcutaneous heparin หรือ LMWH ใช้ในราย low-grade DIC ที่มีปัญหา thrombosis หรือ thromboembolism รุนแรงขึ้น หรือกำลังจะกลายเป็น fulminant DIC ส่วนใหญ่ของ low-grade DIC ไม่จำเป็นต้องให้ blood components ทดแทน

การแก้ไข clotting factors deficiencies ใน DIC

1. การให้ fresh frozen plasma ควรให้ 1 unit เมื่อให้ packed red cell 4 unit เพื่อรักษาระดับของ fibrinogen ให้มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ถ้า fibrinogen ต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ควรให้ cryoprecipitate มากกว่า โดยทั่วไป fibrinogen จะเพิ่มขึ้น 10 มิลลิกรัม ทุก 100 มิลลิลิตรของ FFP หรือ 2-5 มิลลิกรัม ทุก 100 มิลลิลิตรของ cryoprecipitate

2. ควรรักษาระดับของ Hematocrit ให้สูงกว่า 30% หรือ Hemoglobin สูงกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร ด้วยการให้ packed red cell ทุก unit ของ PRC จะเพิ่ม Hemoglobin ประมาณ 1.5 กรัมต่อเดซิลิตร

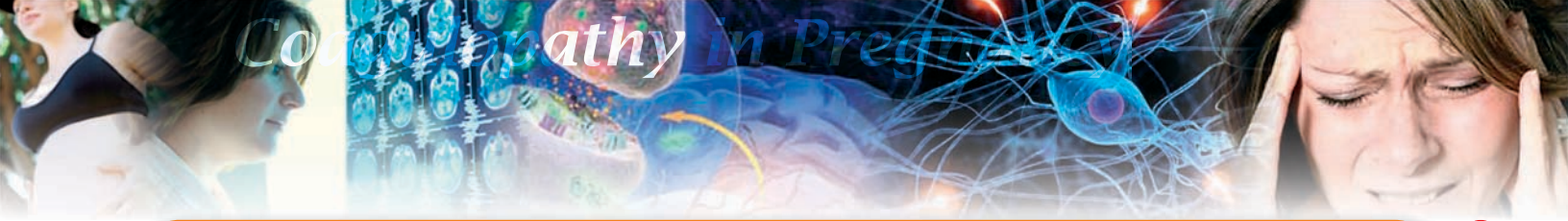
3. ควรรักษาระดับของ Platelets ให้สูงกว่า 50,000 cell/mm³ Platelets concentration 1 unit จะเพิ่มระดับ platelets ประมาณ 10,000 cells/mm³

ดังนั้น ภาวะเลือดไม่แข็งตัวขณะตั้งครรภ์เกิดได้หลายสาเหตุ สำหรับ DIC การทราบกลไกทางพยาธิสรีระจะช่วยให้เข้าใจถึงอาการและอาการแสดงทางคลินิก การตรวจทางห้องปฏิบัติการและวางแผนการรักษาได้อย่างถูก

ต้องและเหมาะสม การรักษา DIC ปัจจุบันยังมีข้อขัดแย้งอยู่ โดยเฉพาะการให้ anticoagulant therapy อย่างไรก็ดีตาม หัวใจสำคัญของการรักษา คือ การกำจัดสาเหตุที่ trigger DIC ซึ่งในทางสถิติศาสตร์ส่วนใหญ่จะได้ผลดี ในรายที่เป็น fulminant DIC จึงจำเป็นต้องให้การรักษาที่จำเพาะ โดยพิจารณาให้ anticoagulant, component therapy และ antifibrinolytic therapy ตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. Bentley PG, Kakkar W, Scully MF, Mac Gregor IR, Webb P, Chan P, et al. An objective study of alternative methods of heparin administration. *Thromb Res* 1980;18:177-87.
2. Bick RL. Syndromes of disseminated intravascular coagulation in obstetrics, pregnancy and gynecology: objective criteria for diagnosis and management. *Hematol Oncol Clin North Am* 2000;14:999-1044.
3. Bick RL. Disseminated intravascular coagulation: Objective criteria for diagnosis and management. *Med Clin North Am* 1994;78:511-43.
4. Bick RL, Arun B, Frenkel EP. Disseminated intravascular coagulation: Clinical and pathophysiological mechanisms and manifestations. *Haemostasis* 1999;29:111-34.
5. Carr JM, Mc Kinney M, Mc Donagh J. Diagnosis of disseminated intravascular coagulation. Role of D-dimer. *Am J Clin Pathol* 1989;91:280-87.
6. D' Anna R. The HELLP syndrome. Notes on its pathogenesis and treatment. *Minerva Ginecol* 1996;48:147-54.
7. Faulkner WR. Laboratory diagnosis of DIC. *Lab Reg* 1995;17:1-5.
8. Grainick HR, Greipp P. Thrombosis with epsilon-amino-caproic acid therapy. *Am J Clin Pathol* 1971;56-151.
9. Hellgren M, Hagnevik K, Robbe H. Severe acquired antithrombin III deficiency in relation to hepatic and renal insufficiency and intrauterine fetal death in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1983;16:107-18.
10. Jones SL. HELLP : a cry for laboratory assistance : a comprehensive review of the HELLP syndrome highlighting the role of the laboratory. *Hematopathol Mol Hematol* 1998;11:147-71.
11. Suthornsug T., Rattnasiri T., Sutusvaravut S.; *Emergency Obstetrics*.



CME PLUS Quiz

1. Which factor is deficient in individuals with hemophilia A?

- A. von Willebrand factor
- B. antithrombin III
- C. factor VIII: C
- D. factor IX
- E. none of the above

2. Which of the following stimulates factor VIII: C release?

- A. prednisolone
- B. γ -globulin
- C. desmopressin
- D. plasmapheresis
- E. none of the above

3. What is the most commonly inherited bleeding disorder?

- A. von Willebrand disease
- B. antithrombin III deficiency
- C. factor VIII: C deficiency
- D. factor IX deficiency
- E. none of the above

4. What is the site of synthesis of von Willebrand factor?

- A. liver
- B. endothelium and megakaryocytes
- C. megakaryocytes only
- D. kidney
- E. none of the above

5. Control of the synthesis of von Willebrand factor is on autosomal genes on which chromosome?

- A. 3
- B. 6
- C. 9
- D. 12
- E. none of the above

6. Which of the following hematologic disorders is inherited in an autosomal dominant fashion?

- A. factor VII deficiency
- B. factor X (Stuart-Power) deficiency
- C. factor XII deficiency
- D. protein C deficiency
- E. none of the above

7. How is protein C deficiency inherited?

- A. X-linked recessive
- B. autosomal recessive
- C. autosomal dominant
- D. multifactorial
- E. none of the above

8. What is the frequency of activated protein C resistance?

- A. < 0.1%
- B. 0.5 to 1.0%
- C. 3.0 to 7.0%
- D. 10.0 to 12.0%
- E. none of the above

9. Hyperhomocysteinemia is associated with an increased risk for all EXCEPT which of the following?

- A. atherosclerosis
- B. thromboembolism
- C. fetal renal agenesis
- D. fetal neural tube defects
- E. none of the above

10. Which of the following is associated with an increased incidence of abruptio placentae, fetal growth restriction, and thromboembolism in pregnancy?

- A. protein S deficiency
- B. protein C deficiency
- C. antithrombin III deficiency
- D. prothrombin G20210A mutation
- E. none of the above



ภาวะเลือดไม่แข็งตัวขณะตั้งครรภ์

(Coagulopathy in Pregnancy)

กระดาษคำตอบ

CONTINUING MEDICAL EDUCATION

CME PLUS

☐ นพ. ☐ พญ.

☐ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ว

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....

สาขา.....ร.พ.

☐ ร.พ.รัฐบาล ☐ ร.พ.เอกชน ☐ คลินิก ☐ อื่นๆ.....ที่อยู่เลขที่.....

หมู่.....ซอย.....อาคาร.....ชั้นที่.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....E-mail.....

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

	A	B	C	D	E
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

เรื่อง ภาวะเลือดไม่แข็งตัวขณะตั้งครรภ์
(Coagulopathy in Pregnancy)
.....
.....
.....
รหัส 3-3220-000-9301/130101

หมายเหตุ แพทย์ผู้ตอบ 1 ชุดมาตรฐาน จะต้องตอบถูก 6 ใน 10 ข้อ จะได้รับ 2 หน่วยกิตชั่วโมง ในกรณี 1 ชุด มี 10 ข้อ
ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CME

.....
.....
.....

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

บริษัท สรรพสาร จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CME) ภายใน 3 เดือน 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
โทร.0-2435-2345 #110 แฟกซ์ 0-2884-7299

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)

Approved for the treatment of
symptoms associated with allergic conditions and
Persistent Allergic Rhinitis : Chronic urticaria.⁽¹⁾



Abbreviated PI of XYZAL

PHARMACEUTICAL FORM AND STRENGTH: Film-coated tablet Each film-coated tablet contains 5 mg levocetirizine dihydrochloride. **THERAPEUTIC INDICATIONS:** Levocetirizine is indicated for the treatment of symptoms associated with allergic conditions such as: Seasonal allergic rhinitis (including ocular symptoms); Perennial allergic rhinitis; Persistent allergic rhinitis; Chronic urticaria. **METHOD OF ADMINISTRATION:** The film-coated tablet must be taken orally, swallowed whole with liquid and may be taken with or without food. It is recommended to take the daily dose in one single intake. **Adults and children 6 years and above:** The daily recommended dose is 5 mg (1 film-coated tablet). For children aged less than 6 years no adjusted dosage is yet possible. Adjustment of the dose is recommended in elderly patients with compromised renal function. **Patients with renal impairment:** The dosing intervals must be individualised according to renal function. (C_{cr} > 80 ml/min 1 tablet OD, C_{cr} 50-79 ml/min 1 tablet once daily, C_{cr} 30-49 ml/min 1 tablet once every 2 days, C_{cr} < 30 ml/min 1 tablet once every 3 days. End-stage renal disease-patients undergoing dialysis C_{cr} < 10 ml/min contra-indicated. **Patients with hepatic impairment:** No dose adjustment is needed in patients with solely hepatic impairment. In patients with hepatic impairment and renal impairment, adjustment of the dose is recommended. **Duration of use:** The duration of use depends on the type, duration and course of the complaints. For hay fever 3-6 weeks, and in case of short-term pollen exposure as little as one week, is generally sufficient clinical experience with 5 mg levocetirizine as a film-coated tablet formulation is currently available for a 6-month treatment period. For chronic urticaria and chronic allergic rhinitis, up to one year's clinical experience is available for the racemate, and up to 18 months in patients with pruritus associated with atopic dermatitis. **CONTRA-INDICATIONS:** History of hypersensitivity to levocetirizine or any of the other constituents of the formulation or to any piperazine derivatives. Patients with severe renal impairment at less than 10 ml/min creatinine clearance. **SPECIAL WARNINGS AND SPECIAL PRECAUTIONS FOR USE:** The use of Xyzal is not recommended in children aged less than 6 years since the currently available film-coated tablets do not yet allow dose adaptation. Precaution is recommended with intake of alcohol. Patients with rare hereditary problems of galactose intolerance, the Lapp lactase deficiency or glucose-galactose malabsorption should not take this medicine. **INTERACTION WITH OTHER MEDICINAL PRODUCTS AND OTHER FORMS OF INTERACTION:** No interaction studies have been performed with levocetirizine (including no studies with CYP3A4 inducers); studies with the racemate compound cetirizine demonstrated that there were no clinically relevant adverse interactions (with pseudoephedrine, cimetidine, ketoconazole, erythromycin, azithromycin, glipizide and diazepam). A small decrease in the clearance of cetirizine (16%) was observed in a multiple dose study with theophylline (400 mg once a day); while the disposition of theophylline was not altered by concomitant cetirizine administration. The extent of absorption of levocetirizine is not reduced with food, although the rate of absorption is decreased. In sensitive patients the simultaneous administration of cetirizine or levocetirizine and alcohol or other CNS depressants may have effects on the central nervous system, although it has been shown that the racemate cetirizine does not potentiate the effect of alcohol. **PREGNANCY AND LACTATION:** For levocetirizine, no clinical data on exposed pregnancies are available. Animal studies do not indicate direct or indirect harmful effects with respect to pregnancy, embryonal/fetal development, parturition or postnatal development. Caution should be exercised when prescribing to pregnant or lactating women. **EFFECTS ON ABILITY TO DRIVE AND USE MACHINES:** Comparative clinical trials have revealed no evidence that levocetirizine at the recommended dose impairs mental alertness, reactivity or the ability to drive. Nevertheless, some patients could experience somnolence, fatigue and asthenia under therapy with Xyzal. Therefore, patients intending to drive, engage in potentially hazardous activities or operate machinery should take their response to the medicinal product into account. **UNDESIRABLE EFFECTS:** From clinical studies, mainly mild to moderate side effects such as dry mouth, headache, fatigue, somnolence, have been reported commonly (above 1%). Further uncommon incidences of adverse reactions like asthenia or abdominal pain were observed (below 1%). In addition to the adverse reactions reported during clinical studies and listed above, very rare cases of the following adverse drug reactions have been reported in post-marketing experience: Hypersensitivity including anaphylaxis, dyspnoea, nausea, angioedema, oedema, pruritus, rash, urticaria, weight increased. **OVERDOSE:** a) Symptoms of overdose may include drowsiness in adults and initially agitation and restlessness, followed by drowsiness in children. b) Management of overdoses. There is no known specific antidote to levocetirizine. Should overdose occur, symptomatic or supportive treatment is recommended. Gastric lavage should be considered following short-term ingestion. Levocetirizine is not effectively removed by haemodialysis. **STORAGE CONDITIONS AND EXPIRY DATE:** Store below 30 °C. Keep out of the reach and sight of children. Do not use after the expiry date stated on the carton box and blister. *Full prescribing information is available on request. Please read the full prescribing information prior to administration, available from GlaxoSmithKline (Thailand) Ltd. 12 Fl. Wave Place, 55 Wireless Road, Patumwan, Bangkok, 10330 Code: Abb Xyzal tablet, Thailand (approved 9 Feb 2012)

Reference :

(1) Product information of Xyzal

for adults
and children 6 years
and above



โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

Further information is available upon request:



GlaxoSmithKline (Thailand) Ltd.
Tel: 0-2655-4567
Fax: 0-2655-4568

For medical professional only
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ.245/2555

XYZ 01/01-TH12_030412