

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

ปีที่ 15 ฉบับ 384 ประจำวันที่ 16-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556



สาขปัญหา 'ท้อง-แท้ง-ทิ้ง'
เตือนวัยโจ๋คุมสัณนิดก่อนคิดรัก

สารบัญประกอบฉบับนี้เพื่อทราบกรรณการนี้

16-28/02/13

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

sanofi aventis
Because health matters

Abbott

Takeda

SAINTMED

Get Up

- ตรวจกลิ่นแบคทีเรียวัดปอดติดเชื้อ
- หัดสองภาษาช่วยพัฒนาสมอง

Systematic
Review

สตีเวนรอยด์
กับอาการเจ็บคอ

Radar

นวัตกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเอง
สะดวก ใช้งานง่าย ปวดน้อย มีประสิทธิภาพ

ทุกความเคลื่อนไหว
ในวงการแพทย์ www.medicthai.net

EZETROL™

(ezetimibe)
and statin
BETTER TOGETHER!

For patients not at goal to statin therapy

Add **EZETROL™** with your choice of statin¹
for greater LDL-C reduction²

References:
1. Scott M. Grundy, et al. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Circulation. 2004;110:227-239.
2. Thodou F, et al. Treatment of High-Risk Patients With Ezetimibe Plus Simvastatin: Co-Administration Versus Simvastatin Alone to Attain National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Low-Density Lipoprotein Cholesterol Goals. Am J Cardiol. 2004;93:1461-1466.

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF EZETROL™
COMPOSITION: Each tablet of EZETROL™ for oral administration contains 10 mg ezetimibe. **INDICATIONS:** Primary Hypercholesterolemia (EZETROL™, administered with an HMG-CoA reductase inhibitor (statin) or alone, is indicated as adjunctive therapy to diet for the reduction of elevated total cholesterol (total-C), low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), apolipoprotein B (apo-B), and triglycerides (TG) and to increase high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) in adult and adolescent (10 to 17 years of age) patients with primary hypercholesterolemia and nonfamilial hypercholesterolemia. EZETROL™, administered in combination with fenofibrate, is indicated as adjunctive therapy to diet for the reduction of elevated total-C, LDL-C, apo-B, and non-HDL-C in adult patients with mixed hyperlipidemia, Homozygous Familial Hypercholesterolemia (hFH) (EZETROL™, administered with a statin, is indicated for the reduction of elevated total-C and LDL-C levels in adult and adolescent (10 to 17 years of age) patients with hFH). Patients may also receive adjunctive treatments (e.g., LDL apheresis, Homozygous Sitosterolemia (Phytosterolemia) (EZETROL™ with diet is indicated for the reduction of elevated xanthol and xanthol levels in patients with homozygous familial sitosterolemia. **CONTRAINDICATIONS:** EZETROL™ is contraindicated in patients with known hypersensitivity to ezetimibe or any component of the formulation. When EZETROL™ is to be administered with a statin or with fenofibrate, please refer to the Package Insert for that particular medication. **PRECAUTIONS:** When EZETROL™ is to be administered with a statin or with fenofibrate, please refer to the Package Insert for that particular medication. **Liver Enzymes:** When EZETROL™ is administered with a statin, liver function tests must be performed at initiation of therapy and according to the recommendations of the statin. **Skeletal Muscle:** In clinical trials, there was no excess of myopathy or rhabdomyolysis associated with EZETROL™ (compared with the relevant control arm (placebo or statin alone)). Due to the unknown effects of the increased exposure to ezetimibe in patients with moderate or severe hepatic insufficiency, EZETROL™ is not recommended in these patients. Patients starting therapy with EZETROL™ should be advised of the risk of myopathy and told to report promptly any unexplained muscle pain, tenderness, or weakness. EZETROL™ and any statin that the patient is taking concomitantly should be immediately discontinued if myopathy is diagnosed or suspected. The combination of ezetimibe with fibrate other than fenofibrate is not recommended. Caution should be exercised when initiating ezetimibe in the setting of cyclosporine, Warfarin, or EZETROL™ is added to warfarin or another coumarin anticoagulant, the International Normalized Ratio (INR) should be appropriately monitored. **PREGNANCY AND NURSING MOTHERS:** Pregnancy: No clinical data on exposed pregnancies are available. Caution should be exercised when prescribing EZETROL™ to pregnant women. Nursing Mothers: EZETROL™ should not be used in nursing mothers unless the potential benefit justifies the potential risk to the infant. **SIDE EFFECTS:** In clinical trials, the following common (1% to 10%) drug-related adverse experiences were reported in patients taking EZETROL™ administered alone: abdominal pain, diarrhea, flatulence, fatigue, or constipation; when administered with a statin: ALT increased, headache, myalgia, or constipation; when administered with fenofibrate: abdominal pain. **DRUG INTERACTIONS:** In preclinical studies, it has been shown that ezetimibe does not induce cytochrome P450 drug-metabolizing enzymes. No clinically significant pharmacokinetic interactions have been observed between ezetimibe and drugs known to be metabolized by cytochrome P450 1A2, 2C6, 2C8, 2C9, and 3A4, or H₂-receptor antagonists. **USE IN SPECIFIC POPULATIONS:** Children and adolescents 10 years: No dosage adjustment is required. Children <10 years: Treatment with EZETROL™ is not recommended. Treatment with ezetimibe is not recommended in patients with moderate or severe liver dysfunction. **STORAGE:** Do not store above 30°C. Store in the original package.

MSD
MSD (Thailand) LTD.
The Offices of Central Works, 37th Floor
99/9 Rama 1 Road, Ploenchit, Bangkok 10330, Thailand
Tel: (66) 2282 5000 Fax: (66) 2282 5005

Further information is available on request.
Please consult manufacturer's 14 Prescribing Information
before initiating therapy.
Information on the safety and efficacy of ezetimibe is available at
www.medicthai.net
Code: Jun 2013-EZET011-TH-0467-EP

intanza, innovative **MICRO-NEEDLE** vaccine against influenza
EFFECTIVE FLU PROTECTION with a **SIMPLE TOUCH**

intanza®
Influenza vaccine (split virion, inactivated)
intradermal touch™

Product information

intanza® suspension for injection, Influenza vaccine (split virion, inactivated). **NAME OF THE MEDICAL PRODUCT:** intanza® 9 µg/ml (intanza® 9 µg) and intanza® 15 µg/ml (intanza® 15 µg), suspension for injection, Influenza vaccine (split virion, inactivated). **QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION:** Split influenza virus (preparations in limited heat) eggs from healthy chicken flocks, inactivated. For intanza® 9 µg, each 0.1 mL dose contains 15 µg of hemagglutinin (HA) of each of the three recommended strains. The vaccine complies with the WHO recommendations (Northern or Southern Hemisphere) and the EU decision (Northern Hemisphere). For a full list of excipients, see section 6.1 of the summary of product characteristics. **PHARMACEUTICAL FORM:** Suspension for injection. **INDICATIONS:** intanza® is indicated for the prevention of influenza in adults and adolescents 9 years of age and over. **CONTRAINDICATIONS:** intanza® is contraindicated in patients with known hypersensitivity to any component of the vaccine. **PRECAUTIONS:** intanza® should be used with caution in patients with severe allergic reactions to eggs or to chicken proteins. The vaccine may also contain residues of the following substances: formaldehyde, formalin, and chicken egg proteins. **Special warnings and precautions for use:** As with all injectable vaccines, appropriate Shell-40, 1 year. Storage: Store in a refrigerator (2°C to 8°C). **References:**
1. Laurent PE, Laurent PE. Intradermal vaccine delivery: Will new delivery systems transform vaccine administration? Vaccine 2008;26:3197-3208. 2. intanza 9 µg product information. 3. intanza 15 µg product information. 4. Laurent A, et al. Efficacy of intradermal vaccine delivery: Will new delivery systems transform vaccine administration? Vaccine 2007;25:5423-50. 5. Laurent PE, et al. Evaluation of the clinical performance of new intradermal vaccine administration techniques and associated delivery systems. Vaccine 2007;25:5833-42. 6. WHO recommendation and reports, August 6, 2010.

A MINIMALLY INVASIVE SOLUTION^{5,6}
*IM 16 to 32 mm

Further information is available on request from sanofi pasteur Ltd.
Tel: 02-264-9999 Fax: 02-264-8800 www.sanofi-pasteurthailand.com

sanofi pasteur
The vaccines division of sanofi-aventis group

Loceryl®

5% amorolfine
NAIL LACQUER

Topical Treatment Onychomycosis

caused by dermatophytes, yeasts and moulds



- Efficacious in treating onychomycosis^{1,2,3,4}
- Broad spectrum of activity:
Dermatophytes, Yeasts and Moulds^{1,3,4}
- Dual fungistatic and fungicidal activity^{3,4}
- Once or twice weekly application^{1,2,3,4}

Presentation: Loceryl Nail Lacquer contains 5%w/v amorolfine. **Indication:** Onychomycosis caused by dermatophytes, yeasts and moulds. **Dosage and Administration:** Adults only—Apply to the affected finger or toe nails once or twice weekly. Treatment duration depends on intensity and localization of infection. **Contraindication:** Hypersensitivity. **Precaution and Warnings:** Avoid contact with eye, ears and mucous membranes. **Side Effects:** In exceptional cases, a slight, transient periungual burning sensation in the area of the nails. Rarely, nail discoloration, brittle or broken nails, but these could be linked to the onychomycosis itself. **Interaction:** Avoid nail varnish or artificial nails. **Pregnancy and Lactation:** Avoid during pregnancy and lactation.

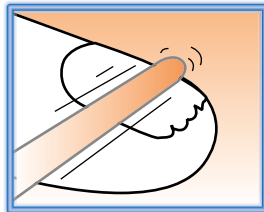
References:

- (1). Zaugg M. and Bergstraesser M., Amorolfine in the Treatment of Onychomycoses and Dermatophytes (an overview), Clinical and Experimental Dermatology 1992; 17 (suppl.1): 61-70.
- (2). Jean-Paul LM., Amorolfine nail lacquer: a novel formulation, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 4 (suppl.1) (1995): S17-21.
- (3). Haria M. and Bryson HM., Amorolfine, Drugs 1995; 49 (1): p.103-120.
- (4). เอกสารกำกับยาฉบับสมบูรณ์

ต้อง
ติดตาม
เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์
และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ. 820/2554

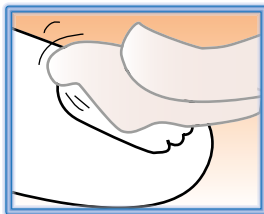
LOCERYL®: EASE-TO-USE



1). PREPARE THE NAIL

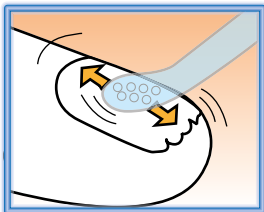
Using a new file, gently file down the infected areas of nail, including the nail surface. Protect healthy nails while you are doing this so that you don't spread the infection.

CAUTION: Do not use the same nail file for infected nails and healthy nails as this could spread the infection as well. To prevent the spread of infection, take care that no one else uses the files from your kit.



2). CLEAN THE NAIL

Use one of the swabs provided to clean the nail surface. Do not throw the swab away as you will need it later to clean the applicator.



3). TREAT THE NAIL

Dip one of the re-usable applicators into the bottle of nail lacquer. The lacquer must not be wiped off on the edge of the bottle before it is applied. Apply the nail lacquer evenly over the entire surface of the nail. Let the treated nail(s) dry for approximately 3-5 minutes.

**Apply nail lacquer to the affected nails 1 or 2 times a week.
Treatment should be continued without interruption until the
nail is regenerated and the affected areas are cured.
In general, treatment duration is 6 months for fingernails and
9 to 12 months for toenails.**

For more information please contact

GALDERMA Tel. 0-2734-4777 ext. 4901, direct line : 0-2735-4985

US Summit Corporation (Overseas)

52/184 Ramkhamhaeng Rd., Hua-Mark, Bangkapi, Bangkok 10240

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology

“ดูแลตัวเอง ต้มไอบรอนด์
เห็ดสกัดเข้มข้นทุกวัน”

ต้มง่าย



ไอบรอนด์

Safety Should Never be Compromised.



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

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).

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.®

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.®



สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

“Rheumatology for the Non-Rheumatologist” สัญจร ครั้งที่ 1

Rheumatic Diseases for General Practitioners



วันศุกร์ที่ 22 มีนาคม 2556

ณ ห้องประชุมเอกาทศรถ 9 ชั้น 3 อาคารสิรินธร

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์



08.00-08.30 น.

ลงทะเบียน

Rheumatology Spot Diagnosis Challenge

พญ.ไพจิตร อัสวอนบดี
พญ.ทัศนีย์ กิตอำนายพงษ์

08.30-09.15 น.

How to Approach Patients with Arthritis

พญ.ไพจิตร อัสวอนบดี

09.15-10.00 น.

Rheumatoid Arthritis: Diagnosis, Management and Referral

พญ.ทัศนีย์ กิตอำนายพงษ์
นพ.บดินทร์ บุตรธรรม

10.00-10.15 น.

Coffee Break

10.15-11.00 น.

SLE for General Practitioners

นพ.กิตติ โตเต็มโชคชัยการ
นพ.ปฐมพงศ์ ไตวิวัฒน์

11.00-11.45 น.

Gout: A Curable Disease in Medicine

พญ.อังคณา นรเศรษฐ์ธาดา
พญ.เอมวลิ อารมย์ดี

11.45-12.45 น.

Lunch

12.45-13.00 น.

เฉลย Rheumatology Spot Diagnosis Challenge

พญ.ไพจิตร อัสวอนบดี
พญ.ทัศนีย์ กิตอำนายพงษ์

13.00-13.45 น.

Soft Tissue Rheumatism: A Common Rheumatic Disease in General Practice

นพ.สูงชัย อังธารารักษ์
พญ.ประภัสสร อัสวโสดิ

13.45-14.30 น.

Septic Arthritis: One of the Rheumatologic Emergencies

พญ.ปวีณา เชี่ยวชาญวิศวกิจ
นพ.พีระวัฒน์ บุญยศิริระณะ

14.30-14.45 น.

Coffee Break

14.45-15.45 น.

Panel Discussion: Interesting Case Studies

คณาจารย์ทุกท่าน

CME 6 Credits

เชิญชวนแพทย์ผู้สนใจ แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์

ไม่มีค่าใช้จ่าย

ติดต่อสอบถามได้ที่ สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

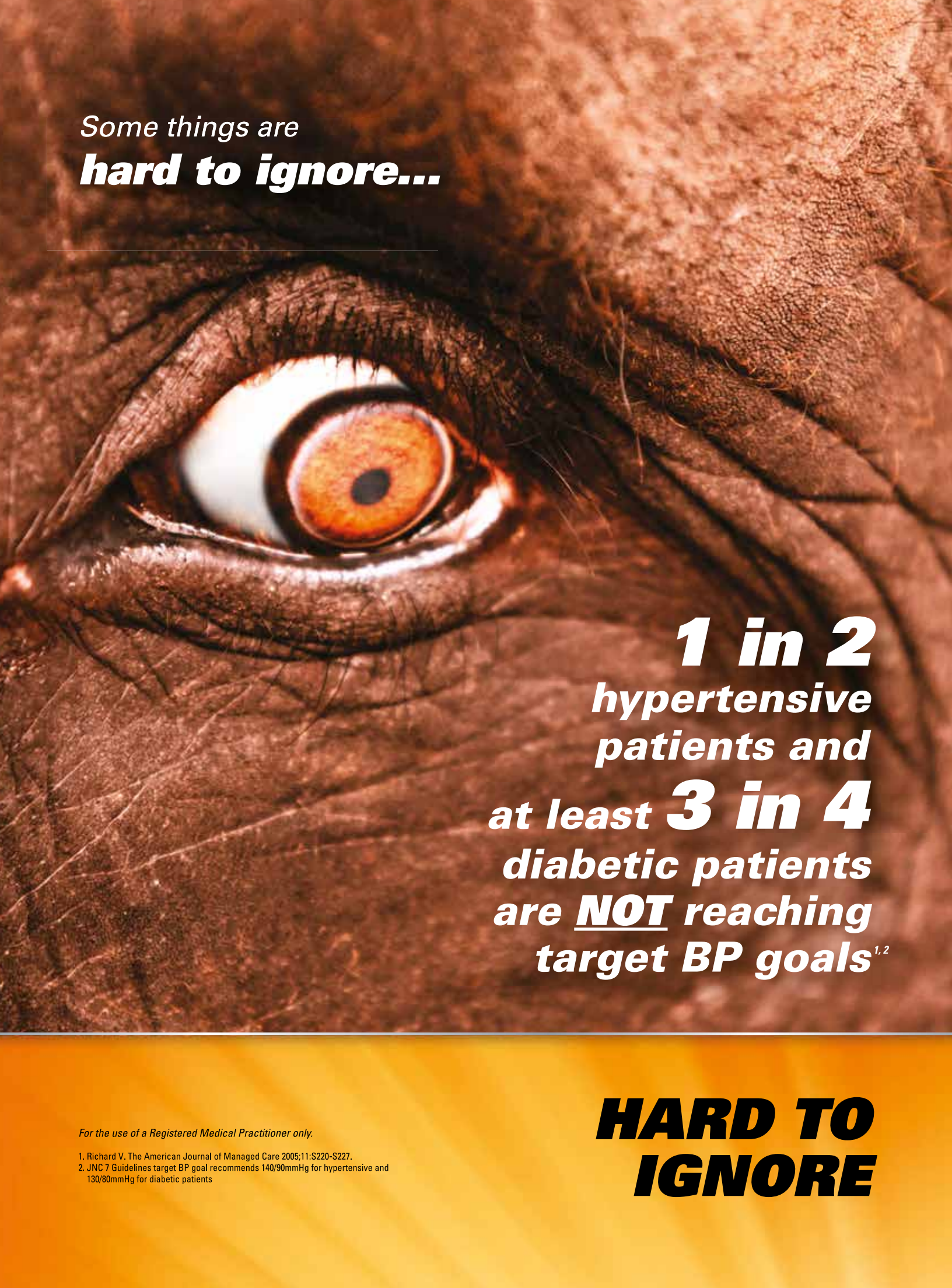
ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 0-2716-6524, 08-1658-1524 โทรสาร 0-2716-6525 website: www.thairheumatology.org

e-mail: toojaisai@yahoo.co.uk



สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย



Some things are
hard to ignore...

1 in 2
hypertensive
patients and
at least **3 in 4**
diabetic patients
are **NOT** reaching
target BP goals^{1,2}

For the use of a Registered Medical Practitioner only.

1. Richard V. The American Journal of Managed Care 2005;11:S220-S227.

2. JNC 7 Guidelines target BP goal recommends 140/90mmHg for hypertensive and 130/80mmHg for diabetic patients

**HARD TO
IGNORE**



**The 8th Annual Meeting of
Thai Association for the Study of the Liver
and
Novartis (Thailand) Limited**

Cordially invite you to attend **Morning Symposium**

Meet The Expert:

Highlight of Renal insufficiency in treatment of Chronic Hepatitis B patients

- | | |
|-------------|--|
| 07.45-08.00 | Welcome and Opening remarks
"Renal function in Chronic Hepatitis B patients"
Dr.Satawat Thongsawat , Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital |
| 08.00-08.25 | "Renal function assessment and toxicity
of Nucleotide analogs"
Dr.Kajornsak Noppakun , Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital |
| 08.25-08.50 | "Emerging Evidences of Telbivudine Renal benefit"
Dr.Teerha Piratvisuth , Songklanagarind Hospital |
| 08.50-09.00 | Q & A and Closing remarks
Dr.Satawat Thongsawat , Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital |

Saturday, March 23rd, 2013

Rayong Marriott Resort & Spa



กฎเกณฑ์ที่ควรให้ลูกสัญญาเมื่อซื้อ iPhone ให้ลูก

ในช่วงวันปีใหม่พ่อแม่มักซื้อของขวัญให้ลูก สิ่งที่ได้ในยุคนี้นอกจากได้คือโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้เล่น internet ถ่ายรูปและเล่นเกมได้ในเครื่องเดียวกัน มีแม่ลูกคู่หนึ่งในสหรัฐอเมริกาได้วางกฎเกณฑ์ไว้ให้ลูกก่อนที่จะซื้อโทรศัพท์ให้ ได้มีการเผยแพร่ในสื่อต่าง ๆ มากมายรวมทั้งในรายการโทรทัศน์ของสถานี ABC ในสหรัฐอเมริกา พ่อจะสรุปได้ดังนี้ คือ

1. โทรศัพท์ให้เป็นของแม่ เพราะแม่เป็นคนซื้อ และให้ลูกยืมใช้
2. แม่จะต้องรู้รหัสเปิด (password) ของเครื่องเสมอ
3. เมื่อมีคนโทรศัพท์มา ลูกต้องรับโทรศัพท์อย่างสุภาพ ถ้าเป็นการ โทร.มาจากพ่อหรือแม่ ลูกจะต้องรับและห้ามเดินเด็ดขาด
4. วันที่โรงเรียนเปิดจะต้องคืนโทรศัพท์ให้พ่อหรือแม่เวลาทุกครั้ง ถ้าเป็นวันหยุดต้องคืนเวลาสามทุ่ม ตอนกลางคืนจะต้องปิดโทรศัพท์และเปิดใหม่ในตอนเช้าเวลา 7:30 น. ถ้าลูกไม่ใช่โทรศัพท์ที่บ้าน โทร.ไปหาเพื่อนเพราะพ่อแม่ของเพื่อนอาจจะรับสายก็ไม่ว่า โทร.หรือส่งข้อความไป เราควรเคารพต่อพ่อแม่ของเพื่อนเช่นเดียวกับที่อยากให้เพื่อนเคารพต่อพ่อแม่ของลูก

5. ไม่เอาโทรศัพท์ไปโรงเรียน ลูกต้องคุยกับเพื่อน (ที่ลูกส่งข้อความไป) โดยตรง ซึ่งถือเป็นทักษะชีวิตอย่างหนึ่ง ถ้าเรียนครึ่งวัน มีทัศนศึกษาหลังจากเลิกเรียน แม่จะพิจารณาพิเศษว่าควรเอาโทรศัพท์ไปหรือไม่

6. ถ้าลูกทำโทรศัพท์หล่นลงไปในส้วม ทำตกกระแทกพื้นหรือทำลาย ลูกจะต้องรับผิดชอบในการจ่ายค่าซ่อมหรือซื้อใหม่มาใช้ โดยใช้เงินที่ลูกออมจากการตัดหนัาบ้านทำงานเป็นพี่เลี้ยงเด็ก หรือเงินของขวัญที่ได้จากวันเกิด เหตุการณ์เหล่านี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้ ลูกต้องเตรียมตัวไว้

7. ห้ามใช้เทคโนโลยีในการโกหก หลอกลวงคนอื่น ห้ามร่วมวงสนทนาให้ร้ายผู้อื่น ทำตัวเป็นเพื่อนที่ดี และอยู่ห่างคนที่ทะเลาะกัน

8. ห้ามส่งข้อความ หรืออีเมลผ่าน iPhone ถ้าลูกไม่กล้าพูดกับคนอื่นในเรื่องนั้นโดยตรง

9. อย่าส่งข้อความ หรืออีเมล หรือพูดใด ๆ แก่ผู้อื่นผ่านทางโทรศัพท์ ถ้าลูกไม่กล้าพูดสิ่งนั้นดัง ๆ ต่อหน้าพ่อแม่ของเพื่อน

10. ห้ามดูหนังหรือรูปโป๊ แต่ใช้เพื่อหาข้อมูล ถ้าลูกมีคำถามเกี่ยวกับเรื่องใด ให้ถามพ่อหรือแม่โดยตรง

11. ปิดเครื่องหรือทำให้ไม่มีเสียงในที่สาธารณะ เช่น ในภัตตาคาร ในโรงพยาบาลนตรีหรือขณะที่กำลังคุยกับผู้อื่นอยู่

12. อย่าส่งหรือรับภาพของลับของลูกหรือของคนอื่น เรื่องนี้อันตรายอาจทำลายชีวิตเรา ทำให้เสียชื่อเสียง อาจมีคนเอาไปส่งต่อ เราไม่สามารถตามไปลบได้หมด

13. อย่าถ่ายภาพหรือวิดีโอไว้มากมาย เราไม่จำเป็นต้องบันทึกทุกเรื่อง ชีวิตเป็นประสบการณ์ ซึ่งเก็บไว้ในความทรงจำ

14. วางโทรศัพท์ไว้ที่บ้านบ้างเป็นครั้งคราว ไม่ต้องเอาติดตัวไป มันไม่ใช่สิ่งมีชีวิตหรือส่วนประกอบของเรา เรียนรู้ที่จะอยู่โดยไม่มัน เราจะต้องก้าวข้ามความรู้สึกที่ว่าถูกทอดทิ้งจากกลุ่ม FOMO (fear of missing out)

15. ให้ฟังเพลงใหม่ ๆ หรือเพลงคลาสสิก หรือเพลงที่แตกต่างจากที่เพื่อนเขาฟังซ้ำ ๆ กัน ลูกอยู่ในยุคที่เข้าถึงเพลงต่าง ๆ ได้ง่ายอย่างชนิดที่ไม่เคยมีมาก่อน จงเอาข้อได้เปรียบนี้มาใช้ประโยชน์ ขยายขอบเขตประสบการณ์ของเรา

16. ให้เล่นเกมที่เกี่ยวข้องกับตัวหนังสือ หรือเกมลับสมอง

17. ตื่นตัว มองโลกรอบ ๆ ตัวเรา มองออกไปนอกหน้าต่าง ฟังเสียงนก เดินเล่น คุยกับคนแปลกหน้า หาข้อมูลโดยไม่ต้องใช้กูเกิล

18. ถ้าลูกไม่ปฏิบัติตามที่ตกลง แม่จะยึดโทรศัพท์คืน เราจะต้องมานั่งคุยกันถึงเรื่องที่เกิดขึ้น แล้วตั้งต้นกันใหม่ ทั้งแม่และลูกจะเรียนร่วมกัน เราเป็นพวกเดียวกัน

เราอยู่ในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ของทุกอย่างมีทั้งประโยชน์และโทษ เราอย่าตกเป็นทาสของสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ ต้องพยายามทำทุกอย่างให้เป็นของง่าย ไม่ต้องพึ่งเทคโนโลยีมาก มนุษย์เราพัฒนามาหลายล้านปีแล้ว เราอยู่ได้โดยไม่ต้องอาศัยของเหล่านี้มาก่อน

คณะที่ปรึกษาเกิตติศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตูจันดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิช
ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์
ศ.พญ.ชนิกา ตูจันดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์
ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุนนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออันตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรศนะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีระยยะวณิช

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ขาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสัมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

วรรณท์ สอาดถิ่น

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 384 วันที่ 16 - 28 กุมภาพันธ์ 2556



3 โลกกว้างทางแพทย์

- สูญเสียการได้ยินและความจำลดลงในผู้สูงอายุ
- EGFR และ Albuminuria ต่อการตายและไตวายแยกตามเพศ
- Peginesatide ในผู้ป่วยเลือดจางที่ฟอกไต

7 ข่าวสารการแพทย์

- สปสช. เพิ่มการจ่ายช่วยเหลือผู้ให้บริการ 2 เท่า
- สธ. เผยอุ้มภาระค่ารักษาต่างดาว 3 ปี กว่า 1,000 ล้านบาท
- รัฐบาลยกเว้นวีซ่า 6 ชาติด้านอาหารที่รักษาในไทย อยู่พร้อมครอบครัวได้ 90 วัน

8 สาระเกี่ยวกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง

มาทำความรู้จัก “ผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุคล้ายคลึง” ที่ถูกต้อง กันดีกว่า (ตอนสอง)

10 Get Up

- ตรวจจกลิ่นแบบที่เรียวดูดติดเชื้อ
- ปลุกเซลล์ขึ้นฟื้นการได้ยิน
- หัดสองภาษาช่วยพัฒนาสมองไว

12 Movement

13 In Focus

สาปปัญหา ‘ท้อง-แท้ง-ทิ้ง’
เตือนวัยโจ๋คุมสัณนิตก่อนคิดรัก

16 Talk of the Town

เครื่องสำอางราคาถูก!
“สวยสุดคุ้ม” หรือ “เสี่ยงสุดขีด”

17 Special

นพ.ไพโรจน์ รัตนะเจริญธรรม
ที่นี่ไม่ใช่สถานที่ทำงานแต่เป็นบ้านของผม

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

มะเร็งของลำไส้ใหญ่ (ตอนที่ 1)

21 หากสี่สัน...ห้องฉุกเฉิน

Spirituality ในห้องฉุกเฉิน

23 เสียงแพทย์

มหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค
ตอน ภัยต่อระบบบรรณาภิบาลในการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

25 ปกป้องข่าว

คณะแพทย์ มศว จัดกาลาดีนเนอร์การกุศล
สมทบทุนผู้ยากไร้-สร้างศูนย์การเรียนรู้



27 จุฬาปริทัศน์

Mind-body medicine (ตอนที่ 1)

29 เฉพาะโรค

กาแฟ

32 Systematic Review

สเต็มเซลล์กับอาการเจ็บคอ

33 มุมนิติเวช

การชันสูตรพลิกศพผู้ตายที่ถูกไฟฟ้าดูด:
ประเด็นต่อเนื่องที่แพทย์ยังต้องให้ความสำคัญในทาง
นิติเวชศาสตร์ (รายงานผู้ตายหนึ่งราย)

36 ปกป้องข่าว

SEANUTS เผยเด็กไทยเป็นโรคอ้วน-ขาดสารอาหาร
นักโภชนาการแนะเปลี่ยนพฤติกรรมมารักกินในเด็ก

37 รายงานพิเศษ

‘เมอร์ค’ เล็งโอกาสขยายตัวทางธุรกิจรับ AEC
ใส่ใจ พัฒนา เดินหน้าไม่หยุดยั้ง

38 ข่าวบริการ

41 เกาะติดงานประชุม

สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกฯ จัดประชุมวิชาการ
“เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ร่วมสมัยในเวชศาสตร์มารดาและ
ทารกในครรภ์” เพิ่มพูนความรู้สู่เวชปฏิบัติ

42 Radar

นวัตกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเอง
สะดวก ใช้งานง่าย ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ

44 IT News/Book Shop

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS

โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์ ตอนที่ 4 ภาวะเลือดจาง
จากการเสียเลือด



**Associate Professor
Chanchai Sittipunt**
Division of Pulmonary and
Critical Care Medicine
Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University
Hospital, Bangkok,
Thailand

COPD : A Physician's Perspective Part 1

As with other Asian countries, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a major health problem in Thailand. There are about 11 million active smokers and in the last 3 years this number has been increasing¹. COPD is estimated to affect four million people and COPD exacerbations, or COPD lung attacks, are a major health burden in Thailand. In 2006, an estimated 7 billion baht (USD230,000) was spent on treatment for COPD and COPD exacerbations, making it the respiratory disease with the greatest economic burden². Frequent exacerbations can also lead to a decline in quality of life and management of COPD should focus on preventing them.

“He recalled his first exacerbation as “a feeling of ‘near-death’ experience”

One such frequent exacerbator is Mr. TK, a 64-year-old whom I have been treating for COPD for the past 8 years. He was referred to our clinic when he complained of chronic cough and increasing shortness of breath during activities.

These were symptoms he had been experiencing for 3-4 months before seeking medical advice. A physical examination revealed that he had expiratory wheezing in both lungs and his oxygen saturation while breathing room air was 96%. His chest x-ray showed mild hyper inflated lung with no other abnormalities.

He also had moderate airflow obstruction with post bronchodilator FEV1/FVC ratio of 0.56 and FEV1 of 65% predicted with no significant improvement after bronchodilator. Despite being a heavy smoker the diagnosis of moderate COPD came as a shock to him.

Although the avid jogger had been experiencing shortness of breath when running for the past year, he had mistakenly attributed it to age and stress. He was prescribed

an inhaled bronchodilator, oral theophylline and given an influenza vaccination and was advised to quit smoking.

In the 6 months that followed, his condition was monitored through frequent medical appointments; he was given an inhaler to use 2-3 times a day and reduced smoking to 5-10 cigarettes each day.

He was able to jog 1-2 km but still had chronic cough and sputum. Unfortunately, later that year he experienced his first COPD exacerbation. It started with a common cold for 3 days followed by severe shortness of breath and productive cough.

A visit to the emergency room confirmed that he had severe bronchospasm and hypoxemia. He was treated with non-invasive ventilator via face mask, aggressive bronchodilator and systemic corticosteroids and was admitted to the hospital. He recalled his first exacerbation as “a feeling of near-death experience, I thought I was going to die from lack of oxygen. It

¹ Global Adult Tobacco survey (GATS): Thailand country report 2009

² J Med Assoc Thai 2007;90(9): 1925-1929

was very, very scary” Mr. TK only quit smoking after experiencing this exacerbation and has been smoke free since.

In the following clinic follow-ups, Mr. TK. did not have formal respiratory rehabilitation but he was advised to exercise as much as he could. Despite all the treatment received, Mr. TK’s exercise capacity progressively declined. He had a lung function test two years later which showed a reduction in FEV1 of about 100 cc/ year. He experienced 2-3 mild-moderate COPD exacerbations/ year especially during the rainy season.

The most severe exacerbation occurred about two years ago when he had severe respiratory distress followed by an influenza infection. He required invasive mechanical ventilation and was intubated for five days during his 2-week hospital admission.

He recalled that “when the nurse put that thing (endotracheal suction) in my throat, it was the most terrible experience...” He is now on a combination of long-acting muscarinic antagonist, short-acting bronchodilator, long-acting beta2-agonist and inhaled corticosteroid (ICS), and uses oxygen supplements as needed. Mr. TK’s current FEV1 is now 45% predicted.

Mr. TK story is not uncommon for COPD patients who despite treatment, experience progressive deterioration in lung function and exercise capacity, and frequent exacerbations that have major impact on the patient’s quality of life.

Prevention of COPD by smoking cessation is the most effective way to reduce COPD burden. But in patients with COPD, appropriate management and equal emphasis of symptom relief and risk reduction should aim to improve lung function, quality of life and reduce the risk of exacerbations if possible.

“Prevention of COPD by smoking cessation is the most effective way to reduce COPD burden. But in patients with COPD, appropriate management and equal emphasis of symptom relief and risk reduction should aim to improve lung function, quality of life and reduce the risk of exacerbations if possible.”





ประสิทธิภาพเสริมวิตามินและสารต้านอนุมูลอิสระ ต่อหัวใจและหลอดเลือด

BMJ 2013;346:f10

บทความเรื่อง Efficacy of Vitamin and Antioxidant Supplements in Prevention of Cardiovascular Disease: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials รายงานว่า ผลการศึกษา meta-analysis จากงานวิจัยเปรียบเทียบเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการเสริมวิตามินและสารต้านอนุมูลอิสระต่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลจาก PubMed, EMBASE, the Cochrane Library, Scopus, CINAHL และ ClinicalTrials.gov โดยสืบค้นในเดือนมิถุนายนและพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 โดยนักวิจัยแยกกันทบทวนและเลือกงานวิจัยเปรียบเทียบที่เข้าเกณฑ์การศึกษาพิจารณาเกณฑ์การคัดเลือก

มีงานวิจัยเปรียบเทียบ 50 ชิ้นจากผู้เข้าร่วมวิจัย 294,478 คน (156,633 คนในกลุ่มแทรกแซง และ 137,815 คนในกลุ่มควบคุม) ที่รวบรวมมาวิเคราะห์จากจำนวนบทความ 2,240 ชิ้นจากฐานข้อมูลและเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง ในการวิเคราะห์ fixed effect meta-analysis จากงานวิจัย 50 ชิ้นพบว่า การเสริมวิตามินและสารต้านอนุมูลอิสระไม่สัมพันธ์กับการลดลงของความเสี่ยงต่อ major cardiovascular events (relative risk 1.00, 95% confidence interval 0.98 ถึง 1.02; $I^2 = 42\%$) โดยรวมไม่พบประโยชน์จากการเสริมวิตามินและสารต้านอนุมูลอิสระใน meta-analysis ย่อยตามประเภทการป้องกัน, ประเภทของวิตามินและสารต้านอนุมูลอิสระ, ประเภทของผลลัพธ์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด, รูปแบบงานวิจัย, คุณภาพระเบียบวิธีวิจัย, ระยะการรักษา, แหล่งทุน,

ผู้จัดเตรียมผลิตภัณฑ์เสริม, ประเภทการควบคุม, จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละการศึกษา และการให้ผลิตภัณฑ์เสริมตัวเดียวหรือให้ร่วมกับผลิตภัณฑ์เสริมตัวอื่น จาก subgroup meta-analyses ตามประเภทของผลลัพธ์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า การเสริมวิตามินและสารต้านอนุมูลอิสระสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อ angina pectoris ขณะที่การเสริมวิตามินบี 6 ในปริมาณน้อยสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อ major cardiovascular events ที่ต่ำลงเล็กน้อย และผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์หรืออาจเป็นโทษนี้ไม่พบใน subgroup meta-analysis จากงานวิจัยเปรียบเทียบที่มีความรัดกุมสูง และแม้การเสริมวิตามินบี 6 สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต่ำลงในงานวิจัยที่มีคุณภาพสูง ขณะที่การเสริมวิตามินอีสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อกล้ามเนื้อหัวใจตาย แต่ประโยชน์ดังกล่าวก็พบเฉพาะในงานวิจัยเปรียบเทียบ ซึ่งผลิตภัณฑ์เสริมได้รับการจัด

เตรียมโดยบริษัทเวชภัณฑ์

ข้อมูลจากการศึกษานี้สรุป

ว่าไม่มีหลักฐานที่สนับสนุนประโยชน์ของวิตามินและสารต้านอนุมูลอิสระในด้านการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด



สูญเสียการได้ยินและความจำถดถอยในผู้สูงอายุ

JAMA Intern Med. Published online January 21, 2013

บทความเรื่อง Hearing Loss and Cognitive Decline in Older Adults รายงานว่า จากข้อมูลในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานว่าการสูญเสีย

การได้ยินสัมพันธ์โดยอิสระกับความจำถดถอยที่เร็วขึ้นในผู้สูงอายุหรือไม่

นักวิจัยศึกษาจากผู้สูงอายุ 1,984 คน (อายุเฉลี่ย 77.4 ปี) ที่เข้าร่วมในงานวิจัย Health ABC Study ซึ่งมีรูปแบบเป็น prospective observational study เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1997-1998 ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาความจำบกพร่อง (Modified Mini-Mental State Examination [3MS] score, ≥ 80) และได้ตรวจการได้ยินที่ 5 ปี และติดตามต่ออีก 6 ปี การได้ยินประเมินจาก pure-tone average ที่ความถี่ 0.5 ถึง 4 กิโลเฮิร์ตซ์ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่า การทดสอบความจำทำในปีที่ 5, 8, 10 และ 11 โดยประกอบด้วย 3MS (วัด global function) และ Digit Symbol Substitution test (วัด executive function) การเกิดภาวะความจำเสื่อมประเมินจากคะแนน 3MS ต่ำกว่า 80 หรือคะแนน 3MS ที่ลดลงมากกว่า 5 จุดจากพื้นฐาน โดยปรับ mixed-effects regression

model และ Cox proportional hazards regression model ตามปัจจัยเสี่ยงด้านประชากรและปัจจัยเสี่ยงด้านหัวใจและหลอดเลือด

ผู้สูงอายุ 1,162 คนที่มีปัญหาสูญเสียการได้ยินที่เส้นฐาน (pure-tone average > 25 dB) มีอัตราการถดถอยของคะแนน 3MS และ Digit Symbol Substitution ปีละตั้งแต่ 41% และ 32% เทียบกับผู้ที่มีการได้ยินปกติ ด้านคะแนน 3MS พบว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเท่ากับ -0.65 (95% CI, -0.73 ถึง -0.56) vs -0.46 (95% CI, -0.55 ถึง -0.36) จุดต่อปี ($p = 0.004$) และด้านคะแนนทดสอบ Digit Symbol Substitution เท่ากับ -0.83 (95% CI, -0.94 ถึง -0.73) vs -0.63 (95% CI, -0.75 ถึง -0.51) จุดต่อปี ($p = 0.02$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการได้ยินเป็นปกติพบว่าผู้ที่สูญเสียการได้ยินที่เส้นฐานมีความเสี่ยงสูงขึ้น 24% (hazard ratio, 1.24; 95% CI, 1.05-1.48) ต่อภาวะความจำเสื่อม ซึ่งอัตราการถดถอยและความเสี่ยงต่อภาวะความจำเสื่อมก็สัมพันธ์กับความรุนแรงของระดับการสูญเสียการได้ยินที่เส้นฐาน

การสูญเสียการได้ยินสัมพันธ์โดยอิสระกับการถดถอยด้านความจำที่รวดเร็วขึ้นและภาวะความจำบกพร่องในผู้สูงอายุ นักวิจัยเสนอแนะให้มีการศึกษาเพิ่มเติมถึงกลไกความสัมพันธ์ และศึกษาว่าการแทรกแซงเพื่อฟื้นฟูการได้ยินมีผลต่อภาวะความจำถดถอยหรือไม่



BMJ 2013;346:f324

บทความเรื่อง Associations of Estimated Glomerular Filtration Rate and Albuminuria with Mortality and Renal Failure by Sex: A Meta-Analysis รายงานผลลัพธ์จากงานวิจัยแบบ random effects meta-analysis จากข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อประเมินเพศต่อความสัมพันธ์ระหว่าง estimated glomerular filtration rate และ albuminuria กับการตายทุกสาเหตุ, การตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และไตวายระยะสุดท้าย

นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วย 46 กลุ่มในยุโรป อเมริกาเหนือและอเมริกาใต้ เอเชีย และออสเตรเลีย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีจำนวน 2,051,158 คน (เป็นผู้หญิง 54%) จำแนกเป็นกลุ่มประชากรทั่วไป ($n = 1,861,052$), กลุ่มความเสี่ยงสูง ($n = 151,494$) และกลุ่มไตวายเรื้อรัง ($n = 38,612$) ผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม (ยกเว้นกลุ่มไตวายเรื้อรัง) มีจำนวนผู้ร่วมวิจัยอย่างน้อย 1,000 คน และมีผลลัพธ์ด้านการตายหรือไตวายระยะสุดท้าย ≥ 50 เหตุการณ์ และได้วัด estimated glomerular filtration rate ตาม Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equation (มิลลิกรัม/นาที/1.73 ตารางเมตร) และอัตราส่วน urinary albumin-creatinine ratio (มิลลิกรัม/กรัม) ที่เสถียร

EGFR และ Albuminuria ต่อการตายและไตวายแยกตามเพศ

ความเสี่ยงการตายทุกสาเหตุและการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าในผู้ชายที่ทุกระดับของ estimated glomerular filtration rate และ albumin-creatinine ratio และแม้พบว่าความเสี่ยงที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับ estimated glomerular filtration rate ที่ต่ำลงและ albumin-creatinine ratio ที่สูงขึ้นในทั้งสองเพศ แต่เส้นความชันของความเสี่ยงต่อการตายทุกสาเหตุและการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ขึ้นกว่าในผู้หญิงเทียบกับผู้ชาย เมื่อเทียบกับ estimated glomerular filtration rate เท่ากับ 95 พบว่า hazard ratio ที่ปรับแล้วต่อการตายทุกสาเหตุที่ estimated glomerular filtration rate เท่ากับ 45 เท่ากับ 1.32 (95% CI 1.08 ถึง 1.61) ในผู้หญิง และ 1.22 (1.00 ถึง 1.48) ในผู้ชาย ($P_{\text{interaction}} < 0.01$) และเมื่อเทียบกับ urinary albumin-creatinine ratio เท่ากับ 5 พบว่า hazard ratio ที่ปรับแล้วสำหรับการตายทุกสาเหตุจาก urinary albumin-creatinine ratio ที่เท่ากับ 30 เท่ากับ 1.69 (1.54 ถึง 1.84) ในผู้หญิง และ 1.43 (1.31 ถึง 1.57) ในผู้ชาย ($P_{\text{interaction}} < 0.01$) ในทางกลับกันไม่พบหลักฐานความแตกต่างด้านเพศในความสัมพันธ์ระหว่าง estimated glomerular filtration rate และ urinary albumin-creatinine ratio ต่อความเสี่ยงไตวายระยะสุดท้าย

ทั้งสองเพศต่างมีความเสี่ยงสูงต่อการตายทุกสาเหตุ, การตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตวายระยะสุดท้ายจาก estimated glomerular filtration rate ที่ต่ำลง และ albuminuria ที่สูงขึ้น และผลลัพธ์นี้คงที่จากการศึกษาในประชากรจำนวนมากในหลายภูมิภาค

การใช้แอสไพรินและจอตาเสื่อมตามอายุ

JAMA Intern Med. Published online January 21, 2013

บทความวิจัยเรื่อง The Association of Aspirin Use With Age-Related Macular Degeneration มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่าการใช้แอสไพรินเป็นประจำสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อภาวะจอตาเสื่อมตามอายุหรือไม่ โดยใช้ข้อมูลวิเคราะห์จาก prospective cohort ระยะ 15 ปี

นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจาก population-based cohort ในออสเตรเลียซึ่งมีการตรวจ 4 ครั้งในช่วงระยะเวลา 15 ปี (1992-1994 ถึง 2007-2009) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตอบแบบสอบถามที่เสถียรเพื่อประเมิน

การใช้ยาแอสไพริน, สถานะโรคหัวใจและหลอดเลือด และปัจจัยเสี่ยงภาวะจอตาเสื่อมตามอายุ ภาวะจอตาเสื่อมตามอายุในแต่ละข้างประเมินจากภาพถ่ายจอตาจากการพบแพทย์แต่ละครั้งเพื่อประเมินอุบัติการณ์ของจอตาเสื่อมตามอายุแบบเปียก



และ geographic atrophy (จอตาเสื่อมตามอายุแบบแห้ง) ตามเกณฑ์สากลสำหรับจำแนกจอตาเสื่อมตามอายุ

จากผู้เข้าร่วมวิจัย 2,389 ราย ซึ่งมีข้อมูลติดตามผลพบว่า 257 ราย (10.8%) ใช้แอสไพรินเป็นประจำและ 63 รายจาก 2,389 รายเป็นจอตาเสื่อมตามอายุแบบเปียก ผู้ที่ใช้แอสไพรินเป็นประจำมีแนวโน้มสูงกว่าที่จะเป็นจอตาเสื่อมตามอายุแบบเปียก โดยอุบัติการณ์รวม 15 ปี เท่ากับ 9.3% ในผู้ใช้แอสไพริน และ 3.7% ในผู้ที่ไม่ได้ใช้แอสไพริน ภายหลังปรับตามอายุ, เพศ, การสูบบุหรี่, ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด, ความดันโลหิตซิสโตลิก และดัชนีมวลกายพบว่า ผู้ที่ใช้ยาแอสไพรินเป็นประจำมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดจอตาเสื่อมตามอายุแบบเปียก (odds ratio [OR], 2.46; 95% CI, 1.25-4.83) และความสัมพันธ์แสดงให้เห็น dose-response effect (multivariate-adjusted $p = 0.01$ สำหรับแนวโน้ม) ขณะเดียวกันพบว่าการใช้แอสไพรินไม่สัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของ geographic atrophy (multivariate-adjusted OR, 0.99; 95% CI, 0.59-1.65)

การใช้แอสไพรินสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการเกิดจอตาเสื่อมตามอายุแบบเปียกโดยไม่เป็นผลจากประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด และการสูบบุหรี่

ผลลัพธ์ด้านหน้าที่ในระยะยาว หลังรักษามะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะที่

N Engl J Med 2013;368:436-445

บทความเรื่อง Long-Term Functional Outcomes after Treatment for Localized Prostate Cancer รายงานผลลัพธ์จากการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระยะยาวด้านปัสสาวะ อูจจาระ และเพศสัมพันธ์ภายหลังการตัดต่อมลูกหมากหรือการฉายแสงจากภายนอก

งานวิจัย Prostate Cancer Outcomes Study (PCOS) รวบรวมผู้ชาย 3,533 คน ซึ่งตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากในปี ค.ศ. 1994 หรือ 1995 โดย cohort ปัจจุบันประกอบด้วยผู้ชาย 1,655 คน ซึ่งตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะที่ระหว่างอายุ 55 และ 74 ปี และได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด (1,164 คน) หรือฉายแสง (491 คน) สถานะด้านหน้าที่ประเมินที่เส้นฐานและที่ 2 ปี, 5 ปี และ 15 ปีหลังตรวจพบ โดยนักวิจัยใช้ multivariable propensity scoring เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านหน้าที่ตามการรักษา

ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการตัดต่อมลูกหมากมีแนวโน้มไม่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่สูงกว่าผู้ที่รักษาด้วยการฉายแสงที่ 2 ปี (odds ratio, 6.22; 95%



confidence interval [CI], 1.92 ถึง 20.29) และ 5 ปี (odds ratio, 5.10; 95% CI, 2.29 ถึง 11.36) อย่างไรก็ตาม ไม่พบผลต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มด้านค่า odds ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ 15 ปี และแม้พบว่าผู้ป่วยที่ตัดต่อมลูกหมากมีแนวโน้มสูงกว่าต่อการเสื่อมสภาพทางเพศที่ 2 ปี 2 years (odds ratio, 3.46; 95% CI, 1.93 ถึง 6.17) และ 5 ปี (odds ratio, 1.96; 95% CI, 1.05 ถึง 3.63) แต่ก็ไม่มีผลต่างที่มีนัยสำคัญที่ 15 ปี ผู้ป่วยที่ตัดต่อมลูกหมากมีแนวโน้มต่ำกว่าต่อปัญหาการกลั้นอุจจาระที่ 2 ปี (odds ratio, 0.39; 95% CI, 0.22 ถึง 0.68) และ 5 ปี (odds ratio, 0.47; 95% CI, 0.26 ถึง 0.84) แต่ก็ไม่มีผลต่างที่มีนัยสำคัญด้านค่า odds ของการกลั้นอุจจาระที่ 15 ปีเช่นกัน

ข้อมูลจากการติดตามที่ 15 ปี ไม่พบผลต่างที่มีนัยสำคัญในผลลัพธ์ด้านหน้าที่จำเพาะโรคระหว่างผู้ชายที่รักษาด้วยวิธีตัดต่อมลูกหมากหรือฉายแสง แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะที่ที่มีผลลัพธ์ด้านหน้าที่เสื่อมลงทุกด้านในระหว่างการติดตาม 15 ปี

Peginesatide ในผู้ป่วยเลือดจางที่ฟอกไต

N Engl J Med 2013;368:307-319

บทความเรื่อง Peginesatide in Patients with Anemia Undergoing Hemodialysis รายงานว่า peginesatide ซึ่งเป็น synthetic peptide-based erythropoiesis-stimulating agent (ESA) อาจให้ผลดีในการรักษาเลือดจางในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เป็นมากแล้ว

นักวิจัยศึกษาแบบ randomized, controlled, open-label study รวมสองการศึกษา (EMERALD 1 และ EMERALD 2) จากผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกไต ความปลอดภัยด้านหัวใจและหลอดเลือดประเมินจากการวิเคราะห์ adjudicated composite safety endpoint ได้แก่ การตายทุกสาเหตุ, สโตรค, กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือเหตุไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงของหัวใจวายชนิดเลือดคั่ง, unstable angina หรือ arrhythmia โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษา EMERALD ทั้ง 1 และ 2 และการศึกษาอีกสองชิ้นในผู้ป่วยที่ไม่ได้ฟอกไต

นักวิจัยให้ผู้ป่วย 1,608 รายในการศึกษา EMERALD ทั้งสองชิ้นได้รับ peginesatide เดือนละครั้งหรือได้รับ epoetin ต่อสัปดาห์ละหนึ่งถึงสามครั้ง โดยปรับขนาดตามจำเป็นเพื่อรักษาระดับ hemoglobin ให้อยู่ระหว่าง 10.0 และ 12.0 กรัมต่อเดซิลิตร เป็นเวลา 52 สัปดาห์หรือนานกว่า โดย primary efficacy endpoint ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยจากระดับ hemoglobin ที่เส้นฐานเทียบกับระดับเฉลี่ยระหว่างระยะประเมินและกำหนด noninferiority หากขีดจำกัดล่างของ two-sided 95% confidence interval เท่ากับ -1.0 กรัมต่อเดซิลิตรหรือสูงกว่าเมื่อเทียบ peginesatide กับ epoetin การประเมิน composite safety endpoint ใน pooled cohort มีวัตถุประสงค์เพื่อตัด hazard ratio ของ peginesatide เทียบกับ ESA เปรียบเทียบที่สูงกว่า 1.3

จากการวิเคราะห์ในผู้ป่วย 693 ราย จากการศึกษศึกษา EMERALD 1 และ 725 ราย จาก EMERALD 2 พบว่า peginesatide ไม่ด้อยกว่า epoetin ในด้านการรักษาระดับ hemoglobin (ผลต่างระหว่างกลุ่มเฉลี่ยเท่ากับ -0.15 กรัมต่อเดซิลิตร; 95% confidence interval [CI], -0.30 ถึง -0.01 ใน EMERALD 1 และ 0.10 กรัมต่อเดซิลิตร; 95% CI, -0.05 ถึง 0.26 ใน EMERALD 2) ค่า hazard ratio สำหรับ composite safety endpoint เท่ากับ 1.06 (95% CI, 0.89 ถึง 1.26) จาก peginesatide เทียบกับ ESA เปรียบเทียบในทั้งสี่การศึกษา (ผู้ป่วย 2,591 ราย) และ 0.95 (95% CI, 0.77 ถึง 1.17) ในการศึกษา EMERALD ทั้ง 1 และ 2 สัดส่วนผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงใกล้เคียงกันในกลุ่มแทรกแซงในการศึกษา EMERALD ทั้งสองการศึกษา และผลความปลอดภัยด้านหัวใจและหลอดเลือดหัวใจของ peginesatide ใกล้เคียงกับผลของ ESA เปรียบเทียบจาก pooled cohort

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า การรักษาด้วย peginesatide เดือนละครั้งให้ผลดีในการรักษาระดับ hemoglobin ในผู้ป่วยที่ฟอกไตเทียบเท่ากับ epoetin ซึ่งให้สัปดาห์ละหนึ่งถึงสามครั้ง





**Lancet 2013 February
2:381(9864):385-393**

บทความเรื่อง Optimisation of Energy Provision with Supplemental Parenteral Nutrition in Critically Ill Patients: A Randomised Controlled Clinical Trial รายงานว่า การให้สารอาหารทางสายยางเป็นวิธีที่แนะนำให้ใช้สำหรับผู้ป่วยในหน่วยไอซียู อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ยังไม่ได้ผลลัพธ์ที่แน่นอนในการให้

โภชนาการตามเป้าหมาย นักวิจัยจึงประเมินว่าการให้พลังงาน 100% ของระดับเป้าหมายจากวันที่ 4 ถึงวันที่ 8 ในไอซียูด้วย EN ร่วมกับ supplemental parenteral nutrition (SPN) จะช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นหรือไม่

นักวิจัยใช้วิธีศึกษาเปรียบเทียบด้วยวิธีการสุ่มจากศูนย์การแพทย์สองแห่งในสวีเดนและแคนาดาครอบคลุมผู้ป่วยที่รักษาในไอซียูเป็นวันที่ 3 และได้รับพลังงานต่ำกว่า 60% ของเป้าหมายจาก EN โดยผู้ป่วยคาดว่าจะต้องรักษาในไอซียูนานกว่า 5 วัน และรอดชีวิตนานกว่า 7 วัน

ปรับการให้อาหารด้วย SPN ในผู้ป่วยวิกฤติ

นักวิจัยคำนวณเป้าพลังงานจาก indirect calorimetry ในวันที่ 3 ซึ่งหากทำได้ก็จะกำหนดโดยใช้สูตร 25 และ 30 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วันสำหรับผู้หญิงและผู้ชาย นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยครึ่งหนึ่งได้รับ EN และอีกครึ่งหนึ่งได้รับ SPN โดย primary outcome ได้แก่ การติดเชื้อในโรงพยาบาลภายหลังเหตุการณ์แทรกแซง (วันที่ 8) และติดตามจนสิ้นสุดการติดตามผล (วันที่ 28) และวิเคราะห์แบบ intention to treat

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วย 153 ราย ได้รับ SPN และ 152 ราย ได้รับ EN โดยมีผู้ป่วย 30 ราย เหตุการณ์ให้สารอาหารก่อนสิ้นสุดการรักษา ปริมาณพลังงานเฉลี่ยระหว่างวันที่ 4 และ 8 เท่ากับ 28 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน (SD 5) สำหรับกลุ่ม SPN (103% [SD 18%] ของเป้าหมาย) เทียบกับ 20 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน (7) สำหรับกลุ่ม EN (77% [27%]) ระหว่างวันที่ 9 และ 28 พบผู้ป่วย 41 ราย (27%) จาก 153 รายในกลุ่ม SPN เกิดการติดเชื้อเทียบกับ 58 ราย (38%) จาก 152 รายในกลุ่ม EN (hazard ratio 0.65, 95% CI 0.43-0.97; $p = 0.0338$) และกลุ่ม SPN มีจำนวนเฉลี่ยของการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ต่ำกว่า (-0.42 [-0.79 ถึง -0.05]; $p = 0.0248$)

การปรับพลังงานแบบรายคนด้วย SPN ซึ่งเริ่มตั้งแต่วันที่ 4 หลังเข้าไอซียูสามารถลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล และควรพิจารณาในฐานะยุทธศาสตร์สำหรับการฟื้นฟูผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยไอซียู ซึ่งการให้สารอาหารด้วยวิธี EN ยังไม่เพียงพอ

ผลสุขภาพแข็งแรงและยา Statin

ต่อความเสี่ยงการตายในผู้สูงอายุไขมันในเลือดสูง

Lancet 2013 February 2:381(9864):394-399

บทความเรื่อง Interactive Effects of Fitness and Statin Treatment on Mortality Risk in Veterans with Dyslipidaemia: A Cohort Study รายงานว่า statin เป็นยาที่มักใช้ควบคุมภาวะไขมันในเลือดสูง รวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด ขณะที่ความแข็งแรงที่สูงขึ้นก็สัมพันธ์กับการตายที่ต่ำลงและได้รับการแนะนำเป็นส่วนสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ แต่เนื่องจากยังคงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับผลรวมของความแข็งแรงและการรักษาด้วย statin ต่อการตายทุกสาเหตุ นักวิจัยจึงประเมินผลรวมของการรักษาด้วย statin และความแข็งแรงต่อความเสี่ยงการตายทุกสาเหตุ

การศึกษาเป็นแบบ prospective cohort study โดยรวบรวมผู้สูงอายุจากศูนย์การแพทย์ Veterans Affairs Medical Center ในรัฐแคลิฟอร์เนียและกรุงวอชิงตันของสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้ทดสอบ exercise tolerance test ระหว่างปี ค.ศ. 1986 และ 2011 นักวิจัยจำแนกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความแข็งแรงแบ่งเป็นสี่ระดับประเมินจาก peak metabolic equivalents (MET) ระหว่างทดสอบกำลังกายและแปดระดับประเมินจากสถานะความแข็งแรงและการรักษาด้วย statin โดย primary endpoint ได้แก่ การตายทุกสาเหตุปรับตามอายุ, ดัชนีมวลกาย, เชื้อชาติ, เพศ, ประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด, ยาโรคหัวใจและหลอดเลือด และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด นักวิจัยประเมินการตายจากข้อมูลในวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2011 และเปรียบเทียบแต่ละกลุ่มด้วย Cox proportional hazard model



นักวิจัยประเมินผู้เข้าร่วมวิจัย 10,043 คน (อายุเฉลี่ย 58.8 ปี, SD 10.9 ปี) ซึ่งระหว่างติดตามเฉลี่ย 10.0 ปี (IQR 6.0-14.2) มีผู้ป่วยตาย 2,318 ราย โดยมีอัตราตายปีละเท่ากับ 22 รายต่อ 1,000 person-years ความเสี่ยงการตายเท่ากับ 18.5% (935/5,046) ในผู้ที่ได้ยา statin เทียบกับ 27.7% (1,386/4,997) ในผู้ที่ไม่ได้ statin ($p < 0.0001$) ในผู้ป่วยที่ได้ statin พบว่าความเสี่ยงการตายลดลงตามความแข็งแรงที่สูงขึ้น โดยกลุ่มที่มีระดับความแข็งแรงสูง (> 9 MET; $n = 694$) มี hazard ratio (HR) เท่ากับ 0.30 (95% CI 0.21-0.41; $p < 0.0001$) เทียบกับกลุ่มที่มีความแข็งแรงน้อยที่สุด (≤ 5 METs) (HR 1; $n = 1,060$) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ statin พบว่า HR สำหรับผู้ที่แข็งแรงน้อยที่สุด ($n = 1,024$) เท่ากับ 1.35 (95% CI 1.17-1.54; $p < 0.0001$) และลดลงเหลือ 0.53 (95% CI 0.44-0.65; $p < 0.0001$) สำหรับกลุ่มที่มีระดับความแข็งแรงสูงสุด ($n = 1,498$)

การรักษาด้วย statin และความแข็งแรงที่สูงขึ้นสัมพันธ์โดยอิสระกับการตายที่ต่ำลงในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง การรักษาด้วย statin ร่วมกับความแข็งแรงที่สูงขึ้นส่งผลให้ความเสี่ยงการตายลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับผลจากปัจจัยตัวใดตัวหนึ่ง และย้ำให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง



สปสช. เพิ่มการจ่ายช่วยเหลือผู้ให้บริการ 2 เท่า

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา ได้มอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เสนอการปรับปรุงข้อบังคับหลักเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือสำหรับผู้ให้บริการให้อัตราการจ่ายเท่าเทียมกับข้อบังคับของผู้รับบริการ ซึ่งที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบให้เพิ่มอัตราการจ่ายช่วยเหลือสำหรับผู้ให้บริการเท่ากับผู้รับบริการ และกรณีพื้นที่เสี่ยงภัยจะเพิ่มอัตราจ่ายเป็นสองเท่าของอัตราที่กำหนดเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงภัย เช่น กรณี 3 จังหวัด

ชายแดนภาคใต้ เป็นต้น ที่ผ่านมาในกรณีพื้นที่เสี่ยงภัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2555 มีการพิจารณาจ่าย 4 ราย เป็นเงิน 160,000 บาท

ด้าน **นพ.วินัย สวัสดิ์วร เลขานุการ สปสช.** กล่าวว่า สำหรับการปรับอัตราการจ่ายใหม่เป็นดังนี้ 1. กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ

อย่างถาวรหรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตและมีผลกระทบรุนแรงต่อการดำรงชีวิต ข้อบังคับเดิมจ่ายไม่เกิน 200,000 บาท ข้อบังคับใหม่จ่าย 240,000-400,000 บาท 2. สูญเสียอวัยวะหรือพิการที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ข้อบังคับเดิมจ่ายไม่เกิน 120,000 บาท ข้อบังคับใหม่จ่าย 100,000-240,000 บาท และ 3. บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง ข้อบังคับเดิมจ่ายไม่เกิน 50,000 บาท ข้อบังคับใหม่จ่ายไม่เกิน 100,000 บาท หลังจากนั้น สปสช. จะจัดทำร่างข้อบังคับเสนอประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาลงนามต่อไป

สร. เผยอัมภาระค่ารักษาต่างด้าว 3 ปี กว่า 1,000 ล้านบาท

นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ขณะนี้ปัญหาค่ารักษาพยาบาลต่างด้าวของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนต่าง ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลใน 57 จังหวัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2555 ไทยมีค่ารักษาต่างด้าว 3 สัญชาติคือ พม่า ลาว และกัมพูชา รวมทั้งหมด 1,189 ล้านบาท เป็นการรักษาทันทีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในปี พ.ศ. 2553 รวม 254 ล้านบาท ปี พ.ศ. 2554 รวม 240 ล้านบาท ส่วนในปี พ.ศ. 2555 ยอดรวม 693 ล้านบาท

ขณะเดียวกันผลการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวก่อนออกใบอนุญาตทำงานในประเทศไทยปี พ.ศ. 2554 ตรวจทั้งหมด 855,198 คน พบว่ามีโรคที่ต้องติดตามให้การรักษา เช่น วัณโรค มาลาเรีย โรคเท้าช้าง โรคเรื้อน รวมทั้งหมด 6,195 คน และพบโรคต้องห้ามไม่ให้ทำงาน 594 คน ในจำนวนนี้พบเป็นผู้เสพสารเสพติดมากที่สุด 358

คน วัณโรคระยะติดต่อ 179 คน

โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 จำนวน 15 คน

นพ.ชลน่าน กล่าวต่อว่า การพบโรคติดต่อเหล่านี้ส่งสัญญาณว่าอาจเกิดโรคระบาดในประเทศที่มาจากแรงงานต่างด้าวได้ หากไม่มีระบบป้องกันและควบคุมดีพอ รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้เร่งแก้ไขและเตรียมการรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยได้แต่งตั้งคณะกรรมการ 2 ชุด ได้แก่ 1. คณะกรรมการอำนวยการด้านสาธารณสุขในประชากรต่างด้าว เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ กรอบนโยบายดำเนินงานสาธารณสุขสำหรับประชากรต่างด้าวตามนโยบายรัฐบาล 2. คณะกรรมการด้านการสาธารณสุขในประชากรต่างด้าวในการจัดบริการ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชากรต่างด้าว เพื่อวางระบบการดูแลครอบคลุมทั้งการดูแลการเจ็บป่วย และการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมและป้องกันโรค



รัฐบาลยกเว้นวีซ่า 6 ชาติน้ำหรับที่รักษาในไทย อยู่พร้อมครอบครัวได้ 90 วัน

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ล่าสุดรัฐบาลได้ปรับแก้หลักเกณฑ์ให้ชาวต่างชาติพร้อมผู้ติดตามจำนวนไม่เกิน 4 คน จาก 6 ประเทศกลุ่มอ่าวอาหรับหรือจีซีซี (GCC: Gulf Cooperation Council) ได้แก่ ราชอาณาจักรบาห์เรน รัฐคูเวต รัฐสุลต่านโอมาน รัฐกาตาร์

ราชอาณาจักรซาอุดีอาระเบีย และสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ซึ่งเป็นประเทศที่มีศักยภาพในการเดินทางเข้ามารับบริการ จะได้รับการยกเว้นการตรวจลงตราหรือวีซ่า และให้พำนักในราชอาณาจักรไทยได้ไม่เกิน 90 วัน โดยต้องมีเอกสารการนัดหมายจากสถานพยาบาล เอกสารรับรองทางการเงิน และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาแสดงด้วย

คาดว่าตามแนวทางใหม่นี้จะเพิ่มขีดความสามารถแข่งขันของไทยในเวทีโลก ทำให้มีการขยายตัวของการใช้บริการสุขภาพ สร้างรายได้เข้าประเทศมากขึ้น และวางแผนจะขยายมาตรการนี้แก่ประเทศอื่น ๆ ด้วย เช่น กลุ่มอาเซียน 9 ประเทศ สแกนดิเนเวีย ญี่ปุ่น รัสเซีย จีน และเสนอจัดระบบประกันสุขภาพก่อนเข้าไทยด้วย เช่นเดียวกับที่คนไทยเดินทางไปต่างประเทศ

มาทำความเข้าใจ

“ผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุคล้ายคลึง” ที่ต้อง ✓ กันดีกว่า [ตอนสอง]

ในบทความแรกที่ผ่านมา ผู้เขียนได้พยายามทำความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับคำศัพท์ที่ใช้เรียกขานยาชีววัตถุคล้ายคลึงในประเทศชั้นนำ รวมทั้งองค์การอนามัยโลก และเลือกใช้คำศัพท์ที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในปัจจุบันที่จะใช้เรียกยาชีววัตถุคล้ายคลึง นั่นคือ biosimilars หรือ similar biotherapeutic products (SBP) รวมทั้งนำเสนอบริบทของการกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึงในปัจจุบันว่าครอบคลุมเฉพาะยาชีววัตถุประเภทที่สามารถตรวจสอบลักษณะได้เป็นอย่างดี (well characterized) มีความบริสุทธิ์สูง (highly purified) ด้วยเหตุนี้จึงเป็นการยากที่จะขึ้นทะเบียนด้วยระบบการอ้าง (claim) ความคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุต้นแบบสำหรับยาชีววัตถุซึ่งโดยธรรมชาติไม่สามารถตรวจสอบลักษณะให้เข้าใจได้อย่างดี เช่น ยาชีววัตถุประเภทสารสกัดจากแหล่งที่มาจากสิ่งมีชีวิต เป็นต้น ดังนั้น ยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่ขึ้นทะเบียนและมีจำหน่ายในสหภาพยุโรปแล้วขณะนี้จึงเป็นยาชีววัตถุประเภทโปรตีนที่ได้มาจากการกระบวนการชีวเทคโนโลยี (biotechnology-derived protein) เท่านั้น

ตามปกติทั่วไป การตรวจสอบลักษณะของยาชีววัตถุทำได้ยากมากเมื่อเปรียบเทียบกับที่เป็นสารเคมี อีกทั้งขอบเขต (spectrum) ของความซับซ้อนเชิงโครงสร้างของโมเลกุลยาชีววัตถุมีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างยาชีววัตถุประเภทต่าง ๆ เช่น โปรตีนที่ได้จากการกระบวนการชีวเทคโนโลยี ผลิตภัณฑ์เลือด วัคซีน การรักษาด้วยเซลล์ หรือยีนส์ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การเปลี่ยนแปลงที่อาจพิจารณาว่าเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในกระบวนการผลิตอาจส่งผลกระทบต่อค่าพารามิเตอร์ เช่น โครงสร้าง 3 มิติ ปริมาณตัวแปรกรด-ด่าง หรือการดัดแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังกระบวนการ translation เช่น การเติมหมู่ น้ำตาล เป็นต้น อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและประสิทธิผลของยาชีววัตถุนั้น ๆ ได้ ซึ่งรวมไปถึงยาชีววัตถุคล้ายคลึงด้วย ฉะนั้น จึงกล่าวได้ว่าความปลอดภัย/ประสิทธิผลของยาชีววัตถุขึ้นอยู่กับมิติด้านคุณภาพอย่างยิ่ง และเป็นเป้าหมายสำคัญของการกำกับดูแลด้านยาโดยหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในประเทศต่าง ๆ

ผู้อ่านควรตระหนักและเข้าใจว่า ในบริบทของยาชีววัตถุที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือหน่วยงานกำกับดูแลตามกฎหมายประเทศต่าง ๆ แม้จะมีการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุชนิดเดียวกันจากหลายผู้ผลิต ผลิตภัณฑ์ชีววัตถุที่ขึ้นทะเบียนเหล่านี้ **ล้วนถือว่าเป็นยาชีววัตถุใหม่** ด้วยกันทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นได้รับการขึ้นทะเบียนยาในลำดับแรกหรือลำดับต่อมาก็ตาม เพราะยาชีววัตถุจากผู้ผลิตเหล่านี้ล้วนขึ้นทะเบียนโดยอาศัยข้อมูลจากการศึกษาต่าง ๆ ที่ทำในยาชีววัตถุของผู้ผลิตแต่ละรายเอง หรือเรียกกันในบริบทการขึ้นทะเบียนยาว่า stand-alone registration นั่นคือ ผู้ผลิตแต่ละรายต่างทำการศึกษาวินิจฉัยกับยาชีววัตถุของตนตามข้อกำหนดของหน่วยงานรัฐที่กำกับดูแลในประเทศนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลยืนยันขึ้นทะเบียนตามข้อกำหนด ด้วยเหตุนี้จึง **ไม่** เรียกขานผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุชนิดเดียวกันที่ขึ้นทะเบียนและวางจำหน่ายลำดับถัดมาในภายหลังว่า **ยาชีววัตถุสามัญ** ในทำนองเดียวกันกับที่เคยใช้เรียกโดยทั่วไปกับผลิตภัณฑ์ยาสามัญที่มีตัวยาลำคัญเป็นสารเคมี โมเลกุลขนาดเล็ก และไม่ซับซ้อน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความสับสนหากไปพบเจอการใช้คำศัพท์ **Biogenerics** ที่มีการใช้มาก่อนในอดีตในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาแนวคิดและหลักการของยาชีววัตถุคล้ายคลึง ซึ่งในช่วงเวลานั้นอาจมีแนวคิดในลักษณะที่เชื่อว่าเหมือนกับผลิตภัณฑ์ยาสามัญที่เป็นสารเคมีว่าอาจใช้คำศัพท์ดังกล่าวได้ในทำนองเดียวกันแต่ในที่สุดโดยหลักวิชาการที่ถูกต้องตามธรรมชาติของยาชีววัตถุ ไม่สามารถใช้คำศัพท์ดังกล่าวได้ ในปัจจุบันคำศัพท์นี้จึงไม่เป็นที่ยอมรับและ **ไม่ใช้** คำว่า Biogenerics หรือยาชีววัตถุสามัญอีกต่อไปในแวดวงวิชาการด้านนี้

นอกจากนี้ยังมีคำศัพท์อื่นที่อาจมีผู้ใช้ในเวทีต่าง ๆ ซึ่งผู้เขียนไม่สนับสนุนให้ผู้อ่านใช้ เพราะอาจเกิดความสับสนและสื่อสารกันได้ยาก หากมีความแตกต่างในความหมายที่ต้องการสื่อสารอย่างแท้จริง คำเหล่านี้ เช่น similar biopharmaceuticals, 2nd generation biologicals หรือ me-too biologicals เป็นต้น และยังมีคำศัพท์บางคำที่อาจพบเห็นได้คือ biobetters แต่อยู่นอกเหนือขอบเขตการนำเสนอในคอลัมน์นี้ จึงจะไม่กล่าวถึง

อย่างไรก็ตาม ต้องเข้าใจว่าคำศัพท์ต่าง ๆ ที่ผู้เขียนนำเสนอในที่นี้ไม่ได้บัญญัติขึ้นโดยราชบัณฑิตยสถาน ผู้เขียนพยายามใช้คำศัพท์ที่บัญญัติไว้ใน **ร่าง แนวทางการกำกับดูแลยาชีววัตถุในประเทศไทย** ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในฐานะหน่วยงานที่กำกับดูแลตามกฎหมายของประเทศไทยจัดทำขึ้น โดยคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ด้วยเหตุนี้โดยนิยามแล้ว ยาชีววัตถุคล้ายคลึงจึง **ไม่ใช่** ยาสามัญที่มีตัวยาลำคัญคือสารเคมี เนื่องจากยาชีววัตถุนั้นมีโมเลกุลขนาดใหญ่ อาจมีน้ำหนักได้ถึงหลายหมื่นดัลตัน โครงสร้างของโมเลกุลมีความซับซ้อน และอบบาง ความเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยในกระบวนการผลิตยาระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุต้นแบบอ้างอิง ซึ่งอาจตรวจไม่พบได้อย่างชัดเจนจนกว่าจะมีประสบการณ์จากการใช้อย่าง

กว้างขวางแล้วในประชากรกลุ่มใหญ่อาจก่อให้เกิดความแตกต่างในผลทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมากได้ ความเข้าใจในเรื่องนี้มีความสำคัญ เพราะปัจจุบันยังพบเห็นความเข้าใจบางประการที่คลาดเคลื่อนในแวดวงนักวิชาการบางท่านหรือบุคลากรทางการแพทย์ตามโรงพยาบาลที่อาจจะมีการเรียกขอให้ทำการศึกษาระยะเปรียบเทียบระหว่างยาชีววัตถุชนิดเดียวกันที่มาจากผู้ผลิตหลายราย โดยอาจเข้าใจผิดว่ายาชีววัตถุที่ขึ้นทะเบียนในภายหลังมีลักษณะเหมือนกับยาสามัญที่คุ้นเคยกันดี และใช้ผลการศึกษาดังกล่าวมาเป็นข้อกำหนดในขั้นตอนการจัดซื้อจัดหาชีววัตถุ ผู้เขียนจะได้นำเสนอข้อมูลรายละเอียดประเด็นเหล่านี้ในโอกาสต่อไป

ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงจัดเป็น**ยาชีววัตถุใหม่** (new biological product) เช่นกัน แต่ขึ้นทะเบียนด้วยระบบการ**อ้าง** (claim) ความคล้ายคลึง (similarity) กับยาชีววัตถุต้นแบบอ้างอิงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นรายแรกในประเทศนั้น ๆ โดยทำการศึกษาระยะเปรียบเทียบที่สำคัญคือ การทดสอบความเปรียบเทียบกันได้ หรือ comparability exercise ระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุต้นแบบที่ประสงค์จะเปรียบเทียบ ซึ่งใช้กับผลิตภัณฑ์โปรตีนที่มีความบริสุทธิ์สูงและสามารถตรวจสอบลักษณะได้อย่างถ้วนทั่วตามที่กล่าวมาแล้ว เราจะได้พูดคุยกันในรายละเอียดสาระสำคัญในโอกาสต่อไป

อนึ่ง ผู้เขียนขอเน้นย้ำว่า ยาชีววัตถุคล้ายคลึงหากได้รับการขึ้นทะเบียนต้องมีหรือแสดงความคล้ายคลึงในระดับที่ว่า ความแตกต่างที่อาจมีอยู่ระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุต้นแบบอ้างอิงที่ใช้เป็นตัวเปรียบเทียบนั้น ต้อง**ไม่มี**นัยสำคัญทางคลินิก (no clinical relevance) ทั้งในเชิงความปลอดภัยและประสิทธิผล นอกจากนี้ยังเป็นที่คาดหวังว่าให้ผลการรักษาทางคลินิกที่เหมือนกันกับยาชีววัตถุต้นแบบในผู้ป่วย ฉะนั้น ในบริบทของยาชีววัตถุคล้ายคลึงจึงใช้คำศัพท์ว่า **similarity** ไม่ใช่คำว่า **identical**

Two Key Terms in Biosimilars Regulation

- **Similarity**
 - absence of significant differences in the parameters of interest (i.e., quality, safety, and efficacy)
- **Comparability exercise**
 - head-to-head comparison of a biopharmaceutical product (SBP) with a licensed originator product with the goal to establish similarity in **quality, safety, and efficacy**



*หมายเหตุ เนื้อหาในบทความนี้เป็นความเห็นทางวิชาการอิสระของผู้เขียน ไม่เกี่ยวข้องกับหรือสะท้อนนโยบายหรือจุดยืนของหน่วยงานต้นสังกัด และมิได้สะท้อนมุมมองของบริษัทฯ แต่อย่างใด บทความนี้สนับสนุนพื้นที่การนำเสนอโดยบริษัท เอเพ็กซ์เซลล่า จำกัด เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง

มาถึงขณะนี้เห็นได้ว่าผู้อ่านอาจจะสงสัยว่าประเทศไทยเรามียาชีววัตถุคล้ายคลึง หรือ biosimilars หรือไม่ เพราะผู้เขียนเคยได้รับการสอบถามจากผู้เข้าประชุมในเวทีต่าง ๆ ที่ผู้เขียนมีโอกาสบรรยายบ่อยครั้ง ซึ่งสามารถตอบได้โดยง่ายว่า **ไม่มียาชีววัตถุคล้ายคลึงในประเทศไทย** ณ ปัจจุบัน เพราะเรายังไม่มีระบบการขึ้นทะเบียนยาชีววัตถุคล้ายคลึง ขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอยู่ระหว่างการจัดทำ (ร่าง) แนวทางการกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึงในประเทศไทย จนกว่าจะได้มีการประกาศใช้อย่างเป็นทางการและมีผลตามกฎหมาย ซึ่งจะเปิดโอกาสให้มีการนำผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุคล้ายคลึงมาขึ้นทะเบียนต่อไป ฉะนั้น หากมีนักวิชาการท่านใดใช้คำว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึง หรือ biosimilars ที่หมายถึงยาชีววัตถุชนิดเดียวกันที่ขึ้นทะเบียนในประเทศไทยในลำดับถัดมาต่อจากยาชีววัตถุที่ขึ้นทะเบียนครั้งแรกด้วยผลการศึกษาวัยของต้นทั้งด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผล หรือเรียกว่ายาชีววัตถุต้นแบบ (licensed originator product) เช่น ยาอิริโทรพอยติน เป็นต้น จะถือเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ไม่ถูกต้อง และจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ผู้เขียนต้องการเริ่มต้นทำความเข้าใจอย่างถูกต้องตรงกันกับผู้อ่านในประเด็นคำศัพท์ต่าง ๆ ที่ใช้เรียกยาชีววัตถุคล้ายคลึงในบทความแรก ๆ ของคอลัมน์นี้

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะจัดประชุมเพื่อรับฟังความเห็นเกี่ยวกับ ร่าง แนวทางการกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึงในประเทศไทย ครั้งที่ 2 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2556 นี้ ที่โรงแรมนารายณ์ กรุงเทพมหานคร ผู้ที่สนใจสามารถติดต่อขอลงทะเบียนเพื่อเข้าประชุมได้ที่กลุ่มกำหนดมาตรฐานสำนักยา โทรศัพท์/โทรสารหมายเลข 0-2590-7360 หรืออีเมล qa@fda.moph.go.th และหากมีสาระสำคัญจากที่ประชุมอย่างไร ผู้เขียนอาจจะนำมาเขียนให้ผู้อ่านรับทราบกันต่อไป เพราะถือว่า ร่าง แนวทางฯ ดังกล่าวมีความสำคัญที่จะเป็นตัวกำหนดทิศทางการกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึงในประเทศไทยต่อไปในอนาคต เพื่อให้มั่นใจว่า ร่าง แนวทางฯ มีความถูกต้องตามหลักวิชาการคำนึงถึงโอกาสในการพัฒนายาชีววัตถุคล้ายคลึงภายในประเทศในอนาคต และรับประกันคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผลของยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

บทความเดือนถัดไป ผู้เขียนจะเสนอแนวคิดและหลักการเพื่อทำความเข้าใจในรายละเอียดว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงมีความแตกต่างกับผลิตภัณฑ์ยาสามัญหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ทั้งแนวคิดพื้นฐาน หลักวิชาการที่สำคัญ แนวทางการกำกับควบคุมตามกฎหมายบนพื้นฐานหลักวิชาการ เพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผลโดยผ่านกระบวนการขึ้นทะเบียนตำรับยาของหน่วยงานกำกับดูแลตามกฎหมายในประเทศต่าง ๆ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของไทย เป็นต้น

แล้วพบกันใหม่ในฉบับถัดไปของเดือนมีนาคมครับ



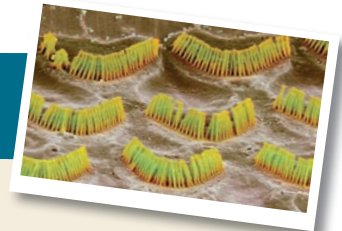
ตรวจกลิ่นแบคทีเรียวัดปอดติดเชื้อ

บีบีซี - ผลวิจัยใหม่ชี้ การจำแนกกลิ่นแบคทีเรียในปอดอาจช่วย
ยอดเป็นการทดสอบลมหายใจเพื่อวินิจฉัยภาวะปอดติดเชื้อ

นักวิจัยเชื่อว่า การตรวจลมหายใจจะช่วยลดเวลาในการวินิจฉัยปอดติดเชื้อซึ่งอาจนานถึงหลายสัปดาห์ให้รวดเร็วมาเหลือเพียงไม่กี่นาที โดยพบจากการศึกษาในหนูทดลองว่าการตรวจลมหายใจสามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างหนูที่ติดเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* และ *Staphylococcus aureus* และหนูที่ไม่ติดเชื้อ และยังสามารถจำแนกความแตกต่างของเชื้อ *P. aeruginosa* ที่พบสองสายพันธุ์

ด้านหนึ่งในคณะผู้วิจัยเปิดเผยว่า ทางคณะนักวิจัยกำลังเริ่มเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยเพื่อศึกษาจุดเด่นและข้อจำกัดของการตรวจลมหายใจ แต่ก็ยอมรับว่าการวิเคราะห์ห้องแล็บประกอบลมหายใจในขณะนี้ยังคงมีความท้าทายหลายประการรออยู่ข้างหน้า

วงการแพทย์มองว่าการวิเคราะห์ห้องแล็บประกอบลมหายใจจะเป็นก้าวสำคัญของการวินิจฉัยภาวะปอดติดเชื้อ เนื่องจากสามารถทำได้รวดเร็วและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์สามารถพัฒนาชุดตรวจลมหายใจสำหรับวินิจฉัยหอบหืดและมะเร็ง และมองกันว่าการตรวจลมหายใจนี้น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับการตรวจผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่เป็นหอบหืดและ cystic fibrosis



ปลูกเซลล์ขนฟื้นการได้ยิน

บีบีซี - นักวิจัยสหรัฐประสบความสำเร็จปลูกเซลล์ขนรับเสียง
เพื่อรักษาหูหนวกเป็นครั้งแรก

นักวิจัยทดสอบผลการใช้ยาเข้าไปกระตุ้นเซลล์ซึ่งทำหน้าที่รองรับเซลล์ขนเพื่อกระตุ้นให้เซลล์ดังกล่าวเปลี่ยนสภาพเป็นเซลล์ขน ซึ่งจากการศึกษาในหนูทดลองพบว่า วิธีนี้สามารถสร้างเซลล์ขนขึ้นมาใหม่ในหนูทดลอง และช่วยให้หนูซึ่งเคยหูหนวกสามารถรับรู้เสียง เช่น เสียงปิดประตูหรือเสียงยวดยานสัญญาณ

นักวิจัยเปิดเผยว่า การศึกษานี้เป็นครั้งแรกที่สามารถฟื้นฟูเซลล์ขนในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่โตเต็มวัยอันเป็นสิ่งที่ยังไม่เคยมีใครทำได้มาก่อน และจากการสแกนสมองก็ยืนยันว่าหนูสามารถรับรู้

เสียงได้ เพียงแต่ยังฟื้นฟูขึ้นเพียงเล็กน้อย โดยสามารถรับรู้เสียงดังและจากการสแกนสมองก็ยืนยันว่าหนูสามารถรับรู้เสียงได้ เพียงแต่ยังฟื้นฟูขึ้นเพียงเล็กน้อยและยังจำกัดเฉพาะเสียงดังในย่านความถี่ต่ำ

ด้านผู้เชี่ยวชาญจากหลายสถาบันเห็นตรงกันว่า แม้ผลลัพธ์จากการศึกษานี้ถือเป็นก้าวสำคัญและนับเป็นความหวังใหม่ของผู้ป่วยที่สูญเสียการได้ยิน แต่ก็ยังคงอีกไกลกว่าที่จะสามารถนำมาใช้ในการรักษาได้จริง และจำเป็นต้องพิสูจน์ให้เห็นว่าการปลูกเซลล์ขนสามารถฟื้นฟูการได้ยินอันเป็นโจทย์ที่รื้อการทำลายมากกว่าสามทศวรรษ

โนโรไวรัสสายพันธุ์ใหม่ระบาดทั่วโลก

รอยเตอร์ส - พบการระบาดของโนโรไวรัสสายพันธุ์ชนิดนี้ 2012
แล้วในหลายประเทศทั่วโลก และกำลังกลายเป็นสายพันธุ์ที่มี
ผู้ติดเชื้อมากที่สุดบนเกาะอังกฤษ

นักวิจัยเปิดเผยว่า เชื้อโนโรไวรัสสายพันธุ์ชนิดนี้ 2012 ไม่ได้ทำให้เกิดอาการป่วยรุนแรงกว่าสายพันธุ์อื่นซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการอาเจียน ท้องร่วง มีไข้ ปวดศีรษะ และปวดเกร็งท้อง อย่างไรก็ตาม ไวรัสสายพันธุ์นี้เป็นหนึ่งในไวรัสในคนที่สามารถแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วที่สุด

นักวิจัยกล่าวด้วยว่า สถานการณ์การระบาดของไวรัส

สายพันธุ์ชนิดนี้ 2012 จะไม่มีผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงยิ่งขึ้น และจะไม่ส่งผลกระทบต่อแนวทางการควบคุมและการรักษาผู้ติดเชื้อ และว่าเชื้อโนโรไวรัสเป็นที่ทราบกันดีว่าสามารถกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ได้ง่าย และในช่วงที่เข้าสู่ฤดูการระบาดของไวรัสนี้ก็อาจพบไวรัสบางตัวมากเป็นพิเศษ

ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาจำเพาะสำหรับการติดเชื้อโนโรไวรัส และยังคงเน้นการรักษาตามอาการเพื่อให้ร่างกายฟื้นตัวขึ้นเอง โดยแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเป็นประจำเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ และโดยมากอาการมักทุเลาลงภายในสองวัน

สกอตแลนด์เปิดแอฟใหม่ พยากรณ์ใบหน้าหญิงดื่มจัด

บีบีซี – ทางสกอตแลนด์เปิดตัวแอฟกระจกวิเศษสำหรับ
สามารถจำลองโครงสร้างใบหน้าผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจาก
การดื่มจัดเกินเกณฑ์มาตรฐาน

แอฟตัวนี้ยังสามารถจำลองใบหน้าในอีก 10 ปีข้างหน้าที่จะ
พินทุขึ้นหากลดปริมาณการดื่มเหล้าเสียแต่วันนี้ โดยเป็นส่วนหนึ่ง
ของความพยายามเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มเหล้าของหญิงวัย
31-44 ปี เพื่อให้สาวนักดื่มตระหนักถึงประโยชน์ของการดื่มให้น้อย
ลง ซึ่งจะช่วยดูแลสุขภาพและชะลอวัยให้ยาวนาน

อีกด้านหนึ่งเจ้าหน้าที่ประเมินว่า ทุกหนึ่งใน 30 รายของ



การเสียชีวิตในผู้หญิงสกอตแลนด์
อายุระหว่าง 31-44 ปี เป็นผลมา
จากการดื่มแอลกอฮอล์เกินพิกัด เห็นได้จากอุบัติการณ์ของตับแข็ง
และโรคตับซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังมากกว่า 20 ปี อนึ่ง โครงการสำรวจ
สุขภาพของสกอตแลนด์ยังได้แนะนำให้ผู้หญิงดื่มไม่เกินสัปดาห์ละ
14 หน่วย



เอพี – นโยบายลูกคนเดียวทำให้เด็กจีนมีสถานภาพเป็น
'จักรพรรดิน้อย' และทำให้เด็กขาดลักษณะนิสัยที่จำเป็นสำหรับ
การใช้ชีวิตในสังคม

จากการสำรวจพบหลักฐานใหม่ว่า นโยบายลูกคนเดียว
ทำให้เด็กจีนเพาะนิสัยเหยาะเหยาะ ขาดความกระตือรือร้นที่จะ
แข่งขัน ขาดความรอบคอบ ขณะเดียวกันก็มีนิสัยขี้ลาด ไม่กล้า
เผชิญกับเรื่องร้าย และคาดว่าหากสถานการณ์ยังคงเป็นเช่นนี้ก็จะ
ทำให้เด็กกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ขาดความเชื่อมั่นและความกล้า ซึ่งจะ

นโยบายลูกคนเดียว ทำเด็กจีนขาดวุฒิภาวะ

พลอยส่งผลกระทบไปถึงการทำงานและเศรษฐกิจของประเทศด้วย

นักวิจัยชี้ว่า นโยบายลูกคนเดียวทำให้เด็กเป็นที่รักของทุก
คนในบ้านและได้รับการปรนเปรอจากครอบครัวอย่างเต็มที่โดยที่
ไม่ต้องแบ่งปันกับใคร แต่เมื่อเด็กเข้าสู่สังคมก็จะตระหนักว่าตนเอง
ไม่ได้แตกต่างจากคนอื่น ซึ่งการประคบประหงมมากเกินไปจะส่งผล
ย้อนกลับให้เด็กรู้สึกสูญเสียสถานภาพการเป็นคนสำคัญ ขณะที่ไม่
สามารถแข่งขันกับคนอื่นได้

อนึ่ง เมื่อปีก่อนสำนักงานที่ปรึกษาของทางการ
จีนเรียกร้องให้ผู้นำรัฐบาลทยอยเลิกนโยบายลูกคนเดียว และ
อนุญาตให้แต่ละครอบครัวมีลูกได้สองคนภายในปี พ.ศ. 2558 โดย
ระบุว่า นโยบายลูกคนเดียวเป็นสาเหตุของปัญหาสำคัญ สวัสดิการ
และส่งผลโดยตรงต่ออัตราส่วนประชากรจากปัญหาการทำแท้ง
ลูกสาวเพื่อจะเก็บไว้แต่ลูกชาย

หัดสองภาษาช่วยพัฒนาสมองไว

ABCNews – ทักษะการพูดได้สองภาษาอาจเป็นปัจจัยช่วยชะลอ
การเสื่อมสภาพของสมอง

นักวิจัยสหรัฐชี้ การฝึกเด็กพูดสองภาษาดังแต่เล็กอาจส่งผล
ต่อการชะลอการเสื่อมสภาพของสมองในวัยชรา หลังพบจาก
การศึกษาว่า ผู้ที่พูดสองภาษาเป็นประจำสามารถสลับภารกิจได้เร็วกว่า
ผู้ที่พูดได้เพียงภาษาเดียว โดยมีรูปแบบกิจกรรมทางสมองใน

การตอบรับกับสิ่งเร้าที่แตกต่างกับผู้พูดได้ภาษาเดียว

ผลการศึกษาก่อนหน้านี้โดยนักวิจัยคณะเดียวกันยังระบุว่า
ผู้สูงอายุนั้นผู้ที่พูดสองภาษาสามารถสลับการทำงานของสมองได้
รวดเร็วกว่าผู้สูงอายุที่รู้แค่หนึ่งภาษา และนักวิจัยยังได้เสนอแนะให้
ผู้ปกครองส่งเสริมให้เด็กเรียนสองภาษาดังแต่อายุน้อยเพื่อช่วย
เสริมการทำงานของสมอง

ศิริราช เปิดโครงการคัดกรองแก้ไขโรคปากแหว่ง เพดานโหว่

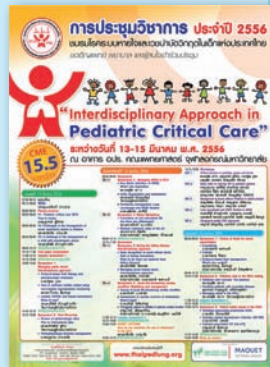
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จัดโครงการคัดกรองแก้ไขโรคปากแหว่ง เพดานโหว่ จำนวน 200 ราย ช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้และด้อยโอกาส เฉลิมพระเกียรติ 85 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ โดยเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าผ่าตัดแก้ไขโรคปากแหว่ง เพดานโหว่นั้น จะต้องผ่านการคัดกรองวินิจฉัยจากแพทย์ศิริราชที่หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 3 และได้รับการประเมินจากนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลศิริราชว่าเป็นบุคคลที่มีรายได้น้อย เหมาะสมที่จะเข้าร่วมโครงการ โดยที่ผู้ป่วยจะต้องพักรักษาในหอผู้ป่วยสามัญเท่านั้น

ผู้สนใจไม่ว่าจะอยู่ในวัยใด หรือมีสิทธิใด ๆ ก็ตาม สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป สอบถามหรือสมัครได้ที่ โทรศัพท์ 0-2419-8002 นอกจากนี้ทางคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลยังเปิดกองทุน “แก้ไขความพิการบริเวณใบหน้า (ปากแหว่ง เพดานโหว่)” ให้คนไทยได้มีส่วนร่วมเฉลิมพระเกียรติ และร่วมสร้างกุศลโดยทั่วกัน ผู้สนใจสามารถบริจาคได้ทุกวันที่ ศิริราชมูลนิธิ ตึกมหิดลบำเพ็ญ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 0-2419-7658-60



ประชุมวิชาการ Interdisciplinary Approach in Pediatric Critical Care

ชมรมโรคระบบหายใจ และเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย ขอเชิญแพทย์ พยาบาล และผู้สนใจเข้าร่วมประชุม “Interdisciplinary Approach in Pediatric Critical Care” ระหว่างวันที่ 13-15 มีนาคม พ.ศ. 2556 ณ อาคาร อปร. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้สนใจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2201-1649, 0-2201-1727, 08-9158-5183 โทรสาร 0-2201-1850 E-mail: cherrygunner@gmail.com, www.thaipedlung.org



จุฬาฯ จัดการประชุมฝึกอบรม Standard Course in Clinical Trials 2013

คณะกรรมการ CTC (Clinical Trial Center) และฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดการประชุมฝึกอบรม Standard Course in Clinical Trials 2013 ในระหว่างวันที่ 25-27 มีนาคม พ.ศ. 2556 เวลา 08.00-16.00 น. ณ อาคารแพทย์พัฒนา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิธีการอบรมคือ การบรรยาย, อภิปราย, ชักถาม (power vote/electronic vote)

ทั้งนี้ คุณสมบัติของผู้เข้าฝึกอบรม ได้แก่ คณาจารย์, แพทย์, แพทย์ประจำบ้าน, พยาบาล, นักวิจัย, นักวิชาการ รับผู้เข้าการอบรม 280 คน สำหรับค่าลงทะเบียนชำระภายในวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2556 ท่านละ 3,000 บาท ชำระเงินหลังจากวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2556 ท่านละ 3,500 บาท (สามารถเบิกได้ตามระเบียบของทางราชการ)

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2256-4455, 09-0106-9557 E-mail: psinthavanuruk@yahoo.com, <http://research.md.chula.ac.th/sct2013>



ประชุมวิชาการ Menopause Academic Conference 2013

สมาคมวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดประชุมวิชาการ Menopause Academic Conference 2013 ระหว่างวันที่ 27-29 มีนาคม พ.ศ. 2556 ณ โรงแรมมณเฑียร ริเวอร์ไซด์ พระราม 3 กรุงเทพฯ สนใจติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ สำนักงาน MAC 2013 หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 7 โทรศัพท์ 0-2419-4657

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าทั่วโลก มีผู้หญิงที่ต้องเผชิญกับปัญหาการทำแท้งถึงปีละ 20 ล้านคน เสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย 80,000 คน หรือตกชั่วโงละ 9 คน สำหรับประเทศไทยปัจจุบันมีผู้หญิงไทยในวัยเจริญพันธุ์ (15-49 ปี) ซึ่งมีจำนวนมากถึง 16 ล้านคน หรือ 1 ใน 4 ของประเทศยังคงมีปัญหการทำแท้งที่ไม่พร้อม และเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง

แม้ที่ผ่านมาจะมีการรณรงค์ไม่ให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร สร้างความรู้ความเข้าใจให้รู้จักวิธีการคุมกำเนิด สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ แต่ดูเหมือนว่าปัญหาเหล่านี้ยังคงมีให้เห็น ที่เด่นชัดที่สุดคงหนีไม่พ้นกรณีพบซากทารกที่ถูกทำแท้งจำนวน 2,002 ศพ เมื่อช่วงปลายปี พ.ศ. 2553 กลายเป็นภาพสะท้อนให้สังคมได้ตระหนักและให้ความสำคัญ เพราะนั่นแสดง

กำหนดเงื่อนไขว่า หญิงที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี หรือตั้งครรภ์ไม่พร้อม อันเนื่องจากการล่วงละเมิดทางเพศ และการตั้งครรภ์ที่มีผลต่อสุขภาพกายและใจของแม่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้เลยนั้น ส่งผลให้มีหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากหันไปทำแท้งเถื่อนแทน ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาด้วยตัวเองที่ไม่ถูกต้องและไม่ปลอดภัย เป็นผลให้เกิดปัญหาสุขภาพกาย จิตใจ ครอบครัวย และสังคมตามมาอีกมากมาย

“ปัญหาการป้องกันการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยของทุกประเทศ เป็นเรื่องของทัศนคติของผู้ให้บริการที่มีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับเรื่องของการทำแท้ง อีกทั้งเรื่องการปรับทัศนคติเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก การจะหาวิธีให้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้เข้าไปสู่กระบวนการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยได้นั้นจึงเป็นเรื่องที่ต้องกำหนดแนวทางร่วมกัน”

สาปปัญหา ‘ท้อง-แท้ง-ทิ้ง’ เตือนวัยโจ๋คุมสัณนิคก่อนคิดรัก



ถึงว่ามีผู้หญิงไทยจำนวนมากที่กำลังประสบกับปัญหาดังครรภ์ไม่พร้อม และเลือกทางออกคือ การทำแท้งซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ยิ่งในช่วงเทศกาลวันวาเลนไทน์ของทุกปีด้วยแล้ว ประเด็น “เสียสาวในวันวาเลนไทน์” เพื่อเป็นการพิสูจน์ความรักที่มีต่อฝ่ายชายที่ถึงแม้จะเป็นค่านิยมที่ผิด ๆ แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่ายังมีให้เห็นอยู่ในสังคมไทย ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในวันวาเลนไทน์ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่าง ๆ ที่จะตามมา เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์และคลอดบุตรก่อนวัยอันควร การทำแท้ง การทอดทิ้งเด็ก การออกจากโรงเรียนกลางคัน ฯลฯ



พ.อ.กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง

พ.อ.กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัย การเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เผยถึงสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมว่า

สาเหตุหลักมาจาก 2 ปัจจัยคือ 1. ถูกล่วงละเมิดทางเพศจากคนใกล้ชิด โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น และ 2. การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ซึ่งเป็นเรื่องของทัศนคติที่มองว่าผู้หญิงที่รู้จักการป้องกันตนเองเป็นคนใจแตก โดยเฉพาะผู้หญิงวัยทำงานที่ยังใช้คำนำหน้าว่านางสาว หรือยังไม่มีสามี เมื่อมาขอใช้บริการคุมกำเนิดตามสถานพยาบาล เช่น ใส่ห่วง หรือฉีดยา ผู้ให้บริการมักมองว่ามีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงไทยมีปัญหาเรื่องการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ทั้งการขูดมดลูกซึ่งมีอัตราการตาย การตกเลือด และการติดเชื้อสูง รวมไปถึงความล่าช้าของการดำเนินการยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมายอาญามาตรา 305 และข้อบังคับแพทยสภาที่

พ.อ.กิตติพงศ์ กล่าวอีกว่า

สถานการณ์ภาพรวมของไทยในเรื่องของการยุติการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการแท้งที่ไม่ปลอดภัยยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แม้ว่าขณะนี้ประชาชนมีสิทธิได้รับการบริการด้านสุขภาพอย่างถ้วนหน้า แต่โรคภาวะท้องไม่พร้อมและปัญหาการแท้งไม่ปลอดภัยเป็นโรคเดียวที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างจริงจัง และยังไม่มียุทธศาสตร์สุขภาพรองรับ ปัจจุบันจึงยังพบวัยรุ่นและผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ท้องไม่พร้อม และการแท้งอย่างไม่ปลอดภัยอีกเป็นจำนวนมาก ซึ่ง



สถานบริการส่วนมากยังคงไม่มีการบริการคุมกำเนิด ส่งผลให้ผู้หญิงเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและการป้องกันอย่างถูกวิธี จึงทำให้เกิดการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากการทำแท้งไม่ปลอดภัย โดยในแต่ละปีรัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาการป่วยและตายจากการทำแท้งและการขูดมดลูกเป็นจำนวนมาก

สำหรับประเทศไทยมีแนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าวเบื้องต้นคือ 1. เสนอให้ทุกสถานพยาบาลดำเนินการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยตามวิธีที่องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำคือ ยกเลิกการขูดมดลูก โดยให้หันมาใช้เครื่องดูดมดลูกแทนซึ่งมีความปลอดภัยกว่า และให้ใช้ยา Mifepristone และ Misoprostol ในการยุติการตั้งครรภ์กรณีที่อายุครรภ์น้อยกว่า 63 วัน หรือ 9 สัปดาห์ ซึ่งเป็นยาที่องค์การอนามัยโลกได้บรรจุลงในบัญชียาหลัก

อย่างไรก็ตาม การรณรงค์ให้แต่ละประเทศขึ้นทะเบียนยาทั้งสองตัวนี้ไม่ได้เป็นการส่งเสริมให้มีการทำแท้งอย่างเสรี แต่ต้อง



เป็นการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยตามกฎหมายของแต่ละประเทศกำหนด และควรมีการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนแพทย์และพยาบาลให้มีความเข้าใจการบริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยตามหลักกฎหมายมากขึ้น

รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้เครื่องดูดมดลูกและยายุติการตั้งครรภ์ ที่ถูกต้อง ปลอดภัย รวมถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติและเปิดให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด และการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

นพ.กิตติพงศ์ กล่าวเพิ่มเติมอีกว่า ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถพบได้ทั้งในกลุ่มวัยรุ่น เยาวชน และวัยทำงาน ซึ่งตัวเลขที่แน่นอนของการทำแท้งที่แน่ชัดไม่มีใครทราบ แต่คาดว่าในประเทศไทยน่าจะมีการทำแท้งปีละประมาณ 2-3 แสนคน และจากการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลบางส่วนที่เข้าร่วมในการสำรวจการทำแท้งไม่ปลอดภัยพบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ทำแท้งมีอายุต่ำกว่า 15 ปี และอีกประมาณร้อยละ 50 มีอายุเฉลี่ยที่ 25 ปี ตัวเลขนี้สะท้อนให้เห็นว่า トラบไคที่ยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และปัญหาในเรื่องของการยุติการตั้งครรภ์ไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นได้ในทุกกลุ่มวัย

“เมื่อเกิดปัญหาขึ้นมาแล้ว การแก้ปัญหาที่ควรจะต้องเปิดอกคุยกัน ไม่ใช่กล่าวโทษหรือตำหนิเด็กเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมองว่าเด็กที่ท้องไม่พร้อมคือ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากบริบททางสังคมที่เปลี่ยนไป สื่อเองเปิดเผยและเข้าถึงง่ายขึ้น เมื่อพ่อแม่ไม่มีเวลาเลี้ยงหรืออบรมลูก เด็กก็ไม่มีภูมิคุ้มกัน เมื่อไม่มีที่ปรึกษา พอออกมาในสังคมก็ตามเพื่อนหรือหลงไปตามวัตถุ”

ทั้งนี้หากลองลึกไปถึงปัญหาท้องในวัยรุ่น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะขาดความรู้ในการคุมกำเนิด เข้าใจผิดคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์แค่ครั้งเดียวไม่น่าจะทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งนั้นมาจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

“ในการแก้ปัญหาต้องยอมรับว่า การจัดการเรียนการสอนยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ กระบวนการนี้จึงต้องเร่งพัฒนาการเรียนการสอนในระบบการศึกษาให้ทันสังคม ครูผู้สอนต้องสอนเรื่องเพศได้ โดยเฉพาะเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งหมายถึงการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยการใช้ถุงยางอนามัย หรือสอนทักษะในการป้องกันตนเอง รู้จักบอกปฏิเสธในการที่จะมีเพศสัมพันธ์ หรือถ้าเกิดต้องมีเพศสัมพันธ์แบบที่ปฏิเสธไม่ได้ จะทำอย่างไรที่จะเจรจาให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัย ฝ่ายหญิงเองก็ต้องรู้จักใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม ไม่จำกัดตัวเองแค่การกินยาเม็ด หรือฉีดยาคุม ในรายที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ควรมีความรู้ถึงทางเลือกในการ

คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ๆ อย่างการฝังตัวยา หรือการใส่ห่วงซึ่งสามารถคุมกำเนิดได้นาน 3-5 ปี”

ทั้งนี้ในปัจจุบันนอกจากจำนวนของผู้หญิงไทยในวัยเจริญพันธุ์ (15-49 ปี) ซึ่งมีถึง 16 ล้านคน หรือ 1 ใน 4 ของประเทศที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง ยังพบแนวโน้มของวัยรุ่นในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีอายุลดลงเรื่อย ๆ เฉลี่ยอยู่ที่ 15-16 ปี

จากข้อมูลของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2550-2554 พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 55.1 และร้อยละ 70 ของวัยรุ่นใช้บ้านตนเองหรือบ้านเพื่อนเป็นสถานที่ที่มีเพศสัมพันธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากใช้วิธีคุมกำเนิดไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ใช้วิธีการป้องกันเนื่องจากขาดความรู้ มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการร่วมเพศ คิดว่าร่วมเพศครั้งเดียวแล้วไม่ตั้งครรภ์ การใช้ถุงยางอนามัยขัดขวางความรู้สึกทางเพศ และไม่รู้ว่าจะตนเองจะมีโอกาสตั้งครรภ์เมื่อใด นอกจากนี้วัยรุ่นยังไม่กล้าไปขอรับบริการคุมกำเนิด เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีทัศนคติไม่ดีต่อวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นแม้จะมีความรู้แต่ก็ไม่ถึงบริการคุมกำเนิด



พ.ว.ชุลานัน ศรีแก้ว

นพ.ชุลานัน ศรีแก้ว รัฐมนตรี

ช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า

จากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย และมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ส่งผลให้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติ

สาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2554 มีเด็ก

วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ

370 คน และในอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดบุตรวันละ 10 คน นอกจากนี้

ยังพบร้อยละ 53 ของผู้ป่วยที่ทำแท้งส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นและเยาวชน

และร้อยละ 30 มีสถานภาพเป็นนักเรียน นักศึกษา การตั้งครรภ์ใน

วัยรุ่นพบว่ามากกว่าร้อยละ 80 เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผล

กระทบที่สำคัญพบว่า แม่วัยรุ่นยังขาดโอกาสในการศึกษา เพราะ

ต้องรับภาระในการดูแลบุตรและการสร้างครอบครัว

สำหรับแนวทางแก้ปัญหา กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ

ภาคเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายและ

ยุทธศาสตร์พัฒนานาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.

2553-2557) โดยส่งเสริมให้ครอบครัวอบอุ่น

มีลูกเมื่อพร้อม สนับสนุนให้โรงเรียน

มีการจัดการเรียนการสอน

และจัดกิจกรรมเพื่อเสริม

สร้างความรู้เรื่องเพศ

ศึกษา รวมทั้งการพัฒนา

ทักษะชีวิตของนักเรียน

อีกทั้งยังส่งเสริมให้โรง

พยาบาลทุกแห่งพัฒนา



ระบบบริการสาธารณสุข เน้นการเข้าถึงการใช้บริการในกลุ่มวัยรุ่น จัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และเยาวชน พร้อมทั้งส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ในกลุ่มวัยรุ่นทั้งในและนอกสถานศึกษา ด้วยการพัฒนาระบบ การให้คำปรึกษา การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น และระบบส่งต่อเพื่อ เชื่อมโยงระหว่างชุมชน สถานศึกษา และคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาล ผ่านการดำเนินการโครงการ 1 โรงเรียน 1 โรงพยาบาล และอำเภอ อนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนสนับสนุนให้ทุกจังหวัดมีการจัดตั้ง คณะกรรมการหรือคณะทำงานแก้ไขปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ ระดับจังหวัด โดยเฉพาะประเด็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชน มีแผนยุทธศาสตร์และนำสู่การปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพ และอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอย่างยั่งยืน

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังได้ริเริ่มโครงการต้นแบบ เพื่อเปลี่ยนการทำแท้งเป็นการทำคลอด ป้องกัน และแก้ไขปัญหา การทำแท้งแบบบูรณาการ โดยได้ประสานกับโรงพยาบาลยืนยันให้ เป็นสถานที่รับฝากครรภ์และทำคลอดให้แก่เยาวชนที่มีปัญหา และ รับดูแลเด็กเกิดใหม่หลังคลอดเป็นระยะเวลา 3 ปี โดยเยาวชนที่เป็น แม่เด็กสามารถมารับเด็กไปเลี้ยงดูเมื่อมีความพร้อมตามความต้องการ ซึ่งเยาวชนสามารถกลับไปศึกษาต่อจนจบ และประกอบอาชีพได้ ไม่ต้องเสียอนาคต

อย่างไรก็ดี การตั้งครรภ์ไม่พร้อมสามารถป้องกันได้ โดย ในปัจจุบันมีวิธีการคุมกำเนิดหลากหลายวิธี ซึ่งบางคนอาจรู้จักแค่ ยาคุมกำเนิดกับถุงยางอนามัย แต่ในความเป็นจริงแล้วมีวิธีคุมกำเนิด หลากหลายวิธีให้เลือก แต่ละวิธีก็มีความปลอดภัยมากน้อยต่างกัน และมีทั้งข้อดี ข้อเสีย ดังนี้

ถุงยางอนามัย เป็นวิธีคุมกำเนิดที่เก่าแก่ที่สุดและยัง เป็นการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อีกด้วย ซึ่งความปลอดภัย ในการคุมกำเนิดก็ขึ้นอยู่กับวิธีการใช้ ถึงกระนั้นก็ยังมีความเสี่ยงวิธี หรือใช้ถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพต่ำหรือหมดอายุ ที่พบบ่อยคือการ สวมถุงยางอนามัยตอนใกล้จะหลังคือไม่ใช้ตั้งแต่ต้น ก็จะทำให้เกิด ความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากน้ำหล่อลื่นในช่วงแรกก็อาจมีเชื้อ อสุจิออกมาแล้ว

ยาคุมกำเนิดมีฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ฮอร์โมนทั้งสองตัวนี้จะป้องกันไม่ให้ไข่ตกและเปลี่ยนแปลงเยื่อ บังโพรงมดลูกให้ไม่เหมาะแก่การฝังตัว แต่ต้องกินยาคุมกำเนิดติดต่อกันทุกวันเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และหยุดพักหนึ่งสัปดาห์ที่จะมีประจำ เดือนในช่วงนั้น วิธีนี้เป็นวิธีที่ปลอดภัยมากและยังช่วยลดอาการ ปวดท้องประจำเดือนได้ด้วย

ยาคุมกำเนิดหลังมีเพศสัมพันธ์ หรือยาคุมฉุกเฉิน เป็น ยาที่มีความแรงของตัวยาและต้องให้แพทย์สั่งในกรณีฉุกเฉิน เช่น มี เพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ตั้งใจ ไม่ได้ป้องกัน หรือมีความเสี่ยงกับการตั้ง ครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ยานี้ต้องกินภายใน 72 ชั่วโมง หลังการมีเพศ สัมพันธ์ยังกินยาได้เร็วเท่าไรก็จะปลอดภัยมากเท่านั้น วิธีคุมกำเนิด วิธีนี้ไม่ค่อยแนะนำให้ใช้ เพราะเนื่องจากจะมีอาการข้างเคียงมาก

อีกทั้งประสิทธิภาพไม่ดีพอ และ อาจเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก ได้

คุมกำเนิดแบบ

ฉีด 3 เดือน เป็นยาฉีดที่มี ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน โดย การฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่ สะโพกหรือต้นแขน มีผล ควบคุมไม่ให้ตั้งครรภ์ได้ 3

เดือน มีความปลอดภัยในการคุมกำเนิด

สูง และช่วยลดอาการปวดท้องระหว่างมีรอบเดือนแต่เป็นยาที่มี ฮอร์โมนสูง จึงต้องได้รับการพิจารณาจากแพทย์

ฝังวิธีชั่วคราว

มีลักษณะเป็นแท่งพลาสติก มีขนาดเท่าไม้ขีด มีฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน โดยใช้การใส่เข้าไปที่ต้นแขนใต้ผิวหนังของ ผู้หญิง ป้องกันไข่ตกและป้องกันไม่ให้สเปิร์มเข้าไปในรังไข่ หลังจาก 3 ปีก็ให้แพทย์เอาออก เป็นวิธีที่ปลอดภัย แต่วิธีนี้อาจทำให้มี ผลเป็นเล็ก ๆ และมีเลือดออกกะปริดกะปรอยในระยะแรก เมื่อ ใช้ไประยะหนึ่งก็จะหาย

การใส่ห่วง

เป็นห่วงที่ทำจากพลาสติกขนาดเล็กและมี ขดลวดทองแดงเล็ก ๆ พันรอบห่วง ใช้สำหรับคุมกำเนิดอย่างเดียว โดยผู้หญิงจะใส่ห่วงในช่วงมีรอบเดือน เพราะใส่ง่าย มีอายุคุมกำเนิด ได้ถึง 5 ปี เป็นห่วงที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนน้อย สามารถคุมกำเนิดได้ 5 ปี ส่วนห่วงอีกชนิดหนึ่งเป็นห่วงที่มีฮอร์โมน โปรเจสเตอโรน ใช้ได้ทั้งคุมกำเนิด ลดอาการปวดประจำเดือน และ อาการประจำเดือนมามากที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของมดลูก บางชนิด

นับวันจากปฏิทิน

เป็นวิธีที่ผู้หญิงต้องมีปฏิทินประจำตัว เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก เหมาะกับผู้หญิงที่มีประจำเดือนสม่ำเสมอ (28 วัน) แต่ช่วงไข่ตกก็ต้องใช้วิธีอื่นคุมกำเนิด โดยเฉลี่ยของการ ผิดพลาดคือ 9 คนจาก 100 คนที่พลาดจนเกิดการตั้งครรภ์

“สำหรับคู่ชายหญิงที่จะมีเพศสัมพันธ์ควรรู้วิธีการคุมกำเนิด ที่เหมาะสม ซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงว่าช่วงอายุใด ยิ่งในวัยรุ่นที่มีเพศ สัมพันธ์ยิ่งต้องรู้จักการคุมกำเนิด เพราะปัญหาการมีบุตรไม่พร้อม และการทำแท้งในปัจจุบันเกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นเป็นจำนวนมาก เพราะ วัยรุ่นที่มีความต้องการมีเพศสัมพันธ์ แต่ไม่มีความกล้าและเข้าถึง การรับบริการในการคุมกำเนิดหันไปเลือกใช้อยาคูมฉุกเฉิน ซึ่งให้ผล แค่ 75% อีกทั้งยังไม่สามารถกินเกินเดือนละ 4 เม็ดได้ นั่นก็หมายความว่า ใช้ในทุกครั้งที่มิเพศสัมพันธ์ไม่ได้ เพราะอาจมีผลข้างเคียง เช่น รอบเดือนผิดปกติ มามากหรือน้อยเกินไปได้ อีกทั้งเมื่อเทียบกับยา คุมกำเนิดแบบรายเดือน หรือแบบฝัง แบบฉีด ที่ให้ประสิทธิภาพ ถึง 99% ซึ่งปลอดภัยแน่นอน ทั้งนี้ควรเลือกให้เหมาะสมกับผู้ใช้”

น.พ.กิตติพงศ์ กล่าวทิ้งท้าย





เครื่องสำอางราคาถูก ! “สวยสุดคุ้ม” หรือ “เสี่ยงสุดขีด”

คงปฏิเสธได้ว่าเครื่องสำอางนั้นถือเป็นปัจจัยหลักของมนุษย์เราไปแล้ว ไม่ใช่เพียงผู้หญิงเท่านั้นที่รักสวยรักงาม เพราะในสมัยนี้ผู้ชายที่หันมาเอาใจใส่ดูแลตัวเองให้ดูดีก็มีอยู่ไม่น้อย อีกทั้งกระแสนิยมเกาหลียุคใหม่ คำนิยมนักร้อง K-POP ทั้งหลาย ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์ความสวยความงามแบรนด์เกาหลียุคใหม่ที่มีคุณสมบัติช่วยเสริมผิวหน้าให้สวยเต่งแบบนักร้อง K-POP ตีตลาดไทยได้เป็นอย่างดี และด้วยความที่กลุ่มพ่อค้าและแม่ค้าที่ขายของเถื่อนเล็งเห็นถึงผลกำไรอันมหาศาล จึงได้นำสินค้าเกาหลียปลอมมาขายตามท้องตลาด

หาซื้อได้ง่ายและมีราคาที่ถูกลงกว่าของแท้เป็นอย่างมาก และด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของกลุ่มผู้บริโภค ทำให้เกิดพฤติกรรมการเลือกบริโภคสินค้าที่ผิด โดยไม่คำนึงถึงผลร้ายข้างเคียงที่จะตามมา

Talk of the Town ในฉบับนี้ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มนักศึกษาแพทย์ในเรื่องของการเลือกบริโภคสินค้าประเภทเครื่องสำอางว่าพวกเขามีความคิดเห็นอย่างไรกับการใช้เครื่องสำอางเถื่อนราคาถูก ถือเป็นการลงทุนที่ “สวยสุดคุ้ม” หรือ “เสี่ยงสุดขีด” กันแน่...



นศพ.สุชาวดี กันตรัฐวรรณ

“เรื่องความสวยความงามเป็นสิ่งที่ผู้หญิงทุกคนให้ความสนใจ และกระแสที่มาแรงในตอนนี้นคงหนีไม่พ้นผลิตภัณฑ์นำเข้าจากเกาหลี และด้วยความเป็นที่นิยมของสาว ๆ ที่อยากสวยใสแบบดาราเกาหลี จึงมีกลุ่มผู้ค้าของเถื่อนทำเครื่องสำอางปลอมมาหลอกลวงขายให้แก่ผู้บริโภคอยู่เต็มท้องตลาด หาซื้อได้ง่าย และมีราคาที่ถูกมาก ซึ่งผู้บริโภคมักเลือกซื้อใช้ อาจด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือเห็นแก่ของราคาถูกโดยไม่ได้อะไรถึงผลเสียที่ตามมา และอยากฝากถึงผู้ขายเครื่องสำอางเถื่อนให้นึกถึงใจเขา ใจเรา นำของแท้มาขาย ทำมาหากินอย่างสุจริตดีกว่า”



นศพ.รณวิทย์ จรุงศักดิ์

“เครื่องสำอางเถื่อนสามารถหาซื้อได้ง่ายมาก มีขายตามท้องตลาดทั่วไปและราคาถูกกว่าของแท้หลายเท่าตัว ทำให้ผู้คนส่วนใหญ่ที่รู้เท่าไม่ถึงการณ์มักเลือกซื้อจากร้านค้าที่ขายในราคาถูก โดยไม่ได้คำนึงถึงความปลอดภัย แต่เมื่อเทียบกับความเสี่ยงที่จะได้รับจากการใช้สารเคมีที่ไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน ถือว่าเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายที่ไม่คุ้มค่าเลย เพราะขนาดสินค้าของแท้บางชนิด แต่ละคนยังมีสารที่ตนเองแพ้ได้ ยิ่งถ้าเป็นของปลอมด้วยแล้ว ยิ่งเป็นการเพิ่มเปอร์เซ็นต์ความเสี่ยงมากขึ้นอีก ทางที่ดีควรซื้อของแท้จะดีกว่า แล้วควรหาข้อมูลของผลิตภัณฑ์ตัวนั้น ๆ ให้ดีเสียก่อน ก่อนจะตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์นั้น”

นศพ.สุกัญญา เกษมกุล

“เป็นเรื่องง่ายมากในการหาซื้อเครื่องสำอางเกาหลียุคใหม่จากท้องตลาดทั่วไป แต่สิ่งที่ยากก็คือ เราไม่สามารถรู้ได้ว่าเครื่องสำอางที่เลือกซื้อมานั้นเป็นของแท้หรือเป็นของที่ถูกทำเลียนแบบขึ้นมา และถ้าหากเลือกซื้อผิดได้ของปลอมมาใช้ สิ่งที่จะตามมาคือ ผิวเสียแทนผิวสวย และรักษาได้ยากหรืออาจรักษาไม่หายเลย อยากให้หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค มีความเข้มงวดในการตรวจจับผู้ค้าของเถื่อนให้มากขึ้น และอยากวอนขอให้กลุ่มผู้ค้าของเถื่อนเห็นใจลูกค้ามากกว่าผลกำไรที่แลกมาด้วยการให้สิ่งของที่เป็นโทษแก่ผู้อื่น”



นศพ.ปิณณัฐ จันทิตถการ

“การเลือกซื้อเครื่องสำอางหรือผลิตภัณฑ์ใด ๆ ก็ตามทีสัมผัสหรือเข้าสู่ร่างกาย ควรให้ความใส่ใจเป็นพิเศษ ไม่ควรหลงซื้อเพียงเพราะราคาถูก แต่เป็นของแท้หรือของปลอมก็ไม่ว่า ทางที่ดีลงทุนซื้อราคาเต็มจากเคาน์เตอร์ในห้างหรือร้านค้าที่ถูกกฎหมายจะดีกว่า ส่วนผู้ที่เป็นผู้ค้า ไม่ว่าจะเป็นผู้ผลิต หรือผู้นำเข้า หรือแม่ค้าหน้าร้าน อยากวอนขอให้มีความรับผิดชอบในการขาย อยากให้เห็นใจผู้ซื้อ ไม่นำของปลอมมาหลอกลวงขาย”



นพ.ไพโรจน์ รัตนะเจริญธรรม ที่นี่ไม่ใช่สถานที่ทำงานแต่เป็นบ้านของผม

รางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น กองทุน นพ.กนกศักดิ์ พูลเกษร เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นในมูลนิธิแพทย์ชนบท เพื่อเป็นอนุสรณ์ให้รำลึกถึงคุณงามความดี ความกล้าหาญ เสียสละ และอดทนของ นพ.กนกศักดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาพระยา จ.สระแก้ว ซึ่งถูกลอบยิงโดยอาวุธสงครามจนเสียชีวิตเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2527 ในระหว่างเดินทางกลับจากการไปปฏิบัติหน้าที่ที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นอนุสรณ์แห่งคุณงามความดี ความเสียสละ กล้าหาญ และอดทนของ นพ.กนกศักดิ์ รวมตลอดถึงเพื่อสรรหาแพทย์หนุ่มสาวที่ปฏิบัติงานในชนบทเสี่ยงภัยและทุรกันดาร ด้วยความกล้าหาญ เสียสละ และอดทน ถือเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจแก่แพทย์ที่มุ่งมั่นทำความดีเพื่อชาวชนบทที่ห่างไกล และเป็นการช่วยลดปัญหาของการเกิดช่องว่างจากความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งในปีที่ผ่านมานี้มีแพทย์ผู้เสียสละ มุ่งมั่นอุทิศตนเพื่อสังคม สมควรแก่การได้รับรางวัล “แพทย์ชนบทดีเด่น กองทุน นพ.กนกศักดิ์ พูลเกษร ประจำปี 2555” จำนวนทั้งสิ้น 3 ท่าน โดยหนึ่งในผู้ที่ได้รับรางวัลนี้ได้แก่ นพ.ไพโรจน์ รัตนะเจริญธรรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากคุด จ.บึงกาฬ คุณหมอผู้เคยมีความตั้งใจแต่เดิมว่าจะทำงานเป็นแพทย์ชนบทที่ปากคุดเพียงแค่หนึ่งปี เพื่อให้มีประสบการณ์ในโรงพยาบาลชุมชนก่อนที่จะไปศึกษาต่อเป็นอาจารย์ จวบจนถึงปัจจุบันผ่านไปเกือบ 20 ปี คุณหมอก็กียังไม่ได้ย้ายออกจากโรงพยาบาลแห่งนี้ ด้วยเหตุผลที่ว่า “ที่นี่ไม่ใช่สถานที่ทำงานแต่เป็นบ้านของผม”

นพ.ไพโรจน์ เล่าให้ฟังว่า ผมเป็นคนขอนแก่น เกิดมาในครอบครัวที่มีฐานะปานกลาง มีพี่น้องรวม 5 คน โชคดีที่คุณพ่อและคุณแม่เห็นความสำคัญของการศึกษา แม้รายได้ไม่มาก ก็ขยันเงินมาเพื่อให้ลูกทุกคนได้มีโอกาสเล่าเรียน ผมเป็นลูกคนกลาง พี่ชายคนโตนายไพบุลย์ รัตนะเจริญธรรม เป็นผู้อำนวยการสำนักบริหารงานกลาง กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช พี่ชายคนรองนายอภิชัย รัตนะเจริญธรรม เป็นผู้อำนวยการสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการความรู้การเกษตร สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร กรุงเทพฯ น้องสาวคนโต ผศ.ทพญ.อโนมา รัตนะเจริญธรรม รองคณะบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษาและกิจการพิเศษ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น น้องสาวคนเล็ก ทพญ.ไครดา รัตนะเจริญธรรม อาจารย์พิเศษ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ลูกทั้ง 5 คน กว่าจะมาถึงทุกวันนี้ก็ต้องอาศัยความทุ่มเท ความเสียสละ

ความรักจากพ่อแม่เป็นอย่างมาก ผมรู้สึกโชคดีและมีบุญมากที่ได้เกิดมาเป็นลูกของท่านและมีพี่น้องที่ดีแบบนี้

สำหรับจุดเริ่มต้นของการเป็นแพทย์ นพ.ไพโรจน์ กล่าวว่า ผมโชคดีมากที่ได้มีโอกาสเรียนที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องของการเป็นแพทย์ในชนบท ทำให้ได้มีโอกาสออกไปอยู่ในหมู่บ้านที่ห่างไกลเป็นเดือน ๆ ใช้ชีวิตกินนอนกับชาวบ้าน ได้ไปอยู่โรงพยาบาลชุมชนที่ห่างไกล ที่ลำบาก ทำให้มีความรู้สึกชอบที่จะอยู่ทำงานในชนบท และในสถาบันแห่งนี้มีอาจารย์ที่ควรค่าแก่การเคารพนับถือมากมาย เป็นตัวอย่างที่ดีงามให้แก่ผม มีพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ที่น่ารัก ช่วยเหลือดูแลกันเป็นอย่างดี

“หลังเรียนจบ จำได้ขึ้นใจเลยว่าวันที่ต้องเลือกสถานที่ไปทำงานนั้น ในรอบแรกผมก็ตัดสินใจเลือกที่โรงพยาบาลปากคุด ซึ่งขณะนั้นถือว่าอยู่ใน จ.หนองคาย (ปัจจุบันอยู่ใน จ.บึงกาฬ) รอบรอบที่ 3 ค่อยมีเพื่อน ๆ มาเลือกลงที่หนองคาย สรุปว่าปีนั้นเพื่อนและผมรวม 4 คนได้เลือกที่จะมา



ใช้ชีวิตที่หนองคาย วันแรก ๆ ที่มาหนองคายจะมีพี่ ๆ มาเตือนว่าอย่าเลือกลงโรงพยาบาลปากคาดเลย พี่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีปัญหา กับแพทย์ประจำ แม้กระทั่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดก็พูดว่าให้เลือกไปอยู่ที่ไหนก็ได้ แต่ผมก็ตัดสินใจแล้วตั้งแต่แรกว่าจะมาปากคาดและก็จะอยู่ 1 ปีแล้วกลับไปเรียนต่อ ก็เลยไม่เปลี่ยนใจ”

นพ.ไพโรจน์ กล่าวว่า วันแรกที่ขับรถจากหนองคายไปปากคาดปรากฏว่าขับรถเลยอำเภอปากคาดไป 20 กว่ากิโลเมตร เพราะคิดว่าสภาพบ้านเรือนที่ขับผ่านมาของอำเภอคือหมู่บ้าน ต้องโทรศัพท์ถามจังหวัดและรถกลับมาก วันนั้นมีญาติ ๆ มาส่ง พอเข้ามาในโรงพยาบาลเมื่อเห็นสภาพโรงพยาบาล สภาพบ้านพัก สภาพน้ำใช้ที่แดงเป็นโคลน ทุกคนลงความเห็นว่าอยู่ไม่ได้หรอก อย่างมากก็ไม่เกินปี โดยในปีแรกที่ผมทำงานเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลปากคาดมีเจ้าหน้าที่เพียง 20 กว่าคน แต่ผมมีความสุขมาก พี่ผู้อำนวยการไม่เห็นจะเป็นแบบที่คนอื่นพูด พี่เขาเป็นคนพูดน้อย แต่ไม่เคยเอาเปรียบผมเลย เวลามีปัญหาอะไรผมปรึกษาพี่เขาได้ตลอด เป็นพี่ที่น่าเคารพคนหนึ่ง ส่วนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต้องบอกที่น่ารักและดีทุกคน อยู่กันแบบพี่น้อง ดูแลห่วงใยใส่ใจ สนุกสนาน ไม่นึกเลยว่าจบมาทำงานจะเจอที่ทำงานที่ทำให้รู้สึกดีแบบนี้ ทุก ๆ วันจะมีรอยยิ้ม มีเสียงหัวเราะตลอดเวลา เดินไปที่หน่วยงานไหนก็จะมีอาหาร ขนม ขวนกินตลอด ข้าวเที่ยง ข้าวเย็นกินกันครั้งละหลาย ๆ คน ผมมีความสุขจริง ๆ

“สำหรับผมเวลาผ่านไปเร็วมาก เรามีเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบัน 160 กว่าคน เราได้ทำงานพัฒนาคุณภาพ แต่เจ้าหน้าที่มักจะพูดว่าอยากทำอะไรไม่ต้องใช้สมองมาก แต่ให้ใช้แรงมาก ๆ ได้ไหม ก็เลยตกลงกันว่าเราจะทำ 5 ส เพื่อให้สถานที่ทำงานของเราน่าอยู่น่าทำงาน บรรยากาศช่วงที่ทำ 5 ส นั้นสุดยอดจริง ๆ เราขนดิน ขนทราย ขุดลอกท่อระบายน้ำ ปลูกหญ้า ทาสี ทำป้าย ฯลฯ ร่วมทำกัน 100 กว่าวัน ทุก ๆ เย็น อาหารของพวกเราคือตำส้ม ไข่เจียว และข้าวเหนียว นั่งกินด้วยกัน ฝนตกก็ยังทำด้วยกัน จนบางครั้งภรรยาของเจ้าหน้าที่ต้องมาที่โรงพยาบาลดูว่าสามีอยู่โรงพยาบาลจริงไหม หลายครั้งที่ต้องทำงานถึงกลางคืน บางครั้งพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้หญิงยังต้องช่วยกันแบกดินและหิน ช่วงนั้นเหนื่อยมากแต่ก็มีความสุขมาก ยิ่งเมื่อเราทำสำเร็จเป็นแห่งแรกของ จ.หนองคาย มีหลาย ๆ หน่วยงานมาศึกษาดูงาน ยิ่งทำให้เรากภูมิใจและหายเหนื่อย”

นพ.ไพโรจน์ กล่าวต่อว่า ภายหลังจากที่ทำ 5 ส สำเร็จ หลังจากนั้นเราได้เดินเข้าสู่แนวทางการพัฒนาตามมาตรฐาน HA ต้องยอมรับว่าเหนื่อยแต่คุ้ม การพัฒนาคุณภาพนั้นนอกจากพัฒนางานเราให้ดีขึ้นแล้ว ยังพัฒนาตัวเราด้วย ให้มีความคิด มีมุมมองต่อการทำงานเปลี่ยน

ไป เมื่อเราเจอปัญหาในการทำงาน เราจะสามารถคิดได้อย่างมีเหตุผล มีความเหมาะสม แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดี จึงอยากชักชวนให้ทุก ๆ คน โดยเฉพาะแพทย์ได้ลงศึกษาแนวคิด แนวทางในการทำงานพัฒนาคุณภาพของ HA และลงมือตั้งใจทำจริง ๆ สิ่งนี้จะเปลี่ยนเรา จะทำให้เราดีขึ้น และเก่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีช่วงหนึ่งที่ผมคิดว่าผู้ป่วยของเราสูญเสียโอกาส โดยเฉพาะคนที่มีปัญหาทางตา เช่น เป็นต้อกระจก หรือจอประสาทตา มีปัญหาจากการป่วยเป็นเบาหวาน ทำให้คุยกับทีมงานและสรุปว่าเราต้องหามาตามาช่วยผู้ป่วยของเรา ก็โชคดีจริง ๆ ที่มีน้องหมอตาจากโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ตกลงจะมาช่วยทั้ง ๆ ที่เป็นผู้หญิง เราต้องเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ยา บุคลากร โดยที่เราต้องเริ่มจากศูนย์ เราไม่มียกย่องจะซื้อหาเครื่องมือเหล่านี้ ทำได้เพียงต้องหาที่ยืมเป็นเดือน ๆ ไป ลำบากมาก ได้คุยกับน้องหมอตาวาเราจะผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้เลนส์แบบพับได้กับผู้ป่วยทุกคน เพื่อให้หลังผ่าตัดเขาจะได้มองเห็นดี ใกล้เคียงกับคนปกติ ซึ่งเลนส์แบบพับได้นั้นค่าใช้จ่ายต่อชิ้นตกประมาณ 6,000 บาท แต่เบิกจาก สสส. ได้เพียง 3,200-4,000 บาท นั่นหมายถึงว่าทุกครั้งที่เราผ่าตัด 1 ช้าง โรงพยาบาลเราต้องรับผิดชอบค่าเลนส์ส่วนต่างไปประมาณ 2,000-2,800 บาท โดยที่เราจะไม่เก็บเงินจากคนไข้เลย น้องหมอตาทาเห็นความตั้งใจที่จะทำเพื่อคนไข้จริง ๆ ของโรงพยาบาลปากคาด ก็ได้มาทำให้ทุกเดือน โดยแต่ละเดือนต้องมา 2 รอบ การเดินทางแต่ละครั้งระยะทางประมาณ 300 กิโลเมตร คุณพ่อคุณแม่ของน้องหมอตาทาเป็นห่วงทุกครั้งที่ต้องมาปากคาด เราทำมาได้เกือบ 2 ปี ผ่าตัดตาไปประมาณ 200 กว่าข้าง คนไข้แทบทุกคนมองเห็นดีขึ้นมากจนพูดว่าเหมือนเกิดใหม่ แต่ด้วยข้อจำกัดของอุปกรณ์และเครื่องมือที่ต้องหา ยืมตลอด ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานต่อไปได้จึงต้องหยุดการให้บริการลง ตลอดช่วงเวลา 2 ปีของการทำสิ่งนี้ เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลต่างเหน็ดเหนื่อย แต่ทุกคนสู้จริง ๆ เราทำเพื่อคนไข้ ทุกสิ่งที่ทำในงานนี้มาจากหลักการที่เราคิดว่า ถ้าผู้ป่วยเป็นญาติของเรา เราจะดูแลอย่างไรบ้าง เพราะฉะนั้นเราเลยทำให้ผู้ป่วยเหมือนกับที่เราจะทำให้ญาติของเรา

จากความมุ่งมั่นตั้งใจของคุณหมอตลอดจนทีมงานทุกคนที่โรงพยาบาลปากคาดทำให้ **นพ.ไพโรจน์** และทีมงานได้รับรางวัลจากสถาบันต่าง ๆ หลายแห่ง ยกตัวอย่างเช่น ผู้นำดีเด่นจากสถาบันพัฒนาคุณภาพขั้นพื้นฐานร่วมกับสถาบันการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อการเพิ่มผลผลิต ปี พ.ศ. 2548, ผ่านการรับรองมาตรฐาน 5 ส ประเภทดีเด่น 5 ดาว จากสถาบันพัฒนาคุณภาพขั้นพื้นฐานร่วมกับสถาบันการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อการเพิ่มผลผลิต เป็นโรงพยาบาลแรกใน



จ.หนองคาย ปี พ.ศ. 2548, โรงพยาบาลชนะเลิศการพัฒนาคุณภาพระบบยาของ จ.หนองคาย ปี พ.ศ. 2552, โรงพยาบาลผ่านการรับรองโรงพยาบาลสายใยรักระดับทอง ปี พ.ศ. 2552 และเป็นผู้นำ CUP ชนะการประกวดผลการปฏิบัติงานระดับ CUP ดีเด่น 2 ปีซ้อนของ จ.บึงกาฬ ปี พ.ศ. 2554-2555 เป็นต้น

“ผ่านมาเกือบ 20 ปี ผมก็ยังคงอยู่ที่นี่ ที่ที่เคยคิดว่าจะอยู่แค่ปีเดียว ตั้งใจแล้วว่าที่นี่คือที่ทำงานแห่งแรกของผม และจะเป็นที่ทำงานสุดท้ายของผมเช่นกัน ที่นี่ไม่ใช่แค่ที่ทำงานแต่ที่นี่คือบ้านของผม และสิ่งที่จะลืมบอกไม่ได้เลยก็คือ บรรยากาศในวันที่ทีมงานแพทย์ชนบทมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลปากคาดเป็นบรรยากาศที่ผมรู้สึกตื่นเต้นใจเป็นอย่างยิ่ง ไม่นึกเลยว่าในชีวิตของผมจะมีโอกาสสัมผัสและรับรู้ความรู้สึกดี ๆ จากคนหลาย ๆ คนเช่นนี้ ทีมงานแพทย์ชนบทให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปากคาดที่อยู่ในห้องประชุมวันนั้นพูดถึงผมโดยจะพูดอะไรก็ได้ คนแรกที่เริ่มพูด เมื่อพูดไปสักพักก็เริ่มมีน้ำตาไหลออกมา หลังจากนั้นทุก ๆ คนที่พูดก็จะมีน้ำตาไหลออกมาเช่นกัน บางคนที่อยู่บนตึกพอรู้ว่ามีการเปิดโอกาสให้พูดถึงผู้อำนวยการก็รีบลงมาห้องประชุมเพื่อขอพูด ผมตื่นเต้นใจมาก คิดว่าสิ่งที่ได้รับรู้มันยิ่งกว่าการได้รับรางวัลเสียอีก มีความรู้สึกขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปากคาดจริง ๆ ขอบขอบคุณทีมบริหารของโรงพยาบาลปากคาดที่ทำให้ผมมาได้จนถึงทุกวันนี้ ผมรู้สึกเสมอว่าไม่ว่าจะมีเรื่องดีหรือร้ายอย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแห่งนี้ก็จะอยู่ข้าง ๆ ผม และเป็นกำลังใจให้ผมเสมอ”

นพ.ไพโรจน์ กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่น กองทุน นพ.กนกศักดิ์ พูลเกษร ว่า ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ อาจารย์ทุก ๆ ท่านตั้งแต่ระดับประถมศึกษา โรงเรียนอัสสัมชัญ จ.ขอนแก่น) มัธยมศึกษา (โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน) อุดมศึกษา (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น) ขอบพระคุณญาติพี่น้องทุก ๆ

คนที่รัก ห่วงใย และดูแลผมเป็นอย่างดีเสมอมา เพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ หมอสิริอุทัยรักและดูแลกันและกันมาตลอด กราบขอบพระคุณท่านผู้ตรวจราชการสาธารณสุขเขต 10 ทุกท่าน โดยเฉพาะท่าน นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย ท่านเป็นคนแรกที่จับมือและแสดงความยินดีกับผม พร้อมทั้งบอกว่าผมได้รับรางวัล โดยที่ผมยังไม่รู้ว่าท่านยินดีกับผมเรื่องรางวัลอะไร กราบขอบพระคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุก ๆ ท่านที่ขัดเกลาและพร่ำสอนให้ผมได้เป็นอย่างดีทุกวันนี้ โดยเฉพาะพี่เด่นชัย ศรีกิจ และพี่สุระ วิเศษศักดิ์ ท่านได้ทำให้ผมเข้าใจว่าการเป็นแพทย์ที่ดีและเป็นที่รักของทุกคนควรเป็นอย่างไร ขอบพระคุณพี่ ๆ น้อง ๆ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โดยเฉพาะ นพ.ภมร ดรฺณ ที่เขียนข้อมูลของผมส่งมาที่แพทย์ชนบท ขอบพระคุณทีมงานสาธารณสุขทั้งส่วนของสาธารณสุข จ.หนองคาย และบึงกาฬที่ได้ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานให้แก่ผมเป็นอย่างดี ขอบพระคุณทีมงานของสาธารณสุขอำเภอปากคาดทุก ๆ ท่าน พี่น้องชาว อสม.ทุก ๆ คนที่ได้ร่วมทำงานกันมาอย่างดีโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยอง ในวันที่ทีมแพทย์ชนบทมาเยี่ยมก็ได้ลงเยี่ยมพื้นที่แห่งนี้ และสุดท้ายที่ลืมไม่ได้เลยต้องขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปากคาดทุก ๆ คนที่รัก ห่วงใยผมมาตลอด ช่วยเหลือ ดูแลผมมาอย่างดี ถ้าไม่มีท่านก็ไม่มีความมั่นใจในวันนั้นแน่นอน แม้ว่าหลายปีที่ผ่านมาผมมีแพทย์หลายท่านที่ได้รับรางวัลนี้ ปีนี้เพื่อนแพทย์ 2 ท่านและผมได้รางวัล ปีหน้าก็จะมีแพทย์ชนบทท่านอื่นได้ ก็จะเปลี่ยนไปคนแล้วคนเล่า แต่สิ่งหนึ่งที่ยังคงอยู่เสมอและจะยังคงอยู่ตลอดไปคือ ความดีงามที่แพทย์ชนบททำให้แก่ประชาชน ผมก็ยังคงหวังว่าแพทย์ชนบทเราจะเป็นที่พึ่งพิงให้แก่ประชาชนและเป็นที่รักใคร่ของบุคลากรทางสาธารณสุข ขอเป็นกำลังใจให้แก่พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ แพทย์ชนบททุก ๆ ท่าน

สุดท้าย ผมขออุทิศรางวัลนี้ให้แก่คุณแม่ผู้ล่วงลับมา 21 ปีแล้ว ท่านเป็นคนที่ไม่สนับสนุนให้ผมเรียนหมอ เป็นกำลังใจให้ผมมาตลอดเวลา และพร่ำสอนเสมอให้เป็นคนดีของสังคม ให้เป็นผู้มีความสุขกับการได้ให้คนที่ด้อยกว่า นับว่าเป็นบุญจริง ๆ ที่ได้เกิดมาเป็นลูกของท่านและท้ายสุดจริง ๆ ขอความสุข สงบ สามัคคี จงมีแต่พี่น้องชาวไทยทุก ๆ คน



เนื้อที่มีสีแดง เช่น เนื้อวัว) มันสัตว์ หนัสดัว เครื่องใน แบ่ง ดูแลตนเองไม่ให้อ้วนด้วยการเลือกรับประทานอาหาร และออกกำลังกายจนดัชนีมวลกาย หรือ body mass index, BMI (คือ น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง) ให้อยู่ระหว่าง 18.5-23 และพุงไม่เกิน 90 ซม. สำหรับผู้ชาย และไม่เกิน 80 ซม. สำหรับผู้หญิงตามลำดับ การออกกำลังกายที่ดีคือ การเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ ถีบจักรยานอยู่กับที่ กระโดดเชือก เต้นแอโรบิก วันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์

มะเร็งของลำไส้ใหญ่ (ตอนที่ 1)

โรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่พบบ่อยมากที่สุดในลำดับต้น ๆ ทั่วโลก เช่น ในสหรัฐอเมริกาได้มีการคำนวณว่าในปี ค.ศ. 2012 จะมีผู้ป่วยเป็นโรคนี้อยู่ถึง 143,000 รายใหม่ และจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 52,000 คน ซึ่งเป็นที่น่าเสียดายเนื่องจากโรคนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการลดความเสี่ยงต่อการที่จะเกิดโรคนี้อีก ถ้าจะพูดแบบสรุปก็คือ โรคนี้นี้มีกรรมพันธุ์เข้ามาเกี่ยวข้อง มากบ้าง (5%) น้อยบ้าง (20%) และไม่เกี่ยวข้องเลย (75%) สำหรับผู้ที่ไม่มีกรรมพันธุ์เข้ามาเกี่ยวข้อง (75%) นี่คือนักที่ไม่มีครอบครัวญาติพี่น้องเป็นโรคนี้นี้ ทางแพทย์จะเรียกผู้ป่วยที่ไม่มีกรรมพันธุ์เข้ามาเกี่ยวข้องนี้ว่า เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่มากปานกลาง หรือมี average risk นั่นเอง

ลำไส้ใหญ่มีความยาวประมาณ 1.2 เมตร ส่วนใหญ่โรคมะเร็งจะเกิดขึ้นในส่วนปลาย (distal end) ของลำไส้ใหญ่ คือบริเวณที่ใกล้รูทวารมากที่สุด ส่วนบนสุดของลำไส้ใหญ่ที่ติดกับลำไส้เล็กเป็นส่วนน้อยที่จะเกิดมะเร็งแต่ก็เป็นได้

มะเร็งของลำไส้ใหญ่นอกจากมีความเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ (25%) แล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร กล่าวคือถ้ารับประทานเนื้อสัตว์มาก ๆ โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ที่มีไขมันมาก รับประทานอาหารมากจนอ้วน ไม่ออกกำลังกาย มีอาการท้องผูก ไม่รับประทานผัก ผลไม้มาก ๆ จะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่ดูแลตนเองในประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ ฉะนั้น ประเด็นแรกเลยสำหรับผู้ที่ยังมีอายุน้อย หรือบิดา มารดาที่มีหรือจะมีบุตรในอนาคตจะต้องดูแลทั้งตนเองและลูก ๆ หลาน ๆ ให้รับประทานอาหารเช้าไปทางพืช ผัก ผลไม้ ปลา ให้มาก ๆ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ (โดยเฉพาะ



ต้องฝึกฝนตนเองให้ถ่ายอุจจาระทุกวัน ต้องพยายามทำตั้งแต่เด็กจนเป็นนิสัย ควรฝึกการถ่ายอุจจาระหลังอาหารเช้า (หรือเย็น) เพราะการรับประทานอาหารเช้าจะกระตุ้นกระเพาะอาหารและลำไส้ให้บีบตัว หรือที่แพทย์เรียกกันว่า gastro-colic reflex ซึ่งช่วงนี้จะทำให้ถ่ายอุจจาระได้ง่ายขึ้น ถึงเวลาถ่ายต้องไปถ่าย อย่ารอมากจนหาปวด เพราะถ้าไม่ปวดมาก ร่างกายสามารถปรับตัวเองได้ ฉะนั้นจึงควรฝึกจนเป็นนิสัยตั้งแต่เด็ก เวลาเข้าห้องน้ำอย่าเอาหนังสือเข้าไปอ่าน ต้องพยายามหัดให้ถ่ายอย่างเดียว ถ้าเอาหนังสือเข้าไปอ่าน เราจะไม่มีความสามารถในการขับถ่าย

ปัญหาของเด็ก ๆ สมัยนี้คือ ไม่ค่อยชอบรับประทานผัก ผลไม้ แต่ชอบแป้ง เช่น ข้าว บะหมี่ ขนม น้ำหวาน ซึ่งให้พลังงาน ทำให้อ้วน แต่ไม่มีกาก (fiber) และไม่ค่อยมีคุณค่าทางโภชนาการ ยกเว้นให้พลังงาน บิดา มารดา ต้องสอน ฝึก หัด ถึงแม้ต้องบังคับลูกหลาน เด็ก ๆ ให้ชอบรับประทานผัก ผลไม้ ปลา หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แดง มันสัตว์ น้ำหวาน ขนมหวาน ดูแลให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และพยายามถ่ายให้เป็นเวลา

แต่ถึงแม้ปฏิบัติตัวเองดีเยี่ยมมาตลอดชีวิต หลักฐานทางการแพทย์ยังแนะนำ เมื่อคนเรามีอายุ 50 ปี (ข้อมูลในปัจจุบันนี้) สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลางควรไปตรวจคัดกรองหามะเร็ง หรือว่าที่มะเร็งของลำไส้ใหญ่ ทั้ง ๆ ที่สบายดี และไม่มีอาการ ?!

ทำไม ? ผมจะกล่าวต่อไปในโอกาสหน้าครับ

Spirituality ในห้องฉุกเฉิน

Spirituality ทางพจนานุกรมให้ความหมายไว้ 2 ประการ คือ

- สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่ลึกที่สุดของบุคคลนั้นมากกว่าการเกี่ยวข้องกับร่างกายและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
- ความเชื่อทางด้านศาสนา

ในต่างประเทศนั้น Spirituality ในด้านการรักษาพยาบาล มักตีความเป็นการนำศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เป็นส่วนใหญ่ ดังเช่นโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษที่มีการสร้างทีมที่จะสนับสนุนศาสนาตามความศรัทธาที่มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยแต่ละราย โดยการเชิญพระในศาสนาพุทธมาเทศน์ให้แก่ผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต สร้างห้องละหมาดให้แก่ผู้ป่วยศาสนาอิสลามได้สงบจิตใจ หรือมีห้องสมุดที่รวบรวมหนังสือเกี่ยวกับศาสนา นำมาบริการไปตามเตียงผู้ป่วย เป็นต้น

อย่างไรก็ดี Spirituality ที่นำมาใช้ในการรักษาพยาบาลเป็นมากกว่าเรื่องศาสนาเพียงอย่างเดียว เพราะถ้าเราเข้าใจความรู้สึกนึกคิดที่ลึกที่สุดของผู้ป่วยแต่ละคน ก็ย่อมทำให้เราตอบสนองได้ตรงต่อความต้องการที่มีอยู่หลากหลายและแตกต่างกันไปในคนแต่ละคน

เมื่อไม่นานมานี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ต้องการปรับปรุงพื้นที่ผู้ป่วยนอก พบว่ามีนักศึกษาจากมหาวิทยาลัย พนักงานจากบริษัท สิงห์คอร์เปอเรชั่น และบริษัท ทีวีบูรพา ได้พากันร่วมแรงร่วมใจกันมาวาดรูปภาพสีต่าง ๆ ตามผนังห้องพักรักษาตัวของผู้ป่วยเด็กด้วยหวังว่าจะเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเยียวยาอาการเจ็บป่วยให้แก่เขาเหล่านั้นได้บ้างไม่มากก็น้อย

คุณผู้อ่านลองทายนะคะว่าระหว่างภาพ 2 ภาพนี้ ทีมงานจะเลือกวาดภาพใดไว้ที่ผนังห้องเพื่อเยียวยาใจของผู้ป่วยเด็ก ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีแห่งนี้



ภาพที่ 1



ภาพที่ 2

พวกเราคงทายได้ไม่ยากว่า.....เลือกภาพที่ 2 !

ทำไม ? ทั้งที่ภาพแรกมีคุณค่าทางวัฒนธรรมไทยที่สูงค่า และมีจำนวนคนในภาพวาดที่มากกว่าภาพที่ 2

ถ้าเราเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของเด็ก ๆ ก็ย่อมเข้าใจได้ไม่ยากว่าการ์ตูนเพียง 6 ตัวนั้นมีอิทธิพลต่อจิตใจของเด็กมากกว่าคนเป็นสิบที่อยู่ในภาพแรก

หลายครั้งที่อยู่ในห้องฉุกเฉินแล้วเห็นบุคลากรทางการแพทย์พากันวิ่งออกไปทำคลอดให้แก่หญิงครรภ์แก่ที่คลอดบนรถแท็กซี่หน้าโรงพยาบาล บุคลากรเหล่านั้นพากันวิ่งออกไปด้วยใจที่อยากช่วยเหลือจนกระทั่งลืมใส่เสื้อคลุมป้องกันกาติดต่อให้แก่ตนเอง



มนุษย์ ประกอบด้วยกาย และใจ ซึ่งเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก โดยเฉพาะเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

เคยสงสัยไหมว่า....การรักษาของแพทย์แต่ละท่านแตกต่างกันที่ตรงไหน ก็ในเมื่อรักษาตามตำราที่ร่ำเรียนมาเหมือน ๆ กัน หรือ.... ทำไมผู้ป่วยชอบรักษากับแพทย์ท่านนี้แต่ไม่ชอบรักษากับแพทย์อีกท่านหนึ่ง

ความรู้ทางการแพทย์หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัย อีกไม่นานก็ตามกันทันหมด แต่การใส่ใจต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยแต่ละรายย่อมทำให้การรักษานั้นมีความจำเพาะต่อการเยียวยาผู้ป่วยรายนั้น ๆ ได้อย่างแท้จริง จนเกิดเป็นความประทับใจต่อการรักษาที่ได้รับ

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยหากขาด**มิติการดูแลด้านจิตใจ**ที่ยังลึกลงถึง**ความรู้สึกนึกคิด**และสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องและหล่อหลอมขึ้นเป็นบุคคลนั้น ก็จะทำให้เกิดปัญหาตามมาได้อย่างมากมาย

หญิงชราคนหนึ่งมักมาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกในเวลาตี 3 เกือบทุกคืน และทุกครั้งผลเลือดมักยืนยันว่าการทำงานของหัวใจของยายเป็นปกติดี

คุณยายมักร้องขอเพื่ออยู่ต่อให้ถึงเช้าท่ามกลางห้องฉุกเฉินที่แออัดไปด้วยผู้ป่วยที่ล้มหลาม

หลายต่อหลายครั้ง ไม่แพทย์ก็พยาบาลมักแวะเวียนมาเพื่อกระตุ้นให้ยายเร่งรีบกลับบ้านไปก่อนเช้ามืด เพื่อช่วยลดความแออัดในห้องฉุกเฉินไปได้ 1 ราย

อยู่มาวันหนึ่งมีพยาบาลรายหนึ่งได้ซักถามว่า “ทำไมคุณยายจึงมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ ค่ะ”

ยายตอบอย่างเศร้า ๆ ว่า “ยายอยู่คนเดียวตามลำพัง พออายุมากขึ้นนอนน้อยลงทุกวัน จึงมักตื่นขึ้นกลางดึก แล้วกลัวว่าจะตายไปโดยไม่มีใครรู้ ดังนั้น จึงอยากมานั่งอยู่ในห้องฉุกเฉินท่ามกลางผู้คนทีพลุกพล่านเพียงแค่นี้รู้สึกว่ามีคนอยู่เป็นเพื่อน แม้จะไม่ใช่คนรู้จักกันก็ตาม”

เพียงแค่นี้ก็ทำให้เข้าใจได้ไม่ยากถึงความว้าเหวที่อยู่ลึกในใจของคุณยาย

การเพิ่มพื้นที่ว่างได้ 1 ที่ในห้องฉุกเฉินอาจเป็นการทำร้ายความรู้สึกของผู้ป่วยบางรายก็ได้ ถึงแม้เราจะอ้างว่าทำไปเพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉินก็ตาม

ถ้าเราฟังให้ลึกถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงก็ย่อมทำให้เราสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างครบวงจรและตรงต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

เมื่อไม่นานมานี้ ฉันได้เดินผ่านห้อง ICU ที่มีการตั้งโต๊ะสำหรับวางของเยี่ยมจากญาติของผู้ป่วย ทันใดนั้นก็สะดุดตากับของฝากอย่างหนึ่งที่วางอยู่บนโต๊ะจนทำให้อดไม่ได้ที่จะเดินไปดูใกล้ ๆ มันคือ...กีตาร์ที่มีรอยจารึกคำอวยพรขอให้หายไวไว นั่นเอง



วูบแรกที่เห็นก็ตระหนักได้ทันทีว่าต้องเป็นญาติสนิทซึ่งรู้จักผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้งทีเดียว ซึ่งน่าจะเป็นญาติที่ใกล้ชิด ซึ่งมี

ความสัมพันธ์ทางใจต่อผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งมากกว่าการนำตะกร้าผลไม้หรือดอกไม้ที่คนทั่ว ๆ ไปนิยมนำมาเยี่ยม

การรักษาพยาบาลที่มี spirituality ย่อมเป็นการรักษาที่จำเพาะและเหมาะสมกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย

การรับทราบความต้องการของผู้ป่วยอาจทำได้โดยพูดคุยกันโดยตรง หรือเฝ้าสังเกตอาการปฏิกิริยาของผู้ป่วยก็ได้ ถ้าเราทราบความต้องการที่แท้จริงก็ย่อมสามารถสร้างสรรค์งานบริการที่ลุ่มลึกและเหมาะสมแก่ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้ จนเกิดเป็นความประทับใจที่แตกต่างกันไปในการรักษาพยาบาล

อันเป็นคำตอบว่า ทำไม...ผู้ป่วยชอบรักษากับแพทย์ท่านนี้ และไม่ชอบรักษากับแพทย์อีกท่านหนึ่ง

วันคริสต์มาสในปีหนึ่ง ขณะที่ฉันเดินเข้าไปในห้องฉุกเฉินก็พบแพทย์ประจำบ้านรายหนึ่งสวมหมวกแดงมาทำงาน



ฉันประหลาดใจมากจนต้องเอ่ยปากถามว่าเพราะอะไร แพทย์รายนี้ตอบว่า “ผู้ป่วยมักมารอหน้าห้องฉุกเฉินเป็นเวลานาน ดังนั้น เนื่องจากเป็นวันคริสต์มาส หนูจึงอยากสร้างความสนุกสนานให้ผู้ป่วยที่รอตรวจ อันเป็นการช่วยให้เขาอดทนต่อการรอตรวจที่ยาวนานได้บ้าง หนูสังเกตว่าในขณะที่ทำงานไปพร้อมกับสวมหมวกแดงก็ทำให้หนูทั้งสนุกกับการทำงานไปพร้อมกับที่ทำให้ผู้ป่วยหลายรายยิ้มไปด้วยพร้อมกัน ราวกับยังป็นนัดเดียวได้นกสองตัว คือได้ทำงานไปพร้อม ๆ กับการสร้างรอยยิ้มให้แก่ผู้ป่วย”

น่าจะเป็นความลุ่มลึกของแพทย์ท่านนี้จริง ๆ ซึ่งเข้าใจลึกซึ้งถึงห้วงอกของผู้ป่วยที่ต้องอดทนต่อการรอคอยอันยาวนานกว่าที่จะได้รับการตรวจรักษาจากห้องฉุกเฉินแห่งนั้น

บุคลากรทางการแพทย์ควรสร้างสมดุลระหว่างการมีระบบการแพทย์ที่ทันสมัยควบคู่ไปกับการให้ความสำคัญในเรื่องราวของชีวิต มิติดิจใจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ก็ย่อมทำให้การรักษาพยาบาลนั้นเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ป่วยไปพร้อมกับสุขใจทั้งของผู้ให้และผู้รับ จนเกิดเป็นความประทับใจที่มีต่อกรบริการ กระทั่งกลายเป็นความยั่งยืนของคุณภาพบริการไปในที่สุด

มหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค

ตอน กัยต่อระบบธรรมภิบาลในการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

(ต่อจากฉบับที่แล้ว)

มาตรา ๑๘ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีประสิทธิภาพ

(๒) ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรีในการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ออกกฎกระทรวง และประกาศเพื่อปฏิบัติตาม พ.ร.บ.นี้

(๓) กำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต และอัตราค่าบริการของหน่วยบริการ

(๔) กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน

(๕) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา ๔๐

(๖) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโดยหาผู้กระทำผิดมิได้ หรือหาผู้กระทำผิดได้ แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควรตามมาตรา ๔๑

(๗) กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานการบริการสาธารณสุข

(๘) จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟังความคิดเห็นโดยทั่วไปจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี

จะเห็นว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่ได้มีความรู้ ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ หรือความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในทางการแพทย์ และไม่ได้ผ่านการสอบคัดเลือกมาจากทางราชการเหมือนข้าราชการ ไม่ต้องตรวจสอบคุณสมบัติใด ๆ แต่มี “อำนาจการพิจารณาในปกครอง” มีอำนาจในการออกกฎเกณฑ์ประเภทของบริการและขอบเขตของการบริการสาธารณสุขที่ประชาชนจะได้รับตามมาตรา ๑๘ (๑)

จึงน่าจะถือได้ว่า กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่น่าจะมี “ความเหมาะสมหรือชอบธรรม” ในการที่จะใช้อำนาจตามมาตรา ๕ ของ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถกำหนด “ประเภทและขอบเขตของการบริการสาธารณสุข” ที่ประชาชนจะได้รับ และมาตรฐานของยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์การรักษจะเป็นไปในทิศทางใดก็ต้องเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของคณะกรรมการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดอีกด้วย

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินอกจากจะมีคุณสมบัติไม่เหมาะสมกับ “อำนาจหน้าที่” ดังกล่าวแล้ว คณะกรรมการยังไม่ยึดหลัก “นิติธรรม” กล่าวคือ ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายที่ คัด ย้ จะชี้ ้น ดังต่อไปนี้ คือ

คณะกรรมการได้ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา ๑๘ (๑๐) และ (๑๓) ที่ไม่ได้จัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี ไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานการบริการสาธารณสุข นอกจากนั้นในมาตรา ๔๕ บัญญัติให้หน่วยบริการมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ให้บริการสาธารณสุขรวมทั้งให้วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา

จะเห็นว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการให้บริการสาธารณสุข มี “อำนาจในการกำหนดกฎเกณฑ์และมาตรฐานของยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์การรักษา” ซึ่งจะเป็นไปในทิศทางใดต้องเป็นไปตามกฎเกณฑ์ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังมิหน้าที่มาควบคุมการให้บริการให้มีคุณธรรม จริยธรรมอีกด้วย

หน่วยบริการจะสามารถจัดซื้อยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานตามต้องการของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็ไม่ได้ เนื่องจากสปสข.ไปจัดซื้อวัคซีนและยาหรืออุปกรณ์การแพทย์เอง ทั้ง ๆ ที่ไม่ใช่หน้าที่ (ดังที่จะกล่าวถึงต่อไป)

(๔) จัดทำขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข เพื่อสะดวกต่อการตรวจสอบคุณภาพและค่าบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข



ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการและการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขให้หน่วยบริการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานกำหนด

นี่ก็เป็นการให้อำนาจแก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพฯ ร่วมกับคณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานมา “สั่งการหรือมีอำนาจบังคับบัญชาแกหน่วยบริการและบุคลากรด้านสาธารณสุข” ในการ “ทำงานด้านการบริการสาธารณสุข” ตามความรู้ ความสามารถและความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพเฉพาะ แต่ต้องทำตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดโดยผู้ที่ไม่ใช่ผู้มีคุณสมบัติเหมือนกันดังกล่าว เปรียบเหมือนเอาภาระโรงไปควบคุมการจัดการเรียนการสอนของครูใหญ่ และยังให้ภาระโรงไปควบคุมวิธีการสอนของครูน้อยอีกด้วย

ทั้งนี้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพมาตรฐานได้กำหนดที่มาตามมาตรา ๔๔ รวมทั้งสิ้น 38 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้วิชาชีพทางสาธารณสุขอยู่ 25 คน ส่วนที่เหลือเป็นผู้ที่มาจากองค์กรเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิ

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมีอำนาจหน้าที่ต่อไปนี้

มาตรา ๕๐ (๑) ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๕

(๔) เสนอแนะอัตราค่ากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์ที่กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการตามมาตรา ๔๖

มาตรา ๔๖ หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๔ และหน่วยบริการตามมาตรา ๔๔ และหน่วยบริการที่รับการส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

หลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา ๑๘ (๑๓) ก่อน และอย่างน้อยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขดังนี้

(๑) อาศัยราคากลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมาเป็นฐานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานตามมาตรา ๕๐ (๔)

(๒) ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร

(๓) คำนึงถึงความแตกต่างของภารกิจของหน่วยบริการ

(๔) คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ

จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ทำตามบทบัญญัติในมาตรา ๔๖ วรรคแรก ที่กำหนดว่า หลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งต้องผ่านการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา ๑๘ (๑๓) ก่อน ทั้งนี้เนื่องจากคณะ



กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ละเลยการปฏิบัติตามมาตรา ๑๘ (๑๓) มาตลอดระยะเวลา 10 ปีที่มีการดำเนินงานของระบบ 30 บาทเป็นต้นมา

ถือได้ว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ยึดหลักนิติธรรมในการบริหาร กล่าวคือ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพฯ ได้ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่พร้อมทั้งปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ กล่าวคือ ไม่ทำตามมาตรา ๑๘ (๑๓) และยังปฏิบัติมิชอบตามมาตรา ๔๖ วรรคแรก คือกำหนดค่าใช้จ่ายโดยไม่รับฟังความคิดเห็นของผู้ให้บริการมาพิจารณาด้วย

มาตรา ๔๔ บัญญัติไว้ว่าให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกเป็นหน่วยบริการประจำของตนตามมาตรา ๖

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการรวมทั้งวิธีการประชาสัมพันธ์ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตามที่คณะกรรมการกำหนด

ส่วนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการนั้น คณะกรรมการก็สามารถกำหนดได้เองว่า จะให้ประชาชนไปที่หน่วยบริการไหนก็ได้ จะเปลี่ยนหน่วยบริการปีละกี่ครั้งก็ได้ เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวกสบาย (ไปโรงพยาบาลไหนก็ได้ตามใจชอบ จะไปโรงพยาบาลปีละกี่ครั้งก็ได้ตามใจชอบ จะจ่ายเงินค่าบริการหรือไม่ก็ได้ตามใจชอบ) ซึ่งเป็นผลให้เกิดความลำบากในการทำงานของหน่วยบริการในการที่จะติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย และอาจทำให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนไปใช้ซ้ำซ้อนกัน (ถือว่าไม่ได้ยึดหลักการแห่งความประหยัดและถูกต้อง)

การอ้างกฎหมายคือพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 นี้ อาจทำให้ผู้อ่านเข้าใจยากหรือยากต่อการทำความเข้าใจอยู่บ้าง แต่ผู้เขียน (ซึ่งไม่ใช่ชนกกฎหมาย) ก็ต้องไปอ่านและพยายามทำความเข้าใจ เพื่อเอามาอ้างอิงในการวิพากษ์การทำงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้เพื่อแสดงว่าผู้เขียนมิได้มีอคติกับการดำเนินงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. แต่ผู้เขียนได้วิพากษ์วิจารณ์ตามความเป็นจริงที่ได้เกิดขึ้นและกำลังดำเนินอยู่ ประกอบด้วยข้อกฎหมายและข้อเท็จจริง (Fact) (อ่านต่อฉบับหน้า)





คณะแพทย มศว จัดกาลาดินเนอร์การกุศล สมทบทุนผู้ยากไร้-สร้างศูนย์การเรียนรู้



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จัดงานกาลาดินเนอร์การกุศล ในวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2556 ณ ห้องแกรนด์บอลรูม โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ เพื่อนำรายได้จากการจัดงานเพื่อสมทบกองทุนพระราชทานเพื่อสงเคราะห์คนไข้ยากจนในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และสร้างศูนย์เรียนรู้หัตถการทางการแพทย์ด้วยหุ่นจำลองนิสิตแพทย์

ศ.นพ.วุฒิชัย ธนาพงศธร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประธานจัดงานกาลาดินเนอร์การกุศล กล่าวว่า การจัดงานครั้งนี้สืบเนื่องมาจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้จัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นเพื่อบริการรักษาประชาชน ปฏิบัติงานวิจัยทางคลินิก และเพื่อการเรียนการสอนนิสิตแพทย์ ณ อำเภอองครักษ์ จ.นครนายก โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณ พระราชทานพระนามเป็นชื่อของโรงพยาบาลว่า โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และเสด็จพระราชดำเนินมาทรงเปิดโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544

นอกจากนี้ยังทรงพระราชทานพระราชทรัพย์ก่อตั้งกองทุนพระราชทานเพื่อสงเคราะห์คนไข้ยากจนในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และหน่วยแพทย์เคลื่อนที่พระราชทาน

ในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ไปให้บริการรักษาประชาชนและนักเรียนตามพื้นที่ชายแดน และเมื่อมีภัยธรรมชาติทั้งในประเทศและประเทศเพื่อนบ้านมาจนถึงปัจจุบัน ด้วยความสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จึงได้ริเริ่มจัดโครงการเฉลิมพระเกียรติขึ้นและจะดำเนินการต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้เป็นวัฒนธรรมอันดีงามของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒสืบต่อไป

โดยในปีนี้ได้จัดให้มีงานกาลาดินเนอร์การกุศลขึ้นในวันอาทิตย์ที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2556 ระหว่างเวลา 16.00-22.00 น. ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ โดยได้รับเกียรติจากผู้มีเกียรติ ดารา และนักร้องหลายท่านมาร่วมงาน อาทิ คุณเศรษฐา ศิระฉายา แอนด์ ดี อิมพอสซิเบิล ที่มาร่วมงานแบบเต็มวง, คุณเบนซ์ พรชิตา ณ สงขลา, คุณอ๊อฟ แพนคุณ จิตต์อิสระ เป็นต้น รวมทั้งภายในงานยังมีการแสดงนิทรรศการเฉลิมพระเกียรติ นิทรรศการทางการแพทย์ด้านต่าง ๆ จากนั้นจึงเป็นการรับชมการแสดงพร้อมรับประทานอาหารค่ำร่วมกัน โดยภาพกิจกรรมทั้งหมดที่เกิดขึ้นจะทำการบันทึกเทปเพื่อออกอากาศทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 9 ในวันอังคารที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2556 เวลา 22.30-24.00 น. พร้อมกิจกรรมมากมายและการรับบริจาคเงินในรายการ โดยผู้บริจาคเงินสามารถนำไปเสริมความเป็นค่าลดหย่อนภาษีรายได้ส่วนบุคคลประจำปี





นอกจากนี้ในระหว่างวันที่ 25-29 มีนาคม พ.ศ. 2556 ทางคณะแพทยศาสตร์ยังได้จัดกิจกรรมสัปดาห์เฉลิมพระเกียรติ ณ บริเวณห้องโถงเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย รวมทั้งการให้บริการตรวจสุขภาพแก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าด้วย

ศ.นพ.วุฒิชัย กล่าวถึงกองทุนพระราชทานเพื่อสงเคราะห์คนไข้ยากจนในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ว่า สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีพระราชดำริในการจัดทำโครงการต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนในพื้นที่ทุรกันดารทั่วประเทศให้ดีขึ้น ทั้งทางด้านสุขภาพอนามัย การศึกษา การงานเพื่ออาชีพ การอนุรักษ์วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ภายหลังจากที่โปรดเกล้าฯ ให้ดำเนินโครงการต่าง ๆ แล้ว ยังทรงห่วงใยโดยเสด็จพระราชดำเนิไปทรงติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด พร้อมกับเสด็จเยี่ยมราษฎรด้วย ในการเสด็จพระราชดำเนินแต่ละครั้ง ทรงพบว่ายังมีราษฎรอีกเป็นจำนวนมากที่เจ็บป่วยและมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย แม้ว่าจะโปรดเกล้าฯ ให้แพทย์ที่ตามเสด็จด้วยรักษา และทรงรับผู้ป่วยบางรายไว้เป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ แต่ก็ไม่สามารถช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึง

ด้วยเหตุนี้เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2535 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จึงโปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้งหน่วยแพทย์พระราชทานขึ้น พระองค์ทรงตระหนักดีว่า ยังมีราษฎรอีกส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ จึงพระราชทานเงินจำนวนหนึ่งให้แก่โรงพยาบาลที่มาร่วมปฏิบัติงาน เพื่อจัดตั้งกองทุนพระราชทานเพื่อสงเคราะห์คนไข้ยากจนในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยยากจนซึ่งทรงรับไว้ในพระราชานุเคราะห์ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยยากจนอื่น ๆ ของโรงพยาบาลด้วย รวมทั้งใช้ในการออกหน่วยแพทย์พระราชทานเคลื่อนที่ด้วย

สำหรับการสร้างศูนย์การเรียนรู้หัตถการทางการแพทย์ด้วยหุ่นจำลองสำหรับนิสิตแพทย์ **ศ.นพ.วุฒิชัย** กล่าวว่า ในอดีต



การเรียนรู้หัตถการทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งหัตถการฉุกเฉินที่ใช้เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยอาการรุนแรงเบื้องต้น นิสิตแพทย์เรียนรู้โดยการสังเกตอาจารย์แพทย์หรือแพทย์รุ่นพี่ปฏิบัติในระหว่างการรักษาผู้ป่วย ต่อมาจึงเริ่มฝึกหัดปฏิบัติกับผู้ป่วย โดยเริ่มจากหัตถการง่าย ๆ ก่อนและยากซับซ้อนขึ้นเป็นลำดับ ทั้งนี้แม้ว่าจะทำด้วยความตั้งใจและอยู่ในความดูแลรับผิดชอบของอาจารย์แพทย์หรือแพทย์รุ่นพี่อย่างใกล้ชิดก็ตาม แต่ด้วยความไม่ชำนาญก็อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขึ้นได้ ซึ่งอาจเกิดผลเสียและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ นำไปสู่การร้องเรียนและการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจนถึงฟ้องร้องแพทย์เป็นคดีอาญาเกิดมากขึ้นตามลำดับ

ต่อมาโรงพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล รวมทั้งมีการประเมินและรับรองคุณภาพการรักษาพยาบาล ทำให้การทำหัตถการทางการแพทย์ในผู้ป่วย ต้องทำโดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ส่งผลให้นิสิตแพทย์มีโอกาสฝึกการทำหัตถการทางการแพทย์ในผู้ป่วยจริงได้น้อยลง จึงต้องมีการพัฒนาวิธีการเรียนรู้ของนิสิตแพทย์ ซึ่งในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีอย่างมาก ทำให้มีการประดิษฐ์หุ่นจำลองของมนุษย์เสมือนจริงได้อย่างน่าทึ่ง นำมาสู่การเรียนรู้ของนิสิตแพทย์ที่จะฝึกหัดการทำหัตถการทางการแพทย์ต่าง ๆ ในหุ่นจำลองได้อย่างไม่จำกัดจำนวนครั้งจนเกิดความสามารถเชี่ยวชาญเป็นที่ยอมรับของอาจารย์แพทย์แล้ว จึงสามารถปฏิบัติการในผู้ป่วยจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ดังนั้นคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย



ศรีนครินทรวิโรฒ จึงได้จัดตั้ง "ศูนย์การเรียนรู้หัตถการทางการแพทย์ด้วยหุ่นจำลองสำหรับนิสิตแพทย์ มศว" ขึ้นเพื่อรองรับวัตถุประสงค์ดังกล่าว

นอกจากนี้ในอนาคตยังอาจใช้เป็นศูนย์สำหรับการสอบปฏิบัติหัตถการทางการแพทย์สำหรับนิสิตแพทย์จากสถาบันผลิตแพทย์อื่น ๆ ทั่วประเทศอีกด้วย โดยศูนย์การเรียนรู้หัตถการทางการแพทย์ด้วยหุ่นจำลองสำหรับนิสิตแพทย์จะจัดตั้งขึ้น ณ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยใช้งบประมาณดำเนินการทั้งสิ้นกว่า 100 ล้านบาท ซึ่งมั่นใจว่าจะทำให้แพทย์จาก มศว มีศักยภาพในการรักษาและปฏิบัติหัตถการทางการแพทย์ต่าง ๆ ได้อย่างเชี่ยวชาญเกิดประโยชน์สูงสุดต่อคนไข้

สำหรับผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดและจองบัตรเข้าร่วมงานได้ที่ คุณวรารัตนา มาลัยวงศ์ โทรศัพท์ 08-1648-0181 หรือคุณอรอุมา ทอหลู โทรศัพท์ 08-8098-4407 ทุกวันในเวลาทำการ

ความเป็นมา

การให้ความสำคัญของจิตใจในการรักษาโรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ นั้น ถือเป็นแนวคิดหลักที่สำคัญของการแพทย์มาตั้งแต่สมัยโบราณ ทั้งการแพทย์จีน อินเดีย และการแพทย์ของประเทศตะวันตก

อย่างไรก็ตาม ในราวคริสต์ศตวรรษที่ 16-17 หรือราว 300 ปีก่อน การแพทย์แผนตะวันตกได้เริ่มแยกองค์ประกอบด้านจิตใจและอารมณ์ออกจากด้านร่างกาย โดยเป็นผลจากการกำหนดทิศทางของวิทยาศาสตร์ขึ้นใหม่ในยุค Renaissance และการพัฒนากระบวนการที่เรียกว่า reductionistic movement ซึ่งส่งผลให้การแพทย์ได้มีการแยกศึกษาระบบอวัยวะเป็นส่วน ๆ และดำเนินไปสู่การแยกเป็นส่วนย่อยและความชำนาญเฉพาะส่วนมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยที่ระบบประสาทถูกมองว่าเป็นอวัยวะที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและการทำงานของร่างกายเท่านั้น ส่วนเรื่องของจิตใจนั้น เกือบถูกละเลยโดยสิ้นเชิง ยกเว้นในวงการจิตเวชศาสตร์¹

การแพทย์แผนปัจจุบันที่อยู่บนรากฐานของ mechanistic หรือ reductionistic scientific model นี้ประสบความสำเร็จอย่างมากในการรักษาและจัดการระบอบของโรคติดเชื้อในศตวรรษที่ 18 อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันโรคติดเชื้อมิได้เป็นปัญหาสุขภาพที่

แพทย์เป็นผู้ช่วยกระตุ้นและแนะนำ ดังนั้น เทคนิคการรักษาใด ๆ ก็ตามที่นำมาใช้ก็มีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งให้เกิดการรู้จัก ความเข้าใจ และการดูแลตนเอง¹

ในจำนวนการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด 5 กลุ่ม พบว่า Mind-body medicine เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาวิจัยและมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนมากที่สุด และจัดอยู่ในกลุ่มของการแพทย์ผสมผสาน (complementary หรือ integrative medicine) มากกว่าการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) เนื่องจากมักจะนำไปใช้ในการรักษาโดยการผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน²



Mind-body medicine

(ตอนที่ 1)

สำคัญที่สุดในประเทศที่พัฒนาแล้วอีกต่อไป แต่กลับเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งยังไม่มี “ยาวิเศษ” ใดที่จะมารักษาให้หายได้ เจกเซนยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาโรคติดเชื้ออย่างได้ผลดีในอดีต และมีหลักฐานจากการศึกษาวิจัยปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ว่าโรคและความเจ็บป่วยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับจิตใจ สติลาชีวิต และสิ่งแวดล้อมอย่างลึกซึ้ง²

ความสนใจเกี่ยวกับ Mind-body medicine ในประเทศตะวันตกได้เริ่มขึ้นในราวปี พ.ศ. 2503 การตื่นตัวนี้เกิดขึ้นร่วมกับกระแสความสนใจเกี่ยวกับการแพทย์ผสมผสานและการแพทย์ทางเลือก โดยนักวิทยาศาสตร์ในประเทศตะวันตกได้ค้นพบศักยภาพของการแพทย์และการปฏิบัติ “แผนตะวันออก” บางอย่างในการควบคุมระบบการทำงานของร่างกาย ซึ่งก่อนหน้านี้เคยเชื่อว่าไม่สามารถควบคุมได้โดยการใช้จิตสำนึก เช่น ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น ด้วยการนำการแพทย์แผนตะวันออกมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบันนี้เอง ทำให้นักค้นคว้าวิจัยด้านการแพทย์แผนตะวันตกค้นพบวิธีการที่อาจนำมาใช้ในการป้องกันและรักษาโรคและปัญหาสุขภาพเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น ซึ่งก่อนหน้านี้เชื่อว่าเป็นผลที่หลีกเลี่ยงมิได้อันสืบเนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น^{2,3}

ความหมายของ Mind-body medicine

Mind-body medicine หรือ Mind-body interventions หมายถึง กลุ่มของมาตรการที่มีการใช้เทคนิคต่าง ๆ อย่างหลากหลายในการที่จะเสริมสร้างศักยภาพทางจิตใจให้บังเกิดผลในทางบวกต่อการทำงานของร่างกายหรืออาการต่าง ๆ ของโรค โดยเป็นการแพทย์ที่มุ่งสนใจถึง (ก) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมอง จิตใจ ร่างกาย และพฤติกรรม และ (ข) ความทรงศักยภาพของอารมณ์ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และพฤติกรรมในการส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หลักแนวคิดรากฐานของการแพทย์ด้านนี้คือ การตระหนักและมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการที่จะรู้จักและดูแลตนเอง โดยมองว่าการเจ็บป่วยมิใช่เป็นเพียงความทุกข์ทรมานเท่านั้น แต่เป็นโอกาสที่จะนำไปสู่การเติบโตพัฒนาและการยกระดับจิตใจของตนเอง โดยมีคุณลักษณะทางการ

ประเภทที่สำคัญของมาตรการในกลุ่ม Mind-body medicine

การทำสมาธิ (Meditation)

เป็นการเพ่งความสนใจหรือความรับรู้อย่างตั้งใจและต่อเนื่องไปยังสิ่งใดสิ่งหนึ่งภายในหรือภายนอกตัวบุคคล การทำสมาธิแตกต่างจากมาตรการอื่นตรงที่การฝึกปฏิบัติมีทั้งเรื่องของลัทธิศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยคือ เป็นการพัฒนาคิด การยกระดับความดีงามของบุคคล หรือการนำไปสู่การเข้าถึงความรู้ยิ่งหรือสัจธรรม อย่างไรก็ตาม กล่าวกันว่าสามารถนำการทำสมาธิมาใช้ในทางการแพทย์โดยไม่ขึ้นกับภูมิหลังทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย การทำสมาธิที่นำมาใช้บ่อยมี 2 แบบ คือ

(ก) การท่องหรือบริกรรมคำหรือวลีหนึ่ง ๆ ซ้ำ ๆ (transcendental meditation; TM) และ

(ข) การเฝ้าติดตามดูความคิด อารมณ์ ความรู้สึก หรือการรับรู้ เป็นต้น ในแต่ละขณะอย่างมีสติต่อเนื่องโดยไม่ตัดสินความถูกผิดของสิ่งนั้น ๆ (mindfulness)³

เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique)

เป็นการฝึกปฏิบัติให้เกิดภาวะผ่อนคลาย (relaxation) หรือลดการตื่นตัว (hypoarousal) ของ psychophysiological state สิ่งที่เป็นเป้าหมายของการผ่อนคลายอาจเป็น

(ก) ความตึงของกล้ามเนื้อ (เช่น กรณีของการ progressive muscle relaxation ซึ่งผู้ฝึกจะบังคับให้

กล้ามเนื้อเกร็งและคลายสลับกัน) หรือ

(ข) ภาวะเมตาบอลิซึม หรือ sympathetic arousal ซึ่งเทคนิคที่สำคัญในกรณีหลังนี้คือ Benson's relaxation response^{4,5}

Autogenic training

เป็นการใช้สิ่งง่าย ๆ ในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสรีรวิทยาของร่างกาย เช่น วลี "ขาของฉันอุ่นและหนัก" เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณขา อันจะทำให้เกิดภาวะผ่อนคลายตามมา การปฏิบัติจะเป็นลำดับตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าโดยการหายใจลึกและการท่องวลีซ้ำ ๆ หลังจากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วก็มุ่งสนใจถึงส่วนของร่างกายที่ยังมีความตึงเครียดอยู่พร้อม ๆ กับหายใจลึกและท่องวลีซ้ำ ๆ สำหรับร่างกายส่วนนั้น⁶

โยคะ (Yoga)

เป็นการสร้างความสมดุลของร่างกาย-จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยรวมให้เป็นหนึ่งเดียว การฝึกโยคะประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 อย่าง ได้แก่ การหายใจหรือลมปราณ (pranayama yoga) การออกกำลังกายหรือการฝึกท่าโยคะ หรืออาสนะ (hatha yoga) และการทำสมาธิ การฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น และจิตใจผ่อนคลาย⁷

ไทเก๊ก (Tai chi)

เป็นศิลปะการต่อสู้สมัยโบราณของจีนที่มีท่าทางการเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ และสง่างาม ร่วมกับการทำสมาธิและการหายใจอย่างสอดคล้องเหมาะสมไปพร้อม ๆ กัน เพื่อทำให้เกิดความสมดุลระหว่างกายและใจ⁸

ชีกง (Qigong)

เป็นการปฏิบัติแผนจีนสมัยปัจจุบันที่มีการใช้การเคลื่อนไหว การทำสมาธิ และการหายใจอย่างควบคุมเพื่อทำให้เกิดความสมดุลของพลังชีวิตของร่างกายที่เรียกว่า ชี⁹

การสะกดจิต (Hypnosis)

เป็นการเหนี่ยวนำโดยผู้สะกดจิตให้บุคคลเกิดภาวะที่มุ่งสนใจอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งพร้อม ๆ กับการลดหรือหยุดการรับรู้ถึงภายนอกอื่น ๆ จึงมีลักษณะคล้ายกับการหลับ โดยเชื่อว่าภาวะนี้จะทำให้บุคคลไม่มีความคิดต่อต้านคำแนะนำหรือชักจูงโดยผู้สะกดจิต โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ

(1) Absorption หรือการสนใจ/หมกมุ่นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างเข้มข้น

(2) Dissociation ซึ่งเป็นระยะที่บุคคลได้รับหรือประสบกับบางสิ่งที่ควรจะเกิดขึ้นอย่างมีสติสัมปชัญญะ แต่เกิดขึ้นในช่วงที่ไม่รู้ตัว ทั้งนี้เพราะกำลังหมกมุ่นอยู่กับสิ่งอื่น

(3) Suggestibility เป็นระยะที่บุคคลมีแนวโน้ม

จะยอมรับการชี้แนะหรือชักจูงได้ง่ายขึ้น เนื่องจากไม่มีความคิดวิพากษ์วิจารณ์หรือต่อต้าน¹⁰

จินตภาพภายใต้การชี้นำ (Guided imagery)

เป็นการนึกหรือสร้างภาพต่าง ๆ ขึ้นในจิตใจ (โดยการคิดขึ้นเองหรือโดยการชี้นำของผู้ฝึกสอน) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการผ่อนคลายของ psychophysiological state หรือเพื่อให้เกิดผลที่จำเพาะบางอย่างในใจ (เช่น มองเห็นระบบภูมิคุ้มกันของตนเองกำลังทำลายเซลล์มะเร็ง หรือมองเห็นภาพตนเองมีสุขภาพแข็งแรง หรือการสำรวจจิตใจสำนึกของตนเอง)¹¹

Biofeedback

เป็นการใช้อุปกรณ์/เครื่องมือมาขยายกระบวนการทางสรีรวิทยา (เช่น ความดันโลหิต ความตึงของกล้ามเนื้อ) ซึ่งโดยปกติเป็นสิ่งที่รับรู้ได้ยากให้อยู่ในรูปของสัญญาณภาพหรือเสียงที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ โดยบุคคลจะได้รับการแนะนำให้เปลี่ยนแปลงกระบวนการทางสรีรวิทยาของตนเอง (โดยดูการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณภาพหรือเสียง) โดยใช้ relaxation technique หรือ guided imagery ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถใช้จิตสำนึกในการควบคุมสิ่งที่โดยทั่วไปอยู่นอกเหนือการควบคุมของจิตสำนึกได้¹²

Cognitive behavioral therapy

เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองหรือกระบวนการรับรู้อารมณ์และพฤติกรรมตอบสนองของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ความโกรธ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความไม่สบายใจอื่น ๆ อันเป็นผลจากความคิดที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม^{13,14}

Psychoeducational approach

เป็นการผสมผสานมาตรการต่าง ๆ ข้างต้น เข้ากับการให้ศึกษาแก่ผู้ป่วย (เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การรักษาที่เหมาะสม การดูแลตนเอง และการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผู้รักษา)^{15,16}

ศรัทธาและการสวดภาวนา (Faith and prayer)

เป็นศาสนิกหรือพิธีกรรมทางศาสนาที่ประกอบด้วย การติดต่อสื่อสาร (สวดมนต์ ระลึกถึงอันวอน หรือสรรเสริญคุณความดี) กับ "สิ่งอันเป็นลึกลับมูรณ" (พระเจ้า เทพเจ้า ศาสดา หรือสิ่งอันเป็นที่เคารพสักการะอื่น ๆ) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับจิตใจ เพิ่มความสูงส่ง เพิ่มพลังหรือกำลังใจของบุคคล¹⁷

อ่านต่อฉบับหน้า

เอกสารอ้างอิง

1. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Mind-body medicine : an overview [online]. Bethesda, Maryland : NCCAM, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, 2004 [cited 2005 Jun 27]. Available from: URL: <http://nccam.nih.gov/health/backgrounds/mindbody.htm>
2. Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forsys KL. Mind-body medicine : state of the science, implication for practice. J Am Board Fam Pract 2003;16(2):131-47.
3. Berman BM, Singh BK, Lao L, Singh BB, Forentz KS, Hartnoll SM. Physician's attitudes toward complementary or alternative medicine : a regional survey. J Am Board Fam Pract, 1995;8(5):361-6.
4. Benson H. The relaxation response. New York : Morrow, 1975.
5. Hellman CJ, Budd M, Borysenko J, McClelland DC, Benson H. The study of the effectiveness of two group behavioral medicine interventions for patients with psychosomatic complaints. Behav Med 1990 Winter;16(4):165-73.
6. Greenberg JS. Autogenic training and imagery. In : Greenberg JS, ed.
7. Fontaine KL. Yoga. In : Fontaine KL, ed. Healing Practices : Alternative Therapies for Nursing. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 2000:245-57.
8. Castleman M. Nature's Cures. Emmaus, PA : Rodale Press, 1996.
9. McGee CT, Sancier K, Chow EPY. Qigong in traditional Chinese medicine. In : Micozzi MS, ed. Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine. New York, NY : Churchill Livingstone, 1996:225-30.
10. Spiegel D, Moore R. Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. Oncology (Williston Park) 1997 Aug;11(8):1179-95.
11. Academy for Guided Imagery. What is Interactive Guided Imagery? [on line]. 2004 [cited 27 June 2005] Available from URL: <http://www.academyforguidedimagery.com/whatis9.php>
12. Schwartz MS, Schwartz NM. Biofeedback : using the body's signals. In : Goleman D, Gurin J, eds. Mind-Body Medicine : How to Use Your Mind for Better Health. New York, NY : Consumer Reports Books, 1998:301-13.
13. Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York, NY : International Universities Press, 1979.
14. Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York, NY : Lyle Stuart, 1962.
15. Gonzalez-Pinto A, Gonzalez C, Enjuto S, de Corres BF, Lopez P, Palomo J, Gutierrez M, Mosquera F, de Heredia JL. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder : and update. Acta Psychiatr Scand 2004 Feb;109:83-90.
16. Colom F, Vieta E, Martinez A, Jorquera A, Gasto C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? Psychother Psychosom 1998;67:3-9.
17. Fontaine KL. Faith and prayer. In : Fontaine KL, ed. Healing practices: alternative therapies for nursing. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 2000:344-60.

กาแฟ



กาแฟ เป็นหนึ่งในเครื่องดื่มที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในโลก มีการบริโภคกาแฟกันมากกว่าล้านคนต่อวัน ในอดีตประโยชน์ของกาแฟที่เราค้นพบและทำการศึกษาเกือบทั้งหมดมาจากสารประกอบเพียงชนิดเดียวนั่นคือคาเฟอีน แต่ปัจจุบันนักวิจัยได้ค้นพบสารประกอบอื่น ๆ ในกาแฟที่ทำให้เครื่องดื่มประเภทนี้มีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น กาแฟถูกจัดให้เป็นเครื่องดื่มประเภท functional beverage ซึ่งหมายถึงเครื่องดื่มที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกาย

เนื่องจากการศึกษาค้นพบว่า การบริโภคกาแฟมีบทบาทในการป้องกันโรคบางชนิด คุณประโยชน์ของกาแฟนั้นเกิดขึ้นจากส่วนประกอบที่เป็น green beans รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างการคั่วเมล็ดกาแฟ นอกจากนี้ยังมีการค้นพบคุณประโยชน์ต่าง ๆ จากผลิตภัณฑ์พลอยได้ระหว่างกระบวนการอุตสาหกรรมเมล็ดกาแฟอีกด้วย ซึ่งในที่นี้จะขอยกกล่าวถึงเฉพาะคุณประโยชน์ที่มีการค้นพบจากเมล็ดกาแฟคั่ว (Roasted coffee) และเครื่องดื่มกาแฟ (coffee beverage)

เมล็ดกาแฟคั่ว (Roasted coffee)

คุณลักษณะที่สำคัญอันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของกาแฟก็คือ กลิ่นเฉพาะของกาแฟที่เกิดขึ้นจากกระบวนการคั่วเมล็ดกาแฟ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของส่วนประกอบในเมล็ดกาแฟ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงจะมากหรือน้อยก็ขึ้นกับระดับของการคั่วกาแฟ ระหว่างการคั่วกาแฟพบว่า silverskin remnants ของเมล็ดกาแฟจะหลุดออกไป มีการค้นพบว่าสารประกอบที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการคั่วหลายชนิดทำให้เกิดผลดีต่อร่างกาย อย่างไรก็ตามพบว่ามีสารก่อมะเร็ง (carcinogen) เช่น polycyclic aromatic hydrocarbon เกิดขึ้นได้จากการเผาไหม้ของเมล็ดกาแฟที่ไม่สมบูรณ์

ในระหว่างการคั่วเมล็ดกาแฟด้วย แต่ปริมาณที่พบนั้นมีน้อยมากจนไม่มีนัยสำคัญ

เมล็ดกาแฟคั่วนั้นประกอบ

ไปด้วย carbohydrate (38-42% dry basis),

melanoidins (23%), lipid (11-17%), protein (10%),

mineral (4.5-4.7%), CGA (2.7-3.1%), aliphatic acids (2.4-2.5%),

caffeine (1.3-2.4%), Etc นอกจากนี้ยังมีการค้นพบสารประกอบ

ระเหยประมาณ 850 ชนิด แต่มีเพียงประมาณ 40 ชนิดที่ทำให้

เกิดกลิ่นเฉพาะของกาแฟ

ส่วนประกอบที่น่าสนใจอย่างหนึ่งในเมล็ดกาแฟคั่ว นั่นคือ CGA ที่ค้นพบว่ามีความสมบัติต้านอนุมูลอิสระ (antioxidative properties) การคั่วกาแฟในอุณหภูมิสูงจะทำให้ CGA ลดลง นอกจากนี้ยังค้นพบอีกว่า วิธีการที่จะดึงเอาสารต้านอนุมูลอิสระจากเมล็ดกาแฟคั่วที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การต้มเมล็ดกาแฟบดในน้ำภายใต้ความดันที่เพิ่มสูงขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นมีการค้นพบว่า





สารสกัดจากเมล็ดกาแฟคั่วมีฤทธิ์ต่อต้านเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด เช่น *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus mutans* รวมถึง enterobacteria หลายสายพันธุ์ ซึ่งคุณสมบัตินี้อาจเกิดจากส่วนประกอบในเมล็ดกาแฟคั่ว เช่น caffeic acid, trigonelline, caffeine, chlorogenic acid, protocatechuic acid รวมถึง melanoidins ที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการคั่วเมล็ดกาแฟ

เครื่องดื่มกาแฟ (coffee beverage)

การชงกาแฟมีวิธีการทำได้หลากหลาย ทั้งหมดทั้งมวลล้วนมีพื้นฐานที่เหมือนกันคือ การต้มเมล็ดกาแฟคั่วบดในน้ำ หรืออาจจะเป็นการรินน้ำร้อนผ่านเมล็ดกาแฟคั่วบด การหยดน้ำร้อนผ่านเมล็ดกาแฟคั่วบด หรือการพ่นน้ำร้อนผ่านเมล็ดกาแฟคั่วบด ซึ่งไม่ว่าจะเป็นวิธีการใดก็ตาม ส่วนใหญ่กาแฟชงและเมล็ดกาแฟ

คั่วจะยังคงมีส่วนประกอบที่ใกล้เคียงกัน แต่อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของสารประกอบที่ทำให้เกิดกลิ่นระหว่างการชงกาแฟ

เครื่องดื่มกาแฟมีส่วนประกอบที่สำคัญมากมาย เช่น flavonoids (catechins และ anthocyanins), caffeic และ ferulic นอกจากนี้ยังมีการค้นพบ nicotinic acid, trigonelline, quinolinic acid, tannic acid, pyrogalllic acid และ caffeine นักวิจัยได้ค้นพบคุณสมบัติการต้านอนุมูลอิสระของเครื่องดื่มกาแฟจาก caffeine, CGA, melanoidins, hydroxycinnamic acids เช่นเดียวกับที่ค้นพบในเมล็ดกาแฟคั่วบด

นอกจากนี้ยังมีการค้นพบคุณประโยชน์ของการบริโภคกาแฟในด้านต่าง ๆ เช่น ช่วยยับยั้งการเกิดภาวะตับแข็ง และภาวะตับอ่อนอักเสบที่เกิดจากการกินแอลกอฮอล์ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด มีรายงานว่าพบความสัมพันธ์กันระหว่างการบริโภคกาแฟที่เพิ่มขึ้นกับการลดลงของการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วยลดการเกิดอาการกำเริบของโรคหืดได้อีกด้วย นอกจากนี้เครื่องดื่มกาแฟยังเป็นแหล่งของกากใยอาหารที่มีปริมาณมากกว่าเครื่องดื่มชนิดอื่น ๆ (0.47-0.75 กรัม/100 มล.)

ล่าสุดในปี ค.ศ. 2012 วารสารทางการแพทย์ The New England Journal of Medicine ได้ตีพิมพ์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์กันระหว่างการบริโภคกาแฟกับอัตราการตายโดยรวมและอัตราการตายแยกตามสาเหตุ (Association of coffee drinking with total and cause-specific mortality) โดยทำการศึกษาดูตามในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995-2008 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 229,119 คน และหญิง 173,141 คน พบความสัมพันธ์กันระหว่างการดื่มกาแฟและอัตราการตาย โดยพบว่าอัตราเสี่ยงต่อการตาย (adjusted hazard ratio) ในคนที่ดื่มกาแฟในปริมาณต่าง ๆ เปรียบเทียบกับคนที่ไม่ได้ดื่มกาแฟเป็นดังตารางหน้าถัดไป

จากการศึกษาพบว่า การบริโภคกาแฟช่วยลดอัตราการตายอย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น การประเมินเรื่องการบริโภคกาแฟนั้น ทำโดยการให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาระเมินปริมาณการบริโภคกาแฟด้วยตนเองเพียงครั้งเดียว ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนรูปแบบการบริโภคกาแฟในระยะยาวได้ รวมทั้งความแตกต่างของการบริโภคกาแฟชนิดที่มีคาเฟอีนกับชนิดที่ไม่มีคาเฟอีน อาจทำให้เกิดการแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ผิดพลาดได้ นอกจากนี้คณะผู้วิจัยไม่มีข้อมูลเรื่องรายละเอียดของชนิดกาแฟที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาริโภค เช่น espresso กาแฟดม หรือกาแฟกรอง ซึ่งอาจทำให้ส่วนประกอบในกาแฟที่บริโภคมีการเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น คณะผู้



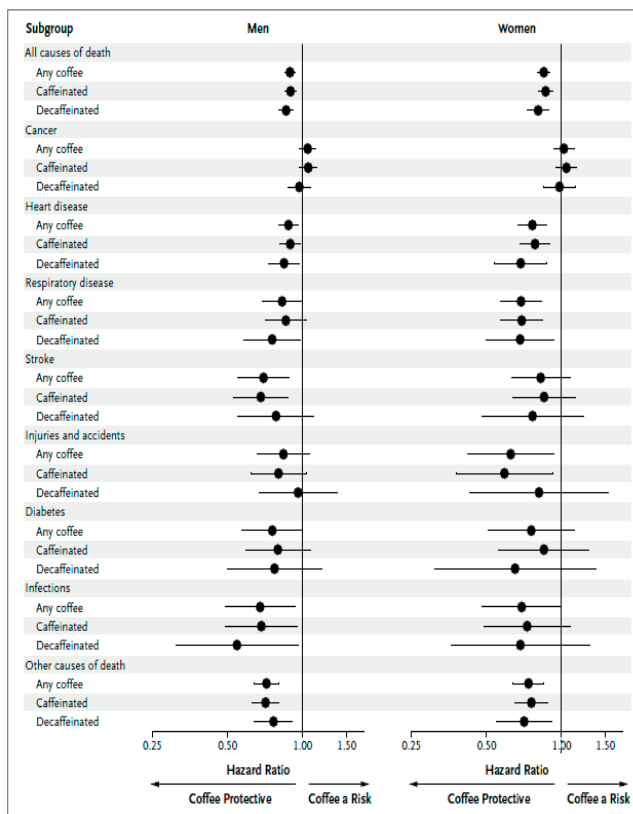
ปริมาณกาแฟที่ดื่มต่อวัน	อัตราเสี่ยงต่อการตาย (Adjusted hazard ratio for death) ในคนที่ดื่มกาแฟเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่ได้ดื่มกาแฟ (95% CI)	
	ชาย	หญิง
น้อยกว่า 1 แก้ว	0.99 (0.95-1.04)	1.01 (0.96-1.07)
1 แก้ว	0.94 (0.90-0.99)	0.95 (0.90-1.01)
2-3 แก้ว	0.90 (0.86-0.93)	0.87 (0.83-0.92)
4-5 แก้ว	0.88 (0.84-0.93)	0.84 (0.79-0.90)
ตั้งแต่ 6 แก้วขึ้นไป	0.90 (0.85-0.96)	0.85 (0.78-0.93)

วิจัยไม่สามารถระบุได้ว่า การบริโภคกาแฟจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ อัตราตายลดน้อยลงหรือไม่ แต่อย่างไรก็ดี ทางคณะผู้ทำการศึกษา สามารถคาดเดาได้ที่น่าจะเป็นไปได้ว่า การบริโภคกาแฟน่าจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพ

คณะผู้ทำการศึกษาสรุปผลการศึกษาว่า จากข้อมูลการ ศึกษาพบการบริโภคกาแฟสามารถลดอัตราตายโดยรวม และอัตรา ตายแบบเฉพาะสาเหตุ เช่น โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ และโรคติดเชื้อ (ดังแผนภูมิที่ 1) ผลการศึกษาที่พบน่าจะทำให้เปลี่ยนความกังวลใจว่า การบริโภค กาแฟอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพได้



การบริโภคกาแฟอาจก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อร่างกาย เริ่มมีรายงานออกมาว่าผลดีผลพลอยได้ของการผลิตเมล็ดกาแฟ อาจส่งผลดีต่อร่างกายมากขึ้นเรื่อย ๆ



แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคกาแฟ และอัตราตายในแต่ละโรค

เอกสารอ้างอิง

1. Neal D. Freedman, Yikyung Park, Christian C. Abnet, Albert R. Hollenbeck, Rashmi Sinha. Association of Coffee Drinking with Total and Cause-Specific Mortality N Engl J Med 2012;366:1891-904.
2. Patricia Esquivel, Víctor M. Jiménez. Functional properties of coffee and coffee by-products Food Research International 2012;46:488-95.
3. สุพรรณิการ์ กิจสวัสดิ์ไพบูลย์, คาเฟอีนในเครื่องดื่มใกล้ตัว, [ออนไลน์] http://www.pharmacy.cmu.ac.th/dic/newsletter/newpdf/newsletter10_4/cafeine.pdf

อาการเจ็บคอเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ การรักษาอาการเจ็บคอในปัจจุบันเป็นการรักษาตามสาเหตุของโรค อันได้แก่การติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัสเป็นส่วนใหญ่ บางรายมีอาการเจ็บคอมาก บางรายมีอาการเจ็บคोन้อยแตกต่างกันไป ผู้ป่วยมักได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาสาเหตุของอาการเจ็บคอดังกล่าว

สเตียรอยด์ กับอาการเจ็บคอ

หลังได้รับยาปฏิชีวนะผู้ป่วยบางรายยังมีอาการเจ็บคอรุนแรง และอาการไม่ดีขึ้น ทำการเพาะเชื้อเปลี่ยนยาแล้วอาการเจ็บคอรุนแรงก็ยังคงอยู่ อาจเป็นเพราะยังมีกระบวนการอักเสบในบริเวณดังกล่าว สเตียรอยด์เป็นยาที่ลดการอักเสบในบริเวณระบบทางเดินหายใจส่วนบน สามารถช่วยให้อาการเจ็บคอดีขึ้นได้

ในผู้ป่วยหลายรายในเวชปฏิบัติที่อาการเจ็บคอรุนแรงหลังได้รับยาปฏิชีวนะก็ยังคงเจ็บ หายสาเหตุอื่นก็ไม่พบ จึงเป็นที่มาของการศึกษาในวันนี้ถึงการใช้สเตียรอยด์เพื่อลดอาการเจ็บคอ



จากการทบทวนวรรณกรรมในฐานข้อมูล COCHRANE, CENTRAL, ARI group, MEDLINE, EMBASE ถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2012 พบ 8 รายงานการวิจัยที่รวบรวมผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีอาการเจ็บคอจำนวน 743 คน (เด็กจำนวน 369 คน, ผู้ใหญ่จำนวน 374 คน) โดยผู้ป่วยดังกล่าวมีอาการเจ็บคอจากหลายสาเหตุ ยกเว้นผู้ที่มีอาการเจ็บคอจากโรค infectious mononucleosis, ภาวะหลังผ่าตัดต่อมทอนซิล, หลังใส่ท่อช่วยหายใจ, peritonsillar abscess ในการศึกษาดังกล่าว ผู้ป่วยที่ถูกศึกษาทุกคนจะได้รับยาปฏิชีวนะ กลุ่มศึกษาจะได้รับสเตียรอยด์ และกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับยาหลอก วันละ 3 ครั้ง พบว่าอาการเจ็บคอในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสเตียรอยด์มีอาการเจ็บคอดีขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงที่ได้รับยาดังกล่าว Risk ratio (RR) = 3.2, 95% Confidence interval 2.0-5.1, $p < 0.001$ พบว่าเมื่อประเมินอาการหลัง 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นกว่าหลัง 24 ชั่วโมง 1.7 เท่า หลังได้รับสเตียรอยด์ กล่าวคือสเตียรอยด์ช่วยให้ระยะเวลาการเจ็บคอลลดลง ลดระยะเวลาการหายของโรค อัตราการเกิดผลข้างเคียง การเกิดซ้ำของโรคไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาหลอก

กล่าวโดยสรุป สเตียรอยด์มีประโยชน์ในการลดการอักเสบในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอจากการอักเสบ เนื่องจากสามารถลดกระบวนการอักเสบได้หากให้ร่วมกับยาปฏิชีวนะ ช่วยให้ระยะเวลาการเจ็บคอลลดลง ลดระยะเวลาการหายของโรค ควรใช้สเตียรอยด์ด้วยความระมัดระวังหากจะนำมาใช้ในเวชปฏิบัติ



Thai Rheumatism Association and Roche Thailand Ltd.

Cordially invite you to attend

“Luncheon Symposium 2”

Pursuit the Targeting Therapy with Predictive Biomarkers *Revelation and Challenge*

Moderator : Prof. Ratanavadee Nanagara, MD.

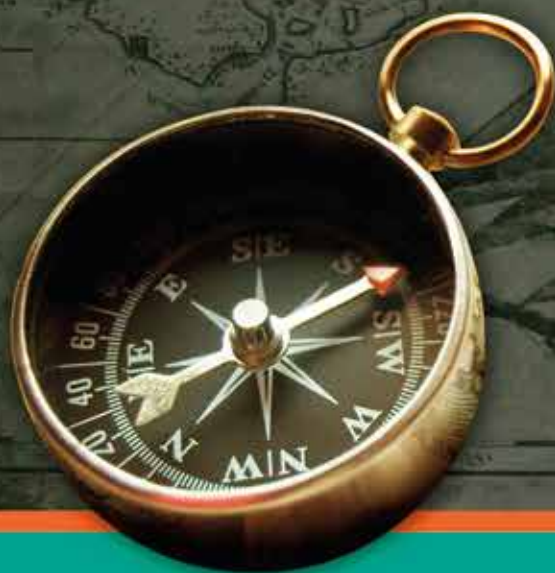
Division of Allergy Immunology and Rheumatology,
Department of Medicine, Srinagarind Hospital

Speaker : Col. Assoc. Prof. Pajit Asavathanabodee, MD.

Unit of Rheumatology, Department of Medicine
Phramongkuthklao Hospital

**Saturday, 16th March 2013
11:50-12:50**

Grand Hyatt Regency Hua Hin Hotel





"Changes and Challenges in Internal Medicine"

29th Annual Meeting The Royal College of Physicians of Thailand
24th - 27th April 2013, PEACH, Royal Cliff Hotels Group, Pattaya

Wednesday 24th April 2013

- 08.30-10.00 General knowledge in medical practice Symposium
- Update screening for GI and liver cancers:
 - Colon cancer
 - Stomach cancer
 - Liver cancer
 - What is new in ACS
 - NG-STEM
 - STEM
 - High-sensitive troponin
 - Viral pneumonia
- 08.30-10.00 Mini workshop
- Spot diagnosis in nephrology
 - Can you interpret from microscopy to antibiogram?
 - Clinical signs and symptoms in nutrient deficiencies
- 10.30-12.00 Landmark clinical studies
- Interventions to slow progression of chronic kidney disease
 - Changes and challenges in thalassemia management
 - Evaluation and treatment of iron overload
 - Prevention of pulmonary hypertension
 - Changes in rheumatoid arthritis in daily clinical practice
 - Landmark clinical studies in diabetes 2012
 - Update on management of hypertension in acute stroke
 - Landmark clinical study in gastroenterology
- 12.00-13.30 Luncheon symposium
- Symposium by Siam Pharmaceutical Co., Ltd.
 - New marker in the early diagnosis of acute myocardial infarction, the potential for improving patient management
- 13.30-17.00 Workshop
- Critical skills for general internists
 - Critical care sonography
 - Practical hemodynamic monitoring
 - Spot diagnosis in hematology
 - Challenging the spot diagnosis in rheumatology
 - EKG challenges
 - Pulmonary tip in chest radiographic interpretation
 - Neurology: makes easy
- 13.30-15.00 Guideline
- Management of thyrotoxicosis and thyroid nodule
 - Current management of hypertension in the elderly
 - Advance in beta-lactam allergy: implication to clinical practice
- 15.30-17.00 Guideline
- Thailand CKD guideline 2012
 - Heart failure and atrial fibrillation
 - New criteria for diagnosis of Alzheimer's disease
- 17.00-18.30 Medicine tournament (round 1)

Thursday 25th April 2013

- 07.30-08.30 Meet the experts
- Renal tubular acidosis for internists
 - How do I monitor patients' hemodynamics in my ICU?
 - Management of infection-associated lymphoma
 - Vasculitis: the most challenging disease
 - Role of cardiac imaging
 - Does infection control really control infection?
 - Paroxysmal movement disorder during awake and sleep
- 08.30-10.00 Symposium
- State-of-the-art of new oral anticoagulant drugs
 - Pharmacological profiles of the new oral anticoagulants
 - The role of new oral anticoagulant drugs in cardiovascular diseases
 - The role of new oral anticoagulants in the prevention and treatment of thromboembolism
 - Gout: challenges in diagnosis and management
 - Hot topics in tropical medicine
 - Enteral and parenteral nutrition support in critically ill patients

Thursday 25th April 2013

- Update on viral encephalitis
- Genetic testing: challenging or extravagant?
- 08.30-10.00 Opening Ceremony
- Yakk Vithanvithi Primary Institute
- Annual general business meeting
- Luncheon symposium
- The new benchmark for GERD treatment
 - Takeda (Thailand) Ltd.
 - Symposium by MSD (Thailand) Ltd.
 - Symposium by GlaxoSmithKline (Thailand) Ltd.
- 11.30-13.30 RCPT strategic forum: Asian economic community 2015: changes and challenges
- Best abstract for resident/Best abstract for fellow/Free paper
- 13.30-15.00 Guideline
- Diagnosis and management of aplastic anemia
 - New COPD guideline 2012
 - RCPT guideline on usage of non-ED drug: statin, PPI, bisphosphonate, ACEI/ARB, COX 2 inhibitor
- 15.30-18.00 Convocation ceremony and honorable distinguished internal awards
- 18.30-20.00 Dinner symposium
- Symposium by Berlin Pharmaceutical Industry Co., Ltd.

Friday 26th April 2013

- 07.30-08.30 Meet the experts
- Fluid therapy: my choice
 - Management of myelodysplastic syndromes
 - Bisphosphonate for osteoporosis: friend or foe
 - Neurology of eye movement
 - Anaesthetic sensitivity: hidden problem in severe asthma
 - Stroke in the first few hours: how to manage
 - Thoracic ultrasound for internists
- 08.30-10.00 Symposium
- Changes and challenges in glomerulonephritis
 - Upper GI bleeding risk factors, prognostic assessment and management in 2013
 - Effective coaching in weight reduction and control
 - IVIG vs plasma exchange in neurological disorder
- 08.30-10.00 Research highlights
- 08.30-10.00 Guideline
- 10.30-12.00 Clinical case seminar
- Case 1: Cardiogenic shock in a patient with respiratory failure and sepsis
 - Case 2: A patient with severe dengue infection
 - Second-line therapy for idiopathic thrombocytopenic purpura
 - Splenicectomy
 - Rituximab
 - Thrombopoietin receptor agonists
 - Early arthritis: clinical case challenge
 - Practical management of unknown primary cancer
 - Acute pulmonary embolism with RV failure in critically ill patient
- 10.30-12.00 Best abstract of the year award
- 12.00-13.30 Luncheon symposium
- Multi-approach of hypertension management
 - Takeda (Thailand) Ltd.
 - What should you know about lipid management in current practice?
 - MSD (Thailand) Ltd.
 - The acid pocket & its significance in reflux disease
 - DKSH (Thailand) Ltd.
- 13.30-15.00 Landmark clinical studies
- What's new in infectious disease?
 - HIV
 - Non-HIV
 - Therapeutic hypothermia: post cardiac arrest care
 - Landmark clinical study in cardiology and gastroenterology
 - Does anything work in preventing dementia?

Friday 26th April 2013

- 13.30-15.00 Free paper
- Joint RCPT and RCPL Workshop
- Update in general medicine: a British perspective
- Joint RCPT and RCPL Workshop (continue)
- Imported exotic disease emergencies
- 15.30-17.00 Guideline
- Septic shock guideline 2013
 - Low back pain
 - Infectious diseases in 2012: what have been changed?
 - New guideline in hypertension management (JNC VII)
- 17.00-18.00 Medicine tournament (final round)
- 18.30-22.00 Gala dinner

Saturday 27th April 2013

- 07.30-08.30 Meet the experts
- Endocrine hypertension
 - Screening for asymptomatic atherosclerosis
 - Imaging
 - Biomarkers
 - Skin signs and molecular biology
 - Sarcopenia and osteoporosis
 - Ventilator setting in ARDS
 - Benefits and risks of taking vitamin supplement
- 08.30-10.00 Symposium
- Management of atrial fibrillation
 - How to assess stroke and bleeding risk
 - Antithrombotic drug
 - Antiarrhythmic drug
 - Comprehensive care for dementia patients and their caregivers
 - Non-resolving pneumonia
 - Research quality improvement
- 08.30-10.00 Non medical topic
- Why internist should know about wine?
 - Case study in medical and medicolegal plaintiffs
- 10.30-12.00 Clinical case seminar
- Controversy in acute kidney injury management
 - Occult GI bleeding: a difficult but challenging problem
 - Subclinical thyroid disorders and hypothyroidism
 - Timing of antibiotic therapy: how to start and how to stop?
 - Malnutrition in hospitalized patients
 - Medical vs non-medical management of chronic daily headache
- 12.00-13.30 Luncheon symposium
- Targeting the exacerbation-targeting the inflammation in COPD management
 - Takeda (Thailand) Ltd.
 - Symposium by Biopharm Chemicals Co., Ltd.
 - Putting the patient first: personalising care to achieve control
 - Novartis (Thailand) Ltd.
- 13.30-15.00 Breakthrough in Internal Medicine 2012
- Allergy
 - Cardiology
 - Critical care
 - Gastroenterology
 - Hematology
 - Infectious disease
 - Nephrology
 - Nutrition
 - Pulmonology
 - Rheumatology



ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
The Royal College of Physicians of Thailand

อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ ชั้น 7 ห้อง 702 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110 โทรศัพท์ : 0-2716-6744 ต่อ 12,16, 08-9139-4555 โทรสาร : 0-2716-1652

7th Floor, Royal Golden Jubilee Building, 2 Soi Soenvijai, New Petchburi road, Bangkok 10310, Thailand

Telephone : 0-2716-6744 Ext 12, 16 Fax : 0-2716-1652 E-mail : rcpt@asianet.co.th or rcptmail@gmail.com

www.rcpt.org/conference/2013/



การชันสูตรพลิกศพผู้ตายที่ถูกไฟฟ้าดูด:

ประเด็นต่อเนื่องที่แพทย์ยังต้องให้ความสำคัญในทางนิติเวชศาสตร์ (รายงานผู้ตายหนึ่งราย)

Post-Mortem Inquest In Case Of Electrocution:

Another Important Point for Physician in Forensic Aspect (A Case Report)

การถูกไฟฟ้าดูดจนเสียชีวิตนั้นพบได้บ่อยอย่างมาก โดยเฉพาะในช่วงที่น้ำท่วมขังหรือในช่วงที่มีฝนตกทำให้พื้นดินเปียกแฉะ ทำให้กระแสไฟฟ้าสามารถผ่านมายังตำแหน่งอื่น ๆ ได้สะดวก และหากมีผู้อยู่ในรัศมีของกระแสไฟฟ้าย่อมทำให้เกิดอันตรายได้ทันทีจนถึงแก่ชีวิตได้ซึ่งเคยเป็นข่าวมาแล้ว เช่น การที่เข้าในตู้โทรศัพท์แล้วถูกกระแสไฟฟ้าดูด, น้ำท่วมแล้วจะไปเปิดตู้เย็นทำให้ถูกไฟฟ้าดูด เป็นต้น ซึ่งการเสียชีวิตที่ปรากฏเหล่านี้อาจอยู่ในลักษณะที่ค่อนข้างชัดเจนว่า “ถูกกระแสไฟฟ้าดูด” จนทำให้เสียชีวิตและน่าจะเกิดจากอุบัติเหตุหรือการรู้เท่าไม่ถึงการณ์โดยแท้ โดยมีได้เกิดจากความประมาทของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด แต่ถูกกระแสไฟฟ้าดูดทำให้ถึงแก่ความตายในขณะที่ทำงานอยู่แล้วอาจเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากเจตนาหรือประมาทของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด และเมื่อแพทย์เรียก (ตามหน้าที่ในฐานะเจ้าพนักงาน) ให้เข้าร่วมทำการชันสูตรพลิกศพพร้อมกับเจ้าพนักงานอื่นแล้ว¹ แพทย์จะต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งและถือว่าเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย²

.....การที่แพทย์ได้ถูกมอบหมาย (โดยพนักงานสอบสวน) ให้ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ที่ศพถูกพบนั้น และแพทย์เห็นบาดแผลและร่องรอยพร้อมกับสภาพแห่งที่เกิดเหตุ (สภาพแวดล้อม) ว่าน่าจะเกิดจากกระแสไฟฟ้าดูด (electrocution) และแพทย์ได้ทำรายงาน “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ”¹ เรียบร้อยให้กับพนักงานสอบสวนแล้ว แพทย์จะต้องไม่ลืมว่ายังมีประเด็นแห่งคดีที่อาจเกิดขึ้นได้อีกโดยที่แพทย์จะต้องเป็นผู้ให้คำตอบ..... ฯลฯ

ประเด็นทางกฎหมายในเรื่องการเสียชีวิต

กรณีการเสียชีวิตและทางบ้านเมืองหรือสังคมให้ความสำคัญซึ่งจะต้องดำเนินคดีในทางอาญา³ (ซึ่งอาจตามมาด้วยการดำเนินคดีทางแพ่งโดยผู้เสียหาย) สามารถจำแนกแนวทางออกได้เป็น 2 แนวทางคือ แนวทางกระทำโดยเจตนา และแนวทางกระทำโดยประมาท

1. แนวทางเจตนา คือ ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยเจตนา ตามประมวลกฎหมายอาญาประกอบด้วย

1.1 เจตนาทำให้ตนเองถึงแก่ความตาย

1.2 เจตนาทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย

“มาตรา ๒๘๘ ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี”

“มาตรา ๒๘๙ ผู้ใด

(๑) ฆ่าบุพการี

(๒) ฆ่าเจ้าพนักงาน ซึ่งกระทำการตามหน้าที่ หรือเพราะเหตุที่จะกระทำ หรือได้กระทำการตามหน้าที่

(๓) ฆ่าผู้ช่วยเหลือเจ้าพนักงาน ในการที่เจ้าพนักงานนั้นกระทำการตามหน้าที่ หรือเพราะเหตุที่บุคคลนั้นจะช่วยหรือได้ช่วยเจ้าพนักงานดังกล่าวแล้ว

(๔) ฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน

(๕) ฆ่าผู้อื่นโดยทรนินหรือโดยกระทำทารุณโหดร้าย

(๖) ฆ่าผู้อื่นเพื่อตระเตรียมการ หรือเพื่อความสะดวกในการที่จะกระทำความผิดอย่างอื่น หรือ

(๗) ฆ่าผู้อื่นเพื่อจะเอา หรือเอาไว้ซึ่งผลประโยชน์อันเกิดแต่การที่ตนได้กระทำความผิดอื่น เพื่อปกปิดความผิดอื่นของตน หรือเพื่อหลีกเลี่ยงให้พ้นอาญาในความผิดอื่นที่ตนได้กระทำให้ต้องระวางโทษประหารชีวิต”

2. แนวทางประมาท คือ ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยประมาทประกอบด้วย

2.1 ประมาททำให้ตนเองถึงแก่ความตาย

2.2 ประมาททำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย

“มาตรา ๒๙๑ ผู้ใดกระทำโดยประมาทและการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกินสองหมื่นบาท”

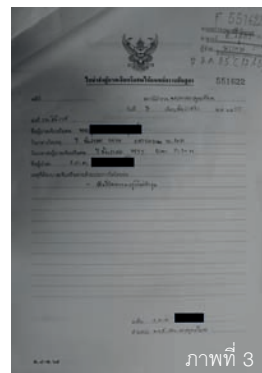
ปัญหาในเรื่องประมาทจนทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายนั้นเป็นเรื่องสำคัญและเป็นไปตามบทบัญญัติของกฎหมาย ตามวัตถุประสงค์ของกฎหมายเป็น “กรณีที่มีบุคคลอื่นทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย” ในที่นี้ถือว่าเป็นความประมาทของผู้อื่นทำให้ผู้ตายต้องถึงแก่ความตายนั่นเอง ผู้อื่นในที่นี้มักจะเป็นผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น นายจ้าง เจ้าของบ้าน หรือบุคคลอื่น

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตายหนึ่งราย)

ผู้ตายเป็นชายอายุ 40 ปี รูปร่างสันตัด มีอาชีพรับจ้าง และมีประสบการณ์ในเรื่องการต่อไฟฟ้ามาหลายปี เข้ารับจ้างต่อสายไฟฟ้าให้กับบ้านหลังหนึ่งเป็นบ้าน 2 ชั้น ด้านล่างเป็นโรงโม่ พื้นบ้านชั้นล่างเป็นซีเมนต์ (ภาพที่ 1)



วันเกิดเหตุเป็นช่วงเวลาเช้า ประมาณ 9.00 น. ผู้ตายได้มาทำการต่อสายไฟฟ้าที่ชั้นล่าง โดยต้องการต่อสายจากสายไฟฟ้า (ที่มีไฟฟ้า) ด้านบนมายังหัวจ่ายไฟฟ้า (ปลั๊กรวม) เพื่อให้เป็นชุมทางในการเสียบไฟฟ้าเพื่อการใช้งานกับเครื่องใช้ไฟฟ้าอื่น ๆ แต่แล้วผู้ตายถูกไฟฟ้าดูดและนอนแน่นิ่งที่พื้น (ภาพที่ 2)



ต่อมาได้มีการแจ้งต่อนักงานสอบสวน (ตำรวจ) ว่า “มีผู้ตายที่เป็นช่างไฟฟ้าถูกไฟดูดถึงแก่ความตาย” โดยพนักงานสอบสวนและแพทย์ทางด้านนิติเวชศาสตร์ได้เข้าร่วมทำการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย¹ และขอให้ส่งศพเพื่อการตรวจต่อที่โรงพยาบาลของรัฐบาล ซึ่งศพได้ถูกส่งมาสำหรับการตรวจในเวลาต่อมา (ภาพที่ 3)

การชันสูตรพลิกศพ:

- ศพเพศชายอายุประมาณ 40 ปี

รูปร่างสันหัด ผิวเนื้อดำแดงอย่าง
ชาวเอเชีย

- ศพมีผมสีดำ นอน
ราบบนพื้นซีเมนต์ชั้นล่างของ
บ้าน

- สวมเสื้อแขนยาว
สีส้มหมาก กางเกงขาสั้นพื้นสี
บานเย็นมีลวดลายการ์ตูน ไม่พบ
ว่าสวมรองเท้า ถุงเท้า และถุงมือ
แต่อย่างใด

- ศพแข็งตัวปานกลาง
พบเลือดตกกลู่เป็นจุดดำหลัง
ตายที่หลังได้ค่อนข้างชัด

- ไม่พบสายไฟฟ้าใกล้ตัว

- พบบาดแผลที่มือขวาบริเวณอุ้งมือเป็นแนวยาวพาดอุ้งมือ ขนาดของ
แผลกว้างราว 3 เซนติเมตร และเห็นรอยระยะของการถูกความร้อนเป็น 3 ระยะ
ชัดเจน

- บาดแผลถูกความร้อนที่ข้อมือด้านขวา ยาวประมาณ 5 เซนติเมตร
กว้าง 3 เซนติเมตร

- บาดแผลถูกความร้อนที่หลังนิ้วชี้ซ้าย ยาวประมาณ 5 เซนติเมตร
กว้าง 2 เซนติเมตร

- ไม่พบร่องรอยสภาพของบาดแผลจากความร้อนที่เท้าทั้งสองข้าง

- ไม่ได้กลิ่นฉุนของสารเคมี แอลกอฮอล์ หรือคราบติดปกติดตามทวาร
และใบหน้า

สาเหตุการตาย:

สันนิษฐานในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่การชันสูตรพลิกศพก็คือ “การตายจากกระแส
ไฟฟ้าดูด” (electrocution)

ประวัติเพิ่มเติม:

1. ลักษณะบ้านที่เกิดเหตุเป็นบ้านยกสูง มีได้ฉนวนเป็นพื้นปูนซีเมนต์
ผู้ตายมีได้สวมถุงมือ ถุงเท้า หรือรองเท้า

2. สายไฟฟ้าดับชั่วขณะพาดมาจากด้านบน (ชั้นบน) มาในระดับคาน
มาอยู่ระดับคานล่าง และยังมีอีกสายที่ใกล้จะต่อกับหัวรวมปลั๊กไฟฟ้า (เปลี่ยน)
เพื่อใช้ทำการเสียบไฟฟ้าเพื่อการใช้งานของเครื่องใช้ไฟฟ้าอื่น ๆ

3. ผู้ตายเป็นช่างไฟฟ้า ทำงานด้านนี้มานานหลายปี

4. ไม่เคยมีประวัติผู้ตายมีเรื่องกับผู้อื่น อีกทั้งไม่มีคดีความทั้งในชั้น
พนักงานสอบสวนหรือชั้นศาล

5. ผู้ตายไม่เคยมีประวัติฆ่าตัวเองตาย หรือบ่นว่าอยากที่จะตาย

6. ไม่เคยปรากฏในเรื่องการทำงานแล้วถูกไฟฟ้าดูดเช่นที่เกิดขึ้น (แต่ไม่
เสียชีวิต) ก่อนหน้านั้นในอาชีพเป็นช่างไฟฟ้า

การตรวจศพอย่างละเอียด:

ศพดังกล่าวได้ถูกนำมาตรวจเพิ่มเติมต่อ ณ โรงพยาบาล (ของรัฐบาล)
โดยได้ทำการตรวจ:

ก. ตรวจสภาพศพภายนอกอย่างละเอียด

ข. ผ่าศพตรวจและตรวจอวัยวะภายใน

ค. เก็บเลือด ปัสสาวะ และน้ำในกระเพาะอาหารเพื่อหาสารหรือยาที่
อาจเป็นสาเหตุแห่งความบกพร่องในการทำงานจนได้รับอันตรายจากกระแสไฟฟ้า
ง. ส่งชิ้นเนื้อเพื่อตัดตรวจทาง histology อย่างละเอียด

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: การตายผิดธรรมชาติ

การตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากกระแสไฟฟ้านั้นต้องถือว่าเป็น “การตายผิด
ธรรมชาติ” และจะต้องให้มีการชันสูตรพลิกศพโดยเจ้าพนักงานตามกฎหมายอย่าง
หลีกเลี่ยงมิได้ ดังเช่นในรายการกรณีอุทธรณ์นี้ โดยในรายงานนี้ก็ได้มีการชันสูตรพลิกศพ
ณ ที่ที่พบศพภายหลังจากที่มีการตาย และเจ้าพนักงาน (พนักงานสอบสวน) ได้
ทำการชันสูตรพลิกศพร่วมกับแพทย์ทางด้านนิติเวชศาสตร์ (จากโรงพยาบาลศิริราช)

ประการที่ 2: มีการชันสูตรพลิกศพ



ภาพที่ 4



ภาพที่ 5

เจ้าพนักงานผู้ทำการชันสูตรพลิกศพได้ทำการชันสูตรพลิกศพและพบ
“บาดแผลที่สอดคล้องกับกระแสไฟฟ้าที่ผ่านร่างกายของผู้ตาย” คือบาดแผลที่หลัง
นิ้วชี้มือซ้าย และบาดแผลที่อุ้งมือขวา โดย

ก. บาดแผลที่หลังนิ้วชี้มือซ้ายมีขนาดยาว 5 เซนติเมตร กว้าง 2
เซนติเมตร (ภาพที่ 4)

ข. บาดแผลที่อุ้งมือขวา มีขนาดยาวตลอดอุ้งขวางของมือขวา และ
กว้างประมาณ 3 เซนติเมตร พร้อมมีลักษณะที่เกิดจากการไหม้ของกระแสไฟฟ้า
3 ระยะ (ภาพที่ 5)

1. ระยะไหม้ มีลักษณะสีแดงเข้มเนื่องจากผิวหนังไหม้จาก
ความร้อนหรือความร้อนสูง

2. ระยะขาว มีลักษณะสีขาวเนื่องจากเป็นเนื้อที่ตายอัน
ถูกความร้อนแล้วแต่ยังไม่ถึงกับไหม้ ที่แสดงสีขาวชัดเจนเนื่องจากการที่เนื้อเยื่อชั้น
สภาพแห่งเซลล์หรือการขาดเลือดมาเลี้ยงบริเวณดังกล่าวแล้ว

3. ระยะแดง มีลักษณะสีแดงเนื่องจากแสดงถึงสภาพแห่ง
การอักเสบอย่างเฉียบพลัน ในเนื้อเยื่อส่วนนี้หากผู้ที่ถูกกระแสไฟฟ้าไม่เสียชีวิตจะ
ยังคงมีสภาพแห่งเซลล์ที่มีชีวิตและกลับคืนเป็นปกติได้

ลักษณะบาดแผลที่พบเชื่อได้ว่า เกิดขึ้นเนื่องจากกระแส
ไฟฟ้าผ่านเข้ามายังร่างกายของผู้ตายบริเวณมือทั้งสองข้าง

ค. บาดแผลที่ปลายนิ้วกลาง นิ้ววง และนิ้วก้อย มือขวาจากกระแส
ไฟฟ้า

ง. ไม่พบบาดแผล
รุนแรงอื่นใดตามร่างกาย คอ และ
แขนขา อันจะเป็นสาเหตุแห่งการ
ตายประการอื่น ๆ ได้

จ. ไม่พบบาดแผลที่
เชื่อว่าเกิดจากกระแสไฟฟ้าที่เท้า
ทั้งสองข้าง (ภาพที่ 6)

**ประการที่ 3: ข้อ
สันนิษฐานเป็นการตายอันเกิด
จากเจตนา**

1. เจตนาของผู้ตาย
ที่จะฆ่าตัวเองตายโดยจับสายไฟฟ้าเพื่อให้ไฟฟ้าผ่านเข้าร่างกายตนเองจนถึงแก่
ความตายนั้น “กรณีนี้คิดถึงน้อยมากหรือถือว่าไม่คิดถึงแต่ประการใดก็ได้”
เพราะหากเป็นเช่นนั้นย่อมไม่มีเหตุที่ผู้ตายจะต้องมารับจ้างเพื่อการทำงาน ณ บ้าน
ที่กำลังทำงานอยู่และมาตายในขณะที่ทำงานเช่นที่ปรากฏนี้ และประการสำคัญก็คือ
“ไม่มีสาเหตุหรือมูลเหตุซึ่งใจอย่างหนึ่งอย่างใดที่จะทำให้เชื่อว่าเป็นเหตุในการ
คิดฆ่าตัวตายแต่อย่างใด” เช่น ไม่มีเรื่องส่วนตัว ไม่มีเรื่องหน้าที่การงาน ไม่มีเรื่อง
เกี่ยวกับความรักหรือชู้สาว ไม่มีคดี (กรณีพิพาท) ทั้งคดีแพ่งและคดีอาญา

2. เจตนาถูกฆ่าโดยผู้อื่น กรณีนี้อาจเป็นไปได้เช่นเดียวกัน แต่น่าจะ
คิดถึงน้อยมาก ทั้งนี้เพราะ

2.1 ไม่มีเรื่องหรือกรณีพิพาทระหว่างผู้ตายกับนายจ้าง หรือ
ผู้ร่วมงาน หรือผู้อยู่ใกล้ชิด

2.2 หากมีผู้ต้องการฆ่าผู้ตายให้ถึงแก่ความตายจริงและ



ภาพที่ 6

เลือกการใช้วิธีให้ไฟฟ้าดูดผู้ตายจนถึงแก่ความตาย “การหวังผลหรือโอกาสที่จะสำเร็จอาจเกิดหรือไม่เกิดขึ้นได้” เพราะการให้กระแสไฟฟ้าผ่านมายังผู้ตายเพื่อหวังผลในการฆาตกรรมนั้นจะไม่ประสบความสำเร็จได้ง่าย อีกทั้งหากดำเนินการแล้วและไม่สำเร็จย่อมทำให้ผู้ที่ถูกประหารถึงแก่ความตายด้วยตนเองโดยบุคคลที่เข้าช่วย เช่น ผู้ที่เป็นศัตรูหรือคู่กรณี เป็นต้น ได้ง่าย ซึ่งจะส่งผลร้ายต่อผู้กระทำได้ง่าย

หมายเหตุ: อย่างไรก็ตาม อาจเป็นการกระทำโดยไม่มีผู้ประสงค์ร้ายก็ได้ ซึ่งจำเป็นต้อง

ก. ตรวจศพอย่างละเอียดเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุในการตายที่แท้จริง และ/หรือเป็นส่วนประกอบกับสาเหตุแห่งการตายได้ เช่น การที่มีการได้รับยาหรือสารที่ทำให้เกิดอาการเหงา เช่น มินง เวียน เป็นต้น ทำให้การทำงานไม่ทันระงับตนเองได้ง่าย

ข. พฤติการณ์แห่งการตายต้องเป็นหน้าที่ของพนักงานสอบสวนโดยตรง แพทย์คงบอกได้เฉพาะถึงสาเหตุแห่งการตายเท่านั้นในผู้ตายลักษณะดังกล่าวนี้

ประการที่ 4: ข้อสันนิษฐานให้เป็นการตายจากความประมาท

กรณีที่มีการตายนี้ “อาจเกิดจากความประมาท” ซึ่งน่าจะเป็นข้อสันนิษฐานที่ดีที่สุดและเป็นความจริงมากที่สุด ซึ่งกรณีแห่งความประมาทนี้ยังสามารถจำแนกได้เป็น 2 ฝ่าย กล่าวคือ

1. ฝ่ายผู้ตายเอง หมายถึง การที่ผู้ตายประมาทในการทำงาน ในที่นี้คือการที่ไม่ได้สับสวิตช์สะพานไฟ เพื่อมิให้กระแสไฟฟ้าที่ตนเองต้องการต่อสายไฟฟ้าเสียก่อน เมื่อทำการจับต้องกับสายด้านที่มีไฟฟ้าจึงทำให้เกิดการถูกกระแสไฟฟ้าผ่านมายังร่างกายและเสียชีวิต

ข้อสังเกต:

ก. ผู้ตายเป็นช่างไฟฟ้า แต่กลับไม่ดำเนินการสับสวิตช์สะพานไฟเพื่อตัดกระแสไฟฟ้าก่อนการทำงานน่าจะเป็นเรื่องน่าแปลกใจได้ อีกทั้งยังทราบว่าพื้นบ้านที่เป็นซิเมนต์ในชั้น 1 (ล่าง) นั้นเป็นทางผ่านของกระแสไฟฟ้าได้เป็นอย่างดี

ข. ผู้ตายไม่ได้สวมถุงมือหรือรองเท้า ซึ่งน่าจะต้องการรู้ว่าการทำงานเกี่ยวกับไฟฟ้าย่อมต้องระงับเสมอ มักจะต้องมี “ฉนวน” ในการป้องกัน แต่ในเรื่องดังกล่าวนี้อาจเป็นไปได้ที่

ข.1 หากใส่ถุงมือแล้วจะทำให้การทำงานไม่ถนัดได้

ข.2 การทำงานนี้เพียงชั่วขณะเท่านั้นจึงเห็นว่ามีจำเป็นที่จะต้องใส่รองเท้าเพื่อเป็นฉนวนในระดับหนึ่ง

2. ฝ่ายอื่น ๆ หมายถึง ผู้ร่วมงานและนายจ้าง

อาจเกิดกรณีจากความประมาทของบางคนที่มีการสับสวิตช์สะพานไฟทำให้กระแสไฟฟ้าผ่านมายังผู้ตายโดยทันทีได้ เนื่องจากข้อสันนิษฐานดังนี้

ก. จากสถานที่ทำงานในรายผู้ตายกระทำอยู่นั้นเป็นบ้าน 2 ชั้น โดยชั้นบนเป็นไม้และชั้นล่างเป็นโถงโล่ง (ลักษณะเหมือนกับบ้านยกสูง) ทำให้เป็นไปได้ว่า ผู้ที่อยู่ด้านบนบ้านที่เห็นว่าไฟฟ้าไม่ติด หรือต้องการใช้ไฟฟ้ากับเครื่องใช้ไฟฟ้าบางชนิด ไม่ทันรู้ว่ามีกระแสไฟฟ้าลงเพื่อการปฏิบัติงานด้านล่าง (ประมาท) จึงทำการสับสวิตช์สะพานไฟเสียใหม่ ทำให้กระแสไฟฟ้าผ่านมายังผู้ตายโดยทันที โดยที่ผู้สับสวิตช์ไม่รู้ว่ากระแสไฟฟ้าจะมาถึงผู้ตาย และไม่ได้คาดคิดว่าการที่สะพานไฟถูกสับสวิตช์ลงนั้นเป็นเพราะผู้ตายต้องการทำการต่อเชื่อมสายไฟฟ้าอยู่ด้านล่างนั่นเอง

ข. ผู้ที่มอบหมายงานให้ผู้ตายทำด้านล่าง (เช่น นายจ้าง) ได้แจ้งกับผู้ตายแล้วว่า ได้ทำการตัดสวิตช์สะพานไฟด้านบนแล้ว ทำให้ผู้ตายเชื่อว่ากระแสไฟฟ้าจากสายไฟฟ้าส่วนบนนั้นถูกตัดขาดแล้ว จึงทำงานได้ตามสบาย โดยไม่ทันระงับตัวว่าจะมีการสับสวิตช์สะพานไฟอีก

ประการที่ 5: ประเด็นที่พนักงานสอบสวนตั้งไว้เพื่อการสอบสวน

เมื่อพนักงานสอบสวนได้รับผลการชันสูตรพลิกศพและรายงานการตรวจศพเรียบร้อยแล้ว พนักงานสอบสวนสามารถสรุปประเด็นหลักได้ คือ

1. การตายนี้เป็นการตายเนื่องจากกระแสไฟฟ้าผ่านร่างกายจนทำให้หัวใจหยุดเต้น ที่เรียกว่า “ไฟฟ้าดูด หรือไฟฟ้าช็อต” นั่นเอง

2. พฤติการณ์แห่งการตาย

2.1 หากเป็นความประมาทของผู้ตายเอง ย่อมทำการสรุปส่วนการสอบสวนได้ง่ายว่า เป็นความประมาทจากการกระทำของผู้ตายเอง

2.2 หากเป็นกรณีที่ได้ความว่าเกิดจากความประมาทของนายจ้างหรือบุคคลอื่นใดที่ไม่ทราบว่ามีกระแสไฟฟ้าที่ด้านล่างของบ้านจึงมีการสับสวิตช์สะพานไฟจนทำให้กระแสไฟฟ้าผ่านมายังผู้ตาย (เหมือนกับผ่านกระแสไฟฟ้ามายังผู้ถูกประหารชีวิต) เช่นนี้แล้วย่อมเข้าข่าย “**ประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย**” ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา ๒๙๑ นั้นเอง และจำต้องถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย คือตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญานั้นเอง¹

ประเด็นที่ 6: ประเด็นสรุป

ข้อ 1: การที่แพทย์ได้ทำถูกมอบหมาย (โดยพนักงานสอบสวน) ให้ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ที่ศพถูกพบนั้น และแพทย์เห็นบาดแผลและร่องรอยพร้อมกับสภาพแห่งที่เกิดเหตุ (สภาพแวดล้อม) ว่าน่าจะเกิดจากการสับสวิตช์สะพานไฟ (electrocution) และแพทย์ได้ทำรายงาน “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ”² เปรียบร้อยให้กับพนักงานสอบสวนแล้ว แพทย์จะต้องไม่ลืมว่ายังมีประเด็นแห่งคดีที่อาจเกิดขึ้นได้อีกโดยที่แพทย์จะต้องเป็นผู้ให้คำตอบ เช่น

1. ผู้ตายอยู่ภายใต้อิทธิพลของยา สาร เสพติด หรือแอลกอฮอล์หรือไม่ เป็นต้น

2. มีโรคประจำตัวหรือสภาพแห่งความเจ็บป่วยที่ผู้ตายมีอยู่ก่อนถึงแก่ความตายหรือไม่ เพราะการป่วยเจ็บดังกล่าวอาจมีส่วนที่ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตายได้

ประเด็นที่สำคัญซึ่งจะนำไปสู่คำตอบหรือข้อสรุปของพนักงานสอบสวนโดยเฉพาะในเรื่องการตายที่เป็นผลจาก “เจตนา” หรือ “ประมาท” โดยเฉพาะประมาทในความประมาทของใครหรือของฝ่ายใด จึงยังมีความสำคัญและการตรวจหาการแพทย์เพิ่มเติมหลังจากการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ที่พบศพนั้นแพทย์จึงยังคงต้องให้ความสำคัญ

ข้อ 2: ในผู้ตายรายนี้นั้น นำเชื่อเป็นอย่างยิ่งว่าการตายเกิดจากความประมาทอย่างแนบแน่น แต่จะเป็นความประมาทของผู้ตายเอง (ที่ไม่ทันระมัดระวังตนเองโดยการสับสวิตช์สะพานไฟก่อนปฏิบัติงาน) ของนายจ้างหรือบุคคลอื่น (โดยไม่รู้เท่าไม่ถึงการณ์กับการสับสวิตช์สะพานไฟ) นั้น ถือว่าเป็นหน้าที่ของพนักงานสอบสวนที่จะต้องทำการสอบสวนและสืบสวนต่อไป หน้าที่ของแพทย์จึงสมบูรณ์เพียงพอที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจพบจากศพใน 2 ประการหลักคือ

1. สาเหตุแห่งการตายคือ “การถูกกระแสไฟฟ้าดูด” ทำให้หัวใจหยุดเต้นอย่างเฉียบพลัน

2. สภาพแห่งผู้ตายก่อนเสียชีวิตมิได้ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ยา หรือสารบางชนิดทำให้เป็นผลต่อการตัดสินใจหรือการทำงานเท่านั้น

สรุป

ในรายที่แพทย์ไปร่วมทำการชันสูตรพลิกศพผู้ตายที่สันนิษฐานเบื้องต้นว่า “ถูกไฟฟ้าดูดจนถึงแก่ความตายนั้น” จำต้องทำการตรวจสอบอย่างละเอียดตามหลักและมาตรฐานทางการแพทย์ด้าน “นิติเวชศาสตร์” และที่สำคัญก็คือ สมควรนำศพดังกล่าวมาเพื่อการตรวจต่อ โดยเฉพาะการตรวจในเรื่องบาดแผล ทิศทางของกระแสไฟฟ้า และที่สำคัญคือ ในร่างกายของผู้ตายมีสารหรือยาอย่างหนึ่งอย่างใดหรือไม่ที่จะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ตายไม่ทันระงับตัว เช่น การได้รับยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท หรือที่สำคัญคือ อยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ (ดื่มสุรามายังไม่สร้างเมา)

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
3. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>

SEANUTS เผยเด็กไทยเป็นโรคอ้วน-ขาดสารอาหาร

นักโภชนาการแนะเปลี่ยนพฤติกรรมกินในเด็ก

สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พร้อมด้วยสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โครงการโภชนาการสมวัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และรอยัลฟรีสแลนด์ คัมพินา ร่วมมือจัดโครงการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียน (The South East Asia Nutrition Survey; SEANUTS) พบเด็กไทยอายุ 6 เดือน ถึง 12 ปี ส่วนใหญ่เข้าข่ายโรคอ้วนและขาดสารอาหาร โดยเฉพาะธาตุเหล็ก แคลเซียม วิตามิน เอ-ซี-ดี ซึ่งเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องสร้างความเข้าใจเพื่อให้ผู้ปกครองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในเด็กให้กลับมามีภาวะโภชนาการและการพัฒนาการที่สมวัยโดยเร็ว หวังให้เด็กไทยมีพัฒนาการที่ดีและมั่นคง

รศ.ดร.วิสิฐ จະวะสิต ผู้อำนวยการสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ในฐานะสถาบันการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ผู้ดำเนินการโครงการสำรวจภาวะโภชนาการและการพัฒนาการของเด็กไทย กล่าวว่า “คณะนักวิจัยของสถาบันภายใต้การนำของ ผศ.ดร.นิภา ไรจน์รุ่งวศินกุล เริ่มดำเนินงานโครงการ SEANUTS ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 12 ปี จำนวน 3,100 คน ครอบคลุมทุกภาคของประเทศไทย คือ กรุงเทพฯ ลพบุรี เชียงใหม่ พังงา ศรีสะเกษ และกาฬสินธุ์ เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ หาสาเหตุของปัญหาเพื่อการแก้ไขได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพสูงสุด”

ซึ่งผลจากการสำรวจพบว่า เด็กไทยกำลังเผชิญกับภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) หมายถึงภาวะการมีร่างกายมีความไม่สมดุลด้านโภชนาการ โดยจะมีทั้งสองด้านคือ ด้านขาดสารอาหาร อันได้แก่ ภาวะน้ำหนักน้อย ระดับต่าง ๆ รวมทั้งการตรวจพบการขาดโปรตีนและพลังงาน การขาดสารไอโอดีน การขาดธาตุเหล็ก วิตามิน เอ วิตามินบี จนถึงขั้นแสดงอาการ เช่น แคระแกร็น บวม น้ำ คอพอก ซีด ตาบอดกลางคืน อาการเหน็บชา ส่วนอวัยวะภายในต่าง ๆ ก็ได้รับผลกระทบเช่นกัน ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจไม่แข็งแรง และการบีบตัวไม่ดี, ตับ พบไขมันแทรกอยู่ในตับ เซลล์เนื้อตับมีลักษณะบางและบวมเป็นน้ำ, ไต พบเซลล์ทั่วไปมีลักษณะบวมและผิดปกติ, กล้ามเนื้อ พบส่วนประกอบในเซลล์ลดลง มีน้ำเข้ามาแทนที่

นอกจากการขาดสารอาหารแล้ว การได้รับอาหารเกินในวัยที่อ่อนก็ถือเป็นภาวะทุพโภชนาการเช่นกัน เป็นการได้รับอาหารมากเกินไปจนความต้องการพลังงานส่วนเกินจะแปลงไปเป็นคอเลสเตอรอลเกาะจับแน่นอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และอาจลุกลามเข้าสู่เส้นเลือด ผลที่ตามมาคือ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคอื่น ๆ



ด้าน **รศ.พญ.อุมาพร สุทัศน์วรวิฒิ นายกสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย** กล่าวว่า “ผลการสำรวจในโครงการ SEANUTS จะมีผลช่วยสนับสนุนให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องหันมาให้ความสำคัญ และร่วมกันเร่งแก้ไขปัญหามารยะโภชนาการของเด็กไทยให้หลุดพ้นจากการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน และภาวะการขาดสารอาหาร ด้วยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ตลอดจนเด็ก ๆ เอง ให้ได้รับรู้ถึงผลกระทบจากการเป็นโรคอ้วนและขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการเติบโตของร่างกาย รวมถึงวิธีการเสริมสร้างการมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมเพื่อการพัฒนาการที่สมวัย ซึ่งถือเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ควรร่วมกันผลักดันให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมโดยเร็ว”

ทั้งนี้ **สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดย อ.สง่า ดามาพงษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านอาหารและโภชนาการของ สสส.** ได้กล่าวสนับสนุนการนำเอาผลการสำรวจดังกล่าวมาใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหามารยะโภชนาการในเด็กไทย พบว่าเด็กไทยจำนวนเกินครึ่งยังมีพฤติกรรมทางอาหารและโภชนาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งการเลี้ยงดูของพ่อแม่ผู้ปกครองคือปัจจัยสำคัญ เนื่องจากความเข้าใจด้านโภชนาการที่ไม่ถูกต้อง ควรเร่งติดอาวุธทางปัญญาให้แก่ผู้เลี้ยงดูเด็ก โครงการโภชนาการสมวัยได้ค้นพบแนวทางการส่งเสริมภาวะโภชนาการในทารกวัยก่อนเรียน และวัยเรียนหลายด้านที่สำคัญคือ การพัฒนาชุมชน ท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการส่งเสริมโภชนาการเด็กในชุมชนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน ซึ่งจะนำมาถอดบทเรียน และจัดทำประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อขยายการดำเนินงานต่อไป

นางปิยนุช บันเปี่ยมรัษฎ์ ผู้อำนวยการฝ่ายการตลาด บมจ. ฟรีสแลนด์ คัมพินา (ประเทศไทย) ในฐานะผู้แทนของรอยัล ฟรีสแลนด์คัมพินา กล่าวว่า “รอยัล ฟรีสแลนด์คัมพินา ได้ให้การสนับสนุนโครงการสำรวจและวิจัยภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียนใน 4 ประเทศ ประกอบด้วย อินโดนีเซีย มาเลเซีย เวียดนาม และประเทศไทย ด้วยตระหนักดีว่าผลการสำรวจและวิจัยจาก SEANUTS จะมีประโยชน์อย่างมากกับทุกหน่วยงานในการร่วมกันแก้ไขปัญหามารยะโภชนาการ บกพร่องและพัฒนามาตรฐานภาวะโภชนาการเพื่อพัฒนาการที่สมวัยของเด็ก ๆ ในภูมิภาค ด้วยหัวใจหลักของเราคือ การส่งเสริมโภชนาการที่ดี พ้นจากการขาดสารอาหาร

เด็กในภูมิภาคอาเซียน โดยเฉพาะเด็กไทยและมาเลเซียต่างประสบปัญหาภาวะโภชนาการที่คล้ายกัน คือ มีน้ำหนักเกินและเข้าข่ายโรคอ้วน ขณะที่อินโดนีเซียจะประสบปัญหาเด็กมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานและแคระแกร็นอย่างเห็นได้ชัด ส่วนในเวียดนาม เด็กในเขตเมืองจะมีภาวะน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วน ขณะที่เด็กในต่างจังหวัดจะมีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานและแคระแกร็น ซึ่งหากมองข้ามปัญหาดังกล่าวก็อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาระดับสติปัญญาตามมา ด้วยเหตุนี้ รอยัล ฟรีสแลนด์คัมพินา จึงมุ่งมั่นที่จะสนับสนุนและร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องทางภาวะโภชนาการเหล่านี้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะทำให้เด็ก ๆ เติบโตขึ้นเป็นพลเมืองที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ พร้อมทั้งจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต” **นางปิยนุช** กล่าวทิ้งท้าย



‘เมอร์ค’ เล็งโอกาสขยายตัวทางธุรกิจรับ AEC ใส่ใจ พัฒนา เดินหน้าไม่หยุดยั้ง



ดร.คาร์ล-ลูทวิก เคลย์



นายปัญญา กิจเจริญการกุล

บริษัท เมอร์ค จำกัด ก่อตั้งในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2534 โดยเป็นผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์เคมีภัณฑ์และเวชภัณฑ์เพื่อจัดจำหน่ายให้แก่โรงพยาบาล สถาบันการศึกษา และอุตสาหกรรมต่าง ๆ ในประเทศไทย

ธุรกิจของเมอร์ค ประเทศไทย ดำเนินตามแนวทางของบริษัทแม่ที่ตั้งอยู่ในเมืองดาร์มสตัดท์ ประเทศเยอรมนี ซึ่งมีประวัติความเป็นมายาวนานนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2211 โดยถือว่าเป็นบริษัทเวชภัณฑ์และเคมีภัณฑ์ที่เก่าแก่ที่สุดในโลก ปัจจุบันมีพนักงานกว่า 40,000 คนใน 67 ประเทศทั่วโลก และมีรายได้รวมทั้งสิ้น 10.3 พันล้านยูโรในปี พ.ศ. 2554

ปัจจุบันเมอร์ค ประเทศไทย ประกอบไปด้วยธุรกิจสองส่วน ได้แก่ **ธุรกิจเคมีภัณฑ์** จัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ได้แก่ สารเคมีทั่วไปที่ใช้วิเคราะห์ในห้องทดลอง สารเคมีเพื่อการผลิตสำหรับอุตสาหกรรมอาหาร ยา และเครื่องสำอาง ชุดวิเคราะห์สารเคมีทางด้านอาหารและสิ่งแวดล้อม ผลิตภัณฑ์ทางจุลชีววิทยา ผลิตภัณฑ์วิเคราะห์ด้านโครโมโทกราฟี ผลิตภัณฑ์ทางชีวเคมีและวิทยาศาสตร์ชีวภาพ นอกจากนี้เมอร์คยังผลิตผงสีผงในอุตสาหกรรมต่าง ๆ ได้แก่ สิ่งพิมพ์ พลาสติก การเคลือบ ยานยนต์ และผงสีผงสำหรับเครื่องสำอาง รวมทั้งเคมีภัณฑ์เพื่อตอบสนองความต้องการของเทคโนโลยี อาทิ Liquid Crystal สำหรับจอทีวี น้ำยาเคลือบเลนส์ สารเรืองแสงสำหรับหลอดไฟ LED และสารเคลือบทำผงโซลาร์เซลล์ เป็นต้น

ธุรกิจเวชภัณฑ์ จัดจำหน่ายยาในหลายด้าน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเกี่ยวกับระบบเลือด สมอง และระบบประสาทส่วนปลาย รวมทั้งวิตามินและอาหารเสริมต่าง ๆ โดยมีบริษัท ดี เค เอส จำกัด เป็นตัวแทนในการจัดจำหน่ายยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล คลินิก และร้านขายยา

ภายใต้วิสัยทัศน์ ‘เมอร์ค ประเทศไทย มุ่งมั่นที่จะเป็นหนึ่งในใจลูกค้า ด้วยการให้บริการที่เหนือความคาดหมายของลูกค้า โดยนวัตกรรมที่สร้างสรรค์จากพนักงานที่เต็มเปี่ยมด้วยความสุขและความสามารถ พร้อมมอบการช่วยเหลือแก่สังคมไทย’ ที่ยึดถือ ทำให้เมอร์คก้าวขึ้นมาอยู่ในแถวหน้าในวงการอุตสาหกรรมเคมีภัณฑ์และเวชภัณฑ์เฉกเช่นปัจจุบัน

ดร.คาร์ล-ลูทวิก เคลย์ ประธานคณะกรรมการบริหารกลุ่มบริษัทเมอร์ค ซึ่งได้เดินทางมาเยือนกรุงเทพฯ และเข้าร่วมงานประชุมประจำปีพร้อมกับพนักงานของบริษัทเมอร์ค สาขาประเทศไทย ได้ประเมินถึงโอกาสในการขยายตัวและการเติบโตของเมอร์คในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 และในช่วงที่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนกำลังจะมาถึงในปี พ.ศ. 2558 ว่า หากประเมินภาพรวมของประเทศไทยจะพบว่า ประเทศไทยมีความเข้มแข็งไม่แพ้ประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาค สร้างความเชื่อมั่นให้นักลงทุนที่ต้องการขยายโอกาสทางธุรกิจได้อย่างมาก ในส่วนของเมอร์ค ธุรกิจทั้งสองส่วนคือ ธุรกิจเคมีภัณฑ์และเวชภัณฑ์ เมอร์คมีปรัชญาในการทำธุรกิจซึ่งตั้งอยู่บนความคิดที่ว่า ‘เราใส่ใจเพื่อชีวิตที่ดีกว่า’ ทำให้นวัตกรรมที่สร้างสรรค์ขึ้นจากความใส่ใจนี้มีความ

โดดเด่น สร้างความเชื่อมั่นแก่คู่ค้าทางธุรกิจ และทำให้เมอร์คเติบโตในตลาดอุตสาหกรรมได้อย่างภาคภูมิ

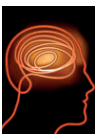
ในส่วนของธุรกิจเวชภัณฑ์ เมอร์คเดินหน้าพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้งในการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมยา โดยการทดลองทางคลินิกตลอดทั้งสามเฟส ต้องมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพก่อนที่จะขึ้นทะเบียนตำรับยาและจำหน่ายในท้องตลาดไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาธุรกิจเคมีภัณฑ์ที่ใช้ในห้องปฏิบัติการและห้องทดลอง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการผลิตยา

ดร.คาร์ล-ลูทวิก เคลย์ กล่าวอีกว่า ธุรกิจของเมอร์คในเอเชียและอเมริกาเติบโตมาก และมีแนวโน้มเป็นเช่นนี้ต่อไป โดยประเทศที่แข็งแกร่งที่สุดในเอเชียในขณะนี้ ได้แก่ เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น จีน ไต้หวัน ซึ่งถ้าหากมีการรวมตัวประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 ประเทศเหล่านี้จะกลายเป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็งมากขึ้น และสามารถแข่งขันกับประเทศต่าง ๆ ได้เพิ่มขึ้น เมอร์คจึงต้องใส่ใจ เดินหน้า พัฒนาไม่หยุดยั้ง เพื่อให้ประสบความสำเร็จในโลกปัจจุบันที่เต็มไปด้วยการแข่งขัน

“การที่มาเยือนในครั้งนี้ เหตุผลหลักคือ เพื่อดูว่าเมอร์คจะสามารถทำอะไรได้บ้างจากการรวมตัวของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งแน่นอนว่าเมอร์คคงจะไม่รอดอยู่เฉย ๆ เพราะเรามองเห็นโอกาสในการเติบโตทางธุรกิจ และได้วางแผนขยายการลงทุน แม้ขณะนี้ยังไม่ชัดเจน แต่ที่แน่นอนคือ จะมีการขยายการลงทุนในด้านต่าง ๆ และใช้ประโยชน์จากการรวมตัวทางประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในครั้งนี้อย่างแน่นอน”

ด้าน **นายปัญญา กิจเจริญการกุล กรรมการผู้จัดการบริษัทเมอร์ค ประเทศไทย จำกัด** กล่าวว่า อนาคตของเมอร์ค ประเทศไทย ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การเติบโตภายในประเทศเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับผลของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งจะทำให้อาเซียนเป็นภูมิภาคที่น่าสนใจต่อการทำธุรกิจมากยิ่งขึ้น ธุรกิจในประเทศไทยจะเผชิญความท้าทายมากขึ้นทุกทีที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งจะทำให้แหล่งทุนในอาเซียนเพิ่มการลงทุนในภาคบริการมากขึ้น ช่วยให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือในภูมิภาคมากขึ้น

ในขณะที่เมอร์คเดินหน้าพัฒนาธุรกิจอย่างไม่หยุดยั้ง ในอีกด้านหนึ่ง เมอร์คยังแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสังคมด้วยความใส่ใจ ทั้งต่อพนักงาน ลูกค้า ผู้ถือหุ้น และสังคม ด้วยตระหนักว่าเป็นความรับผิดชอบต่อสังคมซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดำเนินธุรกิจของเมอร์คประเทศไทย และด้วยความใส่ใจนี้เอง ทำให้เมอร์คแตกต่างจากผู้ประกอบการธุรกิจรายอื่น ๆ และก้าวเป็นผู้นำในการดำเนินธุรกิจสิ่งแวดล้อมและเคมีภัณฑ์และเวชภัณฑ์ของประเทศไทยอย่างยั่งยืน

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
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 	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์และรังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปีฉลองวาระครบ 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 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	การประชุมวิชาการ The 7 th HNB SEMINAR Update in Thyroid Diseases (All You Need to Know Before Board Exam and Beyond) ณ ห้องประชุมมหิตยาสารกิติคุณ ดิگสยามินทร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช	โทรศัพท์ 0-2419-2673-8 โทรสาร 0-2411-0593
25-29 มีนาคม 2556 	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	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 ศูนย์ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยฯ 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 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	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 	ชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาท จิตเวชศาสตร์ไทย ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	การประชุมวิชาการเรื่อง "ประสาทจิตเวชศาสตร์ของโรคซึมเศร้า: ความรู้ทันยุค 2556" ณ โรงแรมแกรนด์ไฮแอท ดิสนีย์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2256-4298 ต่อ 14, 15 โทรสาร 0-2256-4298 ต่อ 15
31 มีนาคม 2556 	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการจัดการข้ออุปทานสุขภาพ โดยความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดลและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย	หลักสูตรอบรม 4 ภาค เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจหัตถยามาตรฐานสากลและระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ภาคตะวันออกเฉยงเหนือ ณ โรงแรมเซ็นทาราแอนด์คอนเวนชันเซ็นเตอร์ขอนแก่น	โทรศัพท์ 0-2889-2138 ต่อ 6246, 6708, 08-5296-7070 E-mail: loghealthmahidol@gmail.com
1-4 เมษายน 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	Updates in Family Medicine 2013	E-mail: thaifmcollege@gmail.com

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
1-4 เมษายน 2556 	ฝ่ายวิจัยร่วมกับ ศูนย์วิทยาการวิจัย แพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โครงการอบรมระยะสั้น เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขประยุกต์ ครั้งที่ 4 ณ ห้องประชุมมงคลนาวัน ชั้น 10 ตึก สก. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	โทรศัพท์ 0-2256-4466, 0-2254-1921 โทรสาร 0-2254-1921 http://research.md.chula.ac.th/new.html
24-27 เมษายน 2556 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 29 "Changes and Challenges in Internal Medicine" ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคัลลิฟ บีช รีสอร์ท 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
25-27 เมษายน 2556 	ภาควิชาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์	การอบรมเชิงปฏิบัติการ หัวข้อ "Visualizing 3D protein structure: Understand, analyse and predict the protein nature" ณ ภาควิชาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โทรศัพท์ 0-7445-1180-1 โทรสาร 0-7442-9584 E-mail: bmayuree@medicine. psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
4-5 พฤษภาคม 2556 	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขล านครินทร์	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/
20-21 มิถุนายน 2556 	งานบริการวิชาการ โรงพยาบาลรามาริบัติ	การอบรมฟื้นฟูวิชาการเรื่อง "อุบัติเหตุทางมือ" ครั้งที่ 33 ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ชั้น 5 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542 http://academic.ra.mahidol.ac.th , www.acmrrama.com
27-29 มิถุนายน 2556 	สมาคมเวชบำบัดวิกฤต แห่งประเทศไทย	4 th Critical Care Conference in Thailand 2013 All about Shock	www.criticalcareshai.org , www.tsccm.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 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	การประชุมวิชาการสัณจร ครั้งที่ 24 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตร์ ชั้นคลินิก 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 สนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ	การประชุมนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 21 การลงทุน ที่ดีที่สุดเพื่อสุขภาพ (Best Investments for Health) ณ ศูนย์ประชุม พีช พัทยา	โทรศัพท์ 0-2343-1500 โทรสาร 0-2343-1551 E-mail: info@iuhpeconference.net www.IUHPEconference.net

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มวงการแพทย์ โทร. 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สสสพาส จำกัด 71/17 ถนนบรมราชชนนี แขวงจตุจักรบวรนิเวศ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
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/
16-17 March 2013 	2013 2 nd International Conference on Medical Information and Bioengineering (ICMIB 2013)	Bali Island	Indonesia	www.icmib.org
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
17-18 March 2013 	2 nd International Conference on Bioscience, Biochemistry and Pharmaceutical Sciences (ICBBPS'2013)	Dubai	United Arab Emirates	http://psrcentre.org/listing.php?subcid=178&mode=detail
20-21 March 2013 	REGEN 2013: Clinical Trials & Reimbursement	Boston	United States of America	http://regen-clinical.com
21-22 March 2013 	NGS for Drugs, Patients and Clinical Trials Conference	San Diego, California	United States of America	www.healthtech.com/ngs-drug-development/
23 March 2013 	3 rd Annual Sujal Parikh Memorial Symposium for Health and Social Justice	Ann Arbor, MI	United States of America	http://sujalsymposium.org
19-22 June 2013 	XI World congress of perinatal medicine	Moscow	Russia	www.mcaevents.org/t/01/wcpm2013
22-24 August 2013 	9 th Singapore International Congress of Obstetrics & Gynaecology (9SICOG 2013)	-	Singapore	www.sicog2013.com

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

[illegible]

พล.อ.ต.ศ.น.พ.วิบูลย์ กล่าวต่ออีกว่า “การจัดประชุมในครั้งนี้ ทางคณะกรรมการผู้จัดงานได้คัดเลือกข้อมูลที่น่าสนใจมากที่สุด เน้นให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์รองรับในแต่ละหัวข้อนั้น ๆ โดยทุกหัวข้อล้วนมีความสำคัญใกล้เคียงกัน ส่วนหัวข้อที่เป็นเรื่องใหม่เพิ่มเข้ามานั้น ได้แก่ **การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเพื่อคัดความผิดปกติของทารกในครรภ์** เป็นวิธีการตรวจที่ทำให้คนไข้เจ็บตัวน้อยที่สุดและได้ผลที่มีความแม่นยำใกล้เคียงกับการตรวจหัตถการมวินิจฉัย และ**อัมพฤกษ์ความก้าวหน้าในการดูแลทารกในครรภ์ที่มีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์** รวมทั้งภาวะ**เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด** ในหัวข้อนี้จะพูดถึงแนวทางในการตัดสินใจในการดูแล



อนามัยโลกคาดการณ์ไว้ว่าประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 10,000 ราย และมีอัตราผู้เสียชีวิต 5,000 ราย แต่หลังจากเริ่มโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งสามารถตรวจคัดกรองได้ปีละประมาณ 2 ล้านคน ข้อมูลล่าสุด

พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกน้อยลง จากที่เคยเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของผู้หญิงไทย ขณะนี้ลงมาเป็นอันดับสาม จากที่มีผู้ป่วย 23 คน ต่อแสนประชากร ขณะนี้ลดเหลือเพียง 17.7 คน ต่อแสนประชากร คาดว่าในปีนี้จะมียุทธศาสตร์ใหม่ 6,000 ราย และเสียชีวิต 3,000 ราย และพร้อมจะเดินหน้าให้ตัวเลขน้อยลงไปอีกให้เท่ากับต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา หรือประเทศในทวีปยุโรปที่มีอัตราผู้ป่วยต่ำกว่า 10 คนต่อแสนประชากร อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะถือว่าดีพอสมควร แต่ก็สามารถตรวจได้เพียง 60-70%

นวัตกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเอง สะดวก ใช้งานง่าย ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยและมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดในผู้หญิงไทยในช่วงอายุ 25-65 ปี โดยมีอัตราการตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 10,000 ราย และมีอัตราผู้เสียชีวิต 5,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งหมายความว่าในแต่ละวันจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกถึง 14 ราย ซึ่งถือเป็นเรื่องน่าเสียดายที่แม้ว่าในปัจจุบันสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้หลากหลายวิธี แต่ไม่สามารถครอบคลุมผู้หญิงทั้งหมดได้ เนื่องจากข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น อายุหรือกลัวเจ็บ เป็นต้น ทำให้ผู้หญิงหลายคนมักตรวจพบโรคขณะที่ลุกลามจนเลยระยะที่จะสามารถรักษาได้ไปแล้ว ล่าสุดได้มีนวัตกรรมใหม่ Delphi Screener นวัตกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ซึ่งเป็นชุดเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อหาเชื้อไวรัส HPV โดยตรงด้วยตัวเองที่สะดวก ใช้งานง่าย ปลอดภัย มีผลการศึกษาที่รองรับถึงประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับจากสตรีทั่วโลก

นพ.ธีรวุฒิ คุณะเปรมะ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กล่าวว่า ประเทศไทยให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพของผู้หญิงไทย โดยเฉพาะเรื่องมะเร็งปากมดลูก ทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นโครงการระดับชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ให้ผู้หญิงไทยอายุ 30 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี ทั่วประเทศ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งผลที่ได้รับถือว่าดีพอสมควร จากที่ทางองค์กร



ของผู้หญิงไทยทั้งหมดเท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดต่าง ๆ ดังนั้น นวัตกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเองจึงถือเป็นนวัตกรรมอีกอันหนึ่งที่มาเติมเต็มตรงส่วนนี้ ทำให้โรคมะเร็งปากมดลูกลดลงไปจากประเทศไทยมากขึ้น

ด้าน รศ.นพ.วิชัย เดิมรุ่งเรืองเลิศ สูตินรีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง กล่าวถึงมะเร็งปากมดลูกว่า “สาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus (HPV) บริเวณปากมดลูก ซึ่งส่วนใหญ่ติดต่อกันทางเพศสัมพันธ์แม้มีสามีหรือภรรยาคนเดียว และจะเพิ่มอัตราเสี่ยงมากขึ้น เช่น การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น”

ทั้งนี้ด้วยลักษณะของโรคที่มีการดำเนินไปอย่างช้า ๆ ทำให้มีวิธีป้องกันและรักษาได้หากตรวจพบตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ขณะที่มะเร็งยังไม่แสดงอาการ ทั้งยังสามารถตรวจคัดกรองหาความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะที่เชื้อยังไม่เปลี่ยนเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่การรักษาจะได้ผลดี และหายขาดได้

การตรวจวินิจฉัยเพื่อหามะเร็งปากมดลูกทำได้หลายวิธี



ตั้งแต่การตรวจภายใน, การตรวจ Pap Smear, การตรวจด้วยน้ำส้มสายชู การส่องกล้องตรวจปากมดลูกคอลโปสโคปร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางพยาธิ

วิทยา หรือการตรวจอื่น ๆ เช่น การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า และการตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด

สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งได้ผลดีและได้รับความนิยมมากที่สุดในปัจจุบันมีอยู่ 2 วิธี วิธีที่หนึ่งคือ การตรวจแปป หรือ Pap Smear ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ แบบสามัญที่มีความไวของการตรวจร้อยละ 50-60 เป็นการตรวจหาเซลล์ผิดปกติแบบดั้งเดิม ได้รับความนิยมมากเนื่องจากราคาไม่แพง แต่มีข้อด้อยคือความไวของการตรวจหาเซลล์ผิดปกติค่อนข้างต่ำ ดังนั้น หากผู้รับการตรวจมีตกขาวผิดปกติจากการอักเสบของปากมดลูก ช่องคลอด หรือปากมดลูกมีการติดเชื้อ หรือมีเลือดประจำเดือนซึ่งทำให้มีการปนเปื้อนและบดบังเซลล์ผิดปกติ อาจทำให้ผลการตรวจคลาดเคลื่อนได้ และแบบที่สองของเหลวเก็บเซลล์ที่มีความไวของการตรวจร้อยละ 70-85 เป็นการตรวจหาเซลล์ผิดปกติด้วยของเหลวที่เรียกว่า Liquid based cytology ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดของวิธีดั้งเดิมได้ ทั้งยังช่วยเพิ่มความไวและความแม่นยำในการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้มากขึ้น

ส่วนวิธีที่สองคือ การตรวจหาเชื้อ HPV ที่มีความไวสูงถึงร้อยละ 95-100 เป็นการตรวจโดยใช้เทคโนโลยีระดับโมเลกุลเพื่อหา DNA ของเชื้อไวรัส HPV อันเป็นสาเหตุหลักของโรคโดยตรง ซึ่งถือว่ามีความไวและความแม่นยำในการตรวจหาความผิดปกติของมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุด

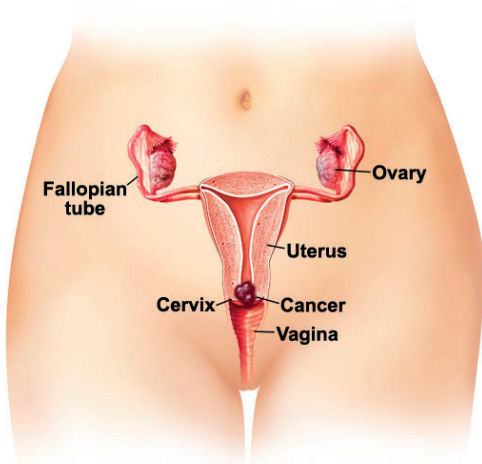
รศ.นพ.วิชัย กล่าวเพิ่มเติมว่า ในประเทศไทยเป็นเรื่องน่าเสียดายที่แม้ว่าในปัจจุบันสามารถลดอัตราการป่วยและผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้โดยการตรวจคัดกรอง และหลายหน่วยงาน

ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ร่วมมือกันรณรงค์ป้องกันมะเร็งปากมดลูกในหลายช่องทาง แต่อัตราผู้หญิงไทยที่เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกก็ยังคงเป็นอันดับหนึ่ง นั่นเพราะยังมีผู้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงอีกจำนวนมากที่ละเลยการตรวจคัดกรอง เนื่องจากข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น อายุหรือกลัวเจ็บ หลายคนจึงมักตรวจพบโรคขณะที่ลุกลามจนเลยระยะซึ่งสามารถรักษาได้ไปแล้ว

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันได้มีอีกหนึ่งทางเลือกในการตรวจมะเร็งปากมดลูกคือ Delphi Screener ซึ่งเป็นชุดเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อหาเชื้อไวรัส HPV โดยตรงด้วยตัวเองที่สะดวก ใช้งานง่าย ปลอดภัย โดยดึงแถบที่ปิดปลายอุปกรณ์ออก นอนหงายหรือนั่งสอดอุปกรณ์เข้า ๆ อย่างนุ่มนวล ให้ลึกสุดพอดี กดปุ่มสีขาวค้างไว้ นับ 1-3 ปลดปล่อยปุ่มกดและดึงอุปกรณ์ออก นำอุปกรณ์ใส่ขวดพลาสติก แล้วกดปุ่มสีขาวอีกครั้ง ปิดฝาขวดพลาสติกให้แน่น นำส่งที่แพทย์หรือห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจต่อไป

ทั้งนี้ มีผลการศึกษา (Clinical Study) ที่รองรับถึงประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับจากสตรีทั่วโลก ทั้งยังได้รับรางวัล If product design award 2012 และ Special award for ergonomic design award 2012 รวมถึงผ่านการรับรองมาตรฐาน ISO 13485 และ CE Mark โดยประเทศเนเธอร์แลนด์ เป็นประเทศหนึ่งที่ประสบความสำเร็จอย่างสูงในการใช้ Delphi Screener ในสตรีที่ไม่เคยผ่านการตรวจหรืออาจตรวจ Pap Smear ไม่สม่ำเสมอ ช่วยให้สามารถค้นพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า

รศ.นพ.วิชัย กล่าวทิ้งท้ายว่า “การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเองถือเป็นทางเลือกใหม่ที่จะเข้ามาช่วยเพิ่มความสะดวกในการคัดกรองผู้ป่วย ทั้งยังช่วยสนับสนุนในด้านการบริการให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สะดวก รวดเร็ว ครอบคลุม ปลอดภัย และทั่วถึงมากขึ้น ตลอดจนเป็นช่องทางในการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอีกทางหนึ่ง ซึ่งจากการศึกษานวัตกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเองจะครอบคลุมผู้หญิงที่ไม่กล้ามาพบแพทย์ ส่วนผู้หญิงที่เคยมาพบสูตินรีแพทย์อยู่แล้วยังคงมาให้ตรวจเช่นเดิม โดยเรายังสนับสนุนให้ผู้หญิงมาตรวจกับสูตินรีแพทย์โดยตรงมากกว่า เพราะการมาพบสูตินรีแพทย์จะไม่ได้ตรวจเพียงแค่มะเร็งปากมดลูกเท่านั้น ยังรวมถึงโรคอื่น ๆ อาทิ มะเร็งรังไข่ เนื้องอกมดลูก เป็นต้น”





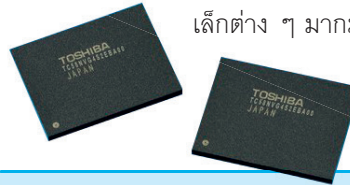
Samsung Series 7 Ultrabook กับการ์ดจอ HD 8550M

ความโดดเด่นของสเปกตัวเครื่องของ **Samsung Series 7 Ultrabook** เหมาะกับใครหลายคนที่ต้องการความสะดวกในการพกพา แต่นำเอาไปใช้งานในแบบระดับมืออาชีพ ไม่ว่าจะเป็นหน้าจอแบบ Full HD, ระบบกราฟิกแยก, หน่วยบันทึกข้อมูลแบบ SSD และระบบการสั่งงานแบบสัมผัส ซึ่งอาจจะถือว่าเป็นเครื่อง Ultrabook ที่ดีที่สุดได้เลยก็ว่าได้ ตอนนี้เปิดจองแล้วในเยอรมนี และกำลังจะเข้าสู่ประเทศไทยในเร็ว ๆ นี้

Nano Flash 100 By Toshiba

พัฒนาชิปความจำความเร็วสูงใหม่

Nano Flash 100 ไอเท็มตัวใหม่ของ Toshiba ที่พัฒนาชิปหน่วยความจำแบบ flash ให้มีอัตราการเข้าถึงข้อมูลที่เร็วกว่าเดิม โดยใช้เทคโนโลยีจากชิป Nano Flash ตัวต้นแบบเดิมของ Toshiba เอง มาพัฒนาด้วยตัว embedded microcontrollers ให้มีความเร็วในการเข้าถึงข้อมูลและประสิทธิภาพการทำงานที่ดีขึ้น และด้วยการใช้งานอุปกรณ์ขนาดเล็กต่าง ๆ มากมายในปัจจุบัน ชิปตัวนี้ก็เหมาะสมในการเข้ามาเติมเต็มตลาดเป็นอย่างดี



Pen Translators For Better Understanding

The Ivy Guide เป็นอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับไลฟ์สไตล์ของคนในยุคโลกเป็นหนึ่งเดียว สามารถติดกับปากกา หรือดินสอ แล้วช่วยแปลตัวหนังสือที่ใช้เครื่องหมายนี้สแกน ช่วยให้อ่านหนังสือได้ง่ายขึ้น เข้าใจข้อความต่างชาติต่างภาษาได้ง่ายขึ้น สามารถชาร์ตแบตเตอรี่ด้วยหัว USB และเชื่อมต่อเข้ากับปากกาและดินสอ หรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์ได้อย่างง่ายดาย ทั้งอำนวยความสะดวกในการแปลศัพท์ พกพาไปได้ทุกที่ด้วยขนาดเล็กจิ๋วและใช้งานได้ง่ายแบบนี้ ถือว่าดีครบเครื่องเลยก็ว่าได้



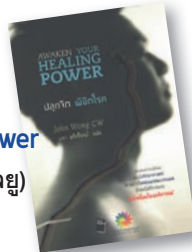
[Book Shop]

ปลุกจิต พิชิตโรค : Awaken Your Healing Power

ผู้เขียน **John Wong CW (จอห์น วง ชีดับเบิลยู)**

ผู้แปล **นรา สุภักธโรจน์**

สนพ. โพสท์บุ๊คส์, ราคา 220 บาท



“ปลุกจิต พิชิตโรค : Awaken Your Healing Power” นำเสนอประสบการณ์ตรงของนักวิทยาศาสตร์ที่หายจากโรคอัมพาตและตาบอดด้วยปฏิบัติการแห่ง “พลังเชื่อมโยงมหัศจรรย์” พลังที่จะยังประโยชน์ต่อผู้คนอย่างไม่จำกัด พลังที่สอดประสานไปกับความรู้เท่าทันโภชนาการ การเห็นความสำคัญของผลิตภัณฑ์เกษตรอินทรีย์ ความเข้าใจเรื่องระบบนิเวศ การกำหนดเป้าหมายชีวิต ไม่ละเลยแม้แต่การนอนให้ถูกสุขลักษณะ การดื่มน้ำให้เพียงพอ การหายใจให้ถูกวิธี การสดมภ์ให้ได้ผล ตลอดจนการรักและเมตตาต่อคนรอบข้าง

ผู้เขียนชี้ให้เห็นว่า...มันสำคัญแค่ไหนที่เราจะต้องปลุกพลังแห่งการเชื่อมโยงมหัศจรรย์นี้ขึ้นมาเป็นแนวร่วมพิชิตโรคร้าย เพราะนั่นคือบ่อเกิดแห่งพลังบำบัดโรคอันไม่มีที่สิ้นสุด แม้ว่าเขาจะเป็นนักวิทยาศาสตร์ แต่ต่อให้ผู้ป่วยรายใดไม่ได้เป็นนักวิทยาศาสตร์ก็สามารถพบพลังที่วันนี้ได้ เพราะมันมีอยู่ในตัวคนทุกคนอยู่แล้ว

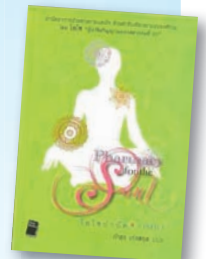
โปรตุเกสอยู่ในภาวะผ่อนคลาย...เลิกเครียดกับโรคที่ตัวเองเป็น เปิดใจให้...มีหวัง หนังสือเล่มนี้จะตั้งคำถามสำคัญกับหัวใจของเราเองว่า เราจะเปิดโอกาสให้ตัวเองอีกครั้งไหมที่จะเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่ออันบิดเบี้ยวของเราเอง ซึ่งเป็นจุดกำเนิดของโรคนานาชนิด และเราเชื่อไหมว่า มีชุมชนแห่งการเชื่อมโยงมหัศจรรย์ที่รอให้เราไปปลุกมันขึ้นมารักษาตัวเราเอง...

ไอโซบำบัด

ผู้เขียน **ไอโซ**

ผู้แปล **กักร เก่งสกุล**

สนพ. โพสท์บุ๊คส์, ราคา 195 บาท



สิ่งที่ทำให้ร่างกายและจิตใจของมนุษย์ ทุกวันนี้ติดขัดคับข้องเกิดความเครียด โรคภัยรุมเร้า อาจมีพื้นฐานมาจากการหายใจเข้าออกที่ไม่ถูกต้อง อิริยาบถและการเคลื่อนไหวที่ไม่เอื้อให้พลังงานในร่างกายทะลวงจุดอุดตันต่าง ๆ การไม่เข้าใจเรื่องการเปล่งเสียง การไม่รู้ว่าตนเองปลดปล่อยศักยภาพภายในให้เป็นอิสระได้ด้วยจินตนาการผสมเข้ากับสมาธิ และการไม่เชื่อว่าลมหายใจเป็นพาหนะนำพาสิ่งที่เราต้องการเข้ามา และขับสิ่งที่ไม่ต้องการออกไปได้

ไอโซบำบัด หรือ Pharmacy for the Soul เป็นหนังสือที่แนะนำวิธีปฏิบัติเพื่อมุ่งเน้นไปที่การผ่อนคลายความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ สอดแทรกด้วยข้อคิดแนวปรัชญาเชิงพุทธ วิธีปฏิบัติตามที่ไอโซแนะนำไว้ดังที่จะได้อ่านต่อไป เป็นสิ่งที่ต้องใช้วิจารณญาณ โดยคิดสรรและเลือกเฉพาะวิธีที่เหมาะสมกับตัวเองมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการเสริมสร้างความผ่อนคลาย

สิ่งใดที่อ่านแล้วรู้สึก “ไม่ใช่” วิธีของตนเอง ก็ให้ปล่อยผ่าน แต่ถ้าสนใจวิธีไหนแล้วอยากลองทำก็ไม่เสียหายอะไร แต่ต้องดูความพร้อมของร่างกายและจิตใจขณะปฏิบัติด้วย บางวิธีอาจฝึกฝึกล้มอยู่ข้างตามสไตลไอโซ แต่ท้ายที่สุดแล้วเราต้องนำวิธีอันหลากหลายมาปรับเปลี่ยนเป็นสไตลของตัวเอง วิธีใดที่ลองทำแล้วรู้สึกดีขึ้น ผ่อนคลายขึ้น ก็ให้ใช้วิธีนั้น ไม่มีใครรู้เราได้ดีเท่าตัวเราเอง



โครงการแบรนด์ซัมเมอร์แคมป์เพื่อครูแนะแนว

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ร่วมกับ บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ร่วมจัดสัมมนาโครงการ แบรนด์ซัมเมอร์แคมป์เพื่อครูแนะแนว โดยได้รับเกียรติจาก ฯพณฯ พงศ์เทพ เทพกาญจนา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ เป็นประธานเปิดงาน โดยมี รศ.วุฒิชัย กปิลกาญจน์ อธิการบดีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, นายบุญเลิศ สุขเสรีทรัพย์ ผู้อำนวยการฝ่ายการตลาด บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด, ดร.สิริพร บุญญานันต์ และ รศ.ดร.อุษณีย์ ลิ่ววัฒน์ ให้เกียรติต้อนรับ อีกทั้งมีครูแนะแนวเข้าร่วมงานมากกว่า 400 คน ณ ห้องประชุมสุธรรมฯ อาคารสารนิเทศ 50 ปี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน กรุงเทพฯ

โนวาร์ตีสมอบกองทุนสนับสนุน PAD พัฒนาหมู่บ้านทองหลาง จ.นครราชสีมา

เมื่อเร็ว ๆ นี้ นายสิริรัตน์ อาเบลลา ประธานบริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด มอบเงินจำนวน 170,000 บาท ให้แก่ นายมีชัย วีระไวทยะ ผู้ก่อตั้งและนายกสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน เพื่อนำไปใช้พัฒนาหมู่บ้านทองหลาง อ.จักราช จ.นครราชสีมา ภายใต้โครงการโนวาร์ตีสพัฒนาหมู่บ้าน ซึ่งเป็นโครงการที่โนวาร์ตีสร่วมกับทางสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของชาวบ้านทองหลางให้ดีขึ้น



สภาอากาศไทยจัดตั้งศูนย์ผลิตพลาสติก

นายแผน วรรณเมธี เลขาธิการสภาอากาศไทย ได้เป็นประธานแถลงข่าวและลงนามในสัญญาก่อสร้าง “ศูนย์ผลิตผลิตภัณฑ์พลาสติก” ระหว่างสภาอากาศไทย และบริษัท Green Cross Corporation สาธารณรัฐเกาหลี โดยมี Mr.CHO Soon-Tae, President of Green Cross Corporation สาธารณรัฐเกาหลี ร่วมลงนามฯ พร้อมด้วย H.E.Mr.JEON Jae Man เอกอัครราชทูตสาธารณรัฐเกาหลีประจำประเทศไทย และ น.ส.รมณี คณานุรักษ์ รองอธิบดีกรมเอเชียตะวันออก กระทรวงการต่างประเทศร่วมแถลงข่าว ณ ห้องจุมภฏ อาคารเฉลิมพระเกียรติบรมราชินีนาถ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภาอากาศไทย



เมื่อเร็ว ๆ นี้ ดร.พานิช เหล่าศิริรัตน์ (คนซ้าย) ผู้อำนวยการสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ มอบของที่ระลึกให้แก่ นายวิฑูรย์

สิมะโชคดี ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม เนื่องในโอกาสที่ให้เกียรติ

สถาบันเครือข่ายกระทรวงอุตสาหกรรม ร่วมฟื้นฟูผู้ประกอบการ

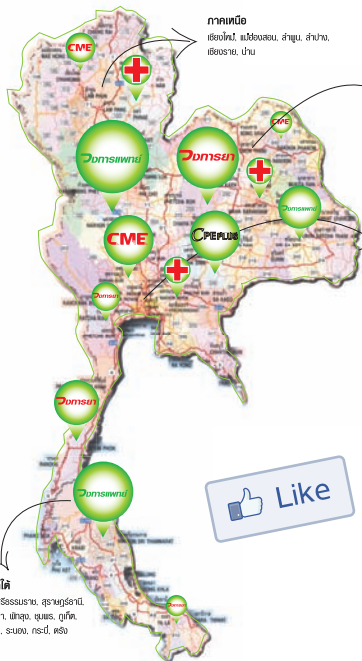
เป็นประธานในงานสัมมนาสรุปผลการดำเนินโครงการ และพิธีปิดโครงการ “ฟื้นฟูผู้ประกอบการอุตสาหกรรมที่ประสบอุทกภัยด้วยกระบวนการพัฒนาบุคลากร เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน” พร้อมปาฐกถาพิเศษเรื่อง “Productivity Mindset กับการพัฒนาอุตสาหกรรมไทยอย่างยั่งยืน” ณ สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม



สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ หนุนธุรกิจไทยยั่งยืนด้วย “นักส่งเสริมการเพิ่มผลิตภาพ”

ดร.อรรชกา สีบุญเรือง บริมเบิล รองปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม ให้เกียรติเป็นประธานเปิดการสัมมนา “Productivity Facilitator 2012 เผยแพร่แนวทางการสร้างบุคลากรด้านการส่งเสริมการเพิ่มประสิทธิภาพภายในองค์กร” พร้อมถ่ายภาพ

ร่วมกับ ดร.พานิช เหล่าศิริรัตน์ ผู้อำนวยการสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ และผู้ที่ได้รับรางวัลผู้บริหารดีเด่น Productivity Facilitator ดีเด่น และทีมงานดีเด่น จากการเข้าร่วมโครงการในปี พ.ศ. 2555 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ เมื่อเร็ว ๆ นี้



พญ.กอบกาญจน์ เพียรเกิด

ร.พ.น้ำหนาว จ.เพชรบูรณ์

พญ.อัจฉริยา เจริญธัญรักษ์

ร.พ.ภูผาม่าน จ.ขอนแก่น

วงการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์พร้อมกับนาฬิกาไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์พร้อมกับนาฬิกาให้แก่แพทย์ในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ขอนแก่น และเลย ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลด้วย ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อ ๆ เพื่อสังคมต่อไป

นพ.อมร จันทรดำ

ร.พ.ภูเรือ จ.เลย

พญ.สุภาวดี ปอแก้ว

ร.พ.สมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า (ส่วนขยาย)

จ.เพชรบูรณ์



นพ.พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี

ร.พ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาในทุกด้าน
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
ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.medicthai.net
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
เพื่อรวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยไม่จวนคุณถาม

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ บ.ธนชาต 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอส์ 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. ถ้าชำระด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

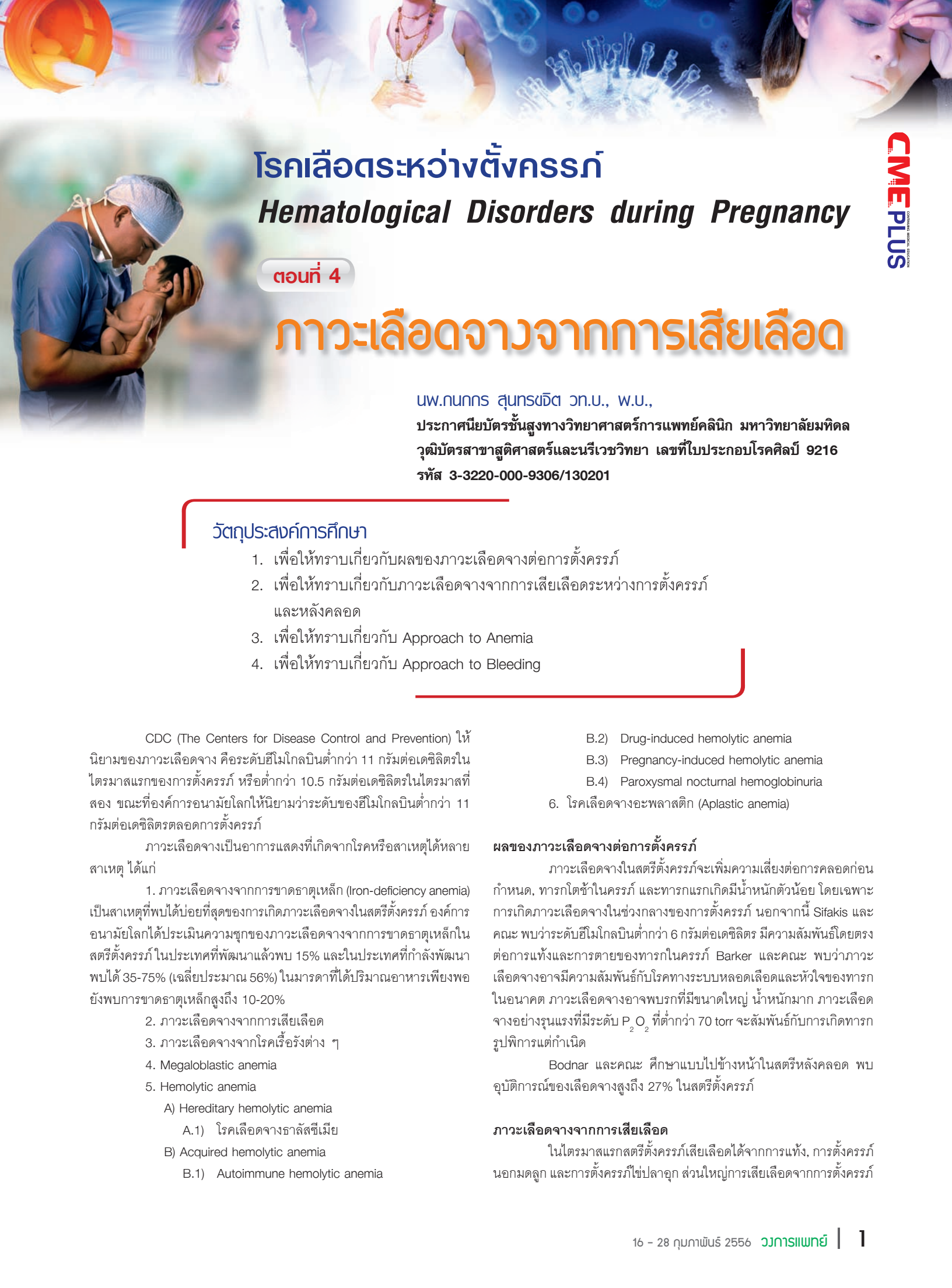
ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS





โรคเลือดระหว่างตั้งครรภ์

Hematological Disorders during Pregnancy

ตอนที่ 4

ภาวะเลือดจางจากการเสียเลือด

ผอ.กนกกร สุนทรจิต วท.บ., พ.บ.,

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรและนรีเวชวิทยา เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9306/130201

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับผลของภาวะเลือดจางต่อการตั้งครรภ์
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับภาวะเลือดจางจากการเสียเลือดระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับ Approach to Anemia
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับ Approach to Bleeding

CDC (The Centers for Disease Control and Prevention) ให้นิยามของภาวะเลือดจาง คือระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตรในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ หรือต่ำกว่า 10.5 กรัมต่อเดซิลิตรในไตรมาสที่สอง ขณะที่องค์การอนามัยโลกให้นิยามว่าระดับของฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตรตลอดการตั้งครรภ์

ภาวะเลือดจางเป็นอาการแสดงที่เกิดจากโรคหรือสาเหตุได้หลายสาเหตุ ได้แก่

1. ภาวะเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron-deficiency anemia) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเกิดภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ องค์การอนามัยโลกได้ประเมินความชุกของภาวะเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบ 15% และในประเทศที่กำลังพัฒนาพบได้ 35-75% (เฉลี่ยประมาณ 56%) ในมารดาที่ได้รับปริมาณอาหารเพียงพอ ยังพบการขาดธาตุเหล็กสูงถึง 10-20%

2. ภาวะเลือดจางจากการเสียเลือด
3. ภาวะเลือดจางจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ
4. Megaloblastic anemia
5. Hemolytic anemia

A) Hereditary hemolytic anemia

A.1) โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย

B) Acquired hemolytic anemia

B.1) Autoimmune hemolytic anemia

B.2) Drug-induced hemolytic anemia

B.3) Pregnancy-induced hemolytic anemia

B.4) Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria

6. โรคเลือดจางอะพลาสติก (Aplastic anemia)

ผลของภาวะเลือดจางต่อการตั้งครรภ์

ภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด, ทารกโตช้าในครรภ์ และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย โดยเฉพาะการเกิดภาวะเลือดจางในช่วงกลางของการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ Sifakis และคณะ พบว่าระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 6 กรัมต่อเดซิลิตร มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการแท้งและการตายของทารกในครรภ์ Barker และคณะ พบว่าภาวะเลือดจางอาจมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจของทารกในอนาคต ภาวะเลือดจางอาจพบกรณีที่ขนาดใหญ่น้ำหนักมาก ภาวะเลือดจางอย่างรุนแรงที่มีระดับ P_2O_2 ที่ต่ำกว่า 70 torr จะสัมพันธ์กับการเกิดทารกผิดปกติแต่กำเนิด

Bodnar และคณะ ศึกษาแบบไปข้างหน้าในสตรีหลังคลอด พบอุบัติการณ์ของเลือดจางสูงถึง 27% ในสตรีตั้งครรภ์

ภาวะเลือดจางจากการเสียเลือด

ในไตรมาสแรกสตรีตั้งครรภ์เสียเลือดได้จากการแท้ง, การตั้งครรภ์นอกมดลูก และการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก ส่วนใหญ่การเสียเลือดจากการตั้งครรภ์



เป็นการเสียเลือดหลังการคลอด ถ้าเสียเลือดไม่มากไม่จำเป็นต้องให้เลือดทดแทน แต่ควรให้ธาตุเหล็กรับประทานต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน การตกเลือดก่อนคลอด หมายถึง การที่มีเลือดออกทางช่องคลอดตั้งแต่ตั้งครรภ์ได้ 28 สัปดาห์ เป็นต้นไปจนถึงก่อนการเจ็บครรภ์คลอด ในประเทศที่พัฒนาแล้ว อัตราการเสียชีวิตของทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์มีสูงมาก นอกจากนี้สาเหตุที่ทำให้เลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาสที่สองและที่สามของการตั้งครรภ์ก็คล้ายคลึงกัน บางประเทศจึงถือว่าการตกเลือดก่อนคลอด (Antepartum hemorrhage) หมายถึง การมีเลือดออกทางช่องคลอดตั้งแต่ตั้งครรภ์ได้ 20 สัปดาห์ เป็นต้นไป จนถึงก่อนการเจ็บครรภ์คลอด การตกเลือดก่อนคลอดมีชื่ออื่นที่มีความหมายใกล้เคียงกัน และใช้เรียกแทนกันได้ เช่น Vaginal bleeding in the second half of pregnancy, Bleeding in late pregnancy, Third trimester bleeding, Bleeding in latter half of pregnancy เป็นต้น

การตกเลือดก่อนคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญอย่างหนึ่งทางสูติศาสตร์ เพราะว่าการตกเลือดยังคงเป็นสาเหตุการตายของมารดาที่พบบ่อย นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด และอัตราการตายปริกำเนิดสูงขึ้น ถ้าได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและได้รับการดูแลที่ทันเวลาก็จะช่วยลดอัตราการตายของมารดา และอัตราการตายปริกำเนิดลงได้

อุบัติการณ์ของการตกเลือดก่อนคลอดที่แน่นอนยังไม่ทราบ แต่โดยทั่วไปพบได้ประมาณ 3-4.8% ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด ส่วนสาเหตุนั้นมีหลายสาเหตุ พบว่าประมาณ 31% เกิดจากรกเกาะต่ำ (Placenta previa), 22% เกิดจากรกลอกก่อนกำหนด (Abruptio placentae) และ 47% เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งในกลุ่มนี้สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ การแตกของ Marginal sinus ซึ่งบางตำราจัดอยู่ในกลุ่มไม่รู้สาเหตุ (idiopathic) อย่างไรก็ตาม เลือดออกชนิดนี้ก็จะทำให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกได้ ดังนั้น ควรยุติการตั้งครรภ์เมื่อการตั้งครรภ์ครบกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกโดยไม่รู้สาเหตุ

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) เป็นหนึ่งในสาเหตุการตายของมารดาที่พบบ่อยที่สุด หมายถึง การที่มีเลือดออกทางช่องคลอดตั้งแต่ 500 มล.ขึ้นไป หลังจากสิ้นสุดระยะที่ 3 ของการเจ็บครรภ์ (Third stage of labor) สำหรับการตกเลือดก่อนที่รกจะคลอดเรียกว่า การตกเลือดในระยะที่ 3 ของการเจ็บครรภ์ (Third-stage hemorrhage)

การตกเลือดหลังคลอดพบได้ 5% ของการคลอด แบ่งเป็น

- การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
 - การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Late postpartum hemorrhage) เป็นการตกเลือดภายหลัง 24 ชั่วโมง ไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด
- สตรีตั้งครรภ์จะมีการปรับตัวของร่างกาย เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์และการคลอดตามสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์ โดยมีการเพิ่ม

ปริมาณน้ำเลือด (Plasma) 42% และเพิ่มปริมาณของเม็ดเลือดแดง 24% เนื่องจากในระยะคลอดจะต้องมีการเสียเลือดพอสมควร สำหรับปริมาณของเลือดที่ต้องเสียไปขณะคลอดขึ้นอยู่กับวิธีการคลอด มีการประเมินการเสียเลือดจากการคลอดบุตรโดยวิธีต่าง ๆ

อย่างไรก็ตาม การประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก และส่วนใหญ่มักประเมินต่ำกว่าความเป็นจริงประมาณครึ่งหนึ่ง ดังนั้น จึงควรดูอาการทางคลินิกร่วมไปด้วย อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้ป่วยยังมีการเสียเลือดต่อไปโดยที่ไม่ได้รับการรักษาก็อาจจะทำให้เกิดอาการช็อค ชี้อค และเสียชีวิตได้ในที่สุด ถือว่าผู้ป่วยเสียเลือดมาก (Excessive blood loss) เมื่อมีการลดลงของ Hematocrit 10% หรือจำเป็นต้องให้เลือดทดแทน

- การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early post-partum hemorrhage) มีสาเหตุและเหตุชวนให้เกิด ได้แก่

A) เลือดออกจากตำแหน่งที่รกเกาะ

A.1) มดลูกไม่หดรัดตัว (Uterine atony)

A.2) รกค้าง (Retained placental tissue)

A.3) มดลูกปลิ้น (Uterine inversion)

B) การฉีกขาดของช่องทางคลอด และปากมดลูก

C) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

- การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Late post-partum hemorrhage) พบน้อยมาก ส่วนใหญ่จะพบหลังคลอดประมาณ 1-2 สัปดาห์ สาเหตุที่ทำให้เกิด ได้แก่

a) ส่วนใหญ่ของรกค้างในโพรงมดลูก

b) การอักเสบในโพรงมดลูก (Endometritis)

c) Subinvolution ของมดลูก

d) เนื้องอกของมดลูก

การรักษาในกรณีที่มีเลือดออกมากควรรักษาเบื้องต้นโดยการให้น้ำเกลือ หรือให้เลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้ และให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก เช่น Oxytocin Ergonovine หรือ Methylergonovine ถ้าเลือดยังไม่หยุด อาจพิจารณาให้ยากลุ่ม Prostaglandins ในการรักษาการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สำหรับการรักษาในขั้นตอนต่อไปให้รักษาตามสาเหตุ ได้แก่

1) ให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในกรณีที่มีการอักเสบในโพรงมดลูก

2) การขูดมดลูกในกรณีที่มีรกค้าง ควรทำด้วยความระมัดระวัง เพราะมดลูกอาจจะทะลุได้ง่าย และอาจเสียเลือดได้มากขณะขูดมดลูก จึงควรเตรียมเลือดไว้ให้เพียงพอ

3) กรณีที่ตกเลือดไม่หยุด อาจต้องทำการผ่าตัดมดลูกเส้นเลือดแดง uterine หรือ internal iliac หรือตัดมดลูกออก

พึงระวังไว้ว่าไม่ควรขูดมดลูกถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ เพราะอาจทำให้เลือดออกไม่หยุดได้ โดยเฉพาะกรณีที่มีเลือดออกจากการอักเสบในโพรงมดลูก ห้าม

ตารางแสดงการประเมินการเสียเลือดจากการคลอดบุตรโดยวิธีต่าง ๆ

วิธีคลอด	คะแนนเลือดที่เสีย (มล.)
• คลอดปกติ (Vaginal delivery)	500
• ผ่าท้องทำคลอด (Cesarean section)	1,000
• ผ่าท้องทำคลอดและตัดมดลูก (Cesarean hysterectomy)	1,500
• ผ่าตัดมดลูกฉุกเฉิน (Emergency hysterectomy)	3,500



ชุดมดลูกเด็ดขาด เพราะอาจจะทำให้เสียเลือดมากจนช็อคได้

ปริมาตรของเลือด (Blood volume) เพิ่มขึ้นมากในระหว่างตั้งครรภ์ โดยพบว่าปริมาตรเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนดเท่ากับ 40-45% เทียบกับก่อนตั้งครรภ์

การเพิ่มของปริมาตรเลือดในระหว่างตั้งครรภ์มีความสำคัญ คือ
A) เพื่อตอบสนองต่อมดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้น และมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น

B) เพื่อปกป้องมารดาและทารกในครรภ์จากการไหลเวียนของโลหิตกลับเข้าหัวใจน้อยลงในท่านอนหงาย และทำย่นขึ้น

C) เพื่อป้องกันมารดาจากการสูญเสียเลือดในระหว่างการคลอด

ปริมาตรของเลือดเริ่มเพิ่มขึ้นในไตรมาสแรก และเพิ่มมากขึ้นในไตรมาสที่สอง จากนั้นเพิ่มช้าลงในไตรมาสที่สาม และคงที่ใน 2-3 สัปดาห์สุดท้าย

การเพิ่มของปริมาตรเลือดระหว่างตั้งครรภ์เป็นผลมาจากการเพิ่มพลาสมาและเม็ดเลือดแดง โดยพบว่าปริมาณพลาสมาเพิ่มมากกว่าเม็ดเลือดแดง โดยเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น 450 มล. คิดเป็น 33%

ไขกระดูกนั้นพบว่ามี erythroid hyperplasia ปานกลาง และ reticulocyte count เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งเกิดจากการเพิ่มของ erythropoietin ในพลาสมาของสตรีตั้งครรภ์ และจะสูงขึ้นหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ตรงกับระยะที่มีการสร้างเม็ดเลือดแดงมาก

Atrial natriuretic peptides (ANP) เป็นสาร peptide ที่สร้างและหลั่งจาก atrial myocytes มี 3 รูปแบบคือ α β Δ สาร ANP มีฤทธิ์ในการขับเกลือและขับน้ำ โดยเพิ่มเลือดที่ไปเลี้ยงไต และเพิ่ม GFR และลดการหลั่ง renin กลไกการขับเกลือนี้ไม่ชัดเจน แต่พบว่าเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตในการขับเกลือ และยับยั้งการดูดกลับของเกลือที่เซลล์ท่อไต ANP ยังลดการหลั่งของ aldosterone จากเซลล์ของ zona glomerulosa และลดการกระตุ้นของ corticotropin และ angiotensin II ในการหลั่ง aldosterone นอกจากนี้ ANP ยังมีผลขยายเส้นเลือดของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ที่ถูกกระตุ้นด้วย angiotensin II หรือ norepinephrine

Hemoglobin concentration and hematocrit ระหว่างตั้งครรภ์

แม้ว่าจะเกิดภาวะ erythropoiesis ในระหว่างตั้งครรภ์ แต่ Hb และ Hct ลดลงเล็กน้อยในการตั้งครรภ์ ดังนั้น ความหนืดของเลือดจะลดลง Hb เฉลี่ยขณะตั้งครรภ์ครบกำหนดเท่ากับ 12.5 กรัม/ดล. และ 6% ของสตรีตั้งครรภ์ Hb จะต่ำกว่า 11.0 กรัม/ดล. ดังนั้น ถ้า Hb น้อยกว่า 11 กรัม/ดล. โดยเฉพาะในอายุครรภ์ที่มากกว่าควรระวังว่าผิดปกติ ซึ่งมักเกิดจากภาวะขาดธาตุเหล็กมากกว่าเกิดจากการเพิ่มปริมาณของเลือดในระหว่างตั้งครรภ์

การสูญเสียเลือด (Blood loss) ระหว่างการคลอดปกติและหลังคลอด 2-3 วัน ปริมาตรครึ่งหนึ่งของเม็ดเลือดแดงจะสูญเสียออกไปจากตำแหน่งที่รกเกาะตัวรกเอง แผลฝีเย็บและการฉีกขาด และน้ำคาวปลา โดยเฉลี่ยแล้วเสียปริมาณเม็ดเลือดแดง 500-600 มล. ในการคลอดทารกคนเดียวทางช่องคลอด ถ้าเป็นการคลอดโดยผ่าท้องทำคลอด หรือการคลอดแฝดสองทางช่องคลอดจะสูญเสียเม็ดเลือดแดงประมาณ 1,000 มล. หรือประมาณ 2 เท่าของการคลอดทารกคนเดียวทางช่องคลอด

Immunological และ leukocyte functions ระหว่างตั้งครรภ์

ระดับของ humoral antibody titer ต่อเชื้อไวรัส เช่น Herpes simplex virus, measles, influenza A นั้นลดลงในระหว่างตั้งครรภ์ เชื่อว่าเกิด

จาก Hemodilution ระหว่างตั้งครรภ์ ส่วน autoantibodies นั้นไม่เปลี่ยนแปลง α -Interferon ที่พบในเซลล์ทารกและสารถ้านั้น ไม่พบในการตั้งครรภ์ปกติ และพบว่า Polynuclear leukocytes chemotaxis และ adherence function ถูกกดตั้งแต่ไตรมาสที่สอง จนกระทั่งครรภ์ครบกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุที่โรค autoimmune ดีขึ้น และเพิ่มโอกาสติดเชื้อบางอย่างระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้น ถ้าจะวินิจฉัยภาวะเม็ดเลือดขาวสูงในระหว่างตั้งครรภ์ ต้องดูทั้งปริมาณและการทำงานของเม็ดเลือดขาว

ปริมาณเม็ดเลือดขาวนั้นเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมากในระหว่างตั้งครรภ์ อยู่ในช่วง 5,000-12,000 เซลล์/ไมโครลิตร ในระหว่างการคลอดและหลังคลอดอาจสูงมากกว่า 25,000 เซลล์/ไมโครลิตร (โดยเฉลี่ย 14,000-16,000 เซลล์/ไมโครลิตร) สาเหตุที่แท้จริงนั้นไม่ทราบ และพบว่าปริมาณ neutrophils สูงขึ้น

ในการตั้งครรภ์ระยะเริ่มแรก การทำงานของ leukocyte alkaline phosphatase เพิ่มขึ้น แต่พบได้ในภาวะอื่นเช่นกัน ได้แก่ การอักเสบต่าง ๆ C-Reactive protein นั้นสูงกว่าในภาวะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ และสูงขึ้นอีกในระหว่างการคลอด Erythrocyte sedimentation rate ก็พบว่าสูงขึ้นในการตั้งครรภ์ ซึ่งเกิดจากการเพิ่ม globulin ในพลาสมา และ fibrinogen ดังนั้น จึงไม่ควรใช้วินิจฉัยการอักเสบในระหว่างตั้งครรภ์ complement C_3 และ C_4 ก็เพิ่มขึ้นในไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์

การแข็งตัวของเลือด (Coagulation)

ในการตั้งครรภ์ปกติ ระบบการแข็งตัวของเลือดอยู่ในภาวะที่พร้อมทำงาน (activated state) โดยที่เพิ่มปริมาณ clotting factors ทุกตัว ยกเว้น Factor 11, 13 และเพิ่ม High molecular weight fibrinogen complexes การเพิ่มดังกล่าวมาจากการเพิ่มการสร้างของ procoagulants

High molecular weight soluble fibrin-fibrinogen complexes และ D-dimer เพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ ส่วน clotting time ไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับภาวะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์

แม้ว่าปริมาณเกล็ดเลือดไม่เปลี่ยนแปลงในระหว่างตั้งครรภ์ แต่ความกว้างและปริมาตรของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น อธิบายจากมีการใช้เกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้เกล็ดเลือดตัวอ่อนซึ่งมีขนาดโตกว่าพบได้มากขึ้น

ผลิตภัณฑ์สุดท้ายของระบบการแข็งตัวของเลือด คือการเกิด fibrin และหน้าที่ของระบบ fibrinolytic คือการกำจัด fibrin ที่มากเกินไป การเปลี่ยนแปลงของระบบ fibrinolytic ในระหว่างตั้งครรภ์มีผลการศึกษาแตกต่างกัน ส่วนใหญ่กล่าวว่า fibrinolytic activity ลดลง

Regulatory proteins

การขาดสารที่ห้ามการแข็งตัวของเลือด เรียกว่า ภาวะ Thrombophilia ซึ่งภาวะเลือดแข็งตัวง่ายแต่กำเนิด เช่น การขาด protein C, S และ antithrombin III พบได้ 15-20% ของการกลับเป็นซ้ำของภาวะการแข็งตัวของเลือด (Thromboembolism)

การทำงานของ protein C นั้นอยู่ในเกณฑ์ปกติในระหว่างตั้งครรภ์ ปริมาณ total protein S ทั้งหมดไม่เปลี่ยนแปลง แต่ free protein S ลดลงจากไตรมาสแรกถึงไตรมาสที่สอง (0.45-0.26 ยูนิต์/มล.) และอยู่ในระดับต่ำตลอดการตั้งครรภ์

ระดับ antithrombin III ไม่เปลี่ยนแปลงในการตั้งครรภ์ ระดับ Thrombin-antithrombin III complexes เพิ่มขึ้น และ Fibrinopeptides A และ B เพิ่มขึ้น

ปัจจัยควบคุมหลอดเลือดระหว่างตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์แรกที่มีความดันโลหิตปกตินั้น จะคือต่อผลของ angio-



tensin II ตรงกันข้ามในรายที่มีแนวโน้มจะเป็นความดันโลหิตสูงจะตอบสนองต่อ angiotensin II

Circulation: ท่าทางของสตรีตั้งครรภ์มีผลต่อความดันโลหิตในเส้นเลือดแดง (arterial BP) โดยปกติความดันโลหิตในเส้นเลือดแดงจะลดต่ำสุดในช่วงกลางของการตั้งครรภ์ และหลังจากนั้นจะเพิ่มขึ้น ความดันโลหิต diastolic จะลดลงมากกว่า systolic

ความดันโลหิตในเส้นเลือดดำ (Venous pressure) ที่ข้อพับแขนไม่เปลี่ยนแปลงในระหว่างตั้งครรภ์ แต่ในท่านอนหงายความดันโลหิตในเส้นเลือดดำ femoral เพิ่มขึ้น 8 ซม.น้ำ ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ เป็น 24 ซม.น้ำ เมื่อครบกำหนดคลอด การไหลเวียนของโลหิตที่ขาข้างระหว่างการตั้งครรภ์ ยกเว้นการนอนตะแคง เชื่อว่าเกิดจากการกดทับของมดลูกที่โตขึ้นต่อเส้นเลือดดำในอุ้งเชิงกราน (Pelvic veins) และ Inferior vena cava (IVC) ความดันโลหิต

ในเส้นเลือดดำจะกลับเป็นปกติถ้านอนตะแคงหรือหันที่ภายหลังคลอด การเปลี่ยนแปลงที่การไหลเวียนของเลือดช้าลง และเพิ่มความดันโลหิตในเส้นเลือดดำของขา ทำให้เกิดการบวมส่วนล่างของร่างกาย โดยเฉพาะเมื่อครบกำหนด และทำให้เกิดเส้นเลือดอุดตันบริเวณขา อวัยวะเพศ และริดสีดวงทวาร และยังอาจส่งเสริมให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือด (Deep vein thrombosis)

Supine hypotension: ในระยะหลังของการตั้งครรภ์ ขณะท่านอนหงาย มดลูกที่โตจะกดทับเส้นเลือดดำที่จะไหลเวียนโลหิตจากส่วนล่างกลับสู่หัวใจ ทำให้เลือดเข้าหัวใจลดลง และ Cardiac output (CO) ลดลง โดย 10% ของสตรีตั้งครรภ์จะเกิดความดันในเส้นเลือดแดงต่ำ (arterial hypotension) ซึ่งเรียกว่า Supine hypotension syndrome และยังพบว่าในท่านอนหงาย มดลูกที่โตจะกด aorta ทำให้ความดันในเส้นเลือดแดงส่วนที่ได้ต่อการกดต่ำลงกว่าด้านบน

ตาราง The cut-offs for hemoglobin and hematocrit which are used to define anemia in people living at sea level

Population group	Hemoglobin (g/dL)	Hematocrit (%)
• Children 6 months to 5 years	11.0	33
• Children 5-11 years	11.5	34
• Children 12-13 years	12.0	36
• Non-pregnant women	12.0	36
• Pregnant-women	11.0	33
• Men	13.0	39

ตาราง Common causes of newly diagnosed anemia in adults and children

Adults	Children
• Iron deficiency	• Iron deficiency
• Chronic disease (Inflammation)	• Acute inflammation
• Kidney disease	• Thalassemia
• Thalassemia	• Hereditary spherocytosis
• Folate or vitamin B ₁₂ deficiency	• Enzymopathies (G-6-PD, others)
• Autoimmune hemolytic anemia	• Leukemia
• Hereditary spherocytosis	• Congenita red cell aplasia
• G-6-PD deficiency	• Transient erythroblastopenia of childhood
• Myelodysplastic syndromes	
• Myelophthisic processes	
• Aplastic anemia	

G-6-PD, glucose-6-phosphate dehydrogenase



การไหลเวียนของเลือดที่ผิวหนัง (Blood flow in skin): มีการเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงบริเวณผิวหนังในสตรีตั้งครรภ์ เพื่อกระจายความร้อนที่เพิ่มขึ้นจากการเพิ่ม metabolism

Approach to Anemia

ภาวะเลือดจางเป็นปัญหาที่พบบ่อยทางเวชปฏิบัติ ภาวะนี้ไม่ใช่โรค แต่เป็นอาการแสดงของโรคต่าง ๆ มากมาย เพราะฉะนั้นเมื่อพบผู้ป่วยมีภาวะเลือดจาง การให้การรักษาที่ถูกต้องประการแรกคือ ต้องสืบค้นหาสาเหตุ การพบผู้ป่วยเลือดจางแล้วให้เลือดโดยไม่สืบค้นหาสาเหตุเป็นการไม่ถูกต้อง เพราะการรักษาเลือดจางบางสาเหตุไม่ต้องให้เลือด หรือบางครั้งการสืบค้นหาสาเหตุอาจนำไปพบโรคร้ายแรงในระยะแรกได้

Anemia คือภาวะที่เม็ดเลือดแดงในกระแสเลือดลดลงต่ำกว่าปกติ การจะวัดมวลเม็ดเลือดแดงโดยตรง (red cell mass) เป็นเรื่องยุ่งยาก ในทางปฏิบัติที่ใช้คือ การวัดระดับ Hemoglobin (Hb), Hematocrit (Hct) หรือ red cell count ระดับขึ้นอยู่กัยอายุ เพศ จาก WHO criteria ให้ค่าจำกัดความของ anemia ในผู้หญิงคือ Hb น้อยกว่า 12.0 g/dL, ในผู้ชายคือ Hb น้อยกว่า 13.0 g/dL ในเด็กอายุแตกต่างกัน และผู้หญิงตั้งครรภ์ ระดับปกติของ Hb ก็แตกต่างกัน

ข้อจำกัดของการวัดระดับ Hb หรือ Hct คือเป็นการวัดเปรียบเทียบ กับ Plasma volume เพราะฉะนั้น Hb ที่ลดลง หรือ plasma volume เพิ่มขึ้น ทำให้ค่า Hb ต่ำลงได้ ในทางกลับกัน Plasma volume ที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดจางอยู่ วัด Hb แล้วไม่ต่ำ (dehydration)

ในภาวะการเสียเลือดเฉียบพลัน (Acute blood loss) ในช่วง 6 ชั่วโมงแรก Hb หรือ Hct ยังคงเดิม แต่เริ่มมี Hct ต่ำลงหลังจาก 6 ชั่วโมงไปแล้ว

อาการและอาการแสดง

อาการของภาวะเลือดจางเกิดจากผลของการที่ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ อาการไม่ได้ขึ้นกับระดับของ Hct หรือ Hb อย่างเดียว แต่ขึ้นกับระยะเวลาที่เกิดเลือดจาง, อายุ และภาวะพื้นฐานของหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายเวลาเดินหรือออกกำลังกาย เมื่อระดับของ Hct ต่ำมาก หรือผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจอาจเกิดเหนื่อยหอบ ขณะทำงานตามปกติ หรือบางรายเกิดหัวใจล้มเหลวได้ ผู้ป่วยที่เดิมแข็งแรงดีอาจทนต่อระดับ Hct ที่ต่ำได้ถึง 15% ถ้าการเกิดภาวะเลือดจางค่อยเป็นค่อยไป

สาเหตุของการเกิดโรคเลือดจาง

กลไกการเกิดเลือดจางสามารถแบ่งได้ 3 กลไก คือ

A) การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง (decreased red cell production หรือ hypoproliferative type)

B) การทำลายเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น (increased red cell destruction หรือ hyperproliferative type หรือ hemolysis)

C) เลือดออกเฉียบพลัน (Acute blood loss)

ถ้าไม่นับปัญหาเลือดออกเฉียบพลัน ในเวชปฏิบัติปัญหาเลือดจางเป็นจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดลดลงได้บ่อยกว่าปัญหาการทำลายเม็ดเลือดแดงมากขึ้น (hemolysis) ดังตารางแสดงถึงสาเหตุของเลือดจางทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ จากมากไปหาน้อย อันดับแรกที่พบบ่อยทั้งในเด็กและผู้ใหญ่คือ เลือดจางจากการขาดเหล็ก

แนวทางการสืบค้นผู้ป่วยเลือดจาง

การสืบค้นสาเหตุของเลือดจางอาศัยประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญคือ Complete blood count (CBC), Peripheral blood smear (PBS) และ Reticulocyte count

1. ประวัติที่ช่วยในการสืบค้นหาสาเหตุของเลือดจาง ได้แก่

- ประวัติเพื่อแยกให้ได้ว่าภาวะเลือดจางค่อยเป็นค่อยไป หรือเป็นแบบเฉียบพลัน (insidious or acute onset) ถ้าเป็น acute คิดถึงเลือดจางจาก acute blood loss หรือ hemolysis
- ประวัติการสูญเสียเลือด ได้แก่ ถ่ายดำเหลว ถ่ายเป็นเลือดสด ๆ ประจำเดือนในผู้หญิง รวมถึงประวัติการบริจาคเลือด
- ประวัติการรับประทานอาหาร การรับประทานมังสวิรัต
- ประวัติยา หรือการดื่มเหล้า ยาที่สำคัญ เช่น aspirin หรือ NSAIDs ยาบางชนิดอาจเป็นต้นเหตุของ hemolytic anemia
- ประวัติการเจ็บป่วย เช่น เบาหวาน ซึ่งอาจทำให้เกิดไตวาย
- ประวัติการได้รับเลือด
- ประวัติโรคเลือดจาง โรคเลือดในครอบครัว ซึ่งบ่งบอกโรคพันธุกรรม เช่น Thalassemia

• ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Systemic disease) เช่น ไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซึ่งอาจช่วยสนับสนุน anemia of chronic disease

2. การตรวจร่างกาย ที่จะช่วยในการหาสาเหตุของเลือดจาง ได้แก่

- การตรวจจุด Conjunctiva นอกจากตรวจดูระดับของซีด ต้องดูว่าผู้ป่วยมี jaundice หรือไม่ ถ้ามีบ่งชี้ว่าเป็น Hemolysis ซึ่งภาวะ jaundice จาก hemolysis นั้นจะเป็นไม่มาก (mild jaundice)
- Vital signs ที่สำคัญคือ ชีพจร และความดันเลือด ถ้าตรวจพบว่าซีดมาก แต่ผู้ป่วยดูสบายดี ชีพจรไม่เร็วบ่งชี้ว่า ภาวะซีดน่าจะค่อยเป็นค่อยไป (insidious onset) ความดันเลือด ถ้าพบความดันเลือดสูงร่วมกับเลือดจางอาจบ่งว่าเป็นโรคไตวายได้
- การตรวจในปาก ดู angular cheilitis, atrophic glossitis ซึ่งพบใน nutritional anemia
- การตรวจเล็บ ถ้าพบ koilonychia บ่งถึงเลือดจางจากการขาดเหล็ก
- การตรวจม้าม ถ้าพบม้ามโตจะช่วยสนับสนุนโรคธาลัสซีเมีย หรือ chronic hemolytic anemia

3. การตรวจ CBC การตรวจ Hct หรือ Hb เป็นขั้นตอนแรกในการยืนยันการวินิจฉัยภาวะเลือดจาง ปัจจุบันการตรวจ CBC ในประเทศไทย

ใช้ automated cell counter กันอย่างแพร่หลาย ซึ่งจะมีรายงานขนาดของเม็ดเลือดแดงเป็น MCV (Mean corpuscular volume) มีหน่วยเป็น femtoliters (fL) เม็ดเลือดแดงปกติมี MCV อยู่ระหว่าง 80-100 fL ซึ่ง MCV มีประโยชน์มากในการแบ่งภาวะเลือดจางเป็น 3 แบบ ได้แก่

- Microcytic anemia คือ MCV < 80 fL
- Normocytic anemia คือ MCV 80-100 fL
- Macrocytic anemia คือ MCV > 100 fL

4. การตรวจ Peripheral blood smear (PBS) เป็นการตรวจที่

ง่าย ถูก ทำได้ทุกแห่ง ถึงแม้มีเครื่อง automated cell counter ถ้าผลที่รายงานผิดปกติควรดู PBS ทุกสาย เพราะ automated cell counter ไม่สามารถบอกรายละเอียดได้ในสถานที่ที่ไม่มีเครื่อง automated cell counter การดู PBS เพื่อหาสาเหตุเลือดจาง เริ่มต้นดูว่าเม็ดเลือดแดงใน PBS ที่เห็นเป็น microcytic,



normocytic หรือ macrocytic red cell โดยมีเม็ดเลือดแดงปกติมีขนาดประมาณ 7-8 microns ซึ่งขนาดพอ ๆ กับ nucleus ของ small lymphocyte และ central pallor ประมาณ 1/3 ส่วน นอกจากการดู PBS จะสามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นสามกลุ่มเหมือนกับการตรวจ automated cell counter รายละเอียดของ PBS ที่ดูสามารถให้การวินิจฉัยโรค หรือเป็นแนวทางที่สำคัญในการวินิจฉัยโรค

5. การตรวจ reticulocyte

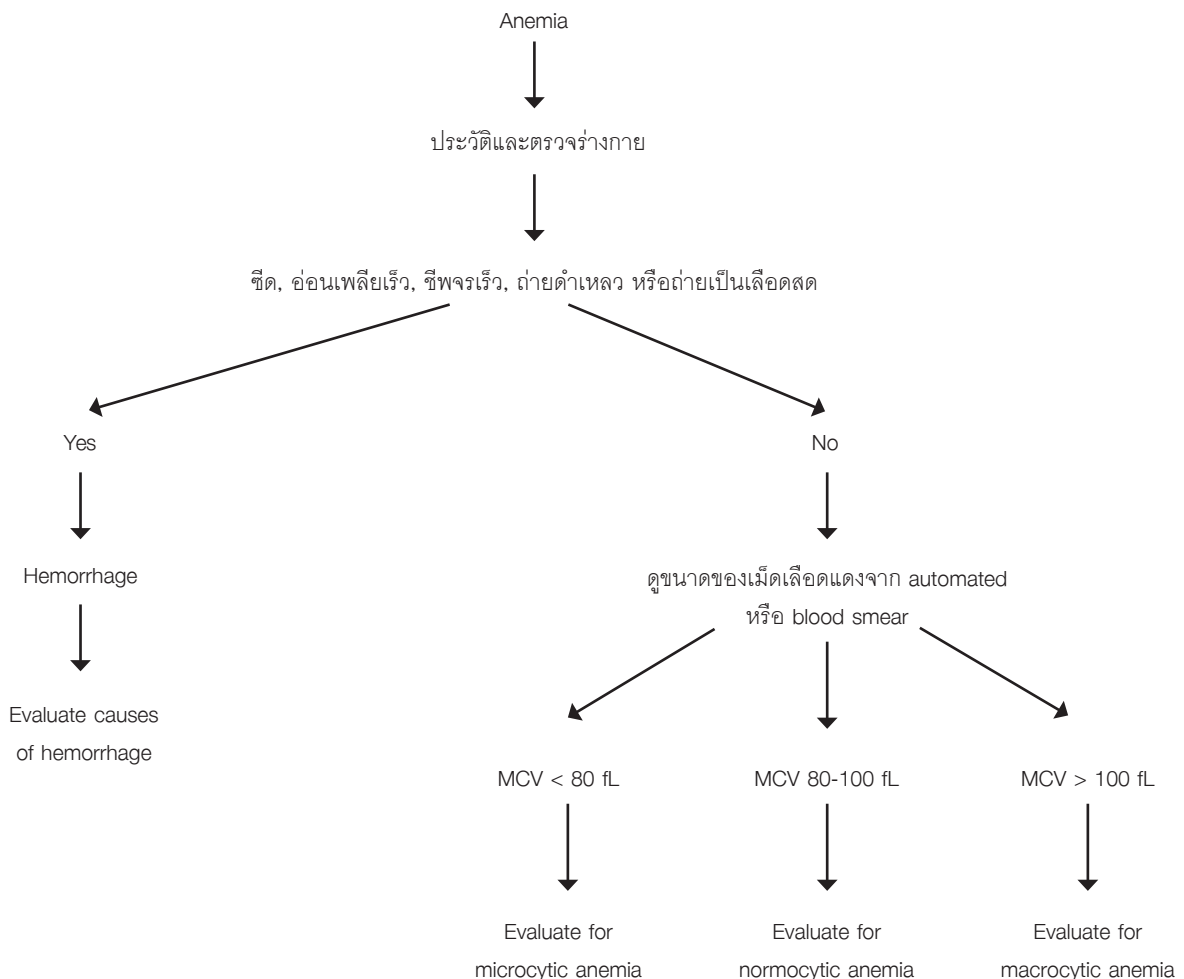
Reticulocyte คือเม็ดเลือดแดงตัวอ่อนที่ไม่มี nucleus สร้างมาทดแทนเม็ดเลือดแดงตัวแก่ ซึ่งจะถูกทำลายตามปกติประมาณ 1% ต่อวัน ในภาวะปกติ reticulocyte จะสร้างทดแทน 1% เช่นกัน ค่าปกติของ reticulocyte คือ 0.5-1.5% ที่นิยมใช้ในประเทศไทยคือ รายงานเป็นเปอร์เซ็นต์มากกว่า reticulocyte count เป็นค่าที่สำคัญในการหาต้นเหตุของเลือดจางว่าเป็น decreased production, increased destruction หรือ acute blood loss ซึ่งสองสาเหตุหลังจะมี reticulocyte count เพิ่มขึ้น ส่วนสาเหตุแรก (decreased production) reticulocyte count จะไม่ขึ้น ค่า reticulocyte count ที่ได้อาจต้องคำนวณเทียบกับ Hct ของผู้ป่วย เรียก corrected reticulocyte count ดังนี้

$$\text{Corrected reticulocyte count} = \% \text{ Reticulocyte count} \times \frac{\text{patient Hct}}{45}$$

ถ้าผู้ป่วยเลือดจาง ผล corrected reticulocyte count น้อยกว่า 2% ถือว่าเป็น decrease production ถ้าดู PBS reticulocyte คือ polychrome ที่เห็นใน PBS

เมื่อพบผู้ป่วยซีดหรือเลือดจาง หลักการในการสืบค้นสาเหตุช่วงแรก ดูประวัติตรวจร่างกายว่าเป็นเลือดจางจากเสียเลือดเฉียบพลันหรือไม่ (acute blood loss) อาจได้ประวัติอุบัติเหตุ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดสด ๆ (lower GI bleeding) หรือถ่ายอุจจาระดำเหลว (melena) กลุ่มนี้ตรวจร่างกายจะได้ชีพจรเร็ว หรือถ้าเสียเลือดจำนวนมากจะวัดความดันเลือดต่ำลง (Hypotension) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ประวัติไม่ชัดเจนดังกล่าวข้างต้น ขั้นตอนต่อไปคือการดูขนาดเม็ดเลือดแดง (MCV) ซึ่งจะแบ่งได้เป็น microcytic, normocytic หรือ macrocytic anemia

แผนภูมิขั้นตอนแรกในการสืบค้นสาเหตุของ anemia



MCV = Mean corpuscular volume



ตารางสาเหตุของเลือดจางแบ่งตาม Mean corpuscular volume (MCV)

Microcytic anemia (MCV < 80 fL)

- Iron deficiency anemia
- Thalassemia
- Nonthalassemic conditions associated with microcytosis other than iron deficiency anemia
 - Anemia of chronic disease (eg, rheumatoid arthritis, Hodgkin lymphoma)
 - Sideroblastic anemia (eg, hereditary, lead poisoning)

Normocytic anemias (MCV 80-100 fL)

- Nutritional anemia (early iron deficiency anemia)
- Anemia of chronic kidney diseases
- Hemolytic anemia
 - Red cell intrinsic causes
 - Membranopathies (eg, hereditary spherocytosis)
 - Enzymopathies (eg, glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency)
 - Hemoglobinopathies (eg, homozygous Hb Constant Spring)
 - Red cell extrinsic causes
 - Immune mediated
 - Autoimmune
 - Drug associated
 - Virus associated
 - Lymphoid disorder associated
 - Idiopathic
 - Alloimmune
 - Immediate transfusion reaction
 - Delayed transfusion reaction
 - Neonatal hemolytic anemia
 - Microangiopathic (eg, thrombotic thrombocytopenic purpura/hemolytic uremic syndrome)
 - Infection associated (eg, falciparum malaria)
 - Chemical agent associated (eg, spider venoms)
- Anemia of chronic disease
- Primary bone marrow disorders
 - Causes that are intrinsic to the hematopoietic stem cell
 - Aplastic anemia
 - Pure red cell aplasia
 - Ineffective erythropoiesis (myelodysplastic syndromes)
 - Extrinsic causes
 - Drugs, toxins, radiation, virus (parvovirus, etc)
 - Immune mediated (contributes to aplastic anemia and pure red cell aplasia)
 - Bone marrow infiltrating processes such as metastatic cancer and lymphoma

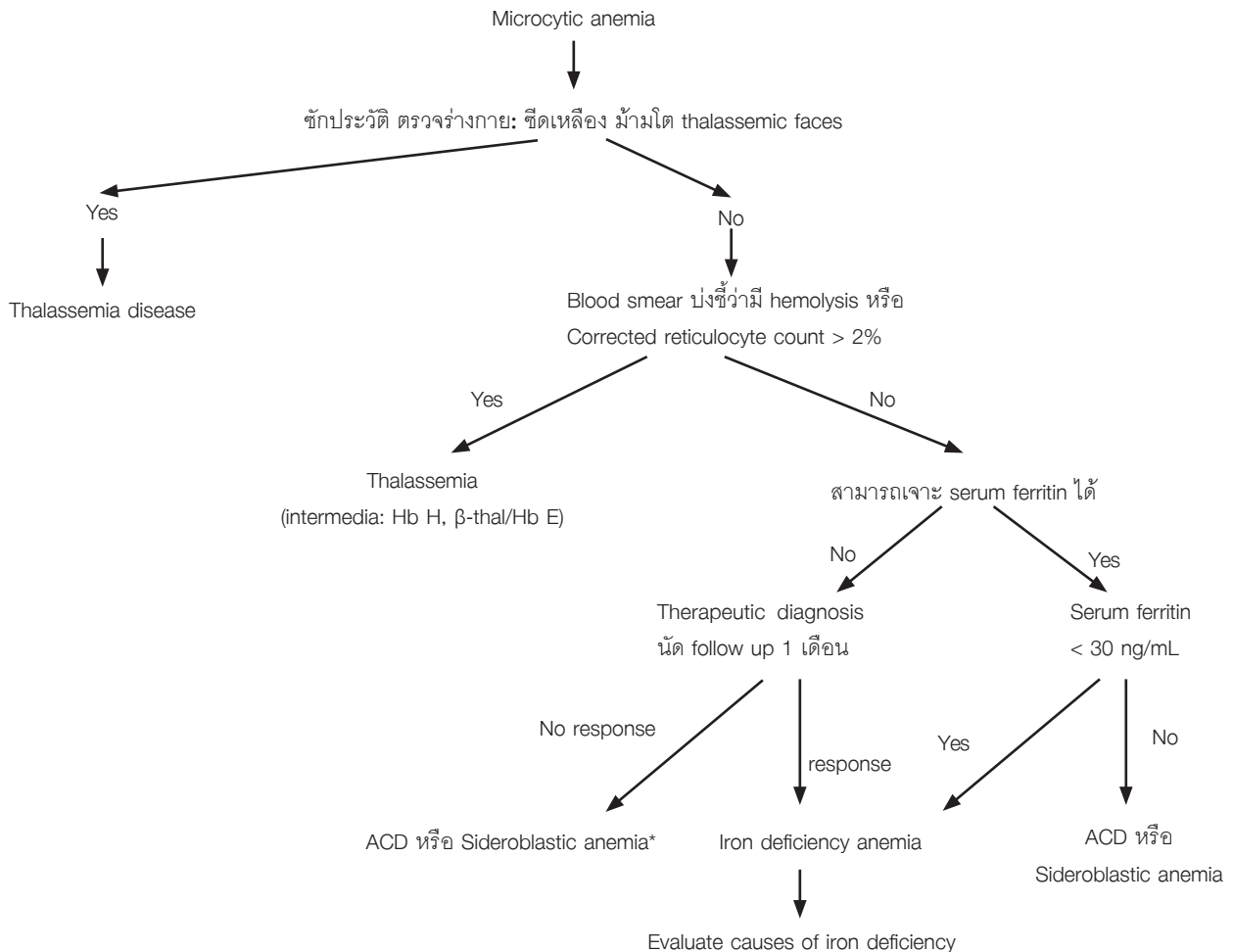
Macrocytic anemia (MCV > 100 fL)

- Megaloblastic anemia: Folate/vitamin B₁₂ deficiency
- Non megaloblastic macrocytic anemia
 - Reticulocytosis (hemolysis, hemorrhage)
 - Liver disease
 - Hypothyroidism
 - Clonal hematologic diseases: Myelodysplastic syndromes, aplastic anemia
 - Drug induced: Alcohol, hydroxyurea, zidovudin, methotrexate, etc.



การสืบค้นสาเหตุ microcytic anemia

แผนภูมิการสืบค้นสาเหตุของผู้ป่วย microcytic anemia



* Iron deficiency anemia ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาจเกิดจาก poor compliance, concurrent blood loss

สาเหตุของ microcytic anemia ที่พบบ่อยคือ iron deficiency anemia และ thalassemia ส่วนสาเหตุอื่นพบได้น้อยกว่า เช่น sideroblastic anemia ส่วน anemia of chronic disease มักพบเป็น normocytic anemia มากกว่า microcytic anemia ส่วนใหญ่พบร่วมกับจำนวนฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงลดลงด้วย (hypochromia) ภาวะที่พบบ่อยคือ iron deficiency anemia และ thalassemia สำหรับ Thalassemia ถ้าผู้ป่วยเป็น major type อาการจะชัดเจน ประวัติและตรวจร่างกายสามารถวินิจฉัยได้ ซึ่งลำดับการตรวจต่อไปคือ ตรวจ Hb typing ผู้ป่วย thalassemia ที่อาจให้การวินิจฉัยแยกจาก iron deficiency anemia คือ Hb H disease หรือ β-thalassemia/Hb E disease ที่มีอาการไม่มาก การแยกเริ่มต้น คือดู reticulocyte count ใน thalassemia disease, corrected reticulocyte count เพิ่มขึ้นมากกว่า 2% ในเลือดจางจากการขาดเหล็ก reticulocyte count ไม่ขึ้น เมื่อพบว่า reticulocyte count ไม่ขึ้นขึ้นต่อไปดูว่าเป็น iron deficiency anemia หรือไม่

Iron deficiency anemia เป็นภาวะเลือดจางที่พบบ่อยที่สุด การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยในการวินิจฉัยในปัจจุบันนี้คือ serum ferritin,

transferrin saturation, erythrocyte protoporphyrin concentration และ transferrin receptor ในเวชปฏิบัติ การตรวจที่ใช้อยู่คือ serum ferritin, transferrin saturation และ serum ferritin เป็นการตรวจที่ดีที่สุดในการวินิจฉัยเลือดจางจากการขาดเหล็ก เมื่อเทียบกับ transferrin saturation, erythrocyte protoporphyrin หรือ transferrin receptor ระดับปกติของ serum ferritin คือ 40-200 ng/mL ผู้ป่วยที่มีระดับ serum ferritin < 15 ng/mL เป็น iron deficiency แน่นนอน ไม่มีภาวะไหนต่ำเท่านี้ ถ้าใช้ระดับ ferritin 15 ng/mL จะมี sensitivity และ specificity ในการวินิจฉัยเลือดจางจากการขาดเหล็ก เท่ากับ 59% และ 99% ตามลำดับ ซึ่งค่านี้ถึงจะมีความแม่นยำมาก แต่ความไวในการวินิจฉัยน้อย ถ้าใช้ค่า serum ferritin 30 ng/mL จะมี sensitivity 92% และ specificity 98% Serum ferritin น้อยกว่า 30 ng/mL น่าจะเป็นค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะ iron deficiency ซึ่งในประเทศไทยเห็นด้วยกับค่า serum ferritin < 30 ng/mL เป็นการยืนยันในการวินิจฉัยภาวะเลือดจางจากการขาดเหล็ก ในบางสถานที่ที่ไม่สามารถตรวจ ferritin หรือผล serum ferritin ไม่ชัด มีขั้นตอนต่อไปที่จะช่วยคือ



การดู Peripheral blood smear อาจช่วยได้ iron deficiency นอกจากพบ Hypochromic microcytic red cell จะพบ pencil-like cell หรือ cigar-shape red cell, elliptocyte, anisocytosis ส่วนถ้าดู PBS พบ polychrome, basophilic stippling หรือ target cell บ่งว่าเป็น Thalassemia

ในสถานที่ที่ไม่สามารถเจาะเลือดดูระดับ serum ferritin และประวัติ ตรวจร่างกาย CBC สนับสนุน iron deficiency anemia ให้รักษาโดยให้ธาตุเหล็ก นัดผู้ป่วยมาตรวจอีกประมาณ 1 เดือน และระหว่างนี้ให้หาสาเหตุของ iron deficiency anemia ด้วย ถ้าให้ธาตุเหล็กแล้วไม่ดีขึ้นอาจมีปัจจัยหลายอย่าง เช่น มีการเสียเลือดอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยไม่รับประทานยา ซึ่งโดยปกติ หลังได้ธาตุเหล็ก Hb จะขึ้นประมาณ 1 g/dL ต่อ 1 สัปดาห์ เพราะฉะนั้น 1 เดือน ขึ้นอย่างน้อย 4 g/dL (Hct ประมาณ 12%)

Thalassemia คือภาวะที่ร่างกายมีการสร้าง α -globin หรือ β -globin chain ลดลง แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ α -thalassemia และ β -thalassemia

Gene ควบคุม α -globin chain มีอยู่ 4 ยีน ถ้ายีนที่สร้าง α -globin chain ขาดหายไป 1 ตำแหน่ง เรียก α -thalassemia-2 trait ซึ่งจะไม่มีการแสดง MCV ปกติ ถ้ายีนขาดไป 2 ตำแหน่ง (บน chromosome อันเดียวกัน) เรียก α -thalassemia-1 trait ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีการแสดง MCV ต่ำ แต่ถ้าผู้ป่วยมียีนของ α -thalassemia-2 ร่วมกับ α -thalassemia-1 เรียกว่า Hb H disease จะมีอาการซีด อ่อนเพลีย เหลือง (hemolysis) ซึ่งบางรายไม่มาก จึงต้องแยกจาก iron deficiency anemia โดยการทำ Hb typing และตรวจ ferritin ส่วนใหญ่จะค่อนข้างสูงหรือปกติ

การสร้าง β -globin chain ปกติถูกควบคุมโดยยีน 2 ยีน ถ้ามี mutation ไป 1 ตำแหน่ง เรียก β -thalassemia trait ผู้ป่วยไม่มีอาการอะไร ไม่มีเลือดจาง แต่ตรวจเลือดพบ MCV ต่ำ ส่วนถ้ามี mutation ทั้ง 2 ยีน เกิด

homozygous β -thalassemia ผู้ป่วยจะมีอาการมาก ซีด ตับม้ามโต การเจริญเติบโตผิดปกติ การวินิจฉัยไม่ยาก ตรวจ Hb typing จะช่วยยืนยัน ใน β -thalassemia ยังมีอีกภาวะคือ β -thalassemia/Hb E disease อาการอาจเป็นได้มาก คือเหมือน homozygous β -thalassemia หรือบางรายไม่รุนแรงได้ การตรวจวินิจฉัยโดยอาศัย Hb typing เช่นกัน

หลังจากที่ตรวจข้างต้นเพื่อวินิจฉัยแยกโรค iron deficiency anemia กับ thalassemia แล้วไม่พบ โรคลำดับต่อไปที่ต้องคิดถึงคือ anemia of chronic disease (ACD) และ sideroblastic anemia

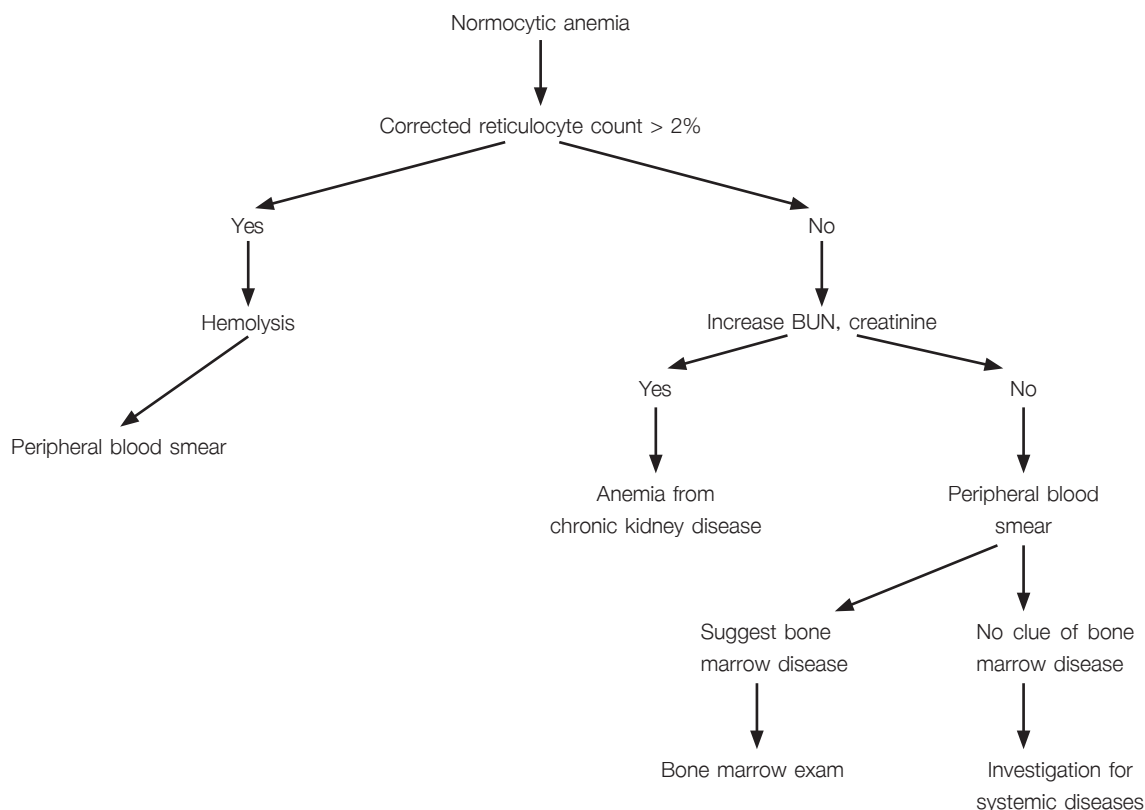
Anemia of chronic disease (ACD) ส่วนใหญ่การชักประวัติอาการระบบอื่น ๆ ไข เบื่ออาหาร เหลืองนี้จะช่วยสนับสนุน ถ้าไม่พบผิดปกติ การตรวจไขกระดูกจะช่วยวินิจฉัย sideroblastic anemia โดยจะพบ ringed sideroblast

การสืบค้นสาเหตุ normocytic anemia

สาเหตุของ normocytic anemia ถ้าไม่รวมถึง acute blood loss สามารถแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ nutritional anemia, anemia of chronic kidney disease, hemolytic anemia, anemia of chronic disease และ primary bone marrow disorder ขั้นตอนในการสืบค้น คือดู reticulocyte count ถ้า corrected reticulocyte count มากกว่า 2% อยู่ในกลุ่ม hemorrhage หรือ hemolysis ในภาวะเลือดออกส่วนใหญ่จะจัดใน hemolysis การสืบค้นต่อคือดู peripheral blood smear ซึ่งภาวะ hemolysis PBS จะช่วยในการวินิจฉัยได้ดีใน hemolysis ที่ MCV ปกติ ได้แก่ hereditary spherocytosis, G-6-PD deficiency, schistocytic anemia

ระยะเริ่มแรกของ nutritional anemia โดยเฉพาะ early iron deficiency anemia ถ้า Hct ยังไม่ต่ำมาก เช่น อยู่ในระดับ 30% การตรวจ MCV

แผนภูมิการสืบค้นสาเหตุของ normocytic anemia

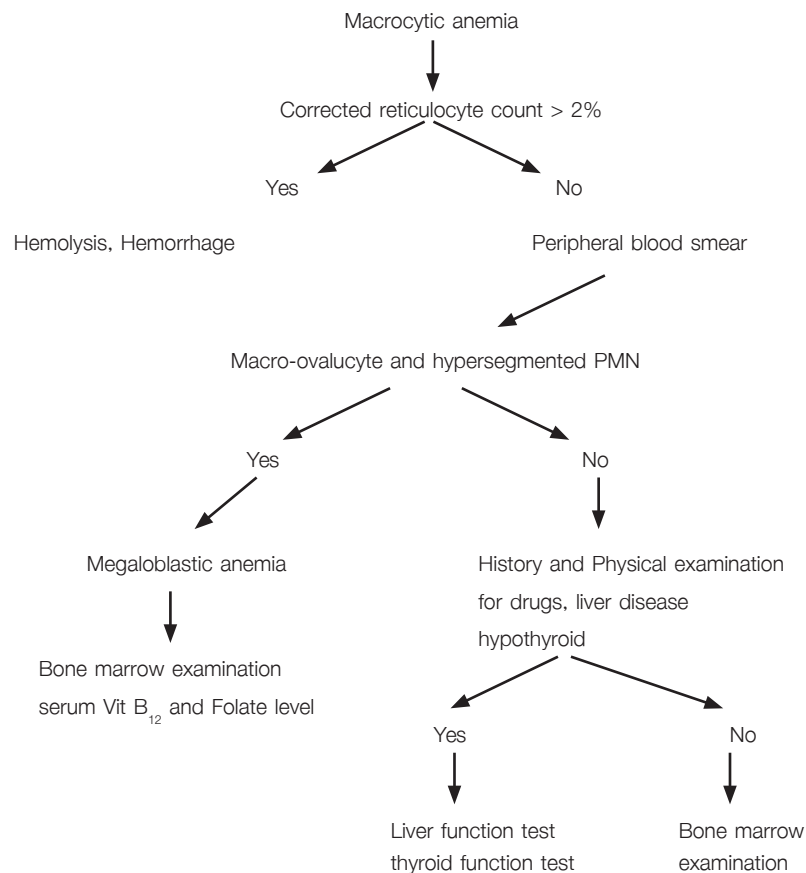




อาจอยู่ในเกณฑ์ปกติอยู่ เพราะฉะนั้นควรตรวจ serum ferritin เป็นลำดับแรก ในผู้ป่วยซีดที่ Hct มากกว่า 30% ส่วนถ้า Hct ต่ำกว่า 30% และ MCV ปกติ โอกาสเป็น iron deficiency น้อย สาเหตุที่ควรพิจารณาต่อไปคือ anemia จากโรคไต โดยการตรวจหน้าที่ของไต (BUN, creatinine) ต่อไปเมื่อตัดภาวะ 3 อย่างแรกไปแล้ว สาเหตุที่เหลือคือ ACD (Anemia of chronic disease) และ anemia จากโรคของไขกระดูก ซึ่งถ้าซักประวัติและตรวจร่างกายมีปัญหา systemic disease ซัด เช่น โรคตับอักเสบเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง หรือมีโรคข้ออักเสบเรื้อรัง เป็นมะเร็ง คงบ่งชี้ถึง ACD (Anemia of chronic disease) การตรวจดู PBS (Peripheral blood smear) จะช่วยบอกถึง bone marrow disease ได้ เช่น พบ leukoerythroblastic blood picture บ่งบอกถึงมีอะไรเข้าไปในไขกระดูก หรือตรวจพบ PMN มี lobe ลดเหลือ 1-2 lobes (pseudo Pelger-Huet anomaly) บ่งบอกถึงโรค myelodysplastic syndromes หรือถ้าตรวจพบ rouleaux formation อาจบ่งบอกถึงโรค multiple myeloma

การสืบค้นหาสาเหตุ macrocytic anemia

แผนภูมิแสดงถึงขั้นตอนการสืบค้นผู้ป่วยที่เป็น macrocytic anemia



สาเหตุของ macrocytic anemia มีได้หลายอย่าง แต่แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ megaloblastic anemia และ non-megaloblastic macrocytic anemia เริ่มแรกดู reticulocyte ถ้าขึ้นอยู่ในส่วน hemolysis หรือ hemorrhage ใน hemolysis อาจจะเป็น normocytic anemia หรือ macrocytic anemia เพราะ polychrome จะมี MCV (Mean corpuscular volume)

สูง เมื่อผู้ป่วยตอนปกติ MCV ปกติ พอมี hemolysis อาจทำให้ระดับ MCV สูงได้ ขั้นตอนต่อไป การแยก 2 กลุ่มนี้ โดยการดู PBS (Peripheral blood smear)

ใน megaloblastic anemia จะพบ oval macrocyte และ hypersegmented neutrophil ซึ่งคือภาวะที่ nucleus ของ neutrophil มีตั้งแต่ 6 lobes ขึ้นไป 1% hypersegmented PMN สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่เริ่มต้น และยังตรวจพบได้อีก 14 วัน หลังจากได้รับการรักษาไปแล้ว เมื่อตรวจพบ PBS ผิดปกติข้างต้น ต่อไปคือ การตรวจไขกระดูก และระดับ folate, vitamin B₁₂ level

ในกลุ่มที่เป็น non-megaloblastic macrocytic anemia สาเหตุแรกที่ต้องแยกออกคือ ปัญหา hemolysis หรือ hemorrhage พวกนี้จะมี macrocyte จาก polychrome ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งประวัติตรวจร่างกายและการตรวจ reticulocyte ตั้งแต่แรกก็สามารู้ได้ไม่ยาก ขึ้นต่อไปซักประวัติการดื่มเหล้าหรือรับประทานยาบางอย่างที่ทำให้เกิด macrocyte เช่น zidovudine, hydroxyurea หรือ

methotrexate การตรวจร่างกายมีหลักฐานของโรคตับหรือไม่ ถ้าไม่พบสาเหตุต่าง ๆ ข้างต้น การตรวจไขกระดูกจะช่วยหาสาเหตุของเลือดจางจากปัญหาโรคไขกระดูก เช่น myelodysplastic syndromes

ดังนั้น ปัญหาเลือดจางเป็นปัญหาที่พบบ่อย และเกิดร่วมกับโรคอื่น ๆ ได้บ่อย ถึงแม้จะเป็นปัญหาที่พบบ่อย แต่บางครั้งแพทย์ผู้ดูแลมอง



ข้ามไม่ใส่ใจในการหาสาเหตุ และบางครั้งแก้ปัญหาโดยการให้เลือดโดยไม่ค้นหาสาเหตุของภาวะเลือดจาง ซึ่งมีผลทำให้ได้รับการรักษาที่ช้า และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การหาสาเหตุอาศัยประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นที่สำคัญ ได้แก่ complete blood count, reticulocyte count, peripheral blood smear

Approach to Bleeding

ในเวชปฏิบัติแพทย์จะต้องบอกว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติในการห้ามเลือดหรือไม่พบได้บ่อย เช่น ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยประวัติมีจ้ำเขียวง่าย หรือมีประวัติเลือดออกนานภายหลังได้รับบาดเจ็บ นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากผิดปกติภายหลังการทำหัตถการ หรือการผ่าตัดก็เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย การซักประวัติที่ดีจะสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกผิดปกติหรือไม่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะเป็นส่วนเสริมของการซักประวัติในการซักประวัติจำเป็นต้องตอบคำถามเหล่านี้ คือ

- ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติ (bleeding tendency) หรือไม่
- ภาวะเลือดออกผิดปกติเป็นพันธุกรรม หรือเกิดขึ้นภายหลัง
- ภาวะเลือดออกผิดปกติเป็นความผิดปกติของเกล็ดเลือดหรือผนังหลอดเลือด (primary hemostasis) หรือเป็นความผิดปกติของการเกิดไฟบริน หรือการละลายลิ่มเลือด (secondary hemostasis)
- มีโรคหรือความผิดปกติอื่น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหรือทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกง่ายผิดปกติมากขึ้นหรือไม่

- ภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติเป็นผลจากยาหรือไม่

ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติหรือไม่

โดยทั่วไปเราพอที่จะตอบคำถามนี้ได้โดยอาศัยลักษณะอาการแสดงที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และการซักประวัติที่ละเอียด อาการที่ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์คือการที่มีจ้ำเขียวง่าย มีเลือดออกเองจากผิวหนัง เช่น ช่อปากหรือจมูก มีประจำเดือนมาก และมีเลือดออกมากผิดปกติภายหลังได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัดหรือภายหลังคลอด ความสำคัญของการเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นถ้าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นเอง หรือเกิดพร้อมกันหลายตำแหน่ง การมีเลือดออกจากตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง เช่น การมีเลือดกำเดา หรือการมีประจำเดือนมาก อาจมีสาเหตุจากความผิดปกติภายในจมูกหรือมดลูกเอง การมีปัญหามีเลือดออกผิดปกติจากแผลผ่าตัด โดยไม่มีเลือดออกจากตำแหน่งอื่น เช่น บริเวณใส่ drain หรือแทงสายสวนหลอดเลือด บ่งว่าภาวะเลือดออกจากแผลน่าจะเกิดจากการผ่าตัด เช่น การผูกหรือจี้หลอดเลือดไม่สมบูรณ์มากกว่าที่จะเกิดจากภาวะเลือดออกผิดปกติ

Easy bruising

การมีจ้ำเขียวภายหลังจาก minor trauma ที่บริเวณแขน ขา โดยไม่มีการแสดงอื่นที่บ่งว่ามีภาวะเลือดออกผิดปกติ จะพบได้เป็นปกติโดยเฉพาะในผู้หญิงอายุน้อย ซึ่งอาจเรียกว่า Purpura simplex ในบางครั้งอาจเกิดขึ้นโดยมีความสัมพันธ์กับการมีประจำเดือน ซึ่งสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด

ลักษณะจ้ำเขียวที่บ่งว่าน่าจะเป็นความผิดปกติของการห้ามเลือด คือ จ้ำเขียวมีขนาดใหญ่ (เช่น ใหญ่กว่า 2 ซม.) โดยเฉพาะถ้าเกิดขึ้นที่บริเวณลำตัวโดยไม่มีการกระทบกระแทก การที่มีจ้ำเขียวง่ายยังอาจเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด หรือเนื้อเยื่อที่รองรับ เช่น ผู้ป่วย Ehlers-Danlos syndrome อาจจะมีปัญหาเลือดออกหลังได้รับบาดเจ็บและมีประวัติ hyper-extensibility ของข้อต่าง ๆ ผู้ป่วย Cushing syndrome หรือผู้ป่วยที่ได้รับยา corticosteroid เป็นระยะเวลานานจะมีจ้ำเขียวง่าย โดยไม่มีเลือดออกผิดปกติ

ที่ตำแหน่งอื่น ผู้ป่วยสูงอายุมักเกิดจ้ำเขียว (Senile purpura) ที่ข้อมือ หลังมือ ด้านนอกของแขนหลังได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย หรือในบางครั้งอาจเกิดขึ้นเองโดยไม่มีสาเหตุผิดปกติในการห้ามเลือด

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชอาจมาพบแพทย์ด้วยปัญหาจ้ำเขียว (psychogenic purpura) ซึ่งในบางครั้งอาจจะรุนแรง และมักเกิดในตำแหน่งที่ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองได้ง่าย อาการจ้ำเขียวมักจะเป็นมากและคงอยู่เป็นเวลาหลายสัปดาห์ ซึ่งโดยปกติจ้ำเขียวที่เกิดขึ้นมักจะหายได้เองใน 7-10 วัน มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และไม่พบเลือดออกผิดปกติที่อื่น เช่น การมีประจำเดือนมากกว่าปกติ

นอกเหนือจากอาการจ้ำเขียวง่าย ผู้ป่วยมักบอกว่ามีเลือดออกจากแผลมากหรือนานกว่าปกติ ซึ่งโดยทั่วไปอาการนี้มักเชื่อถือไม่ค่อยได้ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันในการรับรู้ความผิดปกติ ถ้าเชื่อว่าอาการนี้จริงก็บ่งว่าน่าจะเป็นความผิดปกติของ primary hemostasis ผู้ป่วยที่ขาด coagulation factor เช่น ผู้ป่วย Hemophilia มักไม่มีเลือดออกจากบาดแผลตื้น ๆ เช่น บาดแผลจากการโกนหนวด เนื่องจาก primary hemostasis ยังปกติ ดังจะเห็นได้จากค่า bleeding time ซึ่งมักจะปกติ

Mucosal bleeding

เลือดกำเดา (epistaxis) และเลือดออกที่เหงือกเป็นอาการแสดงที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ โดยเฉพาะถ้ามีความผิดปกติของ primary hemostasis อาการเลือดกำเดาจะเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรค von Willebrand และ hereditary hemorrhagic telangiectasia อย่างไรก็ตาม การมีเลือดกำเดาออกเป็นครั้งคราวก็พบได้ในคนปกติโดยเฉพาะในช่วงวัยเด็ก ดังนั้น ความสำคัญของประวัติที่มีเลือดกำเดาจะมีความสำคัญเพิ่มขึ้น ถ้าอาการเกิดขึ้นบ่อย ๆ มีอาการเลือดออกบ่อยขึ้น แทนที่จะดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น มีเลือดกำเดาออกจากจมูกทั้ง 2 ข้าง ไม่มีความผิดปกติเฉพาะที่ในโพรงจมูก และมีประวัติเลือดออกผิดปกติที่ตำแหน่งอื่นร่วมด้วย

อาการเลือดออกที่เหงือกโดยเฉพาะภายหลังการแปรงฟันเป็นอาการที่พบบ่อยในคนปกติ อาการนี้จะมีผลสำคัญมากขึ้น ถ้าอาการเลือดออกเกิดขึ้นเองและเรื้อรัง โดยเฉพาะถ้ามีสุขภาพฟันดี และไม่มีโรคเหงือกร่วมด้วย

ปัสสาวะเป็นเลือด (Hematuria), ไอเป็นเลือด (Hemoptysis), อาเจียนเป็นเลือด (Hematemesis), ถ่ายอุจจาระดำ (Melena) และเลือดออกทาง Rectum พบว่าเป็นอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติที่พบบ่อย การมีเลือดออกในตำแหน่งเหล่านี้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดอาจจะต้องตรวจดูว่ามีความผิดปกติเฉพาะที่หรือไม่ เช่น การส่องกล้องดูว่ามีแผลหรือไม่

Menorrhagia

โดยนิยามหมายถึง การเสียเลือดทางประจำเดือนมากกว่า 80 มล. แม้ว่าภาวะที่มีประจำเดือนมากกว่าปกติจะเป็นอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติที่พบบ่อย แต่ภาวะนี้มักเกิดจากสาเหตุที่เกี่ยวกับความผิดปกติของ endometrium หรือฮอร์โมนมากกว่าความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้จำนวนเลือดประจำเดือนที่ออกอาจจะวัดได้ลำบาก ผู้หญิงบางคนอาจคิดว่าเลือดประจำเดือนที่ออกมากผิดปกตินี้เป็นสิ่งปกติ ถ้าเป็นมาตั้งแต่เริ่มมีประจำเดือน (menarche) ถ้ามีประจำเดือนมานานกว่า 7 วัน หรือมีประจำเดือนออกมานานกว่า 3 วัน อาจบ่งว่ามีความผิดปกติ มีการศึกษาใช้ Pictorial blood assessment chart (PBAC) ประเมินจำนวนเลือดประจำเดือน พบว่าเชื่อถือได้มากกว่าการซักประวัติเพียงอย่างเดียว

ภาวะ menorrhagia ในครั้งแรกที่มีประจำเดือนที่มีความรุนแรงจน



ทำให้เกิดมีภาวะเลือดจางรุนแรงจนต้องได้รับเลือด มีรายงานในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการทำงานของเกล็ดเลือดอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในโรค Glanzmann thrombasthenia ภาวะ menorrhagia ที่มีความรุนแรงน้อยกว่าจะพบบ่อยในผู้ป่วยโรค von Willebrand โรคที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดอื่น ๆ เช่น factor XI deficiency และหญิงที่เป็นพาหะของโรคฮีโมฟีเลีย นอกจากนี้ยังพบในผู้ป่วยที่มี severe thrombocytopenia ภาวะ menorrhagia อาจเป็นอาการนำของโรคเหล่านี้ ดังนั้น ในหญิงที่มี menorrhagia ซึ่งไม่พบว่ามีความผิดปกติของมดลูกหรือฮอร์โมน โดยเฉพาะถ้าเป็นมานานตั้งแต่เริ่มมีประจำเดือน หรือมีประวัติเลือดออกผิดปกติภายหลังการถอนฟันหรือการผ่าตัด ควรได้รับการตรวจว่ามีความผิดปกติของเกล็ดเลือดหรือความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุอยู่หรือไม่ ผู้หญิงบางรายจะมีประจำเดือนมากกว่าปกติขณะได้รับการรักษาด้วยยา warfarin

****Surgical bleeding****

ภาวะเลือดออกผิดปกติหลังการบาดเจ็บ โดยเฉพาะหลังการผ่าตัด อาจเป็นตัวบ่งว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะเลือดออกผิดปกติอยู่ ในทางกลับกันการที่ไม่มีความผิดปกติของการห้ามเลือดหลังการผ่าตัดหรืออุบัติเหตุบ่งว่ากระบวนการห้ามเลือดยังปกติอยู่ในขณะนั้น ดังนั้น ในการซักประวัติจึงควรถามเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกผิดปกติหลังการผ่าตัดหรือถอนฟัน

นอกเหนือจากการมีเลือดออกมากผิดปกติในระหว่างหรือหลังการผ่าตัด การที่แผลหายช้าก็เป็นลักษณะอย่างหนึ่งของความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดบางอย่าง เช่น การขาด factor XIII และความผิดปกติของ fibrinogen โรค Ehlers-Danlos syndrome และในโรค Cushing syndrome ซึ่งทั้ง 2 โรคหลังนี้ มักจะมีไข้ได้ง่าย

****Postpartum bleeding****

การคลอดบุตรถือว่าเป็นการทดสอบการห้ามเลือดที่ดีอย่างหนึ่ง การที่เลือดหยุดไหลจากช่องคลอด ส่วนหนึ่งเกิดจากการหดตัวของมดลูก ตำแหน่งที่รกเกาะและการบาดเจ็บต่อช่องคลอดจะเป็นตำแหน่งเลือดออกที่สำคัญ แม้ว่าสาเหตุทางสูติกรรมจะเป็นสาเหตุของภาวะเลือดออกผิดปกติที่พบบ่อย แต่การมีเลือดออกมากผิดปกติภายหลังคลอดอาจเป็นอาการนำของความผิดปกติของ primary hemostasis หรือความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด หรือเกิดจากเกล็ดเลือดต่ำจากภาวะ DIC ผู้ป่วยโรค von Willebrand จะมีการเพิ่มขึ้นของ factor VIII และ von Willebrand factor ในระหว่างการตั้งครรภ์โดยจะเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 12 ของการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม ภาวะตกเลือดหลังคลอดพบได้บ่อยในโรคนี้ ภาวะเลือดออกผิดปกติทางพันธุกรรมอื่น ๆ ที่พบร่วมกับภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ factor XI deficiency และพาหะของโรคฮีโมฟีเลีย ในผู้ป่วยที่มี factor VIII inhibitor เกิดขึ้นภายหลังคลอดอาจมีเลือดออกในกล้ามเนื้อได้

Joint และ muscle bleeds

การมีเลือดออกในข้อและกล้ามเนื้อเป็นลักษณะของผู้ป่วยฮีโมฟีเลียรุนแรง มักไม่พบในภาวะเลือดออกผิดปกติอื่น ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีโรค severe von Willebrand และ acquired hemophilia

เลือดออกในข้อจะมีอาการปวดและบวมของข้อ ขยับข้อได้น้อยลง สีของผิวหนังบริเวณรอบข้อไม่เปลี่ยน ในระยะแรกผู้ป่วยอาจไม่ทราบว่า มีเลือดออกในข้อ ดังนั้น ในการซักประวัติควรถามเกี่ยวกับอาการปวดบวมของข้อด้วย

ภาวะเลือดออกผิดปกติเป็นมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง
อายุที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ระยะเวลาที่มีอาการแสดง ประวัติเลือด

ออกหลังการผ่าตัดหรือถอนฟัน และประวัติครอบครัวจะเป็นตัวบ่งว่า ความผิดปกติของการห้ามเลือดเป็นมาแต่กำเนิด หรือเป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายหลัง ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด เช่น ในทารกเพศชายซึ่งมาพบแพทย์ด้วยอาการเลือดออกจากบริเวณสายสะดือ และการที่มีประวัติครอบครัวของโรคฮีโมฟีเลียในญาติฝ่ายมารดาบ่งว่าน่าจะเป็นความผิดปกติของการห้ามเลือดมาแต่กำเนิด ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยสูงอายุซึ่งไม่เคยมีประวัติเลือดออกผิดปกติทั้งที่เคยได้รับการผ่าตัดหรืออุบัติเหตุ ซึ่งมาพบแพทย์ด้วยอาการจ้ำเขียวตามตัว ซึ่งเพิ่งเป็นมาได้ไม่นานจากภาวะ acquired factor VIII inhibitor ส่วนความผิดปกติของการห้ามเลือดซึ่งให้การวินิจฉัยได้ยากจะพบในความผิดปกติทางพันธุกรรมไม่รุนแรง ซึ่งเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัด เนื่องจากอายุน้อย หรือมีสุขภาพเดิมดีมาก่อน เช่น ผู้ป่วยที่มีโรค mild von Willebrand ซึ่งมาด้วยอาการที่มีประจำเดือนมาตั้งแต่เริ่มมีประจำเดือน

ในบางครั้งโดยเฉพาะในเด็ก การตรวจร่างกายอาจพบความผิดปกติที่บ่งว่าความผิดปกติของการห้ามเลือดเป็นภาวะที่เป็นแต่กำเนิด เช่น การตรวจพบ oculocutaneous albinism ซึ่งพบในโรค Hermansky Pudlak และ Chediak-Higachi syndrome ซึ่งมี platelet storage pool defect และในโรค Thrombocytopenia with absence of radii (TAR) syndrome ซึ่งมีความผิดปกติของกระดูกและเกล็ดเลือดต่ำ ซึ่งมี storage pool-like defect

ประวัติครอบครัวอาจเป็นประโยชน์ แต่บางครั้งอาจทำให้เข้าใจผิด พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยฮีโมฟีเลียเกิดจาก mutation ในตัวผู้ป่วยเอง และไม่พบมีประวัติเลือดออกง่ายในครอบครัว ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นพาหะของโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ X-linked อาจมี mild bleeding disorder เนื่องจาก lyonization effect โดยโครโมโซม X ที่ปกติถูก inactivated ทำให้ระดับของ factor VIII ลดต่ำลง ใน familial coagulation factor deficiency ที่นอกเหนือจากฮีโมฟีเลีย เอ หรือบี จะถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ autosomal recessive อย่างไรก็ตาม ประวัติครอบครัวอาจไม่ชัดเจน ตัวอย่างเช่น ใน factor XI deficiency ผู้ป่วยที่เป็น homozygous จะมีระดับของ factor XI น้อยกว่า 4 U/dL แต่อาการเลือดออกง่ายอาจจะน้อย ผู้ป่วยที่เป็น Heterozygous จะมีระดับของ factor XI อยู่ระหว่าง 15-65 U/dL และถึงแม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดง แต่ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของ factor XI และภาวะเลือดออกผิดปกติยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยที่เป็น Heterozygous บางรายอาจพบว่ามีเลือดออกผิดปกติมากภายหลังได้รับอุบัติเหตุ ในโรค von Willebrand ซึ่งมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ autosomal dominant (นอกจาก type 3 ซึ่งพบได้น้อย และมีการถ่ายทอดแบบ autosomal recessive) พบว่าประวัติครอบครัวอาจจะไม่ชัดเจน เนื่องจากอาการเลือดออกผิดปกติไม่รุนแรง และถูกมองข้ามไป โรค Glanzmann thrombasthenia และ Bernard-Soulier syndrome เป็น familial qualitative platelet disorder ที่มีอาการเลือดออกผิดปกติรุนแรงได้ และมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ autosomal recessive ส่วนพาหะของโรค แม้จะมีจำนวนของ glycoprotein receptor บนผิวเกล็ดเลือดลดลง แต่มักไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติ โรคของความผิดปกติของเกล็ดเลือดที่มีการถ่ายทอดแบบ recessive ได้แก่ storage pool disorder ซึ่งมี oculocutaneous albinism ร่วมด้วย ส่วน idiopathic storage pool disease มีการถ่ายทอดแบบ autosomal dominant

ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดในการแปลผลประวัติครอบครัว แต่ในผู้ป่วยหลายราย ซึ่งสงสัยว่าจะมีความผิดปกติในการห้ามเลือดก็สามารถแยกว่าเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรม หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลัง ด้วยความเชื่อมั่นได้พอสมควรจากการซักประวัติที่ดี



ชนิดของภาวะเลือดออกผิดปกติ

จากการซักประวัติ นอกเหนือจากการประเมินดูว่ามีภาวะเลือดออกผิดปกติหรือไม่ ยังอาจจะประเมินดูว่าภาวะเลือดออก ความผิดปกตินี้เป็นความผิดปกติของ Primary hemostasis หรือ Secondary hemostasis

ระยะเวลาที่มีเลือดออกภายหลังจากที่มีการบาดเจ็บ หรือการผ่าตัดอาจช่วยในการแยกความผิดปกติที่เกิดจาก Primary hemostasis จะทำให้มีเลือดออกซึมตั้งแต่เริ่มมีการบาดเจ็บของหลอดเลือด ในทางตรงกันข้ามภาวะเลือดออกที่เกิดจากการขาด coagulation factor หรือจากการที่มี

ตารางการแยกความผิดปกติของ Primary hemostasis (โรคของหลอดเลือดและเกล็ดเลือด) และ Secondary hemostasis (โรคของปัจจัยของการแข็งตัวของเลือด)

	Primary hemostasis	Secondary hemostasis
• ตำแหน่งที่เลือดออก	• ผิวหนัง เยื่อต่างๆ เช่น ในช่องปาก, จมูก, กระเพาะอาหาร	• กล้ามเนื้อ, ในข้อ, เนื้อเยื่อชั้นลึก
• อาการแสดง	• Petechiae, purpura, small ecchymosis	• Large ecchymosis, hematoma
• เริ่มมีอาการเลือดออกหลังมีบาดเจ็บหรือผ่าตัด	• มักออกทันที	• หลายชั่วโมงต่อมา
• การตอบสนองต่อการกด	• เลือดหยุดได้	• เลือดไม่หยุด

เช่น การที่มี Petechiae ที่ผิวหนังจะเป็นลักษณะของการที่มี Severe thrombocytopenia (จำนวนเกล็ดเลือด $< 20 \times 10^9/L$) ในขณะที่การที่มีเลือดออกในข้อเองจะบ่งชี้ว่ามีความผิดปกติจากการขาด coagulation factor เช่น โรคฮีโมฟีเลีย โดยทั่วไปภาวะ Thrombocytopenia และ qualitative platelet disorder เช่น Storage pool disease จะทำให้มีเลือดออกตามเยื่อและผิวหนังเป็นส่วนใหญ่ ส่วนในผู้ป่วยที่ขาด coagulation factor อย่างรุนแรงจะมีอาการเลือดออกในกล้ามเนื้อและในข้อเป็นลักษณะเด่น แม้ว่าอาจจะทำให้มีอาการเลือดออกตามเยื่อและผิวหนังร่วมด้วยได้ ในโรค von Willebrand จะมีความผิดปกติของทั้ง Primary hemostasis จากการขาด vWF และมีความผิดปกติของการสร้างไฟบรินจากการลดลงของ factor VIII ลักษณะของภาวะเลือดออกมักจะเป็นแบบที่เกิดจากความผิดปกติของ Primary hemostasis นอกจากนี้ในรายที่มีอาการรุนแรง (type 3) ซึ่งมีเลือดออกในข้อได้

ละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้นมักจะเกิดขึ้นภายหลัง (delayed onset) เป็นนาฬิกาหรือชั่วโมง เนื่องจากการเกิด hemostasis plug ในช่วงแรกจะขึ้นกับ platelet adhesion และ aggregation

มีโรคหรือความผิดปกติอื่นที่ทำให้เกิดหรือกระตุ้นให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติหรือไม่

ภาวะเลือดออกผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลัง พบว่าเกิดจาก systemic disease ได้บ่อย

ดังนั้น ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่าย ควรต้องดูว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยหรือไม่ การที่มีไข้เลือดตามตัวหรือเลือดออกตามเยื่ออาจเป็นอาการนำของผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ, โรคไต, Hypothyroidism และโรคของไขกระดูก นอกจากนี้ยังอาจพบในผู้ป่วยที่มี Paraproteinemia หรือ amyloidosis ซึ่งพบได้ไม่บ่อย ในผู้ป่วยที่มีภาวะ DIC อาจมาหาด้วย

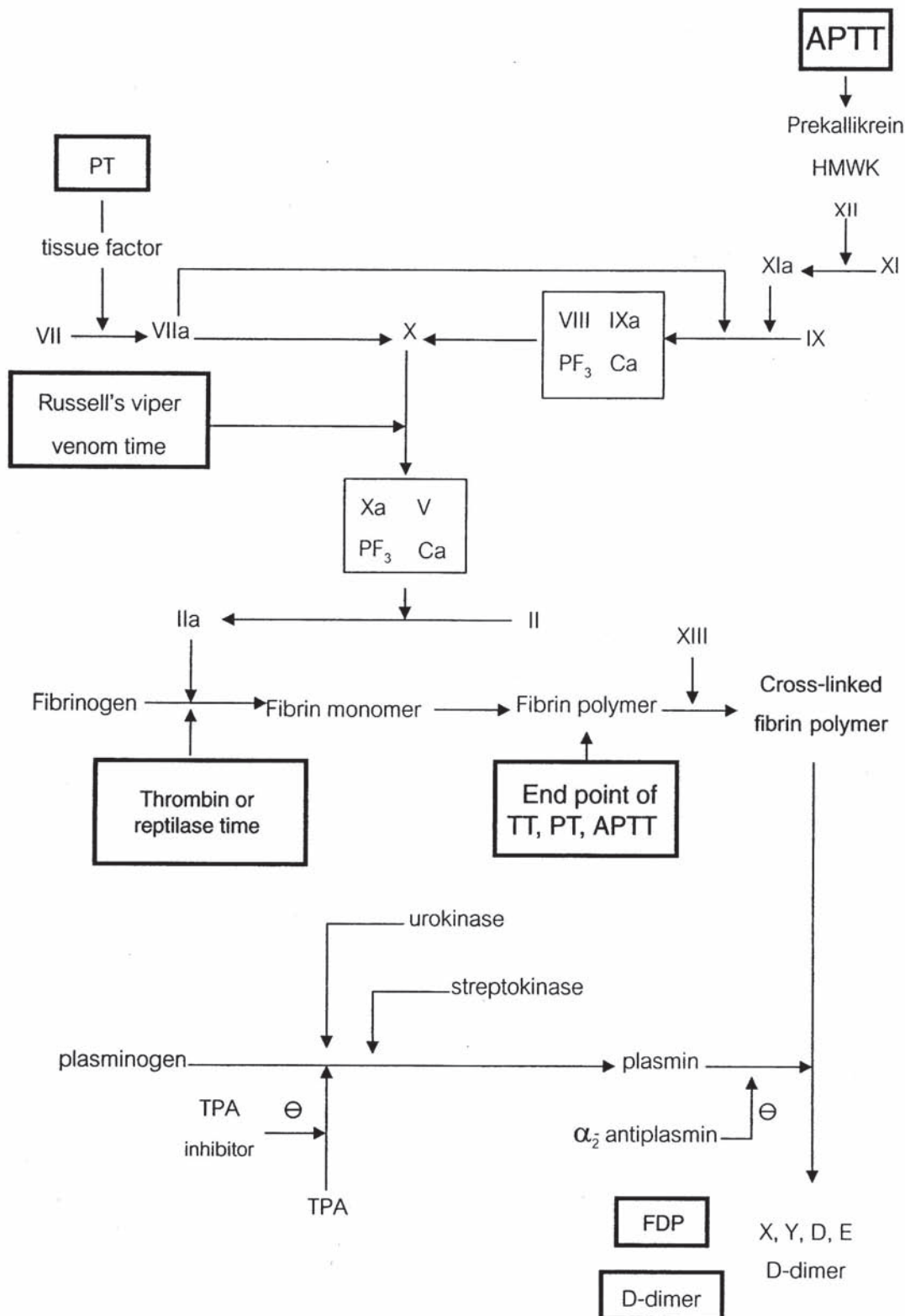
ตารางแสดงสาเหตุภาวะของเลือดออกง่ายบางอย่างที่เกิดขึ้นภายหลัง

Disorders of primary hemostasis	Defective coagulation	Fibrinolytic abnormalities
Thrombocytopenic states	iatrogenic, due to anticoagulant drug therapy	iatrogenic, due to thrombolytic drug therapy
	DIC	DIC
Platelet dysfunction	Liver disease	Liver disease
iatrogenic, due to medications	Envenomation	Envenomation
DIC	Paraproteinemia	Acute promyelocytic leukemia
Liver disease	Massive blood transfusion	
Paraproteinemia	Malabsorption	
Myeloproliferative disease	Hemorrhagic disease of the newborn	
Leukemias and myelodysplasias	Amyloidosis	
	Hypothyroidism	
	Coagulation factor inhibitors	
Abnormal platelet-vessel wall interaction		
Uremia		

DIC, disseminated intravascular coagulation.



รูปแสดงขั้นตอนของกระบวนการแข็งตัวของเลือดและการละลายลิ่มเลือด กรอบสี่เหลี่ยมบ่งถึงตำแหน่งที่เริ่มต้นและสิ้นสุดของการตรวจของการแข็งตัวของเลือด และสารที่ได้จากกระบวนการละลายลิ่มเลือด



(APTT = Activated partial thromboplastin time, Ca = Calcium, FDP = Fibrin degradation product, HMWK = High-molecular-weight kininogen, PF₃ = Platelet factor 3, PT = Prothrombin time, TPA = Tissue plasminogen activator, TT = Thrombin time)



อาการเลือดออกผิดปกติ หรืออาการของการที่มีหลอดเลือดอุดตัน ในบางครั้งสาเหตุที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะ consumptive coagulopathy อาจยังไม่ชัดเจน เช่น ในผู้ป่วยที่มี occult malignancy

ภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติเป็นผลจากยาหรือไม่

ประวัติการใช้ยาก็มีความสำคัญ ผู้ป่วยที่ได้รับยา anticoagulant จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกง่ายเพิ่มขึ้น ยา aspirin และยาในกลุ่ม NSAIDs อื่น ๆ จะมีผลต่อ primary hemostasis และทำให้เลือดออกจากสาเหตุอื่นเพิ่มขึ้น หรืออาจทำให้ผู้ป่วยที่มีโรคเลือดออกง่ายที่ไม่รุนแรง เช่น โรค von Willebrand มีอาการแสดงออกมา ยาในกลุ่มนี้ยังมีอันตรายต่อเยื่อบุระเพาะและลำไส้ทำให้มีเลือดออกในทางเดินอาหารได้ ผลของการยับยั้งหน้าที่ของเกล็ดเลือดจากการรับประทานยา aspirin จะคงอยู่นานถึง 7 วัน หลังจากรับประทานยาครั้งสุดท้าย ซึ่งจะส่งผลต่อการตรวจ platelet aggregation ผิดปกติได้ในขณะนี้ การได้รับยา corticosteroid ก็อาจทำให้มีปัญหาเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีจ้ำเขียวง่ายจากการได้รับยา corticosteroid เป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจทำให้เข้าใจผิดว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกผิดปกติ อย่างไรก็ตาม จ้ำเลือดที่เกิดขึ้นเกิดจากการที่ collagen ในชั้นใต้ผิวหนังลดลง ไม่ได้บอกว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกผิดปกติ ในผู้ป่วยที่รับประทานยาได้น้อยหรือขาดสารอาหารที่ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลานานอาจมีการขาดวิตามินเคได้ สาเหตุอื่น ๆ ของภาวะเลือดออกผิดปกติที่เกิดจากยาอาจจะเห็นได้ชัด เช่น ภาวะเลือดออกแทรกซ้อนภายหลังการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) สำหรับการรักษารโรค acute myocardial infarction หรือภาวะเลือดออกเนื่องจากมีเกล็ดเลือดต่ำหลังให้ยาเคมีบำบัด สาเหตุของเลือดออกผิดปกติที่อาจเห็นได้ไม่ชัดเจน เช่น ภาวะเลือดออกจากการที่มีการทำงานของเกล็ดเลือดเสียไปจากการได้รับยา Penicillin เข้าทางหลอดเลือดดำในขนาดสูง หรือเกิดจากการที่การทำงานของเกล็ดเลือดเสียไปร่วมกับการที่มีจำนวนเกล็ดเลือดลดลงจากการได้รับยากันชัก sodium valproate นอกจากนี้ยาหลายชนิดพบว่ามีคุณสมบัติสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ immune thrombocytopenia เช่น quinine, quinidine และ heparin

ตารางยาที่ทำให้เกิดภาวะ Thrombocytopenia

- Quinidine sulfate, gluconate หรือ polygalacturonate
- Quinine sulfate หรือ dihydrochloride
- Sulfonamides
- Trimethoprim และ sulfamethoxazole
- Heparin
- Gold sodium thiomalate
- Thiazides
- Alcohol
- Chemotherapeutic agents

การชักประวัติและการตรวจร่างกายที่ดีจะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการประเมินอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกโดยไม่จำเป็นต้องใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการเสมอไป มีหลักฐานจำนวนมากที่บ่งว่า การทำ screening test ไม่มีประโยชน์ในการทำนายถึงอัตราเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก โดยเฉพาะถ้าใช้โดยไม่แยกแยะผู้ป่วย โดยทั่วไปการทำ **coagulation test และ bleeding time** ไม่จำเป็นในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกราย การตรวจทางห้องปฏิบัติการเหล่านี้ควรถูกใช้เพื่อยืนยันการที่มีและชนิดของภาวะเลือด

ออกผิดปกติในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีความผิดปกติของการห้ามเลือดจากการชักประวัติ และตรวจร่างกาย

Laboratory assessment

การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยประวัติเลือดออกผิดปกติ ควรจะเริ่มด้วยการส่งตรวจ screening ทั่วไปก่อน แล้วค่อยส่งตรวจ coagulation assay ที่จำเพาะอื่น ๆ ต่อ นอกจากผู้ป่วยจะทราบว่ามีประวัติครอบครัวของโรคเลือดออกง่ายพันธุกรรมบางอย่างอยู่แล้ว ซึ่งจะสามารถส่งตรวจ factor assay หรือ platelet function test ไปตั้งแต่นั้นได้เลย การตรวจ screening ที่นิยมทำก่อน ได้แก่ การตรวจ Thrombin time (TT), Prothrombin time (PT), Activated partial thromboplastin time (APTT), Platelet count การดูสเมียร์เลือด และการทำ Bleeding time

จากรูป แสดงให้เห็นว่าการตรวจ TT, PT, APTT จะเป็นการวัดแง่ต่าง ๆ กันของ coagulation cascade อย่างไรก็ตาม จุดสุดท้ายของการตรวจทั้ง 3 อย่างนี้คือ การที่มี fibrin polymer เกิดขึ้น ซึ่งตรวจวัดได้โดยการที่พลาสมาแข็งตัว หรือมีแสงผ่านได้น้อยลง

Thrombin time (TT)

Thrombin time (TT) เป็นการตรวจที่ดูถึงผลของ Thrombin ต่อ fibrinogen ในการทำให้เกิด fibrin ขึ้น โดย thrombin จะย่อย alpha และ beta chain ของ fibrinogen ที่ส่วน amino terminal ทำให้มีการปล่อย fibrinopeptide A และ B ออกมา fibrin monomer ที่เกิดจาก fibrinogen โมเลกุลหนึ่งจะจับกับ fibrin monomer จาก fibrinogen อีกโมเลกุล ทำให้เกิดเป็น dimer ขึ้น จนในที่สุดจะเกิดเป็น polymerizing oligomer gel

ค่า Thrombin time (TT) ที่ยาวเกิดจากการที่ขาด fibrinogen หรือการที่มีความผิดปกติในโครงสร้างของ fibrinogen หรือจากการที่มี inhibitor ที่ยับยั้ง thrombin-fibrinogen reaction ดังนั้น ค่า TT ที่ผิดปกติจะพบในผู้ป่วยที่มี familial hypofibrinogenemia และ dysfibrinogenemia ในผู้ป่วยที่มี acquired fibrinogen deficiency เช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะ DIC หรือมีโรคตับรุนแรง

ตารางสาเหตุของ Thrombin time ยาวผิดปกติค่าเดียว

- Heparin administration หรือ contamination
- Fibrin split products
- Hypofibrinogenemia
- Dysfibrinogenemia
- Inhibitor ต่อ fibrin polymerization
 - Paraprotein ในโรค Myeloma หรือ Waldenstrom's macroglobulinemia
 - Heparinoid หรือ heparin like inhibitor
 - Antibody ต่อ thrombin
- Hyperfibrinogenemia (ไม่ทำให้เกิดอาการเลือดออก)

ในผู้ป่วย DIC ยังพบว่า fibrin (ogen) degradation products (FDPs) ที่เกิดขึ้นจะมีฤทธิ์ antithrombin ด้วย ซึ่งจะมีผลต่อค่า TT นอกเหนือจากการที่มีระดับของ fibrinogen ลดลง ค่า TT อาจจะยาวขึ้นในผู้ป่วยที่มี monoclonal gammopathy โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี monoclonal IgM และ IgA โดย monoclonal Ig จะรบกวน fibrin polymerization ในทางคลินิกพบว่าสารที่ทำให้ค่า TT ยาว ที่สำคัญที่สุดคือ unfractionated heparin โดยจะเสริมฤทธิ์ของ antithrombin ในการยับยั้ง thrombin ส่วน low-molecular-weight heparin



จะมีผลต่อ thrombin น้อยกว่า ดังนั้น ในการเจาะเลือดส่งตรวจจึงควรหลีกเลี่ยงการที่จะมี heparin ปนเปื้อน เช่น ไม่ดูดเลือดจาก arterial line หรือ heparin lock ถ้าสงสัยว่า heparin อาจเป็นสาเหตุของการที่มีค่า TT ยาว อาจส่งตรวจ reptilase time หรือการเติมสารที่จะ inactivate หรือกำจัด heparin เช่น การเติม protamine, Hepasorb หรือ toluidine blue ในหลอดทดลอง ก่อนที่จะตรวจ TT (Thrombin time)

ค่า TT (Thrombin time) จะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับระดับของ fibrinogen ในพลาสมา ดังนั้น จึงสามารถใช้ test นี้ในการวัดระดับของ fibrinogen วิธีของ von Clauss จะดู clotting time ของ diluted plasma กับ standardized thrombin solution การ dilute พลาสมาจะลดผลของ inhibitor (เช่น heparin) ค่าของ fibrinogen จะได้มาโดยการเทียบกับกราฟ ซึ่งได้จากค่า clotting time ของ serial dilution ของ reference plasma ซึ่งทราบระดับของ fibrinogen ในอดีตพบว่ามีความแตกต่างกันมากในผลของการวัด fibrinogen โดยใช้ fibrinogen standard ซึ่งได้จากบริษัทต่าง ๆ ในปัจจุบันปัญหานี้อาจแก้ไขได้โดยใช้ International Fibrinogen Standard (89/644) ซึ่งเตรียมโดย United Kingdom National Institute of Biological Standards and Control

ในปัจจุบันมีการวัดใช้เครื่อง Coagulometer เพิ่มขึ้น และวัดระดับของ fibrinogen โดยใช้ automated method โดยอาศัยการเปลี่ยนแปลงใน turbidity และ light scattering แม้จะมีความสัมพันธ์กันระหว่างระดับของ fibrinogen ที่วัดโดยวิธีนี้กับระดับของ fibrinogen ที่วัดโดยวิธีของ Clauss พบว่าในบางภาวะ เช่น ในผู้ป่วยที่มีภาวะ DIC หรือในผู้ป่วยที่ได้รับ heparin อาจให้ค่าซึ่งแตกต่างกัน ดังนั้น ห้องปฏิบัติการซึ่งใช้ automated method ในการวัดระดับของ fibrinogen จึงควรเทียบค่าที่ได้กับวิธีที่วัดโดยวิธีเดิม

Reptilase time

พิษของงู Bothrops atrox จะมีสารที่เรียกว่า Reptilase ซึ่งสามารถทำให้เกิด fibrin clot ในพลาสมา โดยจะมีผลโดยตรงต่อ fibrinogen ฤทธิ์ของ Reptilase ต่อ fibrinogen จะต่างจากของ thrombin ซึ่งจะย่อยทั้ง fibrinopeptide A และ B โดย Reptilase จะย่อยเฉพาะ fibrinopeptide A ทำให้เกิด end-to-end polymerization แทนที่จะเป็น end-to-end และ side-to-side polymerization การดู Reptilase time จะมีประโยชน์ในทางคลินิก เนื่องจากค่า Reptilase time จะไม่ถูกรบกวนถ้ามี heparin อยู่ ดังนั้น ถ้าพบว่าค่า TT (Thrombin time) ยาว และค่า Reptilase time ปกติจะบ่งว่ามี heparin ปนอยู่ในพลาสมาที่ทดสอบ การที่ค่า TT และ Reptilase time ไม่ไปด้วยกันในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ heparin จะบ่งว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะ dysfibrinogenemia อย่างไรก็ดีตาม ในบางครั้งทั้งค่า TT และ Reptilase time จะยาวทั้งคู่ ในกรณีเช่นนี้ถ้าพบว่าระดับของ functional fibrinogen น้อยกว่า 50% ของ immunologic fibrinogen จะบ่งว่ามี dysfibrinogenemia

Prothrombin time (PT)

ถ้าค่า TT (Thrombin time) ปกติ เราจะไม่ผลผล screening coagulogram โดยดูค่า PT (Prothrombin time) และ APTT (Activated partial thromboplastin time) ต่อการตรวจ PT จะเป็นการตรวจเพื่อดูความผิดปกติของ extrinsic และ common coagulation pathway ซึ่งจะประกอบด้วย coagulation factor I (fibrinogen), II (prothrombin), V, VII และ X นอกจากนี้ยังใช้ในการตรวจเพื่อ monitor ผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin

หลักของ test นี้คือการกระตุ้น factor X โดยใช้ tissue factor ร่วมกับการที่มี factor VII อยู่ ดังนั้น จึงไม่ต้องอาศัย intrinsic pathway tissue factor ที่ใช้ในการตรวจ PT (Prothrombin time) จะประกอบด้วย apoprotein

และ phospholipid อัตราเร่งของการเกิด PT reaction นอกจากจะขึ้นกับระดับของ extrinsic และ common pathway clotting factor ที่อยู่ในพลาสมาแล้วยังขึ้นกับความเข้มข้นและคุณสมบัติของ tissue factor ที่ใช้ในการตรวจ PT

ค่าปกติของ PT (Prothrombin time) จะอยู่ระหว่าง 12-15 วินาที อย่างไรก็ตาม ห้องปฏิบัติการแต่ละแห่งควรจะได้หาค่าปกติเองโดยวิธีและเครื่องมือที่ใช้ในแต่ละแห่ง ความไวของ Thromboplastin ชนิดต่าง ๆ ต่อการลดลงของระดับของ vitamin K-dependent clotting factor II, VII และ X ในผู้ป่วยที่รับประทานยา Warfarin จะแสดงโดยการดูค่า International Sensitivity Index (ISI) ค่า ISI จะมีความสัมพันธ์กลับกันกับความไวของ thromboplastin เช่น thromboplastin ที่มีค่า ISI เท่ากับ 1.0 จะมีความไวมากกว่า thromboplastin ที่มีค่า ISI 2.5

การที่พบว่าค่า PT (Prothrombin time) ยาวขึ้นจะบ่งว่ามี การลดลงของ clotting factor หรือมี inhibitor ซึ่งรบกวนการแข็งตัวของเลือด ค่า PT จะมีความไวเป็นพิเศษต่อการที่ระดับของ factor VIII ลดลง โดย factor VII จะมี half-life สั้นประมาณ 6 ชั่วโมง ดังนั้น ในผู้ป่วยที่ขาดวิตามินเครุนแรง จะพบว่าทั้งค่า PT (Prothrombin time) และ aPTT (activated partial thromboplastin time) จะยาว ค่า PT จะยาวขึ้นใน neonate ซึ่งพบว่าระดับของ clotting factor ส่วนใหญ่ต่ำกว่าในผู้ใหญ่ นอกจากนี้ค่า PT ที่ยาวยังพบในผู้ป่วยที่ความผิดปกติของ clotting factor II, V, VII และ X ในผู้ป่วยที่รับประทานยา Warfarin ผู้ป่วยโรคตับหรือขาดวิตามินเค และผู้ป่วยที่มีภาวะ DIC พบว่าระดับของ factor VII ที่ลดลงจะเป็นตัวบ่งชี้ที่ไวในการบอกว่าการทำงานของตับเสียไป ดังนั้น จึงสามารถใช้ค่า PT เป็นตัวติดตามการดำเนินโรคของโรคตับและการตอบสนองต่อการรักษา ในผู้ป่วยที่ได้รับ heparin มักจะไม่ทำให้ค่า PT ยาว ยกเว้นในผู้ป่วยที่ได้รับ heparin ในขนาดสูง

ตารางสาเหตุของ Prothrombin และ activated partial thromboplastin times ยาวผิดปกติ โดย Thrombin time ปกติ

- การขาดวิตามินเค
- การใช้ยา Warfarin
- โรคตับรุนแรงปานกลางถึงมาก
- Coagulation factor washout
 - Massive transfusion (ได้รับเลือดมากกว่า > 10 units ใน 24 ชม.)
 - Plasmapheresis โดยไม่ใช้ fresh frozen plasma ทดแทน
- Common pathway deficiency
 - Congenital deficiency ของ factor II, V, X
 - Acquired factor X deficiency จาก amyloid
 - Acquired factor II deficiency ที่พบร่วมกับภาวะ lupus anticoagulant
 - Acquired antibody ต่อ factor V

(อ่านต่อฉบับหน้า)

กลุ่มโรงแรมและศูนย์ประชุมชั้นนำในอุตสาหกรรม ทำมาจากรัฐบาลจังหวัดภูเก็ต แห่งแรกในเอเชียแปซิฟิก
เติบโตขึ้นจากความต้องการในการจัดงานทุกรูปแบบ มาตรฐานระดับนานาชาติ



ห้องโถงปราสาทเสา | เพดานระบบแกลทวอลล์ | ห้องครัวทันสมัยภายในศูนย์ประชุม | บริการแปลภาษาในการประชุม | สนามจอดรถลิฟต์รองรับอาคาร | 352 จุดถ่ายสารานุกรมโลก
448 บุคลากรเสาค้ำ | 4 ห้องรับรองพิเศษ | สำนักงานผู้จัดงาน | 4 ห้องควบคุม | 18 ห้องประชุมย่อย | เพดานสูง 9.5 เมตร | อินเทอร์เน็ตไร้สาย | ศูนย์บริการการธุรกิจ
ทางเข้าขนถ่ายสินค้าอุปกรณ์การดำเนินงาน | สนามจอดรถภายในอาคาร 506 คัน | พื้นรองรับน้ำหนัก 1 - 2.5 ตัน



กลุ่มธุรกิจโรงแรมรอยัล คลิฟ และศูนย์ประชุมพีช 353 ถนนด่านหน้า เมืองพัทลุง จ.สตูล 20150, ประเทศไทย
Tels. 038-250421 | Tels. 038-250511 | mice@royalcliff.com | www.peachthailand.com

PEACH

ROYAL CLIFF HOTELS GROUP
THE SPIRIT OF EXCLUSIVITY & TRADITION

ต้องการเภสัชกรจำนวนมาก

ร้านยาเพียว ผู้นำธุรกิจค้าปลีกด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีสาขาทั่วประเทศมากกว่า 100 สาขา
ขอเชิญเพื่อนร่วมวิชาชีพมาเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนและพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมให้ก้าวไกล

คุณสมบัติ

- ปริญญาตรีทางด้านเภสัชศาสตร์หรือระหว่างรอผลสอบ
- สามารถทำงานตามตารางที่กำหนดได้
- สื่อสารภาษาอังกฤษและใช้คอมพิวเตอร์ได้
- รักและภาคภูมิใจในวิชาชีพเภสัชกรรม
- รักความก้าวหน้าและพร้อมพัฒนาตนเอง
- ค่าตอบแทนตามความสามารถและประสบการณ์
พร้อมค่าใบประกอบวิชาชีพ



pure
by Big C

สมัครได้ที่ฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ HR_SSF : BIG C SUPERCENTER PUBLIC CO.,LTD.
เลขที่ 97/11 ชั้น 6 ถนนราชดำริห์ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 (ตรงข้าม Central World)

Tel : +66(0)2655-0666 Ext : 7458, Mobile : 08-94456021 E-mail : harinlaphat@bigc.co.th, pure_recruit@bigc.co.th

MORE



So much MORE than before...

Coming soon!

