



1-15/04/13

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จัดประชุมวิชาการ
สร้างความตื่นตัวและความก้าวหน้า
เตรียมพร้อมก้าวสู่โลกยุคไร้พรมแดน



บริษัทฯ เป็นตัวแทนจำหน่ายเครื่องมือแพทย์ชั้นนำจากต่างประเทศ มียอดขายประมาณ 400,000,000 บาทต่อปี กำลังขยายงาน ต้องการรับสมัครพนักงานเพิ่มเติมหลายอัตรา ดังต่อไปนี้

1. ผู้จัดการฝ่ายขายต่างจังหวัด

5 อัตรา

- มีประสบการณ์งานขายเครื่องมือแพทย์ไม่น้อยกว่า 5 ปี
- วุฒิปริญญาตรี-โท ทุกสาขา
- หากมีประสบการณ์การขายเครื่อง Patient Monitor, Defibrillator, Ventilator, Ultrasound, Pendant, คอมพิวเตอร์, เครื่องฟอกไต อย่างใดอย่างหนึ่งจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- หากสามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาอังกฤษได้จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- สามารถเดินทางไปต่างประเทศได้เป็นครั้งคราว
- อัตราเงินเดือนมากกว่าเงินเดือนสุดท้าย 20 เปอร์เซ็นต์

2. พนักงานขาย

14 อัตรา

- วุฒิ ปวส.-ปริญญาตรี ทางด้านเครื่องมือแพทย์ ไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ หรือสาขาใกล้เคียง

สนใจสมัครงานให้ส่งเอกสารถึง ผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ วงเล็บมุมซองว่า สมัครงาน (ไม่รับผิดชอบทางโทรศัพท์)

3. Product Manager/ Product Specialist

10 อัตรา

- วุฒิปริญญาตรี-โท ทุกสาขา
- หากมีประสบการณ์การขายเครื่อง Patient Monitor, Defibrillator, Ventilator, Ultrasound, Pendant, คอมพิวเตอร์, เครื่องฟอกไต อย่างใดอย่างหนึ่งจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- หากสามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาอังกฤษได้จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- สามารถเดินทางไปต่างประเทศได้เป็นครั้งคราว
- อัตราเงินเดือนมากกว่าเงินเดือนสุดท้าย 20 เปอร์เซ็นต์

บริษัท เซนต์ เมดิคอล (ครีติกอล แคร่) จำกัด

36/153-154 หมู่ 8 ซ.พิบูลสงคราม 22 ถ.พิบูลสงคราม ต.บางเขน อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

TEL. 0-2527-8075-8 FAX 0-2966-6471 www.saintmedical.com E-mail: viroje@saintmedical.com

ศูนย์ ตีท็อกซ์ SW.ยันฮี (DETOX CENTER)

วิธีที่ช่วยให้ลำไส้ใหญ่ของคุณสะอาดขึ้นกว่าเดิม โดยการสวนล้างลำไส้ บนเตียงตีท็อกซ์ที่สะอาด

การสวนล้างลำไส้ (Detox) โดยใช้น้ำจำนวน 25 ลิตร ปล่อยเข้าลำไส้ครั้งละ 1 ลิตร อย่างช้าๆ เพื่อรักษาอาการท้องผูกที่เกิดขึ้นเป็นประจำ หรือขจัดสารพิษออกจากลำไส้ ซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัยภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้ผ่านการอบรม โดยใช้น้ำสะอาด น้ำเกลือแร่ หรือน้ำกาแฟ ในการสวนล้างลำไส้

ช่วยลดความกังวลกับอุจจาระตกค้างในลำไส้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของสารพิษที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย ตลอดจนลดอาการท้องผูกประจำ

ALTERNATIVE MEDICINE
“อีกหนึ่งในแพทย์ทางเลือก
ที่คุณจะเลือกดูแลสุขภาพของคุณ”

ค่ารักษา : Detox 800 บาท



ศูนย์ ตีท็อกซ์
Ins. 1723 หรือ 0-2879-0300



www.yanhee.co.th
E-mail: info@yanhee.co.th
YanheeHospital.YH



ศูนย์ โฟลวเมดิคอล (JCI)
YANHEE THE WORLD CLASS HOSPITAL



ICMPH 2013
International Conference in Medicine and Public Health
24 - 28 June

by Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand
Ministry of Public Health of Thailand, and Rockefeller Foundation

HEALTHY
SOCIETY
BEYOND
FRONTIERS



@ Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Mahidol University, Bangkok, Thailand



Registration online at
<http://www.sirirajconference.com>
February 15 - May 15, 2013
Contact : siriraj.conference@gmail.com

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.®



Mahidol University
College of Management
Wisdom of the Land

*More Opportunities
Better Careers*



Master of Management **HEALTHCARE AND WELLNESS MANAGEMENT** International Program

The Healthcare and Wellness Management (HWM) program at CMMU is specifically designed to develop outstanding leaders in healthcare industries. Throughout the program, the courses provide an understanding of the entire picture of healthcare systems. Our comprehensive curriculum offers distinctively practical knowledge and skills in managing healthcare service organizations to streamline healthcare systems.

Our potential students include physicians, nurses, head of units, managers, and those who aim to pursue managerial careers in healthcare organizations, e.g., hospitals, pharmaceutical companies, other healthcare related companies, as well as those from state and local public health agencies.

- + CMMU is located on Vipawadee Rangsit Road (BTS Sanam Pao Station).
- + Program length: 18 months.

More information
<http://inside.cm.mahidol.ac.th/healthcare>

OPEN HOUSE 21 April 2013
@ CMMU 12 May 2013
Time: 12.30-15.00 hrs.

APPLY ONLINE NOW

<http://www.cmmu.mahidol.ac.th/onlineapplication>



College of Management Mahidol University
69 Vipawadee Rangsit Road, Phayathai, Bangkok 10400
Tel: 02 206 2000 Fax: 02 206 2090
www.cmmu.mahidol.ac.th

For more information please contact
Call Center: 02 206 2099
www.cmmu.mahidol.ac.th

CELVISTA®

raloxifene HCl 60 mg/day

Acts as Selective Estrogen Receptor Modulator (SERM)

- Agonist on Bone
- Antagonist on Breast and Uterine

For Postmenopause Women :

- Prevention and Treatment of Osteoporosis
- Reduce Invasive Breast Cancer Risk

Raloxifene decreases resorption of bone and returns bone turnover to the premenopausal range.

Effects on bone quality :

- Histologically normal
- No evidence of mineralization defects
- No woven bone or marrow fibrosis

The MORE trial was a prospective, randomized, double-blind, placebo controlled (7,705 postmenopausal women, mean age 67 years) with osteoporosis

Reduced the risk
of first vertebral
fracture by¹

50%

(RR 0.5, 95%CI 0.3-0.7)

*(3 yrs trial)

Reduced the risk
of invasive breast
cancer by²

72%

(RR 0.28, 95% CI 0.17-0.46)

*(4 yrs trial)

Although the reduction in the incidence of non-vertebral fractures is not significant, the risk of a non-vertebral fracture decreases with increasing exposure to CELVISTA

One Tablet Daily
Any time of the day without regard to meals
No special requirements
Intended for long term use



CELVISTA Brief Product Information

CELVISTA 60 mg film coated tablet. Each film coated tablet contains 60 mg raloxifene hydrochloride, equivalent to 56 mg raloxifene free base. **Indications:** For the treatment and prevention of osteoporosis in postmenopausal women. For the reduction in risk of invasive breast cancer in postmenopausal women with osteoporosis. For the reduction in risk of invasive breast cancer in postmenopausal women at high risk of breast cancer. **Dosage:** One tablet daily by oral administration. **Contraindications:** Most not be used in women with child bearing potential. Active or past history of venous thromboembolic events (VTE), including deep vein thrombosis, pulmonary embolism and retinal vein thrombosis. Hypersensitivity to raloxifene or to any of the excipients in the tablet. Hepatic impairment including cholestasis. Severe renal impairment. Unexplained uterine bleeding. CELVISTA should not be used in patients with signs or symptoms of endometrial or breast cancer as safety in these patient groups has not been adequately studied. **Special warnings and special precautions for use:** Postmenopausal women with a history of stroke or other significant stroke risk factors, such as transient ischemic attack or atrial fibrillation. Raloxifene is associated with an increased risk for venous thromboembolic events (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) that is similar to the reported risk associated with current use of hormone replacement therapy. Any uterine bleeding during CELVISTA therapy is unexpected and should be fully investigated by a specialist. Efficacy of raloxifene has not been studied in patients with impaired liver function. In patients with a history of oral estrogen-induced hypertriglyceridemia (> 5.6 mmol/L), raloxifene may be associated with a marked increase in serum triglycerides. The safety of CELVISTA in patients with breast cancer has not been adequately studied. No data are available on the concomitant use of CELVISTA and agents used in the treatment of early or advanced breast cancer. Therefore, CELVISTA should be used for osteoporosis treatment and prevention only after the treatment of breast cancer, including adjuvant therapy, has been completed. **Concurrent Use of Systemic Hormone Therapy:** Safety information regarding the concurrent use of raloxifene and systemic hormone therapy (estrogen with or without progestin) is limited and therefore concomitant use of raloxifene with systemic estrogen is not recommended. CELVISTA is not effective in reducing vasodilation (hot flashes), or other symptoms of the menopause associated with estrogen deficiency. Patients with rare hereditary problems of galactose intolerance, the Lapp lactase deficiency or glucose/galactose malabsorption should not take this medicine. There is no indication for use of raloxifene in males. **Drug Interactions:** If raloxifene is given concurrently with warfarin or other coumarin derivatives, the prothrombin time should be monitored. Raloxifene should not be co-administered with cholestyramine (or other anion exchange resins), which significantly reduces the absorption and enterohepatic cycling of raloxifene. **Use during pregnancy and lactation:** CELVISTA is only for use in postmenopausal women. CELVISTA must not be taken by women of child bearing potential. Raloxifene may cause foetal harm when administered to a pregnant woman. **Effects on ability to drive and use machines:** Raloxifene has no known effect on driving or the ability to use machinery. **Undesirable effects:** Vascular Disorders (Very common (> 10%): Vasodilation (Hot flashes) (Uncommon (0.1-1%): Venous thromboembolic events including deep vein thrombosis, pulmonary embolism, retinal vein thrombosis. Superficial vein thrombophlebitis) Musculoskeletal and Connective Tissue Disorders (Common (1-10%): Leg cramps) General Disorders and Administration Site Conditions (Very common (> 10%): Flu syndrome Common (1-10%): Peripheral oedema) Gastrointestinal Disorders (Very rare (< 0.01%): Gastrointestinal symptoms such as nausea, vomiting, abdominal pain, dyspepsia) Investigations (Very rare (< 0.01%): Increase blood pressure) Nervous System Disorders (Very rare (< 0.01%): Headache, including migraine) Skin and Subcutaneous Tissue Disorders (Very rare (< 0.01%): Rash) Reproductive System and Breast Disorders (Very rare (< 0.01%): Mild breast symptoms such as pain, enlargement and tenderness)

References : 1. Ettinger B, et al. Reduction of Vertebral Fracture Risk in Postmenopausal Women with Osteoporosis Treated with Raloxifene. JAMA 1999;282:637-45. 2. Cauley JA, et al. Continue breast cancer risk reduction in postmenopausal women treated with Raloxifene: 4 year results from the MORE trial. Breast Cancer Research and Treatment 2001;65:125-34.



บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด

183 อาคารจักรนากการ ชั้น 10 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

โทร. 0-2676-6770-9 แฟกซ์ 0-2676-6780

Further information is available on request, Product information is available on package insert

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ. 131/2555

T37-B-12-02



The Royal College of Physicians of Thailand
and
Takeda (Thailand), LTD.



Cordially invite you to
Luncheon Symposia

25th
April

The New Benchmark for GERD Treatment



วันพฤหัสบดีที่ 25 เมษายน 2556 | ห้อง Hall A1 เวลา 12.00-13.30 น.
PEACH, Royal Cliff Hotels Group, Pattaya

ผู้ดำเนินการบรรยาย

ศ. คลินิก นพ.อุดม ชื่นนทร คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วิทยากร

ศ. นพ.สมชาย สีลากุลวงศ์
สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร
ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศ. นพ.สุเทพ กลชาญวิทย์

หัวหน้าสาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร
ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

26th
April

Multi-Aspect Approaches of Hypertension Management

วันศุกร์ที่ 26 เมษายน 2556 ห้อง Hall A1 เวลา 12.00-13.30 น.
PEACH, Royal Cliff Hotels Group, Pattaya

ผู้ดำเนินการบรรยาย

ศ. นพ.พีระ บุรณะกิจเจริญ
นายกสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

วิทยากร

นาวาอากาศเอก อนุตร จิตตินันท์
นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

รศ. นพ.เดโช จักรพานิชกุล

สาขาวิชาหทัยวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

27th
April

Targeting Exacerbation-Targeting Inflammation in COPD

วิทยากร

วันเสาร์ที่ 27 เมษายน 2556
Hall A1 เวลา 12.00-13.30 น.
PEACH, Royal Cliff Hotels Group,
Pattaya

ผู้ดำเนินการบรรยาย

ศ. พญ.สุมาลี เกียรติบุญศรี
นายกสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย
ในพระบรมราชูปถัมภ์

COPD Inflammation and Exacerbation

รศ. นพ. ชัยชาญ โพธิรัตน์

หน่วยระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Roles of PDE4 inhibitor in Prevention of COPD Exacerbation

รศ. นพ. อัครา บุญสวัสดิ์

สาขาวิชาโรคระบบการหายใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

SAMSUNG

เครื่องตรวจ CBC

- 3 diffs plus 18 parameters

เครื่องตรวจ Blood Chemistry

- เทคโนโลยี Dry Chemistry
- ใช้งานง่าย ทรานสแลน 7 นาที
- ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ทรานสแลน

ตัวอย่างที่แน่นอน



Samsung LABGEO HC10

Inspiring Confidence
with Fast & Easy Diagnosis

เครื่องตรวจ Immunoassay ชนิด Dry method

Cardiac Marker

- Troponin I, NT-proBNP



Samsung LABGEO IB10

Take Your Laboratory Wherever You Want

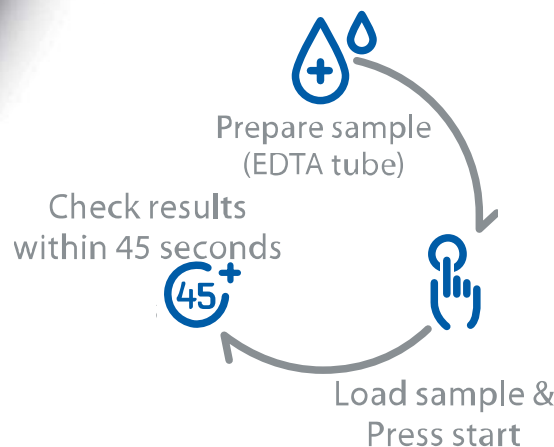
Samsung LABGEO PT10

7 minutes is all it takes



- Glucose
- Lipid profile
- Renal profile
- Hepatic profile
- Electrolytes
- Check up profile: 15 และ 9 parameters

Simple 3 Step Test



ตัวแทนจำหน่ายอย่างเป็นทางการในประเทศไทย

สนใจติดต่อ

บริษัท ลาโบตรอน จำกัด

56/38-39 ซอยรามอินทรา 34 แขวง 21 แขวงท่าแร้ง เขตบางเขน

กรุงเทพมหานคร 10230

โทร. 02-362-4567 แฟกซ์. 02-362-4568

www.labotron.co.th

www.labotronshop.com



ความเล่ห์องกรณต์

ขึ้นปีใหม่ไทยเราแต่เก่าก่อน

อนุสรณ์ลือยศคิดแบบแผน

สืบถามเมษาฯ มหาอุทธานต์ไม่คลอแคลน

อันมหาแลลือลือลือลือลือลือ

เลื่องลือลือลือลือลือลือ

ด้วยว่าลือลือลือลือลือลือ

เพราะเป็น "ลือลือลือลือลือลือ"

ทั้งลือลือลือลือลือลือ

ด้วยว่าลือลือลือลือลือลือ

ลือลือลือลือลือลือลือลือ

โปรดประทานลือลือลือลือลือ

ไม่หลงงมงยลือลือลือลือ

ขอได้รับความปรารถนาจากบริษัท สรรพสาร จำกัด

(สรวินทร์ ทรัพย์สุนทร ประพันธ์)



คณะที่ปรึกษาที่ปรึกษา

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิช
 ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินันท์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์
 ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
 นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พงษ์วรจันทร์
 ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
 ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาถ ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
 รศ.นพ.ป่วน สุทธิพินิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอมนันตกุล
 รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส
 พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

สโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยเทียม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีระยุวะลิต

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนชาติ ชุตินันท์

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาญชนะ, สุริณี ธนสัมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา วรณันท์ 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

สิทธิและหน้าที่ เสรีภาพและระเบียบข้อบังคับ

โดยทั่วไปสิทธิและหน้าที่ที่จะมารวมกันเสมอ ประเทศไทยมีสิทธิผู้ป่วยแต่ไม่มีหน้าที่ผู้ป่วย ความจริงในทางปฏิบัติมีหน้าที่ผู้ป่วยเหมือนกัน แต่ไม่มีใครรวบรวมไว้ด้วยกันเพื่อให้ปฏิบัติตามได้ง่าย ในประเทศที่พัฒนาแล้วเขามีเสรีภาพมาก แต่ข้อจำกัดก็มีมากขึ้นตามไปด้วย เพื่อไม่ให้ไปกระทบสิทธิเสรีภาพและความเป็นส่วนตัวของผู้อื่น ถ้าเรามีแต่เสรีภาพแต่ไม่มีข้อจำกัด เราคงไม่ต่างจากสัตว์ป่า เรามีสิทธิและเสรีภาพที่จะร้องเพลงหรือเล่นดนตรีที่ทำเสียงดัง แต่จะต้องไม่รบกวนคนข้างบ้านที่เขาต้องการความสงบยกเว้นเขายินยอม ในต่างประเทศคนอาจจะเปลือยกายอาบแดดก็ได้ แต่ต้องอยู่ในบริเวณที่กำหนด เราจะไปยืนดูหรือถ่ายรูปเขาไม่ได้เนื่องจากเขาจะยินยอม เพราะเป็นการล่วงล้ำความเป็นส่วนตัวของเขา สุขภาพของคนไทยจะได้ประชาชนต้องรู้หน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเอง แพทย์จะมาก่อกำลังกายแทนหรือรับประทานอาหารแทนไม่ได้ เราต้องรู้จักดูแลและป้องกันตนเองไม่ให้ป่วย แพทย์เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดตายหรือตายช้าลงเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมาหาแพทย์จะต้องบอกข้อเท็จจริงทั้งหมด มิฉะนั้นแพทย์อาจวินิจฉัยผิด เมื่อแพทย์สั่งยาหรือวิธีการรักษา ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตาม ถ้าปฏิบัติไม่ได้ต้องบอกให้แพทย์ทราบ หรือแพทย์อธิบายแล้วไม่เข้าใจต้องถามมิใช่ปล่อยให้ไปแล้วบอกภายหลังว่าฟังไม่รู้เรื่อง ถ้ามีประวัติแพ้ยาจะต้องบอกให้แพทย์ทราบ ถ้ารับประทานยาหรือสมุนไพรอื่นอยู่ต้องบอกให้แพทย์ทราบ เพราะอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้ ในโรงพยาบาลห้ามสูบบุหรี่และห้ามส่งเสียงดังก็ต้องปฏิบัติตาม และไม่ทำลายทรัพย์สินของโรงพยาบาล ถ้าแพทย์นัดแล้วไม่สามารถมาได้ตามนัดต้องโทรศัพท์แจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อว่าแพทย์จะได้ดูแลผู้ป่วยคนต่อไปได้โดยไม่ต้องเสียเวลารอ ผู้ป่วยต้องแจ้งแพทย์ไว้ล่วงหน้าว่าในคราวฉุกเฉินที่ผู้ป่วยตัดสินใจเองไม่ได้จะให้ใครทำหน้าที่แทน ในวาระสุดท้ายของชีวิตถ้าผู้ป่วยต้องการบริจาคอวัยวะหรือไม่ต้องการใส่เครื่องช่วยหายใจจะต้องแจ้งให้แพทย์ทราบล่วงหน้า ในต่างประเทศเกือบทั่วโลกผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลด้วย การที่ทุกอย่างฟรีทำให้คนขาดความรับผิดชอบ ไม่ดูแลสุขภาพตนเอง เอาเงินไปใช้ในสิ่งที่จำเป็นน้อยกว่า เช่น การเสริมสวย ถ้าต้องจ่ายร่วมด้วยเขาจะพยายามดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้ป่วย การเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะพยายามดูแลตนเอง ถ้าทุกอย่างฟรี เวลาเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะไปพบแพทย์ทำให้มีผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมากเกินไปจนความจำเป็น ความจริงบางครั้งค่าเดินทางและค่าเสียเวลามีค่ามากกว่าค่ายาที่ได้รับ ยาที่ได้มาฟรีไม่มีคุณค่า บางครั้งเอาไปเก็บไว้โดยไม่ใช้ คนชั้นกลางที่ต้องทำงานและเห็นคุณค่าของเวลาต้องกลับไปเสียเงินเพื่อใช้บริการของภาคเอกชน ทำให้โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนมากขึ้น รวมทั้งการประกันสุขภาพของภาคเอกชนก็มีปริมาณมากขึ้นด้วย

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 387 วันที่ 1 - 15 เมษายน 2556

3 โลกกว้างทางแพทย์

- Endovascular Treatment สำหรับ Acute Ischemic Stroke
- เริ่ม Anti-Tumor Necrosis Factor Therapy และความเสี่ยงงูสวัด
- ความสัมพันธ์การเลิกสูบบุหรี่และน้ำหนักขึ้นต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ใหญ่
- เลือดออกและการตายในโรงพยาบาลหลัง PCI

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. เร่งพัฒนา ร.พ.รัฐ-เอกชน-คลินิก-สปาทั่วไทย ก่อนเข้า AEC
- สธ. เร่งขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์แก้ปัญหาภัยรุ่มท้อง
- กรมวิทย์ฯ เตือนสตรี-ทารก เสี่ยงเชื้อแบคทีเรียสเตรปโตคอคคัส

8 Movement

9 In Focus

“หอประวัติศาสตร์สุขภาพ”
แหล่งเรียนรู้ร่องรอยระบบสุขภาพไทย

12 Talk of the Town

ยุ่งลายฆาตกรไข้เลือดออก
พญายุรบบบ้าน “เอาอยู่” หรือ “ยังอยู่”

13 Special

นพ.ศิริชัย นามทรงศนีย์

แพทย์คือผู้เมตตา กรุณา โดยเฉพาะในช่วงที่ตัวเองทุกข์

16 เสี่ยงหนึ่งของชีวิต

Metabolic Syndrome

17 Get Up

- สหรัฐเตือนภัยไวรัสลึกลับ
- ฟังเครื่องกระตุ้นสมองรักษา Anorexia
- เตือนภัยหัวใจวายในผู้ป่วยมะเร็ง

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

สำเร็จ...บนความล้มเหลว

21 เสียงแพทย์

มหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค
ตอน ภัยต่อนโยบายการบริหารราชการของรัฐบาล

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์แบบสลายตัวได้
ในร่างกาย

25 เฉพาะโรค

โรคเมลิอยโดสิส (Meliodosis)

29 Systematic Review

การใช้สารน้ำ colloid ในการรักษาผู้ป่วยวิกฤต

30 มุมนิติเวช

แนวทางเบื้องต้นในการพิจารณาเพื่อนำศพเข้ามาตรวจต่อ
และรายงานผู้ป่วย (อุทาหรณ์/ตัวอย่าง) หนึ่งราย

33 จุฬาปริทัศน์

งานวิจัยด้านพันธุศาสตร์ทางการแพทย์

36 เกาะติดงานประชุม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จัดประชุมวิชาการ
สร้างความตื่นตัวและความก้าวหน้า
เตรียมพร้อมก้าวสู่โลกยุคไร้พรมแดน

37 ข่าวนวัตกรรม

40 R2R

ตุ้มทำฟันเทียม...ใกล้บ้าน ใกล้ใจ
ผลงานวิจัย ร.พ.ทุ่งช้าง จ.น่าน

42 ปกป้องข่าว

- สปสช. มอบวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน
สร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่กำลังพลและครอบครัว
- ไฟเซอร์ “ไขปัญหา ED แบบเจาะลึก”
“นกเขาไม่ขัน” สัญญาณเตือนโรคหัวใจ

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS

เนื้องอกและมะเร็งปากมดลูก
(Benign and Malignant Disease of the Cervix)





เปรียบเทียบ Tamoxifen 10 ปี และ 5 ปี ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมชนิด ER-positive

The Lancet. Published Online: 5 December 2012

บทความวิจัยเรื่อง Long-term Effects of Continuing Adjuvant Tamoxifen to 10 Years versus Stopping at 5 Years after Diagnosis of Oestrogen Receptor-Positive Breast Cancer: ATLAS, A Randomised Trial รายงานว่า การรักษาด้วย tamoxifen เป็นเวลา 5 ปี สามารถลดอัตราการตายในช่วง 15 ปีแรกหลังตรวจพบมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมชนิด oestrogen receptor (ER)-positive ระยะเริ่มเป็น นักวิจัยจึงศึกษาผลลัพธ์การรักษาต่อด้วย tamoxifen เป็นระยะเวลา 10 ปี แทนการหยุดยาที่ 5 ปี

ในการศึกษา Adjuvant Tamoxifen: Longer Against Shorter (ATLAS) นี้ นักวิจัยได้สุ่มให้ผู้ป่วย 12,894 ราย ซึ่งเป็นมะเร็งเต้านมระยะเริ่มเป็นและรักษาด้วย tamoxifen มาแล้ว 5 ปี ได้รับ tamoxifen ต่อจนถึงปีที่ 10 หรือหยุดยาที่ 5 ปี (open control) การติดตามรายปีหลังเข้าร่วมการศึกษา (ระหว่างปี ค.ศ. 1996 และ 2005) ได้รวบรวมข้อมูลการเป็นซ้ำ, มะเร็งที่เต้านมอีกข้าง, การนอนโรงพยาบาล หรือการตาย นักวิจัยได้รายงานผลต่อผลลัพธ์ด้านโรคมะเร็งเต้านมจากผู้ป่วย 6,846 รายที่เป็น ER-positive disease และผลข้างเคียงในผู้ป่วยทุกราย (เป็น positive, negative หรือไม่ทราบสถานะ ERs) และขณะนี้ยังคงอยู่ระหว่างการติดตามระยะยาว

ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น ER-positive disease พบว่าการได้รับ tamoxifen ตลอดความเสี่ยงการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านม (เป็นซ้ำ 617 รายใน 3,428 รายที่ได้รับยาต่อ vs 711 รายในกลุ่มควบคุม 3,418 ราย, $p = 0.002$), ลดการตายจากมะเร็งเต้านม (331 ราย vs 397 ราย, $p = 0.01$) และลดการตายรวม (639 ราย vs 722 ราย, $p = 0.01$) การลดลงด้านผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ของ

มะเร็งเต้านมดูเหมือนเห็นชัดกว่าภายหลัง 10 ปี (rate ratio [RR] ของการเป็นซ้ำเท่ากับ 0.90 [95% CI 0.79-1.02] ระหว่างปีที่ 5-9 และ 0.75 [0.62-0.90] ในภายหลัง; RR ของการตายจากมะเร็งเต้านมเท่ากับ 0.97 [0.79-1.18] ระหว่างปีที่ 5-9 และ 0.71 [0.58-0.88] ในภายหลัง) ความเสี่ยงการเป็นซ้ำรวมระหว่างปีที่ 5-14 เท่ากับ 21.4% สำหรับผู้ป่วยที่ได้ยาต่อเนื่องกับ 25.1% สำหรับกลุ่มควบคุม และอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมระหว่างปีที่ 5-14 เท่ากับ 12.2% สำหรับผู้ป่วยที่ได้ยาต่อเนื่องกับ 15.0% สำหรับกลุ่มควบคุม (absolute mortality reduction 2.8%) การได้รับยาต่อเนื่องเหมือนไม่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านโรคมะเร็งเต้านมในผู้ป่วย 1,248 รายที่เป็น ER-negative disease และมีผลปานกลางในผู้ป่วย 4,800 รายที่ไม่ทราบสถานะ ER ในผู้ป่วย 12,894 รายพบว่า อัตราตายโดยไม่มีการเป็นซ้ำจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากมะเร็งเต้านมได้รับผลเล็กน้อย (691 รายโดยไม่มีการเป็นซ้ำใน 6,454 รายที่ได้ยาต่อ เทียบกับ 679 รายในกลุ่มควบคุม 6,440 ราย; RR 0.99 [0.89-1.10]; $p = 0.84$) โดยอัตราอุบัติการณ์ (นอนโรงพยาบาลหรือตาย) จำเพาะโรคมี RRs ดังนี้ pulmonary embolus 1.87 (95% CI 1.13-3.07, $p = 0.01$ [รวมถึงอัตราการตาย 0.2% ในทั้งสองกลุ่ม]), stroke 1.06 (0.83-1.36), ischaemic heart disease 0.76 (0.60-0.95, $p = 0.02$) และมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก 1.74 (1.30-2.34, $p = 0.0002$) ความเสี่ยงรวมของมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกระหว่างปีที่ 5-14 เท่ากับ 3.1% (อัตราการตาย 0.4%) สำหรับผู้ป่วยที่ได้ยาต่อเนื่องกับ 1.6% (อัตราการตาย 0.2%) สำหรับกลุ่มควบคุม (absolute mortality เพิ่มขึ้น 0.2%)

สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เป็น ER-positive disease พบว่าการรักษาต่อด้วย tamoxifen ถึง 10 ปี แทนการหยุดยาที่ 5 ปี สามารถลดการกลับเป็นซ้ำและอัตราการตายโดยเฉพาะภายหลังปีที่ 10 ผลลัพธ์จากการศึกษานี้เมื่อรวมกับผลลัพธ์จากงานวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาการรักษาด้วย tamoxifen 5 ปี เทียบกับไม่ได้ให้ยาเสนอแนะว่า การรักษาด้วย tamoxifen เป็นระยะเวลา 10 ปี สามารถลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมลงได้ประมาณครึ่งหนึ่งในช่วงทศวรรษที่สองหลังตรวจพบมะเร็ง



Endovascular Treatment สำหรับ Acute Ischemic Stroke

N Engl J Med. 2013;368:904-913.

บทความวิจัยเรื่อง Endovascular Treatment for Acute Ischemic Stroke รายงานว่า การรักษาด้วย endovascular treatment ในผู้ป่วย ischemic stroke ทำให้อัตรา recanalization ของหลอดเลือดแดงสมองที่ได้รับผลกระทบสูงกว่า intravenous thrombolytic therapy จึงจำเป็นต้องมีการเปรียบเทียบประสิทธิผลทางคลินิกระหว่างการรักษาสองวิธี

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วย acute ischemic stroke 362 ราย ได้รับการรักษาด้วย endovascular therapy (intraarterial thrombolysis ด้วย recombinant tissue plasminogen activator [t-PA], mechanical clot disruption หรือ retrieval หรือรักษาโดยใช้กระบวนการดังกล่าวร่วมกัน) หรือ intravenous t-PA ภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และรักษาโดยเร็วที่สุดภายหลังการสุ่มผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การรอดชีวิตโดยไม่พิการ (ประเมินจาก modified Rankin score ที่เท่ากับ 0 หรือ 1 จากคะแนน 0 ถึง 6 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และ 1 หมายถึง ไม่มีความพิการที่เห็นชัดทางคลินิกแม้มีอาการ และ 6 หมายถึง เสียชีวิต) ที่ 3 เดือน

ผู้ป่วย 181 ราย ได้รับการรักษาด้วยวิธี endovascular therapy และ 181 รายรักษาด้วยวิธี intravenous t-PA ระยะเวลาเฉลี่ยนับตั้งแต่เกิดอาการของ stroke จนถึงเริ่มการรักษาเท่ากับ 3.75 ชั่วโมงสำหรับกลุ่ม endovascular therapy และ 2.75 ชั่วโมงสำหรับกลุ่ม intravenous t-PA ($p < 0.001$) ที่ 3 เดือนมีรายงานผู้ป่วย 55 รายในกลุ่ม endovascular-therapy (30.4%) และ 63 รายในกลุ่ม intravenous t-PA group (34.8%) ที่รอดชีวิตโดยไม่พิการ (odds ratio ปรับตามอายุ, เพศ, ความรุนแรงของ stroke และสถานะ atrial fibrillation ที่เส้นฐานเท่ากับ 0.71; 95% confidence interval, 0.44 ถึง 1.14; $p = 0.16$)

การเกิด fatal หรือ non-fatal symptomatic intracranial hemorrhage ภายใน 7 วันพบใน 6% ของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม และไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่มในด้านอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น หรืออัตราผู้ป่วยตาย

ผลลัพธ์การศึกษาในผู้ป่วย acute ischemic stroke นี้ชี้ว่า endovascular therapy ไม่ได้ดีกว่าการรักษามาตรฐานด้วย intravenous t-PA



เริ่ม Anti-Tumor Necrosis Factor Therapy และความเสี่ยงงูสวัด

JAMA. 2013;309(9):887-895.

บทความวิจัยเรื่อง Association Between the Initiation of Anti-Tumor

Necrosis Factor Therapy and the Risk of Herpes Zoster รายงานว่า การติดเชื้อมีใหม่ของโรคงูสวัดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ (RA) และยังคงไม่มีข้อมูลชัดเจนว่าการรักษาด้วย anti-tumor necrosis factor (anti-TNF) ทำให้ความเสี่ยงงูสวัดสูงขึ้นหรือไม่

นักวิจัยศึกษาว่า การเริ่ม anti-TNF therapy สัมพันธ์กับความเสี่ยงงูสวัดที่สูงขึ้นหรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับ nonbiologic comparators นักวิจัยระบุผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่ม anti-TNF therapy ในกลุ่มผู้ป่วย RA, ลำไส้อักเสบ และโรคสะเก็ดเงิน, ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน หรือโรคข้อสันหลังอักเสบชนิดติดยึดจากปี ค.ศ. 1998-2007 จากข้อมูลของ Kaiser Permanente Northern California, Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly, Tennessee Medicaid และโครงการ Medicaid/Medicare นักวิจัยเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของงูสวัดระหว่างผู้เริ่มใช้ anti-TNF (n = 33,324) และผู้ป่วยที่เริ่มใช้ยา nonbiologic disease-modifying antirheumatic (DMARDs) (n = 25,742) ภายในกลุ่มผู้ป่วยโรคจากการอักเสบแต่ละกลุ่ม (ติดตามจนถึง 31 ธันวาคม ค.ศ. 2007) นักวิจัยใช้ Cox regression model เปรียบเทียบอุบัติการณ์ของงูสวัดที่ปรับตามคะแนนความโน้มเอียงระหว่างผู้เริ่มใช้ anti-TNF และผู้เริ่มใช้ nonbiologic DMARD

โดยควบคุมการใช้ corticosteroid ที่เส้นฐาน

มาตรฐานผลลัพธ์ ได้แก่ อุบัติการณ์ของงูสวัดที่เกิดขึ้นหลังเริ่ม anti-TNF therapy หรือ nonbiologic DMARD therapy

นักวิจัยพบผู้ป่วยงูสวัด 310 รายจากผู้ป่วย 33,324 รายที่เริ่ม anti-TNF therapy โดยอุบัติการณ์อย่างหยาบในกลุ่ม anti-TNF เท่ากับ 12.1 ต่อ 1,000 patient-years (95% CI, 10.7-13.6) สำหรับ RA, 11.3 ต่อ 1,000 patient-years (95% CI, 7.7-16.7) สำหรับลำไส้อักเสบ และ 4.4 ต่อ 1,000 patient-years (95% CI, 2.8-7.0) สำหรับสะเก็ดเงิน, ข้ออักเสบสะเก็ดเงิน หรือโรคข้อสันหลังอักเสบชนิดติดยึด การใช้ corticosteroid 10 มิลลิกรัม/วัน หรือมากกว่าที่เส้นฐานสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้น (hazard ratio [HR] ที่ปรับแล้วเท่ากับ 2.13 [95% CI, 1.64-2.75]) เทียบกับการไม่ใช้ที่เส้นฐาน สำหรับผู้ป่วย RA พบว่าอัตราอุบัติการณ์ที่ปรับแล้วใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่ม anti-TNF และ nonbiologic DMARD (HR ที่ปรับแล้วเท่ากับ 1.00 [95% CI, 0.77-1.29]) และใกล้เคียงกันระหว่าง anti-TNF therapy ที่ศึกษาทั้งสามตัว โดย HR ที่ปรับแล้วสำหรับทุกโรคเท่ากับ 1.09 (95% CI, 0.88-1.36)

ข้อมูลจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย RA และโรคจากการอักเสบพบ ว่า ผู้ที่เริ่ม anti-TNF therapy ไม่มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่องูสวัดเทียบกับผู้ที่รักษาด้วยสูตร nonbiologic treatment regimen



ความสัมพันธ์การเลิกสูบบุหรี่และน้ำหนักขึ้น ต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ใหญ่

JAMA. 2013;309(10):1014-1021.

บทความวิจัยเรื่อง Association of Smoking Cessation and Weight Change With Cardiovascular Disease Among Adults With and Without Diabetes FREE รายงานว่า การเลิกสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) แต่น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหลังเลิกสูบบุหรี่อาจทำให้ประโยชน์ด้าน CVD จากการเลิกสูบบุหรี่ลดลง นักวิจัยจึงทดสอบสมมติฐานว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหลังเลิกสูบบุหรี่ไม่กระทบต่อประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ทั้งกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน

การศึกษาเป็นแบบ prospective community-based cohort study โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัย Framingham Offspring Study จากปี ค.ศ. 1984-2011 การสอบวัดทุก 4 ปี ได้ประเมินสถานะการสูบบุหรี่โดยจำแนกเป็นผู้สูบบุหรี่, ผู้ที่เพิ่งเลิกสูบบุหรี่ (≤ 4 ปี), ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มานานแล้ว (> 4 ปี) และผู้ไม่สูบบุหรี่ นักวิจัยใช้ pooled Cox proportional hazards models หาค่าประมาณของความสัมพัทธ์ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่และเหตุการณ์ของ CVD ที่ 6 ปี และทดสอบว่าการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวที่ 4 ปีหลังเลิกสูบบุหรี่มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่และเหตุการณ์ของ CVD หรือไม่

มาตรฐานผลลัพธ์ ได้แก่ อุบัติการณ์ในช่วง 6 ปีของเหตุการณ์ CVD ทั้งหมด ประกอบด้วย coronary heart disease, cerebrovascular events, peripheral artery disease และ congestive heart failure

หลังจากการติดตามเฉลี่ย 25 (SD, 9.6) ปี มีรายงานเหตุการณ์ CVD 631 รายในผู้เข้าร่วมวิจัย 3,251 ราย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยที่ 4 ปี สูงกว่าในกลุ่มที่เพิ่งเลิกสูบบุหรี่และไม่เป็นโรคเบาหวาน (2.7 กิโลกรัม [interquartile range (IQR), -0.5 ถึง 6.4]) และเป็นโรคเบาหวาน (3.6 กิโลกรัม [IQR, -1.4 to 8.2]) เทียบกับกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่มานานแล้ว (0.9 กิโลกรัม [IQR, -1.4 ถึง 3.2]) และ 0.0 กิโลกรัม [IQR, -3.2 ถึง 3.2], $p < 0.001$) ในกลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่ไม่เป็นโรคเบาหวานพบว่า อัตราอุบัติการณ์ของ CVD ปรับตามอายุและเพศเท่ากับ 5.9 ต่อ 100 person-examinations (95% CI, 4.9-7.1) ในผู้สูบบุหรี่, 3.2 ต่อ 100 person-examinations (95% CI, 2.1-4.5) ในผู้ที่เพิ่งเลิกสูบบุหรี่, 3.1 ต่อ 100 person-examinations (95% CI, 2.6-3.7) ในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มานานแล้ว และ 2.4 ต่อ 100 person-examinations (95% CI, 2.0-3.0) ในผู้ไม่สูบบุหรี่ หลังจากปรับตามปัจจัยเสี่ยง CVD พบว่าผู้ที่เพิ่งเลิกสูบบุหรี่มี hazard ratio (HR) สำหรับ CVD เท่ากับ 0.47 (95% CI, 0.23-0.94) และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มานานมี HR เท่ากับ 0.46 (95% CI, 0.34-0.63) เทียบกับผู้ที่สูบบุหรี่ ความสัมพันธ์นี้เปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยหลังจากปรับตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานพบว่าค่าประมาณแบบจุดใกล้เคียงกันและไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลจากการศึกษานี้ชี้ว่า การเลิกสูบบุหรี่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อเหตุการณ์ของ CVD ในผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ไม่เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ดังกล่าว และข้อมูลนี้สนับสนุนประโยชน์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการเลิกสูบบุหรี่แม้พบว่าทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

ผล Cangrelor ต่อ Ischemic Event ระหว่าง PCI

N Engl J Med. March 10, 2013

บทความวิจัยเรื่อง Effect of Platelet Inhibition with Cangrelor during PCI on Ischemic Events รายงานว่า ความเข้มข้นของ antiplatelet therapy ระหว่างทำ percutaneous coronary intervention (PCI) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อ ischemic complication จาก PCI และยา cangrelor เป็น adenosine diphosphate (ADP)-receptor antagonist ที่ออกฤทธิ์เร็ว และมี reversible effect ที่รวดเร็ว

นักวิจัยศึกษาแบบ double-blind, placebo-controlled trial โดยสุ่มให้ผู้ป่วยทำ PCI 11,145 ราย และได้รับการรักษาตาม guideline ได้รับ cangrelor แบบ bolus และ infusion หรือได้รับ clopidogrel ที่ loading dose เท่ากับ 600 มิลลิกรัม หรือ 300 มิลลิกรัม โดย primary efficacy endpoint เป็นผลรวมของการตาย, กล้ามเนื้อหัวใจตาย, การขยายหลอดเลือดเนื่องจากการตีบตัน หรือการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดที่ 48 ชั่วโมงหลังการสุ่ม และ secondary endpoint ได้แก่ การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดภายใน 48 ชั่วโมง และ primary safety endpoint ได้แก่ การเกิดเลือดออกร้ายแรงที่ 48 ชั่วโมง

อัตราการเกิด primary efficacy endpoint เท่ากับ 4.7% ในกลุ่ม cangrelor และ 5.9% ในกลุ่ม clopidogrel (odds ratio ที่ปรับแล้วสำหรับ

cangrelor เท่ากับ 0.78; 95% confidence interval [CI], 0.66 ถึง 0.93; $p = 0.005$)

อัตราของ primary safety endpoint เท่ากับ 0.16% ในกลุ่ม cangrelor และ 0.11% ในกลุ่ม clopidogrel (odds ratio, 1.50; 95% CI, 0.53 ถึง 4.22; $p = 0.44$)

การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดพบใน 0.8%

ของผู้ป่วยในกลุ่ม cangrelor และใน 1.4% ในกลุ่ม clopidogrel (odds ratio, 0.62; 95% CI, 0.43 ถึง 0.90; $p = 0.01$) อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องจากการรักษาอยู่ในระดับต่ำในทั้งสองกลุ่มแม้พบ transient dyspnea บ่อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่ม cangrelor เทียบกับ clopidogrel (1.2% vs 0.3%) ซึ่งประโยชน์จาก cangrelor ในแง่ primary endpoint ยังคงที่ในผู้ป่วยกลุ่มย่อยหลายกลุ่ม

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า cangrelor สามารถลดอัตราการเกิด ischemic event รวมถึงการอุดตันในหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญระหว่างทำ PCI โดยไม่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของเลือดออกร้ายแรง



ผลลัพธ์การส่งเสริมเลี้ยงด้วยนมแม่ ต่อภาวะอ้วนลงพุง และ IGF-I ที่อายุ 11.5 ปี

JAMA. 2013;309(10): 1005-1013.

บทความวิจัยเรื่อง Effects of Promoting Longer-term and Exclusive Breastfeeding on Adiposity and Insulin-like Growth

Factor-I at Age 11.5 Years: A Randomized Trial รายงานว่า หลักฐานที่สนับสนุนว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะยาวสามารถลดความเสี่ยงโรคอ้วนในเด็กได้จากงานวิจัยเชิงสังเกต ซึ่งมักได้รับผลจากปัจจัยรบกวน นักวิจัยจึงศึกษาผลของการแทรกแซงเพื่อส่งเสริมการขยายระยะการเลี้ยงด้วยนมแม่และการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวต่อภาวะอ้วนลงพุง และ insulin-like growth factor (IGF)-I ซึ่งควบคุมการเจริญเติบโต

นักวิจัยศึกษาแบบ cluster-randomized controlled trial ในโรงพยาบาลแม่และเด็กของประเทศเบลารุสรวม 31 แห่ง และคลินิกในเครือโดยสุ่มเป็นกลุ่มแทรกแซง ($n = 16$) หรือดูแลตามเวชปฏิบัติ ($n = 15$) ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 17,046 คู่ ซึ่งเข้าร่วมระหว่างปี ค.ศ. 1996 และ 1997 ซึ่ง 13,879 คู่ (81.4%) ได้ติดตามถึงระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2009 และธันวาคม ค.ศ. 2010 ที่อายุเฉลี่ย 11.5 ปี

การแทรกแซงทำโดยส่งเสริมการเลี้ยงด้วยนมแม่ตามแผน Baby-Friendly Hospital Initiative (World Health Organization/United Nations Children's Fund) มาตรฐานวัดผลลัพธ์ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย (BMI), fat mass index และ fat-free mass indices (FMI และ FFMI), เปอร์เซนต์ไขมัน, รอบเอว,

ความหนาของไขมันต้นแขนด้านหลังและใต้สะบัก, น้ำหนักเกินและอ้วน และ IGF-I ในเลือด นักวิจัยทำ primary analysis แบบ modified intention-to-treat (โดยไม่ทำ imputation) ตามกลุ่มโรงพยาบาลและคลินิก

การแทรกแซงสามารถเพิ่มระยะการเลี้ยงด้วยนมแม่และการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวได้อย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกลุ่มควบคุม (43% vs 6% ด้านการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ 3 เดือน 7.9% vs 0.6% ที่ 6 เดือน) ค่า mean differences ปรับตามกลุ่มของผลลัพธ์ที่ 11.5 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.19 (95% CI, -0.09 ถึง 0.46) สำหรับ BMI; 0.12 (-0.03 ถึง 0.28) สำหรับ FMI; 0.04 (-0.11 ถึง 0.18) สำหรับ FFMI; 0.47% (-0.11% ถึง 1.05%) สำหรับเปอร์เซนต์ไขมัน; 0.30 เซนติเมตร (-1.41 ถึง 2.01) สำหรับรอบเอว; -0.07 มิลลิเมตร (-1.71 ถึง 1.57) สำหรับความหนาไขมันต้นแขนด้านหลัง และ -0.02 มิลลิเมตร (-0.79 ถึง 0.75) สำหรับความหนาไขมันใต้สะบัก โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ -0.02 (-0.12 ถึง 0.08) สำหรับ IGF-I ค่า odds ratio ปรับตามกลุ่มสำหรับน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน ($BMI \geq 85^{th}$ vs $< 85^{th}$ percentile) เท่ากับ 1.18 (95% CI, 1.01 ถึง 1.39) และสำหรับโรคอ้วน ($BMI \geq 95^{th}$ vs $< 85^{th}$ percentile) เท่ากับ 1.17 (95% CI, 0.97 ถึง 1.41)

ข้อมูลการศึกษาจากทารกคลอดตามกำหนดและมีสุขภาพแข็งแรง ในเบลารุสนี้ชี้ว่า การแทรกแซงซึ่งสามารถขยายระยะการเลี้ยงด้วยนมแม่และการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวไม่ช่วยป้องกันน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน และไม่ผลต่อระดับ IGF-I ที่อายุ 11.5 ปี และแม้การเลี้ยงด้วยนมแม่มีประโยชน์หลายประการ แต่การส่งเสริมระยะการเลี้ยงด้วยนมแม่และการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวดูเหมือนไม่มีผลช่วยป้องกันการระบาดของโรคอ้วน

เลือดออกและการตายในโรงพยาบาลหลัง PCI

JAMA. 2013;309(10):1022-1029.

บทความวิจัยเรื่อง Association Between Bleeding Events and In-hospital Mortality After Percutaneous Coronary Intervention รายงานว่า อาการเลือดออกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดหลังทำ percutaneous coronary intervention (PCI) และสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายการรักษาที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์ของการตายเนื่องจากเลือดออกหลัง PCI ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ ขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงเลือดออก, ตำแหน่งที่เลือดออก และการตายก็ยังไม่ชัดเจน นักวิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเลือดออกและการตายในโรงพยาบาลหลังทำ PCI และหาค่าประมาณของ population attributable risk ที่ปรับแล้ว (สัดส่วนความเสี่ยงการตายเนื่องจากเลือดออก), risk difference และ number needed to harm (NNH) สำหรับการตายในโรงพยาบาลเนื่องจากเลือดออกหลังทำ PCI

นักวิจัยศึกษาจากข้อมูลเหตุการณ์ 3,386,688 รายในทะเบียน CathPCI Registry ซึ่งทำในสหรัฐอเมริการะหว่างปี ค.ศ. 2004 และ 2011 นักวิจัยคำนวณ population attributable risk หลังปรับตัวแปรด้านประชากร, คลินิก และเหตุการณ์ และคำนวณ NNH สำหรับการตายเนื่องจากเลือดออกด้วย propensity-matched analysis โดยกำหนดให้การตายในโรงพยาบาลเป็นมาตรวัดผลลัพธ์หลัก

มีข้อมูลเลือดออก 57,246 เหตุการณ์ (1.7%) และตายในโรงพยาบาล 22,165 ราย (0.65%) จากการทำ PCI รวม 3,386,688 ราย โดย population attributable risk ที่ปรับแล้วสำหรับการตายเนื่องจากเลือดออกร้ายแรงเท่ากับ 12.1% (95% CI, 11.4-12.7%) จากผู้ป่วยใน CathPCI ทั้งหมด และ propensity-matched population ประกอบด้วยเหตุการณ์ซึ่งเกิดเลือดออกร้ายแรง 56,078 ราย และกลุ่มควบคุม 224,312 ราย ซึ่งใน matched cohort นี้พบว่า การเกิดเลือดออกร้ายแรงสัมพันธ์กับการตายในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น (5.26% vs 1.87%; risk difference, 3.39% [95% CI, 3.20-3.59%]; NNH = 29 [95% CI, 28-31]; $p < 0.001$) ความสัมพันธ์ระหว่างเลือดออกร้ายแรงและการตายในโรงพยาบาลพบในทุกช่วงชั้นของความเสี่ยงเลือดออกก่อนทำเหตุการณ์ (ต่ำ: 1.62% vs 0.17%; risk difference, 1.45% [95% CI, 1.13-1.77%], NNH = 69 [95% CI, 57-88], $p < 0.001$; ปานกลาง: 3.27% vs 0.71%; risk difference, 2.56% [95% CI, 2.33-2.79%], NNH = 39 [95% CI, 36-43], $p < 0.001$ และสูง: 8.16% vs 3.45%; risk difference, 4.71% [95% CI, 4.35-5.07%], NNH = 21 [95% CI, 20-23], $p < 0.001$) และแม้การเกิดเลือดออกในจุดที่เข้าถึงและไม่สามารถเข้าถึงล้วนสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการตายในโรงพยาบาล (2.73% vs 1.87%; risk difference, 0.86% [95% CI, 0.66-1.05%], NNH = 117 [95% CI, 95-151], $p < 0.001$ และ 8.25% vs 1.87%; risk difference, 6.39% [95% CI, 6.04-6.73%], NNH = 16 [95% CI, 15-17], $p < 0.001$ ตามลำดับ) แต่พบว่า NNH ต่ำกว่าสำหรับเลือดออกในจุดที่ไม่สามารถเข้าถึง

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยทำ PCI ขนาดใหญ่ชี้ว่า การเกิดเลือดออกหลังเหตุการณ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการตายในโรงพยาบาล โดยมีค่าประมาณการเสียชีวิตเนื่องจากภาวะเลือดออกเท่ากับ 12.1%

การรักษาด้วยยาสำหรับ Primary Restless Legs Syndrome

JAMA Intern Med. Published online March 4, 2013

บทความวิจัยเรื่อง Pharmacologic Therapy for Primary Restless Legs Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis รายงานว่าโรค restless legs syndrome (RLS) เป็นความผิดปกติของระบบประสาททำให้เกิดความรู้สึกชาอยู่ไม่สุขจนผู้ป่วยต้องขยับขา นักวิจัยจึงทำ systematic review เพื่อประเมินประสิทธิผล ความปลอดภัย และเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาด้วยยาสำหรับ primary RLS

นักวิจัยรวบรวมการศึกษาเปรียบเทียบ ซึ่งรายงานในภาษาอังกฤษว่าด้วยผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลและอันตรายของการรักษาด้วยยาสำหรับ primary RLS ซึ่งมีระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ โดยสืบค้นจาก MEDLINE และฐานข้อมูลอื่นจนถึงเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2012 และคัดข้อมูลผลลัพธ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และจัดอันดับความหนักแน่นของหลักฐาน

มีงานวิจัยเปรียบเทียบด้วยวิธีการสุ่มที่เข้าเกณฑ์การศึกษารวม 29 ชิ้น โดยพบหลักฐานที่หนักแน่นว่าสัดส่วนของผู้ป่วยซึ่งมีการตอบสนองที่มีนัยสำคัญทางคลินิก (International Restless Legs Syndrome [IRLS] responders) ประเมินจากการลดลง 50% หรือมากกว่าของคะแนน IRLS เฉลี่ยจากเส้นฐานมีจำนวนมากกว่าจากการรักษาด้วย dopamine agonist

เทียบกับยาหลอก (61% vs 41%) (risk ratio, 1.60 [95% CI, 1.38-1.86]; 7 งานวิจัย) และ dopamine agonist ยังฟื้นฟูคะแนนการนอนหลับที่ผู้ป่วยรายงานและคะแนนคุณภาพชีวิตด้วย ขณะเดียวกันก็มีหลักฐานว่า calcium channel alpha-2-delta ligand เพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาเทียบกับยาหลอก (61% vs 37%) (risk ratio, 1.66 [95% CI, 1.33-2.09]; 3 งานวิจัย) ทั้งนี้ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จาก dopamine agonist ประกอบด้วยคลื่นไส้ อาเจียน และสับสน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จาก alpha-2-delta ligand ได้แก่ สับสน และเดินเซหรือเวียน

ข้อมูลจากการศึกษาเปรียบเทียบระยะสั้นจากผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง-สูงจนถึงรุนแรงมากชี้ว่า dopamine agonist และ calcium channel alpha-2-delta ligand ลดอาการ RLS ขณะที่ฟื้นฟูการนอนหลับและคุณภาพชีวิตจำเพาะโรค อย่างไรก็ตาม พบว่าผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์และการถอนตัวจากการรักษาเนื่องจากผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นบ่อย

สร. เร่งพัฒนา ร.พ.รัฐ-เอกชน-คลินิก-สปาทั่วไทย ก่อนเข้า AEC



นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การที่ประเทศไทยจะเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั้งรัฐ เอกชน รวมทั้งธุรกิจสปา-นวดส่งเสริมสุขภาพ คลินิกเสริมความงาม และคลินิกทันตกรรมที่มีศักยภาพ ให้เร่งพัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน เพิ่มขีดความสามารถการแข่งขัน โดยได้กำหนดให้ทุกแห่งจะต้องผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำที่จำเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านความปลอดภัย ความสะอาดของอาคารสถานที่ ต้องเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด 2. ด้านเครื่องมือบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องมีประสิทธิภาพ และมีการสอบเทียบความเที่ยงตรงของเครื่องมือแพทย์ตามมาตรฐานสากล มีความพร้อมให้บริการทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน และ 3. ต้องมีระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่การมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย และความรู้วิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาหลังเจ็บป่วย

สร. เร่งขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์แก้ปัญหาวัยรุ่นท้อง

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากสถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์และท้องไม่พร้อมในวัยรุ่นที่พบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีแนวโน้มของอายุที่น้อยลงเฉลี่ยอยู่ที่ 15-16 ปี ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมกับภาคีเครือข่ายผลักดันร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ และขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) เพื่อสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เช่น ส่งเสริมให้ครอบครัวมีลูกเมื่อพร้อม สนับสนุนให้โรงเรียนมีการจัดการเรียนการสอน ตลอดจนจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้เพศศึกษา ส่งเสริมให้โรงพยาบาลทุกแห่งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเน้นการเข้าถึงการให้บริการในกลุ่มวัยรุ่น โดยจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service: YFHS)



กรมวิทย์ฯ เตือนสตรี-ทารก เสี่ยงเชื้อแบคทีเรียสเตรปโตคอคคัส

สตรีและเด็กทารกแรกเกิด และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันโรคอ่อนแอ เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วย เชื้อนี้ทำให้เกิดภาวะโลหิตเป็นพิษ ปอดอักเสบ และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โดยเฉพาะในทารกคลอดก่อนกำหนดได้ จากรายงานของศูนย์วิจัยและชันสูตรโรคสัตว์ภาคใต้ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2529 มีรายงานการติดเชื้อนี้มาจากวัวนมสู่คนดูแลวัว โดยพบเชื้อร้อยละ 84.6 ในน้ำนมของวัว ซึ่งเป็นสายพันธุ์เดียวกับที่พบในลำคอและทางเดินปัสสาวะของคนดูแลวัว และในปี พ.ศ. 2524 การศึกษาแบบย้อนหลังของทางคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รายงานพบผู้ป่วยติดเชื้อตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2552 จำนวน 82 ราย พบมีภาวะโลหิตเป็นพิษ 40 ราย และ 52 รายมีภาวะโรคเรื้อรังมาก่อน ปัจจุบันยังไม่มียาป้องกันโรคดังกล่าว แพทย์จะวินิจฉัยโรคนี้จากการตรวจพบเชื้อในอวัยวะที่ติดเชื้อในเลือดหรือน้ำไขสันหลังของคนไข้ และรักษาได้ด้วยยาเพนิซิลลิน

นพ.นิพนธ์ ฤทธิ์พัฒนชัย อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า โครงการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดรุกราน สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ รายงานว่า ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปัจจุบันพบการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส อะกาแล็กติส หรือสเตรปโตคอคคัส กรุ๊ปบี ในผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตใน



“โครงการช่วยเหลือทารกเกิดก่อนกำหนด” เอลิมพระเกียรติฯ เชิญร่วมประมูลผลงานศิลปะ

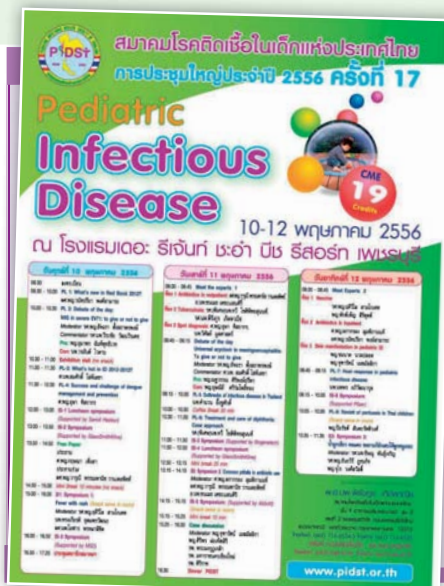
“โครงการช่วยเหลือทารกเกิดก่อนกำหนด เอลิมพระเกียรติ สมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ ทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๐ พรรษา และสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร ทรงเจริญพระชนมายุครบ ๕ รอบ” ภายใต้โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชน

ไทย ในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร จัดการประมูลผลงานศิลปกรรมในวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2556 เวลา 18.00 น. ณ ห้องนภาลัย โรงแรมดุสิตธานี

ทั้งนี้รายได้จะนำไปช่วยเหลือทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีโรคจอตาเจริญเติบโตผิดปกติ ซึ่งต้องให้การวินิจฉัยและรักษาที่เร่งด่วน ในกรณีที่มีโรคมีความรุนแรง ทารกจะต้องได้รับการรักษาโดยจักษุแพทย์ที่มีความชำนาญภายใน 72 ชั่วโมง มิเช่นนั้นทารกจะสูญเสียการมองเห็นไปตลอดชีวิต ผู้สนใจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2419-7687-8, 0-2241-0088, 0-2241-1616

ศิริราช-สร. จัดประชุมวิชาการนานาชาติ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรที่เกี่ยวข้องทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข จัดการประชุมวิชาการนานาชาติทางการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. 2556 หรือ International Conference in Medicine and Public Health 2013 (ICMPH 2013) ระหว่างวันที่ 24-28 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยหัวข้อหลักของการประชุมวิชาการในปีนี้เป็น “Healthy Society beyond Frontiers” หรือ “สุขภาพไร้พรมแดน” ผู้สนใจสามารถติดต่อได้ที่ E-mail: siriraj.conference@gmail.com, www.sirirajconference.com



สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก จัดประชุมใหญ่ประจำปี 2556

สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทยจัดการประชุมใหญ่ประจำปี พ.ศ. 2556 ครั้งที่ 17 Pediatric Infectious Disease ระหว่างวันที่ 10-12 พฤษภาคม พ.ศ. 2556 ณ โรงแรมเดอะ รีเจนท์ ชะอำ บีช รีสอร์ท จ.เพชรบุรี ผู้สนใจสามารถติดต่อได้ที่ พ.อ.นพ.พิรงกูร เกิดพานิช สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2716-6534-5 โทรสาร 0-2716-6535 หรือที่หน่วยติดเชื้อเด็ก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โทรศัพท์/โทรสาร 0-2644-4135 www.pidst.or.th

การศึกษาเรียนรู้เรื่องสุขภาพในแง่มุมเชิงประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมในสังคมไทยได้ถูกเลเลยมานาน อีกทั้งคนส่วนใหญ่และหน่วยงานต่าง ๆ ไม่ค่อยเห็นความสำคัญในการเก็บรักษาเอกสารและวัตถุต่าง ๆ ซึ่งเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขให้ได้ศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสถาบันและวิถีสุขภาพในสังคมไทย ตลอดจนยังไม่ตระหนักถึงคุณค่าความหมายของความหลากหลายทางภูมิปัญญาการแพทย์และสุขภาพ จึงหลงลืมเรื่องราวและเหตุการณ์สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของแนวคิดและวิถีปฏิบัติจากยุคหนึ่งไปสู่อีกยุคหนึ่ง



“หอประวัติศาสตร์สุขภาพ” แหล่งเรียนรู้เรื่องราวระบบสุขภาพไทย

การทำงานเพื่อรักษาความทรงจำและความรู้ที่เป็นประวัติศาสตร์สุขภาพไทย เพื่อให้เรื่องราวความภาคภูมิใจ ความประทับใจในอดีตนั้นไม่สูญหายไปกับกาลเวลา การมีสถานที่ในการเรียนรู้เรื่องราวของประวัติศาสตร์ โดยเฉพาะประวัติศาสตร์สุขภาพจึงถือเป็นเรื่องจำเป็น ซึ่งนับจากนี้ไป ความทรงจำ ความรู้ ความประทับใจ รวมถึงตำรา เครื่องมือแพทย์ ภาพการทำงาน ฯลฯ ตั้งแต่อดีตเหล่านี้จะถูกรวบรวมไว้ใน ‘หอประวัติศาสตร์สุขภาพ’ ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพและสังคม นอกจากนี้ยังเป็นคลังความรู้ค้นคว้าวิจัยตำรายาการแพทย์แผนไทย และในอนาคตจะมีการประสานกับสถาบันการศึกษาแพทย์และสาธารณสุข เพื่อจัดหลักสูตรประวัติศาสตร์สุขภาพขึ้นอีกด้วย

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานคณะกรรมการบริหารหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย กล่าวว่า หอประวัติศาสตร์สุขภาพแห่งนี้ นับเป็นพิพิธภัณฑ์ที่จัดแสดง



เรื่องราวทางประวัติศาสตร์สุขภาพครั้งแรกของเมืองไทย ซึ่งทีมงานที่เกี่ยวข้องได้ทำงานค้นคว้ากันอย่างเข้มข้นเพื่อทบทวนเรื่องราว รวบรวมข้าวของชิ้นสำคัญ ๆ และประมวลทุกอย่างที่คัดสรรภายใต้แนวคิด “๑๐๐ บุคคล ร้อยความคิด ร้อยสิ่งประดิษฐ์ ร้อยเรื่องราว” จนพัฒนามาเป็นการนำเสนอและสะท้อนคุณค่าผ่านการจัดแสดงเป็นโซนต่าง ๆ ที่เชื่อมร้อยทั้งข้อมูล ความรู้ และแรงบันดาลใจ เพื่อส่งต่อไปให้ผู้เข้าชมหอประวัติศาสตร์สุขภาพแห่งนี้ได้เห็นถึงความทรงจำทางสังคมเกี่ยวกับสุขภาพและการแพทย์ผ่านช่วงเวลาต่าง ๆ สะท้อนให้เห็นการเรียนรู้และการใช้ภูมิปัญญาที่แตกต่างไปตามบริบททางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละท้องถิ่น

“หวังว่าจุดเริ่มต้นจากการรวบรวมประวัติศาสตร์สุขภาพครั้งนี้จะนำไปสู่การขยายผลที่เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพและสังคมโดยรวม ซึ่งการทำงานในระยะต่อไปจะเน้นไปที่การเชื่อมต่อข้อมูลกับสถาบันการศึกษาทางการแพทย์และการสาธารณสุขทุกสาขา เพื่อให้เห็นความสำคัญและการใช้ประโยชน์ต่อยอดการเรียนรู้ โดยแต่ละสถาบันอาจสนับสนุนให้มีการจัดหลักสูตรเรียนรู้ทางประวัติศาสตร์สุขภาพ รวมทั้งการจัดกิจกรรมที่ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้กับผู้คนและท้องถิ่นต่าง ๆ ตลอดจนหันมาตระหนักและลงมือรวบรวมหลักฐานทางประวัติศาสตร์ด้วยตนเองให้เพิ่มมากขึ้น” นพ.วิชัย กล่าว

นพ.วิชัย เทียนถาวร ผู้ช่วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประธานพิธีเปิดหอประวัติศาสตร์สุขภาพ ย้ำว่า การศึกษาเรียนรู้เรื่องสุขภาพในแง่มุมเชิงประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมได้ถูกเลเลยมานาน รวมทั้งคนส่วนใหญ่และหน่วยงานต่าง ๆ ไม่ค่อยเห็นความสำคัญในการเก็บ

เรียนรู้ความตายและ วาระสุดท้ายของชีวิต

ไม่ว่าการแพทย์จะพัฒนาไปมากเท่าใด แต่ก็ไม่อาจเอาชนะความตายได้ การพยายามยืดชีวิตในวาระสุดท้าย การต่อสู้ดิ้นรนรักษาโรคร้ายที่ไม่อาจรักษาได้ และความพยายามอื่นๆ เพื่อคืนสังขารให้เวลาอันมีค่าที่สุดทางเดียว เพราะนอกจากจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมากแล้ว ยังอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรมานและอาจส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวได้ การเรียนรู้เรื่องความตายและการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต จึงอาจเป็นการกำจัดทุกข์ที่จะมาเยือนเป็น “สุคติ” หรือเป็นหนทางแห่งความสุขอย่างแท้จริง



รักษาเอกสารและวัตถุต่าง ๆ ซึ่งเป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข ทำให้เกิดการหลงลืมเรื่องราวและ เหตุการณ์สำคัญที่แสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของแนวคิด และวิถีปฏิบัติจากยุคหนึ่งไปสู่อีกยุคหนึ่ง ดังนั้น การทำงาน เพื่อรักษาความทรงจำและความรู้ประวัติศาสตร์สุขภาพไทย จึงเป็นเรื่องสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการศึกษาค้นคว้าเพื่อ พัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขในปัจจุบันและอนาคต

นอกจากนี้หลังจากการจัดตั้งหอประวัติศาสตร์สุขภาพ แล้ว ความยั่งยืนของหอประวัติศาสตร์สุขภาพก็เป็นเรื่อง ที่ต้องได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคส่วน ต่าง ๆ ในการสนับสนุนให้เกิดการค้นคว้าและรวบรวมอย่าง ต่อเนื่อง คู่ขนานไปกับการสร้างพื้นที่การเรียนรู้ประวัติศาสตร์ ให้เพิ่มมากขึ้นอย่างจริงจัง ทั้งในสถาบันการศึกษา และพื้นที่ เรียนรู้สาธารณะอื่น ๆ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของ คนรุ่นใหม่ต่อไป และในฐานะที่กระทรวงสาธารณสุขเป็น หน่วยงานหลักในการร่วมจัดตั้งหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ สุขภาพไทย จึงมีความยินดีและพร้อมให้การสนับสนุนเพื่อ ผลักดันให้การศึกษาศาสตร์สุขภาพในสังคมไทยมีความ ก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า นับเป็นครั้งแรกของประเทศไทยที่มีการจัดตั้งหอ ประวัติศาสตร์สุขภาพอย่างเป็นทางการ ซึ่งภายในจะรวบรวม ประวัติศาสตร์การทำงานด้านสุขภาพตั้งแต่อดีต ทั้งรูปภาพ เครื่องมือเครื่องใช้สำคัญในการทำงาน เครื่องมือแพทย์ รถ และภาพยนตร์การออกหน่วยบริการของแพทย์ เป็นต้น ซึ่ง ถือเป็นรากเหง้าของการดูแลสุขภาพประชาชน

“เอกสารเก่าแก่ที่สุดเป็นตำราที่ไม่สามารถระบุเวลาได้ อย่างแน่ชัด เพราะเป็นตำราที่สืบทอดกันมาแต่โบราณ โดย เอกสารสำคัญคือ เอกสารส่วนบุคคลของบุคคลสำคัญด้าน สุขภาพกว่าแสนชิ้น อาทิ สม พริ้งพวงแก้ว, พื่อทองอ่อน

สิทธิไกรพงษ์ ผู้เป็นกำลังหลักในการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย เป็นต้น อย่าง ตำรายาของพื่อทองอ่อนก็มีผู้สนใจมาค้นคว้าข้อมูลเพื่อนำไปศึกษาและวิจัย เป็นจำนวนมากว่ามีตัวยาอะไรบ้าง เนื่องจากมีตำรายาหลายขนานที่เชื่อว่า สามารถรักษาโรคอะไรก็ได้ อย่างไรก็ตาม หอประวัติศาสตร์สุขภาพจะเป็น แหล่งเรียนรู้ฟรีสำหรับผู้ที่ต้องการค้นคว้าข้อมูล โดยสามารถมาค้นคว้าเอกสาร จริงได้ที่หอประวัติศาสตร์สุขภาพ หรือในเว็บไซต์ของหอจดหมายเหตุฯ ได้”

นพ.ณรงค์ กล่าวอีกว่า เป้าหมายงานอีกอย่างหนึ่งคือ การแสวงหา และอนุรักษ์เอกสาร โดยการกำหนดเป้าหมายในการเลือกสรรเอกสารวัตถุ จดหมายเหตุที่ควรแสวงหามาเก็บไว้ และต้องทำงานให้ทันกับเวลาก่อนที่ จะสูญหายไป เช่น การเก็บเอกสารเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค รวมทั้งเอกสารการณรงค์ เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบและสุรา เอกสารเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา และการสร้างความรู้ติดเชื่อเอชไอวี เป็นต้น

ด้าน **นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการหอจดหมายเหตุ และพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย** ได้นำชมและให้ข้อมูลเกี่ยวกับหอประวัติศาสตร์ สุขภาพว่า หอประวัติศาสตร์สุขภาพแห่งนี้มีพื้นที่เกือบ 400 ตารางเมตร แม้จะไม่ได้ใหญ่โตมโหฬาร แต่อัดแน่นไปด้วยเนื้อหา บุคคล ข้าวของ ความคิด สิ่งประดิษฐ์ และเรื่องราวที่พร้อมเป็นพื้นที่หรือแหล่งเรียนรู้เรื่อง ราวเกี่ยวกับการแพทย์ การสาธารณสุขหรือสุขภาพของสังคมไทยในเชิง ประสบการณ์ได้อย่างมีชีวิตและมีความต่อเนื่อง

ภายในหอประวัติศาสตร์สุขภาพได้มีการจัดแสดงวัตถุ จดหมายเหตุ ภาพ เอกสาร และข้าวของที่มีความเป็นมาหลากหลาย พร้อมแหล่งอ้างอิง ที่ชัดเจนและเชื่อถือได้ โดยนิทรรศการทั้งหมดได้แบ่งพื้นที่ออกเป็น 9 โซน





หลัก ๆ แต่ก็เชื่อมโยงกันถึงกัน ภายใต้บรรยากาศของการเดินชมตามอรรถาธิบาย ดังนี้

โซนสุขภาพทางจิตวิญญาณ ที่เปิดประเด็นคำถามเชิงปรัชญาที่ปรากฏในทุกภูมิปัญญา ทุกศาสนาและวัฒนธรรมว่าอะไรคือสิ่งที่เปี่ยมแก่นแท้ของชีวิต และจะไปสู่วิถีแห่งความหลุดพ้นได้อย่างไร

โซนการแพทย์ในสถานการณ์วิกฤต ในสถานการณ์คับขัน การแพทย์มีบทบาทสำคัญ ไม่เพียงแต่ความรู้ทางการแพทย์ในการรักษาผู้คนที่ได้รับบาดเจ็บเท่านั้น แต่ยังรวมถึงทักษะในการจัดการสถานการณ์ที่ไม่ปกติอีกด้วย

โซนความตายและวาระสุดท้ายของชีวิต เพราะไม่ว่าการแพทย์และระบบการดูแลสุขภาพจะพัฒนาไปแค่ไหน ก็ไม่สามารถเอาชนะความตายได้ การเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การตายเป็น 'สุขคติ' อย่างแท้จริง ฯลฯ

โซนภูมิปัญญาสุขภาพ หอมไทย-ยาไทย เป็นภูมิปัญญาที่คนไทยได้สั่งสม สืบทอดผ่านประสบการณ์และบทเรียน



จนกลายเป็นระบบความรู้ที่สะท้อนปรัชญาความเข้าใจธรรมชาติ และเป็นส่วนหนึ่งของระบบนิเวศวัฒนธรรมไทย

โซนพหุลักษณะทางการแพทย์ ค่านิยม ความคิด ความเชื่อที่ต่างกัน ผันแปรไปตามบริบทของวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ จึงเกิดเป็นความหลากหลายทางวัฒนธรรมและสุขภาพ

โซนชีวิตความเป็นอยู่ ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์นั้นสัมพันธ์กับวิถีสุขภาพ การกลับมาหาความสมดุลพอดี ไม่เพียงแต่ทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น แต่ยังลดการแก่งแย่งและการทำลายล้างธรรมชาติอีกด้วย

โซนจักรวาลภายใน จักรวาลภายนอก เพราะในแต่ละสังคมได้พยายามอธิบายการดำรงอยู่ของตัวเองเข้ากับจักรวาลในความเชื่อของสังคมนั้น สะท้อนให้เห็นถึงการพยายามสร้างความกลมกลืนระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ

โซนสุขภาพกับสังคม ชี้ให้เห็นทิศทางและนโยบายการพัฒนาประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การสร้างสังคมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้จากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคม

โซนรอยเวลาเส้นทางสุขภาพไทย สะท้อนถึงแนวคิดและวิถีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ในแต่ละยุคสมัย ตลอดจนพัฒนาการทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม

นอกจากนั้นการออกแบบภายในได้จัดให้มีฉากหลังและผ้าเพดานสีดำนสนิท นอกจากเพื่อขับให้เรื่องราวที่นำมาจัดแสดงดูโดดเด่นขึ้น ยังสะท้อนอีกว่ายังมีเรื่องราวอีกมากมายที่สูญหายไปตามกาลเวลา หรือยังไม่ได้นำมาจัดแสดง รอให้มีการค้นพบเพิ่มเติมอีกเรื่อย ๆ ส่วนพื้นที่ฐานที่ติดตั้งเรื่องราวส่วนใหญ่เป็นท่อนกระดาศกลหรือแท่นกลม แสดงถึงการหมุนเวียนเปลี่ยนผ่านของเหตุการณ์ไปตามกาลเวลา

ท่านที่สนใจสามารถเข้าชมและร่วมเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ในหอประวัติศาสตร์สุขภาพได้ในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.30-16.30 น. บริเวณชั้น 1 อาคารสุขภาพแห่งชาติ โดยไม่เสียค่าบริการ สำหรับผู้ที่สนใจและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น บุคลากรทางด้านสาธารณสุข นักศึกษา ฯลฯ สามารถติดต่อขอเข้าชมเป็นหมู่คณะได้ตามวันและเวลาดังกล่าว หรือสามารถติดตามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์และเฟซบุ๊กของหอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์สุขภาพไทย www.nham.or.th หรือ www.facebook.com/nham.thailand



ยุงลายขาตกรใช้เลือดออก ฟันยุงรอบบ้าน “เอาอยู่” หรือ “ยังอยู่”

กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เผยไข้เลือดออกปีนี้ระบาดหนัก เพียงแค่ระยะเวลา 2 เดือนกว่า ยอดผู้ป่วยสูงถึง 13,200 ราย เสียชีวิต 16 ราย เร่งดำเนินนโยบายสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ รณรงค์ทุกบ้านลงมือกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้าน อย่าให้ยุงเกิด อย่าให้ยุงกัดทั้งคนปกติและคนป่วย หากมีไข้สูงติดต่อกัน 3 วัน ให้รีบพบแพทย์ และย้ำประชาชนไม่ควรวางใจการฟันยุงรอบบ้าน อยากให้ตระหนักถึงข้อเสียที่รุนแรงของโรคไข้เลือดออก ช่วยกันป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากพาหะนำโรค เพื่อประชาชนคนไทยพ้นภัยจากโรคไข้เลือดออก

Talk of the Town ในฉบับนี้ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะดี ๆ จากน้อง ๆ นักเรียนแพทย์ทหาร ถึงการป้องกันตนเองจากยุงลาย ตัวการที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกที่กำลังระบาดหนัก ลองมาดูสิว่า น้อง ๆ นักเรียนแพทย์ทหารรุ่นใหม่มีข้อเสนอแนะอย่างไรกันบ้าง



นพท.พันธวิช รัตนจิรณกร

“ในส่วนขอประชาชน การพยายามป้องกันตัวเองไม่ให้ถูกยุงกัด คือการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุดแล้ว เช่น ก่อนเข้านอนควรสำรวจในบริเวณบ้านให้ดูว่ามียุงหรือไม่ อาจเพิ่มการป้องกันด้วยการกางมุ้งนอน ระหว่างวันควรทายากันยุง และตรวจเช็คแหล่งเพาะพันธุ์ของยุง คือบริเวณที่มีแหล่งน้ำ หมั่นเปลี่ยนน้ำอยู่สม่ำเสมอ และสำหรับในส่วนขอเจ้าหน้าที่ คิดว่ายังมีการให้ความรู้แก่ประชาชนไม่เพียงพอ อยากให้มีการกระจายความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องของโรคไข้เลือดออกให้มากกว่านี้”



นพท.วิไลพร ชาญปรีชา

“ส่วนตัวมองว่าประชาชนหลายคนยังไม่เข้าใจเรื่องโรคไข้เลือดออก เพราะโดยส่วนใหญ่มักมองว่าเป็นแค่โรคไข้หวัด มีไข้สูง มีจุดแดงตามตัว รักษาหายได้ง่าย ทั้งที่จริงแล้วโรคไข้เลือดออกมีความรุนแรงมากกว่านั้นหลายเท่า หากผู้ป่วยมีอาการหนักมาก ๆ ก็มีโอกาสเสียชีวิตได้ อยากให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรคไข้เลือดออกให้มากขึ้นว่ามีความรุนแรงอย่างไร และประชาชนเองสามารถป้องกันตัวเองให้ห่างไกลจากโรคไข้เลือดออกได้อย่างไรบ้าง”



นพท.ปิติกุล เสตะปุระ

“ถือเป็นตัวเลขที่สูงมากสำหรับยอดผู้ป่วยไข้เลือดออกที่เกิดขึ้นภายใน 2 เดือนกว่า อยากให้ประชาชนทุกคนตระหนักในเรื่องการป้องกันตัวเองจากโรคไข้เลือดออกให้มากขึ้น ตรวจตราที่อยู่อาศัยให้มากขึ้น เพราะหากติดเชื้อไข้เลือดออกแล้ว มันไม่ได้รักษาหายได้ง่ายอย่างที่คิด อาจถึงแก่ชีวิตด้วยซ้ำไป ส่วนหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนก็อยากให้มีการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้มากขึ้น สื่อที่คิดว่าน่าจะช่วยกระจายความรู้ได้ดีที่สุดคงเป็นโทรทัศน์ หากทำสื่อรณรงค์ผ่านสื่อโทรทัศน์คิดว่าน่าจะช่วยแก้ปัญหานี้ได้มากพอสมควร”



นพท.ภัทราภา แยมดี

“โรคไข้เลือดออกถือเป็นโรคที่เราทุกคนมีโอกาสติดได้ง่ายมาก เพราะมียุงลายเป็นพาหะนำโรคแล้วยุงลายก็มีอยู่ทุกที่ เช่น ในตลาดสด ร้านอาหาร มักมีแหล่งน้ำท่วมขังอยู่ซึ่งถือเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้ดี เพราะฉะนั้น หากจะป้องกันตัวเองเพียงแค่นอนในบ้านก็ยังมีโอกาสติดเชื้อไข้เลือดออกได้อยู่ดี ทางที่ดีควรพกยากันยุง โลชั่นกันยุง ซึ่งสามารถทาซื้อได้ง่าย พกติดตัว และคอยทาโลชั่นกันยุงอยู่เป็นประจำ เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงกัดก็จะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อไข้เลือดออกได้มากขึ้น”

“เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นทางออกหนึ่งของโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางที่ถือได้ว่าเป็นการดูแลคนไข้ได้แบบครอบคลุมจริง ๆ เนื่องจากการดูแลสุขภาพหรือความเจ็บป่วย ถ้าเราเข้าใจว่าคนไข้จะเจ็บป่วยเฉพาะร่างกาย อันนี้เป็นความเข้าใจผิด เพราะเวลาที่คนไข้ได้ป่วย เขาจะไม่ได้ป่วยเฉพาะร่างกายโดยเฉพาะในชุมชนของชนบทเขาจะป่วยทุกเรื่อง สำหรับผมคิดว่าโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงเรียนของชีวิต ทำให้ได้เข้าใจชีวิตในทุกมิติ เข้าใจชีวิตคนอื่น เข้าใจชีวิตตนเอง พบความสุขในชีวิต การที่เราได้ไปอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนจะทำให้ได้เรียนรู้อะไรมากมาย และเป็นการตอบแทนสังคมที่สนับสนุนเราจนเป็นหมอ อีกทั้งยังได้มีโอกาสไปช่วยเหลือคนที่ต้องการหมอจริง ๆ” คำพูดที่สะท้อนให้เห็นถึงชีวิตความเป็นอยู่ในความสุขที่เรียบง่ายของการเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จากประสบการณ์ของ **นพ.สิริชัย นามทรศนีย์** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุบลราชธานี จังหวัดกาฬสินธุ์ แพทย์ชนบทดีเด่น กองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร ประจำปี 2555 ที่มาบอกเล่าให้ฟังว่า



นพ.สิริชัย นามทรศนีย์

แพทย์คือผู้เมตตา กรุณา โดยเฉพาะในช่วงที่ตัวเองทุกข์



“ผมเป็นลูกคนโต มีน้องสาว 1 คน คุณพ่อรับราชการทหารชั้นประทวน แม่เป็นแม่บ้านและทำงานหารรายได้เล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่กับบ้าน ตอนเด็กเรียกได้ว่าเป็นคนขี้โรค ต้องไปรับการรักษามุมิแพ้ ไช้สออักเสบเป็นประจำแทบไม่เว้นแต่ละเดือน สิ่งที่ได้จำได้ตอนนั้นคือเบื่อกับการไปหาหมอ พอขาดโรงเรียนที่ไร เพื่อนก็ล้อทุกที ผมจึงรู้สึกว่าการหากผมเป็นหมอรักษาตัวเองได้คงดี เมื่อผมโตขึ้นความตั้งใจของผมยิ่งแน่วแน่ขึ้น ทั้ง ๆ ที่ที่บ้านอยากให้เป็นทหารเหมือนคุณพ่อ เพราะผมได้เห็นคุณหมอหลายท่านมีบทบาทในการสอนและสังคม โดยมีภาพของผู้ทรงเกียรติและได้รับการยกย่อง ร่วมกับความรู้สึกที่ว่าผมคงมีโอกาสช่วยใครอีกหลายคนไข้เจ็บป่วยป่วย ๆ เหมือนผมได้”

นพ.สิริชัย กล่าวต่อว่า วันที่ผมสอบเข้าคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้ จึงเหมือนความฝัน ผมต้องไปดูประกาศผลสอบถึง 2 ครั้ง เพราะไม่เชื่อสายตาตัวเองว่าจะทำได้จริง ๆ 6 ปีในการศึกษาแม้จะหนักหน่วง แต่ก็ภูมิใจและมีความสุข จนเมื่อจบการศึกษามาเป็นแพทย์เต็มตัว ผมจึงรู้สึกบางอย่างที่แตกต่างไป ผมไม่พบความสุขเหมือนอย่างที่คิด แต่ละวันเต็มไปด้วยงานหนักและความเครียด ภาระงานที่ไม่รู้จักจบสิ้น ทำงานแต่ละวันราวกับอยู่บนสายพานเครื่องจักร ทำให้หมดเวลาไปแต่ละวันเพื่อพบกับความสุขหลังเลิกงาน ผู้ป่วยที่เราอยากช่วยเหลือก็เหมือนอยู่คนละข้างกัน มีความต้องการไม่มีที่สิ้นสุด พูดอะไรก็ไม่เข้าใจ อยากได้ในสิ่งที่ไม่จำเป็น แต่ไม่ทำในสิ่งที่ควรทำ ผมพบกับความสับสน เช่นนี้อยู่เป็นระยะ ๆ บางครั้งถึงกับทะเลาะกับผู้ป่วยอย่างรุนแรงก็มี ผมรู้สึกว่า มีบางอย่างหายไปจากระบบสุขภาพ บางอย่างที่ทำให้การดูแลสุขภาพไม่เพียงได้ผลเท่านั้น แต่จะสร้างความสุขให้แก่ทั้งหมอและผู้ป่วยด้วย ผมจึงเลือกเรียนเวชศาสตร์ครอบครัว โดยระหว่างที่เรียนเวชศาสตร์ครอบครัวนี้ ผมได้เข้าใจเรื่องสำคัญหลายประการ ได้แก่ เมื่อใครคนหนึ่งเจ็บป่วย มิเพียงร่างกายเท่านั้นที่

เจ็บป่วย หากแต่ความป่วยไข้จะส่งผลถึงมิติอื่น ๆ ในความเป็นมนุษย์ของเขาด้วย การเยียวยาทางกายเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ ความรู้สึก คุณค่า ศักดิ์ศรี ก็เป็นเรื่องที่หมอต้องเข้าใจและช่วยดูแลเขาด้วยเช่นกัน

นอกจากนั้นความเจ็บป่วยของใครคนหนึ่งย่อมส่งผลถึงคนอื่น ๆ ในครอบครัว การที่เราไม่เคยสนใจความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยของคนไข้และความทุกข์ของครอบครัวจึงไม่เข้าใจปรากฏการณ์หลาย ๆ อย่างที่เกิดขึ้น คนไข้ทั้งที่จำเป็นแต่กลับไม่มารักษาที่โรงพยาบาลเพราะกลัวลูกลำบาก ญาติทั้งที่รู้ว่าเป็นโรคร้ายสุดท้ายไม่มีทางรักษาแต่ขอสู้ให้ถึงที่สุดเพื่อยื้อแม่ไว้ ตัวอย่างเบื้องต้นเหล่านี้บ่งถึงความทุกข์จากครอบครัวที่หมอจะเข้าไปช่วยดูแลได้ ข้อสำคัญอีกข้อหนึ่งคือ การใช้ความสัมพันธ์ที่ดีเยี่ยมของคนไข้ หมอไม่ได้มีเพียงยาที่จะรักษาคนไข้ได้เท่านั้น แต่ตัวหมอเองนั้นคือยา ผ่านความสัมพันธ์ที่ดี ความรัก และเอาอาหารต่อกันสามารถช่วยให้คนไข้ฟื้นตัวได้มากกว่าที่คิด

นพ.สิริชัย กล่าวถึงการนำความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ให้ฟังว่า ในช่วงปีแรก ๆ หลังจากจบด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ผมจึงทดลองนำความเข้าใจนี้มาปฏิบัติกับตัวเอง ทำให้เวชปฏิบัติที่เคยเป็นทุกข์กลับเป็นสุข ภาระงานที่หนักหนาจากคนไข้จำนวนมากแม้จะไม่ลดลงแต่ได้ความเข้าใจ ความภูมิใจ และความสุขกลับคืนมา การมาตรวจคนไข้ที่เคยมองแต่ว่าเมื่อไรจะถึงคนสุดท้ายเสียที กลายเป็นความสุขที่



ได้เข้าใจทุกข์ และช่วยปลดปล่อยทุกข์ของคนไข้ ยิ่งคนไข้โรคเรื้อรังแล้ว การได้มาเจอกันก็เหมือนมาเจอเพื่อน เจอญาติ เจอคนคุ้นเคยที่จะช่วยดูแลกันไป ผลลัพธ์ทางสุขภาพของคนไข้ก็ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โรคบางอย่างที่เหมือนจะวุ่นวายไม่มีทางหาย ก็หายไปได้อย่างน่าอัศจรรย์ บรรยากาศและความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยก็กลับคืนมา ผมจึงเชื่อว่านี่คือชิ้นส่วนที่หายไปและควรนำมาผนึกคืนมาสู่ระบบสาธารณสุข ซึ่งจะเกิดระบบที่มีสุขอย่างแท้จริงทั้งผู้ดูแลและญาติผู้ดูแล

“สมัยที่ผมเป็นนักศึกษาแพทย์จนกระทั่งเรียนจบ 6 ปี ผมไม่ได้รู้ในสิ่งนี้เลย ผมหุดหิดคนไข้ ทั้ง ๆ ที่ผมมีความใฝ่ฝันอยากเป็นแพทย์ที่ดีมาก ๆ เมื่อเห็นรุ่นพี่รับรางวัล ผมอยากจะได้รับรางวัลแบบเขาบ้าง แต่ทำไมผมกลับเป็นหมอมืด ดูขึ้นทุกวัน เมื่อมาทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนผมก็ยังไม่ได้คำตอบ ผมเจอแต่ปัญหา เพราะว่าสิ่งที่เรียนตอนเป็นนักศึกษาแพทย์ยังไม่ใช่คำตอบ ผมมาเจอคำตอบตอนที่เรียนเวชศาสตร์ครอบครัว และเมื่อเรียนจบผมมาลองทำ ผมคิดว่าใช่ มันคือคำตอบ ซึ่งไม่ได้ใช่เฉพาะแค่กับผม ผู้ร่วมงานกับผมทุกคนเอาเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล จนเราเกิดคติใหม่จากรักษาโรคเป็นรักษาคน รักษาความทุกข์ก็ด้วยความทุกข์กับเขาก่อน พยาบาลก็เปลี่ยนจากการดูแลคนไข้เป็นดูแลความทุกข์ นักกายภาพบำบัดเปลี่ยนจากฟื้นฟูร่างกายเป็นฟื้นฟูชีวิต ไม่ใช่แค่เพียงเดินได้ ต้องทำให้เขามีคุณค่าในสังคม”



นพ.สิริชัย กล่าวว่า ความตั้งใจที่สำคัญของผมคือ การนำชิ้นส่วนที่ขาดหายไป คือการดูแลแบบเวชศาสตร์ครอบครัวกลับคืนสู่ระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในส่วนของการดูแลปฐมภูมิ ซึ่งเป็นจุดที่ใกล้ชิดชีวิตคนมากที่สุด ผมคาดหวังว่าระบบสุขภาพที่เกิดต่อไปจะไม่เพียงมีประสิทธิภาพ แต่ยังนำมาซึ่งความสุขแก่ทุกฝ่ายด้วย งานแรกที่น่ากระบวนกรนี้ไปใช้คือ การดูแลผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรัง เดิมผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นกลุ่มที่ถูกทอดทิ้งจากระบบทั้งที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด เดิมสิ่งที่ระบบให้มาเพียงการสงเคราะห์เพียงครั้งคราว การดูแลจากทีมสุขภาพที่เข้าใจเวชศาสตร์ครอบครัวทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่ง เราเปลี่ยนจากผู้เฝ้ามองเป็นผู้ร่วมรักษา เราเริ่มจากการเข้าใจกันและกันก่อนเริ่มการรักษา เราเปลี่ยนเป้าหมายจากการรักษาโรคเป็นรักษาความทุกข์ เราเปลี่ยนหน้าที่บังคับเป็นความห่วงใยและหวังดี ด้วยแนวคิดเช่นนี้ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา เราสามารถดูแลผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง คนชราได้ทั่วทั้งอำเภอ มีผู้ป่วยที่หายได้อย่างน่าอัศจรรย์อยู่นับไม่ถ้วน ที่สำคัญคือ ความรู้สึกนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะผมเพียงคนเดียว แต่ทีมงานที่ทำงานร่วมกันหลายสิบชีวิตก็เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีพลัง ทีมงานสุขภาพที่เคยท้อแท้กลับเป็นทีมอุทิศตนและทำงานหนัก ไม่ใช่เพราะหวังสิ่งตอบแทนใด ๆ แต่ทุกคนเข้าใจถึงคุณค่าของงานที่ทำทุกวัน ภารกิจดูแลคนไข้ที่คนอื่น ๆ อาจจะมองว่าหนัก ซ้ำซากน่าเบื่อหน่าย แต่จริง ๆ แล้วมันกลับเป็นงานที่ทรงคุณค่า น่าภาคภูมิใจ และที่สำคัญมีผลต่อชีวิตผู้คนจริง ๆ

“เวชศาสตร์ครอบครัวจึงเป็นคำตอบหนึ่งของโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง และในทางปฏิบัติถ้าจะให้เราเติมแพทย์เฉพาะทางเข้าไปในโรงพยาบาลชุมชนให้ครบตามความจำเป็นก็ต้องใช้แพทย์จำนวนมากซึ่งแทบจะเป็นไปไม่ได้เลย นอกจากนั้นการที่จะใช้แพทย์เฉพาะทางแสดงว่ามีอาการหนัก และเป็นการแก้ไขที่ปลายเหตุคือ รอให้มีอาการหนักก่อนจึงค่อยแก้ ซึ่งอาจจะช้าไป แต่ถ้าเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะดูแลคนไข้มาอย่างต่อเนื่องจะสามารถดูแลคนไข้ในระยะเริ่มต้นได้ตั้งแต่ยังไม่หนักมาก รวมถึงสามารถส่งต่อไปกับแพทย์เฉพาะทางได้ ดังนั้น เวชศาสตร์ครอบครัวจึงเป็นแค่ทางออกหนึ่ง ซึ่งจริง ๆ แล้วผมก็ต้องการแพทย์เฉพาะทางอยู่เหมือนเดิม เพียงแต่ว่าถ้ามีแพทย์เฉพาะทาง คำถามแรกคือ ใครจะเป็นด่านแรกเพื่อดูแลคนไข้ที่ยังเป็นไม่หนัก ทั้งนี้ความครอบคลุมในการดูแลคนไข้จริง ๆ แล้วถ้าเราเข้าใจว่าการดูแลรักษาโรค คนเจ็บป่วยจะเจ็บป่วยเฉพาะร่างกาย อันนี้เป็นความเข้าใจผิด เพราะเวลาที่คนเจ็บไข้ได้ป่วยจะไม่ได้ป่วยเฉพาะร่างกายโดยเฉพาะในชุมชนของชนบทเขาป่วยทุกอย่าง ยกตัวอย่างเช่น ในโรงพยาบาลที่พบบ่อยคือ คนไข้จิตเวชไม่สามารถมารับการรักษาได้ เหตุผลอันแรกคือ ไม่มีเงินหรือคนพามา อีกทั้งเมื่อมีคนไข้จิตเวชคนหนึ่ง ครอบครัวจะยากจนอย่างรวดเร็ว เพราะคนไข้จิตเวชมักจะเป็นวัยแรงงาน ซึ่งถ้าสามารถมาโรงพยาบาลได้ คนไข้จิตเวชก็รอฟบหมอมไม่ได้อีก เนื่องจากโรงพยาบาลมีคนจำนวนมากก็จะทำให้หุดหิด สุดท้ายญาติเลยไม่พามา การที่พวกเขาต้องได้รับความทุกข์เช่นนี้ แม้ว่าจิตแพทย์จะมีความสำคัญ แต่ก็จะต้องรักษาเฉพาะเรื่องของคนไข้จิตเวช แต่กระบวนการทั้งหมดยังต้องการคนไปเยี่ยมเยียน และสำหรับตัวผมเองยังเชื่อว่าโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในประเทศไทยยังต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เป็นเหมือนแกนกลางในการปรับระบบ หรือเป็นผู้ขับเคลื่อนระบบสุขภาพ และเป็นผู้เชื่อมต่อกับแพทย์เฉพาะทางเพื่อให้เกิดการประสานงานที่ดี ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด”

นพ.สิริชัย กล่าวถึงการเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนว่า การเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนคือ การเข้าใจความทุกข์ เข้าใจคนไข้ คนไข้ในแต่ละพื้นที่มีความจำเป็น มีความต้องการไม่เหมือนกัน เราจะทำงานอย่างไรต้อง

เข้าใจคนก่อน ยกตัวอย่างเช่น คนในชุมชนเขาอยากให้เราไปเยี่ยมบ้าน แต่ถ้าเป็นสังคมในเมือง บ้านคือสถานที่ส่วนตัว คนในเมืองจึงไม่อยากให้หมอไปเยี่ยม เพราะฉะนั้นเราทำงานที่ไหนก็ตาม หมอต้องเข้าใจคนไข้ สิ่งนี้ถือเป็นพื้นฐาน ต้องเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เข้าใจในแง่ของความเป็นมนุษย์ ว่ามนุษย์ทุกคนมีความรัก มีความทุกข์ มีความกังวล มีความสงสัย

เหมือนที่หมอมิ เพียงแต่บางครั้งเขาไม่สามารถพูดได้ หรือพูดไม่ถูก สิ่งที่เขาต้องการคือ ความเข้าใจ ซึ่งถ้าหมอจะทำงานในชนบทได้อย่างมีความสุข หมอต้องพยายามเข้าใจคนที่อยู่ร่วมกับเรา รวมถึงเพื่อนร่วมงานด้วย

นพ.ศิริชัย ยังกล่าวถึงหัวใจของการเป็นแพทย์ให้ฟังว่า คือความเมตตา กรุณา โดยเฉพาะในช่วงที่ตัวเองลำบาก เนื่องจากในช่วงที่เราสบาย ๆ ความเมตตาเป็นเรื่องที่ง่ายมาก ยกตัวอย่างเช่น ในช่วงเวลาที่เรายังไม่หิวข้าว เราไม่เหนื่อย เราจะใจดี เมตตาต่อคนไข้ได้ แต่ถ้าต้องถูกปลุกขึ้นมาตอนกลางคืน เวลาตีสองหลังจากที่เพิ่งได้นอนชั่วโมงแรกของวันด้วยอาการไข้หวัดธรรมดา ในเด็ก ตอนนั้นจะเป็นบททดสอบความเมตตาของเราว่าเมตตาจริงหรือไม่ เพราะในความรู้สึกของเราอาจมองว่าแค่เป็นหวัดก็มาหาหมอ แต่ในความเป็นจริงสำหรับพ่อแม่ที่ต้องดูแลลูกมาตั้งแต่ห่มหนึ่งจนถึงตีสอง เขารู้สึกว่าไม่ไหวแล้ว ดังนั้น หมอต้องมีเมตตามาก ๆ แม้ในช่วงเวลาที่หมอมิมีความทุกข์ หมอยังต้องเมตตาคนไข้ หรือแม้แต่ในช่วงเวลาที่เรารู้สึกว่าเหนื่อยมาก ๆ และมีคนไข้รออยู่ เราก็ไม่มีสิทธิ์ดุคนไข้ คุณสมบัติใหญ่ของหมอมิคือ ความเมตตา ซึ่งผมรู้สึกว่าความเมตตาเนี่ย เราไม่ได้เป็นผู้ให้อย่างเดียว เพราะตัวผมก็ได้รับความเมตตาจากชุมชนด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะสังคมไทยในต่างจังหวัดเป็นสังคมที่เอื้ออาทรกัน เพียงแต่หมอจะเป็นผู้ได้รับโอกาสจากสังคมมากเป็นพิเศษ ผมจึงคิดว่าหมอควรไปตอบแทนคนในชนบท เนื่องจากการที่เราเรียนจบเป็นแพทย์ได้ก็เพราะคนในชนบทคนยากจน มีใครบ้างที่อยากให้เราเย็บแผลคนแรก ผมจำได้เลยว่าคนแรกที่ผมเย็บแผลให้ผมใช้เวลาในการเย็บแผลประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งถ้าเป็นพยาบาลหรือแพทย์ที่มีความชำนาญแค่ 10 นาทีก็เสร็จ

“ในความเป็นจริงคงไม่มีใครอยากเป็นคนแรก ไม่มีใครอยากให้เราผ่าตัดหรือแทงน้ำเกลือคนแรก ที่เราสามารถทำได้ก็เพราะคนไข้ในชนบทซึ่งพวกเขาเต็มใจให้เราทำ บางคนถึงกับบอกว่าทำเลยหมอก็ได้เก่ง ๆ ดังนั้น หมอต้องเข้าใจว่าการที่หมอสำเร็จการศึกษามาได้ หมอได้รับอะไรจากสังคมมาก โดยเฉพาะการเป็นหนูทดลองเพื่อให้หมอฝึกจนเกิดความเชี่ยวชาญ สิ่งนี้ถือเป็นเรื่องใหญ่ ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงค่าตอบแทนที่หมอเห็นว่ามันน้อย แต่มันก็มากกว่าคนระดับเดียวกันที่จบพร้อม ๆ กัน สังคมโอบอุ้มหมอทุกอย่าง เพราะฉะนั้นจึงไม่มีเหตุผลที่หมอจะไม่ตอบแทนสังคม”

สุดท้ายนี้ **นพ.ศิริชัย** กล่าวฝากถึงแพทย์ทุกท่านว่า สำหรับผมคิดว่าโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงเรียนของชีวิต ทำให้ได้เข้าใจชีวิตในทุกมิติ เข้าใจชีวิตคนอื่น เข้าใจชีวิตตนเอง พบความสุขในชีวิต การที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนต้องการการเปิดใจ เรียนรู้คนไข้และชุมชนไปพร้อม ๆ กัน ผมยังเชื่อว่าพี่ ๆ น้อง ๆ โดยเฉพาะน้องรุ่นใหม่ ๆ ที่กำลังจะจบเป็นแพทย์อยากไปใช้ชีวิตสักช่วงในโรงพยาบาลชุมชน เพราะผมเข้าใจว่าหลาย ๆ ท่านคงไม่สามารถ



ใช้ชีวิตทั้งชีวิตอยู่ในชุมชนได้ แต่ผมเชื่อว่าสักช่วงหนึ่งของชีวิตที่เราได้ไปอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนจะทำให้ได้เรียนรู้จะดีมาก และเป็นการตอบแทนสังคมที่สนับสนุนเราจนเป็นแพทย์ได้ รวมถึงยังได้ไปช่วยดูแลคนที่ต้องการหมอจริง ๆ ทั้งนี้ในส่วนของอาจารย์แพทย์ และแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผมอยากให้ช่วยเหลือเอื้ออาทรคนในชนบท ซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ในสังคมและมีข้อจำกัดในชีวิตมาก บางครั้งพวกเขามีเงินเพียง 1,000 บาท ทำให้ไม่สามารถมารับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้ ซึ่งถ้าอาจารย์ได้ช่วยลงไปสนับสนุนในชุมชน ยกตัวอย่างเช่น ในเรื่องของต่อกระดูกซึ่งเป็นโรคที่รักษาได้ง่ายมาก แต่คนไทยจำนวนมากยังตาบอดด้วยโรคต่อกระดูก ก่อนนั้นผมก็ไม่เข้าใจว่าทำไมคนไข้ถึงไม่ยอมไปรับการรักษาตามที่เราส่งต่อ ทั้ง ๆ ที่เป็นการรักษาฟรี โดยคนไข้ขอให้ออกไปผู้พิการเพื่อรับเงินช่วยเหลือเดือนละ 500 บาทแทน สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะความจริงแล้วคนที่เป็นโรคต่อกระดูกคนหนึ่ง ทางโรงพยาบาลต้องส่งต่อไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งเขาต้องเดินทางไปหลายรอบ ลูกหลานคนในครอบครัวก็ต้องทำงาน ลาหยุดไม่ได้ นอกจากนี้เมื่อผ่าตัดกลับมาก็ต้องมาดูแลตัวเองอีก คนไข้จึงยอมเลือกที่จะตาบอด แต่ถ้าเขาเลือกได้ เขาอยากตาบอดหรือไม่ คงไม่มีใครอยากจะตาบอดเพื่อได้เงินเดือนละ 500 บาท แต่ถ้าหมอไม่เข้าใจก็จะดูคนไข้ เพราะฉะนั้นเวลาที่อาจารย์หลาย ๆ ท่านไปทำโครงการผ่าตัดต่อกระดูกที่โรงพยาบาลชุมชน คนไข้จะมาจำนวนมากและทุกคนจะยิ้มแย้มอย่างมีความสุข เป็นภาพที่ผมไม่เคยเห็นมาก่อน และผมขอขอบพระคุณอาจารย์มากที่ทำให้คนอีกเป็นร้อยคนได้มีชีวิตใหม่ และยังมีอีกหลายโครงการที่มีอาจารย์เริ่มลงไปช่วยพื้นที่จริง ๆ และอยากเชิญชวนอาจารย์แพทย์ หรือแพทย์ที่อยู่ในเมืองช่วยเข้าไปลงพื้นที่ แต่ต้องเข้าใจว่าในการทำงานแบบนี้การเข้าไปปีละครั้ง บางครั้งอาจจะไม่พอ แต่ต้องทำเป็นระบบอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งการที่จะทำให้เป็นระบบเช่นนี้ต้องอาศัยอาจารย์แพทย์ หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญช่วยโอบอุ้มเราด้วย



Metabolic Syndrome



Metabolic Syndrome คือโรคที่มีอย่างน้อย 3 จาก 5 อย่าง ดังต่อไปนี้ 1. อ้วนลงพุง (ชาย > 90 ซม., หญิง > 80 ซม.) 2. ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงกว่า 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (หรือรับประทานยาลดอยู่) 3. ระดับไขมัน HDL (High Density Lipoprotein) ในเลือดต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในชาย และต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในหญิง หรือรับประทานยาเพิ่มอยู่ 4. ระดับความดันโลหิตตัวบนสูงกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท หรือตัวล่างสูงกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท หรือรับประทานยาลดอยู่ 5. ระดับน้ำตาลระหว่างอดอาหาร 12 ชั่วโมงสูงกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือรับประทานยากุมน้ำตาลอยู่หรือเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การตรวจร่างกายอาจพบอ้วนลงพุง หรือความดันโลหิตสูงเท่านั้น นอกจากนั้น จะต้องตรวจหาไขมันต่าง ๆ และน้ำตาลในเลือด ผู้ที่เป็นโรคนี้มักมีความเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานชนิดที่ 2 ไขมันสะสมในตับที่ไม่ใช่จากแอลกอฮอล์ (Nonalcoholic Fatty Liver Disease) ระดับกรดยูริกในเลือดสูง นอนกรน และหยุดหายใจ (obstructive sleep apnea)

การรักษาขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนเอง โรคอ้วนเป็นสาเหตุสำคัญของ Metabolic Syndrome ฉะนั้นจะต้องลดน้ำหนัก ถ้าวัดน้ำหนักได้จะทำให้ร่างกายมีความไวต่ออินซูลินเพิ่มขึ้น (insulin sensitive) ซึ่งจะมีผลดีต่าง ๆ ตามมา การลดน้ำหนักจะต้องลดพลังงาน (calorie) ที่รับประทาน และจะต้องออกกำลังกาย สำหรับการลดน้ำหนัก การลดอาหารเป็นสิ่งสำคัญที่สุด แต่เมื่อลดได้แล้วและจะพยายามไม่ให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยควบคุมไม่ให้ น้ำหนักตัวกลับมาเพิ่มขึ้นในระยะยาว

แต่สำหรับผู้ที่ เป็น Metabolic Syndrome ก่อนที่จะออกกำลังกายจะต้องดูว่าการออกกำลังกายไม่เป็นการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคอื่น ๆ ฉะนั้นจะต้องได้รับการตรวจทางด้านหัวใจก่อน แต่โดยทั่ว ๆ ไป สำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายควรค่อย ๆ เพิ่มการออกกำลังกายทีละเล็กละน้อย เพื่อให้สามารถทำได้แบบยาวนาน และเพื่อป้องกันการเกิดอาการบาดเจ็บหรือโรคต่าง ๆ ถ้าวัดน้ำหนักจริง ๆ จะต้องออกกำลังกายถึง 60-90 นาทีต่อวัน แต่ถึงแม้ทำไม่ได้นานเท่านี้

การออกกำลังกายที่ใช้พลังงานแบบปานกลางเพียง 30 นาทีต่อวันก็จะช่วยให้สุขภาพดีขึ้นเป็นอย่างมาก นอกเหนือจากการออกกำลังกาย เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน ตีเทนนิส ฯลฯ แล้วการทำสวน ทำงานบ้าน หรือเดินก็ใช้พลังงานพอสมควร

สำหรับผู้ที่มีอ้วนมากอาจจะต้องใช้ยาช่วยลด (หลังรับประทานอาหารและออกกำลังกาย) ซึ่งมีอยู่ 2 ชนิดคือ 1. ยาลดความอยากอาหาร 2. ยาลดการดูดซึมของสารอาหาร และถ้ายังไม่ประสบความสำเร็จอาจต้อง



ทำการผ่าตัด คือ Bariatric Surgery สำหรับผู้ที่มี BMI > 40 กก./ม.² หรือ > 35 กก./ม.² แต่มีโรคอื่น ๆ ด้วย สำหรับระดับของ LDL (Low Density Lipoprotein เป็นไขมันที่ไม่ดีต่อหัวใจถ้ามีมากไป) ควรรักษา ระดับให้อยู่ระหว่าง 70-130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้แล้วแต่ความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น เป็นโรคเบาหวาน หัวใจ และอื่น ๆ หรือไม่ แพทย์จะเป็นผู้แนะนำเอง ควรพยายามรับประทาน อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว (saturated fat)ให้น้อย (คือมันสัตว์ หนังสัตว์) ถ้า LDL ยังสูงหลังจาก คุมอาหารและออกกำลังกายแล้ว แพทย์อาจ

ให้รับประทานไขมันประเภท statins (HMG-CoA reductase inhibitors) หรือยาที่ลดการดูดซึมของคอเลสเตอรอล และยาอื่น ๆ สำหรับ ไตรกลีเซอไรด์ ถ้าวัดน้ำหนักตัวได้มากกว่า 10% จะสามารถช่วยลด ไตรกลีเซอไรด์ได้ แต่ถ้ายังไม่ลดลงพอ แพทย์อาจใช้ยาในกลุ่ม fibrate ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะช่วยลดได้ดีที่สุด เช่น Gemfibrozil หรือ Fenofibrate หรือยาอื่น ๆ เช่น statins, nicotinic acid แต่ไม่ดีเท่ากลุ่ม fibrate สำหรับ HDL การออกกำลังกายจะดีที่สุด ส่วนยาที่จะช่วยเพิ่ม HDL จะเพิ่มได้ไม่มาก จะเพิ่มได้เพียง 5-10% ยาที่ใช้ดีทีสุดคือ nicotinic acid

สำหรับความดันก็มียาลดความดันกลุ่มต่าง ๆ คือ angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor หรือ angiotensin II receptor blocker ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มนี้จะช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตทุกคนควรรับประทานอาหารที่มีเกลือ น้อย ลดการใช้เกลือ ซีอิ๊ว น้ำปลา ฯลฯ และรับประทานผักและผลไม้ให้มาก ๆ รับประทานไขมันน้อย ๆ สำหรับผู้ที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินมียาที่อาจเพิ่มความไวต่ออินซูลิน เช่น biguanides, thiazolidinediones

การใช้ยาอะไรหรือไม่ แพทย์จะเป็นผู้พิจารณา วิธีที่ดีที่สุดคือ ดูแลสุขภาพด้วยการคุมอาหารและออกกำลังกายตั้งแต่ยังเยาว์วัย และ ทำตลอดเวลาไม่ให้เป็น 1 ใน 5 ปัจจัยของการเป็น Metabolic Syndrome

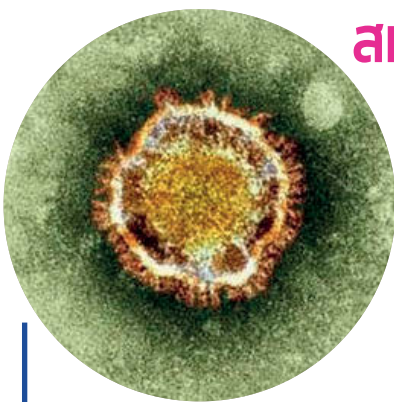
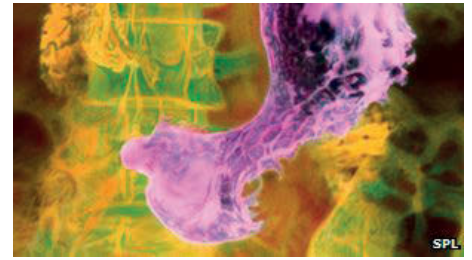
ตรวจลมหายใจวินิจัยมะเร็งกระเพาะอาหาร

บีบีซี - เทคนิคตรวจลมหายใจอาจให้ผลดีสำหรับวินิจัยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

ผลการศึกษาโดยนักวิจัยจากอิสราเอลและจีนพบว่า เทคนิคการตรวจลมหายใจมีค่าความเที่ยงตรงสูงถึง 90% สำหรับการตรวจและแยกโรคมะเร็งจากภาวะความผิดปกติของกระเพาะอาหารในผู้ป่วย 130 ราย และการตรวจลมหายใจอาจเป็นแนวทางใหม่ที่ปฏิวัติการวินิจัย และช่วยให้สามารถวินิจัยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารได้เร็วขึ้น

การตรวจลมหายใจใช้หลักการตรวจเคมีในลมหายใจซึ่งจะพบเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร และแม้แนวคิดตรวจมะเร็งจากลมหายใจนี้มีมาระยะหนึ่งแล้ว ขณะที่ปัจจุบันก็เริ่มมีการศึกษาเทคนิคตรวจลมหายใจกับมะเร็งหลายชนิด รวมถึงมะเร็งปอด แต่ผลการศึกษาล่าสุดก็ชี้ว่าการตรวจลมหายใจสามารถนำไปใช้ตรวจมะเร็งกระเพาะอาหารได้ด้วย

ด้านเจ้าหน้าที่ระดับสูงของโครงการวิจัยมะเร็งแห่งสหราชอาณาจักรเปิดเผยว่า การตรวจมะเร็งกระเพาะอาหารจากลมหายใจเป็นแนวคิดที่ควรนำมาศึกษาเพิ่มเติม เนื่องจากเป็นที่ทราบดีว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตรวจพบมะเร็งกระเพาะอาหารเอาเมื่อสายเกินไป ซึ่งการตรวจพบโรคตั้งแต่เนิ่นจะส่งผลดีอย่างมีนัยสำคัญต่อการรอดชีวิตในระยะยาว



สหรัฐเตือนภัยไวรัสลึกลับ

รอยเตอร์ส - ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ (ซีดีซี) ของสหรัฐอเมริกาแจ้งเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังไวรัสอันตรายซึ่งไม่เคยพบในคน แต่ล่าสุดพบผู้ติดเชื้อแล้ว 14 ราย และเสียชีวิต 8 ราย

รายงานของซีดีซีระบุว่า แม้ผู้ติดเชื้อไวรัสนี้ส่วนใหญ่อยู่ในภูมิภาคตะวันออกกลาง แต่ล่าสุดก็พบการติดเชื้อในอังกฤษแล้ว 3 ราย ซึ่งเท่ากับเป็นการยืนยันว่าไวรัสนี้สามารถแพร่จากคนสู่คนแทนการแพร่จากสัตว์สู่คน

ไวรัสนี้อยู่ในกลุ่มโคโรนาไวรัสอันเป็นกลุ่มเดียวกับไวรัสไข้หวัดและไวรัสซาร์ส ซึ่งระบาดหนักเมื่อปี พ.ศ. 2547 โดยซีดีซีได้เตือนให้แพทย์เฝ้าระวังผู้ป่วยที่เกิดการติดเชื้อฉับพลันอย่างรุนแรงที่ทางเดินหายใจส่วนล่างภายใน 10 วันหลังเดินทางกลับจากคาบสมุทรอาหรับหรือประเทศใกล้เคียง

อนึ่ง อาการภายหลังติดเชื้อประกอบด้วย ติดเชื้อทางเดินหายใจฉับพลันอย่างรุนแรง ไอ และหายใจขัด อย่างไรก็ตาม ซีดีซีและองค์การอนามัยโลกยังไม่ได้ออกมาตรวจการจำกัดการเดินทางเนื่องจากไวรัสดังกล่าว

ตั้งเงินรางวัลล่อใจลดน้ำหนัก

เอพี - ผลการศึกษาโดยนักวิจัยสหรัฐอเมริกาชี้ การตั้งเงินรางวัลรายเดือนอาจช่วยคนอ้วนลดน้ำหนักได้ดีกว่าการลดน้ำหนักโดยอาศัยแรงจูงใจเพียงอย่างเดียว

ผลการศึกษาซึ่งทดลองกับลูกจ้างของศูนย์การแพทย์มาโยคลินิก รายงานว่า การตั้งเงินรางวัลเป็นมาตรการที่ส่งผลดีต่อการลดน้ำหนักของลูกจ้างที่เป็นโรคอ้วนในระยะหนึ่งปี โดยลูกจ้างบางส่วนยอมรับว่าการตั้งรางวัลเป็นแรงจูงใจที่มีผลมากในระยะแรก แต่ความต้องการเงินรางวัลก็เริ่มลดลงเมื่อพบว่าตัวเองสามารถลดน้ำหนักได้อย่างเป็นรูปธรรม และหันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้น

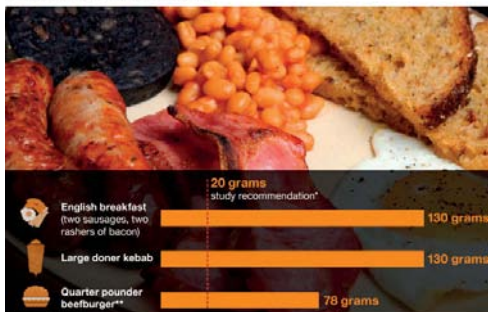
ในการศึกษานักวิจัยตั้งกติกาให้ลูกจ้างลดน้ำหนักให้ได้เดือนละ 4 ปอนด์ และกำหนดน้ำหนักเป้าหมายตามน้ำหนักตัวขณะเริ่มการศึกษา ซึ่งหากลดน้ำหนักไม่ได้ตามเป้าก็จะถูกปรับเดือนละ 20 ดอลลาร์ แต่หากทำได้ก็จะได้รับรางวัลตอบแทนในจำนวนเท่ากัน นอกจากนี้ยังนำเงินค่าปรับมาออกรางวัลตลอดเดือนให้ลูกจ้างเสี่ยงโชคทั้งกลุ่มที่ลดน้ำหนักสำเร็จและลดไม่ได้ตามเป้า

ด้านนักวิจัยมองว่า การที่วิธีใช้เงินเป็นแรงจูงใจประสบความสำเร็จในการช่วยลูกจ้างลดน้ำหนักน่าจะเป็นผลจากการตั้งกติกาซึ่งมีทั้งรางวัลและบทลงโทษ รวมถึงการเปิดช่องทางที่จะช่วยให้ลูกจ้างสามารถมีรายได้ และมีโอกาสที่จะได้เงินคืนหากพลาดเป้าลดน้ำหนักแต่สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าในภายหลัง



เนื้อผ่านกระบวนการโยงเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

Processed meat in popular meals



บีบีซี - ผลการศึกษาจากประชากรยุโรปราวห้าแสนคนชี้ว่าเนื้อผ่านกระบวนการสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ผลการศึกษาซึ่งรายงานไว้ในวารสาร BMC Medicine ชี้ว่า เกลิโอและสารเคมีในอาหารอาจเป็นตัวการบั่นทอนสุขภาพ และแม้พบว่าผู้ที่บริโภคเนื้อผ่านกระบวนการเป็นประจำมักมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ อ้วน และมีรูปแบบชีวิตที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ แต่เมื่อตัดปัจจัยดังกล่าวออกไปแล้วยังพบว่าเนื้อผ่านกระบวนการเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม

ผลการศึกษาชี้ว่า ผู้ที่รับประทานเนื้อผ่านกระบวนการวันละกว่า 160 กรัมเป็นประจำทุกวัน หรือเทียบเท่าไส้กรอกสองชิ้นและเบคอนอีกหนึ่งชิ้นมีความเสี่ยงสูงขึ้นถึง 44%

ต่อการเสียชีวิตภายในระยะ 12.7 ปี เทียบกับผู้ที่รับประทานวันละประมาณ 20 กรัม โดยผู้วิจัยชี้ว่าหากสามารถควบคุมปริมาณการรับประทานเนื้อผ่านกระบวนการให้ไม่เกินวันละ 20 กรัมก็อาจลดตัวเลขการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ถึง 3%

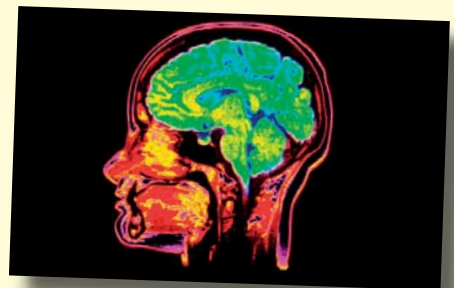
ฝังเครื่องกระตุ้นสมองรักษา Anorexia

รอยเตอร์ส - นักวิจัยอังกฤษประสบความสำเร็จฝังเครื่องกระตุ้นสมองส่วนลึก รักษาผู้ป่วย anorexia ขั้นรุนแรงเป็นครั้งแรก

นักวิจัยทดลองฝังเครื่องกระตุ้นสมองแก่ผู้ป่วย anorexia ขั้นรุนแรง 6 ราย ซึ่งอาการไม่ดีขึ้นจากการรักษาด้วยวิธีอื่น และภายหลังการผ่าตัดฝังเครื่องกระตุ้นสมองก็พบว่าผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่ดีขึ้น ทำให้นักวิจัยเชื่อว่าเทคนิคการรักษานี้ น่าจะเป็นความหวังสำหรับผู้ป่วย anorexia โดยเฉพาะในกลุ่มที่อาการรุนแรงมาก

ด้านหัวหน้าคณะนักวิจัยกล่าวว่า เทคนิครักษาด้วยเครื่องกระตุ้นสมองนี้มุ่งแก้ไขที่สาเหตุของโรคแทนการกระตุ้นความรู้สึกอยากอาหาร และการฟื้นฟูด้านอารมณ์และภาวะตื่นตระหนกแม้ในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ถือเป็นการผลสำเร็จที่มีนัยสำคัญเมื่อพิจารณาว่าผู้ป่วย anorexia ขั้นรุนแรงนี้ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือจิตบำบัด

เครื่องกระตุ้นสมองส่วนลึกเป็นอุปกรณ์ที่นำมาใช้รักษาความผิดปกติของระบบประสาทหลายโรค รวมถึงโรคพาร์กินสัน และอาการปวดเรื้อรัง และปัจจุบันก็เริ่มมีการศึกษาผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยซึมเศร้าและลมชัก



เตือนภัยหัวใจวายในผู้ป่วยมะเร็ง

เอบีซีนิวส์ - ผู้เชี่ยวชาญเตือนภัยหัวใจวายในผู้ป่วยโรคมะเร็ง หลังประธานาธิบดีดูโก ซาเวซ ของเวเนซุเอลาถึงแก่อสัญกรรมด้วยโรคหัวใจระหว่างรักษามะเร็ง

การเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจของประธานาธิบดีซาเวซภายหลังต่อสู้กับโรคมะเร็งมาเป็นเวลานานทำให้ผู้เชี่ยวชาญออกมาเตือนว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งอาจมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจสูงขึ้น เนื่องจากโรคมะเร็งและเคมีบำบัดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อลิ่มเลือดและเลือดหนืด อันเป็นปัจจัยนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้เชี่ยวชาญกล่าวด้วยว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในผู้ป่วยมะเร็งแม้ในผู้ป่วยที่รักษาหายขาด และหัวใจวายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งมักมีความรุนแรงสูงกว่าอย่างเทียบกันไม่ได้กับหัวใจวายที่เกิดขึ้นในผู้ที่ไม่เป็นมะเร็ง โดยผู้ป่วยมะเร็งที่ส่งมายังห้องฉุกเฉินโดยที่ยังมีชีวิตอยู่มีอัตราการรอดชีวิตเพียง 10% เทียบกับผู้ป่วยหัวใจวายที่ไม่เป็นมะเร็งซึ่งมีโอกาสรอดชีวิตถึง 90%

อีกด้านหนึ่งมีงานวิจัยหลายชิ้นชี้ว่า ยา beta-blocker อาจให้ผลดีในการรักษามะเร็ง เนื่องจากเป็นที่ทราบกันว่ามะเร็งและโรคหัวใจอาจรุนแรงขึ้นจากภาวะเครียด และเสนอแนะว่าแพทย์ควรติดตามความเสี่ยงโรคหัวใจในผู้ป่วยมะเร็งอย่างใกล้ชิดก่อนเริ่มการรักษาเพื่อที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวาย



สำเร็จ...บนความล้มเหลว

ผลจากน้ำท่วมใหญ่ทั้งกรุงเทพฯ และจังหวัดข้างเคียง ทำให้ประเทศไทยซึ่งเป็นเมืองสงบได้เรียนรู้เรื่องภัยพิบัติดีขึ้น

ในช่วงมหาอุทกภัยในปี พ.ศ. 2554 พบว่าน้ำเข้าท่วมกรุงเทพฯ จนทำให้ธุรกิจเสียหายมากมาย และผู้คนพากันอพยพออกนอกกรุงเทพฯ

ในความล้มเหลวของการต้านอุทกภัยในกรุงเทพฯ ครั้งนั้นกลับมีความสำเร็จเล็ก ๆ บางอย่างเกิดขึ้น

ผลจากน้ำท่วมใหญ่ทั้งกรุงเทพฯ และจังหวัดข้างเคียง ทำให้ประเทศไทยซึ่งเป็นเมืองสงบได้เรียนรู้เรื่องภัยพิบัติดีขึ้น

บางโรงพยาบาลก็ประสบภัยน้ำท่วมจนต้องอพยพผู้คนออกจากโรงพยาบาลทั้งทางรถ ทางอากาศ และทางน้ำ

ทำให้เรารู้จักการขนย้ายผู้ป่วยทางอากาศกันมากขึ้นไปด้วย

ในการเคลื่อนย้ายทางอากาศเพื่ออพยพผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในกรุงเทพฯ เพื่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลข้างเคียง ทำให้ต้องมีการระดมแพทย์มาเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างขนย้ายกันมากมาย ซึ่งพบว่าแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินนั้นเหมาะกับการขนย้ายเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากเข้าใจเรื่องหลักการขนย้าย และสามารถตัดสินใจให้การรักษาในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนได้เป็นอย่างดี จนทำให้แพทย์ฉุกเฉินเป็นที่ต้องการมากในขณะนั้น พร้อมกับความรู้เรื่องการขนย้ายทางอากาศก็เริ่มเป็นที่รู้จักกันแพร่หลายมากขึ้น

หลังจากเหตุน้ำท่วมครั้งนั้น มีโรงพยาบาลในหลายจังหวัดที่ประสบภัยน้ำท่วม เช่น พระนครศรีอยุธยา นครสวรรค์ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เป็นต้น ซึ่งโรงพยาบาลที่ประสบภัยเหล่านี้ก็เริ่มพัฒนาความรู้ด้านจัดทำแผนอพยพผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งจัดทำแผนเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับภัยพิบัติอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตเพิ่มเติมไปด้วย นอกจากนี้ยังสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์เหล่านี้ให้แก่โรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ยังไม่เคยประสบภัยได้รู้จักการเตรียมตัวได้เป็นอย่างดี

นับเป็นความสำเร็จอย่างหนึ่งที่ทำให้ความรู้ด้านภัยพิบัติและการอพยพผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้รับความสนใจและเรียนรู้กันอย่างกว้างขวาง

นอกจากนี้ในยามน้ำท่วมก็ทำให้เราได้เรียนรู้ธรรมชาติในหลาย ๆ ข้อ

ในช่วงที่โรงพยาบาลในพระนครศรีอยุธยาต้องอพยพหนีน้ำท่วมและไปตั้งโรงพยาบาลสนาม ซึ่งก็คือการใช้ตึกแถวที่ใกล้เคียงมาดัดแปลงเพื่อทำเป็นสถานที่ให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วย

ภายหลังจากน้ำท่วมมาเป็นเดือนแล้ว พบว่าข้าวปลาอาหารขาดแคลนลงเรื่อย ๆ โชคดีดีที่มีการบริจาคอาหารกล่องมาให้รับประทานกันทั้งชาวบ้านที่อพยพ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลสนามแห่งนั้น

แพทย์ท่านหนึ่งเล่าว่า...แต่ของหวานนั้น หากินได้ยากมาก

“วันหนึ่งมีรถเข็นไอติมแท่งเข้ามาขายที่โรงพยาบาลสนาม ผมได้ซื้อกินก็พบว่าไอติมที่เคยเห็นดาษดื่นอยู่ทุกวัน ซึ่งในยามปกติก็ไม่เคยเห็นคุณค่ามาก่อน กลับให้รสชาติอร่อยจนยากจะบรรยาย และทำให้รู้สึกซาบซึ้งถึงคุณค่าของความสมบูรณ์พูนสุขที่เคยมีมาก่อนเกิดเหตุน้ำท่วมเป็นอย่างมาก”

แพทย์ท่านนี้เล่าต่อไปอีกว่า “น้ำท่วมบ้านครั้งนี้ได้พัดพาข้าวของในบ้านเสียหายไปหลายชิ้น บางชิ้นที่ถูกน้ำพัดพาออกมา ผมยังจำไม่ได้เลยว่าเคยซื้อมาตั้งแต่เมื่อไร การที่น้ำพัดพาข้าวของเหล่านี้ออกมาทำให้ผมตระหนักว่า ผมเฝ้าสะสมสิ่งของที่เกินความจำเป็นมานานมากเกินไป โดยไม่ได้ใช้ประโยชน์ใด ๆ จากสิ่งทีสะสมเลย ก็ทำให้ผมปลงอนิจจังไปได้ใหญ่”

มหาอุทกภัยในกรุงเทพฯ ครั้งนั้นทำให้ผู้คนมากมายได้เรียนรู้หลายอย่างทั้งความรู้ด้านภัยพิบัติ การขนย้ายทางอากาศ วิธีการอพยพผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหนีภัยพิบัติ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเป็นที่รู้จักกันมากขึ้น รวมทั้งได้เรียนรู้ที่จะพอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่

ผู้คนเรียนรู้ได้ในยามประสบอุทกภัยโดยไม่ต้องรอนานถึง 4 ปีกว่าที่จะรู้ว่า...การที่ไม่เห็นวานั้นถูกผลิตมาเพื่อใช้ทำอะไร

มีสิ่งประดิษฐ์ไม่น้อยที่แจ้งเกิดในยุคปี ค.ศ. 1980 อย่างเช่น เครื่องเล่นเพลงแบบพกพา (walkman) ไม่นับรวมถึงเทปวิดีโอที่นับวันจะถูกแทนที่ด้วยเทคโนโลยีใหม่ ๆ จนทำให้ความนิยมค่อย ๆ จางหายไป

แต่ก็ใช่ว่านวัตกรรมในยุคนี้จะถูกกลืนหายไปตามกาลเวลา เพราะยังมีเพื่อนร่วมยุคอย่าง Post-it กระดาษโน้ตแบบมีกาวในตัวที่สามารถข้ามพ้นกาลเวลาและยังได้รับความนิยมจนมีอายุครบ 30 ปี ไปไม่นานนี้

การเดินทางของ Post-it ต้องย้อนไปไกลถึงปี ค.ศ. 1968 ซึ่งเป็นปีที่การซึ่งใช้สำหรับกระดาษ Post-it ถูกคิดค้นโดย Spencer Silver นักวิทยาศาสตร์แห่ง 3M เขาต้องการคิดค้นกาวที่เหนียวมาก ๆ แต่กลับได้กาวที่ติดได้ไม่แน่นขึ้นมา ในช่วงนั้นเขาก็ไม่รู้จะเอาสูตรกาวชนิดนี้ไปใช้ทำอะไร จึงได้เก็บสูตรกาวนั้นไว้นานถึง 4 ปี

ต่อมา Arthur Fry ซึ่งเป็นนักร้องเสียงประสานในโบสถ์ ผู้มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ที่คั่นหนังสือซึ่งมักจะปลิวอยู่บ่อย ๆ ได้ขอยืมกาวของ Silver เพื่อทาลงบนที่คั่นหนังสือ จนเป็นที่มาของการคิดค้น Post-it ให้ถูกผลิตเพื่อนำออกวางจำหน่ายในปี ค.ศ. 1980

นับเป็นเวลานานถึง 10 ปีที่เดียวหลังจากคิดค้นสูตรกาวนี้ได้ กว่าการที่กระดาษ Post-it จะถูกผลิตออกจำหน่ายแพร่หลาย

ใครจะไปคิดว่ากระดาษโน้ตสีเหลืองชนิดมีกาวในตัวแผ่นเล็ก ๆ ซึ่งเกิดจากความบังเอิญจะเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้คนได้ไม่น้อย จนกลายเป็นเครื่องใช้และอุปกรณ์สำนักงานที่ติดอันดับขายดี 1 ใน 5 ในสหรัฐอเมริกาโดยตลอด

จากกระดาษช่วยเตือนความจำขนาด 3x3 นิ้ว ได้มีการพัฒนาเรื่อยมาจนทุกวันนี้มีกระดาษ 8 ขนาด 25 แบบ และ 62 สี เพื่อตอบสนองการใช้งาน แอมโกอินเตอร์ตีตลาดถึง 150 ประเทศ



เมื่อไม่นานมานี้ Arthur Fry และ Spencer Silver ผู้ให้กำเนิดเจ้ากระดาษโน้ตช่วยเตือนความจำนี้ก็ได้ถูกคัดเลือกขึ้นทำเนียบหอนักประดิษฐ์เกียรติยศแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Inventors Hall of Fame) เคียงข้างกับนักประดิษฐ์คนอื่นที่มีบทบาทต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ซึ่งช่วยขับเคลื่อนผู้คน สังคม และเศรษฐกิจ

30 ปีของการยืนหยัดในห้วงเวลาที่เทคโนโลยีไหลบ่ามาอย่างต่อเนื่องนั้น ไม่ใช่เรื่องง่าย แต่สิ่งที่ทำให้กระดาษช่วยเตือนความจำแผ่นเล็ก ๆ ยังติดหนึบอยู่ในใจผู้ใช้นั้นก็คือ การใช้สอยที่สารพัดประโยชน์ และการปรับตัวเพื่อตอบสนองกับความต้องการผู้ใช้ รวมทั้งกระแสสังคมร่วมสมัย



นับเป็นความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่...บนความล้มเหลวเหมือนช่วงมหาอุทกภัยในปี พ.ศ. 2554 ที่ท่วมเมืองเพื่อสอนเราให้เข้าใจในหลายสิ่งหลายอย่างนั่นเอง



การเดินทางของ Post-it ต้องย้อนไปไกลถึงปี ค.ศ. 1968 เป็นปีที่การซึ่งใช้สำหรับกระดาษ Post-it ถูกคิดค้นโดย Spencer Silver นักวิทยาศาสตร์แห่ง 3M เขาต้องการคิดค้นกาวที่เหนียวมาก ๆ แต่กลับได้กาวที่ติดได้ไม่แน่นขึ้นมา

HELLO!

มหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค

ตอน ก๊วยต่อนโยบายการบริหารราชการของรัฐบาล

<<< (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

ขอยกตัวอย่างการบริหารงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาลต่าง ๆ พอสังเขปดังนี้

เมื่อเริ่มระบบ 30 บาทใหม่ ๆ นั้น พรรคไทยรักไทยได้ใช้ “สโลแกน” ว่า “30 รักษาทุกโรค” ทำให้ได้รับคะแนนนิยมอย่างท่วมท้นในการกลับมาเป็นรัฐบาลเป็นสมัยที่ 2 แต่หลังจากการปฏิวัติรัฐประหารเมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2549 ชมรมแพทย์ชนบทได้ประสบความสำเร็จในการผลักดันให้สมาชิกของกลุ่มคือ นพ.มงคล ณ สงขลา อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข เข้ามาเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และได้ผ่านร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้เป็นผลสำเร็จ และ นพ.มงคล ณ สงขลา นี้เองที่ได้ใช้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสั่งยกเลิกการเก็บเงินครั้งละ 30 บาท โดยอ้างว่า “เสียเวลาลงบัญชี” และยังได้ลงนามในคำสั่งให้อำนาจแก่เลขาธิการ สปสช. “สั่งจ่ายเงินงบประมาณได้ครั้งละ 1 พันล้านบาท” ในการสั่งซื้อเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นการเริ่มต้นของการ “กระทำผิด พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545” ที่ “ยึดอำนาจการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์มาไว้ในอำนาจของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยผิดกฎหมายมาจนปัจจุบันนี้

จะเห็นได้ว่า ถ้ารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นสมาชิกจากกลุ่มชมรมแพทย์ชนบท การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็จะสงบราบเรียบ ไม่เกิดปัญหาความขัดแย้งใด ๆ ดังเช่นในยุค นพ.มงคล ณ สงขลา

แต่ถ้ารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไม่ใช่สมาชิกกลุ่มชมรมแพทย์ชนบทก็จะไม่ได้รับความ “ร่วมมือ” ในการทำงานจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากการเลือกคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกคณะที่ผ่านมาก่อนคณะกรรมการชุดนี้ล้วนเป็นสมาชิกกลุ่มชมรมแพทย์ชนบท และกลุ่มองค์กรเอกชนด้านสาธารณสุขและด้านอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับกลุ่มชมรมแพทย์ชนบทเป็นส่วนมาก

ยกตัวอย่างเช่น นายวิทยา แก้วภราดัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจากพรรคประชาธิปัตย์ที่ได้ของบประมาณ “ไทยเข้มแข็ง” เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขที่ขาดการพัฒนาทั้งอาคาร สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ให้มีศักยภาพรองรับการให้บริการรักษาโรคที่ยุ่ยากซับซ้อนของโรงพยาบาลศูนย์ (การแพทย์) โรงพยาบาลเฉพาะทาง และโรงพยาบาลทั่วไป ก็ถูกสมาชิกกลุ่มชมรมแพทย์ชนบทออกมากล่าวหาว่ามีการทุจริต จนนายวิทยา แก้วภราดัย ต้องลาออกจากตำแหน่ง และเมื่อนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ยอมแต่งตั้งผู้สอบสวนนายวิทยา ตามการเสนอของสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทตามข้อกล่าวหา ก็ได้สรุปว่ามีการกระทำที่ส่อไปในทางทุจริตจริง ทั้ง ๆ ที่หลังจากนั้นแล้วมีการตั้งคณะกรรมการสอบสวนจาก ก.พ. ที่ได้สรุปว่า ไม่มีการทุจริตในกรณีของไทยเข้มแข็งแต่ประการใด

แต่นายวิทยา แก้วภราดัย ก็ต้องสละตำแหน่งไปจากพฤติกรรมของสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทไปแล้ว ซึ่งก็ทำให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปยังไม่ได้งบประมาณในการพัฒนาโรงพยาบาลมาจนปัจจุบันนี้

เมื่อนายจรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์ มาเป็นรัฐมนตรีต่อมา ก็ได้รับทราบถึงปัญหาการขาดทุนรุนแรงของโรงพยาบาล 77 แห่งก่อน ส่วนที่ยังขาดทุนอยู่อีก 227 แห่งนั้น จะเร่งหาหรือเพื่อหาทางแก้ไขต่อไป^(๑)

แต่ดูเหมือนว่าคำสั่งของรัฐมนตรีในฐานะประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่มีผลใช้บังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพและ สปสช. ได้ เนื่องจาก นพ.วินัย สวัสดิ์วร เลขาธิการ สปสช. จะออกมาให้ข่าวว่าโรงพยาบาลยังมี “เงินบำรุงเหลืออยู่มาก” และ สปสช. จะจ่ายเงินล่าช้าอย่างไร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่อาจ “สั่งการ สปสช.” ให้ทำตามได้

จึงมีข่าวว่านายวิทยา แก้วภราดัย เมื่อพ้นตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแล้ว จึงได้กล่าวว่า บอร์ด สปสช. มีอำนาจเงิน แม้รัฐมนตรีก็ไม่สามารถตามทันการประชุมได้ แต่ได้คัดค้านเรื่องการที่บอร์ดจะขอเพิ่มค่าบริหารอีก 3% เพราะงบบริหารมีมากแล้ว!

แต่เมื่อพรรคเพื่อไทยได้เข้ามาเป็นรัฐบาล นายวิทยา บุรณศิริ ได้ประกาศว่าจะนำนโยบายเก็บเงินครั้งละ 30 บาทมาใช้ใหม่อีกครั้ง ก็เห็นได้ว่ามีกลุ่มก้อนอ้างว่าเป็นกลุ่มชมรมผู้รักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกมาแสดงความคิดเห็นไม่เห็นด้วยกับการเก็บเงินครั้งละ 30 บาท รวมทั้งมีการมีการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในสายเอ็นจีโอสาธารณสุขและสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทออกมาคัดค้านการเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนมีการประท้วงไม่เข้าประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจะไม่รับรองรายชื่อคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจนถึงที่สุด จนถึงกับมีการประกาศว่าจะฟ้องศาลปกครองเพื่อให้ยกเลิกการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ได้

ต่อมากลุ่มชมรมแพทย์ชนบท ทั้งที่เป็นกรรมการในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและไม่ใช่ ต่างก็ออกมาโจมตีการเรียกเก็บเงิน และโจมตีการเลือกเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคนใหม่ จนในที่สุด นายวิทยา บุรณศิริ ก็ยอมเลือกเลขาธิการคนเก่าที่เคยทำงานตาม “ข้อกำหนดของ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์” ประธานอนุกรรมการประสานนโยบายและยุทธศาสตร์ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตลอดในช่วงของการดำรงตำแหน่งเลขาธิการในสมัยแรก กลับมาเป็นเลขาธิการ สปสช. อีกครั้งหนึ่ง

ทั้ง ๆ ที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) และคณะกรรมการสอบสวนที่ นายวิทยา บุรณศิริ แต่งตั้งขึ้นได้ยืนยันผลการตรวจสอบการทำงานของเลขาธิการ สปสช. มีความผิด 7 ประเด็น แต่นายวิทยา บุรณศิริ ก็ไม่ให้ความสำคัญกับการสอบสวนทั้ง 2 ครั้งนั้น ซึ่งได้ทราบมาว่า นายวิทยา บุรณศิริ ถูกฟ้องศาลปกครองและศาลอาญาในกรณีการคัดเลือกเลขาธิการ สปสช. ครั้นนี้

จึงสรุปได้ว่า ถ้ารัฐมนตรีไม่เข้าใจหลักการในการทำงานในตำแหน่งประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะทำให้มีปัญหากับคณะกรรมการสายเอ็นจีโอและสายชมรมแพทย์ชนบท หรือถ้าไม่ร่วมมือกับชมรมแพทย์ชนบท ก็อาจจะไม่สามารถทำงานได้ตามนโยบายที่ได้รับมอบหมายจากรัฐบาล เนื่องจากรัฐมนตรีไม่สามารถสั่งการคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตามบทบัญญัติใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

จะเห็นได้ว่า นายวิทยา บุรณศิริ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถที่จะทำงานตามนโยบายที่รัฐบาลต้องการจะนำเอา “การเก็บเงิน 30 บาท” กลับมาใช้ได้อีกเป็นเวลานาน นับตั้งแต่ นายวิทยามารับตำแหน่งรัฐมนตรีกว่า 1 ปี และเมื่อจะเก็บให้ได้ก็ต้องยอมมีข้อยกเว้นมากมายถึง 21 ประเภทที่ไม่ต้องจ่ายเงิน จนก่อให้เกิดปัญหาความไม่สะดวกแก่โรงพยาบาลที่ต้องปฏิบัติตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกาศจะไม่ยอมเก็บเงิน 30 บาท ตามประกาศของ สปสช.

การทำงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้โรงพยาบาลขาดงบประมาณในการทำงาน

ตามข่าวใน^(๑) นั้น มีการวิจารณ์ว่าแพทย์ 2 กลุ่มเปิดศึกชิงเงินประกันสุขภาพ 2.3 แสนล้าน มีการเปิดศึกระหว่าง สปสช. กับกระทรวงสาธารณสุข และแพทย์

ฝ่ายชนบทกับฝ่ายแพทย์โรงพยาบาลรัฐ ฝ่ายข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข กับฝ่ายการเมืองที่ชกกันสุดมันส์กันไปหมด

แต่สิ่งที่เกิดขึ้นที่เป็นอยู่นั้น แสดงว่าผู้เขียนข่าวนี้มองปัญหาเพียงผิวเผินว่าเป็นการแย่งงบประมาณกันระหว่างแพทย์ 2 ฝ่าย แต่เบื้องหลังแห่งความไม่ลงรอยกันนี้ เกิดจากความผิดเพี้ยนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยย่อดังนี้

1. สปสช. มีอำนาจตามกฎหมายในการดำเนินงาน ตามที่บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีการป้องกันไม่ให้ฝ่ายการเมือง คือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมี “อำนาจในการสั่งการ” ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. แต่บอร์ด สปสช. มีอิสระและปราศจากการตรวจสอบอย่างมีคุณภาพ

2. สปสช. ยังทำการนอกเหนือจากที่กฎหมายให้อำนาจไว้ นอกจากการที่กฎหมายบัญญัติไว้ดังกล่าวแล้ว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. ยังได้ “รวบอำนาจ” ในการ “วางแผนการดำเนินการในการให้บริการสุขภาพโดยการจัดทำโครงการรักษาโรคเฉพาะ” (Vertical program) ซึ่งไม่ได้ดำเนินการตามนโยบายใด ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขหรือของรัฐบาล โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. ใช้ “อำนาจแห่งการมีเงินงบประมาณ” ในการกำหนดให้โรงพยาบาลต่าง ๆ สมัครมาดำเนินงานตามแผนการของ สปสช. โรงพยาบาลทั้งหลายที่ต้องการเงินงบประมาณก็ต้องทำตามโครงการของ สปสช. ซึ่ง สปสช. ไม่มีอำนาจตามกฎหมายที่จะทำโครงการเหล่านี้ อย่างที่ สปสช. ทำอยู่ ถือเป็นการกระทำที่ผิด พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

3. การดำเนินงานของ สปสช. ทำให้โรงพยาบาลไม่มีงบประมาณในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน การดำเนินการของ สปสช. ในข้อ 2 ทำให้งบประมาณในการรักษาโรคทั่วไปลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยมิได้ลดลง มีแต่จะเพิ่มขึ้น ทำให้โรงพยาบาลทุกระดับขาดแคลนงบประมาณในการให้บริการดูแลรักษาประชาชน โดยโรงพยาบาลระดับสูงที่ต้องรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อนยิ่งขาดแคลนงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้นจนเกิดภาวะขาดสภาพคล่องทางการเงินหลายร้อยโรงพยาบาล

4. ปลัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้แย่งการดำเนินงานของ สปสช. แทนที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดระดับข้าราชการประจำของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นผู้ดำรงตำแหน่งกรรมการคนหนึ่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะชี้แจงเรื่องความขาดแคลนงบประมาณในการทำงานของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปรากฏว่าปลัดกระทรวงไม่เคย “เปิดปากพูด” ในเรื่องนี้หรือเรื่องใด ๆ ทั้งสิ้น ทั้ง ๆ ที่การขาดแคลนงบประมาณของโรงพยาบาลมีมานานแล้ว แต่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบเพิ่มอัตราค่าบริการของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว เพื่อจะเรียกเก็บเงินจากกองทุนสุขภาพต่าง ๆ ให้มากขึ้น แต่เก็บได้จากกองทุนประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการเท่านั้น ไม่สามารถเรียกเก็บได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเลย ทำให้ตัวเลขค่าใช้จ่ายในสวัสดิการรักษายาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนมากกว่าอัตราการเพิ่มของระบบ 30 บาท

5. การขาดแคลนงบประมาณในโรงพยาบาลก่อให้เกิดการหมุนเงินจากระบบอื่นมาทดแทนในระบบ 30 บาท ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการข้าราชการเพิ่มขึ้นมาก สปสช. ก็แนะนำกรมบัญชีกลางว่าควรจะเปลี่ยนระบบการจ่ายเงินค่ารักษาผู้ป่วยในแบบเดียวกับ สปส. คือใช้ระบบ DRG (Diseases Related Group) คือจ่ายเงินตามราคากลางของกลุ่มวินิจฉัยโรค

ร่วม ซึ่งเมื่อระบบสวัสดิการข้าราชการใช้วิธีการเก็บเงินแบบดังกล่าวนี้ ปรากฏว่าโรงพยาบาลระดับสูง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่รักษาผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการมีภาวะขาดทุนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

6. เมื่อหัวไม่สายหางจึงต้องกระดิกแทน เมื่อปลัดกระทรวงไม่กล้าพูดเรื่องการขาดทุนในโรงพยาบาล แพทย์ที่ต้องทำงานให้การรักษาผู้ป่วยจึงต้องออกมาสะท้อนปัญหาการขาดทุน เนื่องจากต้องการให้โรงพยาบาลมีเงินไปทำการบริการรักษาประชาชนมากขึ้น แพทย์เหล่านี้ไม่ได้ต้องการออกมาแย่งชิงเงินงบประมาณเพื่อประโยชน์ของตนเหมือนกับแพทย์ในชมรมแพทย์ชนบทที่มีผลประโยชน์จากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย

7. การประหยัดและควบคุมค่าใช้จ่ายจะขัดขวางการพัฒนาวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย เมื่อค่ารักษาผู้ป่วยในของระบบสวัสดิการข้าราชการลดลงตามการจ่ายเงินแบบ DRG แล้ว จึงปรากฏว่าค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคของผู้ป่วยนอกในระบบสวัสดิการข้าราชการเพิ่มมากขึ้น ทำให้ สวรส. ส่ง สพตร. (สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบค่ารักษาพยาบาล) ออกไปตรวจสอบการส่งจ่ายของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลสังกัดอื่น และรายงานว่าแพทย์ส่งจ่ายยานอกบัญชียาหลัก ซึ่ง สวรส. ถือว่าเป็นการส่งจ่ายที่ “ฟุ่มเฟือย” เกินเหตุ หรือส่งยาเหล่านี้เนื่องจากแพทย์ต้องการผลประโยชน์ตอบแทนจากบริษัทยาจากการส่งยาลเหล่านั้น และส่งให้ DSI สอบสวนเพื่อเรียกเงินคืน ซึ่งปรากฏว่าการกล่าวหาส่วนใหญ่แล้วไม่มีมูลความจริง เป็นการรักษาผู้ป่วยในโรคยุ่งยากซับซ้อนที่มียานวัตกรรมใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นจากเดิม

8. การตั้งคณะกรรมการควบคุมการจ่ายยาของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ เป็นการแก้ปัญหาที่ผิดทาง แต่ สวรส. ไม่หยุดเพียงการควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการข้าราชการแค่นี้ แต่ได้ออกมาให้ข่าวอย่างต่อเนื่องกล่าวหาทั้งบริษัทยาและแพทย์ที่ส่งจ่ายยาในบัญชียาหลัก ซึ่งก้าวหน้าไปจนถึงการทำให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเสนอคณะรัฐมนตรีให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบัญชียาแห่งชาติ เพื่อตรวจสอบราคาและกำหนดรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อควบคุมการใช้ยาในกองทุนต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการรักษาและมาตรฐานการแพทย์ของไทยต่อไปในอนาคต

9. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์เกินจริงที่ว่า 30 บาทรักษาทุกโรค แต่กำหนดรายการยาและวิธีการรักษาที่จำกัด เป็นการกระทำที่ไม่โปร่งใส ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้ประชาชนเข้าใจในสาระสำคัญที่ สปสช. ให้การรักษาไม่ครอบคลุมทุกโรคจริง

10. รัฐบาลไม่ทราบปัญหาที่แท้จริงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้แก้ปัญหาไม่ถูกจุด

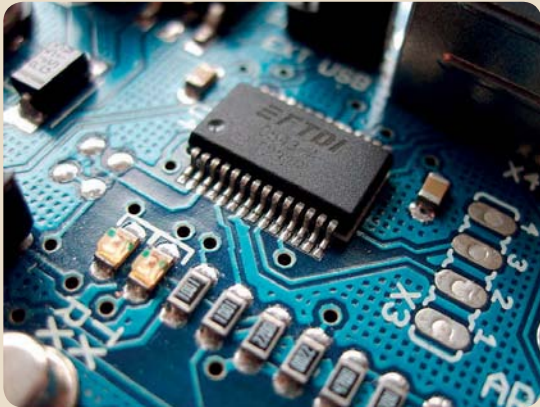
11. การจะรวมกองทุนทั้ง 3 ระบบ จะทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่ประชาชน เพราะจะทำให้ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเป็นฝ่ายเสียเปรียบ เพราะจะต้องจ่ายเงินของตนเองเข้าสู่กองทุนประกันสังคม ในขณะที่นายจ้างก็ต้องจ่ายเงินของตนเองแทนรัฐบาลเพื่อสมทบเข้ากองทุน ส่วนข้าราชการก็ต้องจ่ายเงินตนเอง (จากการมีสวัสดิการได้เงินเดือนน้อย) ในขณะที่กองทุน 30 บาทนั้น ประชาชนเพียง 48 ล้านคนได้รับการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอะไรเลย การจะรวมกองทุนจึงไม่จำเป็นทำให้เกิดความยุติธรรมแก่ประชาชนทั้งมวล

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9550000116029>
2. แพทย์สภาสาร ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2551 หน้า 28-38
3. <http://thaipublica.org/2011/10/national-health-board/> อดีตประธานบอร์ด สปสช. “บอร์ดมีอำนาจล้น ขงเลขาอนุมัติจ่ายครั้งละ 1 พันล้านบาท”
4. หนังสือแสงดาวแห่งศรัทธา
5. ข้าราชการจรรยา ลักษณวิศิษฐ์ สั่งให้ สปส. จัดสรรเงิน 1,300 ล้านบาท ให้ 77 โรงพยาบาลที่ขาดทุนรุนแรง และอีก 227 แห่งที่ยังขาดทุนวารสารวงการแพทย์ ปีที่ 13 ฉบับ 334 วันที่ 16-31 มกราคม พ.ศ. 2554 หน้า 7

อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ แบบสลายตัวได้ในร่างกาย

ปัจจุบันวัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ที่สามารถสลายตัวได้ในร่างกายนั้นดูเหมือนว่าจะได้รับความสนใจในการนำมาใช้งานในการวิเคราะห์และรักษาทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากข้อดีคือ เมื่อสิ้นสุดหน้าที่ในการทำงานตามที่ได้รับการออกแบบมาแล้ว วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ดังกล่าวก็จะสามารถสลายตัวหายไปจากร่างกายได้ ไม่หลงเหลืออยู่ในร่างกายให้เป็นสิ่งแปลกปลอม ทำให้ไม่ต้องผ่าตัดเพื่อนำออกจากร่างกาย และในบางกรณียังช่วยให้ประโยชน์ในการรักษาตัวของบาดแผลจากการสลายตัวของวัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ดังกล่าวอีกด้วย ตัวอย่างของวัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ที่สลายตัวได้ ได้แก่ ไหมละลาย (suture), แผ่นตามกระดูก (bone plate), สกรูยึดกระดูก (bone screw), สกรูยึดกระดูกและเอ็น (interference screw), อุปกรณ์ขยายหลอดเลือด (stent), โครงร่างรองรับการเจริญของเซลล์ในงานทางด้านวิศวกรรมเนื้อเยื่อ (tissue engineered scaffold) เป็นต้น

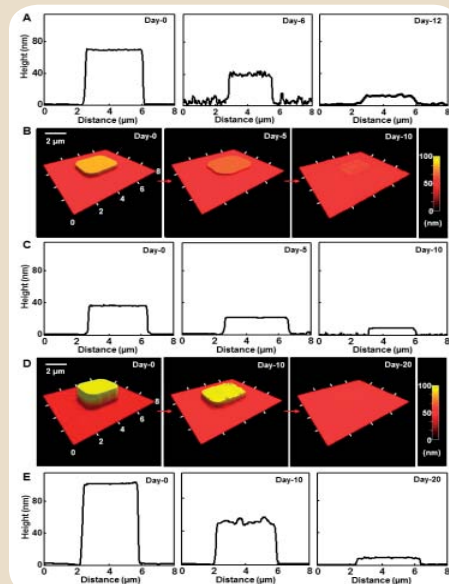


แผงวงจรอิเล็กทรอนิกส์ในปัจจุบันที่ไม่สามารถสลายตัวได้และหลงเหลือเป็นขยะอิเล็กทรอนิกส์ในปัจจุบัน และต้องมีการนำไปทำลายและรีไซเคิลอย่างเหมาะสม^[1]

ในอนาคตอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ทำหน้าที่เป็นเซนเซอร์หรืออุปกรณ์ตรวจวัดทางการแพทย์ต่าง ๆ อาจจะสามารถที่จะสลายตัวได้เช่นเดียวกันเมื่อสิ้นสุดการใช้งานที่ต้องการ อุปสรรคสำคัญของการพัฒนาอุปกรณ์หรือวงจรอิเล็กทรอนิกส์ที่สลายตัวได้คือ วัสดุที่มีการนำไฟฟ้าได้ดีในปัจจุบันนั้นมีอัตราการสลายตัวที่ต่ำมาก ซึ่งโดยทั่วไปนั้นจะเป็นวัสดุในกลุ่มของสารอินทรีย์ เช่น ซิลิคอน ทอง เงิน เป็นต้น ดังนั้น จึงต้องหาแนวทางการพัฒนาในการเลือกใช้วัสดุที่สามารถสลายตัวได้โดยไม่ลดประสิทธิภาพทางด้าน การนำไฟฟ้า ซึ่งเป็นสมบัติสำคัญของการใช้งานทางด้านอิเล็กทรอนิกส์ได้ ดังนั้น แนวทางการพัฒนา

วงจรอิเล็กทรอนิกส์แบบสลายตัวได้นั้น อาจเป็นการพัฒนาให้วัสดุส่วนใหญ่ที่ประกอบเป็นวงจรอิเล็กทรอนิกส์นั้นสลายตัวไปจนเหลือเพียงแค่วัสดุส่วนน้อยที่เป็นหัวใจสำคัญที่อาจจะไม่สลายตัวได้ แต่จะถูกขับออกจากร่างกายได้ หรือการพัฒนาให้วงจรอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมดนั้นสลายตัวไปได้

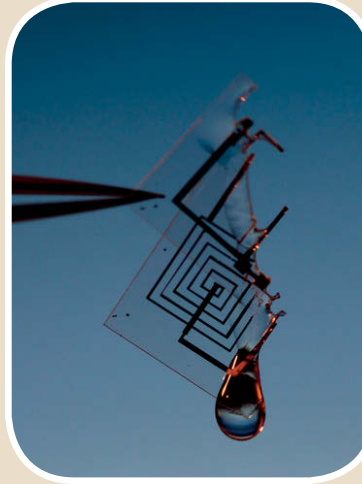
เมื่อเร็ว ๆ นี้กลุ่มนักวิจัยจากสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์แบบสลายตัวได้โดยประกอบไปด้วยกลุ่มวัสดุสองประเภท ได้แก่ ส่วนของวงจรอิเล็กทรอนิกส์จะใช้แมกนีเซียมเป็นอิเล็กทรอนิกส์และจุดเชื่อมต่อ ใช้แมกนีเซียมออกไซด์เป็นเกตและชั้นไดอิเล็กทริก ร่วมกับแผ่นบางของซิลิคอนในการผลิตสารกึ่งตัวนำ ซึ่งทั้งซิลิคอนและแมกนีเซียม นั้นมีความปลอดภัยเนื่องจากเป็นธาตุที่สามารถพบได้ในสิ่งแวดล้อมทั่วไปอยู่แล้ว และมีการศึกษาการนำมาใช้งานทางการแพทย์อยู่มากพอสมควร ส่วนสมบัติทางด้าน การสลายตัวนั้นพบว่าแมกนีเซียมนั้นเป็นโลหะที่สลายตัวได้และมีการทดสอบการนำมาใช้งานทางการแพทย์ในปัจจุบัน ปัญหาจะอยู่ที่ซิลิคอนซึ่งมีสมบัติที่สลายตัวได้ต่ำมากในของเหลว อย่างไรก็ตาม ทีมวิจัยพบว่าหากลดขนาดของซิลิคอนลงด้วยการใช้เทคโนโลยีการผลิตซิลิคอนให้มีความบางอยู่ในระดับนาโนเมตรที่เรียกว่า เยื่อบางขนาดนาโนนั้นจะสามารถทำให้ชั้นของซิลิคอนในแผ่นวงจรอิเล็กทรอนิกส์ดังกล่าวสามารถสลายตัวได้อย่างรวดเร็วมากขึ้นเพียงไม่กี่วันหรือเดือนเมื่อสัมผัสกับของเหลว ซึ่งอัตราการสลายตัวนั้นก็จะขึ้นกับความหนาของชั้นซิลิคอนดังกล่าวที่ผลิตขึ้น



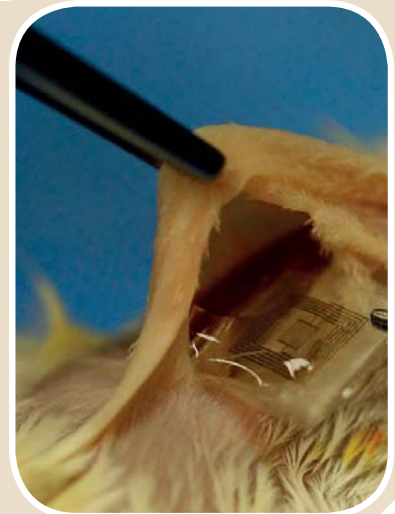
ภาพแสดงการสลายตัวของแผ่นเยื่อบางของซิลิคอนขนาดนาโนเมื่อแช่ในสารละลายน้ำเกลือที่ระยะเวลาต่าง ๆ โดยการใช้กล้องจุลทรรศน์แรงอะตอม (AFM) ที่ระดับความหนาต่าง ๆ คือ 70 นาโนเมตร (A), 30 นาโนเมตร (B และ C) และ 100 นาโนเมตร (D และ E)^[2]

นอกจากส่วนของวงจรอิเล็กทรอนิกส์ที่สลายตัวได้แล้ว อุปกรณ์นี้ยังประกอบไปด้วยส่วนที่สอง ได้แก่ ชั้นเคลือบของวงจรอิเล็กทรอนิกส์ที่สลายตัวได้ดังกล่าว ที่ผลิตจากสารไฟโบรินที่สกัดออกมาจากรังไหมซึ่งเป็นพอลิเมอร์ธรรมชาติที่สามารถสลายตัวได้ทางการแพทย์อยู่แล้ว ชั้นเคลือบนี้ทำหน้าที่ในการควบคุมอัตราการสลายตัวของวงจรอิเล็กทรอนิกส์ดังกล่าวให้เหมาะสมกับลักษณะการใช้งาน โดยการใช้การปรับโครงสร้างของสารไฟโบรินให้มีอัตราการสลายตัวในของเหลวได้ช้าหรือเร็วตามต้องการที่ระยะเวลาไม่ว่าจะเป็นชั่วโมง วัน เดือน หรือปี โดยปัจจุบันทีมวิจัยได้พัฒนางจรอิเล็กทรอนิกส์แบบสลายตัวได้ในระดับชิ้นส่วน เช่น ทรานซิสเตอร์ ไดโอด คอยล์ เซ็นเซอร์ สายอากาศ และในระดับอุปกรณ์ เช่น กล้องดิจิทัลขนาด 64 พิกเซล และอุปกรณ์ฝังในสำหรับการตรวจติดตามและป้องกันการติดเชื้อในบริเวณแผล และมีการนำไปทดสอบในสัตว์ทดลอง ซึ่งพบว่าอุปกรณ์จากวงจรอิเล็กทรอนิกส์สลายตัวได้ที่พัฒนาขึ้นนี้ไม่แสดงความเป็นพิษต่อเซลล์ และยังแสดงการสลายตัวในร่างกายสิ่งมีชีวิตตามต้องการ และด้วยจากการใช้วัสดุที่ใช้งานอยู่ในอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์และสารกึ่งตัวนำอยู่แล้ว ทำให้การพัฒนาอุปกรณ์ต่าง ๆ ในอนาคตสามารถปรับปรุงเทคโนโลยีการออกแบบจากเทคโนโลยีปัจจุบันได้ง่าย แต่จะต้องมีการปรับแต่งอัตราการสลายตัวให้เหมาะสมกับการใช้งานโดยไม่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพทางด้านอิเล็กทรอนิกส์ ก่อนหน้านี้ทีมวิจัยอื่นได้พัฒนางจรอิเล็กทรอนิกส์แบบสลายตัวได้จากพอลิเมอร์ในกลุ่มพอลิแลกติกไกลคอลลิก และพอลิไวนิลแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นพอลิเมอร์ย่อยสลายได้ทางการแพทย์ ร่วมกับทองและเงิน ซึ่งพบว่าสามารถใช้งานได้เช่นกัน เชื่อได้ว่าในอนาคตเราคงจะเห็นพัฒนาการทางด้านนี้ออกมามากขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากการใช้งานทางการแพทย์แล้ว เทคโนโลยีการผลิตวงจร

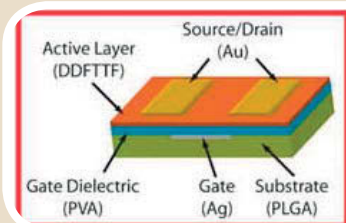
อิเล็กทรอนิกส์สลายตัวได้นี้ยังสามารถนำไปใช้งานทางด้านอื่น เช่น เซ็นเซอร์ตรวจวัดสภาพแวดล้อมที่ไม่หลงเหลือเป็นขยะทำลายสิ่งแวดล้อม หรือกล้องสอดแนมทางทหาร หรือแม้แต่อุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าต่าง ๆ ที่ปัจจุบันส่วนของแผงวงจรอิเล็กทรอนิกส์ยังคงหลงเหลืออยู่เป็นขยะอิเล็กทรอนิกส์ภายหลังจากหมดอายุการใช้งานไปแล้ว



ภาพแสดงต้นแบบวงจรอิเล็กทรอนิกส์สลายตัวได้ที่ผลิตจากซิลิคอนและแมกนีเซียมที่ฝังอยู่ในชั้นของสารไฟโบรินที่สกัดจากรังไหมที่สามารถละลายได้อย่างรวดเร็วเมื่อสัมผัสกับน้ำเท่านั้น^{2]}



ภาพแสดงการทดสอบการฝังต้นแบบวงจรอิเล็กทรอนิกส์แบบสลายตัวได้ในหนูทดลองเพื่อศึกษาการสลายตัวในร่างกายสิ่งมีชีวิตและความเป็นพิษ^{2]}



ภาพแสดงต้นแบบวงจรอิเล็กทรอนิกส์สลายตัวได้ที่ผลิตจากทองและเงินที่ฝังอยู่ในชั้นของพอลิแลกติกไกลโคลิกแอซิดที่สามารถสลายตัวจากปฏิกิริยาไฮโดรไลซิสได้เมื่อสัมผัสกับน้ำ^{3]}

เอกสารอ้างอิง

1. <http://en.wikipedia.org/wiki/Electronics>
2. Suk-Won Hwang, Hu Tao, Dae-Hyeong Kim, Huanyu Cheng, Jun-Kyul Song, Elliott Rill, Mark A. Brenckle, Bruce Panilaitis, Sang MinWon, Yun-Soung Kim, Young Min Song, Ki Jun Yu, Abid Ameen, Rui Li, Yewang Su, Miaomiao Yang, David L. Kaplan, Mitchell R. Zakin, Marvin J. Slepian, Yonggang Huang, Fiorenzo G. Omenetto, John A. Rogers (2012) Science, 337(6102), pp. 1640-1644.
3. Christopher J. Bettinger, Zhenan Bao (2010) Advanced Materials, 22(5), pp. 651-655.
4. <http://www.kurzweilai.net/biodegradable-electronics-that-vanish-in-the-body>



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

**Enhancing incretins.
Enhancing physiologic control.**

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

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

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

Before initiating therapy, please consult the full Prescribing Information.

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

References

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

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF JANUVIA™

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



MSD (Thailand) Ltd.

37th Floor The Offices at Central World 999/9 Rama 1 Road, Pathumwan, Bangkok

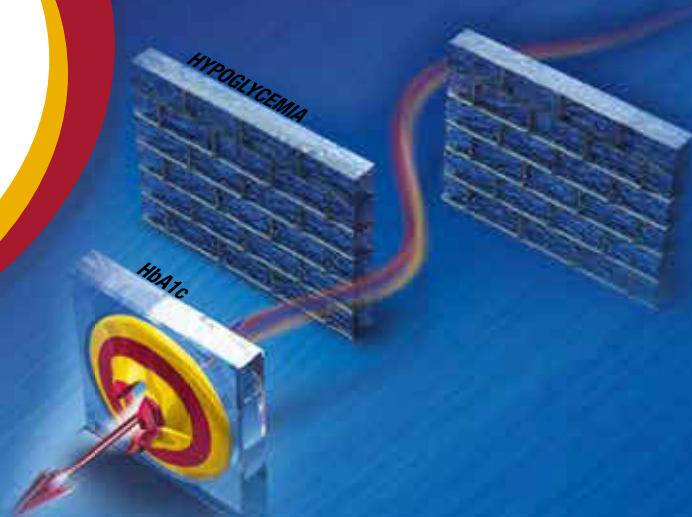
Tel. +66-2-262-5700 Fax +66-2-255-5095

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

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ. 1065/2552

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



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

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

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

In clinical studies,

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

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

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

References:

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

Before prescribing, please consult the Enclosed full prescribing Information.

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

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF JANUMET™

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

โรคเมลิออยโดสิส

(Meliodosis)

โรคเมลิออยโดสิส (Meliodosis) เกิดจากเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* และเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic disease) ที่พบในประเทศไทย อินเดีย ปากีสถาน พม่า กัมพูชา ลาว เวียดนาม มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย ทางตอนใต้ของจีน และทางตอนเหนือของออสเตรเลีย⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยพบมากที่สุดภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเป็นโรคติดต่อที่พบมากที่สุดเป็นอันดับที่ 3⁽²⁾ รองจากโรคเอดส์และวัณโรค ตามลำดับ การศึกษาของ Limmathurotsakul et al. พบว่าอัตราการตายต่อประชากรหนึ่งแสนรายเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2540-2549⁽²⁾ เนื่องจากการวินิจฉัยโรคเมลิออยโดสิสขึ้นกับผลเพาะเชื้อในเลือดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้น การวินิจฉัยในห้องฉุกเฉินจึงทำได้ยาก แต่สิ่งที่สำคัญคือ การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อครอบคลุมเชื้อก่อโรคชนิดนี้อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดความรุนแรงของโรค

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 53 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ประกอบอาชีพทำนา โรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ ได้แก่ Aspirin, Simvastatin, Glibenclamide และ Metformin บุตรสาวของผู้ป่วยรับผู้ป่วยมาอาศัยอยู่ด้วยที่กรุงเทพมหานคร ได้เพียง 1 สัปดาห์

สำหรับอาการของผู้ป่วยรายนี้เริ่มตั้งแต่เมื่อ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเข้าช้ำปวดบวมจึงไปตรวจที่คลินิกและได้ฉีดยา หลังจากนั้นอาการไม่ทุเลาจึงซื้อยาชุดมากินเอง แต่อาการปวดบวมเข้าช้ำยังไม่ดีขึ้น ต่อมาผู้ป่วยเริ่มมีไข้ได้ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับปวดขาและเข้าช้ำมากขึ้นจนไม่ยอมลุกจากเตียง อ่อนเพลีย และกินข้าวได้น้อยลง

จนกระทั่ง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้สูง หนาวสั่น พูดสับสนเป็นคำที่ไม่มีความหมาย ซึมลง และไม่ทำตามสั่ง บุตรสาวจึงตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติด



แรกวันที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับการตรวจสัญญาณชีพพบอุณหภูมิร่างกายวัดทางรักแร้สูง 38 องศาเซลเซียส ชีพจรเร็ว 125 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/77 มิลลิเมตรปรอท และอัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนปลายนิ้วร้อยละ 95

การตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยพูดสับสนไม่เป็นคำ ลืมตาเองเป็นบางครั้ง แต่ไม่ซัดและไม่เหลียง เข้าช้ำบวมแดงและมีน้ำในข้อ รวมทั้งตรวจพบว่ามีคอแข็ง (Positive stiffness of neck) นอกนั้นระบบอื่น ๆ เป็นปกติ

จากประวัติผู้ป่วยรายนี้มีไข้เข้าช้ำบวมนำมาก่อน 2 สัปดาห์ ต่อมาเริ่มมีไข้ นำมาก่อน 2 วัน และมีไข้สูงหนาวสั่นร่วมกับพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในที่สุด สาเหตุของไข้ที่เป็นไปได้มากที่สุดจึงน่าจะมาจากการติดเชื้อ จากการตรวจร่างกายพบลักษณะอาการแสดงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (Systemic manifestations) ได้แก่ การมีภาวะหัวใจเต้นเร็ว และมีลักษณะของการทำงานของอวัยวะทำงานผิดปกติ (Organ dysfunction) ได้แก่ การที่มีสติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลงไป (Altered mental status) จากลักษณะดังกล่าวจึงบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในเลือดรุนแรง (Severe sepsis) สำหรับสาเหตุของการติดเชื้อในเลือดรุนแรงที่เป็นไปได้มากที่สุดนี้ในผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่

1. การติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางเฉียบพลัน (Acute meningoencephalitis) : เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการไข้ นำมาก่อน 2 วัน ต่อมาเริ่มมีไข้สูง และสติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลง ร่วมกับตรวจร่างกายพบ Positive stiffness of neck จึงนึกถึงการติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางมากที่สุด โดยที่อาการปวดบวมเข้าช้ำอาจเป็นเพียง reactive arthritis ซึ่งเป็นอาการข้ออักเสบอันเนื่องมาจากร่างกายติดเชื้อก็ได้

2. โรคติดเชื้อในข้อเข่าด้านซ้าย (Septic left knee joint) : เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีไข้เข้าช้ำปวดบวมร้อนนำมาก่อน 2 สัปดาห์ และเริ่มเป็นไข้สูงร่วมกับสติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลง ในเวลาต่อมาตรวจร่างกายพบว่าเมื่อขยับข้อเข่าซ้าย ผู้ป่วยจะปวดมากขึ้น จากลักษณะดังกล่าวจึงเข้ากับลักษณะของการติดเชื้อในข้อเข่าซ้ายได้

3. โรคกรวยไตอักเสบ (Acute pyelonephritis) : แม้ว่าไม่มีประวัติเกี่ยวกับการปัสสาวะที่ผิดปกติในผู้ป่วยรายนี้ แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเพศหญิงและมีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคกรวยไต

อักเสบได้⁽³⁻⁴⁾ โดยที่อาการปวดบวมเข้าข้ออาจเป็นเพียง reactive arthritis ซึ่งเป็นอาการข้ออักเสบอื่นเนื่องมาจากร่างกายติดเชื้อก็ได้

4. โรคเมลิออยโดสิส (Meliodosis) : ผู้ป่วยวัยกลางคนที่มิโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัวและมีประวัติทำนา ซึ่งมีโอกาสสูงที่จะได้รับเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* จากดินและน้ำเข้าสู่ร่างกายจึงก่อให้เกิดโรคในที่สุด

การรักษาผู้ป่วยรายนี้ในห้องฉุกเฉินเริ่มต้นจากการประเมินทางเดินหายใจ (Airway), การหายใจ (Breathing) และระบบไหลเวียนโลหิต ตามลำดับ

*** ทางเดินหายใจ :** ผู้ป่วยรายนี้สามารถส่งเสียงได้ร่วมกับตรวจร่างกายไม่มีหายใจเสียงดังผิดปกติ (Stridor) ผู้ป่วยรายนี้จึงไม่มีปัญหาเกี่ยวกับทางเดินหายใจ

*** การหายใจ :** ผู้ป่วยมีการหายใจที่ปกติ ไม่มีปากเขียวหรือปลายมือปลายเท้าเขียว และไม่พบความผิดปกติของเสียงปอด ผู้ป่วยรายนี้จึงไม่มีปัญหาเรื่องการหายใจหรือภาวะพร่องออกซิเจน

*** ระบบไหลเวียนโลหิต :** ผู้ป่วยมีประวัติกินได้น้อย ตรวจร่างกายพบริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ชีพจรเร็ว มีค่า Mean arterial pressure (MAP) เกิน 65 มิลลิเมตรปรอท และไม่มีลักษณะของ Tissue poor perfusion ดังนั้น สาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็วในผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ การติดเชื้อในเลือดและการขาดน้ำที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง ซึ่งแก้ไขโดยการให้สารน้ำชนิด Isotonic crystalloid solution หรือ 0.9% Normal saline solution ทางหลอดเลือดดำด้วยอัตราเร็ว 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

เนื่องจากการวินิจฉัยเบื้องต้นในผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ การติดเชื้อในเลือด แพทย์ผู้ทำการรักษาจึงได้เก็บตัวอย่างเลือด ปัสสาวะ น้ำในข้อเข่าซ้าย และน้ำไขสันหลัง เพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เพื่อหาการติดเชื้อและเพื่อหาการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่ผิดปกติ ซึ่งจะเป็นการยืนยันการติดเชื้อในเลือดรุนแรง สำหรับยาปฏิชีวนะที่ให้ในผู้ป่วยรายนี้ในช่วงแรก ได้แก่ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำวันละครั้งภายในเวลา 1 ชั่วโมง ภายหลังการวินิจฉัย ยาชนิดนี้เป็นยาในกลุ่ม Third generation cephalosporin เหตุผลที่เลือกใช้เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีการติดเชื้อที่เป็นลักษณะของ Community acquired infection แพทย์ผู้รักษาจึงตัดสินใจให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมทั้ง Gram negative และ Gram positive bacteria

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นดังนี้

*** การตรวจข้างเตียง :** ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเล็กน้อย

- Capillary blood glucose 280 mg%
- Beta hydroxyl-butyrate 1.7 mmol/L
- Serum ketone – Negative

*** การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count) :** มีเม็ดเลือดขาวสูง

- WBC 16,800/mm³ : Differential – N 74%, L 9%, M 4%, Band form 12%
- Hematocrit 33.2%, Hemoglobin 10.6 g/dL
- Platelets 253,000/mm³

*** ระดับเกลือแร่ในเลือด (Serum electrolytes) :** ปกติทั้ง Na, K, HCO₃, Cl

*** การทำงานของไต :** มีภาวะไตวายเฉียบพลันเล็กน้อย

- BUN 30 mg/dL, Cr 1.74 mg/dL

*** การทำงานของตับ (Liver function test) :** มีภาวะตับอักเสบเล็กน้อย

- AST 220 U/L, ALT 146 U/L, ALP 207 U/L, GGT 389 U/L
- TP 59.6 g/L, Alb 17 g/L, TB 0.9 mg/dL, DB 0.8 mg/dL

*** การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) :** ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

WBC > 50, RBC 2-3, squamous epithelial 0-1, renal epithelial 0-1, muddy brown cast

*** การตรวจน้ำในข้อเข่าซ้าย :** ข้อเข่าอักเสบและไม่ติดเชื้อ

- RBC 3,400 cell/mm³, WBC 10,244 cell/mm³ (PMN 94%, Mono 6%)

*** การตรวจน้ำไขสันหลัง (CSF) :** ปกติ

*** การตรวจทางจุลชีววิทยา :**

- Urine gram stain : Moderate PMNs 1-10 Gram negative bacilli/Oil field พบเป็นชนิด Bipolar staining appearance
- Urine/CSF/Synovial fluid culture : ครอบคลุมเชื้อ
- CSF gram stain, AFB : ไม่พบเชื้อ
- Synovial fluid gram stain : Numerous PMN ไม่พบเชื้อ
- Hemoculture : ครอบคลุมเชื้อ

*** การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา :**

- Leptospira antibody : Negative
- Melioid titer : Positive
- Anti HIV : Negative

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีปริมาณเม็ดเลือดขาวสูงในเลือด (Leukocytosis) ซึ่งสนับสนุนว่าน่าจะมีการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากผลการตรวจน้ำในข้อเข่าซ้ายพบเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 50,000 cell/mm³ ร่วมกับการย้อม Gram stain ไม่พบเชื้อซึ่งแสดงถึงไม่มีการติดเชื้อในข้อเข่าซ้าย อย่างไรก็ตาม การตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว (Pyuria) ร่วมกับการย้อม Gram stain พบลักษณะของเชื้อ Gram negative bacilli (Bipolar staining) แสดงถึงการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Acute pyelonephritis) ซึ่งเป็นสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในเลือดในผู้ป่วยรายนี้

เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและมีประวัติทำนา ซึ่งมีโอกาสได้รับเชื้อชนิดนี้จาก

ดินและน้ำเข้าสู่ร่างกาย เชื้อก่อโรค (Pathogen) ที่เป็นไปได้มากที่สุดของผู้ป่วยรายนี้จึงได้แก่ *Burkholderia pseudomallei* แต่อย่างไรก็ตาม ลักษณะของ Gram negative bacilli with bipolar staining หรือ Safety pin appearance ไม่ได้เป็นลักษณะเฉพาะเจาะจงต่อเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* เท่านั้น แต่ยังสามารถพบได้กับเชื้อชนิดอื่น เช่น *Yersinia pestis* เป็นต้น แพทย์ผู้รักษาจึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Ceftazidime 2 กรัม ให้ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงไปก่อน

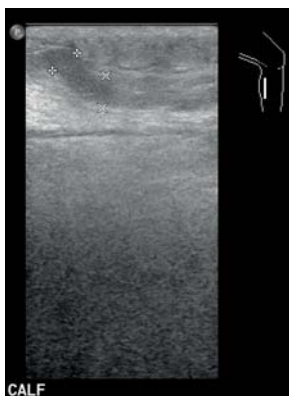
ผู้ป่วยได้ออกจากห้องฉุกเฉินเพื่อไปเฝ้าสังเกตอาการที่หอผู้ป่วย และในอีก 24 ชั่วโมงต่อมาผู้ป่วยมีตุ่มหนองหลายตุ่มขึ้นบริเวณขาขวา ซึ่งเป็นลักษณะของ Septic emboli ดังรูปที่ 1 และพบขาซ้ายบวมแดงมากขึ้น



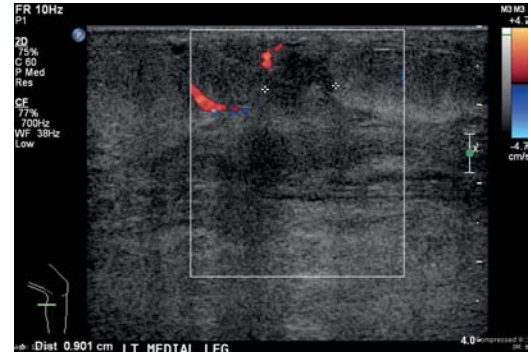
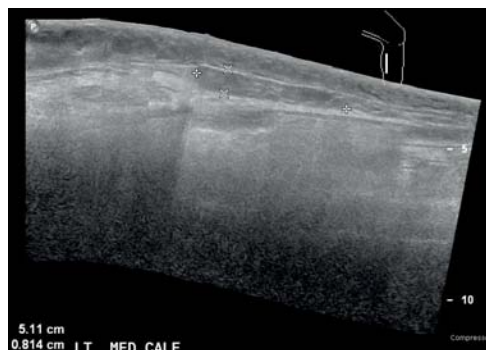
รูปที่ 1 แสดงตุ่มหนอง (Septic emboli) บริเวณขาขวาอีก 24 ชั่วโมงต่อมาหลังจากให้การวินิจฉัยเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง

เนื่องจากผู้ป่วยมีลักษณะของการติดเชื้อบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังหลายตำแหน่งและมีไข้สูงขึ้น แพทย์ผู้รักษาจึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Imipenem/Cilastatin 500 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง จนในที่สุดผลเพาะเชื้อในเลือดทั้ง 2 ขวดและในปัสสาวะพบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ที่ไวต่อยา Ceftriaxone, Ceftazidime และ Amikacin แพทย์ผู้รักษาจึงเปลี่ยนเป็นยา Ceftazidime 2 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงตามที่เชื้อไวต่อยา

ต่อมาอาการบวมแดงร้อนบริเวณขาซ้ายไม่ดีขึ้น แพทย์ผู้ทำการรักษาจึงส่ง Ultrasound ขาซ้าย ดังรูปที่ 2 และ 3



รูปที่ 2 แสดง Ultrasound ขาซ้ายบริเวณที่บวมแดงร้อน จากภาพพบเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบวมและมีหนอง ซึ่งเป็นลักษณะของ Pyomyositis



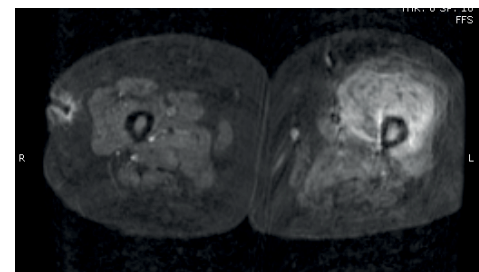
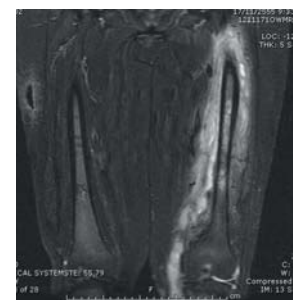
รูปที่ 3 แสดง Ultrasound ขาซ้ายบริเวณที่บวมแดงร้อนอีก 5 วันต่อมา จากภาพพบเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบวมและมีหนองมากขึ้น

เนื่องจากหนองในกล้ามเนื้อ (Pyomyositis) เป็นมากขึ้น แพทย์ผู้รักษาจึงทำการระบายหนองออก (Incision & drainage) หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ต่อมาผู้ป่วยยังมีไข้สูงอยู่ตลอดเวลา ร่วมกับผลเพาะเชื้อจากเนื้อเยื่อบริเวณขาซ้ายก็พบเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อชนิดนี้ทั้งบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบริเวณใกล้เคียงร่วมด้วย แพทย์ผู้รักษาจึงได้ส่งผู้ป่วยทำ MRI ขาทั้ง 2 ข้างเพื่อหาบริเวณที่มีการติดเชื้อเพิ่มเติม ดังรูปที่ 4

เนื่องจากผู้ป่วยมีการติดเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ในหลายตำแหน่งรวมทั้งเกิด Osteomyelitis ด้วย ดังนั้น แพทย์จึงตัดสินใจให้การรักษาระยะเริ่มต้น (Initial intensive therapy) ด้วยยา Ceftazidime 2 กรัม

4B : Water Ax T1

4A : COR STIR/T2



รูปที่ 4 แสดง MRI ของต้นขาทั้ง 2 ข้าง พบลักษณะของ Osteomyelitis ที่ Distal one-third ของกระดูก Femur ด้านขวา และที่ Mid-shaft ของกระดูก Femur ด้านซ้าย

ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงอยู่นาน 6 สัปดาห์ ทั้งนี้ เพราะมีการติดเชื้อในกระดูก (Osteomyelitis) ร่วมด้วย จากนั้นจึงเปลี่ยนเป็นยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานคือ ยา Trimethoprim 320 มิลลิกรัม และ Sulfamethoxazole 1,600 มิลลิกรัม/วัน ต่อไปอีกนาน 3-6 เดือน⁽⁵⁾ จนในที่สุดอาการผู้ป่วยดีขึ้น

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหาอื่น ๆ สรุปได้ดังนี้

1. ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) : เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีค่า Creatinine เดิมมาก่อน ร่วมกับมีประวัติกินได้น้อย และจากการตรวจร่างกาย พบชีพจรเร็วกว่าปกติ ภาวะไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยรายนี้จึงน่าจะเกิดมาจากการขาดน้ำ ซึ่งแก้ไขโดยการให้สารน้ำทดแทน จนในที่สุดค่า Creatinine กลับสู่ระดับปกติ

2. ภาวะตับอักเสบเฉียบพลัน (Hepatitis) : ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในเลือดรุนแรงอาจเกิดการอักเสบของเซลล์ตับได้ โดยเซลล์ Kupffer หลังสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ (Chemokine) ดังนั้น ผลตรวจการทำงานของตับจึงพบค่า Aspartate transaminase (AST) หรือ Alanine transaminase (ALT) เพิ่มขึ้นกว่าปกติได้⁽⁶⁾

โรคเมลิออยโดสิสเป็นโรคติดเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ซึ่งเป็นแบคทีเรียชนิด Gram negative bacilli ในประเทศไทยโรคเมลิออยโดสิสเป็นโรคประจำถิ่นที่พบได้มากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบมากที่สุดในช่วงฤดูฝน อัตราตายสูงถึงร้อยละ 40 เชื่อก่อนโรคจะปนเปื้อนอยู่ในดินหรือน้ำ และเข้าสู่ร่างกายคนในที่สุด ระยะฟักตัวใช้เวลา 1-21 วัน พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีอาการจะพบการติดเชื้อในเลือด และอีกร้อยละ 20 มีภาวะความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยจะมีผิวหนังตามอวัยวะในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และ

อาจเกิดฝีหนองในบริเวณอื่นตามมาได้ ที่พบได้บ่อยได้แก่ ปอดและข้อต่าง ๆ

การวินิจฉัยทำได้โดยการส่งเพาะเชื้อในเลือด เนื่องจากโรคเมลิออยโดสิสเป็นโรคประจำถิ่นในประเทศไทย การตรวจเลือดโดยวิธี Serologic testing จะให้ผลบวกทั้งในผู้ที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค วิธีการดังกล่าวจึงไม่เหมาะสมที่จะใช้ในการวินิจฉัยโรคในประเทศไทย ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคอ้วน โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน รวมทั้งผู้ที่ดื่มสุราหรือใช้ Glucocorticoid เป็นประจำ สำหรับการรักษาแบ่งเป็น⁽⁵⁾

1. การรักษาเบื้องต้น (Initial intensive therapy) ระยะเวลาการรักษา 10-14 วัน ยาปฏิชีวนะที่แนะนำ ได้แก่ Ceftazidime, Meropenem และ Imipenem ซึ่งครอบคลุมเชื้อชนิดนี้

2. การรักษาเพื่อกำจัดเชื้อ (Oral eradication therapy) ระยะเวลาการรักษา 3-6 เดือน ยาปฏิชีวนะที่แนะนำ ได้แก่ Trimethoprim และ Sulfamethoxazole

บทสรุป

โรคเมลิออยโดสิสเป็นโรคประจำถิ่นในประเทศไทยและพบมากที่สุด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคเรื้อรัง หรือภูมิคุ้มกันต่ำที่มีประวัติสัมผัสดินหรือน้ำ โดยเฉพาะทางผิวหนังอันนำไปสู่การรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายล้วนเป็นกลุ่มเสี่ยงทั้งสิ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนี้มาด้วยลักษณะของการติดเชื้อในเลือดนั้น หลักการรักษาที่สำคัญในห้วงฉุกเฉินนอกเหนือจากการกู้ชีพเบื้องต้นแล้ว ก็ควรรีบให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อก่อโรคดีดังกล่าวอย่างรวดเร็วที่สุด

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 53 ปี มาห้วงฉุกเฉินด้วยเรื่องการติดเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ในเลือดรุนแรง และระบบอื่น ๆ ของร่างกาย แพทย์ประสบความสำเร็จในการรักษาเบื้องต้นด้วยยา Ceftazidime ร่วมกับยา Trimethoprim และ Sulfamethoxazole เพื่อกำจัดเชื้อ ในที่สุดผู้ป่วยอาการเป็นปกติและออกจากโรงพยาบาลได้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Wiersinga WJ, Currie BJ, Peacock SJ. Melioidosis. N Engl J Med. 2012 Sep 13;367(11):1035-44.
2. Limmathurotsakul D, Wongratanaheewin S, Teerawattanasook N, Wongsuvan G, Chaisuksant S, Chetchotisakd P, Chaowagul W, Day NP, Peacock SJ. Increasing Incidence of Human Melioidosis in Northeast Thailand. Am J Trop Med Hyg. 2010 June; 82(6):1113-7.
3. Bass PF 3d, Jarvis JA, Mitchell CK. Urinary tract infections. Prim Care. 2003;30:41-61.
4. Bergeron MG. Treatment of pyelonephritis in adults. Med Clin North Am. 1995;79:619-49.
5. Wiersinga WJ, Currie BJ, Peacock SJ. Melioidosis. N Engl J Med 2012;367:1035-44.
6. Dhainaut JF, Marin N, Mignon A, Vinsonneau C. Hepatic response to sepsis: interaction between coagulation and inflammatory processes. Crit Care Med. 2001 Jul;29(7 Suppl):S42-7.



การใช้สารน้ำ colloid ในการรักษาผู้ป่วยวิกฤต

ภาวะพร่องสารน้ำพบได้บ่อยในผู้ป่วยแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ผู้ประสบอุบัติเหตุ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดขนาดใหญ่ที่มีโอกาสเสียเลือดหรือพร่องสารน้ำไปในส่วนอื่นของร่างกาย ส่งผลรบกวนระบบไหลเวียนโลหิตของร่างกาย ทำให้เกิดการลดลงของความดันโลหิต เกิดภาวะช็อกตามมาได้ การให้สารน้ำเพื่อทดแทนการสูญเสียเลือดหรือของเหลวที่สูญเสียไป เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ลดอัตราการเสียชีวิตโดยสารน้ำเพื่อทดแทนดังกล่าวมีหลายชนิด บางชนิดเป็นผลิตภัณฑ์จากเลือด บางชนิดเป็นสารที่สังเคราะห์ขึ้นโดยปราศจากองค์ประกอบของเลือด อันได้แก่ สารน้ำชนิด colloid และ crystalloids เป็นสารน้ำที่ใช้กันแพร่หลายในการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤต ในช่วงหลังมีการใช้สารน้ำ colloid มากขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤต จึงเป็นที่มาของการรวบรวมข้อมูลในวันนี้ โดยจากการรวบรวมข้อมูลในฐานข้อมูล Cochrane, MEDLINE (Ovid), EMBASE (Ovid), PubMed, www.clinicaltrials.gov และ www.controltrials.com รวบรวมข้อมูลตั้งแต่อดีตจนถึงเดือนตุลาคม ค.ศ. 2012 คัดเลือกเฉพาะรายงานวิจัยแบบสุ่มจำนวน 78 งานวิจัยที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของสารน้ำ colloid เปรียบเทียบกับสารน้ำ crystalloids ในผู้ป่วยวิกฤตทุกประเภทที่ประสบอุบัติเหตุไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และภาวะหลังผ่าตัด โดยยกเว้นการศึกษาเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ผลการศึกษาเปรียบเทียบถึงผลของการให้สารน้ำ colloid เปรียบเทียบกับ crystalloid hypertonic และ crystalloid isotonic ชนิดต่าง ๆ มีผลการศึกษาดังนี้

- สารน้ำ colloid ชนิด albumin โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 9,920 คน พบว่า pooled RR = 1.01, 95% CI 0.93-1.10

- สารน้ำ colloid ชนิด hydroxyethyl starch ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้สารน้ำ colloid ชนิด hydroxyethyl starch กับกลุ่มที่ได้สารน้ำ crystalloids ในผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 9,147 คน พบว่า pooled RR = 1.10, 95% CI 1.02-1.19

- สารน้ำ colloid ชนิด modified gelatin รวบรวมข้อมูลจาก 11 งานวิจัย เปรียบเทียบประสิทธิผลของสารน้ำ colloid ชนิด modified gelatin กับสารน้ำ crystalloid ในผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 506 คน พบว่า pooled RR = 0.91, 95% CI 0.49-1.72

- สารน้ำ colloid ชนิด dextran รวบรวมข้อมูลจาก 9 งานวิจัย ศึกษาเปรียบเทียบสารน้ำ colloid ชนิด dextran เปรียบเทียบกับสารน้ำ crystalloid ในผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 834 คน พบว่า pooled RR = 1.24, 95% CI 0.94-1.65

- สารน้ำ colloid ชนิด dextran ใน crystalloid hypertonic เปรียบเทียบกับ crystalloid isotonic ในผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1,985 คน พบว่า pooled RR = 0.91, 95% CI 0.71-1.06

กล่าวโดยสรุป การรักษาผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหาพร่องสารน้ำ อันได้แก่ ผู้ประสบอุบัติเหตุ ผู้ป่วยแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดพบว่า การให้สารน้ำ colloid ไม่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับสารน้ำ crystalloid นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า การให้สารน้ำ colloid ชนิด hydroxyethyl starch อาจเพิ่มอัตราการเสียชีวิต และมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าสารน้ำ crystalloid

แนวทางเบื้องต้นในการพิจารณาเพื่อนำศพเข้ามาตรวจต่อ และรายงานผู้ป่วย (อุทาหรณ์/ตัวอย่าง) หนึ่งราย

Guideline For Cadaver's Transferring To Perform Full Autopsy With A Case Report

การที่แพทย์ต้องออกไปทำการตรวจศพเมื่อมีการตายผิดปกติเกิดขึ้นนั้น เป็นการที่ต้องดำเนินการร่วมกับเจ้าพนักงานอื่น ซึ่งอาจเป็นการร่วมกับ “พนักงานสอบสวน” หรือทำการร่วมกับ “พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ และพนักงานฝ่ายปกครอง” แล้วแต่กรณี หมายความว่าหากเป็นการตายผิดปกติโดยทั่วไป จะทำการร่วมกับเฉพาะพนักงานสอบสวนเท่านั้น แต่หากเป็นการตายผิดปกติชนิดพิเศษแล้ว (คือ การตายที่เกิดจากการกระทำของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่ หรือการตายที่อยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานที่อ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่) จะต้องร่วมทำการถึง 4 ฝ่าย คือแพทย์และอีก 3 ฝ่ายดังกล่าวแล้ว การที่มีการกระทำร่วมกันนี้คือ **“การชันสูตรพลิกศพ”** หรืออาจกล่าวได้ว่า หากเป็นเรื่องการชันสูตรพลิกศพแล้วจะต้องกระทำร่วมกันระหว่างเจ้าพนักงานตามหน้าที่ตั้งแต่ 2 ฝ่ายขึ้นไป ตามกฎหมาย คือ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา¹

.....อายุกว่า 70 ปี ย่อมถือว่า “ชราภาพ” หากได้ทำการชันสูตรพลิกศพและไปพบสาเหตุรุนแรง หรือสาเหตุใดอันอาจเป็นเหตุแห่งการตายผิดปกติแล้ว การให้สาเหตุแห่งการตายอันเนื่องจากชราภาพนั้นย่อมมีความเสี่ยงน้อย.....

การนำศพเพื่อการตรวจต่อเนื่องภายหลังจากการชันสูตรพลิกศพ

มีคำถามที่แพทย์ผู้ซึ่งออกทำการชันสูตรพลิกศพที่มักจะถามขึ้นมาเสมอคือ “จะพิจารณาอย่างไรกับการที่จะนำศพเพื่อเข้ามาทำการตรวจต่อหรือไม่” ซึ่งคำถามนี้อาจพิจารณาได้ดังนี้

1. การนำศพเพื่อเข้ามาตรวจต่อ

หมายถึง การที่ภายหลังที่แพทย์ได้ทำการ “ชันสูตรพลิกศพเสร็จเรียบร้อยแล้ว” และเห็นว่ายังมีความจำเป็นหรือข้อสงสัยในสาเหตุแห่งการตายที่เกิดขึ้นนั้น แพทย์ย่อมสามารถแจ้งต่อ “หัวหน้าคณะในการชันสูตรพลิกศพเพื่อให้ส่งศพมาเพื่อรับการตรวจศพต่อ” ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา ๑๕๑ และมาตรา ๑๕๒ แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญานั้นเอง¹ โดยความสงสัยนั้นเป็นไปตามกรอบแห่ง **“เกณฑ์มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม”²** และ **“เกณฑ์ความรู้ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม”³** โดยกฎหมายวิชาชีพ⁴

2. หัวหน้าคณะในการชันสูตรพลิกศพ

แพทย์ย่อมต้องเข้าใจว่า ตัวแพทย์เองมิได้อยู่ในฐานะหัวหน้าคณะในการชันสูตรพลิกศพโดยแท้ แม้ว่าแพทย์จะมีความรู้ด้านการแพทย์และเป็นผู้ที่สามารถจะบอกถึงสาเหตุแห่งการตายได้ดีที่สุดในกลุ่มเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพก็ตาม ทั้งนี้เพราะตัวบทบัญญัติของกฎหมาย¹ มิได้ให้อำนาจแก่แพทย์ที่จะเป็นผู้สั่งการในการดำเนินการภายหลังจากที่ได้ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพแล้ว ซึ่งแท้ที่จริงหัวหน้าคณะในการทำการชันสูตรพลิกศพก็คือ “พนักงานสอบสวน” หรือ “พนักงานอัยการ” แล้วแต่กรณีนั่นเอง

3. มูลเหตุที่ทำให้แพทย์ต้องสงสัย

หมายถึง เหตุหรือปัจจัยใด ๆ ที่ทำให้แพทย์เกิดความสงสัยในสาเหตุแห่งการตาย ซึ่งเมื่อแพทย์ยังไม่สามารถที่จะหาสาเหตุแห่งการตายอันเป็นวัตถุประสงค์หลักของการชันสูตรพลิกศพแล้ว แพทย์ย่อมจำเป็นต้องนำศพมาเพื่อทำการตรวจต่อ

ปัจจัยที่แพทย์ใช้ในการประเมินว่าจะดำเนินการอย่างไรกับศพที่ตนเองได้ทำการชันสูตรพลิกศพแล้ว เหตุ และ/หรือปัจจัยที่ทำให้แพทย์เกิดความสงสัยในสาเหตุแห่งการตายของผู้ตายที่แพทย์ได้ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพ อาจจำแนกได้อย่างง่าย ๆ

1. เหตุทางสังคม/ครอบครัวของผู้เสียชีวิต

หมายถึง หากยังมีข้อขัดแย้งหรือกรณีสงสัยหรือกรณีพิพาทถึงการตายของผู้ตายในกลุ่มทายาทของผู้ตายเอง เช่นนี้ ต้องถือว่าแพทย์สมควรที่จะนำศพเพื่อทำการตรวจต่ออย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม หากญาติไม่ติดใจสงสัยแล้วก็หาว่าแพทย์จะสามารถมอบศพให้แก่ญาติเพื่อ “ดำเนินการตามประเพณี” ได้เสมอไป ทั้งนี้จะต้องพิจารณาจากเหตุแห่งศพ

2. เหตุจากตัวศพ

หมายถึง สภาพแห่งศพที่แพทย์ได้ทำการชันสูตรพลิกศพแล้วยังมีข้อสงสัยหรือเคลือบแคลงว่า การตายที่เกิดขึ้นอาจมิใช่เป็นการตาย “ตามธรรมชาติ” เช่น

ก. เป็นการตายที่อาจ “ถูกฆาตกรรม”

ข. การตายที่เกิดจากการ “ฆ่าตัวตาย”

ค. การตายที่เกิดจาก “อุบัติเหตุ”

ทั้งนี้เนื่องจากหากยังมีสิ่งที่น่าสนใจว่า “อาจเกิดขึ้น” และทำให้แพทย์ต้องมีความเสี่ยงด้วยแล้ว แพทย์ “จะต้อง” ตัดสินใจดำเนินการตามมาตรา ๑๕๑ และ ๑๕๒ โดยทันที หรืออย่างน้อยการที่ดำเนินการนำศพมาตรวจต่อ ตามมาตรา ๑๕๒ นั้น แม้ในภายหลังเวลาต่อมาจะทำการตรวจแต่เพียงภายนอกหรือทำการตรวจเพิ่มเติมอีกเล็กน้อย เช่น การเอกซเรย์ หรือการเจาะเลือด น้ำเหลือง หรือน้ำหลัง หรือปัสสาวะ เพื่อการตรวจต่อเท่านั้น ถือว่าน้อยมากแล้วก็ตาม แต่สิ่งเหล่านั้นก็อาจช่วยในการคลี่คลายสิ่งที่อาจเกิดการสงสัยขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น การที่สงสัยว่าจะมีการให้ยาหรือสารพิษที่ผิดปกติ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีเหตุในการพิจารณาดำเนินการต่อกับศพ

แพทย์สมควรระลึกไว้เสมอว่า หลักในการใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจภายหลังที่ได้ทำการชันสูตรพลิกศพเรียบร้อยแล้ว “จะนำศพมาทำการตรวจต่อหรือไม่” ไม่เกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวย สภาพแห่งความกดดัน บีบคั้น หรือรุมเร้า หลายอย่างเช่น

1. การที่ญาติมารุมเร้าเพื่อให้แพทย์ปล่อยศพเพื่อทำพิธี ณ ที่เกิดเหตุ โดยมีให้นำศพเข้ามา

2. อาจมีการนำผู้นำหมู่บ้านหรือชุมชนมาร่วมในการบีบคั้น

3. การให้พนักงานสอบสวนเกลี้ยกล่อมเพื่อให้แพทย์ปล่อยศพ ณ ที่ชันสูตรพลิกศพ โดยยังคงให้แพทย์ต้องเป็นผู้รับผิดชอบใน “หนังสือรับรองการตาย” หรือ “ข้อสันนิษฐานสาเหตุการตายโดยแพทย์” อยู่อย่างเดิม เท่ากับแพทย์ต้องเสี่ยง โดยที่เมื่อออกหนังสือรับรองดังกล่าวแล้วหากมีสิ่งที่ไม่อาจคาดคิดได้ แพทย์ย่อมต้องเป็นผู้ต้องรับผิดชอบ

หมายเหตุ: การที่พนักงานสอบสวนขอให้แพทย์ใช้อำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับศพ ทั้ง ๆ ที่พนักงานสอบสวนเป็น “หัวหน้าคณะในการชันสูตรพลิกศพ” โดยที่นั่นแสดงว่าพนักงานสอบสวนยังคงเจตนาหมายเพื่อให้แพทย์ยังเป็นผู้ต้องรับผิดชอบ “หลักโดยตรง” นั่นเอง ทั้งนี้เพราะแท้ที่จริงแล้วหากพนักงานสอบสวนจะมอบศพให้ญาติโดยที่มิได้เกี่ยวกับแพทย์ที่ต้องร่วมรับผิดชอบเลยก็ย่อมทำได้ เพราะต้องไม่ลืมว่าหัวหน้าทีมในการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายไทยคือ “พนักงานสอบสวน” (หรือพนักงานอัยการแล้วแต่กรณี) นั่นเอง

ปัจจัย และ/หรือเหตุผลบางประการที่แพทย์สมควรนำมาพิจารณาเพื่อนำศพเข้ามารับการตรวจต่อตามกฎหมาย

ปัจจัย และ/หรือเหตุผลต่าง ๆ (รายชื่อ) ที่แพทย์สมควรนำมาพิจารณากรณีแพทย์จะตัดสินใจมอบศพให้แก่ญาติ ณ ที่ชันสูตรพลิกศพโดยไม่ติดใจในการที่จะนำศพเพื่อรับการตรวจ

ต่อเนื่อง (ตามมาตรา ๑๕๒ นั้น) แพทย์สมควรที่จะต้องพิจารณาจากหัวข้อดังต่อไปนี้ด้วย ทั้งนี้เพื่อช่วยให้แพทย์ตัดสินใจในการดำเนินการได้อย่างถูกต้องระหว่าง “การที่จะมอบศพให้แก่ญาติเพื่อดำเนินการตามประเพณีหรือการที่ให้นำศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ ณ สถานพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใดตามกฎหมาย”

1. ด้านอายุของศพ

อายุนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งที่แพทย์จะต้องพิจารณาเป็นลำดับต้น ๆ ทั้งนี้ด้วยหลักที่ค่อนข้างง่ายที่ว่า “ผู้ที่มีอายุไม่มากย่อมไม่ถึงเวลาที่ตาย” นั่นเอง ดังนั้น หากพบว่าผู้ตายที่อายุน้อยอยู่ ต้องถือว่ามีความเสี่ยงที่จะต้องหาสาเหตุแห่งการตายให้พบโดยไม่น่าที่จะด่วนสรุปว่าเกิดจาก “กล้ามเนื้อหัวใจ” หรือ “หัวใจวายจากการขาดเลือด” หรือ “หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ” หรือ “โรคชรา” เป็นต้น เพราะสิ่งที่จะนำมาคิด (ตามมาตราฐานทางการแพทย์) นั้นจะต้องมีหลักการและเหตุผลที่สอดคล้องต้องกัน ในเมื่อคนที่อายุยังไม่มากจะเกิดโรคหรือสาเหตุที่กล่าวถึงได้อย่างไร

สำหรับอายุที่จำเป็นต้องพิจารณานั้นประกอบด้วย

ก. อายุที่ต่ำกว่า 50 ปี ต้องถือว่า “อายุน้อย” และยังไม่สมควรยิ่งที่จะเป็นโรคที่เกิดจากความชรา เช่น โรคหัวใจ (เว้นเสียแต่ว่ามีโรคประจำตัวชนิดรุนแรงที่จะเป็นสาเหตุแห่งการตายได้อย่างแน่นอน เช่น โรคเมอเร็ง เป็นต้น) เมื่อทำการชันสูตรพลิกศพที่อายุต่ำกว่า 50 ปี ทุกรายสมควรนำศพเข้ามาเพื่อรับการตรวจต่อ

ข. อายุกว่า 50 ปี แต่ยังไม่ถึง 60 ปี ถือว่าอยู่ในเกณฑ์กำกวม แต่โดยทั่วไปต้องถือว่า “ยังไม่ถึงอายุที่จะทำให้เกิดตายจากโรคธรรมชาติได้ หากไม่ปรากฏให้เห็นถึงสภาวะหรือโรคดังกล่าวอย่างชัดเจน” ผู้ตายในช่วงอายุนี้นั้นแพทย์ที่ชันสูตรพลิกศพจะต้องให้ความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะประวัติของผู้ตายที่ญาติมักจะอ้างถึงโรคต่าง ๆ ที่จะให้แพทย์สรุปว่า “เป็นสาเหตุแห่งการตาย” เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคเกาต์ โรคนี้ ฯลฯ ซึ่งโรคเหล่านี้แม้จะมีผู้ตายจริง แต่ย่อมมิใช่เป็นสาเหตุแห่งการตายโดยตรง

ค. อายุกว่า 60 ปี แต่ยังไม่ถึง 70 ปี โดยทั่วไปอาจถือว่า “ชราภาพ” ได้ เห็นได้จากการที่ทางราชการถือว่าอายุ 60 ปีเป็นปีแห่งการเกษียณอายุงาน (ราชการ) เมื่อทำการชันสูตรพลิกศพรายที่อายุกว่า 60 ปี อาจเป็นไปได้ว่าเกิดขึ้นเนื่องจากความชรา (ทั้งนี้ต้องพิจารณาจากเหตุอื่น ๆ ด้วย)

ง. อายุกว่า 70 ปี ย่อมต้องถือว่า “ชราภาพ” หากได้ทำการชันสูตรพลิกศพและไม่พบสาเหตุรุนแรงหรือสาเหตุใดอันอาจเป็นเหตุแห่งการตายผิดธรรมชาติแล้ว การให้สาเหตุแห่งการตายอันเนื่องมาจากชราภาพนั้นย่อมมีความเสี่ยงน้อย

จ. อายุกว่า 80 ปี แพทย์มีความเสี่ยงน้อยมากจนถึงไม่มีความเสี่ยงหากจะให้สาเหตุแห่งการตายคือ “ชราภาพ”

2. โรค สภาวะ ที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมาเกิดเหตุในครั้งนี้ไม่นาน

หมายถึง โรคหรือสภาวะที่เป็นอยู่อย่างเฉียบพลัน เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และมีสภาวะเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะจากอุบัติเหตุทางจราจร ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเสียชีวิตในเวลาต่อมา

3. ประวัติที่มีมาก่อน

หมายถึง โรคหรือสภาวะการป่วยที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนเสียชีวิต ที่ถือได้ว่า “เรื้อรัง” และสามารถเป็นสาเหตุแห่งการตายได้ เช่น การที่ผู้ป่วยมีสภาวะไตวายระยะท้ายเรื้อรังย่อมเป็นสาเหตุแห่งการตายได้ หรือการที่ผู้ป่วยป่วยด้วยโรคเมอเร็งประเภทต่าง ๆ (ที่รุนแรง) ย่อมถึงแก่ชีวิตได้ในวันหนึ่งวันโดยที่แน่นอนอยู่แล้ว การให้สาเหตุแห่งการตายด้วยเหตุเหล่านี้จึงเป็นเหตุเป็นผล และสอดคล้องกับการให้สาเหตุการตายตามมาตราฐานทางการแพทย์นั่นเอง

4. โรคประจำตัว

เช่น การที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่เป็นสาเหตุแห่งการตายได้ เช่น การที่เป็นโรคปอด (pulmonary tuberculosis) ย่อมเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวได้

5. ประกันชีวิต ร่างกาย อุบัติเหตุ มีหรือไม่ เพียงใด

แพทย์ต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับการให้สาเหตุการตายและการดำเนินการในการชันสูตรพลิกศพและตรวจศพ ยิ่งหากเกี่ยวข้องกับการตายที่จะมีการเรียกร้องสิทธิด้วยแล้ว ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า “ผลสืบเนื่องตามธรรมดาที่เกิดขึ้นได้จากการได้รับอุบัติเหตุประเภทต่าง ๆ แต่เสียชีวิตในเวลาต่อมา” (ซึ่งเวลาที่เสียชีวิตค่อนข้างห่างจากวันที่เกิดอุบัติเหตุจริง) นั้น ทางบริษัทประกันภัยยังคงถือว่าเป็น “การตายผิดธรรมชาติ (อุบัติเหตุ) อยู่” และจะต้องให้มีการทำการชันสูตรพลิกศพและการตรวจศพ (ผ่า) ด้วย บริษัทประกันภัยจึงจะยอมจ่ายเงินตามเกณฑ์การประกันภัยในเรื่อง “**ค่าสินไหม**” แพทย์จึงต้องให้คำแนะนำแก่ญาติ กรณีที่อาจเข้าเงื่อนไขของทางบริษัทประกันภัยที่ว่า “หากมิได้มีการชันสูตรพลิกศพ และการผ่าศพตรวจต่อ” ซึ่งแพทย์ต้องทำความเข้าใจให้ดีกับญาติในเรื่องดังกล่าวนี้ และหากการตรวจศพ (ผ่าศพตรวจ) เป็นเงื่อนไขที่สำคัญของการจะได้รับเงินค่าสินไหมแล้ว แพทย์ต้องทำความเข้าใจกับทายาทของผู้ตายให้ถึงกรณี “ผ่า” หรือ “ไม่ผ่าศพ” ทั้งนี้เพื่อสิทธิของทายาทจะได้ไม่ต้องสงสัยไป

6. สถานที่เสียชีวิต

การเสียชีวิต ณ สถานที่ต่าง ๆ

ก. สถานพยาบาล การเสียชีวิตที่สถานพยาบาลย่อมมีปัญหาน้อยมาก เพราะถือว่าสถานพยาบาลเป็นที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ ดังนั้น หากแพทย์ ณ สถานพยาบาลเหล่านั้นที่ได้ตรวจรักษา

บำบัดผู้ป่วยมานานพอควร และให้สาเหตุการตายไว้แล้ว ย่อมต้องถือว่าเชื่อถือได้

ข. การเสียชีวิตที่บ้านของผู้ป่วยหรือคนในครอบครัวของผู้ป่วยนั้น จำต้องพิจารณาจากประการอื่น ๆ อีก ซึ่งประการนี้ต้องขึ้นอยู่กับสภาพและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวของผู้ที่เสียชีวิตด้วย

ค. การเสียชีวิตในห้องซัง ที่คุมขัง เรือนจำ อันเกี่ยวกับเจ้าพนักงานผู้มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมนั้น “ต้องนำศพมาทำการตรวจต่อทุกราย” ไม่มีข้อยกเว้น

7. ทายาทที่ดูแลหรือใกล้ชิด

กรณีที่ทายาทที่ดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายอาจมิใช่ทายาทชั้นใกล้ชิด เช่น แทนที่จะเป็นคู่สมรสหรือบุตร แต่อาจเป็นหลานหรือลูกพี่ลูกน้อง เป็นต้น ทำให้สิทธิอันแท้จริงที่เกิดขึ้นจากความเกี่ยวพันในทางสายโลหิต (ทางกรรมพันธุ์) นั้นอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างห่าง ในกรณีนี้หากมีประเด็นข้อสงสัยซึ่งอาจเกิดขึ้นจากทายาทชั้นใกล้ชิดหยิบยื่นขึ้นในเวลาต่อมาแล้ว จะทำให้แพทย์ยากที่จะให้คำตอบได้ ดังนั้น หากมีข้อสงสัยที่จะต้องดำเนินการเกี่ยวกับการส่งตรวจหรือไม่แล้ว แพทย์จึงสมควรต้องดำเนินการไว้ก่อนเพื่อความปลอดภัยแก่ตัวแพทย์เอง

8. สถานะทางการเงิน (ทรัพย์สิน) ที่มีอยู่ หรือ “กองมรดก”

ในผู้ตายที่มีทรัพย์สินมาก โดยเฉพาะทรัพย์สินที่ยังมิได้แบ่ง หรือปรากฏในเรื่องพินัยกรรมที่มีการกระทำในขณะที่ผู้ตายใกล้จะสิ้นชีวิตและยังมีประเด็นในเรื่อง “ความสามารถของผู้ตาย” ในเวลาที่ทำนิติกรรมอยู่นั้นแล้ว หรือหากผู้ตายมีทรัพย์สินค่อนข้างมากและจะตกเป็นทรัพย์สินมรดกในเวลาต่อมา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพย์สินจากกองมรดกและสภาพแห่งการมีชีวิตอยู่ เช่น การตายเร็วหรือช้ากับการจัดการหรืออำนาจจัดการอยู่ก่อนแล้ว เป็นต้น กรณีที่เป็นปัญหาลำดับนี้ หากไม่มีสาเหตุแห่งการตายอย่างชัดเจนสมควรให้มีการตรวจศพภายหลังจากการชันสูตรพลิกศพจะเป็นการดีที่สุด

9. ท่าที่ฝ่ายญาติที่ยังคงคิดใจสาเหตุการตาย (แม้ว่า จะเป็นทางญาติส่วนน้อยก็ตาม)

ประการนี้นับว่ามีความสำคัญยิ่ง เพราะเมื่อเกิดความขัดแย้งกันระหว่างทายาทของผู้ตาย (แม้ว่าจะเป็นทายาทส่วนน้อยหรือ “เสียงส่วนน้อย” ก็ตาม) ต้องถือว่ามีความสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ เพราะแม้จะมีทายาทเพียงคนเดียวที่เกิดความสงสัยอาจก่อให้เกิดการดำเนินการ “ทางคดี” ต่อมาได้ เช่น การไปแจ้งความถึงข้อสงสัยในสาเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย ณ สถานที่ตรวจแห่งท้องที่ที่ศพอยู่ และแน่นอนที่สุด “พนักงานสอบสวน” ย่อมต้องทำคดีต่อเนื่อง และสิ่งที่ขาดเสียมิได้คือ “บันทึกการละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” และ “รายงานการตรวจศพ” นั่นเอง

ดังนั้น ในประการที่เกิดการขัดแย้งระหว่างญาติด้วยกัน แพทย์สมควรดำเนินการนำศพมารับการตรวจต่อ ตามมาตรา ๑๕๑ และ ๑๕๒ ทุกกรณี

10. การตัดสินใจสงสัยของพนักงานสอบสวน

กรณีที่ไม่ว่าจะเป็นประการใด หากพนักงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการแล้วแต่กรณี (ตามประเภทของการตายผิดธรรมชาติ) ซึ่งถือว่าเป็น “หัวหน้าเจ้าพนักงานในการชันสูตร” มีความประสงค์ที่จะให้มีการตรวจศพต่อแล้ว แพทย์จะต้องให้มีการส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อโดยทันที

หมายเหตุ:

แพทย์ต้องจำไว้ว่าเมื่อมีการตายผิดธรรมชาติตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา ๑๔๘¹ ข้อหนึ่งข้อใดแล้ว เหตุผลของ “ญาติ” ที่อ้างขึ้นไม่จำเป็นว่า “กรณีนี้ทราบสาเหตุการตายมาแล้ว” หรือ “การไม่ตัดสินใจเอาความ” ฯลฯ ย่อมไม่

สามารถที่จะนำมาอ้างเพื่อมีให้แพทย์นำศพเข้ามาเพื่อการตรวจต่อ (ตามมาตรา ๑๕๑ และ ๑๕๒ แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา) แต่ต้องขึ้นอยู่กับเหตุและผลและความเป็นจริงที่ต้องดำเนินการ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพนั่นเอง

แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ

หมายถึง ความเสี่ยงที่แพทย์ดังกล่าวอาจต้องประสบกรณีกระทำการตามหน้าที่ในการ “ชันสูตรพลิกศพในฐานะเจ้าพนักงานตามกฎหมาย” ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์ที่ออกร่วมทำการชันสูตรพลิกศพ กับ “พนักงานสอบสวน” ต้องถือว่าแพทย์ดังกล่าวอยู่ในฐานะ “เจ้าพนักงาน” ซึ่งหมายถึงการเป็นเจ้าพนักงานตาม “ประมวลกฎหมายอาญา” และหากมีความบกพร่องในหน้าที่ย่อมหมายถึง “ความผิดตามมาตรา ๑๗๗ แห่งประมวลกฎหมายอาญา”⁵ ได้นั่นเอง

กรณีอุทธรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ผู้ตาย: ผู้ตายเป็นชายอายุ 51 ปี รูปร่างผอมบาง นอนอยู่บนเตียงรตของสถานพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง อยู่ในสภาพที่สวมเสื้อผ้าชุดของสถานดูแลผู้ป่วย และมีบาดแผลเจาะคอเพื่อการรักษา สภาพโดยทั่วไปผอมอย่างมาก (ภาพที่ 1)



ประวัติ: ทราบว่าผู้ตายเคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะมาก่อนเมื่อ 6 เดือนที่แล้ว และได้ทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะด้านซ้าย (craniectomy with clotted removal) จากนั้นผู้ตายไม่รู้สึกตัวมาตลอด โดยลูกของเสียได้ส่งผู้ตายเมื่อออกจากโรงพยาบาลไปให้แก่ “สถานดูแลผู้ป่วยทุพพลภาพ” ทำการดูแลต่อเนื่องหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาล

วันที่เสียชีวิต: ในวันเกิดเหตุ นั้น ผู้ป่วยถูกพบว่า “ไม่หายใจ” (ณ สถานดูแลผู้ป่วยทุพพลภาพ) และถูกนำส่งมารับการตรวจและกู้ชีพที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ซึ่งแพทย์ได้ทำการตรวจแล้วพบว่าผู้ป่วยไม่มีสภาพแห่งชีวิต (vital signs) แต่ยังคงดำเนินการในกระบวนการกู้ชีพ แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ และให้การวินิจฉัยว่า “ตายโดยมิปรากฏเหตุเสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล”

การชันสูตรพลิกศพ: ทางโรงพยาบาลได้แจ้งไปยังพนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ และแพทย์ที่มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพได้เข้าร่วมกับพนักงานสอบสวนทำการชันสูตรพลิกศพ ณ สถานพยาบาลของรัฐแห่งนั้น โดยไม่พบสาเหตุแห่งการตายในเบื้องต้น

การดำเนินการต่อเนื่องภายหลังการชันสูตรพลิกศพ: เนื่องจากผู้ตายรายนี้แม้ว่าจะมีสภาพแห่งทุพพลภาพ แต่สาเหตุแห่งการเสียชีวิตยังไม่ปรากฏอย่างชัดเจน จึงทำการส่งศพเพื่อการ



ตรวจต่อ ณ สถานพยาบาลของรัฐที่สามารถผ่าศพตรวจได้ (ได้ผลสภาวะแทรกซ้อนในทางเดินหายใจ: ภาพที่ 2)

วิเคราะห์และวิจารณ์ในผู้เสียชีวิตรายนี้กับการส่งศพเพื่อการตรวจต่อ: การที่ผู้ตายรายนี้เสียชีวิตโดยที่ยังมิได้ปรากฏเหตุชัดเจน อีกทั้งจากประวัติ สถานที่ และการนำส่งเพื่อการรักษาอาจยังมีข้อสงสัยในประเด็นต่าง ๆ ได้ กล่าวคือ

1. ผู้ตายได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อ 6 เดือนก่อน ได้รับการผ่าตัดมาแล้ว ซึ่งอาจเกิดประเด็นหรือกรณีเกิดขึ้นว่า “เป็นผลธรรมชาติที่อาจเกิดขึ้นได้” (ภาพที่ 3)



หมายความว่า หากมีข้อสงสัยอยู่ตั้งแต่เริ่มแรก หรือมีกรณีแห่งคดีความในคดีอาญาหรือคดีอื่นใดตั้งแต่ที่ผู้ตายได้รับอันตรายหรือบาดเจ็บเมื่อ 6 เดือนที่แล้วมานั้น คดีความเหล่านี้อาจจะต้องได้รับรายละเอียดในเรื่องการชันสูตรพลิกศพและผลการตรวจศพอย่างละเอียดด้วย โดยเป็นการสืบเนื่องจาก “ผลธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้” เช่น การที่ศีรษะได้รับบาดเจ็บนั้นเกิดจากอุบัติเหตุหรือถูกทำร้าย หรือหากบาดเจ็บจากอุบัติเหตุอาจเป็นอุบัติเหตุทางจราจรที่จำเป็นต้องมีรายงานการตรวจศพเพื่อประกอบการเรียกร้องสิทธิของญาติ (ซึ่งอาจมีได้ขณะที่ผู้ตายถึงแก่ความตาย)

2. การที่ผู้ตายตายในเวลาต่อมาย่อมเข้าได้กับ “ผลธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้”

ประการที่หากเป็น “การตายผิดธรรมชาติ” และจำเป็นต้องมีการชันสูตรพลิกศพ แม้ว่าจะมีผู้ตายทันทีภายหลังการเกิดเหตุก็ตาม ทั้งนี้เป็นไปตามมาตรา ๒๓⁵ แห่งประมวลกฎหมายอาญา และมาตรา ๑๒๙ แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา¹

3. การดูแลผู้ป่วยทุพพลภาพของ “สถานเลี้ยงดู” อาจเป็นประเด็นแห่งคดี

หมายความว่า การที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวเพื่อการดูแลโดย “สถานดูแลหรือเลี้ยงดูผู้ป่วยทุพพลภาพ” นั้น ยังอาจเกิดกรณีแห่งความสงสัยว่าผู้ให้การดูแลได้ให้การดูแลเป็นไปตามหลักมาตรฐานแห่งการดูแลหรือไม่ และอาจมีข้อกล่าวหาถึงการที่ดูแลอย่างมิได้มาตรฐานทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ซึ่งจำเป็นต้องใช้รายงานการชันสูตรพลิกศพและการตรวจอย่างละเอียดด้วย

ตัวอย่าง:

เคยปรากฏว่า มีการให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเลี้ยงดูจากสถานเลี้ยงดูเด็กหรือผู้ทุพพลภาพและเกิดการตายขึ้น และยังเกิดข้อสงสัยกับญาติของผู้ตายว่า “ผู้ตายน่าจะเกิดจาก”

ก. การดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือประมาทเลินเล่อในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย

ข. การที่ผู้ดูแล (โดยเจ้าหน้าที่) เจตนากระทำต่อผู้ป่วยในความดูแลจนเป็นเหตุให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย แม้ว่าจะมิได้เจตนากระทำต่อชีวิต แต่อาจเข้าข่ายกรณีทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยไม่เจตนาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๒๙๐⁵

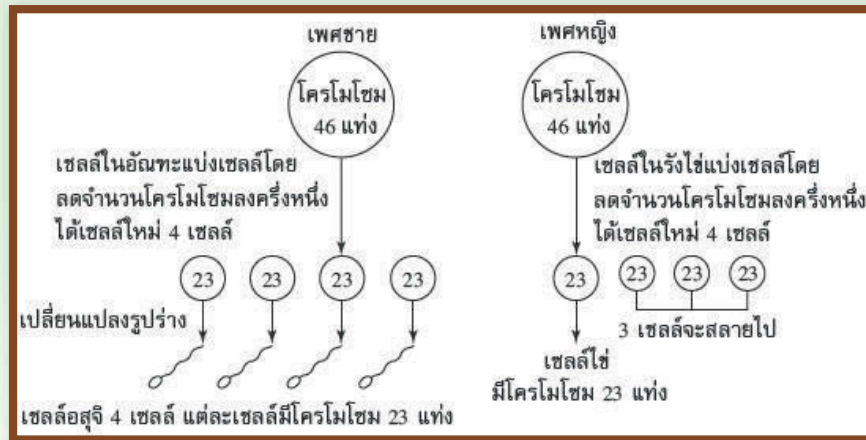
สรุป

การที่แพทย์ที่ทำการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายนั้นถือว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีหน้าที่และเป็น “เจ้าพนักงาน” ตามกฎหมายในประมวลกฎหมายอาญาดำเนินการ ซึ่งแพทย์จะต้องปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานและเกณฑ์ความรู้ทางการแพทย์ด้วย โดยเฉพาะประเด็นการที่แพทย์จะนำศพมาทำการตรวจต่อหรือไม่นั้น แพทย์จะต้องพิจารณาให้ดี ทั้งนี้เพื่อมาตรฐานแห่งการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์นั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiaacts/code1307.pdf>
2. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555 มีผลตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2555.
3. ประกาศแพทยสภา ที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555 (รับรองโดยคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 12/2554 วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2554).
4. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525.ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
5. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>

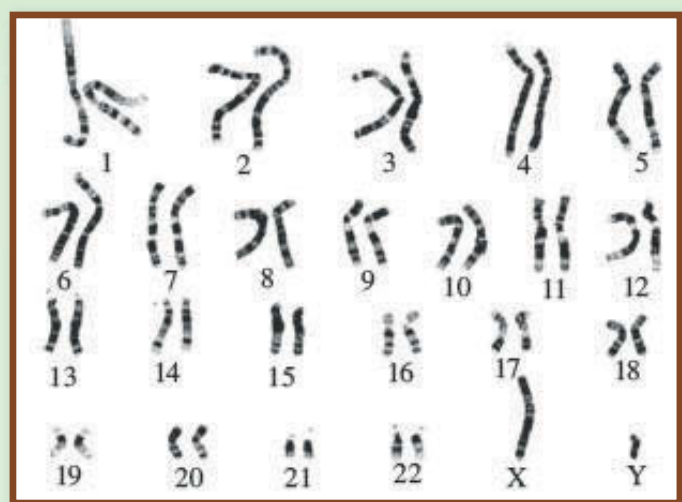
งานวิจัยด้านพันธุศาสตร์ทางการแพทย์



เซลล์สืบพันธุ์เพศชายและเพศหญิง

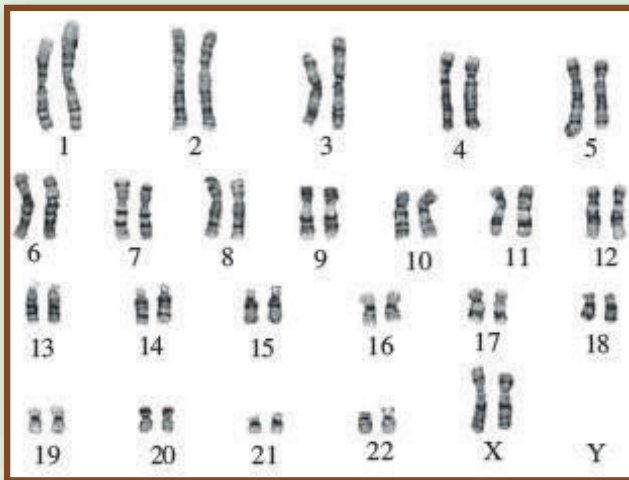
สังคมในยุคโลกาภิวัตน์เต็มไปด้วยข่าวสารข้อมูล ระบบการสื่อสารที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้คนจากทุกมุมโลกสามารถเข้าถึงและแลกเปลี่ยนข้อมูลได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว วิทยาการและความรู้ใหม่ ๆ ทางด้านการแพทย์ได้รับการเผยแพร่ไปสู่สาธารณะมากขึ้น คนในปัจจุบันเริ่มมีความตื่นตัวและเอาใจใส่ในด้านสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งการศึกษาวิจัยมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีตลอดเวลา สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้การดูแลรักษาโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น โรคหรือความผิดปกติบางอย่างที่ไม่ทราบสาเหตุเริ่มเป็นที่รู้จัก แพทย์สามารถให้การเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดซ้ำได้ ส่วนโรคที่เป็นที่รู้จักแล้วในอดีตก็มีความเข้าใจมากขึ้น ทำให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น เป็นที่น่าสนใจว่าการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้บ่งชี้ถึงความเกี่ยวข้องระหว่างพันธุกรรมกับโรคเกือบทุกโรค และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก

หน่วยพันธุศาสตร์และเมแทบอลิซึม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำการศึกษาความผิดปกติแต่กำเนิดที่มีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมหรือโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่พบบ่อยในประชากรไทย ประกอบด้วย การศึกษาโรควงช้าง หรือ frontoethmoidal encephalomeningocoele (FEEM) ซึ่งเป็นความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะที่เป็นมาแต่กำเนิด มีบางส่วนของเยื่อหุ้มสมองและเนื้อสมองยื่นผ่านทางรูเปิดที่ผิดปกติตรงรอยต่อระหว่างกระดูก frontal และ ethmoid ของกะโหลกศีรษะส่วนหน้า โรควงช้างพบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งรวมทั้งประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรควงช้างที่พบในการวิจัยนี้ได้แก่ บุคคลที่มีเชื้อชาติไทยและมีฐานะยากจน ประวัติการมีสมาธิในครอบครัวเป็นโรควงช้าง อายุมารดาที่มาก (advanced maternal

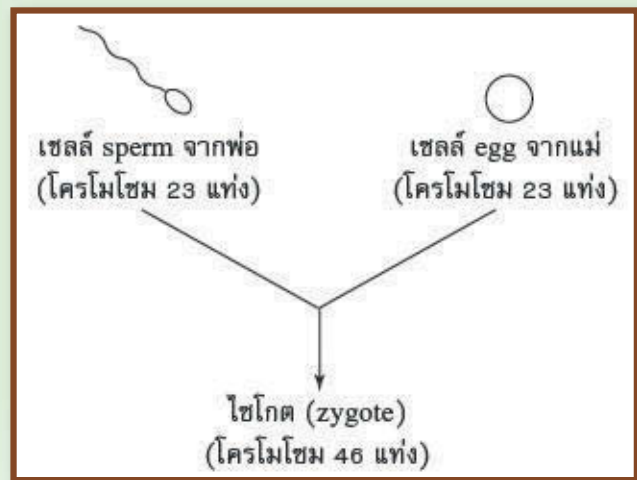


โครโมโซมเซลล์ร่างกาย 1 เซลล์ของผู้ชาย

age) และระยะห่างของการมีบุตรที่ยาวนาน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาโรควงช้างนำไปสู่การพัฒนาการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำในครอบครัว ช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคได้ นอกจากนี้การค้นพบปัจจัยทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรควงช้างอาจนำไปสู่การพัฒนาและการต่อยอดองค์ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดความพิการแต่กำเนิดชนิดนี้ได้ในอนาคต สำหรับการศึกษาโรคที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรมอื่น ๆ พบลักษณะทางคลินิกและการกลายพันธุ์ใหม่ในผู้ป่วยไทย สามารถช่วยในการวินิจฉัยและพยากรณ์โรค นำไปสู่การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น



โครโมโซมเซลล์ร่างกาย 1 เซลล์ของผู้หญิง



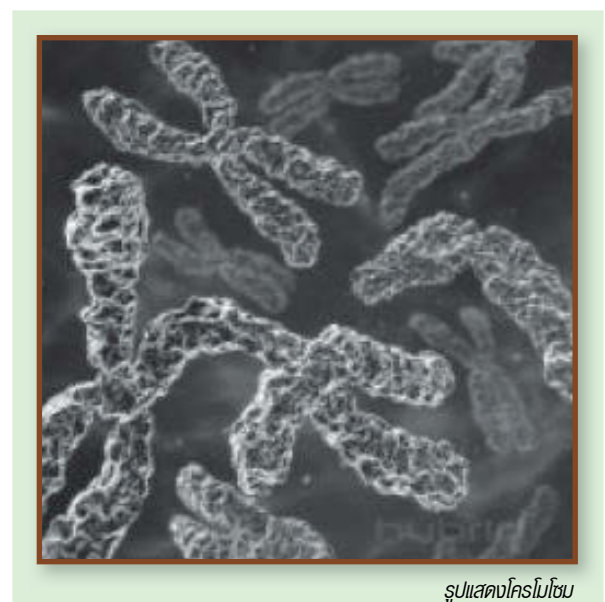
จำนวนโครโมโซมภายหลังการปฏิสนธิ

การทดสอบทางพันธุกรรม (genetic testing) สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในทางการแพทย์หลายอย่าง เช่น การยืนยันการวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมที่ปรากฏในทารก เด็ก หรือผู้ใหญ่ การประเมินความเสี่ยงของการมีบุตรที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม การบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคบางอย่างในอนาคต และการทำนายการตอบสนองต่อยาในแต่ละบุคคล เป็นต้น ตัวอย่างของงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์และนำมาประยุกต์ใช้ทางคลินิกเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วย

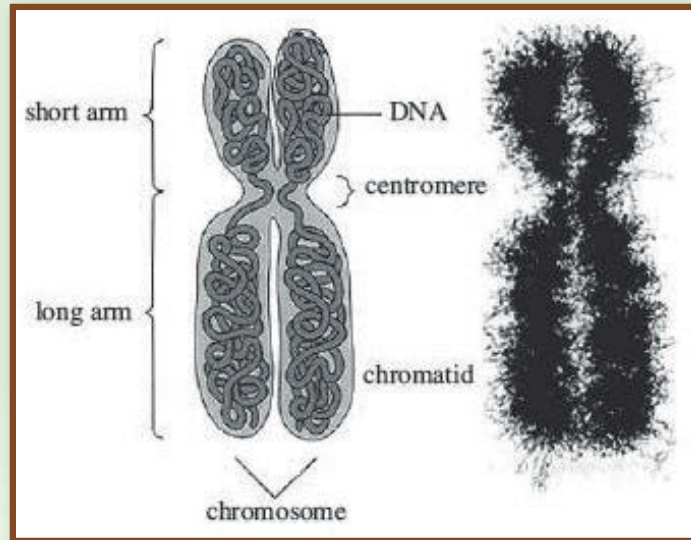
การทดสอบเพื่อการวินิจฉัย (Diagnostic testing) เป็นการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคหรือภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของสารพันธุกรรม โรคบางชนิดจำเป็นต้องอาศัยการทดสอบทางพันธุกรรมนอกเหนือจากลักษณะทางคลินิกที่พบ โรคที่ทางกลุ่มวิจัยได้ทำการศึกษา เช่น โรคตึงเนื้อที่ลำไส้ที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ในลักษณะเด่นที่มีชื่อของกลุ่มอาการ Bannayan-Riley-Ruvalcaba และกลุ่มอาการ Peutz-Jeghers โรคกระดูก infantile cortical hyperostosis เพดานโหว่ที่มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ในลักษณะด้อยบนโครโมโซม X (x-linked recessive) ผู้ป่วยเด็กที่มีอวัยวะเพศกำกวมที่เกิดจาก 5 alpha-reductase type 2 deficiency และโรคพันธุกรรมเมแทบอลิก เช่น maple syrup urine disease, holocarboxylase synthetase deficiency, Pompe เป็นต้น นอกจากจะช่วยยืนยันการวินิจฉัยแล้ว การศึกษาวิจัยได้ค้นพบลักษณะทางคลินิกที่ยังไม่เคยมีการรายงานมาก่อนในบางโรค และการกลายพันธุ์ใหม่ของยีนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค

การทดสอบพาหะ (Carrier testing) เป็นการตรวจหาผู้ที่อาจจะมีการกลายพันธุ์ของยีนที่อยู่บนโครโมโซมข้าง

ใดข้างหนึ่งซึ่งมักจะไม่มีอาการ แต่สามารถที่จะถ่ายทอดการกลายพันธุ์นี้ไปสู่ลูกหลานได้ เมื่อไรก็ตามที่ลูกได้รับยีนที่ผิดปกติมาจากพ่อและแม่ที่เป็นพาหะ ลูกก็จะเป็นโรคได้ การตรวจสอบพาหะมักจะใช้ในโรคทางพันธุกรรมที่มีการถ่ายทอดในลักษณะด้อย โรคที่ทางกลุ่มวิจัยได้ทำการตรวจหาผู้ที่เป็นพาหะเพื่อสามารถให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น กลุ่มอาการเบาจืดชนิด congenital nephrogenic diabetes insipidus ที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของยีน aquaporin-2 และยีน arginine vasopressin receptor 2, ผู้ป่วยเด็กที่มีอวัยวะเพศกำกวมที่เกิดจาก 5 alpha-reductase type 2 deficiency, โรคกระดูกอ่อนชนิด hereditary vitamin D resistant rickets, โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เป็นมาแต่กำเนิด chronic granulomatous disease, และโรคพันธุกรรมเมแทบอลิก เช่น maple syrup urine disease, holocarboxylase synthetase deficiency, Pompe เป็นต้น



รูปแสดงโครโมโซม



รูปแสดงการเชื่อมโยงของแบบโครโมโซม

การทดสอบก่อนคลอด (Prenatal testing) เป็นการตรวจความผิดปกติของสารพันธุกรรมของบุตรในครรภ์ในครอบครัวที่มีความเสี่ยง นอกจากการตรวจโครโมโซมของบุตรในครรภ์จากเซลล์ในน้ำคร่ำที่ได้จากการเจาะถุงน้ำคร่ำของผู้หญิงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปแล้ว หรือในผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะมีบุตรเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมซึ่งกระทำได้ทั่วไปในโรงพยาบาลหลายแห่ง การตรวจหาการกลายพันธุ์ของยีนที่พบว่าทำให้เกิดโรคในครอบครัวนั้น สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการตรวจหาความผิดปกติของสารพันธุกรรมของบุตรในครรภ์ได้ เช่น การทดสอบก่อนคลอดของโรค maple syrup urine ซึ่งบุตรก่อนหน้านี้เป็นโรคดังกล่าว และพบการกลายพันธุ์ของยีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแล้ว กลุ่มอาการ Wiskott-Aldrich และกลุ่มอาการ X-linked adrenoleukodystrophy ที่พบว่ามารดาเป็นพาหะ เป็นต้น ผลที่ได้จากการทดสอบดังกล่าวจะเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ หรือการเตรียมพร้อมสำหรับครอบครัวต่อสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

การทดสอบเชิงพยากรณ์ (Predictive testing) เป็นการตรวจหาความผิดปกติของยีนซึ่งทำให้เกิดโรคที่อาการแสดงเริ่มในเด็กโต หรือผู้ใหญ่ ตัวอย่างโรคทางพันธุกรรมกลุ่มนี้ เช่น โรคมะเร็งบางชนิดที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น กลุ่มอาการ Bannayan-Riley-Ruvalcaba การทดสอบชนิดนี้มักจะใช้กับโรคที่สามารถป้องกันหรือรักษาได้ การวินิจฉัยก่อนที่จะแสดงอาการจึงจะเกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนี้การทำนายการตอบสนองต่อยาในแต่ละบุคคลได้เริ่มมีบทบาทในการนำมาใช้ทางคลินิกมากขึ้น เช่น งานวิจัยที่ทำการศึกษาถึงความเกี่ยวข้องของ *HLA-B*1502* กับ การเกิดกลุ่มอาการ Stevens-Johnson (SJS) และ toxic epidermal necrolysis (TEN) ที่มีสาเหตุจากการใช้ยา carbamazepine ในผู้ป่วยไทย ซึ่งได้ผลสอดคล้องกับการศึกษาในชนชาติเอเชียอื่น ๆ ซึ่งการที่พบผลข้างเคียงที่รุนแรงชนิด SJS/TEN ที่เกิดจากการใช้ carbamazepine ในชนชาติเอเชียได้บ่อยกว่าชนชาติยุโรป สาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งก็คือ

*HLA-B*1502* ซึ่งเป็นแอลลีลที่พบมีความถี่สูงกว่าในชนชาติเอเชีย และในปัจจุบันทางองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกคำแนะนำว่า ผู้ที่มีบรรพบุรุษอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา คือ ชนชาติที่มีความถี่ของ *HLA-B*1502* สูง ควรจะได้รับการตรวจว่ามี *HLA-B*1502* หรือไม่ก่อนที่จะได้รับยา ความรู้ทางเภสัชพันธุศาสตร์เริ่มนำมาใช้ได้จริงและมีประโยชน์ในทางคลินิก เพื่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้นในการนำมาใช้รักษาผู้ป่วย

ถึงแม้ว่าโรคทางพันธุกรรมชนิดที่เกิดจากความผิดปกติของยีนเดี่ยวก็ดี โครโมโซมก็ดี จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคต่ำ แต่เมื่อนำมารวมกันแล้ว การเกิดโรคเกือบจะเป็นครึ่งหนึ่งของการเกิดโรคในคนทั้งหมด ยังไม่นับรวมถึงโรคหรือความผิดปกติที่เกิดจากทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์ทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ ไม่ว่าจะเป็นโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น การเริ่มคิดหาวิธีป้องกัน การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้กลับเข้าสู่ธรรมชาติ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้ตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การมีสติในการดำรงชีวิต สิ่งเหล่านี้ช่วยแก้ไขสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมได้ในระดับหนึ่ง ส่วนสาเหตุจากปัจจัยทางพันธุกรรมซึ่งทำให้บางคนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าคนอื่น การศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องถึงพยาธิกำเนิดของโรค บทบาทของสารพันธุกรรมต่อการเกิดและการดำเนินโรค เพื่อให้ได้การทดสอบทางพันธุกรรมที่เชื่อถือได้ เพื่อประเมินความเสี่ยง พยากรณ์ ป้องกัน ตลอดจนถึงการรักษาเฉพาะบุคคล จะเป็นหนทางหนึ่งเพื่อให้ได้การรักษาที่มีประสิทธิภาพ และมีผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาน้อยที่สุด



คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดประชุมวิชาการ สร้างความตื่นตัวและความก้าวหน้า เตรียมพร้อมก้าวสู่โลกยุคไร้พรมแดน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ร่วมกับสถาบันร่วมผลิตแพทย์ 3 สถาบัน ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดกาญจนบุรี จัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 52 ในระหว่างวันที่ 18-21 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ณ อาคาร อปร. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้หัวข้อประชุมในปีนี “Healthcare Beyond boundaries: ASEAN Initiative” ให้ความรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งของภาควิชาและในสาขาวิชาอื่น ๆ มุ่งเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการแพทย์ต่อโลกในยุคปัจจุบันที่ไร้พรมแดน และสะท้อนต่อการเตรียมความพร้อมของเราเพื่อเข้าสู่สังคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 อย่างมีศักยภาพเต็มภาคภูมิ



รศ.นพ.โสภณ นนารถ
คณบดีคณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
กล่าวว่า การประชุมวิชาการ
ประจำปีของคณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถือเป็นกิจกรรมประเพณีที่ทำสืบเนื่องกันมา ทั้งเพื่อให้ความรู้ที่ทันสมัยแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาต่าง ๆ นอกจากสร้างความตื่นตัวในเรื่องของวิชาการและความก้าวหน้าแล้ว ยังเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคปัจจุบัน ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยก็จะเข้าสู่สังคมอาเซียน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรต้องมีความเข้มแข็งทั้งความรู้และทักษะด้านการดูแลและรักษา เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว ในปีนี้คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สภากาชาดไทย ร่วมกับสถาบันร่วมผลิตแพทย์ 3 สถาบัน ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดกาญจนบุรี จึงได้ร่วมกัน จัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 52 ในระหว่างวันที่ 18-21 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ณ อาคาร อปร. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้หัวข้อประชุมในปีนี “Healthcare Beyond boundaries: ASEAN Initiative”

รศ.นพ.โสภณ กล่าวต่ออีกว่า “การประชุมในครั้งนี้ไม่เพียงสะท้อนว่าการรักษาพยาบาลนั้นจะก้าวข้ามพรมแดน แต่ยังสะท้อนด้วยว่าในฐานะของผู้ให้บริการด้านสุขภาพต้องพร้อมจะก้าวข้ามพรมแดนเช่นกัน ในนามของคณบดี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ขอเรียนเชิญแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศเข้าร่วมการประชุมดังกล่าว และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้พบกับทุกท่านในวันงาน”



ด้าน ศ.นพ.สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ ประธานคณะกรรมการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 52 กล่าวว่า การประชุมทางวิชาการถือเป็นหนึ่งกิจกรรมส่งเสริมการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ที่จัดมาอย่างต่อเนื่อง มุ่งให้ความรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งของภาควิชาและในสาขาวิชาอื่น ๆ โดยในแต่ละปี คณะกรรมการจะได้วางหัวเรื่องและกรอบการบรรยายให้สะท้อนกับความสนใจทางสังคมในปัจจุบัน

ในปีนี้ได้กำหนดให้มีการจัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 52 ภายใต้หัวข้อ “Healthcare Beyond boundaries: ASEAN Initiative”

“ทางคณะผู้จัดการประชุมได้มุ่งเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการแพทย์ต่อโลกในยุคปัจจุบันที่ไร้พรมแดน และสะท้อนต่อการเตรียมความพร้อมของเราเพื่อเข้าสู่สังคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 เพื่อให้สอดคล้องกับหัวเรื่องของการประชุม ในปีนี้ได้มีการเชิญวิทยากรที่มีชื่อเสียงจากประเทศในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและภายในประเทศของเราหลายท่านเข้าร่วมบรรยาย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในหัวข้อต่าง ๆ จึงขอเชิญทุกท่านที่สนใจเข้าร่วมการประชุมครั้งนี้ และเชื่อมั่นเป็นอย่างยิ่งว่าทุกท่านที่เข้าร่วมประชุมจะได้รับประโยชน์อย่างมากจากการประชุมในครั้งนี้” ศ.นพ.สุทธิพงศ์ กล่าวทิ้งท้าย

สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 52 สามารถลงทะเบียนและดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.cumedconference.com โทรศัพท์ 0-2714-2590-1

www.amcmedisure.com

EMP – 820 Plus

Ultrasound Diagnostic Device



Emperor



บริษัท เอเอ็มซี เมดิคอล ซัพพลาย จำกัด

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

Hotline contact : 081-771-8822, 081-847-1938, 081-809-5072

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

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ผพ. 307/2552



The 29th Annual Meeting of The Royal College of Physicians of Thailand
and

Labotron Co.,Ltd.

Cordially invite you to attend

**Cardiac Marker
Luncheon Symposium**

**“New marker in the early diagnosis
of Acute Myocardial Infarction,
the potential for influencing
patient management”**

 *Speaker:*



Dr. Preecha Uerojanaungkul, MD.

Head of Cardiovascular Division,
Sirindhorn Heart Center,
Phramongkutklao Hospital

 *Moderator:*



Dr. Thanawat Benjanuwattra, MD.

Division of Cardiology,
Chiang Mai University

Wednesday, April 24th, 2013

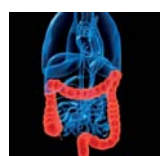
12:00-13:30 Hall D1+D2, PEACH

Royal Cliff Hotels Group, Pattaya

*** ทุกท่านที่เข้าร่วมประชุมมีสิทธิ์ลุ้นรับรางวัล

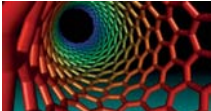
- ❏ ชุดตรวจไขมัน Multicare In จำนวน 5 ชุด
- ❏ ชุดตรวจน้ำตาล GlucoDr. Plus รุ่น AGM3000 จำนวน 5 ชุด
- ❏ เครื่องวัดความดัน EIKON รุ่น HD-200M จำนวน 5 เครื่อง
- ❏ เครื่องวัดความดัน EIKON รุ่น HD-420M จำนวน 5 เครื่อง
- ❏ เครื่อง Oximeter จำนวน 5 เครื่อง

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
3-4 พฤษภาคม 2556 	อนุสาขา Trauma section ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ 2 nd Thai Annual Orthopaedic Trauma Congress 2013 ณ ห้องประชุมสันต์ ศรุตานนท์ อาคารเฉลิมพระบารมี ชั้น 9 โรงพยาบาลตำรวจ	โทรศัพท์ 0-2716-5436-7
4-5 พฤษภาคม 2556 	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	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/
7-8 พฤษภาคม 2556 	ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิก แพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1/2556 ณ โรงแรม The Sign พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2354-7711 ต่อ 93685, 93073 โทรสาร 0-2252-7787 www.rcot.org
12 พฤษภาคม 2556 	ศูนย์วิจัยฯ ร่วมกับภาควิชา ปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ สำนักงานกองทุนสนับสนุน การวิจัย	การประชุมวิชาการนานาชาติ เรื่อง "Asian Parasites by Asian Parasitologists: Helminthiasis in Greater Mekong Subregion"	โทรศัพท์ 0-4334-8387 โทรสาร 0-4320-2475 E-mail: boonmars@gmail.com, boonmars@yahoo.com
23 พฤษภาคม 2556 	คณะกรรมการมาตรฐานการ ช่วยชีวิต สมาคมแพทย์ โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	การประชุมวิชาการ Therapeutic hypothermia for post cardiac arrest patient workshop ณ ห้องประชุมบอลรูม 3 ชั้น 11 อาคาร 1 โรงแรมปรีณพาลเซม มหานคร กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2201-2305-6, 08-1101-0149 โทรสาร 0-2201-2821 E-mail: keroppi_lek@hotmail.com
3-7 มิถุนายน 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวแห่งประเทศไทย	การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 สำหรับแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ ปฏิบัติงาน ชั้นปี 1	โทรศัพท์ 0-2716-6651-2 โทรสาร 0-2716-6653, 0-2716-6657 www.thaifammed.org
20-21 มิถุนายน 2556 	งานบริการวิชาการ โรงพยาบาลรามาธิบดี	การอบรมฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง "อุบัติเหตุทางมือ" ครั้งที่ 33 ณ ห้องประชุม อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ชั้น 5 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542 http://academic.ra.mahidol.ac.th , www.acmrrama.com
26-28 มิถุนายน 2556 	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 31 ณ เซ็นทารา แกรนด์ เซ็นทรัลเวิลด์	โทรศัพท์ 0-2718-0715-6 โทรสาร 0-2718-0717 www.rcopt.org/content-annual-30.html
27-29 มิถุนายน 2556 	สมาคมเวชบำบัดวิกฤต แห่งประเทศไทย	4 th Critical Care Conference in Thailand 2013 All about Shock	www.criticalcareshai.org , www.tsccm.com

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
12 กรกฎาคม 2556 	ชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย	กิจกรรมวิชาการ Interhospital Pediatric Nutrition Conference ประจำปี พ.ศ. 2556 ณ ห้องบรรยาย 5 ชั้น 12 ตึกเจ้าฟ้ามหจักรวราชคณณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	E-mail: group@pednutrition.org
20-23 กรกฎาคม 2556 	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 38 Theme: "Surgical Innovation in Asia" ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน พัทยา จ.ชลบุรี	www.surgeons.or.th
24-26 กรกฎาคม 2556 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	การประชุมวิชาการสัญจร ครั้งที่ 24 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตร์ชั้นคลินิก 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
1-3 สิงหาคม 2556 	สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	การประชุม Annual Nephrology Meeting โดยจัดร่วมกับ 7 th Meeting of the Asian Forum of CKD Initiative ณ พัทยา จ.ชลบุรี	www.nephrothai.org
25-29 สิงหาคม 2556 	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	การประชุมนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 21 การลงทุนที่ดีที่สุดเพื่อสุขภาพ (Best Investments for Health) ณ ศูนย์ประชุมพีช พัทยา	โทรศัพท์ 0-2343-1500 โทรสาร 0-2343-1551 E-mail: info@iuhpeconference.net, www.IUHPEconference.net
20 กันยายน 2556 	สมาคมแพทย์ฟิวดินแห่งประเทศไทย	การประชุมกลางปี พ.ศ. 2556 สมาคมแพทย์ฟิวดินแห่งประเทศไทย DST Mid-Year Meeting 2013	โทรศัพท์ 0-2716-5256 โทรสาร 0-2716-6857 www.dst.or.th
20-24 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	The 23 rd Asian and Oceanic Congress of Obstetrics and Gynaecology (AOCOG 2013) Themed "Challenges in Women's Healthcare" in Bangkok, Thailand	www.aocog2013.org
14-16 พฤศจิกายน 2556 	สมาคมหมั่นทนการหัวใจและหลอดเลือดแห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia-Pacific Society of Interventional Cardiology (APSIC)	งานประชุมวิชาการนานาชาติ 9 th Asian Interventional Cardiovascular Therapeutics (AICT 2013)	www.aict2013.com
8-10 ธันวาคม 2556 	โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต ร่วมกับวิทยาลัยนานาชาติด้านศัลยกรรม และสมาคมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการนานาชาติ The first Phuket International Symposium in Colorectal disease ณ โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต	โทรศัพท์ 0-7625-4425 โทรสาร 0-7625-4430 E-mail: art.hi@bgh.co.th, samran.sr@bgh.co.th, maneewan.ka@bgh.co.th, www.phukethospital.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มวงการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถนนบรมราชชนนี แขวงจตุจักร อภิบาล เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
8-11 May 2013 	Basic to Advanced Echocardiography: From the Blue Ridge Mountains of Asheville	Asheville	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2013R149
9-11 May 2013 	4 th Global Conference: Making Sense of: Pain	Prague	Czech Republic	www.inter-disciplinary.net/probing-the-boundaries/making-sense-of/pain/call-for-papers/
20-23 May 2013 	XXVI th International Symposium on Cerebral Blood Flow and Metabolism and the XI th International Conference on Quantification of Brain Function with PET	Shanghai	China	http://kenes.com/brain/
24-26 May 2013 	ADF-Diabetes Preventing the Preventables (DPP) Forum 2013	Kuala Lumpur	Malaysia	www.adf.org.hk/dpp2013
30-31 May 2013 	"ADME & Toxicology 2013" and "Nanomedicine" conference and exhibition	Delhi	India	http://selectbiosciences.com/conferences/index.aspx?conf=ND2013
2-5 June 2013 	Neuroplasticity and Cognitive Modifiability	Jerusalem	Israel	http://brainconference.com
4-5 June 2013 	DSM-5 and the Future of Psychiatric Diagnosis	London	United Kingdom	http://estore.kcl.ac.uk/browse/extra_info.asp?compid=1&catid=16&modid=2&prodid=127&deptid=17&prodvarid=0
10-11 June 2013 	7 th Asian Medical Education Association	Ulaanbaatar	Mongolia	http://amea2013.hsum-ac.mn
13-15 June 2013 	International Conference of Mathematical Modelling in Computer, Management and Medical Sciences 2013 (ICMCM 2013)	Thiruvalla, Kerala	India	www.macfast.org/icmcm2013/

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



ตู้ทำฟันเทียม...ใกล้บ้าน ใกล้ใจ

ผลงานวิจัย ร.พ.ทุ่งช้าง จ.น่าน



การให้บริการฟันเทียมมักจำกัดอยู่ในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาล ซึ่งผู้รับบริการที่มีอุปสรรคเรื่องสุขภาพและการเดินทางจะมีโอกาสเข้าถึงบริการฟันเทียมได้ยาก การให้บริการทำฟันเทียมถึงบ้านจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาการให้บริการสำหรับผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าว ทางทีมวิจัยซึ่งได้แก่ **คุณเหรียญทอง จินะไชย, คุณวุฒิพงศ์ ธนะขว้าง, คุณสม พานิช และคุณอิทธิพล สุริยพรหม** โรงพยาบาลทุ่งช้าง อ.ทุ่งช้าง จ.น่าน จึงได้พัฒนา **“ตู้ทำฟันเทียม...ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”** ขึ้น เพื่อการให้บริการทำฟันเทียมถึงบ้าน โดยพัฒนาตู้ทำฟันเทียมที่เคลื่อนย้ายสะดวก สามารถเห็นขั้นตอนการทำงาน และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำฟันเทียมกับทันตแพทย์อย่างใกล้ชิด ซึ่งตู้ดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการควบคุมการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อได้ 100%



คุณเหรียญทอง จินะไชย

คุณเหรียญทอง จินะไชย หนึ่งในทีมวิจัย กล่าวว่า ที่มาของแนวคิดในการทำตู้ทำฟันเทียมเริ่มมาจากปัญหาการฟุ้งกระจายของผงอะคริลิก เมื่อทันตแพทย์ทำการกรอฟันปลอมจนไปติดบนตัวทันตแพทย์ ถาดเครื่องมือ หรือแม้กระทั่งตัวผู้รับบริการ ประกอบกับได้รับแรงบันดาลใจจากพระราชดำรัสของในหลวงที่ว่า **“เวลาไม่มีฟัน กินอะไรก็ไม่อร่อย จิตใจไม่มี**

ความสุข ร่างกายไม่สบาย” และ **“โรคฟันเป็นโรคของทุกคน การที่จะให้ราษฎรผู้ยากไร้และอยู่ห่างไกลความเจริญต้องพึ่งพิงอะไรต้อง**

นาเข้ามารับการรักษาในเมืองคงเป็นไปไม่ได้ น่าที่ทันตแพทย์จะเดินทางไปด้วยตัวเองเป็นครั้งคราว” จึงเกิดแนวคิดที่จะพัฒนาตู้ทำฟันเทียมขึ้น

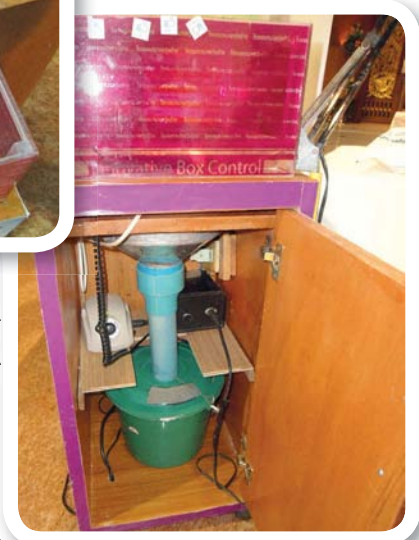
วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาบริการตู้ทำฟันเทียมถึงบ้านสำหรับผู้รับบริการโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นวิจัยปฏิบัติการ ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่วันที่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2550-มีนาคม พ.ศ. 2555 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุและคนพิการที่ไม่สามารถมารับบริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลได้จำนวน 15 คน ด้วยทันตบุคลากรและช่างของโรงพยาบาลทุ่งช้าง 4 คน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานพัฒนาในแต่ละปีคือ ในปี พ.ศ. 2550 เป็นปีแรกของการดำเนินงาน เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูลและวางแผน

การประดิษฐ์และปรับปรุงตู้ทำฟันเทียมจากวัสดุเหลือใช้ การนำตู้ทำฟันเทียมไปใช้ในการดำเนินงาน และการประเมินผลการดำเนินงานและสรุปเป็นผลการเรียนรู้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2551-2555 ได้ดำเนินการพัฒนาเป็น 6 ขั้นตอนในแต่ละปีคือ เริ่มต้นจากการนำข้อมูลผลการเรียนรู้ในปีที่ผ่านมา มาปรับปรุงการดำเนินงาน, ปรับปรุงตู้ทำฟันเทียม, การวางแผนปฏิบัติการ, การดำเนินงานตามแผน โดยมีการประเมินผลการดำเนินงานและสรุปเป็นผลการเรียนรู้ทุกครั้งที่ออกปฏิบัติงาน, การสรุปผลและรายงานผลการดำเนินงานในที่ประชุมทุก 3 เดือน และการสรุปเป็นผลการเรียนรู้ประจำปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ การสนทนากลุ่มแบบบันทึกการประชุม แบบวัดการควบคุมการฟุ้งกระจายแบบบันทึกการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ และทันตแพทย์

ผลการศึกษา: พบว่าตู้ทำฟันเทียมที่พัฒนาขึ้นเป็นตู้ที่ประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ ประกอบเข้ากับคอมพิวเตอร์ปากและด้ามกรอฟัน ตู้ดังกล่าวสามารถเคลื่อนย้ายไปยังบ้านของผู้รับบริการได้โดยสะดวก ผู้รับบริการและญาติ รวมถึงประชาชนทั่วไปสามารถที่จะเห็นขั้นตอนการทำงาน และ





ของผู้รับบริการ โดยเฉพาะการทำฟันเทียมในกลุ่มของคนพิการ

3. ได้นำผู้ทำฟันเทียมที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการบริการทำฟันเทียมในคลินิกของโรงพยาบาลทุ่งช้าง

บทเรียนที่ได้รับ: การ

พัฒนาการทำฟันเทียม และผู้ทำฟันเทียมตั้งแต่รุ่นที่ 1 เป็นต้นมา ได้ใช้การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ และให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในส่วนของทันตบุคลากร ช่วง ตัวของผู้รับบริการเอง และครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด โดยใช้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ชิ้นงานฟันเทียมที่ดี และทันตบุคลากรยังได้เรียนรู้งานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในชุมชนมากขึ้น แต่ผู้ทำฟันเทียมดังกล่าวต้องมีการใช้ไฟฟ้าร่วมในการทำงาน ขณะนี้จึงยังไม่สามารถใช้ในพื้นที่ที่ไม่มีไฟฟ้าได้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ: ผู้ทำฟันเทียม และกระบวนการดำเนินงานทำฟันเทียมที่พัฒนาขึ้นจนสามารถเป็นต้นแบบของการทำฟันเทียมที่บ้านของผู้รับบริการนี้เกิดจากการกระตุ้นทันตบุคลากรให้รู้สึกถึงคุณค่าและมีกำลังใจในการพัฒนานวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน และได้เห็นประโยชน์ของการนำไปใช้จริงในชุมชนพื้นที่ที่มีกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส ซึ่งทางทีมวิจัยยินดีให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง

การสนับสนุนที่ได้รับจากผู้บริหารหน่วยงาน/องค์กร: ผู้บริหารของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอทุ่งช้างให้ความสำคัญและมีนโยบายที่สนับสนุนให้ดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง รวมทั้งให้การสนับสนุนทรัพยากรการทำงานด้วยกระบวนการของการทำงานประจำให้เป็นผลงานวิจัย โดยใช้กลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง

จากความโดดเด่นของผลงานวิจัยซึ่งทำให้ผู้รับบริการโดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับประโยชน์โดยตรง จึงทำให้ได้รับรางวัลผลงาน R2R ดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2555 ระดับสนับสนุนบริการ/บริหารและวิชาการ จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

“ถือเป็นความภาคภูมิใจของทางทีมวิจัยที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้พิการในการทำฟันเทียม ซึ่งต่อไปในอนาคตทางทีมวิจัยจะต่อยอดโดยใช้วัสดุที่ดีขึ้นกว่าเดิม คงทนมากขึ้น สำหรับผู้สนใจอยากทราบวิธีการทำงาน วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ สามารถเข้ามาขอรายละเอียดได้โดยไม่สงวนลิขสิทธิ์แต่อย่างใด พร้อมจะให้ได้ด้วยความเต็มใจเพื่อช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสอีกมากมายในประเทศ” คุณเหรียญทอง กล่าวทิ้งท้าย

ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการทำฟันเทียมที่ถูกต้องเชิงประจักษ์โดยทันตแพทย์ได้อย่างใกล้ชิด ณ จุดบริการ คือบ้านของผู้รับบริการ และได้พัฒนาปรับปรุงข้อเสียของผู้ทำฟันเทียมแต่ละรุ่นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ทำฟันเทียมรุ่นที่ 1 ประดิษฐ์จากกล่องกระดาษ แต่ใช้ได้นาน เนื่องจากวัสดุไม่คงทน รุ่นที่ 2 ประดิษฐ์จากไม้อัดซึ่งมีความคงทนมากขึ้น และเพิ่มพัดลมดูดอากาศทางด้านล่างเพื่อดูดผงอะคริลิกให้ลงไป แต่พัดลมที่ใช้มาจากพัดลมคอมพิวเตอร์ทำให้แรงดูดไม่มากพอ ดูดผงอะคริลิกได้ไม่มาก จนปัจจุบันเป็นรุ่นที่ 4 ประดิษฐ์จากอะคริลิกใส มีพัดลมดูดอากาศอยู่ด้านล่างเพื่อดูดผงอะคริลิกลงไปถึงน้ำที่อยู่ด้านล่างซึ่งสามารถดักจับผงอะคริลิกได้ดี ในการประเมินผลการดำเนินงานพบว่า ผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ตัดกันกล่าวมีประสิทธิภาพในการควบคุมการฟุ้งกระจายเท่ากับ 100% การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเท่ากับ 100% และทันตแพทย์ที่ใช้งานมีระดับความพึงพอใจในระดับมาก

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ:

1. ได้นำไปใช้ในการร่วมออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และผู้พิการใน อ.ทุ่งช้าง โดยทันตบุคลากรจะเป็นส่วนหนึ่งของทีมเยี่ยมบ้าน เมื่อทำฟันเทียมจะให้บริการที่บ้านผู้รับบริการเป็นคลินิกทันตกรรม โดยดัดแปลงเตียงนอน เก้าอี้นั่ง หรือรถเข็นของผู้รับบริการ เป็นยูนิตทันตกรรม รวมทั้งญาติของผู้รับบริการจะมาร่วมเป็นผู้ช่วยด้วยในขณะทำงาน ทำให้สามารถสื่อสารเรื่องการทำฟันเทียมกับผู้สูงอายุและผู้พิการเหล่านั้นได้อย่างใกล้ชิด ชัดเจน ตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล 2. จากการที่ได้นำไปใช้และเผยแพร่จึงเกิดเป็นต้นแบบของการทำฟันเทียมที่บ้าน

เนื่องจากโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน เป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ สามารถแพร่กระจายได้ง่ายผ่านการไอ จาม การใช้ของร่วมกัน บุคลากรในกองทัพบางส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในค่ายทหารถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน ทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยในระหว่างการปฏิบัติงานอาจแพร่กระจายเชื้อโรคให้แก่ผู้ร่วมงานและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการระบาดเป็นวงกว้างในหน่วยงานหรือชุมชนต่าง ๆ ได้



สปสช. มอบวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน สร้างภูมิต้านทานโรคแก่กำลังพลและครอบครัว

ทั้งนี้โรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ซึ่งการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันให้แก่บุคลากรในกองทัพบางส่วนนอกจากจะช่วยป้องกันการติดเชื้อ และลดอัตราการป่วยด้วยโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันแล้ว ยังเป็นการตัดวงจรการระบาดของโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันที่เกิดขึ้นในค่ายในอดีต ส่งผลให้บุคลากรของกองทัพบางส่วนมีภูมิต้านทานโรค ลดอัตราการเจ็บป่วย ลดอัตราการขาดงาน ลดความสูญเสียของทรัพยากรในด้านการรักษา และยังเป็นการเสริมให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

ล่าสุดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันทั้งสิ้นจำนวน 200,000 โดส โดยมอบให้แก่กรมแพทย์ทหารบกจำนวน 150,000 โดส และกรมแพทย์ทหารอากาศจำนวน 50,000 โดส พร้อมมอบหมายให้องค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ประสานเรื่องปริมาณ และกำหนดระยะเวลาการจัดส่งผ่านระบบ VMI ส่งมอบวัคซีนที่โรงพยาบาลค่ายทุกแห่งในประเทศไทย (ไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด) โดยจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม และฉีดวัคซีนให้แล้วเสร็จภายในเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2556



นพ.วินัย สวัสดิ์ดิตร เลขาธิการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกล่าวว่า ถือเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมการสรรพกำลังกลาโหม กรมแพทย์ทหารบก และกรมแพทย์ทหารอากาศในการทำให้กำลังพลและครอบครัวมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ซึ่งการให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคถือเป็นเรื่องที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน เนื่องจากโรคทั้ง 3 โรคเป็นโรคที่ติดต่อได้ทางระบบทางเดินหายใจ กำลังพลเป็นกลุ่มคนซึ่งอยู่กันอย่างแออัดและการที่อยู่



กันอย่างแออัดนี้ เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ดังนั้น กำลังพลจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับวัคซีน

“ในอดีตโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันเป็นปัญหามาก แต่ในปัจจุบันได้มีการให้วัคซีนป้องกันโรคดังกล่าว โดยฉีดได้ตั้งแต่เด็กทารกอายุ 9 เดือน จนถึงผู้ใหญ่ 1 เข็ม สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้ทั้ง 3 โรค ปัญหาจึงลดลงอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าโรคดังกล่าวเป็นปัญหาในกลุ่มคนซึ่งต้องอยู่รวมตัวกันอย่างหนาแน่น เช่น กำลังพลเพื่อป้องกันปัญหาความเจ็บป่วยและลดการระบาดของโรค กำลังพลเหล่านี้จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับวัคซีน”



นพ.วินัย กล่าวต่อว่า วัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม และ หัดเยอรมันเป็นส่วนหนึ่งของระบบ ซึ่งนอกจากวัคซีนเหล่านี้ ระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องจัดส่ง วัคซีนพื้นฐานให้แก่โรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทย ผ่าน การดำเนินงานขององค์การเภสัชกรรม เพราะฉะนั้นสิ่งที่ทาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนอยู่นี้ จึงไม่ใช่เรื่องยาก เพราะเป็นงานที่ต้องทำอยู่แล้ว เพื่อที่ทาง กองทัพจะได้ไม่ต้องมีปัญหาในเรื่องการจัดส่งวัคซีนให้แก่หน่วย บริการที่ต้องให้บริการกำลังพลทั้งหมด ถือเป็นผลประโยชน์ ร่วมกัน และเป็นผลประโยชน์ของประเทศ

“ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบว่า กำลังพลกระจายอยู่ทุกที่ เพราะฉะนั้นหน่วยบริการที่จะฉีด วัคซีนให้แก่กำลังพลเหล่านี้ก็คือโรงพยาบาลของกองทัพ ซึ่ง องค์การเภสัชกรรมจะทำหน้าที่ในการกระจายวัคซีนแก่หน่วย บริการโดยตรง โดยจำนวนวัคซีนที่มอบให้ในครั้งนี้มีจำนวน 200,000 โดส มอบให้แก่กรมแพทย์ทหารบกจำนวน 150,000 โดส และกรมแพทย์ทหารอากาศจำนวน 50,000 โดส ไม่เฉพาะ เรื่องของวัคซีนเท่านั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนให้มีการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ไม่ว่าจะเป็น เรื่องของการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ซึ่งได้ ดำเนินการร่วมกับทางกองทัพมาโดยตลอด”



พล.ท.ประพันธ์ พุทธานุกุล เจ้ากรม การสรรพกำลังกลาโหม สำนักงานปลัด กระทรวงกลาโหม กล่าวว่า จากรายงาน ของกระทรวงสาธารณสุข พบผู้ที่เป็นกลุ่ม เสี่ยงและติดเชื้อโรคดังกล่าวในค่ายทหารบาง ค่าย ที่ปรากฏชัดเจนคือ ค่ายศรีพัชรินทร จังหวัดขอนแก่น

“ในภาพของการอยู่ร่วมกันและปฏิบัติงานร่วมกันของทหารซึ่งเป็นหน่วย หากใครเป็นโรคดังกล่าวแล้ว แน่แน่นอนว่าเชื้อโรคเหล่านี้จะแพร่กระจายทางระบบทางเดินหายใจและติดต่อกันได้ง่าย ส่งผลให้อัตรากำลังพลต้องขาดงานจากการเจ็บป่วย ปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ และเสียหายต่อภารกิจของกองทัพ”

กรมการสรรพกำลังกลาโหมจึงมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งในโครงการความร่วมมือในครั้งนี้ ซึ่งเป็นโครงการที่มีประโยชน์ สร้างแนวป้องกัน สร้างภูมิคุ้มกันให้แก่กำลังพล รวมทั้งครอบครัวที่อยู่ในค่ายและหน่วยทหาร ไม่เพียงเท่านั้น วัคซีนดังกล่าวยังสามารถนำไปฉีดให้แก่ประชาชนเวลาที่ทหารออกไปปฏิบัติภารกิจ โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดน และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

พล.ท.ประพันธ์ กล่าวอีกว่า ในด้านการกระจายวัคซีน กระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยจัดส่งให้ถึงโรงพยาบาล และที่โรงพยาบาลจะมีทีมแพทย์เพื่อนำวัคซีนไปสู่กลุ่มเสี่ยง และประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทุกกันดารในพื้นที่เป้าหมาย โดยส่วนใหญ่จะลงไปโรงพยาบาลค่ายต่าง ๆ หน่วยสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งของกรมแพทย์ทหารบก และกรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งมีกระจายอยู่ทั่วประเทศ พร้อมกันนี้ยังทำงานเชื่อมต่อกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สถานีอนามัยในพื้นที่ อาสาสมัคร (อสม.) เพื่อให้สามารถลงไปสู่ชุมชน หมู่บ้าน ตำบลได้อย่างครอบคลุม

“การมอบวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมันตามโครงการความร่วมมือระหว่างกรมการสรรพกำลังกลาโหม สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมแพทย์ทหารบก และกรมแพทย์ทหารอากาศ ในโอกาสนี้วัตถุประสงค์สำคัญเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคดังกล่าวสำหรับหน่วยทหาร ค่ายทหาร ซึ่งเป็นสถานที่ปฏิบัติงาน และที่พักอาศัยของกำลังพลและครอบครัว รวมทั้งนำไปใช้ในการณรงค์ป้องกันให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบตามแนวชายแดน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้”

พล.ท.ประพันธ์ กล่าวทิ้งท้าย





ไฟเซอร์ “ไขปัญหา ED แบบเจาะลึก” “นกเขาไม่ขัน” สัญญาณเตือนโรคหัวใจ

คุณยุติ กิตติปัญญางาม ผู้อำนวยการฝ่ายการตลาด บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด กล่าวว่า “เนื่องในโอกาสครบรอบ 15 ปีของนวัตกรรมยารับประทานเพื่อรักษาอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศครั้งแรกของโลกจากบริษัทไฟเซอร์ จำกัด ซึ่งถือเป็นความภูมิใจสูงสุดที่ได้มีส่วนช่วยพลิกฟื้นชีวิตผู้ป่วยที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศทั่วโลก และในฐานะที่เป็นบริษัทชั้นนำของโลกในด้านการผลิตยามากว่า 55 ปี ทางบริษัท ไฟเซอร์ ได้เล็งเห็นความสำคัญในการให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และอยากให้ผู้ชายทั่วโลกตระหนักถึงปัญหาของอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่ไม่ใช่เพียงแค่ส่งผลกระทบต่อชีวิตคู่เท่านั้น แต่ยังเป็นสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหัวใจ

โรคเบาหวาน และโรคภัยอื่น ๆ อีกมากมาย จึงถือโอกาสนี้แชร์ความรู้ ไขข้อข้องใจปัญหาสุขภาพเพศชายแบบเจาะลึก โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของไทย และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแห่งอเมริกาเหนือ”



อาการหย่อนสมรรถภาพ

ทางเพศ (ED: Erectile Dysfunction) คือ การที่อวัยวะเพศชายไม่สามารถแข็งตัว และ/หรือแข็งตัวได้แต่ไม่เพียงพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างพึงพอใจ ซึ่งนอกจากจะส่งผลเสียในเรื่องเพศสัมพันธ์แล้ว อาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศยังเป็นสัญญาณของโรคภัย อาทิ โรคหัวใจ โรคความดัน และโรคเบาหวานอีกด้วย จึงไม่ควรละเลยหรือชะล่าใจเมื่อมีอาการ และควรรีบเข้ารับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะสายเกินไป

เป้าหมายของการรักษาอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศอยู่ที่การทำให้ อวัยวะเพศแข็งตัวมากพอที่จะทำให้ได้รับความพึงพอใจทางเพศสูงสุดสำหรับผู้ชายที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศและคู่รักของตน ซึ่งการแข็งตัวควรจะแข็งตัวอย่างสมบูรณ์เต็มที่ อยู่ในความแข็งระดับ 4 ของ Erection Hardness Score (EHS) หรือระดับที่ปลอดภัยจากอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาความพยายามในการคิดค้นพัฒนาการรักษาอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศมาอย่างต่อเนื่อง





ศ.นพ.จอห์น มัลลิสอลล์ ผู้อำนวยการ

การสาขาวิชาสมรรถภาพทางเพศ

และเวชศาสตร์เจริญพันธุ์เพศชาย แผนกระบบปัสสาวะ

สถาบัน Memorial Sloan Kettering Cancer Center และเลขาธิการสมาคม

เวชศาสตร์ทางเพศแห่งอเมริกาเหนือ กล่าวว่า อยากให้ผู้ชายตระหนักถึง

สมรรถภาพทางเพศ เพราะมันส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ บุคลิกภาพ

ชีวิตคู่ มันแทรกซึมกับทุกด้านในชีวิต จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ชายทั่ว

โลกพบว่า ปัจจัยที่ทำให้มีความเสถียรแบบสมบูรณ์ขึ้นอยู่กับความแข็งแรงตัวของ

อวัยวะเพศเป็นหลัก แต่ความสุขด้านอื่น ๆ จะตามมาทั้งกับตนเองและคู่รัก

ทั้งนี้ผู้ที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศนั้นได้รับผลกระทบหลายด้าน

ซึ่งการหย่อนสมรรถภาพทางเพศจะพบมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และเป็นตัว

บ่งชี้ถึงสภาวะที่ผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย อาทิ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด

หัวใจ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือดสูง ฯลฯ ดังนั้น อาการหย่อน

สมรรถภาพทางเพศจึงเป็นอาการที่ไม่ควรละเลย เพราะอาจเป็นสัญญาณเตือน

จากโรคร้ายดังกล่าว

ศ.นพ.สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพศชาย

ชั้นนำของไทย กล่าวว่า ในปัจจุบันอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศสามารถ

รักษาได้ด้วยการรับประทานยา ซึ่งได้แก่ ยาซิลเดนาฟิลหรือไวอากร้า สารสำคัญ

ในตัวยานี้มีคุณสมบัติเป็นเอนไซม์มีชื่อว่าฟอสโฟไดเอสเตอเรส 5 ยาซิลเดนาฟิล

จะออกฤทธิ์โดยการขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ฟอสโฟไดเอสเตอเรส 5 ส่งผล

ให้สารไซคลิกจีเอ็มพีถูกทำลายน้อยลง ทำให้หลอดเลือดขยายตัวอยู่ ทำให้การแข็งตัวเกิดขึ้นนานเพียงพอ

สำหรับการร่วมเพศได้ ถือว่าเป็นวิธีการให้การรักษาที่ได้

ผลตอบรับค่อนข้างเป็นที่น่าพอใจสำหรับผู้ป่วย

ศ.นพ.จอห์น กล่าวต่อไปอีกว่า “การศึกษาทำการ

ทดสอบจากได้หวั่น มีผู้ป่วยที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทาง

เพศจำนวน 44 ราย รับประทานยาซิลเดนาฟิลครั้งแรกแล้วไม่

ได้ผลจึงหยุดยาทันที แต่เมื่อแพทย์ได้ให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจ

และบอกถึงวิธีการใช้ที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นก็ได้

ผู้ป่วยรับประทานยาซิลเดนาฟิลใหม่อีกครั้ง ผลที่ได้รับคือ

88% ของผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างสมบูรณ์

ส่วนสาเหตุที่ไชยาซิลเดนาฟิลแล้วไม่ได้ผล ในงานวิจัยนี้ได้

ข้อสรุปว่า ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการไชยาที่ถูกต้องว่า เมื่อ

รับประทานยาแล้วจำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์ ส่วนอีก



กลุ่มหนึ่งเมื่อมีเพศสัมพันธ์แล้วล้มเหลวเพียงครั้ง

สองครั้งก็หยุดยา ไม่ยอมรับการรักษาต่อ และผู้ป่วย

บางรายที่รับประทานยาในโดสที่ต่ำ คือเริ่มจาก

50 มก. เมื่อไม่ได้ผลก็หยุดการรับประทาน ไม่ได้

ลองรับประทานยาในโดสที่สูงขึ้น”

ศ.นพ.สมบุญ กล่าวทิ้งท้ายว่า “จากผลสำรวจ

อาหารเสริมปลอมส่วนใหญ่พบว่า มีเทสโทสเตอโรน

หรือฮอร์โมนเพศชายเป็นส่วนผสม ซึ่งมีข้อห้ามใช้

กับผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจต่อมลูกหมากและ

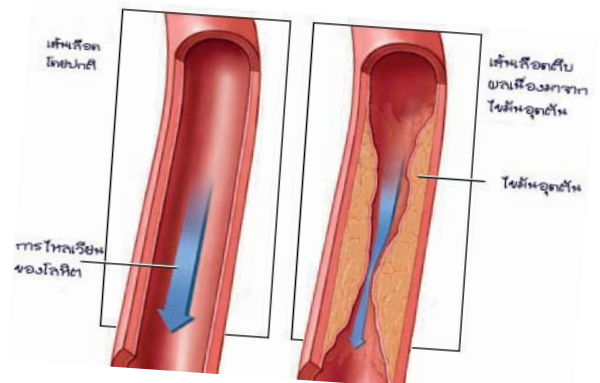
มะเร็งเต้านม หรือผู้ที่เป็นอยู่แล้ว และพบว่าผู้ใช้

เสียชีวิตจากการไชยาหลอกหรือยาปลอมที่มีขาย

ตามท้องตลาดเป็นจำนวนมากตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009

เป็นต้นมา ทางที่ดีผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษาและได้

รับการจ่ายยาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น”



วงการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย



วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลด้วย ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ภาควิชาจักษุวิทยา



ภาควิชาปรสิตวิทยา



ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก



ภาควิชาพยาธิวิทยา



ภาควิชานิติเวชศาสตร์



ภาควิชากุมารเวชศาสตร์





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ความรู้ในเรื่องของแพทย์
ข่าวสารความคืบหน้า
วิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ บทความ
ผลงานวิจัย ตารางงานสัมมนา
และบทความทางวิชาการ
symposium
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพ
ทางด้านเวชกรรม



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
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
ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.medicthai.net
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณนาย

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก. ☐ 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. ถ้าชำระเงินด้วยวีธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

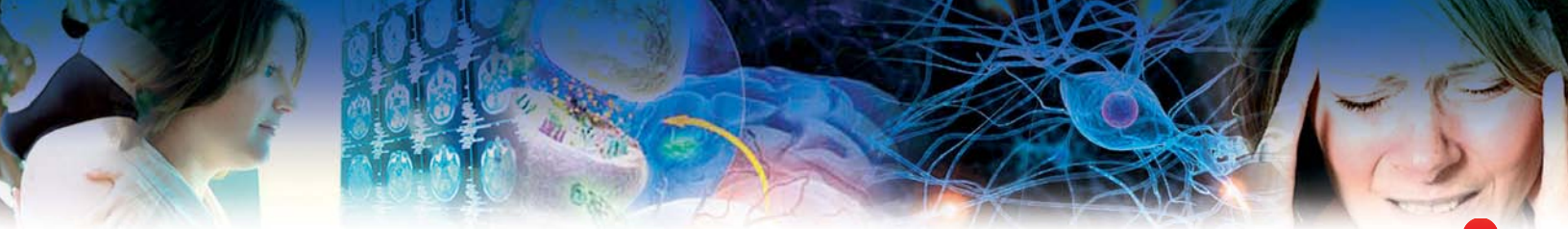
ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS





เนื้องอกและมะเร็งปากมดลูก

Benign and Malignant Disease of the Cervix

uw.นกกนร สุนทรจิต จก.บ., พ.บ.,

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรและนรีเวชวิทยา เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/130301

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Screening for Cervical Cancer)
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับปากมดลูก (cervix)
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับเนื้องอกธรรมดาของปากมดลูก (Benign neoplasm of cervix)
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก (Premalignant lesion of cervix)
5. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก (Carcinoma of cervix)

■ ต่อจากฉบับที่แล้ว

มะเร็งปากมดลูก (Carcinoma of cervix)

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยมากที่สุดในประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2542 มีรายงานถึงอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยเท่ากับ 20.9 ต่อประชากรแสนราย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 5,462 รายต่อปี ประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ในสหรัฐอเมริกา มะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งในสตรี รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งเยื่อโพรงมดลูก และมะเร็งรังไข่ เนื่องจากการพัฒนาการตรวจคัดกรองโดย Pap smear อย่างแพร่หลายครอบคลุมทั่วประเทศ ทำให้โรคนี้ได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกเริ่ม ตั้งแต่ระยะก่อนลุกลามเป็นมะเร็งปากมดลูก อัตราการตายจึงลดลงตามลำดับ ส่วนในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งการ Pap smear ยังไม่สามารถครอบคลุมได้ทั่วถึง ทำให้อุบัติการณ์และอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกไม่มีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น มะเร็งปากมดลูกจึงยังเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองในสตรีทั่วโลก การลดลงของมะเร็งปากมดลูกในประเทศพัฒนาแล้วเปรียบได้กับการลดลงของการตาย และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และการคลอดบุตรในสตรีวัยเจริญพันธุ์ การคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องเข้าใจถึงธรรมชาติของโรค ซึ่งใช้เวลา 5-10 ปี ในการเปลี่ยนแปลงเริ่มจาก dysplasia ของเยื่อโพรงมดลูก squamous ของปากมดลูกบริเวณ transformation zone โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งที่ squamocolumnar junction จนกลายเป็น Carcinoma in situ (CIS) และมะเร็งระยะลุกลาม (invasive carcinoma) ในที่สุด

ในระยะก่อนเป็นมะเร็งนั้น เราสามารถตรวจพบโดยวิธีทางเซลล์วิทยา การรักษาในระยะนี้ทำได้ไม่ยากและปลอดภัย ช่วยลดอุบัติการณ์และอัตราการตายของมะเร็งระยะลุกลามได้มาก หากทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษาพบว่าเกือบทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะเสียชีวิตในที่สุด มะเร็งปากมดลูกจึงถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งควรได้รับการเอาใจใส่ตั้งแต่การคัดกรองโรคให้พบในระยะแรกเริ่ม ซึ่งง่ายต่อการรักษาและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลุกลามจนอาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก

อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย จากตารางจะเห็นว่าเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป มะเร็งปากมดลูกชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ squamous cell carcinoma โดยพบได้ประมาณ 66.9%, adenocarcinoma 12.8%, adenosquamous 3.2% ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ 40-55 ปี

พยาธิกำเนิดของมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาและในการทดลอง ทำให้ทราบว่า human papilloma virus (HPV) เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก



ตารางอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกตามช่วงอายุในสตรีไทย (ต่อประชากรหญิง 100,000 ราย)

ช่วงอายุ (ปี)	อุบัติการณ์ (ต่อ 100,000 ราย)
20-24	1.7
25-29	4.3
30-34	13.4
35-39	30.7
40-44	44.4
45-49	56.1
50-54	62.1
55-59	56.4
60-64	68.9
65-69	65.3
70-74	58.5
> 75	24.3

พบว่าส่วนใหญ่ของภาวะก่อนเป็นมะเร็งทุกระยะมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ oncogenic HPV อุบัติการณ์การตรวจพบ HPV เพิ่มขึ้นตามระยะของ CIN (Cervical intraepithelial neoplasia) จนกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม หรืออีกนัยหนึ่งคือตามความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะ HPV 16 และ 18 ในเซลล์ปากมดลูกปกติพบอัตราการติดเชื้อ HPV แตกต่างกันตามอายุ ตั้งแต่ 20% ในสตรีอายุ 20-25 ปี จนถึง 6% ในสตรีอายุมากกว่า 30 ปี ส่วนใหญ่ของ CIN II และเกือบทั้งหมดของ CIN III จะตรวจพบ HPV กลุ่มเสี่ยงสูง โดยเฉพาะ HPV 16 หรือ 18 ส่วนใน CIN I อาจพบได้ทั้ง HPV กลุ่มเสี่ยงสูงและต่ำ จากการศึกษาจำนวนมากทั่วโลกยืนยันว่า การติดเชื้อ HPV น่าจะเป็นสาเหตุหลักในการกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกในประเทศยุโรปตะวันตกและสหรัฐอเมริกา อัตราการติดเชื้อ HPV พบระหว่าง 47-90% และโดยเฉลี่ย 65% ของ squamous cell carcinoma มักตรวจพบ HPV 16 ในประเทศไทยพบดีเอ็นเอของ HPV ในชิ้นเนื้อมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามถึง 82% โดยเป็น HPV 16 มากที่สุด คือ 42.7%, HPV 18 พบ 20.7%, HPV 33 พบ 3.7% พบทั้ง HPV 16 และ 18 อยู่ร่วมกัน 6.1%

การติดเชื้อ HPV 16 หรือ 18 ในเซลล์ปากมดลูกทำให้เกิดภาวะ immortalization จึงสามารถแบ่งตัวต่อไปโดยไม่หยุดยั้ง จากการศึกษาทางห้องปฏิบัติการพบว่า เฉพาะส่วนของดีเอ็นเอที่มียีน E6 และ/หรือ E7 เกี่ยวข้องกับการเกิด immortalize cell

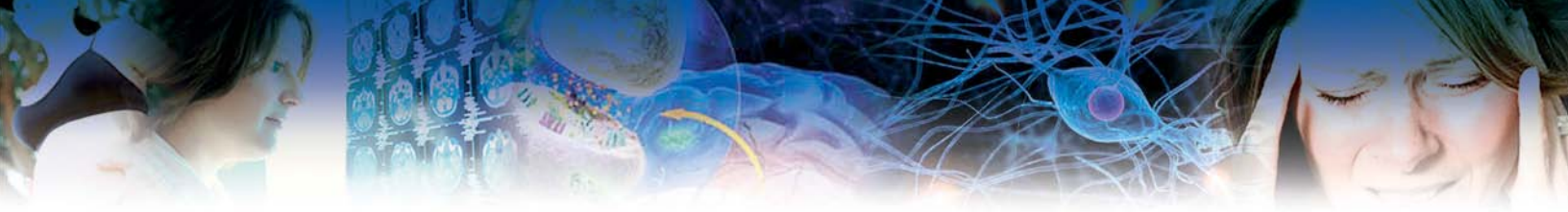
HPV เป็นไวรัสชนิด double-stranded circular DNA มีขนาด 8,000 kilobase HPV genome สามารถแบ่งเป็น 3 ส่วนในขนาดต่าง

กัน ส่วนแรกคือ long control region ซึ่งมี genome อยู่ 10% อีก 2 ส่วนคือ early (E) และ late (L) gene ซึ่งประกอบด้วย 50% และ 40% ของ genome ตามลำดับ ยีน L สองชนิดคือ L1 และ L2 เป็นตัว code การสร้างโปรตีน viral capsid ส่วนยีน E เป็นตัว code การสร้างโปรตีนต่าง ๆ ที่ใช้ใน regulatory function ยีน E สามชนิดมีความสำคัญในการเกิดมะเร็ง ได้แก่ E2, E6 และ E7 โปรตีน E2 ควบคุม transcription และ replication ของ HPV genome โดยการสร้าง regulatory protein ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุม viral promoter ในการแสดงออก (expression) ของยีน E6 และ E7 ส่วน E2 ยังมีความสามารถยับยั้งการเจริญ และทำให้เกิดการหยุดวงจรการแบ่งตัวของเซลล์ (cell cycle arrest) โดยทำหน้าที่หยุดยั้ง transcription ของ E6 และ E7

HPV แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มเสี่ยงต่ำ และกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งแตกต่างกันตามความสามารถของโปรตีน E6 และ E7 ในการจับตัว (binding capacity) กับ tumor suppressor gene กลุ่มเสี่ยงสูงมีความสามารถสูงในการจับตัว ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่ำไม่สามารถจับตัวได้

HPV กลุ่มเสี่ยงต่ำ ได้แก่ ชนิด 1, 6, 11 ซึ่งพบในหูด (wart) และหูดหงอนไก่ (condyloma acuminata) ส่วน HPV กลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ชนิด 16, 18, 31 และ 33 ซึ่งพบในมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม

โปรตีน E6 สามารถจับกับ p53 tumor suppressor gene แล้วทำให้เกิดการแตกตัวของโปรตีน p53 ในสภาวะปกติ p53 มีหน้าที่สำคัญในการยับยั้งการเจริญของเซลล์ที่มี DNA บกพร่อง หรือถูกทำลาย หากหน้าที่นี้เสียไปจะนำไปสู่ภาวะ genomic instability ส่วน



โปรตีน E7 สามารถจับกับ Retinoblastoma tumor suppressor gene (Rb) แล้วทำให้ Rb protein ทำหน้าที่เปลี่ยนไป โดยทำให้เกิดกระบวนการ transcription ของยีน ซึ่งควบคุมการเพิ่มจำนวนของเซลล์ (cell proliferation)

ยังมีกลไกอื่นในพยาธิกำเนิดของมะเร็งปากมดลูก พบว่าการเกิดภาวะการกระตุ้น telomerase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ใช้ในการสังเคราะห์ telomere ซึ่งอยู่บริเวณส่วนปลายของโครโมโซม สามารถทำให้เกิด immortalization พบว่า Telomerase activity (TA) มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกในลักษณะ multistep carcinogenesis โดยพบ Telomerase activity (TA) ในอัตราสูงในมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม เมื่อเทียบกับระยะก่อนลุกลาม (Squamous intraepithelial lesion, SIL) กล่าวคือ invasive cancer พบ TA 97.05%, microinvasive พบ 83.3%, high grade SIL พบ 40% และ low grade SIL พบ 33.3% การเปลี่ยนแปลงของระดับ Telomerase activity (TA) ยังเป็นปัจจัยในการพยากรณ์โรคอีกด้วย

ปริมาณ DNA ของ HPV (viral load) ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีที่ตรวจพบ DNA HPV 16 จึงมีผู้แนะนำให้ตรวจหาปริมาณ DNA ของ HPV ในการเฝ้าระวังการเกิดมะเร็ง ซึ่งจะมีความไวกว่าการคัดกรองด้วย Pap smear แต่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูง

การตรวจพบ HPV DNA ในเลือดผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะในรายซึ่งมีการลุกลามของโรค หรือในรายกลับเป็นซ้ำ ซึ่งอาจมีประโยชน์ในการพยากรณ์โรคได้

การวินิจฉัย

ประวัติ

ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ อาจตรวจพบจากการที่ผู้ป่วยไปรับการตรวจภายใน และทำ Pap smear ประจำปี ตรวจหลังคลอด หรือตรวจปรึกษาในการวางแผนครอบครัว ในผู้ป่วยที่มีอาการซึ่งนำไปหาพบแพทย์บ่อยที่สุด ได้แก่

A. เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ได้แก่ มีระดูนานกว่าปกติ ระดูออกมากในแต่ละวัน หรือเลือดออกกะปริดกะปรอย ในรายที่มีระดูออกมากอาจตกเลือดจนมีภาวะซีด และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ แต่ลักษณะของเลือดออกที่ชวนให้คิดถึงโรคนี้คือ เลือดออกหลังการร่วมเพศ (postcoital bleeding) หรือ contact bleeding

B. ตกขาว อาจมีเพียงของเหลวสีชมพูๆ หรือเลือดจางๆ ออกมาหลังปัสสาวะ ในรายที่เป็นมากอาจมีตกขาวคล้ายหนอง มีกลิ่นเหม็น หรือมีลักษณะคล้ายมีน้ำไหลออกมาตลอดเวลา

C. อาการปวด พบในผู้ป่วยที่เป็นระยะท้าย หรือมีการกระจายไปแล้ว โดยปวดบริเวณหลัง ก้น หน้าขา และร้าวไปหัวเข่า ตามทิศทางของ sciatic nerve มักแสดงว่ามีการกระจายของมะเร็งไปยังกระดูก หรือกดเส้นประสาทแล้ว แต่จะไม่พบอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั่วไป โดยเฉพาะในระยะแรก

อาการอื่น ๆ ซึ่งพบได้น้อย ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินอาหารและทางเดินปัสสาวะ อาการดังกล่าวอาจเกิดในระยะท้าย

การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายทั่วไปควรตรวจว่ามีต่อมน้ำเหลืองใดโตกว่าปกติ โดยเฉพาะบริเวณ supraclavicular node และ groin node ซึ่งพบในรายที่มีการกระจายของมะเร็งไปแล้ว ควรคลำตับและม้ามว่าโตหรือไม่ ผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากอาจมีอาการซีดได้ หากมะเร็งไปกดต่อมน้ำเหลืองบริเวณเชิงกรานผู้ป่วยอาจมีขาบวมได้

การตรวจภายในอย่างละเอียดเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ในระยะก่อนลุกลาม หรือ early invasive อาจตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติด้วยตาเปล่า หรืออาจมีลักษณะแดง ๆ ที่ปากมดลูก ที่เรียกว่า Cervical erosion เท่านั้น ต้องอาศัยการตรวจคัดกรองโดย Pap smear พบมีความผิดปกติจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพิ่มเติมโดยการตัดชิ้นเนื้อ หรือด้วย colposcope หรือการทำผ่าตัด conization ถ้าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม อาจพบลักษณะของมะเร็งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

a. **Exophytic (proliferative) lesion** จะเห็นเป็น friable polypoid mass หรือมีลักษณะคล้ายดอกกะหล่ำ (cauliflower-like appearance) ยื่นออกมาจากปากมดลูก

b. **Endophytic (ulcerating) lesion** จะเห็นลักษณะเป็นแผลมีเลือดออกง่าย ถ้าเป็นมากอาจจะเป็นลักษณะคล้ายโพรงบริเวณปากมดลูก และส่วนบนของช่องคลอด เรียกว่า Crater มีการติดเชื้อและตกขาวได้มาก

c. **Infiltrative lesion** อาจเห็นเป็นแผลเล็ก ๆ ที่บริเวณปากมดลูก เมื่อคลำจะพบว่าปากมดลูกแข็งและมีขนาดโตขึ้น เนื่องจากมะเร็งเกิดขึ้นภายใน endocervical canal ซึ่งอาจลุกลามไปถึง lower uterine segment ปากมดลูกจะมีลักษณะคล้ายถังเบียร์ (barrel-shaped cervix) ชนิดนี้อาจทำให้วินิจฉัยผิดพลาดจนทำให้การรักษาล่าช้าไปได้ เนื่องจากรอยโรคบริเวณปากมดลูกด้านนอกมีเล็กน้อยเท่านั้น

นอกจากการตรวจปากมดลูกแล้ว ยังต้องตรวจภายในผนังช่องคลอดเพื่อดูการลุกลามของมะเร็ง การตรวจที่สำคัญอีกประการคือการตรวจ rectovaginal โดยสอดนิ้วชี้เข้าไปในช่องคลอด พร้อมกับนิ้วกลางเข้าไปในทวารหนัก เพื่อประเมิน parametrial extension ซึ่งจะได้เป็นเนื้อแข็ง ๆ และมี nodularity ทางด้านข้างของปากมดลูก การกระจายของมะเร็งปากมดลูกไปยังกระเพาะปัสสาวะมักเป็นบริเวณ vesico vaginal septum และเกิด bullous edema ของกระเพาะปัสสาวะก่อนกระจายไปที่ bladder mucosa ส่วนการกระจายไปยังทวารหนักมักเป็นบริเวณ rectovaginal septum แต่การกระจายไปยัง rectal mucosa มักเป็นเฉพาะในระยะท้ายเท่านั้น

การวินิจฉัยแยกโรค

ภาวะที่คล้ายมะเร็งปากมดลูกที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ Cervical eversion, polyps, papillary endocervicitis และ papilloma โรคที่พบน้อย ได้แก่ วัณโรค syphilitic chancre ที่เป็นบริเวณปากมดลูก บางครั้งแยกจากโรคดังกล่าวได้ยาก ต้องอาศัยการตัดชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยา โดยเฉพาะพวก papilloma

มะเร็งที่กระจายมายังปากมดลูกอาจเกิดจาก direct extension ของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก หรือมะเร็งช่องคลอด ส่วนมะเร็งรังไข่ กระเพาะปัสสาวะ และเต้านม ก็มีรายงานการพบกระจายมายัง

ปากมดลูก นอกจากนี้ยังพบ lymphoma บริเวณปากมดลูกได้เช่นกัน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในผู้ป่วยที่ไม่เห็นรอยโรคชัดเจน การวินิจฉัยทำได้โดยการตรวจภายใน พบเซลล์ผิดปกติจาก Pap smear ซึ่งมักตามด้วยการตรวจทางกล้อง colposcope และตัดชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยา ส่วนรายที่เห็นก้อนเนื้อออกชัดเจนสามารถทำ Punch biopsy จากก้อนเนื้องอกโดยตรง ในรายที่ไม่เห็นรอยโรคด้วยตาเปล่า แต่พบเซลล์ผิดปกติจาก Pap smear ตั้งแต่ suspicious จนถึงพบเซลล์มะเร็งนั้น ควรได้รับการทำ Diagnostic cone biopsy โดยเฉพาะเมื่อการตรวจทาง colposcope ไม่สามารถเห็น transformation zone ได้ทั้งหมด (unsatisfactory colposcopy)

เมื่อทราบการวินิจฉัยแน่นอนจากการตรวจทางพยาธิวิทยาแล้ว การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไปที่จำเป็น ได้แก่ CBC, BUN, Cr, LFT, CXR, IVP, Cystoscope และ Sigmoidoscope ส่วนการตรวจเพิ่มเติมที่อาจช่วยประเมินระยะโรค แต่ไม่ใช่สิ่งจำเป็นตามการแบ่งระยะของ FIGO ได้แก่ Barium enema, lymphangiogram, CT scan, MRI หรือการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

Staging Procedures

- **Physical examination***
 - Palpate lymph nodes
 - Examine vagina
 - Bimanual rectovaginal examination (Under anesthesia recommended)
- **Radiologic studies***
 - Intravenous pyelogram
 - Barium enema
 - Chest x-ray
- **Procedures***
 - Biopsy
 - Conization
 - Hysteroscopy
 - Colposcopy
 - Endocervical curettage
 - Cystoscopy
 - Proctoscopy
- **Optional studies****
 - Computerized axial tomography
 - Lymphangiography
 - Ultrasonography
 - Magnetic resonance imaging
 - Radionucleotide scanning
 - Laparoscopy

* Allowed by the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)

** Information that is not allowed by FIGO to change the clinical stage

การกระจายของมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น

A. Direct extension ไปยัง Cervical stroma เยื่อโพรงมดลูก ช่องคลอด และ parametrium การกระจายไปด้านข้างของปากมดลูกอาจเกิดการตีบตันของท่อไต ส่วนที่เดินทางผ่าน paravesical region จนทำให้เกิด hydronephrosis หรืออาจเกิดภาวะไตวายในที่สุด ซึ่งนำไปสู่ภาวะ uremia ถึงแก่ชีวิตได้ มะเร็งสามารถลุกลามผ่าน paravaginal fascia เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ทำให้เกิด Vesicovaginal หรือ Rectovaginal fistula ได้ตามลำดับ

B. Lymphatic metastasis กระจายไปยัง Pelvic node และ Paraaortic node

ต่อมน้ำเหลืองที่มักพบการกระจายของมะเร็ง ได้แก่ external iliac, hypogastric และ obturator node กลุ่มต่อไปคือ common iliac, parametrial และ paracervical node โดยไปทางหลอดน้ำเหลืองด้านล่างของ broad ligament ส่วนการกระจายผ่านหลอดน้ำเหลืองด้านล่างมดลูกไป sacral และ periaortic node พบน้อยกว่า มะเร็งที่กระจายไปยัง paraaortic จะไปเปิดเข้า thoracic duct ลุกลามต่อไป กระจายเข้าสู่กระแสเลือดโดยไปเปิดที่ junction ของ left subclavian และ left jugular vein ซึ่งบริเวณนี้จะมีต่อมน้ำเหลืองที่เป็นด่านกั้นโรคสุดท้ายคือ Supraclavicular node หรือ Virchow's node

C. Blood-borne metastasis สามารถกระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ ปอด ตับ และกระดูก ตามลำดับ

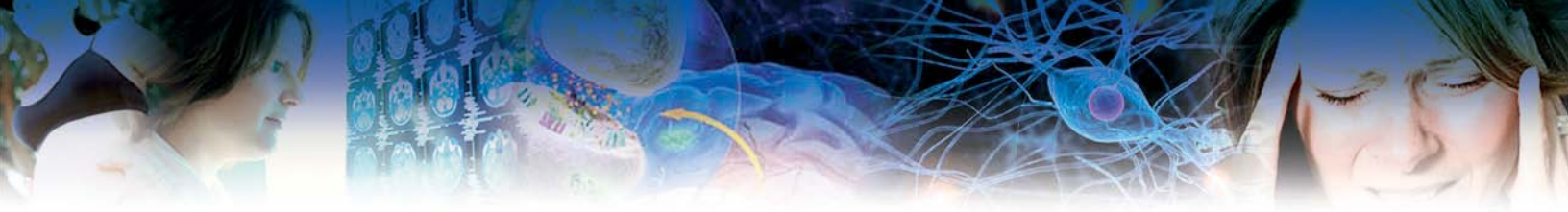
การกระจายของมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มักเป็น Direct extension และทาง lymphatic

Clinical staging

การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูก ใช้ Clinical staging เป็นหลัก โดยเป็น Prognostic factor ที่สำคัญที่สุด ปัจจุบันคือตามคำประกาศของ FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) ปี พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) ณ กรุงวอชิงตัน ดีซี สหรัฐอเมริกา ดังแสดงในตาราง การประเมินควรกระทำร่วมกันโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสูติศาสตร์และรังสีแพทย์ หากเป็นไปได้แนะนำให้ตรวจขณะผู้ป่วยได้ยาสลบ เมื่อได้วินิจฉัยระยะโรคตาม Clinical staging แล้วจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงระยะโรคอีกภายหลังการรักษา ในกรณีไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยควรเป็นอยู่ในระยะใด ให้จัดผู้ป่วยรายนั้นเป็นระยะที่น้อยกว่าเป็นหลัก ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายหลังที่ได้ผลพยาธิแล้ว แม้จะมีการกระจายของมะเร็งไปแล้วหรือไม่ ก็จะไม่นำข้อมูลดังกล่าวมาเปลี่ยนระยะตาม Clinical staging แต่อาจบันทึกเพิ่มเติมว่า มีการลุกลามไปยังบริเวณใดเพื่อประกอบการรักษา และพยากรณ์โรคเพิ่มเติม

ระยะ 0 เป็นระยะที่พบเซลล์มะเร็งตามความหนาทั้งหมดในเยื่อผิว แต่ยังไม่ลุกลามผ่าน basement membrane เข้าไปในชั้น stroma

ระยะ IA1 และ IA2 ควรวินิจฉัยจากการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์จากการตัดชิ้นเนื้อซึ่งควรเป็น cone biopsy โดยได้รอยโรคทั้งหมด ความลึกของการลุกลามไม่ควรเกิน 5 มิลลิเมตรจาก basement membrane ความกว้างต้องไม่เกิน 7 มิลลิเมตร ส่วน vascular space involvement



ตารางอุบัติการณ์ของการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง Pelvic และ Paraaortic

Stage	% Positive Pelvic Nodes	% Positive Paraaortic Nodes
Ia 1 (< 3 mm)	0.5	0
Ia 2 (> 3-5 mm)	4.8	< 1
Ib	15.9	2.2
Ila	24.5	11
Ilb	31.4	19
III	44.8	30
IVa	55	40

ตาราง Carcinoma of the cervix uteri-Staging

FIGO (2000) staging

Stages

0	Carcinoma in situ (preinvasive carcinoma)
I	Cervical carcinoma confined to uterus (extension to corpus should be disregarded)
IA	Invasive carcinoma diagnosed only by microscopy. All macroscopically visible lesions-even with superficial invasion-are Stage IB
IA1	Stromal invasion no greater than 3.0 mm in depth and 7.0 mm or less in horizontal spread
IA2	Stromal invasion more than 3.0 mm and not more than 5.0 mm with a horizontal spread 7.0 mm or less ^a
IB	Clinically visible lesion confined to the cervix or microscopic lesion greater than IA2
IB1	Clinically visible lesion 4.0 cm or less in greatest dimension
IB2	Clinically visible lesion more than 4 cm in greatest dimension
II	Tumor invades beyond the uterus but not to pelvic wall or to lower third of the vagina
IIA	Without parametrial invasion
IIB	With parametrial invasion
III	Tumor extends to pelvic wall and/or involves lower third of vagina and/or causes hydronephrosis or non-functioning kidney
IIIA	Tumor involves lower third of vagina no extension to pelvic wall
IIIB	Tumor extends to pelvic wall and/or causes hydronephrosis or non-functioning kidney
IVA	Tumor invades mucosa of bladder or rectum and/or extends beyond true pelvis ^b
IVB	Distant metastasis

^a Note: The depth of invasion should not be more than 5 mm taken from the base of the epithelium, either surface or glandular, from which it originates. The depth of invasion is defined as the measurement of the tumor from the epithelial-stromal junction of the adjacent most superficial epithelial papilla to the deepest point of invasion. Vascular space involvement, venous or lymphatic, does not affect classification.

^b Note: The presence of bullous edema is not sufficient to classify a tumor as IV.

ทั้งทางหลอดเลือดดำหรือน้ำเหลืองนั้นไม่ถือว่าเป็นระยะโรค แต่ควรบันทึกไว้เพื่อช่วยในการตัดสินใจรักษา และพยากรณ์โรคในอนาคต ถ้ารอยโรคมีขนาดใหญ่มากกว่าที่กล่าวมาแล้วควรจัดเป็นระยะ IB การลุกลามของมะเร็งปากมดลูกไปยังตัวมดลูก (corpus) นั้นเราไม่สามารถประเมินได้จากการตรวจโดย clinical staging จึงไม่นำมาร่วมในการแบ่งระยะโรค

ในรายที่มีก้อนติดกับ pelvic wall แต่ไม่มีลักษณะขรุขระ (nodular) ของ parametrium ควรจัดเป็นระยะ IIB โดยการตรวจภายในอาจเป็นการยากที่จะทราบว่าเป็น parametrium ที่หนาตัวขึ้นนั้นเป็นจากมะเร็งลุกลาม หรือเป็นเพียงการอักเสบ แต่ให้ถือว่าถ้าพบมีลักษณะไม่เรียบ หรือขรุขระ (nodular) ไปจนถึง pelvic wall จะจัดเป็นระยะ IIIB

การตรวจพบ Hydroureter หรือไตไม่ทำงาน เนื่องจากการตีบตันของท่อไตจากมะเร็งให้ถือเป็นระยะ III แม้การตรวจพบอื่นจะจัดเป็นเพียงระยะ I หรือ II

การตรวจพบเซลล์มะเร็ง โดย cytologic washing จากกระเพาะปัสสาวะต้องอาศัยการตัดชิ้นเนื้อของผนังกระเพาะปัสสาวะออกมาตรวจเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นระยะ IVA หรือไม่ ถ้าเห็นผนังกระเพาะปัสสาวะเป็นสัน (Ridge) หรือเป็นร่อง (furrow) บริเวณที่ติดกับเนื้อมะเร็งจากการตรวจทาง rectovaginal นั้นอาจสงสัยว่าเป็นการลุกลามมายัง submucosa แล้ว แต่จะถือเป็นระยะ IV ก็ต่อเมื่อมีการยืนยันโดยการตัดชิ้นเนื้อแน่นอนแล้วเท่านั้น

การรักษามะเร็งปากมดลูก

การรักษาหลักของมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย การผ่าตัดและการฉายแสงขึ้นกับระยะของโรค ส่วนการให้เคมีบำบัดหรือการรักษาอื่นถือเป็นการรักษารองเฉพาะในกลุ่มพิเศษ หรือในรายที่มีการลุกลามไปมาก หรือมีการกลับเป็นซ้ำ

Stage 0

สามารถผ่าตัดรักษาได้หลายแบบตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ชนิด ablative ได้แก่ cryotherapy, laser vaporization หรือโดยการผ่าตัด โดยอาศัย LEEP, laser หรือ cold-knife conization ซึ่งสามารถตัดเอารอยโรคทั้งหมดออกโดยไม่ต้องตัดมดลูก เหมาะกับสตรีอายุน้อยซึ่งยังต้องการมีบุตร การรักษาในกลุ่ม CIN หากทำได้ควรใช้ colposcope ร่วมในการประเมินตำแหน่งและการลุกลามเพื่อความแม่นยำในการรักษา ในรายที่มีบุตรเพียงพอแล้วอาจทำผ่าตัดมดลูกออก

Stage IA1

การผ่าตัด conization เป็นการรักษาที่เหมาะสม ในรายที่มีความลึกของการลุกลามไม่เกิน 3 มิลลิเมตรจาก basement membrane ไม่พบ lymphatic vascular space invasion และการตรวจทางพยาธิวิทยาไม่พบเซลล์มะเร็งที่ขอบชิ้นเนื้อ (free margin) การผ่าตัด simple total hysterectomy เป็นการรักษาที่เพียงพอ สำหรับระยะ microinvasive (IA1) หากผู้ป่วยยังต้องการมีบุตรอาจทำ conization ได้ ถ้าขอบชิ้นเนื้อไม่พบเซลล์มะเร็ง การตัดรังไข่ออกร่วมด้วยในผู้ป่วยที่ยังไม่หมดระดูนั้นไม่มีความจำเป็น เนื่องจาก squamous cell carcinoma ไม่เป็น

เนื้องอกชนิด hormonal dependent

Stage IA2, IB และ IIA

การรักษาหลักคือ การผ่าตัด radical hysterectomy ร่วมกับ bilateral pelvic lymphadenectomy ไม่จำเป็นต้องตัดรังไข่ในผู้ป่วยอายุน้อย นอกจากนี้อาจเลือกใช้รังสีรักษา โดยการฉายแสงและฝังแร่ก็ได้ เนื่องจากอัตราการอยู่รอด 5 ปี ของผู้ป่วยระยะ IB เท่ากัน คือ 85% ทั้งการผ่าตัดหรือการฉายแสง ส่วนระยะ IIA เท่ากับ 75% โดยทั่วไปผู้ป่วยระยะ IIA มักให้รังสีรักษามากกว่าในรายที่ได้รับการผ่าตัด Radical hysterectomy และพบว่ามี pelvic node involvement ควรส่งผู้ป่วยรักษาเพิ่มเติมโดยการฉายแสง เพื่อลดอุบัติการณ์กลับเป็นซ้ำบริเวณเชิงกราน (pelvic control) แต่อาจไม่เพิ่มอัตราการอยู่รอด

Bulky (ขนาดก้อนมากกว่า 4 ซม.) หรือ **barrel-shaped cervical lesions** (ก้อนมะเร็งเกิดขยายบริเวณ upper endocervix และ lower uterine segment)

ผู้ป่วย stage IB ที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่มากกว่า 4 ซม. (IB2) อาจรักษาโดยการให้รังสีรักษาอย่างเดียว หรือผ่าตัด radical hysterectomy ร่วมกับ pelvic lymphadenectomy แต่พบว่าอัตราการอยู่รอด 5 ปี ในผู้ป่วย bulky จะลดลงเมื่อเทียบกับรายที่ก้อนมีขนาดเล็ก กล่าวคือ 66% เทียบกับ 85% ตามลำดับ เนื่องจากกลุ่ม bulky มักมีการลุกลามไปด้านข้าง และกระจายไปยัง pelvic และ paraaortic node มากกว่า ตลอดจนภายในก้อนที่มีขนาดใหญ่ จะมี central hypoxic area จึงแนะนำให้ preoperative irradiation ตามด้วยการผ่าตัด simple hysterectomy (โดยอาจเพิ่มเติมด้วย paraaortic lymphadenectomy) อีกทางเลือกหนึ่งคือ การให้เคมีบำบัดก่อน (neoadjuvant chemotherapy) เพื่อช่วยลดขนาดของก้อน (chemo-cytoreduction) แล้วตามด้วยการผ่าตัด radical hysterectomy ร่วมกับ pelvic lymphadenectomy ซึ่งมีข้อดีคือ ลดความเสี่ยงการฉายแสง จึงทำให้รังสียังคงทำงานได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุน้อย ตลอดจนอาจช่วยควบคุม micrometastases ได้ แต่ยังคงอยู่ในขั้นตอนการศึกษาวิจัย เคมีบำบัดที่ใช้มักประกอบด้วยตัวยาหลายชนิด โดยมี Cisplatin เป็นตัวหลัก

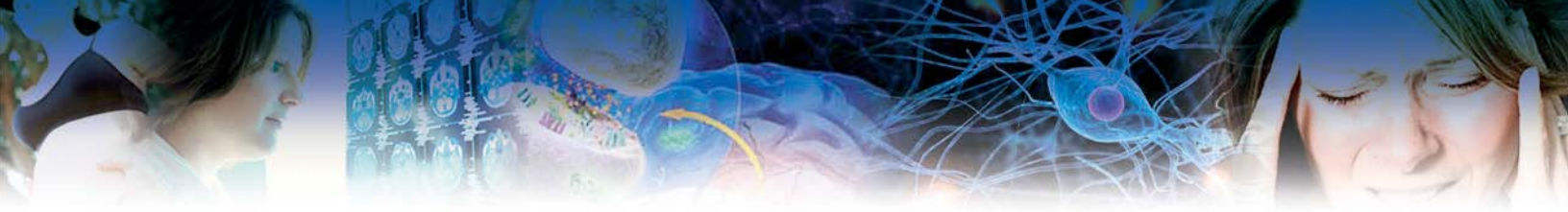
Stage IIB, III และ IVA

การรักษาในระยะนี้คือ รังสีรักษาซึ่งประกอบด้วย การฉายแสง (external irradiation) และการใส่แร่ (intracavitary irradiation) ระยะ IVA พบได้น้อยโดยเฉพาะการกระจายไปยัง rectal mucosa ปัจจุบันมีหลายการศึกษาที่แสดงว่าการให้เคมีบำบัดร่วมด้วยในขณะให้รังสีรักษา (concurrent chemoradiation) โดยให้ cisplatin based ให้ผลการรักษาดีกว่าการให้รังสีรักษาเพียงอย่างเดียว จึงมีแนวโน้มในการให้แนวทางการรักษาร่วมดังกล่าวมาเป็นมาตรฐานในหลายสถาบัน

Stage IVB

การให้รังสีรักษาโดยการฉายแสงบริเวณเชิงกราน (whole pelvis) เพื่อรักษาแบบประคับประคองร่วมกับการให้เคมีบำบัดถือเป็นแนวทางที่ใช้กันมาก โอกาสหายขาดในระยะนี้มีน้อยมาก

ชนิดของการผ่าตัดมดลูก ตามการแบ่งของ Rutledge แสดงในตาราง



ตาราง Rutledge classification of extended hysterectomy

Class	Description	Indication
I	Extrafascial hysterectomy; pubocervical ligament is incised, allowing lateral deflection of ureter	CIN, early stromal invasion
II	Removal of medial half of cardinal and uterosacral ligaments; upper third of vagina removed	Microcarcinoma postirradiation
III	Removal of entire cardinal and uterosacral ligaments; upper third of vagina removed	Stage Ib and IIa lesions
IV	Removal of all periureteral tissue, superior vesical artery, and three fourths of vagina	Anteriorly occurring central recurrences where preservation of the bladder is still possible
V	Removal of portions of distal ureter and bladder	Central recurrent cancer involving portions of the distal ureter or bladder

From Piver MS, Rutledge FN, Smith PJ. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (Obstetrics and Gynecology, 44:265, 1974)

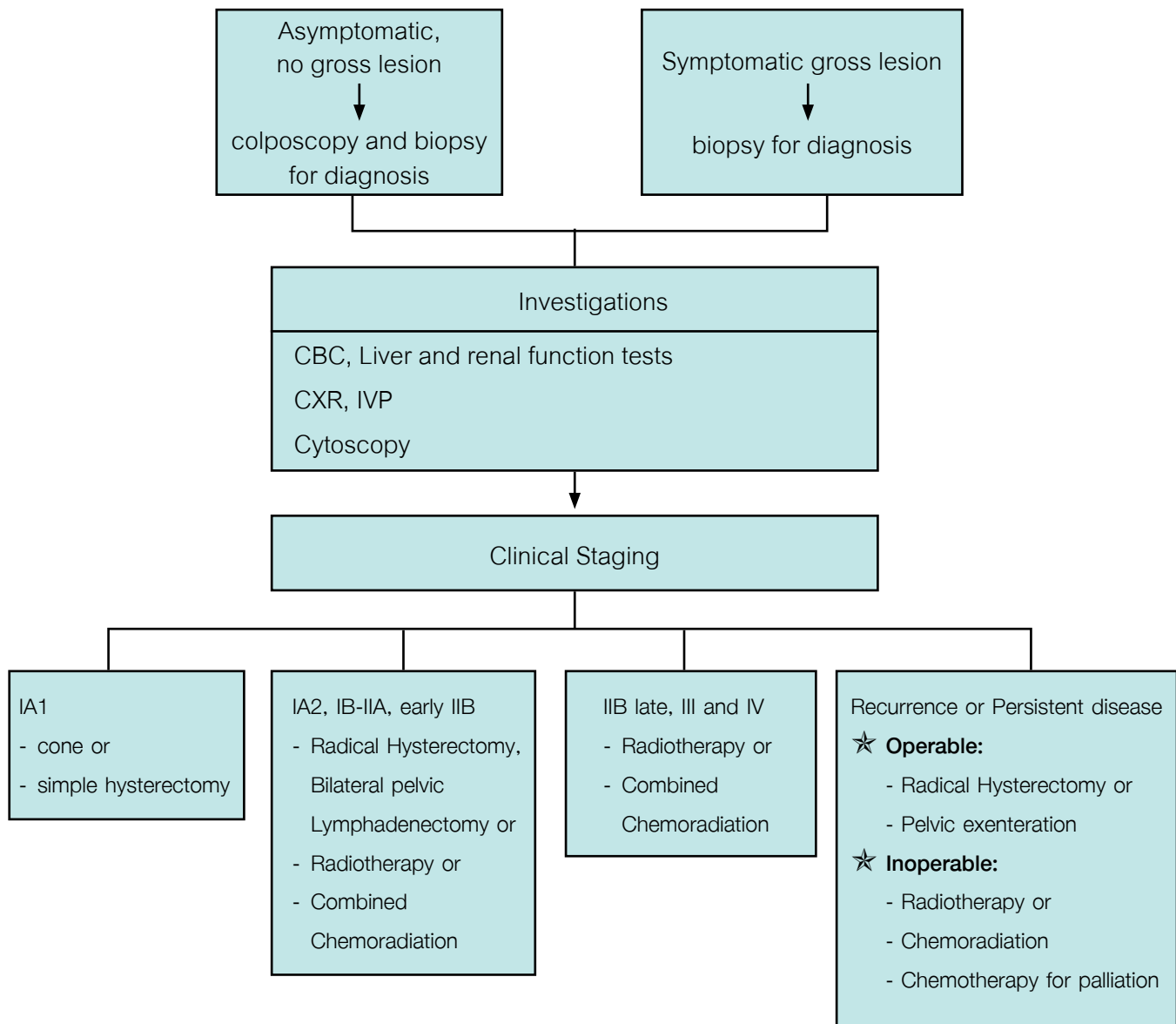
ตารางการให้รังสีรักษา (Radiotherapy)

Stage	XRT (Gy)	IC (hr)	Point A	Total dose Point B
Ra-226 (LDR)				
IA	-	48 + 48	48	
IB small < 2 cm	-	72 + 72	72	50
IB + IIA	20	48 + 72	80	55
IIB - IIIA	30-40	54 + 54	85	60-65
IIIB	40-50	48 + 48	90	65-70
Cs-137 (Gy) (MDR)				
IB-IIIB	40	17.5 x 2F	75	50-65
	50	12.5 x 2F	75	50-65
IR-192 (Gy) (HDR)				
IB-IIIB	40	7.5 Gy x 3F	60-65	50-60
	50	7.5 Gy x 2F	65	50-60

Total dose is the combination between XRT + IC



แผนภูมิ Cervical carcinoma: clinical practice guidelines



ในการรักษาด้วยรังสี ความหมายที่ควรทราบ ได้แก่
Point A คือ ตำแหน่ง 2 เซนติเมตร นับจากกึ่งกลางของ cervical canal และเหนือจากระดับ lateral vaginal fornix 2 เซนติเมตร
Point B คือ ตำแหน่ง 3 เซนติเมตร ห่างจาก Point A ไปด้านข้าง

การติดตามผลการรักษา

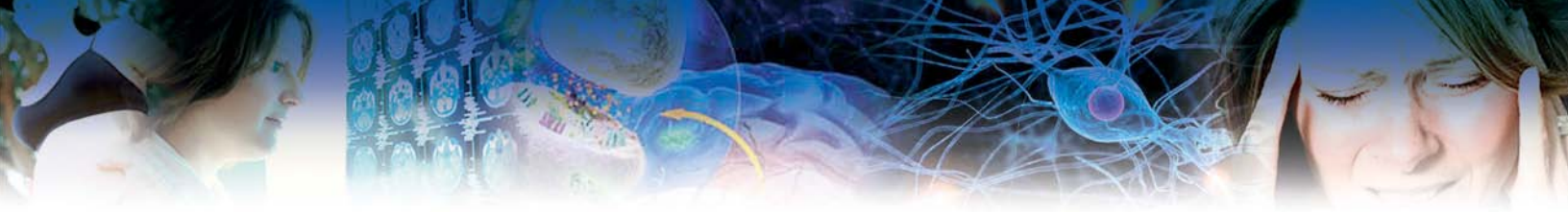
การติดตามผลการรักษาไม่ว่าจะรักษาโดยการผ่าตัดหรือรังสีรักษา แนะนำดังนี้

ปีแรก นัดมาตรวจทุก 1 เดือน
ปีที่สอง นัดมาตรวจทุก 2 เดือน

ปีที่สาม นัดมาตรวจทุก 3 เดือน
ปีที่สี่ นัดมาตรวจทุก 4 เดือน
ปีที่ห้า นัดมาตรวจทุก 5 เดือน
ปีที่หกเป็นต้นไป นัดมาตรวจทุก 6 เดือน
ถ้าผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนจากการรักษา อาจนัดมาตรวจบ่อยขึ้นตามควร

มะเร็งปากมดลูกกับฮอร์โมนทดแทน

การใช้ฮอร์โมนทดแทนในสตรีทั่วไปไม่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก และอาจมีแนวโน้มลดลงเมื่อใช้เป็นเวลานานขึ้น แต่พึงระวังในการใช้เอสโตรเจนเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์



กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิด adenocarcinoma

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะที่สองขึ้นไปมักได้รับรังสีรักษาในบริเวณเชิงกราน ยังผลให้เกิดการทำลายรังไข่ (radiation castration) มากกว่า 90% ของผู้ป่วย ความพยายามในการเก็บรักษารังไข่ก่อนการฉายแสง ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดย้ายรังไข่ (ovarian transposition) ให้ออกนอกบริเวณที่ถูกฉายแสง ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดก่อน และมีอัตราล้มเหลวถึง 17% จึงไม่เป็นที่นิยม ผลของรังสีรักษาต่อเยื่อโพรงมดลูกยังไม่เป็นที่ทราบนัก เมื่อรังไข่ถูกทำลายโดยการฉายแสงทำให้เยื่อโพรงมดลูกฝ่อ แต่ก็ยังสามารถตอบสนองต่อฮอร์โมนได้ กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกสามารถใช้ฮอร์โมนทดแทนได้หลังการรักษา โดยไม่เปลี่ยนแปลงการพยากรณ์โรคหรือการกลับเป็นซ้ำ ทั้งยังอาจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

การพยากรณ์โรค

สำหรับการพยากรณ์โรคหลังการรักษา พบว่า 95% ของพวกที่ติดต่อการรักษาจะถึงแก่กรรมภายใน 5 ปี ดังนั้น การใช้ระยะ 5 ปี เป็นการวัดผลการรักษา (5 year survival) จึงค่อนข้างจะถูกต้อง และมีค่าดังต่อไปนี้

สถิติของ FIGO	Stage I	88-92%
	Stage II	60-65%
	Stage III	30-35%
	Stage IV	12-15%

Recurrent และ Persistent cancer of cervix

ตามปกติแล้ว ส่วนมากของ squamous cell carcinoma ของปากมดลูกเป็นมะเร็งที่รักษาหายด้วยรังสีรักษา สำหรับรายที่รักษาแล้วไม่ได้ผลจะแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

A. Persistent cancer หมายถึง การที่ยังมีมะเร็งหลงเหลือหรือเกิดขึ้นใหม่ภายในระยะ 6 เดือนหลังการรักษา

B. Recurrent cancer หมายถึง มะเร็งที่เกิดขึ้นใหม่ภายหลังรักษาไปแล้วเกิน 6 เดือน

การเกิด Persistent หรือ Recurrent cancer อาจเนื่องมาจากเซลล์มะเร็งเองที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรืออาจจะเป็นความผิดพลาดของวิธีการที่รักษาได้ ประมาณ 50% จะเกิดภายในปีแรก และ 75% จะเกิดภายใน 2 ปี ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยและนัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษาม่าเสมอจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง

บริเวณที่จะเกิด recurrent cancer แบ่งออกเป็น

1. Central ได้แก่ บริเวณปากมดลูก, ช่องคลอด, parametrium, กระเพาะปัสสาวะ และทวารหนัก

2. Peripheral อาจจะถูกกลืนทางด้านข้างของเชิงกรานไปยังต่อมน้ำเหลือง หรือกระจายไปทั่วทุกส่วนของร่างกาย

อาการที่นำผู้ป่วยมาหา และต้องนึกถึงว่าอาจจะมี recurrent ได้ก็คือ

a. น้ำหนักตัวลด

b. ปวดบริเวณหลัง หน้าท้อง หรือบริเวณขา

c. เจ็บหน้าอก ใจเป็นเลือด

d. เลือดออกทางช่องคลอด

e. มีน้ำหรือหนองไหลออกมาทางช่องคลอด

f. ขาบวม

เมื่อเกิด Recurrent cancer แล้วควรให้การรักษาร่วมผู้ป่วยต่อไปดังนี้

A. Treatment for cure ในราย Central recurrence ก็คงจะรักษาได้ทั้งทางศัลยกรรมและทางรังสี โดยถือหลักดังนี้ ถ้าได้รับการผ่าตัดมาก่อนก็มักจะรักษาต่อโดยรังสี ถ้าได้รับรังสีมาก่อนก็จะรักษาต่อไปโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษามาก่อน หากมีการกลับเป็นซ้ำขนาดเล็ก และอยู่ส่วนกลาง (central recurrent) อาจรักษาโดยผ่าตัด radical hysterectomy และ partial vaginectomy แต่ถ้ามีขนาดค่อนข้างใหญ่แต่ลุกลามไม่ถึง pelvic wall อาจพิจารณาผ่าตัด pelvic exenteration

B. การรักษาแบบประคับประคองอาการ มักจะใช้ในรายที่มีการกระจายของมะเร็งไปส่วนต่าง ๆ ของร่างกายแล้ว เช่น มีความเจ็บปวดมาก ก็ให้ยาบรรเทาปวด หรือตัดเส้นประสาท หรือใช้รังสีรักษาในรายที่มีการกระจายไปที่กระดูก การใช้ยาเคมีบำบัดอาจทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีการกระจายออกไปนอกอุ้งเชิงกราน แต่ระยะเวลาอยู่รอดยังไม่ยาวนานขึ้น

สาเหตุการตายของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของปากมดลูกที่พบบ่อยที่สุดคือ

1. Uremia เกิดจากก้อนมะเร็งไปกดบริเวณหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ไตไม่สามารถทำงานได้

2. การติดเชื้อ ที่พบบ่อยที่สุดคือ มีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือด และผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งมักมีความต้านทานต่ำ

3. ตกเลือด เนื่องจากบริเวณที่เป็นมะเร็งมีเลือดมาเลี้ยงมาก มะเร็งอาจลุกลามทำให้หลอดเลือดขาด บางครั้งเลือดที่ออกเป็นปริมาณมาก และไม่สามารถจะทำให้หยุดได้ อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

การกระจายของมะเร็งไปส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย พบว่า 50% ของผู้ป่วยเสียชีวิต เนื่องจากมะเร็งที่กระจายไปตามอวัยวะต่าง ๆ ทำให้อวัยวะนั้น ๆ ที่มีความสำคัญในการดำรงชีพทำงานตามปกติต่อไปไม่ได้

ดังนั้น จึงอาจสรุปการตรวจคัดกรองเซลล์วิทยา มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (Abnormal Pap smear) ดังนี้

การรายงานผลทางเซลล์วิทยาของ Pap smear ในปัจจุบันใช้ตามระบบ Bethesda ฉบับปี ค.ศ. 2001

The 2001 Bethesda System Categorizing of Epithelial Cell Abnormalities

Squamous cell

• Atypical squamous cell (ASC)

- Of undetermined significance (ASC-US)

- Cannot exclude HSIL (ASC-H)
- Low-grade squamous intraepithelial lesions (LSIL)
 - Encompassing human papilloma virus (HPV), mild dysplasia, and cervical intraepithelial neoplasia (CIN) 1
- High-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL)
 - Encompassing moderate and severe dysplasia, carcinoma in situ, CIN 2 and CIN 3
- Squamous cell carcinoma

Glandular cell

- Atypical glandular cells (AGC) (specify endocervical, endometrial, or not otherwise specified)
- Atypical glandular cells, favor neoplastic (specify endocervical or not otherwise specified)
- Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS)
- Adenocarcinoma

Modified from Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. JAMA 2002;287:2114-9. Copyright © 2002, American Medical Association. All right reserved.

Atypical Squamous Cells (ASC)

ตามระบบ Bethesda ฉบับปี ค.ศ. 2001 แบ่งความผิดปกติชนิด ASC (Atypical Squamous Cells) ออกเป็น 2 ชนิดคือ Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US) และ Atypical squamous cells, can not exclude HSIL (ASC-H) ข้อสังเกตสำหรับความผิดปกติชนิด ASC เพื่อใช้ประกอบการกำหนดแนวทางการดูแลรักษา คือ

A. การวินิจฉัยความผิดปกติชนิด ASC ขึ้นกับประสบการณ์ของนักเทคนิคเซลล์วิทยาแต่ละคนอย่างมาก ทำให้การวินิจฉัยยืนยันหรือตรวจทานเป็นไปได้ยาก

B. มีเพียง 5-17% ของสตรีที่มีผลตรวจเซลล์วิทยาเป็น ASC จะตรวจพบเป็น CIN 2, 3 จากการตรวจชิ้นเนื้อ แต่มีถึง 24-94% ของสตรีที่มีผลตรวจเซลล์วิทยาเป็น ASC-H ตรวจพบเป็น CIN 2, 3

C. โอกาสเสี่ยงต่อการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามในสตรีกลุ่มนี้มีเพียง 0.1-0.2% จากข้อสังเกตข้างต้นทำให้เกิดแนวคิดที่จะหาวิธีการเพื่อลดการตรวจทาง colposcopy และการตัดชิ้นเนื้อตรวจ ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติเดิม เนื่องจากการตรวจที่มีค่าใช้จ่ายสูงในประเทศที่พัฒนาแล้ว ต้องการผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีไม่เพียงพอในประเทศกำลังพัฒนา และเป็นการลดหัตถการที่ไม่จำเป็น เนื่องจากสตรีในกลุ่มนี้ส่วนมากไม่จำเป็นต้องรับการตรวจทาง colposcopy

มีข้อสังเกตเพิ่มเติมคือ สตรีในกลุ่มที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็น CIN 2, 3 และสตรีวัยหมดระดูที่มีผลตรวจเซลล์วิทยาเป็น ASC (Atypical squamous cells) มีความเสี่ยงต่อการ

เป็น CIN 2, 3 ต่ำกว่าสตรีวัยก่อนหมดระดู ทำให้สตรี 2 กลุ่มนี้ต้องการการดูแลเป็นการเฉพาะ

แนวทางการดูแลรักษาสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์วิทยาเป็น ASC (Atypical squamous cells) แบบต่าง ๆ

แนวทางการดูแลสตรีกลุ่มนี้ที่ถือปฏิบัติกันอยู่ มี 3 วิธี คือ

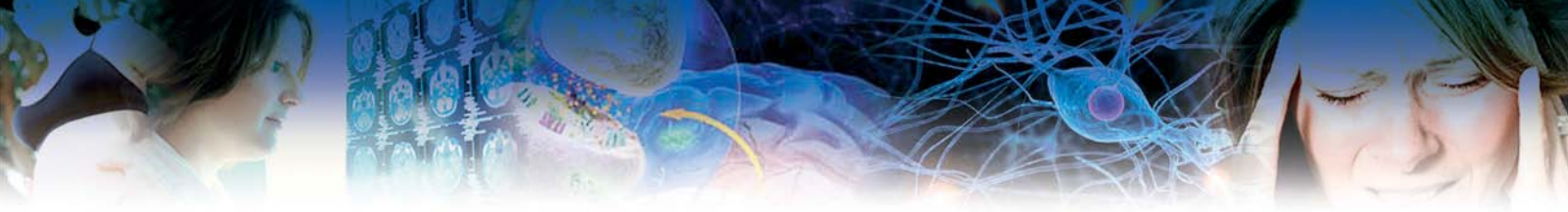
- a. การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูกซ้ำหลายครั้งภายในระยะเวลาหนึ่ง
- b. การตรวจ colposcopy
- c. การตรวจหาเชื้อ HPV ชนิดเสี่ยงสูง

วิธีตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูกซ้ำเป็นวิธีการที่ใช้กันแพร่หลาย ความไวของวิธีนี้ค่อนข้างต่ำคือ ประมาณ 67-85% ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาจึงแนะนำให้ตรวจซ้ำหลายครั้งในช่วงเวลาหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยมีผลตรวจเป็นปกติติดต่อกันตลอดช่วงการตรวจติดตาม จึงสามารถจำหน่ายผู้ป่วยไปสู่การตรวจคัดกรองตามปกติ การส่งตรวจ colposcopy จะทำเฉพาะในรายที่มีผลการตรวจซ้ำพบความผิดปกติระดับ ASC (Atypical squamous cells) ขึ้นไป ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุด การใช้ความผิดปกติระดับ LSIL (Low-grade squamous intraepithelial lesions) หรือมากกว่า จะทำให้สตรีหลายรายที่เป็น CIN 2 หรือมากกว่าไม่ได้รับการวินิจฉัย ข้อมูลที่ยังไม่เพียงพอคือ ช่วงห่างของการตรวจซ้ำและจำนวนครั้งของการตรวจซ้ำ ซึ่งจำเป็นสำหรับนำมากำหนดใช้ในการดูแลรักษา จุดอ่อนของการใช้การตรวจเซลล์วิทยาซ้ำในสตรีที่มีผลตรวจเป็น ASC (Atypical squamous cells) เมื่อเทียบกับอีก 2 วิธีคือการตรวจและรักษา CIN 2 หรือมากกว่าถูกเลื่อนช้าออกไป และการไม่กลับมาตรวจติดตาม

การใช้แนวทางการตรวจ colposcopy มาใช้ในการดูแลรักษาสตรีกลุ่มนี้ มีข้อดีที่สามารถทราบได้ทันทีว่าสตรีรายนั้นมีความผิดปกติที่ต้องได้รับการรักษาหรือไม่ โดยที่การตรวจ colposcopy มีความไวในการตรวจหารอยโรค CIN 2 หรือมากกว่าสูงถึงประมาณ 96% และมีความจำเพาะ 48% แต่ข้อด้อยก็คือมีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะในประเทศตะวันตก สำหรับประเทศกำลังพัฒนามีปัญหาขาดแคลนแพทย์ที่ชำนาญการตรวจ ทำให้สตรีถึงเวลามากระหว่างการส่งต่อ และรอวันที่ได้รับการตรวจ นอกจากนี้อาจเกิดปัญหาวินิจฉัย และรักษาเกินความจำเป็น

ปัจจุบันการตรวจหา HPV-DNA ชนิดเสี่ยงสูงก็สามารถทำได้สะดวก แม่นยำ และตรวจได้ในห้องปฏิบัติการทั่วไป จึงมีการนำมาใช้เป็นแนวทางหนึ่งของการดูแลรักษาสตรีที่มีผลตรวจเซลล์วิทยาเป็น ASC (Atypical squamous cells) เพื่อคัดกรองสตรีกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่แท้จริง สำหรับการส่งต่อไปตรวจทาง colposcopy การตรวจหา HPV-DNA ชนิดเสี่ยงสูงมีความไว 83-100% สำหรับการตรวจวินิจฉัย CIN 2, 3 ในสตรีที่เป็น ASC (Atypical squamous cells) และมีคุณค่าการทำนายผลลบสูงถึง 98% หรือมากกว่า สตรีที่มีผลตรวจเซลล์วิทยาเป็น ASC (Atypical squamous cells) จะตรวจพบ HPV ชนิดเสี่ยงสูงได้ระหว่าง 31-60% และสัดส่วนของสตรีที่ติดเชื้อจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

การตรวจหา HPV ชนิดเสี่ยงสูงในตัวอย่างที่เหลือจากการ



ตรวจ Pap แบบ liquid based ของสตรีที่เป็น ASC (Atypical squamous cells) ซึ่งเรียกว่า “reflex” HPV-DNA testing มีประโยชน์ที่ไม่ต้องนัดสตรีมารับการตรวจเพื่อเก็บตัวอย่างจากปากมดลูก การใช้การตรวจหา HPV-DNA ชนิดเสี่ยงสูงในสตรีกลุ่มนี้สามารถลดจำนวนสตรีที่จะถูกส่งตรวจ colposcopy ลงได้ 40-60% ยิ่งไปกว่านั้น แพทย์สามารถให้ความมั่นใจกับสตรีที่มีผลตรวจ HPV ชนิดเสี่ยงสูงเป็นลบว่า ณ วันที่ตรวจผู้ป่วยไม่มีรอยโรคที่ต้องการการรักษา

การดูแลรักษาที่แนะนำสำหรับสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์วิทยาปากมดลูกเป็น ASC-US (Atypical squamous cells of undetermined significance)

ทั้ง 3 แนวทางที่กล่าวมาข้างต้นเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่ยอมรับให้แนวทางใดแนวทางหนึ่งไปใช้สำหรับการดูแลรักษาสตรีที่เป็น ASC [I, A]

กรณีที่ใช้นิยามการตรวจ Pap ซ้ำ ควรตรวจซ้ำทุก 4-6 เดือน จำนวน 2 ครั้ง ถ้าผลการตรวจซ้ำเป็นปกติทั้ง 2 ครั้ง ก็สามารถจำหน่ายสตรีรายนั้นเข้าสู่โปรแกรมการตรวจคัดกรองตามปกติ [I, A] แต่ถ้าผลการตรวจซ้ำมีความผิดปกติตั้งแต่ระดับ ASC (Atypical squamous cells) ขึ้นไป ครั้งใดครั้งหนึ่งในการตรวจติดตาม 2 ครั้ง ให้ถือว่าเป็นข้อบ่งชี้ที่ควรส่งสตรีรายนั้นไปรับการตรวจ colposcopy [I, A] ด้วยแนวทางนี้จะมีผลของการตรวจหาโรค CIN 3 เท่ากับ 95.4% และสามารถลดการตรวจ colposcopy ลงเหลือ 67.1% ถ้าใช้นิยามการส่งตรวจ colposcopy ทันที และไม่พบรอยโรค HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesions) ก็แนะนำให้ตรวจติดตามที่ 12 เดือนด้วยการตรวจ Pap [I, A] แต่ถ้าพบรอยโรค HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesions) ก็ให้รักษาตามแนวทางที่กำหนด ไม่แนะนำให้ทำการผ่าตัดรักษาปากมดลูกด้วย LEEP (Loop electrical excision procedures) ในสตรีที่มีผลตรวจเซลล์วิทยาเป็น ASC (Atypical squamous cells) โดยที่ยังไม่มีผลตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็น HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesions) เพราะเป็นการรักษาเกินความจำเป็น [II-1, A]

การดูแลรักษาที่แนะนำสำหรับสตรีที่มีผลตรวจเซลล์วิทยาปากมดลูกเป็น ASC-H (Atypical squamous cells cannot exclude HSIL:- High-grade squamous intraepithelial lesions)

การดูแลรักษาที่แนะนำในกรณีนี้คือ การส่งตรวจ colposcopy [III, A] ถ้าพบรอยโรคเท่ากับหรือมากกว่า HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesions) ก็ให้ทำการรักษา แต่ถ้าพบรอยโรคน้อยกว่า HSIL ให้กลับไปตรวจทบทวนตัวอย่างเซลล์ส่งตรวจ ลักษณะที่ตรวจเห็นทาง colposcopy และชิ้นเนื้อตัวอย่าง [III, C] ถ้าผลการตรวจทบทวนมีการเปลี่ยนแปลงก็ให้ดูแลรักษาตามผลที่ได้ใหม่ แต่ถ้าผลการตรวจทบทวนยืนยันผลการตรวจเดิมคือ ASC-H (Atypical squamous cells cannot exclude HSIL) ก็ให้ตรวจซ้ำด้วย Pap ที่ 6 และ 12 เดือน หรือใช้การตรวจหา HPV ชนิดเสี่ยงสูงที่ 12 เดือน [III, A] ถ้าผลตรวจซ้ำทางเซลล์วิทยาเท่ากับหรือมากกว่า ASC (Atypical squamous cells) ครั้งใดครั้งหนึ่งใน 2 ครั้ง หรือผลตรวจ HPV ชนิดเสี่ยงสูงเป็นบวกก็ให้ส่งตรวจ colposcopy

Atypical glandular cells [AGC] and Adenocarcinoma in situ [AIS]

ผล Pap ที่เป็น AGC (Atypical glandular cells) จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นรอยโรคที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกได้สูงกว่า ผล Pap ที่เป็น ASC (Atypical squamous cells) หรือ LSIL (Low-grade squamous intraepithelial lesion) การตรวจ Pap มีความไวในการตรวจหาความผิดปกติของเยื่อบุผิวชนิด glandular เพียง 50-72% และยังพบว่าสตรีที่มีผล Pap เป็น AGC (Atypical glandular cells) ส่วนใหญ่มีความผิดปกติเป็น CIN สตรีที่มีผลตรวจเป็น AGC-NOS มีโอกาสตรวจพบเป็นรอยโรค CIN ประมาณ 9-54% พบเป็นรอยโรค Adenocarcinoma in situ (AIS) ประมาณ 0-8% และพบเป็นมะเร็งระยะลุกลามประมาณ 1-9% แต่ถ้าผล Pap เป็น AGC “favor neoplasia” จะมีโอกาสเสี่ยงต่อรอยโรคที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นคือ มีโอกาสตรวจพบเป็น CIN, AIS หรือมะเร็งลุกลามได้ถึง 27-96%

สำหรับสตรีที่มีผล Pap smear เป็น Adenocarcinoma in situ จะมีโอกาสเสี่ยงสูงมากคือ จะมีโอกาสเป็น Adenocarcinoma in situ ประมาณ 48-69% และมะเร็งระยะลุกลามชนิด adenocarcinoma ประมาณ 38%

แนวทางการดูแลรักษาสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์วิทยาปากมดลูกเป็น AGC (Atypical glandular cells) และ AIS (Adenocarcinoma in situ)

เนื่องจากผล Pap AGC (Atypical glandular cells) หรือ AIS (Adenocarcinoma in situ) มีอุบัติการณ์ไม่มาก ทำให้แนวทาง 3 แบบที่ใช้ในการประเมินสตรีที่มีผล Pap ผิดปกติของเซลล์ชนิด squamous มีข้อจำกัดเมื่อนำมาใช้สำหรับการดูแลรักษาสตรีที่มีผล Pap เป็น AGC (Atypical glandular cells) หรือ AIS (Adenocarcinoma in situ) การตรวจ Pap ซ้ำในสตรีที่มีผล Pap เป็น AGC มีความไวน้อยกว่าการตรวจ colposcopy สำหรับการตรวจหา CIN 2, 3 และรอยโรคของเยื่อบุผิวชนิด glandular ทำให้การตรวจ colposcopy มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาสตรีกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม สตรีจำนวนมากที่เป็น adenocarcinoma in situ ของปากมดลูกจะไม่มีผลผิดปกติให้เห็นได้ด้วยการตรวจ colposcopy และแม้แต่การตรวจ Pap ร่วมกับการตรวจ colposcopy ก็สามารถพลาดการวินิจฉัยมะเร็งระยะลุกลามชนิด adenocarcinoma หรือ adenocarcinoma in situ ของปากมดลูกที่ซ่อนอยู่ภายใน endocervical canal ถึงแม้ว่าความไวของการเอาตัวอย่างจากบริเวณ endocervix เพื่อตรวจหาความผิดปกติของเยื่อบุผิวชนิด glandular ยังไม่มีความแน่ชัด แต่ก็มีหลายรายงานที่พบว่า มันสามารถช่วยตรวจหาความผิดปกติของเยื่อบุผิวชนิด glandular ได้ในรายที่ตรวจไม่พบด้วย colposcopy ดังนั้น จึงแนะนำให้ทำการเอาตัวอย่างจากบริเวณ endocervix ส่งตรวจทางพยาธิวิทยาในสตรีกลุ่มนี้

อายุเป็นปัจจัยสำคัญอื่นหนึ่งที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยงและชนิดของมะเร็งที่พบในสตรีที่มีผลตรวจ Pap เป็น AGC (Atypical glandular cells) ในสตรีก่อนวัยหมดระดูจะมีความเสี่ยงต่อการเป็น CIN 2, 3 และ AIS (Adenocarcinoma in situ) มากกว่าสตรีวัยหมดระดู แต่ก็มีความเสี่ยงต่อการเป็น hyperplasia หรือมะเร็งของเยื่อบุโพรงมดลูก

สตรีที่ได้คำวินิจฉัยว่าเป็น AIS (Adenocarcinoma in situ) ด้วยการตัดชิ้นเนื้อตัวอย่างมักมีความผิดปกติของเยื่อบุผิวชนิด squamous ได้ประมาณครึ่งหนึ่ง ดังนั้น ในสตรีที่มีผล Pap เป็น AGC (Atypical glandular cells) หรือ AIS (Adenocarcinoma in situ) ที่ตรวจพบความผิดปกติของเยื่อบุผิวชนิด squamous จึงยังต้องตรวจหาความผิดปกติของเยื่อบุผิวชนิด glandular

ในกรณีที่สตรีมีผล Pap เป็น AGC (Atypical glandular cells) หรือ AIS (Adenocarcinoma in situ) ที่ตรวจไม่พบความผิดปกติด้วยการตรวจทาง colposcopy ขั้นตอนการดูแลรักษาต่อไปจะพิจารณาตามผล Pap ซึ่งจะมีความเสี่ยงของการเป็นรอยโรคที่ต้องการการรักษาแตกต่างกัน สตรีที่มีผล Pap เป็น AGC-NOS และการตรวจวินิจฉัยด้วย colposcopy ไม่พบความผิดปกติจะมีความเสี่ยงต่ำต่อการเป็นรอยโรคที่ต้องการการรักษา ดังนั้น จึงสามารถใช้การตรวจ Pap ซ้ำในการติดตามเป็นการดูแลขั้นถัดไปในสตรีกลุ่มนี้ สำหรับกรณีผล Pap เป็น AGC “favor neoplasia” หรือเป็น AIS (Adenocarcinoma in situ) ที่ตรวจด้วย colposcopy แล้วไม่พบรอยโรคจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นรอยโรคของเยื่อบุผิวชนิด glandular ที่ต้องการการรักษา ซึ่งรวมไปถึงมะเร็งระยะลุกลามชนิด adenocarcinoma ทำให้การตรวจ Pap ซ้ำไม่เหมาะสมสำหรับการตรวจติดตาม ในกรณีนี้จึงควรใช้การผ่าตัดปากมดลูกเพื่อการวินิจฉัย เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีรอยโรคชนิดรุนแรงบริเวณ endocervix วิธีการผ่าตัดปากมดลูกเพื่อการวินิจฉัยที่แนะนำคือ การผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยด้วยมีดผ่าตัด (cold knife conization) ซึ่งจะทำการตรวจทางพยาธิวิทยาของเยื่อบุผิวชนิด glandular บริเวณขอบเนื้อตัวอย่างมีความชัดเจนแตกต่างจากชิ้นเนื้อที่ได้จากการทำผ่าตัดปากมดลูกด้วยขดลวดไฟฟ้า หรือการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยด้วยแสงเลเซอร์ ซึ่งจะมีการทำลายของเนื้อเยื่อจากความร้อนบริเวณขอบเนื้อตัวอย่าง

การดูแลรักษาที่แนะนำสำหรับสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์วิทยาปากมดลูกเป็น AGC (Atypical glandular cells) และ AIS (Adenocarcinoma in situ)

การตรวจวินิจฉัยครั้งแรกแนะนำให้ใช้การตรวจ colposcopy ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างจากภายในช่องปากมดลูก ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา สำหรับสตรีที่มีผล Pap เป็น AGC (Atypical glandular cells) หรือ AIS (Adenocarcinoma in situ) ยกเว้นรายที่ผลเป็นความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุโพรงมดลูก ซึ่งแนะนำให้สุ่มตัวอย่างจากเยื่อบุโพรงมดลูกส่งตรวจ [III, B] ไม่แนะนำให้ตรวจติดตามด้วยการตรวจ Pap ซ้ำ [III-1, A] สตรีกลุ่มนี้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีทุกราย หรือน้อยกว่า 35 ปีที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก ควรได้รับการสุ่มตัวอย่างของเยื่อบุโพรงมดลูกส่งตรวจ [III, B] ข้อมูลเท่าที่มีในปัจจุบันยังไม่สนับสนุนให้ใช้การตรวจ HPV-DNA ในการดูแลรักษาสตรีกลุ่มนี้ [III, C]

ถ้าการตรวจวินิจฉัยครั้งแรกไม่พบรอยโรค การตรวจวินิจฉัยขั้นถัดไปหรือการตรวจติดตามขึ้นกับผล Pap ในสตรีที่มีผล Pap เป็น AGC “favor neoplasia” หรือ AIS (Adenocarcinoma in situ) สตรีรายนั้นควรได้รับการผ่าตัดปากมดลูกเพื่อการวินิจฉัย [III, B] วิธีการผ่าตัดที่แนะนำให้ใช้คือ การผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยด้วยมีดผ่าตัด (Cold

knife conization: CKC) [III, B] ในรายที่ผล Pap เป็น AGC-NOS และตรวจไม่พบรอยโรคที่ต้องการ การรักษาจากการตรวจวินิจฉัยครั้งแรก แนะนำให้ตรวจติดตามด้วยการตรวจ Pap ซ้ำ และการสุ่มตัวอย่างจากภายในช่องปากมดลูกส่งตรวจทุก 6 เดือน จำนวน 4 ครั้ง ถ้าผลตรวจติดตามทั้ง 4 ครั้งให้ผลปกติก็สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับเข้าสู่โปรแกรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามปกติ [III, B] แต่ถ้าผล Pap ในการติดตามผิดปกติตั้งแต่ ASC (Atypical squamous cells) หรือ AGC (Atypical glandular cells) ขึ้นไปก็ให้ส่งตรวจ colposcopy ซึ่งเป็นทางเลือกที่ยอมรับกันทั่วไป หรือส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญดูแล [III, B] หรือถ้าผลการสุ่มตัวอย่างจากภายในช่องปากมดลูกมีความผิดปกติก็อาจต้องพิจารณาทำผ่าตัดปากมดลูกเพื่อการวินิจฉัย หรือส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญดูแล

Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)

ผล Pap ที่ผิดปกติระดับ LSIL (Low grade squamous intraepithelial lesion) เป็นความผิดปกติของ Pap smear ที่พบมากเป็นอันดับ 2 รองจาก ASC (Atypical squamous cells) และพบบ่อยในประชากรสตรีอายุน้อยที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน สตรีที่มีผล Pap เป็น LSIL มีโอกาสเป็นรอยโรค CIN 2/3 หรือมากกว่าได้ประมาณ 15-30% สตรีกลุ่มนี้มีผลตรวจหา HPV ชนิดเสี่ยงสูงเป็นบวกมากถึง 83%

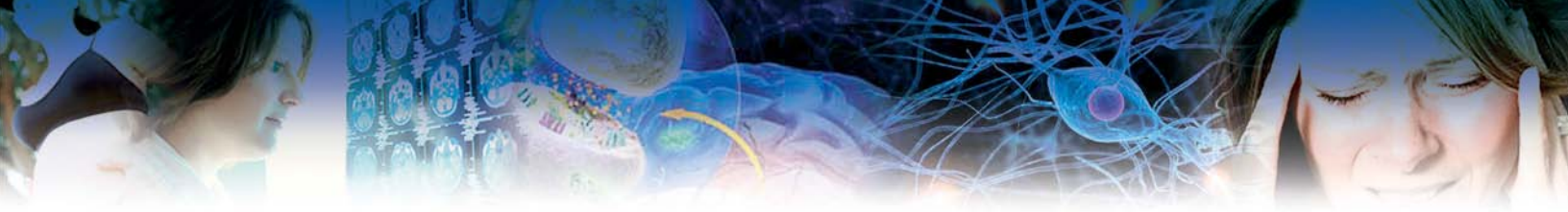
แนวทางการดูแลรักษาสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์วิทยาปากมดลูกเป็น LSIL (Low grade squamous intraepithelial lesion)

แนวทางการดูแลรักษาด้วยการตรวจติดตามด้วย Pap smear มีเหตุผลที่ว่า สตรีที่เป็น LSIL มีโอกาสสูงที่จะหายไปได้เอง แต่มีจุดต้องระวังคือ โอกาสการขาดการตรวจติดตามนัด ประมาณ 53-76% ของสตรีกลุ่มนี้จะมีผล Pap ผิดปกติในการตรวจติดตามซึ่งต้องส่งต่อไปตรวจ colposcopy และมีโอกาสเกิดความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งระยะลุกลามที่อาจพบได้ในบางราย การตรวจ colposcopy ทันทีสามารถแก้ไขจุดอ่อนเหล่านี้ และทำให้ทราบผลการวินิจฉัยได้เร็ว อีกทั้งสามารถวางแผนการรักษาต่อไปได้เร็วขึ้น ทั้งในรายที่ไม่มีรอยโรคหรือมีรอยโรคที่ต้องการรักษา การใช้การตรวจ HPV ชนิดเสี่ยงสูงจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องตรวจ colposcopy ลงได้เพียงเล็กน้อย เนื่องจากประมาณ 83% ของสตรีกลุ่มนี้จะมีผลตรวจเป็นบวก

การดูแลรักษาที่แนะนำสำหรับสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์วิทยาปากมดลูกเป็น LSIL

การตรวจ colposcopy เป็นการดูแลรักษาที่แนะนำสำหรับสตรีกลุ่มนี้ [I, A] การรักษาต่อนั้นขึ้นกับรอยโรคที่ตรวจพบ การใช้ LEEP (Loop electrical excision procedures) หรือวิธีการทำลายเนื้อเยื่อเฉพาะที่กับสตรีทุกรายที่มีผล Pap เป็น LSIL (Low-grade squamous intraepithelial lesion) โดยไม่มีผลชิ้นเนื้อพิสูจน์ว่าเป็น HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesions) เป็นวิธีปฏิบัติที่ไม่เป็นที่ยอมรับ [III-1, A]

ถ้าการตรวจ colposcopy เป็นแบบ satisfactory แต่ไม่พบรอยโรคบริเวณ T-zone น่าจะทำการสุ่มตัวอย่างจากภายในช่องปากมดลูก [III, B] สำหรับรายที่พบรอยโรคก็เป็นที่ยอมรับให้ทำการสุ่ม



ตัดตัวอย่างชิ้นเนื้อบริเวณรอยโรค [II-3, B] ถ้าผลชิ้นเนื้อตัวอย่างไม่พบว่าเป็น CIN 2/3 หรือมากกว่า และการตรวจ colposcopy เป็นแบบ satisfactory การดูแลรักษาที่ยอมรับกันคือ การตรวจติดตามด้วยการตรวจ Pap ซ้ำที่ 6 และ 12 เดือน ถ้าผล Pap ที่ตรวจซ้ำครั้งใดครั้งหนึ่งมีความผิดปกติตั้งแต่ ASC (Atypical squamous cells) ขึ้นไปก็ให้ส่งตรวจ colposcopy หรือใช้การตรวจติดตามด้วยการตรวจหา HPV ชนิดเสี่ยงสูงที่ 12 เดือน ถ้าให้ผลเป็นบวกก็ให้ส่งตรวจ colposcopy [II-2, B]

สำหรับกรณีที่มีการตรวจ colposcopy เป็นแบบ unsatisfactory แนะนำให้ทำการสุ่มตัวอย่างจากภายในช่องปากมดลูก [II-2, B] ถ้าผลทางพยาธิวิทยาไม่พบ CIN 2/3 หรือมากกว่า การใช้การตรวจติดตามด้วยการตรวจ Pap ซ้ำ หรือการตรวจหา HPV ชนิดเสี่ยงสูงตามแบบข้างต้นก็เป็นแนวทางที่แนะนำ [II-2, B] ในสตรีวัยหมดระดู อาจยอมให้ใช้การตรวจติดตามด้วยการตรวจ Pap ซ้ำที่ 6 และ 12 เดือน หรือการตรวจหา HPV ที่ 12 เดือน [III, C] ถ้าพบว่าเยื่อปมามีลักษณะของการขาดฮอร์โมนเพศ ก็ควรให้การรักษาด้วย estrogen สอดใส่ช่องคลอด (estrogen cream ใส่ช่องคลอด ขนาด 1 กรัมต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2-3 สัปดาห์ และหยุดก่อนการตรวจ Pap 1 สัปดาห์) โดยให้การรักษาก่อนมาตรวจ Pap ซ้ำที่ 6 และ 12 เดือน ถ้าสตรีรายนั้นไม่มีข้อบ่งชี้ห้ามการใช้ฮอร์โมน estrogen [III, C] สำหรับสตรีวัยรุ่น หรือสตรีที่มีเพศสัมพันธ์มาไม่นาน ที่มีผล Pap เป็น LSIL (Low-grade squamous intraepithelial lesions) ก็อาจใช้การตรวจติดตามด้วยการตรวจ Pap โดยไม่ต้องส่งตรวจ colposcopy เนื่องจากรอยโรค LSIL (Low-grade squamous intraepithelial lesions) มีอุบัติการณ์สูงในสตรีกลุ่มนี้โดยที่การหายได้เองของการติดเชื้อ HPV มีได้สูงมาก และโอกาสของการเป็นมะเร็งระยะลุกลามก็ต่ำมาก [II-2, C]

High-grade squamous intraepithelial lesion [HSIL]

ผล Pap ที่ผิดปกติระดับ HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion) เป็นผล Pap ที่พบไม่บ่อย มีอุบัติการณ์เพียง 0.45% ของการตรวจ Pap ทั้งหมด สตรีที่มีผล Pap เป็น HSIL มีโอกาสเป็น CIN 2/3 ประมาณ 70-75% และเป็นมะเร็งระยะลุกลามประมาณ 1-2%

แนวทางการดูแลรักษาสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์วิทยาปากมดลูกเป็น HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion)

เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นรอยโรคที่ต้องการการรักษา การตรวจ colposcopy และการสุ่มตัวอย่างจากภายในช่องปากมดลูกจึงเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งมักจะตรวจพบรอยโรคระดับสูงที่บริเวณปากมดลูก หรือช่องคลอด อย่างไรก็ตาม ในรายที่ไม่พบรอยโรคระดับสูงด้วยการตรวจทาง colposcopy ก็ยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็น CIN 2/3 ได้สูงถึง 35% ถ้ามีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม นอกจากนี้รายงานผล Pap ระดับ HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion) มีโอกาสสูงที่จะมีการเปลี่ยนแปลงค่าวินิจฉัย ถ้านำมาตรวจหาพยาธิวิทยาโดยพยาธิแพทย์คนเดิม หรือพยาธิแพทย์คนอื่น ซึ่งมีรายงานพบว่า มีน้อยกว่า 50% ของผล Pap

ระดับ HSIL ที่จะได้รับการยืนยันจากการตรวจหาในขั้นตอนการควบคุมคุณภาพ ดังนั้น ถ้าตรวจ colposcopy แล้วไม่พบรอยโรคที่ต้องการการรักษา แนวทางการปฏิบัติที่แนะนำคือ นำ Pap smear, ผลการตรวจ colposcopy และผลชิ้นเนื้อตัวอย่างมาตรวจหาพยาธิวิทยา ซึ่งบางรายสามารถแก้ไขปัญหาของความไม่คล้อยจองกันของผลการตรวจทั้ง 3 ได้ ถ้าไม่สามารถตรวจหาพยาธิวิทยา หรือการตรวจ colposcopy เป็นแบบ unsatisfactory ควรทำผ่าตัดปากมดลูกเพื่อให้ได้ชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ส่วนจะผ่าตัดด้วยวิธีใดขึ้นกับความเหมาะสมแต่ละกรณี

แม้ว่าการดูแลรักษาด้วยการผ่าตัดปากมดลูกด้วย LEEP (Loop electrical excision procedures) ทันทีหลังจากการตรวจ colposcopy โดยไม่มีการตัดชิ้นเนื้อตัวอย่างยืนยันการวินิจฉัยที่เรียกกันว่า “see and treat” ได้รับการพิสูจน์ว่าปลอดภัย ได้ผลดี และคุ้มค่า โดยเฉพาะภายใต้การดูแลรักษาของผู้เชี่ยวชาญการตรวจ colposcopy แต่ก็มีหลายรายงานที่พบว่า ชิ้นเนื้อจำนวนมากพอควรที่ได้จากการผ่าตัดปากมดลูกด้วย LEEP (Loop electrical excision procedures) ทันที ในสตรีที่ผล Pap ผิดปกติจะไม่พบพยาธิสภาพที่ต้องการการผ่าตัดรักษา ดังนั้น การดูแลรักษาในลักษณะนี้อาจเหมาะสมเฉพาะกลุ่มสตรีที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการไม่มารับการตรวจติดตามตามนัด มีอายุมากซึ่งไม่ต้องการมีบุตรอีก และการตรวจ colposcopy มีลักษณะของรอยโรค HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion) ชัดเจน

สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลเป็น HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion) เป็นภาวะที่ต้องการการดูแลรักษาเป็นพิเศษ การตั้งครรภ์จะทำให้ลักษณะของปากมดลูกจากการตรวจทาง colposcopy แตกต่างไปจากสตรีปกติ จึงควรส่งต่อไปให้แพทย์ที่ชำนาญการตรวจ colposcopy ในสตรีตั้งครรภ์ดูแลรักษาต่อ การตัดชิ้นเนื้อตัวอย่างที่ปากมดลูกของสตรีตั้งครรภ์มักจะได้ชิ้นเนื้อตัวอย่างที่ไม่เหมาะสมสำหรับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา เนื่องจากความกลัวต่อภาวะเลือดออกมากจากแผลตัดชิ้นเนื้อ แต่ในความเป็นจริงการเสียเลือดจากการตัดชิ้นเนื้อตัวอย่างอาจมากกว่าสตรีไม่ตั้งครรภ์ แต่ก็ไม่มากจนเกิดภาวะตกเลือดหรือการแท้งบุตร อย่างไรก็ตาม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ตัดชิ้นเนื้อตัวอย่างเฉพาะในรายที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งระยะลุกลามของปากมดลูกเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดพลาดในการวินิจฉัยมะเร็งระยะลุกลามของปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ ไม่แนะนำให้ทำการสุ่มตัวอย่างจากช่องภายในปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ เพราะเสี่ยงเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์

สตรีวัยรุ่นที่มีผล Pap เป็น HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion) จะมีข้อแตกต่างจากปกติคือ ผล Pap ที่เป็น HSIL ในกลุ่มนี้มีความแตกต่างของการวินิจฉัยระหว่างผู้ตรวจเซลล์วิทยาได้สูงมาก ขณะเดียวกันความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามต่ำมาก และการหายเองของรอยโรค CIN 1 หรือ 2 ในกลุ่มสตรีวัยรุ่นมีโอกาสมาก ทำให้แนวทางการดูแลรักษาสตรีกลุ่มนี้แตกต่างจากปกติ

การดูแลรักษาที่แนะนำสำหรับสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์วิทยาปากมดลูกเป็น HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion)

การตรวจทาง colposcopy และการส่องตัวอย่างจากช่องภายในปากมดลูกเป็นการดูแลรักษาที่แนะนำให้ปฏิบัติสำหรับสตรีที่มีผล Pap เป็น HSIL (III, A) การดูแลรักษาขั้นถัดไปขึ้นกับรอยโรคที่วินิจฉัยได้ และการตรวจ colposcopy เป็นแบบ satisfactory หรือ unsatisfactory ถ้าไม่พบรอยโรคที่ต้องการการรักษา แพทย์ที่ดูแลควรจะกลับไปตรวจทาง Pap smear, ผลการตรวจ colposcopy และชิ้นเนื้อตัวอย่างที่ส่งตรวจกับพยาธิแพทย์ (III, C) ถ้าการตรวจทางได้คำวินิจฉัยใหม่ก็ให้ดูแลรักษาตามนั้น แต่ถ้าไม่สามารถกลับไปตรวจทางได้ตามข้างต้นหรือการทบทวน Pap smear ยังยืนยันผลว่าเป็น HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion) ก็แนะนำให้ผ่าตัดปากมดลูกเพื่อการวินิจฉัย (II-3, B) ส่วนการใช้วิธีผ่าตัดแบบไหนขึ้นกับข้อดี ข้อด้อยของแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับ แพทย์ผู้รักษาควรรหาความรู้ส่วนนี้เพิ่มเติม

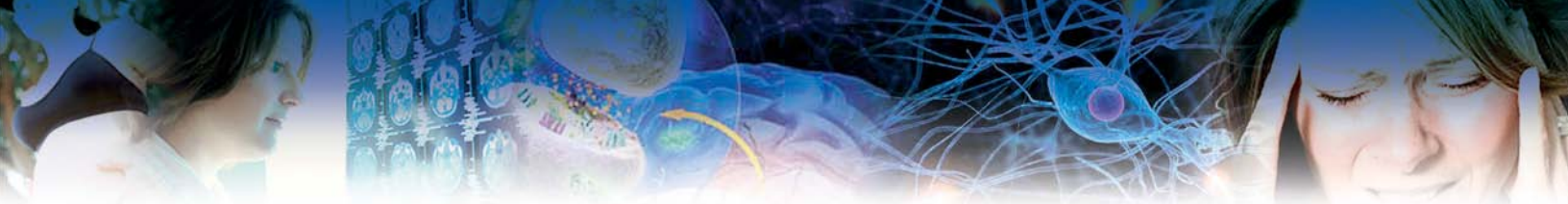
การใช้การตรวจ HPV ชนิดเสี่ยงสูงเพื่อดูแลรักษาสตรีกลุ่มนี้ไม่เป็นที่ยอมรับ และการใช้การตรวจ Pap ซ้ำก็ไม่เป็นที่ยอมรับเช่นกัน (III, A)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีผล Pap เป็น HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion) ถือเป็นกรณีพิเศษ แนะนำให้ส่งไปตรวจ colposcopy กับแพทย์ที่มีความชำนาญสูงเกี่ยวกับการตรวจในภาวะตั้งครรภ์ (III, C) การตัดสินใจส่องตัวอย่างควรจำกัดเฉพาะรายที่มีลักษณะทาง colposcopy เป็น HSIL ชัดเจน หรือมีลักษณะของมะเร็งปากมดลูก (III, C) ไม่แนะนำให้ทำการส่องตัวอย่างจากช่องภายในปากมดลูก (III, C) ถ้าไม่พบมะเร็งระยะลุกลามควรตรวจซ้ำด้วย colposcopy ที่ 3-6 เดือน ถัดไป ในกรณีที่การตรวจ colposcopy ครั้งแรกเป็นแบบ unsatisfactory ให้ตรวจซ้ำที่ 6-12 สัปดาห์ถัดไป เนื่องจากการตั้งครรภ์จะทำให้ transformation zone ปรากฏเห็นชัดขึ้น (III, C) การรักษารอยโรค HSIL ในระหว่างตั้งครรภ์ไม่เป็นที่ยอมรับ (II-3, B) แนะนำให้ผ่าตัดปากมดลูกเพื่อการวินิจฉัยเฉพาะในรายที่สงสัยเป็นมะเร็งระยะลุกลาม แต่ไม่สามารถยืนยันได้ด้วยการตัดชิ้นเนื้อตัวอย่าง (III, B) สตรีตั้งครรภ์ที่มีผล Pap เป็น HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion) และตรวจวินิจฉัยระหว่างตั้งครรภ์ว่าไม่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ต้องได้รับการตรวจประเมินใหม่หลังคลอด ทั้งการตรวจทางเซลล์วิทยา และการตรวจ colposcopy แต่ต้องไม่ก่อน 6 สัปดาห์หลังคลอด (III, C)

ในสตรีวัยรุ่นก็เป็นอีกภาวะหนึ่งที่มีแนวทางการดูแลรักษาต่างจากปกติ สตรีวัยรุ่นที่มีผล Pap เป็น HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion) แต่การตรวจ colposcopy ไม่พบ CIN 2 หรือ 3 จะแนะนำให้ตรวจติดตามที่ 4-6 เดือน ด้วยการตรวจทางเซลล์วิทยา และ colposcopy เป็นเวลา 1 ปี ถ้าผลการตรวจทั้ง 2 อย่างปกติตลอด การตรวจติดตามจึงส่งกลับไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามปกติ โดยที่สตรีรายนั้นต้องมีการตรวจ colposcopy แบบ satisfactory มีผลส่องตัวอย่างจากช่องภายในปากมดลูกเป็นลบ และยอมรับโอกาสเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกแบบซ่อนเร้นที่มีไม่มาก แต่ถ้าระหว่างตรวจติดตามพบรอยโรคมีลักษณะเลวลง หรือผล Pap ยังคงเป็น HSIL ตลอดการตรวจติดตาม แนะนำให้ผ่าตัดปากมดลูกเพื่อการวินิจฉัย (III, C)

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Obstetricians and Gynecologists: Cervical cytology: Evaluation and Management of Abnormalities. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1993: 17-7. ACOG Technical Bulletin 183.
2. Azodi M, Chambers SK, Rutherford TJ, Kohorn EI, Schwartz PE, Chambers JT. Adenocarcinoma in situ of the cervix. Gynecol Oncol 1999;73:348-53.
3. Bergeron C, Jeannel D, Poveda J, Cassonnet P, Orth G. Human papilloma virus testing in women with mild cytologic atypia. Obstet Gynecol 2000;95:821-7.
4. Brown FM, Faquin WC, Sun D, Crum CP, Cibas ES. LSIL biopsies after HSIL smears. Am J Clin Pathol 1999;112: 765-8.
5. Cox JT, Wilkinson EJ, Lonky N, Waxman A, Tosh R, Tedeschi C. Management guidelines for the follow-up of atypical squamous cells of undetermined significance. (ASCUS). J Lower Gen Tract Dis 2000;4:99-105.
6. Chhieng DC, Elgert P, Cohen JM, Cangiarella JF. Clinical significance of atypical glandular cells of undetermined significance in postmenopausal women. Cancer 2001;93:1-7.
7. Chin AB, Bristow RE, Korst LM, Walts A, Lagasse LD. The significance of atypical glandular cells on routine cervical cytologic testing in a community-based population. Am J Obstet Gynecol 2000;182:1278-82.
8. Niruttisat S., et al: Clinical Practice Guidelines in Obstetrics and Gynecology.
9. Trivijitsil P., Termrungruenglerd V., et al: Gynecologic textbook.
10. The ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS group). Results of randomized trial on the management of cytology interpretations of atypical squamous cells of undetermined significance. Am J Obstet. Gynecol 2003;188:1383-92.
11. The ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. A randomized trial on the management of low-grade squamous intraepithelial lesion cytology interpretations. Am J Obstet Gynecol 2003;188:1393-1400.



CME PLUS Quiz

1. What are the most common malignancies in pregnancy?

- A. genital tract, melanoma
- B. melanoma, lung cancer
- C. lung cancer, genital tract
- D. stomach cancer, breast cancer
- E. none of the above

2. What is the diagnostic accuracy of colposcopically directed biopsy during pregnancy?

- A. 20%
- B. 66%
- C. 84%
- D. 99%
- E. none of the above

3. Which of the following is true regarding grade I and II cervical neoplasia in pregnancy?

- A. 35% progress to invasive cancer
- B. 70% progress to invasive cancer
- C. 35% regress postpartum
- D. 70% regress postpartum
- E. none of the above

4. How does pregnancy affect the survival rate for invasive carcinoma of the cervix?

- A. increases
- B. decreases
- C. no effect
- D. unknown
- E. none of the above

5. What effect does vaginal delivery through a cancerous cervix have on the prognosis?

- A. better than cesarean delivery
- B. worse than cesarean delivery
- C. no different from cesarean delivery
- D. unknown
- E. none of the above

6. What is the characteristic adverse effect of high-dose radiation in pregnancy?

- A. leukemia and cardiac defects
- B. radiation nephritis and anal atresia
- C. microcephaly and mental retardation
- D. fetal cardiac defects and hydrocephalus
- E. none of the above

7. Which of the following doses provides a negligible risk from radiation for major malformations?

- A. < 5 rad
- B. < 10 rad
- C. < 15 rad
- D. < 20 rad
- E. none of the above

8. Antineoplastic drugs are most hazardous when given at what gestational age?

- A. first trimester
- B. second trimester
- C. just before delivery
- D. postpartum breast feeding
- E. none of the above

9. Approximately what percentage of the normal cervix is composed of muscle?

- A. < 1
- B. 10
- C. 25
- D. 50
- E. 70

10. In utero exposure to what drug can cause structural abnormalities of the uterus and cervix?

- A. diethylstilbestrol
- B. ethinyl estradiol
- C. medroxyprogesterone acetate
- D. valproic acid
- E. none of the above

CME PLUS

CONTINUING MEDICAL EDUCATION

☐ นพ. ☐ พญ.

☐ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ว

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....
 สาขา.....ร.พ.
☐ ร.พ.รัฐบาล ☐ ร.พ.เอกชน ☐ คลินิก ☐ อื่น ๆ.....ที่อยู่เลขที่.....
 หมู่.....ซอย.....อาคาร.....ชั้นที่.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....E-mail.....

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

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

เรื่อง เนื้องอกและมะเร็งปากมดลูก

รหัส 3-3220-000-9301/130301

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

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

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

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)

Pertussis booster vaccinations are recommended beyond infancy



The ACIP recommends Tdap vaccinations for^{1,2} :

- Adolescents aged 11-18 years to replace a single dose of dT booster immunization¹
- Adults to replace a single dose of dT booster immunization²
- Adults who have or who anticipate having close contact with an infant < 12 months (e.g. parents, grandparents, child-care providers, and healthcare professionals) should receive a single dose of dTpa to reduce the risk for transmitting pertussis²

References :

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). FDA Approval of Expanded Age Indication for a Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and acellular Pertussis Vaccine. MMWR 2009;58(14). 2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for Preventing Tetanus, Diphtheria, and Pertussis Among Adults: Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis Vaccines. MMWR 2006;55(RR-17).

Boostrix™
Active ingredient: Combined diphtheria toxoid, tetanus toxoid, three purified pertussis antigens [pertussis toxoid (PT) filamentous haemagglutinin (FHA) and pertactin (PRN)] adsorbed onto aluminium salts. A 0.5 ml dose of vaccine contains not less than 2 IU (International Units) or a 2.5 limit of flocculation (Lf) of diphtheria toxoid, not less than 20 IU (5 Lf) of tetanus toxoid, 8 µg of PT, 8 µg of FHA and 2.5 µg of PRN. **Indications:** Boostrix™ is indicated for booster vaccination against diphtheria, tetanus and pertussis of individuals from the age of four years onwards. **Dosage and Administration:** A single 0.5 ml dose of the vaccine is recommended. Boostrix™ can be given in accordance with the current local medical practices for booster vaccination with adult-type combined diphtheria-tetanus vaccine, when a booster against pertussis is desired. Individuals with an incomplete, or no history of a primary series of diphtheria and tetanus toxoids should not be vaccinated with Boostrix™. Boostrix™ is not precluded in subjects with an incomplete, or no history of previous pertussis vaccination. However, a booster response will only be elicited in individuals who have been previously primed by vaccination or by natural infection. In accordance with current recommendations for maintenance of protection against diphtheria and tetanus, the interval between doses should not exceed 10 years. It is not necessary to re-commence primary vaccination, should the inter-booster interval of ten years be exceeded. The duration of immunity afforded by the pertussis components of the vaccine has not yet been established. Tetanus-prone injury: Boostrix™ can be used as an alternative to adult-type combined diphtheria-tetanus vaccine in individuals with no history of tetanus toxoid within the preceding five years, if a booster against diphtheria and tetanus is additionally desired. Boostrix™ is for deep intramuscular injection. Boostrix™ should be administered with caution to subjects with thrombocytopenia or a bleeding disorder since bleeding may occur following an intramuscular administration to these subjects. Firm pressure should be applied to the injection site (without rubbing) for at least two minutes. **Contra-indications:** Boostrix™ should not be administered to subjects with known hypersensitivity to any component of the vaccine or to subjects having shown signs of hypersensitivity after previous administration of diphtheria, tetanus or pertussis vaccines. Boostrix™ is contra-indicated if the subject has experienced an encephalopathy of unknown aetiology, occurring within 7 days following previous vaccination with pertussis-containing vaccine. In these circumstances, adult-type combined diphtheria-tetanus vaccine should be used. Boostrix™ should not be administered to subjects who have experienced transient thrombocytopenia or neurological complications following an earlier immunisation against diphtheria and/or tetanus. **Warnings and Precautions:** As with other vaccines, administration of Boostrix™ should be postponed in subjects suffering from acute severe febrile illness. If any of the following events are known to have occurred in temporal relation to receipt of pertussis-containing vaccine, the decision to give doses of pertussis-containing vaccines should be carefully considered: temperature of $\geq 40.0^{\circ}\text{C}$ within 48 hours of vaccination, not due to another identifiable cause, collapse or shock-like state (hypotonic-hyporesponsiveness episode) within 48 hours of vaccination, persistent, inconsolable crying lasting ≥ 3 hours, occurring within 48 hours of vaccination, convulsions with or without fever, occurring within 3 days of vaccination. In children with progressive neurological disorders, including infantile spasms, uncontrolled epilepsy or progressive encephalopathy, it is better to defer pertussis (Pa or Pw) immunization until the condition is corrected or stable. However, the decision to give pertussis vaccine must be made on an individual basis after careful consideration of the risks and benefits. As with all injectable vaccines appropriate medical treatment and supervision should always be readily available in case of a rare anaphylactic reaction following the administration of the vaccine. A history or a family history of convulsions and a family history of an adverse event following DTP vaccination do not constitute contra-indications. HIV infection is not considered as a contra-indication for diphtheria, tetanus and pertussis vaccination. The expected immunological response may not be obtained after vaccination of immunosuppressed patients. Boostrix™ should under no circumstances be administered intravenously. **Interaction:** Concomitant use with other inactivated vaccines and with immunoglobulin is unlikely to result in an interference with the immune responses. When considered necessary, Boostrix™ can be administered simultaneously with other vaccines or immunoglobulin, at a different injection site. As with other vaccines, patients receiving immunosuppressive therapy or patients with immunodeficiency may not achieve an adequate response. In these patients, when tetanus vaccine is needed for tetanus prone wound, plain tetanus vaccine will be used. **Pregnancy and Lactation:** Adequate human data on use of this pertussis containing vaccine during pregnancy are not available. Therefore, Boostrix™ should be used during pregnancy only when clearly needed, and the possible advantages outweigh the possible risks for the foetus. Adequate human data on use during lactation and adequate animal reproduction studies are not available. **Adverse reactions:** In controlled clinical studies, the most commonly reported reactions were those at the site of injection. They included pain (73%, 2% severe), redness (32%, 6% ≥ 50 mm) and swelling (28%, 6% ≥ 50 mm). All local symptoms resolved without any sequelae. Systemic adverse events, considered to be probably or suspected to be related to vaccination, very commonly reported in adolescents and adults were malaise (11%, 0.7% severe), fatigue (19%, 0.8% severe) and headache (16%, 0.7% severe). Commonly reported symptoms in children included diarrhoea (4.0%, 0% severe), irritability (8.0%, 0% severe), loss of appetite (8.0%, 0.5% severe) and vomiting (3.0%, 0% severe). Fever $\geq 39.0^{\circ}\text{C}$ considered as probably or suspected to be related to vaccination, was infrequently reported in adolescents and adults (0.1%). All unclassified symptoms were uncommonly reported. These included increased sweating (0.2%), arthralgia (0.3%), myalgia (0.2%), pruritus (0.6%) and lymphadenopathy (0.7%). Very rare allergic reactions, including anaphylactoid reactions, have been reported following vaccination with DTPa containing vaccines. Extremely rare cases of collapse or shock-like state (hypotonic-hyporesponsiveness episode) and convulsions within 2 to 3 days of vaccination have been reported in DTPa and DTPa combination vaccines. All of the subjects recovered totally and spontaneously without sequelae. At the present time, there have been no collapse or shock-like episodes reported following administration of Boostrix™. **Overdose:** Not applicable. Abbreviated prescribing information version number 4.

Full Prescribing Information is available on request.

Please read the full prescribing information prior to administration, available from GlaxoSmithKline (Thailand) Limited, 12th Floor Wave Place, 55 Wireless Road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330 Tel, 0-2659-3000 Fax, 0-2655-4534

โปรดอ่านรายละเอียดก่อนใช้วัคซีนในเอกสารกำกับวัคซีนและเอกสารกำกับยา
 โปรดดูเอกสารใบขออนุญาตนำเข้า หมายเลข 241/2554

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



Abbreviated PI of XYZAL

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

Reference :
(1) Product Information of Xyzal

for adults
and children 6 years
and above



โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

Further information is available upon request:



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

For medical professional only
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ.245/2555
XYZ 01/01-TH12_030412