



ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ
มอบรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น
และอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น
ประจำปี พ.ศ. 2556



www.wongkarnpat.com

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์

VYTORIN™
(ezetimibe/simvastatin)

► **Powerful Dual Inhibition**

Choose *VYTORIN*™
for your high risk patient

*a low dose of **VYTORIN** 10/20mg provided high LDL-C efficacy – 50% mean reduction

High efficacy
Low dose



50%

**Mean LDL-C Reduction
at a Usual Starting Dose^{1,2}**

Bakurayev et al designed a multicenter, double-blind, active-controlled, 6-arm, parallel-group study designed to evaluate the efficacy and safety of Ypro™ in patients with rheumatoid arthritis (RA) who were receiving low-dose corticosteroids (≤ 10 , ≤ 20 , or ≤ 30 mg daily, respectively) in patients with hydroxychloroquine (HCQ) or CHQ risk factors. The primary endpoint was the percent change from baseline in CDAI at week 24. The secondary efficacy endpoints included the percent change from baseline in LDI, C-ESR, each milligram equivalent of oral steroid dose comparison.

The study was designed to evaluate the efficacy and safety of Ypro™ in patients with RA who were receiving low-dose corticosteroids (≤ 10 , ≤ 20 , or ≤ 30 mg daily, respectively) in patients with HCQ or CHQ risk factors. The primary endpoint was the percent change from baseline in CDAI at week 24. The secondary efficacy endpoints included the percent change from baseline in LDI, C-ESR, each milligram equivalent of oral steroid dose comparison.

The study was designed to evaluate the efficacy and safety of Ypro™ in patients with RA who were receiving low-dose corticosteroids (≤ 10 , ≤ 20 , or ≤ 30 mg daily, respectively) in patients with HCQ or CHQ risk factors. The primary endpoint was the percent change from baseline in CDAI at week 24. The secondary efficacy endpoints included the percent change from baseline in LDI, C-ESR, each milligram equivalent of oral steroid dose comparison.

References

1. Ballantyne CM, Abate N, Yuan Z, et al. Dose-comparison study of the combination of ezetimibe and simvastatin (Vytorin) versus atorvastatin in patients with hypercholesterolemia: the Vytorin Versus Atorvastatin (VIVA) Study. *Am Heart J*. 2005;149:464-473.
2. Catapano AL, Davidson MH, Ballantyne CM, et al. Lipid-altering efficacy of the ezetimibe/simvastatin single tablet versus rosuvastatin in hypercholesterolemia patients. *Curr Med Res Opin*. 2006;22:2041-2053.

[illegible]

MSD (Thailand) LTD.
The Offices at Central World, 37th floor
999/9 Rama 1 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand
Tel: (66) 2282 5000 Fax: (66) 2255 5005

Further information is available on request.
Please consult manufacturer's full Prescribing Information
before initiating therapy.

ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมีในเอกสารกำกับยา
โปรดอ่านก่อนใช้ยา

ขอสงวนสิทธิ์ในข้อมูล ณ วันที่ ๑๕/๐๓/๒๕๖๒

Get Up

- ฝึกทำมือพื้นความจำ
- ก้าวใหม่พัฒนาพืชนกเทียม
- พบฮอริโบนใหม่รักษาบาดแผล

หลากสีสัน...ห้องฉกฉิน

- ER...แอด

รายงานพิเศษ

- สหรัยกับสหภาพพิวพรรณ

SYMPOSIUM 
IN THIS ISSUE



GlaxoSmithKline

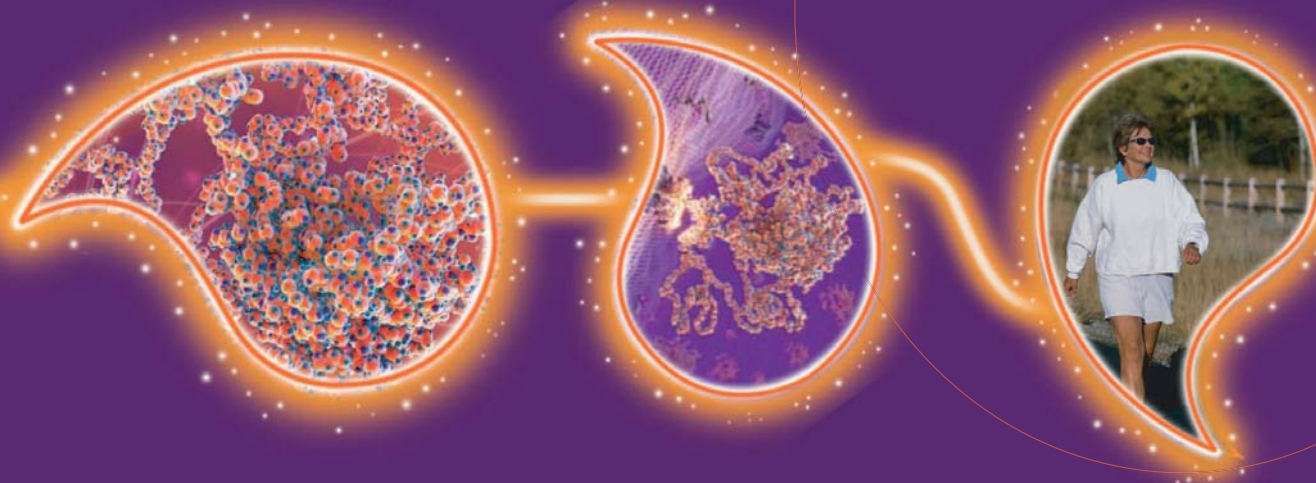


MIRCERA®

Methoxy polyethylene glycol epoetin beta

**C.E.R.A. (Continuous Erythropoietin Receptor Activator),
a novel agent acting differently at the receptor level¹**

- ✿ long half-life
- ✿ provide correction of anaemia
- ✿ stable maintenance of Hb levels
- ✿ extended administration intervals in patients with CKD on dialysis and not on dialysis.



Further information is available on request
Roche Thailand Ltd.
27-29th Floor, Rasa II Tower, 555 Phaholyothin Road, Chatujak
Bangkok 10900 Thailand Tel: 0-2918-2500 Fax: 0-2937-0383



เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติม
ในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ. 374/2552

Reference:

1. A. L. M. DE FRANCISCO et al., Continuous Erythropoietin Receptor Activator (C.E.R.A.) administered at extended administration intervals corrects anaemia in patients with chronic kidney disease on dialysis, J Clin Pract. December 2006;60,12, 1687 - 1696.
2. MIRCERA's package insert

MIRCERA® Methoxy polyethylene glycol epoetin beta²

Therapeutic Class of Drug: MIRCERA® is the first molecule of a new class of Continuous Erythropoietin Receptor Activators called methoxy polyethylene glycol epoetin beta.
Type of Dosage Form: Solution for injection supplied as a sterile, ready to use liquid in: Single dose pre-filled syringes. **Route of Administration:** Subcutaneous or intravenous. **Single dose pre-filled syringes:** containing 50 µg, 75 µg, 100 µg, 150 µg, 200 µg methoxy polyethylene glycol epoetin beta in 0.3 ml. **Therapeutic Indication(s):** MIRCERA® is indicated for the treatment of anemia associated with chronic kidney disease (CKD) including patients on dialysis and patients not on dialysis. **Dosage and Administration:** **Patients currently not treated with an Erythropoiesis Stimulating Agent:** The recommended starting dose of MIRCERA® is 0.6 microgram/kg body weight, administered once every two weeks as a single i.v. or s.c. injection in order to increase the hemoglobin to greater than 11 g/dl **Patients currently treated with an Erythropoiesis Stimulating Agent:** Patients currently treated with an ESA can be converted to MIRCERA® administered once a month or, if desired, once every two weeks as a single i.v. or s.c. injection. The starting dose of MIRCERA® is based on the calculated previously given weekly dose of epoetin at the time of substitution as described in Table 1.

Table 1. Conversion from Epoetin Alfa

Previous Weekly Epoetin Alfa Dose (Units/week)	MIRCERA® Dose	
	Once Monthly (mcg/month)	Once Every Two Weeks (mcg/q2w)
<8000	120	60
8000-16,000	200	100
>16,000	360	180

Special Dosage Instructions: **Pediatric use:** MIRCERA® is not recommended for use in patients aged less than 18 years due to a lack of data on safety and efficacy. **Contraindications:** MIRCERA® is contraindicated in patients with: Uncontrolled hypertension. Known hypersensitivity to the active substance or any of the excipients. **Warnings and Precaution:** **Blood pressure monitoring:** As with other ESAs, blood pressure may rise during treatment of anemia with MIRCERA®. Blood pressure should be adequately controlled before, at initiation of and during treatment with MIRCERA®. If high blood pressure is difficult to control by drug treatment or dietary measures, the dose of MIRCERA® must be reduced or withheld. **Interactions with other Medicinal Products and other Forms of Interaction:** No interaction studies have been performed. **Pregnancy:** There are no adequate data on the use of MIRCERA® in pregnant women. **Undesirable Effects:** Based on the results of 1789 patients, approximately 6% of patients treated with MIRCERA® are expected to experience adverse reactions. The most frequent reported adverse reaction was hypertension (common) **Overdose:** The therapeutic range of MIRCERA® is wide and individual response to therapy must be considered when MIRCERA® treatment is initiated. **Storage:** Store in the refrigerator at 2°C to 8°C. Keep the pre-filled syringe in the outer carton in order to protect from light. Do not freeze. **Packs:** 1 Pre-filled syringe containing 50 µg, 75 µg, 100 µg, 150 µg, 200 µg in 0.3 ml

Made for F. Hoffmann-La Roche Ltd, Basel, Switzerland
by Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Germany

MIR148-8/8/2012, 1000



One Wristband Life Saving

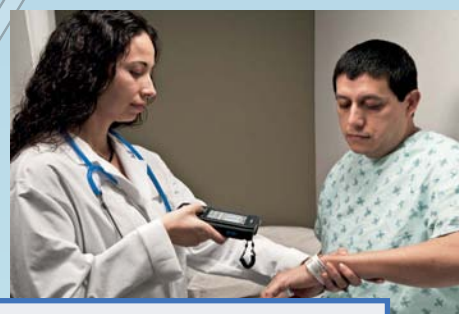
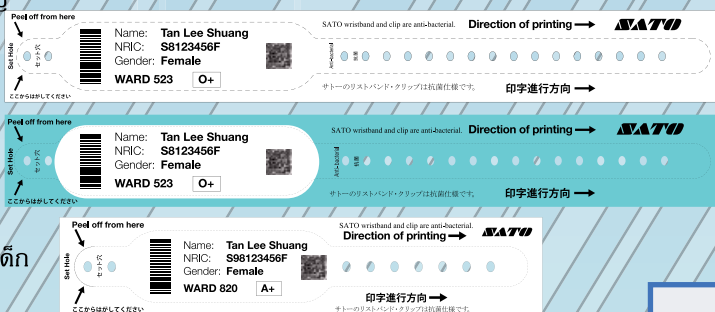


ซาโต เป็นผู้ผลิตและจำหน่าย Wristband ที่มีคุณภาพและเราได้รับความไว้วางใจจากโรงพยาบาลชั้นนำทั้งในประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทย ด้วยวัสดุที่ทนต่อสารเคมีและมีความอ่อนนุ่มกับผิวหนังใช้ คุณภาพที่คงทนและไม่ลบเลือนง่าย ทำให้การระบุตัวผู้ป่วยเป็นไปอย่างแม่นยำเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

Wristband ผู้ใหญ่
เลือกได้ 5 สี



Wristband เด็ก



The One Check System

SATO AUTO-ID (THAILAND) CO., LTD

สำนักงานใหญ่ และ โรงงาน

292/1 หมู่ 1 ต. เทพารักษ์ อ. เมือง จ. สมุทรปราการ 10270

โทร. 02-736-4460 แฟกซ์ 02-736-4461

ปัญญา ประกอบกิจ โทร. 081-620-7467
sales@satothailand.co.th

สำนักงานแหลมฉบัง

53 หมู่ 9 ทะเลทองทาวเวอร์ ชั้น 14 ต.ทุ่งสุขลา อ.ศรีราชา

จ.ชลบุรี 20230 โทร. 038-495-081-2 แฟกซ์ 038-494-989

กิตติศักดิ์ ตรีสุกิจวรกุล โทร. 087-076-6880
kittisak@satothailand.co.th

www.satothailand.co.th

Impacting Outcomes Link by Link



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

SAINTMED

ZOLL®

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

ADVANCING RESUSCITATION. TODAY.®



pendant

การบริหารจัดการพื้นที่ในโรงพยาบาลแนวใหม่



SAINTMED

mindray

สรีรวิทยาของสตรีหลังคลอด

และให้มุมมองกับการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด (ตอนที่ 1)

รศ.นพ.ทองสิทธิ์ วัฒนการ

หน่วยเวชศาสตร์มารดาและการก่อกำเนิด

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

สรีรวิทยาของสตรีหลังคลอด

ระยะหลังคลอด (postpartum period) หรือที่บางตำราเรียกว่าระยะที่ 4 ของการคลอด

(fourth stage of labor) สามารถแบ่ง

ออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ **ระยะที่ 1**

คือช่วงเวลา 6-12 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นช่วงที่มีการเสียเลือด

และการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ของปริมาณสารน้ำในร่างกาย **ระยะที่ 2**

คือช่วงเวลาถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในระบบการไหลเวียนโลหิต, ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ, ระบบการเผาผลาญ, รวมถึงอารมณ์ ในระยะนี้มักยังไม่มีอาการตกไข่และยังไม่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ ส่วน **ระยะที่ 3** คือช่วงเวลาตั้งแต่ 6 สัปดาห์จนถึง 6 เดือนหลังคลอด ยังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องแต่ช้าลง ร่างกายยังไม่คืนสู่สภาพสมบูรณ์ ควรเริ่มให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดตั้งแต่ **ระยะที่ 3** นี้ การเลือกวิธีคุมกำเนิดในสตรีหลังคลอดจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพและการให้นมบุตรนอกเหนือไปจากประสิทธิภาพของวิธีการคุมกำเนิด, ความง่ายหรือความร่วมมือของสตรี, รวมถึงผลข้างเคียงด้วย

การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ

มดลูกลดขนาดลงจาก 1,000 กรัม เหลือเพียง 60 กรัมภายใน 6 สัปดาห์ เยื่อโพรงมดลูกจะเริ่มสมานตั้งแต่วันที่ 16 หลังคลอด¹ ปากมดลูกที่คลอดธรรมชาติจะเปิดเล็กน้อยและใช้เวลาหลายเดือนกว่าจะกลับมาปิดแข็งเหมือนเดิม การเริ่มกลับบามีประจำเดือนอาจแปรปรวนได้มาก หากไม่ได้ให้นมบุตรอาจเริ่มมีประจำเดือนได้ตั้งแต่วันที่ 20-120 หลังคลอด (วันที่ 55-60 โดยเฉลี่ย)² หากให้

นมบุตรอย่างเต็มที่อาจประจำเดือนเริ่มมีประจำเดือนไปได้หลายเดือน ในช่วงให้นมบุตรอาจมีเลือดออกทางช่องคลอดคล้ายเลือดประจำเดือนได้หลาย ๆ เดือนโดยที่ยังไม่มีการตกไข่³ สตรีที่เริ่มมีประจำเดือนเร็วหลังคลอดจะยิ่งเพิ่มโอกาสการตกไข่และการตั้งครรภ์ได้โดยพบว่าร้อยละ 52 ของสตรีที่เริ่มมีประจำเดือนภายใน 60 วันหลังคลอดจะมีการตกไข่ร่วมด้วย³ ซึ่งเป็นการเน้นย้ำความสำคัญของการให้คำปรึกษาแนะนำการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพโดยเร็วหลังคลอด

การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดของระบบหัวใจและหลอดเลือด

สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (deep vein thrombosis, pulmonary embolism) เพิ่มขึ้นของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด และจากการกดทับของมดลูกที่หลอดเลือดดำภายในช่องเชิงกราน ระบบฮอร์โมน renin-angiotensin-aldosterone จะเพิ่มปริมาณเลือดในร่างกายสตรีตั้งครรภ์อีกร้อยละ 50 (หรือประมาณ 2,000 มิลลิลิตร) เพื่อที่จะรองรับการเสียเลือด (ประมาณ 500 มิลลิลิตรในการคลอดธรรมชาติ) ซึ่งจะตามมาด้วยการบีบรัดตัวของมดลูกพาเอาเลือด 500-750 มิลลิลิตรกลับเข้าสู่ระบบหัวใจและหลอดเลือด (autotransfusion) การลดลงของระดับฮอร์โมนและการคลายการกดทับของหลอดเลือดใหญ่จากมดลูกที่ยุบลงหลังคลอดส่งผลอย่างมากต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะในสตรีที่มีโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่ก่อนแล้วอาจเกิดหัวใจล้มเหลวในช่วง 2 สัปดาห์แรก การทำงานของระบบหัวใจจะกลับสู่ภาวะปกติในเวลา 5 เดือน⁴ การเลือกวิธีคุมกำเนิดโดยเฉพาะที่มีฮอร์โมนเป็นส่วนประกอบจึงต้องพิจารณาถึงปัจจัยนี้ด้วย



การเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดของระบบ เฝ้าพลายและฮอร์โมน

รกเป็นต่อมไร้ท่อสร้างฮอร์โมนหลายชนิด พบว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนลดระดับลงอย่างมากหลังคลอด ซึ่งอาจสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression)⁵ ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดอาจแปรปรวนได้มาก น้ำหนักตัวมักจะลดลงในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกหลังคลอด⁶

สรีรวิทยาของการให้นมบุตร

น้ำนมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกแรกคลอด การสร้างและหลั่งน้ำนมเป็นการตอบสนองร่วมกันระหว่างระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine response) การที่ทารกดูดกระตุ้นหัวนมจะส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วนไฮโปธาลามัส (hypothalamus) และต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ตามลำดับ ฮอร์โมนโปรแลคติน (prolactin) ที่หลั่งจากต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior pituitary gland) จะกระตุ้นการสร้างน้ำนมจากต่อมน้ำนม (mammary glands) ส่วนฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) จากต่อมใต้สมองส่วนหลัง (posterior pituitary gland) ทำหน้าที่กระตุ้นการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อเรียบรอบท่อน้ำนม (milk ducts) ให้น้ำนมไหลออกมาแก่ทารก เมื่อ

เวลาผ่านไประดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่สร้างจากการตกไข่จะมีผลระงับการสร้างน้ำนม การคุมกำเนิดในช่วงให้นมบุตรจึงควรเลือกยาที่ไม่มีส่วนประกอบของฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวม เป็นต้น

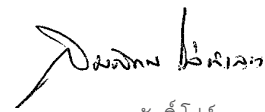
นอกเหนือจากนมแม่จะมีสารอาหารครบถ้วนและมีภูมิคุ้มกันโรคแล้ว นมแม่ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ร้อยละ 72, ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารได้ร้อยละ 64, ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องหูได้ร้อยละ 23-50 รวมทั้งยังลดความเสี่ยงและความรุนแรงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ, การติดเชื้อแบคทีเรียในสมอง, การติดเชื้อแบคทีเรียในเลือด (โดยเฉพาะชนิด late-onset sepsis) สำหรับทารกที่คลอดก่อนกำหนดพบว่า นมแม่สามารถลดความรุนแรงของจอประสาทตาผิดปกติ (retinopathy of prematurity) และความพิการทางสมอง (cerebral palsy) ได้ด้วย เพื่อให้ทารกได้รับนมแม่ได้ดีและครบตามปริมาณที่ต้องการในแต่ละวัน ทารกสมควรกินแต่น้ำนมแม่แต่เพียงอย่างเดียวจนถึง 6 เดือนหลังคลอด (exclusive breastfeeding) และควรได้รับนมแม่ควบคู่กับอาหารเสริมจนถึง 12 เดือนหลังคลอดเป็นอย่างน้อย ถึงแม้การให้นมแม่จะช่วยยับยั้งการตกไข่ได้บางส่วน (lactation amenorrhea) แต่ประสิทธิภาพยังไม่ดีนัก และแนะนำให้ใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงร่วมด้วย ในทางกลับกันทางเลือกของการคุมกำเนิดในขณะที่ให้นมบุตร นอกจากต้องเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงแล้ว ยังไม่ควรมีผลต่อปริมาณหรือคุณภาพของน้ำนม รวมทั้งยาบางส่วนที่อาจส่งผ่านทางน้ำนมออกมานั้น ไม่ควรมีผลต่อพัฒนาการของทารก

แนวทางการให้คำปรึกษาแนะนำคุมกำเนิดในสตรีหลังคลอดและให้นมบุตร

การให้คำปรึกษาแนะนำคุมกำเนิดในสตรีหลังคลอดแตกต่างจากในสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป ส่วนใหญ่มักจะยังไม่เริ่มคิดถึงการคุมกำเนิด อาจเนื่องจากไม่มีเวลา, คิดว่าจะไม่มีเพศสัมพันธ์, คิดว่าการให้นมบุตรป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดี, หรือคิดว่าการที่ประจำเดือนขาดหมายถึงไม่มีการตกไข่และจะไม่มีโอกาสตั้งครรภ์ ในความเป็นจริง สตรีส่วนหนึ่งจะเริ่ม

แพทย์กับการโฆษณา

แพทยสมาคมมีข้อบังคับเรื่องเกี่ยวกับการโฆษณา เราต้องมาวิเคราะห์ดูว่าเรามีข้อบังคับเพื่ออะไร ถ้าจะตอบอย่างสั้น ๆ ก็คือ คัดกรองประชาชนให้ได้ประโยชน์มากที่สุดและไม่ถูกหลอกหลวง ประชาชนส่วนใหญ่มีความศรัทธาในวิชาชีพแพทย์มากกว่าวิชาชีพอื่นใดทั้งหมด ถ้าแพทย์กล่าวไม่จริงจะทำให้ประชาชนเข้าใจผิด เพราะฉะนั้นเราต้องมีข้อบังคับเพื่อควบคุมความประพฤติของแพทย์ จะได้เป็นการคุ้มครองประชาชนและดำรงไว้ซึ่งความศรัทธาของประชาชนที่มีต่อวิชาชีพแพทย์ ถ้าเรื่องใดประชาชนได้ประโยชน์ เราไม่ควรโฆษณา เช่น แพทย์ประกาศลดราคา หรือแจ้งราคาค่ารักษาพยาบาล ประชาชนจะได้ทราบราคาล่วงหน้าและสามารถเปรียบเทียบกับที่อื่นได้ เป็นประโยชน์ต่อประชาชน ไม่ควรถือเป็นความผิด ที่ผ่านมามีแพทย์ใช้คำว่าเพียง 300 บาท หรือ 300 บาทเท่านั้น ถือเป็นความผิดเพราะอาจจะเป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยมาหา ความจริงประชาชนเข้าใจว่า 300 บาทคือเท่าไร จะใช้คำว่าเพียงหรือคำว่าเท่านั้นไม่มีผลต่อการตัดสินใจ ที่น่ากลัวและจะต้องควบคุมคือเรื่องที่ไม่เป็นจริง หรืออวดอ้างสรรพคุณเกินจริง หรือเรื่องที่อยู่ในระหว่างการศึกษาวินิจฉัยที่ยังพิสูจน์ไม่ได้ว่าใช้ได้ผลจริงหรือไม่ บางครั้งก็บอกแต่ในด้านดี ไม่ได้บอกกว่าข้อเสียหรือผลแทรกซ้อนว่ามีอะไรบ้าง สรุปคือบอกความจริงไม่หมด แพทยสมาคมกำลังทบทวนเรื่องการโฆษณาใหม่ ปัจจุบันมีแพทย์จบใหม่ไปรับจ้างเป็นผู้อำนวยการสถานพยาบาลชนิดที่เป็นเครือข่าย เมื่อมีการโฆษณาจากหน่วยงาน แพทย์เหล่านี้ไม่รู้เรื่องแต่ถูกทำโทษทำให้เสียประวัติ เจ้าของกิจการได้ประโยชน์โดยอาศัยแพทย์จบใหม่เป็นเครื่องมือ การลงโทษของแพทยสมาคมมีแต่ว่ากล่าวตักเตือนหรือภาคทัณฑ์ซึ่งหลายท่านไม่กลัว เพราะได้กำไรจากการโฆษณาไปแล้ว ในประเทศสิงคโปร์เขาเก็บเงินค่าพิจารณาคดี แต่ของไทยเมื่อมีคนฟ้อง แพทยสมาคมต้องจ่ายเงินค่าเบี้ยประชุมให้กรรมการผู้พิจารณา แต่ผู้กระทำผิดไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ การโฆษณาหลายอย่างยังเป็นเรื่องที่ยังไม่มีข้อมูลว่าจริงหรือไม่ เช่น ชะลอความแก่ การเสริมสวยต่าง ๆ การร้อยไหมทอง การใช้เซลล์ต้นกำเนิดมารักษาโรคที่ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอ แพทยสมาคมจะต้องพิจารณาเรื่องเหล่านี้อย่างจริงจังเพื่อคุ้มครองประชาชนไม่ให้ถูกหลอก อย่างน้อยต้องประกาศให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ประชาชน การแถลงข่าวความสำเร็จใหม่ควรลงลงในวารสารทางการแพทย์หรือในที่ประชุมทางการแพทย์ก่อนที่จะออกสู่ประชาชนทั่วไป ควรให้คนที่มีความรู้พิจารณาก่อนที่จะให้ประชาชนที่ไม่มีความรู้ด้านนี้รับทราบ เพราะอาจหลงเชื่อในเรื่องที่ไม่เป็นความจริงได้


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษาเกิตติมศักดิ์

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกขาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชูติวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอนันตกุล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริบุญชัย รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวสานพงษ์

บรรณาธิการ
วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วาทินี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

ลาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยเทียม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ชาดิสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสัมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

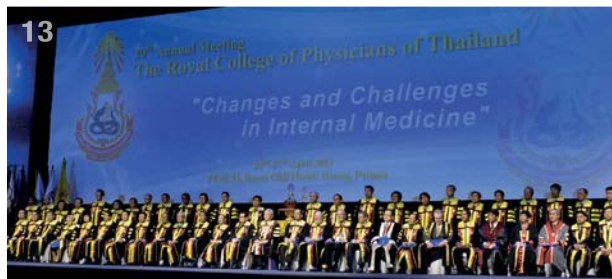
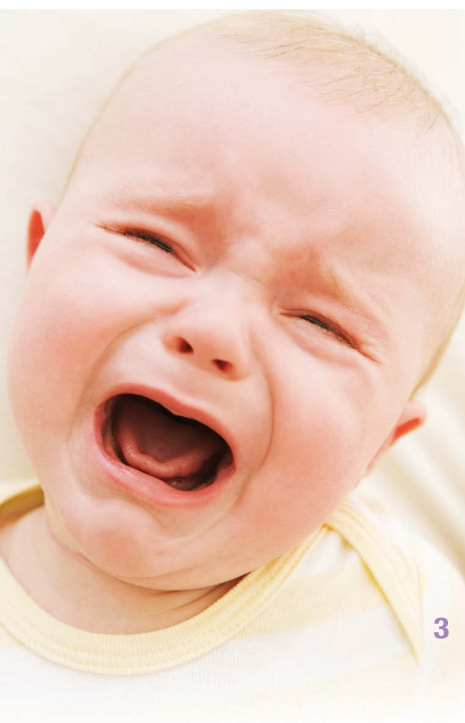
วรานนท์ สอาดถิ่น

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



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ประวัติโคลิคสัมพันธไมเกรนในเด็ก
- เปรียบเทียบกลูตาเมตและสารต้านอนุมูลอิสระในผู้ป่วยวิกฤต
- ความปลอดภัยและประสิทธิผล Sitagliptin ในผู้ป่วยเบาหวาน
- ผ่าตัดซ่อมหูรูดด้วยวิธีส่องกล้องและการรักษาด้วยยาในผู้ป่วย GORD

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. ยันวงเงินฟัฟอรัฟ จันท.สายบริหารในพื้นที่ เหมจ่ายเดิม ไม่ลดลง
- หมอประดิษฐ ตั้งเป้ายับยั้ง “โรคมาลาเรีย” ในไทยภายใน 7 ปี

8 สรรสาระกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง

แนวทางเฉพาะในการประเมินยาอีโปตินแบบชีววัตถุคล้ายคลึง (epoetin biosimilars) ในประเทศไทย

10 Get Up

- ฝึกกำมือฟื้นความจำ
- ก้าวใหม่พัฒนาผิวหนังเทียม
- พบฮอร์โมนใหม่รักษาเบาหวาน

12 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

โรคนี้ในถุงน้ำดี

13 In Focus

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ มอบรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น และอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2556

21 หากสี่สี่...ห้องฉุกเฉิน

ER...แออัด

23 เสียงแพทย์

สรุปปัญหาหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค และข้อเสนอในการแก้ปัญหา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 390 วันที่ 16 - 31 พฤษภาคม 2556

25 จุฬารักษ์

“99 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” พัฒนาก้าวไกล...เพื่อปวงชน

28 Systematic Review

Evening primrose oil - borage oil กับการรักษาโรคผิวหนังอักเสบ

29 เฉพาะโรค

Sudden Sniffing Death Syndrome

33 มุมนิติเวช

ผู้ตายที่แพทย์ให้สาเหตุการตายแล้ว: พนักงานสอบสวน ยังสามารถส่งศพมาเพื่อการตรวจเพิ่มเติมได้

37 รายงานพิเศษ

สาหร่ายกับสุขภาพผิวพรรณ

40 เกาะจัดงานประชุม

ศิริราชร่วมกับ สธ. - ร็อคกี้เฟลเลอร์ จัดประชุมวิชาการนานาชาติทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข 2556 ชูแนวคิด Healthy Society beyond Frontiers

41 ข่าวบริการ

44 IT News/Book Shop

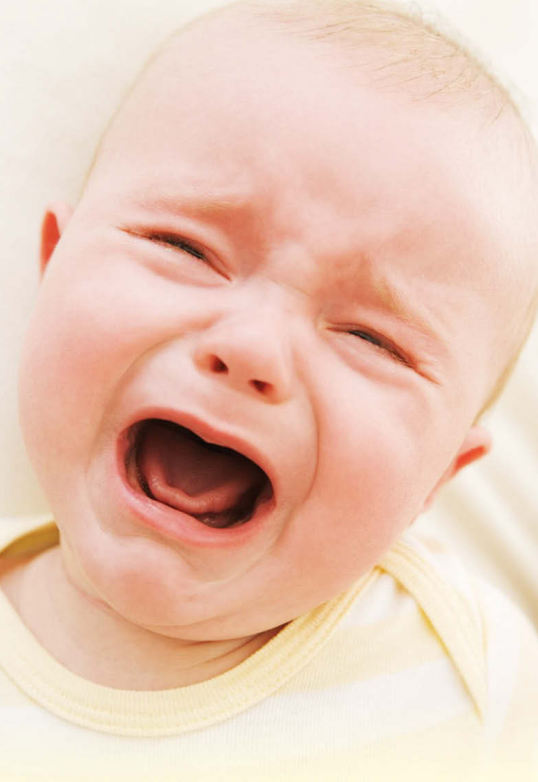
46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS

เนื่องอกรังไข่ และมะเร็งรังไข่ ตอนที่ 3

การดำเนินทางคลินิก และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกรังไข่ภาค I



ประวัติโคลิคสัมพันธ์ไมเกรนในเด็ก

**JAMA. 2013;309(15):
1607-1612.**

บทความวิจัยเรื่อง Association Between Childhood Migraine and History of Infantile Colic รายงานว่า ภาวะโคลิคในทารกเป็นสาเหตุสำคัญของการร้องไห้แหว่งแหว่งช่วงอายุ 2-3 เดือนแรก และเชื่อกันว่าเป็นหนึ่งใน

ใน pain syndrome ขณะที่ไมเกรนก็เป็นสาเหตุสำคัญของการปวดศีรษะในเด็ก และยังไม่มีข้อมูลด้านความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดทั้งสองประเภทนี้

บทความนี้รายงานผลจากงานวิจัยแบบ case-control study เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโคลิคและไมเกรนในวัยเด็ก โดยศึกษาจากเด็กอายุระหว่าง 6-18 ปี จำนวน 208 ราย ซึ่งได้รับการรักษาจากแผนกฉุกเฉินและตรวจพบว่าเป็นไมเกรนจากโรงพยาบาลตติยภูมิ 3 แห่งในยุโรประหว่างเดือนเมษายน ค.ศ. 2012 และมีภูมุนาน ค.ศ.

2012 กลุ่มควบคุมประกอบด้วยเด็ก 471 รายในกลุ่มอายุเดียวกัน ซึ่งได้รับการรักษาจากแผนกฉุกเฉินเนื่องจากการบาดเจ็บเล็กน้อยในช่วงระยะเวลาเดียวกัน นักวิจัยใช้แบบสอบถามตรวจประวัติโคลิคในผู้ป่วยและกลุ่มควบคุม และตรวจสอบด้วยประวัติสุขภาพ นอกจากนี้ยังศึกษาจากเด็ก 120 รายที่ตรวจพบว่ามีอาการปวดศีรษะแบบ tension type เพื่อทดสอบความจำเพาะของความสัมพันธ์ดังกล่าว

มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ส่วนต่างด้านความชุกของโคลิคระหว่างเด็กที่เป็นไมเกรนและเด็กที่ไม่เป็นไมเกรน

เด็กที่เป็นไมเกรนมักมีแนวโน้มเคยเป็นโคลิคสูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เป็นไมเกรน (72.6% vs 26.5%; odds ratio [OR], 6.61 [95% CI, 4.38-10.00]; $p < 0.001$) ทั้งไมเกรนที่ไม่มีอาการนำ ($n = 142$; 73.9% vs 26.5%; OR, 7.01 [95% CI, 4.43-11.09]; $p < 0.001$) หรือไมเกรนที่มีอาการนำ ($n = 66$; 69.7% vs 26.5%; OR, 5.73 [95% CI, 3.07-10.73]; $p < 0.001$) และความสัมพันธ์นี้ไม่พบในเด็กที่มีอาการปวดศีรษะแบบ tension type (35% vs 26.5%; OR, 1.46 [95% CI, 0.92-2.32]; $p = 0.10$)

การเกิดไมเกรนในเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 6-18 ปี สัมพันธ์กับประวัติโคลิค และข้อมูลนี้เสนอแนะว่าควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยการติดตามระยะยาว

Fibrinolysis หรือ Primary PCI ในกล้ามเนื้อหัวใจตาย ST-Segment Elevation

N Engl J Med 2013;368:1379-1387.

บทความเรื่อง Fibrinolysis or Primary PCI in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction รายงานว่า ยังไม่มีข้อมูลว่าการสลายลิ่มเลือดก่อนนำส่งโรงพยาบาลร่วมกับ coronary angiography ให้ผลลัพธ์ทางคลินิกใกล้เคียงกับการทำ primary percutaneous coronary intervention (PCI) โดยเร็วภายหลังเกิด ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) ฉบับสั้นหรือไม่

นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วย STEMI 1,892 ราย ซึ่งนำส่งโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และไม่สามารถทำ primary PCI ภายในหนึ่งชั่วโมง โดยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย primary PCI หรือ fibrinolytic therapy ด้วย bolus tenecteplase (ลดขนาดลงครึ่งหนึ่งในผู้ป่วยที่อายุ ≥ 75 ปี), clopidogrel และ enoxaparin ก่อนส่งโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI โดยทำ coronary angiography ฉุกเฉินเมื่อ fibrinolysis ล้มเหลว หรือทำในช่วง 6-24 ชั่วโมงหลังการสุ่ม และ primary endpoint ได้แก่ ผลลัพธ์รวมของการตาย ช็อก หัวใจวายชนิดเลือดคั่ง และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำที่ 30 วัน

มีรายงาน primary endpoint เกิดขึ้นในผู้ป่วย 116 ราย จาก 939 ราย (12.4%) ในกลุ่ม fibrinolysis และ 135 ราย จาก 943 ราย

(14.3%) ในกลุ่ม primary PCI (relative risk ในกลุ่ม fibrinolysis เท่ากับ 0.86; 95% confidence interval, 0.68-1.09; $p = 0.21$)

และจำเป็นต้องทำ angiography ฉุกเฉินใน 36.3% ของผู้ป่วยในกลุ่ม fibrinolysis และที่เหลือทำที่เฉลี่ย 17 ชั่วโมงหลังการสุ่ม ทั้งนี้พบการเกิดเลือดออกในสมองมากกว่าในกลุ่ม fibrinolysis เทียบกับกลุ่ม primary PCI (1.0% vs 0.2%, $p = 0.04$; ภายหลังปรับแก้โครงร่างเท่ากับ 0.5% vs 0.3%, $p = 0.45$) ขณะที่อัตราการเกิด nonintracranial bleeding ใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม

การสลายลิ่มเลือดก่อนนำส่งโรงพยาบาลร่วมกับ coronary angiography สามารถเปิดหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วย STEMI ระยะแรก ซึ่งไม่สามารถทำ primary PCI ภายใน 1 ชั่วโมงหลังขอความช่วยเหลือ อย่างไรก็ตาม การสลายลิ่มเลือดก็สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นเล็กน้อยต่อเลือดออกในสมอง



วิถีชีวิตสุขภาพดีในผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด จำแนกตามเศรษฐกิจประเทศ

JAMA. 2013;309(15):1613-1621.

บทความวิจัยเรื่อง Prevalence of a Healthy Lifestyle among Individuals with Cardiovascular Disease in High-, Middle- and Low-Income Countries: The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study รายงานว่า ปัจจุบันยังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับการดำเนินพฤติกรรมวิถีชีวิตสุขภาพดีในผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (CHD) หรือสโตรคในแต่ละประเทศทั่วโลก นักวิจัยจึงดำเนินการศึกษา Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) เพื่อติดตามความชุกของการหลีกเลี่ยงหรือเลิกสูบบุหรี่ รับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ และออกกำลังกายเป็นประจำในผู้ที่เป็ CHD หรือสโตรค

การศึกษาเป็นแบบ prospective cohort study จากการสำรวจทางระบาดวิทยาจากผู้ใหญ่อายุ 35-70 ปี จำนวน 153,996 รายจากชุมชนเมืองและชนบท 628 แห่งจากประเทศพัฒนาระดับสูง (high-income countries - HIC) 3 ประเทศ, ประเทศพัฒนาระดับปานกลางบน (upper-middle-income countries - UMIC) 7 ประเทศ, ประเทศพัฒนาระดับปานกลางล่าง (lower-middle-income countries - LMIC) 3 ประเทศ และประเทศพัฒนาในระดับต่ำ (low-income countries - LIC) 4 ประเทศ โดยรวบรวมระหว่างมกราคม ค.ศ. 2003 และธันวาคม ค.ศ. 2009

มาตรวัดผลลัพธ์ประกอบด้วย สถานการณ์สูบบุหรี่ (สูบบุหรี่, เคยสูบ, ไม่เคยสูบ), ระดับการออกกำลังกาย (ต่ำ, < 600 metabolic equivalent task [MET]-นาทิต/สัปดาห์; ปานกลาง, 600-3,000 MET-นาทิต/สัปดาห์; สูง, > 3,000 MET-นาทิต/สัปดาห์) และอาหาร (จำแนกตาม Food Frequency Questionnaire และระบุด้วย Alternative Healthy Eating Index)

จากผู้ป่วย 7,519 รายที่รายงานว่าเป็น CHD (past event: median, 5.0 [interquartile range {IQR}, 2.0-10.0] ปีก่อน) หรือสโตรค (past event:

median, 4.0 [IQR, 2.0-8.0] ปีก่อน) พบว่า 18.5% (95% CI, 17.6-19.4%) ยังคงสูบบุหรี่ โดยมีเพียง 35.1% (95% CI, 29.6-41.0%) ที่ออกกำลังกายจากการทำงานหรือออกกำลังกายยามว่าง และ 39.0% (95% CI, 30.0-48.7%) รับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ ขณะที่ 14.3% (95% CI, 11.7-17.3%) ไม่มีพฤติกรรมวิถีชีวิตสุขภาพดีทั้ง 3 พฤติกรรม และ 4.3% (95% CI, 3.1-5.8%) มีพฤติกรรมวิถีชีวิตสุขภาพดีทั้ง 3 พฤติกรรม โดยรวมพบว่ามี 52.5% (95% CI, 50.7-54.3%) เลิกสูบบุหรี่ (จากการจำแนกประเทศตามรายได้: 74.9% [95% CI, 71.1-78.6%] ใน HIC; 56.5% [95% CI, 53.4-58.6%] ใน UMIC; 42.6% [95% CI, 39.6-45.6%] ใน LMIC และ 38.1% [95% CI, 33.1-43.2%] ใน LIC) และแม้ระดับการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นตามรายได้ของประเทศที่สูงขึ้น แต่แนวโน้มนี้ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความชุกต่ำสุดของการรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการพบในกลุ่ม LIC (25.8%; 95% CI, 13.0-44.8%) เทียบกับ LMIC (43.2%; 95% CI, 30.0-57.4%), UMIC (45.1%, 95% CI, 30.9-60.1%) และ HIC (43.4%, 95% CI, 21.0-68.7%)

ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย CHD หรือสโตรคจากประเทศที่มีความแตกต่างด้านรายได้ชี้ว่า ความชุกของพฤติกรรมวิถีชีวิตสุขภาพดีอยู่ในระดับต่ำ และยิ่งต่ำลงในกลุ่มประเทศยากจน



เปรียบเทียบกลูตามีนและสารต้านอนุมูลอิสระ ในผู้ป่วยวิกฤต

N Engl J Med 2013;368:1489-1497.

บทความวิจัยเรื่อง A

Randomized Trial of Glutamine and Antioxidants in Critically Ill Patients รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับการเสริมกลูตามีนและสารต้านอนุมูลอิสระ ตามที่คาดว่าอาจให้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีภาวะเครียดออกซิเดชันที่สูง

นักวิจัยใช้วิธีศึกษาแบบ blinded 2-by-2 factorial trial โดยสุ่มให้ผู้ป่วยวิกฤต 1,223 รายในหน่วยวิกฤต 40 แห่งในแคนาดา สหรัฐอเมริกา และยุโรป ซึ่งมีภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการเสริมกลูตามีน สารต้านอนุมูลอิสระ กลูตามีนและสารต้านอนุมูลอิสระ หรือยาหลอก โดยเริ่มภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเข้ารับหน่วยวิกฤต และให้ผ่านหลอดเลือดดำและทางสายยาง นักวิจัยกำหนดให้การตายที่

28 วันเป็น primary outcome และกำหนดให้ค่า P ที่ต่ำกว่า 0.044 จาก final analysis ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาพบแนวโน้มอัตราตายสูงขึ้นที่ 28 วันในผู้ป่วยที่ได้กลูตามีนเทียบกับผู้ที่ไม่ได้กลูตามีน (32.4% vs 27.2%; adjusted odds ratio, 1.28; 95% confidence interval [CI], 1.00-1.64; p = 0.05) การตายในโรงพยาบาลและการตายที่ 6 เดือนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในผู้ที่ได้กลูตามีนเทียบกับผู้ที่ไม่ได้กลูตามีน ขณะที่กลูตามีนไม่มีผลต่ออัตราอวัยวะล้มเหลวหรือภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ อีกด้านหนึ่งพบว่าสารต้านอนุมูลอิสระไม่มีผลต่อการตาย 28 วัน (30.8% vs 28.8% ในกลุ่มที่ไม่ได้สารต้านอนุมูลอิสระ โดยมี adjusted odds ratio เท่ากับ 1.09; 95% CI, 0.86-1.40; p = 0.48) หรือ secondary endpoint อื่น และไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มในด้านเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง (p = 0.83)

ข้อมูลจากการศึกษารายงานว่า การให้กลูตามีนหรือสารต้านอนุมูลอิสระโดยเร็วไม่ได้ช่วยฟื้นฟูผลลัพธ์ทางคลินิก และกลูตามีนยังสัมพันธ์กับการตายที่สูงขึ้นในผู้ป่วยวิกฤตที่อวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ

ความปลอดภัยและประสิทธิผล Sitagliptin ในผู้ป่วยเบาหวาน

BMJ 2013;346:f2267.

บทความเรื่อง Comparative Safety and Effectiveness of Sitagliptin in Patients with Type 2 Diabetes: Retrospective Population Based Cohort Study รายงานผลจากการวิจัยเพื่อศึกษาว่าการใช้ยา sitagliptin ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเพิ่งได้รับการรักษาสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านผลลัพธ์ทางคลินิกหรือไม่

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลจากประวัติผู้ป่วยเบิกประกันสุขภาพในสหรัฐและฐานข้อมูลห้องปฏิบัติการ ครอบคลุมผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับยาด้านเบาหวานแบบยารับประทานระหว่างปี ค.ศ. 2004 และ ค.ศ. 2009 โดยติดตามจนถึงเสียชีวิต, สิ้นสุดประกันสุขภาพ หรือวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2010

มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ composite endpoint ของการนอนโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ และ

การตายจากทุกสาเหตุประเมินด้วย Cox proportional hazards regression ที่แปรตามเวลาหลังปรับตามปัจจัยด้านประชากร, ข้อมูลทางการแพทย์และห้องปฏิบัติการ, ข้อมูลเบ็กคินค่ายา, การใช้บริการสถานพยาบาล และ propensity score ที่แปรตามเวลา

กลุ่มผู้ป่วยประกอบด้วยผู้ที่เพิ่งได้รับยาด้านเบาหวานชนิดยารับประทาน 72,738 ราย (8,032 ราย [11%] ใช้ยา sitagliptin; 7,293 ราย [91%] ใช้ร่วมกับยาตัวอื่น) และติดตามรวม 182,409 patient years อายุเฉลี่ยเท่ากับ 52 (SD 9) ปี โดย 54% (39,573 ราย) เป็นผู้ชาย 11% (8,111 ราย) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และ 9% (6,378 ราย) มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ขณะที่ได้รับยาด้านเบาหวานครั้งแรก ผู้ป่วยที่เกิด endpoint มีจำนวน 14,125 ราย (20%) โดยผู้ที่ได้ sitagliptin มีอัตราการนอนโรงพยาบาลหรือการตายจากทุกสาเหตุใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ sitagliptin (adjusted hazard ratio เท่ากับ 0.98, 95% confidence interval 0.91-1.06) รวมถึงผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (adjusted hazard ratio เท่ากับ 1.10, 0.94-1.28) และผู้ที่มี estimated glomerular filtration rate ต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที (1.11, 0.88-1.41)

การใช้ยา sitagliptin ไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการนอนโรงพยาบาล หรือการตายจากทุกสาเหตุเมื่อเทียบกับยาลดน้ำตาลตัวอื่นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเพิ่งได้รับยา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้ sitagliptin ในกลุ่มนี้ได้รับยาในลักษณะ add-on treatment ตามแนวทางเวชปฏิบัติ

ผลของ Dutasteride ต่อ Benign Prostatic Hyperplasia ในชายต่อมลูกหมากโตที่ไม่มีอาการ

BMJ 2013;346:f2109

บทความเรื่อง Effect of Dutasteride on Clinical Progression of Benign Prostatic Hyperplasia in Asymptomatic Men with Enlarged Prostate: A Post Hoc Analysis of the REDUCE Study รายงานผลจาก post hoc analysis ของการศึกษา Dutasteride of Prostate Cancer Events (REDUCE) เพื่อประเมินบทบาทของ dutasteride ในการป้องกันการดำเนินโรคของ benign prostatic hyperplasia ในชายต่อมลูกหมากโตที่ไม่มีอาการ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นชาย 1,617 ราย ซึ่งสุ่มให้ได้รับ dutasteride หรือยาหลอก โดยมีขนาดต่อมลูกหมาก > 40 มิลลิลิตร และมี International Prostate Symptom Score (IPSS) ที่พื้นฐาน < 8 นักวิจัยได้คัดผู้ป่วยที่ได้รับยาสำหรับ benign prostatic hyperplasia ออกจากการศึกษา และการแทรกแซงทำโดยให้ยาหลอก หรือ dutasteride 0.5 มิลลิกรัมต่อวัน

มาตรวัดผลลัพธ์เปรียบเทียบจากความเสี่ยงการดำเนินโรคของ benign prostatic hyperplasia ที่ 4 ปี (ประเมินจากคะแนนที่เพิ่มขึ้น ≥ 4 จุดจาก IPSS, ปัสสาวะคั่งเฉียบพลัน, ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรือการผ่าตัดเนื่องจาก benign prostatic hyperplasia)

ผู้ป่วย 825 ราย ได้รับยาหลอก และ 792 ราย ได้รับ dutasteride มีผู้ป่วยที่เกิดการดำเนินโรคของ benign prostatic hyperplasia 464 ราย (29%) ซึ่ง 297 ราย (36%) ได้รับยาหลอก และ 167 ราย (21%) ได้รับ

dutasteride ($p < 0.001$)

ค่า relative risk reduction เท่ากับ 41% และ

absolute risk reduction เท่ากับ 15% และมี number needed to treat (NNT) เท่ากับ 7 ในกลุ่มผู้ชายที่เป็นปัสสาวะคั่งเฉียบพลันและได้รับการผ่าตัดเนื่องจาก benign prostatic hyperplasia พบว่า absolute risk reduction สำหรับ dutasteride เท่ากับ 6.0% และ 3.8% ข้อมูลจาก multivariable regression analysis ที่ปรับตามตัวแปรร่วมชี้ว่า dutasteride สามารถลดการดำเนินโรคของ benign prostatic hyperplasia ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยมี odds ratio เท่ากับ 0.47 (95% CI 0.37-0.59, $p < 0.001$) การวิเคราะห์ระยะเวลาจนถึงเกิดเหตุการณ์ครั้งแรกได้ hazard ratio เท่ากับ 0.673 ($p < 0.001$) สำหรับผู้ที่ได้รับ dutasteride โดยพบผลข้างเคียงต่อสมรรถภาพทางเพศบ่อยที่สุดและใกล้เคียงกับข้อมูลที่มีรายงานก่อนหน้านี้

การศึกษานับเป็นขั้นแรกที่ศึกษาประโยชน์ของการรักษาผู้ชายที่เป็นต่อมลูกหมากโตซึ่งไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย โดยพบว่า dutasteride สามารถลดอุบัติการณ์ด้านการดำเนินโรคของ benign prostatic hyperplasia ได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม จำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาแบบ prospective study เพิ่มเติมเพื่อที่จะพิสูจน์ความน่าเชื่อถือของผลดังกล่าว

ผ่าตัดซ่อมหลอดด้วยวิธีส่องกล้องและ การรักษาด้วยยาในผู้ป่วย GORD

BMJ 2013;346:f1908

บทความเรื่อง Minimal Access Surgery Compared with Medical Management for Gastro-Oesophageal Reflux Disease: Five Year Follow-Up of a Randomised Controlled Trial (REFLUX) รายงานข้อมูลการติดตามจากการศึกษาแบบ multicentre, pragmatic randomised trial (กับ parallel non-randomised preference groups) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพทางคลินิกระยะยาวของการผ่าตัดซ่อมแซมหลอดด้วยวิธีส่องกล้อง และการรักษาด้วยยาสำหรับโรคกรดไหลย้อน (GORD) เรืองรัง

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล 21 แห่งในสหราชอาณาจักร ครอบคลุมผู้ตอบแบบสอบถามประจำปีจากผู้เข้าร่วมวิจัย 810 ราย ซึ่งเป็น GORD มาแล้วนานกว่า 12 เดือนขณะที่เข้าร่วมการศึกษา

การแทรกแซงทำโดยให้ศัลยแพทย์เป็นผู้เลือกวิธีผ่าตัดซ่อมแซมหลอด และแพทย์เฉพาะทางเป็นผู้พบทวนและปรับการรักษาด้วยยา และการดูแลเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้รับผิดชอบซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริการปฐมภูมิ

มาตรวัดผลลัพธ์ปฐมภูมิ ได้แก่ รายงานคะแนนคุณภาพชีวิตจากแบบสอบถาม REFLUX และมาตรวัดอื่นประกอบด้วยสถานะสุขภาพ (จากแบบสอบถาม SF-36 และ EuroQol EQ-5D) การใช้ยาป้องกันกรดไหลย้อน และภาวะแทรกซ้อน

ที่ 5 ปีพบว่า 63% (112/178) ของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการผ่าตัด และ 13% (24/179) ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาได้รับการซ่อมแซมหลอด (รวมถึง 85% [222/261] และ 3% [6/192] ของผู้ที่เลือกการผ่าตัดและผู้ที่

เลือกการรักษาด้วยยา) จากผู้ตอบแบบสอบถามที่ 5 ปีพบว่า 44% (56/127) ของกลุ่มผ่าตัดได้รับยาป้องกันกรดไหลย้อนเทียบกับ 82% (98/119) ของกลุ่มที่ได้ยา ผลต่างด้านคะแนนจากแบบสอบถาม REFLUX ดีกว่าอย่างมีนัย

สำคัญในกลุ่มผ่าตัด (mean difference 8.5 [95% CI 3.9-13.1], $p < 0.001$ ที่ 5 ปี) เช่นเดียวกับคะแนน SF-36 และ EQ-5D ซึ่งดีกว่าในกลุ่มผ่าตัดแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 5 ปี ภายหลังการซ่อมแซมหลอดพบว่า 3% (12/364) ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน และ 4% (16) ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากกรดไหลย้อน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดแก้ไขสายรัด อัตราการเกิดปัญหาคลื่นไส้ ท้องอืด และไม่สามารถหาเงินในระยะยาวพบใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม

หลังจาก 5 ปีพบว่า การซ่อมแซมหลอดด้วยวิธีส่องกล้องยังคงบรรเทาอาการของ GORD ได้ดีกว่าการรักษาด้วยยา ผลข้างเคียงจากการผ่าตัดพบได้น้อยและมักพบโดยเร็วหลังการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดซ้ำมีจำนวนน้อย นอกจากนี้ไม่พบหลักฐานอาการไม่พึงประสงค์ในระยะยาวอันเนื่องมาจากการผ่าตัด



Circulation. Published online before print April 17, 2013

บทความวิจัยเรื่อง Endocarditis in Adults with Bacterial Meningitis รายงานว่า ภาวะลิ้นหัวใจอักเสบอาจเกิดนำหรือเป็นภาวะแทรกซ้อนของเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย แต่ยังไม่มีข้อมูลด้านอุบัติการณ์และผลกระทบของภาวะลิ้นหัวใจอักเสบในเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย

นักวิจัยประเมินอุบัติการณ์และคุณสมบัติทางคลินิกของผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบและลิ้นหัวใจอักเสบจากข้อมูลการศึกษาในผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบในประเทศเนเธอร์แลนด์ระหว่างปี ค.ศ. 2006-2012 โดยพบลิ้นหัวใจอักเสบ 24 ราย (2%) จากเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย 1,025 ราย ผลการเพาะเชื้อพบ *Streptococcus pneumoniae* ใน

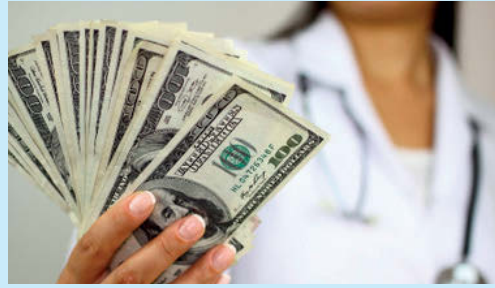
Endocarditis ในผู้ใหญ่เป็น Bacterial Meningitis

ผู้ป่วย 13 ราย, *Staphylococcus aureus* ในผู้ป่วย 8 ราย และ *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pyogenes* และ *Streptococcus salivarius* ในผู้ป่วยชนิดละ 1 ราย สัญญาณที่นำไปสู่การตรวจพบภาวะลิ้นหัวใจอักเสบประกอบด้วย เสียงฟู่จากหัวใจ, มีไข้ต่อเนื่อง, มีประวัติโรคลิ้นหัวใจ และ *S. aureus* ในฐานะสาเหตุของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย การรักษาประกอบด้วยให้ยาปฏิชีวนะระยะยาวในผู้ป่วยทุกรายและผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในผู้ป่วย 10 ราย (42%) ผู้ป่วยสองรายได้รับบาดเจ็บจากการแทงตัวขอเลือด และทั้งสองรายเกิดภาวะเลือดออกในสมองอย่างรุนแรง ผลข้างเคียงพบได้บ่อยทั้ง systemic complication (70%) และ neurologic complication (54%) ทำให้มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ไม่ดีสูง (63%) และพบผู้ป่วย 7 ราย จาก 24 ราย (29%) ที่เป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบและลิ้นหัวใจอักเสบเสียชีวิต

ภาวะลิ้นหัวใจอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบไม่บ่อยในเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย แต่มักสัมพันธ์กับอัตราที่สูงของผลลัพธ์ที่ไม่ดี

สร. ยินวงเงินพีฟอร์พี จนท.สายบริหารในพื้นที่ เหมจ่ายเดิม ไม่ลดลง

นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานหรือพีฟอร์พี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติงานได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ในสายงานบริหารทั้งหมด ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 9 ได้กำหนดให้ได้รับค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานเช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนทุกสายงานเพื่อความเป็นธรรม เนื่องจากถือเป็นสายสนับสนุนงานภาคบริการรักษาพยาบาลประชาชน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในพื้นที่ที่เคยได้รับค่าเบี้ยเลี้ยงเหมจ่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 6 กระทรวงสาธารณสุขได้กันเงินค่าตอบแทนไว้เท่ากับวงเงินเดิมที่เคยได้รับเพื่อจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน ซึ่งไม่ใช่ร้อยละ 1 ของเงินเดือนตามที่บางฝ่ายเข้าใจ และขอยืนยันว่า เงินร้อยละ 1 ที่กล่าวถึงนั้นเป็นเงินที่กระทรวงสาธารณสุขกันไว้เพื่อชดเชยให้โรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่องทางการเงินหรือ



มีเงินบำรุงไม่พอจ่าย โดยเป็นร้อยละ 1 ของวงเงินค่าจ้างของบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด ไม่ใช่เฉพาะรายบุคคล ทั้งนี้การเก็บผลงานขึ้นอยู่กับความพร้อมของโรงพยาบาล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมงบประมาณ 1,000 ล้านบาท เพื่อจ่ายเป็นค่าตอบแทนตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2556 จนถึงขณะนี้ได้รับรายงานว่ามีหลายแห่งที่จะเริ่มจ่ายได้ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมนี้เป็นต้นไป

หมอประดิษฐ์ ตั้งเป้าหมายยัง “โรคมาลาเรีย” ในไทยภายใน 7 ปี

นพ.ประดิษฐ์ สินธวันรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายควบคุมและยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรีย ตั้งเป้าหมายภายใน 7 ปี คือภายใน พ.ศ. 2563 สามารถยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียอย่างถาวรครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 80 ของประเทศ โดยทำงานเชิงรุก ตั้งจุดตรวจและรักษาโรคมาลาเรียในพื้นที่ที่มีภาระโรคหรือพบผู้ป่วย โดยเฉพาะพื้นที่ในจังหวัดตามแนวชายแดน ขณะนี้ได้จัดตั้งแล้ว 760 แห่ง ประกอบด้วย ศูนย์มาลาเรียคลินิก 300 แห่ง และมาลาเรียคลินิก

ชุมชน 460 แห่งทั่วประเทศ สามารถตรวจหาเชื้อได้ภายใน 15 นาที และจัดยารักษาฟรีให้แก่ผู้ป่วยทั้งคนไทยและต่างชาติได้ทันที โรคนี้มียารักษาหาย หากรักษาเร็วจะลดความรุนแรงของโรคและลดอัตราการเสียชีวิตได้ ซึ่งมาตรการนี้ใช้ได้ผลดีมาก ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่าย ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยและการเสียชีวิตลดลงได้มาก



สร. หนุนพยาบาลขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพดี ลดป่วยในหมู่บ้านทั่วไทย

นพ.ประดิษฐ์ สินธวันรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจัดบริการสุขภาพเป็นรายเขต ซึ่งแบ่งออกเป็น 12 เขตบริการ ครอบคลุม 76 จังหวัดทั่วประเทศ เพื่อทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรมและใกล้บ้านใกล้ใจที่สุด ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดบทบาทให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันโรค และลดจำนวนผู้ป่วยทุกโรค ส่วนในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ให้มีหน่วยสร้างสุขภาพในชุมชนด้วย บุคลากรหลักที่มีส่วนสำคัญคือพยาบาล ซึ่งต่อไปจะมีทั้งพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และมีพยาบาลชุมชนทำหน้าที่ดูแลและสร้างเสริมการมีสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนในชุมชน



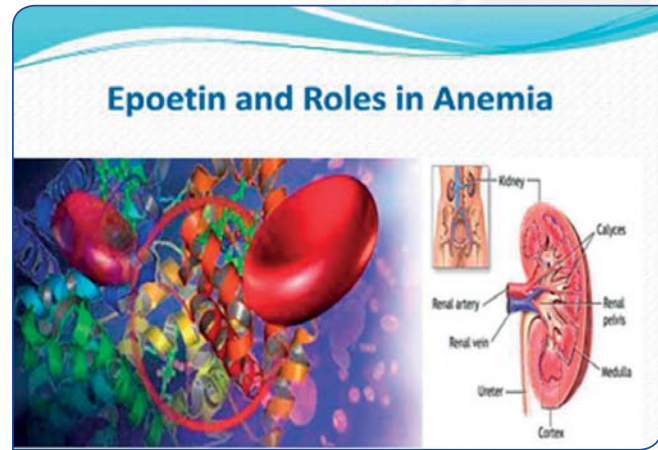
ด้วย และเป็นผู้เติมเต็มระบบบริการในชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ แม่และเด็ก รวมทั้งเยาวชน เป็นเสมือนพี่เลี้ยงของชุมชน สามารถเชื่อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในชุมชน เพื่อให้คนในชุมชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ตรงกับความต้องการมากที่สุด

ขณะนี้ มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็นพยาบาลชุมชนแล้ว 700 คน และเข้าไปให้การดูแลประชาชนในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศรวม 153 พื้นที่ ซึ่งพบว่าได้ผลดี หากสามารถทำได้ทุกชุมชนก็จะลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ได้อีกมาก ประชาชนได้รู้จักวิธีการดูแลสุขภาพทั้งระดับบุคคลและครอบครัว

แนวทางเฉพาะในการประเมินยาอีโปกติน แบบชีววัตถุคล้ายคลึง (epoetin biosimilars) ในประเทศไทย

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้จัดทำ ร่างแนวทางการกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึงในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางทั่วไปสำหรับผู้ผลิตยาที่ประสงค์จะพัฒนาชีววัตถุคล้ายคลึง โดยผู้เขียนได้สรุปสาระสำคัญที่แสดงแนวโน้มแบบแผนการกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึงจากร่างฯ ดังกล่าว และนำเสนอสรุปสาระสำคัญในเดือนเมษายนที่ผ่านมา

อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่ายาอีโปกติน (epoetin: EPO) ในทางการแพทย์จัดเป็นยาชีววัตถุที่ผลิตจากเทคโนโลยีดีเอ็นเอสายผสมประเภทแรก ๆ ที่มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุขในการแก้ปัญหาโรคโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด แต่ก็มีความเสี่ยงในปัญหาความไม่ปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้จากการใช้ยาอีโปกติน เช่น Pure Red Cell Aplasia (PRCA) เป็นต้น ด้วยเหตุนี้สำนักงาน อย. จึงมีแผนการที่จะทบทวนทะเบียนตำรับยาอีโปกตินในประเทศไทย และได้จัดทำแนวทางเฉพาะในการประเมินยาอีโปกตินแบบชีววัตถุคล้ายคลึง ขึ้นมา ซึ่งภายหลังจากประกาศใช้อย่างเป็นทางการในอนาคตจะมีบทบาทสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เป็นแนวทางในการทบทวนทะเบียนตำรับยาอีโปกตินที่มีในประเทศไทยขณะนี้ ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ผลิตที่ขึ้นทะเบียนในรายต่อมามีตจากผู้ผลิตยาอีโปกตินอ้างอิง เลือกที่จะส่งข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมในเรื่องคุณภาพ ความปลอดภัย และ/หรือ ประสิทธิภาพ ตามแนวทางเฉพาะแบบชีววัตถุคล้ายคลึง (biosimilar approach) ที่ระบุใน แนวทางเฉพาะฯ นี้ นอกเหนือจากการเลือกช่องทางการพิสูจน์หลักฐานด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ยาของตนโดยการทดลองเต็มรูปแบบในลักษณะที่เรียกว่า stand-alone approach และ 2) เพื่อเป็นแนวทางที่ผู้ผลิตรายใหม่เลือกจะพัฒนาและขึ้นทะเบียนยาอีโปกตินของตนแบบชีววัตถุคล้ายคลึง ทั้งนี้คาดว่าสำนักงาน อย. น่าจะสามารถประกาศใช้ แนวทางเฉพาะฯ พร้อมกันกับ แนวทางการกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึงในประเทศไทยอย่างเป็นทางการได้ในอนาคตอันใกล้



บทความนี้จึงนำเสนอสรุปสาระสำคัญใน แนวทางเฉพาะฯ ดังกล่าว เพื่อประโยชน์ที่ผู้อ่านจะได้ทำความเข้าใจตั้งแต่ต้น ทั้งนี้ผู้อ่านที่สนใจรายละเอียดฉบับเต็มของ แนวทางเฉพาะฯ สามารถเข้าไปดาวน์โหลดได้ที่ <http://drug.fda.moph.go.th> ที่เมนูประชาสัมพันธ์ เลือกหัวข้อ 12 ภายใต้หัวข้อเอกสารประกอบการประชุมเลือกเอกสารหมายเลข 2.3

โดยหลักการทั่วไป การขึ้นทะเบียนแบบยาชีววัตถุคล้ายคลึงมุ่งหมายให้การแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงมีความคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุอ้างอิงในพารามิเตอร์ 3 ด้าน คือ คุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพ โดยต้องเริ่มที่การพิสูจน์ความคล้ายคลึงด้านคุณภาพก่อน ซึ่งจะต้องทำเพิ่มเติมขึ้นมานอกเหนือจากการทดสอบตามข้อกำหนดมาตรฐานด้านคุณภาพเช่นเดียวกับที่นำมาใช้กับยาชีววัตถุอ้างอิง เมื่อผลทดสอบพบว่ามีความคล้ายคลึงกันแล้วจึงไปทำการศึกษาความคล้ายคลึงด้านพรีคลินิกและคลินิกต่อไป

แนวทางเฉพาะในการประเมินยาอีโปกตินแบบชีววัตถุคล้ายคลึง ก็มีหลักการแบบเดียวกัน โดยเน้นองค์ประกอบของการพิจารณาด้านการผลิตและการควบคุมคุณภาพซึ่งจะทำการศึกษามากทั้งการศึกษาควบคุมตามเกณฑ์มาตรฐานทั่วไปที่เป็นข้อกำหนดของยาชีววัตถุประเภทที่มาจากกระบวนการชีวเทคโนโลยี และยังต้องทำการศึกษาเปรียบเทียบความคล้ายคลึงด้านคุณภาพอีกจำนวนมากระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุอ้างอิง โดยมีรายละเอียดเฉพาะต่าง ๆ พอสรุปโดยสังเขปได้ดังนี้

1. การพิจารณาด้านการผลิต อีโปกตินที่ใช้ทางการแพทย์ทุกชนิดมีลำดับการเรียงกรดอะมิโนเหมือนกับอีโปกตินที่ผลิตขึ้นในร่างกาย จะต่างกันตรงที่รูปแบบของหมู่น้ำตาลที่เกาะ ซึ่งรูปแบบการเกาะของน้ำตาลมีผลต่อเสถียรภาพและอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัย รวมถึงการก่อภูมิคุ้มกัน การตรวจสอบลักษณะจึงมีทั้งวิธีการทางฟิสิกส์และทางชีวภาพ

การแยกสารออกฤทธิ์จากผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุอ้างอิงเพื่อนำสารออกฤทธิ์ไปใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบสารสำคัญ ต้องแสดงให้เห็นว่าสารออกฤทธิ์ที่แยกได้นั้นเป็นตัวแทนของสารออกฤทธิ์ในยาชีววัตถุอ้างอิง โดยทดสอบว่าสารออกฤทธิ์ที่แยกได้มีฤทธิ์เฉพาะที่มากกว่า 1 แสหนวยสากลต่อมิลลิกรัม

การทดสอบการปลดปล่อยสารสำคัญและความคงสภาพ ประกอบด้วย การพิสูจน์เอกลักษณ์ ความบริสุทธิ์ ปริมาณการปนเปื้อน เชื้อจุลินทรีย์ ยาชีววัตถุคล้ายคลึงต้องผ่านการพิสูจน์ว่าเป็นไปตามมาตรฐานตำราของสหภาพยุโรปหรือของอังกฤษฉบับปัจจุบัน ทั้งนี้มีรายละเอียดด้วยข้อกำหนดเกี่ยวกับความบริสุทธิ์ ความปลอดภัย และความแรงของสารสำคัญของยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่ผู้ผลิตต้องศึกษาอ้างอิงใน *แนวทางเฉพาะฯ*

ต้องศึกษาเปรียบเทียบโครงสร้างของยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุอ้างอิงทั้งโครงสร้างปฐมภูมิ และโครงสร้างที่เหนือขึ้นไป ไอโซฟอร์ม การเกาะกลุ่มของโปรตีน การจับของโปรตีน และฤทธิ์ทางชีวภาพ โดย *แนวทางเฉพาะฯ* แสดงตัวอย่างวิธีการวิเคราะห์และเทคนิคการตรวจสอบลักษณะเฉพาะที่ใช้ในกระบวนการทดสอบเปรียบเทียบ

ต้องศึกษาวิเคราะห์โครงสร้าง N-glycans และ O-glycans ประกอบด้วย การวิเคราะห์น้ำตาลเชิงเดี่ยว การตรวจลักษณะของกรดไขมัน การวิเคราะห์ลำดับของทั้ง N- และ O-glycans ทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ อีกทั้งต้องมีการแยกส่วนหมู่น้ำตาลทั้งหมดที่ปลดปล่อยจากแกนหลักของโปรตีน และแยกจนได้น้ำตาลบริสุทธิ์เพียงพอแล้วจึงนำไปวิเคราะห์โครงสร้างหมู่น้ำตาลต่อไป

ดังนั้น ยาชีววัตถุคล้ายคลึงอีโอดีตินต้องถูกทดสอบอย่างมากเพียงพอด้วยวิธีการวิเคราะห์ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง รวมทั้งใช้เทคโนโลยีล่าสุดสำหรับเทคนิค High Performance Size Exclusion Chromatography หรือ Analytical Ultracentrifugation ทั้งนี้ในส่วนของการปล่อยผ่านผลิตภัณฑ์ยาและการทดสอบความคงตัว ควรศึกษาการรวมกลุ่มและการสลายตัวของโปรตีน นอกเหนือจากการทดสอบตามมาตรฐานของตำราว่าด้วยยาฉีด เพื่อให้มั่นใจว่าการบวนการผลิตไม่ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพ และแสดงความสม่ำเสมอของการผลิตแต่ละรุ่น

ด้วยเหตุนี้จึงเห็นได้ว่ามิติด้านการผลิตและการควบคุมคุณภาพ จะมีการศึกษาเปรียบเทียบอย่างกว้างขวางก่อนจะดำเนินการศึกษาในมิติอื่นต่อไป

2. การศึกษาที่ไม่ใช่การศึกษาทางคลินิก ผู้ผลิตยาต้องทำการศึกษาเภสัชจลนศาสตร์ทั้งแบบทำในหลอดทดลอง เพื่อประเมินความแตกต่างเกี่ยวกับความไวปฏิกิริยา และทำในสัตว์ทดลองเพื่อดูผลการเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงจากยาชีววัตถุคล้ายคลึงและยาชีววัตถุอ้างอิง โดยการวิเคราะห์ในสัตว์ทดลองที่เหมาะสม นอกจากนี้ต้องทำการศึกษาศรีษวิทยา โดยมีข้อมูลความเป็นพิษเมื่อให้ยาซ้ำอย่างน้อย 1 การศึกษา

ในสัตว์สายพันธุ์ที่เหมาะสม และศึกษาความทนเฉพาะที่ในสัตว์ทดลองอย่างน้อย 1 สายพันธุ์ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเภสัชวิทยาด้านความปลอดภัย พิษวิทยา การเจริญพันธุ์ การก่อกลายพันธุ์ และการก่อมะเร็งของยาอีโอดีติน ไม่เป็น ข้อกำหนดที่ทำการทดสอบทางพรีคลินิก

3. การศึกษาทางคลินิก ผู้ผลิตต้องทำการศึกษาเภสัชจลนศาสตร์ เภสัชพลศาสตร์ และการทดลองด้านประสิทธิผลทางคลินิกเปรียบเทียบกับยาชีววัตถุอ้างอิง โดย *แนวทางเฉพาะฯ* ได้กำหนดว่าควรทำการทดลองทางคลินิกอย่างน้อย 2 การศึกษา รูปแบบกลุ่มคู่ขนาน แบบสุ่มที่มีกำลังการทดสอบที่เพียงพอ และปกปิดสองทาง (หากเป็นไปได้) เพื่อป้องกันอคติ ทั้งนี้เพื่อพิสูจน์ความเท่าเทียมของประสิทธิผลทางคลินิกระหว่างยาอีโอดีตินแบบชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุอ้างอิง ควรศึกษาในผู้ป่วยโรคโลหิตจางที่มีสาเหตุจากไต และคัดผู้ป่วยโรคโลหิตจางที่เกิดจากสาเหตุอื่นนอกจากการศึกษา ซึ่งในการศึกษาทางคลินิกควรทำ 2 ช่วงคือ “ช่วงแก้ไขระดับฮีโมโกลบิน” และ “ช่วงที่คงระดับฮีโมโกลบิน”

4. นอกจากการทดลองทางคลินิกด้านประสิทธิผลแล้ว ยังต้องทำการศึกษาความปลอดภัยทางคลินิกด้วย ทั้งนี้การไม่พึงประสงค์ PRCA หลังจากการใช้อีโอดีตินฉีดได้ผิวหนังมักพบได้น้อยและใช้เวลานานเป็นเดือนหรือเป็นปี จึงอาจไม่พบอาการดังกล่าวในการศึกษาที่จะยื่นขึ้นทะเบียน ดังนั้น *แนวทางเฉพาะฯ* จึงระบุว่า การเปรียบเทียบข้อมูลความปลอดภัยที่ได้จากการศึกษาด้านประสิทธิผล ถือว่าเพียงพอที่จะเป็นฐานข้อมูลความปลอดภัยก่อนออกสู่ตลาด ซึ่งการติดตามความปลอดภัยของยาหลังออกสู่ตลาดจึงกำหนดให้มีการจัดทำ **แผนการจัดการความเสี่ยง (Risk Management Plan)** ที่ผู้ขอขึ้นทะเบียนต้องแสดงให้เห็นโครงการจัดการความเสี่ยงและเฝ้าระวังความปลอดภัยของยา ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าการใช้ยาในระยะยาวหรือในประชากรกลุ่มใหญ่จะมีปัญหาความปลอดภัยจาก PRCA หรือปัญหาอื่นที่อาจไม่พบมาก่อนในการศึกษาประสิทธิผลทางคลินิกหรือไม่

อย่างไรก็ตาม ผู้อ่านควรตระหนักว่า หากมีการประกาศใช้ “*แนวทางการกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึงในประเทศไทย*” และ “*แนวทางเฉพาะในการประเมินยาอีโอดีตินแบบชีววัตถุคล้ายคลึง*” ในอนาคตเท่ากับว่าประเทศไทยได้เปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการยาสามารถเลือกการขึ้นทะเบียนยาอีโอดีตินแบบ biosimilar ได้ แต่ขณะเดียวกันผู้ประกอบการยาอาจเลือกขึ้นทะเบียนด้วยข้อมูลการทดสอบเติมรูปแบบของตน หรือ stand-alone registration ได้เช่นกัน โรงพยาบาลจึงควรรับฟังคำอธิบายของผู้ประกอบการแต่ละราย อีกทั้งโรงพยาบาลอาจไม่จำเป็นต้องกำหนดอย่างเจาะจงว่ายาอีโอดีตินมาจากการขึ้นทะเบียนแบบใด เพราะไม่ว่าจะเป็นการขึ้นทะเบียนแบบใด สำนักงานอย. ต้องประกันคุณภาพและสร้างความมั่นใจในคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ยาอีโอดีตินนั้น

แล้วพบกันใหม่ในฉบับถัดไปหลังของเดือนมิถุนายนครับ

*หมายเหตุ เนื้อหาในบทความนี้เป็นความเห็นทางวิชาการอิสระของผู้เขียน ไม่เกี่ยวข้องหรือสะท้อนนโยบายหรือจุดยืนของหน่วยงานต้นสังกัด และมีได้สะท้อนมุมมองของบริษัทฯ แต่อย่างใด บทความนี้สนับสนุนพื้นที่การนำเสนอโดยบริษัท เอเพ็กซ์เซล่า จำกัด เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง



เตือนละตินอเมริการับมือโรคมะเร็ง

รอยเตอร์ส – นักวิจัยชี้ เศรษฐกิจพุ่งแรงในละตินอเมริกากำลังเป็นปัจจัยหนุนอุบัติการณ์ของมะเร็ง พร้อมเตือนรัฐบาลหามาตรการป้องกันเร่งด่วน

ผลการศึกษาโดยคณะนักวิจัยหลายประเทศระบุว่า มาตรฐานการรักษาและป้องกันโรคมะเร็งในภูมิภาคละตินอเมริกายังคงล้าหลังการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งทำให้ชุมชนเมืองหลายแห่งกำลังเผชิญกับความเสี่ยงโรคมะเร็งอันเนื่องมาจากวิถีชีวิต โดยเฉพาะการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และโรคอ้วน

นักวิจัยเตือนว่าหากละตินอเมริกายังไม่เร่งขึ้นแผนรับมืออย่างทันที่ที่จะส่งผลให้ต้องเผชิญกับผลกระทบจากโรคมะเร็งหนักหน่วงกว่าปัจจุบัน อีกทั้งจะส่งผลให้มีประชาชนเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก และทำให้เศรษฐกิจในภูมิภาคพลอยได้รับความ

เสียหายไปด้วย ตามที่มีรายงานว่าตัวเลขผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งในภูมิภาคนี้สูงกว่าสหรัฐอเมริกาถึงเกือบสองเท่าอันเนื่องมาจากปัญหาความพร้อมด้านระบบสาธารณสุข

บทความวิจัยยังเรียกร้องให้ชาติละตินปรับตัวขนานใหญ่ด้วยการยกเครื่องนโยบายสุขภาพ เช่น เพิ่มงบประมาณสาธารณสุข ขยายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาตั้งแต่เนิ่น รวมถึงจัดทำแผนโรคมะเร็งแห่งชาติ รวมถึงปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงมาเน้นการรักษาประคับประคอง

ฝึกทำมือฟื้นความจำ

บีบีซี – ผลการศึกษาโดยนักจิตแพทย์สหรัฐฯชี้ การฝึกทำมืออาจเป็นวิธีช่วยฟื้นฟูความจำ

นักวิจัยพบว่า การทำมือใช้เวลา 90 วินาทีที่สามารถกระตุ้นการสร้างความจำ และการทำมือซ้ำเป็นระยะเวลาเท่ากันให้ผลดีเรื่องการระลึกความจำ โดยมีผลการทดสอบในผู้ใหญ่ โดยให้ทำมือก่อนท่องคำศัพท์ พบว่าช่วยให้อ่านคำจากรายการที่ยาวเหยียดได้ดีขึ้น และคาดว่ากรการทำมืออาจมีผลกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนที่สัมพันธ์กับการแปรข้อมูลความจำ

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า การทำมือช่วยกระตุ้นสมองซีกซ้าย ขณะที่การทำมือช่วยกระตุ้นสมองซีกขวา นอกจากนี้ยังพบว่ากรการทำมือสัมพันธ์กับการกระตุ้นอารมณ์ด้วย โดยการทำมือช่วยสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นสุขหรืออารมณ์โกรธ และการทำมือช่วยสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้าหรือหวาดวิตก

หลังจากนี้นักวิจัยเตรียมศึกษาเพิ่มเติมว่าการทำมือสามารถฟื้นฟูกระบวนการความจำอื่นหรือไม่ เช่น ทักษะการพูดและมิติสัมพันธ์ รวมถึงการจำรูปภาพ สถานที่ ตลอดจนคำศัพท์ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากเพื่อให้ได้ผลลัพธ์น่าเชื่อถือ

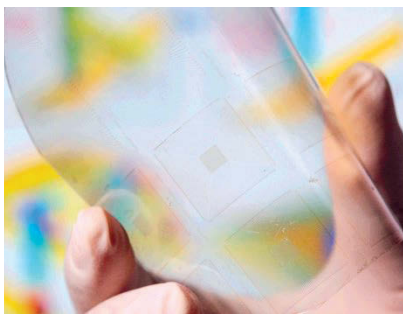


ก้าวใหม่พัฒนาผิวหนังเทียม

บีบีซี – ทีมนักวิจัยสหรัฐฯและจีนพัฒนาฟิล์มสังเคราะห์สามารถรับรู้แรงกดได้ในระดับเดียวกับสัมผัสปลายนิ้ว

ผลการศึกษาซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร Science รายงานว่า ความก้าวหน้าในครั้งนี้จะนำไปสู่การพัฒนาผิวหนังเทียมที่ฉลาดขึ้น และสามารถรับรู้แรงกระตุ้นบนผิวหนังได้ในลักษณะเดียวกับผิวหนังคน และในอีกทางหนึ่งยังส่งผลดีต่อการพัฒนาหุ่นยนต์ที่สามารถตอบสนองประสาทสัมผัสได้หลากหลายยิ่งขึ้น

ฟิล์มผิวหนังเทียมนี้ทอขึ้นจากเส้นใยนาโนซึ่งค่ออกไซด์และบรรจุทรานซิสเตอร์ไว้ประมาณ 8,000 ตัว ซึ่งทรานซิสเตอร์แต่ละตัวสามารถผลิตสัญญาณไฟฟ้าได้อย่างอิสระเมื่อถูกกดทับ ซึ่งความไวของสัญญาณไฟฟ้าที่วัดจากความเปลี่ยนแปลงของแรงต้านดังกล่าวเทียบเคียงได้กับผิวหนังบริเวณปลายนิ้วคน



ดึงเกมต่อบล็อกรักษาตาซีเกียจ

บีบีซี – แพทย์แคนาดาจุดประกายนำเกมเตตริสมาใช้รักษาโรคตาซีเกียจ หลังพบให้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีปิดตาในผู้ใหญ่

นักวิจัยจาก McGill University รายงานว่า เกมเตตริสอันเป็นต้นตำรับ เกมต่อบล็อกให้ผลดีในการฝึกดวงตาทั้งสองข้างให้ทำงานสอดประสานกัน และจากการศึกษาขนาดเล็กในผู้ใหญ่ 18 คน ก็พบว่าการรักษาด้วยการให้ เล่นเกมได้ผลดีกว่าวิธีปิดตาที่ใช้กันเพื่อฝึกกล้ามเนื้อตาข้างที่อ่อนแอกว่า และในลำดับต่อไปได้เตรียมทดสอบว่าการรักษาด้วยเกมเตตริสนี้จะให้ผลดีในเด็กที่เป็นตาซีเกียจหรือไม่

นักวิจัยเชื่อว่ายังมีเกมอีกหลายประเภทที่น่าจะให้ผลดีในการรักษาโรคตาซีเกียจนอกจากเตตริส และการรักษาด้วย วิธีเล่นวิดีโอเกมนี้เป็นวิธีที่สนุกสนานและให้ผลดีกว่า และเห็นผลรวดเร็วว่าการปิดตา และว่าการรักษาโรคตาซีเกียจด้วยวิธีปิด ตาอาจไม่ใช่วิธีที่ดีนัก ตามที่ข้อมูลจากการศึกษานี้และการศึกษาอื่นเสนอแนะว่าโรคตาซีเกียจเป็นปัญหาของตาทั้งสองข้าง ไม่ใช่ ตาข้างใดข้างหนึ่ง

อนึ่ง อัตราของการเกิดโรคตาซีเกียจอยู่ที่ประมาณ 1 ต่อ 50 ราย ซึ่งการรักษาจำเป็นต้องทำโดยเร็ว เพราะหากปล่อยไว้ อาจทำให้ตาข้างที่อ่อนแอสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร อย่างไรก็ตาม การรักษาตาซีเกียจในเด็กด้วยวิธีปิดตาซึ่งต้องปิดไว้เกือบ ตลอดทั้งวันต่อเนื่องกันหลายเดือนก็อาจทำให้เด็กรู้สึกหงุดหงิดหรือรำคาญ



พบฮอร์โมนใหม่รักษาเบาหวาน

เอพี – นักวิจัยพบฮอร์โมนกระตุ้นเซลล์สร้างอินซูลินในหนู อาจนำไปสู่แนวทางใหม่สำหรับการรักษาโรคเบาหวาน

นักวิจัยพบฮอร์โมน betatrophin สามารถกระตุ้นการทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อนของ หนูทดลอง และการที่ฮอร์โมนนี้พบในคนด้วยก็น่าเชื่อว่าการกระตุ้นฮอร์โมนในผู้ป่วยเบาหวานสามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็อาจช่วยลดความจำเป็นในการฉีดอินซูลินด้วย

เบื้องต้นนักวิจัยยังไม่ทราบกลไกการทำงานของฮอร์โมน betatrophin จึงวางแผนจะผลิตฮอร์โมนในแบบยาฉีดเพื่อทดลอง ในหนูที่เป็นเบาหวาน ซึ่งหากผลการวิจัยสืบหน้าไปได้ด้วยดีก็คาดว่าจะนำไปสู่การทดลองในคนได้ในไม่ช้า

เอฟดีเอพัฒนาเครื่องตรวจยาลาเรียปลอม

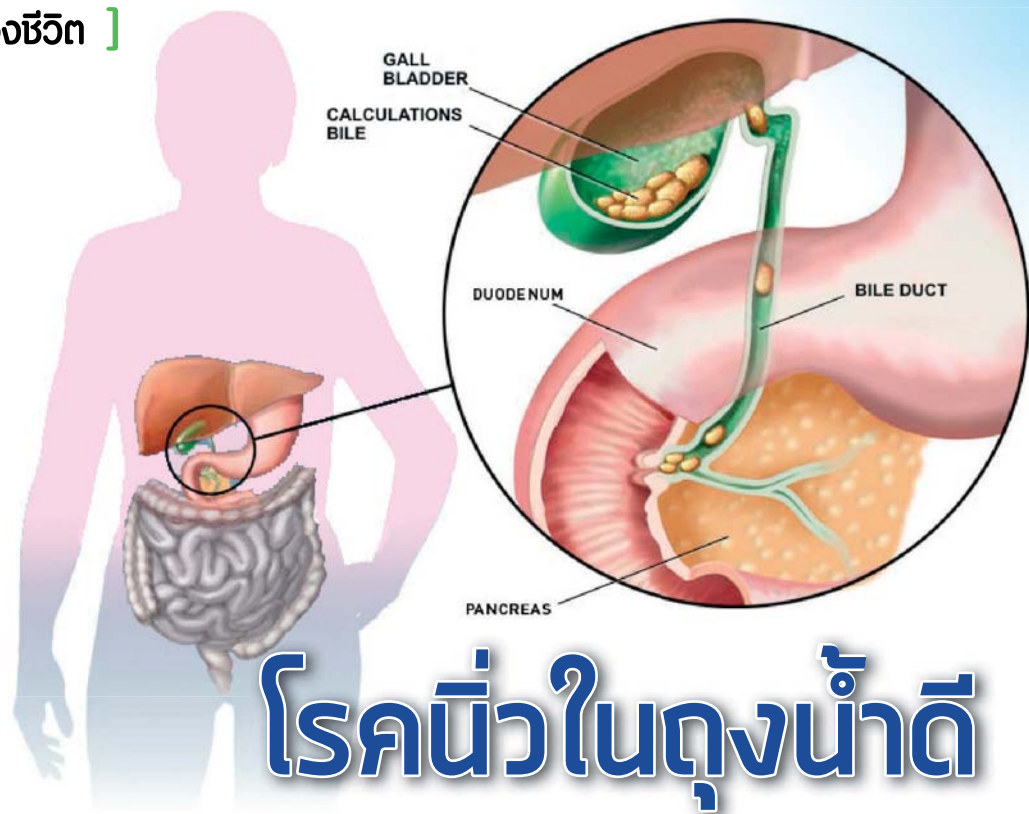
รอยเตอร์ส – สำนักงานอาหารและยาสหรัฐ (เอฟดีเอ) ทำสัญญาเอกชนพัฒนา เครื่องตรวจยาลาเรียปลอมหรือไม่ได้มาตรฐาน

เอฟดีเอแถลงว่า เครื่องซีที-3 มีรูปแบบเป็นอุปกรณ์ตรวจชนิดมือถือและใช้ คลื่นแสงจำแนกยาลาเรียปลอม โดยจะนำไปทดสอบครั้งแรกที่กานา และนำข้อมูล ที่ได้มาจัดทำแผนทดสอบในภูมิภาคแอฟริกาและหลายพื้นที่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเกิดการระบาดของมาลาเรียชุกชุมและกำลังเผชิญปัญหายาลาเรียปลอม

เอฟดีเอยังวางแผนให้การผลิตเครื่องซีที-3 นี้เป็นส่วนหนึ่งของความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐและเอกชนขององค์กรหลายแห่ง รวมถึงสถาบันสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์ ควบคุมและป้องกันโรคระบาด ตลอดจนคณะทำงานด้านมาลาเรียของประธานาธิบดี นำโดยองค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา

เมื่อปีก่อนมีรายงานว่า ร้อยละ 36 ของยาด้านมาลาเรียที่จำหน่ายในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นยาปลอม ขณะที่กว่า ร้อยละ 30 ของยาในภูมิภาคตอนล่างของทะเลทรายซาฮาราในแอฟริกาไม่ผ่านการตรวจเคมี เนื่องจากมีสารออกฤทธิ์ในปริมาณ ที่มากหรือน้อยเกินไป





โรคนิ่วในถุงน้ำดี

ตับเป็นอวัยวะที่สร้างน้ำดี ซึ่งมีไว้ช่วยย่อยไขมัน โดยจะมีน้ำย่อยจากตับอ่อนช่วย น้ำดีที่ผลิตจากตับจะไหลผ่านท่อของตับลงสู่ถุงน้ำดี ถุงน้ำดีจะอยู่ใต้ตับทางด้านขวาโครงกระดูก ถุงน้ำดีจะเก็บน้ำดีไว้และทำให้น้ำดีมีความเข้มข้นเพิ่มขึ้น 30 เท่า น้ำดีจะมีกรดน้ำดี (bile acids) และไขมันคอเลสเตอรอล ฯลฯ ซึ่งอยู่ด้วยกันอย่างมีความสมดุล เมื่อคนรับประทานอาหาร ถุงน้ำดีจะบีบตัวและหลั่งน้ำดีออกมาผ่านท่อ cystic เข้าสู่ท่อรวมน้ำดี ลงสู่ลำไส้เล็กส่วนบน (ดูโอดินัม - duodenum) เพื่อมีส่วนร่วมในการย่อยอาหาร

ทำไมถึงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้? ร่างกายสามารถมีนิ่วได้ใน 2 ระบบ ระบบที่หนึ่งคือ ระบบทางเดินน้ำดี เช่น ถุงน้ำดี ท่อน้ำดี ฯลฯ และระบบที่สองคือ ระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่วในไต กระเพาะปัสสาวะ ท่อทางเดินปัสสาวะ ฯลฯ น้ำดีจะมีกรดน้ำดีซึ่งเป็นตัวที่ทำให้ไขมันคอเลสเตอรอลละลายอยู่ในน้ำดี พอที่จะสรุปให้เข้าใจได้ง่าย ๆ ว่า ถ้าน้ำดีมีกรดน้ำดีน้อยจะไม่สามารถทำให้ไขมันละลายอยู่ในน้ำดีได้ หรือมีไขมันมากกว่ามีกรดน้ำดี ไขมันก็จะตกตะกอน เริ่มเป็นนิ่ว ถ้าจะเปรียบเทียบก็คงเหมือนเอาน้ำตาลใส่ลงไปในน้ำ 1 แก้ว ใส่ลงไป 1-3 ช้อน น้ำตาลจะละลายในน้ำได้หมด แต่ถ้าใส่น้ำตาล (เปรียบเป็นไขมัน) ถึง 10 ช้อน น้ำตาลก็จะไม่ละลาย และยังคงอยู่ในสภาพของน้ำตาล โดยสรุปนิ่วจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีความไม่สมดุลระหว่างกรดน้ำดีและคอเลสเตอรอล ถ้ามีกรดน้ำดีน้อย หรือมีคอเลสเตอรอลมากเกินไปก็จะมีการเกิดนิ่วขึ้นได้

ใครหรืออะไรที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี?

ปัจจัยเสี่ยงคือ ผู้หญิงมีโอกาสเป็นนิ่วมากกว่าผู้ชาย 2 เท่า ผู้ชายก็เป็นได้แต่มักเป็นในผู้สูงอายุ (เมื่อเทียบกับอายุของผู้หญิงที่เป็น) โรคอ้วนสูงอายุ ผู้หญิงที่มีลูกหลายคน (เพราะเวลาที่มีลูกในแต่ละครั้ง ไขมันในน้ำดีจะเพิ่มขึ้น ถุงน้ำดีจะไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหว จึงทำให้เกิดการ "ตกตะกอน" ได้ง่าย) โรคเบาหวาน (อ้วน ไขมันสูง) กรรมพันธุ์ เชื้อชาติ เช่น อินเดียแดง ในอเมริกา ชาวสแกนดิเนเวีย หรือการลดน้ำหนักอย่างรวดเร็ว (ไม่ควรลดเกิน 1/2 - 1 กก./สัปดาห์) เพราะจะไม่ค่อยมีการสร้างกรดน้ำดี ยาบางชนิด รวมทั้งโรคเลือดบางชนิดที่มีการทำลายเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ หรือการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ (ถ้าให้นานกว่า 3 เดือน 45% จะมีนิ่วเกิดขึ้น)

ประเด็นที่ประชาชนมาพบแพทย์บ่อย ๆ ก็คือ ไปตรวจสุขภาพประจำปี รวมทั้งการทำอัลตราซาวนด์ที่ท้องด้วย และพบนิ่วจะทำอย่างไร? จากข้อมูลทางการแพทย์จากการติดตามผู้ป่วย 123 คนที่มีนิ่วแต่ไม่มีอาการ ด้วยการติดตามไปถึง 11-24 ปี พบว่าถ้าผู้ที่มีนิ่วและทิ้งไว้ เมื่อติดตามดูจะมีอาการปวดท้องเฉพาะของระบบทางเดินน้ำดีที่แพทย์เรียกว่า biliary colic เพียง 2% ต่อปี ใน 5 ปีแรก หรือรวม 15% ใน 10 ปีแรก และ 18% ทั้ง 20 ปี และมีเพียง 2% ของผู้ที่มีนิ่วทั้งหมดเท่านั้นที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีการอักเสบของถุงน้ำดี หรือนิ่วอุดตันท่อน้ำดีรวม หรือนิ่วทำให้ตับอ่อนอักเสบ แต่ทั้งหมดนี้ก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจะมีอาการ biliary colic อย่างเดียวเกิดขึ้นก่อน ฉะนั้นโดยสรุป อยู่ดี ๆ ผู้ที่มีนิ่วจะไม่มีภาวะแทรกซ้อนทันที แต่จะมีอาการเตือนในรูปแบบของ biliary colic ก่อน

ฉะนั้นคำตอบของคำถามว่ามีนิ่วโดยไม่มีอาการจริง ๆ จะทำอย่างไร? ข้อมูลในขณะนี้ ตามข้างบนนี้ตอบว่าทิ้งไว้ก็ปลอดภัยพอสมควร แต่ถ้ามีอาการ biliary colic เมื่อไหร่ ต้องไปพบแพทย์เพื่อปรึกษาหรือเอาถุงน้ำดีออกได้เลย โดยมากตอนแรก ๆ ผู้ที่มีนิ่วอาจมี biliary colic อย่างเดียวแล้วหายไปโดยยังไม่มีการอักเสบ แต่ถ้ายิ่งมี biliary colic แล้วต่อไปอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ฉะนั้นสำหรับผู้ที่มีนิ่วและไม่มีอาการแทรกซ้อนใด ๆ โดยเฉพาะ biliary colic ไม่ต้องทำอะไรก็ได้ แต่ถ้ามี biliary colic เมื่อใดจะต้องเอานิ่วออกเมื่อนั้น

เมื่อวันที่ 24-27 เมษายนที่ผ่านมา ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้จัดการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 29 ขึ้น ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคัลฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จังหวัดชลบุรี โดยมี Theme ของการประชุมว่า “Changes and Challenges in Internal Medicine” ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลง การพัฒนาด้านต่าง ๆ ทางทางแพทย์ นับเป็น สิ่งที่ทำนายสำหรับอายุรแพทย์ที่ต้องปรับปรุง และประยุกต์สิ่งต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ให้เกิด ประโยชน์อย่างเหมาะสมในการรักษาผู้ป่วย การ แนะนำ และการป้องกันโรค ทั้งในระดับประเทศ และระดับสากล

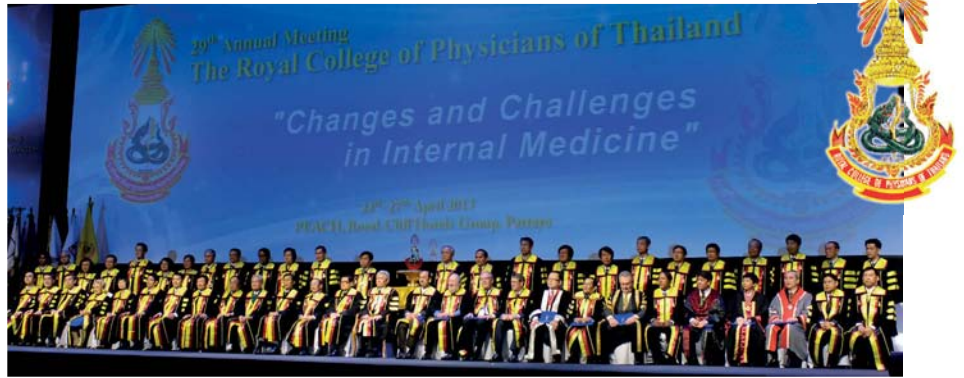
สาระสำคัญของการประชุมประกอบด้วยปาฐกถา ศ.นพ.วิกิจ วีรานวัตต์ การบรรยาย พิเศษ การบรรยายหมู่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การพบปะกับผู้เชี่ยวชาญ การสัมมนาผู้ป่วย การ เสนอผลงานวิจัย รวมถึงผลงานวิจัยที่โดดเด่น การ ประกาศผลงานวิจัยแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ ประจำบ้านต่อยอด landmark studies ของสาขา วิชา และ breakthroughs in internal medicine ซึ่ง เป็นการรวบรวมการค้นพบใหม่ ๆ ในแต่ละสาขา วิชา มีวิทยากรเข้าร่วมการบรรยายรวมทั้งสิ้น 212 ท่าน โดยเป็นวิทยากรรับเชิญจากต่างประเทศ 5 ท่าน นอกจากนี้ในปีนี้มีการประชุมวิชาการร่วม ระหว่างราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และ Royal College of Physician of London การ ประชุมร่วมประสานงานระหว่างกรรมการบริหาร ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และ วิทยาลัยหรือราชวิทยาลัยจากนานาชาติร่วมด้วย สำหรับกิจกรรมที่มีความสำคัญในการ ประชุมวิชาการอีกอย่างหนึ่งคือ พิธีมอบวุฒิบัตร อายุรศาสตร์ และอายุรศาสตร์ต่อยอดที่จบการ ศึกษาปี พ.ศ. 2555 และการมอบสมาชิกกิตติมศักดิ์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย โดยมี การมอบรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่นด้านอายุรแพทย์



ศ.อ.อ.กริย ธีรสา



ศ.อ.อ.รณิษฐ์ อินทร์กำชัย



ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ มอบรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น และอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2556



พิธีมอบวุฒิบัตรอายุรศาสตร์ และอายุรศาสตร์ต่อยอด

ด้านวิชาการ และด้านการบริการคลินิก รวมทั้ง การมอบรางวัลอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น และ อายุรแพทย์ทรงคุณวุฒิ

ศ.นพ.เกรียง ตั้งสง่า ประธานราช วิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า ในประเทศไทยยังมีอายุรแพทย์อีกเป็นจำนวนมาก ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่เพื่อรับใช้สังคมและ ประเทศชาติอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย ถือเป็นความ รับผิดชอบของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่ง ประเทศไทยที่จะต้องค้นหา เชิดชู อายุรแพทย์ เหล่านี้เพื่อเป็นแบบอย่างแก่อายุรแพทย์และบุคคล ทั่วไป

ศ.นพ.ธนาธิบดิ์ อินทร์กำชัย ประธาน คณะอนุกรรมการสรรหาอายุรแพทย์ดีเด่น กล่าว ว่า เนื่องด้วยราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ได้มีการจัดตั้งรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่นด้านของ ความเป็นครูแพทย์ นักวิชาการ การบริการคลินิก และการบริการชุมชน ติดต่อกันมาเป็นระยะเวลา 9 ปี เพื่อเป็นการยกย่องและเชิดชูเกียรติแด่ อายุรแพทย์ ผู้ซึ่งประกอบวิชาชีพด้านอายุรกรรม ด้วยความมุ่งมั่น ตั้งใจ เสียสละ และประกอบคุณ งามความดีมาเป็นระยะเวลาพอสมควร ตลอดจน มีความดีเด่นด้านจริยธรรม ทั้งนี้เพื่อเป็นขวัญ กำลังใจ และสนับสนุนให้พัฒนางานก้าวหน้าขึ้นไป ในอนาคต ตลอดจนเป็นแบบอย่างสำหรับผู้ประกอบ วิชาชีพทางด้านอายุรกรรมโดยทั่วถึงกัน

ในปีนี้นางราชวิทยาลัยได้มีมติให้มีการ

เพิ่มรางวัลอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่นขึ้นเป็นครั้งแรก ทั้งนี้เพื่อเป็นการประกาศยกย่องอายุรแพทย์ ที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี โดยการคัดเลือกอายุรแพทย์ ดีเด่นในแต่ละปีนั้น กระทำโดยคณะอนุกรรมการ สรรหาอายุรแพทย์ดีเด่นของราชวิทยาลัยฯ ซึ่ง ประกอบด้วยผู้ที่ได้รับตำแหน่งคัดเลือกเป็น อายุรแพทย์ดีเด่นที่ผ่านมาแล้วทุกท่าน

ทั้งนี้ผู้ที่ได้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2556 ด้านอายุรแพทย์คือ ศ.เกียรติคุณ พันเอกพิเศษ พญ.ถนอมศรี ศรีชัยกุล ด้าน วิชาการคือ ศ.นพ.รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และด้าน การบริการคลินิกคือ รศ.นพ.วัชร บุญสวัสดิ์ รางวัลอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ได้แก่ ศ.นพ. รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร, นพ.ชินนทร์ ลิ้มวงศ์ และ นพ.วัชร ก้อนแก้ว รวมทั้งมีการมอบประกาศนียบัตร สมาชิกผู้ทรงคุณวุฒิของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2556 อีก 2 รางวัล ได้แก่ นพ.สุเจตน์ เลิศเอนกวัฒนา จากโรงพยาบาล หนองคาย และ นพ.ชาญศักดิ์ คงเศรษฐกุล จาก โรงพยาบาลพิมาย



อ.อ.สุเจตน์ เลิศเอนกวัฒนา
รับประกาศนียบัตรสมาชิกผู้ทรงคุณวุฒิ



อ.อ.ชาญศักดิ์ คงเศรษฐกุล
รับประกาศนียบัตรสมาชิกผู้ทรงคุณวุฒิ



ศ.เกียรติคุณ พันเอกพิเศษ พญ.ณอมศรี ศรีชัยกุล

อายุรแพทย์ดีเด่นด้านศัลยกรรม

ศ.เกียรติคุณ พันเอกพิเศษ พญ.ณอมศรี ศรีชัยกุล ปัจจุบันอายุ 83 ปี ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2497 จากนั้นเข้ารับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รับราชการครั้งแรกที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชเมื่อปี พ.ศ. 2499 ได้รับปริญญาแพทยศาสตรมหาบัณฑิตทางโลหิตวิทยาในปี พ.ศ. 2504 ต่อมาในปี พ.ศ. 2501 ได้รับทุนศึกษาที่มหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2510 ได้ย้ายมาเป็นอาจารย์รุ่นแรกที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้รับการโปรดเกล้าฯ เป็นศาสตราจารย์และศาสตราจารย์เกียรติคุณในปี พ.ศ. 2522 และ พ.ศ. 2523 ตามลำดับ จากนั้นย้ายมารับราชการที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จนเกษียณอายุราชการในปี พ.ศ. 2533

ผลงานโดดเด่นที่ผ่านมาคือ การเป็นผู้ก่อตั้งหน่วยโลหิตวิทยา และบุกเบิกภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อย้ายมาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้เป็นผู้ก่อตั้งหน่วยโลหิตวิทยาจนสำเร็จมั่นคง มีผลงานการสอนและงานวิจัยมากมาย อาทิ ตำราโลหิตวิทยา ผลงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารนานาชาติกว่า 50 เรื่อง ซึ่งได้รับการอ้างอิงต่อในวารสารนานาชาติอีกกว่า 200 เรื่อง

ในฐานะครูแพทย์ได้ทุ่มเทการสอนทางโลหิตวิทยาให้แก่นักศึกษาแพทย์ เป็นคนแรกที่จัดให้มีการดูสไลด์ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและนักศึกษาได้เรียนรู้ด้วยตนเอง อบรมสั่งสอนให้นักศึกษาแพทย์มีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย แม้ปัจจุบันได้เกษียณอายุราชการก็ยังมาช่วยตรวจผู้ป่วยและสอนนักศึกษาจนถึงอายุ 80 ปี

จากผลงานที่ได้ทุ่มเทมากกว่า 50 ปี คณะกรรมการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยจึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ **ศ.เกียรติคุณ พันเอกพิเศษ พญ.ณอมศรี ศรีชัยกุล** ได้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่นด้านศัลยกรรม ประจำปี พ.ศ. 2556

ศ.เกียรติคุณ พันเอกพิเศษ พญ.ณอมศรี กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า “ตลอดระยะเวลาการเป็นครูแพทย์มากกว่า 40 ปี รางวัลนี้ถือเป็นรางวัลที่ภาคภูมิใจ มีคุณค่า และมีความหมายที่สุดในชีวิต ขอขอบคุณราชวิทยาลัยอายุรแพทย์

แห่งประเทศไทยที่ได้พิจารณาให้มีรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่นด้านศัลยกรรม เพื่อเป็นกำลังใจแก่ครูแพทย์ที่มีอยู่จำนวนมากในประเทศไทยให้ปฏิบัติหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อสร้างแพทย์ที่ได้ออกไปรับใช้สังคมให้สังคมแพทย์เจริญรุ่งเรือง และเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติ”



ในวัย 83 ปี **ศ.เกียรติคุณ พันเอกพิเศษ พญ.ณอมศรี** ได้มีโอกาสเห็นความเจริญก้าวหน้าของลูกศิษย์ ทำให้มีความปลาบปลื้มยินดีที่ได้เห็นลูกศิษย์เจริญรุ่งเรืองในกิจการงานทั้งปวง และยังมีความสุขที่ได้เห็นว่าศิษย์บางคนใช้ธรรมะแห่งวิชาชีพเจริญรอยตามพระยุคลบาทของสมเด็จพระบรมราชชนกในการดำเนินชีวิต

“การจะเป็นครูแพทย์ที่ดีได้ ต้องเป็นแพทย์ที่ดีด้วย” คือสิ่งที่ **ศ.เกียรติคุณ พันเอกพิเศษ พญ.ณอมศรี** ยึดถือมาตลอด ขอกราบอนุชาพระคุณบิดามารดาที่ได้สั่งสอนมาและท่านอาจารย์ที่ได้มีส่วนสำคัญในการปลูกฝัง medical career ที่ดีงาม ท่านอาจารย์ **ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ กังสาลย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล** ที่ได้สอนให้เห็นว่าหัวใจหลักของการเป็นแพทย์ที่ดีคือ การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การซักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยและการรักษา มีความเมตตา กรุณาต่อผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือทุกวิถีทางที่ทำได้ ท่านอาจารย์ **ศ.นพ.วิจิตร วีรานวัตต์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**, ท่านอาจารย์ **พลอากาศโท นพ.น้อย ปาณิกบุตร โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช** ทั้ง 2 ท่านได้ทำให้เห็นว่าสำหรับแพทย์ ชีวิตผู้ป่วยทุกคนไม่อาจจะขาดมีจนอย่างใดมีค่าเหมือนกันทั้งหมด แม้ว่าจะมีความสำคัญไม่เท่ากันก็ตาม

ในฐานะครูแพทย์ **ศ.เกียรติคุณ พันเอกพิเศษ พญ.ณอมศรี** ให้ความรัก ใกล้ชิดสนิทสนมกับลูกศิษย์มาก ได้อบรมสั่งสอนให้ลูกศิษย์มี

ความรับผิดชอบในหน้าที่ของแพทย์ โดยพยายามใช้ความรู้ความสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและเพื่อนมนุษย์ด้วยความรักและเมตตา ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคและความเหน็ดเหนื่อย เพื่อปฏิบัติหน้าที่ให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยถือประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ประโยชน์ของตนเป็นกิจที่สอง ตามพระบรมราโชวาทของสมเด็จพระบรมราชชนก

สำหรับการเรียนการสอนในปัจจุบัน **ศ.เกียรติคุณ พันเอกพิเศษ พญ.ณอมศรี** มีความเห็นว่าแตกต่างไปจากในอดีตอย่างมาก ทั้งนี้เพราะในระยะ 30 ปีมีความก้าวหน้าทางวิชาการอย่างมาก โดยการใช้ high technology ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเป็นลำดับ เช่น มะเร็งรักษายากได้ โรคหัวใจเส้นเลือดตีบสามารถทำให้ชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น อาจารย์จึงได้นำสิ่งเหล่านี้เข้ามาสอดแทรกในการเรียนการสอน จึงทำให้ผู้ป่วยมีดีเป็นตัวอย่างในการเรียนรู้ต่อไป **สมัยก่อนผู้ป่วยเป็น “ครู” สอนให้ความรู้แก่นักศึกษาแพทย์ แต่สมัยปัจจุบันผู้ป่วยเป็นตัวประกอบ** ดังนั้นแพทย์ที่ผลิตออกมาจึงขาดความรัก ผูกพันกับผู้ป่วย การวินิจฉัย การรักษาพยาบาลจึงด้อยลง อาจารย์ไม่สามารถทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ลูกศิษย์ได้นอกจากนี้ยังมีเรื่องของวัตถุนิยมที่ทุกคนพยายามแสวงหาในสิ่งที่สร้างความสะดวกสบายให้ตนเอง รวมทั้งชื่อเสียงเกียรติยศ ซึ่งบางครั้งได้มาอย่างฉาบฉวย ทำให้คิดถึงผู้ป่วยน้อยลง สังคมแพทย์ปัจจุบันจึงมีลักษณะที่น่าเป็นห่วง ควรได้รับการเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น

ศ.เกียรติคุณ พันเอกพิเศษ พญ.ณอมศรี กล่าวว่า **ครูแพทย์ที่ดีต้องเน้นการเรียนการสอนที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เทคโนโลยีเป็นตัวประกอบ และที่สำคัญครูแพทย์ต้องรักลูกศิษย์ สร้างความคุ้นเคย คลุกคลี และสนิทสนมไปดูลูกป่วยด้วยกัน เพื่อที่ลูกศิษย์จะได้ศึกษาจากครูได้โดยตรง**

“พึงระลึกไว้เสมอว่า ชีวิตแพทย์เป็นชีวิตที่ต้องเสียสละเพื่อผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยด้วยจิตใจ ใช้ความรู้ความสามารถ ใช้สมอง และใช้ความเมตตาต่อผู้ป่วย ถ้าทำได้เช่นนี้ การแพทย์ไทยจะกลับไปหาการแพทย์เพื่อมนุษยชาติ ทั้งนี้แพทย์ทุกคนต้องช่วยกัน และถ้าทำได้ชีวิตของแพทย์ผู้นั้นจะประสบความสุขความเจริญตลอดไป

ศ.นพ.รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์

อายุรแพทย์ดีเด่นด้านวิชาการ



ศ.นพ.รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เกียรตินิยม อันดับ 2 ในปี พ.ศ. 2529 และศึกษาต่อที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับวุฒิปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิตในปี พ.ศ. 2535 ต่อมาได้ศึกษาต่อด้านโรคหัวใจที่ University of North Carolina และ Cardiac Electrophysiology ที่ University of Southern California ประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี พ.ศ. 2539 ในปี พ.ศ. 2542 ได้รับการโปรดเกล้าฯ ให้ดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และศาสตราจารย์ระดับ 11 สาขาแพทยวิทยา ในปี พ.ศ. 2552 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งหัวหน้าสาขาแพทยวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา **ศ.นพ.รุ่งโรจน์** ได้ใช้ความรู้ความสามารถเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์อย่างต่อเนื่อง มีผลงานสอนนิสิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ผลงานตีพิมพ์ และบทความทางวิชาการตีพิมพ์ระดับชาติและนานาชาติมากกว่า 150 เรื่อง แต่งตำรา และเป็นบรรณาธิการด้านระบบโรคหัวใจและหลอดเลือดไว้เป็นจำนวนมาก เคยดำรงตำแหน่งบรรณาธิการวารสารระดับนานาชาติ เช่น Asian Heart Journal และ The Journal Heart Disease ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันได้รับตำแหน่งสำคัญระดับประเทศและนานาชาติมากมาย เป็นต้นว่า International Committee American College of Cardiology Foundation, Strategic Adviser to the International Classy of the American College of Cardiology, Fellowship of the American College of Cardiology, European Society of Cardiology ซึ่งถือเป็นคนแรกของประเทศไทยที่ได้รับตำแหน่งดังกล่าว นอกจากนี้ยังเป็นบุคลากรดีเด่นของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในปี พ.ศ. 2555

ในฐานะที่เป็นผู้มีจิตพร้อมทั้งคุณธรรม จริยธรรม เจตคติ ทั้งในบทบาทของอายุรแพทย์ อาจารย์แพทย์ และนักวิชาการ เป็นที่ประจักษ์ว่า **ศ.นพ.รุ่งโรจน์** ได้ทุ่มเท และอุทิศตนเป็นประโยชน์ และเป็นแบบอย่างแก่วงการอายุรแพทย์ ทั้งในด้านวิจัยและวิชาการ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยจึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ **ศ.นพ.รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์** ได้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่นด้านวิชาการ ประจำปี พ.ศ. 2556

ศ.นพ.รุ่งโรจน์ กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า รู้สึกดีใจและเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่นด้านวิชาการ รู้สึกขอบคุณที่ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยให้ความสำคัญกับผู้ที่ทำงานดี เป็นประโยชน์ในวิชาชีพทางด้านอายุรแพทย์ และเป็นประโยชน์ต่อสังคม

“ส่วนใหญ่ผลงานที่ผมทำจะเป็นผลงานเกี่ยวกับสายวิชาชีพที่ปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องจากมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องของโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ และการตรวจหัวใจด้วยเครื่องตรวจสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Cardiac MRI) โดยมีผลงานวิจัยได้ลงตีพิมพ์ทั้งสองด้าน และมีส่วนในการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับทางด้านสายวิชาชีพดังกล่าว ทั้งเรื่องหัวใจเต้นผิดจังหวะ และการตรวจหัวใจด้วยเครื่องตรวจสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ซึ่งถือเป็นผลงานที่มีส่วนทำให้มีความสำเร็จในวิชาชีพ โดยผลงานวิจัยบางชิ้นได้เข้าไปเป็นเอกสารอ้างอิงของ practice guideline ในระดับนานาชาติด้วย”



ศ.นพ.รุ่งโรจน์ กล่าวต่อไปว่า “ความสำเร็จทั้งหมดคงต้องยกให้ครูบาอาจารย์ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ผมไม่มีเคล็ดลับอะไรในการประสบความสำเร็จ แต่ว่าความสำเร็จขึ้นกับความรักที่จะทำ คนเราจะสำเร็จในด้านไหน ก็ต้องรักที่จะทำด้านนั้น แล้วผลของความสำเร็จจะเกิดขึ้นตามความตั้งใจที่เราทำ ผมต้องขอขอบคุณอาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สอนผมตั้งแต่เป็นนิสิตแพทย์ และทำให้ผมรักที่จะเป็นอายุรแพทย์ ขอขอบคุณอาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สอนให้ผมมีความรู้เพิ่มเติมด้านอายุรศาสตร์ โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งอาจารย์ที่เป็นแบบอย่างที่ดีกับผม และทำให้ผมรักที่จะเป็นอายุรแพทย์ด้านหัวใจ ได้แก่ **ศ.นพ.ธาดา** และ **ร.พญ.สมทรง ยิบอินซอย** ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีทั้งการเป็นครูแพทย์ ทั้งการให้บริการโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลัก และการสอนทางด้านการทำวิจัย”

สำหรับก้าวต่อไป **ศ.นพ.รุ่งโรจน์** มองว่าการส่งไม้ต่อให้แก่แพทย์รุ่นใหม่ “ผมมีอายุมากขึ้นทุกวัน ขึ้นต่อไปในการทำงานจึงจะพยายามสร้างนักวิชาการและนักวิจัยรุ่นใหม่ ๆ ที่จะมีส่วนร่วมทั้งในการหาแนวทางและมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในระดับประเทศ ซึ่งควรจะมีข้อมูลของประเทศไทยในการที่จะใช้ขึ้นข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยในหลาย ๆ จุด มากกว่าที่จะนำแนวทางปฏิบัติของต่างชาติมาใช้ทั้งหมด โดยน่าจะมีส่วนวิจัยที่นำไปสู่การเข้าถึงในระดับประเทศ นำไปสู่การกำหนดแนวทาง นโยบายของประเทศในการดูแลผู้ป่วย ผมจะพยายามพัฒนาค้นหา และสนับสนุนนักวิจัยรุ่นใหม่ ๆ ที่มีกำลังกาย กำลังใจ ที่จะพัฒนาประเทศชาติต่อไป”

ศ.นพ.รุ่งโรจน์ กล่าวฝากทิ้งท้ายว่า “ผู้ที่มาเป็นอายุรแพทย์รุ่นใหม่ควรจะต้องเข้าใจบทบาทของอายุรแพทย์ นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยแล้วจะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดียิ่งขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้ในการที่จะทำได้นั้น จะต้องมองว่าโรงพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่มีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร และควรจะมีส่วนในระดับโรงพยาบาลว่าผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร มีการพัฒนาที่ดูแลผู้ป่วยอย่างไร ทั้งในระดับพยาบาลระดับผู้บริหาร และภาพรวม ควรจะมีการพัฒนาในระบบฐานข้อมูลในระดับโรงพยาบาลของตนเองเป็นอย่างน้อย เพื่อที่จะทำให้ทราบว่ามีมาตรฐานของโรงพยาบาลที่ดูแลอยู่ในขณะนี้ เป็นมาตรฐานทั่วไปที่ทุกคนยอมรับได้แล้วหรือยัง และควรจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง”



“ผมไม่มีเคล็ดลับอะไรในการประสบความสำเร็จ แต่ความสำเร็จขึ้นกับความรักที่จะทำ”



รศ.นพ.วิชรา บุญสวัสดิ์

อายุรแพทย์ดีเด่นด้านบริการคลินิก

รศ.นพ.วิชรา บุญสวัสดิ์ ตั้งแต่เกิดได้เห็นบิดาที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคหืด และตนเองก็เป็นโรคนี้เมื่อ 10 ขวบ ทำให้เกิดแรงบันดาลใจที่จะมุ่งมั่นเรียนแพทย์เพื่อตนเองและครอบครัว โดยหลังจากจบแพทยศาสตรบัณฑิต จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงไปศึกษาต่อปริญญาเอกที่ University of Sydney กับ Professor Ann Woolcock ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญโรคหืดระดับโลกจนจบปริญญาเอก ปัจจุบันปฏิบัติงานที่หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เมื่อมาประจำที่หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจ ได้ทุ่มเทวิชาความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยหอบหืด พร้อมทั้งรณรงค์เผยแพร่แนวทางการรักษาโรคหืดแผนใหม่ เพื่อให้แพทย์ได้เข้าใจว่าสามารถควบคุมรักษาโรคหืดได้ พยายามปรับปรุงพัฒนาระบบการจัดการเก็บและส่งต่อข้อมูลออนไลน์ จนเกิดเป็นระบบ Easy Asthma Clinic หรือคลินิกโรคหืดแบบง่าย ภายใต้ความร่วมมือของทีมนิสิตสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการรักษาที่ถูกต้องและมีมาตรฐาน โดยเริ่มจากโรงพยาบาลภายในจังหวัดขอนแก่น 15 แห่ง และได้มีการขยายเครือข่ายขึ้นเรื่อย ๆ จนในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เล็งเห็นปัญหาของการรักษาโรคหอบหืด และความสำคัญของเครือข่ายดังกล่าว จึงให้การสนับสนุนงบประมาณที่ สปสช. เขตขอนแก่น เพื่อให้เป็นโครงการนำร่องจนสามารถขยายเป็นนโยบายในการรักษาโรคหืดได้ครอบคลุมทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2553

เป็นเวลานานร่วม 10 ปีที่ได้มี Easy Asthma Clinic ปัจจุบันมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นสมาชิกกว่า 3,000 คน มีการจัดการอบรมมากกว่า 100 ครั้ง มีโรงพยาบาลทั่วประเทศเข้าร่วมเป็นเครือข่ายกว่า 900 แห่ง และมีฐานข้อมูล

ผู้ป่วยโรคหืดออนไลน์มากกว่า 2 แสนคน ทำให้บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชนบทเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดตามแนวทางที่เป็นมาตรฐานสากล ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากผลงานทั่วประเทศที่เป็นที่ยอมรับดังกล่าว ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ รศ.นพ.วิชรา บุญสวัสดิ์ ได้รับรางวัลอายุรแพทย์ดีเด่นด้านการบริการคลินิก ประจำปี พ.ศ. 2556



รศ.นพ.วิชรา กล่าวว่า “รู้สึกดีใจเป็นอย่างยิ่งที่ได้รับรางวัล สิ่งที่ทำอยู่นี้ถือเป็นหน้าที่ เพราะผมเป็นหมอโรคปอด ผมก็แค่ทำหน้าที่ให้ดีที่สุด จากผลของการจัดตั้ง Easy Asthma Clinic หรือคลินิกโรคหืดแบบง่าย ๆ ที่เห็นได้อย่างเด่นชัดคือ ผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ต้องทุกข์ทรมานกับอาการหอบ และไม่ต้องหอบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งหมดนี้คงเป็นเหตุผลที่ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยพิจารณามอบรางวัลให้ แต่ความสำเร็จนี้ไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากบุคคลเพียงคนเดียว ต้องอาศัยความร่วมมือกันของทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรที่ร่วมกันทำให้การรักษาเป็นเอกภาพ”

ทั้งนี้การให้ความรู้เรื่องโรคหืดและแนวทางในการรักษาโรคที่ง่ายแก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศสามารถปฏิบัติได้ เพิ่มบทบาทของพยาบาลและเภสัชกรในการร่วมดูแลผู้ป่วย และให้ความรู้เรื่องโรคหืดและแนวทางในการรักษาโรค รวมทั้งให้ความรู้เรื่องยาและวิธีการพ่นยาชนิดต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ถือเป็นงานประจำที่ทำอย่างจริงจัง และทุ่มเทของทุกคนเหมือนกัน โดยยึดแนวคิดที่ว่า “รู้อะไรก็กระจ่างเพียงอย่างเดียว” เพื่อให้ผลลัพธ์ออกมาดีที่สุด

“ผมรู้จักกับโรคหืดมาตั้งแต่ก่อนเรียนแพทย์ เพราะผมเป็นคนหนึ่งที่เคยเป็นผู้ป่วยโรคหืด เมื่อเรียนแพทย์จึงสนใจโรคหืดอย่างจริงจัง จากนั้นจนถึงวันนี้ร่วม 20 ปี จากที่แต่ก่อนนั้นไม่ค่อยรู้เรื่องโรคนี้สักเท่าไร จนกระทั่งไปต่อปริญญาเอกที่ออสเตรเลีย ทำให้เข้าใจเรื่องโรคหืดได้ดีขึ้น กลับมาเมืองไทยเมื่อปี พ.ศ. 2535 ได้เริ่มนำแนวทางการรักษาโรคหืดแผนใหม่มารักษาผู้ป่วยซึ่งได้ผลดี ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษามากขึ้นเรื่อย ๆ จนรักษาเท่าไรก็ไม่หมด จึงเริ่มมองว่าปัญหาเหล่านี้เกิดจากอะไร โดยพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รักษาตามแนวทางที่ควรจะเป็น ดังนั้น จะทำอย่างไรให้การรักษาสามารถทำได้ง่าย ๆ จึงเป็นที่มาของการจัดตั้ง Easy Asthma Clinic ขึ้น”

ปัจจุบันโรคหืดถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคหืดประมาณ 3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ประมาณปีละ 1,500 คน เฉลี่ยถึง 3 คนต่อวัน จากความทุ่มเทอย่างจริงจังตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ร่วมด้วยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรเครือข่ายกว่า 900 แห่ง ที่ร่วมกันทำคลินิกรักษาในท้องถิ่น สรรวจจัดครองและทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ยังไม่มีการรุนแรงให้สามารถคุมโรคเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และการสนับสนุนด้านงบประมาณจาก สปสช. ทำให้ผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมาสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทั่วประเทศได้ถึงร้อยละ 40 และพร้อมเดินหน้าสู่ Admission Rate Near Zero หรือลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลให้เหลือศูนย์

“ความภูมิใจสูงสุดคือ การได้เห็นผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คนที่ไม่รู้จักไม่เคยป่วยเป็นโรคนี้ไม่รู้หรือว่ามันสร้างความทุกข์ทรมานอย่างไร ด้วยความที่เคยเป็นโรคนี้ เคยทุกข์ทรมานมาก่อน เลยทราบและเข้าใจกับคำพูดที่ผู้ป่วยบอกกับเราว่าหลังจากที่หายจากโรคแล้ว รู้สึกเหมือนได้เกิดใหม่ จากที่ต้องมาห้องฉุกเฉินทุกเดือน ตอนนี้สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ สร้างความภูมิใจอย่างมากที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้อาชีพผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และเชื่อว่าอีกไม่นานผู้ป่วยโรคหืดในเมืองไทยคงจะควบคุมโรคหืดได้อย่างเด็ดขาด” รศ.นพ.วิชรา กล่าวทิ้งท้าย



ศ.นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร

อายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น



ศ.นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร จบการศึกษาศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศึกษาต่อเป็นแพทย์ประจำบ้านที่ Grant Hospital และ Rush-Westlake Hospital เมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้รับวุฒิปริญญาตรีแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอายุรศาสตร์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2539 จากนั้นเดินทางไปศึกษาอบรมด้านทางเดินอาหารและโรคตับที่ Louisiana State เมืองนิวออร์ลีนส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา และได้รับวุฒิปริญญาตรีแสดงความรู้ความชำนาญเป็นอายุรศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์ระบบทางเดินอาหารในปี พ.ศ. 2542

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขาธิการศูนย์แห่งความเป็นเลิศในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขาธิการสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย และเป็นประธานร่วมของ The Asian-Pacific Academic Network (APAN) Medical working group และกรรมการร่วมวิจัยของ The Asian-Pacific Colon Cancer working group และ The Asian-Pacific Endosonography Network

ศ.นพ.รังสรรค์ เป็นผู้บุกเบิกการรักษาเลือดออกในทางเดินอาหาร โรคตับอ่อนและโรคท่อน้ำดี และก่อตั้งหน่วยฉุกเฉินเพื่อการรักษาโรคเลือดออกในทางเดินอาหารในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งแรก มีผลงานตีพิมพ์และบทความทางวิชาการตีพิมพ์ระดับชาติและนานาชาติด้านการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารมากกว่า 80 เรื่อง แต่งตำราทางด้านโรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับมากกว่า 30 เล่ม โดยเป็นบรรณาธิการเองประมาณ 10 เล่ม

ศ.นพ.รังสรรค์ เป็นผู้มีความโดดเด่นและได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารในระดับนานาชาติ ด้วยผลงานโดดเด่นทั้งด้านการสอน การวิจัย และการแต่งตำราโรคระบบทางเดินอาหารด้วยการส่องกล้องดังกล่าวนั้น ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยจึงมีมติเป็นเอกฉันท์ให้ **ศ.นพ.รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร** ได้รับรางวัลอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2556

ศ.นพ.รังสรรค์ กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า “รู้สึกภูมิใจและเป็นเกียรติอย่างยิ่ง

ที่ทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยให้โอกาส และขอบคุณทางสถาบันต่าง ๆ ที่เสนอชื่อรวมทั้งสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยความสำเร็จของงานทั้งหมดที่ทำนี้มีโอกาสสำเร็จได้หากขาดการสนับสนุนจากครอบครัว บุพการี และแรงหนุนจากภรรยาและบุตรสาวที่คอยเป็นกำลังใจให้เราทำงานได้ ถือว่าครอบครัวเป็นแรงผลักดันของทุก ๆ อาชีพ โดยเฉพาะแพทย์”



“การทำงานให้คิดเหมือนกับว่าเราเป็นปลาว่ายทวนกระแสน้ำ”

ศ.นพ.รังสรรค์ กล่าวถึงแบบอย่างและข้อคิดในการทำงานว่า “บุคคลตัวอย่างของผมมีหลายท่าน ทั้ง **ศ.นพ.เกรียง ตั้งสง่า, ศ.นพ.ธำนิภรณ์ อิศรการะรัง, ศาสตราจารย์ นพ.พินิจกุลละวณิช** ซึ่งเป็นผู้ที่มีบุคลิกลักษณะเป็นผู้นำที่ทำให้เราได้มองแล้วก้าวเดินตาม ถือเป็นแบบอย่างที่ดีต่อเนื่อง ๆ อายุรแพทย์รุ่นใหม่ให้ก้าวเดินตามไปได้ด้วย ส่วนข้อคิดในการทำงานให้คิดเหมือนกับว่าเราเป็นปลาว่ายทวนกระแสน้ำทุกวัน เมื่อไหร่ไม่ว่ายก็จะถูกน้ำผลักไปข้างนอกวงโคจร และจะไม่ทันเหตุการณ์ในที่สุด แต่ถ้าว่ายทวนกระแสแล้วทุกวัน นอกจากจะทันเหตุการณ์แล้ว ยังพัฒนาไปข้างหน้าได้หากว่ายได้เร็วกว่า แล้วก็จะไม่อ้วนด้วย สามารถพัฒนาและนำร่อง ๆ ตามมาได้”

สำหรับในอนาคต **ศ.นพ.รังสรรค์** เตรียมวางแผนวางแนวทางให้แก่แพทย์รุ่นใหม่ พร้อมทั้งเผยแพร่ความรู้ทางด้านการส่องกล้องให้ได้มาตรฐานเท่าเทียมกันทั่วประเทศ “ก้าวต่อไปของพวกเราช่วยพัฒนาน้อง ๆ ที่ทำวิจัยเกี่ยวกับเรื่องระบบส่องกล้องทางเดินอาหาร โดยยินดีช่วยทุกคนไม่จำกัดเฉพาะที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเท่านั้น เนื่องจากว่าส่วนหนึ่งผมเป็นว่าที่นายกสมาคมส่องกล้อง

ระบบทางเดินอาหารไทยในปีหน้า จึงอยากจะเชิญชวนผู้ที่ต้องการได้รับการสนับสนุน หรือดูแลจากทางสมาคมส่องกล้องระบบทางเดินอาหารไทย หรือทางจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในกรณีแพทย์ที่ต้องการศึกษาต่อในต่างประเทศ หรือทำวิจัย ผมยินดีช่วยอย่างเต็มที่ ซึ่งในอีก 1-2 ปีข้างหน้า คาดว่า จะมีทุนให้แพทย์รุ่นใหม่ไปศึกษาต่อต่างประเทศด้วย

นอกจากนี้ทางสมาคมส่องกล้องระบบทางเดินอาหารไทยได้ออกเดินสายทุก 2-3 เดือน เพื่อสอนการส่องกล้องอย่างถูกต้อง แม้ว่าถ้ามองในระดับโรงเรียนแพทย์ ประเทศไทยมีความก้าวหน้าและพัฒนาไม่ด้อยกว่าประเทศรายรอบมากนัก และในหลาย ๆ เรื่องถือว่าเป็นผู้นำด้วย แต่ก็ต้องยอมรับว่าในโรงพยาบาลระดับชุมชนยังต้องมีการพัฒนาในด้านนี้ เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาและอาศัยแรงสนับสนุนจากแพทย์หลาย ๆ ท่านที่จะทำให้ประเทศไทยมีมาตรฐานเท่าเทียมกันทั่วประเทศ”

ศ.นพ.รังสรรค์ กล่าวฝากถึงอายุรแพทย์รุ่นใหม่ว่า “สำหรับอายุรแพทย์รุ่นใหม่ที่เพิ่งจบมา 1-2 ปีแรก ทุกอย่างจะดูยาก เป็นอุปสรรค คงต้องใช้เวลาลักษณะหนึ่ง ค่าเฉลี่ยประมาณ 4-5 ปี นื่อง ๆ ถึงจะเริ่มทำอะไรที่เรียกว่าเป็นกิจลักษณะ และเป็นตัวของตัวเอง พัฒนาได้มากขึ้น การประชุมของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นสิ่งสำคัญที่ควรจะต้องเข้ามาฟังเพื่อพัฒนาตนเอง คิดว่าประมาณ 5-10 ปีหลังจากจบการศึกษา นื่อง ๆ จะถึงระดับที่ค่อนข้างมั่นใจ และมีความสามารถเต็มที่ในระดับหนึ่ง ขอเพียงอย่าท้อถอย หรือคิดว่าอะไรก็ยากไปหมด หลังจากจบการศึกษาใหม่ ๆ แม้ว่าจะจบการศึกษาจริง แต่จำเป็นจะต้องหาประสบการณ์บวกเข้าไปอีก”





นพ.ชนิษฐ์ ลิ้มวงศ์

อายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น

นพ.ชนิษฐ์ ลิ้มวงศ์ จบการศึกษาด้านแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2534 โดยได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ 1 เหรียญเงินตลอดหลักสูตร หลังจากนั้นได้รับพระราชทานทุนอานันทมหิดลไปศึกษาต่อที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2535 ได้รับวุฒิปัตร American Board of Internal Medicine และ American Board of Medical Genetics ในปี พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2542 ตามลำดับ ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งอาจารย์สาขาเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

นพ.ชนิษฐ์ ได้อุทิศตนด้านการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ และ post graduate training เป็นที่ประจักษ์และได้รับการยอมรับอย่างทั่วถึง ได้รับรางวัลอาจารย์ดีเด่นด้านคลินิก ทุนเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี ในปี พ.ศ. 2549 รางวัลอาจารย์ดีเด่นของสภาอาจารย์ศิริราช ในปี พ.ศ. 2549 และปี พ.ศ. 2554 ได้รับคัดเลือกเป็นอาจารย์อายุรศาสตร์ดีเด่นของภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ด้านการบริการ ได้ก่อตั้งคลินิกพิเศษทางด้านโรคทางพันธุกรรมต่าง ๆ มากมาย และได้รับการคัดเลือกเป็นแพทย์ผู้มีจริยธรรมเป็นเลิศของแพทยสมาคม เมื่อปี พ.ศ. 2555 และปัจจุบันยังอุทิศตัวทำงานนอกเวลาราชการสำหรับการตรวจผู้ป่วยที่ห้องแพทย์เวรฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช ด้านการวิจัยได้เขียนบทความซึ่งได้รับการตีพิมพ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีบทนิพนธ์ในตำรา international textbook 1 เล่ม และเป็นผู้สนับสนุนตำรา 4 เล่ม ได้รับรางวัล Young Investigator Award ในการประชุมร่วมระหว่างราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ออสเตรเลียและประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2544

จากผลงานอันโดดเด่นและมีความเป็นเลิศในทุกด้าน ทำให้ **นพ.ชนิษฐ์ ลิ้มวงศ์** ได้รับรางวัลอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2556

นพ.ชนิษฐ์ กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า “รู้สึกดีใจที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยได้ให้เกียรติมอบรางวัลอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่นในปีนี้ ซึ่งอันที่จริงแล้วบทบาทการทำงานที่ทำอยู่นี้เป็นการทำงานตามหน้าที่ปกติของตัวเองเหมือนกับอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ทั่วไป คือ **การสอน** โดยสอนนักศึกษาแพทย์หลาย

ชั้นปี ทั้งชั้นพรีคลินิกและคลินิก **การวิจัย** โดยวิจัยเกี่ยวกับโรคพันธุกรรม และพัฒนาห้องปฏิบัติการของโรคพันธุกรรมในประเทศไทยเพื่อให้บริการแก่ clinician ทั่วไป และ **การบริการ** ตรวจรักษาผู้ป่วยอายุรศาสตร์ทั่วไป โดยเฉพาะโรคพันธุกรรม แต่เนื่องจากเป็นงานที่รักก็พยายามทำออกมาให้ดีที่สุด”



ผลงานทั้งหมดถือเป็นความภาคภูมิใจของคุณหมอท่านนี้ เพราะงานทุกชิ้นเป็นงานที่ปั่นมากับมือ โดยยึดหลักการทำงานที่ว่า **‘ทำวันนี้ให้ดีที่สุด’** เพื่อให้งานนั้นออกมาประสบความสำเร็จ ไม่เพียงเท่านั้น การมีต้นแบบที่ดีในการปฏิบัติงานยังเป็นส่วนสำคัญที่สนับสนุนให้งานทุกชิ้นออกมาประสบความสำเร็จ

“อาจารย์ทุกท่านถือเป็นต้นแบบในชีวิต โดยได้อบรมสั่งสอนและปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างให้เห็นว่าการปฏิบัติงานที่ดีเป็นอย่างไร ประกอบกับคุณพ่อเป็นศัลยแพทย์ จึงได้เห็นว่าการเป็นแพทย์นั้นต้องเสียสละเป็นอย่างมาก เพราะต้องอุทิศเวลาให้แก่ผู้ป่วยจนแทบจะไม่ค่อยมีชีวิตส่วนตัว ซึ่งทั้งหมดเป็นตัวอย่างให้เห็นทั้งข้อดีและข้อที่จะสามารถนำมาพัฒนาปรับปรุง เพราะตนเองก็ไม่ใช่คนสมบูรณ์แบบ แต่คิดว่าจะทำวันนี้ให้ดีที่สุด วันพรุ่งนี้จะได้ตั้งใจว่าทำได้ทำเมื่อวานดีแล้ว”

ในบทบาทของอาจารย์แพทย์ **นพ.ชนิษฐ์** กล่าวว่า ถ้าถามว่าตนเป็นอาจารย์แบบไหน นักเรียนก็จะบอกว่า แต่โดยส่วนตัวแล้วจะเคร่งครัดในสิ่งที่ควรจะเป็น เพราะอาจารย์ผู้ใหญ่ที่เป็น Role Model ให้กับตน ท่านก็แสดงให้เห็นว่าการเป็นอาจารย์ต้องเคร่งครัด ไม่ปล่อยปละละเลยในสิ่งที่เห็นว่าไม่ถูกต้อง แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องทำตัวอย่างให้นักเรียนดู คิดว่าการสอนนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านในปัจจุบันนั้น การทำให้ดูสำคัญกว่าการบอก ถ้าอยากให้เราทำอะไรก็ต้องทำเป็นตัวอย่างให้เขาดู

ด้านการบริการ **นพ.ชนิษฐ์** กล่าวว่า ตนเชี่ยวชาญทางด้านโรคพันธุกรรม ซึ่งการบริการสมัยก่อนนั้นมีค่อนข้างน้อย ไม่สามารถตรวจยืนยันการวินิจฉัยได้ มุมมองของโรคพันธุกรรมคือเป็นกรรม แต่ปัจจุบันไม่ใช่เพราะนี่คือวิทยาศาสตร์ โรคพันธุกรรมเป็นโรคที่สามารถวิเคราะห์หาสาเหตุได้ ตรวจวินิจฉัยโรคได้ ตรวจวินิจฉัยก่อนมีอาการได้ และบางโรคสามารถรักษาได้ ที่สำคัญคือในหลายโรคป้องกันได้ และทราบว่ายีนก่อโรคอยู่ที่ใด

“การรักษาโรคทางพันธุกรรมต้องยอมรับว่าไม่ได้มีโอกาสมหาสูง ผู้ป่วยจะอยู่กับสภาพทุพพลภาพหรือปัญหาของโรคเป็นเวลานาน เพราะฉะนั้นความภาคภูมิใจคือ การที่สามารถทำให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตัวเองเป็นโรคเพราะอะไร มันไม่ใช่เป็นเรื่องของกรรม แต่เป็นวิทยาศาสตร์ที่เกิดขึ้นโดยที่ไม่สามารถควบคุมได้ สามารถที่จะปรับตัวอยู่กับโรคได้ หากทางช่วยเหลือให้เขาฟุ้งสุขภาพของเขาให้ดีที่สุด และให้ความหวังว่าในอนาคตอาจจะมีการรักษาที่ดีกว่าเกิดขึ้น หรือถ้าไม่มีการรักษาจำเพาะ การรักษาบรรเทาอาการก็ยังสามารถทำได้”

ด้านการวิจัย ปัจจุบัน **นพ.ชนิษฐ์** ได้พัฒนาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้แพทย์ทั่วไปสามารถมี Test ที่เลือกใช้ได้ เพื่อลดการที่จะต้องส่งไปตรวจต่างประเทศเหมือนในสมัยก่อน ในปัจจุบันโรคพันธุกรรมที่พบบ่อยในประเทศ แต่ละสถาบันจะมี Test ให้ผู้ป่วยได้รับการยืนยันการวินิจฉัยโรคได้ ไม่เพียงเท่านั้น แพทย์ทางด้านพันธุศาสตร์ทั่ว ๆ ไปยังร่วมมือกันสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อให้บริการคนไทยทั่วประเทศ

ท้ายนี้ **นพ.ชนิษฐ์** ได้ฝากถึงท้ายถึงอายุรแพทย์รุ่นใหม่ว่า “ขอให้รักในสิ่งที่ทำและทำในสิ่งที่รักให้ดีที่สุด ความรักจะทำให้เกิดความสุขยาม ไม่ย่อท้อและอดทนต่ออุปสรรค เพราะการเป็นแพทย์ในปัจจุบันนี้ไม่ได้ราบเรียบและมีความต่างจากสมัยก่อนไม่ว่าจะเป็นคำรักษาพยาบาล Test ที่มีให้เลือกใช้มากขึ้น ต้องใช้ความรู่มากขึ้นว่าจะเลือกใช้การทดสอบอย่างไร การรีเฟอร์หรือไม่รีเฟอร์ การหาความเห็นจากแพทย์ท่านอื่นเป็นสิ่งที่อายุรแพทย์รุ่นใหม่ต้องประสบ เพราะฉะนั้นต้องทราบบว่าตัวเองรักจริงที่จะเป็นแพทย์ นอกจากนี้อายุรแพทย์เมื่อเทียบกับสาขาอื่นแล้ว แม้จะไม่ได้หนักที่สุด แต่ก็หนักไม่น้อยไปกว่าสาขาอื่น เพราะฉะนั้นจะต้องมีความอดทน”

“จะทํายังไรให้ประชาชน
สามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้ในเบื้องต้น
และสามารถพึ่งพาตัวเองได้”

นพ.วัชระ ก้อนแก้ว

อายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น



นพ.วัชรระ ก้อนแก้ว จบแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับวุฒิบัตรด้านเวชกรรมสาขาอายุรกรรม และวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปัจจุบันปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

ภายใต้บุคลิกและอุปนิสัยสุภาพ เรียบร้อย
อ่อนโยน แต่ภายในนั้นแฝงไว้ด้วยความเข้มแข็งใน
การทำงาน เป็นแพทย์นักพัฒนาที่มีจิตอาสาสูง
สมณะ นำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการ
ทำงานและการดำรงชีวิต พอใจในสิ่งที่ตนมี
รักในงานที่ทำ ปฏิเสธค่าตอบแทนสูง ทั้ง ๆ ที่มี
ผู้มาเสนอให้ไปทำงานในโรงพยาบาลที่ได้รับค่า
ตอบแทนสูงกว่า อุทิศตนตลอดระยะเวลา 15 ปี
เพื่อรักษา ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาล
โพธารามด้วยความทุ่มเท ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์
แห่งประเทศไทยจึงมีมติเป็นเอกฉันท์ยกย่องให้
นพ.วิรัช ก้อนแก้ว ได้รับรางวัลอายุรแพทย์รุ่น
ใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2556

นพ.วัชร กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับรางวัลว่า “รู้สึกเป็นเกียรติอย่างมากที่ได้รับรางวัลอายุรแพทย์รุ่นใหม่โดดเด่น ประจำปี พ.ศ. 2556 ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ถือเป็นรางวัลสูงสุดของวิชาชีพแพทย์ที่ได้รับ ไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะได้รับรางวัล เพราะการทำงานที่ทำอยู่ในทุกวันนี้ทำตามจิตสำนึกแห่งวิชาชีพ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ประชาชน และสังคม”

ด้านบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วย **นพ.วัชร** กล่าวว่า สถานการณ์การเจ็บป่วยในปัจจุบัน ทั้งจำนวนผู้ป่วย ชนิดและความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้น ประชาชนพึ่งพาตัวเองได้น้อยลง เมื่อเจ็บป่วยก็มาโรงพยาบาลเพื่อรักษา ส่งผลกระทบถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ของโรงพยาบาล และของประเทศชาติเพิ่มมากขึ้น จึงเกิดแนวคิดที่ว่าจะหาอย่างไรให้ประชาชนสามารถดูแลรักษาตัวเองได้ในเบื้องต้นและสามารถพึ่งพาตัวเองได้

การแพทย์แบบผสมผสาน ตามแนว
ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ โดยการแพทย์แบบผสมผสานนี้เป็น

การแพทย์พอเพียง (Sufficiency Medicine) เป็นการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนตะวันตก คือ แพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์แผนตะวันออก คือแพทย์แผนไทย แผนจีน แผนโบราณ ซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่ดี มีมายาวนานและประสบความสำเร็จในอดีต แต่ในปัจจุบันถูกหลงลืมไปและหันมานิยมตามยุคสมัยว่าการแพทย์แผนตะวันตกเป็นการรักษาที่ได้ผลที่สุด แต่ผลที่พบคือการแพทย์แผนตะวันตกนี้ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งหมด จำนวนผู้ป่วยยังเพิ่มมากขึ้น ทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ แสดงว่ายังมีช่องว่างของการดูแลรักษาอยู่ การเติมเต็มช่องว่างนี้ด้วยการดูแลแบบการแพทย์ผสมผสานน่าจะเป็นการทำให้การเจ็บป่วยลดน้อยลงได้ ดังนั้น การแพทย์ผสมผสานหรือการแพทย์พอเพียงจึงเสมือนเป็นวัคซีนสุขภาพให้ประชาชน สังคม และประเทศชาติมีความมั่นคงทางด้านสุขภาพต่อไปในอนาคต



นพ.วัชร กล่าวอีกว่า โรงพยาบาลโพธารามได้นำการแพทย์วิถีธรรมของ **อาจารย์หมอเขียว ใจเพชร กล่าจน** มาปรับใช้ ซึ่งเป็นการแพทย์ที่ได้นำบูรณาการองค์ความรู้ของแพทยศาสตร์ต่าง ๆ ไว้ ไม่ว่าจะเป็นแผนปัจจุบัน แผนจีน แผนพื้นบ้าน โดยยึดตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และใช้ธรรมะเข้ามากำกับ เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติดีให้พ้นจากโรคภัยที่เป็นอยู่ โดยการแพทย์วิถีธรรมได้รับการรับรองจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ประชาชนสามารถปฏิบัติตามได้ โดยมีข้อปฏิบัติ 9 ข้อ ได้แก่

1. การรับประทานสมุนไพรปรับสมดุล
2. กัวชาหรือชุดชาหรือชุดพิษหรือชุดลม เป็นการแพทย์ดั้งเดิมของชาวไทยภูเขา ชาวจีน หม่า ลาว เวียดนาม มาเลเซีย และประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อขับพิษออกจากร่างกาย ทำให้สามารถบรรเทาอาการไม่สบายได้อย่างรวดเร็ว
3. การสวน

ล้างลำไส้ (ดีท็อกซ์) 4. การแช่มือแช่เท้าในน้ำ
สมุนไพร 5. การพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ
ด้วยสมุนไพร 6. ออกกำลังกาย ก่อจุดลมปราณ
โยคะ กายบริหารที่ถูกต้อง 7. การรับประทาน
อาหารประสมคุณร่างกาย 8. ใช้ธรรมชาติ ทำใจให้
สบาย ผ่อนคลายความเครียด และ 9. รู้เพียรรู้จัก
ให้พอดี

“การแพทย์แผนปัจจุบันเรายอมรับว่าเป็นแนวทางที่เห็นผล แต่ปัจจุบันเนื่องจากค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ถ้าเรายังอยู่ตามรอยเดิมประเทศชาติจะรับภาระด้านการดูแลสุขภาพต่อไปไม่ไหว เพราะฉะนั้นจึงต้องเปลี่ยนวิธีการหรือหันกลับมามองสิ่งดี ๆ ที่เรามีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์ จึงอยากเชิญชวนให้แพทย์ทุกท่านกลับมามองการแพทย์ผสมผสาน การแพทย์พอเพียง ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้เราไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป”

นอกจากบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลแล้ว **นพ.วัชร** ยังมีบทบาทการ
ทำงานเพื่อสาธารณชนในเชิงจิตอาสา ภายใต้อำนาจ
โครงการอาสาสมัครรักษาดมรยเนื่องพระยุคลบาท
ของโรงพยาบาลโพธาราม ซึ่งประกอบด้วยแพทย์
ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
และจิตอาสาจากภาคประชาชน รวมกลุ่มกันออกไป
ช่วยเหลือประชาชนที่อยู่ห่างไกล หรือประสบ
ภัยพิบัติต่าง ๆ ที่ขาดโอกาสในการเข้ารับบริการ
ด้วยคำนึงว่าการเป็นแพทย์ต้องมิจิตใจที่มีความ
เมตตากรุณาต่อผู้ป่วย มีคุณธรรม จริยธรรมในการ
ดูแลรักษาผู้ป่วย และคงอยู่ในวิชาชีพแพทย์ที่ดี ดัง
ที่สมเด็จพระราชบิดาทรงพระราชทานพระคำรัส
เอาไว้ **“ฉันไม่ต้องการให้พวกเธอเป็นเพียงหมอ
เท่านั้น แต่ฉันต้องการให้พวกเธอมีความเป็น
มนุษย์ด้วย”**

“แพทย์ต้องไม่ดูตายนับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เราต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับหนึ่ง ต้องดูแลผู้ป่วยด้วยจิตใจที่ปรารถนาดี ต่อผู้ป่วยอย่างจริงใจ ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และคนรอบข้างให้พ้นทุกข์ รวมทั้งต้องมีจิตสาธารณะ อุทิศตนให้แก่สังคม เพื่อให้คนไทยได้เข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ”

นพ.วัชร กล่าวทั้งท้าย



ประมวลภาพงานประชุมวิชาการราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 29

"Changes and Challenges in Internal Medicine"

วันที่ 24-27 เมษายน 2556

ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี



ER.....แออัด

โดยทั่วไปที่ห้องฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีระบบในการบริหารจัดการเพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการของห้องฉุกเฉินถ้าพบว่าแพทย์ประเมินว่าไม่ใช่ภาวะฉุกเฉินก็มักต้องเสียค่าใช้จ่ายแพงมาก แต่ถ้าประเมินว่าเป็นภาวะฉุกเฉินจริง ทางบริษัทประกันชีวิตและสุขภาพต่าง ๆ ก็จะรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วย

เคยมีอยู่ครั้งหนึ่ง ฉันนั่งเฝ้าดูพยาบาลอเมริกันทำการคัดกรองผู้ป่วย พบมีหญิงนิกรรายหนึ่งแต่งตัวด้วยเสื้อผ้าเก่า ๆ มาด้วยอาการไข้สูงและไอมาก พยาบาลนั่งพูดคุยกับผู้ป่วยสักพักก็ประเมินว่าเป็นความรุนแรงระดับ 2 ซึ่งถือว่าเร่งด่วนมาก จนทำให้ฉันเกิดความสงสัยเป็นอย่างมาก เนื่องจากมองด้วยตาเปล่าก็พอจะเดาได้ว่า...อาการของเธอนั้นไม่ฉุกเฉิน

พยาบาลอธิบายให้ฟังว่า ผู้ป่วยรายนี้ยากจน และถ้าประเมินว่าไม่ฉุกเฉินก็จะต้องเสียค่าใช้จ่ายแพงมาก ดังนั้น การประเมินว่าเธอมีอาการฉุกเฉินจึงทำให้ระบบประกันสังคมของรัฐบาลสามารถเข้ามาช่วยจ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนเธอได้

แต่ถ้าประเมินว่าไม่ฉุกเฉินแล้วก็จะทำให้ผู้ป่วยที่ยากจนและไม่มีเงินพอจะจ่าย จำต้องเซ็นหนังสือยินยอมติดค้างค่าใช้จ่ายกับโรงพยาบาล ซึ่งหลายครั้งพบว่าแผนกการเงินของโรงพยาบาลก็ไม่สามารถทวงติดตามค่ารักษาพยาบาลคืนมาได้...กลายเป็นหนี้เสียไปโดยอัตโนมัติ

ครั้งหนึ่งนักศึกษาไทยในสหรัฐอเมริกาไปตรวจที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการนี้วิ่งเข้าหาอาการเจ็บขบจนอีกเสบวมแดง พยาบาลห้องฉุกเฉินประเมินว่าไม่ด่วนแล้วส่งไปตรวจที่คลินิกทั่วไป ซึ่งมีแพทย์ผู้ช่วยหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตรวจให้ก็จำต้องเสียค่าใช้จ่ายแพงมากถึง 500 ดอลลาร์ เพราะอาการไม่ฉุกเฉินและบริษัทประกันสุขภาพก็ไม่จ่ายให้ ดังนั้น นักศึกษาไทยรายนี้จึงต้องจ่ายเองทั้งหมด

โดยคลินิกทั่วไปนี้จะเปิดเคียคู่กับห้องฉุกเฉินตั้งแต่ 16.00-24.00 น.

ในสหรัฐอเมริกาจะมีระบบฝึกสอนการเป็นแพทย์ผู้ช่วยซึ่งเป็นบุคคลที่เรียนจบจากมัธยมศึกษาตอนปลายแล้วมาเรียนสาขาวิทยาศาสตร์ รวมทั้งให้ศึกษาการดูแลรักษาผู้ป่วยตามหอผู้ป่วยต่าง ๆ ทั้งหมดต้องเรียนนาน 4 ปี เมื่อจบแล้วสามารถไปช่วยแพทย์ตรวจตามคลินิกต่าง ๆ ได้ สามารถทำการแทงเส้นเลือด ฉีดยาหรือหัตถการกับผู้ป่วย เช่น ถอดเล็บ ฉีดยา หรือใส่สายสวนปัสสาวะได้ภายใต้คำสั่งแพทย์

สำหรับพยาบาลในสหรัฐอเมริกาจะสามารถฉีดยาได้ ให้ผู้ป่วยกินยาตามคำสั่งแพทย์ได้ แต่ไม่สามารถใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่ให้



อาหาร หรืออุปกรณ์ใด ๆ ที่ทีมแพทย์ได้ ดังนั้น ลักษณะงานจึงต่างกับแพทย์ผู้ช่วย

นอกจากการคัดกรองที่จะแยกประเภทของผู้ป่วยที่สามารถมาใช้บริการในห้องฉุกเฉินแล้ว ระยะเวลารอคอยตามประเภทของการคัดกรองยังเป็นสิ่งที่ชาวอเมริกันยอมรับและเข้าใจได้ว่า ถ้าเขามาด้วยอาการไม่ฉุกเฉินก็ต้องรอคอยจนกว่าแพทย์จะรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินเสร็จก่อน

ทั้งนี้เป็นโยบายที่ยอมรับกันทั่วทั้งประเทศ

ชาวอเมริกันรายหนึ่งไปห้องฉุกเฉินด้วยอาการเคืองตาทั้ง 2 ข้างมานาน 1 วัน ก็พบว่าต้องนั่งรอตรวจนานเกือบ 12 ชั่วโมง กระทั่งอดทนรอคอยต่อไปไม่ไหวจนต้องขอกลับบ้านไปเองโดยไม่ได้พบแพทย์รายใดที่ห้องฉุกเฉินเลย ทั้งนี้เพราะช่วงเวลาที่ไปรอตรวจนั้น แพทย์ยุ่งเหยิงกับการตรวจผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่จนไม่มีเวลามาตรวจผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินได้ ซึ่งเขาก็ยอมรับกฎข้อนี้ได้โดยดุษฎี

ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาแบ่งห้องตรวจออกเป็นห้อง ๆ ที่มีประตูปิดมิดชิด ทั้งนี้เพื่อการตรวจทุกอย่างกระทำอยู่แต่ในห้อง อันเป็นการปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ไม่ใช่เป็นแบบพื้นที่ว่าง ๆ ที่ใส่เตียงได้เรื่อย ๆ เหมือนห้องฉุกเฉินในประเทศไทย ดังนั้น ในสหรัฐอเมริกาถ้าห้องตรวจเต็มแล้ว ทางห้องฉุกเฉินก็จะไม่มีการเอาเตียงมาเสริมรอในทางเดินเด็ดขาด

ดังนั้น หลายครั้งห้องฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกาจึงแจ้งแก่ผู้ป่วยที่รอตรวจอยู่ว่า...ห้องเต็ม

ห้องฉุกเฉินในไทยนั้นมักเป็นพื้นที่โล่ง ๆ ที่ใส่เตียงได้เรื่อย ๆ เตียงแต่ละเตียงจะอยู่ชิดกันมากและไม่มีม่านกันแต่ละเตียง ทำให้เวลาแพทย์ซักประวัติหรือตรวจร่างกายก็ทำให้เตียงข้างเคียงทราบอาการของผู้ป่วยรายนั้นไปด้วย

บางครั้งเกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเตียงข้าง ๆ ซึ่งอาจมาด้วยอาการสับสนบางอย่างหันมาบิดป้ายมือมาดึงสายสวนอาหารของผู้ป่วยจากอีกเตียงหลุดออกไปได้

หลายครั้งผู้ป่วยเตียงข้าง ๆ กันรอคอยในห้องฉุกเฉินอยู่นานจนพูดคุยกันกลายเป็นเพื่อนไปเลย มีการซื้ออาหารมาแบ่งกันกินและเป็นเพื่อนต่อกันไปได้โดยไม่ยาก

หรือบางครั้งญาติที่มาเฝ้าอยู่เตียงหนึ่งก็สามารถเล่าอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอีกเตียงหนึ่งได้ เพราะถูกฝากให้เฝ้าผู้ป่วยทั้ง 2 เตียงโดยอัตโนมัติ อันเกิดมาจากการรอคอยการตรวจและรักษาต่าง ๆ ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเป็นเวลานานก็ยังไม่ได้รับตัวไว้รักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลสักที ทั้งนี้เพราะเตียงในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลเต็มอยู่ตลอดเวลา

มีอยู่ครั้งหนึ่งญาติพากันมาเยี่ยมผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินและนำของใช้ของกิน พร้อมรูปภาพของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ขนาดใหญ่มาให้ผู้ป่วยที่นอนรอคอยการรักษาในห้องฉุกเฉิน จนกระทั่งเป็นภาระแก่พยาบาลต้องเอาไปช่วยเก็บให้ เพราะห้องฉุกเฉินเป็นเพียงที่พักรอคอยชั่วคราว ไม่ได้เป็นห้องที่สามารถวางข้าวของให้เกิณพื้นที่เตียงของแต่ละเตียงได้ รวมทั้งไม่ได้มีพื้นที่พอให้แขวนภาพตามผนังเหนือเตียงผู้ป่วย

แต่ห้องตรวจในห้องฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาจะถูกแบ่งเป็นสัดส่วน ภายในห้องจะมีตู้หนังสือ นิตยสาร มีโทรทัศน์ และเก้าอี้ให้ญาตินั่งเฝ้าผู้ป่วย โดยผู้ป่วยทั้งหมดให้ใช้ห้องน้ำรวม ทั้งนี้เพราะหลายครั้งผู้ป่วยอาจต้องรอผลตรวจอยู่นาน เช่น ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เมื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและผลเลือดแล้วอาจจำเป็นต้องรออีก 6 ชั่วโมง เพื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเลือดซ้ำอีกครั้ง

สรุปในสหรัฐอเมริกา มีทั้ง

1. ระบบคัดกรองที่ช่วยแยกความเร่งด่วนในการใช้บริการของห้องฉุกเฉิน
2. มีคลินิกแยกเพื่อช่วยตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่เร่งด่วน
3. ในกรณีที่มีอาการไม่ฉุกเฉินก็จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ห้องฉุกเฉินแพงมาก

สำหรับประเทศไทยยังไม่มีระบบคัดกรองที่เข้มแข็งมากนัก มีหลายโรงพยาบาลพยายามเปิดคลินิกเย็นเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระห้องฉุกเฉิน เช่น เปิดตั้งแต่ 16.00-21.00 น. ก็กลับพบว่าผู้ป่วยคิดว่าเป็นคลินิกด่วน ทั้งนี้เพราะสามารถมารักษาตอนเย็นได้โดยไม่ต้องกลางคืน และไม่ต้องรอคิวนานเหมือนคลินิกเช้า ทำให้มีผู้ป่วยมารอตรวจที่คลินิกเย็นนี้เป็นจำนวนมาก ซึ่งพอคลินิกเย็นนี้ปิด ผู้ป่วยที่มีอาการไม่เร่งด่วนเหล่านี้ก็จะถูกโอนกลับมารอตรวจที่ห้องฉุกเฉินโดยทันที อันทำให้ห้องฉุกเฉินแออัดมากยิ่งขึ้น



แม้จะพยายามอธิบายว่าอาการของผู้ป่วยไม่เร่งด่วนและต้องรอคอยนาน ผู้ป่วยที่มาจากคลินิกตอนเย็นก็มักแจ้งว่า ไหน ๆ มาแล้วก็ต้องรอตรวจให้ได้ แต่ในบางครั้งถ้ารอนาน ๆ ก็เริ่มโวยวายจนทำให้ทีมห้องฉุกเฉินจำต้องส่งตัวเขาเข้ารับการตรวจอย่างเร่งด่วนก่อนเพื่อไม่ให้เกิดกรณีร้องเรียนไม่พึงพอใจบริการ

นอกจากนี้ก็ไม่อยากให้ผู้ป่วยอื่น ๆ เห็นแล้วเลียนแบบทำการลัดคิวตามอย่างอีกด้วย

มีนักศึกษาแพทย์ไทยจากโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งมีความสนใจในการคิดแก้ปัญหาห้องฉุกเฉินแออัด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่แออัดในห้องฉุกเฉินก็จะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที รวมทั้งอาจเกิดอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่งกะทันหันขึ้นในระหว่างรอตรวจได้อีกด้วย

นักศึกษาแพทย์ไทยรายนี้ได้เสนอโครงการเพื่อขอทุนไปดูงานต่างประเทศ ซึ่งก่อนเดินทางนักศึกษาแพทย์รายนี้ได้ขอข้อมูลระบบห้องฉุกเฉินของโรงเรียนแพทย์อยู่หลายแห่งเพื่อเตรียมข้อมูลก่อนออกเดินทาง

โชคดีที่ฉันได้มีโอกาสพูดคุยกับนักศึกษาแพทย์รายนี้ด้วยก่อนออกเดินทาง พบว่าเธอมีความรู้ดีมากเกี่ยวกับงานคุณภาพต่าง ๆ รู้จักเครื่องมือในการประเมินคุณภาพงาน รู้จักระบบงานจำเป็นบางอย่างของห้องฉุกเฉินเป็นอย่างดี เช่น ระบบส่งต่อผู้ป่วย และระบบคัดกรอง

ดังนั้น เธอจึงเป็นความหวังหนึ่งของฉันว่าเธออาจค้นพบอะไรบางอย่างที่น่ากลับมาแก้ปัญหาห้องฉุกเฉินแออัดในประเทศไทยได้

เธอไปอยู่สหรัฐอเมริกา 1 ปี เมื่อเธอกลับสู่ประเทศไทย ฉันได้มีโอกาสพบเธออีกครั้ง ฉันจึงซักถามเธอเกี่ยวกับปัญหานี้และวิธีการแก้ไข

เธอตอบว่า “ปัญหาห้องฉุกเฉินแออัดพบอยู่ทุกหนทุกแห่งทั่วโลกค่ะ สำหรับการแก้ไขก็ต้องปรับไปตามบริบทและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ”

ซึ่งน่าจะสรุปได้อย่างสั้น ๆ ว่า ไม่มีรูปแบบหรือระบบจำเพาะใดที่สามารถแก้ปัญหาความแออัดของห้องฉุกเฉินได้

ปัญหาของใคร...ก็แก้ไขแบบทางใครทางมัน



สรุปปัญหาหมั่นตัก 30 บาทรักษาทุกโรค และข้อเสนอในการแก้ปัญหา



<<< (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

หลักการแก้ปัญหาหมั่นตัก 30 บาท ตามรอยบาท
พระพุทธองค์

เมื่อมาทบทวนปัญหาของระบบ 30 บาทที่ก่อให้เกิด
ปัญหาต่อมาเป็นลูกโซ่แล้ว ก่อนที่จะเสนอแนวทางการแก้
ปัญหา ก็คงจะต้องมาดู “สาเหตุแห่งปัญหา” ก่อน เพื่อจะได้
แก้ปัญหาได้ เปรียบเหมือนการแก้ปัญหา “ความทุกข์” ตาม
หลัก “อริยสัจสี่” ดังนี้คือ

1. ปัญหา คือ “ทุกข์”
2. ต้นเหตุแห่งปัญหา คือ “สมุทัย”
3. การหมดสิ้นแห่งปัญหา คือ “นิโรธ”
4. วิธีการแก้ปัญหาคือ “มรรค”

ฉะนั้นโดยสรุปในเรื่องการแก้ไขหมั่นตักเกี่ยวกับ
ระบบ 30 บาท ก็ขอสรุปดังนี้คือ

1. ปัญหาของระบบ 30 บาท ก็คือหมั่นตักต่อ
ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังที่ได้ยกตัวอย่างไว้แล้ว
2. ต้นเหตุแห่งปัญหา คือ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ และการบริหารงานของคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้ง พ.ร.บ.สวรส.
สสส. สช.
3. การหมดสิ้นแห่งปัญหา คือการ “หยุดยั้งหมั่นตัก
ของระบบ 30 บาท” ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และ
ป้องกันไม่ให้เกิดหมั่นตักขึ้นอีก โดยแก้ไขในแต่ละ
เรื่องดังนี้คือ
 - 3.1 ทำให้ประชาชนที่ไปรับบริการสาธารณสุขมีความ
สะดวก ปลอดภัย และมีสุขภาพดี
 - 3.2 ทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีการทำงานที่เหมาะสม
มีคุณภาพชีวิตที่ดี
 - 3.3 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณที่เหมาะสม
ในการจัดบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน
มีจำนวนบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับ
ภาระงาน มีการพัฒนาอาคารสถานที่ วัสดุ
อุปกรณ์ เทคโนโลยีและเวชภัณฑ์ที่ทันสมัย
มีมาตรฐาน

3.4 การประกันสุขภาพมีความเหมาะสมและ

เป็นธรรม สามารถสนับสนุนให้ประชาชนได้รับการ
สาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนมีส่วนร่วม
ในการประกันสุขภาพ

3.5 มีการสนับสนุน ส่งเสริม และควบคุมคุณภาพมาตรฐาน
บริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ เพื่อคุณภาพชีวิต
ที่ดีของประชาชน

3.6 มีการส่งเสริมการใช้จ่ายให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้
การใช้จ่ายทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงประสิทธิผลของยา
และประสิทธิภาพในการบริการสาธารณสุข

3.7 ควบคุมการบริหารงานของกองทุนประกันสุขภาพให้
ถูกต้อง โดยยึดหลักธรรมาภิบาลในการบริหารกิจการ
บ้านเมืองที่ดี

3.8 การส่งเสริมความเข้าใจแก่ประชาชนในการบริการทาง
การแพทย์ ให้แพทย์มีเวลาอธิบายและทำความเข้าใจกับ
ผู้ป่วยและญาติ

3.9 การส่งเสริมให้ผู้บริหารในระดับชาติมีความเข้าใจปัญหา
โดยได้รับข้อมูลที่ตรงไปตรงมา ถูกต้องกับความเป็นจริง
ไม่มีการบิดเบือนข้อมูลไปจากความเป็นจริง และสามารถ
แก้ปัญหาได้อย่างตรงไปตรงมา และแก้ปัญหาได้เหมาะสม

4. วิธีการแก้ปัญหา โดยกำหนดระยะเวลาในการแก้ปัญหาเป็น
3 ระยะคือ ระยะสั้นทำได้ทันที ระยะกลางใช้เวลา 6-12 เดือน
และระยะยาวเป็นการแก้ปัญหาที่ต้องดำเนินการให้เป็นผล
สำเร็จในระยะเวลามากกว่า 1 ปี

การแก้ปัญหาในระยะสั้นเป็นการแก้ปัญหาย่างเร่งด่วน
ทันเวลา ได้แก่ การแก้ปัญหาที่ต้นเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา

เนื่องจากต้นเหตุแห่งปัญหาในระบบ 30 บาท ก็คือ พ.ร.บ.หลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ ที่บริหารกองทุนผิด พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพหลาย
มาตรา จนทำให้เกิดหมั่นตักต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว การจะยุติปัญหาก็คือ
ต้องแก้ไขการบริหารกองทุนของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่ง
ชาติโดยทันที ดังนี้

1.1 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องพูดความ
จริงกับประชาชน ว่า 30 บาทให้การรักษาแค่ไหน โดยคณะกรรมการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สปสช. ควรทำความเข้าใจที่ถูกต้องกับสังคมและประชาชนคือ ควรเริ่มการพูดความจริงแก่ประชาชนว่างบประมาณในการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขไม่เพียงพอที่จะให้ประชาชนได้รับ “การรักษาทุกโรค” ได้ จะสามารถทำได้โดยต้อง “เพิ่มเงินเข้าสู่ระบบให้มากขึ้น” ซึ่งจะใช้เงินจากงบประมาณแผ่นดินหรือประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการ “รักษาสุขภาพของตนเองและครอบครัว” ก็คงต้องร่วมกันตัดสินใจบนฐานข้อมูลที่แท้จริง

ทั้งนี้เนื่องจากงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรมาเป็นค่าเหมาจ่ายรายหัวนั้น มีไม่เพียงพอที่จะให้การรักษาประชาชนทุกคนอย่างมีคุณภาพมาตรฐานได้ จึงควรให้การรักษาเฉพาะ “ผู้ยากไร้” ตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 เท่านั้น³⁾ ที่จะได้ได้รับการรักษาฟรี ประชาชนที่มีรายได้เหนือระดับ “ความยากจน” ควรจะต้อง “มีส่วนร่วมจ่าย” ตามความเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้โรงพยาบาลมีงบประมาณในการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ที่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานการแพทย์ที่ดี

1.2 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องปรับเปลี่ยนการส่งงบประมาณรายหัวให้แก่โรงพยาบาลหรือสถานบริการอย่างรวดเร็วทันเวลาและถูกต้องเต็มจำนวน โดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเร่งรัดพัฒนาระบบการส่งงบประมาณจาก สปสช. ให้แก่สถานพยาบาลให้ตรงไปตรงมา สุจริต โปร่งใส และทันเวลา ให้มีการจ่ายเงินตามงบประมาณรายหัวให้แก่โรงพยาบาลโดยไม่ต้องไปแบ่งแย่งงบประมาณเป็นหลายส่วนเหมือนที่เป็นในปัจจุบันนี้ เนื่องจากไม่ถูกต้องตามที่บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และมีผลทำให้โรงพยาบาลได้รับเงินไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในการให้บริการประชาชน ทั้งนี้เพื่อแก้ไขให้โรงพยาบาลมีงบประมาณในการจัดหายา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์ เพื่อใช้ในการบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างมีมาตรฐาน สามารถป้องกันความเสียหาย ช่วยให้ประชาชนมีความปลอดภัย และมีสุขภาพดี

1.3 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องยุติโครงการที่คิดขึ้นเอง ให้ทำงานเฉพาะตามที่เป็นหน้าที่ที่บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น โดยยุติโครงการที่ สปสช.วางแผนเอง (Vertical Program) เนื่องจากเป็นการกระทำที่ผิดไปจาก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเป็นสาเหตุให้มีการใช้งบประมาณแก่สถานพยาบาลเอกชนในการทำงานเฉพาะกิจ และทำให้โรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยทั่วไปประสบปัญหาเงินไม่พอใช้ในการรักษาผู้ป่วยจนถึงขาดสภาพคล่องทางการเงิน

1.4 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจัดให้มีการประชุมรับฟังความเห็นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยด่วน ตามที่บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



พ.ศ. 2545 มาตรา 18(13) เพื่อให้ สปสช.รับรู้ถึงปัญหาความขาดแคลนที่โรงพยาบาลส่วนมากเผชิญอยู่ ทั้งนี้เพื่อกำหนดค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุขแก่หน่วยบริการอย่างเหมาะสมเพียงพอต่อการบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน และให้ สปสช.ได้ทำความเข้าใจกับประชาชนที่มาใช้บริการให้รู้ถึงสภาพที่แท้จริงของงบประมาณที่ใช้ในการรักษา

1.5 ต้องมีการกำหนดขอบเขตการบริการสาธารณสุขว่า ระบบ 30 บาทจะให้บริการแค่ไหน อย่างไร แก่ประชาชน ไม่ใช่บอกว่ารักษาทุกโรคแต่ให้งบประมาณไม่พอที่จะรักษาทุกโรคจริง คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องกำหนดว่างบประมาณที่มีอยู่นี้สามารถครอบคลุมการรักษาได้แค่ไหน อย่างไร และบอกให้ประชาชนได้ทราบขอบเขตของการรักษาตามความเป็นจริง ในกรณีที่ต้องใช้ยาที่มีประสิทธิผลที่สูงกว่านี้ ประชาชนที่ยากจนจะต้องได้รับยาที่เหมาะสม โดยมีกองทุนพิเศษช่วยจ่ายค่ายาเพิ่มขึ้น ในขณะที่ประชาชนที่ไม่ยากไร้ต้องร่วมจ่ายค่ายาตามสัดส่วนที่พอทำได้ ต้องให้ประชาชนร่วมรับรู้ “ของถูก ๆ ฟรี ๆ ดี ๆ” นั้นไม่มีในโลกนี้ กล่าวคือจะต้องมีผู้รับผิดชอบในการจ่ายเงินเสมอ

1.6 กำหนดให้ประชาชน “มีส่วนร่วม” ในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการกำหนดจำนวนการมาโรงพยาบาล มีระบบนัดหมายตามความเหมาะสม และส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ส่งเสริมการมีสุขภาพดี (Health Promoting Behavior) เพื่อลดจำนวนการเจ็บป่วยและการไปใช้บริการสาธารณสุข

ถ้าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพไม่ยอมทำตามการแก้ไขที่เสนอไปนี้ คณะรัฐมนตรีสามารถแก้ไขการบริหารงานของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ทันที ตามมติ ครม.เมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2547 ข้อ 12⁴⁾

(อ่านต่อฉบับหน้า) >>>



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย

“99 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย” พัฒนาก้าวไกล...เพื่อปวงชน



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเครื่องบิน
Bird's Eye View, Chulalongkorn Hospital



...โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สร้างขึ้นโดยพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว พระองค์มีพระประสงค์ที่จะทรงบำเพ็ญพระราชกุศล พร้อมด้วยพระราชภาดา และภคินี สสนองพระเดชพระคุณ สมเด็จพระบรมชนกนาถ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และทรงโปรดให้พระราชทานนามตาม พระปรมาภิไธยสมเด็จพระบรมชนกนาถว่า “โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” เสด็จพระราชดำเนินทรงเปิดโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พุทธศักราช 2457 ให้บริการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บ และผู้ป่วยไข้ทั้งในยามสงคราม และยามปกติ โดยยึดมั่นในปณิธานอันแน่วแน่ที่จะให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทั่วไป โดยไม่เลือกชาติ ชั้น วรณะ ลัทธิ ศาสนา หรือความคิดเห็นทางการเมือง...

“โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นเสาหลักด้านสุขภาพของประเทศ และสถาบันชั้นนำในระดับนานาชาติ” จากข้อความดังกล่าวเป็นวิสัยทัศน์ที่ประชาชนชาวไทยให้การยอมรับว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เปรียบเสมือนสถาบันที่ให้การรักษาพยาบาล และสถาบันแห่งการเรียนรู้ระดับแนวหน้าของประเทศไทย

เนื่องในโอกาสครบ 99 ปี วันสถาปนาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วันที่ 30 พฤษภาคม พุทธศักราช 2556 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นเด่นชัด ซึ่งล่าสุดนี้โรงพยาบาลได้รับ “รางวัล Trusted Brand” เป็นผลจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้บริโภคโดยนิตยสาร Reader's Digest เกี่ยวกับความเชื่อมั่นหรือความน่าเชื่อถือ คุณภาพ คุณค่า ความเข้าใจในความต้องการของผู้บริโภค ความรับผิดชอบ ต่อสังคม และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการเสนอสินค้าหรือบริการใหม่ ๆ สู่ตลาด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการรักษามาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาลตลอดจนการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ จึงได้รับการยอมรับจากผู้บริโภค นอกจากนี้ยังได้พัฒนาการรักษาพยาบาลเพื่อให้ดีขึ้นกว่าเดิม ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลผู้ป่วยโรคที่ซับซ้อน ส่งเสริมสุขภาพที่เป็นมาตรฐานโดยการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยเข้ามาช่วยในการรักษาผู้ป่วยให้ได้ผลดีมีประสิทธิภาพควบคู่กับการดูแลอย่างครบวงจรของโรงพยาบาล เช่น การต่อยอดนวัตกรรมของคณะแพทย์ศูนย์โรคหัวใจ พัฒนาอุปกรณ์ชิ้นใหม่สำหรับปิดรูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องล่าง เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยแทนการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ, นำเทคโนโลยีรุ่นใหม่ล่าสุดและเป็นเครื่องแรกในเอเชีย เครื่องกำหนดเป้าหมายการฉายรังสีด้วย MRI (MRI Simulator) ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยรังสีและเคมีบำบัด, การนำเครื่องแยกชั้นกระดูกตาด้วยเลเซอร์ หรือ FEMTOSECOND LASER มาทำการรักษาสายตา





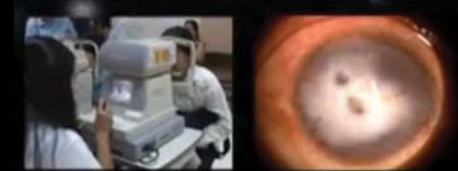
โครงการฝังประสาทหูเทียมในคนหูหนวก



ผิดปกติ (สั้น-ยาว) ที่มีความแม่นยำสูงในการแยกชั้นกระจกตา ทำให้ขอบแผลเรียบ ผิดกระจกตาสमानได้เร็วเมื่อเทียบกับการใช้วิธีเดิม ๆ และยังรักษาโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสายตาที่ซับซ้อน เป็นต้น

นอกจากการพัฒนางานบริการและการนำเครื่องมือที่ทันสมัยมาใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแล้ว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ยังได้จัดทำโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสังคม เช่น ในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ได้จัดทำโครงการพิเศษภายใต้ชื่อ **“โครงการแก้วตาใจ เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา สภานายิกาสภาภาคไทย”** ขึ้น เป็นโครงการที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยยากไร้จำนวน 12 โครงการคือ ผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในคนหูหนวก, ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา, เปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกแบบผ่านท่อ, ผ่าตัดโรคหลอดเลือดโป่งพอง, ผ่าตัดฝังเครื่องกระตุ้นเส้นประสาทสมองรักษาโรคลมชัก, ผ่าตัดหูดเทียมชนิด male slings, รองเท้าสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและผู้พิการ, ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และกระเพาะอาหาร, MRI Sim เพื่อวางแผนการฉายรังสี, คลอดบุตรกับสุขภาพ เฉลิมพระเกียรติฯ, ผ่าตัดปลูกถ่ายไต และผ่าตัดเพื่อน้อง แต่ละโครงการจัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง รวมทั้งโรคที่มีความซับซ้อนในการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระองค์ท่าน

ไม่เพียงแต่การรักษาพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ยังตระหนักถึงการให้ความรู้ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนมาโดยตลอด ดังจะเห็นได้จากการจัดกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ขึ้นอย่างสม่ำเสมอในหลายปี **“ด้วยความมุ่งมั่นและตั้งใจของแพทย์และทีมสหสาขาต่าง ๆ ที่ได้ร่วมแรงร่วมใจกันพัฒนาการรักษาพยาบาล เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชนชาวไทย รวมไปถึงระดับนานาชาติ ให้สามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือรักษาให้หายจากโรคแล้วกลับมาใช้ชีวิตที่ดีต่อไป”**



โครงการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา



อาคารเรียนนานาชาติ / ศูนย์วิจัยและบริการสุขภาพและอาคารศูนย์ความรู้เชิงลึก



Evening primrose oil – borage oil

กับการรักษาโรคผิวหนังอักเสบ



โรคผิวหนังอักเสบ (eczema) เกิดได้จากหลายสาเหตุ ผู้ป่วยจะมีอาการคัน บางครั้งผิวหนังจะแดง บางครั้งจะมีผื่น

ขึ้น คนทั่วโลกประมาณ 20% เคยมีประสบการณ์กับโรคผิวหนังอักเสบ โรคนี้สามารถหายได้เอง บางครั้งเป็นเรื้อรัง บางกรณีสามารถรักษาให้หายขาดได้ บางกรณีไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคผิวหนังอักเสบพบบ่อยในเด็ก โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ๆ อาการคันที่เกิดขึ้นส่งผลต่อสภาวะร่างกาย และส่งผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพและการพัฒนาการของผู้ป่วย ส่วนในผู้ใหญ่อาจส่งผลให้เสียบุคลิกภาพและความสวยงามได้

การรักษาโรคผิวหนังอักเสบส่วนใหญ่ แพทย์จะประเมินตามสาเหตุของโรคโดยพิจารณาตามความเหมาะสม แต่ส่วนใหญ่ยาที่ใช้มักได้ antihistamine, steroid โดยยากลุ่มดังกล่าวสามารถทำให้อาการดีขึ้น แต่ผู้ป่วยบางรายมีความกังวลถึงผลข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง จึงมองหาการแพทย์ทางเลือกเป็นทางเลือกเพื่อช่วยให้อาการของโรคผิวหนังอักเสบดีขึ้นได้ การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้เพื่อรวบรวมศึกษาผลของ evening primrose oil และ borage oil เพื่อใช้รักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังอักเสบ โดยเราได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ Cochrane review พบข้อมูลที่เกี่ยวข้องจำนวน 27 การศึกษา รวบรวมผู้ถูกศึกษาทั้งสิ้น 1,596 คน จากประเทศต่าง ๆ จำนวน 12 ประเทศ โดยพบว่า 19 การศึกษาเป็นการศึกษาผลของ evening primrose oil เปรียบเทียบกับยาหลอกในผู้ป่วยโรคผิวหนังอักเสบ และ 8 การศึกษาเป็นการศึกษาถึงผลของ borage oil เปรียบเทียบกับยาหลอกในผู้ป่วยโรคผิวหนังอักเสบ

ผลการศึกษาทั้งหมด 27 การศึกษาพบว่า evening primrose oil หรือ borage oil ทำให้อาการของโรคผิวหนังอักเสบดีขึ้นทุกรายงานการศึกษา มี 2 การศึกษาที่ศึกษาด้านคุณภาพชีวิต โดยไม่พบการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตหลังใช้ evening primrose oil - borage oil เมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก และอาจพบผลข้างเคียงจากการใช้สารสกัดดังกล่าว เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เลือดแข็งตัวช้าในผู้ป่วยได้

กล่าวโดยสรุป evening primrose oil, borage oil ช่วยให้อาการของโรคผิวหนังอักเสบ (eczema) ดีขึ้น แต่โดยรวมยังไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้น



ชายไทย อายุ 41 ปี มาด้วยหายใจหอบเหนื่อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล เดิมผู้ป่วยมีประวัติติดการดมกาวมาตั้งแต่อายุ 14 ปี และมีภาวะแทรกซ้อนเป็นภาวะเลือดเป็นกรดจากไตผิดปกติชนิดที่ 1 (renal tubular acidosis type I) ในครั้งนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติเมื่อ 7 วันก่อน คือญาติพบว่าผู้ป่วยดมกาวอย่างเดียวน ไม่กินข้าว และเริ่มสังเกตว่าผู้ป่วยดูหอบเหนื่อย อ่อนเพลียกว่าปกติ จนกระทั่ง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยเหนื่อยหอบมากขึ้น เรียกไม่ค่อยรู้ตัว จึงเรียกรถพยาบาลไปรับจากบ้านเพื่อนำส่ง



Sudden Sniffing Death Syndrome

โรงพยาบาล ระหว่างทางผู้ป่วยเริ่มมีลักษณะอาการหอบเหนื่อยจนต้องหอบเอื๊อก (air hunger) เมื่อมาถึงห้องฉุกเฉินพบว่าคลำชีพจรไม่ได้แล้ว คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น Pulseless Electrical Activity แพทย์จึงเริ่มทำการกดหน้าอกกู้ชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation) จนกระทั่งสามารถคลำชีพจรได้ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น sinus tachycardia โดยใช้เวลาไปทั้งสิ้น 5 นาที และได้ฉีดยา adrenaline 1 amp เข้ากระแสเลือดจำนวน 2 ครั้งด้วยกัน

ระหว่างนั้นแพทย์ได้ทำการสืบค้นหาสาเหตุของการที่ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวโดยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม รวมถึงให้การช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) การให้สารน้ำทดแทน เนื่องจากผู้ป่วยมีสภาวะช็อก จากนั้นจึงได้ส่งผู้ป่วยขึ้นหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เพื่อรับการดูแลต่อไป

ทีมแพทย์ที่ทำการรักษานึกถึงสาเหตุในครั้งนี้ว่าน่าจะเกิดจากพิษของสาร Toluene ที่มีผลต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ (cardiovascular system) ทำให้เกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) ชนิด Ventricular tachycardia หรือ Ventricular fibrillation ได้ ซึ่งสาร Toluene สามารถพบได้ในกาวที่ผู้ป่วยใช้ดมได้ รวมทั้งจากผลทางห้องปฏิบัติการออกมาสนับสนุนข้อสันนิษฐานดังกล่าวด้วย คือพบลักษณะ metabolic acidosis with severe hypokalemia และตรวจพบค่า Creatinine phosphokinase สูง แสดงว่ามีภาวะกล้ามเนื้อสลายตัว (Rhabdomyolysis) ร่วมด้วย ดังนั้น แพทย์จึงได้ตรวจเพิ่มเติมเกี่ยวกับสารนี้ในร่างกายของผู้ป่วยต่อไป โดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาสาร Toluene และสาร metabolite ซึ่งก็คือ Hippuric acid ในระหว่างที่รอผลของสารดังกล่าวจึงได้ทำการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด โดยเน้นให้การรักษาระดับประคอง เนื่องจากไม่มีการรักษาที่จำเพาะเจาะจงกับผู้ป่วย

การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การแก้ไขภาวะเกลือแร่ผิดปกติ (electrolyte imbalance-hypokalemia, hypocalcemia, hypophosphatemia, hyperchloridemia) การแก้ไขภาวะการเป็นกรดในเลือด (acidosis) การเพิ่มการขับปัสสาวะเพื่อกำจัดสาร metabolite ของ Toluene การเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด (monitor ECG) เพื่อระวังการเกิด QT prolongation ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้อีกครั้ง

พิษของสาร Toluene

Toluene เป็นสารในกลุ่ม Hydrocarbon & Volatile substance แบ่งอยู่ในชนิดย่อยคือ Cyclic aromatic ซึ่งเป็นกลุ่มสารที่สามารถพบได้ทั่วไปในบ้านเรือนหรือตามสถานที่ทำงานต่าง ๆ เนื่องจากสาร Toluene พบได้ในส่วนผสมของกาว สเปรย์พ่นสีอะคริลิก และปืนพลาสติก ซึ่งสารดังกล่าวส่วนมากมักจะอยู่ในสถานะของเหลว การที่ร่างกายจะได้รับพิษจากสารชนิดนี้ได้ก็โดยการสูดดมเป็นส่วนใหญ่ เช่น ผู้ป่วยที่ติดการดมกาว เป็นต้น สาร Toluene ที่ได้จากการสูดดมเข้าไปมักจะดูดซึมเข้าสู่ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรงตามมาได้

ภาวะแทรกซ้อนจากความเป็นพิษ

ความผิดปกติที่พบได้มากที่สุดจากสาร Toluene คือ ระบบไตและเกลือแร่ (renal and metabolic system) ความผิดปกติที่พบได้ในระบบไตก็คือ โรคเลือดเป็นกรดจากภาวะไตผิดปกติ (renal tubular acidosis) แม้ว่าจะยังไม่ทราบกลไกการเกิดความผิดปกติอย่างชัดเจนเพียงพอ แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะมีภาวะความผิดปกติดังกล่าว ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากการที่มีคลอไรด์สูงร่วมกับมีภาวะโปแตสเซียมต่ำในเลือดได้ (normal anion gap hyperchloremic acidosis with hypokalemia) และ urine pH > 5.5 แต่ในบางครั้งอาจพบว่ามีความ wide anion gap metabolic acidosis ได้ เนื่องจากสาร hippuric acid และ benzoic acid ซึ่งเป็นสาร metabolite ของ Toluene โดยมักพบภาวะนี้ในกลุ่มผู้ใช้สารมาเรื้อรัง (chronic users) อาการของผู้ป่วยที่พบได้บ่อยคือ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุมาจากความผิดปกติของเกลือแร่โปแตสเซียมในเลือดที่ต่ำกว่าปกติ สามารถพบค่าต่ำได้ < 2 มอค./ลิตร (คนปกติมีค่าอยู่ในช่วง 3.5-5.5 มอค./ลิตร) นอกจากนี้ยังพบภาวะกล้ามเนื้อสลายตัว (rhabdomyolysis) ได้บ่อยอีกด้วย

สำหรับความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system) มักทำให้เกิดหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (ventricular dysrhythmia) ได้แก่ ventricular tachycardia หรือ ventricular fibrillation ซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ อันเกิดจากสารมีการดูดซึมเข้าสู่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจากทางระบบทางเดินอาหารหรือระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งทำให้เกิดกลุ่มโรคที่มีการเสียชีวิตเฉียบพลันหลังจากได้รับสารดังกล่าวไปที่เรียกว่า Sudden Sniffing Death Syndrome

ความผิดปกติในระบบอื่นที่พบได้เช่นกัน ได้แก่ ระบบการหายใจ ระบบประสาททั้งส่วนกลางและส่วนปลาย (central and peripheral nervous system) ระบบทางเดินอาหารและท่อน้ำดี ระบบโลหิตและผิวหนัง โดยในแต่ละระบบก็จะมีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไป จากเล็กน้อยจนถึงเสียชีวิตได้



Sudden Sniffing Death Syndrome

คือ ภาวะที่เกิดการหยุดเต้นของหัวใจเฉียบพลัน (cardiac arrest) เนื่องจากการได้รับการสูดดมสารที่มีพิษบางชนิด โดยไม่จำเป็นว่า จะต้องเกิดในเฉพาะผู้ที่ใช้อย่างเป็นประจำเท่านั้น อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ที่ใช้สารเพียงครั้งแรกเพียงครั้งเดียว (พบได้ 22%)² หนึ่งในสารที่ทำให้เกิดภาวะนี้ได้แก่ สาร Toluene เป็นภาวะที่พบน้อย โดยภาวะนี้ไม่สามารถตรวจได้จากการชันสูตรศพทั่ว ๆ ไป

กลไกการเกิดจากการที่สารพิษดังกล่าวได้กระตุ้นให้ร่างกายตอบสนองต่อสารสื่อประสาท adrenaline มากขึ้น ร่วมกับการที่มีสารชนิดนี้เพิ่มปริมาณขึ้นเฉียบพลัน (adrenaline surge) ในร่างกาย ไม่ว่าจะเกิดจากการตื่นตื่น ตื่นกลัว หรือการเห็นภาพหลอนก็ทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรงจนเสียชีวิตได้ (fatal cardiac arrhythmia)^{3,4,12}

นอกจากนี้สาร Toluene มีความสามารถในการแทนที่ของออกซิเจนในปอด ทำให้เกิดภาวะออกซิเจนต่ำในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้ (hypoxia) แต่ในภาวะนี้จะไม่มีการกระตุ้นการหายใจทดแทน ความผิดปกตินี้ เนื่องจากการหายใจมีตัวกระตุ้นจากการที่คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ไม่ใช่จากการที่มีออกซิเจนในเลือดต่ำ การสูดดมสารนี้ทำให้มีการนำคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายไปด้วย ดังนั้น แม้ว่าร่างกายรวมทั้งสมองจะขาดออกซิเจนก็จะมีอาการแสดงออกว่า

หายใจเร็วขึ้นแต่อย่างใด ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่ขาดออกซิเจนทั่ว ๆ ไป จนเมื่อถึงจุด ๆ หนึ่งที่ร่างกายไม่สามารถทนรับภาวะขาดออกซิเจนได้ ก็จะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจากการขาดออกซิเจนในทันที (cardiac arrest due to severe hypoxia and hypoventilation)⁵

การตรวจวินิจฉัย

ในผู้ป่วยที่มีการใช้สาร Toluene ที่สำคัญที่สุดคือ มีประวัติการใช้สารดังกล่าวมาก่อน โดยควรตรวจสอบให้แน่ชัดถึงชนิด ส่วนผสม ความเข้มข้น และระยะเวลาที่ใช้ เพื่อเป็นตัวช่วยพิจารณาความรุนแรงของโรคด้วย นอกจากประวัติดังกล่าวแล้ว ผลทางห้องปฏิบัติการก็สามารถช่วยสนับสนุนได้โดยตรวจพบระบบต่าง ๆ ที่เกิดความผิดปกติ เช่น ระบบไตและเกลือแร่ อาจพบว่ามีความผิดปกติของไตและเกลือแร่ (hypokalemia) มีการทำงานของไตแย่ลง (rising BUN, Cr) มีค่าความเป็นกรดในเลือดสูงขึ้น (acidosis) ส่วนระบบหัวใจ อาจพบลักษณะการเต้นของหัวใจผิดปกติไป หรือผู้ป่วยอาจมีอาการหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเป็นต้น สำหรับการตรวจหาสารพิษในร่างกายนั้น ไม่มีผลที่เป็นค่าตัวเลขอย่างแน่ชัด

การรักษา

ในกรณีที่ผู้ป่วยมาด้วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เช่น จาก Sudden Sniffing Death Syndrome การรักษาที่ไม่แตกต่างจากภาวะหัวใจหยุดเต้นจากสาเหตุอื่น ๆ เพียงแต่ในกรณีนี้ไม่แนะนำให้ใช้สารกลุ่ม catecholamine ซึ่งได้แก่ สาร adrenaline และ dopamine ทั้งนี้เพื่อป้องกันการที่จะเป็นตัวกระตุ้นก่อให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะมากยิ่งขึ้น และทำให้การช่วยชีวิตสำเร็จมากยิ่งขึ้น⁷ ดังนั้น แพทย์อาจพิจารณาให้ยาควบคุมการเต้นของหัวใจเพื่อควบคุมลักษณะการเต้นของหัวใจ โดยพิจารณาให้ amiodarone 5 มก./กก. ทางหลอดเลือดดำ หรือ lidocaine 1 มก./กก. ทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีรายงานว่าได้ผลในเด็ก⁸

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้มีปัญหาเรื่องภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ให้เริ่มดูแลผู้ป่วยตามหลักการทั่ว ๆ ไป (ดังตารางที่ 1) ได้แก่

1. ทางเดินหายใจและการหายใจ (airway and breathing) คือ การเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง การให้ออกซิเจน การให้ยาขยายหลอดลมชนิดเบต้า 2 รวมทั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ระบบหัวใจ คือการให้สารน้ำทดแทน โดยห้ามใช้สารในกลุ่ม catecholamine
3. การลดการปนเปื้อนของสารพิษ (decontamination) คือ การนำสารพิษที่หลงเหลือออกจากตัวผู้ป่วยทั้งบนเสื้อผ้าหรือบนผิว โดยการใช้ น้ำและสบู่ล้างออก ถ้าหากมีการกินสาร Toluene เข้าไป ในหัวข้อนี้ยังคงเป็นข้อถกเถียงกันอยู่ภายในแวดวงวิชาการว่าการล้างสารพิษออกทางสายทางช่องปาก (OG tube) แม้ว่าจะทำภายใน 1 ชั่วโมงหลังการกิน รวมถึงการใช้ผงถ่าน (activated charcoal) มีประโยชน์มากกว่าจริงหรือไม่ แต่โดย

ตารางที่ 1 การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับสารไฮโดรคาร์บอน¹

Airway and breathing	Secure airway.
	Antidotes: Administer oxygen for carboxyhemoglobinemia and methylene blue for methemoglobinemia.
	Provide supplemental oxygen.
	Administer inhaled β_2 agonists.
Cardiac	Ventilatory support: Provide positive end-expiratory pressure or continuous positive airway pressure as needed to achieve adequate oxygenation.
	Circulation: Administer IV crystalloid fluid for initial volume resuscitation of hypotensive patients.
	Do not use catecholamines in cases of halogenated hydrocarbon exposure.
	Consider propranolol, esmolol, or lidocaine for ventricular dysrhythmias induced by halogenated hydrocarbon exposure.
Decontamination	Consult the poison control center, toxicologist, and other appropriate specialists as needed.
	Dermal: Remove hydrocarbon-soaked clothes, decontaminate skin with soap and water, decontaminate eyes with saline irrigation.
Other	GI: Not indicated for nonhalogenated hydrocarbon ingestion. Consider nasogastric aspiration or activated charcoal administration if a toxic halogenated or aromatic hydrocarbon was ingested within 1 h prior to presentation and airway is protected.
	Laboratory tests: Order complete blood count, basic metabolic panel, liver function tests (serum transaminase, bilirubin, albumin levels), prothrombin time, partial thromboplastin time, carboxyhemoglobin level, methemoglobin level, and/or radiologic studies as indicated (see text).
	Correct electrolyte abnormalities.
	Tar removal: Commercial solvents and ointments containing polyoxyethylene sorbitan monolaurate or petrolatum may work to remove tar from the skin.
	Administer blood products as needed.

มากมักจะไม่นำมาให้ทำ เพราะจากการศึกษาพบว่ามีโอกาสทำให้เกิดการสำลักลงปอด (aspiration) และผงถ่านยังมีความสามารถในการจับสารดังกล่าวต่ำ รวมถึงมีโอกาสทำให้เกิดการอาเจียนและเข้าสู่ปอดได้ง่ายเช่นกัน⁹ นักพิษวิทยาบางท่านแนะนำให้ทำการล้างพิษออกได้เมื่อสงสัยว่าสารนั้นเป็นอันตรายรุนแรงต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และผู้ป่วยมีประวัติกินเข้าไปในปริมาณมาก¹⁰

4. การรักษาแบบประคับประคอง (supportive treatment) เช่น การแก้ไขระดับเกลือแร่

สรุป

สาร Toluene เป็นสารที่มีอันตราย โดยมักใช้ในทางที่ผิด คือใช้เป็นสารเสพติดจากการสูดดม ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายในหลาย ๆ ระบบได้ สารนี้สามารถก่อให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เรียกว่า “Sudden Sniffing Death Syndrome” ซึ่งเป็นภาวะที่อันตราย

ถึงแก่ชีวิตได้ และมีการดูแลรักษาที่แตกต่างจากการรักษาภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเล็กน้อย คือยาที่ใช้จะไม่นิยมให้ใช้กลุ่ม catecholamine เนื่องจากสาเหตุก็เกิดจากการที่ร่างกายตอบสนองต่อสาร adrenaline มากเกินไปจึงทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในที่สุด มีการศึกษาในเด็กให้ใช้ amiodarone หรือ lidocaine ในการรักษาจะได้ผลที่ดี

ภาวะนี้เกิดขึ้นได้กับทุกคนที่สูดดมสารนี้ แม้ว่าจะใช้เป็นครั้งแรกก็มีโอกาสเกิดได้ ไม่จำเป็นที่จะต้องเกิดในผู้ที่ใช้สารนี้เรื้อรัง จึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสนใจและป้องกันการเกิดโดยการรณรงค์เรื่องการใช้สารนี้ในทางที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Derrick DL, Christina LC, Judith ET. Chapter 193. Hydrocarbons and Volatile Substances. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 7th ed. US: McGraw-Hill, 2010.
2. Bronstein AC, Spyker DA, Cantilena LR Jr, Green JL, Rumack BH, Giffin SL. 2008 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 26th annual report. Clin Toxicol (Phila) 2009 Dec;47(10):911-1084.
3. Bass M. Sudden sniffing death. JAMA 1970;212:2075-9.
4. Shepherd RT. Mechanism of sudden death associated with volatile substance abuse. Hum Toxicol 1989;8:287-91.
5. Lewander WJ, Aleguas A. Petroleum distillates and plant hydrocarbons. In: Shannon MW, Borron SW, Burns MJ. , editors. Haddad and Winchester's Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose. 4th ed., Saunders Elsevier, Philadelphia; 2007:1343.
6. LoVecchio F, Fulton SE: Ventricular fibrillation following inhalation of Glade air freshener. Eur J Emerg Med 2001 Jun;8(2):153-4.
7. Edwards KE, Wenstone R. Successful resuscitation from recurrent ventricular fibrillation secondary to butane inhalation. Br J Anaesth 2000;84:803-5.
8. Vale JA. Position statement: gastric lavage. American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. J Toxicol Clin Toxicol 1997;35:711-9.
9. Press Edward, Adams William C., Chittenden R. F., Christian Joseph R., Grayson Robert, Stewart Colin C., Everist Bruce W. Co-operative kerosene poisoning study. Evaluation of gastric lavage and other factors in the treatment of accidental ingestion of petroleum distillate products. American Academy of Pediatrics 1962 April;29(4):648-74.
10. M. Vural, K. Ögel. Bağımlılık Dergisi. Sudden sniffing death syndrome due to toluene exposure. Journal of Dependence 2007;8(3):141-5.
11. Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR). 2000. Toxicological profile for Toluene. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Available from URL:<http://www.atsdr.cdc.gov/mmg/mmg.asp?id=157&tid=29>
12. Norman A. Paradis, Henry R. Halperin, Karl B. Kern. Cardiac Arrest: The Science and Practice of Resuscitation Medicine. 2nd ed: 1030-3.



...going one step further

Realistic Training with 3B Scientific® Products



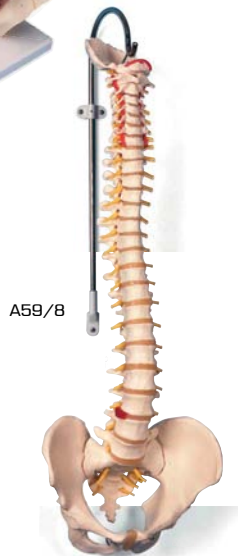
P50



F13



C05

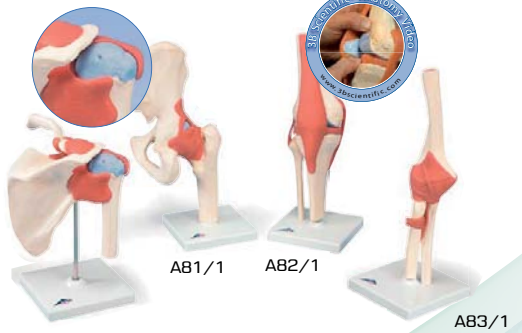


A59/8

A58/1



P30



AB0/1

AB1/1

AB2/1

AB3/1



P10, P11



L50

4/12 หมู่ 7 ซอยสำนักงานเขตบางแค ถนนกาญจนาภิเษก
แขวง/เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160
โทร. 02 487 0500-2 แฟกซ์ 02 487 0503
อีเมล: thai3bs@3bscientific.com
เว็บไซต์ www.3bscientific.co.th

บริษัท ไทย 3บี ไชออนทิฟิค จำกัด
www.3bscientific.co.th



กลุ่มโรงแรมและศูนย์ประชุมสัมมนาในอุดมคติ ท่ามกลางธรรมชาติงดงามแห่งแรกในเอเชียแปซิฟิก
เติมเต็มทุกความต้องการในการจัดงานทุกรูปแบบ มาตรฐานระดับนานาชาติ



ห้องโถงปราศจากเสา | เพดานระบบแคววอลค์ | ห้องครัวทันสมัยภายในศูนย์ประชุม | บริการแปลภาษาในการประชุม | ลานจอดรถสีกอปโตร์บนอาคาร | 352 จุดจ่ายสาราณูปโภค
448 บุธแสดงสินค้ำ | 4 ห้องรับรองพิเศษ | สำนักรานผู้จัดงาน | 4 ห้องควบคุม | 18 ห้องประชุมย่อย | เพดานสูง 9.5 เมตร | อินเทอร์เน็ตไร้สาย | ศูนย์บริการการธุรกิจ
การเข้าช่นถ่ายสินค้ำอุปกรณ์การงาน | ลานจอดรถภายในอาคาร 506 คัน | พื้นรองรับน้ำหนัก 1 - 2.5 ตัน



กลุ่มธุรกิจโรงแรมรอยัล คลิฟ และศูนย์ประชุมพีช 353 ถนนพาดำหนัก เมืองพัทยา จ.ชลบุรี 20150, ประเทศไทย
โทร. 038-250421 | โทรสาร. 038-250511 | mice@royalcliff.com | www.peachthailand.com

PEACH
PATTAYA EXHIBITION AND CONVENTION HALL

ROYAL CLIFF HOTELS GROUP
THE STATE OF EXCLUSIVITY & FASCINATION

www.afckdi2013.com

7th
ASIAN
AF
CKDI

AUGUST 2-3, 2013
THE ZIGN PATTAYA
CHONBURI, THAILAND

7th Meeting of
the Asian Forum of CKD Initiative



ผู้ตายที่แพทย์ให้สาเหตุการตายแล้ว: พนักงานสอบสวนยังสามารถส่งศพ มาเพื่อการตรวจเพิ่มเติมได้

The Deceased Who Has Death Certificate: Police Can Sent The Deceased To Further Post-Mortem Examination

การที่ผู้ตายมีอายุไม่มากนัก เช่น เด็กหรือวัยกลางคนถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการ “ต้อง” นำศพเพื่อเข้ามารับการตรวจต่อหลังทำการชันสูตรพลิกศพตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 150, 151 และมาตรา 152 นั้นเอง¹ อย่างไรก็ตาม หากผู้ตายรายดังกล่าวมีอายุไม่มากนักจริง แต่มีสภาพแห่งการป่วยเจ็บอยู่ดั้งเดิมจนเป็นที่ประจักษ์ (เรื้อรัง) โดยอาจมี “ใบรับรองแพทย์” หรือ “ใบนำส่งตัวผู้ป่วย” หรือ “เวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง” มาแสดงให้เห็นได้เช่นนั้นแล้ว อีกทั้งการตรวจ “สภาพแห่งศพ” เมื่อทำการ “ชันสูตรพลิกศพ” แพทย์ก็ไม่ได้เห็นสิ่งที่ผิดปกติ แพทย์ย่อมไม่ตั้งใจสงสัยเพราะไม่มีสิ่งที่ตรวจพบว่า “มีร่องรอยอันจะเป็นสาเหตุที่เป็นการตายผิดธรรมชาติ” หากเป็นเช่นนั้นแล้วแพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพสามารถที่จะเขียน “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” ร่วมกับพนักงานสอบสวน (ตามมาตรา 150) และสามารถให้ความเห็นถึง “สาเหตุแห่งการตายว่าเป็นเหตุธรรมชาติ” ตามข้อความที่ต้องระบุไว้ในบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพนั้นได้ และแพทย์สามารถออก “ใบรับแจ้งการตาย หรือ ทร.4 ตอนหน้า” (รวมถึงอาจออกเอกสารหนังสือรับรองการตาย, ทร.4/1) ได้เลย (หากมั่นใจมาก) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเมื่อแพทย์ได้ออกเอกสารโดยมีความเห็นเช่นนั้นแล้ว เจ้าพนักงานอื่นที่ร่วมชันสูตรพลิกศพด้วย (พนักงานสอบสวน) ย่อมเห็นพ้องต้องกันกับแพทย์และไม่ตั้งใจสงสัยถึงสาเหตุที่ตาย แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการที่แพทย์ไม่ได้เป็น “หัวหน้าคณะ” ในการชันสูตรพลิกศพ” จึงเป็นไปได้ว่า หัวหน้าคณะ

ผู้ทำหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพ หากยังคงตั้งใจสงสัย หรือมีประเด็นที่ต้องการนำส่งศพเพื่อการตรวจต่อ (ตามมาตรา 151 และ 152) แล้ว ก็ย่อมสามารถกระทำได้

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย ที่หลังการชันสูตรพลิกศพแล้วแพทย์ไม่ตั้งใจ แต่พนักงานสอบสวนขอส่งศพเพื่อการตรวจต่อ)

ผู้ตายเป็นชาย อายุ 48 ปี รูปร่างท้วม มีประวัติป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคไต และความดันโลหิตสูงมาเป็นเวลานาน ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นประจำอยู่ โดยได้ยาเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ตายยังคงทำงาน (ด้านเอกสาร) โดยทั่วไปจะทำงานถึงเที่ยง และช่วงบ่ายจะมาพักผ่อนที่บ้าน

ในวันเกิดเหตุ มีผู้เห็นผู้ตายกลับมาที่บ้านเวลาประมาณ 12.00 น. แล้วก็ไม่เห็นผู้ตายอีก จนกระทั่งเวลาประมาณ 14.30 น. จึงได้เห็นว่าผู้ตายนอนอยู่ที่เก้าอี้นวมยาว (sofa) ไม่หายใจ ไม่ขยับเขยื้อนตัว เนื้อตัวเย็น แสดงถึงว่าผู้ตายได้เสียชีวิตแล้ว ญาติของผู้ตายจึงได้แจ้งไปยังสถานีตำรวจในท้องที่ที่บ้านพักตั้งอยู่ (สถานีตำรวจนครบาลบางเขน) เจ้าพนักงานจึงได้มาทำการชันสูตรพลิกศพร่วมกับแพทย์ (ผู้มีหน้าที่) ณ สถานที่ที่พบศพคือบ้านของผู้เสียชีวิต



สภาพศพภายนอก: (ณ ที่ที่พบศพ) (ภาพ

ที่ 1)

- ศพชายอายุประมาณ 45-50 ปี รูปร่างท้วม
ตัวยาวประมาณ 170 เซนติเมตร ศีรษะมีผมค่อนข้าง
น้อย มีเฉพาะส่วนข้างของหนังศีรษะไม่ไว้หนวดและ
เครา

- ผู้ตายนอนอยู่บนเตียงโซฟา มีเบาะรอง
นอน หนุนหมอน สวมเสื้อแขนยาวสีเข้ม สวมกางเกง
ขายาวสีเข้ม และมีเข็มขัด ห่มด้วยผ้าห่มลายแดง ขาว
ดำ

- ที่เท้าและมือบวม โดยเฉพาะที่เท้าและข้าง
ทั้งสองข้างบวมมาก

- ศพแข็งตัวปานกลาง พบเลือดตกลงสู่เบื้อง
ต่ำภายหลังการเสียชีวิตที่หลังได้ปานกลางถึงชัดเจน
(สอดคล้องกับประวัติของผู้ตายเสียชีวิตมาแล้วน่าจะ
ประมาณ 2-3 ชั่วโมง)

- ตรวจไม่พบบาดแผลรุนแรงตามใบหน้า
คอ ร่างกาย หนอก หลัง แขน และขา

- ไม่พบการงอผิดรูปของแขนและขา

- ไม่พบจุดเลือดออกที่เยื่อปอด และลำตัว

- ไม่พบสภาพเขียวคล้ำตามริมฝีปาก และ
ปลายมือปลายเท้า

- สภาพศพค่อนข้างสด

- ไม่ได้กลิ่นฉุนหรือผิดปกติ หรือคราบผิ
ปกติรอบปาก จมูก หู

เอกสารประกอบที่แพทย์ต้องพิจารณา:

ญาติของผู้ตายแจ้งว่าผู้ตายมีโรคประจำตัว
หลายโรค ทั้งโรคไต โรคเบาหวาน โรคความดัน และ
ได้รับยาจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นประจำ และได้นำ
เอกสารเพื่อสนับสนุนการป่วยเจ็บของผู้ตาย (ภาพที่
2 และภาพที่ 3)

แพทย์กับการออกเอกสาร:

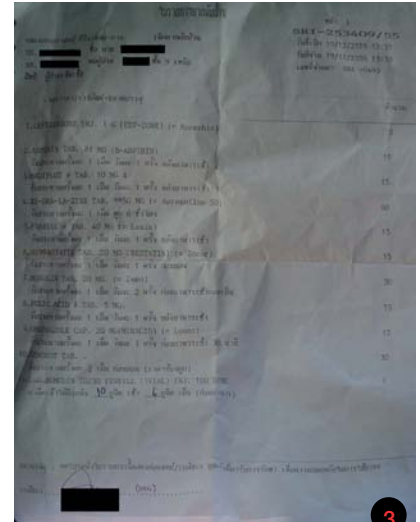
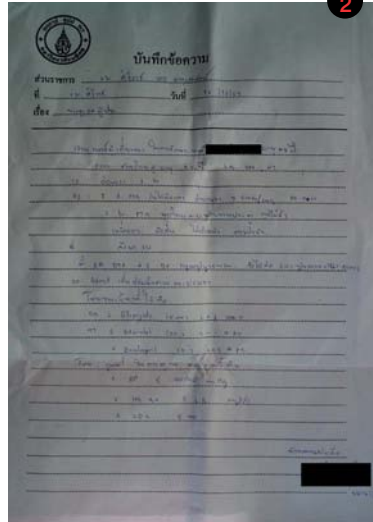
ในรายงานนี้แพทย์ได้ออก

1. บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ
(ทำร่วมกับพนักงานสอบสวน)

2. ใบรับแจ้งการตาย (ทร.4 ตอนหน้า) โดย
ระบุสาเหตุการตายคือ “หัวใจล้มเหลวจากโรคไตเรื้อรัง
โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง”

หลังการดำเนินการชันสูตรพลิกศพ:

เมื่อแพทย์และพนักงานสอบสวนได้ทำการ
ชันสูตรพลิกศพเสร็จแล้ว (มาตรา 150 แห่งประมวล
กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา) แพทย์มีความเห็น
ว่า “ศพรายนี้มีสาเหตุแห่งการตายน่าจะชัดเจน”
เนื่องจากการป่วยเรื้อรังและยังมีประวัติจากโรงพยาบาล



รวมถึงการที่เคยมีประวัติที่แพทย์ได้เขียนส่งผู้ป่วย (referred note) ด้วย จึงเห็นได้
ชัดว่า สภาพแห่งการป่วยนั้นเรื้อรังและเป็นสาเหตุแห่งการตายได้ แพทย์ผู้ทำหน้าที่
ในการชันสูตรพลิกศพร่วมกับพนักงานสอบสวนได้ทำเอกสาร “**บันทึกรายละเอียด
แห่งการชันสูตรพลิกศพ**” ให้กับพนักงานสอบสวน โดยระบุ

ก. สาเหตุแห่งการตาย

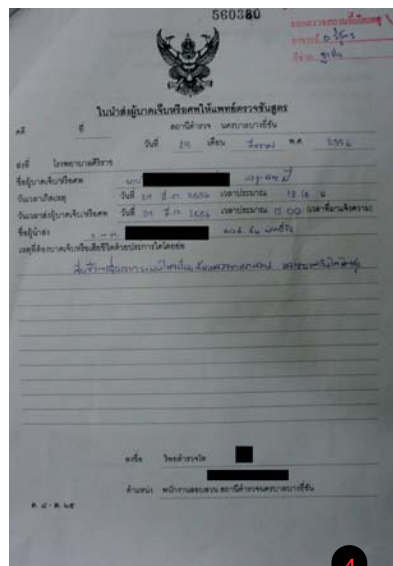
ข. การดำเนินการกับศพ เป็นการที่ให้อำนาจพนักงานสอบสวนในการ
พิจารณาตัดสินหากมีประเด็นอื่นที่ยังคงติดใจอยู่ ทั้งนี้ถือว่าเป็นดุลพินิจของพนักงาน
สอบสวนโดยแท้ ในประการที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินการกับศพดังกล่าวได้

ค. แพทย์ผู้ทำหน้าที่ชันสูตรพลิกศพได้ทำเอกสาร “ใบรับแจ้งการตาย
(ทร.4 ตอนหน้า)” ให้ไว้กับพนักงานสอบสวนผู้ร่วมชันสูตรพลิกศพด้วย

ง. แพทย์ผู้ที่มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพทำหน้าที่แห่งตนเสร็จสมบูรณ์
และได้กลับหน่วยงานของตน โดยเชื่อว่า “พนักงานสอบสวนน่าจะพิจารณาแล้ว
เห็นชอบในเรื่องการดำเนินการของแพทย์และการให้สาเหตุแห่งการตาย” แล้ว
โดยเป็นเรื่องของ “การตายตามธรรมชาตินั่นเอง”

การดำเนินการโดยพนักงานสอบสวน:

พนักงานสอบสวนผู้ทำหน้าที่ชันสูตรพลิกศพร่วมกับแพทย์ได้ติดต่อ



มายังแพทย์ผู้ร่วมชันสูตรพลิกศพ
(ในเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง) ว่า
เนื่องจากผู้ตายในรายนี้ยังมีผู้อื่น
ที่เชื่อว่าอาจเกิดจากการได้สารหรือ
ยาผิดไป อีกทั้งยังมีประกันชีวิตซึ่ง
อาจเกี่ยวข้องกับการชันสูตรพลิกศพ
และการตรวจศพต่อไปด้วย จึงขอ
นำศพมาเพื่อรับการตรวจ ณ สถาน
พยาบาลที่สามารถดำเนินการได้
และศพได้ถูกส่งมายังสถานพยาบาล
เพื่อดำเนินการตรวจต่อตามมาตรา
151 และมาตรา 152 แห่งประมวล
กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา
(ภาพที่ 4)

การตรวจศพต่อตามมาตรา 152:

แพทย์ได้ทำการตรวจศพต่อเนื่องจากการชันสูตรพลิกศพ ทั้งนี้เป็นไปตามกฎหมาย (มาตรา 150, มาตรา 151 และมาตรา 152) โดยทำการตรวจสภาพแห่งศพภายนอก (ภาพที่ 5) และประวัติที่สืบค้นได้ (ภาพที่ 6) อีกทั้งได้ทำการตรวจโดยการเอกซเรย์และการเก็บเลือดเพื่อการตรวจทางพิษวิทยาเพิ่มเติม และแพทย์สามารถออก “หนังสือรับรองการตาย (ทร.4/1)” เพื่อทำมรณบัตร (ทร.4) ตามกฎหมายต่อไป²



วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: การชันสูตรพลิกศพ

การตายผิดธรรมชาติจำเป็นต้องให้มีการ “ชันสูตรพลิกศพ” ตามกฎหมาย ทั้งนี้เนื่องจากตามกฎหมายมาตรา 148 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาบัญญัติไว้เช่นนั้น¹

“มาตรา 148 เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มี

การชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาติ นั้น คือ

- (๑) ม้าตัวตาย
- (๒) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย
- (๓) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย
- (๔) ตายโดยอุบัติเหตุ
- (๕) ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ”

Discharge Summary Department of Medicine			
Ex. Age:	67	Sex:	M
Adm. Date:	11/11/2556	Discharge Date:	11/11/2556
Attending Staff:	Resident: [Redacted]		
Presenting Complaint:	Neurologic symptoms		
Reason for Admission:	Cognitive		
Contributors:	Diabetes mellitus type 2		
	Hypertension due to renal disease		
Complications:	Dysrhythmia		
	Hypertension		
	S. small MSA syndrome		
	Problems of left side		
External Cause:			
Other Diagnosis:			
Operation Procedure:	Retained Foley catheter		
Non-Operation Procedure:	Eye examination for screening DM		
	Diagnosis: US KUB Abdomen (11/11/2556)		
	Pulmonary Renal (11/11/2556)		
	Trauma (11/11/2556)		
Chief Complaint:	อาการป่วย 4 ปี		
Significant Findings:	History of present illness: Known case DM type 2, HT, มีอาการหัวใจ และสมองผิดปกติ มีอาการสับสน ความจำเสื่อม และปัญหาการนอนหลับ อาการเหล่านี้มีมาเรื่อยๆ และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนต้องมาโรงพยาบาล 4 ครั้ง ในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา อาการเหล่านี้มีมาเรื่อยๆ และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนต้องมาโรงพยาบาล 4 ครั้ง ในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา อาการเหล่านี้มีมาเรื่อยๆ และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนต้องมาโรงพยาบาล 4 ครั้ง ในช่วง 4 เดือนที่ผ่านมา		

ประการที่ 2: ภายหลังจากการชันสูตรพลิกศพ

ข้อ 1. โดยทั่วไปเมื่อแพทย์ทำการชันสูตรพลิกศพแล้ว และมีความเห็นประการใดพนักงานสอบสวนและเจ้าพนักงานอื่นผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพจะ “เชื่อแพทย์” และเห็นพ้องต้องกัน เช่น หากแพทย์เห็นว่า “สามารถออกเอกสาร (บันทึกการชันสูตรพลิกศพ) ได้ รวมถึงให้สาเหตุแห่งการตายได้แล้ว (สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534)² แล้ว” ผู้ที่เกี่ยวข้องรวมถึงพนักงานสอบสวนก็จะทำตามที่ได้เขียนระบุไว้

ข้อ 2. หากแพทย์ยังสงสัยว่าจะเป็นการตายผิดธรรมชาติและประสงค์ที่จะให้มีการส่งศพเพื่อตรวจต่อ ตามมาตรา 151 และ 152 แล้ว ทั้งนี้เพราะเกรงว่าจะไม่ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพเวชกรรม³ และอาจเป็นความผิดทางอาญาในฐานะที่แพทย์เป็นเจ้าพนักงานด้วย⁴ แพทย์จะระบุไว้ใน “บันทึกการชันสูตรพลิกศพ” ด้วย และโดยทั่วไปอีกเช่นเดียวกันที่เจ้าพนักงานอื่นหรือผู้ที่เกี่ยวข้องจะเห็นสอดคล้องด้วย โดยพนักงานสอบสวนจะจัดให้มีการเคลื่อนย้ายศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ (ในทางปฏิบัติพนักงานสอบสวนจะแจ้งเพื่อขอความอนุเคราะห์จากมูลนิธิที่เกี่ยวข้องเพื่อนำส่งศพทำการตรวจต่อ พร้อมทั้งทั้งออกหนังสือ “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” ให้เจ้าหน้าที่ของมูลนิธินำมา ณ สถานที่ของรัฐที่พนักงานสอบสวนต้องการให้ทำการตรวจศพ)

ข้อ 3. หากแพทย์ผู้ร่วมชันสูตรพลิกศพเห็นว่าต้องนำศพ (ควรนำศพ) เพื่อมารับการตรวจต่อ (ตามมาตรา 152) แต่พนักงานสอบสวนเห็นเป็นประการอื่น (ขอไม่ให้ส่งศพมาตรวจต่อ) ก็ย่อมสามารถทำได้ และมักพบอยู่เป็นประจำ เช่น

ก. การที่มีผู้ตายที่แขวนคอตายที่บ้านแพทย์ เห็นว่าการแขวนคอตายสมควรส่งศพเพื่อรับการตรวจอย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่ง แต่พนักงานสอบสวนเห็นว่า เหตุตายที่แพทย์ระบุโดย “สันนิษฐานว่าขาดอากาศ” เพียงพอสำหรับการที่จะใช้เป็นเหตุตายและการที่จะให้ทนายทนายทะเบียน (เขตหรืออำเภอ) ออกมรณบัตร (ทร.4) ได้แล้วตามกฎหมาย² เช่นนี้พนักงานสอบสวนก็อาจตัดสินใจไม่ส่งศพเพื่อมารับการตรวจดังที่แพทย์ต้องการให้ส่งศพมาตรวจได้ ทั้งนี้ต้องถือว่า “หัวหน้าคณะฯ เจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพมิใช่แพทย์”

ข. การที่พนักงานสอบสวนไม่ส่ง

ศพมารับการตรวจต่อตามที่แพทย์ได้ระบุไว้ นั่นอาจเนื่องจากการที่ญาติมาร้องขอ “สร้างความกดดัน” หรืออาจเป็นได้เกี่ยวกับ “ผู้มีอำนาจหรืออิทธิพล” ในท้องถิ่นนั้น ๆ ทำให้พนักงานสอบสวนต้องดำเนินการตามที่เขาเหล่านั้นต้องการ ยิ่งเห็นว่ามีสาเหตุการตายที่แพทย์ได้ออกไว้ในขั้นต้นเพียงพอที่จะดำเนินการต่อ (ให้นายทะเบียนออกมรณบัตร) แล้วก็ถึงกับไม่ส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อเลย

หมายเหตุ: ในเวชปฏิบัติที่แพทย์ผู้มีหน้าที่ในการทำการชันสูตรพลิกศพได้กระทำนั้น มักจะพบกรณีดังนี้เป็นสำคัญ แพทย์จึงพึงรำลึกไว้เสมอด้วย

ข้อ 4. กรณีที่แพทย์เห็นว่า “ไม่มีความจำเป็นหรือไม่ต้องนำศพเพื่อมารับการตรวจต่อ” ตามมาตรา 151 และ 152 แล้วนั้น แต่พนักงานสอบสวนกลับเห็นว่ายังมีความจำเป็นไม่ว่าจะด้วยเหตุผลประการใดก็ตาม พนักงานสอบสวน “ย่อมสามารถที่จะจัดส่งศพดังกล่าวมาเพื่อให้แพทย์ผู้มีหน้าที่ (ตามมาตรา 152) ทำการตรวจศพต่อไปได้” ทั้งนี้ต้องไม่ลืมว่า “พนักงานสอบสวนเป็นหัวหน้าคณะฯ ในการชันสูตรพลิกศพที่ตายผิดธรรมชาติชนิดทั่วไป” นั่นเอง (ดังเช่นตามอุทธรณ์ข้างต้น)

หมายเหตุ: ในเวชปฏิบัติที่พบกรณีนี้เป็นส่วนน้อย แต่หากมีเหตุการณ์ดังนี้เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับญาติอีกเช่นเดียวกัน เช่น มีญาติบางส่วนติดใจสงสัยในสาเหตุแห่งการตาย หรือกรณีที่ผู้ตายมีประกันชีวิตและหากปราศจากเอกสารการตรวจศพแล้ว อาจทำให้ญาติของผู้ตายไม่สามารถเรียกร้องสิทธิในเรื่องการตายดังกล่าวได้ หรือเรียกร้องได้แต่อาจได้ใน “จำนวน” ที่น้อยกว่าที่ควรจะได้หรือที่คาดว่าจะได้ เป็นต้น (ดังเช่นอุทธรณ์ข้างต้น)

ปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ตายเสียชีวิตที่บ้านโดยมีโรคประจำตัวเรื้อรัง/ร้ายแรง

การที่ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง/ร้ายแรงที่มารับการรักษา ณ สถานพยาบาลมาเป็นเวลาช้านานอย่าง

ต่อเนื่อง แต่กลับพบว่าไม่เคยได้รับเอกสารทางการแพทย์ที่ระบุถึง “โรคที่ป่วย” แม้แต่ครั้งเดียว คงมีแต่เพียง

ก. ใบนัดเพื่อทำการตรวจในวันต่าง ๆ ตามที่ระบุ โดยมีได้บอกถึงโรคและการตรวจเสียด้วยซ้ำ

ข. ใบเสร็จรับเงินหากผู้ป่วย (หรือญาติ) ได้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจ หรือค่ายา รวมถึงค่าบริการอื่น ๆ

ค. ยาที่ได้รับมาเพื่อบำบัดรักษา มีเพียงชื่อยา ขนาดที่ต้องกิน จำนวนครั้งที่ต้องกิน เป็นต้น

ในการชันสูตรพลิกศพนั้น แพทย์ผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพย่อมต้องการทราบถึง “โรคที่ผู้ป่วยเป็นมาอยู่ก่อน (เรื้อรัง)” เช่น เป็นมะเร็ง เป็นโรคปอด (วัณโรค) โรคเกี่ยวกับเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โรคที่ไม่อาจรักษาได้ เช่น โรคเอดส์ เป็นต้น แต่กลับพบว่าไม่สามารถหาหลักฐานเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้เลย แม้ว่าผู้ป่วย (ผู้เสียชีวิตรายดังกล่าว) จะป่วยเจ็บมานานนับปี และอาจถึงเป็น 10 ปีก็ตาม ก็ไม่สามารถหาเอกสารได้ไม่ว่าจะเป็น เวชระเบียน (หรือส่วนของเวชระเบียน), ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ, ผลการสืบค้นทางรังสี เช่น ผลหรือแผ่นเอกซเรย์ แผ่นการตรวจโดยคอมพิวเตอร์ (CT Scan) แผ่นการตรวจโดยคลื่นสะท้อนแม่เหล็ก (MRI) ฯลฯ ซึ่งทำให้แพทย์เกิดความลำบากใจในการให้สาเหตุการตาย และหากไม่ทราบและแพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นเพื่อการให้ “สาเหตุการตาย” เพื่อให้ทางนายทะเบียนออกมรณบัตร (ทร.4) โดยแพทย์เห็นสมควรให้เคลื่อนย้ายศพมาที่โรงพยาบาลของรัฐบาลเสียก่อนเพื่อการสืบค้น ก็จะทำให้เกิดปัญหาพิพาทกับทายาทของผู้ตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะญาติไม่ต้องการ ด้วยเกรงว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายจะต้องมีการผ่าศพ ได้จงวัดไว้เรียบร้อยแล้ว เป็นต้น

สรุป

การที่มีผู้ตาย ณ ที่บ้านโดยที่มีหลักฐานเกี่ยวกับการป่วยเจ็บเรื้อรังหรือร้ายแรง เช่น โรคไตวาย โรคมะเร็ง เป็นต้น และแพทย์ผู้ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพกับเจ้าพนักงานอื่นเห็นว่ามีความจำเป็นต้องที่จะออกไปรับแจ้งการตาย (ทร.4 ตอนหน้า) ได้แล้ว แพทย์สามารถที่จะทำบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพพร้อมทำใบรับแจ้งการตายเพื่อให้นายทะเบียนออกมรณบัตรต่อไปได้เลย แต่อย่างไรก็ตาม หากพนักงานสอบสวนหรือหัวหน้าคณะฯ ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพเห็นว่าสมควรนำศพเพื่อมารับการตรวจเพิ่มเติมย่อมสามารถทำได้ ทั้งนี้แพทย์ต้องระลึกไว้ว่า “ตัวแพทย์เองมิใช่หัวหน้าคณะฯ ในการร่วมชันสูตรพลิกศพ”

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. ๒๕๓๔. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๐๘/ตอนที่ ๒๐๓/ฉบับพิเศษ หน้า ๙๗/๒๒ พุทธศักราช พ.ศ. ๒๕๓๔.
3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.
4. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>

สำหรับกับสุขภาพผิวพรรณ

ปัจจุบันประชาชนนิยมมาใส่ใจกับความงามและสุขภาพผิวกันมากขึ้น การดูแลสุขภาพทำได้โดยการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีสุขภาพจิตดี และไม่เครียดจนเกินไป โดยจะช่วยส่งผลให้ระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายแข็งแรงขึ้น มีอายุที่ยืนยาวและมีผิวพรรณดี อย่างไรก็ตาม ยังมีทางเลือกในการชะลอการเกิดริ้วรอยของผิวหนังมากมายที่ถูกนำมาใช้ เช่น ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวและเวชสำอาง รวมถึงเทคนิควิธีการต่าง ๆ โดยบางวิธีก็เป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์และมีหลักฐานทางวิชาการอ้างอิงถึงประสิทธิภาพ เช่น การใช้เวชสำอางต่าง ๆ การลอกหน้าด้วยกรดผลไม้ การกรอหน้า การทำเลเซอร์ การใช้คลื่นวิทยุ การใช้คลื่นแสงชนิดความเข้มสูง (IPL) การฉีดสารโบทูลินัมท็อกซิน (Botulinum toxin) การฉีดสารเพื่อเติมร่องริ้วรอย (Filler) และการทำศัลยกรรมตกแต่ง ซึ่งการรักษาเหล่านี้เป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติพบว่าการรักษาเหล่านี้อาจมีโทษและพบผลข้างเคียงได้ ตัวอย่างเช่น การใช้เวชสำอางทาผิว ซึ่งมักจะมีปัญหาในเรื่องของการทายาไม่ได้ปริมาณที่พอเหมาะและทั่วถึง อาจมีการแพ้หรือรวมทั้งการเสื่อมสภาพของยาเมื่อสัมผัสกับแสงหรืออากาศ สำหรับการลอกหน้าด้วยกรดผลไม้หรือสารเคมี การกรอหน้าก็อาจพบผลข้างเคียงได้ เช่น หน้าลอก ผิวไหม้ หน้าแดงหลังรักษาได้ และจะต้องมารับการรักษาต่อเนื่องกันทุก 1-2 สัปดาห์ เป็นเวลาหลายครั้งจึงจะเห็นผลในการรักษา ส่วนการรักษาโดยใช้เลเซอร์ การใช้คลื่นแสงชนิดความเข้มสูง (IPL) และการใช้คลื่นวิทยุ พบว่ามีราคาสูงและอาจพบผลข้างเคียงได้ เช่น เกิดรอยดำหรือรอยแผลเป็น ส่วนการฉีดโบทูลินัมท็อกซิน หรือการฉีดสารเพื่อเติมร่องริ้วรอย นอกจากจะใช้ค่าใช้จ่ายสูงแล้วก็มีผลข้างเคียงที่อาจเกิดได้เช่นกัน คือ การแพ้ยาหรือสารที่ฉีด รอยเขียวช้ำบริเวณตำแหน่งที่ฉีด อาจมีหนังตาตกหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง การเห็นภาพซ้อนจากการฉีดโบทูลินัมท็อกซิน ส่วนการรักษาด้วยวิธีกรอหน้าหรือการทำเลเซอร์นั้นมักจะทำในผู้ที่มีปัญหาผิวรุ่มมาก มีถุงไขมันใต้ตาหรือหนังตาตกที่เป็นมากแล้ว ถ้ามีริ้วรอยไม่มากนักจะไม่นิยมรักษาด้วยวิธีนี้ โดยราคาค่าใช้จ่ายจะค่อนข้างสูง และอาจมีผลข้างเคียงจากการผ่าตัดได้ เช่น เสียเลือด และแผลผ่าตัด อาจมีการติดเชื้อแทรกซ้อนได้ (Baumann 2002, Moy and Howe 1996, Percone and Dinardo 1996, Piamphongsant 2002 และ Ruben 1995)

ปัจจุบันจึงมีความพยายามแสวงหาทางเลือกใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพดี ปลอดภัย และค่าใช้จ่ายไม่สูงมากมาเป็นทางเลือกเพิ่มเติมสำหรับปัญหาด้านผิวพรรณ การใช้อาหารเสริมและโภชนาการเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการบำรุงผิว ลดริ้วรอย หรือเป็นวิธีการที่เสริมการรักษาอื่น ๆ ในการชะลอวัยและลดริ้วรอยที่น่าสนใจ พบว่าสารอาหารส่วนใหญ่มีความสำคัญอย่างมากต่อการดูแลสุขภาพผิวพรรณไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม สารอาหารที่ผิวหนังต้องการ ได้แก่ สารโปรตีน วิตามินบี 2 ไนอะซิน กรดโฟลิก ธาตุเหล็ก สังกะสี สารต้านอนุมูลอิสระ และกรดไขมันจำเป็น อาทิเช่น กรดไลโนเลอิกและกรดโอเมก้า 3 ซึ่งทั้งหมดนี้ได้มาจากอาหาร

หลัก 5 หมู่ที่เราสามารถเลือกรับประทานในชีวิตประจำวันนั้นเอง สารแอนติออกซิแดนท์ที่สำคัญต่อสุขภาพผิว ได้แก่ วิตามินซี วิตามินอี เบต้าแคโรทีนหรือแคโรทีนอยด์ และซีลีเนียม สารแอนติออกซิแดนท์ดังกล่าวร่างกายไม่สามารถสร้างได้เอง จำเป็นต้องได้รับจากอาหารเท่านั้น มีผลการวิจัยพบว่า การรับประทานผักและผลไม้ที่มีสารต้านอนุมูลอิสระปริมาณสูงวันละมากกว่า 5 ชนิดขึ้นไป จะช่วยให้ผิวเสื่อมช้าลงได้ (Evans and Johnson 2010)

นักวิจัยพบว่าอาหารหลายชนิดที่มีสารต้านอนุมูลอิสระสูงที่มีบทบาทช่วยในการชะลอความเสื่อมของร่างกายได้ สารต้านอนุมูลอิสระที่เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน เช่น วิตามินซี วิตามินอี เบต้าแคโรทีน โคเอนไซม์คิวเท็น แคททีคิน และล่าสุดคือ สารแอสตาแซนธิน

นอกจากนี้ยังพบว่าสารต้านอนุมูลอิสระจากพืชสีเขียวยและเหลืองที่อยู่ในกลุ่มแคโรทีนอยด์จะช่วยทำให้ริ้วรอยลดน้อยลงได้ (Nagata et al. 2010) สารแคโรทีนอยด์เป็นกลุ่มของสารต้านอนุมูลอิสระที่สามารถพบได้ในผักผลไม้ สีส้ม ส้ม หรือเหลือง นอกจากนี้ยังสามารถพบได้ในสาหร่าย โดยที่ปริมาณ ชนิด และประสิทธิภาพในการต้านอนุมูลอิสระจะแตกต่างกันไปตามสายพันธุ์ของสาหร่าย โดยสาหร่ายสีเขียวยจัดว่าให้สารต้านอนุมูลอิสระที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าเมื่อเทียบกับสาหร่ายสีน้ำตาลและสีแดง ตามลำดับ (Mohamed, Hashim, and Rahman 2012) สารต้านอนุมูลอิสระที่พบในสาหร่ายจะเป็นสารประกอบกลุ่มโพลีฟีนอลและแคโรทีนอยด์ ซึ่งมีการนำมาใช้ในการป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ การลดการอักเสบและในด้านการชะลอวัย เช่น สารฟิวโคแซนทีน (Fucocanthin) และแอสตาแซนธิน (Astaxanthin) ซึ่งจัดว่าเป็นสารต้านอนุมูลอิสระจากสาหร่ายที่มีฤทธิ์ในการต้านอนุมูลอิสระสูงที่สุด (Mohamed, Hashim, and Rahman, 2012; Ngo, et al. 2011)

สาหร่ายแหล่งสารต้านอนุมูลอิสระ

สาหร่ายเป็นพืชชนิดหนึ่งที่มีความแตกต่างจากพืชที่โตบนพื้นดินตรงที่ไม่มีราก ไม่มีใบและระบบลำเลียงอาหาร แต่จะใช้ระบบออสโมซิสดูดซึมอาหารเพื่อใช้ในการเติบโต สาหร่ายที่ถูกค้นพบแล้วมีทั้งหมด 221 สายพันธุ์ ถูกจัดอยู่ในไฟลัมคลอโรไฟตา 32 สายพันธุ์, ไฟลัมเฟโอไฟตา 64 สายพันธุ์ และไฟลัมโรโดไฟตา 125 สายพันธุ์ (Dhargalkar and Verlecar 2009) นอกจากนี้สาหร่ายกว่า 145 สายพันธุ์ (66%) มีการนำมาใช้เป็นอาหารมาอย่างยาวนาน โดยความนิยมในการบริโภคในประเทศ

แถบเอเชียมากกว่าในยุโรป เช่น ประเทศญี่ปุ่น จีน และเกาหลี เป็นต้น (Fleurence, et al. 2012)

โดยปกติแล้ว สาหร่ายสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ (1) สาหร่ายขนาดเล็กหรือสาหร่ายไมโครอัลจี (Microalgae) สามารถพบได้ทั้งที่อยู่บริเวณพื้นทะเลริมฝั่งทะเลหรืออยู่ในน้ำทะเล เช่น พวกไฟโตแพลงตอน เป็นต้น และ (2) สาหร่ายขนาดใหญ่หรือสาหร่ายมาโครอัลจี (Macroalgae) หรืออาจเรียกว่า ซีวีด (Seaweeds) สามารถพบได้บริเวณริมฝั่งทะเล ซึ่งจะเติบโตแตกต่างกันไปตามระดับความลึกของน้ำทะเล (Gupta and Abu-Ghannam 2011)

สาหร่ายมีคุณสมบัติที่มีปริมาณไขมันน้อย มีสารโปรตีนเส้นใยอาหาร กรดไขมันไม่อิ่มตัว และมีวิตามินและเกลือแร่อยู่มาก เช่น วิตามินบี 1 บี 12 บี 3 บี 5 บี 6 วิตามินเอ วิตามินซี และวิตามินดี ไอโอดีน แคลเซียม ฟอสฟอรัส และโซเดียม สาหร่ายยังมีสารพฤกษเคมีตามธรรมชาติ เช่น กลุ่มโพลีแซคคาไรด์ ไกลโคโปรตีน และสารต้านอนุมูลอิสระที่มีประสิทธิภาพสูงหลากหลายชนิด เช่น โพลีฟีนอล โทโคฟีรอล และแคโรทีนอยด์ (Gupta and Abu-Ghannam 2011)

นอกเหนือจากให้สารอาหารหลักแก่ร่างกายแล้ว สาหร่ายยังมีการศึกษาถึงคุณสมบัติต่อสุขภาพหลาย ๆ ด้าน เช่น สามารถมีฤทธิ์ต้านการเจริญเติบโตของแบคทีเรียได้ทั้งแบคทีเรียชนิดแกรมบวกและแกรมลบ (Gupta and Abu-Ghannam 2011) ช่วยยับยั้งการดูดซึมไขมันคอเลสเตอรอล ลดความดันเลือด ช่วยในการทำงานของระบบย่อยอาหารและลำไส้ จึงมีการนำมาใช้ในการป้องกันการเกิดโรคเมตาบอลิกซินโดรมได้ (Holdt and Kraan 2011) ช่วยในการยับยั้งการแข็งตัวของเลือด ด้านเชื้อไวรัส กระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน และยังมีการนำมาใช้ในการป้องกันการเกิดโรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งด้านการชะลอความเสื่อมของร่างกาย เป็นต้น (Holdt and Kraan 2011)

สาหร่ายฮิมาโตคอคคัส พลูวียาลิส และงานวิจัยด้านสุขภาพผิวพรรณ

สาหร่ายฮิมาโตคอคคัส พลูวียาลิส (*Haematococcus pluvialis*) เป็นสาหร่ายน้ำจืดขนาดเล็ก (Microalgae) มีสีเขียว เซลล์เดียว สายพันธุ์เฉพาะ เป็นสาหร่ายที่มีความสามารถในการปรับตัว และมีชีวิตรอดอยู่ได้นานถึงกว่า 20 ปี แม้จะอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโต เช่น ภาวะขาดน้ำ ขาดอาหาร หรือต้องเผชิญกับความร้อนและแสงแดด โดยจะปรับตัวให้มีผนังเซลล์ที่หนาขึ้นเพื่อสะสมสารต้านอนุมูลอิสระในกลุ่มแคโรทีนอยด์ซึ่งให้รงควัตถุสีแดงเข้มที่เรียกว่า แอสตาแซนธิน (Astaxanthin) เพิ่มขึ้น จึงทำให้สาหร่ายชนิดนี้สามารถเปลี่ยนสีกลายเป็นสีแดงได้ เพื่อ



เพิ่มประสิทธิภาพในการปกป้องตัวเองให้อยู่รอดได้ (Kumar 2006, Capelli and Cysewski 2007, Kobayashi et al. 1997) สาหร่ายฮิมาโตคอคคัส พลูวียาลิส สามารถผลิตแอสตาแซนธินได้มากที่สุด คือจะผลิตได้ถึง 4-5% ของน้ำหนักเซลล์แห้ง (Yuan et al. 2011)

แอสตาแซนธินเป็นสารในกลุ่มแซนโทโรฟิลล์ ตระกูลแคโรทีนอยด์ที่มีสีชมพูถึงแดง คล้ายสีทับทิม มีสูตรเคมีคือ 3, 3'-dihydroxy- β , β -carotene-4, 4'-dione (Guerin, Huntley and Olaiola

2003) จากการศึกษาฤทธิ์การต้านอนุมูลอิสระของแอสตาแซนธินด้วยวิธี Singlet oxygen quenching activities เทียบกับสารต้านอนุมูลอิสระชนิดอื่น เช่น กลุ่มแคโรทีนอยด์ แอสคอบิกแอซิด โพลีฟีนอล โคเอนไซม์คิวเท็น พบว่า แอสตาแซนธินมีค่าการต้านอนุมูลอิสระหรือความสามารถในการยับยั้งการเกิดออกซิเดชันของออกซิเจนโมเลกุลเดี่ยว (O_2) สูงกว่าโคเอนไซม์คิวเท็น 800 เท่า สูงกว่าสารคาทีชินจากชาเขียว 560 เท่า และมีค่าสูงกว่าวิตามินซีถึง 6,000 เท่า (Nishida, Yamashita, and Miki 2007) และยังพบว่ามีประสิทธิภาพสูงกว่าวิตามินอี 550 เท่าและสูงกว่าเบต้าแคโรทีน 40 เท่า (Shimidzu, Goto, and Miki, 1996) เนื่องจากประสิทธิภาพในการต้านอนุมูลอิสระนี้เอง ทำให้นักวิจัยจำนวนมากได้ให้ความสนใจนำแอสตาแซนธินไปศึกษาและทำวิจัยทางคลินิกในด้านการดูแลผิวและการชะลอวัยกันอย่างกว้างขวาง โดยปริมาณแอสตาแซนธินที่มีการศึกษาทางคลินิคนั้นอยู่ในช่วงระหว่าง 1-40 มิลลิกรัมต่อวัน (Kidd 2011)

มีการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้วยวิธี double blind placebo control ในอาสาสมัครหญิงที่อายุประมาณ 40 ปี จำนวน 16 คน และให้รับประทานแอสตาแซนธิน 2 มิลลิกรัมคู่กับวิตามินอี 40 มิลลิกรัม ทุกวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ เทียบกับกลุ่มควบคุมที่รับประทานยาหลอก พบว่าความชุ่มชื้นของผิวหนังเพิ่มขึ้น ร้อยละลดลง การเกิดสิวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Yamashita 2002) นอกจากนี้มีผลวิจัยทางคลินิกโดยการศึกษาแบบ single blind randomized control ในอาสาสมัครหญิงที่อายุประมาณ 47 ปี จำนวน 49 คน โดยให้รับประทานแอสตาแซนธิน 2 มิลลิกรัม 2 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์ เทียบกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3 จนถึงสัปดาห์ที่ 6 ของการทดลอง อาสาสมัครรู้สึกว่าคุณภาพผิวดีขึ้นคือ ความแห้งและหยابกระด้างของผิวลดลง ผิวมีความชุ่มชื้นเพิ่มขึ้น ความยืดหยุ่นมากขึ้น ร้อยละลดลง (Yamashita 2006) และยังมีการศึกษาฤทธิ์ของแอสตาแซนธินในการปกป้องรังสียูวีเอโดยใช้การเพาะเลี้ยงเซลล์ไฟโบรบลาสต์ของเซลล์ผิวหนังมนุษย์ พบว่าแอสตาแซนธินช่วยยับยั้งผลของรังสียูวีเอที่มีผลให้เกิดการเสื่อมสภาพของเซลล์ผิวได้ (Suganuma et al. 2010)

ผลงานวิจัยล่าสุดของนักวิจัยชาวญี่ปุ่น ได้ทำการศึกษาประโยชน์ของแอสตาแซนธิน ด้านผิวพรรณ โดยมีอาสาสมัครเป็นผู้หญิง สุขภาพดีจำนวน 30 คน โดยให้รับประทาน แอสตาแซนธินเสริม 6 มิลลิกรัมต่อวัน และให้ ทาแอสตาแซนธิน 2 มิลลิกรัมต่อวันต่อเนื่อง กันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าริ้วรอยบริเวณ หางตา ขนาดของจุดด่างดำที่บริเวณแก้ม ความ ยืดหยุ่นของผิว ความเรียบเนียน ความชุ่มชื้น ของผิว และเซลล์ผิวหนังคอร์นีโอไซท์ในชั้น ผิวหนังกำพร้าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในอาสาสมัครผู้ชาย



ทำคล้ายกรรมดกแต่ง เป็นต้น ซึ่งเป็นที่ยอมรับ ในวงการแพทย์ที่มีหลักฐานทางวิชาการอ้างอิง ถึงประสิทธิภาพในการรักษาความเสื่อมชรา ของผิวหนัง อย่างไรก็ตาม อาจพบผลข้างเคียง ได้ในในทางเลือกเหล่านั้น พบว่าอาหาร หลายชนิดที่มีสารต้านอนุมูลอิสระมีบทบาท ช่วยในการชะลอความเสื่อมของร่างกายได้ เช่น วิตามินซี วิตามินอี เบต้าแคโรทีน โคเอนไซม์คิวเท็น แคททีคิน และแอสตา แซนธิน เป็นต้น สาหร่ายเป็นอาหารที่เป็นที่ รู้จักกันดีว่ามีสารโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุ ต่าง ๆ อยู่มาก แต่มีไขมันปริมาณน้อย

สุขภาพดีจำนวน 36 คน แบบ randomized double blind placebo control โดยให้รับประทานแอสตาแซนธินเสริม 6 มิลลิกรัมต่อวัน ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าริ้วรอยบริเวณหางตา ความ ยืดหยุ่นของผิว ความชุ่มชื้นของผิวดีขึ้น และผิวมีการสูญเสีย น้ำ ลดลง จึงอาจสรุปได้ว่าการรับประทานแอสตาแซนธินเสริมอาจให้ ผลดีกับสุขภาพผิวของทั้งสองเพศ (Tominaga, et al. 2012)

สรุป

ปัจจุบันมีทางเลือกในการชะลอการเกิดความชราของผิวหนัง มากมายที่ถูกนำมาใช้ เช่น การใช้เวชสำอางทาผิว การลอกหน้า ด้วยสารเคมี การกรอผิว เลเซอร์ การใช้คลื่นวิทยุความถี่สูง การ ฉีดโบทูลินัมที่อกขึ้นหรือการฉีดสารเพื่อเติมร่องริ้วรอย และการ

นักวิจัยพบว่าสารสกัดจากสาหร่าย เช่น กลุ่มโพลีแซคคาไรด์ ไกลโคโปรตีน กลุ่มโพลีฟีนอล โทโคฟีรอล แคโรทีนอยด์ และสาร พฤษเคมีอื่น ๆ มีฤทธิ์เป็นสารต้านอนุมูลอิสระต่างๆ ซึ่งมีประโยชน์ ต่อสุขภาพในด้านการป้องกันการเกิดโรคและการชะลอความเสื่อม ชราของร่างกายรวมถึงผิวพรรณ พบว่าสารสกัดจากสาหร่ายใน ตระกูลแคโรทีนอยด์มีสารฟิวโคแซนทินและสารแอสตาแซนธิน สารดังกล่าวจัดเป็นสารต้านอนุมูลอิสระจากสาหร่ายที่มีฤทธิ์ใน การต้านอนุมูลอิสระสูงมาก โดยเฉพาะสาหร่ายสีน้ำตาลโคคอคัส พูวิเอลิส ซึ่งเป็นสาหร่ายสีเขียวเซลล์เดียวสามารถผลิตสารแอสตา แซนธินได้ปริมาณสูงที่สุดและมีการสะสมของสารดังกล่าวไว้อย่าง ทำให้ในปัจจุบันมีนักวิจัยให้ความสนใจศึกษาถึงประโยชน์ของ แอสตาแซนธินในด้านสุขภาพและการช่วยชะลอวัยกันอย่างกว้างขวาง

บรรณานุกรม

- Baumann L. Cosmetic dermatology. New York: McGraw-Hill; 2002. 13-28.
- Capelli B & Cysewski G.R. Astaxanthin. Natural astaxanthin: king of the carotenoids. Cyanotech Corporation, USA; 2007.
- Dhargalkar V.K. & Verlekar X.N. Southern Ocean seaweeds: A resource for exploration in food and drugs. Aquaculture. 2009;287:229-242.
- Evans J.A. & Johnson E.J. The Role of Phytonutrients in Skin Health. Nutrients. 2010;2:903-928.
- Fleurence J., et al. What are the prospects for using seaweed in human nutrition and for marine animals raised through aquaculture? Trends in Food Science & Technology. 2012;27:57-61.
- Guerin M., Huntley M.E & Olaizola M. Haematococcus astaxanthin: applications for human health and nutrition. TRENDS in Biotechnology. 2003;21(5):210-6.
- Gupta S. & Abu-Ghannam N. Bioactive potential and possible health effects of edible brown seaweeds. Trends in Food Science & Technology. 2011;22:315-28.
- Holdt S.L. & Kraan S. Bioactive compounds in seaweed: functional food applications and legislation. Appl Phycol. 2011;23:543-597.
- Kidd P. M. Astaxanthin, Cell Membrane Nutrient with Diverse Clinical Benefits and Anti-Aging Potential. Altern Med Rev. 2011;16(4):355-64.
- Kobayashi, M. et al. Antioxidant role of astaxanthin in the green alga *Haematococcus pluvialis*. Appl Microbiol Biotechnol. 1997;48:351-6.
- Kumar A. Algal conservation. In Agricultural Biotechnology, 267. Discovery Publishing House, 2006.
- Mohamed, S., Hashim, S. N. & Rahman, H. A. Seaweeds: A sustainable functional food for complementary and alternative therapy. Trends in Food Science & Technology. 2012;23:83-96.
- Moy LS, Howe K. Derm Surg 1996;22:435-441.
- Nagata C., et al. Association of dietary fat, vegetables and antioxidant micronutrients with skin ageing in Japanese women. British Journal of Nutrition. 2010;103:1493-98.
- Ngo D.H., et al. Marine food-derived functional ingredients as potential antioxidants in the food industry: An overview. Food Research International. 2011;44:523-29.
- Nishida Y., Yamashita E. & Miki W. Quenching activities of common hydrophilic and lipophilic antioxidants against single oxygen using chemiluminescence detection system. Carotenoid Science. 2007;11:16-20.
- Percone NV, Dinardo J.L. Derm Surg 1996;22:435-437.
- Piamphongsant T. Practical dermatology. 1st ed. Bangkok: Year Book Publisher; 2002:297-309.
- Ruben MG. JB Lippincott Company. Philadelphia PA. 1995.
- Shimidzu N., Goto M. & Miki W. Carotenoids as Singlet Oxygen Quenchers in Marine Organisms. Fisheries Science. 1996;62(1):134-137.
- Suganuma, K. et al. Astaxanthin attenuates the UVA-induced up-regulation of matrix-metalloproteinase-1 and skin fibroblast elastase in human dermal fibroblasts. J Dermatol Sci. 2010;58(2):136-42.
- Tominaga K., et al. Cosmetic benefits of astaxanthin on humans subjects. ACTA Biochimica Polonica. 2012;59(1):43-47.
- Yamashita E. Cosmetic benefit of dietary supplements containing astaxanthin and tocotrienol on human skin. Food Style. 2002;216(6):112-17.
- Yamashita E. The effects of a dietary supplement containing Astaxanthin on skin condition. Carotenoid Science. 2006;10:9-95.
- Yuan J.P., et al. Potential health-promoting effects of astaxanthin: A high-value carotenoid mostly from microalgae. Mol Nutr Food Res. 2011;55:150-165.



ศิริราชร่วมกับ สร. - ร็อคกี้เฟลเลอร์

จัดประชุมวิชาการนานาชาติทางการแพทย์และการสาธารณสุข 2556

ชูแนวคิด Healthy Society beyond Frontiers

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ จัดการประชุมวิชาการนานาชาติทางการแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. 2556 เรื่อง สุขภาวะไร้พรมแดน หรือ Healthy Society beyond Frontiers เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพที่สูงขึ้น และเพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของประชาคมอย่างไร้พรมแดน โดยกำหนดจัดขึ้นระหว่างวันที่ 24-28 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และประธานคณะกรรมการอำนวยการจัดการประชุมวิชาการฯ ได้เล่าถึงความเป็นมาของการประชุมวิชาการในครั้งนี้ว่า เริ่มต้นจากปี พ.ศ. 2464 สมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมขุนสงขลานครินทร์ ทรงเป็นผู้แทนฝ่ายรัฐบาลสยามในการเจรจาขอความร่วมมือกับมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ เพื่อปรับปรุงการศึกษาแพทย์ให้ถึงระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ซึ่งทางมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ยินดีให้การสนับสนุนทั้งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข อีกทั้งยังให้การสนับสนุนงบประมาณสร้างตึกเรียนและตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราชอีกด้วย ในปี พ.ศ. 2556 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ จึงร่วมกันจัดการประชุมวิชาการนานาชาติขึ้น เพื่อเฉลิมฉลองในวาระพิเศษนี้ ภายใต้แนวคิด สุขภาวะไร้พรมแดน หรือ Healthy Society beyond Frontiers อันแสดงถึงความพยายามของหน่วยงานทั้งสามที่จะร่วมมือกันดูแลสุขภาพของประชาคมในภูมิภาคนี้อย่างไร้พรมแดน

ในส่วนของการรายละเอียดการประชุมวิชาการ ศ.นพ.รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ ประธานคณะกรรมการฝ่ายวิชาการ กล่าวว่า “การประชุม

วิชาการนานาชาติด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น เป็นการตอบสนองต่อนโยบายประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยเน้นเนื้อหาการประชุมประเด็นปัญหาสุขภาพของประเทศในภูมิภาคอาเซียน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนได้มีส่วนร่วมแบ่งปันประสบการณ์ การดูแลรักษาผู้ป่วย หรือการจัดการกับปัญหาสุขภาพของท้องถิ่นอย่างเป็นองค์รวม”

สำหรับหัวข้อการประชุมที่น่าสนใจ ได้แก่ ถอดบทเรียนการขับเคลื่อนงานวิจัยสู่ นโยบายสุขภาพ เทคนิคการตรวจวัดวิตามินดี ในเลือด และแนวทางการดูแลรักษาโรคกระดูกพรุนและภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกัน โดยจะนำเสนอแนวทางการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาด้วยข้อมูลทางการแพทย์ล่าสุด

นอกจากนี้ยังได้มีการจัดปาฐกถาเกียรติยศ เอจี เอลิส ในหัวข้อ “ASEAN Medical Hub ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ” โดยได้รับเกียรติจาก นพ.ประดิษฐ์ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มาเป็นองค์ปาฐกถา นำเสนอผลงานวิจัยและกิจกรรมภาคประชาชน 2 กิจกรรม ได้แก่ นวัตกรรม INNOVATIVE PARTNERS : The Rockefeller Foundation and Thailand โดยเล่าประวัติความร่วมมือระหว่างมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์และประเทศไทย ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 จนถึงรัชกาลปัจจุบัน และกิจกรรม “60 ยังแจ๋ว” เพื่อให้สังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างมีความสุข และในโอกาสนี้ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จพระราชดำเนินมาเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดการประชุม

ด้าน นพ.ประดิษฐ์ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เผยว่า กระทรวงสาธารณสุขมีความยินดีที่ได้ร่วมกับคณะ

แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ จัดประชุมวิชาการครั้งนี้ ถือเป็นนิมิตหมายอันดีของประเทศไทยที่ผลักดันให้มีการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้เจริญก้าวหน้า โดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล เพื่อให้ไทยเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในภูมิภาคนี้

คุณพิมพ์ภาวดี พหลโยธิน รองผู้อำนวยการสำนักงานภูมิภาคเอเชีย มูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ กล่าวว่า กว่า 100 ปีที่มูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์มีความมุ่งมั่นงานด้านสาธารณสุข พร้อมสร้างสรรคนวัตกรรมและการแบ่งปันความรู้ทางมูลนิธิมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะให้การสนับสนุนการจัดการประชุมวิชาการนานาชาติด้านการแพทย์และสาธารณสุขขึ้นอีกครั้ง นับจากวันนี้ไปไม่ถึง 3 ปี ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะเริ่มขึ้น การประชุมวิชาการในครั้งนี้ถือเป็นงานที่สำคัญในลำดับแรกเพื่อการดำเนินงานต่อไปในอนาคตข้างหน้า

“การจัดประชุมวิชาการในครั้งนี้ไม่เพียงมุ่งหวังแต่คุณภาพชีวิตของคนในชาติเท่านั้น แต่ยังคำนึงถึงประชาคมอาเซียน ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นพี่น้องของเรา จึงอยากให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์เข้าร่วมประชุมกันให้มาก เพื่อผนึกกำลังขับเคลื่อนให้สังคมอาเซียนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าองค์ความรู้ตลอดจนเครือข่ายระหว่างสาขาวิชาที่เกิดขึ้นจะสามารถขึ้นนำวงการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดการพัฒนา อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประเทศชาติและประชาคมอาเซียน” ศ.คลินิก นพ.อุดม กล่าวทิ้งท้าย

ผู้ที่สนใจสามารถดูรายละเอียดและลงทะเบียนการประชุมได้ที่ www.sirirajconference.com และ www.si.mahidol.ac.th หรือสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์โทรศัพท์ 0-2419-7680-1

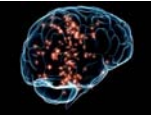


วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
14 มิถุนายน 2556 	ชมรมหัวใจล้มเหลว แห่งประเทศไทย	HFCT Annual Scientific Meeting "The 21 st Century of Advanced Heart Failure Management" at The Star Room 29 th Floor, Plaza Athenae Hotel	โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: thaiheart@hotmail.com
18-21 มิถุนายน 2556 	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สมาคมชาดไทย ร่วมกับ สถาบันร่วมผลิตแพทย์ 3 สถาบัน	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 52 'Healthcare Beyond boundaries: ASEAN Initiative' ณ อาคาร อปร. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	www.cumedconference.com/th_content.php?slug=registration_online
20-21 มิถุนายน 2556 	งานบริการวิชาการ โรงพยาบาลรามารับดี	การอบรมฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง "อุบัติเหตุทางมือ" ครั้งที่ 33 ณ ห้องประชุม อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ชั้น 5 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล	โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542 http://academic.ra.mahidol.ac.th, www.acmrma.com
24-28 มิถุนายน 2556 	คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และองค์การที่เกี่ยวข้อง ทางด้านการแพทย์และ สาธารณสุข	การประชุมวิชาการนานาชาติทางการแพทย์และสาธารณสุข พ.ศ. 2556 ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	E-mail: siriraj.conference@gmail.com www.sirirajconference.com
26-28 มิถุนายน 2556 	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ ร่วมกับหน่วย กุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาล นพรัตน์ราชธานี และ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์	การประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ "สุขภาพเด็กแห่งชาติ" ครั้งที่ 14 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข "Child Health National Wealth" ณ โรงแรมเซนจูรี่ พาร์ค กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2354-8333-43 ต่อ 5117, 5122, 08-8874-4674 โทรสาร 0-2354-8088 E-mail: qsnich.training@gmail.com www.childrenhospital-training.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.criticalcarethai.org, www.tscmm.com
10-12 กรกฎาคม 2556 	ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	โครงการประชุมวิชาการฟื้นฟูความรู้เวชปฏิบัติ เรื่อง "การดูแลสุขภาพ สำหรับ 3 รุ่นอายุ: วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ" ณ ห้องประชุมทองจันทร์ หงส์ดามรงค์ อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	โทรศัพท์ 0-7445-1330-2, 0-7442-9921 โทรสาร 0-7442-9921 E-mail: chada_5614@hotmail.com, sampai@medicine.psu.ac.th http://medinfo.psu.ac.th
10-12 กรกฎาคม 2556 	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย	การประชุมวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2556 "สิทธิและการเข้าถึงอนามัยการเจริญพันธุ์: ประเทศไทยสู่อาเซียน" ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ สุขุมวิท 11 กรุงเทพฯ	http://rh.anamai.moph.go.th

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
12 กรกฎาคม 2556 	ชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย	กิจกรรมวิชาการ Interhospital Pediatric Nutrition Conference ประจำปี พ.ศ. 2556 ณ ห้องบรรยาย 5 ชั้น 12 ตึกเจ้าฟ้าจุฬาภรณคดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล	E-mail: group@pednutrition.org
12-13 กรกฎาคม 2556 	อนุสาขา Sports Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย และ Thai Orthopaedic Society for Sports Medicine (TOSSM)	การประชุม The 3 rd Annual Meeting of Thai Orthopaedic Society for Sports Medicine ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน รีสอร์ท จ.ประจวบคีรีขันธ์	โทรศัพท์ 0-2716-5436-7
17-19 กรกฎาคม 2556 	สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการอบรมต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 28 ณ ห้องประชุม สยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซ.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6337 www.thaiendocrine.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 ร่วมกับ โรงพยาบาลสมเด็จ พระเจ้าตากสินมหาราช	การประชุมวิชาการสัณจร ครั้งที่ 24 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตร์ ชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	โทรศัพท์ 0-2716-6744 ต่อ 11, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: rcpt@asianet.co.th www.rcpt.org
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 	สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ	การประชุมนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 21 การลงทุนที่ดี ที่สุดเพื่อสุขภาพ (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 	สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย	การประชุมกลางปี พ.ศ. 2556 สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย DST Mid-Year Meeting 2013	โทรศัพท์ 0-2716-5256 โทรสาร 0-2716-6857 www.dst.or.th
20-22 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2556 ใน Theme "Current Trends in Orthopaedics 2013" ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคัลฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	www.rcost.or.th/meeting2013

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกลุ่มงานแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถนนราชดำเนิน แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
17-20 June 2013 	World Vaccine Congress Asia 2013	-	Singapore	www.terrapinn.com/2013/world-vaccines-congress-asia/index.stm
25-28 June 2013 	The Clinical Genome Conference	San Francisco	United States of America	www.clinicalgenomeconference.com
30 June-4 July 2013 	International Congress of Toxicology 2013	Seoul	South Korea	www.ict2013seoul.org
8-9 July 2013 	2 nd Annual Global Healthcare Conference (GHC 2013)	-	Singapore	www.globalhc-conf.org
8-11 July 2013 	Pharma Trials Korea 2013	-	South Korea	www.terrapinn.com/conference/pharma-trials-world-korea/venue.stm
12-14 July 2013 	Colorado Integrative Medicine Conference (CIMc 2013): Focus on Mind-Body Medicine & Lifestyle Management	Estes Park, Colorado	United States of America	www.altermedresearch.org/Conferences.html
22-25 July 2013 	27 th Annual Echocardiographic Symposium at Vail: State-of-the-Art Review, Live Scanning, Clinical Decision Making and Multimodality Imaging	Vail	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2013r013
16-18 August 2013 	The Annual International Conference on Science and Engineering in Biology, Medical and Public Health (BioMedPub)	Jakarta	Indonesia	www.biomedpub.org
22-24 August 2013 	5 th Asian Congress of Health Psychology	Daejeon	South Korea	www.achp2013.org

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 Karn 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



“C30 Electric Generation II” by Volvo ชาร์จไฟเต็มไวกว่า

Volvo พัฒนาระบบชาร์จไฟ
ในรถ C30 Electric รุ่นใหม่ ภายใต้ชื่อ
“Generation II” เซฟระยะเวลาการชาร์จ

ไฟเข้าแบตเตอรี่ให้เต็มเร็วขึ้น ระบบชาร์จไฟ 22 กิโลวัตต์ที่ติดตั้งอยู่ใน C30 Electric ถือเป็นระบบชาร์จแบบสามเฟสครั้งแรกในโลกที่มีขนาดเล็ก สามารถติดตั้งในรถพลังงานไฟฟ้าได้โดยใช้เวลาเพียง 1.5 ชั่วโมง ขับเคลื่อนได้ระยะทางสูงสุด 164 กิโลเมตร นอกจากนี้ยังมีระบบชาร์จเร่งด่วนในเวลา 10 นาทีที่ขับเคลื่อนได้ในระยะทาง 20 กิโลเมตรอีกด้วย พร้อมทั้ง Volvo เตรียมส่ง C30 Electric Generation II จำนวน 100 คันให้ลูกค้าในยุโรปได้เข้าใช้งานเพื่อเก็บข้อมูลการใช้งานจริงมาพัฒนาต่อไป



KOHLER Moxie ฟังเพลงผ่านสายน้ำแบบไม่ซัด!

อากาศร้อน ๆ แบบนี้อะบายน้ำเย็นช่วยให้สบายอารมณ์ หากมีเสียงเพลงคลอเบา ๆ ขณะอาบน้ำด้วยคงยิ่งช่วยให้สดชื่นยิ่งขึ้นไปอีก ใครที่ชอบฟังเพลงขณะอาบน้ำไม่ต้องกังวลซัดแล้ว ลำโพงบลูทูธตัวใหม่สำหรับติดกับหัวฝักบัวอาบน้ำจาก KOHLER ที่มีชื่อว่า KOHLER Moxie ตัวลำโพงออกแบบมาให้กันน้ำได้ สามารถจับคู่กับมือถือ แท็บเล็ตหรือคอมพิวเตอร์ผ่านบลูทูธเพื่อเล่นเพลงได้ การติดกับหัวฝักบัวจะใช้แม่เหล็ก สามารถติดตั้งและถอดออกสะดวก พร้อมใช้งานต่อเนื่องได้นานถึง 7 ชั่วโมง ในการชาร์จไฟหนึ่งครั้งเลยทีเดียว

ซัมซุงสมาร์ททีวี ใหม่! ยูเอชดีทีวีใหญ่ที่สุดในโลก



เทรนด์ใหม่ให้การชมทีวีในเมืองไทยยังคงแรงไม่หยุด ซัมซุงเปิดตัวผลิตภัณฑ์ภาพและเสียงครบไลน์ นำเสนอจุดเด่น ซัมซุงสมาร์ททีวีปี 2013 ที่เต็มประสิทธิภาพ รวดเร็ว พร้อมความละเอียดคมชัดมากยิ่งขึ้น สร้างความแตกต่างด้วยการพัฒนาโลคอล แอปพลิเคชันเพื่อผู้บริโภคชาวไทย เติบโตมอรรถรสความบันเทิงให้ครบครันยิ่งขึ้นด้วยผลิตภัณฑ์กลุ่มเครื่องเสียงที่มีเทคโนโลยีล้ำหน้าสู่โลกแห่งอนาคต อีกทั้งเตรียมเปิดตัว ซัมซุงยูเอชดีทีวี ขนาด 85 นิ้ว ใหญ่ที่สุดในโลก เร็ว ๆ นี้

[Book Shop]

คู่มือปรับวิถีชีวิต พิชิตเบาหวาน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล
สำนักพิมพ์อมรินทร์สุขภาพ, ราคา 150 บาท

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ฉะนั้นการมีความรู้เกี่ยวกับโรคตั้งแต่เริ่มของการป้องกัน วิธีรักษา และการดูแลตัวเองเพื่อควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติที่สุดจึงเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะหากควบคุมไม่ได้ สิ่งตามมาคือโรคและอาการแทรกซ้อน ไม่ว่าจะเป็นความดันโลหิตสูง โรคตา โรคหัวใจ คอเลสเตอรอลสูง ไตโรคไตหรือโรคไตสูง หรือเป็นแผลที่เท้าจนต้องตัดขา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของร่างกาย และทำลายสุขภาพจิตผู้ป่วยมากกว่าโรคเบาหวานเอง

“คู่มือปรับวิถีชีวิต พิชิตเบาหวาน” คู่มือที่ทำให้ผู้อ่านได้รับข้อมูลจากผู้รู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อาทิ เบาหวานในเด็กและวัยรุ่น เบาหวานในผู้ใหญ่ สตรีตั้งครรภ์กับโรคเบาหวาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางตาจากโรคเบาหวาน คู่มือดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยเบาหวาน อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งหมดนี้ป้องกันและควบคุมได้ด้วยหลากหลายวิธีการ หนังสือเล่มนี้จึงเป็นเหมือนคู่มือ ตำรา ที่ปรึกษา อันเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวได้อย่างแท้จริง



ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF THAILAND

“คิดเอง ทำได้ ห่างไกลโรค”

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ราคาเล่มละ 60 บาท



“คิดเอง ทำได้ ห่างไกลโรค” เป็นหนังสือด้านการแนะนำและรักษาสุขภาพที่ให้อำนาจและเป็นแหล่งศูนย์รวมโรคสุกดิบของคนไทยส่วนใหญ่ที่มักจะประสบปัญหาเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อาทิ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดยมีการนำเสนอและเรียบเรียงเป็นภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย ไม่เยิ่นเย้อ ภายในเล่มมีการนำเสนอวิธีการป้องกันและการรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากวิถีชีวิตของคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยในปัจจุบัน เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ เป็นต้น มีการดำเนินเรื่องโดยการหยิบยกเอาตัวอย่างที่ใกล้ตัว เข้าใจง่าย เพิ่มเติมสีสันด้วยการร้อยเรียงภาษาแต่งแต้มด้วยภาพประกอบที่สวยงาม น่าอ่าน พกพาสะดวก

“คิดเอง ทำได้ ห่างไกลโรค” ราคาเล่มละ 60 บาท (รวมค่าจัดส่งทางไปรษณีย์) หน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐและเอกชน หรือผู้สนใจทั่วไป มีความประสงค์ที่จะสั่งซื้อเพื่อนำมาอ่านหรือนำมาแจกจ่ายที่กิจกรรมเพื่อสุขภาพต่าง ๆ สามารถสั่งซื้อได้แล้วที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2716-6744 หรือ E-mail: rcpt@asianet.co.th



ประมวลภาพบรรยากาศงานประชุมวิชาการ
Thai Rheumatism Association
and Roche Thailand Ltd.



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



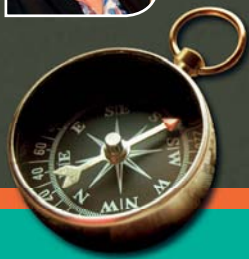
Moderator :

Prof. Ratanavadee Nanagara, MD.
Division of Allergy Immunology and Rheumatology,
Department of Medicine, Srinagarind Hospital



Speaker :

Col. Assoc. Prof. Pajit Asavatanabodee, MD.
Unit of Rheumatology, Department of Medicine,
Phramongkutklao Hospital



Saturday, 16th March 2013
Grand Hyatt Regency Hua-Hin Hotel



ประมวลภาพบรรยากาศงานประชุมวิชาการ
The Thai Society of Hematology
and Roche Thailand Ltd.

Maximizing Outcome Approach in Myelodysplastic Syndrome

Wednesday, 20th March 2013 Centara Grand at CentralWorld



Moderator :

Suporn Chuncharunee, MD.



Speaker :

Kanchana Chansung, MD.



Speaker :

Lalita Norasetthada, MD.



วงการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย



ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย



สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย



ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย



วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ ในแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้วย ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป





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
การแพทย์ 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
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
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. ถ้าชำระเป็นด้วยวีธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

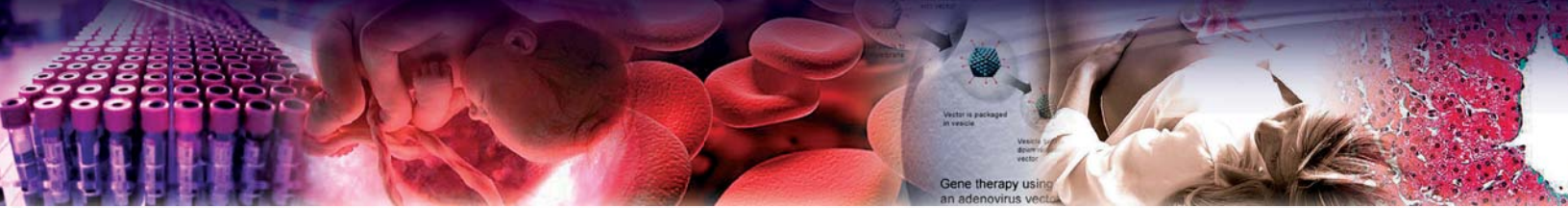
ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS





เนื้องอกรังไข่ และมะเร็งรังไข่

Benign and Malignant Disease of the Ovary

ตอนที่ 3

การดำเนินทางคลินิก และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกรังไข่ ภาค 1

นพ.กนกกร สุนทรจิต วท.บ., พ.บ.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิบัตรสาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/130502

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับอาการของเนื้องอกรังไข่
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับอาการแสดงของเนื้องอกรังไข่
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของเนื้องอกรังไข่
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัยแยกโรค
6. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยมะเร็งรังไข่

คำว่า “เนื้องอก” ที่ใช้จำกัด และเน้นถึงการขยายตัวของรังไข่ True neoplasia, Neoplastic changes หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากเหตุอื่นที่เรียกว่า Tumour-like conditions เช่น จากการอักเสบ บวม ฟอลลิเคิล และคอร์ปัสลูเทียมซิสต์ ฯลฯ

รังไข่เป็นแหล่งที่มีการเกิดเนื้องอกได้หลายชนิด และเป็นอวัยวะที่มีความสามารถที่จะเจริญไปเป็น Neoplastic tissue ได้อย่างมากมาย เนื้องอกแต่ละชนิดไม่จำเป็นต้องเป็นอย่างชนิดเดียวกัน ๆ โดยอาจจะมีเนื้อหลายชนิดในเนื้องอกก้อนเดียวกัน ตัวอย่างเช่น Androblastoma, Dysgerminoma และ Struma ovarii ในบางโอกาสพบว่าเป็นส่วนหนึ่งของ Teratoid tumour ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การตรวจเนื้อทางกล้องจุลทรรศน์ ให้เพียงพอในหลาย ๆ ส่วนของก้อนเนื้องอกในขณะเดียวกัน

พวก Cystadenoma อาจจะมีเยื่อผนังส่วนหนึ่งเป็น Mucinous และส่วนหนึ่งเป็น Serous ก็ได้ ถ้าการตรวจนั้นละเอียดเพียงพอ การสังเกตการณ์อื่นนี้ทำให้เชื่อว่าเนื้องอกส่วนใหญ่เกิดมาจาก Teratoid tumour และเนื้อเยื่อส่วนใหญ่ที่ปรากฏให้เห็นชัด และบอกถึงชนิดของเนื้องอกรังไข่นั้น ๆ เป็นเพียงส่วนที่มีการเจริญเด่นผิดธรรมชาติของ Teratoid element แต่สรุปแล้ว เนื้องอกรังไข่มีการเจริญมาจากแหล่งอื่นนอกเหนือไปจาก Teratomas ก็ได้

อาการ อาการแสดง และโรคแทรกซ้อนของเนื้องอกรังไข่ (Symptoms, Signs and complications)

1. ส่วนใหญ่ของเนื้องอกไม่มีอาการ ไม่ว่าการเปลี่ยนแปลงของรังไข่ที่โตขึ้นนั้นจะเป็นเนื้องอกธรรมดา หรือ



เนื้อร้าย มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่รู้ตัวว่ามีเนื้องอก แม้ว่าเนื้องอกรังไข่จะมีขนาดใหญ่ เนื้องอกรังไข่ชนิดร้ายแรงอาจจะมีขนาดโตขึ้นและขยายตัวออกไปพ้นบริเวณของอวัยวะสืบพันธุ์หรือช่องเชิงกรานโดยไม่มีอาการแสดงหรืออาการที่บ่งว่ามีก้อนเนื้องอกนั้น นอกจากนี้ที่สำคัญมากก็คือ เนื้องอกรังไข่ชนิดไม่ร้ายอาจเปลี่ยนไปเป็นชนิดร้ายแรงโดยไม่มีการเตือนให้ทราบล่วงหน้า ความจริงอันนี้ทำให้ต้องตระหนักถึงเสมอ เมื่อรังไข่โตมีขนาดโตขึ้น เพราะอาจจะสำคัญผิดว่าไม่มี ความหมาย แต่ที่แท้จริงเป็นเรื่องร้ายแรงถึงแก่ชีวิตได้ อาการแสดงเมื่อปรากฏให้เห็นไม่ใช่เป็นลักษณะเฉพาะของเนื้องอกชนิดใดชนิดหนึ่งแต่ละอัน แม้ว่าอาการแสดงนั้นอาจจะช่วยชี้ช่องว่าน่าจะเป็นเนื้องอกชนิดนั้นชนิดนี้ และให้การวิเคราะห์ได้ แต่ก็ไม่ค่อยจะแน่นอน และสำคัญนัก ที่พบได้บ่อยและสำคัญก็คือ การมีช่องท้องตึงแน่น อึดอัด และท้องโตขึ้น รู้สึก มีความกดดันในท้อง หรือรู้สึกว่ามีก้อนเนื้ออยู่ในท้อง อาการเหล่านี้พบได้มากที่สุด

2. การที่เลือดออกจากโพรงมดลูกผิดปกติ อาจพบได้ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกของรังไข่ แต่ไม่จำเป็นต้องเกิดจากอิทธิพลของเนื้องอกรังไข่โดยตรง ซึ่งพบได้ยาก เช่น Granulosa หรือ Theca cell tumours เป็นต้น หรือที่พบเลือดออกจากโพรงมดลูกได้บ่อย เกิดจากการมี Endocrine dysfunction เหมือนกัน แต่อาจไม่เกี่ยวข้องกับเนื้องอกรังไข่นั้น ๆ โดยตรงก็ได้

อย่างไรก็ดี ในเนื้องอกชนิด Follicular และ Corpus luteum cysts และ Granulosa-Theca cell จะมีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุผนังมดลูกโดยตรงจากอิทธิพลของเนื้องอกได้ ถ้านึกถึงความจริงที่ว่าเลือดที่ออกมาสาเหตุอื่นนอกจากเนื้องอกก็ได้ ลักษณะเฉพาะอันนี้ก็ช่วยบอกได้ไม่แน่นอนว่าเนื้องอกชนิด

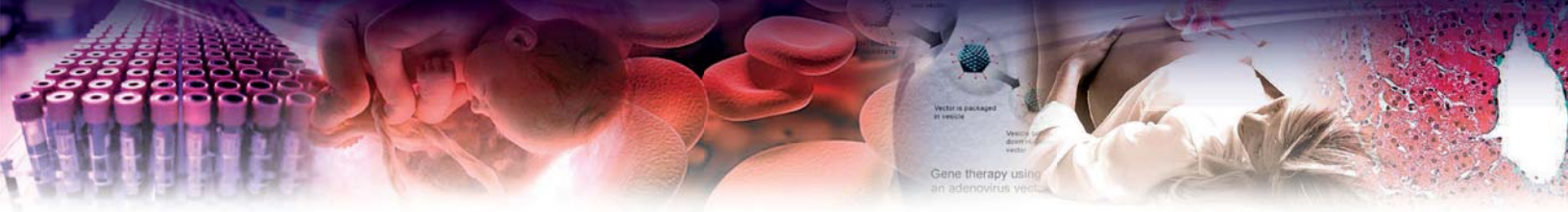
นั้น ๆ เป็นอะไรแน่ การเกิดเลือดออกในระยะ Prepuberty และ Postmenopause อาจจะช่วยบ่งชี้ถึงพวก Granulosa-Theca cell แต่ก็ไม่ควรจะใช้เป็นเครื่องวิเคราะห์แต่อย่างใด อย่างเด็ดขาด จะต้องมีการตรวจอื่น ๆ ประกอบ เช่น ชูดมดลูก หรือเอ็นโดสโคปีดูเนื้องอก

3. Amenorrhea อาจจะเกิดร่วมกับ Follicular cysts แต่ไม่ค่อยพบ Amenorrhoea เกิดร่วมกับ Corpus luteum cysts แม้ว่าพวก Granulosa-Theca cell tumour มักจะทำให้เกิดมีเลือดออกจากโพรงมดลูก และอาจจะพบบางระยะมี Amenorrhea ก็ได้ บางโอกาส Inflammatory cysts หรือเนื้องอกรังไข่ชนิดร้ายอาจจะทำลายเนื้อรังไข่ที่ดีให้หมดไปหรือรบกวนหน้าที่ของรังไข่ โดยทำให้ระดูขาดหรือหยุดไปได้จากความเป็นจริงที่กล่าวนี้ การเกิดมี ovulation ทุก ๆ เดือน และมี Corpus luteum เจริญขึ้นมาทุก ๆ รอบเดือนเช่นเดียวกัน แต่หน้าที่ของรังไข่ก็ยังคงดำเนินต่อไปได้ ทั้ง ๆ ที่ดูจากสภาพของรังไข่แล้วไม่น่าจะเป็นไปได้ Amenorrhea อาจจะเป็นอาการแสดงอันแรกของ Masculinizing tumour ของรังไข่ และภายหลังจากนั้นจึงจะมีปรากฏการณ์ของ Defeminization และ Masculinization ปรากฏตามมา

4. Sterility อาจจะเกิดขึ้นได้จากผลของเนื้องอกของรังไข่ที่มีต่อหน้าที่ของรังไข่ ทำให้เสื่อมหรือหมดหน้าที่ไป

5. Pain แม้ว่าจะเป็นอาการแสดงที่ไม่พบได้บ่อย แต่ก็อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อเกิดการยึดแน่นกับพังผืดเกิดขึ้นโดยบังเอิญจากการเจริญของเนื้องอกเกิดจากการขยายตัวของเนื้องอกชนิดร้าย หรือเกิดมาคู่กันพร้อมกับแผล เช่น จากรอยแตกของรังไข่ อาการแสดงนี้เป็นผลเกิดขึ้นจากเนื้องอกที่มีอาการแทรกซ้อน อุบัติเหตุที่ว่านี้อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ คือ **การบิดของขั้วของรังไข่ (Tortion of the pedicle)** ซึ่งเกิดได้บ่อยมาก การบิดของขั้วรังไข่ทำให้เกิดการอุดตันของเลือดดำที่ไหลกลับจากเนื้องอกรังไข่ แต่เลือดแดงที่ไหลเข้าไปในเนื้องอก ซึ่งมีความดันสูงกว่ายังสามรถไหลเข้าไปได้ ก็ยังทำให้เกิดการคั่งของเลือดอยู่ภายในเนื้องอก ผลที่สุดอาจเกิดการแตกของเนื้องอกนั้น ๆ ได้ บางครั้งการบิดครั้งแรก ๆ ก็อาจจะกดเส้นเลือดให้ปิดสนิท แต่ที่พบบ่อยที่สุดมักเป็นชนิดเกิดการอุดตันเป็นบางส่วน และเมื่อมีการบิดต่อไปจึงจะอุดตันอย่างสิ้นเชิง ผลที่ตามมาต่อจากนั้นก็ คือ มีการบวมและขยายตัวของเนื้องอก อาจเกิด Thrombosis, Ischemia, Necrosis





และมีเลือดออกแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อ รวมทั้งเกิดมี Gangrene ขึ้นได้ในภายหลัง การเกิดดังกล่าวมาแล้วจะรุนแรงและรวดเร็ว แค่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบิดของลำไส้ เรา จะพบได้ว่า เนื้อเยื่อจะมีสีแดงจัด ต่อมาเป็นสีม่วงคล้ำ และ ดำในที่สุด ผู้ป่วยจะมีอาการของ Peritonitis ทั้งเฉพาะที่หรือ ทั่วไปในช่องท้องก็ได้ แต่อาการแสดงที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ก็คือ Pain มักไม่ค่อยเกิดชนิดค่อยเป็นค่อยไป หรืออย่างช้า ๆ และเมื่อใดที่เกิดมี Peritonitis ขึ้น อาการแสดงของช่องท้อง อีกเสบก็จะเพิ่มตามมามาก ถ้าได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช้า อาการ Toxic และ Infection process ก็จะมีแสดงมากขึ้น

6. Rupture of Ovarian Tumour การแตกของ เนื้อเยื่อรังไข่ ไม่ว่าจะเป็นชนิดถุงน้ำ หรือเนื้อตันก็เกิด เป็นอุปทว เหตุที่อันตรายมาก เพราะบางครั้งเส้นเลือดในเนื้อเยื่อจะ พลายแตกหรือฉีกขาดไปด้วย ทำให้เกิดการตกเลือดภายใน ช่องท้องอย่างมาก ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ถ้าได้รับการวิเคราะห์ ไม่ถูกต้อง และรับการรักษาไม่ทัน่วงที

7. Peritonitis เป็นผลจากการที่มีเลือดออกเข้าไปใน เนื้อเยื่อ ไม่ว่าจะเป็นชนิดเนื้อตัน หรือถุงน้ำ ทำให้เกิด Ischemic necrosis และลงเอยด้วยช่องท้องอักเสบในที่สุด

8. Infection อาจเกิดขึ้นได้ เป็นผลต่อมาจาก Infarc- tion Hemorrhage หรือ Necrosis ของเนื้อเยื่อ หรือเกิดจาก การอักเสบของลำไส้ใหญ่และไส้ติ่ง เชื้อโรคที่อยู่ใน Sigmoid colon อาจจะถูกบีบออกมาทางกระแสน้ำเหลืองไปที่รังไข่ข้างซ้าย และทำให้เกิด Infection ขึ้นที่เนื้อเยื่อได้

9. Pressure ต่อกระเพาะปัสสาวะ อาจทำให้เกิด การระคาย ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อยและถ่ายไม่สุด Ureter อาจ จะถูกกดเพียงพอให้เกิด Hydronephrosis บ่อยครั้งที่พบว่า Ureter ถูกทำให้แคบเฉียว หรืออ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงใน หน้าท้อง หรือเกิดอาการใด ๆ เนื้อเยื่อชนิด Intraligamentous, เนื้อเยื่อที่มีพังผืด หรือเนื้อเยื่อที่แทรกอยู่เต็มช่องเชิงกราน พวกนี้มีโอกาสจะกดหรือเบียด Ureter ทำให้เกิดความกดดัน และทำให้ผิดรูปไปได้ (Compression and distortion) นอกจากนี้ พวกนี้เนื้อเยื่อก่อนโต และพวกที่เคลื่อนไหวได้เล็กน้อยหรือ ไม่ได้เลยอาจทำให้เกิดการกดดันต่อ Rectum และอาจล่งลำ เบียดกับ Sigmoid colon ทำให้เกิดการบิดเบี้ยวผิดรูปไปได้ หรือเกิดท้องผูกก็ได้ เคยปรากฏว่าพวกเนื้อเยื่อรังไข่ก่อน โต ๆ ทำให้เกิดมีการบวมของขาทั้งสองข้าง และบริเวณ Vulva ด้วย

10. Malignant Change เกิดขึ้นได้ทุกโอกาสกับเนื้อ เยื่อ หรือถุงน้ำรังไข่ชนิดธรรมดา อาจไม่มีอาการเลยดังได้ กล่าวมาแล้ว หรือมีอาการของเนื้อร้าย หรือมะเร็ง (Malignancy) เช่น มีน้ำในช่องท้อง มีน้ำในช่องอก เบื่ออาหาร ผอมลง ซีด บวม น้ำหนักลด รวมทั้งการขยายตัวของต่อมน้ำเหลืองที่ เนื้อเยื่อนั้น ๆ ไปถึง เช่น ที่รักแร้ คอ ขาหนีบ ขาพับ หรือมีอาการ ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อย ถ่ายเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด ถ้าเนื้อเยื่อชนิดร้ายนั้น ๆ กระจายไปถึงอวัยวะเกี่ยวกับการ หายใจ ลำไส้ และกระเพาะอาหาร หรือมะเร็งกระจายมาที่ ผิวหนังก็อาจพบก้อนเนื้อเยื่อที่ได้ผิวหนังบริเวณที่พบได้ง่าย



เช่น ผื่นหน้าท้อง หรือแถวเชิงกราน นอกจากนี้อาจมีการกระจายต่อไปที่มดลูก คอมดลูก หรือ Vulva ทำให้เกิดอาการเฉพาะที่ เช่น ตกขาว มีน้ำหรือเลือดออกทางช่องคลอด หรือมีก้อนเนื้อเกิดขึ้นที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก หรือที่ช่องคลอด ปากมดลูก เป็นต้น

11. ขัดขวางการคลอด เนื้องอกรังไข่อาจขัดขวางการคลอด ทำให้การคลอดไม่ดำเนินไปตามปกติ หรือทำให้ Position ของเด็กผิดปกติ

การตรวจพบ (Findings)

- การตรวจทางหน้าท้อง โดย **Physical examination**
- การตรวจทางช่องคลอด **Bimanual vaginal examination** และการตรวจทางทวารหนัก **Rectal examination** ช่วยให้ตรวจพบเนื้องอกของรังไข่เกือบสมบูรณ์ บางครั้งอาจช่วยบอกชนิดของรังไข่ได้ด้วย
- การใช้เครื่องมืออื่น เช่น **Laparoscopy** และ **Ultrasonic sonogram, Scanning, Abdominal centesis** จะยิ่งช่วยการวิเคราะห์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การตรวจทั่ว ๆ ไป ขั้นพื้นฐานมีหลักการดังต่อไปนี้

1. Location จะต้องหาว่าก้อนเนื้องอกอยู่ที่ใด ส่วนใหญ่ มักอยู่ด้านข้างของมดลูกค่อนข้างด้านหลังเล็กน้อย ถ้ามดลูกคว่ำหน้า บางครั้งก้อนเนื้องอกจะตกมาด้านหลังของมดลูกใน Cul-de-sac โดยจะอยู่ตรงกลางด้านหลังของมดลูก แต่อาจจะพบอยู่ในช่องเชิงกรานด้านหน้า หรือกึ่งกลางด้านหน้าของมดลูกก็ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีช้ำยาว ก้อนเนื้องอกขนาดใหญ่อาจอยู่ในช่องท้องพ้นออกไปจากช่องเชิงกราน

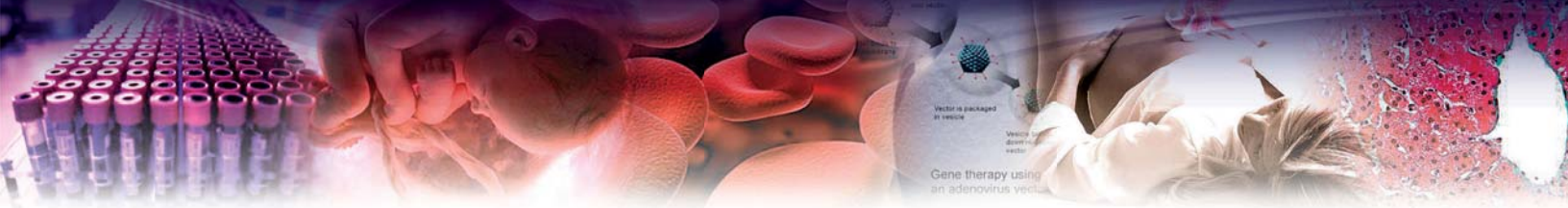
ในกรณีก้อนเล็กแต่ช้ำยาวก็อาจลอยออกไปอยู่นอกเชิงกรานได้เช่นเดียวกัน

2. Size ก้อนเนื้องอกจะมีขนาดเปลี่ยนแปลงได้มาก ตั้งแต่มองเห็นได้ด้วยกล้องจุลทรรศน์ไปจนถึงโตเต็มช่องท้อง และทำให้ท้องโตขึ้นได้มากมาย หนักได้เป็นร้อย ๆ ปอนด์ พวกที่มีขนาดใหญ่มักเป็นพวก Cystadenoma ปกติถ้าถุงน้ำมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางต่ำกว่า 8 ซม. อาจจะเป็นพวก Physiologic cyst หรือเป็นเนื้องอกอย่างแท้จริง พวก Physiologic cyst ไม่ค่อยมีขนาดโตกว่า 8 ซม. และมีลักษณะพิเศษคือ จะมีขนาดดังกล่าวอยู่ได้ไม่เกิน 3 เดือน ภายในเวลา 3 เดือนนี้จะมีการหดเหี่ยว และรังไข่จะกลับมาสู่ภาวะปกติ แต่ถ้าเป็นเนื้องอกที่แท้จริงมักจะโตขึ้นเรื่อย ๆ และไม่หายไป

การเกิดเปลี่ยนแปลงในขนาดอย่างรวดเร็วจะทำให้นึกถึงว่า มี Malignancy หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกในเนื้อก้อนทุม หรือมีการบิดของไข้ว เป็นต้น

3. Shape รังไข่แทบทั้งหมดมักมีรูปทรงกลม และมีผิวเรียบ บางครั้งอาจมีผิวขรุขระ หรือเป็นลอน ซึ่งเกิดจากมีถุงน้ำเล็ก ๆ จำนวนมากอยู่ภายใน ประกอบกันขึ้นเป็นก้อนทุมใหญ่ ถ้ามีก้อนแข็งและขรุขระไม่สม่ำเสมอหรือตะปุ่มตะป่ำ มักทำให้นึกถึงว่าเป็นเนื้องอกชนิดร้าย ในการตรวจถ้าเนื้องอกหลายก้อนเกิดมาติดกันโดยพังผืด เรามักเข้าใจว่ามีผิวไม่เรียบ ทั้งนี้อาจเกิดจากการติดกันระหว่างเนื้องอกของรังไข่กับมดลูก กับลำไส้ และ Omentum ก็ได้ บางกรณีเคยพบว่าก้อนเนื้องอกขรุขระในช่องท้องส่วนล่างอาจเกิดจากเนื้องอกรังไข่จริง ๆ หรือเป็นก้อนเนื้อที่เกิดจากการอักเสบของลำไส้ก็ได้

4. Consistency เนื้องอกอาจเป็นถุงน้ำ (Cystic) หรือเนื้อตัน (Solid) พวกถุงน้ำพบได้ง่ายกว่าพวกเนื้อตัน อย่างไรก็ตาม พวกเนื้องอกที่เป็นเนื้อตันอาจจะมี Cystic degeneration เปลี่ยนเป็นโพรงคล้ายถุงน้ำ ทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นเนื้องอกชนิดถุงน้ำ หรือเป็นถุงน้ำบางส่วนไปได้ เนื้องอกบางชนิด เช่น Mature cystic teratoma พวกเดอมอยซิสท์ (Dermoid cyst) มีเปลือกหนา ทำให้เข้าใจว่าเป็นเนื้อตันได้ แม้ว่าเนื้อร้าย หรือมะเร็ง (Malignancies) อาจจะมีเกิดในถุงน้ำชนิดต่าง ๆ ของเนื้องอกได้ แต่ถ้าพบเนื้องอกเป็นก้อนเนื้อตันจะต้องนึกถึงว่าน่าจะเป็นเนื้อร้ายเสมอ จนกว่าจะพิสูจน์ได้ทางพยาธิวิทยา



5. Mobility ในภาวะปกติ พวกเนื้องอกยังไม่มักจะเคลื่อนไหวได้ดี ถ้าเกิดเคลื่อนไหวน้อยมักเกิดจากการติบตันจากพังผืด ซึ่งอาจจะเกิดจากการอักเสบในช่องเชิงกราน Pelvic inflammatory disease (P.I.D) หรือ Endometriosis, ภาวะเคยผ่าตัดมาก่อน, เนื้องอกมี Degenerative change และมี Peritonitis, เกิดเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้อร้าย, มีการอักเสบของลำไส้ใหญ่ หรือไส้ติ่ง (Appendix) แล้วมาติดกับก้อนเนื้องอก หรือเกิดจากเนื้องอกฝังในผนังลิ้นไก่ (Intraligamentary)

บางครั้งก้อนเนื้องอกมีขนาดพอเหมาะลงไปจุกอยู่เต็มเชิงกรานพอดี ก็เลยทำให้รู้สึกว่าเคลื่อนไหวนไม่ได้ ข้อควรจำก็คือ ถ้าก้อนเคลื่อนไหวนไม่ได้เลย ก้อนนั้นไม่น่าจะเป็นเนื้องอกของรังไข่ อาจเป็นของอวัยวะอื่น หรือพวก Retroperitoneal tumour ก็ได้

6. Tenderness เนื้องอกรังไข่ไม่มีความเจ็บปวด ยกเว้นมีกรณีอื่นแทรกแซงเข้ามา เช่น การอักเสบติดเชื้อ เลือดออกในเนื้องอก การบิดของซีส มีพังผืด หรือโรคอื่นที่เป็นร่วมกัน หรือไส้ติ่ง หรือลำไส้ใหญ่อักเสบ

7. Bilaterality แม้ว่าเนื้องอกรังไข่ส่วนใหญ่จะเป็นข้างเดียว แต่ก็อาจมีบ่อยที่เป็นทั้งสองข้าง แล้วแต่ละชนิดของเนื้องอกนั้น ที่พบบ่อยก็เช่น Dermoid, Carcinomas และ Cystadenoma พวก Physiologic cysts มักเป็นข้างเดียว พวก Endometriotic cysts, Inflammatory cysts และ Polycystic diseases มักเป็นทั้งสองข้าง

8. Ascitis การพบน้ำในช่องท้องร่วมกับเนื้องอกรังไข่ควรจะกระตุ้นเตือนให้สงสัยว่าเป็นเนื้องอกชนิดร้าย แม้ว่าพวกที่เป็นเนื้อต้นชนิดไม่ร้ายอาจจะพบร่วมกับน้ำในช่องท้องและช่องอกได้ เช่น ในกรณีของ Meig's syndrome ก็ตามที แต่เคยพบว่าแม้พวกถุงน้ำชนิดธรรมดา ก็อาจเกิดมีน้ำในช่องท้อง หรือช่องอกได้

9. Fixed nodular mass in the cul-de-sac ถ้าพบว่ามียึดติดแข็งตะปุ่มตะป่ำอยู่ใน Cul-de-sac ร่วมกับเนื้องอกของรังไข่ มักจะบ่งชี้ว่าน่าจะเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง ถ้าพบ Nodular irregular mass ใน Posterior Cul-de-sac มักทำให้ต้องนึกถึงมะเร็งของรังไข่, Endometriosis, Pedunculated myoma หรือ Myoma ของผนังหลังของ Retrodisplaced uterus

การวิเคราะห์โรค

ถ้าคลำพบก้อนในช่องเชิงกราน และสงสัยว่าจะเป็นเนื้องอกรังไข่ จะต้องแยกภาวะอื่น ๆ ที่อาจมีก้อนเนื้อได้คล้าย ๆ กันกับเนื้องอกรังไข่ คือ

1. ไมโอมา (Myoma หรือ Fibroid) ของมดลูก หรือ Intraligamentary myoma
2. เนื้องอกของ Round ligament
3. กระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full urinary bladder)
4. อุจจาระในลำไส้ใหญ่ซีกมอยด์ หรือทวาร (Fecal mass in sigmoid, colon, rectum)
5. ความพิการแต่กำเนิดของมดลูก (Congenital anomalies)
6. ไตเวตติคูลุ่ม และชั้นเนื้อแกรนูโลมา (Diverticulosis หรือ Granulomatous mass) ของลำไส้ใหญ่
7. มะเร็งของลำไส้ใหญ่ และ Rectum
8. โปลิปของลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectal polyp)
9. ขดของลำไส้เล็กที่ถูกอุดกั้น (Loop)
10. ฝีของไส้ติ่ง (Appendicial abscess)
11. ฝีร่วมกับลำไส้เล็กอักเสบ (Abscess with regional enteritis)
12. พวกเนื้องอกที่อยู่หลังเพอริโตเนียม (Retroperitoneal mass) อื่น ๆ ทั้งหมด

ถ้าเนื้องอกที่คลำได้ตัดสินได้ว่าเป็นของรังไข่ จำเป็นต้องแยกให้ได้ว่าเป็น Physiologic cyst หรือ true tumour ซึ่งจะต้องอาศัยหลักเกณฑ์ดังที่ได้กล่าวมาแล้วช่วยตัดสิน





ถ้าเนื้องอกนั้นเป็นเนื้องอกแท้ (True tumour) ขึ้นต่อไป ก็ต้องพยายามหาว่าเป็นเนื้อธรรมดา (benign) หรือเนื้อร้าย (malignant) การวิเคราะห์ว่าใช่หรือไม่ อาศัยหลักเกณฑ์

1. มีก้อนแข็งชนิดแข็งและติดแน่น (hard and fixed nodules) ในอุ้งตัน (Cul-de-sac)
2. ความหยุ่นของก้อนเป็นชนิดก้อนแข็ง (Solid consistency)
3. โตเร็ว
4. เป็นทั้งสองข้าง
5. ก้อน fixed เคลื่อนไหวได้น้อย หรือไม่ได้เลย
6. ก้อนแข็งตะปุ่มตะป่ำ และไม่สม่ำเสมอ
7. มีน้ำในช่องท้อง (Ascitis)
8. มีก้อนของโอเมนตัม (Omental mass)

ถ้าสงสัยว่าเนื้องอกนั้นเป็นเนื้อร้าย ต้องพยายามหาต่อไปว่าเป็นชนิด Primary หรือ Secondary โดยการตรวจหาต้นตอ เช่น กระเพาะ ลำไส้ เต้านม ถุงน้ำดี ไส้ติ่ง รวมทั้งเอ็นโดเมเทรียล ซึ่งอาจจะเป็ต้นตอของมะเร็งที่ลุกลามกระจายมาที่รังไข่ได้บ่อย ๆ แม้ว่าเราไม่สามารถจะให้การวิเคราะห์ก่อนผ่าตัดถึงชนิดของเนื้องอกได้แน่นอน แต่เหตุผลแวดล้อมอื่นอาจช่วยได้ เช่น เนื้องอกที่เกิดในผู้ป่วยก่อนวัยสาว Puberty มักจะเป็นเนื้องอกชนิดแท้ อย่างไรก็ตามก็ดี เนื้องอกที่พบในผู้ป่วยก่อน Puberty จะต้องแยกระหว่างเนื้องอกแท้กับรังไข่ธรรมดา ซึ่งขยายตัวโตขึ้น เนื่องจากมี Premature หรือ early menarche ในวัยรุ่นการพบรังไข่โตมักเป็น Physiologic แต่ว่าอาจเป็นเนื้องอกจริง ๆ ก็ได้ มักจะพบเป็นพวกเยอมเซลล์ เช่น Dysgerminoma, Dermoid หรือพวก Granulosa-theca cell tumour เป็นต้น ส่วนเนื้องอกที่เกิดในวัยหลังหมดระดูแล้ว มักเป็นเนื้องอกแท้เสมอ และมักเป็นพวกมะเร็งรังไข่เป็นส่วนใหญ่

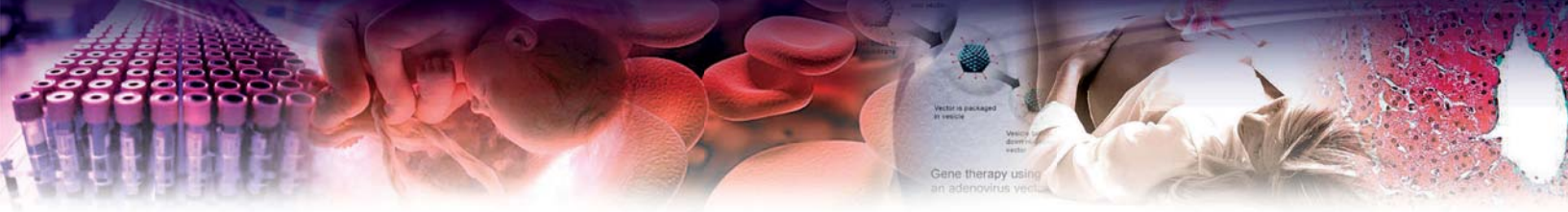
เหตุผลแวดล้อมอื่นที่ช่วยการวิเคราะห์ก็เช่น อาการแสดง หรือการตรวจพบอาการซึ่งเกิดจากอิทธิพลของเนื้องอกนั้น ๆ เช่น อาการของ Virilism หรือ defeminization ซึ่งเกิดกับเนื้องอกที่ให้ออร์โมนเพศชาย เช่น Androblastoma การวิเคราะห์ทางห้องทดลอง เช่น การตรวจหา 17-Ketosteroid, Oestrogen, Gonadotropin, Sex chromatin, Chromosome analysis เหล่านี้จะช่วยบอกถึงธรรมชาติของเนื้องอกที่สงสัยได้ใกล้เคียงแน่นอนขึ้น แม้การผ่าตัดได้กระทำไปแล้ว มีการนำเนื้องอกนั้นมาวิเคราะห์ทางพยาธิวิทยา บางครั้งก็ต้องอาศัยผลการตรวจสอบทางห้องทดลองช่วย เช่น การพบ Clear cell tumour ซึ่งอาจจะพบได้ใน Clear cell tumour ชนิด Mesonephroid หรือ Adrenal cortical rest หรือ Hilus cell tumour ซึ่งการตรวจหา 17-Ketosteroid จะช่วยบอกได้ว่าเป็นชนิดใดแน่ หรือการตรวจหา Sex chromatin ในเนื้องอกพวก Gonadoblastoma รวมทั้งพวกเนื้องอกใน Intersex อื่น ๆ

ปัจจุบันโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือตรวจครบครันอาจใช้ Laparoscopy ช่วยการวิเคราะห์เนื้องอกรังไข่ได้ตั้งแต่ต้น ถ้าไม่แน่ใจว่าเนื้องอกนั้นจะเป็นเนื้องอกชนิด Physiologic หรือ true tumour หรือเป็นมะเร็งหรือไม่ ทำให้สามารถทราบได้ตั้งแต่แรก และเตรียมการรักษาได้ถูกต้องสมบูรณ์

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ ดังนี้

อาการ ของเนื้องอกรังไข่ชนิดไม่ร้ายแรง

- อาการของก้อนกดเบียดอุ้งเชิงกราน หรืออวัยวะข้างเคียง เช่น ปัสสาวะบ่อยขึ้น ท้องผูก หรือถ่วงท้องน้อย
- ท้องโตขึ้นซึ่งอาจเกิดจากก้อนเนื้องอก หรือน้ำในช่องท้อง
- อาการปวดท้องเฉียบพลัน เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับก้อนเนื้องอก เช่น การบิดขั้ว การแตก การตกเลือดภายในก้อน หรือในช่องท้อง และการติดเชื้อ
- เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดพบได้ไม่บ่อยนัก อาจเกิดร่วมโดยไม่ทราบสาเหตุ และส่วนหนึ่งเกิดจาก hormone-producing ovarian tumor
- อาการทั่วไปอื่น ๆ เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ เบื่ออาหาร แน่นอึดอัด
- ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ อาจตรวจพบก้อนโดยบังเอิญจากการตรวจภายใน หรือจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงของอุ้งเชิงกราน



อาการแสดง ของเนื้องอกรังไข่ชนิดไม่ร้ายแรง

- ตรวจพบก้อนที่ท้องน้อยจากการตรวจทางหน้าท้อง และ/หรือตรวจพบก้อนที่ปีกมดลูกจากการตรวจภายใน
- ตรวจพบน้ำในช่องปอด และ/หรือภาวะท้องมาน ซึ่งปกติพบภาวะเหล่านี้ได้ไม่บ่อยนักในเนื้องอกรังไข่ชนิดไม่ร้ายแรง หากพบมักเกิดร่วมกับ fibroma ของรังไข่ และกรณีที่พบเนื้องอกดังกล่าวร่วมกับน้ำท่วมปอด และท้องมาน รวมเรียกว่า Meig's syndrome
- อาการแสดงอื่น ๆ ได้แก่ อาการแสดงของฮอร์โมนที่สร้างจากก้อนเนื้องอก เช่น hyperthyroidism ที่พบใน struma ovarii, ฮอร์โมน estrogen หรือ androgen hormone ที่สร้างจากเนื้องอกรังไข่ชนิด sex cord-stromal

ภาวะแทรกซ้อน

- **การบิดขั้ว** เมื่อมีการบิดขั้วในระยะแรกจะทำให้เกิดเลือดดำคั่ง และเนื้อเยื่อในก้อนเนื้องอกบวมเป็นเหตุให้มีอาการปวด หากการบิดนั้นยังคงอยู่ต่อไปจะทำให้เลือดในหลอดเลือดแดงหยุดไหล เกิดการขาดเลือด ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงดังนี้คือ เป็นไข้ ปวดท้องน้อย คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเต้นเร็ว กดเจ็บที่ท้องน้อยส่วนล่างร่วมกับ guarding, rigidity ตรวจภายในพบก้อนที่ปีกมดลูกและกดเจ็บ ภาวะนี้จัดเป็นภาวะฉุกเฉินต้องได้รับการผ่าตัด เนื่องจากก้อนเนื้องอกอาจแตกและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ การผ่าตัดควรตัดรังไข่และหลอดมดลูกออก โดยห้ามคลายเกลียวที่บิดอยู่ เพราะอาจทำให้ล้มเลือดเล็ก ๆ ที่อุดอยู่บริเวณขั้วหลุดเข้ากระแสโลหิตได้
- **การแตกที่ผิวของเนื้องอก** อาจเกิดขึ้นเองในกรณีที่เป็นถุงน้ำบาง และมีการผลิตน้ำภายในจนถึงมาก หรือ



มะเร็งรังไข่ที่ลุกลามทะลุผิวของก้อน นอกจากนี้ยังอาจแตกจากการกดขณะตรวจภายในอย่างรุนแรง หรือขณะผ่าตัดได้อีกด้วย อาการที่พบ ได้แก่ ปวดท้อง บางรายมีอาการช็อคหากมีเลือดออกในช่องท้องร่วมด้วย การรักษาภาวะนี้คือ การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

- **การติดเชื้อ** ก่อให้เกิดไข้ ชีพจรเต้นเร็ว ปวดท้องน้อยร่วมกับตรวจพบก้อนในอุ้งเชิงกราน ภาวะนี้ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากก้อนฝีหนองที่ปีกมดลูก ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานอย่างรุนแรง
- **เลือดออกภายในก้อน** จากการแตกของ cyst เล็ก ๆ ภายในเนื้องอกทำให้ขนาดก้อนโตขึ้น ปวด และกดเจ็บที่ก้อนมาก
- **การกลายเป็นมะเร็ง** พบไม่บ่อยนัก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการนี้ขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดงของคนไข้เป็นสำคัญ เช่น รายที่มีอาการจากภาวะแทรกซ้อนของก้อนเนื้องอกมักจะต้องเข้ารับการผ่าตัดด่วน ควรเลือกการตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่าที่จำเป็น ส่วนรายที่ไม่มีอาการหรือมีอาการอื่น ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วก็ควรได้รับการตรวจด้วยความรอบคอบ สิ่งที่สำคัญที่สุด ได้แก่ การวินิจฉัยแยกระหว่างเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงออกจากมะเร็งรังไข่ โดยอาศัยตั้งแต่ อายุ ประวัติมะเร็งรังไข่ เต้านม เยื่อบุโพรงมดลูก หรือลำไส้ใหญ่ในครอบครัว อาการและอาการแสดงของโรค แล้วจึงเลือกการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมต่อไปดังนี้





- Papanicolaou smear
- Ultrasonography ซึ่งสามารถตรวจผ่านทางหน้าท้องหรือทางช่องคลอด สามารถช่วยแยกแยะตัวเนื้องอกของก้อนในอุ้งเชิงกราน ขนาดและลักษณะภายในของก้อนเนื้องอก แม้ว่าในปัจจุบันการตรวจทางช่องคลอดจะให้คุณภาพของการตรวจที่ดีกว่า และอาจถูกต้องมากกว่าการตรวจผ่านทางหน้าท้อง แต่การตรวจทั้งสองวิธีนี้ก็ยังไม่สามารถแยกเนื้องอกรังไข่ชนิดไม่ร้ายแรง และมะเร็งออกจากกันได้อย่างถูกต้องมากนัก

• Computerized tomography (CT scan) หรือ Magnetic resonance image (MRI) สำหรับเนื้องอกรังไข่ชนิดไม่ร้ายแรงแล้ว วิธีนี้มีได้ให้ประโยชน์มากกว่า ultrasonography

• Laparoscopy หรือการส่องกล้องตรวจทางหน้าท้อง ซึ่งช่วยให้เห็นลักษณะภายนอกและขนาดของก้อนได้โดยตรง และยังสามารถใช้เพื่อการรักษาโดยผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscopic surgery) ได้ในคนไข้บางรายที่เหมาะสม เช่น คนไข้อายุน้อย ก้อนไม่ใหญ่ และไม่สงสัยมะเร็งรังไข่ เป็นต้น

• การตรวจอื่น ๆ เช่น tumor marker ในรายที่ไม่แน่ใจว่าเป็นมะเร็งรังไข่หรือไม่

การวินิจฉัยแยกโรค

- กระเพาะปัสสาวะโป่ง
- การตั้งครรภ์ทั้งในและนอกมดลูก
- ก้อนของตัวมดลูกซึ่งอาจเป็น subserous myoma หรือความผิดปกติแต่กำเนิดของตัวมดลูก เช่น obstructed uterine horn หรือตัวมดลูกที่คว่ำหน้าหรือหลังมากผิดปกติ
- ก้อนในอุ้งเชิงกรานที่เกิดจากการติดเชื้อ ได้แก่

tubo-ovarian complex, diverticular abscess, appendiceal abscess, hydrosalpinx หรือ pyosalpinx

- ก้อนที่ปีกมดลูกอื่น ๆ เช่น peritoneal, paraovarian, paratubal cyst หรือมะเร็งหลอดมดลูก
- ภาวะอื่น ๆ เช่น pelvic kidney, มะเร็งของลำไส้ใหญ่ มะเร็งลำไส้เล็ก หรือเนื้องอกหลังเยื่อบุช่องท้อง เป็นต้น

เกณฑ์การวินิจฉัยมะเร็งรังไข่ (Ovarian Cancer)

ระดับ Provisional

- อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่สงสัย เช่น อายุมาก ปวดท้อง แน่นท้อง ท้องโตขึ้น คลำพบก้อนที่ท้องน้อย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร
- ตรวจร่างกาย และตรวจภายในพบน้ำในช่องท้อง ก้อนที่ท้องน้อย หรือที่ปีกมดลูก
- อัลตราซาวนด์ (Ultrasound) หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) พบก้อนที่ปีกมดลูกที่มีลักษณะของ solid part หรือ papillary projection ร่วมกับ elevated tumor marker

ระดับ Probable

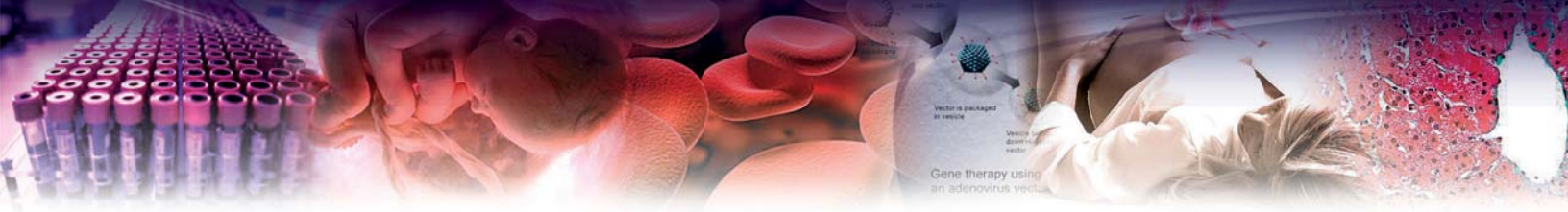
- Ascitic fluid cytology เป็น Positive หรือ Suspicious for malignancy
- FNA เป็น Positive หรือ Suspicious for malignancy
- Frozen section เป็น malignant หรือ suspicious for malignancy

ระดับ Definite

ผลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ (Permanent section) ยืนยันว่าเป็นมะเร็งรังไข่

การประเมินและการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่มีก้อนในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกรานที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งรังไข่

1. ซักประวัติอย่างละเอียด
2. ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจภายใน และการตรวจทางทวารหนัก
3. ตรวจ Pap smear
4. ตรวจ CBC, Platelet count, PT, PTT, INR



5. ตรวจการทำงานของไต (Renal function tests) และการทำงานของตับ (Liver function tests)
6. ตรวจ CA 125 (CEA, CA 19-9 ในบางรายโดยเฉพาะในรายที่สงสัย Mucinous carcinoma)
7. ตรวจ Alpha-fetoprotein, β -hCG, LDH ในรายที่สงสัย germ cell tumor
8. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR)
9. Ultrasound บริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน

10. CT scan บริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกรานในรายที่ผล Ultrasound ไม่ชัดเจน
11. Barium enema หรือ Colonoscopy ในรายที่มีอาการในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งไม่สามารถแยกได้จากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะในรายที่พบก้อนในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกรานที่มีขอบเขตไม่ชัดเจน หรือมีค่า CEA, CA 19-9 สูงผิดปกติ

การแบ่งระยะ (Staging) ของมะเร็งรังไข่ตาม International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)

STAGE	
I	Tumor limited to the ovaries (one or both)
IA	Tumor limited to one ovary; capsule intact, no tumor on ovarian surface. No malignant cells in ascites or peritoneal washing*
IB	Tumor limited to both ovaries; capsules intact, no tumor on ovarian surface. No malignant cells in ascites or peritoneal washings*
IC	Tumor limited to one or both ovaries with any of the following: capsule ruptured, tumor on ovarian surface, malignant cells in ascites or peritoneal washings*
II	Tumor involved one or both ovaries with pelvic extension
IIA	Extension and/or implants on uterus and/or tube(s). No malignant cells in ascites or peritoneal washings
IIB	Extension to other pelvic tissues. No malignant cells in ascites or peritoneal washings
IIC	Pelvic extension (IIA or IIB) with malignant cells in ascites or peritoneal washings
III	Tumor involves one or both ovaries with microscopically confirmed peritoneal washings
IIIA	Microscopic peritoneal metastasis beyond pelvis
IIIB	Macroscopic peritoneal metastasis beyond pelvis 2 cm or less in greatest dimension
IIIC	Peritoneal metastasis beyond pelvis more than 2 cm in greatest dimension and/or regional lymph node metastasis
IV	Distant metastasis (excludes peritoneal metastasis)**

* The presence of nonmalignant ascites is not classified. The presence of ascites does not affect staging unless malignant cells are present.

** Liver capsule metastasis is Stage III; liver parenchymal metastasis is Stage IV.
Pleural effusion must have positive cytology (Stage IV).

เอกสารอ้างอิง

1. Berek JS, Hacker NF. Practical gynecologic oncology, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 3-38.
2. Bunyanit S: Embryology of ovary, Histology of the ovary, Tumours of the ovary.
3. Chen LM, Berek JS. Ovarian and fallopian tubes: In: Haskell CM, ed. Cancer treatment, 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2000.
4. Gershenson DM. Management of early ovarian cancer: germ cell and sex cord-stromal tumors. Gynecol Oncol 1994;55:S62-72.
5. Goff BA, Mandel LS, Muntz HG, et al. Ovarian cancer diagnosis: results of a national ovarian cancer survey. Cancer 2000;89:2068-2075.
6. Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, Barakat RR, Markman M, Randall ME. Principles and Practice of Gynecologic Oncology, 4th ed. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins 2005: 895-1034.
7. Hardy RD, Bell JG, Nicely CJ, Reid GC. Hormonal treatment of a recurrent granulosa cell tumor of the ovary: case report and review of the literature. Gynecol Oncol 2005;96:865-9.
8. Jemal A, Thomas A, Murray T, et al. Cancer statistics, 2002. CA Cancer. J Clin 2002;52:23-47.
9. Lu KH, Gershenson DM. Update on the management of ovarian germ cell tumors. J Reprod Med 2005;50:417-25.
10. Manchana T, Trisukosol D. et al.; Clinical Practice Guidelines in OB-GYN.
11. Olson SSH, Mignone L, Nakraseive C, et al. Symptoms of ovarian cancer. Obstet Gynecol 2001;98:212-217.
12. Schumer ST, Cannistra SA. Granulosa cell tumor of the ovary. J Clin Oncol 2003;21:1180-9.
13. Trisukoson D, Triratachat S, et al.; Chula's Gynecology.
14. Vergote I, van Gorp T, Amant F, Neven P, Berteloot P. Neoadjuvant chemotherapy for ovarian cancer. Oncology (Williston Park) 2005;19:1615-22.



1. All of the following are risk factors for ovarian cancer except:

- A. positive family history
- B. multiparity
- C. gonadal dysgenesis
- D. asbestos exposure
- E. none of the above

2. What is the mechanism of inheritance of familial ovarian cancer?

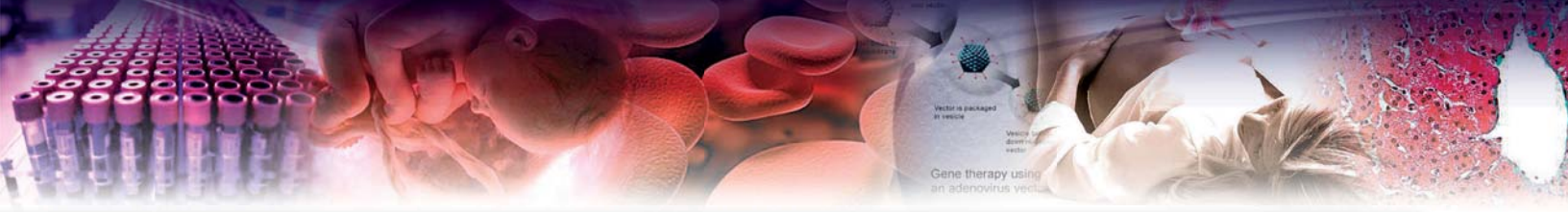
- A. autosomal dominant
- B. autosomal recessive
- C. multifactorial
- D. sex-linked dominant
- E. none of the above

3. Which of the following is the most common type of ovarian cancer?

- A. stromal
- B. germ cell
- C. epithelial
- D. metastatic
- E. none of the above

4. Which of the following ovarian neoplasms is most likely to occur in a 62-year-old woman?

- A. serous cystadenocarcinoma
- B. granulosa cell tumor



- C. cystic teratoma
- D. embryonal cell tumor
- E. none of the above

5. Which of the following tumor markers is most likely to be elevated in a patient with an endodermal sinus tumor?

- A. β -human chorionic gonadotropin (β -hCG)
- B. α -fetoprotein (AFP)
- C. CA-125
- D. carcinoembryonic antigen
- E. none of the above

6. A 53-year-old woman has a serous cystadenocarcinoma of the ovary. The tumor is present in both ovaries. There are no excrescences on the surface of the ovaries and no ascites. What is the FIGO stage of this patient's disease?

- A. IA
- B. IB
- C. IC
- D. IIA
- E. none of the above

7. Which of the following abdominal incisions is contraindicated in a 49-year-old woman with suspected ovarian cancer?

- A. Cherney
- B. Maylard
- C. Pfannensteil
- D. vertical midline
- E. none of the above

8. Which of the following types of tumor is most likely in a 19-year-old nulliparous woman?

- A. epithelial
- B. germ cell
- C. metastatic
- D. stromal cell
- E. none of the above

9. A 35-year-old woman has rapidly progressive hirsutism and virilization in association with abdominal pain and distension. Which of the following ovarian tumors is most likely in this patient?

- A. mucinous cystadenocarcinoma
- B. embryonal cell carcinoma
- C. Sertoli-Leydig cell tumor
- D. Brenner tumor
- E. none of the above

10. A 34-year-old woman has a mucinous cystadenocarcinoma of the ovary. The tumor is present in both ovaries and has spread to the uterus and fallopian tubes. There are no gross tumor nodules on the peritoneal surface, but histologic examination of random biopsies shows tumor seeding of the peritoneal surface. There is no evidence of liver metastases. What is the stage of this patient's disease?

- A. IIC
- B. IIIA
- C. IIIC
- D. IV
- E. none of the above



การดำเนินทางคลินิก และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกรังไข่ ภาค 1

กระดาษคำตอบ

CONTINUING MEDICAL EDUCATION

CME PLUS

☐ 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 การดำเนินทางคลินิก

และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกรังไข่ ภาค 1

รหัส 3-3220-000-9301/130502

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)

ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias

The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS)

Z. eljko Reiner* (ESC Chairperson) (Croatia) Alberico L. Catapano* (EAS Chairperson)* (Italy), Guy De Backer (Belgium), Ian Graham (Ireland), Marja-Riitta Taskinen (Finland), Olov Wiklund (Sweden), Stefan Agewall (Norway), Eduardo Alegria (Spain), M. John Chapman (France), Paul Durrington (UK), Serap Erdine (Turkey), Julian Halcox (UK), Richard Hobbs (UK), John Kjekshus (Norway), Pasquale Perrone Filardi (Italy), Gabriele Riccardi (Italy), Robert F. Storey (UK), David Wood (UK).

European Heart Journal (2011) 32, 1769-1818
ESC/EAS GUIDELINES doi:10.1093/eurheartj/ehf158

7.1 Statin Side effects and interactions

Statins differ in their absorption, bioavailability, plasma protein binding, excretion and solubility. Lovastatin and simvastatin are prodrugs, whereas the other available statins are administered in their active form. Their absorption rate varies between 20 and 98%. **Many statins undergo significant hepatic metabolism via cytochrome P450 isoenzymes (CYPs), except pravastatin, rosuvastatin, and pitavastatin.** These enzymes are expressed mainly in the liver and gut wall.

Interactions

A number of important drug interactions with statins have been described that may increase the risk of side effects. Inhibitors and inducers of enzymatic pathways involved in statin metabolism are summarized in a table in Addendum III of these guidelines. **All currently available statins, except pravastatin, rosuvastatin, and pitavastatin, undergo major hepatic metabolism via the CYPs.** These isoenzymes are mainly expressed in liver and intestine. Pravastatin does not undergo metabolism through the CYP system but is metabolized by sulfation and conjugation. CYP3A isoenzymes are the most abundant, but other isoenzymes such as CYP3A4, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, and CYP2D6 are also involved in the metabolism of statins. Thus, other pharmacological substrates of these CYPs may interfere with statin metabolism. Conversely statin therapy may interfere with the catabolism of other drugs that are metabolized by the same enzymatic system.

Drug-drug Interaction of Statins

Concomitant drugs	Statins	Pravastatin	Simvastatin	Fluvastatin	Atorvastatin	Pitavastatin	Rosuvastatin
Ethanes		▲	▲	▲	▲	▲	▲
Cyclosporin		+	+	+	+	+	+
Nicotinic Acid		+	+	+	+	+	+
Warfarin			+	+	+	+	+
Concomitant anticoagulants			+	+	+	+	+
Itraconazole / Miconazole			X		+		+
Erythromycin			+	+	+		+
Clarithromycin			+	+	+		+
Telithromycin			+	+	+		+
HIV Protease Inhibitors			X		+		+
Antiviral (Efavirenz)			+		+		+
Antion-exchange resin (Cholestyramine)				+	+	+	
Ranitidine				+	+	+	
Omeprazole, Cimetidine				+	+	+	
Rifampicin				+	+	+	
Digoxin				+	+	+	
Oral Contraceptives				+	+	+	
Antacids			+				+

X : Contraindications for coadministration

▲ : Avoid Coadministration

+

: Coadministration with caution



*Recommended dose 1-2 mg od.
Maximum dose 4 mg od.

LIVALO® TAB 2 mg

(Pitavastatin calcium)

1. Brand Name LIVALO TAB 2mg. Each tablet contains 2 mg of pitavastatin calcium. **2. Physicochemical Properties** Nonproprietary name : Pitavastatin calcium. Chemical name : (+)-Monocalcium bis[(3R,5S,6E)-7-[2-cyclopropyl-4-(4-fluorophenyl)-3-quinolyl]-6-(3,5-dihydroxy-5-heptenoate)]. Molecular formula : $C_{38}H_{46}F_2N_2O_8$. Molecular weight : 880.98. **Inactive Ingredients** Lactose, hydroxypropylcellulose, hydroxypropylmethylcellulose, Magnesium Aluminum silicate, Magnesium Stearate, Triethyl Citrate, Hydrated Silicon Dioxide, Titanium Dioxide, Canabaw Wax. **3. Indications** Hypercholesterolemia, Familial hypercholesterolemia. **4. Dosage and Administration** The usual dosage for an adult is 1-2 mg of pitavastatin calcium once daily after an evening meal. The dosage may be adjusted according to the patient's age and symptoms. When lowering of the LDL cholesterol level is insufficient, the dosage may be increased to a maximum of 4 mg per day. **5. Pharmacological Action** Pitavastatin calcium inhibits HMG-CoA reductase, which is a rate-determining enzyme involved with biosynthesis of cholesterol, in a manner of competition with the substrate so that it inhibits cholesterol synthesis in the liver. As a result, the expression of LDL-receptors followed by the uptake of LDL from blood to liver is accelerated, and then the plasma total cholesterol decreases. Further, the sustained inhibition of cholesterol synthesis in the liver decreases VLDL secretion into blood, thus plasma triglyceride levels decrease. **5.1 Plasma concentration after single dose oral administration** In 6 healthy adult male humans, single dose oral administration of pitavastatin calcium (2 mg or 4 mg) was performed under fasted conditions. Unchanged pitavastatin and its lactone, the main metabolite, were mainly found in plasma. Effect of food: single dose oral administration demonstrated a delay in T_{max} and decrease in C_{max} , but no significant difference in AUC. **5.2 Metabolism** Pitavastatin calcium was metabolized by cyclization to its lactone, β -oxidation on the side-chain, hydroxylation of the quinoline ring, and glucuronide or sulfate conjugation. The main excretion route was faecal excretion (rats, dogs). In human, the unchanged pitavastatin and its lactone metabolite were minimally observed in blood, and the other metabolites such as propionate derivative and 8-hydroxide were minimally observed. Meanwhile, the unchanged pitavastatin, its lactone, dehydro-lactone, 8-hydroxide and these conjugates were minimally observed in urine. **5.3 Urinary excretion** After single oral administration of pitavastatin calcium (2 mg or 4 mg) in 6 healthy adult male humans, the urinary excretion rate of the unchanged pitavastatin was less than 0.6%, and that of its lactone metabolite was less than 1.3%. The total excretion rate of the unchanged pitavastatin and its lactone was less than 2% of the dose. **5.4 Drug-metabolizing enzymes** Pitavastatin calcium was minimally metabolized in study using human hepatic microsomes, and the 8-hydroxide occurred mainly by CYP2C9 metabolism (in vitro). An inhibitory study against model substrates of CYP species demonstrated that pitavastatin calcium did not affect the metabolism of tolbutamide, a substrate for CYP2C9 and testosterone, a substrate for CYP3A4 (in vitro). **5.5 Plasma protein binding rate** Plasma protein binding rate of pitavastatin calcium was as high as 99.5% to 99.6% with 4% human serum albumin and 94.3% to 94.9% with 0.06% human O-1-acid glycoprotein (in vitro). **6. Contraindications** Don't administer to the following patients (1) Patients with a history of hypersensitivity to any of the components of this product (2) Patients with severe hepatic disorders or biliary atresia. In these patients, plasma concentration of this product rises, and the frequency of development of adverse reactions may increase. In addition, severe adverse reactions such as rhabdomyolysis may occur. When the dosage is increased to 4 mg, some attention should be given to early signs of rhabdomyolysis such as CK (CPK) elevation, myoglobinuria, myalgia and weakness. (In overseas clinical studies, doses of 8 mg or above were discontinued due to several cases of rhabdomyolysis and related adverse events.) **7. Adverse Reactions** In the clinical studies conducted by the time of approval, adverse reactions were found in 197 patients (22.2%) out of 888 patients. Of them, adverse reactions in subjective and objective symptoms were seen in 50 patients (5.6%). The main symptoms were abdominal pain, rash, malaise, numbness and pruritus. Adverse reactions pertaining to clinical laboratory values were found in 167 patients (18.8%), and the main changes were elevations of γ -GTP, CK (CPK), serum ALT (GPT) and serum AST (GOT). **9. Package insert** LIVALO TAB 2 mg STP: 1007

References

1. European Heart Journal (2011) 32, 1769-1818 doi:10.1093/eurheartj/ehf158
2. Ref.: Package insert

BIOPHARM
Embracing life

Further Information Please Contact :
BIOPHARM CHEMICAL CO., LTD.
7th Floor, Biohouse Bldg, 55 Sukhumvit 39 Rd. Klongton Nua, Wattana,
Bangkok 10110 Tel. 0-2258-9999

Livalo®
Less is MORE

ใบอนุญาตเลขที่ ๒๓. 425/2555

Be confident with GSK's vaccine

FluaRIX™

(Influenza vaccine, split virion)



- ▶ **High** immunogenicity¹
- ▶ **Rapid** protection within 2-3 weeks after vaccination²
- ▶ **Good** safety profile¹

Abbreviated Prescribing Information

Based on full international product information. (Version number 19)

Fluarix™ is an inactivated influenza vaccine (split virion), each 0.5 ml vaccine dose contains 15 µg haemagglutinin of each of the 3 strains recommended by WHO (Southern Hemisphere or Northern Hemisphere). **Indications:** Fluarix™ is recommended for prophylaxis against influenza in adults and children older than 6 months of age. **Dosage and Administration:** *Adults and children over 3 years of age:* one dose of 0.5 ml. *Children from 6 to 36 months of age:* one dose of 0.25 ml or 0.5 ml. For children less than 9 years who have not previously been vaccinated, should receive a second administration of the same dosage after an interval of at least 4 weeks. Vaccination should be repeated every year with an age-appropriate dose of vaccine of updated antigen composition. Fluarix™ can be administered intramuscularly or subcutaneously. Fluarix™ should under no circumstances be administered intravenously. **Contra-indications:** Fluarix™ should not be administered to subjects with known hypersensitivity to the active substances, to any of the excipients, to egg, to chicken protein, formaldehyde, gentamicin sulphate or sodium deoxycholate. **Warnings and Precautions:** As with other vaccines, the administration of Fluarix™ should be postponed in subjects suffering from acute severe febrile illness. The presence of a minor illness with or without fever should not contra-indicate the use of Fluarix™. Fluarix™ will only prevent disease caused by influenza viruses. Infections with other agents causing flu-like symptoms are not prevented by the vaccine. As with all injectable vaccines, appropriate medical treatment and supervision should always be readily available in case of an anaphylactic event following the administration of the vaccine. Syncope (fainting) can occur following, or even before, any vaccination as a psychogenic response to the needle injection. It is important that procedures are in place to avoid injury from faints. **Interaction:** Immunisation can be affected by concomitant

immunosuppressive therapy or an existing immunodeficiency. Fluarix™ can be administered simultaneously with other vaccines. However, different injection sites must be selected. **Pregnancy and Lactation:** The safety of Fluarix™ when administered to pregnant women has not been evaluated. Animal studies do not indicate direct or indirect harmful effects with respect to reproductive and developmental toxicity. Fluarix™ should be used during pregnancy only when clearly needed, and the possible advantages outweigh the potential risks for the foetus. The safety of Fluarix™ when administered to breastfeeding women has not been evaluated. **Adverse Reactions: Clinical trials:** *Very common:* pain at the injection site, appetite loss, irritability, drowsiness, headache, fatigue, myalgia. *Common:* redness, swelling and induration at the injection site, sweating, shivering, arthralgia. *Uncommon:* dizziness, fever¹ (reported in subjects 6 months to 5 years old, ²very common in subjects 6 months to 18 years of age, ³common in subjects 6 months to 18 years of age). **Post-marketing surveillance:** *Rare:* transient lymphadenopathy, allergic reactions (including anaphylactic reactions), neuritis, acute disseminated encephalomyelitis, Guillain-Barré syndrome⁴, vomiting, urticaria, pruritus, erythema, rash, angioedema, influenza-like illness, malaise. (*Spontaneous reports of Guillain-Barré syndrome have been received following vaccination with Fluarix™; however, a causal association between vaccination and Guillain-Barré syndrome has not been established.)

Full Prescribing Information is available on request. Please read the full prescribing information prior to administration, available from GlaxoSmithKline (Thailand) Ltd., 12th Floor Wave Place, 55 Wireless road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330. Tel. 02-6593000 Fax. 02-6554567

"GSK is committed to the effective collection and management of human safety information relating to our products and we encourage healthcare professionals to report adverse events to us on 081 903 4499 or safety_th@gsk.com"

References: 1. R. Schmidt-Ott et al. Immunogenicity and reactogenicity of a trivalent influenza split vaccine in previously unvaccinated children aged 6-9 and 10-13 years. Vaccine 2007;26:32-40. Subjects aged 6-9 years (n=110), 10-13 years (n=114). Study supported by GlaxoSmithKline Biological, Rixensart, Belgium 2. เอกสารกำกับยา Fluarix

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

Full Prescribing Information is available on request. Please read the full prescribing information prior to administration, available from **GlaxoSmithKline (Thailand) Ltd.,** 12th Floor Wave Place, 55 Wireless road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330. Tel. 0-2659 3000 Fax. 0-2655 4567

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ.227/2556



GlaxoSmithKline