

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

ปีที่ 15 ฉบับ 392 ประจำวันที่ 16-30 มิถุนายน พ.ศ. 2556



ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com



ไทยรุกปราบวัณโรค "ตายน้อยกว่า 5 ขาดยาเป็น 0"

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE



GlaxoSmithKline



Get Up

- วิตามินซีสู้วันโรคด้วยยา
- แพทย์ไปแลนดสร้างสถิติผ่าตัดเปลี่ยนหน้า
- จีนอ่วมค่าเสียหายไร้หัววัน

เสียชีวิต
ของชีวิต

ดับอ่อนอีกเสบ

หลากสีสัน...
ห้องฉุกเฉิน

การจากลา...กะทันหัน

EZETROL™ (ezetimibe) and statin BETTER TOGETHER!

For patients not at goal to statin therapy

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

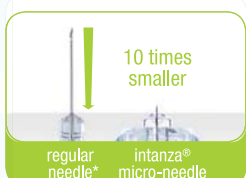
References:
1. Scott M. Grundy, et al. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Circulation. 2004;110:227-239.
2. Thodouli Fabian, et al. Treatment of High-Risk Patients With Ezetimibe Plus Simvastatin Co-Administration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

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF EZETROL™
COMPOSITION: Each tablet of EZETROL™ for oral administration contains 10 mg ezetimibe. **INDICATIONS:** Primary hypercholesterolemia (EZETROL™, administered with an HMG-CoA reductase inhibitor (statin) or alone, is indicated as adjunctive therapy to diet for the reduction of elevated total cholesterol (total-C), low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), apolipoprotein B (apo B), and triglycerides (TG) and to increase high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) in adult and adolescent (10 to 17 years of age) patients with primary heterozygous familial and non-familial hypercholesterolemia. EZETROL™, administered in combination with fenofibrate, is indicated as adjunctive therapy to diet for the reduction of elevated total-C, LDL-C, apo B, and non-HDL-C in adult patients with mixed hyperlipidemia. Homozygous Familial Hypercholesterolemia (hFH) (EZETROL™, administered with a statin, is indicated for the reduction of elevated total-C and LDL-C levels in adult and adolescent (10 to 17 years of age) patients with hFH). Patients may also receive adjunctive treatments (e.g., LDL apheresis, Homozygous Statins (Phytosterolemia) (EZETROL™ with diet is indicated for the reduction of elevated xanthoma and xanthelasma levels in patients with homozygous familial hypercholesterolemia. **CONTRAINDICATIONS:** The recommended dose of EZETROL™ is 10 mg once daily, used alone, with a statin or with fenofibrate. EZETROL™ can be administered at any time of the day, with or without food. **CONTRAINDICATIONS:** Hypersensitivity to any component of this medication. When EZETROL™ is to be administered with a statin or with fenofibrate, please refer to the Package Insert for that particular medication. **PRECAUTIONS:** When EZETROL™ is to be administered with a statin or with fenofibrate, please refer to the Package Insert for that particular medication. Liver Enzymes: When EZETROL™ is administered with a statin, liver function tests must be performed at initiation of therapy and according to the recommendations of the statin. **Side Effects:** In clinical trials, there was no excess of myopathy or rhabdomyolysis associated with EZETROL™ compared with the relevant control arm (placebo or statin alone). Due to the unknown effects of the increased exposure to ezetimibe in patients with moderate or severe hepatic insufficiency, EZETROL™ is not recommended in these patients. Patients starting therapy with EZETROL™ should be advised of the risk of myopathy and told to report promptly any unexplained muscle pain, tenderness, or weakness. EZETROL™ and any statin that the patient is taking concomitantly should be immediately discontinued if myopathy is diagnosed or suspected. The coadministration of ezetimibe with fibrates other than fenofibrate is not recommended. Caution should be exercised when initiating ezetimibe in the setting of cyclosporine. Warfarin: EZETROL™ is added to warfarin or another coumatin anticoagulant, the International Normalized Ratio (INR) should be appropriately monitored. **PREGNANCY AND NURSING MOTHERS:** Pregnancy: No clinical data on exposed pregnancies are available. Caution should be exercised when prescribing EZETROL™ to pregnant women. Nursing Mothers: EZETROL™ should not be used in nursing mothers unless the potential benefit justifies the potential risk to the infant. **SIDE EFFECTS:** In clinical trials, the following conditions were reported in patients taking EZETROL™ administered alone, in combination with a statin, or in combination with fenofibrate: abdominal pain, experiences were reported in patients taking EZETROL™ administered alone, abdominal pain, diarrhea, flatulence, fatigue, or coadministration with a statin. ALT, AST, increased, myalgia, or coadministration with fenofibrate: abdominal pain. **DRUG INTERACTIONS:** In preclinical studies, it has been shown that ezetimibe does not induce cytochrome P450 drug-metabolizing enzymes. No clinically significant pharmacokinetic interactions have been observed between ezetimibe and drugs known to be metabolized by cytochrome P450 1A2, 2C6, 2C8, 2C9, and 3A4, or H₂-antagonists. **USE IN SPECIFIC POPULATIONS:** Children and adolescents 10 years: No dosage adjustment is required. Children <10 years: Treatment with EZETROL™ is not recommended. Treatment with ezetimibe is not recommended in patients with moderate or severe liver dysfunction. **STORAGE:** Do not store above 30°C. Store in the original package.

MSD
MSD (Thailand) LTD.
The Offices of Central World, 37th Floor
800/8 Rama 1 Road, Prathumwan, Bangkok 10330, Thailand
Tel: (66) 2282 5000 Fax: (66) 2255 5095

Further information is available on request.
Please contact manufacturer's 24-hour toll-free information line.
Information on the safety and efficacy of ezetimibe is available at www.msd.com
Code: Jun 2014-EZET011-TH-0407-02P

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



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

Product information

intanza® suspension for injection, influenza vaccine (split virus, inactivated). NAME OF THE MEDICAL PRODUCT: intanza® 9 µg/0.5 ml and intanza® 15 µg/0.5 ml (intanza®) 9 µg/0.5 ml suspension for injection, influenza vaccine (split virus, inactivated). QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION: Split influenza virus (propagated in fertilized hen's eggs from healthy chicken flocks, inactivated). For intanza® 9 µg/0.5 ml, dose contains 9 µg of hemagglutinin (HA) of each of the three recommended strains. The vaccine contains with the WHO recommendations (Northern or Southern Hemisphere) and the EU decision (Northern Hemisphere). For a full list of excipients, see section 6.1 of the package leaflet. PHARMACEUTICAL FORM: Suspension for injection. Colorless and odorless suspension. **CLINICAL PARTICULARS:** Therapeutic Indications: Prophylaxis of influenza in adults up to 59 years of age for intanza® 9 µg/0.5 ml and in individuals 60 years of age and over for intanza® 15 µg/0.5 ml, especially in those who are at increased risk of associated complications to both populations. The use of intanza® should be based on official recommendations. **Posology and method of administration:** Posology: Adults up to 59 years of age 0.5 ml of intanza® 9 µg/0.5 ml, individuals 60 years of age and over 0.5 ml of intanza® 15 µg/0.5 ml. Pediatric population: intanza® is not recommended for use in children and adolescents below 18 years due to insufficient data on safety and efficacy. Method of administration: Immunization should be carried out by intradermal route. The recommended site of administration is the region of the deltoid. Precaution to be taken before immunizing or administering the product: For instructions for preparation of the medical product before administration, see section 6.6 of the package leaflet for disposal and other handling. **Contraindications:** Hypersensitivity to the active substances, to any of the excipients, to residues of eggs, such as ovalbumin, and to chicken proteins. The vaccine may also contain residues of the following substances: formaldehyde, formalin and sodium borate. **Special warnings and precautions for use:** As with all injectable vaccines, appropriate Sheth 4b, 1 year. Storage: Store in a refrigerator (2°C - 8°C).

References

1. Laurent PH. Laurent PH. Intradermal vaccine delivery: Will new delivery systems transform vaccine administration. Vaccine 2008;26:5197-208.
2. intanza 9 µg/0.5 ml product information.
3. intanza 15 µg/0.5 ml product information.
4. Laurent A, et al. Echographic measurement of skin thickness in adults by high frequency ultrasound to assess the appropriate micro-needle length for intradermal delivery of vaccines. Vaccine 2007;25:6429-30.
5. Laurent PH, et al. Evaluation of the clinical performance of new intradermal vaccine administration techniques and associated delivery devices. Vaccine 2007;25:6833-42.
6. MMWR recommendation and reports, August 6, 2010.

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



บริษัท สันofi ปาสเตอร์ จำกัด
เลขที่ 101 ถนนสุขุมวิท กรุงเทพฯ 10110



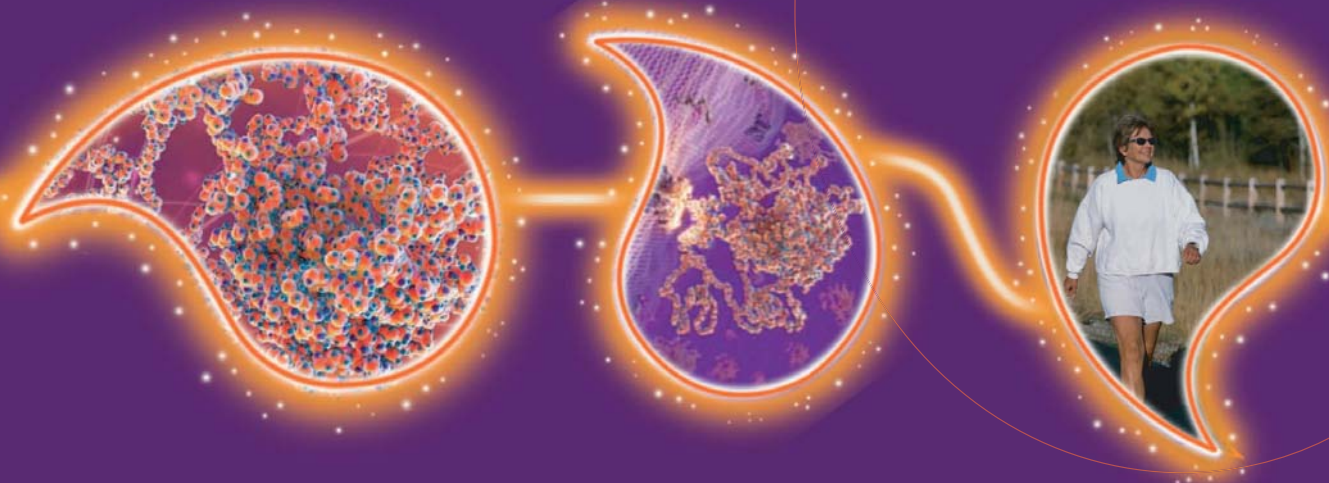
sanofi pasteur
The vaccines division of sanofi-aventis Group

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

รพ.ยันฮี

ส่งเสริมเมืองไทยให้ไร้คนปากแหว่ง โครงการ ยิ้มสวยด้วยแพทย์ โครงการ 16

รพ.ยันฮี ได้ให้การรักษา

ผ่าตัดเด็กปากแหว่ง-เพดานโหว่ มาแล้ว 1,200 ราย

และในปีนี้ รพ.ยันฮี เปิดรับรักษา

เด็กปากแหว่ง-เพดานโหว่

อีก 100 ราย เพื่อเป็นการกุศล

โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ

ขอเรียนเชิญ

ผู้ปกครองของเด็กพิการและยากจน
สอบถามขอรับการผ่าตัดรักษา
เพื่อเป็นการกุศล ได้ที่ รพ. ยันฮี

ขอขอบคุณ

คณะแพทย์, ทันตแพทย์,
พยาบาล, เจ้าหน้าที่ รพ. ยันฮี
ที่ได้ร่วมมือร่วมใจในการดูแลเด็ก
ปากแหว่ง-เพดานโหว่
โดยไม่เป็นภาระของผู้ปกครอง



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

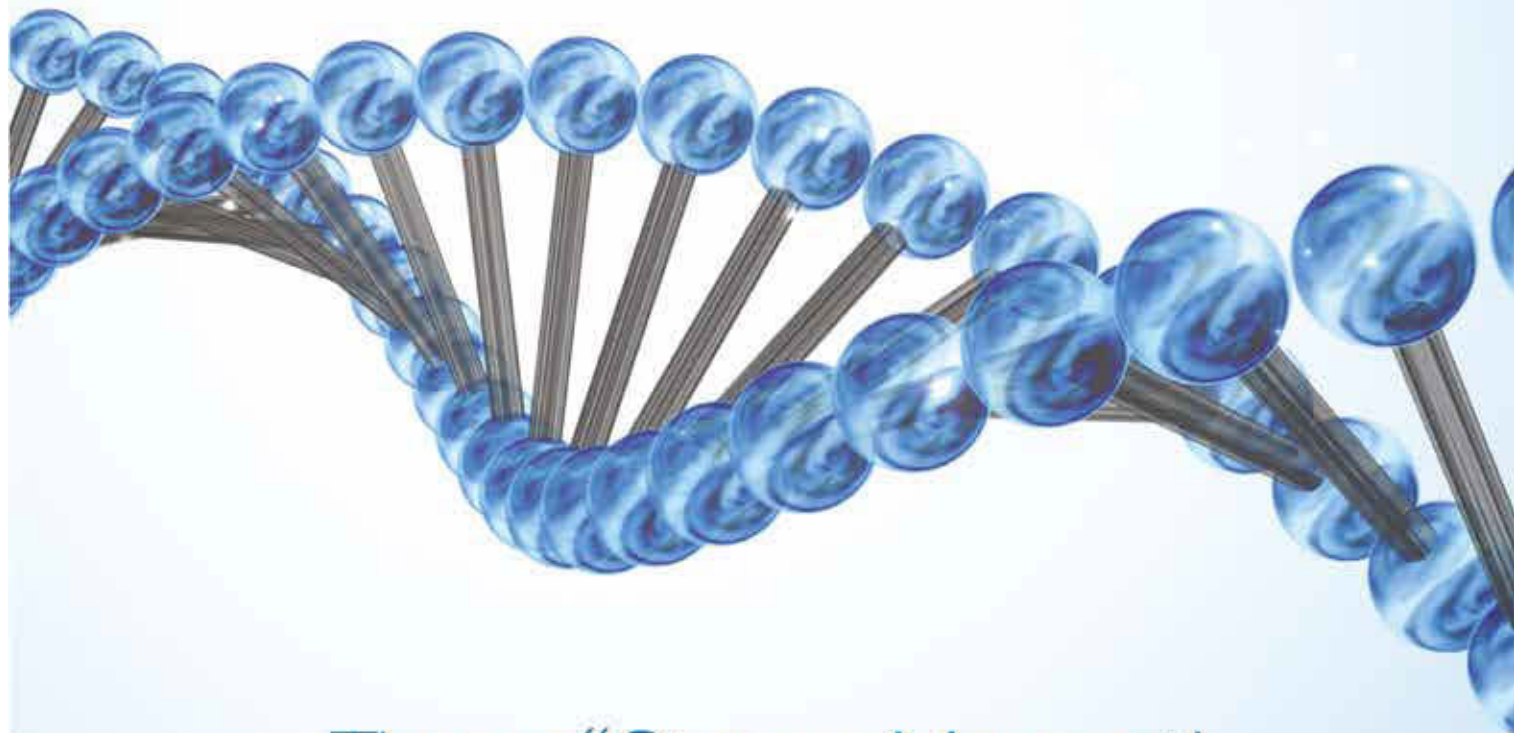


SAINTMED

mindray

3rd ITCAM

International Thaicosderm Congress on Aesthetic Medicine



Theme "Stop a Moment! Let's Go Back To Beauty Science"

PRE-CONGRESS CADAVER COURSE & WORKSHOP for Aesthetic Physicians.
It's the first time ever Thai & Korean experts join hands for this exceptional workshop!

Highlight in afternoon session is **LIVE DEMONSTRATION INTERACTIVE SESSION**
"How The Experts Treat Difficult Cases"

WORKSHOP WITH LIVE DEMONSTRATION from world class companies.

**POST CONFERENCE CERTIFICATION PROGRAM MARKETING STRATEGIES
FOR MEDICAL SPA**

for medical aesthetic professionals, medical spa & anti-aging practices



August 22 (Thursday) - 25 (Sunday), 2013

Centara Grand Hotel @ Central Plaza Ladprao, Bangkok, Thailand

For detailed information, please visit www.thaicosderm.org or www.itcam.org



เจนยู

เครื่องดื่มสมุนไพร

จินเซนโนไซด์ เจนโปร

อุดมด้วยวิตามินบี 12 มีส่วนช่วยในการทำงานของ

ระบบประสาทและสมอง



“ผมเชื่อมโยงสิ่งที่มี...
จึงทำให้เกิดสิ่งใหม่”

เต๋อ ฉันทวิเศษ

กลุ่มโรงแรมและศูนย์ประชุมสัมมนาในอุดมคติ ท่ามกลางธรรมชาติงดงามแห่งแรกในเอเชียแปซิฟิก
เติมเต็มทุกความต้องการในการจัดงานทุกรูปแบบ มาตรฐานระดับนานาชาติ



ห้องโถงปราสาทจากเสา | เพดานระบบแคววอลค์ | ห้องครัวทันสมัยภายในศูนย์ประชุม | บริการแปลภาษาในการประชุม | ลานจอดรถสีกอปโตร์บนอาคาร | 352 จุดจ่ายสาราณูปโภค
448 บุธแสดงสินค้า | 4 ห้องรับรองพิเศษ | สำนักงานผู้จัดงาน | 4 ห้องควบคุม | 18 ห้องประชุมย่อย | เพดานสูง 9.5 เมตร | อินเทอร์เน็ตไร้สาย | ศูนย์บริการการธุรกิจ
ทางเข้าขนถ่ายสินค้าอุปกรณ์การงาน | 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



การตัดเต้านมออกสองข้างโดยที่ยังไม่มีอาการ เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม

เมื่อเร็ว ๆ นี้มีข่าวที่น่าสนใจข่าวหนึ่งคือ ดาราชื่อดัง แองเจลินา โจลี ได้ตัดสินใจตัดเต้านมออกทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม เหตุผลที่ตัดเต้านมออกเพราะว่าได้ตรวจดูเรื่องพันธุกรรมแล้วพบว่าเธอมีพันธุกรรมยีน BRCA1 คนที่มีพันธุกรรมชนิดนี้ในตัวมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งเต้านมถึงร้อยละ 87 และมีโอกาสเป็นมะเร็งรังไข่ได้ถึงร้อยละ 50 เธอมีประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว มารดาของเธอเป็นมะเร็งรังไข่เพิ่งเสียชีวิตเมื่อ 6 ปีก่อน ขณะที่อายุเพียง 56 ปี ส่วนตัวเธอนั้นยังไม่มีอาการ ผู้หญิงอเมริกันมีถึงร้อยละ 12 ที่เป็นมะเร็งเต้านม เพื่อนแพทย์ผู้หญิงรุ่นเดียวกันกับผมที่สหรัฐอเมริกาที่เคยตีพิมพ์บทความด้วยกันก็เป็นมะเร็งเต้านมเสียชีวิตตั้งแต่อายุไม่มาก ภรรยาของอาจารย์ที่ผมเคยทำงานด้วยสองคนก็เสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านม ทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่กังวลเรื่องนี้ การตัดเต้านมออกสองข้างทำให้โอกาสเป็นมะเร็งของ แองเจลินา โจลี ลดลงจากร้อยละ 87 เหลือเพียงร้อยละ 5 นอกจากนี้การตัดเต้านมออกสองข้างยังช่วยลดการเกิดมะเร็งรังไข่ได้ถึงร้อยละ 89 โดยที่ยังอธิบายกลไกไม่ได้ แต่คนที่ตัดรังไข่ออกสองข้างยังมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ มะเร็งรังไข่ก็น่ากลัวเพราะกว่าจะมีอาการมะเร็งก็กระจายไปไกลแล้วรักษาไม่หาย เรายังไม่มีวิธีตรวจหาความเสี่ยงรังไข่ล่วงหน้า ในกรณีของ แองเจลินา โจลี ซึ่งมีลูกแล้วสามคน และพันธุกรรมที่ต้องให้แม่แล้ว การตัดเต้านมออกไม่มีปัญหามาก เพราะศัลยกรรมสมัยใหม่สามารถทำเต้านมเทียมได้สวยกว่าของจริงและไม่ต้องกลัวหย่อนยานด้วย คนอเมริกันมียีน BRCA1 เพียงร้อยละ 0.24 และเป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านมประมาณร้อยละ 10 ของมะเร็งเต้านมทั้งหมด ถ้าไม่ตัดเต้านมทิ้งเราก็สามารถลดการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้ถ้ามีการตรวจเป็นระยะ เมื่อพบก้อนريبตัดออก การรับประทานยา tamoxifen ป้องกันก็ลดการเป็นมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 40-50 คนอเมริกันเมื่อรู้ว่าตนเองมียีน BRCA1 จะมีร้อยละ 36 ที่ตัดสินใจตัดเต้านมออกทั้งสองข้าง ถ้าเป็นคนฝรั่งเศสเขาจะไม่ยอมตัดเต้านมออก แต่ถ้าเป็นพวกยุโรปตอนเหนือ พวกสแกนดิเนเวียเกือบทุกคนตัดสินใจเอาเต้านมออก การที่ดาราตัดเต้านมแล้วเป็นข่าวหน้าหนึ่งจะทำให้มีคนทำตาม ค่าตรวจหาพันธุกรรม BRCA1 ราคาแพงมากเกือบแสนบาท แถมยังอาจได้ผลบวกลวง การตรวจควรมีข้อบ่งชี้ไม่ใช่ตรวจทุกคน อย่างไรก็ตาม การที่ดาราออกมาให้สัมภาษณ์มีผลต่อความเห็นของคนจำนวนมากที่จะเอาอย่าง ในปี พ.ศ. 2543 Katie Couric ซึ่งเป็นนักข่าวโทรทัศน์หญิงชื่อดังของสหรัฐอเมริกาได้รณรงค์การส่องตรวจลำไส้ใหญ่เพื่อป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังจากที่สามีเสียชีวิตด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่เมื่ออายุเพียง 42 ปี ปรากฏว่ามีคนทำตามจนปัจจุบันมีคนจำนวนมากไปรับการตรวจโดยการส่องกล้องดูลำไส้ใหญ่เพื่อป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนที่จะมีอาการ ดาราชื่อดัง ร็อก ฮัตสัน เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ทำให้คนตื่นตระหนกและสนใจโรคเอดส์กันทั่วโลก ผู้หญิงบางคนตัดมดลูกออกเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งมดลูกโดยให้เหตุผลว่ามดลูกมีไวรัลคลอดลูก ถ้าไม่ต้องการมีลูกแล้วก็ไม่ได้อีก เก็บไว้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งและเสียเลือดทุกเดือน ถ้าไม่ต้องการมีลูกแล้วก็ไม่มีประโยชน์ เอาออกได้


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษาพิเศษ

ศ.นพ.มนตรี ตูจิตินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิช ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประครองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตูจิตินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์ ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรย์วานิชย์ รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออันตกุล รศ.นพ.วิสูตร พงศ์ศิริปัญญา รศ.นพ.วรัท วรรณวิภาส พล.ต.ท.พ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

สรพพร THE MEDICAL NEWS
วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแฮมม, ณัฐดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แบบกิตติ์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ขาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราพิทย์, 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

CONTENTS



4



13



7

3 โลกกว้างทางแพทย์

- เปรียบเทียบระยะการเจาะคอต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยช่วยหายใจ
- ปัจจัยเสี่ยงหลอดลมพองในเด็ก Cystic Fibrosis
- ออกกำลังกายให้ผลดีในผู้ป่วยอัลไซเมอร์
- ความเสี่ยงมะเร็งจากการตรวจ CT ในเด็กหรือวัยรุ่น

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. หนุนลาลดได้ 180 วัน ตั้งเป้าเด็กไทยกินนมแม่นาน 6 เดือน
- กรมควบคุมโรคเตรียมป้องกันโรคติดต่ออับประชาคมอาเซียน

8 สรรสาระกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง

ทิศทางและแนวโน้มของตลาดยาชีววัตถุคล้ายคลึงในอนาคต

10 Get Up

- วิตามินซีสู้ไวรัสโรคดื้อยา
- แพทย์ไปแลนดส์ร่างสถิติผ่าตัดเปลี่ยนหน้า
- จีนอ่วมค่าเสียหายไข้หวัดนก

12 Movement**13 In Focus**

ไทยรุกปราบวันโรค

“ตายน้อยกว่า 5 ขาดยาเป็น 0”

16 Talk of the Town

อดมือเข้า...เสี่ยงเป็นเบาหวาน!

“ช่างมันสิ” หรือ “กินดีกว่า”

17 Special

ศ.นพ.สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ

พัฒนานักวิจัย พัฒนางานวิจัยจากห้องไปสู่การใช้ประโยชน์

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

ดับอ่อนแออีกเสบ

21 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

การจากลา...กะทันหัน

23 เสียงแพทย์

มหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค

ตอน ภัยต่อคุณภาพมาตรฐานการแพทย์และสาธารณสุข

25 จุฬาปริทัศน์

การบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

28 Systematic Review

ยาสมุนไพรกับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

29 เฉพาะโรค

โรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว (Transient ischemic attack, TIA)

33 มุมนิติเวช

แพทย์ไม่ได้ตรวจผู้ป่วยทางคดี: ทำอย่างไรเมื่อเจ้าพนักงานขอรายงาน (รายงานผู้ป่วย 1 ราย)

37 รายงานพิเศษ

“จินเซนโนไซด์” สกัดจากโสมอเมริกาบัสสมอง

38 Radar

“นวัตกรรมสู้มะเร็ง”

การรักษาทางเลือกใหม่ ร.พ.มะเร็งสมัยใหม่กว่างโจว

40 เกาะติดงานประชุม

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ จัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 38 อพเททน์นวัตกรรม เพิ่มศักยภาพศัลยแพทย์ไทยสู่สากล

41 ข่าวบริการ**44 IT News/Book Shop****45 ภาพข่าว****46 วงการแพทย์สัญจร****47 ใบสมัครสมาชิก**

CME PLUS เนื่ององกรังไข่ และมะเร็งรังไข่ ตอนที่ 3

การดำเนินทางคลินิก และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้ององกรังไข่ ภาค III



17



เปรียบเทียบระยะเวลาการเจาะคอ ต่อการรอดชีวิตในผู้ป่วยช่วยหายใจ

JAMA. 2013;309(20):2121-2129.

บทความวิจัยเรื่อง Effect of Early vs Late Tracheostomy Placement on Survival in Patients Receiving Mechanical Ventilation: The TracMan Randomized Trial รายงานว่า การเจาะคอเป็นวิธีการแทรกแซงที่มักใช้ในผู้ป่วยวิกฤต แต่เนื่องจากข้อมูลที่จะเป็นแนวทางสำหรับกำหนดระยะเวลาการทำการหัตถการยังคงมีจำกัด นักวิจัยจึงศึกษาว่าการเจาะคอโดยเร็วและภายหลังสัมพันธ์กับการ

การตายที่ต่ำลงในผู้ป่วยผู้ใหญ่ซึ่งจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างการรักษาในหน่วยวิกฤตหรือไม่

การศึกษาเป็นแบบ open multicentered randomized clinical trial มีขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 2004 และ 2011 โดยศึกษาจากผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและทรวงอกจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแพทย์ 13 แห่ง และโรงพยาบาลอื่น 59 แห่งในสหราชอาณาจักร รวมผู้ป่วย 1,032 ราย ซึ่ง 909 รายใช้เครื่องช่วยหายใจมาแล้วไม่เกิน 4 วัน และแพทย์ผู้รักษาคาดว่าจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่ออีกอย่างน้อย 7 วัน

การแทรกแซงทำโดยสุ่มให้ผู้ป่วยเจาะคอเร็ว (ภายใน 4 วัน) หรือเจาะคอภายหลัง (หลัง 10 วันหากมีข้อบ่งชี้) นักวิจัยกำหนดให้การตาย 30 วันเป็นมาตรวัดผลลัพธ์หลัก และการวิเคราะห์เป็นแบบ intention to treat

จากผู้ป่วย 455 รายที่สุ่มให้เจาะคอเร็วพบว่า 91.9% (95% CI, 89.0-94.1%) ได้เจาะคอ และ 454 รายที่สุ่มให้เจาะคอภายหลังพบว่า 44.9% (95% CI, 40.4-49.5%) ได้เจาะคอ อัตราตายทุกสาเหตุที่ 30 วันหลังการสุ่มเท่ากับ 30.8% (95% CI, 26.7-35.2%) ในกลุ่มเจาะคอเร็ว และ 31.5% (95% CI, 27.3-35.9%) ในกลุ่มเจาะคอภายหลัง (absolute risk reduction สำหรับการเจาะคอเร็วเทียบกับการเจาะคอภายหลังเท่ากับ 0.7%; 95% CI, -5.4% ถึง 6.7%) อัตราตายที่สองปีเท่ากับ 51.0% (95% CI, 46.4-55.6%) ในกลุ่มเจาะคอโดยเร็ว และ 53.7% (95% CI, 49.1-58.3%) ในกลุ่มเจาะคอภายหลัง ($p = 0.74$) มาตรฐานระยะการรักษาในหน่วยวิกฤตในผู้รอดชีวิตเท่ากับ 13.0 วันในกลุ่มเจาะคอเร็ว และ 13.1 วันในกลุ่มเจาะคอภายหลัง ($p = 0.74$) ภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะคอมีรายงานใน 6.3% (95% CI, 4.6-8.5%) ของผู้ป่วย (5.5% ในกลุ่มเจาะคอเร็ว และ 7.8% ในกลุ่มเจาะคอภายหลัง)

สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและได้รับการรักษาในหน่วยวิกฤตของโรงพยาบาลในสหราชอาณาจักรนี้พบว่า การเจาะคอภายใน 4 วันหลังรับเข้าหน่วยวิกฤตไม่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นด้านอัตราตาย 30 วันหรือ secondary outcome อื่นที่สำคัญ และแพทย์ยังคงมีข้อจำกัดในการพยากรณ์ผู้ป่วยรายที่จำเป็นต้องขยายระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ

เปรียบเทียบเป้าการอิ่มตัวออกซิเจนต่อการตาย และพิการในการคลอดก่อนกำหนด

JAMA. 2013;309(20):2111-2120.

บทความวิจัยเรื่อง Effects of Targeting Higher vs Lower Arterial Oxygen Saturations on Death or Disability in Extremely Preterm Infants: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า เป้าหมายของการให้ออกซิเจนบำบัดอยู่ที่การช่วยให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนในปริมาณที่เพียงพอ ขณะเดียวกันก็ลดการเกิดพิษจากออกซิเจนและภาวะเครียดออกซิเดชัน อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุปว่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ระดับใดจึงจะสามารถรักษาสมดุลดังกล่าวในทารกคลอดก่อนกำหนด



นักวิจัยได้ศึกษาผลของเป้าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดในระดับต่ำและระดับสูงต่ออัตราตายหรือพิการในทารกที่คลอดก่อนกำหนดมาก นักวิจัยศึกษาแบบ randomized, double-blind trial จากโรงพยาบาล 25 แห่งในแคนาดา สหรัฐอเมริกา อาร์เจนตินา ฟินแลนด์ เยอรมนี และอิสราเอล โดยรวบรวมทารก 1,201 ราย ซึ่งมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 23 สัปดาห์ 0 วัน ถึง 27 สัปดาห์ 6 วัน ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดระหว่างเดือนธันวาคม ค.ศ. 2006 และสิงหาคม ค.ศ. 2010 การติดตามประเมินผลเริ่มขึ้นในเดือนตุลาคม ค.ศ. 2008 และสิ้นสุดลงในเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2012 นักวิจัยติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยกระทั่ง postmenstrual age ได้ 36-40 สัปดาห์ ด้วยเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วที่แสดงความอิ่มตัวของออกซิเจนสูงหรือต่ำกว่าค่าจริง 3% ผู้ดูแลได้ปรับความเข้มข้นของออกซิเจนเพื่อให้ความอิ่มตัวของออกซิเจนอยู่ระหว่าง 88% และ 92% ซึ่งทำให้แยกทารกออกเป็นสองกลุ่ม โดยมีเป้าความอิ่มตัวจริงที่ 85-89% ($n = 602$) หรือ 91-95% ($n = 599$) และได้ตั้งสัญญาณเตือนเมื่อความอิ่มตัวลดลงเหลือ 86% หรือเพิ่มขึ้นเป็น 94% ด้าน primary outcome ประกอบด้วย การตาย ปัญหาการประสานงานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ พัฒนาการด้านเชาวน์ปัญญาหรือภาษาที่ล่าช้า สูญเสียการได้ยินอย่างรุนแรง หรือตาบอดทั้งสองข้างเมื่ออายุ 18 เดือน และ secondary outcome ประกอบด้วยจอประสาทตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนดและการบาดเจ็บของสมอง

จากทารก 578 ราย ซึ่งมีข้อมูล primary outcome และได้รับออกซิเจนที่ระดับต่ำกว่าพบว่า 298 ราย (51.6%) ตายหรือรอดชีวิตโดยมีความพิการเทียบกับ 283 รายจาก 569 ราย (49.7%) ที่ได้ออกซิเจนในระดับสูงกว่า (odds ratio ปรับตามโรงพยาบาลเท่ากับ 1.08; 95% CI, 0.85-1.37; $p = 0.52$) อัตราตายเท่ากับ 16.6% สำหรับกลุ่มที่ได้ออกซิเจน 85-89% และ 15.3% สำหรับกลุ่มที่ได้ออกซิเจน 91-95% (odds ratio ที่ปรับแล้วเท่ากับ 1.11; 95% CI, 0.80-1.54; $p = 0.54$) การตั้งเป้าความอิ่มตัวที่ต่ำกว่าลด postmenstrual age ที่การให้ออกซิเจนบำบัดครั้งสุดท้าย (mean difference ที่ปรับแล้วเท่ากับ -0.8 สัปดาห์; 95% CI, -1.5 ถึง -0.1; $p = 0.03$) แต่ไม่เปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านอื่น

การกำหนดเป้าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ระดับ 85-89% เทียบกับ 91-95% ในทารกที่คลอดก่อนกำหนดมากไม่มีผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญต่ออัตราตายหรือพิการที่ 18 เดือน ซึ่งข้อมูลนี้อาจช่วยในการพิจารณาปรับระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนที่เหมาะสม

ปัจจัยเสี่ยงหลอดลมพองในเด็ก Cystic Fibrosis

N Engl J Med 2013;368:1963-1970

บทความเรื่อง Risk Factors for Bronchiectasis in Children with Cystic Fibrosis รายงานว่า โรคหลอดลมพองมักเกิดเร็วในทารกที่เป็น cystic fibrosis โดยมีการตรวจพบในทารกอายุเพียง 10 สัปดาห์ ทั้งยังมีการยึดเยื่อและรุนแรงขึ้น นักวิจัยจึงศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหลอดลมพอง โดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจ Australian Respiratory Early Surveillance Team for Cystic Fibrosis (AREST CF)

นักวิจัยศึกษาข้อมูลจากทารก 127 ราย ซึ่งตรวจพบ cystic fibrosis หลังการตรวจคัดกรองแรกเกิด ทารกได้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก และ bronchoalveolar lavage (BAL) ขณะที่เด็กมีอาการทรวงอกที่อายุ 3 เดือนและ 1, 2 และ 3 ปี และนักวิจัยใช้ข้อมูลระยะยาวศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการตรวจพบโรคหลอดลมพองตั้งแต่อายุ 3 เดือน ถึง 3 ปี

สัดส่วน point prevalence ของหลอดลมพองในการนัดแต่ละครั้งเพิ่มขึ้นจาก 29.3% ที่ 3 เดือน เป็น 61.5% ที่ 3 ปี ซึ่งจาก multivariate analyses พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อหลอดลมพอง ได้แก่ มี meconium ileus (odds ratio, 3.17; 95% confidence interval [CI], 1.51-6.66; $p = 0.002$), มีความผิดปกติของทางเดินหายใจระหว่างตรวจ CT และ BAL (odds ratio, 2.27; 95% CI, 1.24-4.14; $p = 0.008$), free neutrophil elastase activity ใน BAL fluid (odds ratio, 3.02; 95% CI, 1.70-5.35; $p < 0.001$) และมีการกักอากาศในปอดจาก CT (odds ratio, 2.05; 95% CI, 1.17-3.59; $p = 0.01$) และพบว่า free neutrophil elastase activity ใน BAL fluid ที่ 3 เดือนสัมพันธ์กับหลอดลมพองที่ยึดเยื่อ (ตรวจพบจากการสแกนติดต่อกันตั้งแต่สองครั้ง) โดยมี odds สูงเป็นเจ็ดเท่าที่ 12 เดือน และสี่เท่าที่ 3 ปี

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า neutrophil elastase activity ใน BAL fluid ในช่วงวัยแรกเกิดสัมพันธ์กับโรคหลอดลมพองที่เกิดขึ้นเร็วในเด็กที่เป็น cystic fibrosis



ความสัมพันธ์อัตราการหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลและการรอดชีพ

JAMA Intern Med. 2013; Published online May 20, 2013

บทความวิจัยเรื่อง Association Between a Hospital's Rate of Cardiac Arrest Incidence and Cardiac Arrest Survival รายงานว่า อัตราการประณินแนวทางการรักษาของแต่ละโรงพยาบาลหัวใจหยุดเต้นยังคงเน้นไปที่การรอดชีพตามเป้าหมายที่จะยกระดับการรอดชีพหลังหัวใจหยุดเต้น แต่ก็เป็นไปได้ว่าโรงพยาบาลที่มีอัตราการรอดชีพสูงอาจไม่ได้

ให้การรักษาที่ดีที่สุดเพียงพอสำหรับป้องกันหัวใจหยุดเต้น

นักวิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลและอัตราการรอดชีพ โดยระบุโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยเกิดหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลอย่างน้อย 50 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2000 ถึง 30 พฤศจิกายน ค.ศ. 2009 และใช้ multivariable hierarchical regression ประเมินความเชื่อมโยงระหว่างอัตราอุบัติการณ์หัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลและอัตราผู้ป่วยรอดชีพภายหลังปรับตามลักษณะของผู้ป่วยและโรงพยาบาล

มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ความเชื่อมโยงระหว่างอัตราอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลและอัตราการรอดชีพสำหรับหัวใจหยุดเต้น

จากผู้ป่วย 102,153 ราย ในโรงพยาบาลรวม 358 แห่งพบว่า มีฐานของอัตราอุบัติการณ์หัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลเท่ากับ 4.02 รายต่อการรับผู้ป่วย 1,000 ราย (interquartile range, 2.95-5.65 ต่อการรับผู้ป่วย 1,000 ราย) และมีฐานอัตราการรอดชีพในโรงพยาบาลเท่ากับ 18.8% (interquartile range, 14.5-22.6%) ผลลัพธ์จาก crude analyses ชี้ว่า โรงพยาบาลที่มีอัตราการรอดชีพสูงกว่าก็มีอุบัติการณ์หัวใจหยุดเต้นต่ำกว่าด้วย ($r, -0.16$; $p = 0.003$) ซึ่งความสัมพันธ์นี้คงที่ภายหลังปรับตามลักษณะผู้ป่วย ($r, -0.15$; $p = 0.004$) หลังจากปรับตาม mediators ที่มีศักยภาพ (เช่น ลักษณะของโรงพยาบาล) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอุบัติการณ์และการรอดชีพถูกกดลง ($r, -0.07$; $p = 0.18$) โดยหนึ่งในปัจจัยด้านโรงพยาบาลที่ปรับได้ซึ่งกดความสัมพันธ์ดังกล่าวมากที่สุดคือ อัตราส่วนพยาบาลต่อเตียงของโรงพยาบาล ($r, -0.12$; $p = 0.03$)

โรงพยาบาลที่มีอัตราการรอดชีพสูงสำหรับภาวะหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาลมีแนวทางป้องกันหัวใจหยุดเต้นที่ดีกว่าแม้ภายหลังปรับตาม patient case mix ความสัมพันธ์นี้ส่วนหนึ่งได้รับผลจากคุณลักษณะของโรงพยาบาล นอกจากนี้มาตรวัดการดำเนินการซึ่งเน้นที่อัตราการรอดชีพอาจเหมาะสมสำหรับเป็นขั้นตอนแรกของการประเมินคุณภาพสำหรับการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในโรงพยาบาล

ออกกำลังกายให้พลดีในผู้ป่วยอัลไซเมอร์

JAMA Intern Med. 2013;173(10):894-901.

บทความเรื่อง Effects of the Finnish Alzheimer Disease Exercise Trial (FINALEX): A Randomized Controlled Trial รายงานว่า ข้อมูลงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพของการออกกำลังกายต่อการทำงานด้านร่างกายในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ยังคงมีจำกัด นักวิจัยจึงศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบเข้มข้นในระยะยาวต่อการทำงานด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยอัลไซเมอร์ซึ่งพักอาศัยที่บ้าน และศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อการใช้บริการและค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพและสังคม



การศึกษาเป็นแบบ randomized controlled trial โดยศึกษาจากผู้ป่วยอัลไซเมอร์ซึ่งอาศัยอยู่กับคู่สมรสจำนวน 210 ราย การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 arms ได้แก่ (1) group-based exercise (GE; เข้ากลุ่ม 4 ชั่วโมง และออกกำลังกายประมาณ 1 ชั่วโมง) และ (2) home-based exercise ที่ปรับตามความเหมาะสม (HE; ออกกำลังกายหนึ่งชั่วโมง) ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้ทำสัปดาห์ละ 2 ครั้งเป็นระยะเวลา 1 ปี และ (3) control group (CG) ซึ่งได้รับการดูแลปกติ มาตรฐานผลลัพธ์ ได้แก่ Functional Independence Measure (FIM), Short Physical Performance Battery และข้อมูลการใช้บริการและค่าใช้จ่ายบริการด้านสังคมและสุขภาพ

ผู้ป่วยทุกกลุ่มมีการทำงานเสื่อมลงในช่วงหนึ่งปีหลังการสุ่ม แต่การเสื่อมลงเร็วกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่ม CG เทียบกับกลุ่ม HE หรือ GE ที่ 6 ($p = 0.003$) และ 12 ($p = 0.015$) เดือน การเปลี่ยนแปลงของ FIM ที่ 12 เดือนเท่ากับ -7.1 (95% CI, -3.7 ถึง -10.5), -10.3 (95% CI, -6.7 ถึง -13.9) และ -14.4 (95% CI, -10.9 ถึง -18.0) ในกลุ่ม HE, GE และ CG ตามลำดับ กลุ่ม HE และ GE มีการทกล้มน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกลุ่ม CG ในช่วงปีติดตามผล ค่าใช้จ่ายรวมของบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้ป่วยกลุ่ม HE และผู้ดูแล (หน่วยดอลลาร์สหรัฐต่อคู่ต่อปี) เท่ากับ \$25,112 (95% CI, \$17,642 ถึง \$32,581) ($p = 0.13$ สำหรับการเปรียบเทียบ กับกลุ่ม CG), \$22,066 ในกลุ่ม GE (\$15,931 ถึง \$28,199; $p = 0.03$ vs CG) และ \$34,121 (\$24,559 ถึง \$43,681) ในกลุ่ม CG

แผนการออกกำลังกายแบบเข้มข้นในระยะยาวให้ผลดีต่อการทำงานด้านร่างกายในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ โดยไม่ทำให้ค่าใช้จ่ายรวมด้านบริการสุขภาพและสังคมสูงขึ้น และไม่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ที่มีนัยสำคัญ



ผลลัพธ์ตรวจเต้านมตามความถี่ความหนาแน่นเต้านมและยาฮอร์โมนบำบัด

JAMA Intern Med. 2013;173(9):807-816.

บทความเรื่อง Outcomes of Screening Mammography by Frequency, Breast Density, and Postmenopausal Hormone Therapy รายงานว่า ข้อมูลปัจจุบันยังคงขัดแย้งกันด้านความถี่ในการตรวจแมมโมแกรม รวมถึงระยะห่างระหว่างการตรวจโดยพิจารณาตามปัจจัยเสี่ยงตัวอื่นนอกเหนือจากอายุ

นักวิจัยได้เปรียบเทียบประโยชน์และผลเสียของการกำหนดความถี่การตรวจแมมโมแกรมตามอายุ ความหนาแน่นของเต้านม และการใช้ยาฮอร์โมนบำบัดในวัยทอง โดยการศึกษาเป็นแบบ prospective cohort ระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 1994 ถึงธันวาคม ค.ศ. 2008 และเก็บข้อมูลจากศูนย์ตรวจแมมโมแกรมที่สังกัดในทะเบียน Breast Cancer Surveillance Consortium (BCSC)

นักวิจัยเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าจากผู้หญิง 11,474 รายซึ่งเป็นมะเร็งเต้านม และ 922,624 รายซึ่งไม่เป็นมะเร็งเต้านมและได้ตรวจแมมโมแกรมจากศูนย์ที่สังกัดในทะเบียน BCSC โดยใช้ logistic regression คำนวณค่า odds ของมะเร็งระยะเป็นมาก (Ib, III หรือ IV) และมีก้อนขนาดใหญ่ (เส้นผ่าศูนย์กลาง > 20 มิลลิเมตร) และความน่าจะเป็นสะสมที่ 10 ปีของแมมโมแกรมที่ได้ผลบวกหลอกจากความถี่การตรวจคัดกรอง อายุ ความหนาแน่นของเต้านม และการใช้ยาฮอร์โมนบำบัด และตัวพยากรณ์หลัก ได้แก่ ระยะห่างระหว่างการตรวจแมมโมแกรม

การตรวจแมมโมแกรมปีละสองครั้งเทียบกับปีละครั้งสำหรับผู้หญิงอายุ 50-74 ปี ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงก่อนในระยะเป็นมากหรือมีขนาดใหญ่ แม้ความหนาแน่นของเต้านมสูงมากหรือใช้ฮอร์โมนบำบัด สำหรับผู้หญิงอายุ 40-49 ปี ซึ่งเต้านมหนาแน่นมากพบว่า การตรวจแมมโมแกรมปีละสองครั้งเทียบกับปีละครั้งสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อมะเร็งระยะเป็นมาก (odds ratio [OR], 1.89; 95% CI, 1.06-3.39) และก้อนใหญ่ (OR, 2.39; 95% CI, 1.37-4.18) ความน่าจะเป็นสะสมของแมมโมแกรมที่ได้ผลบวกหลอกอยู่ในระดับสูงในกลุ่มที่ตรวจแมมโมแกรมปีละครั้ง ซึ่งมีความหนาแน่นเต้านมสูงและอายุระหว่าง 40-49 ปี (65.5%) หรือใช้ estrogen ร่วมกับ progestogen (65.8%) และต่ำกว่าในผู้หญิงอายุ 50-74 ปี ซึ่งตรวจแมมโมแกรมปีละสองครั้งหรือสามครั้ง และมี scattered fibroglandular densities (30.7% และ 21.9%) หรือ fatty breasts (17.4% และ 12.1%)

ผู้หญิงอายุ 50-74 ปีทั้งกลุ่มที่มีความหนาแน่นของเต้านมสูงหรือใช้ยาฮอร์โมนบำบัด ซึ่งได้ตรวจแมมโมแกรมปีละสองครั้งมีความเสี่ยงต่อมะเร็งในระยะเป็นมากใกล้เคียงกับผู้ตรวจแมมโมแกรมปีละครั้ง ขณะที่มีความเสี่ยงสะสมต่อผลบวกหลอกต่ำกว่า ในการพิจารณาว่าควรตรวจแมมโมแกรมหรือไม่นั้น จึงควรแจ้งให้ผู้หญิงอายุ 40-49 ปี ซึ่งมีความหนาแน่นเต้านมสูงทราบว่าการตรวจแมมโมแกรมปีละครั้งอาจลดความเสี่ยงต่อมะเร็งระยะเป็นมาก แต่มีความเสี่ยงสะสมต่อผลบวกหลอกที่สูง



ความเสี่ยงมะเร็งจากการตรวจ CT ในเด็กหรือวัยรุ่น

BMJ 2013;346:f2360

บทความวิจัยเรื่อง Cancer Risk in 680,000 People Exposed to Computed Tomography Scans in Childhood or Adolescence: Data Linkage Study of 11 Million Australians รายงานผลจากการศึกษาแบบ population based, cohort, data linkage study ในออสเตรเลียเพื่อประเมินความเสี่ยงมะเร็งในเด็กและวัยรุ่นหลังได้รับรังสีชนิดก่อกัมมันตรังสีในปริมาณต่ำจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT)

นักวิจัยศึกษาจากข้อมูลผู้เข้ารับบริการในประวัติ Australian Medicare จำนวน 10.9 ล้านคน ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 0-19 ปี ในวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1985 หรือเกิดระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1985 ถึง 31 ธันวาคม ค.ศ. 2005 และได้รับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดซึ่งได้รับการตรวจ CT โดย Medicare ระหว่างปี ค.ศ. 1985-2005 นักวิจัยรวบรวมข้อมูลการตรวจพบมะเร็งในกลุ่มผู้รับการตรวจจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม โดยเทียบจากทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งของออสเตรเลีย

มีประวัติมะเร็ง 60,674 ราย รวมถึง 3,150 รายจาก 680,211 รายในกลุ่มที่ตรวจ CT มาแล้วอย่างน้อยหนึ่งปีก่อนตรวจพบมะเร็ง มีฐานระยะการติดตามหลังตรวจ CT เท่ากับ 9.5 ปี อุบัติการณ์รวมของมะเร็งในกลุ่มที่ตรวจสูงกว่า 24% เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ตรวจหลังปรับตามอายุเพศ และปีเกิด (incidence rate ratio (IRR) 1.24 (95% confidence interval 1.20-1.29); $p < 0.001$) นักวิจัยพบความสัมพันธ์แบบ dose-response relation โดย IRR เพิ่มขึ้น 0.16 (0.13-0.19) ต่อการตรวจ CT ที่เพิ่มขึ้นแต่ละครั้ง และ IRR สูงขึ้นจากการตรวจเมื่ออายุน้อย ($p < 0.001$ สำหรับแนวโน้ม) ที่ 1-4, 5-9, 10-14 และ 15 ปีหลังตรวจครั้งแรกพบว่า IRR เท่ากับ 1.35 (1.25-1.45), 1.25 (1.17-1.34), 1.14 (1.06-1.22) และ 1.24 (1.14-1.34) ค่า IRR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสำหรับมะเร็งชนิดก้อน (ระบบย่อยอาหาร ผิวหนัง เนื้อเยื่ออ่อน อวัยวะเพศหญิง ทางเดินปัสสาวะ สมอง และไทรอยด์) รวมถึงมะเร็งเม็ดเลือดขาว, myelodysplasia และ lymphoid บางกลุ่ม นักวิจัยพบมะเร็งมากกว่า 608 รายในกลุ่มที่ตรวจ CT (สมอง 147 ราย, มะเร็งก่อนชนิดอื่น 356 ราย, มะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือ myelodysplasia 48 ราย และมะเร็ง 57 ราย) ทั้งนี้ absolute excess incidence rate สำหรับมะเร็งทั้งหมดรวมกันเท่ากับ 9.38 ต่อ 100,000 person years at risk ณ วันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2007 และค่าเฉลี่ยของปริมาณรังสีที่ได้รับอยู่ที่ 4.5 mSv

อุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของมะเร็งภายหลังตรวจ CT ในกลุ่มประชากรนี้ส่วนใหญ่เป็นผลจากการอาบรังสี และจากการที่ยังคงพบมะเร็งหลังสิ้นสุดการติดตามจึงทำให้ยังไม่สามารถระบุความเสี่ยงตลอดชีวิตจากการตรวจ CT ได้ ขนาดรังสีจากเครื่อง CT ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าเครื่องที่ใช้ในช่วงปี ค.ศ. 1985-2005 แต่การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงมะเร็งก็ยังคงอาจเป็นผลจากเครื่องสแกนที่ใช้ในปัจจุบันเช่นกัน การตรวจ CT ในอนาคตจึงควรจำกัดเฉพาะในสถานการณ์ที่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกชัดเจน และควรปรับปริมาณรังสีในการตรวจแต่ละครั้งให้ต่ำที่สุดเท่าที่เพียงพอสำหรับการวินิจฉัย

ผล Escitalopram ต่อหัวใจขาดเลือดจากความเครียดทางจิตใจ

JAMA. 2013;309(20):2139-2149.

บทความเรื่อง Effect of Escitalopram on Mental Stress-Induced Myocardial Ischemia: Results of the REMIT Trial รายงานว่า ความเครียดทางจิตใจอาจทำให้เกิดหัวใจขาดเลือด และกระตุ้นการเกิดอาการของโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่เนื่องจากการแทรกแซงด้วยยาเพื่อลดหัวใจขาดเลือดจากความเครียดทางจิตใจ (mental stress-induced myocardial ischemia - MSIMI) ยังคงไม่มีการศึกษาชัดเจน

บทความนี้รายงานข้อมูลจากการศึกษา REMIT (Responses of Mental Stress Induced Myocardial Ischemia to Escitalopram Treatment) ซึ่งศึกษาแบบ randomized, double-blind, placebo-controlled trial ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีอาการทรงตัวและมีผลตรวจยืนยันว่าเป็น MSIMI การรวบรวมผู้ป่วยเริ่มขึ้นในวันที่ 24 กรกฎาคม ค.ศ. 2007 ถึง 24 สิงหาคม ค.ศ. 2011 ยังโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการรักษาด้วย escitalopram เป็นระยะ 6 สัปดาห์ เทียบกับยาหลอกต่อ MSIMI และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี-สรีระ และอารมณ์ที่สัมพันธ์กับความเครียดทางจิตใจ

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับ escitalopram (ขนาดเริ่มต้นที่ 5 มิลลิกรัม/วัน และเพิ่มเป็น 20 มิลลิกรัม/วัน ใน 3 สัปดาห์) หรือยาหลอกในระยะเวลา 6 สัปดาห์

มาตรวัดผลลัพธ์ประกอบด้วย การเกิด MSIMI ประเมินจากการตีขึ้นหรือแย่งลงของ regional wall motion abnormality, left ventricular ejection fraction ลดลง 8% หรือมากกว่า และ horizontal หรือ down-sloping ST-segment depression อย่างน้อย 1 mm ในอย่างน้อย 2 leads และเกิดขึ้นในอย่างน้อย 3 beats ติดต่อกันระหว่างการทดสอบความเครียดตั้งแต่ 1 ครั้งจากการทดสอบรวม 3 ครั้ง

จากผู้เข้าร่วมวิจัย 127 รายที่สุ่มให้ได้รับ escitalopram ($n = 64$) หรือยาหลอก ($n = 63$) มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่เสร็จสิ้นการประเมิน endpoint 112 ราย (88.2%) ($n = 56$ ในแต่ละกลุ่ม) เมื่อสิ้นสุด 6 สัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยที่ได้ escitalopram (34.2% [95% CI, 25.4-43.0%]) มีจำนวนผู้ป่วยที่ปรากฏ MSIMI ระหว่างการทดสอบความเครียดทั้ง 3 ครั้งมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาหลอก (17.5% [95% CI, 10.4-24.5%]) ตาม multiple imputation model ที่ยังไม่ได้ปรับสำหรับ intention-to-treat analysis

นักวิจัยพบผลต่างที่มีนัยสำคัญซึ่งชี้ให้เห็นผลดีของ escitalopram (odds ratio, 2.62 [95% CI, 1.06-6.44]) และพบว่าอัตราการเกิดหัวใจขาดเลือดจากการออกกำลังกายต่ำลงเล็กน้อยที่ 6 สัปดาห์ในกลุ่ม escitalopram (45.8% [95% CI, 36.6-55.0%]) เทียบกับกลุ่มยาหลอก (52.5% [95% CI, 43.3-61.8%]) แต่ผลต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratio ที่ปรับแล้วเท่ากับ 1.24 [95% CI, 0.60-2.58]; $p = 0.56$)

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มี MSIMI ที่เส้นฐานทรงตัวพบว่า การรักษาด้วย escitalopram 6 สัปดาห์ ส่งผลให้อัตรา MSIMI ต่ำลงเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก แต่ไม่พบผลต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติด้านการขาดเลือดจากการออกกำลังกาย ซึ่งควรที่จะมีการศึกษาเพิ่มเติมแบบ multicenter และศึกษาเกี่ยวกับตัวอื่นสำหรับการลด MSIMI





สร. หนุนลาลอดได้ 180 วัน ตั้งเป้าเด็กไทยกินนมแม่นาน 6 เดือน

นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดซึ่งมีปีละ 8 แสนราย เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ติดต่อกัน 6 เดือน ให้ได้ร้อยละ 60 ภายใน พ.ศ. 2558 หรือให้เด็กทารกกินนมแม่อย่างเดียวติดต่อกัน 6 เดือน ให้ได้ 4.8 แสนคน โดยมีนโยบายขอความร่วมมือจากบริษัทนมเด็ก เพื่อไม่ให้มีการส่งเสริมการขายหรือทำการตลาดในกลุ่มหญิงหลังคลอด เพื่อเป็นการร่วมกันลงทุนสร้างชาติ พัฒนาคุณภาพเด็กไทยให้เป็นเด็กฉลาด นอกจากนี้ยังมีนโยบายสนับสนุนให้ขยายสิทธิข้าราชการหญิงลาลอดต่อเนื่องจาก 90 วัน เป็น 180 วัน เพื่อให้แม่ยุคใหม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้นานที่สุด และหนุนการขยายสิทธิให้พ่อลางานเพื่อช่วยภรรยาเลี้ยงลูกหลังคลอดและได้รับค่าแรงจากนายจ้าง จาก 15 วัน เป็น 30 วัน เพื่อส่งเสริมความอบอุ่นของสถาบันครอบครัว และสนับสนุนให้สถานประกอบการจัดมุมนมแม่ให้พนักงานสามารถปัมน้ำนมไปให้ลูกระหว่างการทำงานได้ ซึ่งขณะนี้ได้รับความร่วมมือจากสถานประกอบการจำนวน 944 แห่ง

กรมควบคุมโรค เตรียมป้องกันโรคติดต่อ รับประชาคมอาเซียน



ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า ในการรับมือกับโรคติดต่อที่จะมากขึ้นในอีก 2 ปีข้างหน้า ที่ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กรมควบคุมโรคได้เตรียมความพร้อมในการป้องกันโรคติดต่อร่วมกับประเทศเพื่อนบ้านในอาเซียนที่สำคัญมีดังนี้ 1. เพิ่มขีดความสามารถในการป้องกันโรคติดต่อทั้งอาเซียน รวมทั้งวิเคราะห์ผลกระทบเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของอาเซียนร่วมกัน 2. เน้นการแก้ปัญหาสาธารณสุขชายแดนร่วมกันในรูปแบบจังหวัดคู่ความร่วมมือ หรือจังหวัดคู่ขนาน (twin cities) ของประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ดังนี้ ชายแดนไทย-ลาว ได้แก่ เชียงราย-บ่อแก้ว น่าน-ไชยะบุรี มุกดาหาร-สะหวันนะเขต หนองคาย-เวียงจันทน์ อุบลราชธานี-จำปาสัก ไทย-กัมพูชา สระแก้ว-บันเตียเมียนเจย จันทบุรี-พระตะบองและไพลิน ตราด-เกาะกง ไทย-พม่า เชียงราย-ท่าขี้เหล็ก ตาก-เมียวดี ระนอง-เกาะสอง 3. พัฒนาขีดความสามารถและเครือข่ายของทีมสอบสวนควบคุมโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT-Surveillance and Rapid Response Team) ในพื้นที่ชายแดน ด้านการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations 2005 หรือ IHR 2005) รวมทั้งพัฒนากลไกการแลกเปลี่ยนข่าวสาร การแจ้งเตือนภัย และการสอบสวนโรคร่วมกันและการควบคุมการระบาดของโรค 4. พัฒนาเครือข่ายการฝึกอบรมระดับวิทยาสานาม ภายใต้กรอบอาเซียนบวกสาม สมาชิกประกอบด้วยอาเซียน 10 ประเทศ และจีน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ โดยประเทศไทยเป็นประเทศนำ และ 5. จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ด้านโรคเอดส์ของอาเซียนขึ้นในประเทศไทย

ในเดือนนี้ผู้เขียนขอเสนอข้อมูลในอีกมิติหนึ่งเกี่ยวกับยาชีววัตถุคล้ายคลึงนอกเหนือจากประเด็นทางการแพทย์และสาธารณสุข นั่นคือ เรื่องตลาดหรือธุรกิจยาชีววัตถุคล้ายคลึง เพื่อให้ผู้อ่านได้ตระหนักว่ากว่าจะมาเป็นยาชีววัตถุคล้ายคลึงในทางการแพทย์ การขับเคลื่อนด้วยกลไกการตลาดหรือธุรกิจมีความจำเป็นอยู่มากต่อการวิจัย พัฒนา และผลิตยาชีววัตถุคล้ายคลึง และมองเห็นทิศทางและแนวโน้มของตลาดยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งตลาดในประเทศไทย อย่างน้อยข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนต่างๆ ได้ตระหนักและเตรียมความพร้อมในส่วนของตน หากเราจะได้ประโยชน์จากยาชีววัตถุคล้ายคลึงซึ่งถือว่าเป็นทางเลือกเชิงสุขภาพที่จะมีบทบาทอย่างมากในระบบสาธารณสุขในอนาคต ในเรื่องนี้ผู้เขียนสรุปมาจากเอกสารชื่อ Biosimilars- Emergence of a third market dynamic between original products and generics ของบริษัท Accenture



ทิศทางและแนวโน้มของตลาดยาชีววัตถุคล้ายคลึงในอนาคต

โดยทั่วไปยาชีววัตถุคล้ายคลึงจะมีการบวนการพิจารณาเพื่ออนุมัติให้เข้าสู่ตลาดที่ซับซ้อนกว่ายาสามัญซึ่งเป็นยาเคมีขนาดเล็ก ไม่ว่าจะพิจารณาจากปัจจัยด้านความพร้อมของการจัดเตรียมระบบการขึ้นทะเบียนเพื่อรองรับยาชีววัตถุคล้ายคลึงของภาครัฐ หรือปัจจัยจากด้านผู้ผลิตในการวิจัยพัฒนาและการผลิต ซึ่งต้องใช้ความรู้และเทคโนโลยีขั้นสูงมากและเงินทุนมหาศาล แต่อีกด้านหนึ่ง สิ่งเหล่านี้ทำให้การแข่งขันน้อยลงมากด้วยเช่นกัน และทำให้มีความกดดันในการแข่งขันน้อยกว่า มีโอกาสสร้างผลกำไรได้มากกว่า หรือน่าสนใจกว่าการแข่งขันในตลาดยาสามัญซึ่งมีผู้เล่นจำนวนมากมาย ตัวแปรที่สร้างความแตกต่างที่สำคัญในธุรกิจยาชีววัตถุคล้ายคลึงคือ เทคโนโลยีและขีดความสามารถในการพัฒนายากลุ่มนี้ โดยที่ปัจจัยเรื่องราคาและส่วนแบ่งการตลาดกลับมีผลน้อยกว่า ด้วยเหตุนี้เอกสารดังกล่าวได้วิเคราะห์แนวโน้ม 5 ประการที่น่าสนใจเกี่ยวกับตลาดยาชีววัตถุคล้ายคลึงในอนาคต ดังนี้

เปรียบเทียบยาสามัญ ยาชีววัตถุคล้ายคลึง และยาชีววัตถุใหม่

	Generic	Biosimilar	Biologic
Manufacturing	• Mostly smaller chemical molecules – less sensitive to production process changes • Produced by using chemical synthesis • Reproducibility easy to establish	• Sensitive to production process changes – expensive and specialized production facilities handling living cells (mammalian, yeast, bacterial) • Highly sensitive to manufacturing changes • Reproducibility difficult to establish	• Sensitive to production process changes – expensive and specialized production facilities handling living cells (mammalian, yeast, bacterial) • Highly sensitive to manufacturing changes • Reproducibility difficult to establish
Clinical Development	• Limited clinical activities, often only Phase I studies • Short timeline for approval • Development costs up to 5 m\$ • Enrollment of around 20 – 100 subjects	• Extensive clinical trial activities, including Phase I and III studies • Pharmacovigilance and periodic safety updates after launch needed • Development costs around 80–120 m\$ • Timeline of 6 – 10 years • Enrollment of around 100 – 1500 patients/ subjects	• Extensive clinical trial activities, including Phase I – III studies • Pharmacovigilance and periodic safety updates after launch needed • Development costs around 350 – 800 m\$ • Timeline of 6 – 15 years • Enrollment of > 1,000 patients/ subjects
Regulation	• Needs to show bioequivalence • Abbreviated registration procedures in Europe and US • Automatic substitution allowed	• Regulatory pathway defined for Europe (EMA); not yet in US (FDA) • Needs to demonstrate “comparability”; currently no automatic substitution intended	• Highly regulated like all innovator drugs

ที่มา: Biosimilars-Emergence of a third market dynamic between original products and generics

แนวโน้มที่ 1 ยาชีววัตถุคล้ายคลึงจะได้รับการอนุมัติเข้าสู่ตลาดมากขึ้นทั้งตลาดใหญ่และตลาดเล็ก

ตลาดที่สำคัญที่สุดขณะนี้คือ ตลาดยาในสหภาพยุโรปที่อนุมัติการขึ้นทะเบียนเป็นแห่งแรก ในสหรัฐอเมริกาแม้จะมีการปฏิรูประบบกฎหมายเพื่อ

ส่งเสริมการเข้าถึงยามากขึ้นและรองรับการขึ้นทะเบียนยาชีววัตถุคล้ายคลึงเช่นกัน มีการจัดทำร่างคำแนะนำสำหรับภาคอุตสาหกรรมเกี่ยวกับการพัฒนายาชีววัตถุคล้ายคลึง ทว่าจนปัจจุบันยังไม่มีกรขึ้นทะเบียนยาชีววัตถุคล้ายคลึง แต่ก็คาดหวังว่าจะมียาชีววัตถุคล้ายคลึงในเวลาใกล้นี้ ปัจจุบันคาดการณ์ได้ว่ามูลค่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงมากกว่า 5 พันล้านเหรียญสหรัฐ (มูลค่าปี ค.ศ. 2010) และจะเพิ่มมูลค่ามากขึ้น นอกจากนี้ผู้เขียนเห็นว่าประเทศต่าง ๆ เช่น เกาหลีใต้ อินเดีย จีน ญี่ปุ่น ต่างก็พัฒนาการขึ้นทะเบียนรองรับยาชีววัตถุคล้ายคลึง ประเทศไทยก็จัดทำและเตรียมพร้อมในระบบการขึ้นทะเบียนยาชีววัตถุคล้ายคลึงเช่นกัน ในอนาคตจะมียาชีววัตถุคล้ายคลึงได้รับการอนุมัติในตลาดเหล่านี้

แนวโน้มที่ 2 ยาชีววัตถุคล้ายคลึงมีศักยภาพในการประหยัดต้นทุนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ

ปัจจุบันราคาของยาชีววัตถุคล้ายคลึงต่ำกว่าราคายาชีววัตถุต้นแบบประมาณ 20-30% ในอนาคตการแข่งขันในตลาดมากขึ้นอาจจะช่วยลดราคายาชีววัตถุคล้ายคลึงได้อีก แต่ข้อจำกัดในเรื่องการลงทุนในยาชีววัตถุที่ยังคงสูงมากจึงไม่น่าเป็นไปได้ว่าราคายาชีววัตถุคล้ายคลึงจะลดลงมาถึง 70-80% ของราคายาต้นแบบเช่นที่เกิดกับผลิตภัณฑ์ยาสามัญทั่วไป อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลและระบบสุขภาพสามารถประหยัดงบประมาณได้อย่างมีนัยสำคัญ เพราะค่ารักษาพยาบาลด้วยยาชีววัตถุต้นแบบอาจมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยประมาณ 50 เหรียญสหรัฐต่อวัน ซึ่งสูงกว่าการรักษาพยาบาลด้วยยาเคมีทั่วไป และโดยเฉพาะยาสามัญ ดังนั้น ราคาที่ลดลงมาราว 20-30% จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์ในการเข้าถึงยาชีววัตถุที่มีราคาแพงมากได้จำนวนมากขึ้น

แนวโน้มที่ 3 โครงสร้างตลาดที่ทำกำไรได้มากกว่าและน่าสนใจกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับยาสามัญ

หน่วยงานรัฐที่กำกับควบคุมยาเน้นเสมอว่าต้องกำกับควบคุมยาชีววัตถุคล้ายคลึงในลักษณะที่แตกต่างจากยาสามัญ

เพราะยาชีววัตถุคล้ายคลึงต้องพิสูจน์และแสดงว่ามีความคล้ายคลึง (similarity) กับยาชีววัตถุอ้างอิงในมิติคุณภาพ ความปลอดภัย และ ประสิทธิภาพ ดังนั้น การเปลี่ยนแทนยาชีววัตถุต้นแบบด้วยยาชีววัตถุ คล้ายคลึงจึงไม่สามารถทำได้โดยอัตโนมัติ เช่นที่หลายประเทศมี กฎหมายรองรับการเปลี่ยนแทนยาต้นแบบด้วยยาสามัญ ฉะนั้น ถึงแม้ว่า ในตลาดจะมียาชีววัตถุคล้ายคลึงชนิดเดียวกันที่ทดสอบอ้างอิงกับยา ชีววัตถุต้นแบบเดียวกันแข่งขันกันอย่างรุนแรงก็ตาม แต่ความกดดัน เรื่องราคาให้ลดลงมาก ๆ จึงไม่อาจจะเกิดขึ้นได้ง่าย เพราะต้นทุน การพัฒนาและผลิตยาชีววัตถุคล้ายคลึงสูงมาก

แนวโน้มที่ 4 การคัดเลือกกลุ่มโปรตีนที่จะพัฒนายาชีววัตถุ คล้ายคลึงอย่างระมัดระวัง

แน่นอนในระยะสั้นผู้ผลิตส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่กลุ่มโปรตีนที่มี บบาทสูงในระบบสาธารณสุขอยู่แล้ว เช่น EPO, hGH, G-CSF, insulin และ interferon เนื่องจากสิทธิบัตรและสิทธิพิเศษทางการตลาดของ โปรตีนเหล่านี้หมดไปแต่ในระยะยาวเชื่อว่าจะมีการพัฒนาและผลิตโปรตีน ที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เช่น แอนติบอดี และมีความเป็นไปได้ที่จะมี ยาชีววัตถุคล้ายคลึง อย่างไรก็ตาม คาดการณ์ได้ว่าแต่ละบริษัทจะมุ่งเน้น การผลิตและทำการตลาดไปที่กลุ่มโปรตีนที่ซับซ้อนโดย (1) ยุทธศาสตร์ ที่เหมาะสมกับบริษัทนั้น เช่น เน้นที่สาขาการบำบัดรักษาที่บริษัทมีความ ถนัด และ (2) คำนึงถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ กล่าวคือ การมีทักษะ ความรู้ ความชำนาญในการผลิตกลุ่มโปรตีนประเภทนั้นนั่นเอง

แนวโน้มที่ 5 ความไม่แน่นอนและความเสี่ยงของผู้วิจัยและ พัฒนาลิขิตยาชีววัตถุคล้ายคลึงยังคงสูง

ความเสี่ยงและความไม่แน่นอนในการผลิตยาชีววัตถุคล้ายคลึง ของผู้ผลิตยังคงสูงมากอย่างต่อเนื่อง แม้ระบบการควบคุมยาชีววัตถุ คล้ายคลึงในสหภาพยุโรปและสหรัฐอเมริกาในอนาคตจะมีความแน่นอน ยิ่งขึ้น แต่ยังไม่สามารถคาดได้ว่าจะมีกระบวนการอนุมัติยาชีววัตถุ คล้ายคลึงเป็นมาตรฐานเดียวกัน (standardized approval process) ซึ่งคงพิจารณาเป็นแต่ละกรณีไป ที่สำคัญแพทย์ผู้สั่งใช้ยา รวมทั้งตัว ผู้ป่วยอาจมีความลังเลในประเด็นความปลอดภัยและประสิทธิภาพของ ยาชีววัตถุคล้ายคลึงจนอาจส่งผลกระทบเชิงลบต่อการสั่งใช้ยา และทำให้ เกิดการยอมรับยาชีววัตถุคล้ายคลึงในช่วงเริ่มต้นทำได้ยาก ด้วยเหตุนี้ โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในยาชีววัตถุคล้ายคลึงจึงยากกว่าเมื่อ เปรียบเทียบกับยาสามัญ อย่างไรก็ตาม หากประสบการณ์ในการใช้ยา ชีววัตถุคล้ายคลึงในทางคลินิกมีมากขึ้นการยอมรับน่าจะดีขึ้นตามลำดับ

จากแนวโน้มการวิเคราะห์ที่ระบุในเอกสารข้างต้นจะเห็นว่ายาชีว วัตถุคล้ายคลึงจะมีวิวัฒนาการที่แตกต่างจากยาชีววัตถุใหม่ที่เป็นต้น แบบ และยาสามัญทั่วไปที่รู้จักกัน ตลาดของยาชีววัตถุคล้ายคลึง การ ยอมรับในทางคลินิก ความรู้และเทคโนโลยีล้วนเป็นพลวัตสำคัญสำหรับ ยาประเภทนี้ ซึ่งน่าจะได้เห็นภาพกันชัดขึ้นในอนาคตอันใกล้ว่าจะไปใน ทิศทางใด อย่างไรก็ตาม ต้องถือว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงเป็นยาที่มีความ

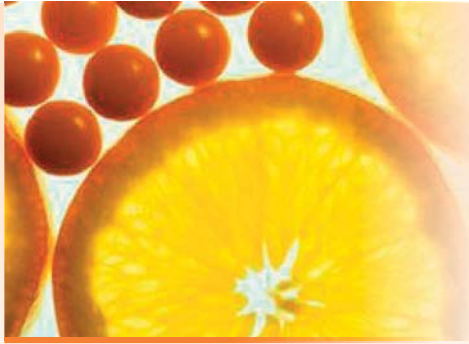
เสี่ยงสูงมากในการลงทุน แต่ก็ให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่าเช่นกัน หากจะ เปรียบเทียบกับธุรกิจยาสามัญ จึงน่าจะมีผู้ผลิตซึ่งเป็นบริษัทผู้เล่นราย ใหม่ หรือแม้แต่ผู้ผลิตยาชีววัตถุใหม่ (originator) หันมาพัฒนายา ชีววัตถุคล้ายคลึงที่มีศักยภาพทางการตลาดมากขึ้น การแข่งขันก็จะ มากขึ้น และน่าจะเกิดผลดีกับระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ใช้จ่ายที่จะ มีโอกาสเข้าถึงยามากขึ้น

หันกลับมามองสถานการณ์ในบ้านเรา ถึงแม้ว่าอุตสาหกรรมยา ในประเทศไทยเป็นอุตสาหกรรมยาสามัญทั้งหมด แม้จะมีบริษัทของคน ไทยที่วางเป้าหมายและทิศทางที่จะพัฒนายาชีววัตถุคล้ายคลึงก่อตั้งขึ้น บางแห่งแล้วก็ตาม กล่าวได้ว่าประเทศไทยจะมีบทบาทไม่น้อยเพียงใด เกี่ยวกับยาชีววัตถุคล้ายคลึงในอนาคตทั้งในเชิงการวิจัย พัฒนา และ ผลิตภายในประเทศเพื่อจัดหาชีววัตถุให้กับคนไทยยิ่งขึ้นกับปัจจัย หลายประการ ที่สำคัญคือ วิทยาศาสตร์และนโยบายระดับประเทศ ระดับ หน่วยงานต่าง ๆ ที่รับผิดชอบลดหลั่นกันลงมา ซึ่งยังไม่ชัดเจนนัก รวมไปถึงผู้ผลิตที่อาจมาจากบริษัทคนไทย หรือบริษัทต่างชาติ หรือบริษัท ร่วมทุน เพราะการพัฒนายาชีววัตถุคล้ายคลึงยังขึ้นกับเงินลงทุนจำนวน มาก เทคโนโลยี ระยะเวลา และความสำเร็จทางการตลาดด้วย

ฉะนั้น หากประเทศไทยจะได้ประโยชน์จากยาชีววัตถุคล้ายคลึง เต็มที่ มีความจำเป็นที่ผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่จากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจะ ได้เตรียมความพร้อมของตนเองเป็นอย่างดีในเรื่องนี้ กล่าวคือ ผู้ผลิต โดย เฉพาะภายในประเทศต้องมีความพร้อมอย่างสูงในด้านต่าง ๆ และการ วางแผนทั้งยุทธศาสตร์ ยุทธวิธีในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ รวมทั้งการตลาด ในระดับโลกเป็นหลัก เพราะตลาดในประเทศแม้จะมีความต้องการมาก ขึ้น แต่ก็เล็กเกินไปและไม่คุ้มค่ากับการลงทุน การพัฒนาบุคลากร ทางทางการแพทย์ต้องทำความเข้าใจให้ถูกต้องในสาระสำคัญทางวิชาการ และทางคลินิกในการเปิดใจกว้างเพื่อเลือกใช้ยาชีววัตถุคล้ายคลึงให้กับ ผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยในการเข้าถึงยาราคาถูกลง หน่วยงานรัฐ ด้านสาธารณสุขทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการต้องเข้าใจและเห็น คุณค่าของยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่จะเป็นเครื่องมือสำคัญในพันธกิจการ ดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึง ในขณะที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น หน่วยงานรัฐที่ควบคุมยา คือ สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา ต้องตื่นตัวและพัฒนาความเป็นผู้นำด้าน การควบคุมยาชีววัตถุคล้ายคลึง เตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบ และกลไก การให้การปรึกษาทางวิทยาศาสตร์แก่การพัฒนายาชีววัตถุ คล้ายคลึงภายในประเทศจนถึงขั้นการขึ้นทะเบียน และไม่ใช่ว่าหน่วยงาน ที่สร้างอุปสรรคให้กับการพัฒนาชีววัตถุคล้ายคลึง จึงเชื่อว่าหากทุก องค์การพ่วงเตรียมความพร้อมของตนเองให้เข้าใจ เข้าถึงยาชีววัตถุ คล้ายคลึงอย่างแท้จริง ประเทศไทยก็จะอยู่ในแนวหน้าที่สามารถกล่าว ได้ว่าใช้ประโยชน์จากยาชีววัตถุคล้ายคลึงในบริบทสาธารณสุขได้อย่าง เต็มที่

แล้วพบกันใหม่ในฉบับปักซ์หลังของเดือนกรกฎาคมครับ

*หมายเหตุ เนื้อหาในบทความนี้เป็นความเห็นทางวิชาการอิสระของผู้เขียน ไม่เกี่ยวข้องหรือสะท้อนนโยบายหรือจุดยืนของหน่วยงานต้นสังกัด และมีได้สะท้อนมุมมองของบริษัทฯ แต่อย่างใด บทความนี้สนับสนุนพื้นที่การนำเสนอโดยบริษัท เอเพ็กซ์เซล่า จำกัด เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง



วิตามินซีสู้วัณโรคดื้อยา

บีบีซี - การศึกษาในห้องทดลองพบวิตามินซีสามารถกำจัดเชื้อวัณโรคดื้อยา

นักวิจัยจาก Yeshiva University ของสหรัฐอเมริกา รายงานผลลัพธ์การกำจัดเชื้อวัณโรคดื้อยาด้วยวิตามินซีจากการศึกษาในห้องปฏิบัติการ และแม้ยังคงไม่ทราบว่าวิตามินซีจะสามารถกำจัดเชื้อวัณโรคดื้อยาในคนและสัตว์ได้หรือไม่ แต่เชื่อว่าการค้นพบโดยบังเอิญนี้อาจนำไปสู่แนวทางใหม่สำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาในอนาคต

ก่อนหน้านี้มีงานวิจัยหลายชิ้นรายงานว่า วิตามินซีทำหน้าที่กระตุ้นการสร้างอนุมูลอิสระในร่างกาย ซึ่งอนุมูลอิสระนี้สามารถทำลายเชื้อวัณโรคและวัณโรคดื้อยาซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในปัจจุบัน วิตามินจึงอาจมีบทบาทในการรักษาโดยให้ควบคู่กับยาวัณโรค หรือเป็นต้นแบบให้นักวิจัยหันมาพัฒนายาวัณโรคที่สามารถกระตุ้นการสร้างอนุมูลอิสระในปริมาณมาก

อนึ่ง วิตามินหรือกรดแอสคอร์บิกมีบทบาทสำคัญหลายประการต่อการทำงานของร่างกาย รวมถึงการปกป้องและบำรุงรักษาเซลล์ให้แข็งแรง วิตามินซีพบมากในผักและผลไม้ เช่น ส้มและบร็อคโคลี่ และส่วนใหญ่เราจะได้รับวิตามินซีจากอาหารในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

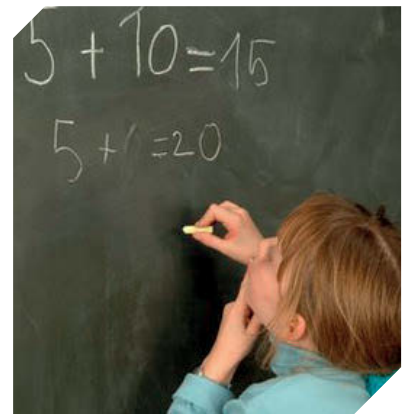
กระตุ้นคลื่นไฟฟ้าเสริมทักษะคณิตศาสตร์

บีบีซี - การกระตุ้นสมองด้วยคลื่นรบกวนไฟฟ้าความถี่สูงสามารถพัฒนาทักษะคณิตศาสตร์และเห็นผลต่อเนื่องถึงหกเดือน

งานวิจัยขนาดเล็กตีพิมพ์ในวารสาร Current Biology รายงานว่า การกระตุ้นสมองด้วยเทคนิค transcranial random noise stimulation (TRNS) อาจช่วยกระตุ้นเซลล์ประสาทให้ทำงานดีขึ้น และน่าจะให้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยโรคความผิดปกติของระบบประสาทสโตรค หรือเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้

นักวิจัยได้ทดสอบโดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแก้สมการคณิตศาสตร์และจำสูตรคูณ และพบว่ากลุ่มที่ได้กระตุ้นสมองมีความจำและการทำงานของสมองที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมจากการทดสอบทักษะด้านการคำนวณในอีกหกเดือนให้หลัง และจากการสแกนสมองก็พบว่า เทคนิค TRNS ช่วยให้ผู้สมองส่วนที่ได้รับการกระตุ้นใช้ออกซิเจนและสารอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านนักวิจัยเชื่อว่า เทคนิค TRNS นี้จะเป็นผลดีต่อการบำบัดผู้ที่มีภาวะบกพร่องด้านทักษะการคำนวณ ตลอดจนผู้ที่ประสบปัญหาการคำนวณอันเนื่องมาจากความผิดปกติของระบบประสาทและสโตรค อย่างไรก็ตาม จำนวนที่จะต้องศึกษาผลกระทบจากเทคนิค TRNS เพื่อยืนยันว่าการกระตุ้นความสามารถด้านการจำจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อการทำงานด้านอื่น



เตือนอันตรายวิ่งเท้าเปล่า

บีบีซี - นักวิจัยเตือนผลกระทบจากความนิยมการวิ่งเท้าเปล่า ซึ่งอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บหากวิ่งผิดท่า

นักวิจัยได้เตือนว่าความนิยมการวิ่งเท้าเปล่าตามความเชื่อว่า ธรรมชาติได้ออกแบบสรีระของเท้าเพื่อให้สัมผัสกับพื้นโดยตรงอาจนำไปสู่การบาดเจ็บจากแรงกระแทกหากวิ่งผิดท่า และชี้ว่ารูปแบบการวิ่งต่างหากที่เป็นปัจจัยกำหนดความเสี่ยงการบาดเจ็บไม่ว่าจะวิ่งโดยสวมรองเท้าหรือไม่

จากการทดสอบโดยให้นักวิ่งชายวิ่งบนสายพานพบว่า การปรับรูปแบบการวิ่งโดยให้ฝ่าเท้าสัมผัสพื้นก่อนจะช่วยทำให้เท้าสามารถดูดซับแรงกระแทกได้ดีขึ้น ทั้งในการวิ่งโดยสวมรองเท้าหรือวิ่งเท้าเปล่า ตรงข้ามกับการวิ่งโดยเอาส้นเท้าลงซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และจะยิ่งเห็นผลกระทบชัดเจนในนักวิ่งที่เคยสวมรองเท้าแต่เปลี่ยนมาวิ่งเท้าเปล่า

ผู้สูงอายุจีนหันมาดูแลกันเอง

รอยเตอร์ส - ปัญหาคนวัยทำงานอพยพเข้าเมืองใหญ่ทำให้ผู้สูงอายุในเขตชนบทของจีนต้องคอยดูแลความเป็นอยู่และพยาบาลกันเอง

ผู้สูงอายุในเขตชนบทที่ถูกหลานพากันอพยพเข้าไปทำงานในเมืองใหญ่ของจีนเริ่มปรับตัวมาคอยดูแลกันและกัน เพื่อหาเพื่อนคลายเหงาที่พูดจาภาษาเดียวกัน ซึ่งสถานการณ์นี้ทำให้เกิดความวิตกว่าจะเกิดผลกระทบต่อบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชนบทซึ่งยังคงต้องพึ่งเงินฝากและการดูแลจากครอบครัวเป็นหลัก

ด้านกระทรวงกิจการพลเรือนของจีนคาดว่า ช่องว่างจำนวนผู้สูงอายุในเขตชนบทและเขตเมืองจะยิ่งถ่างออก ทำให้คณะผู้นำจีนหันมาให้ความสนใจกับแนวคิดให้ผู้สูงอายุคอยดูแลกันและกัน โดยรัฐบาลมีแผนจะทุ่มเงินสามพันล้านหยวนเพื่อสนับสนุนแผนดูแลผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุในเขตชนบททั่วประเทศในช่วงสามปีนับจากนี้

อีกด้านหนึ่งมีเสียงทักท้วงว่าแผนสนับสนุนให้ผู้ชราดูแลกันเองนี้เป็นการผลักภาระให้ผู้สูงอายุที่สุขภาพเริ่มทรุดโทรมไปดูแลผู้ที่สุขภาพทรุดโทรมกว่าตน และเป็นที่น่ากังขาว่าพวกเขาจะมีความพร้อมและความสามารถเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือไม่



แพทย์โปแลนด์สร้างสถิติผ่าตัดเปลี่ยนหน้า

เอพี - ผู้ป่วยชายชาวโปแลนด์ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายใบหน้าหลังประสบอุบัติเหตุเพียงสามสัปดาห์ นับเป็นการผ่าตัดปลูกถ่ายใบหน้าเร็วที่สุดของโลก

ผู้ป่วยชายชาวโปแลนด์วัย 33 ปี ซึ่งได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงจากอุบัติเหตุระหว่างควบคุมเครื่องจักรจนกะโหลกศีรษะและกระดูกเสียหายยับเยินรายนี้ยังนับเป็นกรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายใบหน้ารายแรกของโปแลนด์ โดยคณะแพทย์ลงความเห็นว่าเขาจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายใบหน้าและซ่อมแซมกะโหลกศีรษะอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันการ

ติดเชื้อลามเข้าสมองจนอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

ด้านหัวหน้าคณะศัลยแพทย์เปิดเผยว่า อุบัติเหตุได้สร้างความเสียหายอย่างรุนแรงต่อกะโหลกศีรษะจนทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ทั้งยังทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาการหายใจและการกิน คณะแพทย์จึงลงความเห็นให้ร่นระยะการเตรียมการจากที่ปกติอาจกินเวลาหลายเดือนเหลือเพียงสามสัปดาห์ โดยเชื่อว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นในไม่ช้า ส่วนใบหน้าใหม่จะค่อยแนบสนิทกับกะโหลกและจะไม่ทำให้หน้าตาของผู้ป่วยคล้ายกับผู้ป่วยโรค

จีนอ่วมค่าเสียหายใช้หวัดนก

รอยเตอร์ส - จีนเริ่มควบคุมการระบาดของไวรัสไข้หวัดนก H7N9 ได้แล้ว ขณะที่มีการประเมินตัวเลขความเสียหายสูงถึงราว 6,500 ล้านดอลลาร์

ผู้เชี่ยวชาญของสหประชาชาติเตือนว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของแต่ละประเทศยังต้องเตรียมพร้อมเฝ้าระวังการระบาดของไวรัส H7N9 เนื่องจากยังคงมีความเสี่ยงที่จะกลายพันธุ์ระหว่างคนสู่คนจนกลายเป็นไข้หวัดมรณะระบาดไปทั่วโลก อย่างไรก็ตาม ยังคงไม่มีหลักฐานยืนยันว่ามีการระบาดระหว่างคนสู่คน และผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจติดเชื้อจากสัตว์ปีกหรือได้รับเชื้อปนเปื้อนจากตลาดค้าสัตว์ปีก

การระบาดของไข้หวัดนกตัวใหม่นี้ทำให้ทางการจีนต้องจำกัดมาตรการปิดตลาดสัตว์ปีกชั่วคราวหรือถาวรหากจำเป็นเพื่อควบคุมการระบาดใน 10 มณฑล ขณะเดียวกันก็อนุมัติงบประมาณ 600 ล้านดอลลาร์เพื่อปรับปรุงระบบสาธารณสุขของอุตสาหกรรมสัตว์ปีก โดยทางการจีนเชื่อมั่นว่าสถานการณ์การระบาดของไวรัสในขณะนี้ยังอยู่ในระดับที่ควบคุมและป้องกันได้



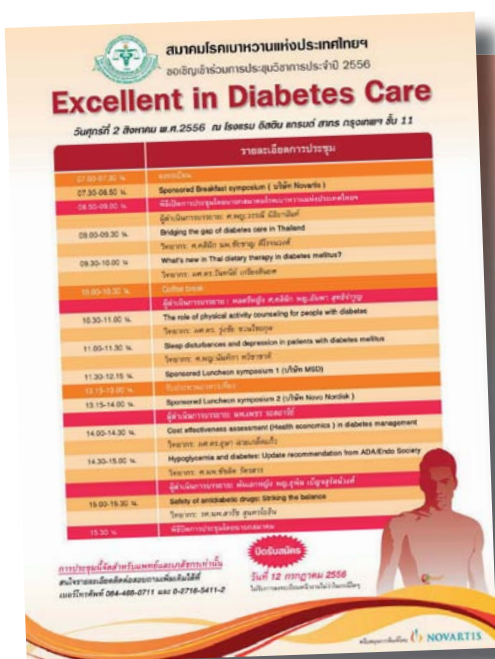


สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย จัดประชุมวิชาการกลางปี

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดงานประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2556 ในวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ณ ห้องบุหงา โรงแรม Golden Tulip ถ.พระราม 9 กรุงเทพฯ ฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนเข้าร่วมงานประชุม โดยส่งใบตอบรับการเข้าร่วมประชุมภายในวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ที่โทรสาร 0-2718-0065 หรือ E-mail: thaiheart@thaiheart.org สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2718-0060-4

ชมรมโรคทางเดินอาหารและโรคตับในเด็กฯ เชิญผู้สนใจร่วมอบรม

ชมรมโรคทางเดินอาหารและโรคตับในเด็กแห่งประเทศไทย ขอเชิญกุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติฉุกเฉิน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล และผู้สนใจเข้าอบรม The 5th Pediatric GI Days "Pediatric GI & Liver Emergency: Current Practical Management" ในวันที่ 18-19 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ณ ห้องพิธีการ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยผู้สนใจสามารถ Download ใบลงทะเบียน หรือลงทะเบียน online ได้ที่ www.pthaigastro.org ผู้ลงทะเบียนจะได้รับหนังสือ Pediatric GI and Liver Emergency ฟรี สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์/โทรสาร 0-2354-8439



สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ จัดประชุมวิชาการประจำปี 56

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ขอเชิญเข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปี 2556 Excellent in Diabetes Care ในวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ณ ชั้น 11 โรงแรม ดิฉัน แกรนด์ สทาร์ กรุงเทพฯ โดยการประชุมนี้จัดสำหรับแพทย์และเภสัชกรเท่านั้น ปิดรับสมัครในวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 (ไม่รับการลงทะเบียนหน้างานไม่ว่าในกรณีใด ๆ) ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 08-4468-0711, 0-2716-5411-2



ไทยรุกปราบวัณโรค

“ตายน้อยกว่า 5 ขาดยาเป็น 0”

ในปัจจุบันวัณโรคยังคงเป็นปัญหาแพร่ระบาดทั่วโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตปีละกว่า 1.7 ล้านคน องค์การอนามัยโลก (WHO) จัดให้ไทยเป็น 1 ใน 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคในระดับรุนแรง คาดว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายเก่าและใหม่รวมกว่า 110,000 ราย มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มปีละประมาณ 86,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 9,800 ราย ไม่เพียงเท่านั้น ผู้ป่วยวัณโรคตัวยายังเพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งต้องใช้งบประมาณเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาสันเป็ล้องกว่าเชื้อวัณโรคทั่วไป 50-100 เท่า จึงต้องเร่งจัดการ โดย WHO ประมาณการว่าประเทศไทยน่าจะมีผู้ป่วยวัณโรคตัวยาลาหลายขนานและรุนแรงประมาณ 2,000 ราย และอาจแพร่เชื้อชนิดนี้ไปสู่คนอื่นได้อีก

กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) จึงได้ร่วมกับสมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จัดการประชุมสัมมนาวิชาการวัณโรคและโรคระบบทางเดินหายใจ ครั้งที่ 9 ขึ้น โดยมีแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากทั่วประเทศเข้าร่วมประชุม เพื่อรับฟังนโยบายในการควบคุมวัณโรคของไทย และเตรียมความพร้อมระบบการแก้ไขปัญหาก่อนการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน



นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.)

กล่าวว่า จากการติดตามความก้าวหน้าของการควบคุมวัณโรคในประเทศไทยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อวัณโรคง่ายในอดีต เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อโรคหอบหืด ผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัด มีระบบการค้นหาและสามารถควบคุมอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ในขณะนี้ต้องเพิ่มความสนใจเป็นพิเศษในอีก

2 กลุ่มหลักคือ ผู้ป่วยเบาหวานและผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อมูลทางการแพทย์ทั่วโลกชี้ว่ากำลังมีแนวโน้มจะเป็นคู่หูของเชื้อวัณโรค เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานและผู้สูงอายุจะมีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ

“ขณะนี้ไทยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 3 ล้านคน จากการขาดการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล ส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมี

ประมาณ 9.5 ล้านคน จึงได้ให้โรงพยาบาลที่มีคลินิกโรคเบาหวานและคลินิกผู้สูงอายุเพิ่มระบบการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อวัณโรค หากพบให้รักษาฟรีจนหายขาด นอกจากนี้ให้ทุกจังหวัดจัดระบบประกันสุขภาพให้ต่างด้าวที่เข้ามาใช้แรงงานหรือติดตามครอบครัวทุกคนจะได้รับการตรวจหาวัณโรคและให้การรักษายาจนหายขาด เพื่อเตรียมมาตรการของไทยให้พร้อมก่อนที่ไทยจะเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งคาดว่าจะมีต่างด้าวเข้าไทยมากขึ้น” **นพ.ณรงค์** กล่าว

นอกจากนี้ในการแก้ปัญหาวัณโรค กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานเชิงรุกมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพจัดการปัญหาให้บรรลุผลสำเร็จเร็วขึ้น โดยร่วมมือกับสมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ มอบหมายให้ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สํารวจและค้นหาผู้ป่วยจากกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ตั้งเป้าค้นหาผู้ป่วยให้ได้เร็วและให้การรักษาให้หายขาดทุกราย ไม่ให้มีปัญหาผู้ป่วยขาดยา ซึ่งจะลดปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยา และลดการเสียชีวิตให้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 5

ด้าน **นพ.เจตสรร นามวาท**

ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การดำเนินงานควบคุมวัณโรคในประเทศไทยได้มีมานานแล้ว และได้รับพระมหากรุณาธิคุณจาก สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก โดยจากหลักฐานที่สำคัญที่ปรากฏมาจนทุกวันนี้คือ บทความเกี่ยวกับวัณโรคชื่อ “โรคทูเบอร์คูโลสิส” ที่ได้ทรงสนพระทัยและนิพนธ์ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2463 และได้มีพระราชหัตถเลขา ลงวันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2472 ถึงหลวงนิติย เวชชีวิศิษฐ์ มีพระราชปรารภตอนหนึ่งว่า “TB มีมากเต็มที และไม่รู้จะอย่างไร เพราะไม่มีโรงพยาบาลพิเศษหรือ Sanatorium สำหรับรักษารายที่ไม่หนักนัก การเรื่อง TB นั้นทำให้ฉันสนใจมาก อยากให้มี Anti TB Society” ด้วยสำนึกและรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณต่อสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร





อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จึงมีนโยบายที่จะเร่งรัดจัดวัณโรคเพื่อบรรเทาปัญหา ลดปัญหาวัณโรคดื้อยา ตายน้อยกว่า 5 รายต่อปี เป็น 0 ภายในปี พ.ศ. 2559

ทั้งนี้ปัญหาวัณโรคของประเทศไทยยังคงเป็น 1 ใน 22 ของประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงของโลก โดย WHO คาดว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด ทั้งรายเก่าและรายใหม่ประมาณ 110,000 ราย ในขณะเดียวกันมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 86,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 9,800 ราย และที่สำคัญคือ ปัญหา “วัณโรคดื้อยาหลายขนานและวัณโรคดื้อยารุนแรง” กำลังได้รับการค้นหาและตรวจพบมากขึ้น ซึ่ง WHO ได้ประมาณการเช่นกันว่าประเทศไทยน่าจะมีผู้ป่วยประเภทนี้ประมาณ 2,000 ราย เป็นภาระที่กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องรับผิดชอบ

จากรายงานของ WHO ในปี พ.ศ. 2552 คาดว่าทั่วโลกพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในกว่า 50 ประเทศ ประมาณ 500,000 ราย ในจำนวนนี้ราวร้อยละ 50 อยู่ที่จีน อินเดีย โดยในผู้ป่วยรายใหม่พบปัญหาดื้อยาหลายขนานร้อยละ 3 ส่วนรายเก่าพบร้อยละ 5 ทำให้รักษาด้วยสูตรยาปกติไม่ได้ผล อัตราตายสูงขึ้นและเสียค่ารักษาสูงขึ้น เนื่องจากต้องรักษาด้วยสูตรยาพิเศษ ซึ่งมีราคาแพงและต้องใช้เวลานานถึง 18-24 เดือน สาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อวัณโรคดื้อยาเกิดจากการกินยาไม่ต่อเนื่อง จากการประเมิณการสูญเสียค่ารักษาวัณโรคชนิดดื้อยาหลายขนาน ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าสูงถึง 1,200 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณ 42,000 ล้านบาท คาดว่าปัญหาจะรุนแรงขึ้นในอีก 6 ปี หลายประเทศจะต้องเผชิญค่ารักษาผู้ป่วยประเภทนี้เพิ่มขึ้นอีก 9 เท่าตัว คิดเป็นเงิน 11,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณ 385,000 ล้านบาท ซึ่งยังไม่ได้รวมถึงการจ่ายเงินของผู้ป่วยเอง

“วัณโรคเป็นปัญหาสำคัญ หลายท่านที่ไม่ได้คลุกคลีกับปัญหาสาธารณสุขอาจจะมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว แต่ความเป็นจริงแล้วเป็นเรื่องใกล้ตัว เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ และเป็นปัญหาสำคัญของโลกที่ทุก ๆ 22 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรค 1 ราย โดย

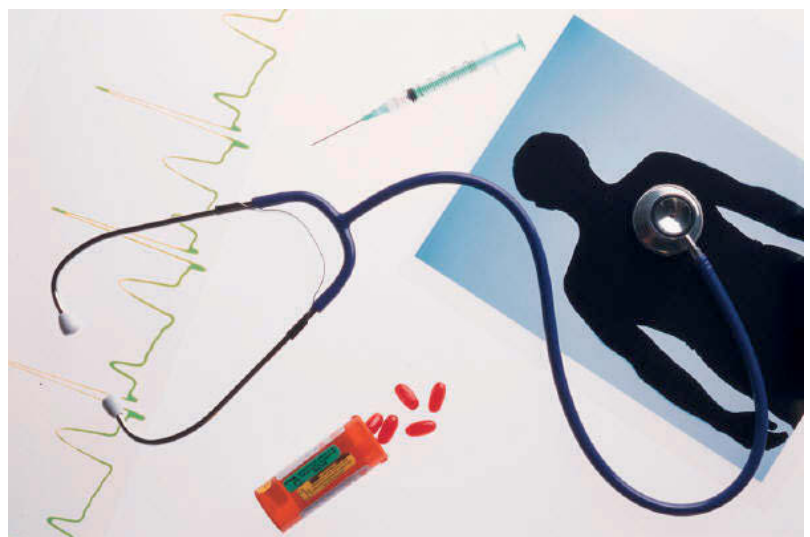
ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคือ จีน อินเดีย รวมทั้งประเทศในแถบแอฟริกาซึ่งจะมีปัญหาเรื่องเอชไอวีระบาดอยู่มาก แม้ว่าประเทศไทยจะควบคุมสถานการณ์ของโรคอยู่ในระดับดีและเป็นที่น่าพอใจ แต่เมื่ออุบัติการณ์ของเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นก็ส่งผลกระทบให้วัณโรคเพิ่มขึ้นตามไปด้วย และเมื่อมีการพัฒนาเรื่องงานเอชไอวีและยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุมทั่วถึงก็ทำให้วัณโรคลดลง”

อย่างไรก็ตาม แม้กระทรวงสาธารณสุขจะตระหนักถึงปัญหาและความรุนแรงของวัณโรคมาตลอด แต่ในการทำงานให้เกิดผลสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานสาธารณสุขต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น NGOs และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการเพื่อลดปัญหาวัณโรคคือยาหลายขนาน ซึ่งคาดว่าจะมีถึง 2,000 ราย สำหรับคนหรือกลุ่มที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ต้องขัง ผู้ที่สุขภาพอ่อนแอ พักผ่อนไม่เพียงพอ อยู่ในที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก และที่สำคัญคือ แรงงานย้ายถิ่น แรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะในยุคที่ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นประเทศสมาชิก AEC

สำหรับในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการจุดเน้นและกรอบการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค ซึ่งมีแนวทางการดำเนินงานคือ เร่งค้นหา รักษาอย่างถูกต้อง ป้องกันวัณโรคดื้อยา และมีเป้าหมายจุดเน้นคือ **“ค้นหาให้พบ จบด้วยหาย ตายน้อยกว่า 5 รายต่อปี เป็น 0”** ซึ่งหมายความว่าทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ต้องขัง แรงงานย้ายถิ่น เป็นต้น และเมื่อค้นพบ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาดูแลด้วยระบบยาระยะสั้นตามมาตรฐานสากลจนกว่าจะหายขาด โดยในปีนี้ตั้งเป้าลดการเสียชีวิตให้น้อยกว่าร้อยละ 5 และการขาดยาต้องเป็น 0 โดยขอเชิญชวนทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการตามกิจกรรมหลัก ดังนี้

- เร่งคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง เช่น ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการโดยเร็ว ตัดวงจรการแพร่เชื้อ ลดความรุนแรงและการเสียชีวิต
- ให้ผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสเข้าถึงการรักษาตามมาตรฐานทุกราย ให้การสนับสนุน ควบคุมกำกับ ติดตามเพื่อลดปัญหาการขาดยา
- พัฒนาเทคโนโลยีการวินิจฉัยโรคที่รวดเร็ว โดยเฉพาะการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยา
- สร้างเครือข่ายเสริมสร้างความรู้เรื่องวัณโรคสู่ภาคประชาชน

นพ.เจดตธรรม กล่าวอีกว่า ทิศทางนโยบายของสำนักวัณโรค ภายใต้กรมควบคุมโรคที่มีบทบาทในด้านวิชาการ และกำหนดแนวทางภาพรวมของประเทศ



ได้สร้างคำที่จำง่าย ๆ คือ **คั่นให้พบ** ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มไหน ทั้งคนไทยและแรงงานข้ามชาติ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วย เบาหวาน ผู้ที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยเอชไอวี จะต้อง เร่งรัด เร่งคัดกรอง **จับด้วยหาย** ถือเป็นเป้าหมายสำคัญ ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 6 เดือน ไม่ใช่รับประทานยาไปได้สักระยะหนึ่งแล้วอาการ ดีขึ้นก็หยุดยา ซึ่งจะทำให้กลับมาเป็นซ้ำและเชื้อเกิด ดื้อยาได้ ซึ่งถ้าเป็นวัณโรคดื้อยาจะต้องรับประทานยา ต่อเนื่องถึง 2 ปี และมียาฉีดร่วมด้วยอีก 6 เดือน ทำให้ ค่าใช้จ่ายของประเทศเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก โดยวัณโรค ทั่วไปจะเสียค่ารักษาพยาบาลรายละเอียดประมาณ 2,000-4,000 บาท แต่ถ้าเป็นวัณโรคดื้อยา เสียค่ารักษาพยาบาล รายละเอียดประมาณ 200,000 บาท และถ้าเป็นวัณโรคดื้อยา หลายขนานชนิดรุนแรงจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลถึง



1,500,000-2,000,000 บาทต่อราย **ตายน้อยกว่าร้อยละ 5** ผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยขณะนี้มียอดตาย เฉลี่ยระหว่างที่รักษายังไม่สิ้นสุดประมาณร้อยละ 7 บาง พื้นที่ร้อยละ 9 หรือน้อยกว่านั้นในบางพื้นที่ ดังนั้น ต้อง พัฒนาศักยภาพการรักษา คลินิกวัณโรคต้องได้คุณภาพ นอกจากนี้ในส่วนของผู้ป่วย หากรู้ตัวและรีบมารักษาจะ ทำให้อัตราตายน้อยลง แต่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมาเมื่อมีอาการ หนัก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่บางทีอาการปรากฏชัด ส่งผลให้อัตราตายสูงกว่าร้อยละ 5 **ขาดยาเป็น 0** ผู้ให้ บริการต้องสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจ เน้นว่าถ้ามีปัญหา ระหว่างการรักษา เช่น เกิดการแพ้ ต้องสื่อสารกับแพทย์ พยาบาลที่ดูแลรักษา อย่าตัดสินใจหยุดยาเอง เพราะจะ ทำให้การรักษาไม่ได้ประสิทธิภาพ

“ควรให้คำแนะนำประชาชนในการสังเกตอาการ ของวัณโรค โดยอาการจะเริ่มจากไอเรื้อรังเกินกว่า 2 สัปดาห์ มีไข้ต่ำ ๆ ในช่วงบ่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัว ลด ซึ่งประชาชนมักเข้าใจผิดว่าป่วยเป็นไข้หวัดธรรมดา จึงมักซื้อยามากินเอง และอาการของโรคนี้จะไม่รุนแรง เจ็บปวด ยังทำงานได้ปกติ จึงทำให้เชื้อโรคแพร่ไปสู่ คนอื่นได้ โดยเชื่อนี้จะอยู่ในเสมหะ ลอยไปในอากาศ หากพบผู้ที่มีอาการดังกล่าวให้รีบพาไปโรงพยาบาลหรือ

สถานอนามัยใกล้บ้านเพื่อรับการวินิจฉัย ให้เร็วที่สุด” **นพ.เจตธรรม** กล่าว

นพ.เจตธรรม กล่าวเพิ่มเติมว่า ปัจจุบันไทยอยู่ในทิศทางที่ อัตราการป่วยด้วยวัณโรคค่อย ๆ ลดลง แต่ก็ยังป่วยในระดับอัตราที่สูงอยู่ หากเทียบกับสหรัฐอเมริกาซึ่งน่าจะเป็น ประเทศที่ควบคุมโรคได้ดีเป็น อันดับต้น ๆ ของโลก ไทยมีอัตราป่วย วัณโรคสูงกว่าถึง 30 เท่า แต่อย่างไร ก็ตาม อัตราการป่วยของไทยยังถือว่า

ดีกว่ากัมพูชาและพม่า ซึ่งเป็นกลุ่มแรงงานหลักที่เข้ามาทำงานอยู่ในประเทศไทย โดย 74% ของแรงงานข้ามชาติมาจากพม่า 15% มาจากกัมพูชา สองประเทศนี้อัตราป่วย มากกว่าไทยประมาณ 3-4 เท่า เพราะฉะนั้นจึงต้องเตรียมความพร้อม เพราะเมื่อเข้าสู่ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะทำให้มีแรงงานหลังไหลเข้ามาทำงานจำนวนมาก

“ด้วยบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งจะมีแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาทำงานในไทย การทำความเข้าใจในตัว โรคจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่แพร่ทางการหายใจ ดูเหมือนจะติดต่อกันง่าย อาจเกิดความกังวลเมื่อมีแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามา เกิดการรังเกียจ รังอนเขา ซึ่งในความเป็นจริงแล้วไม่ควรทำเช่นนั้น เพราะคนไทยก็ไม่ต่างกันในแง่ ของอัตราการป่วยที่สูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยภาพรวมประเทศกำลังพัฒนา ทุก ๆ 3 คนจะมี 1 คนที่ติดเชื้อแฝงอยู่ในตัว แต่เราสามารถป้องกันได้ ตรวจจับที่ดูแล ร่างกายให้แข็งแรง การติดเชื้อแฝงก็จะอยู่อย่างนั้น หากไม่ป่วย เชื้อก็จะไม่แพร่กระจาย ผู้ผู้อื่นไปตลอดชีวิต”



นพ.เจตธรรม กล่าวทิ้งท้ายว่า “มีผู้กล่าวไว้ว่าวัณโรคถือเป็นโรคปราบเซียน ในต่างประเทศเอง เชื้อโรคหลายชนิดสามารถ กำจัดให้อยู่หมัดได้ แต่วัณโรคนั้นกำจัดยาก เหลือเกิน ขนาดบิลเกตเศรษฐีอันดับหนึ่งของโลกตั้งกองทุนโลกขึ้นมาเพื่อต่อสู้กับ โรคระบาดร้ายแรง 3 ชนิดคือ เอชไอวี วัณโรค และมาลาเรีย ซึ่งเอดส์สามารถควบคุมได้ ดีแล้ว มาลาเรียพบมากในเขตชายแดน แต่ วัณโรคกระจายอยู่ทั่วไป และเมื่อต้องเจอ

กับการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติ กลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงเป็นกังวลที่วัณโรคจะ กลับมาทวีความรุนแรง ในส่วนของสำนักวัณโรค กระทรวงสาธารณสุขจะจับตาเรื่องนี้ อย่างเข้มข้น และนำบทเรียนของสหรัฐอเมริกามาประยุกต์ใช้ โดยเมื่อปี ค.ศ. 1990 สหรัฐอเมริกาได้ตัดลดงบประมาณทางด้านวัณโรค เนื่องจากมีอัตราผู้ป่วยต่ำมาก แต่ หลังจากนั้นได้เกิดการระบาดของเอชไอวี ก็ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของวัณโรค ดื้อยาลายขนาน อัตราผู้ป่วยสูงขึ้น สหรัฐอเมริกาจึงต้องทุ่มงบประมาณเพื่อขจัด ปัญหาวัณโรค เพราะฉะนั้น ณ วันนี้ วัณโรคจึงยังเป็นปัญหาสำคัญ”

อดมื้อเช้า...เสี่ยงเป็นเบาหวาน! “ช่างมันสิ” หรือ “กินดีกว่า”



กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เผย “อดอาหารมื้อเช้าเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน” เนื่องจากการรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำจะลดภาวะผิดปกติของฮอร์โมนอินซูลินหรือภาวะดื้อของอินซูลิน ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 35-50 และผลการวิจัยจากสมาคมแพทย์โรคหัวใจในสหรัฐอเมริกาพบว่า การรับประทานอาหารเช้าอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองและโรคหัวใจอีกด้วย

จากผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเช้า โดย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า กลุ่มวัยทำงานร้อยละ 59.55 รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ และร้อยละ 24.09 รับประทานอาหารเช้าเกือบทุกวัน ในขณะที่เด็กวัยเรียนไม่รับประทานอาหารเช้าร้อยละ 30 โดยเฉพาะเด็กนักเรียนหญิงไม่รับประทานอาหารเช้าถึงร้อยละ 52 ซึ่งพฤติกรรมการอดอาหารมื้อเช้า

ส่งผลให้การเริ่มต้นระบบเผาผลาญของร่างกายช้าลง ร่างกายจึงรู้สึกหิวตลอดเวลาและรับประทานอาหารเช้าในมื้อถัดไปมากยิ่งขึ้น เป็นเหตุทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังส่งผลให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง ร่างกายอ่อนเพลีย หงุดหงิดง่าย และอาจหน้ามืดเป็นลม เพราะสมองได้รับน้ำตาลกลูโคสไปหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอ ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตทั้งในด้านสุขภาพและการทำงาน

ใครหลายคนคงคาดไม่ถึงว่า การอดอาหารมื้อเช้าแค่เพียงมื้อเดียวจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและการดำเนินชีวิตมากมายขนาดนี้ Talk of the Town ฉบับนี้เลยขอหยิบยกประเด็น “อดมื้อเช้า...เสี่ยงเป็นเบาหวาน” มาสอบถามความคิดเห็นจากน้อง ๆ นักศึกษาแพทย์ มาดูกันว่า น้อง ๆ แต่ละคนให้ความสำคัญกับอาหารเช้ากันบ้างหรือไม่?

“อาหารมื้อเช้าถือเป็นมื้อที่จำเป็นมากที่สุด การรับประทานอาหารเช้าจะช่วยให้ระบบการเผาผลาญในร่างกายและระบบย่อยทำงานได้อย่างเป็นปกติ แต่ถ้าไม่รับประทานอาหารเช้า การทำงานของระบบเผาผลาญก็จะเริ่มทำงานช้าไปด้วย ร่างกายจะรู้สึกหิวมากและหิวบ่อยกว่าปกติ สมองเบลอ ไม่มีสมาธิ รู้สึกอ่อนเพลีย ใครที่คิดว่าการอดอาหารเช้าเพื่อลดน้ำหนักเป็นความคิดที่ไม่ถูกต้องนะค่ะ เราควรรับประทานอาหารเช้าให้มากที่สุด ถ้าอดมื้อเช้าแล้วไปเน้นหนักที่มื้อเที่ยงหรือมื้อเย็น น้ำหนักอาจมากขึ้นกว่าเดิมและเสียสุขภาพด้วยค่ะ”



นศพ.สุพร กฤชเพ็ญ



นศพ.ปภาวิ ไตรศานานุรักษ์

“ถ้าร่างกายไม่ได้รับสารอาหารในเวลาเช้าจะทำให้สมองเบลอ ไม่มีแรง รู้สึกหิวอยู่ตลอดเวลา การเผาผลาญพลังงานก็จะทำงานผิดปกติ ทำให้อ้วนขึ้น ไขมันค้างอยู่ในร่างกายมากขึ้น จากที่มันควรจะถูกเผาผลาญตามธรรมชาติของระบบร่างกาย ความจริงแล้วอาหารเช้าคือมื้อที่สำคัญมากที่สุด ควรรับประทานให้มาก แล้วค่อยลดปริมาณลงในมื้อถัดไป ถ้าต้องการลดความอ้วนแนะนำว่าให้ลดมื้อเย็นจะดีกว่า เพราะในชว่เย็นร่างกายเราไม่ได้ใช้พลังงานอะไรมากนัก และการรับประทานอาหารเช้ายังเป็นการช่วยให้ฮอร์โมนอินซูลินทำงานเป็นปกติ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานได้ค่ะ”

“เชื่อว่าทุกคนทราบดีอยู่แล้วว่าอาหารมื้อเช้ามีความจำเป็นต่อร่างกายมากแค่ไหน แต่เรื่องที่ว่าอดอาหารเช้าแล้วทำให้เกิดโรคเบาหวาน เชื่อว่ายังไม่มีคนรู้เรื่องนี้กัน อยากให้มีการเผยแพร่ข้อมูลในเรื่องนี้เพิ่มมากขึ้น แม้จะเป็นแค่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงเล็ก ๆ แต่เราก็ไม่ควรชะล่าใจ เพียงแค่ตื่นให้ไวขึ้นเพื่อรับประทานอาหารเช้า แลกกับการได้มาซึ่งสุขภาพร่างกายที่ดี ถือเป็นเรื่องที่ดีคุ้มค่ามากครับ”



นศพ.นุวิศ ชินนนวนวอน



นศพ.ปวีณรัตน์ จรัสสิริยัก

“อาหารมื้อเช้าเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ร่างกายควรได้รับสารอาหารเพื่อเตรียมพร้อมทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของเรา หากไม่รับประทานอาหารเช้าก็จะส่งผลกระทบต่อหลายอย่าง เช่น หิวบ่อยมากขึ้น อ่อนเพลีย คิดตัดสินใจได้ช้า และยังส่งผลเสียอื่น ๆ อีกมากมาย ที่เห็นว่ารุนแรงที่สุดคือ ส่งผลให้ฮอร์โมนอินซูลินเกิดความผิดปกติ เป็นสาเหตุให้เกิดโรคเบาหวาน ถึงแม้ใครหลายคนจะรู้ว่าการอดอาหารเช้ามีโทษ ก็ยังคงละเลยการรับประทานอาหารเช้าอยู่ดี เช่น บางคนอาจมีเหตุจำเป็นด้วยหน้าที่การงาน แต่อย่างน้อย ๆ ควรหาอะไรรองท้องสักหน่อยก็ยังดีนะคะ”

ศ.นพ.สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ

พัฒนานักวิจัย พัฒนางานวิจัยจากห้องไปสู่การใช้ประโยชน์

จากความต้องการที่จะสร้าง “ขา” ด้านงานวิจัยของตัวเอง ก่อเกิดเป็น “สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)” หรือ **The Thailand Research Fund (TRF)** องค์การขนาดเล็กของรัฐ ภายใต้กำกับของสำนักนายกรัฐมนตรีที่มีได้ใช้ระบบราชการเป็น กลไกควบคุมองค์กร เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ โดยใช้การวิจัยเป็นกลไกสร้าง ฐานความรู้สำหรับการแก้ปัญหาให้แก่สังคม ทั้งนี้บทบาทหน้าที่หลัก สำคัญของ สกว. คือ **สร้างคน สร้างองค์ความรู้ ผ่านกระบวนการ สนับสนุนทุนวิจัย** และบริหารจัดการงานวิจัย เน้นการบริหารจัดการ แบบครบวงจรผ่านเครือข่ายการทำงานที่มีอยู่ทั่วประเทศ สนับสนุน การสร้างและพัฒนากำลังคนและนักวิจัยมืออาชีพผู้สังคมที่อาศัย ความรู้ในการแก้ปัญหา ผลักดันการใช้ประโยชน์จากการวิจัยด้าน เกษตร อุตสาหกรรม บริการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และ สิ่งแวดล้อม การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น รวมถึง ผลักดันให้เกิดการร่วมทุนกับภาคเอกชน หน่วยงานในประเทศและ ต่างประเทศ ด้วยวิสัยทัศน์เป็นองค์กรที่สร้างสรรค์ให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่สังคมที่มีปัญหา สามารถใช้ความรู้จัดการกับ ศักยภาพและโอกาส เพื่อกำหนดอนาคตของตนเองทั้งในระดับ ท้องถิ่น และระดับประเทศ

ตลอดระยะเวลา 2 ทศวรรษที่ สกว. ได้ให้การสนับสนุน การวิจัยเป็นที่ประจักษ์และเป็นประโยชน์ต่อสังคมอย่างต่อเนื่อง ก้าวต่อไปที่ทศวรรษที่สาม สกว. จะมีทิศทางการดำเนินงานเป็น อย่างไรต่อไปนั้น คงไม่มีใครทราบดีเท่ากับ **ศ.นพ.สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย** คุณหมอผู้ซึ่งเข้ามารับหน้าที่เป็นจอมทัพคนที่ 4 ของ สกว. เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม ที่ผ่านมานี้ ได้ให้สัมภาษณ์ถึงการก้าวเข้ามาสู่ สกว. ให้ฟังว่า

ผมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสาขาประสาทวิทยา ประจำ อยู่ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รับผิดชอบดูแลงาน ด้านบริการและวิชาการ จึงต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับงานทางด้าน บริหาร ซึ่งโดยพื้นฐานผมเป็นคนสนใจและชอบทำงานวิจัยมาก ไม่ว่าจะไปที่ไหนก็มักจะทำด้านการวิจัยมาตลอด ไม่ว่าจะเป็น



ประธานการวิจัยของสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย หรือ ประธานกรรมการวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย รวมถึงการดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา ซึ่งเป็นสถาบันที่ทำงานวิจัยด้านชุมชนและสังคม ที่ผมเริ่มฉีกแนว จากการวิจัยทางสายแพทย์มาทำงานวิจัยทางด้านสังคม และภาย หลังจากครบเทอมนี้แล้วก็ได้รับการทาบทามให้ดำรงตำแหน่ง รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและการถ่ายทอดเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย ขอนแก่น ตรงนี้ถือว่าเป็นการบริหารงานวิจัยเต็มตัว ครอบคลุมการ



บริหารงานวิจัยทุกด้านของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จนกระทั่งได้รับการคัดเลือกแต่งตั้งเป็นผู้อำนวยการ สกว. คนปัจจุบัน

ศ.นพ.สุทธิพันธ์ กล่าวถึงการทำงานด้านการบริหารให้ฟังด้วยว่า ช่วงที่เป็นหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นการทำงานด้านบริหารเต็มตัวครั้งแรก ยอมรับว่ามีความเครียดสูง ต้องใช้เวลาปรับตัวประมาณ 6-7 เดือน ต้องศึกษาเรียนรู้วิธีการบริหารโดยเข้าร่วมคอร์สฝึกอบรมผู้บริหาร รวมถึงต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม หรือจากการพูดคุยกับอาจารย์อาวุโสผู้มีประสบการณ์ด้านการบริหาร เราก็จะเรียนรู้จากท่าน และนำมาปรับใช้ในการบริหาร แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการบริหารงานทั่วไป ไม่เกี่ยวกับเรื่องการบริหารงานวิจัย ด้วยเหตุนี้ ทาง สกว. มีความคิดที่จะจัดทำคอร์สบริหารงานวิจัยขึ้น เนื่องจาก สกว. มีความโดดเด่นทางด้านนี้ เราจึงจะนำความโดดเด่นของเราขึ้นมาทำเป็นคอร์สอบรมเปิดการสอนให้แก่ผู้ที่สนใจ โดยแบ่งหลักสูตรการฝึกอบรมเป็น 2 เรื่องคือ พื้นฐานทั่วไปของผู้บริหาร และแนววิธีการบริหารเพิ่มเติม เช่น การจัดทำแผน การดำเนินการตามแผน การจัดสรรงบประมาณ การบริหารงานบุคคล ทั้งนี้งานบริหารที่เราทำคือ งานบริหารทางวิชาการ งานบริหารการวิจัยว่าจะพัฒนานักวิจัย มีทุนการวิจัยอย่างไร และจะทำให้งานวิจัยสำเร็จได้อย่างไร รวมถึงการประเมินผลงานวิจัย การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ การสร้างโครงสร้างพื้นฐานด้านการวิจัย จริยธรรมพื้นฐานของงานวิจัย เรื่อง

เหล่านี้เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่คนที่มาบริหารงานวิจัยควรจะต้องเรียนรู้

ศ.นพ.สุทธิพันธ์ กล่าวต่อว่า จากประสบการณ์ของการทำงานเป็นแพทย์มีส่วนมาช่วยเสริมงานตรงส่วนนี้ได้มาก เนื่องจากปกติแพทย์จะมีวิธีการทำงาน มีการคิดอย่างเป็นระบบ ชัยน อดทนในการทำงาน เพราะแพทย์มีเวลาในการทำงานที่ไม่จำกัด จากพื้นฐานเหล่านี้ทำให้เราสามารถทำงานบริหารได้ง่ายขึ้น เนื่องจากเราเคยผ่านงานหนักมาก่อน อีกทั้งวิธีการทำงานของแพทย์จะต้องรวดเร็วทันเหตุการณ์ ต้องตอบสนองต่อความต้องการ และสิ่งที่เป็นประโยชน์มากที่สุดของการเป็นแพทย์คือ การสื่อสารกับคน ทั้งนี้ผู้บริหารต้องอธิบายสื่อสารให้ทุกคนเข้าใจทิศทางในสิ่งที่ทำ ซึ่งการที่เรามาจากสายแพทย์ก็จะเป็นประโยชน์ทำให้เราสามารถต่อยอดในการทำงานตรงนี้ได้ นอกจากนั้นงานในส่วนของการรักษาคณไข้ผมก็ยังทำอยู่ เนื่องจากผมยังไม่อยากหยุดงานตรงส่วนนี้ โดยในช่วงวันเสาร์และอาทิตย์ที่เดินทางไปขอนแก่น ผมก็จะดูคนไข้ที่โรงพยาบาล และสอนเรสซิเดนท์ควบคู่กันด้วย

สำหรับเป้าหมายที่ตั้งใจจะทำในฐานะผู้อำนวยการ สกว. นั้น **ศ.นพ.สุทธิพันธ์** กล่าวว่า เนื่องจาก สกว. เป็นหน่วยงานที่ได้รับความเชื่อถือจากนักวิจัยเป็นจำนวนมาก แต่ผมคิดว่าถ้าเราทุกคนช่วยกันระดมสมองก็จะสามารถพัฒนาองค์กรให้มีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป ทั้งนี้ผมคิดว่าการทำองค์กรที่ไม่ดีให้เป็นดีก็ยากแบบหนึ่ง แต่การทำองค์กรที่ดีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีกก็เป็นเรื่องยากอีกแบบหนึ่ง เพราะฉะนั้นสิ่งที่ผมได้รับโจทย์มาและเป็นยุทธศาสตร์ที่อยากจะดำเนินการในช่วง 4 ปีข้างหน้า ได้แก่ การกำหนดประเด็นการให้ทุนวิจัยให้มีความคมชัดตรงตามยุทธศาสตร์วิจัยของชาติ และตอบสนองต่อปัญหาของประเทศ นั่นหมายความว่าประเทศมีปัญหาในเรื่องอะไร เราต้องเข้าไปช่วยให้ทุนวิจัย เพื่อเอาความรู้เหล่านั้นมาแก้ปัญหาประเทศ ซึ่งนอกจากจะทำการวิจัยแล้ว เราต้องวิจัยเพื่อตอบโจทย์ปัญหาในอนาคตด้วย สิ่งเหล่านี้เป็นการวิจัยเพื่อแก้ปัญหา และนำผลการวิจัยไปพัฒนาประเทศ รวมถึงวิจัยในเรื่องป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต เป้าหมายกลุ่มใหญ่ ๆ จะเป็นเรื่องเหล่านี้เพื่อให้ตรงกับยุทธศาสตร์วิจัย



ของประเทศ ซึ่งอาจจะมีการปรับเปลี่ยนเป็นหัวข้อประเด็นวิจัยต่าง ๆ ให้ตรงมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เราอยากทำการวิจัยและพัฒนาเพื่อตอบโจทย์ให้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ ยกตัวอย่างเช่น วิจัยแล้วได้ผลตอบแทนกลับมา โดยอาจกลับมาในรูปแบบของตัวเงิน



ขณะนี้สิ่งที่ผมอยากทำเป็นอันดับแรกคือ การเรียนรู้องค์กรทำความเข้าใจกับองค์กรอย่างละเอียด เพื่อที่จะได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยยุทธศาสตร์ที่จะเลือกทำในลำดับต้นคือ พัฒนานักวิจัย พัฒนาคณะกรรมการวิจัย รวมถึงการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ต้องรีบทำ เนื่องจากงานวิจัยในอดีตของ สกว. มีจำนวนมาก และมีคนทักท้วงเสมอว่าวิจัยแล้วขึ้นหิ้ง ดังนั้น หน้าที่ของเราคือนำการวิจัยจาก “ขึ้นหิ้งไปขึ้นห้าง”

ศ.นพ.สุทธิพันธ์ ยังกล่าวถึงปัญหาหรือจุดอ่อนของงานวิจัยในประเทศไทยด้วยว่า ประเทศไทยยังขาดแคลนในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของนักวิจัย ขาดแคลนทุนวิจัย ขาดแคลนโครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์เครื่องมือทางเทคโนโลยี ซึ่งในแง่ของนักวิจัยเองเรายังขาดการพัฒนา นักวิจัยมืออาชีพ แม้ว่า สกว. จะมีส่วนช่วยทำให้คนเข้าใจงานวิจัยพอสมควรก็ตาม แต่เท่าที่ดูน่าจะยังอยู่ในวงวิชาการ ประชาชนทั่วไปยังไม่เข้าใจงานวิจัย สิ่งนี้เป็นสาเหตุให้ไม่เกิดกระแสของสังคมที่จะทำให้มีการทุ่มเทการวิจัยเพื่อหาสิ่งใหม่ ๆ ดี ๆ เกิดขึ้น ซึ่งถ้าถามตัวผมว่างานวิจัยมีความสำคัญหรือไม่ ผมเปรียบเทียบกับการผลิตนักศึกษาปริญญาเอกหนึ่งคน การที่เขาจะสำเร็จได้งานหลักที่เขาต้องทำคืองานวิจัย สำหรับผมจึงเห็นว่าการวิจัยเป็นสิ่งสำคัญ และในส่วนตัวผมเองต้องการของนักวิจัย สิ่งนี้นักวิจัยต้องการคือ ให้สังคมเห็นความสำคัญของงานวิจัยและอยากให้เห็นว่าการวิจัยมีคุณค่าไม่ใช่ว่างานวิจัยนี้จะขึ้นหิ้งหรือไม่ เพราะในความเป็นจริงแล้วไม่มีงานวิจัยไหนที่ขึ้นหิ้ง เนื่องจากงานวิจัยที่เราทำได้มีการตีพิมพ์ผลงานในระดับนานาชาติ ทุกคนที่สนใจในเรื่องนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ นอกจากนี้ผลงานวิจัยที่ได้ไม่ว่าจะสามารถนำไปใช้ได้ทั้งหมด ยังมีผลงานวิจัยซึ่งทำไปแล้วแต่ยังไม่เห็นผลการนำไปใช้ที่ชัดเจน แต่ในอีก 10-20 ปีข้างหน้าจึงมีการนำไปใช้ งานวิจัยเหล่านี้คงมีอีกจำนวนหนึ่งที่ยากจะคาดคะเน จึงต้องมีการรวบรวมไว้ที่ฐานข้อมูลนานาชาติเพื่อในวันหนึ่งที่ใคร

ต้องการนำไปใช้จะได้ค้นหาได้ถือเป็นประโยชน์สาธารณะ และเมื่อผลงานเหล่านี้มีการก่อตัวมากขึ้นก็จะกลายเป็นเทคโนโลยี เปรียบได้กับการต่อยอดจาก จิ๊กซอว์ เพียงแต่ว่าประเทศไทยขณะนี้ยังไม่สามารถนำมาต่อยอดแบบนี้ได้ ซึ่งต่างจากในต่างประเทศที่สามารถนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาต่อยอดกลายเป็นเทคโนโลยี กลายเป็นนวัตกรรมใหม่ ๆ ที่ได้ประโยชน์มากมาย สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการนำผลงานวิจัยเหล่านี้ไปใช้ต้องมีอีกหลายขั้นตอน ต้องมีการสะสมองค์ความรู้ระดับหนึ่ง ต้องมีคนคิดต่อยอด มีการสนับสนุนสร้างนักวิจัยมืออาชีพ สนับสนุนในเรื่องของทุนวิจัย และมีโครงสร้างพื้นฐานสนับสนุน ซึ่งสิ่งเหล่านี้แม้ว่าจะยังเป็นเรื่องที่ยากมากก็ตาม แต่สำหรับความร่วมมือของหน่วยงานวิจัยต่าง ๆ ในประเทศไทยนั้น ปัจจุบันมีความร่วมมือกันดีมาก เรามีเวทีแลกเปลี่ยนพูดคุยกันทุก 2 เดือน มีการทำงานร่วมกันโดยการจัดตั้งเป็น “เครือข่ายองค์กรบริหารงานวิจัยแห่งชาติ (คอบข.)” ซึ่งประกอบด้วย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.), สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (สวก.), สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.), สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.)

ท้ายสุดนี้ **ศ.นพ.สุทธิพันธ์** ยังฝากกำลังใจถึงนักวิจัยรุ่นใหม่ที่มีความตั้งใจในการทำวิจัยว่า ขอให้มีความภาคภูมิใจว่าสิ่งที่ท่านทำอยู่เป็นประโยชน์ต่อประเทศมาก เพราะฉะนั้นจงอย่าท้อถอย เริ่มต้นมักจะเหนื่อยและยาก เมื่อทำไปก็จะยากและเหนื่อย แต่ทุกคนก็ต้องอดทน และสุดท้ายจะเกิดความสำเร็จ เราทำขึ้นชมผลสำเร็จเมื่อเวลาผ่านไปอันนี้เป็นความสุข เป็นความสุขที่ได้สร้างสิ่งดี ๆ ให้แก่ประเทศ ความสุขที่ได้ทำงานที่ได้รับมอบหมายที่เป็นประโยชน์ได้สำเร็จ ความสุขที่ได้มีคนนำผลงานวิจัยของเราไปใช้ประโยชน์ สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นความสุขที่สุดและเป็นสิ่งที่ดีด้วย



ตับอ่อน (pancreas) เป็นอวัยวะที่อยู่ลึกมากในช่องท้อง ในร่างกายมีตับและตับอ่อน ซึ่งมีหน้าที่ไม่เหมือนกัน ตับอยู่ใต้ชายโครงขวา และอาจคลำได้ถ้ายื่นออกมาอยู่ต่ำกว่าชายโครงขวา ตับมีหน้าที่สร้างน้ำดี โปรตีน แป้ง ไขมัน เฝาลาญสารต่าง ๆ เหล่านี้ ยาหรือสารพิษ รวมทั้งแอลกอฮอล์ด้วย ถ้าตับมีการอักเสบจะค่อย ๆ เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ ส่วนตับอ่อนเป็นชื่อของอวัยวะ ไม่ใช่โรคของตับ ตับอ่อนมีหน้าที่ผลิต insulin และ glucagon ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และยังมีหน้าที่ผลิตน้ำย่อย (enzymes) และ bicarbonate ทำให้น้ำย่อยตับอ่อนมีสภาวะเป็นด่าง ถ้าตับอ่อนเป็นโรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง การทำงานของตับอ่อนจะเสียไป และเมื่อการทำงานของตับอ่อนเสียไปเกิน 90% ตับอ่อนจะผลิตน้ำย่อยที่จะย่อยไขมัน โปรตีน แป้ง ไม่ได้ สารอาหารจึงไม่ถูกย่อยและไม่ถูกดูดซึมเข้าไปในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องเสีย และเป็นโรคอาหารไม่ถูกดูดซึม (malabsorption) ผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระออกมามีไขมันมาก ทำให้อุจจาระเบา ลอยน้ำ กดชักโครกไม่ค่อยหมด

โรคของตับอ่อนคือ ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันเรื้อรังมากจนทำให้เป็นโรคอาหารไม่ถูกย่อยและดูดซึม และโรคมะเร็งของตับอ่อน โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันมีสาเหตุ 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ หนึ่งจากนิ่ว และความผิดปกติของระบบทางเดินน้ำดี สองจากแอลกอฮอล์ สามจากสาเหตุต่าง ๆ ซึ่งรวมกันแล้วเป็นสาเหตุของโรคนี้ประมาณ 5-10% และสี่ที่ไม่พบสาเหตุ สาเหตุต่าง ๆ ในกลุ่มที่ 3 คือ ยาต่าง ๆ ไขมันในเลือดสูง เช่น triglyceride ระดับ calcium ในเลือดสูงจากสาเหตุต่าง ๆ พยาธิที่อยู่ในระบบทางเดินอาหาร ฯลฯ

กลไกของการเกิดตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน เชื่อกันว่าเกิดจากการที่นิ่วในถุงน้ำดีซึ่งมีขนาดเล็ก จึงทำให้หลุดผ่านท่อ cystic ออกจากถุงน้ำดีลงสู่ท่อรวมน้ำดี (common bile duct) และไปอุดตัน

ตับอ่อนอักเสบ

ท่อของตับอ่อนทำให้เกิดปฏิกิริยาจนทำให้ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน นิ่วก้อนใหญ่ ๆ มักไม่ค่อยทำให้เกิดโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน เนื่องจากนิ่วก้อนใหญ่จะไม่สามารถผ่านท่อ cystic ของถุงน้ำดีออกไปสู่ท่อรวมน้ำดีได้

อาการของตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันคือ จะมีอาการปวดท้องขึ้นมารุนแรงทันที อาจเกิดขึ้นหลังดื่มแอลกอฮอล์จัด หรือหลังอาหารมื้อหนัก ๆ ที่มีไขมันมาก อาการปวดอาจเริ่มที่ลิ้นปี่หรือใต้ชายโครงขวา อาการปวดจะรุนแรงมาก ผู้ป่วยอาจนอนแบบนั่งตัวงอเพราะการนอนท่านี้อาจจะช่วยทำให้อาการปวดดีขึ้น อาการปวดถ้าปวดเฉพาะบริเวณนี้อาจเหมือนโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน ซึ่งสามารถทำให้มีอาการปวดตรงลิ้นปี่ได้ (หรือกลางอกก็ได้) และเหมือนโรคนี้ในระบบถุงน้ำดี ถ้าเป็นนาน เช่น เป็นวัน ๆ

อาการปวดอาจจะลามไปทั่วท้อง ทำให้เหมือนโรคอื่น ๆ เช่น โรคแผลในกระเพาะ หรือลำไส้ทะลุ โรคหลอดเลือดใหญ่โป่งพอง และแตก (aortic aneurysm) ลำไส้อุดตัน และหลอดเลือดลำไส้อุดตัน ซึ่งเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องแยกโรคต่าง ๆ เหล่านี้ให้ได้ ด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งการตรวจทางห้องทดลอง หรือเอกซเรย์เพิ่มเติม

นอกจากผู้ป่วยจะปวดท้องอย่างรุนแรงนานเป็นวัน ๆ แล้ว ผู้ป่วยอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอีกด้วย อาจมีไข้ทั้ง ๆ ที่ไม่มีการติดเชื้อ (แต่มีไข้จากการอักเสบของตับอ่อน) ผู้ป่วยอาจมีอาการดีซ่าน (ตัวเหลือง ตาเหลือง) จากการอักเสบของตับอ่อน หรือถ้าเหลืองมากอย่างชัดเจนจากการที่นิ่วจากถุงน้ำดีไปอุดตันท่อรวมน้ำดี ทำให้น้ำดีไม่สามารถไหลลงสู่ลำไส้ได้จึงทำให้ตัวเหลือง ตาเหลือง ผู้ป่วยอาจมีเม็ดเลือดขาวในเลือดสูงจากการอักเสบหรือจากการติดเชื้อ การวินิจฉัยโรคนอกจากประวัติและการตรวจร่างกายแล้ว ขึ้นอยู่กับการตรวจเลือดหาระดับของน้ำย่อยของตับอ่อน ซึ่งก็คือ amylase และ lipase ซึ่งควรขึ้นมากกว่าค่าปกติ 3 เท่า โดยทั่ว ๆ ไประดับ amylase จะขึ้นเร็วและลงภายใน 3-4 วัน ส่วน lipase จะขึ้นที่หลัง amylase แต่จะอยู่สูงนานกว่า ฉะนั้นเนื่องจากผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลหลังจากเป็นโรคมาแล้ว 1-3 วัน จึงควรหาระดับในเลือดทั้ง amylase และ lipase การตรวจอื่น ๆ ที่อาจช่วยคือ เม็ดเลือดขาว (อาจสูง) haematocrit (อาจสูงเนื่องจากร่างกายขาดน้ำ) BUN อาจสูง อาจทำเอกซเรย์ของช่องท้อง หรือถ้าสงสัยนิ่วอาจทำ ultrasound และถ้าสงสัยว่ามีการตายของเนื้อตับอ่อนอาจใช้ computer scan (CT) วินิจฉัยการตาย (necrosis) ของเนื้อตับอ่อน

ผมจะกล่าวถึงการรักษาพยาบาลในโอกาสต่อไป

การจากลา...กะทันหัน



หญิงชราอายุราว 80 ปี มีโรคประจำตัวทั้งตับแข็งและไตวาย ซึ่งต้องมาทำการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลทุกสัปดาห์

คุณยายรายนี้มักเข้าออกห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง ทั้งด้วยอาการหอบเหนื่อยอันเนื่องมาจากน้ำท่วมปอด หรือบางครั้งก็ปวดอึดเสียดท้อง โดยมักมีลูกชายพามาที่ห้องฉุกเฉินอยู่เสมอ ๆ

การฟอกเลือดที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรามาธิบดีนั้น จำต้องให้ญาติเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง ที่ด้านนอกของห้องฉุกเฉิน เพื่อไปซื้อยาหรืออุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญเพื่อนำกลับมาใช้รักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ เพราะห้องฉุกเฉินยังถือว่าเป็นแผนกผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้มีการจัดเก็บสำรองยาเอาไว้มากมายเหมือนหอผู้ป่วย

เนื่องจากจำนวนเตียงของโรงพยาบาลที่จำกัดและไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยหลายรายต้องฟอกเลือดที่ห้องฉุกเฉินอยู่หลายวันจนกระทั่งหายและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

หลายครั้งที่ลูกชายของคุณยายรายนี้มักต้องนอนเฝ้าอยู่ด้านนอกของห้องฉุกเฉินอยู่หลายวันจนกว่ายายจะได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน

อยู่มาวันหนึ่ง คุณยายมาด้วยอาการสับสนซึ่งหาสาเหตุไม่พบ ดังนั้น แพทย์ฉุกเฉินจึงแนะนำให้คุณยายนอนพักเพื่อสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉินก่อนจนกว่าอาการสับสนจะดีขึ้น

ระหว่างเฝ้าสังเกตอาการอยู่นั้น ในเวลาต่อมาคุณยายรายนี้เกิดหุดห้ายใจกะทันหัน จนต้องทำการกดหน้าอกกู้ชีพขึ้นมา

เวลาผ่านไป 20 นาที คุณยายก็ยังไม่มีการฟื้น และการกดหน้าอกกู้ชีพยังคงดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ

ฉัน...ซึ่งเป็นแพทย์ฉุกเฉินในเวลานั้นจึงเริ่มทำการปรึกษากับลูกชาย

“หมอคิดว่า...คุณยายเกิดภาวะหัวใจวายกะทันหัน และขณะนี้ต้องทำการกดหน้าอกกู้ชีพอยู่ ซึ่งพบว่าอาการของคุณยายไม่ค่อยดีเลย”

“จะเป็นไปได้ยังไง เมื่อพี่ผมยังพาแม่ไปเข้าห้องน้ำอยู่เลย”

“พอดีคุณยายเกิดหัวใจหยุดเต้นกะทันหันโดยไม่มีอาการแจ้งเตือนมาก่อนนะค่ะ”

“หมอต้องช่วยแม่ผมอย่างเต็มที่นะคะ พี่ผมขออภัยค่ะ”

“คะคะ...พี่หมอและพยาบาลกำลังช่วยเต็มที่อยู่นะคะ ต้องรอดูอาการต่อไปก่อน”

ฉันหันเดินกลับเข้าไปในห้องกู้ชีพพร้อมกับแจ้งทีมว่าญาติให้ทำการกู้ชีพต่อไปเรื่อย ๆ ก่อน

เมื่อเวลาผ่านไปครบ 30 นาที พบว่าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพกลับมา ฉันจึงเริ่มเดินกลับไปหาลูกชายของผู้ป่วยรายนี้อีกครั้ง

“เอ้อ...คุณยายอาการดีขึ้นบ้างแล้ว แต่เนื่องจากคุณยายอายุมากแล้วและมีโรคประจำตัวหลายอย่างทั้งไตวายและตับแข็งมาก่อน ทำให้อาการนี้อาจดีขึ้นได้ไม่นาน ในที่สุดอาจเกิดหัวใจหยุดเต้นซ้ำอีกครั้งได้

หรือถ้าอาการคงที่แต่เนื่องจากสมองขาดเลือดนานมากกว่า 4 นาทีก็อาจทำให้เนื้อสมองไม่ฟื้นแล้วกลายเป็นเจ้าหญิงนิทราได้ในที่สุด”

“ครับ...ครับผมยอม คุณหมอต้องช่วยแม่ผมเต็มที่นะคะครับ”

เมื่อฉันเดินย้อนกลับเข้าห้องกู้ชีพอีกครั้งก็พบว่า ทีมกำลังทำการกดหน้าอกกู้ชีพให้แก่คุณยายอีกครั้ง หลังการกู้ชีพครั้งที่ 2 นี้ผ่านไปได้สัก 20 นาที ก็ยังไม่มีการฟื้นคืนชีพ

ดังนั้น ฉันเริ่มทำการปรึกษากับญาติอีกครั้ง

“ผมขอให้ช่วยแม่เต็มที่ครับ เพราะแม่ยังแข็งแรงดีและอยากสู้กับโรคนี้ไปเรื่อย ๆ” ลูกชายยังคงยืนยันกราน

“คุณต้องเข้าใจนะว่า คนเรามีอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ 4 อย่าง ได้แก่ สมอง หัวใจ ตับ และไต คุณยายมีโรคตับและไตวาย ดังนั้น จึงเหลืออวัยวะที่สำคัญเพียง 2 อย่าง ได้แก่ สมองและหัวใจ ซึ่งอวัยวะเหล่านี้อยู่เยื้องเยื้องตามอายุก็ย่อมทำงานไม่ดี ดังนั้น การกดหน้าอกกู้ชีพเพื่อฟื้นคืนชีพกลับมาจึงทำได้ยากและมักได้ผลไม่ค่อยดี”

“ผมเข้าใจแต่แม่ยังอยากสู้ต่อไปนะคะ แม่ยังมาหาหมอสม่ำเสมอและแข็งแรงดีอยู่ อย่างไรก็ตาม คุณหมอช่วยแม่ผมไปก่อน เดี่ยวผมจะตามญาติ ๆ มาครับ”

ทีมกู้ชีพยังคงดำเนินการกดหน้าอกต่อไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีท่าทีว่าสัญญาณชีพของผู้ป่วยจะกลับมาแต่อย่างใด

ไม่นานนัก หลานสาวของผู้ป่วยก็มาถึง ฉันได้เริ่มเรียกทั้งลูกชายและหลานสาวของคุณยายมาคุยพร้อมกัน

“คุณยายอาการหัวใจหยุดเต้นกะทันหันและต้องทำการกดหน้าอกกู้ชีพด้วยกันถึง 2 ครั้ง และขณะนี้สัญญาณชีพก็ยังไม่กลับมา เราคงต้องปล่อยยายไปอย่างสงบ ทั้งนี้ เพราะการที่สมองขาดออกซิเจนนานขนาดนี้ย่อมทำให้เนื้อสมองตายได้”

หลานสาวตอบกลับมว่า “ฉันเข้าใจค่ะ”

“แต่แม่ยังอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ผมอยู่กับแม่เพียง 2 คน ผมดูแลแม่มาตลอด แม่เดินไปมาช่วยเหลือตนเองได้ ตีะครับหมอ” ลูกชายของผู้ป่วยแย้งขึ้นมา

“ตอนนี้ถ้าบังเอิญสัญญาณชีพของคุณยายกลับมาได้น่าจะกลายเป็นเจ้าหญิงนิทราในที่สุด ทั้งนี้เพราะผ่านการกดหน้าอกกู้ชีพมานานมากแล้ว ซึ่งจะลำบากมากขึ้นในการดูแลช่วยเหลือคุณยายในอนาคต”

ฉันหยุดดูท่าทีของญาติทั้งสอง จากนั้นจึงพูดต่อไปว่า “ในอดีตการที่คุณยายมีทั้งตัววายและไตวาย และต้องฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2 ครั้งก็น่าจะลำบากทั้งกับคุณยายและญาติเองไม่ใช่น้อย น่าเสียดายที่เราไม่ได้ถามความตั้งใจของคุณยายมาก่อน ซึ่งคุณยายอาจทรมานมากแล้วก็ได้”

“ลำบากก็ไม่ใช่ไรครับ เพราะแม่ยังสู้อยู่” ลูกชายยังคงยืนยันกรณให้กดหน้าอกกู้ชีพต่อไป

“หมอเข้าใจว่าคุณรักแม่มาก แต่เท่าที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบันก็ยังไม่อาจแก้ไขช่วยฟื้นคืนแม่ของคุณกลับมาได้ การกดหน้าอกกู้ชีพในขณะนี้ทำเพียงเพื่อยื้อเวลารอให้คุณทำใจได้ แต่ถ้าคุณไปดูคุณยายตอนนี้จะพบว่ามึนเลือดออกทางปากและจมูกเต็มไปหมด ซึ่งอาจแสดงว่ามีปอดฉีกหรือกระดูกหน้าอกหักอันเป็นผลจากการกดหน้าอกกู้ชีพก็ได้ ทั้งนี้อาจเป็นการสร้างความทรมานให้แก่คุณยายมากกว่า”

หลานของผู้ป่วยพูดเสริมขึ้นมาว่า “จริงด้วยนะ ฉันเห็นลูกชายเขาพาแม่เที่ยวได้เที่ยวชื่อมาโรงพยาบาลบ่อยมากจนแทบไม่เป็นอันทำมาหากินเลย” หลังจากนั้นก็หันกลับไปจับเข่าลูกชายของผู้ป่วยพร้อมกับพูดว่า “ปล่อยแก่ไปสบายเถอะนะ”

ฉันพูดเสริมขึ้นว่า “คุณเป็นลูกที่ดีมากเลยนะคะที่เฝ้าเพียรดูแลคุณแม่มานานหลายปี เพียงแค่นี้จะทำให้คุณแม่มีความสุขมากแล้ว เสียแต่ว่ายังไม่ได้เตรียมใจของคุณแม่ให้เข้ากับการเตรียมพร้อมเผชิญกับอีกก้าวของชีวิตนั่นคือความตาย ทั้งที่ทุกคนก็ทราบว่าการเกิดแก่เจ็บตายเป็นก้าวจิ้งหะของชีวิตที่ทุกคนต้องก้าวเดินตามนั้น แต่ทุกคนมักไม่ได้คิดถึงมันหรือเตรียมการมาก่อน”

“คุณแม่ของคุณอายุมากแล้ว นี้น่าจะเป็นกำไรชีวิตของท่าน หมอก็ไม่ทราบว่าท่านจะเตรียมใจได้ไหมกับความตายที่มาเยือนอย่างกะทันหัน แต่ที่หมอห่วงตรงนี้คือว่าญาติจะอยู่ต่อไปอย่างไรมากกว่าโดยไม่รู้สึกเจ็บปวดกับเหตุการณ์นี้มากนัก”

ลูกชายของคุณยายเริ่มมีน้ำตาซึมออกมาคลอเบา

“หมอว่า คุณดูแลคุณแม่ดีมากตลอด ย่อมทำให้ท่านชื่นใจในระดับหนึ่งอยู่แล้ว สำหรับคุณแม่ของคุณน่าจะดีใจมากที่คุณดูแลท่านดีมากตลอด รวมทั้งได้ใช้ชีวิตดูแลกันและกันมานานหลายปีอย่างอบอุ่น นี้น่าจะเป็นกำไรชีวิตมากแล้วที่ได้ที่ได้ใช้ชีวิตช่วงท้าย ๆ ร่วมกัน”

หลานของผู้ป่วยพยักหน้าพร้อมกับพูดขึ้นว่า “ฉันเข้าใจค่ะ หลายครั้งที่ฉันเห็นเขาดูแลแม่อย่างดี ต้องเที่ยว

พาแม่มาโรงพยาบาล มันลำบากมากแต่เขาไม่เคยปริปากบ่น ฉันก็มีพ่อที่เป็นอัมพาตและไม่รู้ตัวแล้ว ฉันต้องดูแลเองก็ลำบาก แต่วัฒนธรรมไทยก็ทำให้เราน้ำท่วมปากและพูดไม่ออก”

“จริงค่ะ ถ้าคุณดูผู้ป่วยที่อยู่เตียงข้าง ๆ นั้นสิคะ เขาเคยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและได้รับการกดหน้าอกกู้ชีพ ช่วงแรกภรรยาของผู้ป่วยทำใจยอมรับไม่ได้ และยืนยันให้ทำการกดหน้าอกกู้ชีพไปเรื่อย ๆ”

ลูกชายและหลานสาวของคุณยายเหลียวไปดูผู้ป่วยที่นอนอยู่เตียงข้าง ๆ ด้วยท่าทีสนใจ

“โชคดีหรือโชคร้ายก็ไม่รู้ ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพกลับมาและกลายเป็นเจ้าชายนิทราที่ไม่รู้สึกตัวและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมทั้งต้องถูกเจาะคอเพื่อช่วยหายใจให้ ช่วงแรกภรรยาของผู้ป่วยทำใจยอมรับไม่ได้และพยายามได้เถียงให้ผู้ป่วยได้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลให้นานที่สุด แต่ในที่สุดผู้ป่วยก็ต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านและไม่สามารถอยู่โรงพยาบาลไปจนถึงสิ้นอายุขัยได้อยู่ดี”

ฉันหยุดพูดชั่วคราวหนึ่งเพื่อดูท่าทีของลูกชายและหลานสาวของคุณยาย

“ปัจจุบันภรรยาได้รับการฝึกเพื่อดูแลผู้ป่วยทุกอย่างตั้งแต่ปั่นอาหารมาให้ทางสายสวนจมูก พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง อาบน้ำเข้า-เย็น ดูแลเสมหะและใส่ยาพ่นช่วยหายใจ ตลอดจนทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ จนตอนนี้ผ่านมานานหลายปี ภรรยาเริ่มใจเย็นและเข้าใจมากขึ้นว่าทุกวันนี้ อาจเป็นการสร้างความทรมานทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่ก็ต้องอยู่กันไปเช่นนี้เรื่อย ๆ”

“เวลาเหล่านั้นผ่านมากับปีแล้ว มาถึงวันนี้ภรรยาขอเพียงให้ดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยก็พอ เพราะการมีชีวิตอยู่แบบนี้กลับทำให้ทรมานทั้งต่อตัวผู้ป่วยและญาติเองเสียอีก”

“สำหรับคุณ... หมอเห็นใจเพราะคุณยายเกิดเหตุหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน แต่ในที่สุดเมื่อถึงจุดหนึ่งก็ต้องทำใจยอมรับว่าเวลานี้อยอมต้องมาถึงไม่ว่าจะช้าหรือเร็วก็ตาม อย่างไรก็ตาม สำหรับคุณแม่ของคุณครั้งนี้หมอมองต้องยอมรับว่าเทคโนโลยีที่มีอยู่ไม่สามารถเอาชนะหรือยื้อชีวิตกลับมาได้แล้ว ยิ่งคุณทำใจได้เร็วและพร้อมยอมรับก็ย่อมทำให้คุณแข็งแรงได้เร็วและก้าวต่อไปได้ ทีมหมอยังคงกดหน้าอกกู้ชีพต่อไปเรื่อย ๆ อยู่เพื่อรอเวลาให้คุณทำใจยอมรับได้เท่านั้น แม้จะรู้ว่าการกดหน้าอกต่อไปก็ไม่อาจช่วยเหลือคุณแม่ของคุณกลับมาได้แล้วก็ตาม”

ลูกชายพยักหน้าอย่างยอมรับ “ครับ...ผมเข้าใจ คงต้องปล่อยคุณแม่ไปครับ”

“ขอบคุณค่ะ ช่วงเวลานี้คุณสามารถเข้าไปดูคุณแม่เป็นครั้งสุดท้ายได้นะคะ คุณสามารถบอกกล่าวกับผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้าย เราก็ไม่อาจทราบได้ว่าผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ได้แค่ไหน แต่ก็ถือว่าเราทำดีที่สุดแล้วค่ะ”

ขอเพียงเข้าใจวัฏจักรชีวิต... ย่อมทำให้เราก้าวเดินไปตามจังหวะชีวิตได้อย่างเข้าใจและสงบ

แต่ถ้ามีการเตรียมตัวล่วงหน้าไว้อยู่เสมอ ก็ย่อมทำให้เราเตรียมใจรับมือกับการลาจากอย่างกะทันหันได้ไม่ยากเย็น



ผู้เขียนได้เขียนถึงมหันตภัยของระบบ 30 บาทรักษาทุกโรคมา 4 ตอนแล้ว คือเริ่มจากภัยต่อประชาชน ภัยต่อบุคลากรสาธารณสุข ภัยต่อระบบบริการสาธารณสุขและงบประมาณ และภัยต่อระบบการประกันสุขภาพ

ในตอนนี้ผู้เขียนจะขอเขียนถึงภัยของระบบ 30 บาท ที่มีต่อคุณภาพมาตรฐานทางการแพทย์ ซึ่งมีความหมายที่ครอบคลุมถึงมหันตภัยของระบบ 30 บาทในการที่จะทำให้เกิดการขาดคุณภาพมาตรฐานในทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือการขาดคุณภาพมาตรฐานของการบริการสาธารณสุข หรือขาดคุณภาพของการดูแลรักษาสุขภาพ (Quality of Healthcare)

ก่อนอื่นผู้เขียนขอทำความเข้าใจก่อนว่า การดูแลรักษาสุขภาพนั้น ผู้เขียนต้องการสื่อความหมายว่า มีความหมายครอบคลุมการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจร โดยครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตรวจคัดกรองก่อนเกิดโรค การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค/ความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การดูแลรักษาสุขภาพจึงควรเป็น “ความรับผิดชอบของตนเอง ร่วมกับการไปรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข” ซึ่งอาจเป็นบริการสาธารณะหรือไม่ก็ได้

สำหรับระบบ 30 บาทนั้น การดูแลสุขภาพของตนเองไม่ถูกบัญญัติให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ มีแต่การโฆษณาประชาสัมพันธ์ตลอดมาว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยไม่มีข้อจำกัดใด ๆ แม้ว่าในความเป็นจริงแล้ว สปสช. กำหนดขีดจำกัดในการรักษาหรือการให้บริการสาธารณสุขมากมายหลายประการ แต่ สปสช. ไม่ได้บอกความจริงให้ประชาชนทราบ ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังสูงในการมารับการบริการ เมื่อไม่ได้อย่างที่คาดหวังก็กล่าวโทษบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การบริการรักษาเท่านั้น ไม่ได้คิดว่าบุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือแพทย์มีข้อจำกัดในการรักษาเนื่องจากการกำหนดกฎเกณฑ์ของ สปสช.

การไม่กำหนดให้ประชาชนมีหน้าที่ดูแลรักษาสุขภาพทำให้ประชาชนไม่ตระหนักในความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อีกทั้งผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมิได้ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจร โดย

เฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ส่งเสริมกิจกรรมเพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักว่าทุกคนมีหน้าที่ที่จะต้องรับผิดชอบต่อแลรักษาสุขภาพเบื้องต้นของตนเอง และกระทรวงสาธารณสุขไม่ส่งเสริมให้ประชาชนมี “ความสามารถ” ที่จะดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้นของตนเองและครอบครัวได้



การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนี้ ประชาชนสามารถ “ทำได้เอง” โดยการมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค/อุบัติเหตุ สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นของตนเองและครอบครัวได้ และรู้ว่าเมื่อไรควรจะรีบไปหาหมอเพื่อให้ตรวจรักษา เพราะถ้ามัวแต่รักษาเองจะเป็นอันตราย และเมื่อไปพบแพทย์แล้วก็ควรจะถามแพทย์ให้เข้าใจว่าตนเองควรจะปฏิบัติตัวเช่นไร กินยาอย่างไร งดเว้นพฤติกรรมที่เสี่ยงอันตรายต่อความเจ็บป่วยอย่างไร ทั้งหมดนี้ก็เพื่อจะได้หายป่วยและมีสุขภาพดีดังเดิม พร้อมทั้งรู้ว่า จะฟื้นฟูสมรรถภาพที่สูญเสียไปอย่างไร

แต่งบประมาณที่จัดสรรไปในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนใหญ่ถูกจัดสรรไปให้องค์กรนอกเหนือกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาล กล่าวคือไปอยู่ที่ สสส. คือกองทุนสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพที่มีงบประมาณมากมาย มากกว่างบประมาณส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ไม่สามารถที่จะทำให้ประชาชนคนไทยตระหนักว่าจะส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างไร

ทั้งนี้จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ประชาชนคนไทยส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและอุบัติเหตุ อัตราการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ไม่สวมหมวกกันน็อก เมาแล้วขับ ทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการจราจรยังไม่สามารถลดลงได้อย่างน่าพอใจ อัตราการออกกำลังกายสม่ำเสมอก็ไม่เพิ่มขึ้น

ประกอบกับรัฐบาลเองก็ยังไม่สามารถควบคุมและกำจัดมลภาวะในอากาศ น้ำ และอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนล้มป่วยจากสาเหตุของสารพิษในอากาศ น้ำ และอาหาร ได้แก่ มะเร็งต่าง ๆ ที่มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากมาตลอดเวลา

สปสช. ก็โฆษณาทุกวันว่ารักษาฟรีหรือ 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนก็เลยไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพของตน ไม่สร้างสุขภาพ ไม่ป้องกันโรค โดยไม่เลิกพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ ฉะนั้นความเจ็บป่วยก็จะมีมากขึ้น

เมื่อเจ็บป่วยแล้วประชาชนก็ไม่ต้อง “กังวล” เรื่องค่ารักษา รู้สึกว่า “ป่วย” เมื่อไรก็ไปโรงพยาบาล เพราะได้รับการ “รับรอง” ว่ารักษาฟรีทุกโรค ถ้ากินยาไม่หมดยงเอยาที่ได้มาฟรี ๆ นั้นไปแลกไข่มุกกินได้อีก และถ้า

ประชาชนไม่พอใจผลการรักษาก็สามารถไปเรียกร้องขอเงินช่วยเหลือได้สูงสุดถึง 400,000 บาท

แต่เมื่อประชาชนป่วยมากขึ้น ไปรับบริการที่โรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากเกินไป ภาระงาน “เกินที่จะให้การดูแลรักษาให้มีคุณภาพตามมาตรฐานทางการแพทย์” ได้ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพด้านสุขภาพก็ไม่ได้สะท้อนปัญหาการบริการทางการแพทย์ที่ขาดคุณภาพมาตรฐานให้แก่รัฐบาล ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ตระหนักถึงปัญหาการขาดคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการทางการแพทย์ ปลอ่ยให้ประชาชนได้รับความเสี่ยงต่ออันตรายต่อสุขภาพ และก็พยายามที่จะออกกฎหมายมา “ให้เงินชดเชยแก่ประชาชนที่ได้รับความเสียหาย” แล้วเท่านั้น

ทั้งนี้การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. นั้นเกิดขึ้นตาม พ.ร.บ. เฉพาะ คือ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งการบริหารกองทุนนี้จะต้องถูกประเมินโดย กพร. (ตามมติ ครม. เมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2547) แต่ กพร. ก็ไม่เคยทำการประเมินตามหน้าที่ ส่วน สปสช. ก็เอาเงินไปจ้าง

องค์กรเอกชน (TRIS) ให้มาประเมินผลงานว่า สปสช. บริหารกองทุนดีแค่ไหนทุกปี น่าจะถือได้ว่า กพร. ได้ละเลยการปฏิบัติหน้าที่ (ในการประเมินผลงานของ สปสช.) และ สปสช. ปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ

การที่ผู้เขียนกล่าวว่า คุณภาพมาตรฐานการบริการทางการแพทย์ไม่ดีนั้น ก็ต้องดูว่าเราควรจะประเมินการบริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลอย่างไรจึงจะเหมาะสม

ในการประเมินผลงานและคุณภาพมาตรฐานการรักษาสภาพในระบบการบริการทางการแพทย์และสาธาณสุขนั้น ควรจะประเมินจากอะไรบ้าง เพื่อจะรู้ว่าประชาชนจะได้รับการบริการดูแลรักษาสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานหรือไม่?

การประเมินคุณภาพในการรักษาผู้ป่วยแต่ละคนก็ให้ความสำคัญกับ “ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก” แต่ถ้าจะประเมินคุณภาพระบบบริการทางการแพทย์แล้ว ก็จะมีการประเมินในหลากหลายมิติ

ทั้งนี้ถ้าเราไปดูวิธีการประเมินคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ (Healthcare quality) ของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป ซึ่งมีการพัฒนาคุณภาพของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศสมาชิกให้มีคุณภาพทัดเทียมกัน เพื่อจะได้ให้ประชาชนที่เดินทางท่องเที่ยวหรือทำธุรกิจในประเทศเพื่อนบ้านในสหภาพยุโรปมีความมั่นใจว่า ถ้าเจ็บป่วยในระหว่างเดินทางก็จะได้รับการบริการรักษาสุขภาพอย่างมีคุณภาพมาตรฐานเหมือน ๆ กันในแต่ละประเทศ ซึ่งการประเมินคุณภาพการบริการนั้น ควรประเมินหรือ

วัดผลการดำเนินงานทั้งสิ้น 3 เรื่องคือ

1. ทรัพยากรในการทำงาน
2. กระบวนการทำงาน
3. ผลการทำงาน

หากเรานำหลักการประเมินผลงานนี้มาประเมินคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสาธารณสุขในระบบ 30 บาท ก็จะได้ผลการประเมินดังนี้

1. ทรัพยากรในการให้บริการสาธารณสุข มีความไม่เพียงพอของทรัพยากร ซึ่งไม่ได้รับการแก้ไข ได้แก่

1.1 ขาดงบประมาณในการจัดซื้อหรือพัฒนาโรงพยาบาลที่จะต้องให้การบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน งบประมาณในการซื้อยาและเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และเทคโนโลยีที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วย โดยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณ

ในการรักษาผู้ป่วยเองในบางเรื่องที่ยากทำ (ทั้ง ๆ ที่ไม่ใช่หน้าที่ของ สปสช.) ได้แก่ การจัดทำโครงการพิเศษต่าง ๆ ในขณะที่ สปสช. จ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลที่ต้องรักษาโรคทั่วไปน้อยลง ถือว่าไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชน คือเลือกปฏิบัติต่อประชาชนและโรงพยาบาลไม่เหมือนกัน และไม่มีความชอบธรรมต่อประชาชน

คือคนจนหรือไม่จนก็ไม่ต้องจ่ายเงิน ในขณะที่ประชาชนในกลุ่มประกันสังคมต้องจ่ายเงินในการรักษาตนเอง

1.2 ขาดอาคารสถานที่ เพียงที่จะรองรับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ไม่มีการจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลเพื่อที่จะขยายอาคารสถานที่ จัดหาเตียง อุปกรณ์ทางการแพทย์ วัสดุครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ให้เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วย ทำให้เห็นผู้ป่วยต้องนอนตามเตียงเสริมเตียงแทรกหน้าห้องน้ำ หน้าบันได ที่ระเบียงหรือปูเสื่อนอนกันมากมาย ในขณะที่มีการจัดสรรงบประมาณในการบริหารสำนักงาน สปสช. จนล้นเหลือ มีอาคารสถานที่กว้างขวางใหญ่โต

1.3 ขาดบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในจำนวนที่เพียงพอต่อการดูแลรักษาและให้บริการประชาชน และไม่มีเงินจ่ายเงินเดือน และค่าจ้าง ค่าตอบแทนแก่บุคลากรที่ทำงานตรวจรักษาประชาชนอย่างเหมาะสมคุ้มค่า ทำให้บุคลากรลาออกจากระบบอย่างต่อเนื่อง บุคลากรที่อดทนทำงานอยู่จึงต้องทำงานหนัก มีความเสี่ยงต่อความผิดพลาด ในขณะที่อัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนพนักงานของ สปสช. ซึ่งทำหน้าที่บริหารการเงินเพื่อส่งต่อให้โรงพยาบาลกลับมีอัตราค่าจ้าง ค่าตอบแทน และเงินประจำตำแหน่งสูงมาก ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ลาออกจากกระทรวงสาธารณสุขมารับงานที่ สปสช. ที่งานสบาย แต่ค่าตอบแทนสูง

ถือว่าเป็นการจัดสรรงบประมาณที่ไม่ประหยัด และไม่เป็นธรรม

(อ่านต่อฉบับหน้า) >>>

MEDICAL FAIR THAILAND

6th International Exhibition on Hospital, Diagnostic,
Pharmaceutical, Medical & Rehabilitation
Equipment & Supplies

12 - 14 Sept 2013

QSNCC • Bangkok | 10.00am - 6.00pm



because **Life** matters and so does your business

Pre-register at www.medicalfair-thailand.com

Pre-register with this promotion code: **AD-MN1** and be among the 2 lucky owners of the latest Samsung Galaxy S4 which will be presented when you visit the exhibition.

Officially supported by:



Ministry of Public Health



Supported by:

Messe Düsseldorf / Organizer of:



Organized by:

Messe Düsseldorf Asia Pte Ltd

3 HarbourFront Place

#09-02 HarbourFront Tower Two

Singapore 099254

Tel (65) 6332 9620 _ Fax (65) 6337 4633

medicalfair-thailand@mda.com.sg



CELVISTA®

raloxifene HCl 60 mg/day

Acts as Selective Estrogen Receptor Modulator (SERM)

- Agonist on Bone
- Antagonist on Breast and Uterine

For Postmenopause Women :

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

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

Effects on bone quality :

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

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

Reduced the risk
of first vertebral
fracture by¹

50%

(RR 0.5, 95%CI 0.3-0.7)

*(3 yrs trial)

Reduced the risk
of invasive breast
cancer by²

72%

(RR 0.28, 95% CI 0.17-0.46)

*(4 yrs trial)

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

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



CELVISTA Brief Product Information

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

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



บริษัท ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด

183 อาคารจักรนากการ ชั้น 10 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

โทร. 0-2676-6770-9 แฟกซ์ 0-2676-6780

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

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ. 131/2555

T37-B-12-02



ศูนย์โรคหัวใจ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย

...ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นศูนย์การแพทย์ตติยภูมิให้บริการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบครบวงจร โดยคณาจารย์แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและประสบการณ์สูงในสาขาต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย สาขาวิชาอายุรศาสตร์หัวใจและหลอดเลือด สาขาวิชาศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์หัวใจ สาขาวิชาวิสัญญีวิทยาหัวใจและทรวงอก สาขาวิชาวิทยาการตรวจภาพหัวใจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ ศูนย์โรคหัวใจมุ่งเน้นการเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วย การวิจัย และเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนและสังคม...

การบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

การบรรเทาความเจ็บปวดสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจต้องประสบกับความปวดด้วยกันทุกคน แต่ความปวดนั้นสามารถบรรเทาได้โดยวิธีการให้ยาาระงับปวดซึ่งผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับภายหลังการผ่าตัดร่วมกับวิธีการไม่ใช้ยา คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อประกอบการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในเรื่องการบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยเนื้อหาประกอบด้วยสาเหตุ ชนิด ความรุนแรง ลักษณะ ระยะเวลา และตำแหน่งของความปวด กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่อาจมีผลต่อความปวด การประเมินความปวด การบรรเทาความปวดด้วยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมทั้งประโยชน์ของการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และมีกำลังใจในการร่วมมือในการรักษาและจัดการกับความปวดหลังการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบรรเทาความปวดหลังการผ่าตัดหัวใจมี 2 วิธีคือ โดยวิธีการใช้ยาบรรเทาปวด ซึ่งท่านจะได้รับตามความเหมาะสมทุกคน และวิธีที่ไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่ท่านสามารถเลือกปฏิบัติได้ตามความคุ้นเคย ความชอบ และความเหมาะสมของแต่ละคน ดังนั้น เมื่อมีการประเมินความปวด สิ่งสำคัญคือ ท่านควรบอกความรู้สึกปวดตามความเป็นจริง และไม่ต้องกลัวหรือเกรงใจที่จะบอกความปวดกับแพทย์และพยาบาล เพื่อที่ท่านจะได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง

เมื่อท่านได้เรียนรู้ เข้าใจ และสามารถฝึกปฏิบัติในการบรรเทาความปวดโดยวิธีต่าง ๆ ได้แล้วก็จะช่วยให้ท่านสามารถฟื้นหายได้โดยเร็ว และกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

ความหมาย ความปวดเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย
สาเหตุ เกิดจากแผลและการเจ็บของเนื้อเยื่อขณะผ่าตัด



ความปวดหลังการผ่าตัดหัวใจ

- o การผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่จะใช้วิธีผ่าตัดเปิดทรวงอก
- o เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้น แพทย์จะใส่สายระบายทรวงอกไว้

ลักษณะของความปวด

ความปวดหลังผ่าตัดหัวใจจะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาไม่นาน โดยในช่วงหลังการผ่าตัดวันที่ 1-3 ท่านอาจมีความรู้สึกปวดค่อนข้างมาก ซึ่งลักษณะความปวดอาจเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ปวดตึง ๆ เจ็บจี๊ด ๆ ปวดตื้อ ๆ แน่น ๆ หรือปวดเมื่อย ปกติความปวดจะค่อยลดลงหลังการผ่าตัดวันที่ 3 โดยค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลา ซึ่งส่วนใหญ่ความปวดจะลดลงอย่างมากประมาณช่วงหลังผ่าตัดได้ 1-2 สัปดาห์ และความปวดจะหมดไปภายใน 1-2 เดือนหลังการผ่าตัด



ตำแหน่งของความปวด

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจด้วยวิธีผ่ากลางกระดูกสันอกมักจะรู้สึกปวดหรือไม่สุขสบายในบริเวณตำแหน่งที่ 1-5 ส่วนในรายที่ทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะปวดในบริเวณตำแหน่งที่ 6 และ 7 เพิ่มขึ้นได้

กิจกรรมการรักษายาบาลที่มีผลต่อความปวด

กิจกรรมเพื่อการรักษายาบาลมีความจำเป็นที่ต้องกระทำเพื่อความปลอดภัยและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของท่าน แต่อย่างไรก็ตาม อาจจะทำให้ท่านรู้สึกไม่สุขสบาย หรือปวดแผลได้บ้าง

กิจกรรมการรักษายาบาลดังกล่าว ได้แก่

- o การดูดเสมหะทางท่อช่วยหายใจ
- o การถอดท่อระบายทรวงอกออก
- o การกระตุ้นหัวใจ
- o การบริหารการหายใจ โดยการหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ หรือการใช้อุปกรณ์

o การเริ่มให้เคลื่อนไหว พลิกตัวบนเตียง

การบริหารร่างกายบนเตียง

- o การให้ลุกลงจากเตียงเพื่อนั่งเก้าอี้
- o การให้เริ่มเดิน เป็นต้น

ดังนั้น พยาบาลจะประเมินความปวดก่อนทำกิจกรรม และจะช่วยบรรเทาความปวดด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ท่านมีความพร้อมในการเริ่มกิจกรรม และมีความปวดขณะทำกิจกรรมน้อยที่สุด

การประเมินความปวด

เพื่อการสื่อสารที่ตรงกันถึงระดับความปวด จึงมีการประเมินความปวดเป็นคะแนน โดยท่านจะเป็นผู้เลือกระดับคะแนนความรุนแรงของความปวดตามความรู้สึกของตนเอง



ระดับความปวดที่ประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

คะแนน 1-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย

คะแนน 4-6 หมายถึง ปวดปานกลาง

คะแนน 7-10 หมายถึง ปวดรุนแรงมาก

© ในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ท่านจะได้รับการประเมินความปวดอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นถ้าความปวดของท่านอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือสามารถควบคุมความปวดได้ ท่านจะได้รับการประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง พร้อมสัญญาณชีพ หรือก่อนเริ่มกิจกรรมการรักษายาบาลที่มีผลต่อความปวด

© การประเมินความปวดจะทำให้แนวทางการรักษายาบาลเพื่อบรรเทาความปวดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การบรรเทาความปวดโดยวิธีการใช้ยา

หลังผ่าตัดท่านจะได้รับยาบรรเทาความปวดทันทีที่ท่านเริ่มรู้สึกตัว ดังนี้

หลังการผ่าตัดวันแรก

ท่านต้องพักรักษาในไอซียู พยาบาลจะประเมินความปวดของท่านทันทีที่ท่านเริ่มรู้สึกตัว และท่านจะได้รับยาบรรเทาความปวดโดยการหยดเข้าทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง

หลังการผ่าตัดวันที่หนึ่งเป็นต้นไป

เมื่อท่านสามารถรับประทานได้แล้วจะเปลี่ยนเป็นยาบรรเทาความปวดชนิดรับประทาน เช่น พาราเซตามอล 500 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมง อาจร่วมกับการรับประทานยาบรรเทาความปวดชนิดอื่น และหากไม่สามารถบรรเทาความปวดด้วยยาชนิดรับประทานได้จะพิจารณาให้ยาฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำได้เป็นครั้งคราวตามความเหมาะสม

ดังนั้น การรับประทานยาบรรเทาความปวดอย่างสม่ำเสมอตามเวลา จะช่วยให้ท่านควบคุมความปวดได้ดีกว่าการรอให้มีความปวดมากแล้วจึงค่อยรับประทานยา และถ้าหากรับประทานยาตามเวลาแล้วยังรู้สึกปวดมากให้แจ้งพยาบาลทราบ

การบรรเทาความปวดโดยวิธีที่ไม่ใช้ยา

เป็นวิธีการพยาบาลที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบรรเทาความปวดด้วยยา เช่น

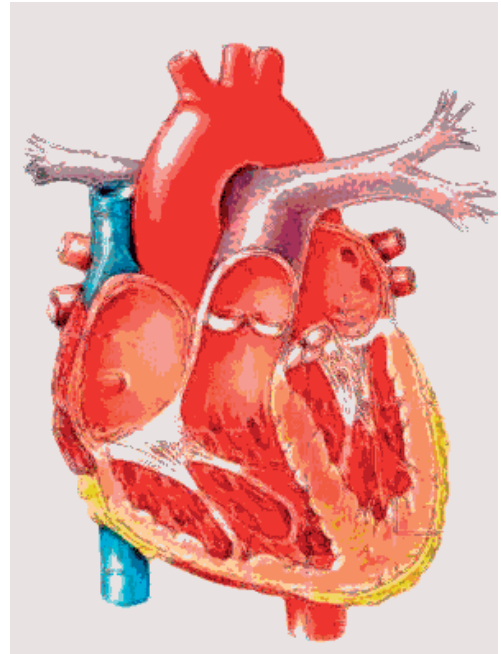
1. การนวดคลึงเบา ๆ บริเวณที่ไม่มีแผลหรือสายน้ำเกลือ เช่น มือ เท้า หลัง หรือสะโพก เป็นต้น จะช่วยยับยั้งการส่งกระแสประสาทของความปวด ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ คลายความเครียด ลดความกังวล ผู้ป่วยจึงรู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้หลับสบาย

2. การผ่อนคลายโดยใช้การฝึกการหายใจลึก ๆ ยาว ๆ หรือทำสมาธิ ช่วยให้จิตใจสงบ ไม่เครียดหรือกังวลมากเกินไป ทำให้จิตใจและอารมณ์สงบ กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ทำให้ลดความปวดลงได้

3. การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด เช่น การฟังดนตรี ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น

4. การใช้หมอนประคองบริเวณแผลผ่าตัดหรือระหว่างขา การเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการบริหารการหายใจ เช่น การหายใจลึก ๆ การไอหรือดูดเสมหะ จะช่วยบรรเทาความปวดแผลได้

5. การเปลี่ยนท่าที่ถูกต้อง เช่น ใช้วิธีการตะแคงตัว ในการเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นนอนจะช่วยลดการเกร็งกล้ามเนื้อและการดึงของแผลผ่าตัดจากการเปลี่ยนท่านั่งหรือนอนได้ เป็นต้น



ประโยชน์ของการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพ

การบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งช่วยให้ท่านฟื้นหายเร็วขึ้นได้ ดังนี้

1. ช่วยป้องกันไม่ให้หัวใจทำงานหนักจากการตอบสนองต่อความปวด
2. ช่วยให้ท่านไอได้มีประสิทธิภาพ จึงไม่มีเสมหะคั่งค้างในปอด สามารถบริหารการหายใจ โดยหายใจเข้า-ออกลึก ๆ หรือใช้อุปกรณ์ได้ดีทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ จึงไม่เกิดภาวะปอดแฟบหรือปอดอักเสบ
3. ทำให้ท่านสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น
4. ทำให้ท่านสามารถออกกำลังกายตามความเหมาะสม และลุกออกจากเตียงเพื่อนั่งข้างเตียง ยืน เดิน รวมทั้งการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เร็วขึ้น
5. ช่วยลดอาการนอนไม่หลับอันเนื่องมาจากความปวด
6. ลดการเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ลดความกลัว ความวิตกกังวล เครียด หงุดหงิด กระวนกระวาย เป็นต้น





ยาสมุนไพรกับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่ข้อเข่าเกิดความผิดปกติ เนื่องจากเกิดความผิดปกติแบบถาวรของร่างกายซึ่งพบในผู้ป่วยสูงอายุ หรืออาจเกิดการเปลี่ยนแปลงจากสาเหตุอื่นได้ เช่น การติดเชื้อ เป็นต้น อันส่งผลให้เกิดความผิดปกติของผิวข้อที่เป็นกระดูกอ่อนเริ่มสึกหรอ ทำให้ผิวข้อส่งผลทำให้การเคลื่อนไหวข้อเข่าเริ่มมีการติดขัด เกิดเสียงดังขณะเคลื่อนไหวข้อเข่า การรักษาทำได้หลายวิธี ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การทำกายภาพบำบัด การใช้ยาบรรเทาอาการ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ยาที่ใช้ก็มีหลายประเภท ส่วนใหญ่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด มีทั้งชนิดรับประทานและใช้เฉพาะที่ยารับประทานบางประเภทหากใช้นาน ๆ อาจส่งผลต่อร่างกายได้ ได้มีผู้นำสมุนไพรมาใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดในรูปแบบของยาทาเฉพาะที่ในประเทศไทยเริ่มมีที่ใช้ได้แก่สมุนไพรที่เป็นสารสกัดจากพริก และต้นไพล มาใช้เป็นยาทาเฉพาะสำหรับแก้อาการปวด

กล้ามเนื้อ ในต่างประเทศมีสมุนไพรมากมาย ที่มีศักยภาพในการช่วยลดอาการปวด เช่น เจลจากสารสกัด arnica เจลจากสารสกัด comfrey ยาสมุนไพรจะต้องขึ้นทะเบียนเป็นยาสมุนไพร

ผู้ป่วยที่มีโรคข้อเข่าเสื่อมที่ใช้เจลสกัดจากต้น arnica พบว่าเมื่อใช้เจล arnica เปรียบเทียบกับ ibuprofen ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าอักเสบ เจลจากสารสกัด arnica มีประสิทธิภาพบรรเทาอาการปวด และหลังใช้ทำให้หน้าที่การทำงานของข้อเข่าดีขึ้นใกล้เคียงกับเจล ibuprofen ซึ่งเป็นสาร NSAID

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ใช้เจลสารสกัดจากพริกที่มีสาร capsaicin พบว่าเจลจากสารสกัดดังกล่าวลดอาการปวดได้เล็กน้อย และหลังใช้พบว่าทำให้หน้าที่การทำงานของข้อเข่าไม่แตกต่างกับยาหลอก

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ใช้เจลสกัดจากต้น comfrey พบว่าเจล comfrey ดังกล่าวช่วยลดอาการปวดได้เล็กน้อย และ

หลังใช้พบว่าทำให้หน้าที่การทำงานของข้อเข่าไม่แตกต่างกับยาหลอก

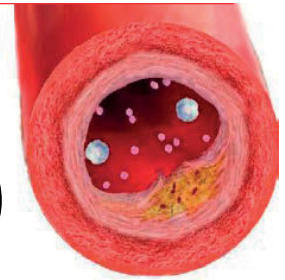
ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ใช้เจลจากสารสกัดจีน พบว่าเจลจากสารสกัดดังกล่าวลดอาการปวดได้เล็กน้อย และหลังใช้พบว่าหน้าที่การทำงานของข้อเข่าดีกว่าการใช้ยาหลอก

กล่าวโดยสรุป การใช้ยาสมุนไพรเฉพาะที่เพื่อบรรเทาอาการปวดจากโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่ายางบางประเภท เช่น เจล arnica ช่วยลดอาการปวดได้มีประสิทธิภาพดี สามารถใช้บรรเทาอาการปวดจากข้อเข่าเสื่อมได้ จึงเป็นอีกทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม



โรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว

(Transient ischemic attack, TIA)



ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 67 ปี มีโรคประจำตัวเดิมเป็นโรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง ถูกนำตัวส่งที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการแขนและขาอ่อนแรงข้างขวา 11 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาติให้ประวัติว่า เมื่อ 11 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะผู้ป่วยและครอบครัวกำลังนั่งดูโทรทัศน์ด้วยกันในบ้าน จู่ ๆ ผู้ป่วยก็บอกว่ารู้สึกแขนขาไม่มีแรง ไม่สามารถยกแขนขาขึ้นจากที่รองแขนของโซฟาได้ และอ่อนแรงที่ขาขวาด้วย ยกขาขวาไม่ขึ้น ต้องลากขาขวา และให้คนช่วยพยุงเดิน ญาติผู้ป่วยพยายามบีบนิ้วกดกล้ามเนื้อแต่อาการอ่อนแรงก็ไม่ดีขึ้น ญาติผู้ป่วยแนะนำให้ผู้ป่วยนอนพัก (นอนประมาณ 8 ชั่วโมง) หลังจากตื่นมาอาการอ่อนแรงดีขึ้นเรื่อย ๆ คือ สามารถยกแขนและขาขวาได้เอง ทำกิจวัตรประจำวันพอได้ เดินเองได้ช้า ๆ แต่เนื่องจากลูกสาวผู้ป่วยรู้สึกกังวล จึงนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ตามองเห็นปกติดี ไม่มีตาพร่าหรือเห็นภาพซ้อน ไม่ปวดศีรษะ สถานะเดิมผู้ป่วยเดินได้ดีและช่วยเหลือตัวเองได้

การตรวจร่างกายแรกที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 156/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที การตรวจร่างกายทั่วไปในระบบต่าง ๆ พบอยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนการตรวจร่างกาย ระบบประสาท พบว่าแขนขาแข็งแรงปกติ ไม่มีหนังตาตกหรือมุมปากเบี้ยว การตรวจเส้นประสาทสมองทั้ง 12 เส้นปกติดี ระบบรับรู้ความรู้สึกปกติดี การตรวจการทำงานของ cerebellar เป็นปกติ และ Babinski's sign ให้ผลลบ

ในเบื้องต้นแพทย์ได้ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป เช่น ตรวจดูความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count), เกลือแร่ในเลือด (electrolyte), ค่าการทำงานของไต (blood urea nitrogen, creatinine) พบอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งหมด ต่อมาแพทย์จึงได้ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองชนิดไม่ฉีดสี (CT scan brain with non-contrast) ก็ไม่พบความผิดปกติแต่อย่างใด

จากประวัติผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของแขนขาข้างขวาชัดเจน แต่เมื่อตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติใด ๆ แสดงว่าอาการผิดปกตินั้นเป็นน้อยกว่า 24 ชั่วโมง แพทย์จึงวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเส้นเลือดสมองตีบชั่วคราว

โรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว

(Transient ischemic attack)

โรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวคือ ภาวะที่สมองเสียการทำงานในระยะเวลาดสั้น ๆ เกิดจากตำแหน่งบางตำแหน่งในสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว แต่ไม่ถึงขั้นทำให้เกิดเนื้อสมองตาย โดยส่วนมากแล้วอาการของหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวจะไม่นานเกิน 1 ชั่วโมง แต่ก็ไม่มีเวลาที่ตายตัวแน่นอน ถึงแม้มีภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงไม่นานก็อาจเกิดเนื้อสมองตายถาวรได้ ปัจจุบันภาพถ่ายรังสีสมองเข้ามามีบทบาทในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวมากขึ้น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคของหลอดเลือดสมองตีบซ้ำมากกว่าคนทั่วไป การประเมินอาการและรักษาผู้ป่วยโดยเร็วจะสามารถลดโอกาสเสี่ยงนี้ได้

ABCD2 score เป็นวิธีเบื้องต้นใช้ในการประเมินโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 2 วันแรกหลังจากหลอดเลือดสมองอุดตันชั่วคราว

ABCD2 score

- age (อายุ) : ≥ 60 ปี ได้ 1 คะแนน
- blood pressure (ความดันโลหิต) : ความดันโลหิตตัวบน ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่าง ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ได้ 1 คะแนน
- clinical features (อาการ) : อ่อนแรงครึ่งซีกได้ 2 คะแนน, พุดไม่ชัดได้ 1 คะแนน, อื่น ๆ ได้ 0 คะแนน
- duration of symptoms (ระยะเวลาที่มีอาการ) : ≥ 60 นาที ได้ 2 คะแนน, 10-59 นาที ได้ 1 คะแนน, < 10 นาที ได้ 0 คะแนน
- diabetes (เบาหวาน) ได้ 1 คะแนน

แปลความหมาย : 0-3 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงน้อย (stroke risk 1%)
 4-5 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง (stroke risk 4%)
 6-7 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง (stroke risk 8%)

การประเมินโอกาสเสี่ยงจะมีความแม่นยำมากขึ้น หากมีการนำเครื่องมืออื่น ๆ เข้ามาช่วย เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) หรือภาพถ่ายคลื่นสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (diffusion-weighted MRI)

การประเมินผู้ป่วยเพื่อรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือให้รักษาตัวที่บ้าน

ข้อดีของการนอนโรงพยาบาลคือ หากผู้ป่วยมีอาการเป็นซ้ำก็สามารถรับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และรับการรักษาอื่น ๆ ได้อย่างทันท่วงที

สมาคมโรคหัวใจและสมาคมอัมพาตของสหรัฐอเมริกา (American Heart Association/American Stroke Association) ในปี ค.ศ. 2009 ได้ออกแนวทางการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวไว้รักษาในโรงพยาบาลคือ ต้องมาโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ และ

- ABCD2 score ≥ 3 คะแนน
- ABCD2 score อยู่ระหว่าง 0-2 คะแนน และมีความเป็นไปได้ว่าการส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยจะใช้เวลามากกว่า 2 วัน

● ABCD2 score อยู่ระหว่าง 0-2 คะแนน และมีหลักฐานบ่งบอกว่าสาเหตุของอาการมาจากการขาดเลือดที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งในสมอง

The National Stroke Association แนะนำให้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล สำหรับกรณีที่มีอาการหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวภายใน 24-48 ชั่วโมง และ

- มีอาการนานอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
- มีอาการแสดงของเส้นเลือดแดง internal carotid ตีบ $> 50\%$
- รู้แหล่งของก้อนเลือด (embolus) ชัดเจน เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิด
- มีภาวะเลือดแข็งตัวง่ายอยู่เดิม
- มีโอกาสเสี่ยงสูงของการเกิดโรคหลอดเลือดตีบในสมอง (stroke)

ตามหลังจากการเป็นหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาไว้ในโรงพยาบาล ควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมดังนี้

- ภาพถ่ายทางรังสีของศีรษะและสมอง เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) หรือภาพถ่ายโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)
- การศึกษาเส้นเลือดสมอง เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์เส้นเลือด (CT angiography) หรือคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound)
- การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG)

รวมทั้งก่อนอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ แพทย์ควรแนะนำว่าหากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติให้รีบมาตรวจที่ห้องฉุกเฉินโดยทันที

การรักษา

หลักการคือ รักษาตามสาเหตุและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ

ควบคุมปัจจัยเสี่ยง

1. ความดันโลหิตสูง

- ควรลดความดันโลหิตลงประมาณ 10/5 มิลลิเมตรปรอท และควรควบคุมความดันโลหิตให้ $< 120/80$ มิลลิเมตรปรอท

● การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างเช่น งดอาหารเค็ม ลดน้ำหนัก กินผักและผลไม้ กินอาหารที่มีไขมันต่ำ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

● การเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตก็แล้วแต่ดุลยพินิจของแพทย์และโรคประจำตัวของผู้ป่วย มีบางรายงานแนะนำให้ใช้ยาขับปัสสาวะ (diuretic) หรือใช้ยาขับปัสสาวะร่วมกับยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI)

2. เบาหวาน

- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ คือ ระดับน้ำตาลในเลือดที่วัดหลังจากอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง < 100 มก./ดล. และ $HbA1C \leq 7\%$

● ยาลดความดันโลหิตบางกลุ่ม เช่น ACEI, Angiotensin II receptor blockers (ARBs) ช่วยลดการดำเนินโรคที่แย่งลงของไต ดังนั้น จึงแนะนำให้ใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทั้งความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

3. ไขมันในเลือดสูง

- ยาที่แนะนำในการใช้ลดไขมันในเลือดคือ ยากลุ่ม statin

● ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการมีหลอดเลือดตีบแข็งโดยที่ไม่มีโรคของหลอดเลือดหัวใจ (atherosclerosis risk without coronary artery disease) ควรลด LDL ลง 50% หรือระดับ LDL < 70 มก./ดล.

● NCEP III guidelines แนะนำให้ผู้ป่วย TIA ที่มี cholesterol สูง และมีโรคของหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วยควรปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิต ควบคุมอาหาร และรับประทานยาสม่ำเสมอ

● บุคคลที่มีระดับไขมัน HDL ในเลือดต่ำก็ควรใช้ยา ได้แก่ niacin, gemfibrozil

4. สูบบุหรี่

- แนะนำให้ผู้ป่วยที่เพิ่งสูบบุหรี่ภายใน 1 ปีที่ผ่านมายุติสูบบุหรี่

● หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีควันบุหรี่

- วิธีการหยุดสูบบุหรี่ ได้แก่ ให้คำแนะนำปรึกษา ใช้ผลิตภัณฑ์จากนิโคติน ใช้ยาช่วยหยุดบุหรี่

5. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกหรือลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ลง ปริมาณที่พอรับได้คือ < 2 แก้วต่อวันในผู้ชาย และ < 1 แก้วต่อวันในผู้หญิงที่ไม่ตั้งครรภ์

6. โรคอ้วน (BMI > 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร)

- ไม่มีการศึกษาวิจัยใดพบว่า การลดน้ำหนักจะช่วยลดโอกาสเกิดหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ

7. การออกกำลังกาย

- แนะนำให้ออกกำลังกายระดับปานกลางถึงมาก (moderate-intensity) เช่น เดิน หรือปั่นจักรยานเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ประมาณ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์

8. โรคอ้วนลงพุง (metabolic syndrome)

- แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก
- รักษาโรคอื่นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง

การรักษาตามสาเหตุ

● ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดขนาดใหญ่ตีบแข็ง

1. กลุ่มเส้นเลือด carotid ที่อยู่นอกสมอง

Carotid Endarterectomy (CEA)

- ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวและหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีเส้นเลือดแดง carotid ตีบ > 70% ควรให้การรักษาด้วยการผ่าตัดลอกคราบไขมันในเส้นเลือด (Carotid Endarterectomy) ร่วมกับการรักษาด้วยยาที่มีประโยชน์กว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

- ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราวและหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีเส้นเลือดแดง carotid ตีบ < 50% พบว่าไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดลอกคราบไขมันในเส้นเลือด (Carotid Endarterectomy)

Carotid Angioplasty and Stenting (CAS)

- invasive น้อยกว่า
- เหมาะกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการทำ CEA
- มีการศึกษา (EVA-3S, SPACE) พบว่า CAS และ CEA ได้ประโยชน์ไม่แตกต่างกันในผู้ป่วยที่มีอาการ

Extracranial-Intracranial Bypass Surgery (EC/IC)

- ไม่มีรายงานที่พบประโยชน์ชัดเจน

2. กลุ่มเส้นเลือด vertebrobasilar ที่อยู่นอกสมอง

- การเปิดหลอดเลือด (revascularization) และการผ่าตัดรักษา มีข้อบ่งชี้ให้ใช้ในผู้ป่วยเส้นเลือด vertebrobasilar ตีบที่ยังมีอาการทั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้ว

3. หลอดเลือดในสมองตีบแข็ง

- การรักษาด้วยวิธี endovascular (การขยายหลอดเลือดหรือใส่

stent) ในผู้ป่วยหลอดเลือดในสมองตีบที่ยังมีอาการแม้ได้รับการรักษาด้วยยานั้น พบว่ายังไม่มีประโยชน์ที่ชัดเจน

● การรักษาด้วยยาในผู้ป่วย cardiogenic embolism

1. หัวใจเต้นพริ้ว (atrial fibrillation, AF)

- ยาที่แนะนำคือ ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (warfarin) เพื่อให้ค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) 2.0-3.0
- ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถกินยาด้านการแข็งตัวของเลือดได้ก็ให้กิน aspirin แทน (ไม่กิน aspirin + clopidogrel เนื่องจากมีโอกาสเลือดออกพอ ๆ กับ warfarin)

- ผู้ป่วย AF ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ถ้ามีเหตุจำเป็นให้ไม่สามารถกินยา warfarin ได้ก็ควรให้ Low Molecular Weight Heparin ฉีดเข้าใต้ผิวหนังแทน

2. หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและก้อนเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย (acute Myocardial Infarction and left ventricular thrombus)

- ยาที่แนะนำคือ ยาด้านการแข็งตัวของเลือดชนิดกิน (warfarin) เพื่อให้ค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) 2.0-3.0 กินนานอย่างน้อย 3 เดือน

3. โรคกล้ามเนื้อหัวใจที่ไม่ทราบสาเหตุ (cardiomyopathy)

- ยาที่แนะนำคือ warfarin (INR 2.0-3.0), aspirin 81 มก.ต่อวัน, clopidogrel 75 มก.ต่อวัน

● ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจธรรมชาติดั้งเดิม (native valvular heart disease)

1. ลิ้นหัวใจรูมาติกที่ลิ้นไมทรัล (rheumatic mitral valve disease)

- กิน warfarin ระยะยาว (INR 2.0-3.0)
- 2. ลิ้นหัวใจไมทรัลยื่น (mitral valve prolapse)
- แนะนำให้กินยาด้านเกล็ดเลือด เช่น aspirin
- 3. หินปูนเกาะติดที่ลิ้นไมทรัล (mitral annular calcification)

4. โรคลิ้นหัวใจเอออร์ตา (aortic valve disease)

- พิจารณาให้ยาด้านเกล็ดเลือด เช่น aspirin

● ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจเทียม (prosthetic heart disease)

- ยาที่แนะนำในผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะคือ warfarin (INR 2.5-3.5)

- ในผู้ป่วยที่แม้กินยาด้านการแข็งตัวของเลือดอยู่แต่มีเส้นเลือดสมองอุดตันหรือก้อนเลือดไปอุดตัน (embolism) ก็ให้เพิ่ม aspirin 75-100 มก./วัน และคุมระดับ INR = 3

● ยาที่แนะนำในผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเทียมชนิดเนื้อเยื่อสัตว์ พิจารณาให้ warfarin (INR 2.0-3.0)

● การใช้ยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยที่สาเหตุ TIA ไม่ได้มาจากหัวใจ [Antithrombotic Therapy for Non cardioembolic Stroke or TIA (Specifically, Atherosclerotic, Lacunar, or Cryptogenic Infarction)]

1. ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet)

● แนะนำกินยาต้านเกล็ดเลือดมากกว่ายาต้านการแข็งตัวของเลือดในการลดโอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

● Aspirin (50-325 มก./วัน), aspirin 25 มก. + extended-release dipyridamole 200 มก. 2 ครั้งต่อวัน, clopidogrel 75 มก.

การเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับโรคประจำตัวผู้ป่วย ราคา และอาการร่วมกัน ๆ

2. ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (oral anticoagulant)

● มีการศึกษาพบว่า การกิน warfarin จะเพิ่มความเสี่ยงต่อเลือดออกรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่มีหลักฐานแน่นอนในการลดโอกาสเกิดหลอดเลือดอุดตัน

● หลอดเลือดสมองอุดตันในผู้หญิง (stroke in woman)

1. ผู้หญิงตั้งครรภ์

● ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเลือดแข็งตัวง่าย เช่น มีภาวะเลือดแข็งตัวมากผิดปกติ หรือมีลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ แนะนำปรับขนาดยา unfractionated heparin (UFH) ตลอดช่วงการตั้งครรภ์ เช่น ฉีดเข้าใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง + เจาะ PTT หรือปรับขนาดยา LMWH + เจาะ anti factor Xa หรือ UFH/LMWH จนถึงอายุครรภ์ 13 สัปดาห์ ตามด้วยให้

warfarin จนถึงช่วงกลางของอายุครรภ์ในไตรมาสสาม และให้ UFH/LMWH ต่อจนกระทั่งคลอด

● ผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดแข็งตัวง่าย แนะนำ UFH/LMWH ตลอดการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก ตามด้วย aspirin ขนาดต่ำตลอดช่วงการตั้งครรภ์

2. หญิงหลังหมดประจำเดือนที่รักษาด้วยฮอร์โมน (postmenopausal hormone therapy)

● ไม่แนะนำให้ใช้ฮอร์โมนรักษาอาการผิดปกติหลังหมดประจำเดือนในผู้หญิงที่เป็น TIA

● การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหลังจากเกิดภาวะเลือดออกในสมอง (use of anticoagulant after intracranial hemorrhage)

● ผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกในสมอง เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองให้หยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดและยาต้านเกล็ดเลือดในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก พร้อมทั้งแก้ไขฤทธิ์ warfarin ด้วย FFP, prothrombin complex concentrate, vitamin K ทันที

● Protamine sulfate ใช้ในการแก้ฤทธิ์ heparin

● หลังจากเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มยาต้านเกล็ดเลือดขึ้นอยู่กับว่าเป็นการแข็งตัวของเลือดในเส้นเลือดแดงหรือดำ โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดเลือดออกในสมองซ้ำ และสภาพผู้ป่วยแต่ละคน

เอกสารอ้างอิง

1. Rosamond W, Flegal K, Friday G, Furie K, Go A, Greenlund K, et al. Heart disease and stroke statistics-2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation 2007;115:e69-e171.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr., et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003;289:2560-72.
3. Executive summary: standards of medical care in diabetes-2009. Diabetes Care 2009;32(suppl 1):S6-S12.
4. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285:2486-97.
5. Amarenco P, Goldstein LB, Szarek M, Silesen H, Rudolph AE, Callahan A III., et al. Effects of intense low-density lipoprotein cholesterol reduction in patients with stroke or transient ischemic attack: the Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) trial. Stroke 2007;38:3198-204.
6. Bloomfield Rubins H, Davenport J, Babikian V, Brass LM, Collins D, Wexler L, Wagner S, Papademetriou V, Rutan G, Robins SJ. Reduction in stroke with gemfibrozil in men with coronary heart disease and low HDL cholesterol: the Veterans Affairs HDL Intervention Trial (VA-HIT). Circulation 2001;103:2828-33.
7. Williams MA, Fleg JL, Ades PA, Chaitman BR, Miller NH, Mohiuddin SM, Ockene IS, Taylor CB, Wenger NK. Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (with emphasis on patients > or = 75 years of age): an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention. Circulation. 2002;105:1735-43.
8. Mayberg MR, Wilson SE, Yatsu F, Weiss DG, Messina L, Hershey LA, Colling C, Eskridge J, Deykin D, Winn HR; Veterans Affairs Cooperative Studies Program 309 Trialist Group. Carotid endarterectomy and prevention of cerebral ischemia in symptomatic carotid stenosis. JAMA. 1991;266:3289-94.
9. Rothwell PM, Eliasziw M, Gutnikov SA, Warlow CP, Barnett HJ. Endarterectomy for symptomatic carotid stenosis in relation to clinical subgroups and timing of surgery. Lancet 2004;363:915-24.
10. Flossmann E, Rothwell PM. Prognosis of vertebrobasilar transient ischaemic attack and minor stroke. Brain 2003;126:1940-54.

แพทย์ไม่ได้ตรวจผู้ป่วยทางคดี: ทำอย่างไรเมื่อเจ้าพนักงานขอรายงาน (รายงานผู้ป่วย 1 ราย)

No Physical Examination In Forensic Aspect: How Can We Do For Medical Report (A Case Report)

หลายครั้งที่แพทย์ทางคลินิกมิได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการบาดเจ็บหรือบาดเจ็บของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจหรือพบ (complaint) โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่ต้องการตรวจเฉพาะแต่ “ด้านที่ตนเองเชี่ยวชาญเท่านั้น” และคิดว่าตนเองจะตรวจเพียงเท่านั้น ยิ่งกว่านั้นแพทย์บางส่วนยังคิดว่าส่วนที่เกินกว่า “ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านแห่งตน” สมควรเป็นหน้าที่ของพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องนำผู้ป่วยไปให้แก่แพทย์ที่เกี่ยวข้องให้การดำเนินการทางการแพทย์ หรือในบางสถานพยาบาล แพทย์แผนกต่าง ๆ ยังคิดว่าหากเป็นเรื่องการที่ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกายหรืออุบัติเหตุ เช่น จราจรแล้ว สมควรที่แพทย์ผู้ตรวจคือ “**แพทย์ทางอุบัติเหตุ**” เท่านั้น ส่วนโรคต่าง ๆ นั้นจึงเป็นของแพทย์ทั่วไป ยิ่งกว่านั้นหากแพทย์ตรวจในส่วนของตนเองเสร็จแล้วก็ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์อื่น เช่น พยาบาล เป็นผู้จัดส่งผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการแพทย์อื่นมิได้ส่งผู้ป่วยเพื่อรับการดำเนินการทางการแพทย์ครบถ้วนแล้ว “ตนเองถือว่าไม่มีหน้าที่แต่อย่างใด” เรื่องดังกล่าวนี้ในวันแพทย์จะเป็นเช่นนี้มากขึ้น และหากมีแนวคิดเช่นนี้อาจส่งผลกระทบต่อแพทย์ได้

.....หากแพทย์ไม่สามารถระบุหรือยืนยันได้ว่าในวันดังกล่าวผู้ป่วยมีบาดเจ็บประการใด เช่นนี้แพทย์อื่น (รวมถึงแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์) ย่อมไม่สามารถที่จะระบุบาดเจ็บอะไรได้ เพราะเท่ากับเป็นการเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบโดยผลการอาจเข้าข่ายการให้ข้อความอันเป็นเท็จได้

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย)

ประวัติ:

ผู้ป่วยเป็นชาย อายุ 35 ปี มีประวัติเป็นโรคไทรอยด์อยู่เดิม รักษาไปแล้วแต่ต้องการรับยาเพิ่มเพราะลืมยาไว้บนรถรับจ้าง เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับคนขับรถรับจ้างเกิดการชิงทรัพย์

วันเกิดเหตุผู้ป่วยมาสถานพยาบาลเพื่อรับยาแล้วกลับด้วยรถรับจ้างขณะที่ผู้ป่วยนั่งรถรับจ้างได้มีปัญหากับคนขับรถรับจ้างเนื่องจากถูกประทุษร้ายและจะชิงทรัพย์ ผู้ป่วยจำต้องโดดลงมาจากรถ ต่อมาเกิดการต่อสู้กับคนขับรถจนเกิดการบาดเจ็บเนื่องจากถูกทำร้ายร่างกาย ผู้ป่วยจึงต้องมาที่โรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่งในตอนสายของวันเกิดเหตุ

เมื่อมาถึงโรงพยาบาลจึงได้ยื่นบัตรแจ้งกับพยาบาลว่า “ยาไทรอยด์ที่รับหายในรถรับจ้าง” ผู้ป่วยถูกส่งเข้ารับการตรวจโรคไทรอยด์ และแจ้งกับแพทย์เช่นกันว่าขาดหายในรถรับจ้าง แพทย์จึงได้สั่งยาไทรอยด์เท่าที่นั่นดังเช่นตามปกติที่เคยได้ มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียน (OPD Card) (ภาพที่ 1)

“ในบันทึกที่ปรากฏ

ในเวชระเบียน มีเนื้อหา:

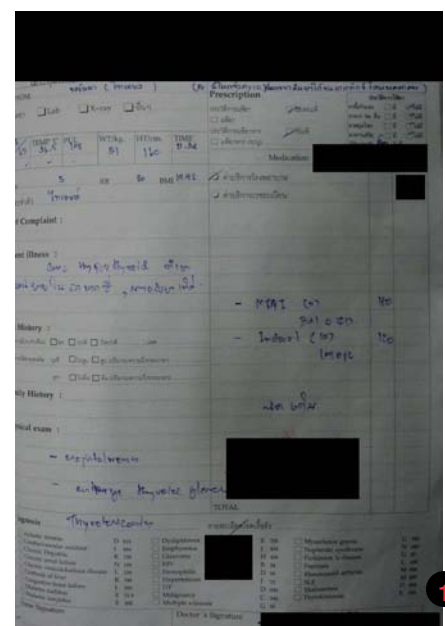
* ขอรับยา (ไทรอยด์)
 (pt มีใบแจ้งความเนื่องจากลืมยาไว้บนรถแท็กซี่เหตุโดนล่อลวง)

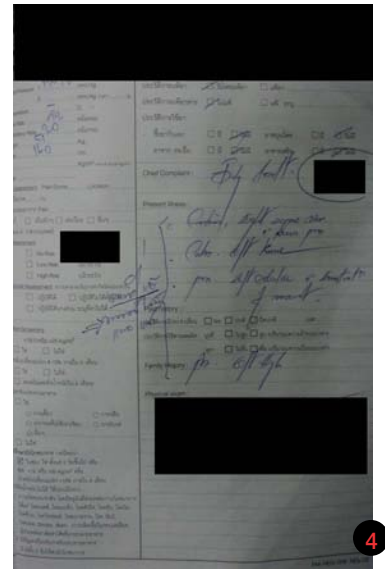
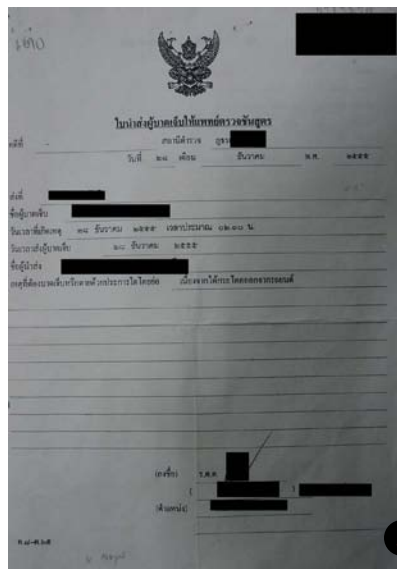
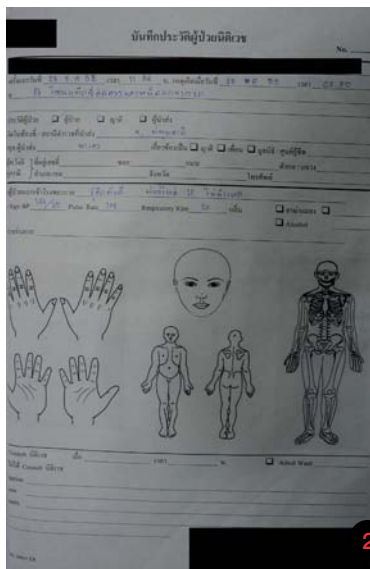
* Case Hyperthyroid
 ทำยาหล่นหายในรถแท็กซี่ มาขอรับยาเพิ่ม”

ในภาพบันทึกทางประวัติผู้ป่วยนิติเวชศาสตร์มีบันทึกไว้ (โดยพยาบาล) ว่า

* pt โดนรถแท็กซี่ล่อลวงแล้วหนีออกจากรถ

* รู้สึกตัวดี ปวดไหล่ Lf ไม่มีแผล





ผู้ป่วยได้รับการสอบถามถึงอาการทางระบบต่อมไร้ท่อ (ไทรอยด์) โดยมีได้มีการบันทึกเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บหรือบาดแผลตามร่างกายที่เกิดขึ้นจากการถูกทำร้ายแต่อย่างใด เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้วก็กลับไป (แพทย์อาจไม่ได้อ่านข้อความที่พยาบาลเขียนไว้ในส่วนบนของบันทึกเวชระเบียน และ/หรือผู้ป่วยอาจไม่ได้แจ้งเรื่องการมาตรวจด้วยว่าสาเหตุที่ยาหายเพราะถูกคนขับรถรับจ้างจะชิงทรัพย์จนต้องวิ่งหนีจึงทิ้งยาไว้ในรถ

อย่างไรก็ตาม มีบันทึกเกี่ยวกับการรอดตรวจทางนิติเวชศาสตร์ เนื่องจากผู้ป่วยถูกทำร้ายไว้ด้วยแต่ไม่ได้มีการตรวจแต่อย่างใด (ภาพที่ 2)

ต่อมาได้มีพนักงานสอบสวน (สถานีตำรวจท้องที่ที่เกิดเหตุ) นำเอกสาร คือ **“ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร”** มาให้แพทย์ทำการกรอก (ผ่านมาแล้วหลายสัปดาห์) (ภาพที่ 3) โดยแพทย์ที่ตรวจในวันมารับยาไทรอยด์ไม่ได้มีการตรวจและบันทึกรายละเอียดไว้แต่ประการใด อีกทั้งยังไม่ได้มีการตรวจโดยแพทย์อื่นใดอีกเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ได้รับในวันที่มาขอรับยา เรื่องดังกล่าวจึงได้ทำการปรึกษาขอความเห็นมายัง “แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์”

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ แพทย์ได้ซักถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเรื่องการถูกชิงทรัพย์และดูในบันทึกเวชระเบียนแล้วเพื่อที่พยายามจะทำการสรุปรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจและสภาพแห่งการบาดเจ็บที่พบในวันและเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการดำเนินการทางการแพทย์แล้วปรากฏว่า **“ไม่พบการจดบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับสภาพแห่งการบาดเจ็บไว้เลย”** มีเพียงการจ่ายยาไทรอยด์ให้แก่ผู้ป่วย

เท่านั้นในวันดังกล่าว อีกทั้งในวันที่มาพบแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์นั้นเป็นเวลาที่ผ่านมาแล้วกว่าสามสัปดาห์โดยในขณะที่มารับการตรวจโดยแพทย์นิติเวชศาสตร์นั้น ไม่ปรากฏร่องรอยของบาดแผลตามเนื้อตัว ร่างกาย แขน ขา ปรากฏให้เห็น (เนื่องจากเวลาที่มาตรวจในครั้งนี้ห่างจากวันเวลาแห่งการเกิดเหตุหลายสัปดาห์) (ภาพที่ 4) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยืนยันว่าได้แจ้งกับแพทย์ที่มารับยาในวันดังกล่าวแล้วว่าตนเองถูกชิงทรัพย์และทำร้ายโดยผู้ขับรถรับจ้างและต้องโดดลงจากรถเพื่อให้แพทย์ตรวจร่างกายด้วย

การดำเนินการโดยแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์:

ได้ลองบันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยแจ้งว่า **“มีบาดแผลในวันที่เกิดเหตุ”** ที่มาพบแพทย์ครั้งแรกหลังจากถูกทำร้ายร่างกายเพื่อรับการตรวจ (แต่แพทย์ไม่ได้บันทึก) และผู้ป่วยประสงค์ให้มีการบันทึก (ภาพที่ 4)

- contusion at right upper arm with forearm pain
- contusion, left knee
- pain left shoulder, with limitation of movement
- pain at left thigh

โดยแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ได้รับรู้ว่า ในวันที่มาพบแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์นั้นไม่พบบาดแผลแล้ว (ผ่านมาหลายสัปดาห์แล้ว) และส่งเรื่องให้แพทย์ที่ทำการตรวจผู้ป่วยในวันดังกล่าว (ที่มารับการตรวจวันนั้น) ได้ยืนยันบันทึกบาดแผล (หากจำได้) เพื่อทางนิติเวชศาสตร์จะได้ช่วยดำเนินการต่อไปในทางคดี

แพทย์ที่ตรวจในวันที่ผู้ป่วยมาขอรับยาเพราะว่ายาหายแจ้งว่า **“ตนเองไม่ได้ตรวจผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยแจ้งเพียงว่ามารับยาที่ทำหายในรถรับจ้าง”** จึงไม่มีการบันทึกการบาดเจ็บไว้ และจำไม่ได้ถึงลักษณะบาดแผลที่มี และจะมีหรือไม่เพียงใดก็ไม่อาจยืนยันได้

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: สิ่งที่เกิดขึ้น

1. พนักงานสอบสวนต้องการเอกสารเพื่อดำเนินคดี ในกรณีดังกล่าวนี้ผู้ป่วยแจ้งความร้องทุกข์กับพนักงานสอบสวนไว้แล้ว ณ สถานีตำรวจแห่งท้องที่ที่เกิดเหตุ

2. แพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยในครั้งแรกไม่ได้บันทึกการบาดเจ็บอะไรไว้เลย เนื่องจากอ้างว่า “ผู้ป่วยมีได้แจ้งถึงเหตุที่มาพบด้วยเรื่องการถูกทำร้ายด้วย เพียงแต่มารับยาเรื่องไทรอยด์” เท่านั้น

3. มีการบันทึกโดยพยาบาลว่า “pt โดนรถแท็กที่ล้อลงแล้วหนีออกจากรถ” และ “รู้สึกตัวดี ปวดไหล่ Lf ไม่มีแผล” เท่านั้น

4. แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ไม่สามารถดำเนินการเรื่องบาดเจ็บที่ผู้ป่วยแจ้ง (ต้องการให้ระบุในเอกสาร) ซึ่งแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์มิได้เห็นบาดแผลใด ๆ แล้วในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์

5. สถานพยาบาลต้องการให้พนักงานสอบสวนและผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ตนเองประสงค์คือ พนักงานสอบสวนต้องการเอกสารทางคดี และผู้ป่วยต้องการให้พนักงานสอบสวนได้รับเอกสารเพื่อจะได้ดำเนินการทางคดีต่อเนื่องได้

ประการที่ 2: ประเด็นเกี่ยวกับการดำเนินการในเรื่องดังกล่าว

1. สามารถออกไปนำส่งผู้บาดเจ็บเพื่อแพทย์ตรวจชันสูตร (ใบชันสูตรบาดเจ็บ) ให้แก่พนักงานสอบสวนในเรื่องดังกล่าวนี้ได้หรือไม่

แนวทาง: จำต้องออกเอกสารเพื่อให้กับเจ้าพนักงานแต่จำต้องเป็นไปตามเกณฑ์แห่งการออกเอกสาร

2. ใครจะเป็นผู้ที่ออกไปชันสูตรบาดเจ็บให้แก่พนักงานสอบสวน

แนวทาง: เป็นไปตามแนวทางที่ถูกกำหนดไว้ในงานของสถานพยาบาล โดยหลักจะให้แพทย์ที่ได้ตรวจผู้ป่วย

3. เนื้อหาที่ออกจะเป็นประการใด

แนวทาง: จะต้องเป็นเนื้อหาที่เป็นความจริงและมาตรฐานทางการแพทย์

4. ใครจะเป็นผู้มารับเอกสารดังกล่าว

แนวทาง: โดยทั่วไปจะเป็นเจ้าพนักงานที่นำส่งเอกสาร

5. ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับการออกเอกสาร

แนวทาง: การที่แพทย์ออกเอกสารอันไม่เป็นไปตามความเป็นจริงและมาตรฐานอาจส่งผลให้เกิดความผิดต่อแพทย์ทั้งด้านอาญา ด้านแพ่ง ด้านจริยธรรม และด้านวินัยได้^{4,5,6}

ประการที่ 3: แนวทางในการดำเนินการโดยทั่วไป

เนื่องจากไม่มีการบันทึกการบาดเจ็บปรากฏให้เห็นในวันที่ผู้ป่วยมารับยา มีเพียงการบันทึกของพยาบาลที่ว่า “ปวดไหล่ Lf ไม่มีแผล” เท่านั้น แนวทางในการดำเนินการเพื่อใบชันสูตรบาดเจ็บ (ใบนำส่งผู้บาดเจ็บเพื่อแพทย์ตรวจชันสูตร) จึงต้องพิจารณาดังนี้

หลักเกณฑ์ในการออกใบชันสูตรบาดเจ็บโดยทั่วไป

1. ต้องเป็นจริง

หมายความว่า การออกเอกสารนี้ (ใบนำส่งผู้บาดเจ็บเพื่อแพทย์ตรวจชันสูตร) ต้องเป็นความเป็นจริงเท่านั้น หากผู้ป่วยมีบาดเจ็บต้องระบุไว้ หากไม่มีบาดเจ็บย่อมไม่อาจเขียนเพิ่มเติมได้เอง

2. ต้องเป็นไปตามมาตรฐาน

หมายความว่า มีมาตรฐานในการออกเอกสารนี้ ทั้งนี้เป็นไปตามกรอบของแพทยสภา^{1,2}

3. ออกในเวลาที่เหมาะสม

หมายความว่า เวลาที่จะออกเอกสารนั้นต้องเป็นเวลาที่สามารถออกรายละเอียดได้และสามารถประเมินสภาพแห่งการบาดเจ็บ การหาย ฯลฯ ได้

ตามสมควรแล้ว หากยังอยู่ในสภาวะที่กำกวมหรือเสี่ยงอันตรายหรือยังไม่แน่ใจในสภาพที่ผู้ป่วยได้รับนั้น แพทย์ยังคงต้องรอเวลาให้ถึงสภาพที่ “นิ่ง” (stable) ก่อนจึงจะออกเอกสารเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริง และเพื่อการปรับบทบัญญัติของกฎหมายในการดำเนินคดีความต่อไป เช่น ตามประมวลกฎหมายอาญา ในเรื่องการทำร้ายร่างกายไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เป็นอันตรายต่อร่างกาย หรือเป็นอันตรายบาดเจ็บสาหัส เป็นต้น

4. ให้แก่บุคคลที่มีสิทธิ

หมายความว่า ถึง เอกสารที่เจ้าพนักงานส่งมาเพื่อให้แพทย์ดำเนินการสมควรให้แก่เจ้าพนักงานนั้น เว้นเสียแต่เจ้าพนักงานนั้นจะมอบหมายให้บุคคลอื่นมาทำการรับแทน

5. ต้องออกความเห็น

หมายความว่า ถึง ความเห็นเกี่ยวกับสภาพของบาดเจ็บ การบาดเจ็บ และอื่น ๆ เช่น ระยะเวลาแห่งการหายของบาดเจ็บ เป็นต้น

6. ความเห็นอาจมีดุลพินิจได้ในกรอบ

หมายความว่า แพทย์สามารถที่จะให้ความเห็นเกี่ยวกับสภาพการบาดเจ็บหรือแผลในเชิงดุลพินิจเพิ่มเติมได้ เช่น หากการรักษาไม่ทันเวลาจะถึงแก่ชีวิต เป็นต้น

7. เป็นไปตามกฎเกณฑ์

หมายความว่า กรอบการตรวจ การบันทึก การให้ความเห็น ต้องเป็นไปตามกฎเกณฑ์เฉพาะเรื่อง อีกทั้งแนวทางในการดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารอาจมีกฎเกณฑ์ที่เป็นไปตามแนวทางของแต่ละสถานพยาบาลได้เพื่อความสะดวก แต่ต้องไม่ขัดกับหลักเกณฑ์พื้นฐาน

8. ต้องมีสำเนา

หมายความว่า จำเป็นต้องมีสำเนาไว้เพื่อว่าอาจมีการทำเอกสารหาย มีการอ้างอิงถึงเอกสารดังกล่าว มีการแก้ไขเอกสาร ฯลฯ แพทย์ที่ดำเนินการจะได้ทราบว่า แท้ที่จริงแล้วต้นฉบับที่ตนดำเนินการนั้นมีประการใด

9. ถ้าออกเอกสารข้อสมควรกล่าวถึงเอกสารเดิมด้วย

หมายความว่า หากมีการออกเอกสารหลายฉบับซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ามีความต่อเนื่อง หรือเป็นสภาพที่เกิดขึ้นในภายหลัง เช่น การเกิดสภาวะแทรกซ้อน ทำให้จำต้องระบุรายละเอียดเพิ่มเติม หรือต้องให้ระยะเวลาแห่งการหายของบาดเจ็บนานขึ้น เป็นต้น แพทย์สามารถทำได้แต่ต้องระบุถึงเอกสาร

เดิมที่แพทย์ได้ออกให้และให้ความเห็นไปแล้วด้วย เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพแห่งความเป็นจริงทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น

10. ต้องมีลายมือชื่อผู้ทำเอกสาร

หมายความว่า แพทย์ที่ออกเอกสารหรือหลักฐานย่อมต้องมีการลงลายมือชื่อตนเพื่อแสดงถึงความสมบูรณ์ของการรับรองและการทำเอกสาร

แนวทางดำเนินการกรณีตามอุทธรณ์

1. ส่งเวชระเบียนให้แก่แพทย์ที่ทำการตรวจในวันดังกล่าวเพื่อให้ระบุถึงบาดแผลตามที่จำได้ในประการนี้หากแพทย์ผู้ทำการตรวจสามารถระบุได้ว่าในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจนั้นมีบาดแผลใดบ้างเป็นประการใด (ทั้งนี้อาจประมวลจากสิ่งที่ผู้ป่วยได้แจ้งแก่แพทย์) เช่นนี้ย่อมสามารถที่จะดำเนินการต่อไปได้

2. หากแพทย์ไม่สามารถระบุหรือยืนยันได้ว่าในวันดังกล่าวผู้ป่วยมีบาดแผลประการใด เช่นนี้แพทย์อื่น (รวมถึงแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์) ย่อมไม่สามารถที่จะระบุบาดแผลเองได้ เพราะเท่ากับเป็นการเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบโดยพลการ อาจเข้าข่ายการให้ข้อความอันเป็นเท็จได้

3. ในผู้ป่วยรายดังกล่าวนี้ แพทย์ผู้ตรวจไม่สามารถระบุหรือยืนยันได้ว่า บาดแผลที่ผู้ป่วยแจ้งมา (ในภายหลัง) มีหรือไม่

4. แนวทางในการดำเนินการที่เหมาะสมย่อมเป็นไปตามมาตรฐานแห่งการให้ความเห็นทางการแพทย์ตามที่แพทยสมาคมกำหนด เช่น

ภายหลังจากที่ได้ตรวจบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้งหมด รวมถึงในวันที่มารับการตรวจตามที่แจ้งไว้แล้ว

ก. ผู้ป่วยมารับการตรวจในวันเวลา และสถานที่ดังกล่าวจริง

ข. ได้รับยาที่ผู้ป่วยแจ้งว่าสูญหายจริง

ค. ไม่มีการบันทึกในเรื่องบาดแผลที่มีอยู่ในวันดังกล่าว
ง. ไม่อาจจะระบุหรือสรุปได้ว่าในวันดังกล่าวผู้ป่วยมีบาดแผล

หรือไม่เพียงใด

5. ลงลายมือชื่อผู้สรุป

6. ตัวอย่างข้อความที่อาจเขียนด้านหลังของ “รายงานการนำส่งผู้บาดเจ็บเพื่อแพทย์ตรวจชันสูตร” (ภาพที่ 5)

สิ่งที่แพทย์จำต้องคำนึง

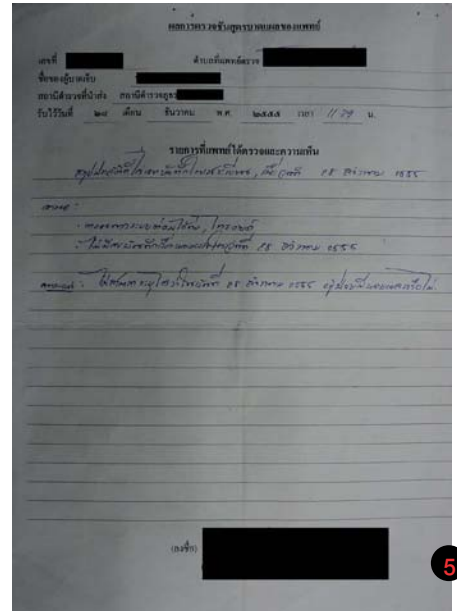
ข้อ 1: แพทย์ต้องพึงระวังอย่างมากกับเอกสารที่ทำเพื่อผลทางคดีความ สิ่งสำคัญยิ่งก็คือ ข้อความที่ระบุนั้นจะต้อง “เป็นจริง” เสมอ

ข้อ 2: แพทย์ต้องยึดเกณฑ์ทางการแพทย์ประกอบการประกอบวิชาชีพเวชกรรม³ รวมถึงการทำความเข้าใจกับผู้ป่วย บุคคลที่มีสิทธิต่าง ๆ

ข้อ 3: แพทย์ต้องระวังอย่างยิ่งกับการทำเอกสารที่ไม่เป็นไปตามความจริงและไม่เป็นมาตรฐาน เพราะอาจเข้าข่ายความผิดทางแพ่ง ทางอาญา ทางจริยธรรม และทางวินัยได้^{4,5,6}

สรุป

การที่แพทย์มิได้ทำการตรวจผู้ป่วยเลยจึงไม่มีผลการตรวจสภาพแห่งการบาดเจ็บหรือบาดแผลปรากฏให้รับทราบในประวัติของผู้ป่วย (เวชระเบียน) แพทย์ที่จะทำการสรุปสภาพแห่งการบาดเจ็บเพื่อให้ทราบว่า “มีการบาดเจ็บหรือไม่” รวมถึงการทำความเข้าใจโดยเฉพาะระยะเวลาของการหายของบาดแผลเพื่อการปรับใช้บทบัญญัติของกฎหมายในการดำเนินการนั้น จึงถูกจำกัดไปในตัวด้วย แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงก็คือ การให้ความเห็นทางการแพทย์ย่อมต้อง **“เป็นจริงและเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ด้วย”** มิเช่นนั้นอาจทำให้แพทย์ถูกกล่าวหาว่าให้ความเห็นโดยมิชอบหรือไม่เป็นไปตามกฎหมาย



เอกสารอ้างอิง

1. แพทยสภา. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. www.tmc.or.th.
2. ประกาศแพทยสภา ที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555 (รับรองโดยคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 12/2554 วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2554) มีผลตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2555.
3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
4. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB03/%BB03-20-9999-update.pdf>
5. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>
6. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. http://www.tmc.or.th/service_law02_17.php



“จินเซนโนไซด์”

สกัดจากโสมอเมริกา กับสมอง

“โสม” เป็นสมุนไพรที่รู้จักกันดีในกลุ่มผู้รักสุขภาพ โดยมีประวัติใช้เป็นยาบำรุงเพื่อเสริมสมรรถภาพร่างกายในด้านต่าง ๆ มายาวนานกว่า 2,000 ปี อย่างไรก็ตาม หากกล่าวถึง “โสม” ผู้บริโภคมักจะคุ้นเคยกับยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรที่มาจากโสมเกาหลี หรือโสมจากเมืองจีน แต่ความเป็นจริงแล้ว ในธรรมชาติยังมีโสมอีกมากมายหลายชนิด ซึ่งโสมอเมริกาที่มีต้นกำเนิดจากทวีปอเมริกาเหนือถูกค้นพบและนำมาใช้ประโยชน์ทางยาประมาณ 300 ปีก่อน

สรรพคุณทางยาในทางการแพทย์แผนโบราณของโสมอเมริกานั้น พบว่ามีความแตกต่างจากโสมเอเชีย โดยที่โสมเอเชียจัดเป็นยาร้อน หรือยาที่เสริมธาตุ “หยาง” ให้แก่ร่างกาย ขณะที่โสมอเมริกาถูกจัดให้เป็นยาเย็น หรือยาที่ช่วยเสริมธาตุ “หยิน” ให้แก่ร่างกาย ซึ่งส่งผลให้ร่างกายอยู่ในภาวะสงบและมีสมาธิ อีกทั้งยังบำรุงร่างกายด้วย (Chen, Chiou, and Zhang, 2008) การที่โสมให้ประโยชน์ต่อร่างกายในด้านต่าง ๆ นั้น เนื่องจากโสมประกอบด้วยสารธรรมชาติที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่เรียกว่า จินเซนโนไซด์ (Ginsenoside) ซึ่งปัจจุบันมีการตรวจแยกวิเคราะห์ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ออกมาได้แล้วกว่า 150 ชนิด

สารสกัดจินเซนโนไซด์จะมีอยู่ในโสมทุกสายพันธุ์ แต่โครงสร้างทางเคมี สัดส่วนปริมาณ และสรรพคุณทางยาอาจแตกต่างกัน เนื่องจากสายพันธุ์ สภาพแวดล้อม คุณภาพดิน ปริมาณน้ำฝน และอายุของพืช ตัวอย่างเช่น โสมที่มีแหล่งกำเนิดในทวีปอเมริกาเหนือซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่แตกต่างจากโสมเอเชีย และเจริญเติบโตในสถานที่ที่มีอุณหภูมิและสภาพดินที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโต ทำให้ได้สารจินเซนโนไซด์ที่สมบูรณ์และมีคุณภาพมากกว่าโสมทั่วไป สำหรับโสมอเมริกามีจินเซนโนไซด์หลักคือ Rb1, Re และ Rd ซึ่งเป็นอนุพันธ์ของจินเซนโนไซด์ชนิดที่มีความโดดเด่นในการเสริมสร้างการทำงานของระบบประสาทในสมอง

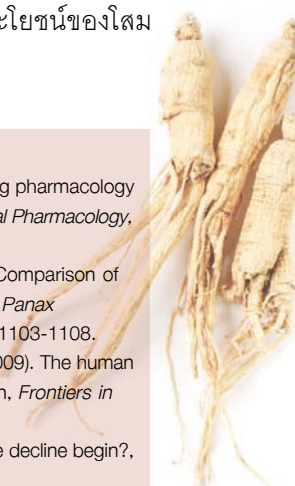
นักวิทยาศาสตร์พบว่า สมองที่ประกอบด้วยเซลล์ประสาทถึงกว่า 1 แสนล้านเซลล์ (Jeromin และคณะ, 2009) และมีแนวโน้มที่จะถูกทำลายได้จากสารพิษ ตลอดจนการดำรงชีวิตประจำวันที่ได้รับสารอาหารอย่างไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังมีรายงานที่แสดงผลว่า สมองของคนเราในปัจจุบันเริ่มเกิดความเสื่อมจากวัยตั้งแต่ 20-30 ปีเท่านั้น (Timothy, 2009) จึงทำให้มีรายงานการศึกษาของการรับประทานอาหารทางเลือก หรืออาหาร

ฟังก์ชัน เพื่อเสริมประสิทธิภาพการทำงานของสมอง ซึ่ง “จินเซนโนไซด์” ก็จัดเป็นหนึ่งในนั้น เนื่องจากมีรายงานการศึกษาที่ค้นพบถึงประสิทธิภาพของสารชนิดนี้ต่อผลการการทำงานของสมองหลายฉบับ อาทิ จินเซนโนไซด์ Rb1 มีฤทธิ์ส่งเสริมการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองและระบบประสาทส่วนกลางที่มีชื่อว่า อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) ซึ่งส่งผลต่อระบบประสาท Cholinergic ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และจดจำ (Attele และคณะ, 1999) นอกจากนี้จินเซนโนไซด์ Rg1 ยังส่งผลต่อสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการลดภาวะความเครียดเรื้อรังในสมอง ทำให้สมองทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ (Zhang และคณะ, 1990) นอกจากนี้จินเซนโนไซด์ชนิด Rd และ Re พบว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสารสื่อประสาท GABA ในสมอง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องต่อสมองให้คลายความวิตกกังวล เกิดสมาธิ ตลอดจนกระบวนการคิดและประมวลผลข้อมูล (Tsang และคณะ, 1985)

จากผลการศึกษาค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์ของจินเซนโนไซด์ที่พบในโสมนั้น แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของจินเซนโนไซด์ซึ่งจะมีบทบาทเพิ่มขึ้นในวงการสุขภาพหากนำมาใช้อย่างถูกต้อง ปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์ยังคงต้องศึกษาค้นคว้าวิจัย เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ถึงคุณประโยชน์ของโสมและจินเซนโนไซด์อย่างต่อเนื่องต่อไป

References

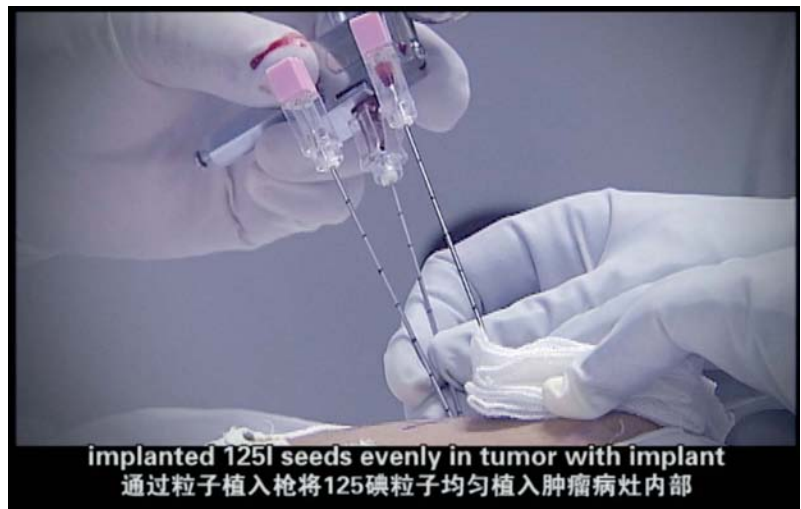
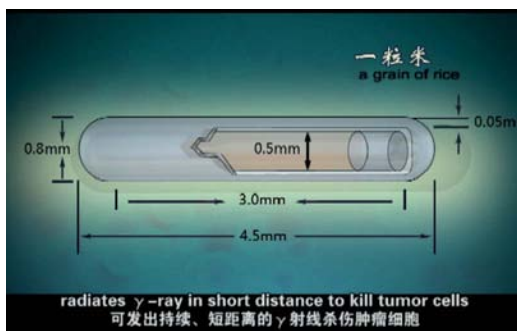
- Attele, A.S., Wu J.A., and Yuan C.S. (1999). Ginseng pharmacology multiple constituents and multiple actions. *Biochemical Pharmacology*, 58: 1685-1693.
- Chen, C.F., Chiou, W.F., and Zhang, J.T. (2008). Comparison of the pharmacological effects of *Panax ginseng* and *Panax quinquefolium*. *Acta Pharmacologica Sinica* 29(9): 1103-1108.
- Jeromin, A Herrup, K., Barton R., & Houzel, S.H. (2009). The human brain in numbers: a linearly scaled-up primate brain. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3(31): 1-11.
- Timothy, A. (2009). When does age-related cognitive decline begin?. *Neurobiology Aging*, 30(4): 507-514.
- Tsang D, Yeung H, Tso W & Peck H. (1985). Ginseng saponins influence on neurotransmitter uptake in rat brain synaptosomes. The Chinese University of Hong Kong, *Planta Medica*. 3: 221-24.
- Zhang J, Qu Z, Liu Y, & Deng H. (1990). Preliminary study on antiamnesic mechanism of ginsenosides Rg1 and Rb1. Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing, *Chinese Medical Journal*. 103(11): 932-8.





“นวัตกรรมสู้มะเร็ง”

การรักษาทางเลือกใหม่ ร.พ.มะเร็งสมัยใหม่กว่างโจว



การรักษามะเร็งโดยการฝังแร่ไอโอดีน 125



คุณหลิน จี๋ เจิง ประธานบริหารโรงพยาบาล

มะเร็งสมัยใหม่กว่างโจว กล่าวว่า โรคมะเร็งถือเป็นภัย

ร้ายอันดับหนึ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและก่อให้เกิดผล

กระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างรุนแรง โดยตัวเลขสถิติของ

ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีในทุก

ประเทศ อาทิ มะเร็งตับ มะเร็งตับอ่อน มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม

มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก ฯลฯ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการ

การรักษาอย่างตรงจุดด้วยวิธีการที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ไม่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะ

ส่วนอื่น ๆ และสุขภาพโดยรวม จะช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคมะเร็งให้หาย ช่วย

ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

“ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ นอกจากจะประสบกับความเจ็บปวดทาง

ด้านร่างกายแล้ว ยังมีความกังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษาและผลกระทบข้างเคียงที่อาจ

เกิดขึ้นกับร่างกาย เนื่องจากแนวทางการรักษาโรคมะเร็งส่วนใหญ่ในยุคปัจจุบันคือ

การรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปฏิกิริยาต่อการรักษา

ที่แตกต่างกัน โรงพยาบาลมะเร็งสมัยใหม่กว่างโจว จึงได้มุ่งมั่นคิดค้นพัฒนาเทคโนโลยี

การวินิจฉัยและรักษารูปแบบใหม่ นำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับการรักษาผู้ป่วยโรค

มะเร็งชนิดต่าง ๆ ในประเทศไทยที่มีลักษณะอาการไม่เหมาะแก่การรักษาด้วยเคมี

บำบัดและรังสีบำบัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้มากขึ้นและมีความปลอดภัย

สูงสุด ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในขณะรับการรักษาทั้งก่อนและหลัง”

ปัจจุบันโรงพยาบาลมะเร็งสมัยใหม่กว่างโจว ได้นำนวัตกรรมการรักษามะเร็ง

สมัยใหม่มาใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทยแล้วหลายรูปแบบ อาทิ การ

โรคมะเร็งถือเป็นภัยร้ายอันดับหนึ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างรุนแรง โดยตัวเลขสถิติของผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีในทุกประเทศ อาทิ มะเร็งตับ มะเร็งตับอ่อน มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก ฯลฯ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างตรงจุดด้วยวิธีการที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ไม่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะส่วนอื่น ๆ และสุขภาพโดยรวม จะช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคมะเร็งให้หาย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

ด้วยเหตุนี้โรงพยาบาลมะเร็งสมัยใหม่กว่างโจว ได้เปิดตัวเทคโนโลยีการรักษาโรคมะเร็ง ผสมผสานระหว่างศาสตร์การแพทย์แผนจีนและแพทย์แผนตะวันตก ครอบคลุมการรักษาโรคมะเร็งและเนื้องอก การวินิจฉัยและรักษารูปแบบใหม่ที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพด้วยการรักษาอย่างตรงจุดโดยไม่ต้องผ่าตัด อาทิ การรักษาด้วยแร่ไอโอดีน 125, การรักษาด้วยความเย็น, การใช้เคมีบำบัดลดคัดเส้นทางหลอดเลี้ยงเนื้องอก, การใช้พันธุกรรมบำบัด ลดความเสี่ยงและผลกระทบข้างเคียงต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

รักษาด้วยแร่ไอโอดีน 125, การรักษาด้วยความเย็น, การใช้เคมีบำบัดสกัดเส้นทาง หล่อเลี้ยงเนื้องอก, การใช้พันธุกรรมบำบัด ฯลฯ ซึ่งทุกนวัตกรรมอยู่ภายใต้การควบคุม ดูแลอย่างเคร่งครัดของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ได้รับการยอมรับ จากสมาพันธ์ควบคุมโรคมะเร็งสากล (Union for International Cancer Control: UICC) และได้รับการรับรองจากหน่วยงานการแพทย์ต่าง ๆ กระทรวงสาธารณสุขในหลาย ประเทศ รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยด้วย โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของชีวิตเป็นสำคัญ

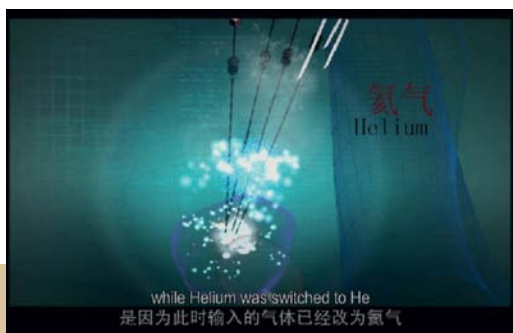
ทั้งนี้ การรักษาด้วยแร่ไอโอดีน 125 เป็นการใส่แร่ไอโอดีนกัมมันตรังสี 125 ซึ่งมีขนาดเล็กเพียง 1 ใน 3 ของเมล็ดข้าวสาร นำไปฝังในก้อนมะเร็งโดยตรง ด้วยการ ใช้เข็มขนาดเล็กเจาะตรงสู่ก้อนมะเร็งแล้วฝังแร่ไอโอดีนจำนวนที่เหมาะสม โดยแร่แต่ละ เม็ดสามารถแผ่รังสีกว้าง 1.7 เซนติเมตร พร้อมปล่อยรังสีแกมมาออกมาทำลายเซลล์ มะเร็งอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความเสียหายที่จะเกิดกับเนื้อเยื่อปกติและอวัยวะส่วน อื่น ๆ

การรักษาด้วยความเย็น เป็นการรักษาด้วยการทำให้ก้อนมะเร็งประสพ ภาวะอุณหภูมิต่ำและความร้อนในเวลาเดียวกัน โดยการใช้เข็มขนาดเล็กฉีด “แอร์อาร์กอน” ตรงสู่ก้อนมะเร็ง ทำให้ก้อนมะเร็งมีอุณหภูมิติดลบ 120-165 องศา เซลเซียส ส่งผลให้เซลล์มะเร็งตายเนื่องจากขาดเลือดและออกซิเจน หลังจากนั้น หัวเข็มจะปล่อย “แอร์เฮเลียม” แทนที่ ทำให้อุณหภูมิของก้อนมะเร็งสูงถึง 20 องศา เซลเซียส ทำให้เซลล์มะเร็งแตกสลาย

การใช้เคมีบำบัดสกัดเส้นทางหล่อเลี้ยงเนื้องอก เป็นวิธีการใช้เคมีบำบัด โดยการฉีดเคมีเข้มข้นผ่านสายยางพิเศษตรงไปสู่เส้นเลือดแดงที่หล่อเลี้ยงเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งได้รับเคมีบำบัดโดยตรง เส้นเลือดแดงบริเวณดังกล่าวหยุดการทำงาน ทำให้เซลล์มะเร็งไม่ได้รับสารอาหาร กระทั่งหยุดการเจริญเติบโตและฝ่อไปในที่สุด

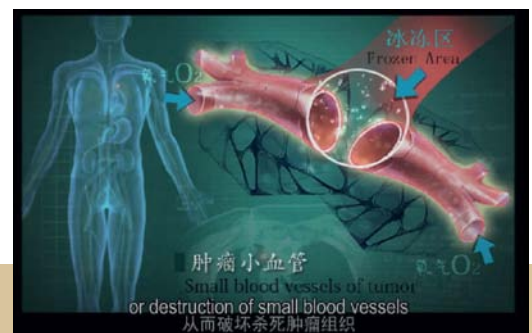
การใช้พันธุกรรมบำบัด เป็นการรักษาเมะเร็งที่มุ่งเน้นไปยังต้นเหตุของมะเร็ง โดยการรักษายีนที่มีความผิดปกติด้วยการให้ยาเพื่อควบคุมการแบ่งตัวและยับยั้งการ เจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง โดยยาแต่ละชนิดจะออกฤทธิ์ตรงสู่เป้าหมายที่ต้องการ โดยไม่ทำอันตรายต่อเซลล์ปกติ

การรักษา
ด้วยความเย็น



คุณหลิน จี๋ เจิง กล่าวเพิ่มเติมว่า “แม้ทาง โรงพยาบาลมะเร็งสมัยใหม่กว่างโจว จะเปิดสำนักงาน ในประเทศไทยได้เพียงประมาณ 5-6 เดือน แต่มีผู้ป่วย จากประเทศไทยเดินทางไปรักษากว่า 10 ราย กว่า 80% มีอาการดีขึ้น ได้รับการตอบรับที่ดีจากทางรัฐบาล และ กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย รวมทั้งพร้อมจะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคโนโลยีการรักษาโรคมะเร็งกับ โรงพยาบาลในประเทศไทยด้วย เพราะสิ่งเหล่านี้จะเป็น ประโยชน์ต่อประชาชน”

คุณหลิน จี๋ เจิง กล่าวทิ้งท้ายว่า “นวัตกรรม โรคมะเร็งสมัยใหม่ที่ทางโรงพยาบาลนำมาใช้บำบัด และรักษาผู้ป่วยถือเป็นวิวัฒนาการทางการแพทย์ขั้น สูงที่กำลังได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในทั่วโลก เพราะนอกจากจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง ผลข้างเคียงต่ำ ยังเป็นกระบวนการรักษาที่ช่วยให้ สภาพร่างกายของผู้ป่วยฟื้นตัวได้ในระยะเวลาอันสั้น สามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข เนื่องจากเป็นเทคนิคการรักษาที่ทำให้เกิดบาดแผล ขนาดเล็กเพียงรูเข็มเท่านั้น”





ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ จัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 38 อัปเดตนวัตกรรม เพิ่มศักยภาพศัลยแพทย์ไทยสู่สากล

หัวใจหลักของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยคือ การรักษามาตรฐานของศัลยแพทย์ไทย ทั้งด้านความรู้ ความสามารถ จรรยาบรรณ เผยแพร่ความรู้ และบริการให้เป็นประโยชน์ต่อประชาชน ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยไม่เพียงมุ่งมั่นกับการยกมาตรฐานด้านวิชาการศัลยศาสตร์และการบริการทางศัลยกรรมเท่านั้น แต่ยังตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลประชาชนโดยได้จัดตั้งโครงการศัลยแพทย์อาสาเพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้ยากไร้ในท้องถิ่นทุรกันดารห่างไกลจากนครหลวง ซึ่งได้ถือกำเนิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 และดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยได้มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ มากมายที่ล้วนเป็นการพัฒนาศักยภาพของศัลยแพทย์ในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งเพื่อการช่วยเหลือประชาชนด้วย ซึ่งหนึ่งในกิจกรรมอันเป็นประโยชน์นั้นคือการจัดประชุมใหญ่ทางวิชาการประจำปีทุกปี ถือเป็นการจัดประชุมด้านศัลยศาสตร์ที่ยิ่งใหญ่เป็นอันดับ 2 ของประเทศ สำหรับในปีนี้จัดขึ้นเป็นครั้งที่ 38 ภายใต้หัวข้อ **Surgical innovation** นวัตกรรมใหม่และการรักษาโรคด้วยวิธีการใหม่ ทำอย่างไรให้การรักษามีคุณภาพมากยิ่งขึ้น พร้อมลดความเสี่ยงให้น้อยลง พัฒนาการและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการใช้เพื่อการรักษา และการปฏิบัติการของเครื่องมือ ช่วยให้การรักษาง่ายขึ้น นวัตกรรมทางการแพทย์ที่พัฒนาก้าวหน้า **โดยกำหนดจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 20-23 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน พัทยา**



ศ.นพ.สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า “เนื่องด้วยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย เล็งเห็นว่าในเรื่องของการแพทย์นั้นมีความก้าวหน้าทางวิชาการอยู่ตลอดเวลา ซึ่งอยากให้ศัลยแพทย์มีโอกาสดู

ติดตามความก้าวหน้าให้ทันสมัย เพื่อนำมาพัฒนาการรักษาต่อไป และถือเป็นโอกาสอันดีที่ศัลยแพทย์จากที่ต่าง ๆ จะได้มาพบปะพูดคุยสร้างสัมพันธ์ไมตรีที่ดีเพื่อ

การร่วมมือกันในอนาคต ซึ่งในการทำหน้าที่ตรงนี้ย่อมมีส่วนที่เกี่ยวข้องกัน เช่น การปรึกษาหารือในเรื่องต่าง ๆ หรือการส่งผู้ป่วยต่อเนื่อง เพราะการทำงานใดให้สำเร็จ จุดเริ่มต้นคือการมีทีมเวิร์ค”

วัตถุประสงค์หลักในการประชุมคือ เพื่ออัปเดตความก้าวหน้าทั้งในด้านวิชาการ นวัตกรรมใหม่ ๆ ให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ใหม่ ๆ รวมทั้งเพื่อการสอนนักศึกษาแพทย์และอบรมแพทย์ ซึ่งในส่วนแรกจะเป็นเรื่องวิชาการ เช่น การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น อีกส่วนคือเรื่องการพัฒนาคุณภาพทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการฝึกอบรมในการถ่ายทอดความรู้ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพราะในปัจจุบันสถานบริการหลายแห่งนอกจากจะทำหน้าที่ให้บริการศัลยกรรมแล้ว ยังต้องเป็นแหล่งศึกษาเล่าเรียนต่อการศึกษาแพทย์ทั้งหลาย รวมทั้งเป็นสถานที่ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้วย

ศ.นพ.สุทธิพร กล่าวต่อไปอีกว่า “ในส่วนของเนื้อหาการประชุมที่น่าสนใจ ทางราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย เน้นในเรื่องของเทคโนโลยีเป็นพิเศษ ซึ่งมีการอัปเดตอยู่ตลอดเวลา เพื่อการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น การวินิจฉัยแม่นยำ การให้การรักษ การผ่าตัดมีความเสี่ยงน้อยลง จากเดิมที่การผ่าตัดส่วนใหญ่มักจะเป็นการผ่าตัดแผลยาว แต่ด้วยนวัตกรรมการรักษาแบบใหม่ที่สามารถผ่าตัดให้บาดแผลเล็กลงได้ ผู้ป่วยก็เจ็บตัวน้อยลงและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเป็นหลัก”

สำหรับไฮไลท์การประชุมในครั้งนี้คือ การยกระดับศัลยแพทย์ของไทยที่ร่วมงานในอาเซียน ให้แพทย์ได้ยกระดับคุณภาพและการฝึกอบรมเรียนรู้ข้อมูลจากต่างประเทศ สร้างเครือข่ายสังคม ผูกมิตรสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งทางราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากเอดินเบิร์ก เมืองหลวงของสกอตแลนด์ และออสเตรเลีย ในส่วนของการศึกษาข้อมูลใหม่ ๆ เสมอมา

“คณะผู้จัดการประชุมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้ร่วมมือร่วมใจกันพัฒนาและอัปเดตข้อมูลความรู้ใหม่ ๆ ก้าวหน้าสู่สากลไปพร้อม ๆ กัน มุ่งมั่นให้การสนับสนุนศัลยแพทย์ให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล รวมไปถึงการส่งเสริมให้ศัลยแพทย์ไทยได้ศึกษาต่อในต่างประเทศ เพื่อนำความรู้ในระดับสากลมาร่วมพัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์ไทยให้สูงยิ่งขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและดูแลสุขภาพของประชาชนไทยในก้าวต่อไป” **ศ.นพ.สุทธิพร** กล่าวทิ้งท้าย

ผู้ที่สนใจเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 38 สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย www.surgeons.or.th/rcst2013 หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โทรศัพท 0-2716-6141-3

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
17-19 กรกฎาคม 2556 	สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการอบรมต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 28 ณ ห้องประชุมสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ช.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6337 www.thaiendocrine.org
18-19 กรกฎาคม 2556 	มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ เรื่อง "ASTHMA AND COPD FOR HEALTHCARE WORKERS" ณ ห้องมิราเคิลแกรนด์บอลรูมเอบี ชั้น 4 โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2617-0649, 08-9228-9105 โทรสาร 0-2617-0649
20-23 กรกฎาคม 2556 	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 38 Theme: "Surgical Innovation in Asia" ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน พัทยา จ.ชลบุรี	www.surgeons.or.th
24-26 กรกฎาคม 2556 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	การประชุมวิชาการสัณฐาน ครั้งที่ 24 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตร์ชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	โทรศัพท์ 0-2716-6744 ต่อ 11, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: rcpt@asianet.co.th www.rcpt.org
27-29 กรกฎาคม 2556 	สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย	ASEPA & EST WORKSHOP On Epilepsy Surgery and Functional Brain Mapping BANGKOK, 2013	โทรสาร 0-2716-6004 E-mail: episxbangkok@gmail.com www.asepabangkok2013.com
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
5-9 สิงหาคม 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	การประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 สำหรับแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ปฏิบัติงาน ชั้นปี 2	โทรศัพท์ 0-2716-6651-2 โทรสาร 0-2716-6653, 0-2716-6657 www.thaifammed.org
7-9 สิงหาคม 2556 	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ประชุมวิชาการประจำปีคณะแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 29 "SMART Management"	โทรศัพท์ 0-7445-1147 โทรสาร 0-7445-1127 E-mail: meeting@medicine.psu.ac.th
10-12 สิงหาคม 2556 	ชมรมศัลยแพทย์ข้อเข่า ข้อสะโพกแห่งประเทศไทย ร่วมกับอนุสาขา Hip & Knee ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	การประชุม The Combined Meeting of 2013 Asia Pacific Hip Society (APHS) and 2013 Annual Meeting of The Thai Hip & Knee Society (THKS) ณ โรงแรมดุสิตธานี รีสอร์ท หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์	โทรศัพท์ 0-2716-5436-7

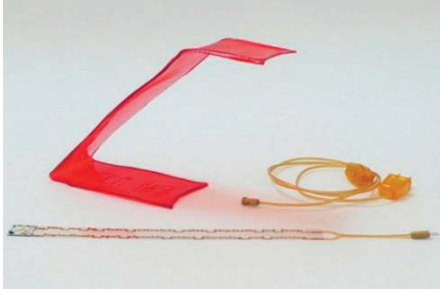
วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
21-23 สิงหาคม 2556 	ภาควิชาสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	การประชุมประจำปี 2556 OB & GYN & Update Practical 2013 Practice wisely in the world of connectivity ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โทรศัพท์ 0-2256-4288, 08-9105-5933 โทรสาร 0-2251-9933 E-mail: sasikaew@hotmail.com, kwsasi@yahoo.com www.md.chula.ac.th, www.cu-obgyn.com
25-29 สิงหาคม 2556 	สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ	การประชุมนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 21 การลงทุนที่ดีที่สุดเพื่อสุขภาพ (Best Investments for Health) ณ ศูนย์ประชุมพีช พัทยา	โทรศัพท์ 0-2343-1500 โทรสาร 0-2343-1551 E-mail: info@iuhpeconference.net www.IUHPEconference.net
11-13 กันยายน 2556 	กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ภาควิชาการเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า	การประชุม Interactive Clinical Practices 2013: Ambulatory Pediatrics: Guide and Clue in Management ณ ห้องพิธีการ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2354-7600-28 ต่อ 94162, 94163 โทรสาร 0-2354-7827 www.pedpmk.org
20 กันยายน 2556 	สมาคมแพทย์ผิวหนัง แห่งประเทศไทย	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 	ราชวิทยาลัยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2556 ใน Theme "Current Trends in Orthopaedics 2013" ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคิลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	www.rcost.or.th/meeting2013
20-23 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย	The 23 rd Asian and Oceanic Congress of Obstetrics and Gynaecology (AOCOG 2013) Themed "Challenges in Women's Healthcare" ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ กรุงเทพฯ	โทรสาร 0-2716-5720 www.aocog2013.org
23-26 ตุลาคม 2556 	สมาคมโรคติดเชื้อ แห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่วิชาการประจำปี ครั้งที่ 39 ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติ เอ็มเพรส โรงแรมดิเอ็มเพรส จ.เชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-2716-6874 โทรสาร 0-2716-6807 www.idthai.org
14-16 พฤศจิกายน 2556 	สมาคมมัณฑนากรหัวใจและ หลอดเลือดแห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia-Pacific Society of Interventional Cardiology (APSIC)	งานประชุมวิชาการนานาชาติ 9 th Asian Interventional Cardiovascular Therapeutics (AICT 2013)	www.aict2013.com
8-10 ธันวาคม 2556 	โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต ร่วมกับวิทยาลัยนานาชาติ ด้านศัลยกรรม และสมาคม ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักแห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการนานาชาติ The first Phuket International Symposium in Colorectal disease ณ โรงพยาบาลกรุงเทพ ภูเก็ต	โทรศัพท์ 0-7625-4425 โทรสาร 0-7625-4430 E-mail: art.hi@bgh.co.th, samran.sr@bgh.co.th, maneewan.ka@bgh.co.th www.phukethospital.com

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อของบรรณธิการกลุ่มงานแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 110 โทรสาร 0-2884-7299
บริษัท สสวส จำกัด 71/17 ถนนรามอินทรา แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp_14_dna@hotmail.com

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
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
22-24 August 2013 	5 th Asian Congress of Health Psychology	Daejeon	South Korea	www.achp2013.org
23-25 August 2013 	Electrophysiology Review for Boards and Recertification	Rochester	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2013R134
19-21 September 2013 	International Congress on Neurotechnology, Electronics and Informatics (NEUROTECHNIX 2013)	Vilamoura	Portugal	www.neurotechnix.org
19-21 September 2013 	CARDIOTECHNIX 2013-International Congress on Cardiovascular Technologies	Vilamoura, Algarve	Portugal	www.cardiotechnix.org
20-21 September 2013 	12 th Annual Update in Nephrology and Kidney Transplantation	Minneapolis	United States of America	www.mayo.edu/cme/nephrologyupdate2013
20-22 September 2013 	BIOMDLORE 2013	Palanga	Lithuania	http://biomdlore.vgtu.lt
21-22 September 2013 	3 rd International Conference on Cupping Therapy	Istanbul, Uskudar	Turkey	www.cuppingconference.com
21-26 September 2013 	Mayo Cardiovascular Review Course for Cardiology Boards and Recertification	Rochester	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2013R004

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



โคมไฟรสชาติดี แก้วในยามฉุกเฉิน

Bite Me desk lamp โคมไฟที่ออกแบบโดย **Victor Vetterlein** นักออกแบบจากนิวยอร์ก ความพิเศษที่ไม่มีใครคาดถึงคือ มันสามารถรับประทานได้ เจ้า **Bite Me desk lamp** ทำมาจากพลาสติกที่ผลิตจากวัชและกลีเซอรีนจากผัก แต่ก่อนจะรับประทานต้องถอดอุปกรณ์ไฟฟ้าออกเสียก่อน ไม่งั้นถูกช็อตแน่ ๆ ต่อจากนั้นก็นำส่วนที่เป็นพลาสติกไปใส่ลงในน้ำอุ่น รอจนเริ่มอ่อนตัวลงแช่ทิ้งไว้ก่อนเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ต่อจากนั้นก็นำมารับประทานได้ มีให้เลือกหลากหลายรสชาติ ไม่ว่าจะเป็นรสเชอร์รี่ แอปเปิ้ล ส้ม และบลูเบอร์รี่ ใครที่อยู่หอพัก ตัวเลือกนี้เป็นอาหารฉุกเฉินได้ดีไม่น้อย

กระจกใสกึก ง่ายนิดเดียว

หมดปัญหาความยุ่งยากกับการจัดการกระจกให้ใสสะอาด หุ่นยนต์ทำความสะอาดกระจกที่มีชื่อว่า **ECOVACS Winbot** สามารถเกาะกับกระจกได้ ไม่ว่าจะเป็นกระจกเปียกหรือกระจกแห้ง **ECOVACS Winbot** สามารถจัดการขจัดสิ่งสกปรกได้อย่างหมดจด และยังไปกว่านั้น เจ้าเครื่องนี้ยังสามารถใช้สองตัวในการทำทำความสะอาดด้านในและด้านนอกพร้อม ๆ กัน ด้วยระบบแม่เหล็ก magnetism ที่คอยดูดหุ่นทั้งสองตัวให้ติดกัน แต่อาจไม่เหมาะกับกระจกในตึกสูงที่ไม่มีระเบียงเท่านั้น



หัวฝักบัววิตามิน C ผสมสวย...หนึ่งศีรษะสุขภาพดี

หัวฝักบัวเพื่อสุขภาพเส้นผมและหนังศีรษะดีขึ้น **Ionic Plus Vitamin C Shower** จากบริษัท **Arromic** เพิ่มฟิลเตอร์พิเศษที่มีส่วนผสมของวิตามินซี ช่วยกระตุ้นหนังศีรษะและเส้นผมให้มีสุขภาพดี พร้อมกระตุ้นประจุไอออนในน้ำเพื่อทำให้รู้สึกผ่อนคลายด้วย สามารถใช้กับฝักบัวที่บ้านได้ทันที เพียงแค่เติมวิตามินซีที่ให้อาหารในแพ็คเกจไปก่อนการใช้งาน วิตามินซี 100 กรัมหนึ่งกระปุกจะใช้นาน 3 เดือนสำหรับครอบครัวที่มีสมาชิก 4 คน ถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามากทีเดียว



[Book Shop]

Next Station Chugoku

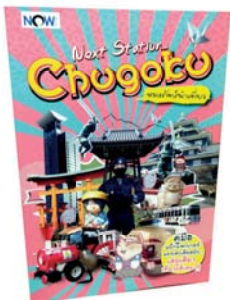
ผู้เขียน : พญ.ภัทร์ สิทธิการิชกุล

สำนักพิมพ์ฟีลมีเดีย, ราคา 320 บาท

พบกับเรื่องราวการท่องเที่ยวแบบ Backpacker จาก “หมอกัทร” ที่มีบรรดาแฟนเพจและชาวพันทิปติดตามอย่างเหนียวแน่น ด้วยเป็นคนชอบสำรวจเส้นทางและนำเสนอตัวเลือกใหม่ ๆ เพื่อเปิดมุมมองการท่องเที่ยวกว้างอย่างไม่เหม่อ สำหรับคนชอบเที่ยวอย่างประหยัดและเรียนรู้ทุกอย่างด้วยตัวเอง

ในเล่มนี้ หมอกัทรจะพาคุณไปเยี่ยมเยือน “ซูโกกุ” เกาะแห่งญี่ปุ่นอันเปี่ยมเสน่ห์ ย้อนรอยดินแดนในประวัติศาสตร์ทั้งญี่ปุ่นโบราณ ตำนานการต่อสู้ของสองยอดดาบไซโร มุซาชิ โคจิโร ตามหาศรัทธาและสันติภาพของชาดาโกะบนเกาะเรียนพันตัว แถมยังพาไปช้อปปิ้งชิม ชิลล์โดยสารสารพัดทั้งเรือ รถไฟ รถบัส ให้คุณได้รู้สึกเหมือนไปเยือนซูโกกุด้วยตัวเอง เป็นหนังสือแนะนำเที่ยวที่มีข้อมูลที่พิก อาหาร แหล่งช้อปปิ้ง

แผนที่ และตารางการเดินทางอย่างละเอียด รวมถึงเวลาเปิด-ปิดของสถานที่แต่ละแห่ง พร้อมให้ข้อมูลประวัติความเป็นมาเพื่อทำให้การท่องเที่ยวมีรสชาติเข้าถึงภูมิหลังและวัฒนธรรมได้เป็นอย่างดี พักสายตาดูด้วยการดูให้ได้อิ่มยิ้ม แดมท้ายด้วยตัวปั๊ม (stamp) ของแต่ละที่ โดยการถ่ายทอดอย่างสนุกสนานเป็นกันเองตามแบบฉบับหมอกัทร



วิธีหยุดกรดไหลย้อน

ผู้เขียน : นพ.อานิล ไมโนชา / คริสติน อะดามิค

ผู้แปลและเรียบเรียง : ภญ.น้ำทิพย์ สงสวัสดิ์

นกฮูก พับลิชชิง, ราคา 295 บาท

ในที่สุดสิ่งที่จะช่วยบรรเทาอาการแสบยอดอกแบบเรื้อรังของคนนับล้านก็ปรากฏ หนังสือเล่มนี้เป็นที่ต้องการของคนหลายสิบล้านคนที่ต้องทรมานเพราะความเจ็บปวดจากอาการแสบยอดอกอย่างรุนแรงแทบทุกวัน เขียนโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคของระบบย่อยอาหารที่เป็นที่รู้จักระดับนานาชาติ

นพ.อานิล ไมโนชา นำประสบการณ์และความเชี่ยวชาญการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยมาประกอบกับผลการวิจัยจากทั่วโลก เพื่ออธิบายสาเหตุของอาการแสบยอดอก รวมทั้งอธิบายปัญหาและความยุ่งยากต่าง ๆ ที่จะตามมาหากโรคนี้ถูกละเลยไม่ได้รับการรักษา และนอกจากให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคแล้ว นพ.อานิล ไมโนชา ยังให้ความรู้ว่ามีค่างในเรื่องการรักษาโรคโดยวิธีการต่าง ๆ นับแต่ปรับปรุงโภชนาการ การปรับเปลี่ยนวิธีการดำรงชีวิต ยา การผ่าตัด และการแพทย์ทางเลือก, อาหารที่บริโภคและน้ำหนักร่างกายมีผลต่อโรคกรดไหลย้อนอย่างไรบ้าง, ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและอาการแสบยอดอก, การจัดการกับโรคกรดไหลย้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และการจัดการกับโรคกรดไหลย้อนที่เกี่ยวกับทารก เด็ก และผู้สูงอายุ

นพ.อานิล ไมโนชา เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคกรดไหลย้อนที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักในระดับนานาชาติ เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการรักษาโรคระบบทางเดินอาหาร เป็นนักเภสัชวิทยาคลินิก นักพิษวิทยาทางการแพทย์ สมาชิกสมาคมวิทยาลัยแพทย์อเมริกัน และวิทยาลัยแพทยอเมริกันสาขาโรคระบบทางเดินอาหาร ปัจจุบัน นพ.อานิล ไมโนชา ดำรงตำแหน่งหัวหน้าสาขาโรคระบบทางเดินอาหาร คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเซาเทิร์น อิลลินอยส์



Gift for Your Health ครั้งที่ 6 เพื่อคนรักสุขภาพเช่นคุณ



โรงพยาบาลไทยนครินทร์ ร่วมกับ นิตยสาร Health Plus@City จัดกิจกรรมเพื่อคนรักสุขภาพในงาน “Gift for Your Health ครั้งที่ 6” กิจกรรมเพื่อคนรักสุขภาพเช่นคุณ เปิดเวทีเสวนาเรื่อง “ดูแลตัวเองสักนิด พิชิตโรคหัวใจ” โดยมี ศ.พิเศษ นพ.เศวต นนทกานันท์ หัวหน้าแพทย์ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลไทยนครินทร์ และดารารับเชิญ ส้ม-ธัญสินี พรมสุทธิ มาร่วมแบ่งปันเคล็ดลับสุขภาพดี นอกจากนี้ยังมีการ สาธิตปฏิบัติการช่วยชีวิตฟื้นคืนชีพ (CPR) โดยทีมงานศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลไทยนครินทร์ และกิจกรรมดี ๆ ที่น่าสนใจอีกมากมาย

โครงการ “ผ่าตัดเด็กโรคหัวใจ 60 ราย”

นายประจักษ์ ตั้งคารวคุณ (กลาง) กรรมการมูลนิธิคุณแม่ลึกิมเกี้ยว (ประจักษ์-ละออ ตั้งคารวคุณ) พร้อมด้วย นางละออ ตั้งคารวคุณ (ที่ 3 จากซ้าย) มอบเงินสนับสนุนโครงการ “ผ่าตัดเด็กโรคหัวใจ 60 ราย” จำนวนกว่า 1,200,000 บาท ให้แก่ ศ.นพ.บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ (ที่ 3 จากขวา) ประธานคณะกรรมการมูลนิธิเด็กโรคหัวใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในวโรกาสเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เมื่อเร็ว ๆ นี้



กิจกรรม Hand Cleaning Moving Together

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการล้างมือ ลดเชื้อโรคภายในโรงพยาบาลขึ้น ในชื่อ “โครงการ Hand Cleaning Moving Together” โดยมี รศ.นพ.ธัญ สุภัทรพันธุ์ รองคณบดีฝ่ายบริการ เป็นประธานเปิดงาน ภายในงานมีกิจกรรมประกวดเต้นประกอบเพลงรณรงค์การล้างมือ และกิจกรรมมอบรางวัลแก่หน่วยงานที่ส่งเสริมการล้างมือดีเลิศ ณ อาคารเรียนรวม เมื่อเร็ว ๆ นี้



มุนติฟาร์มาเปิดบริษัทในไทย ขยายขอบข่ายธุรกิจไปในเอเชีย

มร.รามัน ชิง (กลาง) ผู้อำนวยการประจำภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก และละตินอเมริกา บริษัท มุนติฟาร์มา และ มร.ลอเรนซ์ เซียว (ซ้าย) ผู้จัดการทั่วไปประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ฉลองเปิดสำนักงาน บริษัท มุนติฟาร์มา (ประเทศไทย) จำกัด ร่วมกับ คุณภัทราภรณ์ เจริญวรรณ (ขวา) ผู้จัดการทั่วไปประจำประเทศไทย มุนติฟาร์มา หนึ่งในบริษัทชั้นนำ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาการรักษาและการจัดการความเจ็บปวด เตรียมพร้อมสำหรับการขยายขอบข่ายธุรกิจในภูมิภาคเอเชีย ล่าสุดเปิดสำนักงานในประเทศไทยที่อาคารแอทนี ทาวเวอร์ เมื่อเร็ว ๆ นี้



การอบรมปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยคลอดฉุกเฉิน ครั้งที่ 7



พ.ต.อ.ชินวร โบราณินทร์ ผู้กำกับ 6 กองบังคับการตำรวจจราจร ร่วมกับ น.อ.(พิเศษ) นพ.ไพศาล จันทรพิทักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ สาขากิจกรรมพิเศษ เป็นประธานเปิด “การอบรมปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยคลอดฉุกเฉิน ครั้งที่ 7” ให้แก่ตำรวจจราจรฝ่ายปฏิบัติการจราจรพิเศษ (โครงการพระราชดำริ) ตำรวจทางด่วน ตำรวจจราจรจากสถานีตำรวจนครบาลกว่า 110 นาย โดยมี คุณหญิงสุวิมล ผึ้งประเสริฐ กรรมการบริหาร บริษัท แปซิฟิค กรุ๊ป (จส.100) และ คริสโตเฟอร์ เบญจกุล ร่วมเป็นเกียรติในงาน ณ โรงพยาบาลกรุงเทพ เมื่อเร็ว ๆ นี้

วาระการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย



ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู



ภาควิชาเภสัชวิทยา

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ภาควิชาอายุรศาสตร์



ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณนาย

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก. ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร ----

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

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

หมายเหตุ

1. 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

The logo features the text "CME PLUS" in a bold, sans-serif font. "CME" is red and "PLUS" is blue. The letters "C", "M", and "E" are decorated with small red dots. The logo is centered within a large, light gray circle. To the right of the circle, there is a green leafy branch with two ladybugs (one red with black spots, one red with white spots) and several water droplets. Scattered around the circle are several small green leaves and a few white pills.

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
Ethanol		▲	▲	▲	▲	▲	▲
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			+	+	+	+	+
Fluconazole			+	+	+	+	+
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 : C₃₉H₄₆CaF₂N₂O₈ Molecular weight : 880.98 Inactive Ingredients Lactose, Hydroxypropylcellulose, Hydroxypropylmethylcellulose, Magnesium Aluminum silicate, Magnesium Stearate, Triethyl Citrate, Hydrated Silicon Dioxide, Titanium Dioxide, Canauba 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 faeces excretion (rats, dogs). In human, the unchanged pitavastatin and its lactone metabolite were mainly 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. (3) Patients receiving cyclosporine [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]. (4) Pregnant women, women suspected of being pregnant, or lactating women [See "Use during pregnancy, childbirth and lactation".] Relative Contraindications (As a general rule, the coadministration of this product is contraindicated in the following situation. If the use of this product is considered essential, it should be administered carefully.) For patients with abnormal clinical laboratory values related to renal function, coadministration with fibrinolytic agents should not be approved except when that co-administration is considered indispensable. [Rhabdomyolysis is more likely to occur]. 7. Precautions related to dosage and administration (1) In the case of administration to patients with hepatic disorders, the starting dose should be set to 1 mg per day and the maximal dose should be 2 mg per day. (2) In the case of an increase in dosage of this drug, rhabdomyolysis-related adverse events 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.). 8. 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 LIVALO TAB 2 mg STP: 1007

References

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

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