



สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพครูและบุคลากรทางการศึกษา

1-15/07/13

SYMPOSIUM 
IN THIS ISSUE



GlaxoSmithKline



TRB CHEMEDICA



**FRESENIUS
KABI**
caring for life



เกาะติด HIV-NAT จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 3
งานประชุม เจาะลึกทุกประเด็น...เน้นการนำไปใช้จริง
อย่างได้ผล

วัสดุและอุปกรณ์
การแพทย์

เฉพาโรค โรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน
(Peripheral Artery Disease)

ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com



FLEXPEN®
TRUSTED &
SIMPLE



**LOW
RISK OF
HYPOGLYCEMIA**

&™ MAJORITY OF PATIENTS ACHIEVED ADA GOAL
HbA1c $\leq 7\%$ ¹



™

**OPTIMAL
HbA1c
CONTROL**

Levemir: Expect more & Get more
Initiate with once daily Levemir®

Abbreviated prescribing information
Levemir (insulin detemir) contains insulin detemir 100U/mL. **Indications:** Treatment of diabetes mellitus. **Dosage:** As directed by physician. Administer subcutaneously. **Contraindications:** Hypersensitivity, hypoglycemia. **Warning and Precautions for use:** Inadequate dosages or discontinuation of treatment may lead to hyperglycemia and diabetic ketoacidosis. **Pregnancy and lactation:** no clinical experience during pregnancy or lactation. **Caution** should be exercised when prescribing to lactating women. **Side effects:** Hypoglycemia, local hypersensitivity reactions and systemic allergic reactions. If you notice any side effects, please inform your doctors or pharmacists.

Reference: 1. Blonde L et al. Patients-directed titration for achieving glycemic goals using a once-daily basal insulin analogue: an assessment of two different fasting plasma glucose targets—the TITRATE study. *Diabetes Obesity and Metabolism*:11,2009,623-631



Levemir® FlexPen
(insulin detemir)

Novo Nordisk Pharma (Thailand) Ltd
Tel. 02-266-6043-5

โปรดส่งนารายณ์หรือหลักฐานอื่นในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารอ้างอิง
ไปรษณียบัตรไปรษณีย์ที่ จ.ศ. 379/2553, NNPT/AD/0/2009, WAWA 12/11/09



MADILOT®

Hypertension Effective

LESS ANKLE OEDEMA¹

The global safety of manidipine was significantly better than amlodipine: the relative risk (RR) for adverse event was 0.69 (0.56 – 0.85), and particularly for ankle oedema RR was 0.35 (0.22 – 0.54)¹

The aim of this meta-analysis was to compare the efficacy and safety profile of mandiporone 20 mg twice a day with that of amiodipine 10 mg. A systematic review of quantitative data produced or published between 1995 and 2009 was performed. Head-to-head randomized controlled trials (RCTs) of 12 months minimum duration reporting comparative efficacy (changes in systolic and diastolic blood pressure) and safety (total adverse events and ankle oedema) were included. Four high-quality RCTs, accounting for 838 patients (438 received mandiporone and 402 received amiodipine) were included. The efficacy of mandiporone and amiodipine was statistically similar for both office (0.08 (0.03, 0.13) and 0.03 (0.01, 0.05) mmHg, respectively) and 24-h (0.03 (0.01, 0.05) and 0.01 (0.01, 0.01) mmHg, respectively) blood pressure. The safety of mandiporone and amiodipine was also similar, with no statistically significant difference in total adverse events (0.00 (0.00, 0.00) and 0.00 (0.00, 0.00), respectively) or ankle oedema (0.00 (0.00, 0.00) and 0.00 (0.00, 0.00), respectively). The results of this meta-analysis suggest that mandiporone 20 mg twice a day is as effective and safe as amiodipine 10 mg once a day.

was good. These data suggest a better efficacy/safety ratio of prasugrel compared to aspirin.

Takeda (Thailand) LTD.
183 Rajanakran building, 10 Floor South Sathorn Road, Kwaeng Yannava, Khet Sathorn, Bangkok 10120

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

1. ผู้จัดการฝ่ายขายต่างจังหวัด

5 อัตรา

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

- อายุไม่เกิน 35 ปี

- มีรถยนต์หรือมอเตอร์ไซด์เป็นของตนเอง
- ไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์

3. Product Manager/ Product Specialist

10 อัตรา

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

2. พนักงานขาย

14 อัตรา

- วุฒิ ปวส.-ปริญญาตรี ทางด้านเครื่องมือแพทย์ ไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ หรือสาขาใกล้เคียง

สนใจสมัครงานให้ส่งเอกสารถึง ผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ วงเล็บมุมซองว่า สมัครงาน (ไม่รับผิดชอบทางโทรศัพท์)

บริษัท เซนต์ เมดิคอล (ครีติกอล แคร่) จำกัด

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

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

ตรวจสอบสุขภาพประจำปี...ที่ Yanhee Check up Center

ตรวจแบบ "One Stop Service" ได้ผลการตรวจภายใน 3 ชม. ทุกวัย

ตรวจสอบสุขภาพประจำปี...

ตรวจสอบสุขภาพเพื่อทำประกันชีวิต...

ตรวจสอบสุขภาพก่อนเริ่มทำงาน...

- มะเร็ง
- เบาหวาน
- ความดัน
- โรคหัวใจ
- ตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคุณภาพที่ดีของชีวิต



ราคาโปรแกรมตรวจสุขภาพ

โปรแกรม 1 = 1,800 บาท

โปรแกรม 2 = 4,000 บาท

โปรแกรม 3 = 7,600 บาท

โปรแกรม 4 = 12,600 บาท

และโปรแกรมอื่นๆ = ขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล...ราคาจะแจ้งให้ทราบก่อนการตรวจ



ศูนย์ตรวจสุขภาพ รพ.ยันฮี
โทร. 1723 หรือ 0-2879-0300



www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา เพียงคลิกเข้ามาที่ **www.wongkarnpat.com** ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน



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.®



ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ร่วมกับ

บริษัท แอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด

Cordially invite you to attend **Upper GI Bleeding symposium**

Medical Therapy for Nonvariceal Upper GI Bleeders:

What Surgeons Need to Know? and Improving Outcomes from Upper GI Bleeding

วิทยากร :

รศ.นพ.รัฐกร วิไลชนม์

แผนกอายุรกรรมทางเดินอาหาร

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วิทยากร :

พศ.นพ.อังภา เมธเศรษฐ

แผนกศัลยกรรมทั่วไป

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วันอาทิตย์ที่ 21 กรกฎาคม 2556

เวลา 12.00-13.00 น.

ณ ห้องประชุมจันทบุรี โรงแรมแอมบาสเตอร์ พัทยา

AstraZeneca

NEX04829MAY13

SERETIDETM
salmeterol/fluticasone propionate

For moderate COPD, Seretide gives
immediate benefits from day one¹
and over the years to come^{2,3}

Improvement in
lung function¹

and over the
years to come²⁻³

Improvement in
lung function¹

Improvement in
breathlessness¹

Delay disease progression²

Reduce exacerbation³

Improve health status³

Improve lung function³

Reduce all cause mortality³

*A 3-year, double-blind, placebo-controlled randomized, parallel-group study Research Supported by GlaxoSmithKline Placebo = Placebo BID, n=1,524 Salmeterol = Salmeterol 50 mcg BID, n=1,521 Fluticasone = Fluticasone 500 mcg BID, n=1,534 SFC = Salmeterol 50 mcg + Fluticasone 500 mcg BID, n=1,533 SFC delay disease progression by slow rate of decline in FEV1 16mL/year vs placebo (P<0.001), SFC reduce exacerbation 25% vs placebo (P<0.001), SFC improve QoL -3.1units vs placebo (P<0.001), SFC improve lung function 92mL vs placebo (P<0.001), SFC reduce all cause mortality 17.5% vs placebo (P=0.052)

[illegible]

References: 1. Vestbo J, Pauwels R, Anderson J A, et al, Early onset of effect of Salmeterol and fluticasone propionate in chronic obstructive pulmonary disease, *Therap* 2005;60:301-304, 2. Celli B, Thomas NE, Anderson JA, et al, Effect of Pharmacotherapy on Rate of Decline of Lung Function in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Am J Respir Crit Care Med* 2008;178:332-338.

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ขส.321/2555



กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ขอเชิญกุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน และผู้สนใจ

เข้าร่วมการประชุม

Interactive Clinical Practices 2013:

Ambulatory Pediatrics:

Guide and Clue in Management

วันที่ 11-13 กันยายน 2556

ณ ห้องพิธีการ ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบ พระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

	08.00-08.30	08.30-09.00	09.00-09.30	09.30-10.00	10.00-10.30	10.30-11.00	11.00-11.15	11.15-11.30	11.30-12.00	12.00-13.15	13.15-14.00	14.00-14.30	14.30-15.00	15.00-15.45
พุธที่ 11 กันยายน 2556	พิธีเปิด	L1 Newborn experiences at OPD รศ.พล.ต.หญิง ปริญญาพันธ์ แสงอรุณ	L2 All about newborn and maternal infection พ.ท.นิธิพันธ์ สุขสุเมธ	L3 Bloody safety in pediatric transfusion ร.อ.ปิยะ รุจิกยานนท์	Coffee break	L4 Hematologic lab test: Little things can make a big difference พ.ต.หญิงชานันท์ มนต์เสวีบุสสรณ์	L5 Genetic testing: What pediatrician should know? พ.ท.บุญชัย บุญวัฒน์	L6 Step-by-Step approach to interpret arterial blood gas พ.ท.หญิงสุพิชญา จิงจิตรักษ์	Luncheon S1 (Abbott) Acute diarrhea: Antibiotic smart use and update management รศ.พ.อ.วีระชัย วัฒนวิระเดช และพศ.พ.อ.หญิง นภอร ภาวิจิตร	Special L1 (Abbott) Failure to gain weight in toddler พ.อ.เรืองวิทย์ ตันติแพทย์ทางกูร	L7 Talk about TB with an expert รศ.พ.อ.พิงกูร เกิดพานิช	Coffee break	Spot Dx1 EKG: Make it easy พ.อ.หญิง อังคณา เก่งสกุล	
พฤหัสบดีที่ 12 กันยายน 2556		L8 UTI: Updated guideline รศ.พ.อ.หญิง ประไพพิมพ์ วีระคุปต์	L9 Acute diarrhea: Fluid and electrolyte therapy พ.อ.อดิสรณ์ ลำเพาพงศ์	L10 Seizure management: Overcome the pitfall พ.อ.ชาครินทร์ ณ บางช้าง		L11 Recurrent abdominal pain: Clues and red flag พ.ท.อนันดร วงศ์ธีระสุต	L12 Stridor: Case based approach พ.อ.หญิงสนิตรา ศิริธากุล	L13 Vaccine allergy: Believe it or not พ.ต.หญิงอรุณศรี บุญญาวิวัฒน์	Luncheon S2 (MSD) Montelukast in general pediatric practices พ.ท.หญิงนภาพร น้าเบญจพล	Special L2 (Takeda) Precocious puberty: Case based approach พ.ท.หญิงนภาพร น้าเบญจพล	L14 FAQ in Congenital hypothyroidism พญ.วรลักษณ์ ภัทรกิจนิรันดร์		Spot Dx2 Dermatology quiz: Common cases at OPD พ.อ.หญิงปจรรย์ ทิตธิวงษ์	
ศุกร์ที่ 13 กันยายน 2556		L15 Choosing a school for my child พศ.พ.อ.หญิง ชาศรียา วีระเนตร	L16 School failure: I'm a failure? พ.ท.หญิงโสธยา ชัชวาลานนท์	L17 Discipline a child with love and logic พ.ท.หญิงวิระรอง อรุณารอด		L18 Media is everywhere: How should our kids consume it? นพ.กมล แสงทองศรีมงคล	Spot Dx3 Practical infectious diseases in childhood ศ.(เกียรติคุณ) พ.อ.หญิง ศรีลักษณ์ ลิ้มเสถียร	Luncheon S3 (Mead Johnson) Scientific-based evidence of extensively hydrolyzed formula พ.อ.เรืองวิทย์ และ พศ.พ.อ.หญิงนภอร						

CME
16.45
Credits

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการลงทะเบียนแก่ พ.อ.หญิง แสงไขย เข้านานจนกิจ
กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 315 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
สอบถามรายละเอียดติดต่อ คุณสุมิตรา พุ่มพ้อง โทร 02 354 7600 -28 ต่อ 94162, 94163 โทรสาร 02 3547827

Download ใบสมัคร ได้ที่ <http://www.pedpmk.org>

สนับสนุนการพิมพ์ โดย
sanofi pasteur
The vaccines business of sanofi-aventis Group



Sustained Power¹ & Proven Protection^{2,3}



*actos (Pioglitazone) 15 mg tablets has been approved in 2000



- **POWERFUL and SUSTAINED HbA_{1c}**^{1,2}
- **Low risk* of hypoglycaemia**¹
- **Significantly reduces the risk of developing macrovascular events (Death, MI, Stroke)**³
- **ADA and EASD endorsed as a valid treatment option with proven benefits**⁴

* The incidence of confirmed hypoglycaemia; 3.5 years, open-label, observational, primary care study comparing 30 mg/day pioglitazone with 3.5 mg/day glibenclamide add-on to stable metformin monotherapy in 500 patients with type 2 diabetes. Hypoglycaemia occurred in 5 patients in the pioglitazone group and 34 patients in the glibenclamide group.

Reference

1. M. Hanefeld et al., Glycemic control and treatment failure with pioglitazone versus glibenclamide in type 2 diabetes mellitus: a 42-month, open label, observational, primary care study. Current Medical Research and Opinion. Vol.22, No.6, 2006, 1211-1215.
2. A.J. Scheen et al., Long-term glycaemic control with metformin-sulphonylurea-pioglitazone triple therapy in PROactive (PROactive 17). Diabet. Med. 26, 1033-1039 (2009)
3. Erland Erdmann et al., PROactive 07: pioglitazone in the treatment of type 2 diabetes: result of the PROactive study. Vascular Health and Risk Management 2007; 3(4) 355-370.
4. Silvio E. Inzucchi et al., Management of hyperglycemia in type 2 Diabetes: A patient-Centered Approach. Diabetes Care, published online (ahead of print) April 19, 2012

actosmet® 15_{mg}/850_{mg}
Pioglitazone HCl 15 mg + Metformin HCl 850 mg

actos®
Pioglitazone HCl

ACTOS® Abbreviate Prescribing Information:

Pioglitazone hydrochloride tablets

COMPOSITION: ACTOS® 15: Each tablet contains 15 mg of pioglitazone. ACTOS® 30: Each tablet contains 30 mg of pioglitazone. ACTOS® 45: Each tablet contains 45 mg of pioglitazone. **INDICATION:** For treatment of type 2 diabetes: ACTOS® is indicated for monotherapy and also in combination with a sulphonylurea, metformin, or insulin when diet and exercise plus the single agent does not result in adequate glycaemic control. **DOSAGE AND ADMINISTRATION:** ACTOS® should be taken once daily without regard to meals. Monotherapy: ACTOS® may be initiated 15 mg or 30 mg once daily. For patients who respond inadequately to the initial dose of ACTOS®, the dose can be increased in increments up to 45 mg once daily. Combination therapy: ACTOS® in combination with sulphonylurea, metformin or insulin may be initiated at 15 mg or 30 mg once daily.

PRECAUTIONS: General: ACTOS® should not be used in patients with type 1 diabetes or for the treatment of diabetes keto-acidosis. Hypoglycemia: Patients receiving ACTOS® in combination with insulin or oral hypoglycemic agents may be at risk for hypoglycemia so a reduction in the dose of the concomitant agent may be necessary. Ovulation: In premenopausal anovulatory patients with insulin resistance, treatment with thiazolidinediones, including ACTOS®, may result in resumption of ovulation. As a consequence of their improved insulin sensitivity, these patients may be at risk of pregnancy if adequate contraception is not used. Edema: ACTOS® should be used with caution in patients with edema. Hematologic: ACTOS® may cause decreases in hemoglobin and hematocrit. Cardiac: Patients with NYHA Class III and IV cardiac status were not studied in ACTOS® clinical trials. Thus, ACTOS® is not indicated in patients with NYHA Class III or IV cardiac status. Hepatic Effects: In pre-approved clinical studies worldwide, over 4,500 subjects have been treated with ACTOS®. In US clinical studies, over 4,700 patients with type 2 diabetes received ACTOS®. There was no evidence of drug-induced hepatotoxicity or elevation of ALT levels. Urinary Bladder Cancer: Should not be used this drug in patients with active bladder cancer and a prior history of bladder cancer. **CONTRAINDICATIONS:** ACTOS® is contraindicated in patients with known hypersensitivity to this product or any of its components.

DRUG INTERACTIONS: ACTOS® has no known interactions with the following drugs: glipizide, digoxin, warfarin, and metformin. An inhibitor of CYP2C8 (such as gemfibrozil) may increase the AUC of pioglitazone and an inducer of CYP2C8 (such as rifampicin) may decrease the AUC of pioglitazone. **STORAGE:** Store below 25°C. **EXPIRATION DATE:** 3 years. **PACKAGING:** ACTOS® 15 30 tablets (10 tablets x 3), ACTOS® 30 30 tablets (10 tablets x 3), ACTOS® 45 28 tablets (14 tablets x 2)

ACTOSMET® Abbreviate Prescribing Information:

Pioglitazone HCl 15 mg + Metformin HCl 850 mg

COMPOSITION: ACTOSMET® (15 mg/850 mg) Tablets: Each tablet contains 15 mg pioglitazone and 850 mg metformin hydrochloride.

INDICATIONS AND USAGE: ACTOSMET® is indicated as an adjunct to diet and exercise to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes who are already treated with a combination of pioglitazone and metformin or whose diabetes is not adequately controlled with metformin alone, or for those patients who have initially responded to pioglitazone alone and require additional glycaemic control. **DOSAGE AND ADMINISTRATION:** Starting dose for patients inadequately controlled on metformin monotherapy: actosmet may be initiated at 15 mg/850 mg tablet strength once daily, and gradually titrated after assessing adequacy of therapeutic response. Starting dose for patients switching from initially responded to pioglitazone monotherapy and require additional glycaemic control: ACTOSMET® may be initiated at 15 mg/850 mg tablet strength once daily, and gradually titrated after assessing adequacy of therapeutic response. Starting dose for patients switching from combination therapy of pioglitazone plus metformin as separate tablets: ACTOSMET® may be initiated with 15 mg/850 mg tablet strengths based on the dose of pioglitazone and metformin already being taken.

CONTRAINDICATIONS: Initiation of actosmet in patients with established New York Heart Association (NYHA) Class II or IV heart failure is contraindicated. 1. Renal disease or renal dysfunction 2. Known hypersensitivity to pioglitazone, metformin or any other component of ACTOSMET® 3. Acute or chronic metabolic acidosis, including diabetic ketoacidosis, with or without coma. **PRECAUTIONS:** General: ACTOSMET® should not be used in patients with type 1 diabetes or for the treatment of diabetes ketoacidosis. Hypoglycemia: Patients receiving pioglitazone in combination with insulin or oral hypoglycemic agents may be at risk for hypoglycemia, and a reduction in the dose of the concomitant agent may be necessary. Cardiovascular: Patients with NYHA Class III and IV cardiac status were not studied in pre-approval pioglitazone clinical trials. Pioglitazone is not indicated in patients with NYHA Class III or IV cardiac status. Edema: Since thiazolidinediones, including pioglitazone, can cause fluid retention, which can exacerbate or lead to congestive heart failure, actosmet should be used with caution in patients at risk for heart failure. Weight Gain: Dose related weight gain was observed with pioglitazone alone and in combination with other hypoglycemic agents. Ovulation: Therapy with pioglitazone may result in ovulation in some premenopausal anovulatory women. Hematologic: Across all clinical studies with pioglitazone, mean hemoglobin values declined by 2% to 4% in patients treated with pioglitazone. Hepatic Effects: In pre-approval clinical studies worldwide, over 4500 subjects were treated with pioglitazone. In U.S. clinical studies, over 4700 patients with type 2 diabetes received pioglitazone. There was no evidence of drug-induced hepatotoxicity or elevation of ALT levels. Urinary Bladder Cancer: Should not be used this drug in patients with active bladder cancer and a prior history of bladder cancer. **DRUG INTERACTIONS:** In vivo drug-drug interaction studies have suggested that pioglitazone may be a weak inducer of CYP450 isoform 3A4 substrate. An enzyme inhibitor of CYP2C8 (such as gemfibrozil) may significantly increase the AUC of pioglitazone and an enzyme inducer of CYP2C8 (such as rifampin) may significantly decrease the AUC of pioglitazone. Therefore, if an inhibitor or inducer of CYP2C8 is started or stopped during treatment with pioglitazone, changes in diabetes treatment may be needed based on clinical response.

STORAGE: Store below 25°C. **PACKAGING:** Box of 28 tablets (2 x 14 tablets)



TAKEDA (THAILAND) LTD.

57 Park Ventures Ecoplex Building, 15th Floor, Wireless Road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330
Tel. +66 2697-9300 Fax. +66 2697-9398-9

Further Information is available on request

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พ.ศ. 1266/2555

The Perfect Match for Dry Eye and Ocular Surface Disease



OCuSOFT®

OCuSOFT Lid Scrub *Original* Formula
RINSE-OFF FORMULA FOR DAILY CLEANSING

- Maintenance eyelid hygiene

CLEAN - COMFORT - REFRESH - SOOTHE

OCuSOFT Lid Scrub *PLUS* formula

EXTRA STRENGTH "LEAVE-ON"
FORMULA *PLUS* SUPERIOR EFFICACY.

- Proven to kill Demodex
- Reduction of Bacteria

SOOTHES - RELIEVES IRRITATION -
REMOVES CONTAMINANTS



Vislube® is so different!

0.18% Sodium Hyaluronate
Hypotonic Solution
Preservative-free eye drop
**For Dry eye and Ocular
surface damage.**



EYELID CLEANSER



TRB CHEMEDICA

For more information, please contact at 02-2642010-4, Fax. 02-2642015

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกขาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ดร.สมพล ประครองพันธ์
ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข
นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรินทร์
ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาถ ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.นพ.บรรหาร กอมนันตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท ทรศนะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวจนพงษ์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแย้ม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรญาณะลิต

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนดา ชาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสัมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์โฆษณา

วรรณนที 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



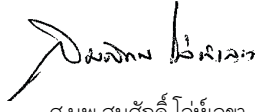
การดูแลตนเอง

ปัจจุบันเรามีหลักประกันสุขภาพ ทุกคนเข้าถึงการดูแลรักษาจากแพทย์โดยไม่เสียเงิน เป็นผลให้ทุกคนหวังแต่จะพึ่งแพทย์ ถ้าผลการรักษาไม่ดีก็จะโทษแพทย์และเรียกร้องค่าเสียหาย ขณะที่ในต่างประเทศที่เจริญแล้ว เขาเน้นเรื่องการช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น การช่วยเหลือตนเอง เราวมถึงการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้ป่วย เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารให้ครบหมู่ ไม่รับประทานมากเกินไปจนอ้วน ไม่รับประทานหวานหรืออาหารที่มีรสจัด รับประทานอาหารสะอาดหรืออาหารที่ยังร้อน การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งใช้ไหมขัดฟันวันละอย่างน้อย 1 ครั้ง การทำความสะอาดร่างกาย การกำจัดยุงในบ้าน การดูแลป้องกันเรื่องอุบัติเหตุที่อาจเกิดได้ในบ้าน การไม่สูบบุหรี่ การดื่มสุราเพียงเล็กน้อย การดูแลสุขภาพสะอาดในบ้าน การไม่สัมผัสของทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังจากออกจากห้องน้ำ การล้างมือก่อนที่จะจับตา จมูก ปาก การไม่รับประทานยาโดยไม่จำเป็น การตรวจสุขภาพเป็นระยะ ๆ ถ้าเราดูแลสุขภาพของเราดี เราก็ไม่ป่วย

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ถ้ารู้วิธีการดูแลตนเองตั้งแต่ต้น โรคก็จะไม่ลุกลาม เช่น หกล้มมีแผล ผิวหนังถลอก ถ้าเราพอกสบู่บริเวณแผลให้สะอาดทันทีแล้วใส่ยาฆ่าเชื้อ แผลนั้นก็จะมีอาการอักเสบจากการติดเชื้อ เมื่อมีอาการอุจจาระร่วง เรารีบดื่มน้ำเกลือแร่ให้เพียงพอก็จะไม่ช็อกจากการขาดน้ำ ถ้ามีอาการหวัดก็พักผ่อนให้เพียงพอ อาจกินยาลดไข้ ยาลดน้ำมูก ดื่มน้ำให้มาก ๆ ก็อาจจะดีขึ้น ถ้ารักษาเบื้องต้นแล้วไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์ การไปรับยาลดไข้จากโรงพยาบาลถึงแม้ว่าไม่ต้องจ่ายเงิน แต่ค่ารถเดินทางไปโรงพยาบาลและเวลาที่เสียไปมีค่ามากกว่ายาลดไข้ที่ได้มาฟรี

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน จะต้องดูแลตนเองในเรื่องอาหารการออกกำลังกาย การดูแลบาดแผลตนเอง แม้แต่การให้ยารับประทานเอง ขณะเดียวกันต้องสังเกตตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายอย่างก็ต้องคอยสังเกตตัวเอง ถ้ามีอาการผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์ก่อนที่จะเป็นมาก

การที่ผู้ป่วยจะดูแลตนเองได้จะต้องมีการสอนและมีการอธิบายให้เข้าใจ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและการตัดสินใจในการรักษาตนเอง ในปัจจุบันและอนาคตเราจะต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองให้มากขึ้น เป็นผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเจ็บป่วยน้อยลง


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ผ่าตัดลดอ้วนเพื่อลดน้ำหนักและคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- เสียงดนตรีลดหวาดวิตกในผู้ป่วยวิกฤต
- จัดทำนอนคว่ำในผู้ป่วยหายใจลำบากรุนแรง
- ผลลัพธ์สุขภาพในผู้ที่รอดจากมะเร็งวัยเด็ก

7 ข่าวสารการแพทย์

- อาเซียนป่วยไข้เลือดออกกว่า 1 แสนราย สานพลังลดระบาด
- สธ. สำนองเซรุ่มแก้พิษงู 7 ชนิดใน ร.พ.ทุกแห่ง
- สธ. จัดสรรงบประมาณ 310 ล้านบาท ดูแล ร.พ.ชายแดน

8 Movement

9 In Focus

ภัยร้าย...ใกล้ตัว
'เชชพีวี' ในที่สาธารณะ

12 Talk of the Town

"พอมติดกระดุก" VS "อวบอ้วนมีน้ำมีนวล"
พอมมากคือหุ่นดี อวบมาทีคืออ้วน...จริงหรือ?

13 Special

รศ.พญ.พูนศรี รัชชิจิ

ความสุขคือการช่วยผู้ป่วยให้กลับมา
มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

ปรพ.2

17 Get Up

- ไปไม่เทียมสังเคราะห์พลังงานแสง
- ยุโรปเตรียมลงดาบฮั่วชะลอยา
- กินมังสวิรัติน้ำให้อายุยืน
- โปรไบโอติกส์ลดผลข้างเคียงยาปฏิชีวนะ
- ผ่าพันขารักษาชีวิตผู้ป่วยสโตรค
- อินเดียใช้น้ำส้มสายชูตรวจมะเร็งปากมดลูก

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

คดี

21 เสี่ยงแพทย์

มหันตภัย 30 บาทรักษาทุกโรค
ตอน ภัยต่อคุณภาพมาตรฐานการแพทย์และสาธารณสุข

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

ผิวเคลือบไวรัสป้องกันการติดเชื้อ
ของวัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

25 จุฬาปริทัศน์

ภาวะเยื่อโพรงมดลูกอยู่ผิดที่ในอุ้งเชิงกราน Endometriosis

28 Systematic Review

การสูดไอน้ำช่วยรักษาไข้หวัด

29 เฉพาะโรค

โรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน
(Peripheral Artery Disease)

33 มุมนิติเวช

ผู้ป่วยมีโรคที่รักษาไม่หายอยู่ก็ไม่จำเป็น
ต้องตายด้วยโรคนั้น (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

37 เกาะติดงานประชุม

HIV-NAT จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 3
ภายใต้หัวข้อ "การดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี"
เจาะลึกทุกประเด็น...เน้นการนำไปใช้จริงอย่างได้ผล

38 รายงานพิเศษ

จักษุแพทย์พร้อมรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน
จัดตั้ง 'สมาคมจักษุวิทยาในภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้'
เชื่อมโยงวิชาการ พัฒนาศักยภาพเพื่อสุขภาพตาชาวอาเซียน

40 R2R

มติใหม่จัดการสุขภาพชุมชนแห่งอุดรดิตถ์
เข้าถึง เข้าใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

42 ข่าวบริการ

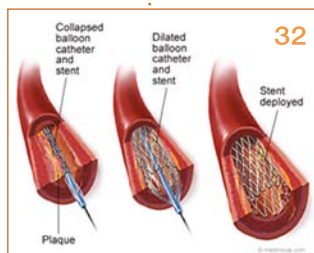
45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS เนื่องอกรังไข่ และมะเร็งรังไข่ ตอนที่ 3

การดำเนินทางคลินิก และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอก
และมะเร็งรังไข่ ภาค IV





ผ่าตัดลดอ้วนเพื่อลดน้ำหนัก และคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

JAMA. 2013;309(21):2250-2261.

บทความวิจัยเรื่อง Bariatric Surgery for Weight Loss and Glycemic Control in Nonmorbidly Obese Adults With Diabetes: A Systematic Review รายงานการผ่าตัดลดน้ำหนักให้ผลดีในผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 35 หรือสูงกว่า และเป็นโรคจากความอ้วน ขณะเดียวกันก็มีการให้ความสนใจที่จะนำการรักษานี้มาใช้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มี BMI ต่ำกว่า

บทความนี้รายงานข้อมูลจากงานวิจัยซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการผ่าตัดลดน้ำหนักเปรียบเทียบกับการรักษาโดยไม่ผ่าตัดต่อการลดน้ำหนักและควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน หรือมีภาวะความทนทานต่อน้ำตาลบกพร่อง และมี BMI ระหว่าง 30-35

นักวิจัยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล PubMed, EMBASE และ Cochrane Library ตั้งแต่เดือนมกราคม ค.ศ. 1985 ถึงเดือนกันยายน ค.ศ. 2012 จากบทความที่คัดกรองทั้งหมด 1,291 ชิ้นได้รวบรวมการศึกษาด้วยการผ่าตัด 32 ชิ้น, การทบทวนอย่างเป็นระบบจากการรักษาโดยไม่ผ่าตัด 11 ชิ้น และการศึกษาโดยไม่ผ่าตัด 11 ชิ้นที่มีกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ และผู้ทบทวนได้แยกกันรวบรวมผลด้านการลดน้ำหนัก, ผลลัพธ์ด้านเมตาบอลิก และอาการไม่พึงประสงค์

การศึกษาเปรียบเทียบ (RCTs) 3 ชิ้น (n = 290 ประกอบด้วย การศึกษาในผู้ป่วย 150 รายที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมี BMI เฉลี่ยเท่ากับ 37, การศึกษาในผู้ป่วย 80 รายที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน [38% เป็น metabolic syndrome] และมี BMI ระหว่าง 30-35 และการศึกษา

ในผู้ป่วย 60 รายที่เป็นโรคเบาหวานและมี BMI ระหว่าง 30-40 [ผู้ป่วย 13 รายมี BMI < 35]) พบว่าการผ่าตัดสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีกว่าด้านการลดน้ำหนัก (14.4-24 กิโลกรัม) และควบคุมน้ำตาล (ระดับ hemoglobin A_{1c} ดีขึ้น 0.9-1.43 จุด) ระหว่าง 1-2 ปีในช่วงการติดตามเทียบกับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด ซึ่งผลจากการเปรียบเทียบแบบ indirect comparisons ด้วยข้อมูลจากงานวิจัยเชิงสังเกตที่ศึกษาการผ่าตัดลดน้ำหนัก (n ≈ 600 ราย) และการวิเคราะห์ห่อภิณจากการรักษาโดยไม่ผ่าตัด (รวมงานวิจัย RCTs กว่า 300 ชิ้น) ก็สนับสนุนผลลัพธ์จากการติดตามที่ 1 หรือ 2 ปี อย่างไรก็ตาม ไม่พบข้อมูลการผ่าตัดชัดเจนที่ภายหลังการติดตามระยะ 5 ปี ต่อผลลัพธ์ด้านเบาหวาน, การควบคุมน้ำตาล หรือผลลัพธ์ด้านโรคหลอดเลือดใหญ่และหลอดเลือดฝอย ขณะที่การศึกษา RCT บางชิ้นชี้ว่าการรักษาโดยไม่ผ่าตัดมีประโยชน์จากการติดตามที่ 10 ปีหรือนานกว่านั้น อาการไม่พึงประสงค์ซึ่งคล้ายแพทย์เป็นผู้รายงานอยู่ในระดับต่ำ (เช่น การเสียชีวิตในโรงพยาบาลระหว่าง 0.3-1.0%) แต่ข้อมูลดังกล่าวได้จากโรงพยาบาลและศัลยแพทย์จำเพาะ และยังไม่ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ในระยะยาว

หลักฐานในปัจจุบันเสนอแนะว่าการผ่าตัดลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มี BMI 30-35 และเป็นเบาหวานสัมพันธ์กับการลดน้ำหนักในระยะสั้นที่ดีกว่า และการควบคุมน้ำตาลที่ดีกว่าเทียบกับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด อย่างไรก็ตาม หลักฐานไม่เพียงพอที่จะสรุปความเหมาะสมของการผ่าตัดลดน้ำหนักในผู้ป่วยกลุ่มนี้จนกว่าจะมีข้อมูลใหม่ที่ชี้ให้เห็นผลลัพธ์และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในระยะยาว

เสียงดนตรีลดหวาดวิตกในผู้ป่วยวิกฤต

JAMA. 2013;309(22):2335-2344.

บทความเรื่อง Effects of Patient-Directed Music Intervention on Anxiety and Sedative Exposure in Critically Ill Patients Receiving Mechanical Ventilatory Support: A Randomized Clinical Trial รายงานว่าทางเลือกอื่นแทนยาระงับประสาท เช่น ดนตรีอาจช่วยบรรเทาอาการหวาดวิตกจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ นักวิจัยจึงทดสอบว่าการให้ผู้ป่วยฟังดนตรีสามารถลดอาการหวาดวิตกและการใช้ยาระงับประสาทระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตหรือไม่

การศึกษาเป็นแบบ randomized clinical trial รวมผู้ป่วย 373 รายจากหน่วยวิกฤต 12 แห่งจากโรงพยาบาล 5 แห่งในรัฐมินิโซตาของสหรัฐอเมริกา ซึ่งต้องใช้เครื่องช่วยหายใจฉบับเต็มเนื่องจากทางเดินหายใจล้มเหลวระหว่างเดือนกันยายน ค.ศ. 2006 ถึงเดือนมีนาคม ค.ศ. 2011 ผู้ป่วย 86% มีเชื้อสายยุโรป และ 52% เป็นผู้หญิง อายุเฉลี่ย (SD) เท่ากับ 59 (14) ปี ผู้ป่วยมีคะแนน Acute Physiology, Age and Chronic Health Evaluation III เฉลี่ย (SD) เท่ากับ 63 (21.6) และมีจำนวนวันที่ศึกษาเฉลี่ย (SD) เท่ากับ 5.7 (6.4) วัน

การแทรกแซงประกอบด้วยให้ผู้ป่วยฟังดนตรี (n = 126) ซึ่งผู้ป่วยเลือกเองโดยมีนักดนตรีบำบัดดูแลความเหมาะสมเมื่อต้องการฟังเพลงระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจ, ให้หูฟังตัดเสียงรบกวน (n = 122) หรือการดูแลมาตรฐาน (n = 125) โดยนักวิจัยได้ประเมินอาการหวาดวิตก (จาก 100-mm visual analog scale) และการได้รับยาระงับประสาท (ทั้งความแรงและความถี่)

ผู้ป่วยในกลุ่มฟังดนตรีได้ฟังเพลงเฉลี่ย (SD) 79.8 (126) (median [range], 12 [0-796]) นาที/วัน และผู้ป่วยในกลุ่มให้หูฟังตัดเสียงรบกวนได้ใช้หูฟังเฉลี่ย (SD) 34.0 (89.6) (median [range], 0 [0-916]) นาที/วัน ผลลัพธ์จาก mixed-models analysis ชี้ว่า ในทุกช่วงเวลาผู้ป่วยในกลุ่มฟังดนตรีมีคะแนนอาการหวาดวิตกต่ำกว่า 19.5 จุด (95% CI, -32.2 ถึง -6.8) เทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มรักษามาตรฐาน (p = 0.003) และภายในวันที่ห้าพบว่าอาการหวาดวิตกลดลง 36.5% ในกลุ่มที่ฟังดนตรี ปฏิกริยาระหว่างการรักษาและเวลาชี้ว่า การฟังดนตรีลดความแรงและความถี่การใช้ยาระงับประสาทได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับการรักษามาตรฐานพบว่า กลุ่มที่ฟังดนตรีมีความแรงของยาระงับประสาทลดลง -0.18 (95% CI, -0.36 ถึง -0.004) จุด/วัน (p = 0.05) และมีความถี่การใช้ยาลดลง -0.21 (95% CI, -0.37 ถึง -0.05) จุด/วัน (p = 0.01) กลุ่มที่ได้ฟังดนตรีมีความถี่การใช้ยาระงับประสาทลดลง -0.18 (95% CI, -0.36 ถึง -0.004) จุด/วัน เทียบกับกลุ่มให้หูฟังตัดเสียงรบกวน (p = 0.04) เมื่อถึงวันที่ห้าพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มฟังดนตรีได้รับยาระงับประสาทครั้งละ 2 โดส (ลดลง 38%) และมีความแรงของยาระงับประสาทลดลง 36%

การฟังดนตรีในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเนื่องจากทางเดินหายใจล้มเหลวสามารถลดอาการหวาดวิตกได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับการรักษามาตรฐาน นอกจากนี้กลุ่มที่ฟังดนตรียังมีความถี่การใช้ยาระงับประสาทที่ลดลงเมื่อเทียบกับการรักษามาตรฐานหรือการใช้หูฟังตัดเสียงรบกวน และมีความแรงของยาระงับประสาทลดลงเมื่อเทียบกับการรักษามาตรฐาน





เปรียบเทียบระยะให้ Glucocorticoid ใน COPD กำเริบฉับพลัน

JAMA. 2013;309(21):2223-2231.

บทความเรื่อง Short-term vs Conventional

Glucocorticoid Therapy in Acute Exacerbations

of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The REDUCE Randomized Clinical Trial รายงานว่า แนวทางเวชปฏิบัติแนะนำให้ใช้ glucocorticoid แบบ systemic therapy ระยะ 7-14 วันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่อาการกำเริบฉับพลัน แต่ยังไม่มียาข้อมูลเกี่ยวกับขนาดของยาและระยะการรักษาที่เหมาะสม

บทความนี้รายงานผลจากการศึกษา REDUCE (Reduction in the Use of Corticosteroids in Exacerbated COPD) ซึ่งศึกษาแบบ randomized, noninferiority multicenter trial เพื่อประเมินว่า systemic glucocorticoid ระยะสั้น (5 วัน) ในผู้ป่วย COPD กำเริบมีผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ด้อยกว่าการรักษามาตรฐาน (14 วัน) และศึกษาว่า systemic glucocorticoid ลดการใช้ steroid ได้หรือไม่ นักวิจัยศึกษาจากโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ 5 แห่งในสวีเดนและแลนด์ รวมผู้ป่วย 314 รายซึ่งเข้ารับการรักษากับแผนกฉุกเฉินเนื่องจาก COPD กำเริบฉับพลัน และผู้ป่วยมีทั้งผู้เคยสูบบุหรี่และยังคังสูบบุหรี่ (ปีละ ≥ 20 ซอง) ซึ่งไม่มีประวัติหอบหืด โดยรวบรวมตั้งแต่เดือนมีนาคม ค.ศ. 2006 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2011

การรักษาทำโดยให้ prednisone 40 มิลลิกรัมวันละครั้ง เป็นระยะ 5 หรือ 14 วัน แบบ placebo-controlled, double-blind โดยเกณฑ์ predefined noninferiority ดูจาก absolute increase ของการกำเริบที่ไม่ต่ำกว่า 15% โดยมี hazard ratio เท่ากับ 1.515 สำหรับ event rate อ้างอิงที่ 50% และมาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ระยะเวลาจนถึงการกำเริบครั้งต่อไปภายใน 180 วัน

จากผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่ม 314 ราย มี 289 ราย (92%) ที่ต้องนอนโรงพยาบาล โดย 311 รายได้รวบรวมไว้ใน intention-to-treat analysis

ขณะที่ 296 รายรวมไว้ใน per-protocol analysis ค่า hazard ratios สำหรับกลุ่มรักษาระยะสั้นเทียบกับระยะมาตรฐานเท่ากับ 0.95 (90% CI, 0.70-1.29; $p = 0.006$ สำหรับ noninferiority) ใน intention-to-treat analysis และ 0.93 (90% CI, 0.68-1.26; $p = 0.005$ สำหรับ noninferiority) ใน per-protocol analysis ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ noninferiority ในกลุ่มที่หายาระยะสั้นพบว่า ผู้ป่วย 56 ราย (35.9%) มี primary endpoint เทียบกับ 57 ราย (36.8%) ในกลุ่มมาตรฐาน ค่าประมาณอัตราการกำเริบใน 180 วัน เท่ากับ 37.2% (95% CI, 29.5-44.9%) ในกลุ่มระยะสั้น และ 38.4% (95% CI, 30.6-46.3%) ในกลุ่มมาตรฐาน โดยมีผลต่างเท่ากับ -1.2% (95% CI, -12.2 ถึง 9.8%) ระหว่างกลุ่มระยะสั้นและกลุ่มมาตรฐาน ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำพบว่า มัธยฐานของเวลาจนถึงจะเกิดอาการเท่ากับ 13.5 วัน (interquartile range [IQR], 13-118) ในกลุ่มระยะสั้น และ 29 วัน (IQR, 16-85) ในกลุ่มมาตรฐาน ทั้งนี้ไม่พบผลต่างด้านระยะเวลารักษาถึงเสียชีวิต, combined endpoint ของการกำเริบ ตาย หรือทั้งสองอย่าง และการฟื้นฟูด้านการทำงานของปอด ในกลุ่มรักษามาตรฐานพบว่า ขนาดสะสมของ prednisone เฉลี่ยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (793 มิลลิกรัม [95% CI, 710-876 มิลลิกรัม] vs 379 มิลลิกรัม [95% CI, 311-446 มิลลิกรัม], $p < 0.001$) แต่ผลข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงน้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยกว่า

ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายังแผนกฉุกเฉินเนื่องจากเกิด COPD กำเริบฉับพลันพบว่า การรักษาด้วย systemic glucocorticoids ระยะ 5 วัน ไม่ด้อยกว่าการรักษาเป็นระยะ 14 วัน เมื่อพิจารณาจากการกำเริบภายใน 6 เดือนของการติดตาม ขณะที่สามารถลดการใช้ glucocorticoid ได้อย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลนี้สนับสนุนการรักษาด้วย glucocorticoid เป็นระยะเวลา 5 วันใน COPD ที่เกิดกำเริบฉับพลัน

จัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยหายใจลำบากรุนแรง

N Engl J Med 2013;368:2159-2168.

บทความเรื่อง Prone Positioning in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome รายงานว่า ข้อมูลจากงานวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันไม่พบประโยชน์จากการนอนคว่ำระหว่างใช้เครื่องช่วยหายใจต่อผลลัพธ์ นักวิจัยจึงประเมินผลการจัดท่านอนคว่ำให้เร็วขึ้นต่อผลลัพธ์ในผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรง

นักวิจัยศึกษาแบบ multicenter, prospective, randomized, controlled trial โดยสุ่มให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากรุนแรง 466 รายนอนคว่ำอย่างน้อย 16 ชั่วโมง หรือให้อยู่ในท่านอนหงาย กลุ่มอาการหายใจลำบากรุนแรงประเมินจากอัตราส่วนของความดันเฉพาของออกซิเจนในเลือดต่อค่า fraction of inspired oxygen (FiO_2) ที่ต่ำกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท ที่ FiO_2 อย่างน้อย 0.6 และ positive end-expiratory pressure อย่างน้อย 5 cm water และปริมาตรอากาศหายใจใกล้ 6 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมของ predicted body weight มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่ตายจากทุกสาเหตุภายใน 28 วันหลังรวบรวม



ผู้ป่วยกลุ่มที่สุ่มให้นอนคว่ำมีจำนวน 237 ราย และกลุ่มที่สุ่มให้นอนหงายมีจำนวน 229 ราย การตายที่ 28 วันเท่ากับ 16.0% ในกลุ่มนอนคว่ำ และ 32.8% ในกลุ่มนอนหงาย ($p < 0.001$) และ hazard ratio ของการตายสำหรับท่านอนคว่ำเท่ากับ 0.39 (95% confidence interval [CI], 0.25-0.63) อัตราตาย 90 วันที่ยังไม่ได้ปรับเท่ากับ 23.6% ในกลุ่มนอนคว่ำเทียบกับ 41.0% ในกลุ่มนอนหงาย ($p < 0.001$) โดยมี hazard ratio เท่ากับ 0.44 (95% CI, 0.29-0.67) อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้น อุบัติการณ์ของหัวใจหยุดเต้นซึ่งพบสูงกว่าในกลุ่มนอนหงาย

การจัดท่านอนคว่ำให้เร็วขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มอาการหายใจลำบากที่มีอาการรุนแรงสามารถลดอัตราตายที่ 28 วันและ 90 วันได้อย่างมีนัยสำคัญ



ผลลัพธ์สุขภาพในผู้ที่รอดจากมะเร็งวัยเด็ก

JAMA. 2013;309(22):2371-2381.

บทความเรื่อง Clinical Ascertainment of Health Outcomes Among Adults Treated for Childhood Cancer รายงานว่า ผู้ใหญ่ที่รอดจากมะเร็งที่เกิดขึ้นในวัยเด็กมีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการรักษา และที่ผ่านมายังไม่เคยมีการตรวจอย่างเป็นระบบในผู้รอดชีวิตกลุ่มใหญ่เพื่อประเมินความชุกของโรคเรื้อรัง นักวิจัยจึงศึกษาความชุกของผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ด้านสุขภาพและสัดส่วนที่สัมพันธ์กับการรักษาในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ซึ่งรอดชีวิตจากโรคมะเร็งในวัยเด็ก

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้จากการประเมินทางคลินิกในผู้ใหญ่ 1,713 ราย (มัธยฐานอายุ 32 [พิสัย 18-60] ปี) ซึ่งรอดชีวิตจากมะเร็งในวัยเด็ก (มัธยฐานเวลานับจากตรวจพบ 25 [พิสัย 10-47] ปี) ซึ่งเข้าร่วมในงานวิจัย St Jude Lifetime Cohort Study ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ค.ศ. 2007 และติดตามผลจนถึงวันที่ 31 ตุลาคม ค.ศ. 2012 มาตรการวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ความชุกสะสมจำเพาะอายุของผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ตามระบบอวัยวะ

ความชุกอย่างหยาบของผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ด้านสุขภาพสูงสุดสำหรับปอด (การทำงานของปอดผิดปกติ 65.2% [95% CI, 60.4-69.8%]), อวัยวะรับเสียง (สูญเสียการได้ยิน 62.1% [95% CI, 55.8-68.2%]), ต่อมไร้ท่อหรือระบบสืบพันธุ์ (ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น hypothalamic-pituitary axis disorders และความบกพร่องของการสร้างเซลล์สืบพันธุ์เพศผู้ 62.0% [95% CI, 59.5-64.6%]), หัวใจ (ความผิดปกติของหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจ

56.4% [95% CI, 53.5-59.2%]) และการรับรู้ของระบบประสาท (ความบกพร่องของการรับรู้ของระบบประสาท 48.0% [95% CI, 44.9-51.0%]) ขณะที่ความผิดปกติของตับ (ตับบกพร่อง 13.0% [95% CI, 10.8-15.3%]),

กระดูก (กระดูกพรุน 9.6% [95% CI, 8.0-11.5%]), ไต (ไตเสื่อม 5.0% [95% CI, 4.0-6.3%]) และระบบเลือด (จำนวนเซลล์เม็ดเลือดผิดปกติ 3.0% [95% CI, 2.1-3.9%]) พบได้น้อยกว่า ในกลุ่มผู้รอดชีวิตที่เสี่ยงต่อผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์หลังการรักษา มะเร็งพบว่า ค่าประมาณความชุกสะสมที่อายุ 50 ปี เท่ากับ 21.6% (95% CI, 19.3-23.9%) สำหรับโรคกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ, 83.5% (95% CI, 80.2-86.8%) สำหรับความผิดปกติของลิ้นหัวใจ, 81.3% (95% CI, 77.6-85.0%) สำหรับความบกพร่องของปอด, 76.8% (95% CI, 73.6-80.0%) สำหรับความบกพร่องของต่อมไธมัส, 86.5% (95% CI, 82.3-90.7%) สำหรับการสูญเสียการได้ยิน, 31.9% (95% CI, 28.0-35.8%) สำหรับความผิดปกติที่รังไข่, 31.1% (95% CI, 27.3-34.9%) สำหรับความผิดปกติของรังไข่, 40.9% (95% CI, 32.0-49.8%) สำหรับมะเร็งเต้านม และที่อายุ 45 ปี พบว่าค่าประมาณความชุกสะสมของโรคเรื้อรัง เท่ากับ 95.5% (95% CI, 94.8-98.6%) และ 80.5% (95% CI, 73.0-86.6%) สำหรับโรคเรื้อรังรุนแรง/ทำให้สูญเสียสมรรถภาพหรือเป็นอันตรายถึงชีวิต

ความชุกของผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่พบในวัยเด็กอยู่ในระดับสูง ขณะที่การตรวจอย่างเป็นระบบก็ยังพบโรคที่ตรวจไม่พบก่อนหน้านี้ซึ่งมักพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ ข้อมูลนี้จึงชี้ให้เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพเป็นประจำในผู้ใหญ่ที่รอดชีวิตจากโรคมะเร็งในวัยเด็ก

ความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดในแม่อ้วน

JAMA. 2013;309(22):2362-2370.

บทความเรื่อง Maternal Obesity and Risk of Preterm Delivery รายงานว่า ปัญหาคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการตายเฝ้าป่วย และพิการในทารก ซึ่งความเสี่ยงจะยิ่งสูงขึ้นตามอายุครรภ์ที่ลดลง และแม้ภาวะอ้วนเป็นสาเหตุหนึ่งที่เพิ่มความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด แต่ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักเกินและอ้วนต่อกลุ่มย่อยของการคลอดก่อนกำหนดยังคงไม่มีข้อมูลชัดเจน

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายในช่วงแรกตั้งครรภ์และความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดตามอายุครรภ์และตามสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด โดยศึกษาแบบ population-based cohort study จากหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวซึ่งคลอดบุตรรอดชีวิตในสวีเดนระหว่างปี ค.ศ. 1992-2010 และรวบรวมลักษณะของมารดาและการตั้งครรภ์จากทะเบียน Swedish Medical Birth Register

มาตรการวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด (มากที่สุด, 22-27 สัปดาห์; มาก, 28-31 สัปดาห์ และปานกลาง, 32-36 สัปดาห์) ผลลัพธ์นี้ได้นำมาจำแนกเป็นกลุ่มคลอดก่อนกำหนดตามธรรมชาติ (มดลูกบีบตัวก่อนกำหนด หรือถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด) และคลอดก่อนกำหนดจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ผ่าตัดคลอดก่อนเจ็บครรภ์ หรือกระตุ้นในการเจ็บครรภ์) ค่าประมาณความเสี่ยงได้ปรับตามอายุของแม่, ลำดับการคลอด, สูบบุหรี่, การศึกษา, ความสูง, สัญชาติของแม่ และปีที่คลอด

จากการคลอด 1,599,551 รายที่มีข้อมูลดัชนีมวลกายในช่วง

แรกตั้งครรภ์พบว่า 3,082 รายคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด, 6,893 รายคลอดก่อนกำหนดมาก และ 67,059 รายคลอดก่อนกำหนดปานกลาง ความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด

มากที่สุด คลอดก่อนกำหนดมาก และคลอดก่อนกำหนดปานกลางสูงขึ้นตามดัชนีมวลกาย ขณะที่ความเสี่ยงจากภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีระดับสูงที่สุดสำหรับกลุ่มคลอดก่อนกำหนดมาก ในกลุ่มผู้หญิงน้ำหนักตัวปกติ (BMI 18.5 - < 25) พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุดเท่ากับ 0.17% และเมื่อเทียบกับผู้หญิงน้ำหนักตัวปกติพบว่า อัตรา (%) และ odds ratios ที่ปรับแล้ว (ORs [95% CIs]) สำหรับการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุดมีดังนี้ BMI 25 - < 30 (0.21%; OR, 1.26; 95% CI, 1.15-1.37), BMI 30 - < 35 (0.27%; OR, 1.58; 95% CI, 1.39-1.79), BMI 35 - < 40 (0.35%; OR, 2.01; 95% CI, 1.66-2.45) และ BMI $\geq$ 40 (0.52%; OR, 2.99; 95% CI, 2.28-3.92) ความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุดซึ่งคลอดเองสูงขึ้นตามระดับดัชนีมวลกายในผู้หญิงอ้วน (BMI $\geq$ 30) และความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์สูงขึ้นตามดัชนีมวลกายในผู้หญิงน้ำหนักเกินและผู้หญิงอ้วน

ข้อมูลจากการศึกษาในสวีเดนชี้ว่า ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะการคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด ซึ่งควรที่จะมีการศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวในประชากรกลุ่มอื่นด้วย



Universal Decolonization ป้องกันติดเชื้อไอซียู



N Engl J Med 2013;368:2255-2265.

บทความเรื่อง Targeted versus Universal Decolonization to Prevent ICU Infection รายงานว่า การทำ targeted decolonization และ universal decolonization แก่ผู้ป่วยในหน่วยวิกฤตเป็นยุทธศาสตร์สำหรับป้องกันการติดเชื้อจากการรักษา โดยเฉพาะการติดเชื้อ methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA)

นักวิจัยศึกษาแบบ pragmatic, cluster-randomized trial โดยสุ่มให้โรงพยาบาลใช้ยุทธศาสตร์หนึ่งในสามแบบกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั้งหมดในหน่วยวิกฤต ได้แก่ กลุ่ม 1 ได้ตรวจคัดกรอง MRSA และแยกผู้ป่วย กลุ่ม 2 ทำ targeted decolonization (ได้แก่ ตรวจคัดกรอง, แยกผู้ป่วย และทำ decolonization ในผู้เป็นพาหะของ MRSA) และกลุ่ม 3 ทำ universal decolonization (ได้แก่ ไม่ตรวจคัดกรองและทำ decolonization ในผู้ป่วยทั้งหมด) และใช้ proportional-hazards models ประเมินผลต่างการลดลงของการติดเชื้อในแต่ละกลุ่มศึกษา ซึ่งจัดกลุ่มตามโรงพยาบาล

นักวิจัยสุ่มจากโรงพยาบาล 43 แห่ง (รวมหน่วยวิกฤต 74 แห่ง และผู้ป่วย 74,256 รายระหว่างระยะแทรกแซง) ในระยะแทรกแซงเทียบกับเส้นฐานพบว่า modeled hazard ratios สำหรับ MRSA clinical isolates เท่ากับ 0.92 สำหรับการตรวจคัดกรองและแยกผู้ป่วย (อัตราอย่างหยาบเท่ากับ 3.2 vs 3.4 isolates ต่อ 1,000 วัน), 0.75 สำหรับ targeted decolonization (3.2 vs 4.3 isolates ต่อ 1,000 วัน) และ 0.63 สำหรับ universal decolonization (2.1 vs 3.4 isolates ต่อ 1,000 วัน) ($p = 0.01$ สำหรับการตรวจในทุกลุ่มที่เท่ากัน) ในระยะแทรกแซงเทียบกับเส้นฐานพบว่า hazard ratios สำหรับการติดเชื้อในกระแสเลือดสำหรับ pathogen ทุกตัวในทั้งสามกลุ่มเท่ากับ 0.99 (อัตราอย่างหยาบเท่ากับ 4.1 vs 4.2 infections ต่อ 1,000 วัน), 0.78 (3.7 vs 4.8 infections ต่อ 1,000 วัน) และ (3.6 vs 6.1 infections ต่อ 1,000 วัน) ($p < 0.001$ สำหรับการตรวจในทุกลุ่มที่เท่ากัน) การทำ universal decolonization สามารถลดอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับ targeted decolonization หรือคัดกรองและแยกผู้ป่วย และการทำ decolonization สามารถป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ในผู้ป่วยทุก 54 ราย การลดลงของอัตราการติดเชื้อ MRSA ในกระแสเลือดใกล้เคียงกับการติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมด และผลต่างไม่มีนัยสำคัญ ทั้งนี้พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วย 7 ราย แต่อาการไม่รุนแรงและเกิดจาก chlorhexidine

การทำ universal decolonization ในหน่วยวิกฤตมีประโยชน์ในด้านลดอัตรา MRSA clinical isolates และการติดเชื้อในกระแสเลือดจาก pathogen ทั้งหมดดีกว่า targeted decolonization หรือการคัดกรองและแยกผู้ป่วย

5 α -Reductase Inhibitors ไม่เพิ่มความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

BMJ 2013;346:f3406.

บทความเรื่อง Use of 5 α -Reductase Inhibitors for Lower Urinary Tract Symptoms and Risk of Prostate Cancer in Swedish Men: Nationwide, Population Based Case-Control Study รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ nationwide, population based case-control study สำหรับผู้ชายที่ตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากระหว่างปี ค.ศ. 2007-2009 ในฐานข้อมูล Prostate Cancer data Base Sweden 2.0 เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อย่างน้อย 5 α -reductase inhibitor (5-ARI) ในผู้ชายที่เป็นกลุ่มอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่างและมีความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วย 26,735 ราย และกลุ่มควบคุม 133,671 ราย โดยสุ่มเลือกกลุ่มควบคุมจากประชากรในสวีเดน ผู้ชาย 7,815 ราย (ผู้ป่วย 1,499 ราย และกลุ่มควบคุม 6,316 ราย) ได้รับ 5-ARI โดย 412 รายได้รับ 5-ARI ก่อนตรวจพบมะเร็งซึ่งมีคะแนน Gleason score ระหว่าง 8-10

มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากคำนวณเป็น odds ratios และ 95% confidence intervals จาก conditional logistic regression analyses



ความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากโดยรวมลดลงตามระยะเวลาการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ชายที่รักษาด้วย 5-ARI มากกว่า 3 ปี มี odds ratio เท่ากับ 0.72 (95% confidence interval 0.59-0.89; $p < 0.001$ for trend) และพบความสัมพันธ์แบบเดียวกันนี้สำหรับมะเร็งที่มี Gleason scores 2-6 และ 7 (both $p < 0.001$ for trend) อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงเนื้องอกที่มี Gleason scores 8-10 ไม่ลดลงตามระยะเวลาการรักษาด้วย 5-ARI ที่เพิ่มขึ้น (สำหรับการได้ยา 0-1 ปี, odds ratio 0.96 (95% confidence interval 0.83-1.11); สำหรับ 1-2 ปี, 1.07 [0.88-1.31]; สำหรับ 2-3 ปี, 0.96 [0.72-1.27] และสำหรับ > 3 ปี, 1.23 [0.90-1.68]; $p = 0.46$ for trend)

ผู้ชายที่รักษาด้วย 5-ARI เนื่องจากกลุ่มอาการทางเดินปัสสาวะส่วนล่างมีความเสี่ยงลดลงต่อมะเร็งที่มี Gleason scores 2-7 และไม่พบหลักฐานว่ามีความเสี่ยงสูงขึ้นสำหรับมะเร็งที่มี Gleason scores 8-10 หลังรักษามาแล้วนาน 4 ปี

อาเซียนป่วยไข้เลือดออกกว่า 1 แสนราย สาบพลังลดระดับ

นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในอาเซียนปีนี้อยู่ในเกณฑ์น่าห่วง ข้อมูลจนถึงวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2556 มีรายงานผู้ป่วยใน 6 ประเทศ รวม 123,206 ราย ดังนี้ ฟิลิปปินส์ 37,895 ราย เวียดนาม 13,903 ราย มาเลเซีย 10,401 ราย สิงคโปร์ 8,483 ราย ลาว 6,377 ราย กัมพูชา 2,538 ราย และในส่วนของประเทศไทยตั้งแต่เดือนมกราคม-11 มิถุนายน พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วย 43,609 ราย เพิ่มขึ้นจากช่วงเวลาเดียวกันในปี พ.ศ. 2555 กว่า 3 เท่าตัว เสียชีวิต 50 ราย หากไม่เร่งควบคุม โดยเฉพาะความร่วมมือจากประชาชนทุกคน คาดว่าในช่วง 3 เดือนนี้ คือ มิถุนายน-สิงหาคม จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นอีก 2-3 เท่าตัว เนื่องจากมีปริมาณยุงลายมาก

นพ.ชลน่าน กล่าวต่อว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ให้สำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัด ตั้งวอร์รูมต่อสู้โรคไข้เลือดออกอย่างเข้มข้น เพื่อลดป่วย ลดตาย โดยรณรงค์ความร่วมมือภาค รัฐ เอกชน ประชาชน ช่วยกันลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทำลาย



ลูกน้ำยุงลาย ด้วยวิธีปฏิบัติ 5 ป. 1 ข. คือ 1. ปิดภาชนะขังน้ำให้มิดชิด ไม่ให้ยุงลายเข้าไปวางไข่ 2. เปลี่ยนน้ำแจกัน ถังเก็บน้ำทุก 7 วัน ตัดวงจรลูกน้ำกลายเป็นยุง 3. ปล่ายปลากินลูกน้ำ เช่น ปลาหางนกยูง ปลากัด ในภาชนะใส่น้ำถาวร 4. ปรับปรุง ทำความสะอาดบ้านเรือนให้ปลอดโปร่ง โล่ง สะอาด ลมพัดผ่าน ไม่เป็นที่เกาะพักยุงลาย 5. ให้ปฏิบัติจนเป็นนิสัย และขัดล้างไข่ยุงลายตามผนังภาชนะ ทำทุกที่ ทั้งในบ้าน คอนโดฯ สำนักงาน ศาสนสถาน โรงเรียน สถานศึกษาต่าง ๆ

สร. สำนองเซรุ่มแก้พิษงู 7 ชนิดใน ร.พ.ทุกแห่ง

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากข้อมูลสำนักงานระบาดวิทยาพบว่า มีผู้ถูกงูพิษเข้ารับการรักษาร้อยละประมาณ 7,000-8,000 ราย โดยเฉพาะในช่วงหน้าฝนตั้งแต่เดือนพฤษภาคมไปจนถึงตุลาคมจะมีผู้ถูกงูพิษกัดเพิ่มขึ้น ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเซรุ่มแก้พิษงูจำนวน 7 ชนิด ได้แก่ งูเห่า งูกะปะ งูแมวเซา งูทับสมิงคลา งูเขียวหางไหม้ เซรุ่มแก้พิษงูระบบโลหิต และเซรุ่มแก้พิษงูระบบประสาท



ไปสำรองไว้ที่โรงพยาบาลในสังกัดทุกจังหวัด พร้อมให้การดูแลประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่น้ำท่วม เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากการถูกงูพิษดังกล่าวกัด เนื่องจากอาจหนีน้ำเข้ามาหลบอยู่ตามบ้านเรือนของผู้ประสบภัยได้ และสำรองไว้ที่ส่วนกลางอีก 16,200 ขวด เพื่อสนับสนุนส่วนภูมิภาคเพิ่มเติม

สร. จัดสรรงบ 310 ล้านบาท ดูแล ร.พ.ชายแดน

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ปัญหาของโรงพยาบาลชายแดนไม่ได้มีเฉพาะเรื่องการพัฒนายกระดับโรงพยาบาล แต่มีปัญหาของผู้ที่ไม่มีสิทธิ คือ ชาวต่างด้าวเข้ามารับการรักษามาก โดยมีแนวทางการแก้ปัญหาดังนี้ 1. การแก้ปัญหาเชิงระบบ คือการทำให้ประเทศเพื่อนบ้านมีระบบสุขภาพที่ดี เนื่องจากประเทศเพื่อนบ้านยังไม่มีระบบประกันสุขภาพ ต้องไปสนับสนุนให้เกิดระบบขึ้น และระหว่างรอระบบประกันสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านจะพัฒนาทั้งโครงสร้าง การบริหารจัดการต่าง ๆ รัฐบาลต้องหาแนวทางเข้าไปสนับสนุน เช่น การทำกองทุนชั่วคราวในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน โดยเป็นการเจรจาร่วมกันระหว่างรัฐบาล 2. ใน

ส่วนโรงพยาบาลที่อยู่ตามแนวชายแดน ต้องมีการบริหารจัดการเรื่องต่าง ๆ ทั้งการให้งบประมาณอุดหนุนช่วยให้โรงพยาบาลเกิดสภาพคล่องมากขึ้น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 จัดสรรงบ 310 ล้านบาทให้แก่โรงพยาบาลชายแดนทั้งหมด รวมทั้งการช่วยให้ผู้ที่มารับบริการที่สมควรได้รับสิทธิ มีสิทธิจะช่วยให้ได้รับเงินงบประมาณมาสมทบมากขึ้น และ 3. การกระตุ้นให้เก็บค่ารักษาพยาบาลจากคนกลุ่มนี้ แม้จะได้ไม่มาก แต่ก็ต้องพยายามทำ เพราะแต่ละปีกระทรวงสาธารณสุขใช้งบประมาณในการดูแลผู้ป่วยหลายร้อยล้านบาท



ขอเชิญร่วมบริจาคเงิน เพื่อสงเคราะห์คนไข้ยากจน

โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ขอเชิญร่วมบริจาคเงินสมทบกองทุนพระราชทานเพื่อสงเคราะห์คนไข้ยากจนในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ชื่อบัญชี กองทุนพระราชทานเพื่อสงเคราะห์คนไข้ยากจนในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์ เลขที่บัญชี 283-209473-0 เงินฝากออมทรัพย์ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณวรางคณา มาลัยวงศ์ โทรศัพท์ 08-1648-0181 E-mail: amaesang@gmail.com



ร.พ.ศิริราชจัดคอนเสิร์ต “ศิริราช สุขสันต์ ปันสุข” เพื่อผู้ป่วยมะเร็ง



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยมูลนิธิโรคมะเร็ง โรงพยาบาลศิริราช จัดคอนเสิร์ต “ศิริราช สุขสันต์ ปันสุข” โดยจะจัดแสดง 2 รอบ ในวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 เวลา 14.00-16.00 น. และเวลา 19.00-21.00 น. ณ หอประชุมราชปนัดดาสิรินธร โรงพยาบาลศิริราช เพื่อหารายได้ช่วยผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลศิริราช โดยมีศิลปิน นักร้อง นักแสดงที่มีชื่อเสียงหลากหลาย อาทิ ชี-วัณณ์ โชติชัยชรินทร์, ต๋อย-ธีรภัทร สัจจุกุล, ลูกหว่า-พิจิกา จิตตะปุตตะ, ปุ๊กกี้-ฝนทิพย์ วัชรตระกูล, ฝ้าย-ณัฐพัชร

วิพัชรตระกูล, อีฟ-พุทธิดา ศิระฉายา, ฮาย-อาภาพร นครสวรรค์, เอกชัย ศรีวิชัย, ยิ่งยง ยอดบัวงาม มาร่วมขับร้องบทเพลงสุนทราภรณ์

ผู้สนใจร่วมสุขสันต์ ปันสุข ซื้อบัตรได้ที่ งานประชาสัมพันธ์ศิริราช ตึกอำนวยการ ชั้น 1 หรือที่ เจเอสแอล โทรศัพท์ 0-2731-0630 ต่อ 126, 320 ในราคา 5,000 และ 3,000 บาท สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2419-7646-8, 0-2419-7654, 0-2419-7656

คณะแพทย์ ม.ธรรมศาสตร์ จัดประชุมวิชาการ

ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ขอเชิญประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเซลล์วิทยา ครั้งที่ 7 เรื่อง “Interesting Routine Practice in Cytology” ในวันที่ 22-23 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ณ ห้องแพทย์โดม 3 ชั้น 2 อาคารคุณากร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต รับจำนวนจำกัดไม่เกิน 50 ท่าน ผู้สนใจสามารถลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2556 สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2926-9367, 08-6260-3983 โทรสาร 0-2926-9373 E-mail: amarakul@gmail.com หรือเว็บไซต์ <http://www.medtu1.info/regis/PA7/>





วีเป็นสาเหตุหลักของการเกิดมะเร็งปากมดลูก หูดหงอนไก่ มะเร็งองคชาต และมะเร็งทวารหนัก

ศ.ดร.วสันต์ จันทราทิตย์ หัวหน้า

หน่วยไวรัสวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล

รามธิบดีเปิดเผยว่า “จากการศึกษา

วิจัยในต่างประเทศพบว่า เชื้อไวรัส

เอชพีวีสามารถติดต่อโดยการสัมผัส

จึงเกิดคำถามว่าเราสามารถติดเชื้อไวรัสเอชพีวี

โดยการสัมผัสหรือจากสิ่งแวดล้อมได้หรือไม่”

ทางราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยจึงได้



ภัยร้าย...ใกล้ตัว ‘เอชพีวี’ ในที่สาธารณะ

จากสถิติทั่วโลกพบว่า ผู้หญิง 8 ใน 10 คน มีโอกาสติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (human papillomavirus : HPV) ในช่วงชีวิตหนึ่ง โดยเชื้อไวรัสเอชพีวีเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ไวรัสนี้ติดต่อได้ง่ายผ่านทางเพศสัมพันธ์แม้เพียงการสัมผัสภายนอก โดยมากจะพบการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีหลังจากเริ่มมีเพศสัมพันธ์ใน 2-3 ปีแรก วัย 18-28 ปี คือช่วงอายุที่พบการติดเชื้อสูงสุด ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเอชพีวีจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ให้ทราบ จึงหมายถึงการที่อาจกลายเป็นผู้แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นโดยไม่รู้ตัวเช่นกัน แต่ปกติแล้วร่างกายคนเราจะมีการกำจัดเชื้อไวรัสเอชพีวีออกไปได้เอง แต่ในบางกรณีที่ไม่กำจัดได้ ไวรัสก็จะพัฒนาต่อไป และทำให้เกิดโรคภัยร้ายแรงอย่างมะเร็งปากมดลูกได้

ขณะนี้เชื้อไวรัสเอชพีวี (human papillomavirus : HPV) กำลังได้รับความสนใจจากคนส่วนใหญ่มากขึ้นหลังจากที่ “ไมเคิล ดักลาส” นักแสดงชื่อดังชาวอเมริกันได้ให้สัมภาษณ์ถึงสาเหตุของการเป็นมะเร็งที่ลึกลับว่าไม่ได้เป็นเพราะสูบบุหรี่จัดหรือดื่มเหล้าหนัก แต่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชพีวี ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้จากการมีเพศสัมพันธ์และมีพฤติกรรมทางเพศแบบการทำรักด้วยปาก หรือออรัลเซ็กซ์

อีกประเด็นหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความน่าสนใจของเชื้อไวรัสเอชพีวีคือ ผลของการวิจัยที่บ่งชี้ว่าเชื้อไวรัสเอชพีวีสามารถติดต่อได้จากสิ่งแวดล้อม โดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ หน่วยไวรัสวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี “เผยแพร่ผลการตรวจพบไวรัสเอชพีวีในที่สาธารณะ” หลังพบเชื้อไวรัสเอชพีวีที่ตามกดชักโครกในห้องน้ำหญิงโรงเรียนกวดวิชาแห่งหนึ่ง ก๊อกน้ำล้างมือที่ติดกับอ่างล้างมือในห้องน้ำชายในห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่ง ที่รองนั่งโถส้วมในห้องน้ำหญิงและที่รองนั่งโถส้วมในห้องน้ำชายในสถานบันเทิง (ผับ) แห่งหนึ่ง โดยเชื้อไวรัสเอชพีวี



ร่วมมือกับหน่วยไวรัสวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ทำการเก็บตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อม โดยใช้สำลีปราศจากเชื้อชุบน้ำยาตรวจหาไวรัสเอชพีวี เช็ดถูบริเวณต่าง ๆ

อาทิ บริเวณราวบันไดเลื่อน ปุ่มกดลิฟท์ ลูกบิดประตูห้องน้ำ ก๊อกน้ำที่อ่างล้างมือ ก้านกดชักโครก ที่รองนั่งโถส้วม เพื่อตรวจจับเชื้อไวรัสเอชพีวีจากสิ่งแวดล้อมจากสถานที่ต่าง ๆ อาทิ ภายในห้างสรรพสินค้า โรงเรียนกวดวิชา สนามเด็กเล่น โรงพยาบาล สถานีบริการน้ำมัน สถานบันเทิง (ผับ) รถไฟฟ้า และรถประจำทาง และนำมาตรวจหาเชื้อไวรัสเอชพีวีด้วยชุดตรวจทางอณูชีววิทยาความไวสูง



“ผมไม่ได้เป็นคนคิดใจทวิชัยนี้ขึ้นมา เพราะโดยปกติแล้วจะมุ่งทำงานวิจัยทางห้องปฏิบัติการเป็นส่วนใหญ่ จนกระทั่งราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยตั้งโจทย์วิจัยมาว่า “ในประเทศไทยเราสามารถตรวจพบเชื้อไวรัสเอชพีวีในสิ่งแวดล้อมได้หรือไม่” และขอความร่วมมือมาจากทางหน่วยไวรัสวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในการตรวจหาเชื้อไวรัสเอชพีวีจากตัวอย่างที่เก็บจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวเรา เช่น จากวัตถุสิ่งของที่เรารู้สึกสัมผัสบ่อย ๆ ซึ่งเป็นตัวอย่างที่คาดว่าน่าจะปนเปื้อนเชื้อไวรัสเอชพีวี ยอมรับตามตรง ผมไม่เคยคิดว่าจะมีเชื้อไวรัสเอชพีวีอยู่ในสิ่งแวดล้อม เพราะหน้าที่หลักเราไม่ได้ตรวจไวรัสจากสิ่งแวดล้อม แต่เราตรวจเชื้อไวรัสจากคน แต่ตอนนี้ผมรู้แล้วว่าเชื้อไวรัสเอชพีวีสามารถพบในสิ่งแวดล้อมได้หรือไม่”

จากสิ่งส่งตรวจจำนวน 100 ตัวอย่างจากสถานที่ต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้น สามารถตรวจพบเชื้อไวรัสเอชพีวีได้ถึง 4 ตัวอย่าง หรือคิดเป็นร้อยละ 4 พบเชื้อไวรัสเอชพีวีที่ด้ามกดชักโครกในห้องน้ำหญิงในโรงเรียนกวดวิชาแห่งหนึ่งจากจำนวน 3 แห่งที่จัดเก็บตัวอย่าง ก้อนน้ำล้างมือที่ติดกับอ่างล้างมือในห้องน้ำชายในห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งจากจำนวน 4 แห่งที่จัดเก็บที่รองนั่งโถส้วมในห้องน้ำหญิงจากสถานบันเทิง (ผับ) แห่งที่ 1 และที่รองนั่งโถส้วมในห้องน้ำชายจากสถานบันเทิง (ผับ) แห่งที่ 2 จากจำนวน 3 แห่งที่จัดเก็บ

“สิ่งที่ได้จากงานวิจัยชิ้นนี้คือ ตรวจพบเชื้อไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์ก่อโรคกับมนุษย์จากสิ่งแวดล้อม



แต่จะสามารถสรุปได้หรือไม่ว่ามนุษย์ติดเชื้อไวรัสเอชพีวีจากสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น คนที่มีเชื้อไวรัสเอชพีวีไปทำธุระในห้องน้ำ แล้วคนถัดไปนั่งทับตรงบริเวณที่เขานั่ง แบบนี้เราจะติดได้หรือไม่”

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ประธานราชวิทยาลัย

กุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า สาเหตุที่พบเชื้อไวรัสเอชพีวีในห้องน้ำสาธารณะ เนื่องจากเวลาปัสสาวะแล้วมีการจับอวัยวะเพศของตนเอง ทำให้เชื้อที่มีอยู่ติดมือ เมื่อมาจับสิ่งของต่าง ๆ ต่อจึงทำให้ในห้องน้ำมีเชื้อดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ไม่ต้องกังวลว่าการนั่งบนโถส้วมที่มีเชื้อไวรัสเอชพีวีจะทำให้ติดเชื้อแล้วเป็นมะเร็งปากมดลูก เพราะเชื้อไม่สามารถเข้าถึงช่องคลอดได้ แต่กลัวเป็นหูดมากกว่า จึงไม่อยากให้ทุกคนตระหนกเข้าห้องน้ำสาธารณะแล้วจะติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ทั้งนี้การป้องกันสามารถทำได้ด้วยการล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังการเข้าห้องน้ำทุกครั้ง เพื่อลดปริมาณเชื้อโรคที่อาจจะติดมาแบบไม่รู้ตัว แต่คนส่วนใหญ่ยังเข้าใจคลาดเคลื่อนว่า เชื้อไวรัสเอชพีวีจะติดต่อกันได้เฉพาะจากการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น แต่ผลการศึกษานี้แสดงว่าอาจจะติดเชื้อในช่องทางอื่นได้



จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า สถานที่ที่สามารถตรวจพบเชื้อไวรัสเอชพีวีมักเป็นที่เย็น ชื้น และไม่มีแสงแดด (UV) ส่องเข้าถึง โดยจะเห็นได้ว่าสถานที่ตรวจพบเชื้อไวรัสเอชพีวีในงานวิจัยนี้จะพบจากห้องน้ำโดยทั้งสิ้น และตรวจพบเชื้อไวรัสเอชพีวีในห้องน้ำในสถานบันเทิงสูงกว่าสถานที่อื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มคนที่เข้าไปในสถานบันเทิงที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เป็นกลุ่มที่มีการติดต่อและแพร่เชื้อไวรัสเอชพีวีสูงสุดสำหรับการเก็บตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อมในครั้งนี้สามารถพบกลุ่มของไวรัสเอชพีวี

สายพันธุ์ที่ก่อโรคคือ สายพันธุ์ (type) 6, 11, 16, 18 และอื่น ๆ

ทั้งนี้มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในผู้หญิงไทย รองมาจากมะเร็งเต้านม ข้อมูลล่าสุดของสำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลกระบุว่า



ในแต่ละปีจะมีผู้หญิงไทยเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 10,000 คน หรือวันละ 27 คน และในแต่ละปีมีผู้หญิงไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5,200 คน หรือเฉลี่ยวันละ 14 คน ทั้ง ๆ ที่เป็นมะเร็งที่ป้องกันได้ ร้อยละ 80 ของมะเร็งปากมดลูกพบในผู้หญิงอายุ 30-60 ปี มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี เป็นเชื้อไวรัสที่ติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ และสายพันธุ์เหล่านี้ยังสามารถติดต่อไปยังบริเวณปากและช่องคอได้ โดยผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ



“ล่าสุดกรณีของไมเคิล ดักลาส ที่บอกว่าสาเหตุที่เขาเป็นมะเร็งลำคอไม่ได้เกิดจากการติดเหล้าหรือสูบบุหรี่จัด แต่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีที่เกิดจากการทำรักด้วยปากหรือออรัลเซ็กส์ให้แก่ผู้ที่มีเชื้อไวรัสตัวนี้ หลายคนมักเข้าใจว่าเชื้อไวรัสเอชพีวีจะติดต่อกันได้เฉพาะจากการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น หากไม่มีเพศสัมพันธ์ หรือป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์โดยการสวมถุงยางอนามัยแล้วจะสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีได้ ซึ่งเป็นการเข้าใจที่คลาดเคลื่อน”

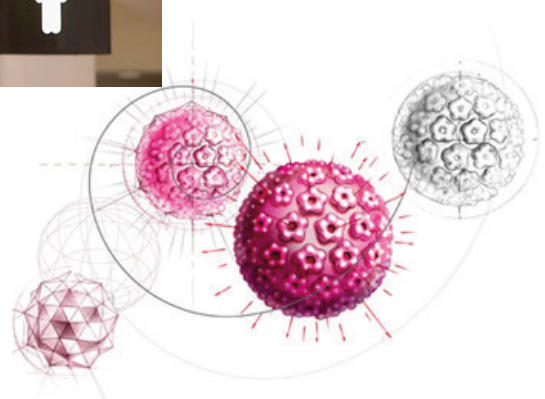
ศ.นพ.สมศักดิ์ กล่าวอีกว่า ไม่อยากให้ทุกคนตระหนกตกใจไปว่า เข้าห้องน้ำสาธารณะแล้วจะติดเชื้อไวรัสเอชพีวี เพราะการป้องกันเบื้องต้นง่าย ๆ เมื่อต้องใช้ห้องน้ำสาธารณะคือ การล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง เพื่อลดปริมาณเชื้อโรคที่อาจติดมาโดยไม่รู้ตัว ส่วนการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยหลักการแล้วคือ การตรวจคัดกรองเพื่อตรวจหาความผิดปกติที่ปากมดลูกเพื่อการรักษาก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก หรือฉีดวัคซีนป้องกันร่วมด้วย โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สายพันธุ์ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก มะเร็ง

ช่องคลอด มะเร็งปากช่องคลอด มะเร็งองคชาต และมะเร็งทวารหนักคือ สายพันธุ์ 16 กับสายพันธุ์ 18 ส่วนสายพันธุ์ 6 และ 11 เป็นสาเหตุกว่า 90% ของหูดหงอนไก่

ศ.นพ.สมศักดิ์ กล่าวเพิ่มเติมอีกว่า 3 สิ่งที่ต้องทำให้ทางไกลมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ 1. ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจทำให้เกิดเชื้อไวรัสเอชพีวี เช่น ไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร 2. ตรวจคัดกรองมะเร็งเป็นประจำเพื่อที่จะพบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ก่อนการเป็นมะเร็ง และ 3. ฉีดวัคซีนป้องกันลดความเสี่ยงได้ประมาณร้อยละ 70 ซึ่งปัจจุบันมีวัคซีนที่สามารถป้องกันได้ 4 สายพันธุ์คือ 6, 11, 16, 18 ควรฉีดให้แก่เด็กผู้หญิงก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก แต่บางประเทศฉีดให้เด็กผู้ชายด้วย เพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งอวัยวะเพศ มะเร็งทวารหนัก หรือแม้แต่มะเร็งในลำคอ โดยเฉพาะหากมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ในแบบออรัลเซ็กส์กับฝ่ายหญิงที่มีเชื้อไวรัสเอชพีวีบริเวณปากมดลูก ในขณะที่ช่องปากของฝ่ายชายไม่สะอาด มีแผล การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ เป็นต้น

ปัจจุบันมีวัคซีนเอชพีวีที่สามารถป้องกันทั้ง 4 สายพันธุ์นี้ได้ ควรจะฉีดให้แก่เด็กก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก โดยอายุที่แนะนำให้ฉีดประมาณ 11-12 ปี วัคซีนจะมีทั้งหมด 3 เข็ม เมื่อฉีดครบ 3 เข็ม คาดการณ์ว่าจะสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีได้อย่างน้อย 30 ปี โดยไม่ต้องฉีดกระตุ้น ในบางประเทศมีการฉีดวัคซีนให้ในเด็กผู้ชาย เช่น ออสเตรเลีย ซึ่งได้มีการดำเนินการแล้ว

ทั้งนี้หากถามว่าถ้ามีเพศสัมพันธ์ไปแล้วจะฉีดวัคซีนเอชพีวีได้หรือไม่ นั้น จากข้อมูลการวิจัยพบว่า ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้วมีอัตราการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีประมาณ 20-25% และส่วนใหญ่มักติดเพียง 1 สายพันธุ์ การรับวัคซีนจึงยังคงมีประโยชน์อยู่ ประกอบกับจากการคำนวณทางสถิติคาดว่าภูมิคุ้มกันน่าจะอยู่ได้อย่างน้อย 20-30 ปี ไม่น่าว่าในอนาคตอาจจะมีการพัฒนาวัคซีนที่ครอบคลุมสายพันธุ์ต่าง ๆ ได้กว้างขึ้นก็เป็นได้



“พอมติดกระดุก” VS “อวบอ้อมมีน้ำมีนวล”

พอมมากคือหุ่นดี อวบมากก็คืออ้วน... จริงหรือ?



พอม พอม พอม... ยิ่งพอมยิ่งหุ่นดี! ยุคสมัยนี้ใคร ๆ ก็อยากมีหุ่นพอมเพรียวกันทั้งนั้น แม้ว่าเดิมทีจะพอมอยู่แล้วแต่ก็ยังไม่พอใจกับหุ่นตัวเอง อยากจะพอมให้ถึงที่สุดไม่ว่าจะด้วยวิธีไหนก็ตาม ทั้งที่ความจริงแล้ว การมีหุ่นอวบขึ้นมาสักนิดอาจดูมีน้ำมีนวลมากกว่าและเป็นเรื่องน่าแปลกที่คนหุ่นอวบอ้อมมีน้ำมีนวลกลับถูกเรียกว่า “เธอมันสาวอ้วน” นี่คงจะเป็นเพราะกระแสแฟชันมาแรง ไม่ว่าจะดารานางแบบไทยหรือเทศ ล้วนมีหุ่นพอมเพรียวกันทั้งนั้น ใครต่อใครเลยยึดติดกระแสเป็นจริงเป็นจังว่า... “ถ้าฉันพอม แปลว่าฉันหุ่นสวย”

Talk of the Town ในฉบับนี้ อยากรู้จริง ๆ ว่า ในมุมมองของน้อง ๆ นักศึกษาแพทย์ที่น่าจะใส่ใจเรื่องสุขภาพเป็นพิเศษ พวกเขามีความเห็นกับเรื่องรูปร่างอย่างไรบ้าง และให้ความสำคัญกับมันมากน้อยแค่ไหน และถ้าหากต้องเลือกกระหว่าง **“พอมติดกระดุก”** VS **“อวบอ้อมมีน้ำมีนวล”** แบบไหนจะดีกว่ากันนะ ลองมาดูความคิดเห็นของน้อง ๆ นักศึกษาแพทย์กันเลยดีกว่าว่าจะเลือกแบบไหนดี

นศ.ณิชาพร เจริญพลาภาพ

“รูปร่างที่สวยดูดีไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าอ้วนหรือพอม มันแล้วแต่บุคคล และไม่ว่ารูปร่างพอมจะทำให้ดูดีไปเสียหมด ถ้าคุณมีรูปร่างพอม แต่ดูเป็นคนขี้โรค หน้าตาไม่สดใส จากสวยก็กลายเป็นโทรมแทน บางคนอวบแต่ดูสุขภาพตัวเองดีก็ดูมีน้ำมีนวลมากกว่า แต่สาเหตุที่คนส่วนใหญ่อยากมีรูปร่างพอมอาจเพราะค่านิยม เช่น กลุ่มดารานางแบบทั้งหลาย อยากให้ทุกคนโฟกัสที่การดูแลสุขภาพตัวเองให้แข็งแรง ทั้งอาหารการกินที่ถูกหลัก ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เราดูดีและแข็งแรง ดีกว่าจะหันไปกินยาลดความอ้วนให้ตัวเองพอมมากเกินไปจนดูป่วยค่ะ”



นศ.ทัศนวรรณ สุริยะณรงค์ชัย

“ส่วนตัวชอบหุ่นแบบกำลังดีค่ะ ไม่พอมแห้งเกินไปหรืออวบจนถึงกับอ้วน ขึ้นอยู่กับว่า ไม่ว่าคุณพอมหรืออวบ แต่คุณดูสุขภาพดีหรือเปล่า เช่น คนที่หุ่นใกล้เคียงกัน แต่คนหนึ่งดูเหมือนไม่มีแรง ส่วนอีกคนดูหุ่นเฟิร์ม จะให้มาวัดว่าใครหุ่นดีจากส่วนสูงและน้ำหนักคงบอกได้ไม่ชัดเจน ถ้าอยากมีรูปร่างดี ควรกินอาหารที่ถูกหลักโภชนาการในปริมาณที่เหมาะสม ออกกำลังกายเป็นประจำ คุณก็หุ่นสวยได้แล้ว ไม่จำเป็นต้องพอมมาก ๆ ถึงจะเรียกว่าหุ่นดี”



นศ.สิทธิศักดิ์ เกื้อกุลเกียรติ

“คนพอมไม่ได้แปลว่าหุ่นดีเสมอไป และคนอวบก็ได้แปลว่าหุ่นไม่ดีไปเสียหมด ผมมองว่าคนที่ดูดี คือคนที่หุ่นกำลังดี คุมีน้ำมีนวลมองดูสุขภาพดี แต่คนส่วนใหญ่มักยึดติดกับค่านิยมแล้วเข้าใจไปเองว่ายิ่งพอมคือยิ่งสวย ทั้งที่มันไม่เกี่ยวกันเลย ลองมองอีกมุมว่า ถ้าภายนอกคุณหุ่นดีมาก แต่ภายในร่างกายกลับเต็มไปด้วยโรคก็คงไม่ดีใช่ไหมครับ ยิ่งเดี๋ยวนี้มีพวกตลาดยาลดความอ้วนขายกันเต็มไปหมด ซึ่งเราก็ไม่รู้ว่าเป็นของแท้และได้มาตรฐานหรือเปล่า อยากหุ่นดีแต่ต้องเสี่ยงกับผลข้างเคียงคงไม่คุ้มกัน แค่ว่าคุณเป็นคนสุขภาพแข็งแรง แค่นี้ก็พอแล้วครับ”



นศ.พกาภาญจน์ กือเจริญ

“ถ้าให้เลือกระหว่างมีหุ่นที่พอมมาก ๆ กับอวบมีน้ำมีนวล ขอเลือกอวบมีน้ำมีนวลดีกว่า เราดูดีในแบบของเรา มีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติทุกอย่าง เท่านั้นก็พอใจแล้วค่ะ ถ้าพอมมากจนโทรม อดอาหารเพราะอยากให้พอมจนร่างกายรับไม่ไหวแล้วมีโรคภัยเข้ามารุมเร้าก็ขอไม่เป็นอย่างนั้นดีกว่า แต่บางคนที่มีหุ่นพอมดูดีเพราะออกกำลังกาย ร่างกายแข็งแรงดี นั่นก็ถือว่าเขาดูแลสุขภาพตัวเองเป็นอย่างดี แต่ไม่สนับสนุนให้พยายามลดน้ำหนักเกินความจำเป็น เช่น อดอาหาร กินยาลดความอ้วน ส่วนตัวมองว่าหุ่นสวยที่แลออกมาด้วยสุขภาพที่อ่อนแอ ไม่คุ้มกันเลยคะ”



เราได้เห็นความ
น่ารักของผู้ป่วยเหล่านี้ ได้รับรู้
รับฟังเรื่องราวชีวิตของคนคนหนึ่ง
เหมือนนวนิยายในชีวิตจริง
เพราะฉะนั้นถ้าเราดูแลคนไข้ 10 คน
ก็เหมือนกับเราได้ดูหนังชีวิต
10 เรื่อง



รศ.พญ.พูนศรี รังษิยจิ

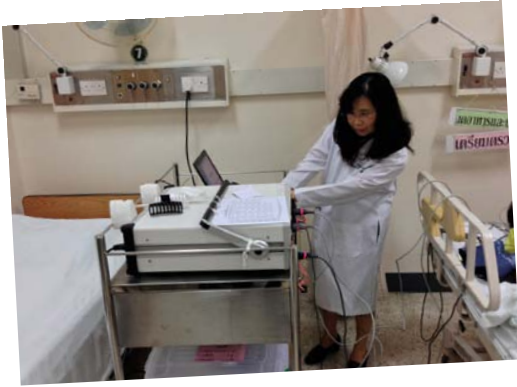
ความสุขคือการช่วยผู้ป่วยให้กลับมามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

จากกลุ่มจิตแพทย์ผู้มีความสนใจในด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และ/หรือประสาทจิตเวชศาสตร์ หรือ Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry Interest Group (GeNPIG) ที่รวมตัวก่อตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการเมื่อประมาณปลายปี พ.ศ. 2549 มาสู่การจัดตั้งเป็นชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย หรือ Thai Society for Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry (TSGN) เมื่อวันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2553 เพื่อสนับสนุนให้จิตแพทย์ชาวไทยได้มีการพัฒนาความรู้ ความชำนาญ รวมถึงแลกเปลี่ยนความรู้กันในด้านจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ให้ทันนานาอารยประเทศ ด้วยความตั้งใจและตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาจิตแพทย์ของประเทศไทยให้มีความรู้ ความสามารถ และมีศักยภาพในการทำงานที่ทันต่อความก้าวหน้าทางวิชาการในด้านประสาทจิตเวชที่พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ชมรมจิตเวชศาสตร์

ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย จึงได้ร่วมกับ บริษัท แกล็กโซสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด ในการสนับสนุนจิตแพทย์ไทยให้มีโอกาสไปนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการในต่างประเทศ ด้วยการจัดให้ทุน GNA (GSK for Neuropsychiatry Award) ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

สำหรับในปี พ.ศ. 2556 นี้ ทุน GNA ได้มอบให้แก่จิตแพทย์ที่ไปเสนอผลงานวิจัยในการประชุม The 11th World Congress of Biological Psychiatry (WFSBP) ณ เมืองเกียวโต ประเทศญี่ปุ่น ระหว่างวันที่ 23-27 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ซึ่งจิตแพทย์ไทยผู้ซึ่งมีผลงานวิจัยเป็นที่ประจักษ์และสมควรได้รับทุนในปีนั้นคือ รศ.พญ.พูนศรี รังษิยจิ รองหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เจ้าของผลงานวิจัยเรื่อง “ความชุกของภาวะวูฒปัญญาบกร่องเล็กน้อยในหญิงวัยหมดประจำเดือน (The Prevalence of Amnesic Mild Cognitive Impairment in Post Menopausal Women)”





รศ.พญ.พูนศรี กล่าวถึงความรู้สึกที่ได้รับทุนว่า ต้องขอบคุณทางบริษัท แก๊สโซลมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด ที่สนับสนุนงานวิชาการให้แพทย์ไทยได้มีโอกาสไปนำเสนอผลงานยังต่างประเทศ เป็นการเปิดองค์ความรู้ เปิดโลกทัศน์ทางวิชาการ ทำให้เราต้องพัฒนาตนเอง เพราะการเรียนแพทย์เป็นการเรียนรู้ต่อเนื่อง มีความรู้สึกภาคภูมิใจ ดีใจมากที่ได้รับเกียรตินี้ รวมถึงอยากขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่ช่วยกันทำงานวิจัย ซึ่งตัวหมอเองก็แอบคาดหวังลึก ๆ ว่าผลงานของเราน่าจะเข้าเกณฑ์ที่กำหนด โดยสาเหตุที่เลือกหัวข้องานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องการวัดภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อยในคนที่อยู่ในภาวะหมดประจำเดือนในผู้หญิง สืบเนื่องมาจากการทำงาน หมอได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเศร้า วิตกกังวล โดยกลุ่มหนึ่งที่ได้ดูแลคือ กลุ่มผู้หญิงที่อยู่ในวัยใกล้สูงอายุซึ่งอยู่ในช่วงใกล้จะหมดหรือหมดประจำเดือนแล้ว พบว่าในคนกลุ่มนี้มีเป็นจำนวนมากที่บ่นว่ามีอาการหลง ๆ ลืม ๆ ความจำไม่ดี นอกเหนือจากอาการวัยทองที่เป็นอยู่ ทั้งนี้ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาพบว่าหลายคนไม่ได้เป็นโรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ แต่กลับเป็นโรคซึมเศร้า หรือวิตกกังวล และเมื่อได้รับการรักษาดี ๆ เขาก็กลับมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้หมอยกมาทำงานวิจัยในเรื่องนี้ เนื่องจากต้องการทราบว่ามีคนที่เป็นภาวะนี้มากน้อยเพียงใด เพื่องานวิจัยในอนาคตเราจะช่วยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างไร

“ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวช ตอนเก็บข้อมูลทำวิจัย เราไม่ได้เก็บที่ห้องตรวจจิตเวชทั้งหมด แต่เราไปเก็บข้อมูลที่คลินิกวัยทอง เนื่องจากคนไข้จะอยู่ในกลุ่มวัยทอง มีอาการร้อนวูบวาบ ปวดเมื่อย

ตามเนื้อตัว รู้สึกไม่สบาย และจากการคุยกับสูตินรีแพทย์พบว่า คนไข้กลุ่มนี้มีจำนวนมากซึ่งทางสูตินรีแพทย์จะเป็นคนแจ้งให้เราไปสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลนำมาวิเคราะห์แปลผลว่าเขามีอาการที่เข้าเกณฑ์ภาวะสติปัญญาบกพร่องเล็กน้อยหรือไม่ แต่บางครั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็มาปรึกษากับหมอโดยตรงด้วยอาการหงุดหงิด นอนไม่หลับ เมื่อประเมินกลับพบว่ามีอาการหลง ๆ ลืม ๆ ด้วย”

รศ.พญ.พูนศรี กล่าวต่อว่า ภายหลังจากตรวจประเมินผลได้แล้วจะแจ้งคนไข้ว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ เพื่อที่จะได้ทำการตรวจเพิ่มเติม เนื่องจากอาจจะเป็นภาวะความจำลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุเริ่มต้นของโรคสมองเสื่อมเพื่อที่เขาจะได้รู้และกลับมาดูแลตนเอง รักษาให้ถูกช่องทาง โดยวัยทองของผู้หญิงจะเกิดขึ้นในช่วงอายุปลาย 40 ปี จนถึง 50 ปีต้น ๆ ซึ่งวัยนี้เป็นวัยที่ต้องรับผิดชอบในหน้าที่การทำงานและครอบครัวมาก สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุของความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล อย่างน้อยเมื่อรู้เขาจะได้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทั้งนี้งานประจำที่หมอรับผิดชอบทำอยู่คือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาทางจิตเวช ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่มีการตายตัว แต่เปรียบเหมือนการตัดเสื้อให้สวมใส่สบายสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน โดยเราจะให้การดูแลเป็นแบบครบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีทั้งการแก้ไขปัญหาที่เป็นอยู่ การป้องกันปัญหาบางอย่างที่อาจเกิดขึ้น มีการเตรียมตัวสำหรับบางเรื่องที่ไม่ได้ การเตรียมความพร้อมให้แก่ญาติเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น จะได้ช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยในส่วนของหมอ เราจะทำการศึกษาวิจัย และทำการวิจัยควบคู่กันไปด้วย

รศ.พญ.พูนศรี ยังกล่าวถึงความยากในการทำวิจัยด้วยว่า ความยากของการทำวิจัยเริ่มตั้งแต่การคิดโครงการวิจัย (Proposal) ว่าจะวางแผนจัดการอย่างไร โดยการวิจัยนี้เราทำร่วมกับแพทย์ 2 ท่าน คือ **นพ.วรพงษ์ ศรีสิทธิพจน์** และ **ผศ.ดร.ศรีนารี แก้วฤดี** เป็นการประชุมร่วมกันเพื่อวางโครงสร้างงานวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ซึ่งต้องทำให้เสร็จภายในกำหนดเวลา โดยเราต้องเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดกว่า 355 คน ซึ่งแบบทดสอบของงานวิจัย เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินภาวะสติปัญญาบกพร่องเล็กน้อยคือ เครื่องมือที่มีชื่อว่า Montreal Cognitive Assessment Test-Thai version (MoCA test-Thai) ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย **พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญธิโรจน์** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นแบบทดสอบสำหรับประเมินภาวะสติปัญญาบกพร่องเล็กน้อยโดยเฉพาะที่มีความไวและมีความจำเพาะสูง ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการนำมาใช้วัดภาวะนี้ในกลุ่มผู้ป่วยวัยทอง

นอกจากจะดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน



กลุ่มวัยทองแล้ว **รศ.พญ.พูนศรี** กล่าวว่า “กลุ่มคนไข้ที่หมอสนใจไม่ใช่เฉพาะแค่กลุ่มวัยทอง หมอสนใจในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งบางคนอาจจะมองว่าคนกลุ่มนี้เป็นคนที่น่ารำคาญ ขอบพุดแต่เรื่องเก่า ๆ ซ้ำซาก ซึ่หงุดหงิด แต่สำหรับตัวหมอเองรู้สึกที่เราได้เป็นผู้ให้ รวมถึงเรายังได้ข้อคิด ได้มุมมองที่สามารถนำมาปรับใช้กับตัวเราเอง กับเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยบางคนก็ตั้งหน้าตั้งตารอวันนัด เราได้เห็นความน่ารักของผู้ป่วยเหล่านี้ ได้รับรู้รับฟังเรื่องราวชีวิตของคนคนหนึ่งเหมือนนวนิยายในชีวิตจริง เพราะฉะนั้นถ้าเราดูแลคนไข้ 10 คน ก็เหมือนกับเราได้ดูหนังชีวิต 10 เรื่อง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยซึ่งสร้างความประทับใจที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้คือ คุณครูที่เกษียณอายุราชการแล้ว คุณครูท่านนี้ก็ตระเวนหาหมอมานานทุกแห่ง ได้มาสารพัดโรคตั้งแต่หัวใจรุดเท้า อยู่ไม่สุข เคร้า เหนงา หงุดหงิด นอนไม่หลับ และรู้สึกแย่ในชีวิตมาก สุดท้ายมาพบหมอ ครั้งแรกหมอใช้เวลากับเขานานมาก หลังจากนั้นเมื่อเขากลับมาพบหมออีกครั้งใน 1 อาทิตย์ ถัดมาได้เปลี่ยนไปเป็นคนละคน คุณครูท่านนี้สามารถยิ้มได้ กินได้ นอนหลับ หมอจึงนัดห่างออกไปเป็น 3 เดือน โดยล่าสุดที่ได้พบมีอาการดีขึ้นและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ และยังตั้งใจทำแกงโตปลามาฝากทั้งห้องตรวจ ซึ่งทุกคนบอกว่าอร่อยมาก เมื่อเห็นผู้ป่วยดีขึ้น เราก็มีความสุข เพราะเราได้ช่วยคนคนหนึ่งให้พบความสุขในช่วงชีวิต จากแต่เดิมที่ต้องเศร้า เหนงา รู้สึกแย่ อยู่ไม่ได้ กระวนกระวาย มีเงินทองก็ไม่มีความสุข”

สำหรับความสนใจของจิตแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ **รศ.พญ.พูนศรี** กล่าวว่า ค่อนข้างประหลาดใจ เนื่องจากงานวิจัยเกี่ยวกับผู้หญิงวัยทองส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยสูตินรีแพทย์ ซึ่งในทางจิตเวชอาจจะไม่มีบ้าง แต่โดยส่วนตัวในฐานะที่เป็นผู้หญิงจะมีความเข้าใจคนไข้ เนื่องจากเรื่องของฮอร์โมนและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับทุกช่วงอายุ เนื่องจากขณะนี้ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทุกภาคส่วนในประเทศได้มีการตื่นตัวด้านนี้มากขึ้น ซึ่งเราก็หวังให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพราะเมื่อกายป่วย จิตก็ป่วยได้เช่นกัน จึงคิดว่างานทางด้านนี้จะล้นมือ ดังนั้น สิ่งที TSGN กำลังทำอยู่ขณะนี้คือ พัฒนาหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเป็น



หลักสูตรต่อเนื่องจากสาขาจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งขณะนี้อยู่ในขั้นตอนการพิจารณาหลักสูตรจากมหาวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย คาดว่าเมื่อหลักสูตรเสร็จก็จะมีการเปิดฝึกอบรมประมาณปี พ.ศ. 2559

สุดท้ายนี้ **รศ.พญ.พูนศรี** ได้ให้คำแนะนำสำหรับผู้สนใจขอทุน GNA ในปีต่อไปว่าต้องเป็นสมาชิกของ TSGN และควรเตรียมพร้อมในเรื่องของการวิจัย เนื่องจากเรามีคู่แข่ง และสำหรับคนที่อยากจะเป็นจิตแพทย์ อันดับแรกต้องมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาจิตเวช ต่อคนไข้จิตเวช โดยไม่มองว่าเป็นอะไรที่น่ารังเกียจ น่ารำคาญ เป็นคนที่มีปัญหา ไม่น่าคบ ต้องเป็นคนที่มีมองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง มีความยืดหยุ่น มีความรับผิดชอบ คงเส้นคงวา เป็นที่พึ่งพิงของคนไข้ที่เขาสามารถไว้วางใจได้ และที่สำคัญต้องมีความสามารถที่จะเข้าใจจิตใจคนอื่น อยากจะพัฒนาตนเองที่จะเข้าใจจิตใจคนอื่นด้วย



ปฐพ.2



สถาบันพระปกเกล้าและแพทยสภาได้จัดตั้งหลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมภิบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ หรือ ปฐพ. ขึ้นเป็นครั้งแรก หรือรุ่นแรก เมื่อปี พ.ศ. 2555 เนื่องจากแพทยสภามีวัตถุประสงค์ตามมาตรา 7 ของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม 2525 คือ 1. ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม 2. ส่งเสริมการศึกษา การวิจัยและการประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์ 3. ส่งเสริมความสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิก 4. ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่และให้การศึกษแก่ประชาชนและองค์กรอื่นในเรื่องที่เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข 5. ให้คำปรึกษาหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ และ 6. เป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย ซึ่งจากทั้งหมดนี้สรุปได้ว่าแพทยสภามีหน้าที่ดูแลความ “ดี” และ “เก่ง” ของแพทย์ แพทยสภาดูแลการศึกษาตั้งแต่แพทยศาสตรบัณฑิต โดยมอบหมายให้คณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ (21 คณะ) ดำเนินการการศึกษาหลังปริญญาทางด้านวิชาชีพคือ board (สาขา) และ subboard (อนุสาขา) ต่าง ๆ (รวม 80 สาขา) โดยมอบหมายให้ 14 ราชวิทยาลัย และ 100 กว่าสมาคมแพทย์ดำเนินการ

แพทย์ทั่วประเทศต้องดูแลผู้ป่วยเกิน 200 ล้านครั้ง/ปี และเนื่องจากปัจจุบันนี้วิชาการแพทย์มีความก้าวหน้า ซับซ้อนมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมจิตวิทยา เศรษฐกิจ กฎหมาย โดยเฉพาะด้านการเมืองการปกครองในระบบประชาธิปไตย (หัวใจของสถาบันพระปกเกล้า) ในยุคโลกาภิวัตน์ จึงจำเป็นที่แพทย์และผู้บริหารจะต้องมีความรู้และความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสำหรับการตัดสินใจ การกำหนดทิศทางอย่างสมดุลในระบบสุขภาพของประเทศอย่างคุ้มค่า เพื่อประชาชนซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีค่าสูงสุดของประเทศ

ด้วยเหตุนี้เองสถาบันพระปกเกล้าซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาด้านการเมืองการปกครอง กฎหมาย และเศรษฐศาสตร์ ภายใต้รัฐสภา จึงได้ร่วมมือกับแพทยสภาจัดตั้งหลักสูตรนี้ขึ้นมา โดยมีวัตถุประสงค์

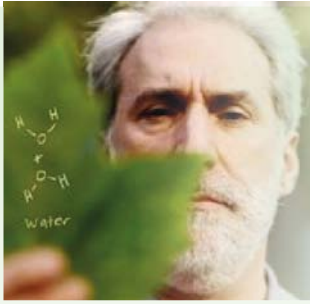
1. เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านการเมืองการปกครองในระบบประชาธิปไตยและธรรมาภิบาลแก่ผู้บริหารสายแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องในการประกอบวิชาชีพ
2. เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจภาวะวิสัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคมวิทยา เศรษฐกิจ และกฎหมายที่มีผลต่อการปฏิบัติวิชาชีพทางการแพทย์

3. เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจ การกำหนดทิศทาง และวิธีดำเนินงานที่ชัดเจนในระบบสุขภาพของประเทศ และ

4. เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่สะท้อนคุณธรรมและจริยธรรม และหลักธรรมาภิบาลที่เป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับผู้บริหาร

สำหรับ ปฐพ.2 หลักสูตรได้เปิดขึ้นเมื่อวันศุกร์ที่ 14 มิถุนายน ในรุ่นมีผู้อาวุโสเข้าร่วมศึกษาเป็นจำนวนมาก อาทิเช่น พี่หมอยุทธ โพธารามิก คุณหญิงสุดารัตน์ เกยุราพันธุ์ ท่านวิทยา แก้วภราดัย ท่านนิลวรรณ เพชรบูรณ์ (สว.) ท่านมนัส แจ่มเวหา อธิบดีกรมบัญชีกลาง นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข อธิบดีกรมอนามัย รศ.นพ.จิตตินันต์ หะวานนท์ รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ นพ.ภักดี สรรค์นิกั ประธาน ราชวิทยาลัยโรคหัวใจ คอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย นพ.วินัย สวัสดิวร เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศ.นพ.วุฒิชัย ธนาพงศธร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ฯลฯ โดยมีพิธีเปิดที่สถาบันพระปกเกล้า โดยท่านรองเลขาธิการสถาบันพระปกเกล้าคือ ท่านวิทวัส ชัยภาคภูมิ ผู้อำนวยการหลักสูตรฯ มีปาฐกถาพิเศษ โดย ฯพณฯ อดีตนายฯ ชวน หลีกภัย (ปฐพ.1) ซึ่งบรรยายได้ดีมาก (เช่นเคย) เกี่ยวกับธรรมาภิบาล หรือ Good Governance (ความคุ้มค่า ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ การมีส่วนร่วม ความรับผิดชอบ นิติธรรม คุณธรรม จริยธรรม ฯลฯ) ตามด้วยการกล่าวต้อนรับโดยท่านนายกแพทยสภาอาวุโส ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อานาจ กุศลนันท์ และการบรรยายเรื่อง “ระบบแพทย์ไทย : ข้อเท็จจริง ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการพัฒนา” โดยนาวาอากาศเอก (พิเศษ) นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา ซึ่งบรรยายได้ดีมาก มีข้อมูลที่ทันสมัย มีประโยชน์ น่าสนใจมากที่ควรเผยแพร่ให้หลาย ๆ หน่วยงานทราบ และมีความสำคัญในการพัฒนาประเทศทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอย่างมาก

แพทย์ทุก ๆ คนควรพยายามหาโอกาสเรียนหลักสูตรนี้ให้ได้ในอนาคต และท่านที่ไม่ใช่แพทย์ก็ควรเข้าด้วย เพราะจะได้ความรู้และอย่างน้อยจะมีเพื่อนเป็นแพทย์ที่เก่ง ๆ จำนวนมาก ทางหลักสูตรต้องการพยาบาล เกสเซอร์ นักกฎหมาย สถาปนิก ภาคเอกชนต่าง ๆ เช่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค บริษัทฯ ฯลฯ ผมเข้าไปเรียน 3 วัน รู้สึกสนุกและชอบมาก เพราะได้ทั้งความรู้ พบลูกศิษย์เก่า และเพื่อนที่ดีใหม่ ๆ มากมาย ชีวิตเรสมันนี่ต้องเป็นแบบ life long learning ครับ



ใบไม้เทียมสังเคราะห์พลังงานแสง

ABC News – นักเคมีสหรัฐพัฒนาใบไม้เทียมเลียนแบบกระบวนการสังเคราะห์แสง เปลี่ยนบ้านเป็นสถานีไฟฟ้าย่อยที่ใช้แสงแดดและน้ำเป็นวัตถุดิบ

นายแดเนียล นอเชรา พัฒนาใบไม้เทียมโดยใช้แผ่นซิลิกอนฉาบด้วยสารเร่งปฏิกิริยาที่อาศัยแสงแดดในการแยกองค์ประกอบของน้ำเป็นไฮโดรเจนและออกซิเจน คล้ายกับขั้นตอนในกระบวนการสังเคราะห์แสง และก๊าซที่ได้จากกระบวนการนี้สามารถนำไปผลิตกระแสไฟฟ้าในรูปแบบของเซลล์เชื้อเพลิง

เพื่อใช้เป็นพลังงานทางเลือกแทนโครงข่ายไฟฟ้าหลัก

เจ้าของผลงานมั่นใจว่าใบไม้เทียมนี้จะมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการผลิตหรือจ่ายกระแสไฟฟ้าแก่ผู้ยากไร้ที่อยู่นอกโครงข่ายไฟฟ้า และการผลิตกระแสไฟฟ้าสำหรับป้อนบ้านหลังเล็กก็ใช้เพียงน้ำหนึ่งขวดครึ่งกับแสงแดดเท่านั้น อย่างไรก็ตาม นายนอเชรา ยอมรับว่าการผลิตใบไม้เทียมสังเคราะห์แสงในขณะนี้ยังคงมีต้นทุนสูง ซึ่งเขากำลังมองหาวิธีลดต้นทุนการผลิต ทั้งด้วยการเปลี่ยนชนิดตัวเร่งปฏิกิริยามาเป็นชนิดที่มีต้นทุนต่ำลง รวมถึงลดจำนวนซิลิกอนเหลือเท่าที่จำเป็น

ใบไม้เทียมสังเคราะห์แสงของนายนอเชรา ได้รับการคาดหมายว่าจะเป็นเครื่องมือใหม่สำหรับการแก้ปัญหาพลังงานอย่างยั่งยืน และช่วยให้สาธารณชนตระหนักว่าแนวคิดเรื่องทางออกพลังงานที่ยั่งยืนไม่ใช่เรื่องเพ้อฝันในนิยายวิทยาศาสตร์ หากแต่เป็นเรื่องจริงที่ทำให้เห็นผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

อนึ่ง ผู้สนใจติดตามภาพยนตร์สั้นที่กล่าวถึงผลงานของนายนอเชราได้ที่ <http://focusforwardfilms.com/contest/100/the-artificial-leaf-jared-p-scott-kelly-nyks>

ยุโรปเตรียมลงดาบฮั้วชะลอยา

รอยเตอร์ส – คณะกรรมาธิการยุโรปออกมาตรการปราบปรามการฮั้วชะลอผลผลิตยาสามัญ ซึ่งเป็นการขัดขวางเวชภัณฑ์ราคาถูกเข้าสู่ตลาด

เจ้าหน้าที่เปิดเผยว่า คณะกรรมาธิการยุโรปยังเตรียมสั่งปรับบริษัทผลิทยาสามัญหลายเจ้าที่รับค่าจ้างชะลอการผลิตเป็นเงินก้อนใหญ่ และว่ามาตรการนี้ตอกย้ำให้เห็นความเอาจริงเอาจังของสหภาพยุโรป (อียู) และสหรัฐอเมริกาในการทำลายวงจรผลประโยชน์ซึ่งทำให้ผู้บริโภคจำเป็นต้องซื้อยาราคาแพง รวมถึงตัดโอกาสการเข้าถึงยาซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง

เบื้องต้นคาดว่าคณะกรรมาธิการยุโรปอาจตั้งอัตราค่าปรับไว้ที่ร้อยละ 10 ของรายได้รวมทั่วโลกของบริษัทที่ฝ่าฝืนมาตรการปราบปรามการฮั้วในวงการยา โดยคาดว่าบริษัทยาสัญชาติยุโรปเจ้าหนึ่งที่ยี่เตรียมประกาศลงโทษอาจต้องจ่ายค่าปรับสูงถึง 240 ล้านดอลลาร์ (ราว 9,511 ล้านบาท) ขณะที่การคำนวณจากรายได้อาจทำให้บริษัทยาสามัญบางรายมีโอกาสจ่ายค่าปรับต่ำกว่านี้



กินมังสวิรัตินำให้อายุยืน

รอยเตอร์สเฮลธ์ – ผลการศึกษาใหม่ชี้ การรับประทานอาหารที่เน้นผัก ผลไม้ และจำกัดปริมาณเนื้อสัตว์อาจช่วยให้อายุยืนและป้องกันโรค

ผลการศึกษาโดยคณะนักวิจัยสหรัฐอเมริกาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมังสวิรัตินำอย่างเดียว โดยเว้นผลิตภัณฑ์จากสัตว์ทุกชนิด กลุ่มมังสวิรัตินำรับประทานผลิตภัณฑ์จากนมและไข่ และกลุ่มที่รับประทานเนื้อสัตว์และปลาตามปกติ และพบว่ากลุ่มที่รับประทานมังสวิรัตินำมีจำนวนผู้เสียชีวิตในแต่ละปีต่ำกว่า และประโยชน์จากการรับประทานอาหารที่เน้นผักและผลไม้สามารถเห็นได้ชัดในเพศชาย



ข้อมูลจากการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่รายงานว่าการรับประทานอาหารที่อุดมด้วยผักและผลไม้สัมพันธ์กับแนวโน้มที่ต่ำกว่าต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจหรือสาเหตุอื่นในช่วงเวลาหนึ่ง อย่างไรก็ตาม นักวิจัยยังไม่อาจยืนยันได้ว่าอาหารมังสวิรัตินำสามารถลดการเสียชีวิตได้จริงหรือไม่ เนื่องจากอาจมีปัจจัยอื่นที่ยังไม่ได้ศึกษา

สำหรับคำถามว่าเราควรหันมารับประทานมังสวิรัตินำหรือไม่ มีผู้เชี่ยวชาญชี้ว่า อาหารมังสวิรัตินำอาจไม่ใช่คำตอบสำหรับทุกคน ซึ่งทางเลือกอื่นก็อาจปรับโภชนาการโดยลดแป้งขัดขาว น้ำตาล หรือไขมันอิ่มตัว และเลือกรับประทานนม ไข่ ปลา หรือเนื้อสัตว์ในปริมาณที่เหมาะสม

โพรไบโอติกส์ลดผลข้างเคียงยาปฏิชีวนะ

บีบีซี – การรับประทานโพรไบโอติกส์พร้อมยาปฏิชีวนะอาจช่วยลดผลข้างเคียงจากยา

นักวิจัยในเครือข่าย Cochrane Collaboration รายงานว่า จุลินทรีย์โพรไบโอติกส์อาจให้ผลดีในการป้องกันท้องร่วงอันเป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากยาปฏิชีวนะหลายตัว และการให้โพรไบโอติกส์แก่ผู้ป่วยล่วงหน้าอาจช่วยปรับสมดุลสัดส่วนแบคทีเรียในระบบทางเดินอาหารที่อาจได้รับผลกระทบจากยาปฏิชีวนะ รวมถึงป้องกันอาการข้างเคียงอื่นจากยาปฏิชีวนะ

นักวิจัยกล่าวด้วยว่าจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมว่าโพรไบโอติกส์ชนิดใดบ้างที่ให้ผลดีที่สุดในการป้องกันผลข้างเคียงจากยาปฏิชีวนะ และแม้โพรไบโอติกส์สามารถป้องกันท้องร่วงจากแบคทีเรีย *C. difficile* แต่ก็ไม่มีผลในการป้องกันการติดเชื้อดังกล่าว จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษากลไกการทำงานของโพรไบโอติกส์ให้ถ่องแท้ยิ่งขึ้น

อนึ่ง ความไม่สมดุลของแบคทีเรียในทางเดินอาหารเป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้ป่วยเกิดท้องร่วง ลำไส้อักเสบ และในบางรายที่มีอาการรุนแรงก็อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ จากปัญหาดังกล่าวทำให้นักวิจัยทั่วโลกต่างหันมาศึกษาว่าโพรไบโอติกส์อันเป็นจุลชีพหลายชนิดสามารถป้องกันการคุกคามของแบคทีเรียก่อโรคได้หรือไม่



ผ้าพันขารักษาชีวิตผู้ป่วยสโตรค

บีบีซี – ผ้าพันขากระตุ้นการไหลเวียนเลือดอาจช่วยป้องกันการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังเกิดสโตรค

นักวิจัยสกอตแลนด์ชี้ ประโยชน์ของผ้าพันขาแบบรัดในการกระตุ้นการไหลเวียนเลือดและป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกซึ่งพบได้ในผู้ที่โดยสารเครื่องบินระยะไกล รวมทั้งในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ โดยพบว่าได้ผลดีกว่าถุงเท้าแบบรัดและยาละลายลิ่มเลือดที่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้

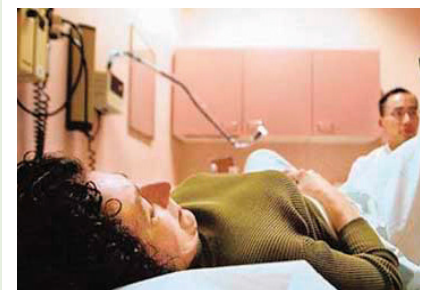
นักวิจัยได้ทดสอบให้ผู้ป่วยสวมผ้ารัดขาซึ่งจะสูบลมเข้าไปทุกหนึ่งนาทีก่อนให้ผู้ป่วยลุกขึ้นเดิน โดยให้ผู้ป่วยสวมไว้หนึ่งเดือนหรือจนกว่าจะฟื้นตัวและกลับมาเคลื่อนไหวได้อีกครั้ง และพบว่ากลุ่มที่ใช้ผ้ารัดขามีอัตราส่วนการเกิดลิ่มเลือดต่ำกว่า ซึ่งน่าเชื่อว่าการรักษาวิธีนี้อาจช่วยป้องกันการเสียชีวิตในผู้ป่วยสโตรคได้มากกว่าพันราย

อินเดียใช้น้ำส้มสายชูตรวจมะเร็งปากมดลูก

เอพี – น้ำส้มสายชูกลายเป็นเครื่องมือใหม่ตรวจมะเร็งปากมดลูกสำหรับหญิงยากไร้ชาวอินเดีย ชี้อัตราตายได้สูงถึงหนึ่งในสาม

แพทย์เปิดเผยว่า การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชูและสังเกตสีเนื้อเยื่อที่เปลี่ยนไปจากปกติได้ผลดีอย่างไม่น่าเชื่อ และจากการเป็นวิธีการตรวจที่ได้ผลเร็วและประหยัดค่าใช้จ่ายก็เชื่อว่าเป็นประโยชน์ต่อการตรวจพบมะเร็งได้ตั้งแต่เริ่มปรากฏสัญญาณ รวมถึงป้องกันการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มประเทศยากจนได้มากกว่าหลายหมื่นราย

การตรวจวิธีนี้ยังมีข้อดีที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือเฉพาะทาง อาศัยเพียงชาวบ้านทั่วไปที่ผ่านการอบรมเพียงพอก็สามารถตรวจได้ผลอย่างเดียวกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตาม จากการตรวจนำร่องในเขตชุมชนแออัดนี้ เจ้าหน้าที่ยังคงเผชิญอุปสรรคสำคัญด้านจาริตประเพณีที่ทำให้ผู้หญิงจำนวนมากซึ่งมีสถานะไม่ต่างจากทาสในเรือนเบี้ยปฏิเสธเข้ารับการตรวจทั้งด้วยความอายและความกลัว และยังมีกรณีเจ้าหน้าที่บางรายถึงกับโดนชาวบ้านรุมทำร้ายเพียงเพราะขอให้ผู้หญิงถอดเสื้อผ้าก่อนตรวจร่างกาย



คดี

สมัยเมื่อฉันไปทำงานเป็นแพทย์ใช้ทุนที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ฉันมักต้องอยู่เวรที่ห้องฉุกเฉินบ่อย ๆ ทั้งนี้เพราะพี่ ๆ มักฝากเวรห้องฉุกเฉินให้แพทย์ใช้ทุนอยู่เสมอ อาจเพราะเห็นว่าแพทย์ใช้ทุนอย่างฉันยังอายุน้อยจึงน่าจะอยู่เวรได้ดี

มีอยู่คืนหนึ่งฉันถูกตามให้ไปชันสูตรพลิกศพ เหตุเกิดว่ามีการยิงกันที่ตลาดจนกระทั่งมีผู้เสียชีวิต 1 ราย และได้นำศพใส่รถกระบะมาส่งที่หน้าห้องฉุกเฉิน

เนื่องจากโดยทั่วไปโรงพยาบาลประจำจังหวัดมักไม่มีแผนกนิติเวช ดังนั้น แพทย์เวรประจำห้องฉุกเฉินก็ต้องชันสูตรพลิกศพเอง

เนื่องจากชั่วโมงนิติเวชศาสตร์เป็นอะไรที่ฉันเรียนไม่ค่อยเข้าใจเป็นอย่างมาก ทำให้ฉันรู้สึกกลัวที่จะต้องลงมือชันสูตรพลิกศพเอง แม้ว่าจะไม่ต้องไปชันสูตรที่จุดเกิดเหตุแล้วก็ตาม

เมื่อทีมของฉันอันประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลอายุน้อย 2 คนไปยังรถกระบะที่บรรทุกศพมาจอดอยู่หน้าห้องฉุกเฉิน

ฉันจึงเริ่มพูดคุยปรึกษากับพยาบาลผู้ร่วมทีมที่หน้าห้องฉุกเฉิน

“เอ้อ... หมอไม่รู้ว่าจะทำอะไรบ้างนะค่ะ”

“อ้อ หมอก็ป็นขึ้นรถกระบะไปพลิกศพตรวจบาดแผลสิคะ”

ฉันเริ่มพูดจาทัก ๆ อัก ๆ “เอ... ในรถกระบะมันมีดนะค่ะ”

“อ้อ หนูเตรียมไฟฉายมาให้แล้วค่ะ เดี่ยวหมอบอกให้ส่องที่ไหน หนูจะรีบส่องทันทีเลย” พยาบาลเสนอให้การช่วยเหลืออย่างเต็มที่

“เอ... หมอต้องสวมเสื้อคลุมกันเปื้อนและหน้ากากและ....” ฉันพูดยังไม่ทันจบ พยาบาลก็รีบยื่นอุปกรณ์ป้องกันทั้งหมดให้ทันที พร้อมกับเสนอตัวให้การช่วยเหลือเพิ่มเติมอีกว่า “เดี๋ยวหนูจะช่วยถือเวชระเบียนของผู้ป่วยให้ค่ะเพราะหนูเตรียมทำเวชระเบียนมาเพื่อจดบันทึกเรียบร้อยแล้ว”

“เอ... มันลำบากนะ” ฉันยิ้มแหย ๆ พร้อมกับพยายามเจรจาต่อรองต่อไป



“เนื่องจากชั่วโมงนิติเวชศาสตร์เป็นอะไรที่ฉันเรียนไม่ค่อยเข้าใจเป็นอย่างมาก ทำให้ฉันรู้สึกกลัวที่จะต้องลงมือชันสูตรพลิกศพเอง แม้ว่าจะไม่ต้องไปชันสูตรที่จุดเกิดเหตุแล้วก็ตาม”

“โดยทั่วไปหมอต้งไปตรวจชันสูตรพลิกศพที่จุดเกิดเหตุนะค่ะ เนี่ยเขาอำนวยความสะดวกให้โดยการเอารถกระบะมาส่งให้ถึงที่”

“เอ้อ...เอ้อ” ฉันเริ่มอ้าอึ้ง

พยาบาลเริ่มยิ้มพร้อมกับพูดว่า “หนูเข้าใจค่ะ แต่จะให้หนูป็นขึ้นไปนั้นหนูเองก็คงทำได้ยาก เดี่ยวเราตามยามมาช่วยดีไหมคะ เพื่อเขาจะเมตตาช่วยผู้หญิงตัวเล็ก ๆ อย่างเราสองคน”

“ดี...ดีมากเลยค่ะ” ฉันจะล้าละลักตอบกลับด้วยความดีใจ

หลังจากนั้นไม่นาน ยามรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลก็ป็นขึ้นท้ายรถกระบะขึ้นไปเพื่อพลิกศพให้

ฉันตะโกนถามว่ามีบาดแผลที่ไหนบ้างเป็นระยะ ๆ โดยมีพยาบาลยืนส่องไฟให้ตามที่ตกลงกันได้

ท่ามกลางความมืดในท้ายรถกระบะนั้น ยามเริ่มพลิกดูบาดแผลด้านหน้าอกและตะโกนลงมาว่า

“มีแผลถูกยิงที่หน้าอกซ้ายครับ”

“อ้อ... แล้วพลิกดูหน่อยนะค่ะว่ามีแผลทางออกอยู่ที่ใดบ้าง” ฉันถามกลับไปทันทีเพื่อให้ยามทำการพลิกดูด้านหลังของผู้เสียชีวิตต่อไป

“เอ... มีรูอีกรูที่ด้านข้างของลำตัวซีกซ้าย”

หลังจากนั้นฉันก็รีบจดบันทึกเรื่องราวบาดแผล
ลงในเวชระเบียนดังนี้

....ชายอายุ 30 ปีถูกยิงที่ตลาดมาถึงโรงพยาบาล
ไม่มีสัญญาณชีพ จากการตรวจบาดแผลพบมีแผลที่
หน้าอกซ้าย และรูออกอยู่ทางด้านข้างลำตัวซ้าย.....

นับว่าเป็นเวชระเบียนที่มีการจดบันทึกบาดแผล
สั้นมาก

ในเวลาต่อมาก็มีตำรวจตามมาสอบสวนเหตุการณ์
เพิ่มเติม พร้อมกับอธิบายเหตุการณ์ให้ฟังเพิ่มเติมว่ามี
การยิงกันที่ตลาดแล้วมีผู้เสียชีวิต 1 รายที่นำมาส่ง
โรงพยาบาล นอกจากนี้ทางตำรวจได้ตามจับผู้ยิงได้แล้ว

ดังนั้น ฉันจึงคิดว่าคดีนี้น่าจะปิดสำนวนได้
ในทันทีโดยไม่มีปัญหาอะไร

หลังจากผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้ 2 ปี ในขณะที่
ฉันกำลังเรียนสาขาเฉพาะทางอายุรกรรมที่โรงพยาบาล
ศิริราชอยู่นั้น ฉันก็ได้รับหมายศาลให้ไปเป็นพยานที่
ศาลธนบุรีเกี่ยวกับคดียิงกันที่จังหวัดศรีสะเกษในครั้ง
นั้น

ฉันตกใจมากและจำต้องแลกเวอร์เพื่อไปเป็นพยาน
ที่ศาลธนบุรีอย่างจำใจ

ก่อนขึ้นให้ปากคำศาล อัยการของศาลแห่งนั้น
ได้นำเอกสารทั้งหมดตลอดจนเวชระเบียนที่ฉันได้จด
บันทึกไว้ในครั้งนั้นมาให้ดูพร้อมกับแจ้งให้ฉันทราบว่า

“หมอไม่ต้องตกใจ แค่ออกตามความเป็นจริงก็
พอ”

ทันทีที่ฉันอ่านรายละเอียดในเวชระเบียนเล่ม
นั้นจบ ก็ทำให้ฉันเกิดอาการอึ้ง ทั้งนี้เพราะมีการ
จดบันทึกไว้เพียง 2 บรรทัดเท่านั้น รวมทั้งฉันเองก็
ลืมเลือนประวัติของผู้ป่วยรายนี้ไปนานมากแล้ว

ฉันต้องสอบถามตนต่อหน้าศาลก่อนขึ้นให้ปากคำ
ว่าจะพูดแต่ความจริงเท่านั้น

จากนั้นอัยการคนเดียวกับที่ยื่นเอกสารให้ฉัน
อ่านก็เริ่มทำการซักถามเกี่ยวกับบาดแผลตามการชันสูตร
พลิกศพของแพทย์

“คุณหมอได้ทำการชันสูตรพลิกศพแล้วพบว่ามี
บาดแผลที่ใดบ้างครับ”

“ก็... มีรูกระสุนถูกยิงที่หน้าอกซ้ายและทะลุออก
ด้านข้างลำตัว” ฉันตอบอย่างมั่นใจ

อัยการทำการซักต่อไปว่า “แล้วยังมีบาดแผล
อื่น ๆ อีกหรือไม่”

“พบมีรอยฟกช้ำตามตัวและแผลถลอกตาม

..ชายอายุ 30 ปีถูกยิงที่ตลาดมาถึง
โรงพยาบาลไม่มีสัญญาณชีพ จากการตรวจ
บาดแผลพบมีแผลที่หน้าอกซ้าย
และรูออกอยู่ทางด้านข้างลำตัวซ้าย...
นับว่าเป็นเวชระเบียนที่มีการจดบันทึก
บาดแผลสั้นมาก

ร่างกายหลายแห่งค่ะ” ฉันตอบกลับไปหลังจากนั่งนิ่งอยู่นาน

อัยการเริ่มมองหน้าของฉันอย่างสงสัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ
เขาได้อ่านเวชระเบียนที่ฉันจดบันทึกมาบ้างแล้วก็เป็นได้ ซึ่งย่อม
สร้างความประหลาดใจให้แก่อัยการท่านนั้นเป็นอย่างมากที่ฉัน
สามารถบรรยายเพิ่มเติมถึงบาดแผลอื่น ๆ ได้ทั้งที่ไม่มีรายละเอียด
ในเวชระเบียนเล่มนั้น

อย่างไรก็ดี อัยการยังคงทำการซักถามต่อไปว่า “คุณหมอ
คิดว่าผู้ตายเสียชีวิตจากสาเหตุอะไรครับ”

“เอ่อ... ก็น่าจะเป็นจากการถูกยิงค่ะ ทั้งนี้เพราะมีแผลรูกระสุน
เข้าที่หน้าอกซ้ายและทะลุออกด้านข้าง”

“คุณหมอแน่ใจว่าเป็นแผลจากกระสุนปืน”

ฉันเริ่มอึ้งและตอบกลับไปสั้น ๆ ว่า “ค่ะ”

อัยการมองหน้าของฉันพร้อมกับยิ้มแล้วพูดว่า “จบข้อ
ซักถามครับ”

ฉันถอนหายใจด้วยความโล่งอกออกมาโดยทันที

หลังจากนั้นก็มีอาการซักถามพยานรายอื่น ๆ ต่อไป ฉันนั่งฟัง
จนกระทั่งการตัดสินคดีเสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ในที่สุดอัยการก็พาฉันออกมาจากศาลเพื่อส่งกลับโรงพยาบาล
ระหว่างทางที่ส่งฉันขึ้นรถที่หน้าศาลแห่งนั้น อัยการได้พูด
กับฉันด้วยเสียงเบาราวกับกระซิบว่า

“คุณหมอครับ คราวหน้าถ้าไม่แน่ใจก็ตอบว่าจำไม่ได้ก็ได้
ครับ”

ฉันยิ้มให้อย่างอาย ๆ พร้อมกับไหว้ลาขึ้นรถแท็กซี่เพื่อออก
จากศาลธนบุรีแห่งนั้นไป

เรื่องนี้สอนให้รู้ว่า การจดบันทึกรายละเอียดบาดแผลใน
ผู้ป่วยคดีนั้นมีความสำคัญมาก

และ... โชคดีที่ในวันนั้นฉันไม่ได้ให้การเปลี่ยนรูปคดีไป
มากนัก



<<< (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

2. กระบวนการทำงานในการให้บริการรักษาสุขภาพ

โดยการประเมินคุณภาพกระบวนการทำงานในการให้บริการสาธารณสุขนั้น ควรประเมินอย่างไรบ้าง ซึ่งตัวอย่างจากสหภาพยุโรปได้ประเมินกระบวนการให้บริการสุขภาพดังนี้คือ

1. Effectiveness (ประสิทธิผล) หมายความว่า การให้บริการด้านสุขภาพหรือการบริการสาธารณสุขนั้น มีผลตอบสนองหรือไม่

2. Efficiency (ประสิทธิภาพ) หมายความว่า การให้บริการนั้นได้ผลการรักษาที่ดี แต่เสียค่าใช้จ่าย และใช้เวลาในการรักษาน้อยที่สุด ไม่ใช่ประหยังบประมาณค่ายา แต่ทำให้ผู้ป่วยดื้อยาและรักษาไม่หาย เหมือนที่ สปสช. ทำอยู่

3. Access (การเข้าถึงบริการ) ประชาชนที่ต้องการการบริการนั้นมีความสามารถมาใช้บริการได้หรือไม่ เช่น การส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลขนาดเล็กไปยังโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงนั้น สะดวกรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ เพื่อช่วยผู้ป่วยให้รอดชีวิต หรือล่าช้าจนทำให้ผู้ป่วยตายระหว่างทาง

4. Safety การบริการนั้นมีความปลอดภัยหรือไม่ มีการป้องกันความเสี่ยงอันตรายซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความผิดพลาดในการรักษาผู้ป่วยหรือไม่ ซึ่งได้แก่ การให้การรักษาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยคนที่ต้องการการรักษานั้นอย่างรวดเร็วในเวลาที่เหมาะสมและให้การรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่แรก (Doing the right thing (What), to the right patient (to whom), at the right time (when) and doing thing right first time) ซึ่งจะเห็นได้ว่าในระบบ 30 บาท ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการได้รับการรักษาที่อาจไม่เหมาะสม เพราะข้อจำกัดเรื่องยาและการกำหนดวิธีรักษา และอาจต้องรอนานจนเกิดอันตราย และอาจไม่ได้รับความปลอดภัย จากข้อจำกัดในการเริ่มให้การรักษาคั้งแรก เช่น ในรายรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย โดย CAPD-first ทำให้ผู้ป่วยตายไปถึง 40%

5. Equity การบริการนั้นทำให้เกิดความเป็นธรรมแก่ผู้ต้องมารับบริการหรือไม่ ? ในระบบ 30 บาท เกิดความไม่เป็นธรรม เพราะคนไม่จน มาแย่งใช้ทรัพยากรอันจำกัด ทำให้ระบบเกิดความขาดแคลนมากขึ้น

6. Appropriateness การบริการนั้นมีความเหมาะสมต่ออาการป่วย หรือเรียกว่า Evidenced-based practice หรือไม่ ? หรือต้องทำตามระเบียบและข้อจำกัดของ สปสช. เช่น การบังคับให้ผู้ป่วยบัตรทองต้องเริ่มล้างไตทางหน้าท้องเป็นครั้งแรก ถ้าใครไม่ยอมรับการรักษาแบบที่ สปสช. กำหนดไว้นี้ ก็ต้องไปจ่ายเงินเอง แต่ผู้ป่วยไม่ได้รับการบอกเล่าว่า การรักษานี้จะเหมาะสมกับตนเองหรือเหมาะสมกับผู้ป่วย ไตวายระยะสุดท้ายทุกคนหรือไม่ หรือทำให้ผู้ป่วยตายหมดในเวลาที่ยังไม่สมควรตายหรือไม่

7. Acceptability ดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ ฟังพอใจ มั่นใจ และเต็มใจมาใช้บริการ

8. Responsiveness (patient-centeredness) การบริการนั้นได้ตอบสนองโดยตรงต่อความจำเป็นด้านสุขภาพในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องครบวงจรหรือไม่

9. Satisfaction ประชาชนที่มาใช้บริการมีความพึงพอใจในบริการ ผลการรักษา และสถานะสุขภาพหลังการรักษาดีขึ้นตามที่คาดหวังหรือไม่

10. Health improvement ผลจากการรับบริการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น

11. Continuity ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างต่อเนื่องจนหมดความจำเป็นที่จะได้รับการบริการหรือไม่

12. Availability การบริการมีอยู่ทั่วไปหรือไม่

13. Preventive/early detection มีการบริการที่ครอบคลุมไปถึงการป้องกันโรคและตรวจคัดกรองความเจ็บป่วยในกลุ่มเสี่ยงแต่เนิ่น ๆ หรือไม่

14. Public/patient information มีการประชาสัมพันธ์ในแง่สุจริต ถูกต้อง ตรงกับความจริงทั้งหมด โปร่งใส ตรงไปตรงมา (Transparency) และเชื่อถือได้ (Accountability)



สปสช. ไม่เคยประเมินตามหลักการนี้แต่อย่างใด เห็น ประเมินแต่เพียงว่า การประกันสุขภาพในประเทศไทยมีความ ครอบคลุมเกือบ 100% โดยรวมเอาการประกันสังคมและสวัสดิการ ข้าราชการเข้าไปด้วย นอกจากนี้ก็ประเมินแต่ว่าประชาชนได้รับ ความพึงพอใจมากกว่า 90%

ผู้เขียนคิดว่า การประเมินความพึงพอใจนั้น อาจไม่แสดง ถึงความพึงพอใจต่อ “ผลการรักษา” เนื่องจากถ้าประชาชน พึงพอใจผลการรักษาจริงก็คงไม่มีกรณีฟ้องร้องแพทย์มากขึ้นทุก ปี ประชาชนคงพึงพอใจเพราะไม่ต้องจ่ายเงินตนเองเท่านั้น แต่ ไม่พึงพอใจผลการรักษาเพิ่มมากขึ้นทุกปี และการฟ้องร้องนั้น ก็อาจจะเกิดขึ้นมาก เพราะประชาชนได้รับความเสียหาย หรือ ประชาชนรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความปลอดภัยจากการไปรับบริการ สาธารณสุขมากขึ้น

ส่วนสถานะสุขภาพประชาชนไทยนั้น ก็มีการประเมินจาก รายงานของ นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ แล้วว่า การกำหนดงบประมาณ ในระบบหลักประกันสุขภาพแบบปลายปิด โดยใช้หลักเกณฑ์ เหมารายรายหัวต่อปีของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น มีข้อดีคือ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ แต่ประชาชนอาจจะมีความ เสี่ยงต่อการบริการที่ไม่มีคุณภาพ

โดยได้ยกตัวอย่างจากยุโรปและสหรัฐอเมริกาว่า งบประมาณ ปลายปิดจะเสี่ยงต่อการรักษาที่ล่าช้า ผู้ป่วยที่อาการรุนแรง/ มีความเสี่ยงสูงอาจไม่ได้รับการรักษา และจะไม่ถูกส่งต่อไปหา ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ (เพราะเกรงว่าจะต้องใช้เงินในการรักษามาก เกินงบประมาณ)

โรงพยาบาลต้องคลำกระเป๋าเงินไปด้วยว่าจะมีเงินพอใช้ หรือไม่ในการรักษาผู้ป่วย ในขณะที่คิดหาวิธีจะรักษาผู้ป่วยให้ เหมาะสมกับจำนวนเงินในกระเป๋า

นอกจากนี้ นพ.จิรุตม์ ยังได้อ้างถึง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2547 เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในระบบหลักประกัน สุขภาพหรือ 30 บาท กับระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการ ข้าราชการ ว่าอัตราตายของผู้ป่วยในแต่ละโรค (adjusted CFR ปรับตามอายุแล้ว) ในระบบบัตรทองสูงสุดเมื่อเทียบกับอีก 2 ระบบ และอัตราตาย (SMR) ของระบบบัตรทองก็สูงสุดเช่นเดียวกัน

นอกจากนั้น สปสช. ก็ไม่ได้ส่งเสริมให้มีการป้องกันโรคและ ไม่ได้ส่งเสริมการตรวจคัดกรองก่อนเกิดโรคอย่างจริงจัง และไม่ได้ ให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรค เช่น พอ มีข่าวว่าจะให้ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกก็มีกลุ่มประชาชน

กลุ่มสตรีออกมาคัดค้านไม่ให้ดำเนินการ เพราะกลัวว่าคนฉีดวัคซีน จะได้รับผลประโยชน์จากบริษัทวัคซีน

3. ผลของการให้บริการสาธารณสุข ในการวัดผลที่เกิด จากการให้บริการสาธารณสุขในระบบ 30 บาทนั้น สปสช. จะวัดเพียงแต่ความครอบคลุม “จำนวน” ประชาชน ที่ได้รับบริการเท่านั้น ไม่ได้วัดว่าประชาชนที่มีสิทธิใน ระบบ 30 บาทนั้น มีสถานะสุขภาพเป็นอย่างไร ผลการ รักษาดีหรือไม่ และประชาชนหรือบุคลากรผู้ให้บริการ นั้นมีความสุขและความพึงพอใจในระบบ 30 บาท หรือไม่ นั่นคือจะต้องวัดสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

3.1 Population health หมายถึงภาพรวมของสถานะ สุขภาพของประชาชน ซึ่งวัดจากอัตราป่วย อัตราตายที่ลดลง แต่ สำหรับประเทศไทยหลังจากมีระบบ 30 บาท ทั้งอัตราป่วย อัตรา ตาย อัตราการตายกลับเพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยใน ระบบอื่น ๆ ดังกล่าวแล้ว

3.2 Clinical outcome หมายถึงผลของการรักษาทำให้ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นที่น่าสนใจหรือไม่ ซึ่งจะเห็นว่าระบบ 30 บาท ทำให้ประชาชนไม่พอใจผลการรักษามากขึ้น มีการกล่าวหา ฟ้องร้องบุคลากรมากขึ้น นับว่าระบบ 30 บาทก่อความไม่พึงพอใจ ผลการรักษามากขึ้น

3.3 Meeting expectations of public and workforce หมายถึงว่าระบบการบริการสาธารณสุขนั้น ได้ผลตามความคาด หมายหรือตามความคาดหวังของประชาชนผู้รับบริการและบุคลากร ผู้ให้บริการแก่ประชาชนหรือไม่ ซึ่ง สปสช. ไม่เคยรับฟังความเห็น ของบุคลากรเลย และไม่เคยรับฟังว่าประชาชนไม่พอใจ สปสช. ก็ไม่รับผิดชอบ โยนให้เป็นความผิดของโรงพยาบาลและบุคลากร โดยตลอด ไม่หันหน้ามาให้ความร่วมมือกับบุคลากรที่ทำงานให้ บริการประชาชน ทำให้ผลการดูแลรักษาประชาชนมีปัญหา มาก แต่ประชาชนไม่รู้ เพราะความไม่โปร่งใส ไม่ตรงไปตรงมาของ สปสช. ที่เป็นมาตลอดระยะเวลา 10 ปีที่มีระบบ 30 บาท

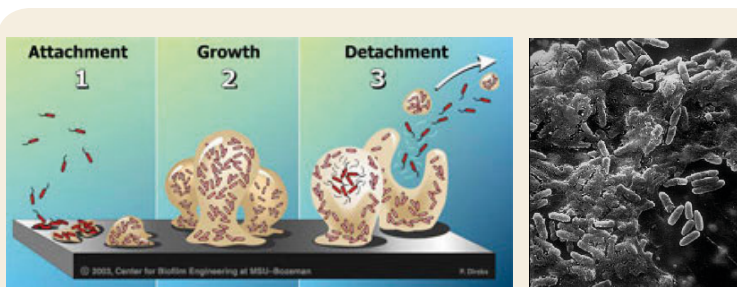
โดยสรุป ระบบ 30 บาทรักษาทุกโรค ก่อให้เกิดมหันตภัย ต่อคุณภาพมาตรฐานการบริการสาธารณสุข ทำให้โรงพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถรักษามาตรฐานในการ ทำงาน ก่อให้เกิดความเสียหายต่อคุณภาพการบริการสาธารณสุข ในทุกมิติ และการขาดคุณภาพในการบริการทำให้เกิดความ เสี่ยงแก่สุขภาพประชาชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.blogger.com/mainblog.php?id=cmu2807&month=03-01-2011&group=7&gbl>
2. <http://thaipublica.org/2012/03/sutham-evaluation10-years-nhs/>

ผิวเคลือบไวรัสป้องกันการติดเชื้อ ของวัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ที่ผลิตขึ้นมาจากวัสดุสังเคราะห์นั้น มักประสบปัญหาของการเกิดไบโอฟิล์ม (biofilm) บนพื้นผิวอุปกรณ์ซึ่งมีสาเหตุจากการเกาะติดของกลุ่มเชื้อแบคทีเรียบนพื้นผิวของวัสดุสังเคราะห์ที่ใช้ผลิตเป็นวัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ดังกล่าวเกิดเป็นโครงสร้างกลุ่มของแบคทีเรียที่อาศัยอยู่รวมกันที่ประกอบด้วยสารต่าง ๆ หลายชนิด ทำหน้าที่เป็นชั้นปกป้องแบคทีเรียที่อาศัยอยู่ภายใน รวมทั้งสร้างสภาวะที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของแบคทีเรียที่อยู่ภายใน ทำให้ยากลำบากที่จะขจัดฟิล์มดังกล่าวออกด้วยวิธีต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทางเคมีหรือทางกายภาพ เนื่องจากความสามารถในการยึดเกาะที่ติ่มมากของเชื้อแบคทีเรียซึ่งสามารถที่จะเจริญเติบโตได้ตลอดเวลาหากได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ซึ่งไบโอฟิล์มนี้สามารถนำไปสู่การเกิดการติดเชื้อประเภทต่าง ๆ ของวัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ในการใช้งานได้ เช่น สายสวน ท่อหายใจ วัสดุฝังใน อุปกรณ์ต่างขยายหลอดเลือด และอุปกรณ์เฝ้าติดตามทางการแพทย์ต่าง ๆ เป็นต้น ถึงแม้ว่าจะมีความพยายามพัฒนาการเคลือบผิววัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ประเภทต่าง ๆ ด้วยยาปฏิชีวนะหรือสารออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียต่าง ๆ หรือการปรับสมบัติพื้นผิวของวัสดุเพื่อป้องกันการเกาะติดของเชื้อแบคทีเรียที่จะสร้างเป็นไบโอฟิล์มขึ้น อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาในการคงฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียด้วยวิธีดังกล่าวจะคงเป็นสิ่งที่ต้องปรับปรุงให้นานมากขึ้น



ภาพแสดงขั้นตอนในการเกิดไบโอฟิล์มจากการสะสมของเชื้อแบคทีเรียบนพื้นผิววัสดุ ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้อประเภทต่าง ๆ ได้⁽¹⁾

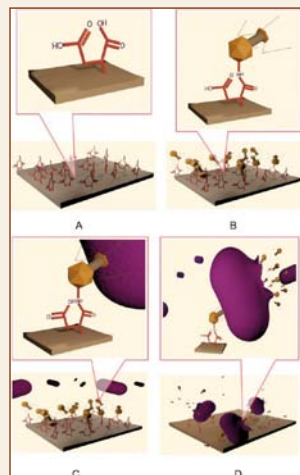
ไวรัสของแบคทีเรีย หรือแบคเทริโอเฟจ (bacteriophage) หรือเฟจ (phage) นั้นเป็นไวรัสที่สามารถใช้แบคทีเรียเป็นโฮสต์ในการเพิ่มจำนวน สามารถพบอยู่มากมายและหลากหลายในธรรมชาติ โดยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในอุตสาหกรรมอาหาร เพื่อทำลายเชื้อแบคทีเรียที่ไม่ต้องการและแบคทีเรียที่ก่อโรคที่อาจปนมาในอาหารและผลิตภัณฑ์ที่ยังไม่สุกโดยไม่มีผลต่อสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ เช่น เชื้อประจำถิ่น เนื่องจากไวรัสดังกล่าวมีความสามารถ

ในการทำลายเชื้อแบคทีเรียได้อย่างจำเพาะ ส่วนทางการแพทย์นั้น ในอดีตได้มีการนำไวรัสของแบคทีเรียมาใช้ในการรักษาโรค แต่ภายหลังเมื่อมีการค้นพบยาปฏิชีวนะที่ฆ่าเชื้อได้กว้างกว่า ทำให้ความสนใจในการใช้ไวรัสของแบคทีเรียลดลง อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันได้มีการพัฒนาการนำไวรัสของแบคทีเรียมานำประยุกต์ใช้ในการเคลือบผิววัสดุสังเคราะห์สำหรับการใช้งานเป็นวัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ด้วยหวังว่าจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดฟิล์มจุลินทรีย์บนพื้นผิวของอุปกรณ์ได้ โดยข้อดีของไวรัสประเภทนี้คือ มีความจำเพาะในการทำลายแบคทีเรียประเภทต่าง ๆ ซึ่งทำให้ไวรัสดังกล่าวจะทำงานต่อเมื่อพบแบคทีเรียจำเพาะบางประเภทที่ตรงต่อการทำงานของประเภทของไวรัสเท่านั้น ทำให้ค่อนข้างปลอดภัยในการใช้งาน ไม่ส่งผลกระทบต่อแบคทีเรียที่เป็น นอกจากนี้ยังมีประเภทของไวรัสมากมายให้เลือกใช้งานและเหมาะต่อการตรึงลงบนพื้นผิวของวัสดุสังเคราะห์ได้ ทีมวิจัยจากประเทศสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาเทคนิคการเคลือบผิวพอลิเอสเตอร์ฟลูออโรเอทิลีนและพอลิเอทิลีนน้ำหนักโมเลกุลสูงยิ่งยวด ด้วยการสร้างพันธะโคเวเลนต์ขึ้นระหว่างไวรัสและพื้นผิวของพลาสติกโดยไม่กระทบต่อสมบัติทางชีวภาพ โดยเริ่มจากการปรับสภาพผิวพลาสติกให้เหมาะสมด้วยการสร้างหมู่กรดที่ว่องไวต่อปฏิกิริยาขึ้นบนพื้นผิวจากปฏิกิริยาพลาสมาด้วยคลื่นไมโครเวฟร่วมกับสารเคมีมาลิก แอนไฮไดรด์ จากนั้นจึงทำการตรึงไวรัสด้วยพันธะโคเวเลนต์ลงบนพื้นผิวที่ปรับสภาพแล้วด้วยปฏิกิริยาแอซิด-เอมีนเพื่อให้เกิดสายเชื่อมต่อนอสมิต ซึ่งจะทำให้ได้พื้นผิวที่เคลือบด้วยไวรัสของแบคทีเรียตามต้องการ เมื่อนำไปใช้งาน หากแบคทีเรียที่มีความจำเพาะต่อไวรัสในผิวเคลือบดังกล่าวพยายามที่จะเข้ามาเกาะติดพื้นผิวของอุปกรณ์การแพทย์และเกิดการสัมผัสกับไวรัส ไวรัสของแบคทีเรียจะทำการฉีดสารพันธุกรรมเข้าสู่ภายในเซลล์แบคทีเรีย แล้วไวรัสดังกล่าวจะมีการเพิ่มจำนวนเกิดขึ้นภายในเซลล์ โดยใช้สารต่าง ๆ จากแบคทีเรียในการสร้างโปรตีนและจีโนม

จากนั้นจะประกอบส่วนต่าง ๆ เข้าเป็นอนุภาคที่สมบูรณ์รุ่นลูก (phage progeny) แล้วทำให้แบคทีเรียแตกออกเพื่อปลดปล่อยอนุภาคดังกล่าวออกมาอีกเพื่อเข้าสู่เซลล์แบคทีเรียต่อไป ซึ่งด้วยกระบวนการเช่นนี้ทำให้เกิดการขยายพันธุ์ การฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้ในวงกว้างต่อเนื่องกันไป หรือเป็นการเพิ่มความเข้มข้นโดยอัตโนมัติ แต่ก็มีข้อด้อยคือ จะต้องควบคุมปริมาณของเชื้อไวรัสและอนุภาคสมบูรณ์รุ่นลูกนั้นให้มีปริมาณที่เหมาะสม ไม่มากเกินไป

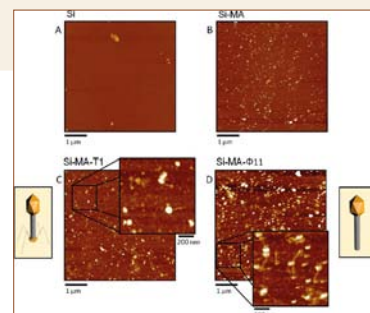
จากการทดสอบการฆ่าเชื้อแบคทีเรียในห้องปฏิบัติการโดยใช้แผ่นพลาสติกที่เคลือบผิวด้วยไวรัสของแบคทีเรียสองประเภทคือ T1 และ $\Phi 11$ ร่วมกับเชื้อแบคทีเรียอีโคไล และสแตปฟีโลคอคคัส ออเรียส จะพบว่าพลาสติกที่เคลือบด้วยไวรัส T1 จะสามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียอีโคไลได้ดี

ในขณะที่พลาสติกที่เคลือบด้วยไวรัส $\Phi 11$ จะฆ่าเชื้อแบคทีเรียสแตปฟีโลคอคคัส ออเรียส ได้ดี ซึ่งแสดงถึงความจำเพาะของไวรัสของแบคทีเรียดังกล่าว เมื่อนำเอาไวรัสทั้งสองชนิดมาเคลือบร่วมกันบนพื้นผิวพลาสติกพบว่าสามารถใช้ฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้ทั้งสองประเภท นอกจากนี้ยังพบว่าประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียดังกล่าวสามารถคงอยู่ได้เป็นเวลานานหลายเดือนตามที่พื้นผิวดังกล่าวอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เปียกหรือมีความชื้นสูง ในอนาคตหากมีการพัฒนาให้สามารถตรึงไวรัสของแบคทีเรียหลายชนิดลงบนพื้นผิววัสดุและอุปกรณ์การแพทย์แล้วก็จะทำให้สามารถครอบคลุมสมบัติในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียต่าง ๆ ในวงกว้างได้ โดยทั้งยังมีระยะเวลาในการคงประสิทธิภาพที่นานอีกด้วย ถือเป็นอีกหนึ่งเทคนิคในการป้องกันการเกิดไบโอฟิล์มบนพื้นผิววัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งจะนำไปสู่ความปลอดภัยในการใช้งานที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต

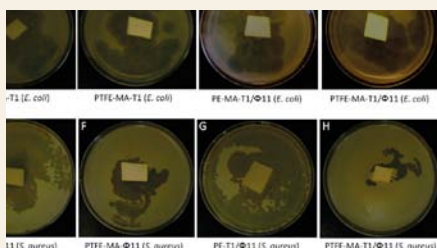


ภาพแสดงกระบวนการเคลือบผิววัสดุด้วยไวรัสและกลไกในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (a) การปรับสภาพผิวเพื่อให้เหมาะกับการเคลือบผิวด้วยไวรัส (b) การเคลือบผิววัสดุด้วยการตรึงไวรัสบนพื้นผิว (c) เมื่อนำไปใช้งานและเชื้อแบคทีเรียเกิดการสัมผัสกับไวรัสบนพื้นผิว ไวรัสจะจับตัวกับพันธกรรมเข้าสู่แบคทีเรีย (d) สารพันธุกรรมจะถูกทำลายและเข้าสู่ในเชื้อแบคทีเรีย จากนั้นไวรัสดังกล่าวจะเจาะทะลุผนังออกสู่ภายนอกซึ่งทำให้เชื้อแบคทีเรียแตกตายและปลดปล่อยไวรัสภายในออกมา^[2]

ภาพถ่ายจากกล้องจุลทรรศน์แรงอะตอมแสดงการตรวจสอบลักษณะพื้นผิวของวัสดุในขั้นตอนต่าง ๆ โดยใช้พื้นผิวของแผ่นเวเฟอร์ซิลิคอนเป็นต้นแบบแทนพลาสติกเนื่องจากมีความเรียบสูง ได้แก่ (a) พื้นผิวเริ่มต้นของแผ่นเวเฟอร์ซิลิคอนที่ใช้เป็นวัสดุฐานรอง (b) พื้นผิวภายหลังการปรับสภาพเพื่อให้เหมาะกับการเคลือบผิวด้วยไวรัส (c) และ (d) พื้นผิวภายหลังการเคลือบผิวด้วยไวรัส T1 และ $\Phi 11$ ^[2]



ภาพแสดงการทดสอบการฆ่าเชื้อแบคทีเรียอีโคไลและสแตปฟีโลคอคคัส ออเรียส ด้วยพลาสติกพอลิเอทิลีนน้ำหนักโมเลกุลสูงที่ยืด และพอลิเตตระฟลูออโรเอทิลีนที่เคลือบผิวด้วยไวรัส T1 และ $\Phi 11$ ทั้งแบบเดี่ยวและแบบผสมกัน^[2]



เอกสารอ้างอิง

1. <http://bacteriology.com/2008/05/26/biofilm/>
2. H. A. Pearson, G. S. Sahukhal, M. O. Elarsi and M. W. Urban (2013), Biomacromolecules, 14, pp. 1257-1261.
3. <http://www.sciencedaily.com/releases/2013/05/130508123024.htm>
4. <http://www.biotechnologyforums.com/thread-2223.html>

EDAN



www.amcmedisure.com

SMART ECG Series Electrocardiograph



SE-1201

Portable 12-channel ECG



บริษัท เอเอ็มซี เมดิคอล ซัพพลาย จำกัด

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

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

สอบถามรายละเอียด : 081-847-1938, 081-737-9298

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

ภาวะเยื่อโพรงมดลูก อยู่ผิดที่ในอุ้งเชิงกราน Endometriosis

วัตถุประสงค์

เมื่อได้ทำการศึกษาด้วยโปรแกรม CAI. แล้วจะมีความสามารถ

1. อธิบายความหมายและคำจำกัดความของภาวะเยื่อโพรงมดลูกอยู่ผิดที่ในอุ้งเชิงกราน

2. จำแนกชนิดได้

3. อธิบายพยาธิกำเนิด และพยาธิวิทยา

4. ทราบวิธีกำหนดระดับความรุนแรงของโรค

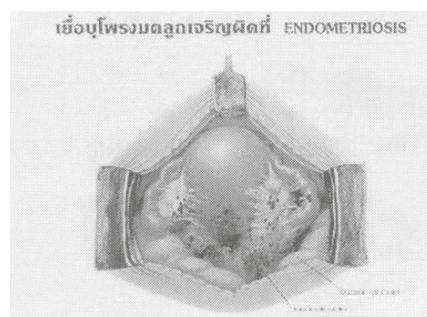
5. ให้การวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค

6. อธิบายข้อบ่งชี้ของการรักษา

7. วางแผนการรักษาและติดตามดูแล

ความหมายและคำจำกัดความ

Endometriosis คือ ภาวะที่เยื่อโพรงมดลูกไปเจริญอยู่ในตำแหน่งอื่นที่



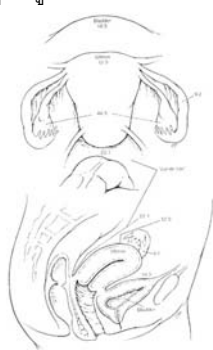
นอกเหนือไปจากภายในโพรงมดลูกปกติ เช่น อยู่บริเวณเยื่อช่องท้องปอด รังไข่ เป็นต้น เยื่อโพรงมดลูกที่อยู่ผิดที่ดังกล่าวอาจเจริญได้เหมือนเยื่อโพรงมดลูกปกติ อาจมีการเจริญลุกลามหรือกระจายไปที่อื่นได้คล้ายคลึงกับเนื้อเยื่อมะเร็ง แต่ endometriosis ไม่ใช่เนื้อร้าย (benign) แม้จะมีรายงานกลายเป็นมะเร็งได้บ้างก็น้อยมาก

ชนิดของ Endometriosis

Endometriosis อาจแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. **Endometriosis interna หรือ adenomyosis** เป็นภาวะที่เยื่อโพรงมดลูกแทรกอยู่ระหว่างกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มดลูกโตคล้ายเนื้องอกมดลูก

2. **Endometriosis externa** พบเยื่อโพรงมดลูกอยู่ในตำแหน่งอื่น ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเชิงกราน ตำแหน่งที่พบได้บ่อยที่สุดของ endometriosis ได้แก่ รังไข่ uterosacral ligament, cul-de-sac, rectovaginal septum และเยื่อช่องท้องในอุ้งเชิงกราน Endometriosis ที่จะกล่าวถึงในที่นี้จะหมายถึง endometriosis externa เป็นหลัก



อุบัติการณ์

ในประชากรทั่วไปในวัยเจริญพันธุ์จะพบร้อยละ 5-10

Endometriosis พบได้ประมาณร้อยละ 30 ของสตรีที่มีบุตรยาก และพบได้ประมาณร้อยละ 5-15 ของการผ่าตัดในช่องท้องของสตรีวัยเจริญพันธุ์

ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมีอายุอยู่ระหว่าง 25-45 ปี พบได้ในวัยหลังหมดระดู ประมาณร้อยละ 5 ของโรคนี้มักจะสัมพันธ์กับการได้รับเอสโตรเจนจากภายนอก

Adenomyosis พบได้ถึงหนึ่งในสามของการตรวจทางพยาธิวิทยาของมดลูกที่ถูกตัดออกมา และบ่อยครั้งไม่มีอาการ

Adenomyosis มักเป็นในรายที่มีบุตรมาหลายคน อายุเกิน 35 ปี

พยาธิกำเนิด

แม้ว่าโรคนี้จะมีผู้รายงานการตรวจพบมาเป็นเวลาเกือบร้อยปีแล้ว แต่ก็ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าทำไมจึงเกิด uterosacral ligaments ขึ้นได้

มีหลายทฤษฎีได้พยายามอธิบาย เช่น

1. ทฤษฎีการฝังตัวของเซลล์เยื่อโพรงมดลูก Direct implantation (Sampson)

เชื่อว่าเป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดเกี่ยวกับการไหลย้อนกลับ (retrograde) ของระดูเข้าไปในช่องท้องและอุ้งเชิงกราน เป็นที่เชื่อถือกันมากที่สุดและหลักฐานสนับสนุนค่อนข้างมากกว่าทฤษฎีอื่น ๆ กล่าวคือ

- ในขณะตรวจสอบในช่องท้องในช่วงมีระดูมักจะพบว่ามเลือดระดูไหลออกจากปลายท่อหน้าไข่
- ภาวะนี้มักพบตามแอ่งรองรับในอุ้งเชิงกราน เช่น ที่รังไข่ ใน cul-de-sac ที่ uterosacral ligaments เป็นต้น
- เนื้อเยื่อที่อยู่ผิดที่โพรงมดลูกสามารถนำมเพาะเลี้ยงในหลอดทดลองได้ และสามารถนำไปปลูกให้เจริญเติบโตในผิวหนังหน้าท้องได้ รวมทั้งสามารถสกัดออกมาจากน้ำในช่องท้องได้ด้วย
- การทดลองผ่าตัดย้ายปากมดลูกของลิงให้เลือดระดูไหลเข้าไปในช่องท้องพบว่า ทำให้เกิดภาวะนี้ได้ อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในสตรีที่มีรอบระดูสั้นและมีช่วงระดูยาวนานกว่าปกติ ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่ามีโอกาสที่เลือดระดูน่าจะไหลกลับเข้าไปในช่องท้องได้นานกว่าปกติ

2. ทฤษฎีการกระจายของเนื้อเยื่อโพรงมดลูกไปตามกระแสเลือดและท่อน้ำเหลือง

- จะใช้อธิบายในกรณีที่เกิดภาวะนี้ในอวัยวะที่ไกลจากมดลูกมาก ๆ เช่น ในปอด ในสมอง เป็นต้น แต่ทฤษฎีนี้ไม่สามารถอธิบายได้ว่าทำไมจึงไม่ค่อยพบที่ต่อมน้ำเหลือง หรือที่ตับ

3. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อช่องท้อง (Coelomic metaplasia) มีหลักฐานสนับสนุน ดังนี้



- ภาวะนี้อาจพบได้ในเด็กหญิงก่อนที่จะเข้าสู่วัยสาวบางราย
- ภาวะนี้อาจพบได้ในสตรีที่ไม่เคยมีระดูเลยก็ได้
- ภาวะนี้สามารถพบในตำแหน่งที่พบไม่บ่อยนัก เช่น ที่นิ้วหัวแม่มือ ต้นขา ซึ่งอาจเกิดจากการที่ mesenchymal limb buds พัฒนามาในตอนที่เป็นตัวอ่อนในตำแหน่งที่ใกล้ชิดกับเยื่อช่องท้อง
- สามารถพบในผู้ชายได้แม้จะน้อยมากก็ตาม

4. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในระบบภูมิคุ้มกันและพันธุกรรม

แม้มีการไหลย้อนกลับของเลือดระดูเข้าไปในช่องท้องในสตรีส่วนใหญ่ แต่ก็มีเพียงน้อยรายเท่านั้นที่เกิดภาวะนี้ น่าเชื่อว่ามีกลไกป้องกันไม่ให้เกิดภาวะนี้ในสตรีส่วนใหญ่ แต่บางรายที่กลไกนี้บกพร่องจึงทำให้เกิดภาวะนี้ขึ้นมา โดยมีหลักฐานพบความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันทั้งแบบเซลล์ (CMI) และแบบน้ำเหลือง (HMI) ต่างก็มีส่วนร่วมในการทำให้เกิดภาวะนี้ร่วมกับทฤษฎีข้างต้น ดังมีหลักฐานสนับสนุนพบว่าในภาวะนี้มีความเกี่ยวข้องกับประวัติภายในครอบครัวด้วย

ปัจจัยสนับสนุนว่าทฤษฎีนี้ น่าจะมีความสำคัญได้แก่

- มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด T และ B cells ทั้งในเลือดและน้ำในช่องท้อง
- พบมีอิมมูโนโกลบูลิน (IgG และ IgA) ต่อเยื่อโพรงมดลูกและฟอสโฟไลปิดในเลือด น้ำในช่องท้อง มูกจากปากมดลูก และสารคัดหลั่งในช่องคลอด
- การตอบสนองต่อแอนติเจนของเยื่อโพรงมดลูกน้อยลง
- เชื่อว่าเอสโตรเจนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการฝังตัวและการคงอยู่ของเยื่อโพรงมดลูกที่ฝังตำแหน่งนั้น เนื่องจากมีหลายหลักฐานสนับสนุน เช่น
- Endometriosis เป็นโรคที่พบในวัยเจริญพันธุ์
- พบได้น้อยในผู้ป่วยที่ขาดระดูเป็นเวลานาน
- บ่อยครั้งที่พบว่าโรคนี้ขึ้นในขณะตั้งครรภ์
- การตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างจะทำให้โรคนี้ดีขึ้น

ปัจจัยเสี่ยง

- ช่วงการทำงานของรังไข่ endometriosis พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในรายที่เริ่มมีระดูครั้งแรกเมื่ออายุน้อย มีช่วงรอบระดูสั้น มีเลือดระดูออกมากและนานวัน
- ปัจจัยทางพันธุกรรม สตรีที่มีมารดาหรือพี่น้องเป็นโรคนี้ พบว่ามีโอกาสเป็น endometriosis สูงขึ้น 3-10 เท่าของคนปกติ เชื่อว่าถ่ายทอดแบบ multifactorial ซึ่งทำให้ CMI บกพร่อง
- พยาธิสภาพที่ขัดขวางการไหลของเลือดระดู เช่น imperforate hymen หรือปากมดลูกตีบ ซึ่งทำให้

เลือดระดูไหลย้อนเข้าไปในช่องท้องมากกว่าปกติ ทำให้การขจัดออกตามกลไกปกติเป็นไปไม่ได้ จึงทำให้เกิด endometriosis ได้ตั้งแต่อายุยังน้อย ร้อยละ 10 ของสตรีวัยรุ่นที่มี endometriosis สัมพันธ์กับการขัดขวางของการไหลออกของเลือดระดู

- การรับประทานยาคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์อาจป้องกันการเกิด endometriosis แต่ก็เป็นที่ยกเถียงกันอยู่
- บางท่านเชื่อว่า endometriosis มักพบได้บ่อยในคนที่อยู่ในกลุ่มชั้นกลางและสูงมากกว่าในกลุ่มชั้นต่ำ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่หนักแน่นยืนยัน

พยาธิวิทยา

ลักษณะที่มองเห็นด้วยตาเปล่า :

Endometriosis มีลักษณะที่มองเห็นด้วยตาเปล่าที่ค่อนข้างจำเพาะคือ จะเห็นจุดสีน้ำตาล ม่วงคล้ำ ที่ผิวของรังไข่ มดลูก ลำไส้ตรง และเยื่อช่องท้อง ขนาดของพยาธิสภาพมีได้ในขนาดต่าง ๆ ตั้งแต่จุดเล็ก ๆ ไปถึงก้อนถุงน้ำเลือดขนาดใหญ่กว่า 10 ซม. ก็ได้ มักพบหลายตำแหน่งพร้อมกัน และ implants อาจอยู่ลึกหรือตื้นก็ได้ในรายที่เป็นถุงน้ำ (endometrioma) ผังของก้อนมักเห็นเป็นสีน้ำตาล ภายในมีของเหลวข้นสีช็อกโกแลต และมักมีเยื่อพังผืดติดกับอวัยวะข้างเคียง แต่อย่างไรก็ตาม endometriosis อาจมีลักษณะอื่นก็ได้ เช่น เป็นฟลิกสีขาว (white plaques) หรือตุ่มน้ำ แว่วว (blister-like) ในทางปฏิบัติแล้ว chocolate cyst มักจะทำให้รีแพทย์นึกถึง endometrioma ไว้ก่อน

ลักษณะทางกล้องจุลทรรศน์ :

เห็นลักษณะของเนื้อเยื่อโพรงมดลูกคือ เห็นต่อมและสโตรมาของเยื่อโพรงมดลูก ร่วมกับการมีเลือดออกในบริเวณรอบโรค พบ hemosiderin-laden macrophages และมักมีเซลล์แสดงการอักเสบและพังผืดอยู่รอบ ๆ ในรายที่เป็นมานาน ๆ หรือ endometrioma อาจไม่พบต่อมเยื่อโพรงมดลูก เนื่องจาก content ภายในก้อนเปื่อยกุดจนฝ่อสลายไป เยื่อโพรงมดลูกที่อยู่ติดที่นี้มักมีการเปลี่ยนแปลงไปตามฮอร์โมนของรอบระดู แต่อาจไม่เด่นชัดเหมือนเยื่อบุปกติ ทั้งนี้เพราะ receptor ของฮอร์โมนมีความแตกต่างออกไป ประมาณร้อยละ 30 ของ endometriosis ไม่มี receptor ทำให้ตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่ดี จากการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่า ประมาณร้อยละ 25 ของ endometriosis มีเนื้อเยื่อโพรงมดลูกที่ยังทำงานอยู่ในระดับต่าง ๆ

อาการ

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยอาจพบได้แตกต่างกันมากคือ นับตั้งแต่ตรวจพบโดยบังเอิญโดยไม่มีอาการเลย ไปจนถึงมีอาการปวดรุนแรง ซึ่งอาการของผู้ป่วยอาจไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของพยาธิสภาพ เช่น ราย endometrioma ขนาดใหญ่ แต่ไม่ปวด หรือมี implants เล็ก ๆ ให้เห็น แต่มีอาการปวดมากก็ได้

อาการหลักและประวัติที่สนับสนุน endometriosis คือ

- มีภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 30)
- ปวดระดูเรื้อรังและเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ (progressive dysmenorrhea)
- เจ็บในช่องคลอดลึก ๆ ขณะมีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia)
- อาการของระบบอวัยวะที่มี endometriosis ไปเกาะ เช่น ลำไส้หรือกระเพาะปัสสาวะ

อาการแสดง

อาการแสดงที่พบได้บ่อยคือ

- โดยทั่วไปมักตรวจภายในพบว่าปกติ โดยเฉพาะในรายที่เป็นระยะแรก ๆ
- ในรายที่เป็นมาก ๆ มักตรวจภายในพบว่ามีก้อนตุ่ม ๆ (nodularity) และเจ็บบริเวณ uterosacral ligaments หรือใน cul-de-sac (พบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย)

- อาจตรวจพบมดลูกคว่ำหลัง และติดแน่นใน cul-de-sac ร่วมกับก้อนรังไข่โต และกดเจ็บร่วมด้วย
- ในบางรายอาจพบ endometriotic spots หรือ nodules ในช่องคลอด โดยเฉพาะตรง posterior fornix ซึ่งเราสามารถทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยภาวะนี้ได้
- ก้อนบริเวณปีกมดลูก ซึ่งก้อน endometrioma ในอุ้งเชิงกรานจะพบในรายที่เป็นมาก โยกละเอียดได้เล็กน้อย และเจ็บ
- เจ็บบริเวณหัวหน่าวในช่วงที่มีระดู ร่วมกับประวัติอาการเจ็บเวลาถ่ายปัสสาวะ และถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด ให้ชวนสงสัยภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ไปที่กระเพาะปัสสาวะ
- ประวัติเจ็บที่ลำไส้ตรง และกลืนอุจจาระไม่ค่อยได้ในช่วงที่มีระดูเป็นรอบ ๆ ไป ร่วมกับบางครั้งถ่ายอุจจาระเป็นเลือดในช่วงที่มีระดู ให้ชวนสงสัย endometriosis ที่ผนังลำไส้ใหญ่ด้วย
- อย่างไรก็ตาม ประมาณกว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ เลย
- รอบประดูผิดปกติ ได้แก่ ระดูออกมากและนาน
- บางรายอาจมาด้วยเรื่องคลำก้อนได้ในท้องโดยไม่มีอาการอะไร ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 10

อาการที่อาจพบได้แต่น้อยคือ การมีเลือดออกทางทวารหนัก หรือปัสสาวะเป็นเลือดในขณะมีระดู เนื่องจากมีรอยโรคที่ rectum และกระเพาะปัสสาวะ ตามลำดับ classic triad ของ endometriosis คือ มีบุตรยาก ปวดท้องน้อยเป็นรอบ ๆ ตามระดู และมีก้อนในอุ้งเชิงกราน ซึ่ง triad นี้พบได้น้อยลงในปัจจุบัน แต่กลุ่มที่มาตรวจด้วยเรื่องมีบุตรยาก โดยที่ไม่มีอาการอะไรเลย หรือมีแค่อาการปวดระดูอย่างเดียวพบได้มากขึ้น ประมาณหนึ่งในสามของ endometriosis ไม่มีอาการ

การกำหนดระดับความรุนแรงของโรคตาม Revised American Society for Reproductive Medicine Classification 1996⁽⁷⁾

ตัวอย่างวิธีคิดระดับความรุนแรงของโรค โดยให้เป็นคะแนนตาม ASRM 1996

การกำหนดระดับความรุนแรงของโรค

American Society of Reproductive Medicine (ASRM) หรือ American Fertility Society (AFS) ได้เสนอแนวทางในการจำแนกผู้ป่วยที่มี pelvic endometriosis ออกเป็น 4 ระยะ โดยให้คะแนนตามขนาดและตำแหน่งของพยาธิสภาพ และตามความมากน้อยของพังผืด การทำเช่นนี้มีข้อดีคือ ทำให้แพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยสามารถสื่อความหมายกันได้ดีขึ้นถึงความรุนแรงของโรค และสามารถเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ และสามารถบอกการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วย ตลอดจนช่วยในการเลือกการรักษาที่เหมาะสม แต่มีข้อบกพร่องอยู่บางประการคือ คะแนนที่ให้นับทั้งพยาธิสภาพที่ active และ inactive รวมทั้งให้คะแนนกับพังผืดด้วย โดยไม่ได้คำนึงถึงว่าแต่ละปัจจัยเหล่านี้มีผลมากน้อยแตกต่างกันอย่างไรในการทำให้เกิดภาวะมีบุตรยาก และไม่ได้จำแนกระหว่าง primary และ recurrent disease ในปัจจุบันใช้การกำหนดระดับความรุนแรงตาม ASRM 1996 นอกจากระบบของ ASRM แล้ว ก็ยังมี classification แบบอื่น เช่น ของ Kistner และของ Acosta-Sisson แต่ไม่ได้รับความนิยมมากนัก

การกำหนดระยะความรุนแรงของ endometriosis อาศัยการตรวจโดย laparoscope เป็นหลัก การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงหรือ MRI ในการกำหนดระยะความรุนแรงดูจะไม่ค่อยมีประโยชน์นัก

การวินิจฉัย

- อาการและอาการแสดงจากประวัติและการตรวจร่างกาย อย่างไรก็ตาม ลักษณะทางคลินิกอาจทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดได้บ่อย จึงมักจำเป็นต้องมีการตรวจค้นเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

- ส่องแลพพาโรสโคปี (laparoscopy) ตรวจอุ้งเชิงกรานโดยตรง เป็นการตรวจที่มักถือว่าให้ผลวินิจฉัย endometriosis ที่แน่นอน
- ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง มีประโยชน์ในรายที่เป็น endometrioma โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจด้วยคลื่นเสียงทางช่องคลอด ซึ่ง endometrioma จะมีลักษณะเป็นถุงน้ำที่มี echogenic fluid อยู่ภายใน คลื่นเสียงความถี่สูงถือว่ามีความไวสูงมากในการช่วยแยกพยาธิสภาพอื่นในอุ้งเชิงกรานด้วย
- MRI มีความไวและความจำเพาะในการตรวจวินิจฉัย endometriosis สูงพอสมควร แต่ราคาแพง และไม่สะดวกในเชิงปฏิบัติ จึงไม่เป็นที่นิยมกัน
- การตรวจทางพยาธิวิทยาให้การวินิจฉัยที่แน่นอนที่สุด แต่มีได้กระทำกันทุกราย
- การตรวจวัดระดับของ CA-125 ในเลือด บางท่านเลือกใช้เพื่อประกอบการวินิจฉัยภาวะนี้เพื่อหวังว่าลดความจำเป็นในการที่ต้องเจาะส่องแลพพาโรสโคปี อย่างไรก็ตาม พบว่าความจำเพาะเจาะจงและความไวของวิธีการนี้ค่อนข้างต่ำ เพราะอาจเพิ่มขึ้นได้ในภาวะอื่น ๆ ด้วย (เช่น ภาวะตั้งครรภ์ อุ้งเชิงกรานอักเสบ ก้อนเนื้องอกกล้ามเนื้อ) ถือว่ามีข้อจำกัดการนำเอาวิธีการนี้ไปใช้ในการวินิจฉัย endometriosis แต่ก็อาจมีประโยชน์บ้างในการใช้ติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยบางราย การส่องแลพพาโรสโคปีถือเป็นการตรวจค้นที่สำคัญที่สุดของการวินิจฉัย endometriosis แต่การตรวจทุกรายที่สงสัยอาจเป็นการสิ้นเปลืองมากเกินไป จึงแนะนำแนวทางในการเลือกทำในรายต่อไปนี้

1. มีอาการปวดระดูที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ (progressive dysmenorrhea) ไม่ตอบสนองต่อยาแก้ปวดธรรมดาหรือสารต้านพรอสตาแกลนดิน
2. ปวดท้องน้อยเรื้อรัง (นานกว่า 6 เดือน)
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะมีบุตรยาก

การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัย endometriosis บางครั้งอาจแยกยากจากภาวะต่อไปนี้ คือ

1. Primary dysmenorrhea
2. การอักเสบในอุ้งเชิงกราน
3. การตั้งครรภ์นอกมดลูก
4. เนื้องอกของรังไข่แยกจากจาก endometrioma
5. มะเร็งของเยื่อโพรงมดลูก (ในรายที่มีเลือดออกผิดปกติ)

อ่านต่อฉบับหน้า



การสูดไอน้ำช่วยรักษาไข้หวัด

ในช่วงที่สภาวะอากาศเปลี่ยนแปลง โรคที่พบบ่อยมักเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ ไข้หวัด ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส ไข้หวัดส่วนใหญ่จะมีอาการที่จมูก เยื่อจมูกอักเสบ และคอ ถ้ามีอาการรุนแรงเกิดขึ้นอาจมีเชื้อแบคทีเรียเข้าร่วม อาการของไข้หวัดมีอาการต่างกันไป บางครั้งมีอาการเล็กน้อยจนถึงรุนแรง อาการที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บคอ กระจายน้ำ น้ำมูกไหล คัดจมูก วิงเวียน ปวดศีรษะ

การสูดไอน้ำร้อนเป็นการรักษาในการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก ผู้ป่วยสามารถทำได้เป็นประจำ เพื่อให้จมูกโล่ง หายใจได้สะดวกขึ้น ไอน้ำทำให้อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล อาการปวดตื้อ ๆ ที่ศีรษะทุเลาได้

เนื่องจากไข้หวัดส่งผลให้การไหลเวียนของอากาศในโพรงจมูกและไซนัสไม่ดี เกิดเยื่อบุจมูกบวมจนไปอุดกั้นรูเปิดของไซนัสภายในจมูกได้ การใช้ไอน้ำช่วยให้จมูกยุบบวมลง และทำให้น้ำมูกไม่เหนียวข้นจนเกิดปัญหาดังกล่าว

การรักษาไข้หวัดด้วยการสูดดมไอน้ำเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยพบหลักฐานทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับเชื้อไวรัสฮันเป็นสาเหตุของไข้หวัดซึ่งจะอ่อนกำลังและตายได้เมื่อโดนความร้อนจากไอน้ำ แต่ยังไม่พบรายงานวิจัยขนาดใหญ่ในทางคลินิกยืนยันประสิทธิผลของการใช้ไอน้ำเพื่อลดเชื้อโรค อันเป็นสาเหตุของไข้หวัด อย่างไรก็ตาม การสูดดมไอน้ำยังคงใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและทำกันมาแต่โบราณ

การรวบรวมหลักฐานข้อมูลเชิง

ประจักษ์ได้รวบรวมผู้ป่วยที่มีอาการไข้หวัดจำนวน 387 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกมีผู้ป่วยไข้หวัดจำนวน 215 คน เป็นหวัดที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ กลุ่มที่สองมีผู้ป่วยไข้หวัดจำนวน 172 คน ได้รับเชื้อไวรัสก่อโรคหวัดที่เพาะเลี้ยงไว้จนมีอาการหวัด ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้ แต่เมื่อแยกข้อมูลการศึกษาในทวีปยุโรปและทวีปอเมริกาเหนือพบว่า ข้อมูลที่ได้จากทวีปยุโรปแสดงผลดีของการใช้ไอน้ำเพื่อรักษาอาการหวัด ส่วนข้อมูลจากทวีปอเมริกาเหนือไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในขณะที่ใช้ไอน้ำเพื่อรักษาอาการหวัด

กล่าวโดยสรุป ไอน้ำช่วยให้อาการหวัดดีขึ้น แต่ยังขาดข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจน และยังขาดหลักฐานข้อมูลในเด็ก

โรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Peripheral Artery Disease)

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 24 ปี ภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพฯ มาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการปลายเท้าซ้ายเย็นมา 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยรู้สึกเท้าซ้ายชาไม่มีความรู้สึก ต่อมาจับเท้ารู้สึกว่าย่นกว่าอีกข้าง เวลาเดินจะเจ็บมากขึ้นกว่าตอนนั่งอยู่เฉย ๆ นั่งพักแล้วจะดีขึ้น เป็นอยู่ตลอดเวลา ไม่เคยมีอาการแบบนี้มาก่อน ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุ สูบบุหรี่วันละ 10 มวน ปฏิเสธดื่มสุรา ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ ปฏิเสธประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติดอื่น ๆ และปฏิเสธโรคหลอดเลือดในครอบครัว

ตรวจร่างกายแรกพบพบว่า ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตเท่ากันทั้งในพาด้านและพาด้าน ลักษณะทั่วไปตื่นตัวให้ความร่วมมือดี ตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือดปกติ ชีพจรสม่ำเสมอ พบมีปลายเท้าข้างซ้ายดูซีดและเย็นกว่าข้างขวา คลำชีพจร dorsalis pedis ได้ที่เท้าทั้งสองข้างเท่ากัน ตรวจร่างกายระบบประสาทพบว่า ม่านตาหดตัวตอบสนองต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง แขนขาออกแรงได้ปกติ reflex 2+ ทั้งสองข้าง และตรวจร่างกายทั่วไปในระบบอื่น ๆ ก็อยู่ในเกณฑ์ปกติ

แพทย์ได้ส่งเลือดตรวจ Electrolyte, CBC, Coagulogram, Fibrinogen level, Lupus anticoagulant, Homocysteine พบว่ามีค่า Homocysteine ในเลือดอยู่ในเกณฑ์สูง 29.6 (ค่าปกติ 5-15) ส่วนค่าอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์จึงได้ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของหลอดเลือด (CT angiography) พบว่าขาซ้ายมี complete occlusion of left distal SFA, left popliteal artery bifurcation and left distal ATA with partial reconstitution, no collateral vessels is not formed (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 CT angiography พบว่าขาซ้ายมี complete occlusion of left distal SFA, left popliteal artery bifurcation and left distal ATA with partial reconstitution, no collateral vessels is not formed

อภิปราย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 24 ปี มาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการปลายเท้าซ้ายเย็นมา 2 ชั่วโมง ขณะนั่งอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยรู้สึกเท้าซ้ายชาไม่มีความรู้สึก ต่อมาจับเท้ารู้สึกว่าย่นกว่าอีกข้าง เวลาเดินจะเจ็บมากขึ้นกว่าตอนนั่งอยู่เฉย ๆ นั่งพักแล้วจะดีขึ้น เป็นอยู่ตลอดเวลา ไม่เคยมีอาการแบบนี้มาก่อน มีประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวน และปฏิเสธประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ

จากการตรวจร่างกายพบมีเท้าข้างซ้ายดูซีดและเย็นกว่าข้างขวา คลำชีพจร dorsalis pedis ได้ที่เท้าทั้งสองข้างเท่ากัน ตรวจร่างกายอื่น ๆ ปกติ ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการพบมีระดับ Homocysteine ในเลือดสูง แพทย์จึงส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของหลอดเลือด (CT angiography) เพิ่มเติม พบว่าขาซ้ายมี complete occlusion of left distal SFA, left popliteal artery bifurcation and left distal ATA with partial reconstitution จึงวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Peripheral artery occlusion disease) หรือ Acute limb ischemia โดยสาเหตุในผู้ป่วยรายนี้นี้เกิดจาก Thromboembolism มากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับ Homocysteine ในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดหลอดเลือดตีบ (Thrombosis) ได้ง่ายมากขึ้น แพทย์จึงได้ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือดเพื่อทำการผ่าตัดเส้นเลือด (revascularization) ต่อไป

โรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Peripheral Artery Occlusion Disease)

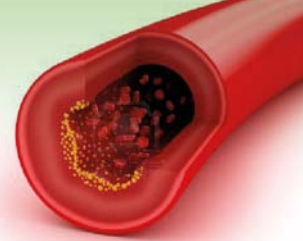
โรคทั้งหมดที่เกิดมีการอุดตันของหลอดเลือดส่วนปลายอาจเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดจนทำให้เกิดการตีบตัน หรือเกิดจากมีสิ่งแปลกปลอม เช่น ลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือดก็ได้ โรคนี้อาจทำให้เกิดการขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โดยส่วนมากมักเป็นที่ขา

ระบาดวิทยา

โรคหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) เป็นสาเหตุหลักในการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณแขนขาในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปี พบประมาณ 12% ของประชากรที่เป็นผู้ใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือประมาณ 10-12 ล้านคนจากจำนวนประชากรทั้งหมด โดยความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-70 ปี

ปัจจัยเสี่ยง

- อายุ ชาย > 45 ปี, หญิง > 55 ปี
- โรคเบาหวาน
- โรคไขมันในเลือดสูง
- ความอ้วน (BMI > 30 kg/m²)
- Lipoprotein สูง
- Homocysteine สูง
- มี proinflammatory factor
- สูบบุหรี่
- โรคความดันโลหิตสูง
- ประวัติคนในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดแดงแข็งก่อนวัย เพศชาย < 55 ปี, เพศหญิง < 65 ปี



พยาธิสรีรวิทยา

โรคหลอดเลือดแข็งเป็นโรคเรื้อรังที่รู้จักกันทั่วไปว่าเกิดจากผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นจากไขมัน LDL สะสมที่ผนังหลอดเลือด เรียกว่า Atherosclerotic plaque ในช่วงแรกที่ร่างกายยังปรับตัวได้ plaque ที่ใหญ่ขึ้นนั้นยังไม่ทำให้เกิดอาการ เพราะหลอดเลือดจะยังขยายออกด้านนอกได้ ต่อเมื่อ plaque ใหญ่ขึ้นก็จะขยายเข้าไปในท่อของหลอดเลือดจนทำให้ท่อหลอดเลือดตีบลง ทำให้เลือดไหลเวียนได้ไม่ดี (poor perfusion) และความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดเสียไป (vascular function impair)

เมื่อเลือดไหลเวียนรวดเร็วไปกระทบผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดและ plaque แตกออก เกิดเลือดออกใน plaque และมีก้อนเลือดขึ้น ซึ่งก้อนเลือดอาจไหลไปอุดตันตามอวัยวะต่าง ๆ ได้

เนื่องจาก vascular cells กำเนิดมาจากเซลล์ต้นกำเนิดที่แตกต่างกันในแต่ละตำแหน่ง เช่น Upper body blood vessels จะเจริญมาจาก Neuroectoderm ส่วน Lower body blood vessels จะเจริญมาจาก Mesenchymal cell ทำให้การเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมไม่เหมือนกัน ทั้งนี้อาจส่งผลให้โอกาสเกิด Peripheral artery occlusion disease ที่บริเวณขาพบได้บ่อยมากกว่าแขน

ลักษณะทางคลินิก

อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยที่มาด้วยเรื่องของขาขาดเลือดเฉียบพลัน (acute limb ischemia) จะมีอาการดังต่อไปนี้ (5P)

- Pain ปวด
- Pallor ชีด
- Pulselessness คลำชีพจรไม่ได้
- Paralysis อ่อนแรง
- Paresthesia ชาและรู้สึกเจ็บน้อยลง

อาการของผู้ป่วยที่มีการขาดเลือดเรื้อรัง (chronic limb ischemia) สามารถพบได้ดังนี้

- Intermittent claudication คือมีอาการเมื่อยออกแรงและจะดีขึ้นเมื่อได้พัก
- Rest pain มีอาการปวดในขณะพัก ซึ่งบ่งบอกว่าอาการเป็นรุนแรง
- Ulceration/gangrene เกิดแผลหรือเนื้องาย

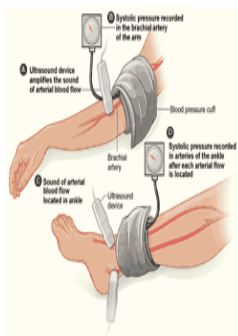
ตรวจร่างกาย

- คลำชีพจรส่วนปลายได้แรงไม่เท่ากันทั้ง 2 ข้างของร่างกาย (decreasing volume, asymmetrical)
- แขนขาข้างนั้นไม่มีขน (Loss of hair) หรือเล็บผิดปกติ (dystrophic nail)
- มือเท้าข้างที่ผิดปกติจะเย็น
- ยิ่งยกแขนขาข้างที่ผิดปกติก็จะยิ่งซีดมากขึ้น แต่ถ้าพักแล้วจะเริ่มแดงขึ้น (Raising pale, resting rubor)

การตรวจวินิจฉัย

1. Fixed wave Doppler examination

เป็นการตรวจโดยใช้ probe ส่งคลื่นไปสะท้อนกับเม็ดเลือดแดง ทำให้ทราบถึงการไหลเวียนของเลือดได้ โดยจะทำการวัดออกมาเป็นค่า ABI (Ankle-brachial index) โดยค่าของคนปกติคือ มากกว่า 1 ถ้าน้อยกว่า 0.9 ถือว่ามี การอุดตันของหลอดเลือด (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 การวัด Ankle-brachial index

2. Treadmill testing

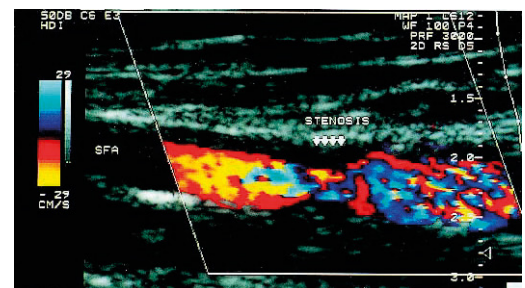
การตรวจนี้เป็น การประเมินระยะทางที่ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดเรื้อรัง (Chronic limb ischemia) ว่าสามารถเดินได้ไกลแค่ไหนและสามารถช่วยในการวินิจฉัยหลอดเลือดอุดตันได้ (arterial occlusion) ในขณะที่มีความดันโลหิตปกติ การตรวจทำให้ผู้ป่วยเดินในสถานที่ชันเล็กน้อยประมาณ 10 องศา และความเร็วของการเดินประมาณ 3 กม./ชั่วโมง การตรวจนี้เป็นวิธีที่ดี แต่มีข้อจำกัดหากผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วมด้วยที่ทำให้ไม่สามารถเดินได้เต็มที่ เช่น โรคปอดเรื้อรัง (Chronic lung disease), Angina pectoris หรือปัญหาโรคข้อ เป็นต้น การตรวจยังใช้ในการติดตามผลการรักษา ได้แก่ percutaneous angioplasty หรือ bypass surgery ซึ่ง Treadmill testing เป็นตัวบ่งว่าการรักษาได้ผลดีถ้าเดินได้มากขึ้น



ภาพที่ 3 Treadmill testing

3. Duplex scan (ดังภาพที่ 4)

การตรวจนี้ควรถูกใช้ตรวจเป็นอย่างแรกในการตรวจผู้ป่วยโรคหลอดเลือด เพราะเป็น non-invasive test เครื่องมือนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนประกอบ ได้แก่ ultrasound (B-mode) ใช้เพื่อดูว่ามีหรือไม่มีหลอดเลือดโป่งพอง (aneurysm) เช่น femoral aneurysm ส่วนที่สองคือ Doppler scan ซึ่งใช้ในการตรวจว่าหลอดเลือดมีหลอดเลือดตันหรือไม่ (occlusive disease) โดยการดูลักษณะของ wave และความเร็วของ flow ที่ตำแหน่งต่าง ๆ ซึ่งช่วยบอกความรุนแรงของการตีบตัน (degree of stenosis)

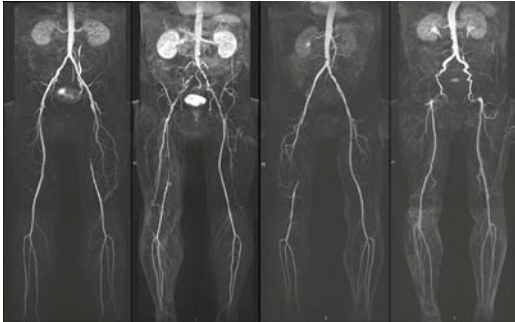


ภาพที่ 4 การทำ Duplex scan

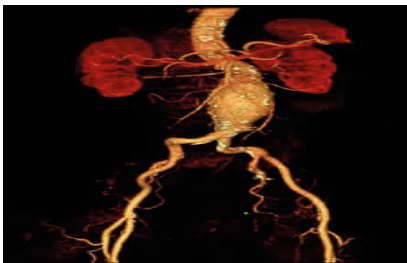
4. Computerised Tomographic Angiography (CTA)

เทคนิคดังกล่าวเป็นการใช้ Helical Computerised Tomography (CT) ร่วมกับฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในหลอดเลือด

แดง จะทำเมื่อต้องการใช้ CT scan ร่วมกับการต้องการดูว่าก้อนหรืออวัยวะต่าง ๆ เหล่านั้นมีความสัมพันธ์กับหลอดเลือดเช่นใด การศึกษาเช่นนี้เมื่อทำการ CT scan และฉีดสารทึบรังสีแล้ว Computer จะทำการสร้างภาพ 3 มิติขึ้นมา ดังนั้น เราจึงจะเห็นก้อนหรืออวัยวะที่ต้องการศึกษาร่วมกับหลอดเลือด เช่น การศึกษาในผู้ป่วยที่มี Carotid Body Tumor ภาพก็จะแสดงว่าก้อนเนื้ออกมีความใกล้ชิดหรือว่ามีความสัมพันธ์กับหลอดเลือด Carotid Artery มากน้อยเท่าใด



ภาพที่ 5 Computerised Tomographic Angiography (CTA)



ภาพที่ 6 ภาพจำลอง 3 มิติ จากการทำ CTA

5. Magnetic Resonance Angiography (MRA)

วิธีนี้เป็นการศึกษาโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าในการดูลักษณะของเส้นเลือด มีข้อดีคือ เทคนิคนี้สามารถเห็นหลอดเลือดโดยไม่จำเป็นต้องใช้การฉีดสารทึบรังสี ดังนั้น ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถได้รับการฉีดสีหรือสีอาจจะทำให้เกิดอันตราย เช่น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพราะเหตุที่สีที่ใช้ในการฉีด Angiogram สามารถทำลายเนื้อเยื่อของไตได้ และนอกจากนั้นสีที่ใช้ในการฉีด Angiogram ประกอบไปด้วย Iodine ดังนั้น มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งแพ้ Iodine จึงไม่สามารถทำการฉีดสีเพื่อตรวจหลอดเลือดแบบวิธีนี้ได้ นอกจากนี้วิธีการศึกษา MRA ยังไม่ใช้รังสี X-ray ในการศึกษา แต่ใช้คลื่นแม่เหล็กในการศึกษา ดังนั้น จึงเหมาะสมในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยซึ่งกำลังตั้งครรภ์ แต่เทคนิคดังกล่าวก็ยังมีข้อจำกัดอยู่ที่ความชัดเจน ซึ่งมีไม่เท่ากับใน CTA



ภาพที่ 7 Magnetic Resonance Angiography (MRA)

6. การตรวจอื่น ๆ

- BUN, Creatinine และ Electrolyte การตรวจในกลุ่มนี้จะทำให้ทราบผู้ป่วยมีโรคไตหรือไม่ ซึ่งภาวะดังกล่าวมีผลโดยตรงกับผลลัพธ์ของการผ่าตัด aorta ดังนั้น ควรประเมินในผู้ป่วยที่ต้องการผ่าตัดใหญ่ (major operation) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการการรักษา renal artery disease
- Complete blood count เพื่อตรวจหา polycythemia, thrombocytosis, hyperviscosity syndrome
- Coagulation study ในผู้ป่วยที่ได้รับยา anticoagulant หรือโรคอื่น ๆ ที่ทำให้มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น โรคตับ
- EKG และ chest X-ray ก็บ่งบอกถึงสภาพของหัวใจและปอดเพื่อเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

การรักษาโรคหลอดเลือดอุดตันเฉียบพลัน

1. การให้ยา Heparin

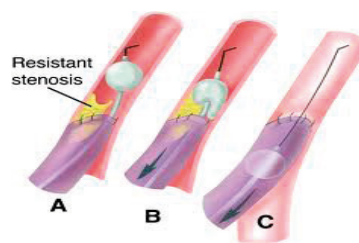
การให้ heparin มีความสำคัญมากในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของหลอดเลือดอย่างเฉียบพลัน เพราะ heparin จะป้องกันการขยายตัวของก้อนเลือดที่จะเกิดขึ้น ทำให้ไม่เกิดการอุดตันของ collateral vessel จากการคั่งของเลือด (stasis) จึงสามารถรักษา collateral vessel ไว้ได้ อาการของผู้ป่วยจึงไม่แย่งและรอเวลาจนสามารถนำผู้ป่วยไปผ่าตัดได้ การให้ heparin ในผู้ป่วยดังกล่าวก็จะให้ตั้งแต่เริ่มแรกด้วยขนาดที่ค่อนข้างจะมากประมาณ 5,000 หน่วย (IU) ทางหลอดเลือดดำ แล้วตามด้วยการให้ทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องประมาณ 500-1,000 หน่วย/ชั่วโมง หลังจากนั้นเราจะตรวจ Activated Partial Thromboplastin Time (APTT) ภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังจากนั้น เพื่อปรับขนาดการให้ heparin ให้มีค่าของ Activated Partial Thromboplastin Time ประมาณ 2-3 เท่าจาก control (ประมาณ 40-60 วินาที)

2. Thrombolysis

วิธีการละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) สามารถทำได้โดยรังสีแพทย์หลังจากที่ทำ Angiogram แล้วก็จะใส่สายไปอยู่บริเวณหลอดเลือดที่มีก้อนเลือดอยู่ หรืออาจจะใส่ไปฝังในบริเวณที่มีก้อนเลือด หลังจากนั้นจะฉีดยาละลายลิ่มเลือดเข้าไปในบริเวณนั้น สำหรับก้อนเลือดซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาไม่นานเพียง 1-2 สัปดาห์ก่อนหน้านี้ก็มักจะละลายไปได้ง่าย ตัวอย่างของยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ streptokinase, urokinase, tissue thromboplastin เป็นต้น ข้อห้ามในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ ผู้ป่วยซึ่งมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกอย่างผิดปกติหรือมีอัมพาต หลังจากที่จะละลายลิ่มเลือดแล้วก็อาจเห็นการตีบตันของหลอดเลือดขึ้นได้ ซึ่งก็อาจให้การรักษาเพิ่มเติมด้วยการผ่าตัดขยายหลอดเลือด (Angioplasty) หรือการทำ bypass operation ก็ได้

3. Embolectomy (ดังภาพที่ 8)

วิธีการนี้ก็คือ การกำจัดลิ่มเลือด (Emboli) ที่อยู่ในหลอดเลือด วิธีการดังกล่าวสามารถดำเนินการโดยการใส่สายที่ชื่อว่า Fogarty balloon catheter โดย catheter จะมีลูกโป่งที่หุบอยู่ที่ปลาย การกำจัดก้อนเลือดหรือ emboli ทำได้โดยเปิดหลอดเลือด (arteriotomy)



ภาพที่ 8 การทำ Embolectomy ด้วย Fogarty balloon

หลังจากนั้นใส่สายเหล่านี้เข้าไปจนสุดเกินบริเวณก่อนเลือด หลังจากนั้นก็ใส่ลมเพื่อให้ balloon ที่ปลายของสายนั้นให้โป่งออกมา หลังจากนั้นก็ดึงสายออกมาอย่างระมัดระวังก็จะทำให้ emboli หลุดออกมาทางแผลผ่าเปิดเส้นเลือดแดง (arteriotomy) วิธีการดังกล่าวคล้ายแพทย์ต้องระวังไม่ขยายลูกโป่งให้เกินขนาด มิฉะนั้นก็สามารถทำให้หลอดเลือดแตกได้

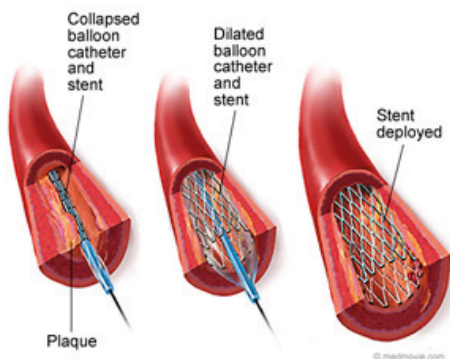
การรักษาโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง

1. การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle alteration)

ในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดอุดตัน การหยุดสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่สำคัญ รวมถึงการพยายามหลีกเลี่ยงในสภาวะแวดล้อมที่มีควันหรือไอ (Secondary Smoking) และการพยายามแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยการเดินมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีอาการเจ็บก็ให้เดินต่อไป พบว่าการออกกำลังกายช่วยเพิ่ม collateral vessel ซึ่งจะทำให้อาการขาดเลือดที่ขาดีขึ้น นอกจากนี้การพยายามลดน้ำหนักของคนที่พบว่ามีส่วนช่วยเพิ่มระยะการเดินของผู้ป่วยได้มากขึ้น การรักษาโดยการเปลี่ยนวิถีชีวิตดังกล่าวข้างต้น กล่าวคือ การหยุดสูบบุหรี่ การพยายามออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก ก็สามารถที่จะรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ให้หายจากอาการดังกล่าวได้ถึง 60%

2. Angioplasty (ดังภาพที่ 9)

Angioplasty คือเป็นการรักษาการตีบของหลอดเลือดโดยใช้ balloon ไปถ่างขยายหลอดเลือด เช่น ถ้ามีการอุดตันที่ superficial femoral artery รังสีแพทย์ก็จะใส่สายเข้าไปในหลอดเลือดนี้ โดยเอาส่วนที่มีลูกโป่งไปอยู่ระหว่างบริเวณหลอดเลือดที่มีการตีบตัน ภายใต้การเห็นด้วยเครื่อง fluoroscopy หลังจากรังสีแพทย์ใส่สายเข้าไปใน balloon แล้ว balloon ก็จะทำหน้าที่ถ่างขยายหลอดเลือดที่อุดตันให้เปิด จากนั้นจึงใช้วาง stent คาไว้เพื่อขยายเส้นเลือดที่ตีบ ข้อจำกัดของ Angioplasty คือมักจะได้ผลในหลอดเลือดใหญ่ เช่น aorta หรือ iliac artery แต่ก็ไม่จะได้ผลในกรณีเส้นเลือดขนาดเล็ก เช่น anterior tibial artery หรือ posterior tibial artery และยังทำได้เฉพาะในกรณีของหลอดเลือดตีบแต่ไม่ตัน ซึ่งสามารถสังเกตเห็นว่าเทคนิคดังกล่าวจะต้องสอดสายลูกโป่งเข้าไปครอบคลุมจุดที่ตีบ ดังนั้น ถ้าหลอดเลือดตัน สายเหล่านี้ก็ไม่สามารถผ่านไปครอบคลุมจุดตีบได้



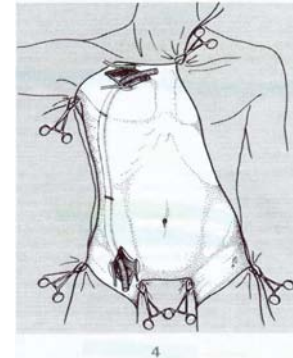
ภาพที่ 9 การทำ Angioplasty โดยใช้ balloon ขยายหลอดเลือด

3. การทำผ่าตัด Bypass Surgery

คือเทคนิคทางการผ่าตัดที่แก้ปัญหาการอุดตันของหลอดเลือดโดยการหาทางนำเลือดลัดจากบริเวณเหนือจุดอุดตันไปตามท่อ (conduit) ไปสู่บริเวณใต้จุดอุดตัน ข้อบ่งชี้ในการทำ Bypass surgery คือ

1. ผู้ป่วยที่มีการขาดเลือดแบบ intermittent claudication ที่รุนแรงซึ่งรบกวนการดำรงชีวิตประจำวัน
2. ผู้ป่วยที่มี critical limb ischemia คือผู้ป่วยที่มีอาการปวดขาขณะพัก (rest pain) เนื้อตาย หรือแผลเรื้อรัง

ท่อ (conduit) ที่ดีที่สุดที่ใช้ใน Bypass surgery ของหลอดเลือดเล็กหรือขนาดกลาง โดยทั่วไปจะใช้เป็นหลอดเลือด long saphenous vein เป็นตัวเลือกแรกในการทำ Bypass แต่ในหลาย ๆ กรณีเส้นเลือด long saphenous vein อาจจะถูกใช้มาก่อน เช่น การทำ Bypass ที่หัวใจ หรือหลอดเลือดที่มีปัญหา เช่น phlebitis หรือ varicose vein เราก็สามารถนำหลอดเลือดดำจากแขนมาใช้ได้



ภาพที่ 10 การทำ Axillofemoral bypass

4. การตัด (Amputation)

การทำ Amputation สามารถเป็นวิธีที่เร็วที่สุดที่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ปราศจากการเจ็บปวดในระยะเวลานานขึ้นได้ จะใช้ในกรณีที่เนื้อเยื่อที่อยู่ใต้จุดอุดตันอย่างรุนแรงมีการเน่าหรือการผ่าตัดหลอดเลือดไม่สามารถทำได้ โดยการผ่าตัดนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิดหลัก ได้แก่ Above knee amputation และ Below knee amputation โดยสิ่งที่ต่างกันคือ พยากรณ์ในการใช้ขาเทียม below knee จะดีกว่า เนื่องจากผู้ป่วยสามารถงอเข้าได้

อาการแทรกซ้อน

- Ischemic ulcer
- Cardiovascular events : Myocardial Infarction, Stroke

เอกสารอ้างอิง

1. Lamont PM, Shearman CP, Scott DJA. Lower limb arterial disease. In: Lamont PM, Shearman CP, Scott DJA, editors. Vascular Surgery. Oxford: Oxford University Press; 1998: 75-87.
2. Tennant WG. Limb ischaemia. In: Macintyre IM, Smith RC, editors. The RCSE SELECT Program. Dundee: Dundee University Press; 2000: 1-25.
3. Walker AJ. Vascular Trauma. In: Davies AH, Beard JD, Wyatt MG, editors. Essential Vascular Surgery. London: W.B.Saunders; 1999: 304-15.

ผู้ป่วยมีโรคที่รักษาไม่หายอยู่ก็ไม่จำเป็นต้องตาย ด้วยโรคนั้น (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

Patient Who Has Suffered From Untreatable Disease Could Be Dead By Another Cause

เมื่อแพทย์เข้าร่วมการชันสูตรพลิกศพกับพนักงานสอบสวนตามหน้าที่ (มาตรา 150 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา)¹ แล้วพบว่าผู้ตายมีโรคร้ายแรงบางประเภทที่รักษาไม่ได้ อยู่ เช่น 1) โรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ซึ่งอาจอยู่ในระยะแรกไปจนถึงระยะท้ายของโรค 2) โรคติดเชื้อที่รักษาไม่ได้ เช่น การติดเชื้อ HIV ไปจนถึงการเป็นโรคเอดส์เต็มขั้น เป็นต้น อีกทั้งยังเป็นการตายที่บ้าน และประวัติที่ได้รับทราบถึงพฤติการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นก่อนที่จะตายเป็นในลักษณะที่เฉียบพลัน เช่น

ก. นั่งคุยอยู่แล้วลักพักขาไปเข้านอนก็เสียชีวิตในเช้าวันรุ่งขึ้น (ปลุกไม่ตื่น)

ข. ยังกินข้าวตอนเย็นและเล่นกับลูกอยู่เลย เข้านอนแล้วตอนตี 3 ตื่นมาตัวเย็น ตายเสียแล้ว

ค. กินข้าวด้วยกันตอน 2 ทุ่ม จากนั้นดูโทรทัศน์ด้วยกันอย่างสนุกสนานและยังเชียร์การแข่งขันที่ขึ้นชกกันแล้วก็เข้านอนราว 4-5 ทุ่ม แต่แล้วตอนเช้ากลับไม่มาทำงานเมื่อมาหา ณ ที่พักก็พบว่าเสียชีวิต และในขณะที่มีการชันสูตรพลิกศพโดยเจ้าพนักงานนั้นญาติก็จะบอก (มีความประสงค์) ว่า **“ขอให้แพทย์ลงความเห็นว่ายตายจากโรคที่เป็นอยู่ (โรคร้ายที่ไม่อาจรักษาให้หายได้)”** โดยระบุว่าผู้ป่วยป่วยด้วยโรคเหล่านี้แล้ว มีเอกสารยืนยัน เป็นโรคที่ทำการรักษาไม่ได้ รักษาไม่หายขาด แม้ว่าจะติดตามการรักษาจากสถานพยาบาลเป็นประจำอยู่แล้วก็ตาม

แต่เมื่อแพทย์ได้ทำการตรวจศพแล้วกลับพบว่าสาเหตุแห่งการตายยังไม่ชัดเจน อีกทั้งยังไม่สัมพันธ์กับการตายด้วย และอายุของผู้ตายเองก็ไม่มากนัก และพฤติการณ์ที่แสดงให้เห็นถึงสภาพของผู้ตายก่อนตายในเวลานั้นนั้นก็ไม่ได้แสดงว่าผู้ตายจะเสียชีวิตในเวลาอย่างรวดเร็วด้วยอาการป่วยแต่ประการใดไม่ เช่น ไม่พบว่ามีเลือดออกอย่างเฉียบพลัน ณ ที่ที่พบศพ เป็นต้น ดังนั้น แม้ว่าผู้ตายจะมีโรคประจำตัว (ร้ายแรง) อยู่ก็ตาม ก็ไม่สามารถที่จะระบุได้ว่า **“โรคประจำตัวที่มีอยู่นั้นเป็นสาเหตุแห่งการทำให้ตาย”** การที่ญาติของผู้ตายไม่เชื่อแพทย์ที่ทำการชันสูตร ไม่ยินยอมให้มีการตรวจศพอย่างละเอียด โดยเห็นว่า “แพทย์ต้องการบิดพลิ้วเพื่อเหตุผลประการหนึ่งประการใด” เพราะญาติของผู้ตายเห็นแล้วว่าสาเหตุแห่งการตายคือโรคประจำตัวนั่นเอง สิ่งที่กำลังถึงนั้นจึงเป็นสิ่งที่ **“อาจเกิดขึ้น”** ได้กับแพทย์ในขณะที่ทำหน้าที่ **“ชันสูตรพลิกศพ”**

.....จากอุทาหรณ์ข้างต้นย่อมแสดงว่า การที่คนไข้แม้จะมีโรคร้าย (ในที่นี้คือมะเร็งของช่องจมูกใน “Nasopharynx”) ก็ตาม แต่ก็มีได้หมายความว่าคนไข้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งร้ายนี้จะต้องเสียชีวิตจากโรคมะเร็งช่องจมูก ฯลฯ

การชันสูตรพลิกศพ

วัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ:

แพทย์ที่ทำการชันสูตรพลิกศพย่อมต้องการให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ ย่อมเป็นไปตาม 5 ประการของมาตรา 154 คือ¹

“มาตรา ๑๕๔ ให้ผู้ชันสูตรพลิกศพทำความเข้าใจเป็นหนังสือแสดงเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย ผู้ตายคือใคร ตายที่ไหน เมื่อใด ถ้าตายโดยคนทำร้าย ให้กล่าวหาว่าใครหรือสงสัยว่าใครเป็นผู้กระทำผิดเท่าที่จะทราบได้”

โดยทั่วไปวัตถุประสงค์ในการชันสูตรพลิกศพมีอยู่ 5 ประการคือ ต้องการทราบว่าผู้ตายเป็นใคร ตายมานานแล้วเท่าใด ตายที่ไหน สาเหตุที่ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย และพฤติการณ์ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย

แพทย์ต้องมีมาตรฐาน:

มาตรฐานของแพทย์ในที่นี้คือ “มาตรฐานแห่งวิชาชีพเวชกรรม” ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม² และตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2553³ และเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555⁴ ของแพทย์ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั่นเอง หมายถึง แพทย์ต้องใช้ความรู้ในทางการแพทย์ (แผนปัจจุบัน) หรือที่เรียกว่า “Modern Western Medicine” เข้ามาเป็นองค์ความรู้เพื่อการวินิจฉัยโรค รวมถึงการให้เป็น “สาเหตุแห่งการตาย”

เมื่อมีการตายผิดธรรมชาติเกิดขึ้นและแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องในการชันสูตรพลิกศพเพื่อหาสาเหตุแห่งการตาย แพทย์ย่อมต้องหาสาเหตุที่แท้จริงแห่งการตายโดยอาศัย “ความรู้ทางการแพทย์ที่ได้ร่ำเรียนมานั่นเอง” ความรู้นี้จึงต้องสอดคล้องกับสิ่งที่ “ตรวจพบ” ด้วย

การให้สาเหตุแห่งการตาย:

แพทย์ย่อมไม่อาจให้สาเหตุแห่งการตายได้ เพียงเมื่อได้รับทราบจากประวัติว่า **“ผู้ตายป่วยด้วยโรคหนึ่งโรคใดอยู่”** โดยที่ไม่มีสภาพแห่งความรุนแรงของโรคปรากฏให้เห็นเลย

หมายความว่า

1. แม้ว่าผู้ตายจะป่วยจากโรคที่ร้ายแรงและไม่สามารถรักษาให้หายได้ในวิถีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (อาจเนื่องจากการพัฒนาการทางการแพทย์ยังไม่ถึงขั้นเพื่อการรักษาโรคดังกล่าว) ก็ได้หมายความว่า ผู้ตายจะต้องตายจากโรคนั้น ๆ เสมอไป

2. สภาพที่ปรากฏ ณ ที่เกิดเหตุของผู้ตายย่อมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในประการที่จะทำให้แพทย์ลงความเห็นได้ว่า “ผู้ตายสมควรตายจากโรคนั้น ๆ หรือภาวะนั้น ๆ หรือไม่เพียงใด”

3. การที่ผู้ตายป่วยอยู่ แต่ผู้ตายยังคงมีสภาพแห่งร่างกายที่สมบูรณ์ ประเมินได้จาก

3.1 การที่ผู้ตายยังสามารถประกอบกรณียกิจ

3.2 ทำงานช่วยเหลือตนเอง

3.3 มีสภาพแห่งการงานและหน้าที่ที่ทำอยู่ได้เป็นอย่างดี

3.4 ยังเจริญต่ออาหารที่รับประทานและน้ำที่ดื่ม

3.5 ยังมีความสุขกับการที่หาสิ่งอำนวยความสะดวกเพเลิน เช่น การดู TV หรือการเล่นกีฬา

3.6 ยังนอนหลับได้ตามปกติ

3.7 อื่น ๆ

เมื่อประมวลสภาพของผู้ตายทั้งหมดแล้ว หากไม่สอดคล้องกับประการที่จะเป็นสาเหตุแห่งการตายได้ แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพจะต้องหาว่า “สาเหตุแห่งการตายที่แท้จริงคืออะไร” เสมอ และหากไม่สามารถหาได้จากที่ที่พบศพ ย่อมจำเป็นต้องนำศพเข้ามาเพื่อรับการตรวจต่อ ตามมาตรา 151 และ 152¹

กรณีอุทธรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ผู้ตายเป็นชาย อายุ 45 ปี รูปร่างทั่วไปดูแล้วสมส่วนและสันทัด มีได้มีสภาพแห่งการป่วยเจ็บเรื้อรังให้เห็นแต่ประการใด แต่แล้วก็นอนตายโดยศพถูกพบตอนเช้าเนื่องจากไม่ลงมาทำงานตามหน้าที่ประจำ

ประวัติ:

ผู้ตายเป็นคนงานของบริษัทแห่งหนึ่ง (สภาพคล้ายกับโรงงานที่มีที่พักคนงานอยู่ในบริษัทที่มีสภาพเป็นตึก โดยชั้น 3 จัดให้เป็นที่อยู่ของผู้ตาย (มีเพื่อนของผู้ตายอยู่ที่ห้องข้างเคียงด้วย) และชั้นล่างเป็นบริษัทดำเนินการทางธุรกิจ) ผู้ตายมีหน้าที่เป็นผู้ส่งเอกสารโดยมีรถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ ซึ่งยังคงสามารถขี่ได้ดีในวันก่อนวันเสียชีวิต

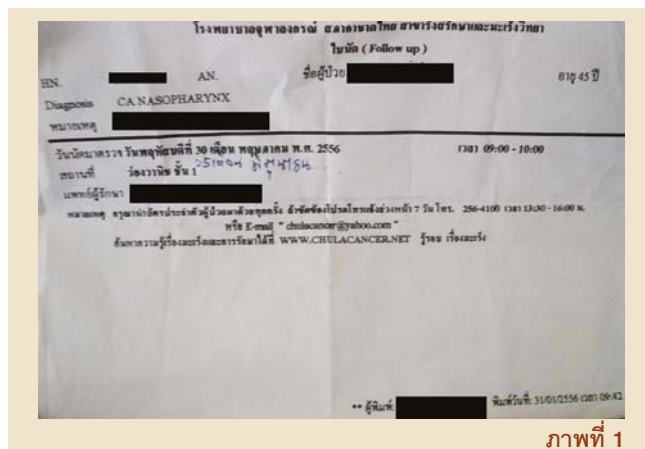
ผู้ตายรับประทานอาหารเย็นกับเพื่อนร่วมงาน อีกทั้งยังได้ดูโทรทัศน์ด้วยกันกับเพื่อนอย่างครั้นครัง และได้ไปนอนในช่วงเวลาประมาณ 22.00 น. เศษ

ในช่วงเช้าหลัง 8.00 น. นายจ้างเห็นว่าผู้ตายไม่ลงมาทำงานตามปกติ จึงให้คนงานอีกคนหนึ่งขึ้นไปตามหาที่ห้องพัก พบว่าผู้ตายนอนตายตัวเย็นแข็ง เชื่อว่าตายมานานหลายชั่วโมงแล้ว จึงได้แจ้งนายจ้างให้รับทราบ ซึ่งได้แจ้งต่อพนักงานสอบสวน (ตำรวจ) ณ ท้องที่ที่พบศพนั่นเองเพื่อให้มาทำการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย¹

ประวัติเพิ่มเติม:

ผู้ตายมีโรคประจำตัวคือเป็น “มะเร็งของช่องจมูก (Nasopharynx)”

(ภาพที่ 1) ทราบการวินิจฉัยมาราว 1 ปี และได้ติดตามการรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยผู้ตายเป็นผู้ติดตามการรักษาด้วยตนเอง ไม่มีใครรับทราบเรื่องของโรคอย่างชัดเจน นอกจากนี้ผู้ตายยังมีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัวอีกด้วย



ภาพที่ 1

ผู้ตายไม่เสพสารเสพติดหรือสารกระตุ้นอื่นใด แต่ดื่มสุรบ้าง (ประวัติจากเพื่อนร่วมงานและนายจ้าง)

ผู้ตายมิได้ป่วยด้วยโรคจิตและไม่มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน ไม่มีประวัติการตายอย่างเฉียบพลันในครอบครัวของผู้ตายแต่ประการใด

การชันสูตรพลิกศพ:

พนักงานสอบสวนผู้มีหน้าที่เมื่อได้รับแจ้งว่ามีการตายดังกล่าว จึงได้แจ้งต่อแพทย์ผู้มีหน้าที่เพื่อทำการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย ณ ที่ที่ศพอยู่ (มาตรา 150) โดยแพทย์ได้เข้าร่วมกับพนักงานสอบสวนในการชันสูตรพลิกศพในเวลาต่อมา (ประมาณ 1 ชั่วโมงหลังจากที่ได้รับแจ้ง) มีสภาพเป็นบริษัท (โรงงาน) ตามที่กล่าวแล้วข้างต้น

สภาพศพ ณ ที่ที่พบศพ: (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2

- ศพนอนตายในสภาพนอนหงาย ศีรษะและไหล่พาดออกนอกตัวฝักรองนอน ทำให้เอนลงเล็กน้อย ไม่ได้หนุนหมอน ไม่พบว่ามีเครื่องไฟฟ้าหรือสายไฟฟ้าอยู่ใกล้กับร่างกาย

- ผู้ตายอายุประมาณ 40-45 ปี รูปร่างสมส่วน สันทัด ดูทั่วไปมีสภาพร่างกายแข็งแรง มีได้มีสภาพแห่งการป่วยเจ็บเรื้อรังแต่ประการใด

- ผู้ตายสวมเสื้อคล้ายเสื้อกล้ามสีดำ (แขนกุด) และสวมกางเกงในตัวเดียว สวมสร้อยคอหนึ่งเส้น
- คอและรอบคอไม่พบว่ามีรอยกด หรือรัด ผิดปกติ
- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียดแบะออกที่ข้อตะโพกสองข้าง
- ไม่พบแขนหรือขาหักงอผิดปกติ
- ไม่พบสารหรือคราบ หรือเลือดออกที่ทวาร ทั้งปาก จมูก หู หรือทวารหนัก
- ไม่ได้กลืนผิดปกติจากสารอื่น ๆ รอบทวารต่าง ๆ
- ไม่พบบาดแผลที่แสดงถึงการได้รับความรุนแรงตามร่างกายและแขนขา
- ไม่พบจุดเลือดออกที่เยื่อปตา ใบน้้า ลำตัว หรือแขนขา
- ปลายมือและเท้าไม่พบสภาพเขียวคล้ำ หรือบวม
- ไม่พบแผลเป็น ร่องรอยการผ่าตัดที่ผิดปกติตามแขน ขา และลำตัว

หมายเหตุ:

- พบว่ามีขูดน่าจะเป็นปัสสาวะของผู้ตายอยู่ในขวดน้ำอัดลมด้วย
- พบว่ามีปัสสาวะอยู่ในขวดน้ำอัดลมอีกขวด
- พบว่ามีของปัสสาวะ แต่ไม่พบว่ามีปัสสาวะหลงเหลืออยู่อีก
- ไม่พบว่ามียา หรือสารแปลกปลอมตามเนื้อตัวร่างกาย หรือในห้องที่ผู้ตายนอนตาย

สาเหตุแห่งการตาย:

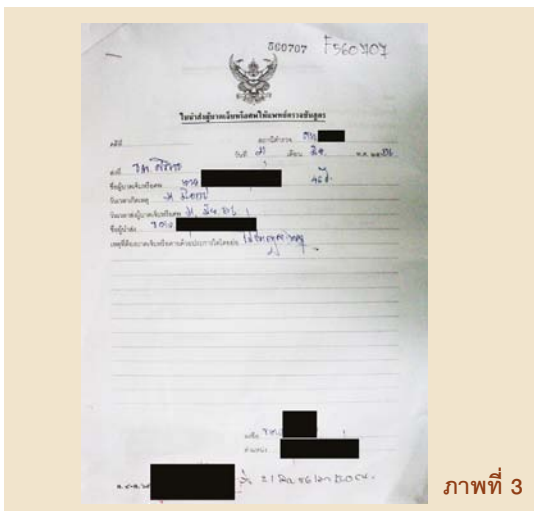
ไม่สามารถระบุสาเหตุแห่งการตายได้ (แม้ว่าผู้ตายจะมีประวัติมะเร็งช่องจมูก)

พฤติการณ์ที่ตาย:

ไม่สามารถระบุได้ในขณะชันสูตรพลิกศพ

การดำเนินการชันสูตรการต่อนี้:

จำเป็นอย่างที่จะต้องนำศพเพื่อรับการตรวจต่อ ณ สถานที่ที่สามารถตรวจศพต่อได้ (ของรัฐบาล) (ตามมาตรา 151 และ 152) (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3

ปัญหาที่เกิดขึ้น:

ณ ที่ที่พบศพนั้น มีพี่ชายของผู้ตายทำงานที่เดียวกัน (แต่ไม่ได้อยู่กับผู้ตายที่ห้องพักเดียวกัน) ได้แจ้งต่อแพทย์และพนักงานสอบสวนผู้ทำหน้าที่ชันสูตรพลิกศพว่า “ผู้ตายป่วยด้วยโรคมะเร็งช่องจมูกทำการรักษาอย่างต่อเนื่องจากสถานพยาบาล” (เท่าที่ตนเองทราบ) น่าจะเป็นสาเหตุ

แห่งการตาย และไม่ต้องการให้นำศพมาเพื่อรับการตรวจต่อที่สถานพยาบาลของรัฐบาลตามกฎหมาย แต่แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพได้แจ้งแก่ญาติของผู้ตายว่า การที่ผู้ตายมีประวัติมะเร็ง (ชนิดร้าย) อยู่ก็ตาม แต่จากสภาพแห่งศพที่พบและประวัติของผู้ตายก่อนการตายไม่เข้ากับการที่ผู้ตายจะตายจากโรคมะเร็งที่มีอยู่แต่ประการใด และน่าจะมามีสาเหตุอย่างอื่น แพทย์ยังได้อธิบายต่ออีกว่า หากเชื่อว่าเป็นมะเร็งของช่องจมูกและเป็นสาเหตุที่ตายแล้ว โดยทั่วไปมักจะมียาหรือเลือดออก ขี้นวคล้ำ หรือมีอาการ เช่น การหายใจลำบากเพราะมะเร็งจะทำให้หลอดลมถึงเส้นเลือด ทำให้เลือดออกจากช่องจมูก และ/หรือเลือดออกภายในอย่างมาก หรือทำให้อุดตันทางเดินหายใจ แต่ในที่เกิดเหตุที่ผู้ตายนอนตายอยู่นั้นไม่ได้มีสิ่งตรวจพบที่ผิดปกติแต่อย่างใด

การตรวจศพที่นำเข้ารับการตรวจ

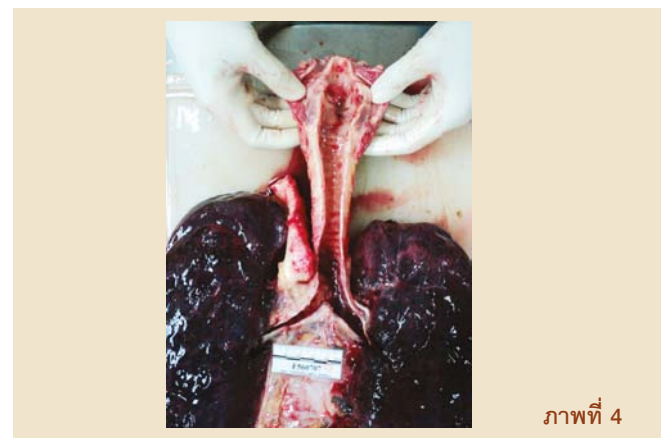
การตรวจศพดังกล่าวเป็นไปเพื่อหาสาเหตุแห่งการตายและนำไปสู่พฤติการณ์แห่งการตายต่อไป ได้ดำเนินการเมื่อเวลา 9.00 น. ของวันรุ่งขึ้น

สภาพศพภายนอก:

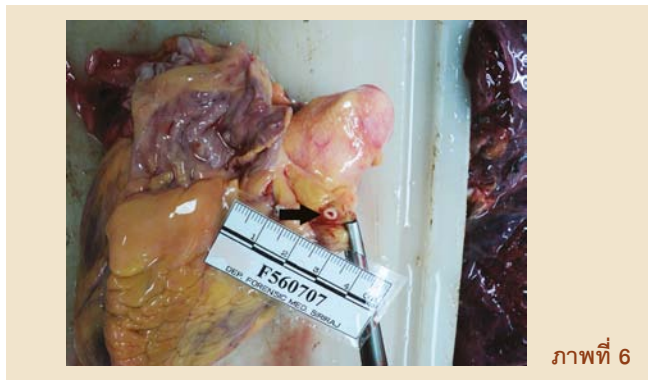
- เช่นเดียวกับที่ปรากฏ ณ ที่ที่ศพอยู่ในขณะชันสูตรพลิกศพ

สภาพศพภายใน:

- ผนังศีรษะและใต้ชั้นหนังศีรษะปกติ
- กระโหลกศีรษะปกติ
- คอ รอบคอ และหลอดลมไม่มีสภาพที่อุดตันหรือตันแต่อย่างใด
- กระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลังอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- หน้าอก ซี่โครง และช่องอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- หลอดลม ตลอดไปจนถึงปอด ไม่พบสภาพแห่งการอุดตันแต่ประการใด (ภาพที่ 4)



- หลอดอาหารและกระเพาะอาหารอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบพยาธิสภาพถึงการอุดตันแต่อย่างใด
- ไม่พบเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินหายใจ
- หัวใจมีขนาดและรูปร่างค่อนข้างปกติ
- หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจด้านหน้า (anterior branch of left coronary artery) ตีบประมาณร้อยละ 70-80 (ภาพที่ 5) และเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจด้านขวา (right coronary artery) ตีบประมาณร้อยละ 60 (ภาพที่ 6)



ภาพที่ 6

- ไม่พบสภาพแห่งกล้ามเนื้อหัวใจตายเก่าหรือเป็นเนื้อเยื่อพังผืด
- ตับ ม้าม ไต และอวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- กระเพาะปัสสาวะ อวัยวะ และเนื้อเยื่อในอุ้งเชิงกรานอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สาเหตุแห่งการตาย:

การขาดเลือดมาเลี้ยงที่หัวใจเนื่องจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ

พฤติการณ์ที่ตาย:

โรคธรรมชาติ

วิเคราะห์และวิจารณ์:

ผู้ตายรายนี้มีประเด็นหลายประการที่น่าสงสัยว่า **“มิใช่สาเหตุจากการป่วยด้วยโรคภัยร้ายแรงจะเป็นเหตุที่ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย”** ดังนี้

ประการที่ 1: ผู้ตายรายนี้ตายอยู่ที่ห้องพักของตนในขณะที่นอนอยู่เพียงคนเดียว **“ไม่มีผู้อื่นพบเห็นหรือรับทราบสภาพของผู้ตายในระยะที่ใกล้ตายเลย”**

ประการที่ 2: ผู้ตายมีสภาพแห่งร่างกายที่ต้องถือว่า **“ปกติ”** อีกทั้งยังมีกิจกรรมพลัดเพลินในวันก่อนที่จะตาย รวมถึงภาคติก่อนที่จะพบศพในเช้าวันรุ่งขึ้นนั้น **“อยู่ในสภาพที่สดใส รื่นเริง เจริญต่ออาหารและสิ่งแวดล้อม มีการดูโทรทัศน์ภายหลังจากการกินอาหารได้เป็นอย่างดี”**

ประการที่ 3: ผู้ตายมีประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งช่องจมูก (CA Nasopharynx) ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลมาแล้วก็จริง (ภาพที่ 1)

แต่เมื่อประมวลประวัติและการตรวจพบแล้วเห็นได้ว่า มะเร็งช่องจมูกที่ผู้ตายมีอยู่นั้น แม้จะเป็นจริงก็มีสาเหตุแห่งการตายในครั้งนี้ แต่น่าจะมีสาเหตุอื่น เช่น

ก. โรคหัวใจหรืออาจมีหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบร่วมด้วย

ข. การที่มีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ

ค. การได้รับยาหรือสารพิษที่อาจมีผลต่อร่างกาย

ประการที่ 4: ในห้องของผู้ตายยังพบบุหรี่และขวดที่น้ำจะเชื่อว่าอาจเป็นปัสสาวะ ซึ่งทำให้เราเชื่อว่า “ผู้ตายมีการใช้สารเสพติดหรือสารอื่นใดได้”

ดังนั้น เมื่อทำการชันสูตรพลิกศพในผู้ตายรายนี้ในระยะแรกแล้ว ย่อมไม่สามารถที่จะให้สาเหตุของผู้ตายรายนี้ได้ จึงจำเป็นต้องนำศพผู้ตายรายนี้มารับการตรวจต่อ (ผ่าศพตรวจ) ตามมาตรา 151 และ 152 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาตามลำดับ พนักงานสอบสวนจึงนำส่งมารับการตรวจต่อ (ภาพที่ 3)

หมายเหตุ:

1. แม้ว่าในที่สุดแล้วจะได้สาเหตุแห่งการตายจากการที่หัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง ซึ่งถือว่าเป็นการตายตามธรรมชาติเช่นเดียวกันก็ตาม แต่จากอุทธรณ์ข้างต้นย่อมแสดงว่า การที่คนไข้แม้จะมีโรคร้าย (ในที่นี้คือมะเร็งของช่องจมูก “Nasopharynx”) ก็ตาม แต่ก็ได้หมายความว่าคนไข้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งร้ายนี้จะต้องเสียชีวิตจากโรคมะเร็งช่องจมูก จึงเป็นอุทธรณ์ได้ว่าสำหรับแพทย์ที่ไปทำการชันสูตรพลิกศพผู้ตายที่มีโรคประจำตัวอันเป็นโรคที่ร้ายแรงก็ตาม ต้องพิจารณาถึงประวัติและสภาพศพที่ตรวจพบอย่างละเอียดด้วย อีกทั้งต้องไม่เชื่อผู้ให้ประวัติถึงการเจ็บป่วยจนมากเกินไปจนทำให้เข้าใจผิดว่า **“เป็นโรคที่ทำให้ถึงแก่ความตาย”**

2. ในกรณีนี้ยังถือว่าเป็นการดีที่เป็นการตายตามธรรมชาติเช่นเดียวกัน แต่หากเป็นการตายอันเกิดจากการผิดธรรมชาติ เช่น การที่ผู้ตายถูกวางยาเพื่อการฆ่าให้ตาย เป็นต้นแล้ว และแพทย์ที่ในขณะที่ทำการชันสูตรพลิกศพ (จากประวัติ) ยังคงเชื่อว่าเป็นจากโรคร้ายแรงแล้ว อาจทำให้การชันสูตรพลิกศพผิดพลาดได้ และหากเป็นกรณีฆาตกรรมแล้วย่อมทำให้เกิดความยุติธรรมแก่ผู้ตายเป็นแน่แท้

สรุป

แพทย์ที่ต้องมีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพอาจต้องพบกับ “ศพที่ต้องชันสูตร” มีประวัติการป่วยด้วยโรคหลายโรค บางโรคเป็นโรคที่ร้ายแรงและน่าจะเป็นสาเหตุแห่งการตายได้ แต่แพทย์ต้องระมัดระวังเสมอว่า “การที่ผู้ตายมีโรคประจำตัวอยู่แม้ว่าจะเป็นโรคร้ายแรงก็ตาม แต่การที่มีโรคเหล่านั้นอยู่ก็มิได้หมายความว่าโรคเหล่านั้นจะเป็นเหตุแห่งการตายใน “การตายครั้งที่ไปทำการชันสูตรพลิกศพนั้นเสมอไป” แพทย์ต้องให้ความสำคัญกับการตายโดยเฉพาะ “สาเหตุแห่งการตาย” ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
3. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม พ.ศ. 2555)”
4. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555 (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555

HIV-NAT จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 3

ภายใต้หัวข้อ “การดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี”

เจาะลึกทุกประเด็น...เน้นการนำไปใช้จริงอย่างได้ผล

ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิก ด้านโรคเอดส์ (HIV-NAT) ภายใต้ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย สนับสนุนให้แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และผู้สนใจมีความรู้ความเข้าใจเรื่อง



การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และรับรู้ข้อมูล สถานการณ์ ความก้าวหน้าใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และด้วยเหตุนี้ทาง HIV-NAT จึงได้กำหนดให้มีการจัดประชุมวิชาการประจำปีนานาชาติด้านโรคเอดส์ (Bangkok International Symposium on HIV Medicine) ที่ใหญ่ที่สุดในแถบเอเชียขึ้นเป็นประจำทุกปีตลอดระยะเวลา 15 ปี โดยได้รับเกียรติจากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์จากทั่วโลกมาร่วมเป็นวิทยากร และมีการบรรยายเป็นภาษาอังกฤษ

นพ.ต่อศักดิ์ ปุณณปรต แพทย์วิจัยและกุมารแพทย์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ตัวแทนคณะผู้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ Pediatric and Adolescent HIV กล่าวว่า ผลตอบรับการประชุมวิชาการในทุกครั้งที่ผ่านมามีผลตอบรับเป็นอย่างดี แต่ก็ยังมีเสียงจากผู้เข้าร่วมประชุมจำนวนไม่น้อยที่เสนอแนะให้มีการจัดประชุมเป็นภาษาไทย เพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่ายขึ้นและเพื่อการนำไปใช้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย HIV-NAT จึงได้จัดชุดการอบรมเชิงลึก “HIV-NAT Symposium Series” ขึ้นอีกปีละ 2 ครั้ง เพื่อเจาะลึกในเรื่องของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้แก่แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยที่ทำงานด้านการดูแลรักษาโรคเอดส์และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การอบรมแต่ละครั้งจะใช้เวลา 2 วัน และเจาะประเด็นในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับการอบรมครั้งที่ 3 ของปี พ.ศ. 2556 จะจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี (Pediatric and Adolescent HIV)” ในวันที่ 25-26 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ณ ห้องประชุมพรหมทัตตเวที (312/2) ชั้น 3 ตึก อปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นพ.ต่อศักดิ์ กล่าวต่ออีกว่า “การดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ถือเป็นเรื่องที่ต้องโฟกัสเป็นพิเศษ เนื่องจากในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ใน 2 กลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก ซึ่งในการอบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 3 นี้จะมีการแบ่งหัวข้อการอบรมเป็น 2 เรื่องใหญ่ ๆ คือ ในวันแรกของการอบรมจะเป็นเรื่องของเด็กติดเชื้อเอชไอวี เช่น การรักษาด้วยยาต้านไวรัส, การวินิจฉัยการดื้อยาและการปรับสูตรยา, การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อร่วมในเด็ก และหัวข้อที่เป็นไฮไลท์ ได้แก่ สภาวะแทรกซ้อนหลังจากการให้ยาต้านไวรัสในระยะยาว และกรณีศึกษาในเรื่องการวินิจฉัยและการรักษาภาวะแทรกซ้อนหลังจากการให้ยาต้านไวรัสในระยะยาว เหตุเพราะผู้ป่วยโรคเอดส์จำเป็นต้องรับประทานยาต้านเชื้อไวรัสตลอดชีวิต ซึ่งอาจส่งผลข้างเคียงต่อดับไต และกระดูกของผู้ป่วยได้”

ส่วนในวันที่สองของการอบรมจะเป็นเรื่องของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของสังคม การรับประทานยาไม่ตรงเวลา และพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับเรื่องที่มีความสำคัญเป็นพิเศษคือ การส่งต่อผู้ป่วยจากคลินิกสำหรับเด็กไปยังคลินิกสำหรับผู้ใหญ่ ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยในลักษณะนี้ยังพบน้อยในประเทศไทย จึงถือเป็นจุดที่ต้องเน้นย้ำแก่ผู้ปฏิบัติงานให้หันมาให้ความสำคัญในการส่งต่อผู้ป่วยให้มากขึ้น

“ทางคณะผู้จัดอบรมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ของหน่วยงานที่ดำเนินโครงการศึกษาวิจัยและให้บริการทางการแพทย์ด้านเอชไอวีในโรงพยาบาล ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จึงขอเรียนเชิญผู้ที่สนใจทุกท่านเข้าร่วมการอบรมในครั้งนี้ ถือเป็นโอกาสอันดีที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จะได้ร่วมอัปเดตข้อมูลและก้าวหน้าสถานการณ์ของโรคเอดส์ในปัจจุบัน เพื่อพัฒนาศักยภาพและคุณภาพในการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป” นพ.ต่อศักดิ์ กล่าวทิ้งท้าย

ผู้ที่สนใจเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี (Pediatric and Adolescent HIV)” ในวันที่ 25-26 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 สามารถดูรายละเอียดพร้อมลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.hivnat.org/symposiumseries สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โทรศัพท์ 0-2652-3040

จักุแพทย์พร้อมรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน จัดตั้ง ‘สมาคมจักุวิทยาในภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้’ เชื่อมโยงวิชาการ พัฒนารับการเพื่อสุขภาพตาชาวอาเซียน



สมาคมจักุแพทย์ของประเทศสมาชิกอาเซียน 10 ประเทศ ซึ่งประกอบด้วย บรูไน กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว มาเลเซีย พม่า ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ เวียดนาม และไทย ร่วมลงนามในบันทึกความเข้าใจ จัดตั้งสมาคมจักุวิทยาในภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN Ophthalmology Society) หรือ AOS เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community) หรือ AEC ในปี พ.ศ. 2558 และเพื่อร่วมขับเคลื่อนการเป็น Medical Hub ของประเทศไทยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

วัตถุประสงค์ของการก่อตั้ง AOS ประกอบด้วย ความร่วมมือกันในการป้องกันตาบอด การรักษาโรคทางจักุวิทยาทุกแขนง และการฟื้นฟูการมองเห็นและสุขภาพตาของผู้ป่วยในภูมิภาคผ่านความร่วมมือในงานวิชาการ งานวิจัย การศึกษา และการให้บริการ AOS จะให้การสนับสนุนงานด้านต่าง ๆ เหล่านี้ของสมาคมจักุแพทย์ในประเทศสมาชิก ผ่านการเผยแพร่ผลงานของจักุแพทย์อาเซียนในการประชุมวิชาการนานาชาติของ AOS ซึ่งจะจัดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยในปีหน้า และทุก ๆ 2 ปีในอนาคต นอกเหนือจากการประชุมวิชาการดังกล่าว AOS จะสนับสนุนกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับภูมิภาค และจะสนับสนุนความร่วมมือกับองค์กรจักุแพทย์ในลักษณะเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรระดับชาติ หรือระดับนานาชาติในภูมิภาคอื่น ๆ อีกด้วย



นพ.ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข

นพ.ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข ประธานราชวิทยาลัยจักุแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า การประชุมของประธานและผู้แทนขององค์กรจักุแพทย์แห่งชาติของประเทศสมาชิกอาเซียนเพื่อก่อตั้ง AOS เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคมที่ผ่านมา ซึ่งได้รับการสนับสนุนการจัดงานจากสำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ

(สสป.) เป็นไปด้วยดี ตัวแทนของแต่ละประเทศพร้อมใจกันลงนาม MOU โดยมี นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้เกียรติเดินทางมาเป็นประธาน และสักขีพยาน ซึ่งที่ประชุมได้เห็นพ้องต้องกันในเรื่องมุมมองขององค์กรที่ร่วมกัน และเรื่องอื่น ๆ โดยมีสาระสำคัญคือ

1. ให้ประเทศไทยเป็นที่ตั้งของสำนักงานเลขาธิการของ AOS secretariat ซึ่งได้แก่ สำนักงานของราชวิทยาลัยจักุแพทย์แห่งประเทศไทย
2. ให้ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมวิชาการครั้งที่ 1 ของ AOS เพื่อเปิดตัวสมาคมอย่างเป็นทางการในวันที่ 19-21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557
3. ให้ราชวิทยาลัยจักุแพทย์แห่งประเทศไทยพิจารณาตั้งประธาน เลขาธิการ เหนือญกของ Founding AOS Executive Council เพื่อดำเนินการประชุมวิชาการครั้งที่ 1 โดยมีตัวแทนของประเทศต่าง ๆ ที่มาในวันที่ 18 พฤษภาคมที่ผ่านมาเป็นสมาชิกของ Council จนมีการประชุม Executive Council กันอีกครั้งในวันที่ 19-21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ซึ่งจะเป็นการจัดการร่วมกับการประชุมวิชาการครั้งที่ 33 ของราชวิทยาลัยจักุแพทย์แห่งประเทศไทย

“ตามปกติจักุแพทย์ส่วนหนึ่งในอาเซียนจะมีการพบปะ ติดต่อกัน และร่วมประชุมวิชาการกันอยู่บ้างแล้ว และได้มีความคิดสอดคล้องกันว่าอยากจะทำ AOS ขึ้น แต่ยังไม่มีการเป็นผู้นำในการจัดตั้ง ประกอบกับมีเรื่องของ AEC เข้ามา ราชวิทยาลัยจักุแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งมีความพร้อมจึงได้แสดงบทบาทการเป็นผู้นำ เชิญตัวแทนของจักุแพทย์ในภูมิภาคมาประชุมเพื่อก่อตั้ง AOS ซึ่งจักุแพทย์ในภูมิภาคต่างก็ยอมรับเป็นอย่างดี เรามีตัวแทนที่เป็นประธานองค์กรจักุแพทย์จากแทบทุกประเทศมาประชุม สำหรับ 3 ประเทศที่ประธานมาไม่ได้ ก็มีการส่งตัวแทนมาอย่างเป็นทางการ แม้แต่บรูไนซึ่งยังไม่ม้องค์กรจักุแพทย์ก็ยังมีตัวแทนมาเข้าร่วมประชุม ที่ประชุมเห็นพ้องต้องกันที่จะผลักดันให้ AOS เป็นองค์กรจักุแพทย์ที่แข็งแกร่งที่สุดองค์กรหนึ่ง และให้ไทยเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน”

ด้วยจำนวนสมาชิกสมาคมกว่า 4,500 คน จากการรวมตัวของจักุแพทย์ทั้ง 10 ประเทศในอาเซียน ประกอบด้วยประเทศที่มีความก้าวหน้าทางวิชาการสูงกว่า เช่น ไทย สิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย อินโดนีเซีย ซึ่งจะให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่ประเทศอื่น ๆ เช่น ลาว กัมพูชา พม่า เวียดนาม ในขณะที่เดียวกันประเทศที่มีความก้าวหน้าทางวิชาการสูงก็จะสามารถจับมือกันเพื่อพัฒนางานทางด้านวิชาการ งานวิจัย ให้ได้เด่นยิ่งขึ้นไปอีก

ในแง่การบริการ แม้แบบของการให้บริการของประเทศใดที่ประสบความสำเร็จจะมีการนำมาประยุกต์ใช้แก่ประเทศอื่นได้ เช่น โครงการป้องกันตาบอดจาก



Summit of Ophthalmological Societies from ASEAN Countries

Hosted by the Royal College of Ophthalmologists, Thailand
18-20, 2013, Bangkok, Thailand



โรคเบาหวานของไทย ซึ่งเคยได้รางวัล Public Service Award ขององค์การสหประชาชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2555 ก็สามารถจะถูกลำดับไปประยุกต์ใช้ในประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานสูง เช่น อินโดนีเซีย ซึ่งให้ความสนใจโครงการนี้เป็นอย่างมาก คาดว่าการรวมตัวของจักษุแพทย์ในอาเซียนจะทำให้ทางด้านจักษุวิทยาในทุกภาคส่วนมีความเชื่อมโยงและมีมาตรฐานที่สูงขึ้น

“การจับมือกันในครั้งนี้ นอกจากจะเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ AEC แล้ว วัตถุประสงค์สำคัญคือ ช่วยกันทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนในแต่ละประเทศดีขึ้น โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการมองเห็น ซึ่งเป็นหน้าที่หลักของจักษุแพทย์”

นพ.ไพศาล กล่าวต่อถึงอุบัติการณ์โรคตาในอาเซียนว่า ยังไม่เคยมีรายงานในภาพรวมของอาเซียน ส่วนในประเทศไทยเคยมีการสำรวจระดับชาติเมื่อปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่ามีอัตราตาบอด 0.6% และสายตาสั้น 1.6% ใกล้เคียงกับอัตราตาบอดของสากล ซึ่งประเมินโดยองค์การอนามัยโลกว่ามีอัตราตาบอด 0.6% และสายตาสั้น 2% ซึ่งเราพยายามจะลดอัตราตาบอดของประเทศให้น้อยลงไปอีก ส่วนประเทศอื่น ๆ เช่น ลาว กัมพูชา พม่า ทราบว่าเคยมีการสำรวจมาบ้าง แต่อาจไม่ใช่ตัวเลขระดับชาติจริง ๆ จึงอาจต้องมีการลงไปสำรวจ และเชื่อมโยงข้อมูลของแต่ละประเทศเข้าด้วยกัน เพื่อลดอัตราตาบอดของอาเซียนในอนาคต

“เนื่องจากเพิ่งจะจัดตั้ง AOS เพราะฉะนั้นข้อมูลต่าง ๆ คงต้องรอสำรวจระยะหนึ่ง และต้องมาช่วยกันดูทีละเรื่อง เช่น เรื่องป้องกันตาบอด แต่ละประเทศมีอัตราเท่าไร ถ้ายังไม่ทราบก็ต้องมีการลงไปสำรวจ เราเชื่อว่าสาเหตุหลักของตาบอดในประเทศอาเซียนน่าจะเป็นต้อกระจก ซึ่งยังคงเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของบ้านเราอยู่ ทางเราเองก็มีโครงการแก้ปัญหาเรื่องนี้อยู่หลายโครงการ จักษุแพทย์ไทยยังได้เดินทางไปช่วยผ่าตัดต้อกระจกให้แก่ประเทศเพื่อนบ้านอยู่เรื่อย ๆ ผู้ป่วยในประเทศเพื่อนบ้านได้เดินทางมารับการผ่าตัดที่บ้านเราก็มียุติเสมอ ปัจจุบันเรายังให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดให้แก่บางประเทศในภูมิภาค ซึ่งเราอาจทำได้มากขึ้นหลังการก่อตั้ง AOS ในอนาคตน่าจะมีการวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกันได้ นอกจากปัญหาดต้อกระจกแล้วยังมีโรคอื่นที่ทำให้ตาบอด เช่น ต้อหิน โรคจอตา เช่น เบาหวานเข้าจอตา จุดภาพชัดบนจอตาเสื่อม โรคกระจกตา และโรคตาบอดในเด็ก เป็นต้น”

สำหรับการแก้ปัญหาตาบอดในประเทศไทย **นพ.ไพศาล** กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขได้วางนโยบายพร้อมกับการปรับโครงสร้างใหม่ โดยมีการจัดเขตบริการและมีการใช้ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับตาบอดโดยเฉพาะ เพื่อให้สอดคล้องกับโครงการ Vision 2020 ขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการแก้ปัญหาตาบอดของโลกให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานภายในปี ค.ศ. 2020 ซึ่งจักษุแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขได้ประชุมกันหลายครั้งเพื่อผลักดันให้มีการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดนี้

ด้านการพัฒนาทางการแพทย์เพื่อการก้าวสู่การเป็นผู้นำในอาเซียน **นพ.ไพศาล** กล่าวว่า หากมอง 10 ประเทศในอาเซียน สิงคโปร์เป็นประเทศที่มีการพัฒนาทางการแพทย์ในเชิงวิชาการสูงใกล้เคียงกับเรา แต่ทั้งนี้การเป็นผู้นำควรได้รับการประเมินในหลายแง่มุม ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับสิงคโปร์แล้ว แม้ไทยจะด้อยกว่าในเรื่องของจำนวนผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ แต่ไทยก็มีข้อได้เปรียบอีกหลายเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นสภาพภูมิศาสตร์ จำนวนประชากร ประสบการณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีมากกว่ามาจากจำนวนผู้ป่วยที่มากกว่าหลายเท่าตัว

[รายงานพิเศษ]

“ถ้าเรื่องของ ‘จำนวน’ งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ ต้องยอมรับว่าไทยยังตามหลังสิงคโปร์ แต่ในความเป็นจริง จำนวนงานวิจัยที่ออกมาของสิงคโปร์ก็ผลิตออกมามากจากไม่กี่สถาบันเท่านั้น เรามีสถาบันวิจัยแห่งชาติทางจักษุโดยเฉพาะ ซึ่งเราไม่มี เราเสียเปรียบตรงเราเขียนไม่ทัน เขียนได้ช้ากว่า เพราะงานประจำมาก แต่เราวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยก็ได้วางแผนยุทธศาสตร์ทางงานวิจัยอยู่ ซึ่งคงต้องมาประเมินดูแผนกันเป็นระยะ แต่หากพิจารณาในเชิงคุณภาพงานวิจัยแต่ละชิ้นของเราที่ได้รับการตีพิมพ์มีคุณภาพไม่ด้อยไปกว่างานวิจัยของทุกประเทศ เราไม่ควรมองสิงคโปร์เป็นคู่แข่ง เราสามารถทำงานวิจัยร่วมกับสิงคโปร์ได้ ซึ่งเราก็ร่วมมือกันมาตลอด AOS จะทำให้เราจับมือกันได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น แต่การเป็นผู้นำของอาเซียนไม่ได้ขึ้นกับงานวิจัยอย่างเดียว ปัจจุบันเราให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดให้แก่บางประเทศในภูมิภาค ซึ่งเราอาจทำได้มากขึ้นหลังการก่อตั้ง AOS การที่เราสามารถก่อตั้ง AOS ขึ้นมาเป็นก้าวแรกที่สำคัญ หาก AOS เติบโตเป็นองค์กรที่แข็งแกร่ง ทำให้เรามีสภาพเป็นผู้นำในการประสานงานวิชาการทางจักษุของอาเซียน การยกระดับคุณภาพการดูแลรักษาโรคตาของประเทศอาเซียนให้ดีขึ้น ผมว่าบทบาทตรงนี้ก็สามารทำให้เราเป็นผู้นำได้”

สำหรับการประชุมวิชาการครั้งที่ 1 ของ AOS เพื่อเปิดตัวสมาคมอย่างเป็นทางการในวันที่ 19-21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 **นพ.ไพศาล** กล่าวว่า ถือเป็นการเปิดโอกาสให้จักษุแพทย์ในภูมิภาคอาเซียนที่อาจไม่ค่อยมีโอกาสได้เดินทางเข้าร่วมการประชุมวิชาการที่ต่างประเทศบ่อยนักมาร่วมประชุมได้ เพราะจะจัดหมุนเวียนกันในประเทศสมาชิก ทำให้จักษุแพทย์เหล่านี้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความก้าวหน้าทางวิชาการที่ทันสมัย โดยไม่ต้องเดินทางไกล หัวข้อการประชุมจะครอบคลุมทั้งเทคโนโลยีหรือวิชาการใหม่ ๆ และหัวข้อทางสาธารณสุข การบริหารจัดการ เช่น การป้องกันตาบอดที่ยังเป็นปัญหาของอาเซียน

“การก่อตั้ง AOS ขึ้นมา เราไม่ได้คิดอยู่ข้างหน้าแค่ปีสองปี เราคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในระยะยาว AOS จะต้องเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ ยิ่งเมื่อเข้าสู่ AEC ในปี ค.ศ. 2015 ด้วยแล้ว AOS จะเป็นเวทีให้จักษุแพทย์ในภูมิภาคได้มาช่วยกันมองว่าเราจะช่วยกันพัฒนาวิชาการให้เข้มแข็งขึ้น หรือจับมือกันแก้ปัญหาตาบอดอย่างไร AEC จะเป็นจุดเปลี่ยนและจุดท้าทายสำคัญที่เราจะใช้โอกาสนี้ในการพัฒนาจักษุวิทยาควบคู่ไปกับที่ระดับรัฐบาลจะใช้เป็นเครื่องมือในการผลักดันเศรษฐกิจให้ก้าวไปข้างหน้า การจับมือร่วมกันเดินไปข้างหน้าของจักษุแพทย์ทั้ง 10 ประเทศจะเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการพัฒนาจักษุวิทยาในภูมิภาค ซึ่งสุดท้ายแล้วผลประโยชน์ก็จะตกมาอยู่ที่ประชาชน” **นพ.ไพศาล** กล่าวทิ้งท้าย

นับว่าเป็นครั้งแรกของการร่วมมือในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของสมาคมวิชาชีพทางจักษุวิทยา ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลที่ได้ประกาศขับเคลื่อนและพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์หรือ Medical Hub โดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศในการเป็นศูนย์บริการด้านสุขภาพแบบครบวงจร และการเป็นศูนย์พัฒนางานวิชาการด้านการวิจัย และถือเป็นการรองรับการก่อตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งจะเป็นแรงขับเคลื่อนให้มีการเปิดกว้างด้านความร่วมมือของวิชาชีพสาขาต่าง ๆ ในภูมิภาคมากขึ้น



มิติใหม่นักจัดการสุขภาพชุมชนแห่งอุตรดิตถ์ เข้าถึง เข้าใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

โรงพยาบาลลับแล ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดงาน “มหกรรมสุขภาพสร้างสรรค์...ด้วยมือเรา” ที่โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อเปิดพื้นที่กลางสำหรับภาคีเครือข่ายในชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีที่สนใจในประเด็นสุขภาพกว่า 500 คน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงวิชาการและดูผลงานที่ผ่านการลงมือปฏิบัติจริง รวมทั้งเปิดเวทีให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนางานและปรับระบบบริการให้สอดคล้องเพื่อนำไปสู่การขยายผลให้สามารถขับเคลื่อนกระบวนการทศวรรษใหม่ของการทำงานเชิงรุกสู่การสร้างสุขภาพของชุมชนที่ยั่งยืน



บพ.กิตติพงษ์ อุบลสะอาด



คุณผาสุ ขวัญเจริญตา



คุณราตรี เป็งใจ

คุณผาสุ ขวัญเจริญตา ผู้จัดการโครงการพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิและภาคีในการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจังหวัดอุตรดิตถ์ (ปภส.) เผยว่า งานครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการเผยแพร่การขับเคลื่อนการทำงานเพื่อสุขภาพในชุมชนตามแผนงานของโครงการฯ ซึ่งตั้งเป้าสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิและภาคีในการจัดการสังคมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจังหวัดอุตรดิตถ์ โดยใช้การสร้างกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง สามารถสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีสุขภาพในชุมชนในการจัดการสังคมสุขภาพฯ ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายแต่ละชุมชนในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งจาก สสส.

“การทำงานขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมเป็นกลไกหลักในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนที่มุ่งลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน มีแกนนำหลักคือ นักจัดการสุขภาพชุมชน ซึ่งในแต่ละชุมชนจะมาจากทั้ง 3 ภาคส่วนคือ เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน ทุกชุมชนจะมีทุกฝ่ายที่ก้าวมาเป็นแกนนำ ซึ่งจะได้เข้าฝึกอบรมการจัดการสุขภาพในรูปแบบที่เน้นกระบวนการคิด วิเคราะห์ ปัญหาของชุมชนด้วยตัวของชุมชนเจ้าของปัญหาเอง สุดท้ายทุกคนจะสามารถค้นพบวิธีการแก้ไขปัญหาที่สามารถลงมือทำได้จริง”

โครงการฯ วางยุทธศาสตร์สำคัญ 5 ด้านคือ การบูรณาการเป้าหมายและกระบวนการดำเนินงาน การเชื่อมประสานเครือข่ายภาคีสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการความรู้และการสื่อสารนวัตกรรมสุขภาพ และเวทีเสริมพลังซึ่งมุ่งสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ สนับสนุนโดยทีมพี่เลี้ยง กระบวนการสร้างขวัญและกำลังใจ ยกย่องเชิดชู จัดการเรียนรู้แบบผ่อนคลายมุ่งให้เกิดการแสดงออกทางศักยภาพได้อย่างเต็มที่ มุ่งให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ และการให้การยอมรับนับถือความรู้ในตัวบุคคล

สำหรับโครงการฯ ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งถือเป็นปีแรกมีการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบ 7 แห่งคือ ตำบลหัวดวง ตำบลชัยชุมพล ตำบลพระเสด็จ ตำบลผาจุก ตำบลหาดสองแคว ตำบลคอชุม และตำบลลับแล ผ่านรูปแบบบูรณาการร่วมกันทั้งหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำภาคประชาชน ในการคิด วิเคราะห์ ปัญหา และร่วมกันออกแบบกระบวนการแก้ไขปัญหา

ร่วมกัน จนถึงการประชุมผลดำเนินงานร่วมกันแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน กระทั่งนำไปสู่รูปแบบของการจัดการสังคมสุขภาพที่หลากหลาย เช่น การจัดการอาหารปลอดภัยที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพเรื้อรังจากการป้องกันปัจจัยเสี่ยง การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ รวมทั้งนวัตกรรมสุขภาพและองค์ความรู้ของชุมชนที่สามารถนำไปขยายผลการดำเนินงานเพื่อขยายผลในการแก้ปัญหาสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายที่กว้างขึ้นในชุมชน

ภายในงาน “มหกรรมสุขภาพสร้างสรรค์...ด้วยมือเรา” มีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อนำเสนอผลงานการขับเคลื่อนงานสุขภาพสร้างสรรค์ของ 7 พื้นที่ต้นแบบ ทั้งงานประชุมวิชาการ เวทีเสวนา งานแสดงนิทรรศการลานแสดงสินค้า ตลาดสีเขียวเพื่อชุมชน จำหน่ายผลิตภัณฑ์ปลอดสาร อาหารปลอดภัย ผักอินทรีย์ และสินค้าพื้นเมืองลับลแล โดยมี **นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น รองประธานคณะกรรมการบริหารแผนคณะ 7 สสส.** กล่าวเปิดงานพร้อมให้กำลังใจภาคีเครือข่ายผู้เข้าร่วมงานในการขับเคลื่อนจัดการสุขภาพชุมชน จากนั้นเป็นการปาฐกถาพิเศษโดย **รศ.ดร.เสรี พงศ์พิศ ผู้อำนวยการมหาวิทยาลัยชีวิต สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน** ในหัวข้อ “บทบาทเครือข่ายชุมชน และการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชน” ที่บอกเล่าเรื่องราวการทำงานร่วมกับชุมชนในมิติสุขภาพผ่านประสบการณ์ตรง นับเป็นการส่งเสริมแรงบันดาลใจให้เครือข่ายคณะทำงานจัดการสุขภาพชุมชนมองเห็นช่องทางการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพในพื้นที่ของตน

นพ.กิตติพงศ์ อุบลสะอาด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับลแล กล่าวว่า การทำงานของทีมจัดการสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้นใน 7 พื้นที่ มาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลลับลแล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำภาคประชาชนพื้นที่ละ 5 คน ทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้แนวทางการเรียนรู้แบบใช้บริบทเป็นฐานในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนโดยมีกลไกการขับเคลื่อนจากทีมวิชาการของโรงพยาบาลลับลแลทำหน้าที่ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้การใช้งานวิจัยในงานประจำและเป็นพี่เลี้ยงหนุนเสริมในทุกกระบวนการเรียนรู้ พร้อมยืนยันว่าปัจจุบันเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายหลักในทุกพื้นที่ต้นแบบ และขยายผลไปยังประชาชนในชุมชนให้เกิดความสนใจในการดูแลสุขภาพ เช่น ประเด็นอาหารต้านโรคที่เกิดชุดความรู้ของชุมชนในเมนูหลากหลาย เช่น เมนูลดไขมันในเส้นเลือด เมนูต้านเบาหวาน อาหารปลอดสาร หรือในประเด็นการเลี้ยงหมูหลุมไร้กลิ่น และการจัดการขยะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกิดความร่วมมือกันทำของชุมชน เนื่องจากแนวคิดในการจัดการแก้ไขปัญหาทุกอย่างนั้นมาจากการคิดค้นของตัวชุมชนทุกขั้นตอน

คุณผาสุข แก้วเจริญตา กล่าวเสริมว่า ความสำเร็จในการเกิดทีมจัดการสุขภาพชุมชนมาจากการเปิดให้ตัวแทนชุมชนได้มีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นแรก คือ การร่วมกันคิด วิเคราะห์ปัญหาของชุมชนด้วยตัวเอง ซึ่งส่งผลให้ความร่วมมือในชุมชนเกิดขึ้นได้จริง โดยมีทีมวิชาการหลักเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน รวมถึงเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในการจัดการสุขภาพด้านต่าง ๆ เข้ามาแบ่งปันประสบการณ์ให้แก่ทีมจัดการสุขภาพทั้งหมด

“ตอนเริ่มต้นงานใน 7 พื้นที่ ทำทุกวิธีเพื่อสนับสนุนให้แกนนำได้พลังและแรงบันดาลใจในการทำงาน เช่น บางครั้งได้ไปแลกเปลี่ยนในเวทีระดับภาค ระดับประเทศของชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ซึ่งทำงานเชื่อมต่อกับชุมชนในหลากหลายพื้นที่อยู่แล้ว พวกเขาจะได้รับรู้ประสบการณ์ของคนอื่น ๆ มาประยุกต์ใช้กับบ้านตัวเอง หรือแม้แต่การเกิดแรงบันดาลใจในการทำงาน เพราะพื้นที่อื่นบางแห่งมีเงินตั้งต้นในการพัฒนาโครงการฯ เพียง 10,000 บาท แต่ยังทำงานให้เกิดผลสำเร็จขึ้นได้ ทำให้หลายคนก็คิดต่อว่า ทำไมชุมชนเราจะทำไม่ได้ ทั้งที่มีทุนตั้งต้นมากกว่าด้วยซ้ำไป ซึ่งพี่เลี้ยงก็ทำหน้าที่สนับสนุน ส่งเสริมให้ลงมือทำ แล้วก็ชื่นชม”

ผู้จัดการโครงการฯ ยังย้ำถึงหนึ่งกลไกความสำเร็จในการทำงานคือ จำเป็นต้องผลักดันให้ทุกชุมชนลงมือทำและให้กำลังใจกับชุมชนสม่ำเสมอ เพื่อเป็นพลังในการทำงานขั้นต่อไป ไม่ว่าจะเป็นจุดเริ่มต้นจะเกิดผลลัพธ์ได้ดีหรือไม่อย่างไร การพูดสื่อสารเพื่อให้กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญเสมอ เนื่องจากสามารถส่งเสริมให้แต่ละคนก้าวผ่านความยากหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น

ด้าน **คุณราตรี เป็งใจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.แม่พูล อำเภอลับแล** หนึ่งในผู้จัดการสุขภาพในโครงการการขับเคลื่อนพลังชุมชนในการป้องกันโรคเบาหวานด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น **“เมนูอาหารพื้นบ้านต้านโรคเบาหวาน”** เล่าถึงการทำงานในรูปแบบยกให้ประชาชนเจ้าของปัญหาและแกนนำหลักในการขับเคลื่อนในระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สามารถคิด ตัดสินใจ และเลือกดำเนินการออกแบบการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบคลุม และชุมชนได้อย่างสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ทำงานจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื่องจากการทำงานเรื่องจัดการสุขภาพในชุมชนก่อนหน้านี้ของ **คุณราตรี เป็งใจ** ด้วยวิธีการคิดค้นปัญหาเอง ซึ่งปัญหาไปยังชุมชน บอกให้ชุมชนแก้ไขตามนโยบายของสาธารณสุขกำหนด ทำแล้วยังไม่สัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้มากนัก รวมทั้งก่อนหน้านี้ระหว่าง รพ.สต. และเทศบาลยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วนกัน เชื่อมต่อกันแค่ในระดับผู้บริหาร แต่เมื่อมีโครงการฯ นี้เข้ามาจำเป็นต้องเข้าอบรมกระบวนการร่วมกันทั้งสององค์กร พร้อมกับแกนนำภาคประชาชน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในการขับเคลื่อนงานร่วมกันทั้ง 3 ภาคส่วน ในขณะที่การทำงานกับชุมชนมีประสิทธิผลมากขึ้น เกิดความร่วมมือกันวิเคราะห์หาทางจัดการปัญหาต่าง ๆ

“เมื่อก่อนออกจดหมายเชิญมาประชุมยังไม่อยากมาเลย หรือมาก็แค่เป็นพิธีว่าหมอบให้มาก็มาแค่นั้น แต่ตอนนี้โทรศัพท์บอกก็มาทันเต็ม มาจัดของ ช่วยกันทำกับข้าว คือพอผ่านกระบวนการร่วมกันคิดร่วมกันทำมาแล้วก็ดีขึ้นเยอะ ทุกคนในชุมชนมีศักยภาพในตัวเองเยอะ เก่งมาก แต่เมื่อก่อนเราเข้าไปถึงพวกเขาเลย เพราะเมื่อก่อนทำงานกันแบบข้างบนสั่งการลงมา ทุกวันนี้เป็นการทำงานแบบข้างล่างขึ้นไปข้างบน ทำให้เกิดการรับรู้และขยับงานในระดับชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ถ้าเราย้ายจากที่นี่ไปเมื่อไหร่ ก็ยังทำงานต่อกันได้ เพราะเหลือแกนนำอีกตั้ง 4 คน คอยสานต่อ ส่งต่อการทำงานให้แก่คนใหม่มาทำแทนได้”

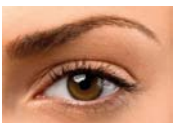
ในงาน “มหกรรมสุขภาพสร้างสรรค์...ด้วยมือเรา” ยังมีเวทีเสวนา “สุขภาพชุมชน ทุกคนคือแกนนำ มิติใหม่การจัดการสุขภาพชุมชน” กับตัวแทนผู้จัดการสุขภาพชุมชน 7 พื้นที่พูดคุยเกี่ยวกับแนวคิดในการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งพื้นที่ตลาดสีเขียว...เพื่อชุมชน ในบริเวณลานกิจกรรมโรงพยาบาลลับลแล ซึ่งเป็นการออกร้านของกลุ่มเครือข่ายผลิตอาหารปลอดภัยและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพที่ผลิตโดยชุมชนกว่า 70 ร้านค้า เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ แนวทางการจัดการปัญหาด้านสุขภาพของแต่ละชุมชนที่ทำได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
12-13 กรกฎาคม 2556 	อนุสาขา Sports Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย และ Thai Orthopedic Society for Sports Medicine (TOSSM)	การประชุม The 3 rd Annual Meeting of Thai Orthopaedic Society for Sports Medicine ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน	โทรศัพท์ 0-2716-5436-7
1-3 สิงหาคม 2556 	สมาคมโรคไต แห่งประเทศไทย	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 	ราชวิทยาลัยแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทย	การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 สำหรับแพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ปฏิบัติงาน 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 ราชวิทยาลัยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	การประชุม The Combined Meeting of 2013 Asia Pacific Hip Society (APHS) and 2013 Annual Meeting of The Thai Hip & Knee Society (THKS) ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน	โทรศัพท์ 0-2716-5436-7
16 สิงหาคม 2556 	สมาคมความดันโลหิตสูง แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการกลางปี ครั้งที่ 11 "What's" new in Hypertension? ณ ห้อง Infinity 1-2 โรงแรมพูลแมน คิงเพาเวอร์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6448 โทรสาร 0-2716-6449 www.thaihypertension.org
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
26-28 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
4-6 กันยายน 2556 	โครงการจัดตั้ง ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การบำบัดด้วยการรับรู้และพฤติกรรม: หลักการและแนวทางในเวชปฏิบัติ ณ โรงแรมสยามเคมปินสกี กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2926-9204-5 โทรสาร 0-2926-9485 E-mail: muthita.ph@gmail.com

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
11-13 กันยายน 2556 	กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ 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 ตอ 94162, 94163 โทรสาร 0-2354-7827 www.pedpkmk.org
20 กันยายน 2556 	สมาคมแพทย์ผิวหนัง แห่งประเทศไทย	ประชุมกลางปี พ.ศ. 2556 สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย DST Mid-Year Meeting 2013	โทรศัพท์ 0-2716-5256 โทรสาร 0-2716-6857 www.dst.or.th
10-13 ตุลาคม 2556 	ชมรมบริบาลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia Pacific Hospice Palliative Care Network	การประชุมวิชาการสัมมนาระดับนานาชาติ 10 th Asia Pacific Hospice Conference 2013 "Integration and Harmony of Wisdom in Palliative Care" ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ	www.aphc2013.com
11 ตุลาคม 2556 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจ แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	งานประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2556 ณ ห้องบุหงา โรงแรม Golden Tulip ถ.พระราม 9 กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-0060-4 โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: thaiheart@thaiheart.org
20-22 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2556 ใน Theme "Current Trends in Orthopaedics 2013" ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคัลฟ์ บีช วิลเลจ 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 โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ กรุงเทพฯ	โทรสาร 0-2716-5720 www.aocog2013.org
23-26 ตุลาคม 2556 	สมาคมโรคติดเชื้อ แห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่วิชาการประจำปี ครั้งที่ 39 ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติเอ็มเพรส โรงแรมดิเอ็มเพรส จังหวัดเชียงใหม่	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 ด้านศัลยกรรมและสมาคม 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

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

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
20-22 August 2013 	Next Generation Dx Summit: Moving Assays to the Clinic	Washington, District of Columbia	United States of America	www.nextgenerationdx.com
7-15 September 2013 	Neurosurgery Update Course	Coventry	England	www.neurosurgeryupdate.com
11-14 September 2013 	8 th Congress of the International Association for the History of Nephrology (IAHN)	Ancient Olympia	Greece	www.8thiahncongress2013.com
23-25 September 2013 	3 rd Global Conference: Making Sense of Chronicity	Oxford	United Kingdom	www.inter-disciplinary.net/probing-the-boundaries/making-sense-of/chronicity/call-for-papers/
23-25 September 2013 	SFRR-Europe 2013 Conference: The new era of -omics in Free Radicals in Biology and Medicine	Athens	Greece	www.sfrr-europe2013.gr
25-27 September 2013 	EUROcleftNet Research Conference: Completing the circle: shared opportunities to address the challenges of orofacial clefts	Plovdiv	Bulgaria	www.eurocleftnet2013.cim.bg
26-27 September 2013 	Targeting Ocular Disorders	Boston	United States of America	www.healthtech.com/Targeting-Ocular-Disorders/
27-28 September 2013 	English for Healthcare	Locarno, Canton Ticino	Switzerland	www.englishforhealthcare.com
4-6 October 2013 	Challenges in Clinical Cardiology	Chicago	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2013r006

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 Kam 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



The Royal College of Pediatricians of Thailand
Paediatric Society of Thailand
and SANOFI PASTEUR

*From rabies vaccine you can trust
to new innovative JE vaccine*



Moderator :
Prof.Somsak
Lolekha



Speaker :
Prof.Terapong
Tantawichien



Speaker :
Prof.Kulkanya
Chokephaibulkit



April 25th, 2013

Dusit Thani Hotel, Pattaya

SANOFI PASTEUR

[ภาพข่าว]

กองบรรณาธิการ

แบรนด์มอบทุนการศึกษา “โครงการครุทายาท” ม.มหิดล

นายตุลย์ วงศ์สุภสวัสดิ์ ผู้จัดการทั่วไป บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด ได้มอบทุนการศึกษาแก่นักศึกษา โครงการครุทายาท ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี รศ.ดร.นพ.พิทยา จารุพูนผล คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ เป็นผู้รับมอบทุนการศึกษาในครั้งนี้ ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อเร็ว ๆ นี้



“บาลานซ์ บาย ไฮโดรเฮลท์” มิติใหม่แห่งการชะลอวัยแบบองค์รวม



คุณสาธินี โมกชะเวส (ซ้าย) กรรมการผู้จัดการ คลินิกเวชศาสตร์ชะลอวัยแบบองค์รวม บาลานซ์ บาย ไฮโดรเฮลท์ เผยมิติใหม่ของการดูแลสุขภาพ ชะลอวัยและความสมดุลของชีวิตด้วยการล้างพิษ ปรับสมดุลของร่างกาย และซ่อมแซมฟื้นฟูอวัยวะต่าง ๆ โดยมีพิธีกรมีอาชีพนี มีสุข แจ่มมีสุข พร้อมทั้งดารานักแสดงสาว ภัทธาริน ยอดกมล เข้ารับการฟื้นฟูสุขภาพ ณ ชั้น 4 ศูนย์การค้าเอราวัณแบงค็อก ถนนเพลินจิต เมื่อเร็ว ๆ นี้

วงการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย



สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย



สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย



สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย



สมาคมอัลตราซาวด์ทางการแพทย์แห่งประเทศไทย

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่จากสมาคม ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



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



Infanrix hexa™

(Combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis, hepatitis B, inactivated poliomyelitis virus, and Haemophilus influenzae type b vaccine)¹

“The 6-in-1 vaccine with worldwide experience”²



- *Infanrix Hexa* is more than 10 years of heritage distributed worldwide to date²
- Provides proven long-term protection against hepatitis B¹
- Provides proven protection against Hib disease³
- Can be co-administered with pneumococcal conjugate vaccines², Priorix-Tetra⁴ and Rotarix⁵
- Provides the flexibility needed to support many different childhood vaccination schedules across different countries⁶⁻¹¹
- Can be given to premature children¹
- Distributed more than 28 Million doses worldwide²

References :

1. Prescribing information of *Infanrix Hexa* 2. Dhillon S, et al. *Drugs* 2010;70(8):1021-1058 3. Kalies H, et al. *Vaccine* 2008;26(20): 2545-2552 4. Prescribing information of Priorix-tetra 5. Prescribing information of Rotarix 6. Aristegui J, et al. *Vaccine* 2003;21(25-26): 3593-3600 7. Tichmann I, et al. *Vaccine* 2005;23(25): 3272-3279 8. Zepp F, et al. *Vaccine* 2004;22(17-18): 2226-2233 9. Schmitt HJ, et al. *J Pediatr* 2000;137(3): 304-312 10. Gatchalian S, et al. *Philipp J Pediatr* 2007; 56(3): 153-161 11. Avdicova M, et al. *Eur J Pediatr* 2002;161(11): 581-587

Abbreviated Prescribing Information for use in the International Area Based on full International Datasheet (Version Number 7) and Prepared to Meet the Requirements of the GSK International Pharmaceutical Promotional and Marketing Policy.

Infanrix hexa™, Active Ingredients: Combined diphtheria-, tetanus-, acellular pertussis, hepatitis B, enterovirus inactivated polio vaccine and Haemophilus influenzae type b vaccine. **Indications:** *Infanrix hexa™* is indicated for primary and booster vaccination of infants against diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B, poliomyelitis and Haemophilus influenzae type b. **Dosage and Administration:** Primary vaccination: The primary vaccination schedule consists of three doses of 0.5 ml (e.g. 2, 3, 4 months; 3, 4, 5 months; 2, 4, 6 months) or two doses (e.g. 3, 5 months). There should be an interval of at least 1 month between doses. The Expanded Program on Immunization schedule (e.g. 6, 10, 14 weeks of age) may only be used if a dose of hepatitis B vaccine has been given at birth. Locally established immunopharmacokinetic measures against hepatitis B should be maintained. Where a dose of hepatitis B vaccine is given at birth, *Infanrix hexa™* can be used as a replacement for supplementary doses of hepatitis B vaccine from the age of 6 weeks. If a second dose of hepatitis B vaccine is required before this age, mono-valent hepatitis B vaccine should be used. Booster vaccination: After a vaccination with 2 doses (e.g. 3, 5 months) of *Infanrix hexa™* a booster dose must be given at least 6 months after the last priming dose, preferably between 11 and 15 months of age. After vaccination with 3 doses (e.g. 2, 3, 4 months; 3, 4, 5 months; 2, 4, 6 months) of *Infanrix hexa™* a booster dose may be given at least 6 months after the last priming dose and preferably before 18 months of age. Booster doses should be given in accordance with the official recommendations. *Infanrix hexa™* can be considered for the booster if the composition is in accordance with the official recommendations. **Method of administration:** *Infanrix hexa™* is for deep intramuscular injection. **Contra-indications:** Hypersensitivity to the active substances or to any of the excipients or residues. Hypersensitivity after previous administration of diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B, polio or Hib vaccine. *Infanrix hexa™* is contra-indicated if the child has experienced an encephalopathy of unknown aetiology, occurring within 7 days following previous vaccination with pertussis containing vaccine. In these circumstances pertussis vaccination should be discontinued and the vaccination course should be continued with diphtheria-tetanus, hepatitis B, inactivated polio and Hib vaccines. **Warnings and Precautions:** Administration of *Infanrix hexa™* should be postponed in subjects suffering from acute severe febrile illness. The presence of a minor infection is not a contra-indication. Vaccination should be preceded by a review of the medical history especially with regard to previous vaccination and possible occurrence of undesirable events and a clinical examination. If any of the following events are known to have occurred in temporal relation to receipt of pertussis-containing vaccine, the decision to give further doses of pertussis-containing vaccines should be carefully considered: temperature of $\geq 40.0^{\circ}\text{C}$ within 48 hours, not due to another identifiable cause; collapse or shock-like state (hypotonic-hyporeflexic episodes) within 48 hours of vaccination; persistent, intractable crying lasting ≥ 3 hours, occurring within 48 hours of vaccination; convulsions with or without fever, occurring within 3 days of vaccination. There may be circumstances, such as a high incidence of pertussis, where the potential benefits outweigh possible risks. In children with progressive neurological disorders, including infantile spasms, uncontrolled epilepsy or progressive encephalopathy, it is better to defer pertussis (Pa or Pw) immunisation until the condition is corrected or stable. However, the decision to give pertussis vaccine must be made on an individual basis after careful consideration of the risks and benefits. As with all injectable vaccines, appropriate medical treatment and supervision should always be readily available in case of a rare anaphylactic event following the administration of the vaccine. *Infanrix hexa™* should be administered with caution to subjects with thrombocytopenia or a bleeding disorder since bleeding may occur following an intramuscular administration to these subjects. *Infanrix hexa™* should not be used under no circumstances be administered intravenously or intradermally. *Infanrix hexa™* contains traces of neomycin and polymyxin. The vaccine should be used with caution in patients with known hypersensitivity to one of these antibiotics. A history of febrile convulsions, a family history of convulsions, or Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) do not constitute contraindications for the use

of *Infanrix hexa™*. Vaccines with a history of febrile convulsions should be closely followed up as such adverse events may occur within 2 to 3 days post vaccination. Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection is not considered as a contraindication. The expected immunological response may not be obtained after vaccination of immunosuppressed patients. Since the Hib capsular polysaccharide antigen is excreted in the urine a positive urine test can be observed within 1-2 weeks following vaccination. Other tests should be performed in order to confirm Hib infection during this period. Limited data in 160 premature infants indicate that *Infanrix hexa™* can be given to premature children. However, a lower immune response may be observed and the level of clinical protection remains unknown. The potential risk of apnoea and the need for respiratory monitoring for 48-72h should be considered when administering the primary immunisation series to very premature infants (born ≤ 28 weeks of gestation) and particularly for those with a previous history of respiratory immaturity. As the benefit of vaccination is high in this group of infants, vaccination should not be withheld or delayed. Soreness (tenderness) 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 falls. **Interactions:** There are insufficient data with regard to the efficacy and safety of simultaneous administration of *Infanrix hexa™* and Menaxlo-Meningo-Polio vaccine to allow any recommendation to be made. Data on concomitant administration of *Infanrix hexa™* with Prevnar™ (pneumococcal acellular conjugate vaccine, adsorbed) have shown no clinically relevant interference in the antibody response to each of the individual antigens when given as a 3 dose primary vaccination. However, high incidence of fever $> 38.5^{\circ}\text{C}$ was reported in infants receiving *Infanrix hexa™* and Prevnar™ compared to infants receiving the hexavalent vaccine alone. Antipyretic treatment should be initiated according to local treatment guidelines. As with other vaccines it may be expected that in patients receiving immunosuppressive therapy, an adequate response may not be achieved. **Frequency and Duration:** *Infanrix hexa™* is not intended for use in adults. Information on the safety of the vaccine when used during pregnancy or lactation is not available. **Adverse Reactions:** Clinical trial data. Very common: appetite lost, irritability, crying, abnormal, restlessness, pain, redness, local swelling at the injection site (≥ 50 mm), fever $> 38^{\circ}\text{C}$, fatigue Common: nervousness, vomiting, diarrhoea, pruritus, local swelling at the injection site (≥ 50 mm), fever $> 38.5^{\circ}\text{C}$, injection site reactions, including induration, blooming. Upper respiratory tract infection, sore throat, cough, diffuse swelling of the injected limb, sometimes involving the adjacent joint. Rare: bronchitis, rash. Very rare: convulsions (with or without fever), dermatitis, urticaria. Post Marketing Data: Blood and lymphatic system disorders: Lymphadenopathy, thrombocytopenia, immune system disorders: Allergic reactions (including anaphylactic and anaphylactoid reactions), Nervous system disorders: Collapse or shock-like state (hypotonic-hyporeflexic episodes), Respiratory, thoracic and mediastinal disorders: Apnoea*, Skin and subcutaneous tissue disorders: Angioedema*, oedema*. General disorders and administration site conditions: Extensive swelling reactions, swelling of the entire injected limb*, vesicles at the injection site, *observed with other GSK DTPa-containing vaccines. *Children primed with acellular pertussis vaccines are more likely to experience swelling reactions after booster administration in comparison with children primed with whole cell vaccines. These reactions resolve over an average of 4 days. Experience with hepatitis B vaccine/Pertussis, meningitis, encephalopathy, encephalitis, meningitis, meningococcal sepsis, neuritis, hypotension, scoliosis, Kichen plusus, erythema multiforme, arthritis and muscular weakness have been reported during post-marketing surveillance following GlaxoSmithKline Biologicals' hepatitis B vaccine in infants < 2 years old. The causal relationship to the vaccine has not been established. **Overdose:** Insufficient data are available.

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, Pathumwan, Bangkok 10330, Tel: 02-65930000 Fax: 02-65945857

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ รศ. 334/2556
THINF/0006/13

GSK มีความมุ่งมั่นในการรวบรวมและจัดการข้อมูลด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ของเราอย่างมีประสิทธิภาพ เราส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์แจ้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ 081-9034499 หรือ safety_th@gsk.com



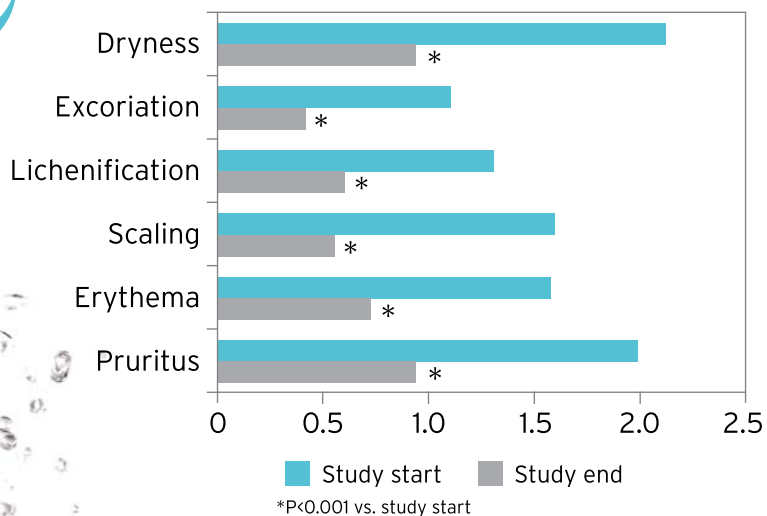
Dry and sensitive skin?

Feel the immediate and noticeable difference.



Physiogel AI Cream help relieve atopic dermatitis symptoms in substantial number of AD patients

"Clinical signs and symptoms according to physicians" assessment at study start and study end



Adjuvant treatment of atopic eczema: assessment of an emollient containing N-palmitoylethanolamine (ATOPA study)

• Open, non-interventional, observational study in 2456 patients (923 children) with mild to moderate Atopic Eczema using Physiogel A.I. over a period of 38 days • World's biggest study with a in Atopic Eczema • Evaluation of AD symptoms and frequency of steroid use • 524 Dermal and Peds • Philippines, Brazil, Spain, Germany

B Eberlein, C Eicke, H-W Reinhardt, J Ring, Adjuvant treatment of atopic eczema: assessment of an emollient containing palmitoylethanolamine (ATOPA study); JEADY 2008;22:73-82

- ☒ No Colorants
- ☒ No Fragrance
- ☒ No Preservatives



PHYSIOGEL™



Comfort your skin with Physiogel whenever skin gets dry and sensitive. With leading moisturizing technology, it synergistically replenishes, restores skin lipid barriers, and hence locks up moisturizer up to 72 hours even after wash. You could feel the immediate and noticeable results