

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, โคโมไฟ, เตียงผ่าตัด อย่างใดอย่างหนึ่งจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- หากสามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาอังกฤษได้จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ
- สามารถเดินทางไปต่างประเทศได้เป็นครั้งคราว
- อัตราเงินเดือนมากกว่าเงินเดือนสุดท้าย 20 เปอร์เซ็นต์

2. พนักงานขาย

14 อัตรา

- วุฒิ ปวส.-ปริญญาตรี ทางด้านเครื่องมือแพทย์ ไฟฟ้า อิเล็กทรอนิกส์ คอมพิวเตอร์ หรือสาขาใกล้เคียง

- อายุไม่เกิน 35 ปี

- มีรถยนต์หรือมอเตอร์ไซด์เป็นของตนเอง

- ไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์

3. Product Manager/ Product Specialist

10 อัตรา

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

สนใจสมัครงานให้ส่งเอกสารถึง ผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ วงเล็บมุมซองว่า สมัครงาน (ไม่รับผิดชอบทางโทรศัพท์)

บริษัท เซนต์ เมติกอล (ครีติกอล แกร์) จำกัด

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

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



ห้องโถงปราสาทเสา | เพดานระบบแกลกวอลค์ | ห้องครัวทันสมัยภายในศูนย์ประชุม | บริการแปลภาษาในการประชุม | ลานจอดรถสีกอปโตรับอาคาร | 352 จุดจ่ายสารานุกรมโลก 448 บุรุษสตรีสีกา | 4 ห้องรับรองพิเศษ | สำนักงานผู้จัดงาน | 4 ห้องควบคุม | 18 ห้องประชุมย่อย | เพดานสูง 9.5 เมตร | อินเทอร์เน็ตไร้สาย | ศูนย์บริการการธุรกิจ การเข้าชมนักแสดงในอาคาร | ลานจอดรถภายในอาคาร 506 คัน | พื้นที่จอดรถ 1 - 2.5 คัน



กลุ่มธุรกิจโรงแรมรอยัล คลิฟ และศูนย์ประชุมพีช 353 ถนนพหลโยธิน กรุงเทพมหานคร 10710, ประเทศไทย
 Tels. 038-250421 | Tels. 038-250511 | mice@royalcliff.com | www.peachthailand.com

PEACH
 HOSPITALITY & RECREATION

ROYAL CLIFF HOTELS GROUP
 THE STATE OF EXCLUSIVITY & EXCITEMENT

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.®



ขอเชิญแพทย์ กทันตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมรับเสด็จ
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี
 ในพิธีเปิดและเข้าประชุมวิชาการร่วม



ประจำพุทธศักราช ๒๕๕๖

Optimize the Quality of Life for all Generations

หัวข้อการบรรยายที่น่าสนใจ

- ปรากฏการณ์พิเศษ เรื่อง “พระราชกรณียกิจของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี กับรางวัลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ” โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์สุพัฒน์ วาณิชยการ
- Healthcare Sector of Thailand after 2015 โดย นายแพทย์ปราเสริฐ ปราสาททองโอสถ
- AEC กับผลกระทบต่อแพทย์ กทันตแพทย์ และพยาบาล
- CEO Talk การบริหารโรงพยาบาลเอกชนในทศวรรษหน้า
- Emerging Trend in Health Care Logistic
- Effective Emergency Transport Network : Time is Life
- ชีวิตใหม่กับหัวใจเด็ก
- Stress Management for Nurses
- Updated Current Trends in Endodontics
- Optimizing a Good Sleep for all Ages through Oral Appliance Therapy

CME
 22.5
 CDEC
 22
 CNEU
 20

วันที่ 11-13 กันยายน 2556

ห้องแกรนด์ฮอลล์ โรงแรมอิมพีเรียล ควีนส์ปาร์ค

• ค่าลงทะเบียน 800 บาท

- ยกเว้นค่าลงทะเบียนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
- รายได้จากค่าลงทะเบียนทั้งหมดถูกเฉลี่ย ๙ ถวาย สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี
- ติดต่อสอบถาม: โทร 02-378-9207 ลงทะเบียน: คุณสุลักษณ์ บัวคลี โทร/โทรสาร 02-378-9207
 Email: Sulakkana.bu@samitivej.co.th ลงทะเบียนออนไลน์: <http://www.samitivejhospitals.com/symposium.aspx>

ADVANCED REHAB TECHNOLOGY CONFERENCE ARTeC 2013

12-13 Sept 2013

QSNCC • Bangkok • Thailand
(Queen Sirikit National Convention Center)

www.medicalfair-thailand.com/conference.html

The Advanced Rehabilitation Technology Conference 2013 (ARTeC 2013) will be held in Bangkok from 12 to 13 September 2013. This scientific event will be held alongside MEDICAL FAIR THAILAND and is organized by the scientific committee, the executive board of the Royal College of Physiatrists of Thailand and Thai Rehabilitation Medicine Association. The main theme includes two-day lectures and workshops related to advanced technology and emerging trends in modern rehabilitation medicine such as segmental neuromyotherapy, musculoskeletal ultrasound, advanced management in swallowing difficulty after stroke, and robotics and brain stimulation technology in neurological rehabilitation.

Keynote speakers include the President of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM), Professor Marta Imamura, and other distinguished speakers from Germany, Taiwan and Thailand. This event will be very exciting and especially fruitful for resident trainees, junior and experienced physiatrists as well as allied professionals involved in the field of medical rehabilitation.

Meet Our Distinguished Speakers

Keynote Speaker



Prof. Marta Imamura
M.D., Ph.D.

President of ISPRM (International Society of Physical and Rehabilitation Medicine) and Affiliated Professor of Physical Medicine and Rehabilitation University of São Paulo School of Medicine.



Prof. Tyng-Guey Wang
M.D.

Chairman of the Department of Physical medicine & Rehabilitation, National Taiwan University, Taipei, Taiwan.



Assoc. Prof. Wen-Shiang Chen
M.D., Ph.D.

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, National Taiwan University College of Medicine & National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan.



Dr. Cordula Werner
Ph.D.

Head of Lab for motion analysis of the Charité, Charité University Medicine Berlin, Medical Park Berlin.



Maj-Gen. Assist. Prof. Graiwaat Teeranet
M.D.

President The Royal College of Physiatrists of Thailand.



Prof. Areerat Suputtitida
M.D.

Dept. of Rehabilitation Medicine, Chulalongkorn Memorial Hospital.



Col. Assist. Prof. Dr. Wipoo Kummerddee

Department of Rehabilitation Medicine Phramongkutklao Hospital, Bangkok.



Assist. Prof. Phawin Keskool
M.D.

Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.



Dr. Phakamas Tanvijit
M.D.

Head of Rehabilitation Swallowing Team, Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand



Assist. Prof. Parit Wongphaet
M.D.

Dept. of Rehabilitation Medicine, Samrong General Hospital.

BOOK YOUR SEAT NOW!

www.medicalfair-thailand.com/artec2013-registration.html

Programme At A Glance

12 Sept 2013

Keynote speech:
Emerging Trends in Physical and Rehabilitation Medicine

Musculoskeletal Ultrasound:
How far we go?

Workshop 1
Segmental Neuromyotherapy
(update: principle and practice including demo of SNMT for cervical region and post-stroke hemiplegic shoulder pain)

Workshop 2
Musculoskeletal Ultrasound
(lecture and live demonstration of lower limb: hip, knee, ankle and foot)

13 Sept 2013

Swallowing Disorders:
Update in Research and Clinical Management

Robotics and Brain Stimulation Technology
in Neurological Rehabilitation

Workshop 3
Management of swallowing difficulty after stroke

Workshop 4
Robotics and Brain Stimulation Technology in Neurological Rehabilitation

*For more information, please visit,
www.medicalfair-thailand.com/conference.html

Concurrent Exhibition



Join us at Southeast Asia's No. 1 Medical and Health Care Exhibition!

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

12 - 14 Sept 2013

QSNCC • Bangkok • 10.00am - 6.00pm

MEDICAL FAIR THAILAND will bring together the best in the business of hospital, diagnostic, pharmaceutical, medical and rehabilitation equipment and supplies for the future of healthy collaboration and progress across the region.

Don't miss this premier exhibition where industry professionals experience up-to-date technologies and the latest in medical and healthcare solutions.

Pre-register your visit now at www.medicalfair-thailand.com

For enquiries, please contact

BLI (Thailand) Co Ltd

170/20, 8th Floor, Ocean Tower 1

New Ratchadapisek Road,

Klongtoey, Bangkok 10110

Tel (66) 2204 2580-5 _ Fax (66) 2204 2586

contact@blithailand.com

Conference Jointly organized by:





Chiang Mai Cardiology Conference (CMCC 15th)
Cardiovascular Guidelines Focus
and
Biopharm Chemicals Co., Ltd.

Cordially invite you to attend Luncheon Symposium



Statins Use : From Diabetes Risk to Cardiovascular Disease

Moderator : รศ.นพ.สุรพันธ์ ลิทธิสุข
หน่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

The Impact of Statin Treatment on New - Onset and Established DM

Speaker : ผศ.นพ.พงศ์อมร บุนนาค
หน่วยโรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม โรงพยาบาลรามาริบัติ

The Effect of Statin Therapy on Cardiovascular Continuum

Speaker : รศ.พญ.อรินทยา พรหมนิธิกุล
หน่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Friday, September 13th, 2013

12.00-13.30

Function Room 4,5,6 Floor 1

Shangri-La Hotel, Chiang Mai

BIOPHARM
Embracing life



U50

Pioneer the Popularization

Pioneer the Popularization



Color Doppler Imaging of Vertebral Artery



Color Doppler Imaging of Hepatic Vessels



Color Doppler Imaging of Kidney



High Sensitivity Color Doppler of Small Part



Transvaginal 2B Scan of Ovary



Transvaginal Scan of Fetus



Harmonic Imaging Shows Near Field details



Abundant peripheral ports: VGA, USB, DICOM, etc.

Quick save simplifies the operation

Color doppler flow imaging

Pulse wave doppler

12.1" high resolution LED display

Built-in lithium battery for 2 hours' continuous work

Light-weight design for excellent mobility

Unique gel holder design



Power doppler imaging

Backlit control panel



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



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.พ.อ.หญิง ปรีชาพันธ์ แสงอรุณ	L2 All about newborn and maternal infection พ.ท.นิสิพันธ์ สุระสุนตะ	L3 Bloody safety in pediatric transfusion ร.อ.ปิยะ รุจกิจยานนท์	Coffee break	L4 Hematologic lab test: Little things can make a big difference พ.ศ.หญิงชานันท์ มนต์ศรีวิบูลสรณ์	L5 Genetic testing: What pediatrician should know? พ.ท.บุญชัย บุญวัฒน์	L6 Step-by-Step approach to interpret arterial blood gas พ.ท.หญิงสุทธิดา จิงจิตรักษ์	Luncheon S1 (Abbott) Acute diarrhea: Antibiotic smart use and update management รศ.พ.อ.วีระชัย วิพัฒน์วิเศษ และพ.ศ.พ.หญิง นกอร ภาวีจิตร	Special L1 (Abbott) Failure to gain weight in toddler พ.อ.เรืองวิทย์ พันสีนพพรานุกุล	L7 Talk about TB with an expert รศ.พ.อ.พิริ้งกูร เก็ดพานิช	Coffee break	Spot Dx1 EKG: Make it easy พ.ศ.หญิงอังคณา บังสกุล	
พฤหัสบดีที่ 12 กันยายน 2556		L8 UTI: Updated guideline รศ.พ.อ.หญิง ประไพพนธ์ อีวสุปต์	L9 Acute diarrhea: Fluid and electrolyte therapy พ.อ.อัครินทร์ ลำพาทพงศ์	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.ศ.หญิงสมิตรา ศิริอาจกุล	L13 Vaccine allergy: Believe it or not พ.ศ.หญิงอรุรีย์ บุญฤกษ์วิวัฒน์	Luncheon S2 (MSD) Montelukast in general pediatric practices พ.ท.หญิงนพพร น้าบุญจพ	Special L2 (Takeda) Precocious puberty: Case based approach พ.ท.หญิงนพพร น้าบุญจพ	L14 FAQ in Congenital hypothyroidism พ.ญ.วรลักษณ์ ภักขิณจินต์		Spot Dx2 Dermatology quiz: Common cases at OPD พ.ศ.หญิงปัจจุรีย์ ชิตถิวงษ์	
ศุกร์ที่ 13 กันยายน 2556		L15 Choosing a school for my child พ.ศ.พ.อ.หญิง ชาศรียา วีระเมธ	L16 School failure: I'm a failure? พ.ท.หญิงไสรยา ชัชวาลานนท์	L17 Discipline a child with love and logic พ.ท.หญิงวีรารอง อธิคุณารักษ์		L18 Media is everywhere: How should our kids consume it? นพ.ภมร แสงทองศรีมงคล	Spot Dx3 Practical infectious diseases in childhood ศ.(เกียรติคุณ) พ.ศ.หญิง ศรีลักษณ์ นิเมสเสียว	Luncheon S3 (Mead Johnson) Scientific-based evidence of extensively hydrolyzed formula พ.อ.เรืองวิทย์ และ พ.ศ.พ.หญิงนภสร						

CME
16.45
Credits

สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์
กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 315 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
สอบถามรายละเอียด โทร. 02-354 7600 -28 ต่อ 94162, 94163 โทรสาร 02-3547827

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

สนับสนุนการพิมพ์ โดย
sanofi pasteur
The vaccine leaders of sanofi-sintelabo Group





เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ
 มหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๑๒ สิงหาคม ๒๕๕๖

สิริกิติ์ เกียรติ์น้ำ
 องค์คุณภวนาย
 ยืนยงยิ่งใดใด
 ดุจดั่งร่มท่มฟ้า
 พระกรณียกิจผลคำล้ำ
 หลากสิ่งพระราชทาน
 นำพระทัยสั่งอวยงาน
 ด้วยมิ่งพระกรุณาหลังทัน
 ‘พระพรชัยมงคล’ แนนสู่เท้า
 ทรงจูงพระสำราญดังประสงค์
 เกษมย์ก่อหลายมลายลง
 สรรพสิ่งน้อยๆ ถวายล้วน

ขจรไกล
 ก่องหล้า
 เปรียบเท่า
 ร่มท่มขาวชน
 นานแล้วเคย
 ยิ่งล้ำ
 พลัสสุขเฮ
 ท่วมล้ำทวยชน
 บาทบงส์
 ท่วมวัน
 ฟินาสัน
 แต่ให้ ‘พระแม่สยาม’

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม
 ข้าพระพุทธเจ้า ข้าราชการบริษัท สรรพสาร จำกัด ขอเดชะ
 (สโรจน์ ทรัพย์สุนทร ร้อยกรอง)

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

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

กรรมการบริหาร

วามณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแย้ม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรญาชะลิต

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารานุกรม

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ชิตสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

วรรณธ์ สอาดถิ่น

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

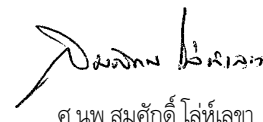
สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี
 แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

จริยธรรมของบริษัทยาในความร่วมมือ ทางเศรษฐกิจของเอเชียแปซิฟิก

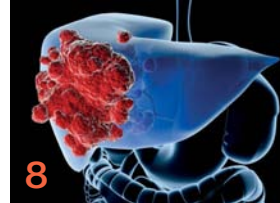
ประเทศไทยเป็นสมาชิก 12 ประเทศแรกของความร่วมมือทางเศรษฐกิจ
 ของเอเชียแปซิฟิก (Asia-Pacific Economic Cooperation หรือ APEC) ในปี พ.ศ.
 2532 ปัจจุบันมีสมาชิก 21 ประเทศ ทุกประเทศอยู่ที่ขอบของมหาสมุทรแปซิฟิก
 ของทวีปเอเชียและทวีปอเมริกา ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 จะมีการประชุมกัน
 ที่บาห์ลี เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมมือกันปฏิบัติตามข้อตกลงกัน สหรัฐอเมริกาได้
 ร่างข้อเสนอเกี่ยวกับจริยธรรมของธุรกิจผลิตภัณฑ์ทางยาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553
 เรียกว่า The Mexico City Principle ได้มีการประชุมกันหลายครั้งที่รัสเซีย
 (กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555) ที่ไทเป (กรกฎาคม พ.ศ. 2555)

หลักการที่สำคัญคือ การตัดสินใจทางการแพทย์จะต้องทำเพื่อผล
 ประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก จะต้องซื่อสัตย์และเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การ
 ตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์จะต้องเป็นอิสระโดยไม่มีอำนาจอื่นมา
 แทรกแซง ทุกสิ่งที่ปฏิบัติจะต้องมีเหตุผลที่ถูกต้อง ถูกกฎหมาย และเข้าได้กับความ
 เชื่อและวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ทุกอย่างที่เราจะทำจะต้องโปร่งใส ตรวจสอบได้
 เคารพต่อสิทธิและทรัพย์สินทางปัญญาของผู้อื่น บริษัทจะต้องมีจริยธรรมใน
 การส่งเสริมการขาย บริษัทจะต้องให้ข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งข้อดีและ
 ข้อเสียของยาที่จะใช้ต่อผู้ป่วย ให้ข้อมูลทางวิชาการ สนับสนุนการวิจัยและการ
 ศึกษา บริษัทไม่ควรให้สิ่งตอบแทนแก่แพทย์เพื่อให้แพทย์ใช้ยา บริษัทจะต้องให้
 ข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ บริษัทต้องรายงานผลข้างเคียงอัน
 ไม่พึงประสงค์แก่คณะกรรมการอาหารและยา กฎเกณฑ์คล้ายกับที่พริมาและ
 แพทยสภาได้ดำเนินการอยู่แล้วในบางส่วน รายละเอียดมีมาก เช่น การเอา
 ครอบครวไปประชุม การให้ของขวัญ การพาไปเที่ยว เป็นต้น ทางแพทย์และบริษัท
 ยาน่าจะต้องมาทบทวนการกระทำต่าง ๆ เพื่อไม่ให้ผิดจริยธรรมและกฎเกณฑ์
 ที่วางไว้ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง 21 ประเทศใน APEC


 ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 395 วันที่ 1 - 15 สิงหาคม 2556



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ผลเสริมโปรตีนสกัดจากถั่วเหลืองต่อมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นข้าหลังผ่าตัด
- เชื้อชาติและ Serum 25-Hydroxyvitamin D ต่อหลอดเลือดหัวใจตีบ
- Rosiglitazone และผลลัพธ์ในผู้ป่วยเบาหวานและหลอดเลือดหัวใจ
- การฟื้นฟูหัวใจและการรอดชีพหลัง CABG

7 ข่าวสารการแพทย์

- องค์การอนามัยโลก ชื่นชมไทยเป็นแบบอย่างคุมโรคเรื้อรังสำเร็จ
- สธ. เร่งออกประกาศ กำหนดค่าความปลอดภัยสารรมควัน
- สธ. รณรงค์คนไทยใช้ส้วมนั่งราบ-ห้อยขา ป้องกันเชื้อเข้าเสื่อม

8 Movement

9 In Focus

รู้เท่าทัน เอช. ไพโลไร
แบคทีเรียตัวร้ายทำลายกระเพาะอาหาร

12 Talk of the Town

อีกไม่ไกล...?
“ไทยลดการตายจากเอดส์เป็น 0”

13 Special

8 อาจารย์ดีเด่น 5 สาขา
เข้ารับรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา 2555

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

MDGs

17 Get Up

- ไอร์แลนด์ผ่านกฎหมายทำแท้ง
- บราซิลเดินหน้าส่งหมอลงพื้นที่กันดาร
- ตรวจมะเร็งจากกลิ่นปัสสาวะ
- สหประชาชาติเตรียมรับมือโคโรนาไวรัส

19 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

อารมณ์ร่วม

21 เสียงแพทย์

คุณภาพมาตรฐานการแพทย์และสาธารณสุขไทย

23 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

แผ่นแปะนำส่งวัคซีนดีเอ็นเอ

25 จุฬาปริทัศน์

ภาวะเลือดออกง่ายในเด็ก

28 Systematic Review

ปวดจากมะเร็ง กับมอร์ฟิน

29 เฉพาะโรค

การสูดสำลักควัน (Inhalation Injury)

33 มุมนิติเวช

การที่บริษัทประกันภัยต้องการให้แพทย์ระบุถึงพฤติการณ์
แห่งการตาย: ลูกเล่นดิน ๆ ของบริษัทประกันภัยเท่านั้น
(รายงานผู้ตาย 1 ราย)

37 R2R

‘DAM DEE Retractor’ ร.พ.กระบี่
นวัตกรรมถ่างแผลผ่าตัด ทนต่ำ ลดการบาดเจ็บ

38 รายงานพิเศษ

ซาอู่หลง...ซาเพื่อสุขภาพ

40 ปักตะเข็บ

- “ก้อง-สหรัต” ชวนคนไทยใส่ใจสุขภาพ
สร้างสมดุลทางโภชนาการกับ “เซนทรม”
- นวัตกรรมใหม่ในการรักษาให้ความหวังกับผู้หญิงที่มีบุตรยาก

42 เกาะติดงานประชุม

ภาควิชาศัลยศาสตร์ รามาฯ
จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการพื้นฐานทางศัลยศาสตร์ตึกแดง ครั้งที่ 11
สร้างความเป็นเลิศในการรักษาแผลเย็บพลาติน เรือร้าง และ
ซับซ้อน

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS เนื้องอกรังไข่ และมะเร็งรังไข่ ตอนที่ 3

การดำเนินทางคลินิก และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอกและ
มะเร็งรังไข่ ภาควิ VI (Radiotherapy) รังสีรักษาในการบำบัดมะเร็ง
ระบบสืบพันธุ์

ผลเสริมโปรตีนสกัดจากถั่วเหลืองต่อมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นซ้ำหลังผ่าตัด

JAMA. 2013;310(2):170-178.

บทความวิจัยเรื่อง Effect of Soy Protein Isolate Supplementation on Biochemical Recurrence of Prostate Cancer after Radical Prostatectomy: A Randomized Trial รายงานว่า การบริโภคถั่วเหลืองได้รับการแนะนำกันเพื่อลดความเสี่ยงหรือการเป็นซ้ำของมะเร็งต่อมลูกหมาก อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการศึกษาด้วยการเปรียบเทียบแบบสุ่มโดยกำหนดให้มะเร็งต่อมลูกหมากเป็น endpoint นักวิจัยจึงศึกษาว่าการบริโภคโปรตีนสกัดจากถั่วเหลืองเป็นประจำทุกวันเป็นเวลา 2 ปี ลดอัตราการเกิด biochemical recurrence ของมะเร็งต่อมลูกหมากภายหลังการตัดต่อมลูกหมากหรือชะลอการเป็นซ้ำหรือไม่

การศึกษาเป็นแบบ randomized, double-blind trial มีขึ้นระหว่างเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1997 ถึงพฤษภาคม ค.ศ. 2010 ยังโรงพยาบาล 7 แห่งในสหรัฐอเมริกา โดยเปรียบเทียบการบริโภคโปรตีนสกัดจากถั่วเหลืองเป็นประจำทุกวัน เทียบกับยาหลอกในผู้ชาย 177 รายที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นซ้ำภายหลังตัดต่อมลูกหมากออกเนื่องจากมะเร็งต่อมลูกหมาก การเสริมโปรตีนเริ่มต้นภายใน 4 เดือนหลังการผ่าตัด และต่อเนื่องจนถึง 2 ปี โดยวัด prostate-specific antigen (PSA) ทุก 2 เดือนในปีแรก และทุก 3 เดือนในปีต่อมา

การแทรกแซงทำโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบริโภคเครื่องดื่มซึ่งมีโปรตีน 20 กรัมในรูปของโปรตีนสกัดจากถั่วเหลือง (n = 87) หรือ calcium caseinate (n = 90) ในฐานะยาหลอก และกำหนดให้อัตราของ biochemical recurrence ของมะเร็งต่อมลูกหมาก (วัดจาก PSA

≥ 0.07 ng/mL) ในช่วง 2 ปีแรกหลังการสุ่ม และระยะเวลาจนกระทั่งเกิดการเป็นซ้ำเป็นมาตรฐานวัดผลลัพธ์

การศึกษายูติลงก่อนกำหนดเนื่องจากไม่พบผลลัพธ์การรักษาจาก interim analysis ซึ่งมีข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย 81 รายในกลุ่มแทรกแซง และ 78 รายในกลุ่มยาหลอก โดยรวมพบว่า 28.3% ของผู้เข้าร่วมวิจัยเกิด developed biochemical recurrence ภายใน 2 ปีหลังจากเข้าร่วมการศึกษา (ใกล้เคียงอัตราการเป็นซ้ำที่คาดการณ์ล่วงหน้า 30%) ซึ่งในกลุ่มนี้จำแนกเป็น 22 ราย (27.2%) ในกลุ่มแทรกแซง และ 23 ราย (29.5%) ในกลุ่มยาหลอก ผล hazard ratio สำหรับ active treatment เท่ากับ 0.96 (95% CI, 0.53-1.72; log-rank p = 0.89) อนึ่ง การเกาะติดการรักษา มีอัตราสูงกว่า 90% และไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่ชัดเจนจากการเสริมโปรตีน

การบริโภคเครื่องดื่มซึ่งมีส่วนผสมของโปรตีนสกัดจากถั่วเหลืองเป็นประจำทุกวันตลอด 2 ปีหลังการตัดต่อมลูกหมากออก ไม่มีผลด้านการลด biochemical recurrence ของมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ชายที่มีความเสี่ยงสูงต่อ PSA failure



เชื้อชาติและ Serum 25-Hydroxyvitamin D ต่อหลอดเลือดหัวใจตีบ

JAMA. 2013;310(2):179-188.

บทความเรื่อง Racial Differences in the Association of Serum 25-Hydroxyvitamin D Concentration with Coronary Heart Disease Events รายงานว่า ระดับ 25-hydroxyvitamin D (25(OH)D) ในเลือดที่ต่ำสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือ coronary heart disease (CHD) ในผู้ที่มีเชื้อสายยุโรป แต่ความสัมพันธ์นี้ยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังในเชื้อชาติหรือชาติพันธุ์อื่น ซึ่งอาจมีความแตกต่างด้านระดับของ 25(OH)D หรือกลไกของ 25(OH)D metabolism

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง serum 25(OH)D และความเสี่ยง CHD ในกลุ่มประชากรหลากหลายเชื้อชาติจากผู้เข้าร่วมวิจัย 6,436 รายในการศึกษา Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA) ซึ่งเข้าร่วมตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2000 ถึงเดือนกันยายน ค.ศ. 2002 และไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พื้นฐาน นักวิจัยวัดระดับ serum 25(OH)D ที่พื้นฐานด้วย mass spectrometry assay ที่ปรับตามมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ของ 25(OH)D กับเหตุการณ์ของ CHD ที่ประเมินจนถึงเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2012 โดย primary outcome ได้แก่ ระยะเวลาจนถึงการเกิดเหตุการณ์ของ CHD ครั้งแรก ประเมินจากกล้ามเนื้อ



หัวใจตาย เจ็บหน้าอก หัวใจหยุดเต้น หรือเสียชีวิตจาก CHD

ระหว่างมัธยฐานการติดตาม 8.5 ปี มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็น CHD 361 ราย (7.38 events per 1,000 person-years) ซึ่งความสัมพันธ์ของ 25(OH)D กับ CHD แตกต่างตามเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ (p for interaction < 0.05) ภายหลังการปรับพบว่า ระดับ 25(OH)D ที่ต่ำสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการเป็น CHD ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีเชื้อสายยุโรป (n = 167 events; hazard ratio [HR], 1.26 [95% CI, 1.06-1.49] สำหรับแต่ละ 10 ng/mL ที่ลดลงของ 25(OH)D) หรือฮิสแปนิก (HR, 1.67 [95% CI, 1.07-2.61]; n = 27) ขณะที่ไม่พบ 25(OH)D สัมพันธ์กับความเสี่ยง CHD ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีเชื้อสายแอฟริกัน (HR, 0.93 [95% CI, 0.73-1.20]; n = 94) หรือเอเชีย (HR, 1.01 [95% CI, 0.77-1.33]; n = 73)

ระดับ serum 25(OH)D ที่ต่ำลงสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อการเป็น CHD ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีเชื้อสายยุโรปหรือฮิสแปนิก แต่ไม่รวมถึงผู้ที่มีเชื้อสายแอฟริกันหรือเอเชีย ผลลัพธ์การศึกษาที่ประเมิน 25(OH)D ในกลุ่มประชากรที่เป็นชาติพันธุ์เดียวกันจึงอาจไม่ครอบคลุมถึงประชากรต่างเชื้อชาติหรือชาติพันธุ์



ผลลัพธ์ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการปรับวิถีชีวิตในโรคเบาหวานชนิดที่ 2

N Engl J Med 2013;369:145-154.

บทความวิจัยเรื่อง Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes: The Look AHEAD Research Group รายงานว่า การลดน้ำหนักเป็นที่ยอมรับสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งน้ำหนักเกินหรืออ้วนตามผลลัพธ์จากงานวิจัยระยะสั้น ขณะที่ผลลัพธ์ระยะยาวต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงไม่มีรายงาน นักวิจัยจึงศึกษาว่าการปรับวิถีชีวิตอย่างเคร่งครัดเพื่อลดน้ำหนักจะช่วยลดการเจ็บป่วยและการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยดังกล่าวหรือไม่

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งน้ำหนักเกินหรืออ้วนจากโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 16 แห่งในสหรัฐอเมริกาเข้าร่วมแผนการปรับวิถีชีวิตแบบเคร่งครัด ซึ่งส่งเสริมการลดน้ำหนักด้วยวิธีลดแคลอรีและเพิ่มการออกกำลังกาย (กลุ่มแทรกแซง) หรือได้รับคำแนะนำและการดูแลสำหรับโรคเบาหวาน (กลุ่มควบคุม) โดย primary outcome ได้แก่ ผลรวมของการตายเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อ

หัวใจตายซึ่งไม่ถึงแก่ชีวิต สโตรคซึ่งไม่ถึงแก่ชีวิต หรือการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากเจ็บหน้าอกระหว่างการติดตามสูงสุด 13.5 ปี

การศึกษาสิ้นสุดลงก่อนกำหนดภายหลังการวิเคราะห์ประโยชน์เมื่อมีฐานการติดตามเท่ากับ 9.6 ปี การลดน้ำหนักทำได้ดีกว่าในกลุ่มแทรกแซงเทียบกับกลุ่มควบคุมตลอดการศึกษา (8.6% vs 0.7% ที่ 1 ปี; 6.0% vs 3.5% ที่สิ้นสุดการศึกษา) การปรับวิถีชีวิตแบบเคร่งครัดยังลด glycated hemoglobin ได้ดีกว่า ขณะเดียวกันก็เพิ่มพละกำลังและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมดได้ดีกว่า ยกเว้นระดับ low-density-lipoprotein cholesterol ทั้งนี้รายงาน primary outcome ในผู้ป่วย 403 รายในกลุ่มแทรกแซง และ 418 รายในกลุ่มควบคุม (1.83 และ 1.92 events per 100 person-years; hazard ratio ในกลุ่มแทรกแซงเท่ากับ 0.95; 95% confidence interval, 0.83-1.09; $p = 0.51$)

การปรับวิถีชีวิตอย่างเคร่งครัดเพื่อลดน้ำหนักไม่ได้ลดอัตราของเหตุการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยน้ำหนักเกินหรืออ้วนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

JAMA. 2013;310(1):57-65.

บทความเรื่อง Home-Based Walking Exercise Intervention in Peripheral Artery Disease: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า แนวทางเวชปฏิบัติระบุน้ำยังไม่มีความจำเป็นเพียงพอกที่จะสนับสนุนการแนะนำให้ผู้ป่วย peripheral artery disease (PAD) เข้าร่วมในแผนออกกำลังกายด้วยการเดินออกกำลังกายที่บ้าน นักวิจัยจึงศึกษาว่าการจัดแผนเดินออกกำลังกายที่บ้านตามแนวทางบำบัดความคิดและ

Health Composite Scores จาก Short-Form Health Survey 12 ข้อ

ผู้เข้าร่วมวิจัยที่สุ่มเป็นกลุ่มแทรกแซงมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญด้านระยะการเดิน 6 นาที (เมตร) 357.4-399.8 vs 353.3-342.2 สำหรับกลุ่มควบคุม; mean difference, 53.5 [95% CI, 33.2-73.8]; $p < 0.001$), เวลาเดินสายพานสูงสุด (intervention, 7.91-9.44 minutes vs control, 7.56-8.09; mean difference, 1.01 minutes [95% CI, 0.07-1.95]; $p = 0.04$), การทำกิจกรรมทางกายในระยะ 7 วัน

เดินออกกำลังกายที่บ้านในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงส่วนปลาย

พฤติกรรมเป็นกลุ่มด้วยวิธีกลุ่มสนับสนุนและการกำกับตนเองสามารถฟื้นฟูการปฏิบัติหน้าที่หรือไม่โดยเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพในผู้ป่วย PAD ที่มีหรือไม่มี intermittent claudication

การศึกษาเป็นแบบ randomized controlled clinical trial จากผู้ป่วย PAD 194 ราย ซึ่ง 72% ไม่มีอาการของ intermittent claudication โดยศึกษาระหว่างวันที่ 22 กรกฎาคม ค.ศ. 2008 ถึงวันที่ 14 ธันวาคม ค.ศ. 2012 โดยสุ่มเป็นกลุ่มเดินออกกำลังกายตามแนวทางบำบัดความคิดและพฤติกรรมหรือกลุ่มฝึกควบคุมสมาธิ ซึ่ง primary outcome ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของการทดสอบเดิน 6 นาทีที่ 6 เดือน และ secondary outcomes ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงที่ 6 เดือนของการเดินสายพาน, กิจกรรมทางกาย, Walking Impairment Questionnaire (WIQ) และ Physical and Mental



(intervention, 778.0-866.1 vs control, 671.6-645.0; mean difference, 114.7 activity units [95% CI, 12.82-216.5]; $p = 0.03$), คะแนน WIQ distance score (intervention, 35.3-47.4 vs control, 33.3-34.4; mean difference, 11.1 [95% CI, 3.9-18.1]; $p = 0.003$) และคะแนน WIQ speed score (intervention, 36.1-47.7 vs control, 35.3-36.6; mean difference, 10.4 [95% CI, 3.4-17.4]; $p = 0.004$)

แผนการเดินออกกำลังกายที่บ้านสามารถเพิ่มระยะการเดิน การทำกิจกรรมทางกาย และรวมถึงระยะและความเร็วการเดินตามการรับรู้ของผู้ป่วยในผู้ป่วย PAD ที่มีหรือไม่มีอาการของ claudication ได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์นี้มีนัยสำคัญต่อผู้ป่วย PAD จำนวนมากที่ไม่สามารถหรือไม่พร้อมเข้าร่วมในแผนการออกกำลังกายโดยมีผู้ควบคุม

Rosiglitazone และผลลัพธ์ในผู้ป่วยเบาหวานและหลอดเลือดหัวใจ

Circulation. Published online before print July 15, 2013

บทความเรื่อง Rosiglitazone and Outcomes for Patients with Diabetes and Coronary Artery Disease in the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes (BARI 2D) Trial รายงานว่า rosiglitazone พื้นฟูการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ยังมีข้อถกเถียงถึงความเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือด ขณะที่ผลลัพธ์ของ rosiglitazone ในผู้ป่วย coronary artery disease (CAD) ก็ยังคงไม่มีรายงาน

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้น้ำยา rosiglitazone และเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ CAD โดยศึกษาจากผู้ป่วย 2,368 รายที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ CAD ในงานวิจัย Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes (BARI 2D) นักวิจัยได้เปรียบเทียบการตายรวม, composite death, กล้ามเนื้อหัวใจตาย สโตรค และการตาย, กล้ามเนื้อหัวใจตาย, สโตรค, congestive heart failure (CHF) และกระดูกหักระหว่างการติดตาม 4.5 ปี ในผู้ป่วยที่รักษาด้วย rosiglitazone เทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ thiazolidinedione การวิเคราะห์ทำด้วย Cox proportional hazards และ Kaplan-Meier analyses รวมถึงการจับคู่ความน่าจะเป็น อัตรา

ตายหลังจากการปรับพหุตัวแปรในกลุ่ม

ผู้ป่วยที่รักษาด้วย rosiglitazone ใกล้เคียงกัน (HR 0.83; 95% CI, 0.58-1.18) แต่มีอุบัติการณ์ที่ปรับแล้วต่ำกว่าในด้าน composite death, กล้ามเนื้อหัวใจตายและสโตรค (hazard ratio (HR) 0.72; 95% confidence interval (CI), 0.55-0.93) และสโตรค (HR

0.36; 95% CI, 0.16-0.86) โดยมีอุบัติการณ์ของกระดูกหักที่สูงกว่า (HR 1.62; 95% CI, 1.05-2.51) ขณะที่อุบัติการณ์ของกล้ามเนื้อหัวใจตาย (HR 0.77; 95% CI, 0.54-1.10) และ CHF (HR 1.22; 95% CI, 0.84-1.82) ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และในผู้ป่วยที่จับคู่ความน่าจะเป็นพบว่าอัตราการเกิดเหตุการณ์ major ischemic cardiovascular events และ CHF ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อมูลจากการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาด้วย rosiglitazone และการเพิ่มขึ้นด้านเหตุการณ์ของ major ischemic cardiovascular ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ CAD ในงานวิจัย BARI 2D



จำกัดน้ำและเกลืออย่างเคร่งครัดใน Acute Decompensated Heart Failure

JAMA Intern Med. 2013;173(12):1058-1064.

บทความเรื่อง Aggressive Fluid and Sodium Restriction in Acute Decompensated Heart Failure: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า ประโยชน์ของการจำกัดน้ำและโซเดียมในผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลจาก acute decompensated heart failure (ADHF) ยังไม่มีข้อมูลชัดเจน นักวิจัยจึงเปรียบเทียบผลลัพธ์การจำกัดน้ำ (ปริมาณน้ำที่ได้รับสูงสุด 800 mL/d) และโซเดียมในอาหาร (ปริมาณสูงสุดในอาหาร 800 mg/d) (intervention group [IG]) vs อาหารที่ไม่จำกัดน้ำและโซเดียม (control group [CG]) ต่อการลดน้ำหนักและความมั่นคงทางคลินิกระหว่างระยะเวลา 3 วันในผู้ป่วยที่รับเข้าโรงพยาบาลเนื่องจาก ADHF

การศึกษาเป็นแบบ randomized, parallel-group clinical trial และวัดผลแบบ blinded outcome assessments โดยรวบรวมข้อมูลจากห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วย และหน่วยวิกฤต ครอบคลุมผู้ใหญ่ที่เป็น ADHF, systolic dysfunction และนอนโรงพยาบาล 36 ชั่วโมงหรือสั้นกว่า

การแทรกแซงทำโดยจำกัดน้ำ (ปริมาณน้ำที่ได้รับสูงสุด 800 mL/d) และโซเดียม (ปริมาณสูงสุดในอาหาร 800 mg/d) จนถึงวันที่ 7 หรือจนกว่าออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ระบะการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่า 7 วัน กลุ่มควบคุมได้รับอาหารมาตรฐานของโรงพยาบาลและไม่จำกัดปริมาณน้ำและโซเดียม มาตราวัดผลลัพธ์ ได้แก่ การลดลงของน้ำหนักตัวและความมั่นคงทางคลินิกจากการวัดผล 3 วัน ความรู้สึก

กระหายน้ำในแต่ละวัน และการรับผู้ป่วยเข้าภายใน 30 วัน

นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วย 75 ราย (IG, 38; CG, 37) โดยส่วนใหญ่เป็นชายและมักมีภาวะหัวใจล้มเหลวจากหัวใจขาดเลือด (17 ราย [23%]) ค่าเฉลี่ย (SD) ของ left ventricular ejection fraction เท่ากับ 26% (8.7%) และผู้ป่วยมีลักษณะที่พื้นฐานเหมือนกัน น้ำหนักตัวลดลงใกล้เคียงกันในทั้งสองกลุ่ม (between-group difference in variation of 0.25 kg [95% CI, -1.95 ถึง 2.45]; p = 0.82) เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงของคะแนน clinical congestion score (between-group difference in variation of 0.59 points [95% CI, -2.21 ถึง 1.03]; p = 0.47) ที่ 3 วัน อาการกระหายน้ำรุนแรงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่ม IG (5.1 [2.9]) เทียบกับกลุ่ม CG (3.44 [2.0]) เมื่อสิ้นสุดระยะการศึกษา (between-group difference, 1.66 points; time x group interaction; p = 0.01) แต่ไม่พบ between-group differences ที่มีนัยสำคัญด้านอัตราการรับผู้ป่วยเข้าใน 30 วัน (IG, 11 patients [29%]; CG, 7 patients [19%]; p = 0.41)

การจำกัดน้ำและโซเดียมอย่างเคร่งครัดไม่มีผลต่อการลดลงของน้ำหนักตัวหรือความมั่นคงทางคลินิกที่ 3 วัน และสัมพันธ์กับความกระหายน้ำที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นักวิจัยจึงสรุปว่าการจำกัดน้ำและโซเดียมในผู้ป่วยที่รับเข้าโรงพยาบาลเนื่องจาก ADHF ไม่มีความจำเป็น



เปรียบเทียบเพิ่มสารชีวภาพ และยามาตรฐาน ต่อการลางานในข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่เริ่มเป็น



Credit: Perfecto insecto for flickr on Creative Common 2.0

AMA Intern Med. Published online July 1, 2013

บทความเรื่อง Biological vs Conventional Combination Treatment and Work Loss in Early Rheumatoid Arthritis: A Randomized Trial รายงานว่า การนำ biological tumor necrosis factor inhibitors มาใช้ช่วยให้ผลลัพธ์การรักษา rheumatoid arthritis (RA) ดีขึ้นแต่ก็ทำให้ต้นทุนการรักษาสูงขึ้นมากเช่นกัน ขณะเดียวกันก็มีข้อมูลรายงานว่ามีผลลัพธ์ด้านรังสีวิทยาดีกว่าเมื่อเทียบกับการเพิ่มยาต้านรูมาตอยด์ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคในระยะเวลา 2 ปี

นักวิจัยศึกษาว่าผลลัพธ์ด้านรังสีวิทยาที่ดีกว่านำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีกว่าด้านความเสียหายต่องานหรือไม่โดยใช้วิธีศึกษาแบบ multicenter, 2-arm, parallel, randomized, active-controlled, open-label trial จากผู้ป่วยที่เพิ่งเป็น RA (มีอาการ < 1 ปี) จากคลินิกรูมาตอยด์ 15 แห่งในสวีเดนระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ค.ศ. 2002 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2005 และจำกัดกลุ่มประชากรในการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในวัยทำงาน (อายุ < 63 ปี)

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้ low disease activity หลังรักษาด้วย methotrexate แล้ว 3-4 เดือน เพิ่ม biological treatment ด้วย infliximab หรือ conventional combination treatment ด้วย sulfasalazine ร่วมกับ hydroxychloroquine โดยมาตรฐานวัดผลลัพธ์ ได้แก่ การลาป่วยในแต่ละเดือนและจำนวนวันที่จ่ายเบี้ยประกันสุขภาพที่ 21 วันหลัง

การสุ่มจากทะเบียน Swedish Social Insurance Office การวิเคราะห์เป็นแบบ intention to treat รวมผู้ป่วยทั้งหมด และปรับตามการลาป่วยและการจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพ

จากผู้ป่วยที่นำมาศึกษา 204 ราย มี 105 รายที่ได้รับ biological treatment และ 99 รายได้รับ conventional treatment ผู้ป่วย 7 รายในกลุ่ม biological treatment และ 4 รายในกลุ่ม conventional treatment ไม่ได้รับยาที่ศึกษา และผู้ป่วย 72 ราย และ 52 รายเข้าร่วมตามแผนการศึกษาเป็นเวลา 21 เดือน ค่าเฉลี่ย (SD) ที่พื้นฐานของการลางานเท่ากับ 17 (13) d/mo (median, 16 d/mo) ในทั้งสองกลุ่ม (mean difference, 0.6 d/mo; 95% CI, -3.0 ถึง 3.9) และ mean changes ของการลางานที่ 21 เดือน เท่ากับ -4.9 d/mo ในกลุ่ม biological treatment และ -6.2 d/mo ในกลุ่ม conventional treatment (adjusted mean difference, 1.6 d/mo; 95% CI, -1.2 ถึง 4.4) เมื่อรวมผู้ป่วยที่ได้รับยาน้อยกว่า 1 โดส พบว่า mean difference ที่ปรับแล้วเท่ากับ 1.5 d/mo (95% CI, -1.5 ถึง 4.4) โดย mean difference ที่ปรับแล้วใน per-protocol analysis เท่ากับ 0.3 d/mo (95% CI, -2.8 ถึง 3.8)

ผลลัพธ์ด้านรังสีวิทยาที่ดีกว่าของการเพิ่มสารชีวภาพเทียบกับการเพิ่มยามาตรฐานไม่ได้ลดการลางานในผู้ป่วยเริ่มเป็น RA ที่ตอบสนองไม่เพียงพอต่อการรักษาด้วย methotrexate



การฟื้นฟูหัวใจและการรอดชีพหลัง CABG

Circulation. Published online before print July 8, 2013

บทความเรื่อง Participation in Cardiac Rehabilitation and Survival Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Community Based Study รายงานว่า มีคำแนะนำให้ทำการฟื้นฟูหัวใจ หรือ cardiac rehabilitation (CR) ในผู้ป่วยทุกรายหลังผ่าตัด coronary artery bypass surgery (CABG) แต่ยังไม่มีความชัดเจนด้านผลลัพธ์ต่อการตายในระยะยาวจาก CR ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

นักวิจัยวิเคราะห์ community-based analysis จากประชากรในเมืองโอลิมสเต็ดเคาน์ตี รัฐมิเนโซตาของสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้ทำ CABG ระหว่างปี ค.ศ. 1996 และ 2007 และวัดความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วม CR แบบผู้ป่วยนอกและการรอดชีพในระยะยาว นักวิจัยได้วิเคราะห์ propensity analysis และใช้ Cox PH regression วัดความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วม CR และอัตราการตายทุกสาเหตุซึ่งปรับตามความโน้มเอียงในการเข้าร่วม CR นักวิจัยศึกษาจากผู้ป่วย 846 ราย (อายุ 66 ± 11 ปี และ 76% เป็นชาย และ 96% มีเชื้อสายยุโรปและไม่มีเชื้อสายฮิสแปนิก) ซึ่งรอด

ชีวิตอย่างน้อย 6 เดือนหลังผ่าตัด ซึ่งในจำนวนนี้ 582 ราย (69%) ได้ทำ CR ระหว่างมัธยฐาน ($\pm$ SD) การติดตาม 9.0 ± 3.7 ปี มีรายงาน

อัตราการตายทุกสาเหตุที่ 10 ปี เท่ากับ 28% (ตาย 193 ราย) เมื่อปรับตามความโน้มเอียงในการเข้าร่วม CR พบว่า การทำ CR สัมพันธ์กับ 10-year relative risk reduction ในอัตราการตายทุกสาเหตุ เท่ากับ 46% (HR 0.54; 95% CI, 0.40-0.74; $p < 0.001$) และ 10-year absolute risk reduction เท่ากับ 12.7% (NNT = 8) แต่จากการศึกษาไม่มีหลักฐานผลลัพธ์ที่แตกต่างกันของ CR ต่ออัตราการตายตามอายุ (≥ 65 vs < 65 ปี) เพศ เบาหวาน หรือเคยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การฟื้นฟูหัวใจสัมพันธ์กับการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของอัตราการตายทุกสาเหตุที่ 10 ปีหลัง CABG ซึ่งผลลัพธ์จากการศึกษานี้สนับสนุนให้การทำ CR เป็นมาตรฐานในผู้ป่วยกลุ่มนี้



องค์การอนามัยโลก ชื่นชมไทยเป็นแบบอย่างคุมโรคเรื้อนสำเร็จ

นายสรวงศ์ เทียนทอง รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า องค์การอนามัยโลกได้เฝ้าระวังให้ทุกประเทศกำจัดโรคเรื้อนให้หมดไป ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยลดลงเหลือเพียง 180,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 จากเดิมที่มีมากถึง 5 ล้านกว่าคนในช่วง 30 ปีก่อน โดยมีประเทศที่ยังมีปัญหการแพร่ระบาดของโรคนี้ คือมีการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ในรอบปีเกินกว่า 1,000 คน ทั้งหมด 18 ประเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในแถบเอเชียและแอฟริกา ส่วนประเทศไทยได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกว่าประสบความสำเร็จในการกำจัดโรคเรื้อนแล้ว ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายภายในปี พ.ศ. 2558 ให้ทุกประเทศลดอัตราการความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ต่อประชากร 1 แสนคน ลงจากเดิมร้อยละ 35 เมื่อเทียบกับอัตราการความพิการในปี พ.ศ. 2553 ส่วนกระทรวงสาธารณสุขไทยได้ตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 50 ขณะเดียวกันจะเน้นการป้องกันโรคในกลุ่มของแรงงานต่างด้าว โดยทุกรายจะต้องผ่านการตรวจสุขภาพเพื่อปกป้องคนไทย และป้องกันไม่ให้โรคเรื้อนกลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุขอีกครั้ง

สร. เร่งออกประกาศ กำหนดค่าความปลอดภัยสารรมควัน

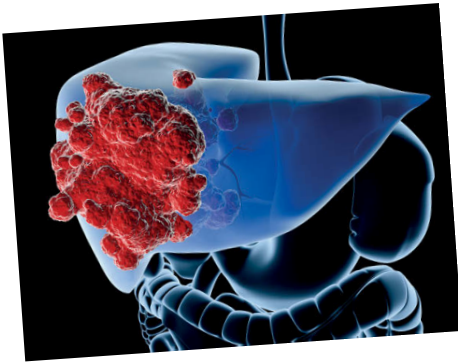
นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ภายใน 2 ปีนี้จะยกเลิกการใช้สารเมทิลโบรไมด์ (Methyl bromide) รมควันข้าว เนื่องจากเป็นสารทำลายบรรยากาศ ไม่ได้ห้ามใช้เพราะความเป็นพิษ สารชนิดนี้มีอยู่ในธรรมชาติอยู่แล้ว โดยจะให้ใช้สารฟอสฟีน (Phosphine) มาใช้รมควันแทน ซึ่งต้องใช้เวลาอบนานกว่า โดยกระทรวงสาธารณสุขจะปรับปรุงประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดค่าตกค้างของสารรมควันในข้าวสารบรรจุถุงฉบับใหม่ อ้างอิงตามมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ หรือโคเด็กซ์ (Codex) จากเดิมกำหนดค่าเมทิลโบรไมด์ตกค้างในธัญพืชไม่เกิน 50 มิลลิกรัม/กิโลกรัม และสารฟอสฟีนไม่เกิน 0.1 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ตามมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ หรือโคเด็กซ์ (Codex) จะแก้ไขให้น้อยลงกว่าเดิม ซึ่งได้ผ่านมติที่ประชุมของคณะกรรมการอาหารแล้ว โดยกำหนดให้ฟอสฟีน (ไฮโดรเจนฟอสไฟด์) มีปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุดไม่เกิน 0.1 มิลลิกรัมของสารต่อ 1 กิโลกรัมของอาหาร เมทิลโบรไมด์กำหนดให้ไม่เกิน 0.01 มิลลิกรัมของสารต่อ 1 กิโลกรัมของอาหาร (หรือสารโบรไมด์ไอออนไม่เกิน 50 มิลลิกรัม/กิโลกรัม) และฟลูออไรด์กำหนดให้ 0.1 มิลลิกรัมของสารต่อ 1 กิโลกรัมของอาหาร เพิ่มเติมจากเดิมที่กำหนดเฉพาะสารกำจัดศัตรูพืช โดยเร่งลงนามออกเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุขใช้โดยเร็วที่สุด เพื่อยกระดับข้าวสารบรรจุถุงสำเร็จที่จำหน่ายในท้องตลาดให้เป็นสินค้าที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ



สร. รณรงค์คนไทยใช้ส้วมนั่งราบ-ห้อยขา ป้องกันเชื้อเอดส์



นายสรวงศ์ เทียนทอง รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากสถิติผู้ป่วยโรคกระดุกและเชื้อในไทยของมูลนิธิโรคเชื้อในพระราชาธิบดีม.ร.ต. สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี พบว่า ปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเชื้อเอดส์มากกว่า 6 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งเกิดจากการใช้ส้วมนั่งยองติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ หลายปี เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อเอดส์ได้ เนื่องจากพฤติกรรมการขับถ่ายของเสียของคนไทยส่วนใหญ่ในปัจจุบันนิยมใช้ส้วมนั่งยองในครัวเรือนร้อยละ 86.0 มีการใช้ส้วมนั่งราบหรือส้วมห้อยขาร้อยละ 13.2 ของครัวเรือนทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย จึงจัดทำแผนแม่บทพัฒนาส้วมสาธารณะไทย ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2556-2559) และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบและให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำแผนดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 เพื่อส่งเสริมให้ครัวเรือนมีและใช้ส้วมนั่งราบ หรือมีอุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีปัญหาลำบากให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 90 และส้วมสาธารณะให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 100 ภายในปี พ.ศ. 2559



เปิดตัวโครงการ 'N-PAP' เพิ่มโอกาสเข้าถึงยา ยืดชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับ'

มูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มอบความช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับ ภายใต้โครงการ 'N-PAP' เพิ่มโอกาสเข้าถึงยา ยืดชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับ' เป็นปีที่ 4 ติดต่อกัน โดยได้รับความร่วมมือจากบริษัท ไบเออร์ ประเทศไทย จำกัด ด้วยการให้ยาซึ่งเป็นยานวัตกรรมที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเป้าหมาย (Targeted Therapy) ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับ ซึ่งโครงการนี้จะช่วยให้ค่ายาลดลงจากประมาณ 2.4 ล้านบาทต่อปี เหลือเพียงไม่เกิน 600,000 บาท/ปี/ผู้ป่วย 1 ราย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 09-2434-3681-2

สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยฯ จัดประชุมวิชาการ ครั้งที่ 7

สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยฯ ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จัดการประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ภายใต้หัวข้อเรื่อง “ความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการในบริบทของอาเซียน” ในระหว่างวันที่ 7-9 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2714-2590-1 โทรสาร 0-2714-2656 E-mail: tcn.conference@gmail.com www.tcn-conference.com



ศิริราช-ม.มหิดล จัดอบรม Personal Trainer

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดโครงการ “อบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ฝึกสอนส่วนบุคคล (Personal Trainer)” เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลผู้สนใจ บุคลากรของส่วนราชการ หรือผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพที่จบการศึกษาหรือกำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 4 ทางด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา พลศึกษา หรือสาขาที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ และผ่านการศึกษารายวิชากายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยา ผู้สนใจสามารถสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ศิริราชฟิตเนสเซ็นเตอร์ หอกีฬาศิริราชสัมพันธ์ ชั้น 11 โทรศัพท์ 0-2419-9668-9

รู้เท่าทัน เอช. ไพโลไร

แบคทีเรียตัวร้ายทำลายกระเพาะอาหาร

การติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร หรือ เอช. ไพโลไร (*H. pylori*) จัดว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบว่าการติดเชื้อนี้ในประชากรกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมดในโลก โดยเฉพาะประเทศในเขตอเมริกาใต้ แอฟริกา และเอเชีย ในประเทศไทยมีการประมาณว่ามีการติดเชื้อนี้ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด หรือกว่า 20 ล้านคน

เชื้อ เอช. ไพโลไร นี้มักจะอยู่ในเยื่อบุกระเพาะอาหาร ซึ่งได้มีการค้นพบเชื้อนี้มานานกว่า 30 ปี โดยแพทย์ชาวออสเตรเลีย 2 ท่าน คือ **ศ.นพ.แบร์รี มาร์แชล (Barry Marshall)** และ **ศ.นพ.เจ โรบิน วาร์เรน (Robin Warren)** ที่ได้ค้นพบว่าเชื้อ เอช. ไพโลไร มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง การเกิดแผลในกระเพาะอาหาร รวมถึงมะเร็งกระเพาะอาหาร และจากการค้นพบนี้ทำให้แพทย์ทั้ง 2 ท่านได้รับรางวัล

มูลนิธิเจ้าฟ้ามหิดล และรางวัลโนเบลสาขาการแพทย์ในปี พ.ศ. 2548

ศ.พญ.วโรชา มหัชย ประธานศูนย์วิจัยมะเร็งกระเพาะอาหารและการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไรแห่งชาติ กล่าวถึงสาเหตุของโรคแผลในกระเพาะอาหารว่า ผู้ที่เป็นโรคกระเพาะอาหารส่วนใหญ่มักมีอาการเกี่ยวกับกระเพาะอาหารส่วนบน มี



อาการปวดท้อง ท้องอืด ท้องผูก จุกเสียด แสบท้อง อาหารไม่ย่อย ซึ่งผู้ป่วยอาจจะยังไม่รู้ตัวว่าเป็นอะไร โดยผู้ป่วยส่วนมากมักจะซื้อยารับประทานเองก่อนไปพบแพทย์หรือตรวจรักษา ทำให้อาการบรรเทาลง แต่หากอาการไม่ดีขึ้นควรไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจ รวมถึงการตรวจหาเชื้อ เอช. ไพโลไร ที่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของโรคแผลในกระเพาะอาหาร

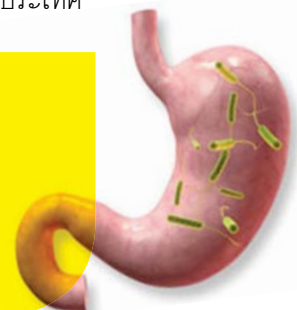
สำหรับเชื้อ เอช. ไพโลไร มีรูปร่างเป็นเกลียวและมีหาง มีความทนกรดสูง เนื่องจากสามารถสร้างสารที่เป็นต่างออกมาเจือจางกรดที่อยู่รอบ ๆ ตัว มันจึงสามารถอาศัยอยู่ในชั้นผิวเคลือบภายในกระเพาะอาหารได้ และยังสร้างสารพิษไปทำลายเซลล์เยื่อบุผิวของกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดการอักเสบและเกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุกระเพาะอาหาร โดยอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอาจจะเกี่ยวเนื่องกับทางสายพันธุ์ รวมถึงภูมิคุ้มกันโรคของแต่ละคน ซึ่งประเทศไทยเองก็ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคในระบบทางเดินอาหาร โดยได้จัดตั้งศูนย์วิจัยมะเร็งกระเพาะอาหารและการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไรแห่งชาติขึ้น เพื่อสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับโรคกระเพาะอาหาร โรคแบคทีเรียในกระเพาะอาหาร รวมถึงเป็นศูนย์เพื่อการเรียนการสอนและการทำงานวิจัย งานวิชาการต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ



“

เชื้อแบคทีเรีย เอช. ไพโลไร เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นประมาณ 10-20 เท่า เพิ่มโอกาสเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร 5-10 เท่า

”





“ การติดเชื้อ เอช. ไพโลไร ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ที่สำคัญ มีผู้ติดเชื้อแบคทีเรียนี้มากกว่า 1,000 ล้านคนทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในเขตอเมริกาใต้ แอฟริกา และเอเชีย ”

“อุบัติการณ์ของการติดเชื้อ เอช. ไพโลไร พบประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด หรือกว่า 20 ล้านคน ดังที่ศูนย์วิจัยมะเร็งกระเพาะอาหารและการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไรแห่งชาติ ได้ทำการสำรวจทั่วประเทศ โดยพบโอกาสการติดเชื้อ เอช. ไพโลไร ที่แตกต่างกันในภูมิภาคต่าง ๆ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโอกาสติดเชื้อมากถึง 50% ซึ่งการติดเชื้อนั้นอาจจะแสดงอาการหรือไม่แสดงอาการในผู้ป่วยบางราย ปัจจุบันสามารถตรวจหาเชื้อ เอช. ไพโลไร ได้หลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหารแล้วตัดชิ้นเนื้อเยื่อกระเพาะอาหารมาตรวจ การตรวจทางลมหายใจ การเจาะเลือดตรวจหาภูมิต้านทานต่อเชื้อ และการตรวจทางอุจจาระ ซึ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะเป็นผู้พิจารณาวิธีตรวจที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย”

ศ.พญ.วโรชา กล่าวอีกว่า เชื้อ เอช. ไพโลไร เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นประมาณ 10-20 เท่า ซึ่งปัจจัยหลักนั้นนอกจากจะเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียในกระเพาะอาหารอย่าง เอช. ไพโลไร แล้ว ยังเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารที่มีรสเผ็ดหรือเปรี้ยวจัด การรับประทานยาแก้ปวด เช่น แอสไพริน และกลุ่มยาแก้ปวดข้อ เช่น ไดโคลฟีแนค ไอบูโพรเฟน และนาโพรเซน เป็นต้น

นอกจากนี้การติดเชื้อ เอช. ไพโลไร ยังเพิ่มโอกาสการเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารประมาณ 5-10 เท่าอีกด้วย โดยจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารจากเชื้อ เอช. ไพโลไร ของประเทศไทย เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศญี่ปุ่น เกาหลี จีน แล้วพบโอกาสการเกิดน้อยกว่า 10 เท่า เนื่องจากสภาวะแวดล้อม การรับประทานอาหาร การรับประทานผัก-ผลไม้ที่มีวิตามินและ มีสารแอนติออกซิแดนท์ (antioxidant) ซึ่งเป็นสารต่อต้านอนุมูลอิสระช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็ง ประกอบกับประเทศญี่ปุ่น จีน เกาหลี นิยมรับประทานอาหารปิ้งย่าง ซึ่งมีสารก่อมะเร็ง จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่มากกว่า

แม้การติดเชื้อ เอช. ไพโลไร จะพบได้บ่อยในประเทศไทย ทำให้เกิดโรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น และที่เป็นกังวลคือ อาจลุกลามถึงขั้นเป็นโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร แต่อย่างไรก็ตาม เชื้อโรคตัวนี้

สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการรักษาที่ถูกต้อง เพื่อกำจัดเชื้อ เอช. ไพโลไร ทำให้โอกาสที่จะกลับมาเป็นแผลในกระเพาะอาหาร ซ้ำลดลงไปอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องทุกข์ทรมาน สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาลงไปได้อย่างมาก เนื่องจากไม่ต้องรักษาอยู่เรื่อย ๆ และยังสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งในกระเพาะอาหารอีกด้วย

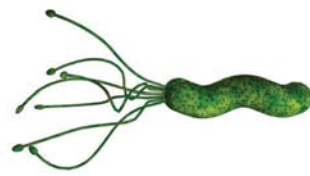
ด้าน **รศ.ดร.นพ.รัฐกร วิไลชนม์ เลขาธิการศูนย์วิจัยมะเร็งกระเพาะอาหารและการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไรแห่งชาติ** กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับเชื้อ เอช. ไพโลไร ว่า การติดเชื้อ เอช. ไพโลไร ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่สำคัญ มีผู้ติดเชื้อแบคทีเรียนี้มากกว่า 1,000 ล้านคนทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในเขตอเมริกาใต้ แอฟริกา และเอเชีย ในปี พ.ศ. 2537



องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดให้การติดเชื้อ เอช. ไพโลไร เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร สำหรับในประเทศไทยพบมีการติดเชื้อ เอช. ไพโลไร ถึง 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 20 ล้านคนทั่วประเทศ ซึ่งการติดเชื้อชนิดนี้ นอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรังแล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองในกระเพาะอาหาร (MALT lymphoma) อีกด้วย

“หลายคนอาจจะยังไม่เข้าใจระหว่างโรคกระเพาะอาหาร และโรคกระเพาะอาหารจากเชื้อแบคทีเรีย เอช. ไพโลไร ในความเป็นจริงแล้วโรคกระเพาะอาหารไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียเพียงอย่างเดียว โดยพบว่าสาเหตุที่สำคัญอื่น ๆ ในการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ซึ่งถ้าพูดถึงคำจำกัดความของโรคกระเพาะอาหาร ทางแพทย์จะเรียกว่าโรคแผลเปปติก (Peptic ulcer) แต่คนทั่วไปจะเรียกโรคแผลในกระเพาะอาหาร อาการของผู้ป่วยที่มาด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหารไม่ได้มีเฉพาะอาการแสบร้อนเท่านั้น ผู้ป่วยบางราย





อาจจะมาด้วยอาการจุก เสียด แน่น บริเวณลิ้นปี่ หรือบางราย อาจจะมาด้วยอาการท้องอืดเรื้อรัง เพราะฉะนั้นความเชื่อที่ว่า ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดท้อง แสบร้อนแล้วจะเป็นโรคกระเพาะอาหารอาจจะไม่จริงเสมอไป ผู้ป่วยอาจจะมาด้วยอาการท้องอืด แน่นเฟ้อ อาหารไม่ย่อย หรือบางรายไม่เคยมีอาการปวดท้องมาก่อนเลย แต่มาด้วยอาการตกเลือดจากแผลในกระเพาะอาหาร”

นอกจากนี้สาเหตุสำคัญของการเกิดแผลในกระเพาะอาหารยังมีสาเหตุอื่น เช่น การใช้ยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มยาแก้ปวด เรื่องของความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงเรื่องของสมุนไพรที่ในปัจจุบันได้มีการนำสมุนไพรมาใช้ในการรักษา ซึ่งสมุนไพรหลายตัวมีส่วนผสมของสเตียรอยด์ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา การรับประทานอาหารรสเผ็ด น้ำอัดลม ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ทั้งสิ้น

รศ.ดร.นพ.รัฐกร กล่าวถึงการสังเกตอาการของผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารว่า “ดังที่กล่าวไปว่าผู้ป่วยอาจจะไม่ได้มาด้วยอาการปวดแสบร้อน แต่มีการจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ ด้วยเหตุนี้จึงแบ่งลักษณะอาการของผู้ที่มาด้วยโรคกระเพาะอาหารออกเป็น 2 ประเภท ประเภทแรกคือ แสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ และช่องท้องบริเวณส่วนบน ประเภทที่ 2 คือ แน่นท้อง เสียดท้อง หรืออึดเร็ว หลังการรับประทานอาหาร ซึ่งอาการจะดีขึ้นหลังรับประทานอาหาร เพราะอาหารจะเข้าไปทำให้กรดในกระเพาะอาหารน้อยลง หรือหลังจากซื้อยาลดกรดมารับประทานแล้วมีอาการดีขึ้น ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้รู้ว่าการปวดท้องนั้นไม่น่าจะมาจากโรคกระเพาะอาหาร”

ต้องทำการรักษาและกำจัดเชื้อนี้ เพื่อรักษาโรคแผลในกระเพาะอาหารให้หายขาด โดยมีแนวทางในการรักษาเพื่อกำจัดเชื้อ เอช. ไพโลไร โดยใช้สูตรยากำจัดเชื้อซึ่งการรักษาที่นิยมใช้กันมากและมีประสิทธิภาพสูง ได้แก่ การใช้ยาลดการหลั่งกรด 1 ชนิด ร่วมกับยาปฏิชีวนะอีก 2 ชนิด เป็นระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าสามารถกำจัดเชื้อได้มากกว่า 90% และภายหลังจากการหยุดรักษาไปแล้ว 4 สัปดาห์ก็จะไม่พบเชื้อ เอช. ไพโลไร นี้อีก โดยหลังจากที่กำจัดเชื้อ เอช. ไพโลไร แล้ว โอกาสที่จะกลับมาเป็นแผลในกระเพาะอาหารจะลดลงไปอย่างมาก

“การรักษาโรคกระเพาะอาหารเป็นคำถามที่น่าสนใจ เพราะผู้ป่วยหลายรายอาจจะมีอาการของโรคกระเพาะอาหารปวดท้องไม่หายขาด พอรักษาก็มีอาการดีขึ้น พอหยุดยาอาการก็กลับมาเป็นเหมือนเดิม แต่จริง ๆ แล้วการรักษาโรคกระเพาะอาหารหลายครั้งสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากเชื้อ เอช. ไพโลไร ดังนั้น ถ้าสามารถกำจัดเชื้อโรคแผลในกระเพาะอาหารก็สามารถจะหายขาดได้”

ท้ายนี้ **รศ.ดร.นพ.รัฐกร** กล่าวว่า “โรคแผลในกระเพาะอาหารที่เกิดจากการติดเชื้อ เอช. ไพโลไร สามารถรักษาและมีโอกาสหายขาดได้ เพียงหมั่นสังเกตพฤติกรรมว่ามีอาการของโรคแผลในกระเพาะอาหารหรือไม่ รวมถึงมีอาการที่น่าสงสัยว่าจะเป็นสัญญาณเตือนภัยถึงการติดเชื้อ เอช. ไพโลไร อาทิ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระดำ ปวดท้องรุนแรง ปวดท้องจากกระเพาะอาหารเรื้อรังเป็นเวลานานเกิน 1 เดือน หรือเบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลงมาก ควรรีบพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษา และรับการรักษาอย่างถูกวิธี นอกจากนั้นการปรับพฤติกรรมในการรับประทาน

อาหาร อากิ รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ให้ตรงเวลา หลีกเลี่ยงอาหารเผ็ด รสจัด งดบุหรี่ งดการดื่มสุรา งดการใช้ยาแอสไพริน และยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ผ่อนคลายความเครียด และวิตกกังวลทั้งหลาย รวมถึงการพักผ่อนให้เพียงพอ ก็จะช่วยป้องกันโรคแผลในกระเพาะอาหารได้”

“ การตรวจหาเชื้อ เอช. ไพโลไร สามารถทำได้หลายวิธี อาทิ การส่องกล้องกระเพาะอาหาร การเจาะเลือด การตรวจทางลมหายใจ หรือ Urea Breath Test และการตรวจอุจจาระ ”



สำหรับการรักษาในปัจจุบันจะมีการตรวจหาเชื้อ เอช. ไพโลไร ในผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร ซึ่งการตรวจหาเชื้อ เอช. ไพโลไร สามารถทำได้หลายวิธี อาทิ การส่องกล้องกระเพาะอาหาร การเจาะเลือด การตรวจทางลมหายใจ หรือ Urea Breath Test และการตรวจอุจจาระ เมื่อพบว่ามีการติดเชื้อ เอช. ไพโลไร จำเป็น





อีกไม่ไกล...? “ไทยลดการตายจากเอดส์เป็น 0”

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้วันที่ 1 กรกฎาคมของทุกปีเป็นวันรณรงค์ตรวจเอชไอวีแห่งชาติ หรือ VCT Day พร้อมพัฒนาระบบการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล ในสังกัดทุกแห่งทั่วประเทศ สามารถแจ้งผลเลือดได้ภายใน 1 วัน โดยใช้บัตรประชาชนเพียงใบเดียว สามารถรับการตรวจเลือดฟรี ทุกสิทธิการรักษา ให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการรักษาโดยเร็ว ตั้งเป้าหมายลดการตายจากเอดส์ให้เป็นศูนย์

กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าลดปัญหาเอชไอวีให้เป็นศูนย์ภายในปี พ.ศ. 2559 อย่างไม่มีการตีตราเลือกปฏิบัติ โดยตลอดเดือนกรกฎาคมของทุกปีเป็นเดือนรณรงค์สร้างความตระหนักให้ประชาชน

ทุกคนรู้ถึงความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีฟรีปีละ 2 ครั้ง ทุกสิทธิการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ช่วยลดการถ่ายทอดเชื้อให้แก่คู่ได้ถึงร้อยละ 96 พร้อมให้การดูแลและให้การรักษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Talk of the Town ในฉบับนี้ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นน้อง ๆ นักศึกษาแพทย์รุ่นใหม่ถึงทัศนคติที่มีต่อโครงการวันรณรงค์ตรวจเอชไอวีแห่งชาติ หรือ VCT Day ของกระทรวงสาธารณสุข มาดูกันว่าน้อง ๆ จะมีมุมมองต่อเรื่องนี้อย่างไร



บศพ.สนชิต เรืองปราชญ์

“เป็นการรณรงค์ที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนเป็นอย่างมาก สำหรับการรณรงค์ตรวจเอชไอวีแห่งชาติ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการตรวจ เพราะถ้าการตรวจสามารถรู้ผลได้เร็วขึ้น เราก็สามารถจัดการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้เร็วขึ้นด้วย เช่น ในรายที่ติดเชื้อแล้วรู้ตัว เขาจะได้ระมัดระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่น จำนวนผู้ติดเชื้อในอนาคตก็就会有จำนวนลดน้อยลงตามไปด้วย แต่ส่วนตัวแล้วยากให้ตรวจฟรีปีละ 4 ครั้ง หรือทุก 3 เดือน เพิ่มการคัดกรองให้ความละเอียดยิ่งขึ้นครับ”



บศพ.ปวีรรศ ชัดภัย

“โครงการดี ๆ เช่นนี้ทำให้การสนับสนุนเต็มที่ครับ เพราะสังคมเราสมัยนี้ละเอียดกับเรื่องของการแพร่ระบาดเชื้อเอชไอวี ถึงแม้ทุกคนจะทราบดีว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ร้ายแรง แต่การแพร่ระบาดก็ยังมีตัวเลขเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการที่ผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่ทราบว่าตัวเองมีเชื้อเอชไอวี จึงไม่ได้ป้องกันการแพร่เชื้อ ทำให้เชื้อเอชไอวีถูกแพร่ขยายในวงกว้างมากยิ่งขึ้น ถ้ามีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีฟรีในทุกโรงพยาบาลก็จะเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อได้มากครับ”



บศพ.ววจรัส เหลียวรุ่งเรือง

“เห็นด้วยกับการรณรงค์การตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยส่วนใหญ่การรณรงค์เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ผ่านมา ๆ มามักจะเป็นแค่เพียงการให้ความรู้ เตือนให้ระวังและรู้จักป้องกัน แต่โดยส่วนใหญ่คนที่ไม่รู้ตัวว่าตนเองเป็นโรคเอดส์หรือเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก็จะชะล่าใจ ไม่ระวังตัว และไม่ทำการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น เมื่อการรณรงค์ในครั้งนี้ได้เน้นการตรวจหาเชื้อเอชไอวี จะช่วยให้ผู้ที่เข้ารับการตรวจแล้วพบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีจะได้มีความตระหนักในการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ทำให้อัตราการแพร่เชื้อลดลงด้วย”



บศพ.พศร จันทวนิช

“ถือเป็นเรื่องที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อสังคมในการรณรงค์ตรวจหาเชื้อเอชไอวี เพื่อที่จะได้ป้องกันและรักษาได้ทันการณ์ หากผู้ป่วยโรคเอดส์แต่ละรายรู้ว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวี ก็จะช่วยลดปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อได้ดียิ่งขึ้น หากมีการพัฒนาการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีให้เป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ บวกกับเมื่อผู้ป่วยรู้ว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อแล้วมีวินัยและมีความรับผิดชอบต่อสังคม โดยการเลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่น เป้าหมายที่จะลดปัญหาเอชไอวีให้เป็นศูนย์ ก็มีโอกาสเกิดขึ้นได้ครับ”

8 อาจารย์ดีเด่น 5 สาขา

เข้ารับรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา 2555

รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดลจัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2518 ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเกียรติและเป็นขวัญกำลังใจ แก่บุคลากรที่มีความวิริยะ อุตสาหะ และปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพจนมีผลงานดีเด่นในสาขาต่าง ๆ โดยรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา 2555 ทางมหาวิทยาลัยมหิดลได้คัดเลือกผลงานของอาจารย์ นักวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อวงการวิชาการและประชาชน ให้ได้รับรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้ได้รับการคัดเลือกได้เข้ารับพระราชทานรางวัลจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตร เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม ที่ผ่านมาน ณ หอประชุมกองทัพเรือ และจะได้รับเงินสดรางวัลละ 200,000 บาท สำหรับปีการศึกษา 2555 นี้ มีผู้ได้รับรางวัลประเภทดีเด่นเฉพาะทางจำนวน 8 ท่าน ในทั้งหมด 5 สาขา ได้แก่ สาขาความเป็นครู สาขาการวิจัย สาขาการประดิษฐ์ สาขาการแต่งตำรา และสาขาการบริการ ดังนี้

รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาความเป็นครู

ผศ.ดร.อติตยา ศิริภิญญานนท์ ภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ได้รับรางวัลนักวิทยาศาสตร์รุ่นใหม่ จากมูลนิธิส่งเสริมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ในพระบรมราชูปถัมภ์ รางวัลนักวิทยาศาสตร์รุ่นใหม่ (2011 TWAS Prize for Young Scientists in Thailand) สาขาเคมี และทุนวิจัยลอร์อัลประเทศไทย “เพื่อสตรีในงานวิทยาศาสตร์” เป็นอาจารย์ที่พยายามสอนโดยกระตุ้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการถามคำถาม ตอบคำถาม และแสดงความคิดเห็น นอกจากนี้ยังได้พัฒนาวิธีการและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการวิเคราะห์ที่มีอยู่ในห้องปฏิบัติการ



รศ.ดร.นพ.ภัทรชัย กิริตสิน

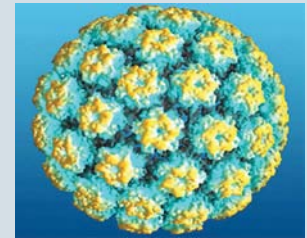
ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล อดีตนายกลสโมสรนักศึกษาแพทย์ศิริราช และผู้รับรางวัลนักศึกษาแพทย์ผู้ทำคุณประโยชน์ของคณะ เป็นคนไทยคนแรกที่ได้รับรางวัลนักวิจัยรุ่นใหม่จากสมาคมจุลชีววิทยาของประเทศสหรัฐอเมริกา เคยดำรงตำแหน่งผู้ช่วยคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา และได้รับรางวัลอาจารย์ดีเด่นทางปรีคลินิก ทุนเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี รวมถึงได้รับรางวัลจากผลงานการแต่งตำราและผลงานวิจัย อาจารย์มีความมุ่งมั่นสอนลูกศิษย์ให้เป็นแพทย์ไม่ใช่ด้วยใบปริญญา แต่เป็นแพทย์ที่มีจิตวิญญาณความเป็นมนุษย์ ดังปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก



รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการวิจัย



รศ.ดร.มธุรส พงษ์ลิขิตมงคล ภาควิชาชีวเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผลงานการวิจัยเรื่อง “โปรตีน E6* จากอีวแมนพาพิวโลมาไวรัสชนิด 16 ส่งเสริมการดื้อยาในเซลล์มะเร็งปากมดลูก” เป็นการค้นพบหน้าที่ใหม่ของโปรตีนจากเชื้ออีวแมนพาพิวโลมาไวรัส หรือ HPV ชนิด 16 ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูก โดยพบว่าโปรตีนนี้สามารถรบกวนการทำงานของยีนมนุษย์ มีผลทำให้เซลล์มะเร็งปากมดลูกสร้างเอนไซม์ Aldo-keto reductase เพิ่มขึ้น และมีความสามารถในการดื้อต่อยาบางชนิดสูงขึ้น ซึ่งความรู้นี้จะนำไปเป็นประโยชน์ต่อแนวทางการรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยเคมีบำบัด



รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการประดิษฐ์

รศ.ดร.สิริจิต วงศ์กำชัย ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผลงานการประดิษฐ์ “ชุดตรวจวินิจฉัยโรคเท้าช้างแบบรวดเร็ว” ซึ่งได้รับการจดสิทธิบัตรจากกรมทรัพย์สินทางปัญญา และได้รางวัล “นวัตกรรมแห่งชาติ” โดยสามารถทดแทนการนำเข้าชุดตรวจจากต่างประเทศซึ่งมีราคาแพง วิธีใช้งานง่าย อ่านผลง่าย รู้ผลการตรวจภายใน 15 นาที สามารถควบคุมและกำจัดโรคเท้าช้างแบบ one stop service เจ้าหน้าที่สามารถจ่ายยาได้ทันที หากพบการติดเชื้อ



ผศ.ดร.เซง เลิศมโนรัตน์ ภาควิชาวิศวกรรมไฟฟ้า

คณะวิศวกรรมศาสตร์ ผลงานการประดิษฐ์ “เดินดี - เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าแก้ปลายเท้าตก” สำหรับช่วยผู้ป่วยทางระบบประสาทที่มีอาการอัมพาตซึ่งไม่สามารถสั่งยกปลายเท้าตนเองได้ เครื่องจะตรวจจับการยกของส้นเท้า และจะกระตุ้นกล้ามเนื้อเพื่อช่วยยกปลายเท้าขึ้นขณะก้าวเดินทำให้เดินได้ง่ายขึ้น สิ่งประดิษฐ์มีขนาดกะทัดรัดมากเพียงกล่องไม้ขีดทำให้ใช้

สะดวก และราคาถูกกว่าของต่างประเทศกว่า 10 เท่า สามารถช่วยผู้ป่วยไทยในวงกว้างให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการแต่งตำรา



รศ.นพ.ทองชัย สิริวิสิทธิ์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะ

แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผลงานการแต่งตำรา “เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของหัวใจและหลอดเลือด” ซึ่งแต่งขึ้นสำหรับ

ประกอบการเรียนการสอนในหลักสูตร เพื่อการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อายุรแพทย์ และแพทย์ที่สนใจ ให้เข้าใจเทคนิคในการตรวจ การแปลผล และเพื่อให้สังเกตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งรังสีเทคนิคให้เข้าใจขั้นตอนและเทคนิคในการตรวจ เพื่อให้การตรวจเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมและให้ได้ภาพที่มีคุณภาพดีที่สุด

รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการบริการ



ศ.คลินิก นพ.พรชัย มูลพฤษ ภาควิชา

เวชศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ริเริ่มก่อตั้งหน่วยออร์โธปิดิกส์เด็ก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ริเริ่มนำเครื่องตรวจคลื่นเสียง

ความถี่สูงมาช่วยในการตรวจคัดกรองโรคข้อสะโพกหลุดในเด็กแรกเกิดซึ่งได้ผลเป็นอย่างดี ได้รับคำชมเชยจากผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอจนได้รับรางวัล “คนดีศรีรามา” ในปี พ.ศ. 2554 และในช่วงวิกฤตการณ์อุทกภัยครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2554 ได้ร่วมให้ข้อคิดเห็นด้านการดูแลสุขภาพ การจัดเตรียมยาที่จำเป็น และข้อมูลทางการแพทย์เพื่อช่วยเหลือประชาชน



รศ.นพ.ประดิษฐ์ สมประกิจ รองคณบดีฝ่ายการคลัง คณะแพทยศาสตร์ศิริราช

พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้นำการพัฒนากระบวนการเชื่อมโยงระหว่างระบบการเงินและระบบการบริหารจัดยา, ผู้นำพัฒนาระบบการรับ-ส่งใบสั่งยาและการส่งยาผู้ป่วยใน, ผู้นำการเปลี่ยนแปลงระบบบัญชีของคณะ จากเกณฑ์เงินสดเป็นเกณฑ์พึงรับพึงจ่าย โดยใช้ระบบบริหารทรัพยากรองค์กร (ERP) และระบบคลังข้อมูลการบริหารจัดการ ทำให้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีข้อมูลในการกำหนดนโยบายด้านการเงินและการคลังที่เหมาะสม



MDGs คือ Millennium Development Goals หรือเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ซึ่งเกิดขึ้นจากการประชุมสุดยอดสหัสวรรษของสหประชาชาติ (Millennium Summit) เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) ผู้นำประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก 189 ประเทศ ได้ให้คำรับรองปฏิญญาแห่งสหัสวรรษของสหประชาชาติ ซึ่งกำหนดวาระการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคนและลดช่องว่างการพัฒนาให้เป็นจุดเริ่มต้นศตวรรษใหม่ โดยปฏิญญาดังกล่าวเป็นที่มาของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ และที่ประชุมได้ตกลงร่วมกันที่จะใช้เป้าหมายการพัฒนาที่กำหนดกรอบระยะเวลาชัดเจนและวัดผลได้ในการต่อสู้กับความยากจน ความอดอยาก หิวโหย การไม่รู้หนังสือ โรคภัยต่าง ๆ ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ และความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยมีหลักการสำคัญคือ การแบ่งสรรความรับผิดชอบระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ คือ เป้าหมาย 8 ประการที่รัฐสมาชิกสหประชาชาติ 189 ประเทศ (รวมประเทศไทย) ตกลงยอมรับที่จะพยายามบรรลุเป้าหมายดังกล่าวให้ได้ภายใน พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) ประกอบด้วยเป้าหมายหลัก 8 ข้อ ดังนี้ เป้าหมายที่ 1 จัดความยากจนและความหิวโหย เป้าหมายที่ 2 ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา เป้าหมายที่ 3 ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและส่งเสริมบทบาทสตรี เป้าหมายที่ 4 ลดอัตราการตายของเด็ก เป้าหมายที่ 5 พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ เป้าหมายที่ 6 ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคติดต่ออื่น ๆ เป้าหมายที่ 7 รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน เป้าหมายที่ 8 ส่งเสริมความเป็นหุ้นส่วนการพัฒนาในประชาคมโลก

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษกับประเทศไทย คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2546 (ค.ศ. 2003) มอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) เป็นแกนกลางในการจัดทำรายงานผลการดำเนินการตามเป้าหมาย MDGs ของประเทศไทย โดย สศช.

ได้จัดทำรายงานฉบับแรกเมื่อปี พ.ศ. 2547 ซึ่งได้นำเสนอผลการพัฒนาความก้าวหน้าและความท้าทายในการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย MDGs โดยไทยดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับหลักการด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) และได้บรรลุเป้าหมายด้านความยากจน ความหิวโหย ความไม่เท่าเทียมทางเพศ โรคเอดส์ และมาลาเรีย ก่อนกำหนดเวลากว่า 10 ปี

MDGs



และใกล้บรรลุเป้าหมายด้านการศึกษ สำหรับรายงานผลฉบับที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2552 แสดงให้เห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานฉบับปี พ.ศ. 2547 การดำเนินงานมีความก้าวหน้ามากขึ้นในบางเป้าหมาย อาทิ การให้กำลังแรงงานทั้งหมดรวมผู้หญิงและเยาวชนได้ทำงานที่มีคุณค่า การให้เด็กทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาภายในปี พ.ศ. 2558/สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายภายในปี พ.ศ. 2558 การให้ทุกคนเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ภายในปี พ.ศ. 2558 และการให้ความสำคัญกับประเทศที่มีการพัฒนาน้อยที่สุดและร่วมมือกับบริษัทฯ ดำเนินการให้ประเทศกำลังพัฒนาสามารถ

เข้าถึงยาที่จำเป็น และการดำเนินงานสามารถรักษาระดับความก้าวหน้าได้ในบางเป้าหมาย อาทิ การลดสัดส่วนประชากรยากจนและประชากรหิวโหยลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี พ.ศ. 2553-2558 การขจัดความไม่เท่าเทียมกันทางเพศในการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา การชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2558 และการรักษาจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ทั้งนี้เส้นทางข้างหน้าจะเน้นไปที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ในเรื่องการสร้างหลักประกันความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม และการลดความไม่เท่าเทียมกันทางโอกาสและการกระจายผลประโยชน์จากการพัฒนาต่าง ๆ รวมทั้งจะจัดให้มีกลไก/เครื่องมือสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย MDGs ผ่านการผนึกกำลังของหน่วยปฏิบัติเพื่อการขับเคลื่อน

MDG+ คืออะไร ประเทศไทยได้เริ่มแนวคิด MDG Plus (MDG+) โดยมีเป้าหมายเพิ่มเติมที่สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาของประเทศและท้าทายยิ่งกว่า MDG โดย MDG+ แสดงให้เห็นถึงแนวทางการพัฒนาแบบมุ่งผลลัพธ์และแนวความคิดแบบ “เราทำได้” ของไทยในการพัฒนาคนและการต่อสู้กับความยากจน ตัวอย่างของ MDG+ อาทิ การลดความยากจนให้ต่ำกว่าร้อยละ 4 ภายในปี พ.ศ. 2552 การให้เด็กทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นภายในปี พ.ศ. 2549 การเพิ่มสัดส่วนผู้หญิงในรัฐสภา องค์การบริหารส่วนตำบลและตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงของราชการเป็นสองเท่าในช่วงปี พ.ศ. 2545-2549 การลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรวัยเจริญพันธุ์ให้เหลือร้อยละ 1 ภายในปี พ.ศ. 2549 เป็นต้น

แต่ถึงแม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการเข้าถึงเป้า MDG ต่าง ๆ ที่ตั้งไว้ แต่ในบาง MDG ในบางภาคหรือจังหวัดของประเทศเรายังมีอะไรที่ต้องทำอีกมาก เช่น ใน MDG ที่ 5 “พัฒนาสุขภาพของสตรีมีครรภ์” ซึ่งเป็นสาเหตุใหญ่ที่มดต้องกล่าวนำเกี่ยวกับ MDGs ในวันนี้ เพื่อเป็นการปูพื้นให้ท่านผู้อ่านเข้าใจในภาพรวมก่อนที่จะไปถึงแต่ละ MDG ซึ่งในโอกาสต่อไปผมจะนำข้อมูลมาเรียนให้ท่านผู้อ่านทราบอีกครั้ง



Mahidol University
College of Management
Wisdom of the Land



Master of Management HEALTHCARE AND WELLNESS MANAGEMENT International Program

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

Make the transformation to a healthcare management professional

“

Prospective students for healthcare and wellness management program are professionals who work in healthcare organizations including hospitals, clinics, spa, insurers, pharmaceutical companies, medical devices companies and others who support care delivery.

”

ONLINE ADMISSIONS
Now - 18 August 2013

@ www.cmmu.mahidol.ac.th/onlineapplication
More information <http://inside.cm.mahidol.ac.th/healthcare>

In collaboration with



PROGRAM CURRICULUM

Core Courses

- ✦ Organizational Behavior and Human Resource Management
- ✦ Strategic Marketing Management
- ✦ Management Information Systems
- ✦ Financial Management
- ✦ Asian Economy in the Global context

Foundation Courses

- ✦ Health Service System and Health Systems
- ✦ Management of Healthcare Organizations
- ✦ Healthcare Operations Management

Specialization Courses

- ✦ Healthcare Policy and Provider Payment Systems
- ✦ Quality Improvement and Improving Healthcare Delivery
- ✦ Communication Skills for Healthcare Executives
- ✦ Health Care Innovation
- ✦ Health Management Decision Making
- ✦ Hospital Management
- ✦ Research Methodology in Healthcare Management
- ✦ Seminar in Modern Healthcare and Hospital Management

Free Elective Course
Capstone Project

COLLEGE OF MANAGEMENT MAHIDOL UNIVERSITY

APPLY ONLINE NOW

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



College of Management Mahidol University
69 Vipawadee Rangsit Road, Phayathai, Bangkok 10400
Tel: 02 206 2000 Fax: 02 206 2090

The World's Widely Prescribed GnRH Analogue ⁽¹⁾



Enantone L.P. 11.25 mg

Dual Chamber Pre-filled Syringe (DPS) with needle (no. 23)

(Leuporelin acetate **3 month depot**, for subcutaneous or intramuscular injection

ONCE EVERY THREE MONTHS.) ⁽²⁾

For treatment of :

- Prostate Cancer
- Endometriosis
- Uterine Fibroids ⁽²⁾



Enantone L.P. 3.75 mg

Dual Chamber Pre-filled Syringe (DPS) with needle (no. 25)

(Leuporelin acetate **1 month depot**, for subcutaneous or intramuscular injection

ONCE EVERY MONTH.) ⁽³⁾

For treatment of :

- Prostate Cancer
- Endometriosis
- Uterine Fibroids
- Central Precocious Puberty (CPP) ⁽³⁾
- Premenopausal Breast Cancer



Enantone L.P. 1.88 mg

Dual Chamber Pre-filled Syringe (DPS) with needle (no. 25)

(Leuporelin acetate **1 month depot**, for subcutaneous or intramuscular injection

ONCE EVERY MONTH.) ⁽⁴⁾

For treatment when the patient's weight is less than 50 kg,

- Uterine Fibroids
- Endometriosis ⁽⁴⁾

For patients with heavy weight or those with markedly enlarged uterus, 3.75 mg is administered. ⁽⁴⁾

ENANTONE can be administered as a liquid injection through a fine-gauge needle (no. 23, 25). ⁽⁵⁾⁽²⁾

- Minimizing patient discomfort
- Less injection site trauma
- Either IM or SC injection
- Any member of the health care team can administer to patients

ENANTONE offers a choice of injection frequencies (1-month and 3-month) which can be timed to coincide with regular check-up. ⁽⁵⁾

ENANTONE 11.25 mg (3-monthly injection) also offers ⁽⁵⁾

- Reduction in the number of injections and consultations
- Increasing in patient compliance
- Greater convenience for both patients and health-care professionals.



Abbreviated prescribing information of Enantone L.P.-Dual chamber pre-filled syringe (DPS). **Composition:** Enantone 3.75 mg, 1 DPS contains 3.75 mg of leuporelin acetate as lyophilized microcapsules and 1 ml sterile vehicle, Enantone 11.25 mg 1 DPS contains 11.25 mg of leuporelin acetate as lyophilized microcapsules and 1 ml sterile vehicle. Enantone 1.88 mg 1 DPS contains 1.88 mg of leuporelin acetate as lyophilized microcapsules and 1 ml sterile vehicle. **Indications:** 3.75 mg DPS for treatment of advanced prostate cancer, endometriosis at genital & extragenital localization (from stage I to IV), Uterine fibroids, premenopausal breast cancer, and central precocious puberty, 11.25 mg DPS for treatment of advanced prostate cancer, endometriosis at genital & extragenital localization (from stage I to IV), and Uterine fibroids. 1.88 mg DPS for treatment of light weight patient who has weight less than 50 kg. With endometriosis at genital & extragenital localization (from stage I to IV), or Uterine fibroids. **Dosage and Administration:** Prostate cancer One 3.75 mg DPS monthly or one 11.25 mg DPS every 3 months as a single SC/IM inj., Endometriosis - One 3.75 mg DPS monthly or patient with weight less than 50 kg may use one 1.88 mg DPS monthly or one 11.25 mg DPS every 3 months as a single SC/IM inj. Start during the 1st 5 days of the menstrual cycle. Duration: 6 months, can be used for 12 months with concurrent HRT (norethindrone acetate 5 mg daily). Uterine fibroids - One 3.75 mg DPS monthly or patient with weight less than 50 kg may use one 1.88 mg DPS monthly for 3 months or one 11.25 mg DPS as a single SC/IM inj. For reducing uterine fibroids size and menorrhagia before operative treatment. Start during the 1st 5 days of the menstrual cycle. **Breast cancer** - One 3.75 mg DPS monthly as a single SC/IM inj., **Central precocious puberty** - 3.75 mg DPS 90-400 mcg/kg SC/IM monthly, Dose adjusted according to patient's response. **Contraindications:** Hypersensitivity to GnRH or GnRH analogues, Undiagnosed abnormal vaginal bleeding, Pregnancy, Lactation. **Precaution:** Male-Patients with urinary obstruction &/or metastatic vertebral lesions should begin therapy under close supervision for 1st few wk of treatment, flare up syndromes may occur. **Female:** Pregnancy must be excluded. Contraception is not insured by taking Enantone L.P.; therefore, patients should use nonhormonal methods of contraception. Regular administration leads to hypergonadotrophic amenorrhea. Verify plasma estrogen levels if unexpected metrorrhagia occurs. With prolonged administration, monitoring of bone density to identify osteoporosis risk is recommended. **Adverse Reaction:** Male-at beginning of treatment. Transient increase in bone pain, worsening of preexisting hematuria, or of urinary obstruction & weakness or paresthesia of the lower limbs. During treatment: Hot flushes, impotence, nausea, vomiting, edema of limbs & general pains. **Female:** Hypoestrogenic effect: hot flushes, headache, decreased libido, vaginal dryness, emotional lability, myalgia, decrease of the mammary glands volume, bone density modification. **Expiration period:** 3 years. **Storage:** Store below 25 °C, avoiding heat, and protect from freezing. **Package:** Box of Dual chamber pre-filled syringe (DPS) with a needle

Reference: 1) Parsad R. Leuporelin acetate in prostate cancer: A European Update. Int. J. Clin Pract. 2002 Jun; 56(5):389-396. 2) Enantone 11.25 mg DPS package insert. 3) Enantone 3.75 mg DPS package insert. 4) Enantone 1.88 mg DPS package insert. 5) Parsad R. Leuporelin: A leading role in advanced prostate cancer therapy. Hosp. Medic. 2003 Jun; 64(6):360-363.

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

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ๑๓๘๘/๒๕๕๔
T 340-C-11-11



บริษัท ทาคาดา (ประเทศไทย) จำกัด

183 อาคารรัตนการ ชั้น 10 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 โทร. 0-2676-6770-9 แฟกซ์ 0-2676-6780

ไอร์แลนด์ผ่านกฎหมายทำแท้ง

บีบีซี - สภาไอร์แลนด์ลงมติรับรองกฎหมายทำแท้งกรณีเป็นอันตรายต่อมารดาเป็นครั้งแรกภายหลังการโต้เถียงอันยืดเยื้อ

สภาล่างไอร์แลนด์รับรองร่างกฎหมายทำแท้งซึ่งอนุญาตให้แพทย์ยุติการตั้งครรภ์กรณีเห็นว่าอาจทำให้ผู้หญิงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ขณะที่ฝ่ายต่อต้านกฎหมายทำแท้งซึ่งเตรียมยื่นสู่การพิจารณาของวุฒิสภาคัดค้านว่ากฎหมายนี้อาจนำไปสู่การทำแท้งอย่างแพร่หลาย และมีขอบเขตจำกัดเนื่องจากไม่ครอบคลุมถึงกรณีตั้งครรภ์จากการข่มขืน เพศสัมพันธ์ในเครือญาติ หรือความผิดปกติของตัวอ่อน

ด้านเครือข่ายต่อต้านการทำแท้งออกมาโจมตีว่า กฎหมายนี้ถือเป็นการรับรองให้สามารถสังหารทารกที่ยังไม่ลืมตาในโลกเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของไอร์แลนด์ และกรณีนี้ไม่เพียงเป็นการขัดต่อหลักศาสนาเท่านั้น หากยังละเมิดสิทธิมนุษยชนตามที่เชื่อว่าหญิงตั้งครรภ์และทารกมีสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่เท่าเทียมกัน

แม้ศาลรัฐธรรมนูญไอร์แลนด์เคยยอมรับการทำแท้งกรณีอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 แต่ที่ผ่านมาก็ยังมีรัฐบาลชุดใดประกาศหลักเกณฑ์การพิจารณาจนนำไปสู่การเสียชีวิตของทารกหญิงรายหนึ่งเมื่อเดือนตุลาคมปีก่อน ซึ่งเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ แต่โรงพยาบาลปฏิเสธทำแท้งเนื่องจากเห็นว่าอาการเบื้องต้นไม่รุนแรง



นโยบายแจกถ่านหินทำคนจีนอายุสั้น

บีบีซี - ผลวิจัยชี้ นโยบายแจกถ่านหินเพื่อทำความอบอุ่นแก่ประชาชนทางภาคเหนือของจีนทำให้ประชาชนมีอายุคาดเฉลี่ยสั้นลง 5.5 ปี

ผลการศึกษาชี้ว่ามลภาวะอากาศจากการเผาถ่านหินในพื้นที่ทางเหนือของแม่น้ำฮวงโหของจีนซึ่งมีประชากรอาศัยอยู่ราว 500 ล้านคน สูงกว่าราวครึ่งหนึ่งเทียบกับระดับในภาคใต้ ขณะเดียวกันก็พบด้วยว่าภูมิภาคนี้มีอัตราโรคหัวใจและโรคปอดสูงกว่าอันเป็นผลจากนโยบายแจกถ่านหินซึ่งสิ้นสุดลงเมื่อปี พ.ศ. 2523

คณะนักวิจัยประเมินว่า ประชากรในภาคเหนือมีอายุคาดเฉลี่ยสั้นลงราว 5.5 ปี จากอุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้นของการตายเนื่องจากโรคหัวใจและทางเดินหายใจ และเชื่อว่านโยบายแจกถ่านหินเพื่อสร้างความอบอุ่นในอาคารบ้านเรือนส่งผลกระทบต่อกลายเป็นหายนะทางสุขภาพ และผลการศึกษานี้อาจช่วยกระตุ้นให้ประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ รวมถึงบราซิลหรืออินเดียพิจารณาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาพประชาชน

เชื่อว่าผลการศึกษาชิ้นนี้จะเป็อีกหนึ่งแรงกดดันที่ทาโถมเข้าสู่ผู้มีอำนาจในรัฐบาลปักกิ่งเพื่อเร่งเนินมาตรการแก้ไขปัญหามลพิษดังที่เมื่อต้นปีที่ผ่านมามีต้องเผชิญกับเสียงเรียกร้องของประชาชนให้ออกมาจัดการกับปัญหามลภาวะอากาศที่สูงเลเยระดับที่เป็นอันตรายตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก



บราซิลเดินหน้าส่งหมอลงพื้นที่กันดาร

บีบีซี - บราซิลประกาศแผนจ้างแพทย์ 10,000 ตำแหน่ง เพื่อส่งไปปฏิบัติหน้าที่ยังพื้นที่กันดารอันเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการปฏิรูป

มาตรการใหม่ในชื่อ “เพิ่มแพทย์” ยังรวมถึงแผนจ้างแพทย์ชาวต่างชาติเป็นครั้งแรกซึ่งจะมีผลในเดือนกันยายนนี้ รวมถึงการปรับหลักสูตรแพทยศาสตรให้แพทย์ที่สำเร็จการศึกษานับจากปี พ.ศ. 2558 จะต้องทำงานใช้ทุนในภาครัฐเป็นเวลาสองปี โดยกระทรวงสาธารณสุขบราซิลเปิดเผยว่ามาตรการนี้อาศัยแบบอย่างจากต่างประเทศ โดยเฉพาะอังกฤษและสวีเดน

ด้านเจ้าหน้าที่เปิดเผยว่า การจ้างแพทย์ต่างชาติจะพิจารณาเฉพาะกรณีที่ตำแหน่งนั้นมีแพทย์ชาวบราซิลไม่เพียงพอ และยืนยันว่ามาตรการนี้ไม่ได้มีเป้าหมายหลักเพื่อนำเข้าแพทย์จากต่างประเทศ แต่เป็นไปเพื่อขยายบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึงยิ่งขึ้น นอกจากนี้ทางการยังรับปากจะเพิ่มเงินอุดหนุนสำหรับการปรับปรุงแผนกศัลยกรรม และเพิ่มโรงเรียนแพทย์ในระยะยาวด้วย

อนึ่ง ก่อนหน้านี้นบราซิลมีแผนนำเข้าแพทย์จากคิวบาแต่ก็ต้องเผชิญแรงต้านอย่างถึงลูกถึงคนจากแพทย์หลายสมาคม ขณะที่แผนยกเครื่องสาธารณสุขใหม่นี้ก็ถูกมองด้วยสายตาทั้งจากสภาเวชศาสตร์ซึ่งกำลังพิจารณาใช้อำนาจศาลยับยั้งคำสั่งประธานาธิบดี

ตรวจมะเร็งจากกลืนปัสสาวะ

ปีปีซี – นักวิจัยอังกฤษพัฒนาชุดตรวจกลืนปัสสาวะสำหรับวินิจฉัยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

ชุดตรวจนี้ใช้เซนเซอร์ตรวจก๊าซเคมีในน้ำปัสสาวะที่เซลล์มะเร็งปล่อยออกมา ซึ่งจากการทดสอบเบื้องต้นพบว่ามีความเที่ยงสูงถึงราว 96% และแม้ชุดตรวจนี้ยังคงต้องศึกษาเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นเพื่อยืนยันประสิทธิภาพให้เป็นที่แน่ชัดก่อนนำไปใช้ในทางเวชปฏิบัติ แต่เชื่อว่าจะเป็นก้าวสำคัญอีกก้าวหนึ่งในการตรวจมะเร็งจากตัวอย่างปัสสาวะ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการลดผลกระทบจากการวินิจฉัยต่อผู้ป่วย

ปัจจุบันมีตัวเลขผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะในสหราชอาณาจักรราวปีละ 10,000 ราย ซึ่งแพทย์ต่างพยายามหาวิธีตรวจมะเร็งให้พบตั้งแต่ระยะแรกเพื่อเพิ่มโอกาสการรักษา ขณะที่แนวคิดการตรวจจากน้ำปัสสาวะก็เริ่มเป็นที่สนใจมากขึ้นดังที่มีงานวิจัยหนึ่งชี้ว่าสามารถฝึกฝนสุนัขให้จำแนกกลิ่นของมะเร็งได้



เม็กซิโกแซงสหรัฐครองแชมป์อ้วน

เทคพาร์คดอทคอม – เม็กซิโกแซงหน้าสหรัฐเป็นประเทศที่มีประชากรเป็นโรคอ้วนมากที่สุด

ข้อมูลขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติชี้ว่า อัตราโรคอ้วนของเม็กซิโกเพิ่มขึ้นเป็น 32.8% แซงหน้าสหรัฐอเมริกาส่งตามมาอย่างกระชั้นชิดที่ 31.8% และน่าเป็นห่วง

ว่าอัตราโรคอ้วนที่เพิ่มขึ้นนี้ไม่ได้เป็นตัวสะท้อนความกินดีอยู่ดีของชาวเม็กซิกัน เพราะวิกฤตโรคอ้วนกลับส่งผลกระทบต่อตรงในกลุ่มผู้ยากไร้

ด้านเจ้าหน้าที่สถาบันโภชนาการแห่งชาติของเม็กซิโกเปิดเผยว่า ประชาชนกลุ่มที่ประสบปัญหาขาดสารอาหารและกลุ่มที่เป็นโรคอ้วนนั้นเป็นกลุ่มเดียวกัน นอกจากนี้รูปแบบครอบครัวที่พ่อแม่เป็นโรคอ้วนขณะที่ลูกเป็นเด็กขาดสารอาหารก็กำลังระบาดหนักในกลุ่มชนชั้นรากหญ้า และเป็นที่น่าวิตกว่าเด็ก ๆ กำลังจะเจริญรอยตามกลายเป็นคนอ้วนในอนาคต

สหประชาชาติเตรียมรับมือโคโรนาไวรัส

รอยเตอร์ส – ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์จากนานาประเทศร่วมประชุมฉุกเฉินขององค์การอนามัยโลกเพื่อหามาตรการรับมือโคโรนาไวรัสตั้งแต่วันออกกลาง (เอ็มอีอาร์เอส)

องค์การอนามัยโลกยังได้ตั้งคณะกรรมการฉุกเฉินเพื่อประเมินความเสี่ยงที่ไวรัสเอ็มอีอาร์เอสจะระบาดจนกลายเป็นภัยคุกคามระดับสากล รวมถึงพิจารณาแนวทางการควบคุมการระบาดซึ่งอาจรวมถึงการจำกัดการเดินทาง หลังพบการระบาดครั้งแรกที่ซาอุดีอาระเบียเมื่อเดือนเมษายนปีก่อน และจนถึงขณะนี้ผู้ติดเชื้อที่สามารถระบุได้อย่างน้อย 80 ราย



องค์การอนามัยโลกเปิดเผยด้วยว่า กรณีการติดเชื้อเอ็มอีอาร์เอสซึ่งมีอาการไม่รุนแรงหรือไม่แสดงอาการยิ่งทำให้เกิดความวิตกว่าอาจมีผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงอีกจำนวนมากที่ตรวจไม่พบ และแม้จะทราบเป็นที่ชัดเจนแล้วว่าไวรัสสามารถระบาดจากคนสู่คน แต่ก็ยังไม่อาจบอกได้ว่าการระบาดมีขอบเขตเพียงใด และอนามัยโลกได้เตือนให้ประเทศที่พบการระบาดโดยเฉพาะซาอุดีอาระเบียหามาตรการป้องกันการติดเชื้อจากการชุมนุมของคนหมู่มาก แต่ยังคงไม่ได้แนะนำให้ใช้มาตรการจำกัดการเดินทาง



อารมณ์ร่วม

เมื่อผู้ป่วยมาที่ห้องฉุกเฉินมักมาด้วยอาการที่หนักแน่นหรือเขาคิดไปเองว่าอาการหนักมากก็เป็นได้

ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมักมาด้วยอาการตื่นตกใจมากเกินปกติ ซึ่งมักมีอาการตื่นตระหนกมากกว่าการมารอตรวจตามคลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป

รุ่นพี่ ๆ สอนกันต่อ ๆ มาว่า เราในฐานะบุคลากรพยาบาลที่อยู่ด่านหน้าอย่างห้องฉุกเฉินก็ควรควบคุมอารมณ์ได้โดยไม่แตกตื่นไปตามนั้น เพราะถ้าเรายิ่งตื่นตกใจก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยตื่นตระหนกมากขึ้นไปกว่าเดิมอีกหลายเท่า

อย่างไรก็ดี ในชีวิตประจำวันเราต้องเดินทางสายกลางเสมอ กล่าวคือ ควรมีอารมณ์ร่วมไปกับผู้ป่วยด้วยพอประมาณโดยไม่มากและก็ไม่น้อยจนเกินไป

ถ้ามากเกินไป...ก็ทำให้ผู้ป่วยยิ่งตื่นตระหนก

ถ้าน้อยเกินไป...ก็อาจถูกหาว่าเพิกเฉยไม่ใส่ใจในทุกข์ร้อนของผู้ป่วย

มีหญิงรายหนึ่งมาด้วยอาการตั้งครรภ์แรกแล้วมีเลือดออกมาเล็กน้อย ซึ่งผู้ป่วยค่อนข้างมีอาการตกใจมากเนื่องจากเป็นครรภ์แรก



“

ในชีวิตประจำวันเราต้องเดินทางสายกลางเสมอ กล่าวคือ ควรมีอารมณ์ร่วมไปกับผู้ป่วยด้วยพอประมาณโดยไม่มากและก็ไม่น้อยจนเกินไป

”

แต่เนื่องจากอาการเช่นนี้ถูกพบเห็นที่ห้องฉุกเฉินอยู่บ่อยครั้งตลอดจนการที่ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่ดีก็ย่อมแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้มีอาการร้ายแรงจนน่าวิตกแต่อย่างใด

ดังนั้น จากการคัดกรองแล้วจึงถือว่าเป็นผู้ป่วยไม่เร่งด่วน แพทย์ฉุกเฉินจึงให้ผู้ป่วยนั่งรอสูติแพทย์มารับปรึกษาที่ห้องฉุกเฉิน

หลังจากรอคอยอยู่นานพอสมควร สูติแพทย์ก็มาตรวจพร้อมกับให้การวินิจฉัยว่าทั้งบุตรและได้ส่งผู้ป่วยรายนี้ไปยังห้องชุดมดลูกในเวลาต่อมา

ผู้ป่วยรายนี้ได้เขียนเรื่องร้องเรียนไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลว่า “ได้รับการบริการที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์อันเป็นเหตุให้ตนเองแท้งบุตร”

ทีมห้องฉุกเฉินคงชินกับการมาด้วยอาการเลือดออกในขณะตั้งครรภ์ แต่ผู้ป่วยไม่ชินไปกับเราด้วย

ดังนั้น เมื่อเกิดแท้งบุตรขึ้น ผู้ป่วยรายนี้จึงร้องเรียนไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลว่าเป็นเพราะเขาไม่ได้รับความใส่ใจที่ห้องฉุกเฉิน และปล่อยให้รอนานจึงเป็นเหตุให้เขาสูญเสียบุตรในครรภ์รายนี้ไป

ในยามเสียใจ ผู้คนมักแสดงปฏิกิริยาตอบสนองแรกคือ การหาผู้ผิด เมื่อเวลาผ่านไปสักพักเขาจึงจะเข้าใจและทำใจยอมรับความจริงได้

งานดูแลรักษาพยาบาลนับเป็นงานบริการอย่างหนึ่งคล้ายงานรับเรื่องร้องเรียนของตำรวจ

เมื่อไม่นานมานี้มีข่าวอยู่ในกรอบเล็ก ๆ ของหนังสือพิมพ์ฉบับหนึ่งว่า หญิงวัยรุ่นรายหนึ่งถูกกระชากโทรศัพท์มือถือไอโฟนที่หน้าห้างสรรพสินค้าชั้นนำ หญิงรายนี้โพสต์ลง Facebook ว่า

“ฉันได้นำเรื่องไปร้องเรียนที่โรงพักแห่งหนึ่ง พบว่านายตำรวจร้อยเวรมีสีหน้าเฉยเมยมากในการลงบันทึกประจำวัน อันทำให้ฉันรู้สึกเสียใจมากที่ถูกมองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย และเชื่อว่าคงไม่มีการช่วยติดตามหาโทรศัพท์มาคืนฉันได้แน่ ในที่สุดฉันคงต้องสูญเสียโทรศัพท์เครื่องนี้ไปอย่างแน่แท้”



น่าเห็นใจร้อยเวรท่านนี้จริง ๆ ทั้งนี้เพราะเหตุการณ์ขโมยโทรศัพท์มือถือน่าจะพบเห็นเป็นประจำอยู่แล้ว จนกระทั่งนายตำรวจท่านนั้นไม่ได้มองว่าเป็นเหตุการณ์แปลกอะไร แต่การไม่มีอารมณ์ร่วมไปกับความทุกข์ร้อนของเขากลับเป็นสิ่งที่ผู้ร้องเรียนรู้สึกไม่พอใจเป็นอย่างมากจนกระทั่งยอมรับไม่ได้ด้วยเช่นกัน

เหตุการณ์หญิงตั้งครรภ์และมีเลือดออกเล็กน้อย เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่าเช่นกันในหน่วยตรวจโรคทางสูตินรีเวช มีอยู่รายหนึ่งก็ร้องเรียนไปที่ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งว่า

“พยาบาลคนแรกที่มาดูแลรักษาได้แสดงกิริยาชักช้าและไม่ใส่ใจในการให้บริการ อันเป็นเหตุให้แท้งบุตร”

“

ฉันได้นำเรื่องไปร้องเรียนที่โรงพักแห่งหนึ่ง พบว่านายตำรวจร้อยเวรมีสีหน้าเฉยเมยมาก ในการลงบันทึกประจำวัน อันทำให้ฉันรู้สึกเสียใจมากที่ถูกมองว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย และเชื่อว่าคงไม่มีการช่วยติดตามหาโทรศัพท์มาคืนฉันได้แน่ ในที่สุดฉันคงต้องสูญเสียโทรศัพท์เครื่องนี้ไปอย่างแน่แท้

”

เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งนั้นมาสอบถามความต้องการของผู้ป่วยรายนี้ จึงจับประเด็นได้ว่า... เป็นความไม่พึงพอใจที่ทีมรักษาพยาบาลไม่แสดงอาการเร่งร้อนร่วมทุกข์ร่วมสุขไปกับเขาด้วย

หลังจากขอโทษขอโพยหญิงตั้งครรภ์รายนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจึงได้ทำการทบทวนแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกซึ่งมารับการรักษาที่แผนกสูตินรีแพทย์ใหม่

จากการทบทวนแล้ว จึงได้ตัดสินใจเพิ่มประโยคหนึ่งเข้าไปเป็นแนวทางปฏิบัติรักษาข้อที่ 1 ว่า

“1. เมื่อแรกเข้าไปดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีเลือดออก ให้ทีมรักษาพยาบาลแสดงอาการกระตือรือร้นพร้อมช่วยเหลือ ได้แก่ การก้าวเดินอย่างรีบเร่ง หรือแสดงสีหน้าห่วงใย เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาใจ ก่อนทำการปรึกษาทีมรักษาพยาบาลอื่น ๆ ในลำดับถัดไป”

ผู้เขียนอยากเสนอให้เพิ่มเติมประโยคนี้ต่อท้ายเข้าไปด้วย อันจะยิ่งเพิ่มความเข้าใจให้แก่ทีมรักษาพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ดังนี้ “ทั้งนี้ควรแสดงความรู้สึกร่วมไปกับความทุกข์ร้อนของผู้ป่วยแต่พอประมาณตามหลักทางสายกลางของพุทธศาสนา”

เพราะมิฉะนั้นอาจเกิดกรณีร้องเรียนจากผู้ป่วยได้ว่า... เราแสดงอาการประชด อันเนื่องจากเราแสดงอารมณ์ร่วมมากเกินไปจนเกินงาม



<<< (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

กรมบัญชีกลางพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว

กรมบัญชีกลางที่เป็นหน่วยงานที่ควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาและค่าสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและครอบครัว ซึ่งการเบิกจ่ายในระบบนี้เป็นระบบงบประมาณปลายเปิด (กล่าวคือไม่ได้จำกัดวงเงินไว้ล่วงหน้า แต่จะจ่ายไปตามที่จ่ายจริง) ทำให้กรมบัญชีกลางเห็นตัวเลขค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและครอบครัวเพิ่มมากขึ้นจาก 20,643,110 บาท ในปี พ.ศ. 2547 มาเป็น 62,195,000 บาท ในปี พ.ศ. 2553⁽²⁾ ต่อปี คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นของงบประมาณค่ารักษายาในระบบสวัสดิการข้าราชการเพียง 20% เท่านั้น นับว่าอัตราการเพิ่มน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเพิ่มงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนเท่ากับ 12,439 บาทต่อคนต่อปี

แต่เมื่อกรมบัญชีกลางเอาไปเปรียบเทียบกับงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่าย บาทต่อคนต่อปีก็เห็นว่าข้าราชการใช้เงินในการรักษามากกว่าประชาชนในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณ 10 เท่า ทำให้กรมบัญชีกลางพยายามที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการข้าราชการให้อยู่ในระดับไม่เกินปีละ 60,000,000 บาท⁽³⁾

แต่ถ้าเอาไปเปรียบเทียบกับงบประมาณค่ารักษายาของอดีต ส.ส. หรือ ส.ว. จะมีงบประมาณตั้งไว้ให้สำหรับการเจ็บป่วยถึงปีละ 90,000 บาทต่อคนต่อปี โดยแบ่งเป็นค่ารักษาตัวแบบผู้ป่วยนอกปีละ 30,000 บาท และค่ารักษาตัวแบบผู้ป่วยในถึงปีละ 60,000 บาท⁽⁴⁾ โดยที่กรมบัญชีกลางไม่ได้ดูว่าในระบบสวัสดิการข้าราชการนั้น อาจจะมีผู้สูงอายุอยู่เป็นจำนวนมากกว่าในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากมีพ่อแม่ของข้าราชการและข้าราชการบำนาญอยู่ด้วย และในสวัสดิการข้าราชการนี้ยังมีค่าใช้จ่ายในการนอนพักในห้องพักพิเศษรวมอยู่ด้วย

กรมบัญชีกลางจึงมีความพยายามที่จะควบคุมการใช้จ่ายในระบบสวัสดิการข้าราชการ โดยการมอบหมายให้สำนักพัฒนาและตรวจสอบระบบการรักษายา (สพตร.) ในสำนักวิจัยและพัฒนา ระบบสาธารณสุข (สวรส.) ไปตรวจสอบการไปรับสวัสดิการข้าราชการ และได้ผลการรวบรวมข้อมูลโดยสรุปว่า โรงพยาบาลระดับสูง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย และสังกัดอื่น เช่น กลาโหม ตำรวจ) มีอัตราการส่งยานอกบัญชียาหลักถึง 66% ในปี พ.ศ. 2552

การแก้ไข พ.ร.ฎ.เงินรักษายาข้าราชการสวัสดิการ พ.ศ. 2553

จากการรายงานของ สพตร. นี้เองส่งผลให้กรมบัญชีกลางไปเสนอให้รัฐบาลแก้ไข พ.ร.ฎ.เงินสวัสดิการรักษายาของข้าราชการและครอบครัว พ.ศ. 2553 จากเดิมที่ให้เบิกได้ตามที่จ่ายจริง มาเป็นเบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังเท่านั้น

โดยกรมบัญชีกลางไม่ได้พิจารณาถึงเหตุผลว่าการที่โรงพยาบาลอื่น ๆ นอกจากโรงพยาบาลระดับต้น (คือโรงพยาบาลชุมชน) มีความจำเป็นที่จะต้องใช้นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนก็เนื่องจากว่าโรงพยาบาลระดับสูงนั้นต้องรักษาโรคหรืออาการป่วยที่ยากซับซ้อนหรืออาการหนัก จำเป็นต้องใช้ยาที่มีคุณภาพสูงในการรักษาอาการเจ็บป่วยเหล่านั้น (ใช้นยานอกบัญชียาหลักถึง 66%) ควรที่จะพิจารณาเพิ่มรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อให้สามารถครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือป่วยด้วยโรคที่ยากซับซ้อนในการรักษาหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่ดี ทันสมัย และมีประสิทธิภาพในการรักษาอย่างดีที่สุด เพื่อคุณภาพการรักษาที่ดี และช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคภัยไข้เจ็บและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรมบัญชีกลางเริ่มควบคุมการจ่ายยาของแพทย์

โดยกรมบัญชีกลางได้ออกประกาศห้ามข้าราชการเบิกยากฎโคชามิน⁽⁵⁾ ทั้งนี้กรมบัญชีกลางไม่ได้พิจารณาถึงมาตรฐานการรักษาหรือคุณภาพชีวิตผู้ป่วย กลับดำเนินการให้กระทรวงการคลังออกระเบียบกำหนดรายการยาที่จะให้เบิกได้เฉพาะรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น รวมทั้งการวางแผนการที่จะห้ามจ่ายยาที่มีราคาสูงอีก 8 ชนิด รวมทั้งห้ามการเบิกจ่ายยาอีกหลายชนิด นอกจากแพทย์ได้ทดลองให้ยาในบัญชียาหลักไปแล้ว แล้วมีอาการแทรกซ้อนหรือดื้อยา ครบตามข้อบ่งชี้ของกรมบัญชีกลางจากยาระดับ A (ที่มีอยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ) จนกว่าจะไม่มีผลตอบสนองจากยาที่ได้รับ (อาการไม่ดีขึ้น) หรือมีอาการอันไม่พึงประสงค์ ก็ให้แพทย์ค่อย ๆ เปลี่ยนยาตามลำดับ จนไปถึงจ่ายยาที่แพทย์คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดได้ เป็นยาในลำดับสุดท้าย คือจากยา A, B, C, D, E ไปจนถึงยา F⁽⁶⁾

ซึ่งคำสั่งของกรมบัญชีกลางเช่นนี้ นอกจากจะเป็นการไปก้าวก่ายกับการใช้ดุลพินิจของแพทย์ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานการแพทย์ที่ดีที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่หายทรมานจากการเจ็บป่วย และยังเป็นการเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดหนักเนื่องจากไม่ได้รับยาที่เหมาะสมในการรักษาอาการเจ็บป่วยอย่างรวดเร็วทันการณ์อีกด้วย

แม้ว่าข้าราชการจะได้รวมกลุ่มกันเป็น “ชมรมพิทักษ์สิทธิข้าราชการ” เพื่อต่อสู้และเรียกร้องสิทธิของข้าราชการให้ได้รับการรักษาตามมาตรฐานตามดุลพินิจของแพทย์ผู้รักษาให้ได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง ทั้งการไปร้องเรียนกรมการสาธารณสุขรัฐสภา ทำหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการคลัง แต่ก็ไม่ได้มีการแก้ไขให้มีการยุติคำสั่งของกระทรวงการคลังแต่อย่างใดทั้งสิ้น ข้าราชการที่เคยได้รับยานอกบัญชียาหลักอยู่ก่อนแล้ว เมื่อไปพบแพทย์หลังจากที่กระทรวงการคลังออกคำสั่งห้ามจ่ายยา หรือต้องจ่ายยาตามลำดับจากยา A ไปจนถึงยา F ก็ไม่ได้รับยา F เหมือนเดิม ทำให้ไม่หายจากอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแทรกซ้อนแล้ว จึงจะได้รับการเปลี่ยนยามาเป็นยาที่ B, C, D, E, จนถึงยา F ที่เคยได้รับ^(๑)

จึงเห็นได้ว่าผู้บริหารกองทุนทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมบัญชีกลางที่ควบคุมการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการในระบบสวัสดิการข้าราชการ ก็มีแนวคิดแบบนักบัญชีหรือผู้บริหารกองทุนทั่วไปที่จะเพ่งเล็งไปที่การลดค่าใช้จ่าย โดยไม่นึกถึงคุณภาพมาตรฐานการรักษาที่ประชาชนจะได้รับ และไม่ให้ความสำคัญกับสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วยเลย

การใช้จำนวนเงินเป็นหลักในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

การบริหารจัดการของผู้บริหารกองทุนและเงินงบประมาณดังกล่าว เป็นการทำลายคุณภาพมาตรฐานการแพทย์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบรักษาพยาบาลข้าราชการ จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลใน 2 ระบบดังกล่าวนี้มีความเสี่ยงต่อการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน และอาจเกิดความเสียหายจากการได้รับการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานเหล่านี้อีกด้วย

สำหรับผู้ป่วยในระบบประกันสังคมนั้น แม้ประชาชนในระบบประกันสังคมจะต้องจ่ายเงินสมทบเข้าสู่กองทุนประกันสังคม แต่ระเบียบในการได้รับการรักษาในสิทธิการใช้จ่ายก็ไม่ได้แตกต่างจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากนัก เพราะมีกำหนดแต่เพียงว่า “ให้จ่ายยาไม่ต่ำกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ”

ฉะนั้นเราจึงเห็นได้ว่า โรงพยาบาลในส่วนของการข้าราชการที่ต้องให้การรักษาผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสังคมนั้น แพทย์ไม่สามารถจ่ายยาที่มีคุณภาพสูงสุดในการรักษาอาการเจ็บป่วยให้แก่ผู้ป่วยในระบบต่าง ๆ เหล่านี้ ยกเว้นผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพเอกชน หรือผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองเท่านั้น

ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ถ้าแพทย์ผู้รักษาใช้ดุลพินิจว่าต้องใช้ยาบางอย่างที่มีราคาสูงและมีผลสัมฤทธิ์ดีและเหมาะสมที่สุดในการรักษา แต่แพทย์ไม่สามารถจ่ายยาเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้าราชการได้ แต่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิของรัฐบาลก็อาจจะเบิกยา

นี้ได้ ถ้าเป็นข้าราชการชั้นผู้น้อยที่ไม่มีเงินจ่ายค่ายาก็ไม่ต้องรักษา

ซึ่งเราจะเห็นได้ว่าข้าราชการยอมทำงานราชการ ยอมรับเงินเดือนน้อยเพราะหวังว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย แต่พอรับราชการไปและเกิดเจ็บป่วยแล้ว กลับไม่ได้รับการรักษาจนถึงที่สุดคือให้การรักษาแบบ “ขอไปที” เท่านั้น โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพของการรักษา และคุณภาพชีวิตของข้าราชการและครอบครัวแต่อย่างใด

การสูญเสียโอกาสในการพัฒนาวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขไทย

การจำกัดรายการยาในการรักษาผู้ป่วยทั้ง 3 กองทุน กล่าวคือกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และเงินสวัสดิการในการรักษาพยาบาลข้าราชการ ต่างก็กำหนดขอบเขตจำกัดในการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยทั้ง 3 ระบบ ให้มีสิทธิใช้ได้เพียงยาที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งไม่มียาที่มีการค้นคว้าวิจัยและผลิตใหม่ที่มีประสิทธิผลสูงขึ้น สามารถรักษาโรคที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้เป็นผลดีมากชิ้น เช่น โรคหัวใจ โรคเมเร็ง และโรคที่รุนแรงอื่น ๆ ได้ ทำให้วงการแพทย์ในระบบราชการล้าหลัง ไม่มีโอกาสศึกษาติดตามความก้าวหน้าในการรักษาโรคต่าง ๆ ให้ทันสมัยอีกต่อไป

ท้ายสุดของบทความนี้ ผู้เขียนจึงขอเสนอให้ผู้บริหารกองทุนกระทรวงสาธารณสุข ควรหันมาพิจารณาปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยในระบบกองทุนสุขภาพทั้ง 3 ระบบให้ดีขึ้น ไม่ใช่เงินเป็นตัวจำกัดวิธีการรักษาเหมือนที่เป็นมาในช่วง 10 ปีหลังจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ทำให้เกิดการกำหนดมาตรฐานการรักษาจากความจำกัดของเงินงบประมาณ และพิจารณาหาทางแก้ไขโดยการเพิ่มเงินงบประมาณเข้ามาในระบบ เพื่อให้สามารถให้การรักษายาบาลผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่มีคุณภาพมาตรฐานในระดับทันสมัยทัดเทียมกับนานาชาติประเทศเหมือนที่เคยเป็นมาในยุคก่อนที่จะเริ่มมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมที่สุดตามดุลพินิจของแพทย์ ไม่ถูกจำกัดขอบเขตการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วย เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

ส่วนองค์กรวิชาชีพ เช่น แพทยสมาคมควรจะหันมาให้ความสนใจแก้ไขการ “จำกัดรายการยาในการรักษาผู้ป่วยในกองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุน” ไม่ควรจะปล่อยปละละเลยการควบคุมและกำหนดหลักเกณฑ์ทางวิชาชีพแพทย์ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพมาตรฐานที่ดีที่สุดตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 เพื่อที่ประชาชนจะได้รับการดูแลรักษาสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานและได้รับความปลอดภัย ไม่ว่าจะเป็นประชาชนในกลุ่มระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

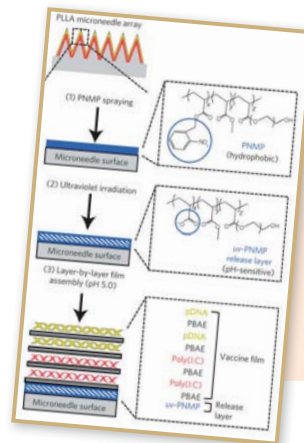
1. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดเห็นการจัดการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯลง ปีงบประมาณ 2555
2. <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9550000131795> ฉบับกระแสต้าน พลิกประวัติศาสตร์การควบคุมค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ
3. <http://www.hisro.or.th/csmbts/?name=news&file=readnews&id=104> คมคำรักษาพยาบาลข้าราชการ
4. EX-politician urged to apply for welfare : Bangkok Post, July 1, 2013, p 2 col.5
5. <http://dmsic.moph.go.th/news/detail.php?idnews=2580> ต่วน! ห้ามเบิกจ่ายยากลุ่มไกลโคซีน คอนโดรอยดินซิลฟัดและไดอะเซพารอน และกลุ่มไฮยาลูโรแนนและอนุพันธ์
6. http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1363159007 “กรมบัญชีกลาง” ยืนยันให้เบิกจ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เมื่อแพทย์ระบุว่าจำเป็นต้องใช้

แผ่นแปะนำส่งวัคซีนดีเอ็นเอ

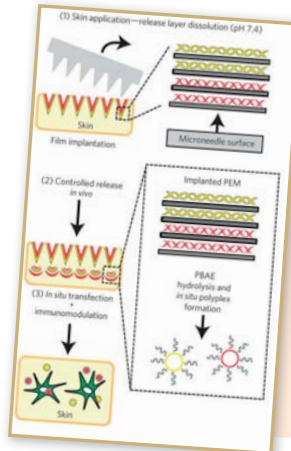
วัคซีนมักถูกเตรียมขึ้นจากเชื้อไวรัสซึ่งถูกทำให้อ่อนฤทธิ์ลงหรือตาย โดยจะเข้าไปกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายและให้สามารถจำได้ว่าเป็นสารก่อโรค ดังนั้น หากเมื่อร่างกายได้รับเชื้อดังกล่าวอีกในอนาคตก็ทำให้ร่างกายเริ่มกลไกการทำลายต่อไป อย่างไรก็ตาม การผลิตวัคซีนด้วยเทคนิคนี้มีข้อด้อยในการนำมาผลิตวัคซีนบางประเภท คือ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยสำหรับเชื้อไวรัสที่มีอันตรายสูง เช่น ไวรัสเอชไอวี เป็นต้น นอกจากนี้วัคซีนที่ผลิตจากเทคนิคดังกล่าวยังมีความลำบากในการจัดเก็บและขนส่งเนื่องจากต้องจัดเก็บที่อุณหภูมิต่ำ ดังนั้น ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาจึงได้มีความพยายามที่จะพัฒนาเทคนิคการผลิตวัคซีนขึ้นด้วยวิธีอื่น เช่น การใช้ดีเอ็นเอ ซึ่งถูกสร้างรหัสให้ตรงกับโปรตีนของไวรัสที่ต้องการจะป้องกัน ซึ่งเมื่อฉีดเข้าไปในร่างกายแล้วก็จะสามารถกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายได้เช่นเดียวกัน โดยสามารถนำส่งวัคซีนประเภทนี้เข้าสู่ร่างกายด้วยหลายเทคนิคด้วยกัน เช่น การฉีดตามปกติ การนำส่งด้วยอนุภาคทองคำ การนำส่งด้วยไลโปโซม และเทคนิคอิเล็กโทรโพรเซชัน (electroporation) ที่ใช้กระแสไฟฟ้าเพื่อช่วยในการนำส่งวัคซีนเข้าสู่เนื้อเยื่อได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ล่าสุดทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีแห่งแมสซาชูเซตส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาเทคนิคใหม่ในการนำส่งวัคซีนจากดีเอ็นเอที่จะมีประสิทธิภาพดีกว่าเทคนิคก่อนหน้า โดยทำการสร้างฟิล์มของแผ่นแปะขึ้นจากชั้นของพอลิเมอร์ย่อยสลายได้ที่บรรจุด้วยวัคซีนแบบดีเอ็นเอนี้ไว้จำนวนหลายชั้น และนำส่งวัคซีนนี้เข้าสู่ร่างกายมนุษย์ด้วยเทคนิคเข็มฉีดยาขนาดเล็ก (microneedles) ซึ่งจะเจาะทะลุชั้นผิวหนังลึกลงไปเพียงประมาณครึ่งมิลลิเมตร ซึ่งถือว่ามีความลึกเพียงพอต่อการนำส่งวัคซีนไปยังเซลล์ระบบภูมิคุ้มกันจำนวนมากที่ชั้นหนังกำพร้า แต่ไม่ลึกเกินไปที่จะสร้างความเจ็บปวดที่ปลายประสาทในชั้นหนังแท้ ซึ่งทำให้ผู้ได้รับวัคซีนนี้ไม่เกิดความเจ็บปวดจากการฉีดวัคซีน ถึงแม้ว่าในปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการขนส่งวัคซีนให้วัคซีนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การให้วัคซีนด้วยวิธีการรับประทาน เช่น วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ แต่ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมถึงวัคซีนทุกประเภทได้ โดยในกระบวนการผลิตนั้นจะสร้างชั้นของการปลดปล่อยแผ่นแปะโดยทำการเคลือบชั้นของพอลิแคปทอออนในกลุ่ม PNMP บนพื้นผิว

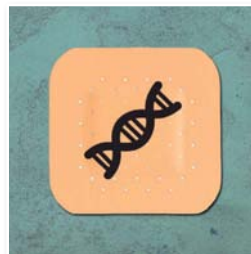
ของเข็มฉีดยาขนาดเล็กที่ผลิตจากพอลิแลกติกแอซิด จากนั้นนำไปฉายด้วยแสงอัลตราไวโอเลตเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสมบัติจากการไม่ชอบน้ำเป็นพอลิเมอร์ที่ไวต่อค่าความเป็นกรดด่าง เสร็จแล้วจึงค่อยสร้างแผ่นแปะขึ้นบนชั้นปลดปล่อยนี้โดยใช้พอลิเมอร์ย่อยสลายได้ทางการแพทย์ในกลุ่มพอลิปีตาอะมิโนเอสเทอร์จำนวนหลายชั้นที่บรรจุวัคซีนดีเอ็นเอและโมเลกุลช่วยเร่งการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน โดยการเคลือบลงบนชั้นปลดปล่อย PNMP ที่เคลือบบนพื้นผิวของเข็มฉีดยาขนาดเล็ก^[2]



ภาพแสดงเทคนิคการสร้างแผ่นแปะจากฟิล์มของพอลิเมอร์ย่อยสลายได้ทางการแพทย์ในกลุ่มพอลิปีตาอะมิโนเอสเทอร์จำนวนหลายชั้นที่บรรจุวัคซีนดีเอ็นเอและโมเลกุลช่วยเร่งการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน โดยการเคลือบลงบนชั้นปลดปล่อย PNMP ที่เคลือบบนพื้นผิวของเข็มฉีดยาขนาดเล็ก^[2]



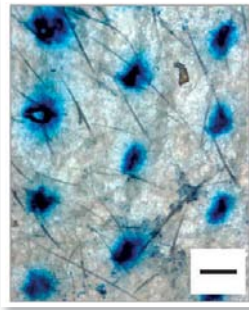
ภาพแสดงกลไกการทำงานของแผ่นแปะนำส่งวัคซีนจากดีเอ็นเอ โดยเริ่มจากการกดเข็มฉีดยาขนาดเล็กลงบนผิวหนังแล้วปล่อยให้สัมผัสกับของเหลวภายในที่จะทำให้ชั้นปลดปล่อยเกิดการละลาย ปล่อยให้แผ่นแปะที่บรรจุวัคซีนหลุดออกจากพื้นผิวของเข็มฉีดยาค้างอยู่ในผิวหนังภายหลังจากนำเอาเข็มฉีดยาออกแล้ว จากนั้นแผ่นแปะนั้นจะเริ่มปลดปล่อยดีเอ็นเอและสารโมเลกุลอื่นผ่านทางกลไกการย่อยสลายของพอลิเมอร์ที่เป็นส่วนประกอบของแผ่นแปะ^[2]



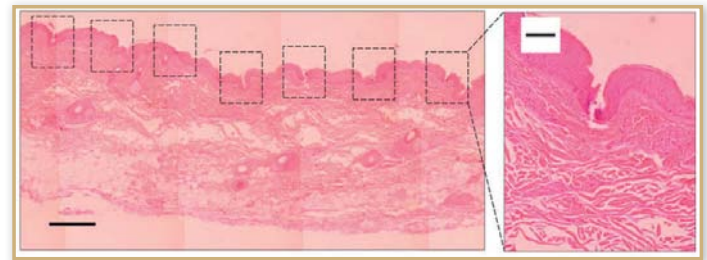
ต้นแบบแผ่นแปะสำหรับการนำส่งวัคซีนจากดีเอ็นเอด้วยเทคนิคเข็มฉีดยาขนาดเล็ก^[3]

ในการใช้งานนั้นจะกดเข็มฉีดยาขนาดเล็กที่เคลือบด้วยแผ่นแปะบรรจุวัคซีนจากดีเอ็นเอลงบนผิวหนัง จากนั้นปล่อยให้สัมผัสกับของเหลวภายในผิวหนังที่จะทำให้ชั้นปลดปล่อยของ PNMP ที่ผ่านการฉายด้วยแสงอัลตราไวโอเลตเกิดการละลาย ส่งผลให้ฟิล์มของแผ่นแปะที่บรรจุ

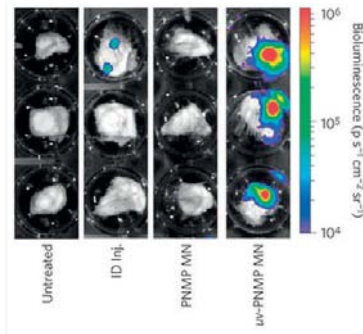
วัคซีนหลุดออกจากพื้นผิวของเข็มฉีดยาค้างอยู่ในผิวหนัง ภายหลังนำเอาเข็มฉีดยาออกแล้ว เมื่ออยู่ใต้ผิวหนังแล้ว แผ่นฟิล์มดังกล่าวจะเริ่มเกิดการสลายตัวเมื่อสัมผัสกับของเหลวในร่างกายกลายเป็นชิ้นพอลิเมอร์ขนาดเล็ก ๆ ซึ่งภายในมีวัคซีนดีเอ็นเออยู่ ทำให้มีการปลดปล่อยวัคซีนออกมาอย่างช้า ๆ ทั้งนี้ปริมาณของวัคซีนและระยะเวลาในการปลดปล่อยนั้นจะขึ้นอยู่กับจำนวนชั้นของพอลิเมอร์ที่ประกอบขึ้นใช้งานและสภาพความชอบหรือไม่ชอบน้ำของแผ่นฟิล์มพอลิเมอร์ดังกล่าว นอกจากนี้การใช้พอลิเมอร์ดังกล่าวยังมีข้อดีคือ จะช่วยป้องกันการสลายตัวของดีเอ็นเอจากการสลายตัวมากขึ้น ทำให้มีเวลานานมากขึ้นที่สามารถนำส่งวัคซีนเข้าไปยังเซลล์ระบบภูมิคุ้มกันเพื่อทำงานในการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้สามารถจดจำว่าเป็นสารก่อโรคได้ดีกว่าการนำส่งวัคซีนดีเอ็นเอแบบโดยตรง ซึ่งจะมีโอกาสที่ดีเอ็นเอจะถูกทำลายลงอย่างรวดเร็วก่อนที่ระบบภูมิคุ้มกันจะจดจำได้ซึ่งจะทำให้วัคซีนมีประสิทธิภาพที่ด้อยลง นอกจากนี้ยังสามารถที่ใส่โมเลกุลที่ช่วยในการเพิ่มความเร็วในการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน เช่น สายอาร์เอ็นเอที่มีความคล้ายคลึงกับไวรัสอาร์เอ็นเอเข้าไปในชั้นของพอลิเมอร์ดังกล่าวด้วย เพื่อที่จะไปกระตุ้นกลไกการอักเสบในบริเวณที่ใช้งานและชักนำให้เซลล์ของระบบภูมิคุ้มกันเข้ามาในบริเวณดังกล่าวอย่างรวดเร็วมากขึ้น ทำให้เพิ่มอัตราเร็วและประสิทธิภาพของวัคซีนแบบดีเอ็นเอให้มากขึ้นได้ จากการทดสอบในหนูทดลองพบว่า การนำส่งวัคซีนจากดีเอ็นเอแบบแผ่นแปะนี้สามารถกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายได้เช่นเดียวกับวัคซีนที่เตรียมขึ้นจากเชื้อไวรัสโดยตรง ซึ่งจะมีข้อดีคือ ไม่มีความเสี่ยงจากไวรัสที่อันตรายและสามารถจัดเก็บและขนส่งได้ที่อุณหภูมิห้อง นอกจากนี้ยังมีประสิทธิภาพเทียบเคียงหรือดีกว่าการนำส่งวัคซีนจากดีเอ็นเอด้วยเทคนิคอิเล็กโตรโพรเซสซึ่งเป็นเทคนิคที่ให้ประสิทธิภาพสูง แต่มีความสะดวกในการทำงานมากกว่าและไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด เมื่อทดสอบในสัตว์ทดลองในกลุ่มไพรเมท พบว่าการใช้การนำส่งดีเอ็นเอในรูปแบบของไวรัสเอกโซไอดีด้วยแผ่นแปะพอลิเมอร์นั้นพบว่า ยังคงสามารถตรวจพบดีเอ็นเอในผิวหนังของสัตว์ทดลองได้ภายหลังการนำส่ง ในขณะที่เมื่อทำการฉีดดีเอ็นเอเข้าไปโดยตรงนั้น พบว่าเกิดการสลายตัวของดีเอ็นเออย่างรวดเร็ว



ภาพจากกล้องจุลทรรศน์แบบแสงแสดงภาพกระจายตัวของชิ้นส่วนพอลิเมอร์ขนาดเล็กที่ย้อมสีด้วย trypan blue (ขนาดเส้นสเกล = 500 ไมครอน)^[2]



ภาพแสดงการกระจายตัวของชิ้นส่วนพอลิเมอร์ขนาดเล็กในชั้นของหนังกำพร้าในสัตว์ทดลอง (ขนาดเส้นสเกลของภาพด้านซ้าย = 500 ไมครอน และด้านขวา = 100 ไมครอน)^[2]



ภาพไบโอลูมิเนสเซนส์เปรียบเทียบการนำส่งดีเอ็นเอในสัตว์ทดลองด้วยเทคนิคเข็มฉีดยาขนาดเล็ก (uv-PNMP MN) และการฉีดโดยตรง (ID inj) ที่ระยะเวลา 2 วันหลังการฉีด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้เทคนิคเข็มฉีดยาขนาดเล็กนั้นสามารถรักษาปริมาณของดีเอ็นเอในชั้นผิวหนังได้มากกว่าการฉีดโดยตรง^[2]

ถึงแม้เทคนิคการนำส่งวัคซีนจากดีเอ็นเอด้วยแผ่นแปะร่วมกับเข็มฉีดยาขนาดเล็กดังกล่าวนี้ให้ผลเบื้องต้นเป็นที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตาม การทดลองนี้เป็นเพียงจุดเริ่มต้นเท่านั้น ที่นักวิจัยยังคงต้องมีการทดสอบอีกเป็นจำนวนมากก่อนที่จะนำมาทดสอบในมนุษย์ แต่หากประสบความสำเร็จ เทคนิคนี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายโรค และทำให้การให้วัคซีนในอนาคตนั้นเป็นเรื่องที่ง่ายดาย ปราศจากความเจ็บปวด และมีความง่ายต่อการผลิต จัดเก็บและนำส่งวัคซีนอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Shashank Maurya, Tanwi Priya and Kishwar Hayat Khan (2013), Inter J Sci Innova Discov. 3(1), pp. 34-48.
- Peter C. DeMuth, Younjin Min, Bonnie Huang, Joshua A. Kramer, Andrew D. Miller, Dan H. Barouch, Paula T. Hammond and Darrell J. Irvine (2013), Nat Mater. 12, pp. 367-376.
- <http://web.mit.edu/newsoffice/2013/vaccine-film-delivery-hiv-0127.html>
- <http://www.gizmag.com/polymer-vaccine-mit/25999/>



ภาวะเลือดออกง่ายในเด็ก

ระบบห้ามเลือด (hemostatic system) ในร่างกายจะเริ่มทำงานเมื่อเกิดมีบาดแผลหรืออันตรายต่อหลอดเลือด โดยเริ่มต้นจากผนังของหลอดเลือดมีการหดตัวเพียงชั่วคราว เพื่อป้องกันการรั่วของเลือดออกนอกหลอดเลือด กลุ่มเกล็ดเลือดประดังกันเข้ามาในบริเวณนี้ เมื่อรวมกับปัจจัยแข็งตัวของเลือดเกิดเป็น platelet-fibrin meshwork และขณะเดียวกันก็มีกระบวนการสลายลิ่มเลือด (fibrinolytic system) ทำหน้าที่ละลายลิ่มเลือดเพื่อป้องกันมิให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดำเนินไปอย่างเป็นปกติ

กลไกการห้ามเลือด^{1,2} แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะหลอดเลือด (vascular phase) คือ เมื่อเกิดบาดแผลขึ้น หลอดเลือดจะหดตัวทันที
2. ระยะปฐมภูมิเกล็ดเลือด (primary hemostatic phase) คือ ระยะที่ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มรวมกันของเกล็ดเลือด (platelet plug formation)
3. ระยะทุติยภูมิเกล็ดเลือด (secondary hemostatic phase) คือ ระยะที่เกิดการกระตุ้นทางด้าน coagulation factors จนในที่สุดเกิดการสร้าง fibrin thrombus
4. ระยะการสลายลิ่มเลือด (fibrinolytic system) เพื่อทำหน้าที่ละลายลิ่มเลือด

แนวทางการวินิจฉัยภาวะเลือดออกง่ายในเด็ก

ภาวะเลือดออกง่าย หมายถึง การมีเลือดออกง่ายเนื่องจากมีความผิดปกติในกลไกของการห้ามเลือด ได้แก่ ความผิดปกติของผนังหลอดเลือด ปริมาณ และคุณภาพของเกล็ดเลือด ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดมีลักษณะทางคลินิกต่อไปนี้ เด็กที่มีปัญหาเลือดออกมากกว่าหนึ่งแห่ง หรือหลายอวัยวะพร้อมกัน หรือมีอาการเลือดออกที่มากเกินไปกว่าความรุนแรงที่ได้รับหรือมีเลือดออกเอง

แนวทางการวินิจฉัยแยกโรคภาวะเลือดออกง่าย³⁻⁵ แสดงในแผนภูมิที่ 1

1. แยกตามสาเหตุของภาวะเลือดออกผิดปกติที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือที่เกิดขึ้นภายหลัง โดยอาศัยประวัติ ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มเป็น ตำแหน่งและความรุนแรงของภาวะเลือดออก และประวัติในครอบครัวว่ามีเลือดออกง่าย ดังแสดงแนวทางการซักประวัติผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (ตารางที่ 1)

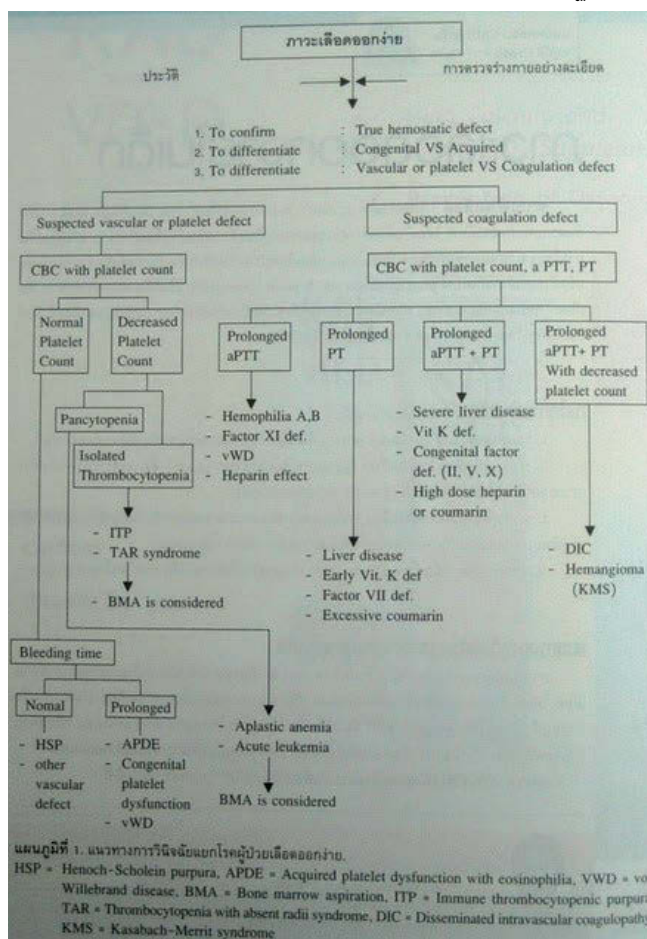
2. แยกตามความผิดปกติของกลไกของการห้ามเลือด แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ โดยมีลักษณะทางคลินิกแยกกันได้ดังตารางที่ 2

2.1 ความผิดปกติของหลอดเลือด หรือเกล็ดเลือด

2.2 ความผิดปกติของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้ได้การวินิจฉัยภาวะเลือดออกง่ายอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ complete blood

count (CBC) โดยดูจำนวนของเกล็ดเลือด, coagulogram (aPTT และ PT) และ bleeding time (BT) สำหรับการแปลผลทางห้องปฏิบัติการ



ตารางที่ 1. แนวทางการซักประวัติภาวะเลือดออกง่ายของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว.

การซักประวัติของผู้ป่วย	การซักประวัติของสมาชิกในครอบครัว
- ซักประวัติของผู้ป่วยที่มีอาการเลือดออกผิดปกติ - ลักษณะตำแหน่งของภาวะเลือดออกที่เกิดขึ้น และตำแหน่งรวมถึงความรุนแรงของภาวะเลือดออก - ซักประวัติการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือไม่ และภาวะเลือดออกในครั้งก่อนใช้เวลานานแค่ไหนเลือดจึงจะหยุด รวมถึงภาวะเลือดออกมากจนจำเป็นต้องให้เลือด - ซักประวัติการผ่าตัดในอดีต เช่น การทำ circumcision หรือการผ่าตัดต่อท่อนซีก และการถอนฟัน ว่ามีปัญหาลำบากหรือไม่ - ซักประวัติการมีประจำเดือนถึงจำนวนของการใช้ผ้าอนามัย และระยะเวลาของการมีประจำเดือนในแต่ละรอบเดือน - ซักประวัติการรับประทานยาบางชนิด เช่น แอสไพริน หรือ non steroid antiinflammatory drugs (NSAIDs)	- มีสมาชิกในครอบครัวที่มีการเลือดออกง่ายหรือหยุดยากหรือไม่ - มีบุคคลในครอบครัวที่มีปัญหา แผลมีเลือดออกมากตอนคลอดบุตร หรือมีประจำเดือนออกมากในผู้หญิง - การซักประวัติพงศาวดี หากการเลือดออกนี้เกิดขึ้นเฉพาะในผู้ชาย ให้นึกถึง X-link recessive หรือเกิดขึ้นในผู้ชายและผู้หญิงให้นึกถึงการถ่ายทอดแบบ autosomal

ตารางที่ 2. การแยกภาวะเลือดออกง่ายตามความผิดปกติของกลไกการห้ามเลือด.

	ความผิดปกติของหลอดเลือดและเกล็ดเลือด	ความผิดปกติของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด
1. ตำแหน่งของเลือดออก	Capillary	Small vessel
2. ตำแหน่งที่เลือดออก	ผิวหนัง, mucous membrane	กล้ามเนื้อ, ในข้อ, เนื้อเยื่อชั้นลึก
3. อาการแสดง	Petechiae, purpura, small ecchymosis	Hematoma, hemarthrosis
4. เวลาที่เลือดออก	ทันที	หลังจากได้รับอันตรายหลายชั่วโมง
5. การตอบสนองต่อการกด	เลือดหยุดทันที	เลือดไม่หยุด



จำเป็นต้องอาศัยค่าปกติในแต่ละช่วงอายุของเด็กไทยในการแปลผลแสดงในตารางที่ 3 ผู้ป่วยในแต่ละรายไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประวัติและการตรวจร่างกายโดยละเอียดว่าบ่งชี้ไปในทางใด

ตารางที่ 3. ตารางแสดงเปรียบเทียบค่าปกติทางระบบการแข็งตัวของเลือดและการสลายลิ่มเลือดของเด็กแยกตามช่วงอายุกับผู้ใหญ่

Test	Children			Adults (n = 26)
	Ages 1-5 (n = 19)	Ages 6-10 (n = 26)	Ages 11-18 (n = 26)	
Bleeding time (BT) Ivy's method (min.)	2-7			
Platelet count ($10^9/\mu\text{L}$)				
Mean	314	309	281	268
Range	(163-478)	(144-473)	(132-413)	(159-379)
PT (sec)				
Mean	12.5*	13.4**	12.8*	11.6
Range	(11.2-14.0)	(11.0-15.8)	(9.8-15.8)	(10.1-13.2)
aPTT (sec)				
Mean	34.4	36.4	35.7	34.6
Range	(28.4-40.4)	(30.0-42.7)	(29.9-41.5)	(30.3-39.0)
Fibrinogen (mg/dL)				
Mean	364.6	377.3	396.2	358.6
Range	(252.7-476.5)	(216.8-538.6)	(206.6-585.8)	(255.1-482.1)
D-dimer (mg/mL)				
Mean	0.41*	0.37*	0.23	0.21
Range	(0.1-0.85)	(0.1-0.58)	(0.1-0.54)	(0.1-0.4)

**P<0.001 and * P<0.05 compared with adults by ANOVA test with additional Dunnett-t (2-sided)

1. ผู้ป่วยที่บ่งชี้ไปในทางความผิดปกติของหลอดเลือด หรือเกล็ดเลือด การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ได้แก่ CBC โดยดูจำนวนของเกล็ดเลือด รวมทั้งดูขนาดและการย้อมติดสีของเกล็ดเลือดรวมด้วย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1.1 กลุ่มที่มีจำนวนเกล็ดเลือดต่ำ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1.1 Isolated thrombocytopenia เช่น thrombocytopenia with absent radii (TAR) syndrome, immune thrombocytopenic purpura (ITP)

1.1.2 Pancytopenia เช่น ภาวะโรคไขกระดูกฝ่อ (aplastic anemia) หรือมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน (acute leukemia)

โดยทั้ง 2 กลุ่มนี้ เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอนต้องทำการเจาะไขกระดูก (Bone marrow aspiration; BMA)

1.2 กลุ่มที่มีจำนวนเกล็ดเลือดปกติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ควรทำคือ BT

1.2.1 ถ้าผล BT ยาว (prolonged BT) ให้นึกถึงกลุ่มที่มีเกล็ดเลือดทำงานผิดปกติ (platelet dysfunction) สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติตั้งแต่อายุน้อย ร่วมกับมีประวัติเลือดออกง่ายในครอบครัว ทำให้คิดถึงในกลุ่มโรค hereditary platelet dysfunction เช่น Bernard Soulier syndrome นอกจากหน้าที่ของเกล็ดเลือดที่ผิดปกติแล้ว พบว่าขนาดของเกล็ดเลือดจะใหญ่กว่าปกติด้วย และโรค Glanzmann's thrombasthenia เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอน ให้ส่งทำ platelet function test สำหรับผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดทำงานผิดปกติ พบร่วมกับภาวะ eosinophilia โดยเกิดขึ้นภายหลังให้นึกถึงโรค acquired platelet

dysfunction with eosinophilia (APDE) ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กไทย

1.2.2 ถ้าผล BT ปกติ ให้นึกถึงโรคในกลุ่มที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด เช่น โรคลักปิดลักเปิด (scurvy) ที่เกิดจากการขาดวิตามินซี และ Henoch-Schonlein purpura (HSP)

2. ผู้ป่วยที่มีประวัติ และการตรวจร่างกายเข้าได้กับการขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือด การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ ได้แก่ CBC โดยดูจำนวนของเกล็ดเลือด และ coagulogram (aPTT, PT) โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

2.1 Prolonged aPTT อย่างเดียว คิดถึงโรค hemophilia หรือ von Willebrand disease (vWD) หรือ acquired autoantibody against factor VIII หรือผลของยา heparin ที่มากเกินไป

2.2 Prolonged PT อย่างเดียว คิดถึงโรค early vitamin K deficiency, congenital factor VII deficiency หรือได้รับยา coumarin มากเกินไป

2.3 Prolonged ทั้ง aPTT และ PT คิดถึงโรค congenital factor II, V, X deficiency หากมีอาการเลือดออกง่ายตั้งแต่อายุน้อย, acquired prothombin complex deficiency (APCD) หากเกิดขึ้นภายหลังให้คิดถึงโรคตับ หรือภาวะพร่องวิตามินเค

2.4 Prolonged aPTT และ PT ร่วมกับเกล็ดเลือดต่ำ ได้แก่ disseminated intravascular coagulopathy (DIC)

เมื่อจัดเข้ากลุ่มแล้ว การวินิจฉัยที่แน่นอนแบ่งตามกลุ่มโรคดังนี้ เช่น

ผู้ป่วยที่สงสัย hemophilia A หรือ B ใช้การตรวจ Factor VIII หรือ IX assay ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่สงสัย vWD ใช้การตรวจ vWF antigen, Ristocetin cofactor activity, Factor VIII assay และ multimeric analysis of vWF

ผู้ป่วยที่สงสัยโรคตับใช้การตรวจ liver function test

ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ DIC ใช้การตรวจดูปริมาณของ fibrinogen, fibrin degradation products (FDP) หรือ D-dimer

ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะพร่องวิตามินเค อาจทดลองให้วิตามินเครักษาเพื่อช่วยในการวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่มีเลือดออกจริง แต่ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ให้นึกถึง Factor XIII deficiency ให้ส่งตรวจ urea clot solubility หรือในโรคกลุ่ม vWD บางชนิด หรือความผิดปกติของหลอดเลือด เช่น โรคลักปิดลักเปิด และ Henoch-Schonlein purpura (HSP)

แนวทางการรักษา

การรักษาขึ้นกับสาเหตุของผู้ป่วยแต่ละคนที่ตรวจพบ แบ่งวิธีการรักษาได้เป็น 4 วิธีใหญ่ ๆ ได้แก่

1. การรักษาเฉพาะที่ (local treatment) โดยเฉพาะเวลา มีบาดแผลให้กดตำแหน่งนั้นนาน ๆ หรือถ้ามีการฉีกขาดของหลอดเลือด ให้ผูกหลอดเลือด หรือในกรณีที่มีเลือดออกตามเยื่อ หนุ หรือทำฟัน ให้ใช้ adrenalin, gel foam, fibrin glue หรือ tranexamic acid



2. การรักษาเพื่อทดแทน (replacement therapy) ให้ส่วนประกอบของเลือดตามสาเหตุของโรค เช่น

Cryoprecipitate ใช้ใน hemophilia A, ภาวะที่มี fibrinogen ต่ำหรือผิดปกติ

Fresh frozen plasma ใช้ใน coagulopathy จาก DIC, APCD (acquired prothrombin complex deficiency, IVKDI (idiopathic vitamin K deficiency in infancy), liver disease, TTP, hemolytic uremic syndrome (HUS), hemophilia B

Cryo-removed plasma ใช้ในผู้ป่วยที่ขาด Factor II, VII, IX, X Platelet concentrate ในกรณีที่มี thrombocytopenia จาก bone marrow failure

Factor concentrate ในปัจจุบันมี 3 ชนิด recombinant FVIIa, FVIII, prothrombin complex concentrate (PCC) หรือ activated PCC rFVIIa มีบทบาทในกรณีผู้ป่วย hemophilia ที่มีสารต้านแฟกเตอร์ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4. การรักษากการเลือดออกผิดปกติโดยการทดแทนด้วยส่วนประกอบของเลือด.

Products	Indication	Dosage
Cryoprecipitate (FVIII 100 u/bag, Fibrinogen 200 mg/bag)	1. Hemophilia A	FVIII 20-50 u/kg vary to site of bleeding q 12 hr
Heat-treated dry cryoprecipitate (FVIII 250-400 u/vial)	2. Von Willebrand's disease	FVIII 20 u/kg q 24-72 hr
	3. Severe liver disease or severe fibrinogen defect	50-100 mL/kg of fibrinogen
Fresh frozen plasma	1. Coagulation factor deficiency 2. DIC 3. Liver disease 4. TTP/HUS 5. APCD 6. Hemophilia B	10-20 mL/kg/dose initial then 5-10 mL/kg q 6-12 hr maintenance in DIC or Liver disease 20-80 mL/kg q 24 hr ใน Hemophilia B vary to site of bleeding
Cryo-removed plasma	1. Factor II, VII, IX, X deficiency	10-1 mL/kg interval ตาม Half life ของ factor แต่ละตัว
Platelet concentrate	1. Non-immune thrombocytopenia with bleeding 2. In ITP only with major bleeding e.g. CNS bleeding	0.2-0.4 u/kg raise platelet 50,000-100,000/cu mm
Factor VIIa	Hemophilia with inhibitor	70-90 µg/kg/dose

3. การรักษาด้วยยา (medications) (รายละเอียดดังตารางที่ 5) เช่น

ตารางที่ 5. รายละเอียดและวิธีการใช้ยา.

Drug	Indication	Dose
Tranexemic acid	1. Mucosal bleeding (avoid in patient with hematuria)	10-25 mg/kg/dose oral or intravenous(IV) q 6 hr
Desmopressin (DDAVP)	1. Mild hemophilia A, vWD. 2. Uremia 3. Hereditary platelet dysfunction with bleeding except Glanzmann's thrombasthenia	0.3-0.4 µg/kg/dose in NSS 30 ml IV infusion in 20 min (maximum response in 30-60 min) และมีฤทธิ์นาน 12 hr.
Vitamin K	1. Vitamin K deficiency state 2. APCD	1.5 mg IV or IM repeat dose q 2-4 wk in severe malabsorption state
Heparin or LMWH	1. Severe DIC not response to conservative treatment 2. Venous thrombosis	Heparin 50-100 u/kg in NSS in 30 min then 12-25 u/kg/hr continuous infusion LMWH 1 mg/kg subcutaneous q 12 hr

3.1 Antifibrinolytic agents เช่น tranexamic acid ใช้ห้ามเลือดได้ระดับหนึ่งใน mucous membrane bleeding แต่มีข้อห้ามในกรณีที่มี hematuria เพราะอาจเกิดลิ่มเลือดอุดตันในทางเดินปัสสาวะ

3.2 Desmopressin (DDAVP) ใช้ใน mild hemophilia, vWD, hereditary platelet dysfunction, uremia ที่มีปัญหา bleeding

3.3 Vitamin K1 ในรายที่ขาด vitamin K or APCD (acquired prothrombin complex deficiency)

3.4 Heparin or Low molecular weight heparin (LMWH) ในกรณีที่มี severe DIC ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยวิธี conservative treatment หรือมีปัญหา gangrene ตามอวัยวะต่าง ๆ

4. การรักษาทั่วไป (general care) เช่น หลีกเลี่ยงอุบัติเหตุ ดูแลรักษาตรวจฟันเป็นประจำ แนะนำการเล่นกีฬาหรืออาชีพที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย รวมทั้งให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในกรณีที่โรคทางพันธุกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Angelina C, Carvalho A. Hemostasis and Thrombosis. In : Schiffman FJ, ed. Hematologic pathophysiology. 1st ed. The United States of America : Lippincott-Raven, 1998:161-243.
2. Lanzkowsky P. Disorders of coagulation. In : Lanzkowsky P, ed. Manual of pediatric Hematology and Oncology. 4th ed. California : Elsevier Academic Press, 2005:295-362
3. Lusher JM. Clinical and Laboratory Approach to the Patient with Bleeding. In : Nathan DG, Oski SH, eds. Nathan and Oskis Hematology of Infancy and Childhood. 6th ed. Philadelphia : WB. Saunder, 2003:1515-26.
4. Grabowski EF, Corrigan JJ. Hemostasis : general considerations. In : Miller DK, Baehner RL, eds. Blood diseases of infancy and childhood. St. Louis: Mosby, 1996:849-63.
5. ปัญญา เสกสรรค์, ดารินทร์ ซอโศตฤกุล. Bleeding Tendency. ใน: วรศักดิ์ โชติเลอศักดิ์, วรณัฐ จงศรีสวัสดิ์, พรณทิพา จัตรชาตรี, จิตลัดดา ตีโรจนวงศ์, นวลจันทร์ ปราบพาล, บรรณาธิการ. ปัญหาที่พบบ่อยในเด็ก แนวทางการดูแลรักษา. กรุงเทพฯ : บริษัท เท็กซ์ และเจอร์นัลพับลิเคชั่น, 2545:69-71.
6. Sosothikul D, Seksarn P, Lusher JM. Pediatric Reference Values of Molecular Markers in Hemostasis. J Pediatr Hematol Oncol 2007;29:19-22.



ปวดจากมะเร็ง กับมอร์ฟิน

อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในปัจจุบันเพิ่มสูงขึ้นจากสภาพความเป็นอยู่ สภาพการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบได้ถึง 70% และยังพบได้ในทุกระยะของโรค หรือเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งจึงต้องทราบสาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง, วิธีการบรรเทาความปวด, ผลไม่พึงประสงค์และการแก้ไข โดยมีหลักการสำคัญคือ สามารถบรรเทาความปวดโดยมีผลข้างเคียงน้อย และผู้ป่วยดำรงอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตพอสมควร

สาเหตุของความปวดในผู้ป่วยมะเร็งเกิดได้จากหลายสาเหตุ อันได้แก่ อาการปวดจากมะเร็งโดยตรง มีการแพร่กระจาย (metastases) เช่น ไปที่กระดูกซึ่งพบบ่อยที่สุด

ทำให้มีความปวดจากการทำลายเนื้อกระดูก หรือทำให้มีกระดูกอ่อนตัวยุบลงและหัก, มะเร็งลุกลามโดยตรงไปเนื้อเยื่อรอบ ๆ, มะเร็งกระจายลุกลามไปกดทับเส้นประสาทหรือไขสันหลัง หรือมะเร็งของอวัยวะภายใน

ปวดจากการรักษามะเร็ง เช่น จากการผ่าตัดเต้านม mastectomy ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, thoracotomy, การตัดขา (amputation) อาจทำให้ปวดขาหลังตัดขา (phantom limb pain) จากการให้เคมีบำบัด หรือการให้รังสีรักษา ซึ่งทำให้มีพังผืดไปล้อมायประสาท

ปวดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น อาจเกิดมีแผลกดทับ มีความวิตกกังวล ปวดศีรษะจากความเครียด (tension headache), ซึมเศร้า, ภาวะท้องผูก, ปวดกล้ามเนื้อ (myofascial pain)

การที่ผู้ป่วยมะเร็งมีจำนวนมากขึ้น ถือเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากขึ้นในเวชปฏิบัติ จึงเป็นที่มาของการสืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่ได้รวบรวมงานวิจัย 638 งานวิจัย รวบรวมผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 624,241 คนที่ได้รับมอร์ฟินชนิดรับประทาน ผู้ป่วยที่ได้รับมอร์ฟิน 60% มีความพึงพอใจในระดับดีเยี่ยม คือสามารถทำให้อาการปวดรุนแรงลดลงสู่ระดับน้อยได้ และพบว่า 5% ของผู้ป่วยที่ได้รับมอร์ฟินเกิดผลข้างเคียงจากการใช้มอร์ฟิน

กล่าวโดยสรุป มอร์ฟินเป็นยาควบคุมพิเศษที่สามารถบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ผลดีมาก แต่เนื่องจากเป็นยาควบคุมพิเศษจึงควรใช้ตามความเหมาะสม

Once-daily
JanuviaTM
(sitagliptin, MSD)

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

**Enhancing incretins.
Enhancing physiologic control.**

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

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

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

Before initiating therapy, please consult the full Prescribing Information.

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

References

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

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF JANUVIATM

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



MSD (Thailand) Ltd.

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

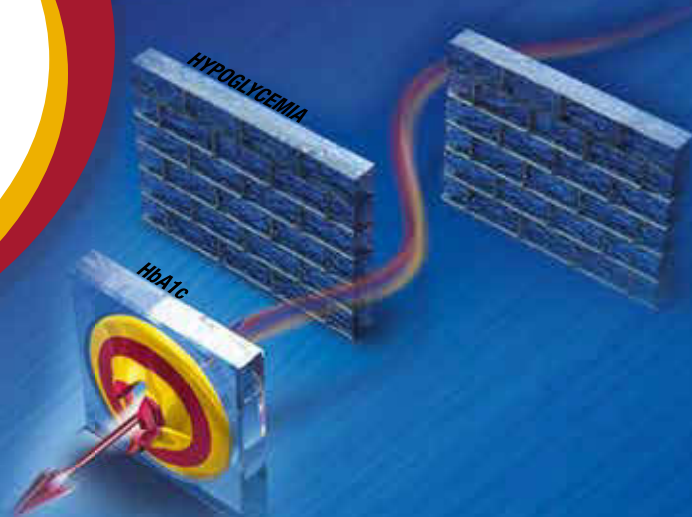
Tel. +66-2-262-5700 Fax +66-2-255-5095

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

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ฆศ. 1065/2552

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



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

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

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

In clinical studies,

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

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

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

References:

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

Before prescribing, please consult the Enclosed full prescribing Information.

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

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF JANUMET™

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

การสูดสำลักควัน (Inhalation Injury)

ต่อจากฉบับที่แล้ว

การตรวจเพิ่มเติม

กรณีที่สงสัยภาวะนี้ แนะนำให้เจาะตรวจแก๊สในเลือดแดง (arterial blood gas) ชนิดที่สามารถคำนวณค่าของคาร์บอกซีฮีโมโกลบิน (Carboxyhemoglobin, COHb) ได้ (รายละเอียดจะกล่าวในเรื่องของการสูดดมแก๊สคาร์บอนมอนอกไซด์อีกครั้ง)

การรักษา

1. ก่อนถึงโรงพยาบาล (Prehospital care)

- ควบคุมไม่ให้ไฟไหม้มากขึ้น
- ดูแลเรื่องการหายใจ
- ให้สารน้ำให้เพียงพอ
- ดูแลเรื่องอาการปวด
- ดูแลบาดแผล
- รีบนำส่งโรงพยาบาลที่มีความพร้อม

หลักสำคัญคือ จะต้องดูแลเรื่องที่ยืนตรรกถึงชีวิตก่อน ได้แก่ airway, breathing และ circulation โดย ในผู้ป่วยเหล่านี้ถ้ายังสามารถ

หายใจเองได้ แนะนำให้ดมหน้ากากชนิดที่มีถุงเก็บออกซิเจน (oxygen mask with bag) ทุกราย ดังภาพที่ 6

ภาพที่ 6 หน้ากากชนิดที่มีถุงเก็บออกซิเจน (oxygen mask with bag)



หลังจากนั้นรีบถอดเสื้อผ้าผู้ป่วยออกให้หมด รวมทั้งเครื่องประดับต่าง ๆ ด้วย อาทิเช่น แหวน กำไลต่าง ๆ เนื่องจากความร้อนจะทำให้สิ่งของเหล่านั้นทำหน้าที่กีดขวางอวัยวะต่าง ๆ จนเกิดการขาดเลือดได้

2. ที่ห้องฉุกเฉิน

2.1 รีบซักประวัติที่สำคัญอย่างรวดเร็วว่า โดนอะไร โดนที่ไหน ห่วงปิดหรือไม่ โดนนานแค่ไหน มีสารเคมีอื่น ๆ ร่วมด้วยหรือไม่ มีช่วงที่หมดสติไปบ้างหรือไม่ เป็นต้น จากนั้นรีบประเมินว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่ โดยผู้ป่วยที่ควรใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่



- ถูกไฟไหม้ที่บริเวณใบหน้าหรือบริเวณปาก
- ถูกไฟไหม้รอบคอ
- การหายใจแย่งลงทันที (acute respiratory distress)
- เสียงแหบมากขึ้น หรือหายใจเป่าปาก
- ความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไป (mental status change)
- ได้ยินเสียง stidor
- เห็นกล่องเสียงบวมแดง

2.2 การให้สารน้ำทดแทน

โดยทั่วไปเราใช้ตามหลักของ Parkland formula (คำนวณปริมาณสารน้ำที่ชดเชยใน 24 ชั่วโมง) คือ

$4 \times \text{น้ำหนักของผู้ป่วย (กก.)} \times \% \text{ พื้นที่ผิวหนังที่ไหม้ (ชนิด 2nd และ 3rd degree burn)}$

ซึ่งจะให้ครึ่งหนึ่งใน 8 ชั่วโมงแรก และอีกครึ่งหนึ่งแบ่งให้ใน 16 ชั่วโมงที่เหลือ โดยแนะนำว่า 24 ชั่วโมงแรก ให้เป็นกลุ่ม crystalloid และหลังจาก 24 ชั่วโมงไปแล้ว ให้เป็นกลุ่ม colloid

ในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะของ inhalation injury จะต้องการสารน้ำทดแทนมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป แต่เราจะต้องมีการดูแลใกล้ชิดมากกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะเกิด pulmonary edema และภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันชนิด Acute respiratory distress syndrome (ARDS) ได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป

หลังจากให้สารน้ำต้องมีการบันทึกสารน้ำที่รับเข้าและที่ขับออกมา โดยจะต้องมีปัสสาวะออกอย่างน้อย 0.5-1 มล./กก./ชม.

2.3 การดูแลบาดแผล

ในห้องฉุกเฉินแนะนำให้ล้างทำความสะอาดและปิดแผลด้วยผ้าสะอาดเท่านั้น ไม่แนะนำให้ใส่ยาฆ่าเชื้อใด ๆ เนื่องจากจะต้องคอยประเมินบาดแผลอยู่เรื่อย ๆ ยกเว้นในกรณีที่จะต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นก็อาจจะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

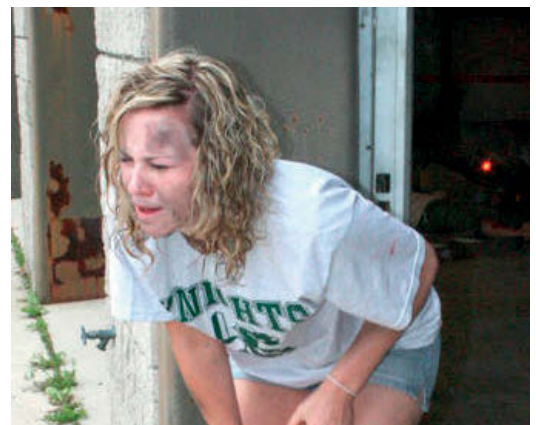
ระวังกรณีที่มีการไหม้เป็นวงรอบ เช่น ที่ลำตัวอาจเกิด compartment syndrome ได้ ซึ่งต้องพิจารณาทำ fasciotomy ได้

การสูดสำลักคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide inhalation injury)

คาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide, CO) จัดเป็นสารพิษที่พบมากที่สุดและผู้ป่วย inhalation injury และนับเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากไฟไหม้ โดยผู้ป่วยทุกคนที่สงสัยว่าจะมีภาวะของ inhalation injury ให้คิดว่ามีพิษจากคาร์บอนมอนอกไซด์ร่วมด้วยเสมอ จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่าไม่ใช่พิษจากสารนี้

ในธรรมชาติจะมี CO ปะปนอยู่ในอากาศอยู่แล้วประมาณ 10 parts per million (PPM) และถ้าเราเจาะดูปริมาณ CO ในเลือดจะพบได้ไม่เกิน 1% ในคนที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่เกิน 10% ในคนที่สูบบุหรี่ โดยอาจมีค่าสูงขึ้นได้ถ้ามีการแตกของเม็ดเลือด (hemolysis) หรือมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)

ในผู้ใหญ่ CO สามารถจับกับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin, Hb) ได้ดีกว่าออกซิเจนถึง 200 เท่า และจับกับ myoglobin ได้ดีกว่าออกซิเจน 60 เท่า ซึ่ง CO เหล่านี้จะจับ Hb เอาไว้นั้นไม่ปล่อยออกซิเจนไปยังเซลล์ต่าง ๆ นอกจากนั้นยังทำให้ oxyhemoglobin ปล่อยออกซิเจนยากขึ้น (oxyhemoglobin dissociation curve shift to the left) จนกระทั่งส่งผลให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ขาดออกซิเจน





อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงค่อนข้างหลากหลายเป็นได้ตั้งแต่ปวดศีรษะเล็กน้อยหรือรุนแรงจนถึงขั้นหมดสติ รวมทั้งอาจมีภาวะหัวใจหยุดเต้นร่วมด้วยได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยประวัติเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยหมดสติจากไฟไหม้ ก็ให้คิดได้เสมอว่ามี CO poisoning จนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่าไม่ใช่ ส่วนใหญ่การตรวจร่างกายมักไม่มีอะไรที่แน่นอนเช่นกัน ที่นิยมพูดกัน ได้แก่ ลักษณะ cherry red oral mucosa แต่ก็ไม่ค่อยพบลักษณะเช่นนี้

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยที่ดีที่สุดคือ การวัดระดับ COHb ในเลือด โดยอาศัยการเจาะตรวจแก๊สในเลือดแดง (arterial blood gas) ชนิดที่สามารถคำนวณระดับ COHb ได้

แต่การวัดที่แม่นยำที่สุดคือ การวัด Carbon monoxide oximetry จากปลายนิ้ว ซึ่งมีข้อบกพร่องตรงที่เครื่องมักจะอ่านค่าของ oxyhemoglobin รวมไปกับค่าของ COHb เนื่องจากมีความยาวคลื่นแสงใกล้เคียงกัน จึงไม่ค่อยนิยมใช้เครื่องมือนี้ในห้องฉุกเฉิน^๖

การเจาะเลือดอื่น ๆ ที่ช่วยได้ เช่น ระดับสาร lactate, creatine phosphokinase และ troponin ในเลือดสูงขึ้น รวมทั้งพบภาวะเลือดเป็นกรดชนิด anion gap กว้าง (Elevated anion gap metabolic acidosis)

การรักษา

1. ให้สูดดมออกซิเจนที่มีความเข้มข้น 100%
2. การใช้ออกซิเจนความกดบรรยากาศสูง (Hyperbaric oxygen) (ภาพที่ 7)



ภาพที่ 7 hyperbaric oxygen chamber

นอกจากผลดังกล่าวข้างต้นแล้ว CO ยังกระตุ้นเซลล์ให้มีการหลั่ง guanylate cyclase และ nitric oxide มากขึ้น จนกระทั่งทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือด (endothelial injury) และหลอดเลือดขยายตัว อันส่งผลให้เกิดความดันเลือดตกตามมา ซึ่งผลจากเนื้อเยื่อต่าง ๆ ขาดออกซิเจน และความดันเลือดตกสามารถทำให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายเกิดการขาดเลือด และตายไป ทั้งนี้หมายรวมถึงเซลล์ประสาทด้วย ดังนั้น จึงมักพบว่าผู้ป่วยที่เกิดพิษจากคาร์บอนมอนอกไซด์มักมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทร่วมด้วย

CO เมื่อเข้าไปในร่างกายส่วนใหญ่จะไปจับกับฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงจนเกิดเป็นคาร์บอกซีฮีโมโกลบิน (Carboxyhemoglobin, COHb) และอีกส่วนจะไปจับกับ myoglobin รวมทั้งมีผลน้อยที่ละลายอยู่ในพลาสมา จึงมีการศึกษาโดยอาศัยอาสาสมัครกลุ่มหนึ่งเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มี CO poisoning พบว่าระยะเวลาครึ่งชีวิต ($t_{1/2}$) ของ CO ที่อากาศปกติ (room air) อยู่ที่ 249-320 นาที ในขณะที่ถ้าผู้ป่วยสูดดมออกซิเจนที่มีความเข้มข้น 100% แล้วระยะเวลาครึ่งชีวิตของ CO จะเหลือเพียง 74-80 นาทีเท่านั้น^๖ แต่จะไม่นับรวมผู้ป่วยที่ได้รับ CO ที่เกิดจากการเผาไหม้ของ methylene chloride ซึ่งจะมีระยะเวลาครึ่งชีวิตของ CO นานได้ถึง 13 ชั่วโมง^๖

จากผลการศึกษาข้างต้น เป็นเหตุผลว่าผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมี inhalation injury แนะนำให้สูดดมออกซิเจนที่มีความเข้มข้น 100% ทุกราย

ข้อบ่งชี้ในการให้ hyperbaric oxygen ได้แก่

1. เป็นลม (Syncope)
2. สับสน (Confusion/altered mental status)
3. ชัก (Seizure)
4. หหมดสติ (Coma)
5. ความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ (Focal neurologic deficit)
6. หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับ carboxyhemoglobin ในเลือด > 15%
7. ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือด > 25%
8. มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Evidence of acute myocardial ischemia)

การสูดสำลักไซยาไนด์ (Cyanide Poisoning)

เกิดจากการเผาไหม้ของสารพวก polyurethane, acrylonitrile, nylon, wool, and cotton โดย cyanide จะไปยับยั้งการหายใจแบบใช้ออกซิเจนของเซลล์ต่าง ๆ ทำให้เกิดการหายใจแบบไม่ใช้ออกซิเจนเกิดขึ้น อันส่งผลให้เกิด lactic acid มากขึ้น แต่ความอันตรายของ cyanide poisoning คือ เราไม่สามารถเจาะเลือดตรวจได้แบบ CO poisoning เราต้องอาศัยจากประวัติและลักษณะของผลเลือดที่สนับสนุน ได้แก่ มี lactic acidosis แบบที่หาสาเหตุไม่ได้, มีระดับ PaCO_2 ใน arterial blood gas ต่ำ และระดับ lactic level ในเลือด > 10 mmol/L

การรักษา

เราจะให้การรักษาดังเดิมเหมือนว่าได้รับพิษจากไซยาไนด์ไปก่อน ในกรณีนี้ผู้ป่วยมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ชีวมลงหรือหมดสติ
 2. ภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest)
- โดยจะให้การรักษาคือ 25% Sodium thiosulfate 1.65 มล./กก. และ hydroxocobalamin 70 มก./กก. ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

สรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากเปลวไฟมีโอกาสเสียชีวิตได้สูงจากการสูดสำลักควัน (inhalation injury) ซึ่งจะทำให้มีหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน และเกิดน้ำท่วมปอดตามมาได้ จนกระทั่งอาจกลายเป็นภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันชนิด acute respiratory distress syndrome ขึ้นได้ สารที่พบบ่อยในการสูดสำลักควันมักเป็น คาร์บอนมอนอกไซด์และไซยาไนด์ ดังนั้น ในการรักษาที่สำคัญควรประเมินเรื่องแผลไฟไหม้และให้สารน้ำ รวมทั้งให้ดมหน้ากากชนิดที่มีถุงเก็บออกซิเจน (oxygen mask with bag) จากนั้นควรพิจารณาว่ามีข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจหรือไม่ ตลอดจนพิจารณาให้การรักษาคือเฉพาะต่อสารพิษที่อาจเกิดร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Jr, Phillip L Rice, MD, Orgill Dennis P, MD, PhD. Emergency care of moderate and severe thermal burns in adults. UpToDate 2013. Available from: URL: http://www.uptodate.com/contents/emergency-care-of-moderate-and-severe-thermal-burns-in-adults?source=search_result&search=Emergency+care+of+moderate+and+severe+thermal+burns+in+adults&selectedTitle=1%7E150.
2. Ryan CM, Schoenfeld DA, Thorpe WP, et al. Objective estimates of the probability of death from burn injuries. N Eng J Med 1998;338:362-6.
3. Hartzell GE. Overview of combustion toxicology. Toxicology 1996 Dec 31;115(1-3):7-23.
4. Kao LW, Nanagas KA. Carbon monoxide poisoning. Emerg Med Clin North Am 2004;22:985-1018.
5. Pace N, Strajman E, Walker EL. Acceleration of carbon monoxide elimination in man by high pressure oxygen. Science. 1950 Jun 16;111(2894):652-4.
6. Chang YL, Yang CC, Deng JF, et al. Diverse manifestations of oral methylene chloride poisoning: report of six cases. J Toxicol Clin Toxicol 1999;37:497-504.
7. Bozeman WP, Myers RA, Barish RA. Confirmation of the pulse oximetry gap in carbon monoxide poisoning. Ann Emerg Med. 1997 Nov;30(5):608-11.
8. Desai Shoma, MD, Su Mark, MD. Cyanide poisoning. UpToDate Mar 2013. Available from: URL: http://www.uptodate.com/contents/cyanide-poisoning?source=search_result&search=Cyanide+poisoning&selectedTitle=1%7E20

การที่บริษัทประกันภัยต้องการให้แพทย์ระบุถึง พฤติการณ์แห่งการตาย: ลูกเล่นตื้น ๆ ของ บริษัทประกันภัยเท่านั้น (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

Insurance Companies Want Physicians To Identify Manner of Death: An Simple Trick To Reject Compensation (A Case Report)

แพทย์อาจจะมีปัญหากับ “ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ตาย” ในประเด็นที่ดูแล้วแสนง่ายตายคือ บริษัทประกันภัยไม่ยอมจ่ายเงินตามกรรมธรรม์ด้วยเหตุผลที่ว่า “แพทย์มิได้ลงความเห็นเกี่ยวกับการบาดเจ็บหรือการตายว่าเป็นอุบัติเหตุ” (แล้วแต่กรณี) แล้วผู้ป่วยหรือญาติของผู้ตายก็มาพบแพทย์เพื่อต้องการให้แพทย์ระบุให้ชัดเจนถึงเรื่อง “อุบัติเหตุ” แต่แพทย์ไม่สามารถทำได้เพราะแพทย์เองก็ไม่อาจทราบได้โดยแท้จริงว่า “การบาดเจ็บหรือการตายเกิดจากอุบัติเหตุหรือไม่ เพราะแพทย์มิได้อยู่ในที่ที่เกิดเหตุด้วย” แพทย์จึงลงเฉพาะแต่การบาดเจ็บที่ตรวจพบหรือแต่เพียงสาเหตุการตายที่พบเท่านั้น สิ่งที่ได้กล่าวมานี้อาจถือว่าเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน (ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์) ในเวชปฏิบัติได้ประการหนึ่ง ทำให้แพทย์ต้องมีความระมัดระวังไม่สบายใจหรือทำให้ต้องเสียเวลาโดยใช้เหตุในสิ่งที่แพทย์ไม่รู้ไม่เห็นใด ๆ ทั้งสิ้น

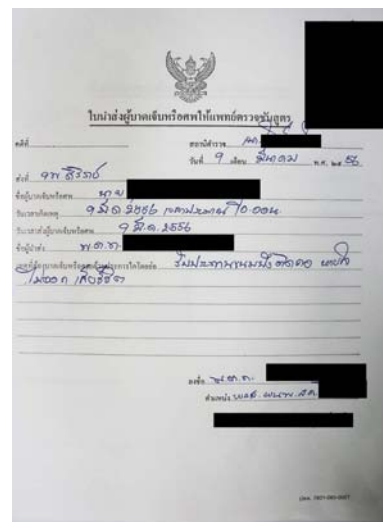
อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

1. อุทาหรณ์

ผู้ตายเป็นชายอายุ 67 ปี ไปหยิบขนมปังลูกเกดจากตู้เย็นมานั่งกิน ลูกเดินเข้ามาพอดี โดยผู้ตายขึ้นไปทีคอกจากนั้นล้มตึงไปกับพื้น ลูกพยายามช่วยแต่ไม่ทันจนเสียชีวิตในเวลาต่อมา พนักงานสอบสวนได้ชันสูตรพลิกศพในเวลาต่อมาและได้นำส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อที่โรงพยาบาลศิริราช (ภาพที่ 1) และมีการตรวจศพในเวลาต่อมาดังนี้

สภาพศพภายนอก: (ภาพที่ 2)

- ศพชายอายุประมาณ 70 ปี รูปร่างผอม ตัวยาว 162 เซนติเมตร หนัก 43 กิโลกรัม ผมสั้นสีดำมีขาวแซมยาวประมาณ 5-8 เซนติเมตร หนวดและเคราขาวยาวประมาณ 1-1.5 เซนติเมตร สวมเสื้อโปโลคอปกแขนสั้นสีน้ำเงิน มีกระเป๋าทิ้งท้าย สวมกางเกงขาสั้นสีน้ำตาล ไม่พบรอยสักตามร่างกายและแขนขา
- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกกลู่เบื้องต่ำภายหลัง



ภาพที่ 1



ภาพที่ 2

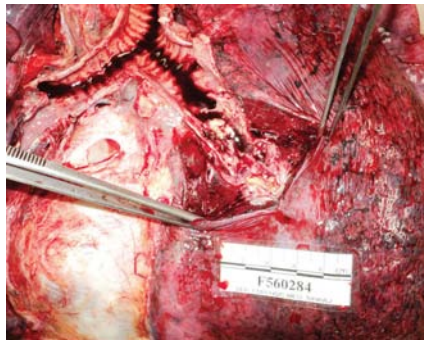
เสียชีวิตที่หลังได้ชัดเจน เยื่อปูดตาชัด

- ไม่พบจุดเลือดออกที่เยื่อปูดตา แขน ขา ลำตัว และหน้าอก
- คอ รอบคอ ไม่พบบาดแผลหรือรอยกดรัด
- อ้าปากดูพบว่ามีลิ่มเลือดในช่องปากแข็งเกร็งเต็มที่ แต่พบว่าไม่มีเศษขนมปังอุดจุกอยู่ในปากและโคนลิ้น
- ไม่พบบาดแผลรุนแรงใด ๆ ตามร่างกายและแขนขา
- มีบาดแผลดลอกเล็ก ๆ ที่แก้มขวา คาง กลางหน้าอก และแขนซ้าย

- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียดตรง

สภาพศพภายใน:

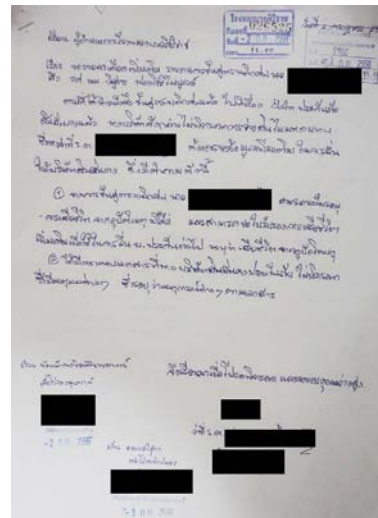
- ผนังศีรษะและใต้ชั้นหนังศีรษะปกติ
- กะโหลกศีรษะปกติ
- เนื้อสมองคั่งเลือดปานกลาง หนัก 1,340 กรัม
- กล้ามเนื้อคอและหน้าอกอยู่ในเกณฑ์ปกติ



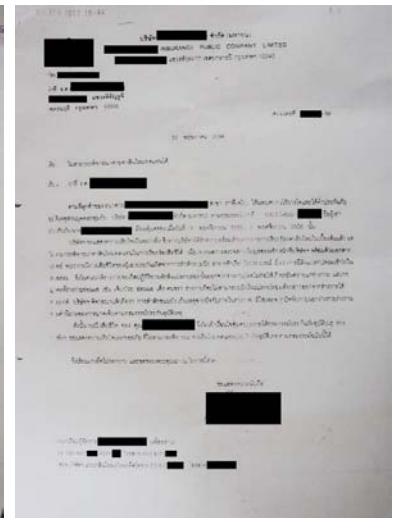
ภาพที่ 4

ภาพที่ 3

- ที่โคนของลิ้น ส่วนต้นของหลอดอาหาร พบว่ามีขนมปังเป็นก้อนอุดจุกอยู่ (ภาพที่ 3)
 - ทางเดินหายใจพบเศษขนมปังตั้งแต่โคนลิ้น หลอดลมส่วนต้น และส่วนแขนงซ้ายขวา (ภาพที่ 4)
 - ปอดขวาและซ้ายหนัก 560 กรัม และ 520 กรัม ตามลำดับ หน้าตัดเนื้อปอดคั่งเลือด
 - หัวใจมีขนาดและรูปร่างปกติ หนัก 330 กรัม พบพังผืดแทรกในกล้ามเนื้อหัวใจเล็กน้อย
 - หลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจด้านหน้าและด้านซ้ายวอกหลังตีบมากทั้งสองเส้นราวร้อยละ 90 ส่วนด้านขวาตีบเพียงร้อยละ 40
 - กระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลัง ทั้งส่วนคอ ส่วนอก และส่วนเอว ปกติ มีเพียงความเสื่อมเนื่องจากความสูงอายุเท่านั้น
 - หลอดอาหารพบเศษขนมปังเหลวเป็นห้วง ๆ
 - กระเพาะอาหารมีเศษขนมปังอยู่บางส่วน
 - ตับหนัก 1,200 กรัม ม้ามหนัก 80 กรัม ไตขวาและซ้ายหนัก 100 กรัม และ 120 กรัม ตามลำดับ
 - ลำไส้และอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียงสภาพการเสื่อมสลายจากความสูงอายุเท่านั้น
 - กระดูกเชิงกรานและเนื้อเยื่อที่อุ้งเชิงกรานอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - ไม่พบกระดูกแขน ขา หัก
 - ไม่พบพยาธิสภาพรุนแรงในช่องอก ช่องท้อง และอุ้งเชิงกราน
 - ไม่พบปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ
 - อวัยวะอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:**
- หมู่เลือด “โอ”
 - ไม่พบสารเอทานอล แอมเฟตามีน อนุพันธ์ของมอร์ฟีน ยา นอนหลับ และยากล่อมประสาทในเลือด
 - ไม่พบยาในกลุ่มสารฆ่าแมลงทั้งคาร์บารเมตและออร์แกโนฟอสเฟตจากของเหลวในกระเพาะอาหาร
 - ไม่พบสารไซยาไนด์จากของเหลวในกระเพาะอาหาร
- ผลการตรวจชิ้นเนื้อ:**
- พบการคั่งเลือดของอวัยวะต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้น



ภาพที่ 5



ภาพที่ 6

สาเหตุการตาย:

- ขาดอากาศจากเศษขนมปังอุดทางเดินหายใจ

การดำเนินการด้านเอกสาร:

- แพทย์ได้ทำเอกสาร (รายงานการตรวจศพ) เตรียมพร้อมเพื่อมอบให้แก่พนักงานสอบสวนที่ส่งศพมาให้แพทย์ของรัฐบาลทำการตรวจ (ตามมาตรา 152)²

2. ญาติผู้เสียชีวิตต้องการให้แพทย์ระบุพฤติการณ์แห่งการตายว่าเป็น “อุบัติเหตุ”

สี่เดือนต่อมาญาติของผู้เสียชีวิตได้ทำคำร้องมายัง “ผู้อำนวยการโรงพยาบาล” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขอให้แพทย์ที่ทำการตรวจศพระบุในเอกสารว่า “การตายของผู้ตายนั้นเกิดจากอุบัติเหตุ” (ภาพที่ 5) โดยได้แนบหนังสือของบริษัทประกันภัยมาด้วย (ภาพที่ 6) ซึ่งมีรายละเอียดโดยสรุปว่า “บริษัทประกันภัยไม่จ่ายสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุตามกรรมธรรม์ด้วยสาเหตุที่อ้างว่าผู้ตายมิได้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ” โดยระบุข้อความดังนี้

“.....พบว่า กรณีการเสียชีวิตของผู้เอาประกันเกิดจากการสำลักขนมปัง ตามหลักเงื่อนไขกรรมธรรม์ถือว่าการมีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในหลอดลม ซึ่งคนปกติร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาผลัดสิ่งแปลกปลอมนั้นออกจากร่างกายโดยไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ร่างกาย แต่หากบุคคลที่ร่างกายอ่อนแอ เช่น เจ็บป่วย อ่อนแอ เด็ก คนชรา ร่างกายก็จะไม่สามารถผลัดสิ่งแปลกปลอมดังกล่าวออกจากร่างกายได้ตามปกติ บริษัทฯ พิจารณาแล้วถือว่า การสำลักขนมปังเป็นเหตุปัจจัยภายในร่างกาย มิใช่เหตุจากปัจจัยภายนอกร่างกายตามคำนิยามของการบาดเจ็บตามกรรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุ

ดังนั้น กรณีเสียชีวิตของ คุณ..... จึงไม่เข้าเงื่อนไขคุ้มครองภายใต้กรรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ ทางบริษัทฯ ขอแสดงความเสียใจและขอภัยที่ไม่สามารถพิจารณาจ่ายสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุตามกรรมธรรม์ฉบับนี้ได้

..... ฯลฯ”

ในการนี้ผู้ร้องได้แนบ “**มรณบัตร**” ที่ทางนายทะเบียนได้ออกให้มาด้วย (ทางบริษัทประกันภัยถือสาเหตุการณ์ตายตามที่ระบุไว้ใน “มรณบัตร”) (ภาพที่ 7)

ภาพที่ 7

วิเคราะห์และวิจารณ์กรณีอุทธรณ์

ประการที่ 1: พฤติการณ์แห่งเหตุและพฤติการณ์แห่งการตาย (Manner of Event และ Manner of Death)^{3,4}

เมื่อขึ้นชื่อว่าเป็น “Manner of (อาจเป็นอะไรก็ได้ เช่น event, death)” แล้วก็จะเป็นการยากที่แพทย์จะระบุว่าเป็นอะไร แต่ก่อนอื่นก็ย่อมต้องทราบก่อนว่า “Manner of” นี้คืออะไร และมีอะไรบ้าง

“Manner of” นี้ก็คือ **ลักษณะแห่งพฤติกรรมหรือกระบวนการที่ทำให้เกิดขึ้น** หากเป็น Manner of Event หมายถึง **“พฤติการณ์แห่งเหตุ”** และหากเป็น Manner of Death ย่อมหมายถึง **“พฤติการณ์แห่งการตาย”** ซึ่งประกอบด้วย

ลักษณะที่ 1: การทำต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย (suicide)

หมายถึง การที่ได้กระทำต่อตนเอง เช่น

ผู้ป่วย: เอาฝ่าเบียร์มารดที่ดวงตา เพื่อเรียกร้องประกัน

ลูกตาข้างละ 2 แสนบาท

ผู้ตาย: การกินยาฆ่าตัวตาย

ลักษณะที่ 2: ถูกผู้อื่นกระทำต่อ (homicide)

หมายถึง มีผู้อื่นที่มีใจตัวเองกระทำต่อตน

ผู้ป่วย: ถูกคนอื่นแทง

ผู้ตาย: ถูกผู้อื่นยิงตาย

ลักษณะที่ 3: อุบัติเหตุ (accident)

หมายถึง มีได้มีผู้หนึ่งผู้ใดประสงค์จะให้เกิดขึ้น แต่เนื่องจากการขาดความระมัดระวัง ซึ่งอาจเข้าได้กับคำว่า **“ประมาท”** เช่นกัน

ผู้ป่วย: ถูกรถชนขณะข้ามถนน (อุบัติเหตุจากรถ)

ผู้ตาย: ถูกรถบรรทุกชนตาย

ลักษณะที่ 4: เหตุตามธรรมชาติ (natural death)

หมายถึง กรณีที่มีได้เข้ากับลักษณะ 3 ประการข้างต้น

คือ มิใช่การกระทำโดยตนเอง มิใช่ถูกผู้อื่นประสงค์ร้าย และมีใจจากอุบัติเหตุ (หรือจากความประมาท) ก็ย่อมต้องเข้ากรณี **“เหตุธรรมชาติ”** หรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น การที่คนตายเนื่องจากชราภาพ เป็นต้น

การที่แพทย์ต้องถูกร้องขอ (แถมบังคับ) ให้ต้องระบุถึงพฤติการณ์แห่งเหตุ (Manner of event) นั้นนับว่าเป็นเรื่องหนึ่งที่สร้างความหนักใจให้แก่แพทย์มาก และที่หนักใจมากที่สุดคือ “การที่แพทย์เมื่อไม่สามารถที่จะระบุได้ว่าเป็น “พฤติการณ์แห่ง.... หรือ Manner of” ในเรื่องใดแล้ว จะต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วย/ผู้ตาย ที่ต้องการให้แพทย์ระบุโดยที่แพทย์ไม่อาจจะระบุได้ เหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้นจึงอาจนำไปสู่ **“ข้อขัดแย้ง”** ระหว่าง **“แพทย์กับผู้ป่วย”** หรือ **“แพทย์กับญาติของผู้ตาย”** โดยที่ **“บริษัทประกันภัยเป็นผู้สร้างขึ้น”** และเป็นการอ้างโดยนำสิ่งที่ต้องการให้แพทย์ระบุโดยที่แพทย์มิได้เห็นเหตุการณ์มาเป็นเครื่องต่อรองซึ่งเป็นการไม่ถูกต้อง

ประการที่ 2: การให้ความเห็นในพฤติการณ์แห่งเหตุหรือพฤติการณ์แห่งความตาย

แท้ที่จริงแล้วเป็น **“ความจริง” (fact)** ที่ผู้หนึ่งผู้ใดก็ทราบว่าเป็น **“พฤติการณ์แห่งเหตุหรือพฤติการณ์แห่งความตาย”** นั้นไม่สามารถระบุได้ชัดเจนวันเสียแต่จะเป็น **“ผู้ที่ได้รับทราบสิ่งที่เกิดขึ้นมาอย่างแท้จริง”** เช่น อยู่ในเหตุการณ์ หรือดูได้จากการบันทึกภาพไว้ และมาประมวลต่อเนื่องจากได้ข้อสรุปเท่านั้น มิเช่นนั้นไม่อาจบอกได้อย่างสนิทใจ การที่บริษัทประกันภัย (โดยผู้แทน) ที่มีหน้าที่ในการทำเรื่อง **“การเรียกร้องสิทธิการประกันภัย”** ก็ย่อมทราบดีอยู่แล้วว่า **“พฤติการณ์แห่ง.....” (Manner of)** นั้น แพทย์ไม่สามารถที่จะระบุได้ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์มิได้อยู่ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพราะแพทย์อยู่ประจำที่สถานพยาบาล (ปลายทาง) ดังนั้น จึงไม่สามารถจะบอกถึง **“พฤติการณ์แห่ง.....”** หรือ **“Manner of”** ได้อย่างแท้จริง (แต่อาจเพียงการ “สันนิษฐาน” เอาจากสภาพแวดล้อมที่ได้จากประวัติและการตรวจ แล้วตัดประเด็นลักษณะอื่น ๆ ทิ้งไปก็อาจเป็นไปได้บางส่วน)

การที่ผู้ที่อยู่แก่ใจว่า **“ผู้อื่นไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการได้”** (ในที่นี้คือการที่แพทย์ต้องเขียน พฤติการณ์แห่ง..... หรือ Manner of) จึงอาจเท่ากับเป็นการ

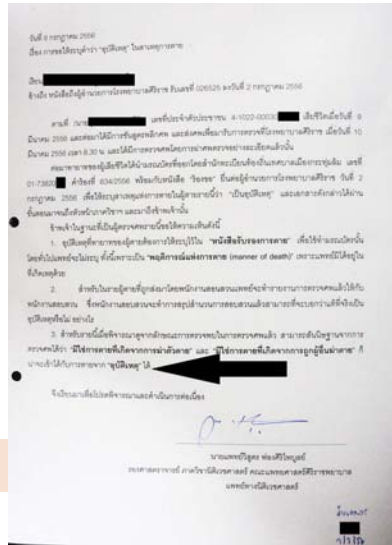
ก. กลั่นแกล้งที่จะหาเหตุในการไม่จ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

ข. การหาหลักฐานที่จะโยนความรับผิดชอบให้กับผู้อื่นที่ไม่ยอมดำเนินการให้ตามที่ผู้แทนของบริษัทประกันภัยร้องขอ

การที่ทางบริษัทประกันภัยอ้างเรื่องการไม่สามารถจ่ายค่าสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุตามกรมธรรม์ให้ได้ **เนื่องจากแพทย์ไม่ได้ระบุว่าเป็นอุบัติเหตุ** ทั้ง ๆ ที่ทราบเป็นอย่างดีแล้วว่าแพทย์มิได้อยู่ในที่เกิดเหตุจึงไม่อาจทราบได้ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับมานั้นเกิดจากอุบัติเหตุหรือไม่ นั่น เป็นเรื่อง **“การโยนความรับผิดชอบมาให้แพทย์อย่างเต็มตัว”** และทำให้แพทย์ต้องมีความขัดแย้งกับผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วย/หรือ

ศพ (แล้วแต่กรณี) นั่นเอง

อย่างไรก็ตาม กรณีตามอุทหากรณี แพทย์อาจทำได้อย่างมากที่สุดก็คือ **“การสันนิษฐานพฤติการณ์แห่งการตาย”** ให้โดยวิธีการตัดสินลักษณะที่ **“ไม่น่าจะเป็นไปได้ ออก”** แล้วก็ท้ายที่สุดก็อาจจะเกิดจาก **“อุบัติเหตุ” (ดูกรณีตามอุทหากรณี) (ภาพที่ 8)**



ภาพที่ 8

หมายเหตุ:

กรณีที่แพทย์ระบุสิ่งที่ตนเองมิได้เห็น ไม่ได้รู้ ไม่ได้รับรู้ ฯลฯ ด้วยตนเองลงใน **“เอกสารในเชิงรับรอง”** เช่น ใบรับรองแพทย์ ใบเรียกร้องสิทธิทางประกัน (ใบประกัน) และ/หรือเอกสารอื่น อาจเท่ากับเป็นการที่แพทย์นำเอาข้อเท็จจริงที่ตนเองไม่ทราบมาใส่เป็นลักษณะของ **“Subjective” (ความเห็นส่วนตัว)** ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นการอ้างถึง **“โดยอำเภอใจ”** ประการหนึ่งได้ (แต่เป็นการอ้างตามอำเภอใจโดยมีพื้นฐานแห่งกฎหมาย) นั่นเอง

แนวทางและข้อเสนอแนะ

- สมควรที่จะต้องเสนอแนะในเรื่องดังกล่าวสู่ **“องค์กรวิชาชีพ”** (แพทยสภา)⁵ เพื่อให้เป็นผู้แทนในการเจรจากับ **“บริษัทประกันภัย”** (แพทยสภาเคยดำเนินการมาแล้วในเรื่องการที่แบบฟอร์มต้องการให้แพทย์ระบุเรื่องการตรวจ “HIV” ว่าให้ผล “บวกหรือลบ” ซึ่งถือว่าการเสี่ยงต่อการเปิดเผยความลับและไม่เป็นไปตามแนวทางของการรับทราบผลการตรวจดังกล่าว จนในที่สุดมีการปรับเปลี่ยนแบบฟอร์มใหม่เพิ่มมาเป็น “ไม่ทราบ”
- สำหรับหัวข้อหรือสาระที่สำคัญ (ดังเช่นในเรื่องดังกล่าวตามอุทหากรณี) ที่ถูกต้องก็คือ **“บริษัทประกันภัยจะต้องไม่บีบบังคับแพทย์ (ทางอ้อม) ผ่านทางผู้ป่วยหรือทายาทของผู้ตาย ให้ต้องระบุ “พฤติการณ์แห่ง.....หรือ Manner of” ในกรณีที่แพทย์เอง**

ก็ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนเพราะแพทย์มิได้อยู่ในที่เกิดเหตุ และ/หรือไม่ได้รับทราบเหตุที่เกิดขึ้นในฐาน **“ประจักษ์พยาน”** ลำพังแต่เพียงที่แพทย์เห็นผลของสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น บาดแผลนั้น แพทย์ย่อมไม่สามารถที่จะระบุได้เลยว่า “พฤติการณ์แห่ง..... หรือ Manner of” จากเหตุใด

3. การที่บริษัทประกันเสมือนมาบีบบังคับ (ทางอ้อมผ่านทางผู้ป่วยหรือญาติของผู้ตายที่ประสงค์จะเรียกร้องสิทธิทางประกันภัยนั้น) ในสิ่งที่แพทย์ไม่สามารถที่จะดำเนินการให้ได้ และอาศัยเหตุดังกล่าวเป็นสิ่งที่บริษัทถือเอาว่าเป็นสิ่งที่ต้องระบุเป็น **“เงื่อนไขของการรับผิดชอบตามกรมธรรม์”** จึงทำให้แพทย์ต้องเผชิญกับการที่ถูกหาว่าเป็นผู้ทำให้เกิดขึ้นถึง **“การที่บริษัทอ้างเหตุแห่งการไม่จ่ายค่าสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุตามกรมธรรม์”** ทั้ง ๆ ที่เป็นการอ้างเหตุอย่างเลื่อนลอยและปราศจากเหตุผล ในประการที่จะทำให้ผู้ที่ไม่รู้ ไม่เห็น ไม่ทราบเกี่ยวกับพฤติการณ์ที่เกิดขึ้น (Manner of) ต้องให้บอกให้ได้ว่าเกิดจากพฤติการณ์ใดกันแน่แท้ และในที่สุดฝ่ายผู้ป่วยหรือญาติของผู้ตายก็หลงเชื่อสนิทว่าการที่เขาไม่สามารถเรียกร้องสิทธิทางประกันภัยนั้นเกิดขึ้นจาก **“แพทย์เป็นผู้กระทำ”** ซึ่งเรื่องนี้ **“บริษัทประกันภัยสามารถที่จะสันนิษฐานเองได้อยู่แล้วจากข้อมูลที่แพทย์ได้ระบุไว้”** (ดังเช่นในกรณีอุทหากรณีข้างต้น) อีกทั้งบริษัทประกันภัยย่อมจะต้องมี **“แพทย์ของทางบริษัทเอง”** อยู่แล้วซึ่งย่อมสามารถให้ความเห็นในพฤติการณ์แห่งเหตุนี้ได้

ในเรื่องนี้องค์กรวิชาชีพ⁵ (แพทยสภา) ซึ่งมีหน้าที่ตามมาตรา 7(6) ในเรื่อง **“เป็นตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย”** นั้น¹ จะต้องเป็นผู้ที่ทำให้เกิดความเป็นธรรมกับแพทย์ ขณะที่ประกอบวิชาชีพในเวชปฏิบัติด้วย

สรุป

ในขณะนี้บริษัทประกันภัยไม่น้อยที่ใช้เล่ห์ในการปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ที่ระบุไว้ โดยผลักภาระในสิ่งที่ต้องให้ระบุมายังแพทย์ ทั้ง ๆ ที่แพทย์มิได้อยู่ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะที่เกิดบ่อยคือ ต้องการให้แพทย์ระบุว่า **“เป็นอุบัติเหตุ”** ซึ่งแพทย์ในฐานะที่มีได้อยู่ในสถานที่เกิดเหตุแท้ที่จริงแล้วจึงไม่อาจทราบได้ว่าเป็น **“อุบัติเหตุหรือไม่”** (แพทย์เองอย่างดีที่สุดก็ใช้เพียง **“การสันนิษฐาน”** เท่านั้น) เป็นการผลักภาระมายังแพทย์ให้เกิดกรณีพิพาทและทำให้รู้สึกว่าการแพทย์คือ **“ตัวเงื่อนไขที่ทำให้เขาเหล่านั้นมิได้รับค่าสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุตามกรมธรรม์”** ซึ่งแท้ที่จริงหาเป็นเช่นนั้นไม่ และด้วยเหตุนี้แพทยสภาจึงสมควรเข้ามามีบทบาทในการทำความเข้าใจกับบริษัทประกันภัยเพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ตายมิให้ถูกเอาเปรียบในนิติกรรมกรมธรรม์ประกันภัยอีกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525;99:1-24.
- ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
- วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. พฤติการณ์แห่งเหตุการณ์ในเอกสารของแพทย์: ความเสี่ยงที่แพทย์พึงระวัง. สารศิริราช 2546;55:557-68.
- วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. พฤติการณ์แห่งเหตุในเวชปฏิบัติ: ตัวอย่างและแนวทางในการดำเนินการ. สารศิริราช 2546;55:620-27.
- วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. วิชาชีพกับองค์กรวิชาชีพ. สารศิริราช 2545;54:498-505.

'DAM DEE Retractor' s.พ.กระป๋อง

นวัตกรรมต่างแผลผ่าตัด กุญแจ ลดการบาดเจ็บ



นพ.อิทธิคม ดำดี



นพ.อิทธิคม ดำดี และคณะ



ใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ภาระงานผ่าตัดที่เพิ่มมากขึ้นกับความขาดแคลนของทีมผ่าตัด โรงพยาบาลกระป๋อง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ต้องให้บริการผ่าตัดหลายประเภท จึงเป็นจุดเริ่มต้นให้ นพ.อิทธิคม ดำดี แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลกระป๋อง และคณะ มองหาสิ่งที่จะช่วยให้การทำงานได้ราบรื่น ในบรรยากาศของความขาดแคลน

นพ.อิทธิคม กล่าวว่า โดยทั่วไปจะมีเครื่องต่างแผลผ่าตัดที่ซื้อจากต่างประเทศ ราคาสูงมากประมาณ 500,000-1,000,000 บาท ซึ่งมีใช้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หากนำมาใช้ในโรงพยาบาลจะทำให้มีการลงทุนไม่คุ้มค่า ศัลยแพทย์และทีมผ่าตัดจึงคิดหาเครื่องมือที่ช่วยผ่อนแรง ลดการใช้บุคลากรในทีมผ่าตัด โดยผลิตนวัตกรรม เครื่องมือช่วยต่างแผลผ่าตัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 โดยใช้ในการผ่าตัดมะเร็งเต้านมซึ่งสามารถใช้ได้เป็นอย่างดี ตนจึงสนใจพัฒนารูปแบบเครื่องมือต่างแผลผ่าตัดที่สามารถนำมาใช้ผ่าตัดประเภทอื่น ๆ โดยปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังสามารถส่งเสริมให้เป็นสินค้าเครื่องมือแพทย์ส่งขายในต่างประเทศได้

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาทดลอง โดยการพัฒนารูปแบบของเครื่องมือต่างแผลผ่าตัดให้เหมาะสมกับอวัยวะที่ผ่าตัดและรูปร่างของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 4 รุ่น DAM DEE Retractor รุ่น 1 ปรับระดับสั้น-ยาวของด้ามจับได้ ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้เหมาะสมกับรูปร่างของผู้ป่วยแต่ละราย รุ่น 2 พัฒนาให้สามารถเปลี่ยนหน้าของเครื่องต่างแผลได้ สามารถใช้ผ่าตัดมะเร็งเต้านม ต่อมไทรอยด์ และการผ่าตัดในช่องท้องที่ไม่ยุ่งยาก รุ่น 3 สามารถปรับระดับได้ 360 องศา ซึ่งจะช่วยยกผิวหนังบริเวณผ่าตัดให้สูงขึ้น เป็นการเพิ่มพื้นที่ของการผ่าตัด และรุ่น 4 เป็นการพัฒนาจากรุ่น 3 สามารถเปลี่ยนหน้าของ Retractor ได้ โดยนำมาใช้ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ซึ่งประเมินผลลัพธ์จากความสำเร็จของการผ่าตัดแต่ละประเภท การลดผู้ช่วยเหลือศัลยแพทย์ในการผ่าตัด ลดอัตราการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ และระดับความพึงพอใจ โดยคิดเป็นร้อยละค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

นำเครื่องมือต่างแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านม 20 ราย ผ่าตัดต่อมไทรอยด์ 6 ราย ผ่าตัดช่องท้อง 4 ราย ซึ่งสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่เกิดการบาดเจ็บเส้นเลือด

เส้นประสาท ลดจำนวนผู้ช่วยศัลยแพทย์ได้ 1 คน ลดอัตราการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ Pain score น้อยกว่า 3 อัตราความพึงพอใจของศัลยแพทย์ 2 คน ศัลยแพทย์โสต ศอ นาสิก 2 คน แพทย์ใช้ทุน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ 3 คน พบว่าความพึงพอใจในระดับดีมาก-ดี คิดเป็นร้อยละ 100 และต้นทุนในการผลิตทั้ง 4 รุ่น จำนวน 40,000 บาท ซึ่งราคาถูกกว่าซื้อจากต่างประเทศประมาณ 460,000 บาท

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ

สิ่งประดิษฐ์นี้สามารถใช้แทนผู้ช่วยศัลยแพทย์ในการดึงต่างแผลผ่าตัด ปรับระดับสูง-ต่ำ โกล-ไกล ของฉากัน ด้ามจับปรับให้สั้น-ยาว โดยศัลยแพทย์สามารถปรับได้เอง เปลี่ยนหน้าของเครื่องมือเพื่อให้เหมาะสมในการผ่าตัดแต่ละประเภทและผู้ป่วยแต่ละราย และปรับสมดุลองศาโดยใช้อุปกรณ์ช่วยยึดติดกับผิวหนัง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ต่อมไทรอยด์ ผ่าตัดช่องท้อง ผ่าตัดตับได้ ใช้ต้นทุนต่ำ ผลิตง่าย

ด้วยความโดดเด่นของงานวิจัย ซึ่งเป็นการเห็นปัญหาหน้างานนำไปสู่การทำนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ เห็นผลชัดเจนและนำไปใช้จริงในการทำงาน ทำให้ 'นวัตกรรมเครื่องมือต่างแผลผ่าตัดมะเร็งเต้านมและการผ่าตัดอื่น ๆ (DAM DEE Retractor)' ได้รับรางวัลผลงาน R2R ดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2555 ประเภทการบริการระดับตติยภูมิ จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

"รู้สึกดีที่ได้รับรางวัลในครั้งนี้ โดยการประดิษฐ์เครื่องมือต่างแผลผ่าตัดนี้สามารถใช้ได้กับแผลผ่าตัดหลายประเภท สามารถลดจำนวนผู้ช่วยศัลยแพทย์ ลดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ และลดต้นทุนในการรักษาลงเหลือเพียง 40,000 บาท ต่ำกว่าการซื้อจากต่างประเทศประมาณ 460,000 บาท แต่อย่างไรก็ตาม ผลงานจะสำเร็จไม่ได้หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระป๋อง ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคนิคกระป๋อง หัวหน้าศัลยกรรม หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ฝ่ายบริหารที่สนับสนุน ให้นโยบายการมีงานวิจัยขึ้นในหน่วยงาน หัวหน้างานห้องผ่าตัดที่สนับสนุนให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยครั้งนี้ และผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ต่อมไทรอยด์ บาดเจ็บที่ช่องท้องอนุญาต โดยจากนี้จะพัฒนาเครื่องมือให้สามารถรองรับการผ่าตัดได้มากยิ่งขึ้น"

นพ.อิทธิคม กล่าวทิ้งท้าย



ชาอู่หลง...ชาเพื่อสุขภาพ

จากกระแสคนรักสุขภาพ รับประทานอาหารที่ดีเพื่อสุขภาพที่ดียังคงมาแรงอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นอาหารเสริมหรือวิตามินต่าง ๆ ที่บรรดาหนุ่ม ๆ สาว ๆ นิยมสรรหามารับประทานเพื่อเพิ่มความสวย และผิวพรรณกระจ่างใส ด้านเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพก็มาแรงไม่แพ้กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแฟชันการดื่มชาที่ผลิตออกมาขายในท้องตลาดก็มีมากมายหลายชนิด ไม่ว่าจะเป็นชาเขียว ชาอู่หลง ชาดอกไม้ หรือชาผสมน้ำผึ้ง ที่ออกมาแข่งขันในเรื่องของสรรพคุณที่แตกต่างกันออกไป เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้บริโภค

ชา (*Camellia sinensis*) เป็นพืชที่นิยมนำมาดื่มอย่างกว้างขวางทั่วโลกในรูปแบบเครื่องดื่มจากส่วนใบและยอดอ่อน ปัจจุบันชาที่นิยมนำมาใช้เป็นเครื่องดื่มมีหลายประเภทด้วยกัน แตกต่างกันไปที่กระบวนการหมัก ซึ่งสามารถแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ 3 ประเภทหลักได้แก่ ชาอู่หลง ชาเขียว และชาดำ

เมื่อกล่าวถึงการดื่มชาที่กำลังเป็นแฟชันยอดนิยมในปัจจุบันนั้น รู้หรือไม่ว่านักวิจัยได้ค้นพบสารประกอบที่มีประโยชน์ต่อร่างกายของ **ชาอู่หลง** ซึ่งมีส่วนประกอบที่ช่วย

ในการดูดซึมไขมันและช่วยควบคุมน้ำหนัก อีกทั้งยังเป็นชาที่ดีต่อสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น ลดระดับน้ำตาลในเลือด

ด้านอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุของโรคเมอริ่ง และการแก่ก่อนวัย

โดยเมื่อเร็ว ๆ นี้มีรายงานวิจัยพบว่า **ชาอู่หลง** ที่เป็

เป็นชาที่มีการผ่านกระบวนการหมักเพียงบางส่วนไม่เกิน 20% หรือเรียกว่า กระบวนการกึ่งหมัก นอกจากจะทำให้ชามีกลิ่นหอมเฉพาะ อร่อย นุ่มละมุน และชุ่มคอแล้ว ยังสามารถรักษาองค์ประกอบทางเคมีได้ใกล้เคียงกับใบชาเขียว และกระบวนการหมักนี้ยังทำให้เกิดปฏิกิริยาทางเคมีเกิดสารใหม่ที่มีประโยชน์ต่อร่างกายที่เรียกว่า **สารกลุ่มโพลีเมอไรซ์โพลิฟีนอล หรือ โอทีพีพี (OTPP; Oolong Tea Polymerized Polyphenol)** เป็นองค์ประกอบหลัก มีผลต่อการลดและควบคุมไขมันในเลือดในระดับสัปดาห์ทดลองและอาสาสมัครได้ โดยสามารถยับยั้งการทำงานของ



ของเอนไซม์ไลเปส ลดระดับไตรกลีเซอไรด์ภายหลังจากรับประทานอาหาร ลดการดูดซึมไขมัน โดยทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานได้มากขึ้น และเพิ่มการขับไขมันออกทางอุจจาระ นอกจากนี้มีการศึกษาผลของ OTPP ต่อระดับไตรกลีเซอไรด์ หลังจากรับประทานอาหารที่มีองค์ประกอบของไขมันสูง โดยให้อาสาสมัครดื่มชาอู่หลงที่มี OTPP เป็นส่วนประกอบในปริมาณสูง วัดระดับไตรกลีเซอไรด์ที่เวลา 3 และ 5 ชั่วโมง พบว่าระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับอาสาสมัครที่ได้รับตัวอย่างชาหลอก ยังมีงาน



วิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการดื่มชาอู่หลงซึ่งมีปริมาณ OTPP มากกว่าชาเขียวส่งผลในการเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานได้ดีกว่าชาเขียวถึง 2 เท่า ทั้งที่ชาอู่หลงมีปริมาณคาเฟอีนและ epicatechin gallate เพียงครึ่งหนึ่งของชาเขียว มีการศึกษาผลข้างเคียงของการดื่มชาอู่หลงในระยะยาวนั้น ยังไม่พบรายงานผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อตัวผู้บริโภคแต่อย่างใด



นอกจากนี้ชาอู่หลงยังมีสารต่อต้านอนุมูลอิสระ ช่วยต่อต้านริ้วรอยที่เกิดจากการสัมผัสรังสีอัลตราไวโอเล็ต ความเครียด หรือมลภาวะต่าง ๆ ได้ อาจช่วยชะลอความชราได้

ปัจจุบันการดื่มชาอู่หลงจึงเป็นอีกทางเลือกของผู้รักสุขภาพและหนุ่มสาวยุคใหม่ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องการลดการดูดซึมไขมันและควบคุมน้ำหนัก ซึ่งพบว่าปัจจุบันคนไทยมีปัญหามะเร็งอ้วนและโรคอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขจากการสำรวจสถานะสุขภาพของคนไทย คาดว่าปัจจุบันคนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินจนถึงระดับอ้วนมากกว่า 17 ล้านคน และในแต่ละปีคนไทยจะเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 จากประชากรทั้งหมด สาเหตุหลักมาจากวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่สมดุล มีการบริโภคมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกายน้อย กรรมพันธุ์ ช่วงอายุ และผลจากยารักษาโรคบางชนิด เป็นต้น

วิธีการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในปัจจุบันสามารถทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่ได้ผลดีอย่างยั่งยืนควรดูแลที่ต้นเหตุ ด้วยการปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การควบคุมการรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารที่มีแป้ง ไขมัน และน้ำตาลสูง ควรดื่มชาอู่หลงเป็นประจำ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอนหลับให้เพียงพอ นอกจากนี้ยังมีวิธีการ

รักษาทางการแพทย์ เช่น การดูดไขมัน การผ่าตัดกระเพาะอาหาร การฝังเข็ม และการรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ส่วนการใช้ยาลดความอ้วนพบว่ามีความเสี่ยงทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งบางรายอันตรายถึงชีวิตดังที่เห็นในข่าวบ่อย ๆ ดังนั้น เพื่อความสบายใจ หุ่นเป๊ะ สุขภาพดี และฟิตแอนด์เฟิร์มสไตล์หนุ่มสาวยุคใหม่อย่างยั่งยืน ต้องไม่ลืมหอกกำลังกาย และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในปริมาณที่พอเหมาะควบคู่กันไปด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Han L. K., Takaku T., Li J., Kimura Y., and Okuda H., (1999). Anti-obesity action of oolong tea. International Journal of Obesity, 23: 98-105.
- Hara Y., Moriguchi S., Kusumoto A., Nakai M., Toyoda-Ono Y., and Segawa T. (2004). Suppressive effects of oolong tea polyphenol-enriched oolong tea on postprandial serum triglyceride elevation. Japanese Pharmacology and Therapeutics (in Japanese), 32: 335-342.
- Komatsu T., Nakamori M., Komatsu K., Hosoda K., Okamura M., Toyama K. et al. (2003). Oolong tea increases energy metabolism in Japanese females. Journal of Investigative Medicine, 50: 170-175.
- Maekawa T., Teramoto T., Nakamura J., Kitagawa Y., Shibata H., and Tsuchida T. (2011). Effect of Long-term Intake of "KURO-Oolong tea OTPP" on Body Fat Mass and Metabolic Syndrome Risk in Over weight Volunteers. Japanese Pharmacology and Therapeutics, 39 (10): 889-900.
- Nakamura J., Teramoto T., Abe K., Ohta H., Kiso Y., Takehara I., Fukuhara I. and Hirano T. (2007). Lowering effects on visceral fat of the OTPP (oolong tea polymerized polyphenols) enriched Oolong tea (FOSHU "KURO-Oolong tea OTPP") in over weight volunteers. Japanese Pharmacology and Therapeutics, 35: 661-671.



ไฟเซอร์ คอนซูเมอร์ เฮลธ์แคร์ ผู้นำด้านเวชภัณฑ์และวิตามินระดับโลก เปิดตัวภาพยนตร์โฆษณาชุดใหม่ของ “เซนทรีม” ซึ่งได้ ก้อง-สหรัถ สังคปรีชา มารับบทพิธีเชิ่นเตอร์คนล่าสุด ร่วมมรณงค์สร้างการรับรู้เชิญชวนผู้บริโภคสร้างสมดุลโภชนาการเพื่อวิตามินและเกลือแร่ที่เพียงพอ

งานเปิดตัวภาพยนตร์โฆษณาและแนะนำพิธีเชิ่นเตอร์ของ “เซนทรีม” จัดขึ้นในบรรยากาศห้องรับแขกในบ้านที่แสนอบอุ่น โดยมี กาละแมร์-พัชรศรี เบญจมาศ พิธีกรมากความสามารถรับบทเจ้าของบ้านที่เปิดประเดิมสร้างความตื่นตาตื่นใจให้แก่ผู้ร่วมงานด้วยการแสดงชุด “Percussion ด้วยอุปกรณ์เครื่องครัว” จากวงดนตรี Drumzeed ก่อนต้อนรับแขกคนสำคัญอย่าง คุณกฤษฎ เมธารธาธิป ผู้จัดการทั่วไป บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด แผนกคอนซูเมอร์ เฮลธ์แคร์ พร้อมด้วย นพ.ไพศิษฐ์ ตระกูลก้องสมุทร อาจารย์ประจำสำนักวิชาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และ คุณก้อง-สหรัถ สังคปรีชา พิธีเชิ่นเตอร์คนล่าสุด

“ก้อง-สหรัถ” ชวนคนไทยใส่ใจสุขภาพ สร้างสมดุลทางโภชนาการกับ “เซนทรีม”



คุณกฤษฎ เมธารธาธิป และ คุณก้อง-สหรัถ สังคปรีชา



นพ.ไพศิษฐ์ ตระกูลก้องสมุทร

คุณกฤษฎ ได้กล่าวถึงงานเปิดตัวภาพยนตร์โฆษณาชุดใหม่ของเซนทรีมว่า “ไลฟ์สไตล์ของคนเมือง หรือคนยุคใหม่ค่อนข้างเร่งรีบด้วยความจำกัดของเวลา ทำให้ไม่มีเวลาทำอาหารเอง ต้องรับประทานอาหารนอกบ้าน หรืออาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูปเป็นประจำ รวมไปถึงการมีลักษณะนิสัยการรับประทานบางอย่าง เช่น การเลือกรับประทานการควบคุมอาหาร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้พฤติกรรมกรมการบริโภคของคนในยุคปัจจุบันเปลี่ยนไป ทำให้คนไทยเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหาร วิตามิน และเกลือแร่ ซึ่งเป็นต้นตอของปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่จะตามมา และด้วยความห่วงใยจากไฟเซอร์ คอนซูเมอร์ เฮลธ์แคร์ ที่ต้องการรณรงค์ให้คนไทยหันมาใส่ใจสุขภาพ ตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่ที่ครบถ้วน จึงได้เชิญ “คุณก้อง-สหรัถ สังคปรีชา” ซึ่งเป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่วัยทำงานที่ใส่ใจในการดูแล

สุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ร่วมเป็นพิธีเชิ่นเตอร์สร้างความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ สร้างสมดุลทางโภชนาการ เพื่อให้ร่างกายได้รับวิตามินและเกลือแร่อย่างครบถ้วนและสมดุล ผ่านภาพยนตร์โฆษณาชุดล่าสุดของ “เซนทรีม” เพื่อขยายการรับรู้เกี่ยวกับแบรนด์และผลิตภัณฑ์”

ด้าน ก้อง-สหรัถ ได้เล่าถึงไลฟ์สไตล์ของตนว่า “ผมทำงานทุกวัน ชีวิตส่วนใหญ่อยู่บนรถ ไม่มีเวลาที่จะมานั่งรับประทานอาหารเช้าเป็นมื้อ ๆ หรือตามร้านอาหารทั่วไป ส่วนใหญ่ก็ต้องซื้ออะไรง่าย ๆ มารับประทานบนรถ เพื่อที่จะเดินทางได้ทันตามกำหนดนัดหมายในแต่ละวัน หรือเรียกง่าย ๆ ว่า โตกินบนรถเลยทีเดียว จนได้มาพบกับคุณกฤษฎ ซึ่งได้แนะนำให้รู้จักกับ “เซนทรีม” ทำให้ผมสบายใจและหมดกังวลไปกับการได้รับสารอาหาร วิตามิน และเกลือแร่ไม่เพียงพอแล้ว ผมได้ตัวช่วยที่ดีอย่าง “เซนทรีม” เพียงวันละเม็ดเท่านั้น เหมือนมีเพื่อนคู่กาย เติมเต็มในสิ่งที่ขาด เหมือนเป็นการซื้อประกันสุขภาพนั่นเองครับ ทำให้ผมมั่นใจมากขึ้นว่าร่างกายได้รับวิตามินและเกลือแร่ที่ครบถ้วนและปริมาณเพียงพอ”

ท้ายนี้ นพ.ไพศิษฐ์ ได้ให้คำแนะนำว่า “ปัจจุบันคนไทยให้ความสำคัญในการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยมาก ด้วยวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป มีข้อจำกัดของเวลาแต่ละวัน ทำให้หลาย ๆ คนเลยหรือมองข้ามการรับประทานอาหารเช้าให้ครบมื้อหรือมีประโยชน์ไป เป็นสาเหตุให้ร่างกายได้รับสารอาหาร วิตามิน และเกลือแร่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน ส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานไม่ปกติ หรือทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ อันจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งทางเลือกหนึ่งที่ช่วยป้องกันความเสี่ยงจากการได้รับวิตามินและเกลือแร่ไม่เพียงพอคือการเลือกรับประทานอาหารให้หลากหลายและมีประโยชน์ต่อตัวเอง เช่น รับประทานผักหรือผลไม้ให้ครบ 5 สี ดื่มน้ำสะอาด อาหารประเภททอด อาหารประเภทแป้งก็เลือกที่ไม่ได้ผ่านการขัดสี หรืออาหารที่เป็นธรรมชาติมากที่สุด การเสริมด้วยผลิตภัณฑ์วิตามินและเกลือแร่รวมก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะมาช่วยเพิ่มเติมในสิ่งที่ร่างกายขาดหายไป อีกทั้งยังเป็นเหมือนเกราะป้องกันและสร้างความมั่นใจให้กับเราได้ในระดับหนึ่งถึงการได้รับโภชนาการรวมทั้งวิตามินและเกลือแร่ที่มีคุณค่าครบถ้วน”



นวัตกรรมใหม่ในการรักษา ให้ความหวังกับผู้หญิงที่มีบุตรยาก



นพ.สมเจตน์ มณีपालวิรัตน์

ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน
เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ พร้อมด้วยคุณเยลลี่ แมคคินทอช
มาร่วมแบ่งปันความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมใหม่สำหรับผู้หญิง
มีบุตรยาก ในงาน “เอ็มเอสดี มอบความหวังใหม่ให้แก่ผู้มี
บุตรยาก” โดยมีคุณนีน่า-กุลนัดดา ปัจฉิมสวัสดิ์ เป็นพิธีกร
ณ โรงแรมดับเบิลยู ฮิลตัน สุขุมวิท กรุงเทพฯ

เมื่อเร็ว ๆ นี้ บริษัท เอ็มเอสดี (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งเป็นหนึ่งในบริษัทชั้นนำในการพัฒนาโซลูชันด้านการปฏิสนธิ
นอกอวัยวะหรือการทำเด็กหลอดแก้ว (In Vitro Fertilization: IVF)
เผยทางเลือกใหม่ในการรักษาผู้มีบุตรยากด้วยการปฏิสนธินอก
อวัยวะ ซึ่งจะช่วยให้ชีวิตของผู้เข้ารับการรักษาง่ายขึ้น

สำหรับวิธีการรักษาใหม่นี้ช่วยให้ความหวังกับผู้หญิง
จำนวนมากที่ประสบกับความเครียดทางอารมณ์และร่างกายจาก
ภาวะมีบุตรยาก โดยการให้ฟอลลิเคิล สติมิวเลติง ฮอว์โมน (follicle
stimulating hormone หรือ FSH) ชนิดออกฤทธิ์นาน ซึ่งนับเป็น
ครั้งแรกของวงการ ประโยชน์ที่สำคัญประการหนึ่งของการใช้วิธี
รักษาการมีบุตรยากรูปแบบใหม่นี้คือ มีขั้นตอนการรักษาน้อย
ปัจจุบันผู้หญิงที่เลือกรับการรักษาดังวิธี IVF ต้องได้รับการฉีด
FSH ได้วันหนึ่งทุกวัน แต่ด้วยวิธีใหม่นี้ผู้ป่วยต้องได้รับการฉีด FSH
เพียงสัปดาห์ละครั้ง

การรักษาด้วยวิธีนี้เป็น การฉีดฮอว์โมนกระตุ้นฟอลลิเคิล
ชนิดออกฤทธิ์นาน (sustained release) ตัวแรก ด้วยความสามารถ
ในการกระตุ้นและรักษาอัตราการเติบโตของรังไข่ (follicular
growth) ในหลายระยะตลอดทั้งสัปดาห์ การฉีดฮอว์โมนในปริมาณ
ที่แนะนำ 1 ครั้ง อาจใช้แทนการฉีดฮอว์โมน FSH แบบเดิม ซึ่ง
ฉีดได้รวมกันเพื่อกระตุ้นรังไข่ภายใต้การควบคุม (controlled
ovarian stimulation: COS) ทุกวัน ต่อเนื่องใน 7 วันแรก

ปัจจุบันมีคู่สามีภรรยาทั่วโลกที่ประสบปัญหาไม่มีบุตรยาก
ถึงร้อยละ 15 ทั้งนี้ในประเทศไทยมีอัตราการเกิดของประชากร
ลดลงจาก เด็ก 4.9 คนต่อผู้หญิง 1 คน (1975) เป็น เด็ก 1.6 คน
ต่อผู้หญิง 1 คน (2013) ซึ่งถือว่าต่ำกว่าระดับที่ยอมรับกันโดย
ทั่วไปคือ เด็ก 2.1 คนต่อผู้หญิง 1 คน เพื่อรักษาระดับจำนวน
ประชากรในปัจจุบัน ภาวะมีบุตรยาก (infertility) เป็นโรคที่บั่นทอน
ความสามารถของร่างกายในการทำหน้าที่พื้นฐานด้านการสืบพันธุ์
โดยเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งรวมถึงปัญหาเกี่ยวกับการสร้างสเปิร์ม
หรือตกไข่ ปัญหาความผิดปกติของท่อรังไข่หรือมดลูก ภาวะเยื่อ
โพรงมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) การแท้งลูกบ่อย ตลอดจน
ความผิดปกติของฮอว์โมน และโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง
(Autoimmune) ในทั้งชายและหญิง

ทั้งนี้วิธีการรักษาบางอย่างที่ใช้รักษาภาวะการมีบุตรยาก
ซึ่งรวมถึงการผ่าตัด รักษาด้วยฮอว์โมน ผสมเทียมและการปฏิสนธิ
นอกอวัยวะ (IVF) แต่วิธีการรักษาที่ผ่านมาใช้เวลานานและสร้างความ
เจ็บปวด วิธีการรักษาใหม่ของเอ็มเอสดีเป็นการ
รักษาที่มีประสิทธิภาพ สะดวก และมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็น
สำคัญ

นพ.สมเจตน์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านต่อม
ไร้ท่อในระบบสืบพันธุ์และภาวะมีบุตรยาก กล่าวว่า “วิธี
การรักษาใหม่นี้ถือเป็นยุคใหม่ของความหวังสำหรับผู้ป่วย
ของเรา ภาวะมีบุตรยากเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลกและ
ในประเทศไทย และการรักษาที่มีนวัตกรรมล้ำหน้า
เช่นนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกและแพทย์
ทำงานง่ายขึ้น โซลูชันดังกล่าวเป็นความ
ก้าวหน้าอีกขั้นในการลดภาระของผู้หญิงที่
ประสบปัญหาในการตั้งครรภ์ที่ต้องฉีด
ฮอว์โมนทุกวัน”



ภาควิชาศัลยศาสตร์ รามาฯ

จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการพื้นฐานทางศัลยศาสตร์ตกแต่ง ครั้งที่ 11

สร้างความเป็นเลิศในการรักษาแผลเย็บแผล รื้อรัง และซับซ้อน

สาขาวิชาศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้าง ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการพื้นฐานทางศัลยศาสตร์ตกแต่ง ครั้งที่ 11 Excellence in Wound Management 2013 ภายใต้หัวข้อ “ความเป็นเลิศในการรักษาแผลเย็บแผล รื้อรัง และซับซ้อน” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้แก่แพทย์ พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข ในด้านเวชปฏิบัติ การดูแลแผลชนิดต่าง ๆ โดยกำหนดจัดขึ้นในระหว่าง วันที่ 17-18 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ณ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์ ชั้น 9 โรงพยาบาลรามาธิบดี



นพ.สุรเวช น้ำหอม ผู้เชี่ยวชาญ ศัลยกรรมตกแต่ง หน่วยศัลยศาสตร์ ตกแต่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กล่าวถึงที่มาของโครงการจัดอบรม ในครั้งนี้ว่า “ปัญหาของการรักษา บาดแผลเย็บแผลและแผลรื้อรัง

ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของวงการ สาธารณสุขในประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาซึ่งมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะ แผลรื้อรังที่เพิ่มขึ้นตามอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดส่วน ปลายตีตัน หรือโรคเบาหวาน ในปัจจุบันได้มีความเจริญ ก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ทั้งด้านการวินิจฉัย และการรักษาทั้งเทคนิคการผ่าตัดแบบ minimal invasive หรือวัสดุทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นวัสดุปิดแผล การพัฒนา ผิวหนังเทียม ผลิตภัณฑ์ชีววิศวกรรมทางการแพทย์ เช่น การ ใช้ negative pressure wound therapy หรือการใช้เซลล์ ตันกำเนิดในการรักษาแผล รวมถึงแนวทางการป้องกันการ เกิดแผลซ้ำ ซึ่งข้อมูลความรู้ทั้งหมดบางครั้งอาจทำให้แพทย์ พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขเกิดความสับสนใน การปฏิบัติงาน หรือการเลือกวิธีที่เหมาะสม”

การอบรมฟื้นฟูวิชาการพื้นฐานทางศัลยศาสตร์ ตกแต่ง ครั้งที่ 11 มีเนื้อหาครอบคลุมความรู้และแนวทางการ รักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์สำหรับ บาดแผลชนิดต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับพื้นฐานจนถึงซับซ้อน ทั้ง แผลเย็บแผล แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก แผลติดเชื้อ แผล รื้อรังจากโรคหลอดเลือด และแผลเบาหวาน โดยมีเนื้อหา ทั้งการบรรยายและการอภิปรายจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละ สาขา และมีการอบรมเชิงปฏิบัติการในประเด็นที่สำคัญใน การดูแลแผล รวมถึงการจัดแสดงโปสเตอร์นิทรรศการเกี่ยวกับ หลักการดูแลแผลชนิดต่าง ๆ ในเชิงปฏิบัติ ความก้าวหน้า

ของเทคโนโลยีวัสดุทางการแพทย์ในประเทศไทย และชี้ให้เห็นคำปรึกษาโดย แพทย์และพยาบาลผู้ชำนาญการ รวมถึงการประกวดโปสเตอร์งานวิจัย เกี่ยวกับการดูแลแผล

นพ.สุรเวช กล่าวต่อไปอีกว่า “วัตถุประสงค์ของการประชุมในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจถึงสาระสำคัญของสาเหตุและการรักษาแผล เย็บแผล แผลซับซ้อน และแผลรื้อรัง สามารถคิดเชิงวิเคราะห์เพื่อแก้ไข ปัญหาสถานการณ์จำลองทางคลินิกของแผลชนิดต่าง ๆ เลือกวิธีการรักษา ได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการเลือกวัสดุปิดแผลที่เหมาะสมสำหรับแผลแต่ละ ชนิด และสามารถนำความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมไปใช้ในเวชปฏิบัติเพื่อ การดูแลผู้ป่วยแผลชนิดต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล”

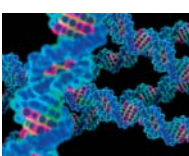
รูปแบบการประชุมในครั้งนี้จะเป็นในลักษณะของการบรรยายเนื้อหา สำคัญเกี่ยวกับแผลและการดูแลรักษาทั้งระดับพื้นฐานและระดับซับซ้อน โดยคณะวิทยากรผู้เชี่ยวชาญจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และวิทยากรรับเชิญจากสถาบันฝึกอบรมชั้นนำ นอกจากนี้ยังมีการอภิปราย ในหัวข้อที่มีความสำคัญและประเด็นที่ยังเป็นที่ถกเถียงในเชิงวิชาการและ เวชปฏิบัติ และการอบรมเชิงปฏิบัติการในเรื่องที่น่าสนใจ และเป็นปัญหา ที่พบบ่อยในเชิงปฏิบัติ

โดยหัวข้อที่น่าสนใจคือ เรื่องของการดูแลแผลรื้อรังของผู้ป่วยโรค เบาหวานที่มีภูมิอาการเส้นเลือดแดงตีตันร่วมด้วย ทำให้มีความซับซ้อน และยากต่อการรักษา โดยวิทยากรจะแนะนำแนวทางในการให้การ รักษาบาดแผล การผ่าตัดเส้นเลือดตีตัน รวมทั้งการทำการเอกซเรย์และการใช้ ยาเทียมให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานด้วย นอกจากนี้ยังมีการแนะนำการเลือกใช้ ยาปฏิชีวนะและวัสดุปิดแผลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในลักษณะต่าง ๆ สำหรับ หัวข้อที่ถือเป็นไฮไลท์พิเศษของงานประชุมในครั้งนี้คือ การดูแลแผลให้แก่ ผู้ป่วยที่ถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวกทั่วทั้งตัว หรือโดนบริเวณใบหน้าซึ่งรักษาได้ ยากมาก พร้อมแนะนำวิธีการป้องกันและรักษาความพิการที่เกิดจากการ ถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการติดเชื้อในกระดูก ซึ่ง เป็นเรื่องหาฟังได้ยากที่ผู้เข้าร่วมประชุมไม่ควรพลาด

“ทางคณะผู้จัดการประชุมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ศัลยแพทย์ แพทย์ ประจำบ้าน แพทย์เวชปฏิบัติ แพทย์เฉพาะทาง พยาบาล และบุคลากร ทางแพทย์ที่เข้าร่วมฝึกอบรมในครั้งนี้จะได้เพิ่มพูนความรู้ทางด้านการดูแล แผลลักษณะต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับพื้นฐานจนถึงระดับก้าวหน้า เรียนรู้และ ปฏิบัติหัตถการที่จำเป็นในการดูแลแผลชนิดต่าง ๆ เพื่อที่จะนำไปใช้ปฏิบัติ ได้จริง โดยภายในงานได้เสนอแนะแนวทางเวชปฏิบัติที่เหมาะสมกับลักษณะ ทางสาธารณสุขของประเทศไทย รวมทั้งได้รับฟังคำแนะนำและปัญหาของ การปฏิบัติงานของบุคลากรทางสาธารณสุขในแต่ละระดับเพื่อนำมาพัฒนา แนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป” นพ.สุรเวช กล่าวทิ้งท้าย

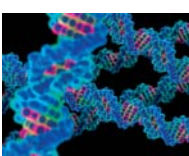
ผู้ที่สนใจเข้าร่วมฝึกอบรมในครั้งนี้สามารถลงทะเบียนออนไลน์ ได้ทางเว็บไซต์ <http://www.academic.ra.mahidol.ac.th> สอบถามข้อมูล เพิ่มเติมได้ที่ งานบริการวิชาการ โทรศัพท์ 0-2011-1542, 0-2201-2193

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
3-7 September 2013 	The 13 th Congress of the Asian Society of Transplantation (CAST2013)	Kyoto	Japan	www.congre.co.jp/cast2013/index.html
5-8 September 2013 	Death Dying & Disposal 11, Where theory meets practice	Milton Keynes, Buckinghamshire	United Kingdom	www8.open.ac.uk/health-and-social-care/main/research/research-events/death-dying-and-disposal-11
23-27 September 2013 	Bedside Critical Care 2013	Cairns	Australia	http://bedsidecriticalcare.com
25-27 September 2013 	Fifth Annual Consumer Genetics Conference	Boston, Massachusetts	United States of America	www.consumergeneticsconference.com
7-9 October 2013 	Second Annual Digital PCR Conference	San Diego, California	United States of America	www.healthtech.com/digital-pcr
10-13 October 2013 	12 th Annual National Family Medicine Board Review Course	Las Vegas, Nevada	United States of America	www.fmboards.com
11-13 October 2013 	1 st International Conference on Orthofacial Surgery and Orthodontics	Moscow	Russian Federation	www.orthofacial2013.info
13-16 October 2013 	29 th Annual Echocardiography in Pediatric and Adult Congenital Heart Disease Symposium	Rochester	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2013R015
14-16 October 2013 	4 th Global Drug Safety Conference and Exposition	Brisbane, Queensland	Australia	www.gds2013.org

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong 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

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
3-7 September 2013 	The 13 th Congress of the Asian Society of Transplantation (CAST2013)	Kyoto	Japan	www.congre.co.jp/cast2013/index.html
5-8 September 2013 	Death Dying & Disposal 11, Where theory meets practice	Milton Keynes, Buckinghamshire	United Kingdom	www8.open.ac.uk/health-and-social-care/main/research/research-events/death-dying-and-disposal-11
23-27 September 2013 	Bedside Critical Care 2013	Cairns	Australia	http://bedsidecriticalcare.com
25-27 September 2013 	Fifth Annual Consumer Genetics Conference	Boston, Massachusetts	United States of America	www.consumergeneticsconference.com
7-9 October 2013 	Second Annual Digital PCR Conference	San Diego, California	United States of America	www.healthtech.com/digital-pcr
10-13 October 2013 	12 th Annual National Family Medicine Board Review Course	Las Vegas, Nevada	United States of America	www.fmboards.com
11-13 October 2013 	1 st International Conference on Orthofacial Surgery and Orthodontics	Moscow	Russian Federation	www.orthofacial2013.info
13-16 October 2013 	29 th Annual Echocardiography in Pediatric and Adult Congenital Heart Disease Symposium	Rochester	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2013R015
14-16 October 2013 	4 th Global Drug Safety Conference and Exposition	Brisbane, Queensland	Australia	www.gds2013.org

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong 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 Thai Society of Critical Care Medicine
and Fresenius Kabi (Thailand) Ltd.

Clinical benefits of SmofKabiven in Critically ill patients



Speaker :

Suneerat Kongsayreepong, MD.
Faculty of Medicine, Siriraj Hospital



Moderator :

Onuma Chaiwat, MD.
Faculty of Medicine, Siriraj Hospital



Friday, June 28th, 2013
Dusit Thani Hotel, Pattaya

[ภาพข่าว]

กองบรรณาธิการ •

FTPI เชิญผู้เชี่ยวชาญด้าน Benchmarking แשרความรู้

ดร.บุญดี บุญญากิจ (ที่ 2 จากขวา) ที่ปรึกษาผู้อำนวยการสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (FTPI) ได้ให้เกียรติต้อนรับ มร.บรูซ เชลล์ (ที่ 2 จากซ้าย) ผู้เชี่ยวชาญด้าน Benchmarking จากประเทศออสเตรเลีย ซึ่งให้เกียรติมาเป็นวิทยากรบรรยายพิเศษในหัวข้อ “Innovation & Benchmarking The Way Ahead” พร้อมทีมนักวิจัยของสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ณ โรงแรมแกรนด์ สุโขมวิท เมื่อเร็ว ๆ นี้



“Fighting Healthy สุขภาพดี...เลือกได้ By Nakornthon”

รศ.ญาณเดช ทองสีมา (ที่ 3 จากขวา) ประธานกรรมการบริหาร และ นพ.วิโรจน์ ตระการวิจิตร (ที่ 2 จากขวา) ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ พร้อมทีมนักบริหารโรงพยาบาลนครธน ร่วมเปิดงานสุขภาพดีกลางปี “Fighting Healthy สุขภาพดี...เลือกได้ By Nakornthon” มอบโปรมชิ้นสุดพิเศษ สินค้าตอบใจthyคนรักสุขภาพ พร้อมร่วมเสวนาเรื่องเล่ามากมายโดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ณ โรงพยาบาลนครธน เมื่อเร็ว ๆ นี้



วงการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย



ภาควิชานิติเวชศาสตร์



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย



ภาควิชาพยาธิวิทยา



ภาควิชาปรสิตวิทยา



ภาควิชาเภสัชวิทยา



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





วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
เพื่อรวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณนาย

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก. ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร ----

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

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

หมายเหตุ

1. ถ้าชำระเงินด้วยวีธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS



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 n1. 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 is 6, 10, 14 weeks of age (only one dose of hepatitis B vaccine has been given at birth). Locally established immunoprophylactic 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 $>40.5^{\circ}\text{C}$ 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, when 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, Kienbo's disease, 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

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



Abbreviated PI of XYZAL

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

Reference :
(1) Product Information of Xyzal

for adults
and children 6 years
and above



โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

Further information is available upon request:



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

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