

THE MEDICAL NEWS

วงการแพทย์

ปีที่ 15 ฉบับ 396 ประจำวันที่ 16-31 สิงหาคม พ.ศ. 2556



ISSN 1513-590X
9 771513 590012



ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com



ต่อลมหายใจผู้ป่วยมะเร็งตับ หยุดตาย 2 คนต่อชั่วโมง

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE

บริษัท ลาโบตรอน จำกัด
Labotron Co., Ltd.

Takeda

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology

5 นิสิต นักศึกษาแพทย์ ศิริราช-จุฬาฯ-รามคำแหง
รับพระราชทานทุนโครงการเยาวชน
รางวัลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ ประจำปี 2556

Systematic Review
ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ
จากการผ่าตัดต่อกระดูก

เฉพาะโรค
การบำบัดร่างกายในเด็ก
(Child Physical Abuse)

Choose VYTORINTM
for your high risk patient

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

**High efficacy
Low dose**

50%

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

Study design:
Randomized, double-blind, placebo-controlled, active-controlled, 8-week, parallel-group study of ezetimibe/simvastatin (VYTORIN) in patients with hypercholesterolemia. The study was designed to evaluate the efficacy and safety of VYTORIN in patients with hypercholesterolemia. The study was conducted in 12 countries. The study was conducted in 12 countries. The study was conducted in 12 countries.

References:
1. Ridker PM, et al. A comparison of the effects of treatment with atorvastatin and simvastatin (VYTORIN) versus atorvastatin in patients with hypercholesterolemia. The VYTORIN Versus Atorvastatin (VYVA) Study. N Engl J Med. 2005;353:444-452.
2. Ridker PM, et al. A comparison of the effects of treatment with atorvastatin and simvastatin (VYTORIN) versus atorvastatin in patients with hypercholesterolemia. The VYTORIN Versus Atorvastatin (VYVA) Study. N Engl J Med. 2005;353:444-452.

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF VYTORINTM (ezetimibe/simvastatin)

INDICATIONS: VYTORIN is indicated for the treatment of hypercholesterolemia and mixed lipoprotein abnormalities in adult patients with primary hypercholesterolemia (LDL-C and non-HDL-C) and mixed lipoprotein abnormalities (LDL-C and non-HDL-C) and mixed lipoprotein abnormalities (LDL-C and non-HDL-C).

CONTRAINDICATIONS: VYTORIN is contraindicated in patients with known hypersensitivity to ezetimibe or simvastatin or any of the excipients. VYTORIN is contraindicated in patients with known hypersensitivity to ezetimibe or simvastatin or any of the excipients.

WARNINGS AND PRECAUTIONS: VYTORIN should be used with caution in patients with liver disease. VYTORIN should be used with caution in patients with liver disease. VYTORIN should be used with caution in patients with liver disease.

ADVERSE REACTIONS: The most common adverse reactions reported in clinical trials were headache, muscle pain, and constipation. Other adverse reactions reported in clinical trials were dizziness, fatigue, and nausea.

DRUG INTERACTIONS: VYTORIN may interact with other drugs. VYTORIN may interact with other drugs. VYTORIN may interact with other drugs.

USE IN SPECIFIC POPULATIONS: VYTORIN should be used with caution in patients with liver disease. VYTORIN should be used with caution in patients with liver disease. VYTORIN should be used with caution in patients with liver disease.

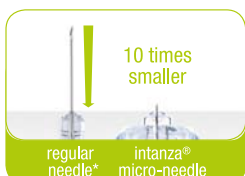
How to use VYTORIN: VYTORIN should be taken orally with or without food. VYTORIN should be taken orally with or without food. VYTORIN should be taken orally with or without food.

MSD

MSD (Thailand) Ltd. The Offices at Central Blvd., 37th Floor Unit MH-301-302
99/9 Rangsri Road, Pattaya, Chonburi 26100, Thailand
Tel: 033-2551700 Fax: 03-2551005

ข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์
กรุณาอ่านอย่างละเอียด
GMS-1010606-0014

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



A MINIMALLY INVASIVE SOLUTION^{5,6}
*1M 16 to 32 mm

Product information

intanza[®] suspension for injection, Influenza vaccine (split virion, inactivated). **NAME OF THE MEDICAL PRODUCT:** intanza[®] 9 µg/ml (intanza[®] 9 µg) and intanza[®] 15 µg/ml (intanza[®] 15 µg), suspension for injection, Influenza vaccine (split virion, inactivated). **QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION:** Split influenza virus (preparations in certified heat-killed eggs from healthy chicken flocks, inactivated). For intanza[®] 9 µg, each 0.1 mL dose contains 15 µg of haemagglutinin (H1N1) of each of the three recommended strains. The vaccine contains 0.5 mL of saline solution. The vaccine contains 0.5 mL of saline solution. The vaccine contains 0.5 mL of saline solution.

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

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



บริษัท ซาโนฟิ แพสตูร์ จำกัด
เลขที่ 101/101 ถนนสุขุมวิท
เลขที่ 101/101 ถนนสุขุมวิท

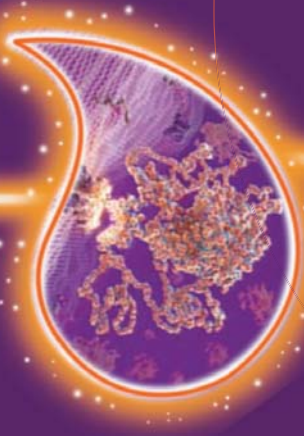
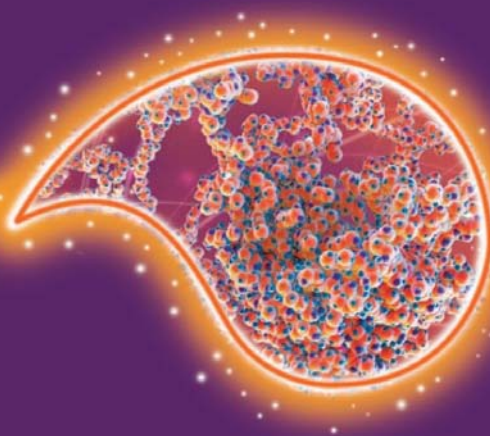
sanofi pasteur
The vaccine division of sanofi-aventis group

MIRCERA®

Methoxy polyethylene glycol epoetin beta

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

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



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



เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติม
ในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ. 374/2552

Reference:

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

MIRCERA® Methoxy polyethylene glycol epoetin beta²

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

Table 1. Conversion from Epoetin Alfa

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

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

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

MIR148-8/8/2012, 1000



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

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.

A D V A N C I N G R E S U S C I T A T I O N . T O D A Y . ®



pendant

การบริหารจัดการพื้นที่ในโรงพยาบาลแนวใหม่



SAINTMED

mindray

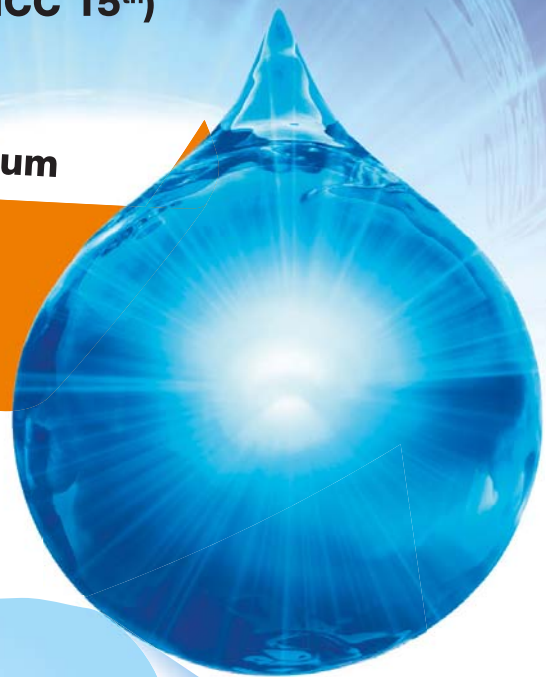


**Chiang Mai Cardiology Conference (CMCC 15th)
and Thai-Otsuka Co., Ltd.**

Cordially invite you to attend **Luncheon Symposium**

Understanding Hyponatremia:

Treating beyond the primary diagnosis



Moderator:

Dr.Vuddhidej Ophascharoensuk

**Hyponatremia: Addressing its
pathophysiological causes & consequences**

Speaker: Dr.Kajornsak Noppakun

New insights into Hyponatremia in heart failure

Speaker: Prof.Rungroj Kittayaphong

**Unmet needs of current treatment and evaluating
the new alternatives**

Speaker: Dr.Vuddhidej Ophascharoensuk

**Thursday, September 12th, 2013
12:00-13:30**

**Sukhothai room 1
Shangri-La Hotel, Chiang Mai**

New!



Otsuka

Epiduo[®] Gel

adapalene 0.1% / benzoyl peroxide 2.5%

Epiduo[®] Gel is fixed-dose combination with Adapalene and Benzoyl peroxide (BPO)

once daily gel



Presentation: EPIDUO[®] 0.1%/2.5% Gel (Adapalene 0.1% Benzoyl peroxide 2.5%) Gel. **Indication:** Cutaneous treatment of Acne vulgaris when comedones, papules and pustules are present. **Dosage and Administration:** Applied to the entire acne affected areas once a day in the evening. **Contraindication:** Hypersensitivity. **Precaution and Warnings:** Do not apply to cuts, abrasions or eczematous skin. Avoid contact with the eyes, mouth, nostrils or mucous membranes. **Side Effects:** dry skin, contact dermatitis, burning and skin irritation. **Pregnancy and Lactation:** Avoid during pregnancy and lactation.



ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ.1329/2555

For more information please contact
GALDERMA Tel. 0-2734-4777 ext. 4901, direct line : 0-2735-4985
US Summit Corporation (Overseas)
52/184 Ramkamhaeng Rd., Hua-Mark, Bangkok 10240

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology



Stroke Prevention in patient with AF: Different perspectives and practical approaches



Lunch symposium

Saturday, September 14th, 2013

12:00-13:30, Function Room 3,4,5 Floor 1

Shangri-La Hotel, Chiang Mai

Programme

12:00-12:10	Welcome and introduction from Chairman	<i>Assoc.Prof.Charn Siratanasathavorn</i>
12:10-12:30	What are the guidelines saying?	<i>Dr.Thoranis Chantrarat</i>
12:30-12:50	Where it matters here?: A focus in Asia	<i>Assoc.Prof.Charn Siratanasathavorn</i>
12:50-13:10	Choosing the right path: Let evidence & How can we optimize use in clinical practice?	<i>Dr.Rapeephon Kunjara-Na-Ayudhya</i>
13:10-13:30	Panel Discussion (Q & A)	

โรคโบทูลิซึมในเด็กทารก

เมื่อต้นเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 บริษัทฟอนเทียรา ในประเทศนิวซีแลนด์ได้ประกาศว่าเวย์โปรตีนของบริษัทบางรุ่นมีการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียจำพวกคลอสทริเดียม ซึ่งอาจสร้างพิษที่เป็นอันตรายได้ บริษัทที่ผลิตนมผงซึ่งได้ใช้วัตถุดิบดังกล่าวร่วมด้วยจึงสั่งให้เรียกผลิตภัณฑ์ที่อาจมีการปนเปื้อนคืนเฉพาะรุ่นที่สงสัยว่าอาจจะมีการปนเปื้อน ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้มีผู้ซื้อและให้เด็กรับประทานไปแล้วบางส่วน จึงเกิดข้อสงสัยว่าเด็กที่รับประทานไปแล้วจะมีความเสี่ยงอย่างไร และเราจะเฝ้าดูอาการได้อย่างไร

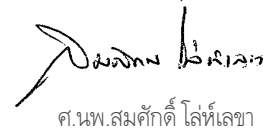
โรคที่เกิดจากเชื้อคลอสทริเดียม โบทูลินัม นั้นมีอยู่สามชนิด

ชนิดแรกเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีเชื้อนี้อยู่โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารกระป๋อง เพราะเชื้อเจริญได้ดีในที่ที่ไม่มีออกซิเจน ในประเทศไทยเคยมีการระบาดที่จังหวัดน่านเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 จากการรับประทานหน่อไม้กระป๋องที่ชาวบ้านทำกันเอง มีผู้ป่วยถึง 163 คน แต่โชคดีที่ไม่มีใครเสียชีวิต ผู้ป่วยหลายคนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพราะกล้ามเนื้อเป็นอัมพาต องค์การอนามัยโลกได้ส่งน้ำเหลืองต้านพิษมาช่วย ผู้ป่วย 26 รายต้องถูกส่งทางเครื่องบินไปจังหวัดใกล้เคียงและกรุงเทพฯ เพื่อใช้เครื่องช่วยหายใจ คนที่รับประทานอาหารที่มีเชื้อนี้จะมีอาการไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ พิษนี้ถูกทำลายได้ด้วยความร้อน เพราะฉะนั้นอาหารกระป๋องควรทำให้ร้อนก่อนรับประทาน

ชนิดที่สองเกิดจากบาดแผลที่มีเชื้อนี้อนุญาตทำให้เกิดอาการอัมพาตเฉพาะที่ได้

ชนิดที่สาม คือชนิดที่เกิดในเด็กเล็ก เช่น ในกรณีนี้เด็กได้รับอาหารที่มีเชื้อนี้อนุญาต เชื้ออาจอยู่ในสภาพของสปอร์ซึ่งทนต่อความร้อนสูงได้ เมื่อรับประทานเข้าไปเชื้อจะเริ่มฟักตัวในลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีภาวะพอเหมาะสำหรับเชื้อเจริญเติบโต ปล่อยสารพิษ ในเด็กโตอายุเกินหนึ่งปีหรือผู้ใหญ่ไม่มีปัญหาเพราะในลำไส้ใหญ่ของเรามีแบคทีเรียอยู่แล้วเป็นจำนวนมาก จะขัดขวางการเจริญของเชื้อนี้และขับเชื้อนี้ออกไป ในเด็กทารกหรือเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 6 เดือนยังไม่มีเชื้อแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่มากพอ ทำให้เชื้อสามารถแทรกไปเจริญเติบโตในลำไส้ใหญ่และสร้างพิษได้ อาการมักจะเริ่มในเวลา 3-30 วัน อาการเริ่มแรกคือ อาการท้องผูก (ไม่ถ่ายอุจจาระ 3 วันขึ้นไป) ไม่ดูดนม แขนขาไม่มีแรง หนังตาตก ร้องเสียงค่อย ชันคอไม่ได้เพราะกล้ามเนื้อคอไม่มีแรง หายใจช้าลงจนไม่หายใจ อาการจะค่อยเป็นมากขึ้น ในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ อาการจะคงอยู่หลายสัปดาห์จึงจะดีขึ้น ผู้ปกครองที่ได้ให้เด็กรับประทานนมรุ่นที่มีปัญหาดังกล่าวสังเกต ถ้าพบว่าผิดปกติควรไปพบแพทย์เพราะเป็นโรคที่รักษาได้ ผู้ป่วยเด็กที่ป่วยเป็นโรคนี้จากการรับประทานนมพบน้อยมาก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบได้บ่อยกว่า โดยพบประมาณปีละหนึ่งร้อยราย ส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานน้ำผึ้งที่ปนเปื้อนเชื้อนี้ตามธรรมชาติ เขาจึงห้ามเด็กอายุต่ำกว่าหนึ่งปีรับประทานน้ำผึ้ง ส่วนเด็กโตและผู้ใหญ่รับประทานได้

พิษจากเชื้อนี้เป็นชนิดเดียวกับที่แพทย์ใช้ในการฉีดใบหน้าแก้รอยเหี่ยวย่น (Botox) และกล้ามเนื้อที่กระตุกผิดปกติ แต่ในปริมาณที่ใช้น้อยมากและแพทย์ต้องปรับขนาดให้พอเหมาะ


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษาพิเศษ

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

สรพสาร THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหม่ม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะระสิต

แบบดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ขาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราพิทย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

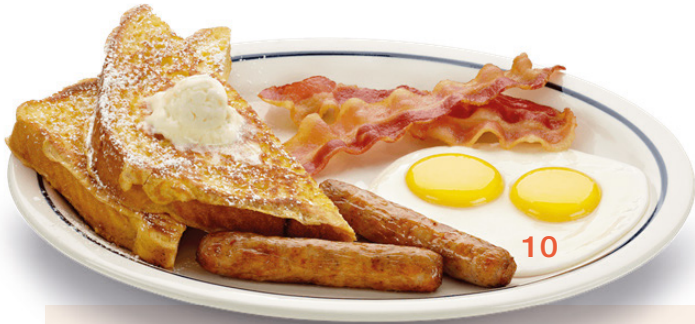
วรานนท์ สอาดถิ่น

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700



Contents

The Medical News ฉบับที่ 396 วันที่ 16 - 31 สิงหาคม 2556

3 โลกกว้างทางแพทย์

- ประวัตินิวไนโตและความเสี่ยง CHD
- ตรวจ CT รังสีต่ำลดการตายจากมะเร็งปอด
- การรักษาข้ออักเสบรูมาตอยด์กำเริบแม่ได้ Methotrexate

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. เตรียมแผนแก้ปัญหาสาธารณสุขแนวชายแดน
- ‘ประดิษฐ์’ แจงเยียวยาถูกจ้างชั่วคราวที่เข้าสู่ตำแหน่ง พนง. สธ.
- สธ. เร่งพัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระบบ

8 สรรสาระกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง

- ยาชีววัตถุคล้ายคลึงสามารถเปลี่ยนแทน (interchangeability)
- ยาชีววัตถุอ้างอิงได้หรือไม่

10 Get Up

- เอฟดีเอเตือนภัยบุหรี่เมนทอล
- รวมพลังฮีโร่ให้กำลังใจผู้ป่วยเด็ก
- รายได้ต่ำก่อปัญหาสินบนสาธารณสุขจีน

12 Movement

13 In Focus

- ต่อลมหายใจผู้ป่วยมะเร็งตับ
- หยุดตาย 2 คนต่อชั่วโมง

16 Talk of the Town

- ทุกวันนี้...กินข้าวไทย มันใจหรือเปล่า?

17 Special

- 5 นิสิต นักศึกษาแพทย์ ศิริราช-จุฬาฯ-รามฯ
- รับพระราชทานทุนโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล
- ประจำปี 2556

20 เสี้ยวหนึ่งของชีวิต

- St. Andrews

21 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

- การบัญชาเหตุการณ์

23 เสียงแพทย์

- การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

25 จุฬาปริทัศน์

- โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immunodeficiency)

28 Systematic Review

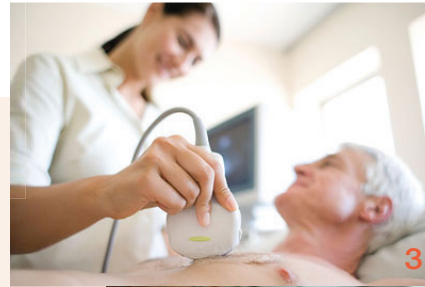
- ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัดต่อกระฉก

29 เฉพาะโรค

- การทำร้ายร่างกายในเด็ก (Child Physical Abuse)

33 มุมนี้พิเศษ

- ศัลยแพทย์ผ่าตัดต่อลำไส้ผู้ป่วยแล้วเกิดแทรกซ้อนจนถึงแก่ความตาย: รายงานผู้ตายทางคดี 1 ราย



37 ปักตะขาก้าว

- ไฟเซอร์ ครบ 55 ปีในไทย จัดกิจกรรม
- “รอบรู้เรื่องปวด” ให้ความรู้คนไทย
- ห่างไกลเรื่องปวด

38 Case Report

- ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำที่พบในผู้ป่วยสุดตมสารระเหย
- หรือโทลูอีน (toluene)

40 ปักตะขาก้าว

- ร.พ.นารมย์ จับมือศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง
- เสริมสร้างพลังใจ ร่วมคืนคนดีสู่สังคมไทย

41 Radar

- ‘ไฟโบรสแกน’ นวัตกรรมใหม่ ตรวจตับแข็ง
- ศูนย์ระบบทางเดินอาหารและตับ ร.พ.พญาไท 2

42 เกาะติดงานประชุม

- สมาคมแพทย์ผิวหนังฯ จัดประชุมกลางปี 56
- “จากครู...ถึงศิษย์”
- เพิ่มพูนความชำนาญ อพเทคเทคโนโลยี พัฒนางานวิจัย

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

- CME PLUS เนื่องอกรังไข่ และมะเร็งรังไข่ ตอนที่ 3

- การดำเนินทางคลินิก และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีเนื้องอก
- และมะเร็งรังไข่ ภาค VII การรักษาแบบประคับประคอง
- (Palliative Care)

ประวัตินิวไตและความเสี่ยง CHD

JAMA. 2013;310(4):408-415.

บทความเรื่อง History of Kidney Stones and the Risk of Coronary Heart Disease รายงานว่า นิวไตเป็นโรคที่พบได้บ่อยและอาจสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือ coronary heart disease (CHD) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างนิวไตและ CHD มักไม่ได้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีบทบาทสำคัญ อีกทั้งมีผลลัพธ์ที่ไม่สอดคล้องกัน

นักวิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประวัตินิวไตและความเสี่ยง CHD จากการศึกษาในประชากรขนาดใหญ่ 3 ชิ้น ได้แก่ การศึกษาแบบ prospective study ในผู้ชาย 45,748 ราย และผู้หญิง 196,357 รายในสหรัฐซึ่งไม่มีประวัติ CHD ที่พื้นฐานและเข้าร่วมในงานวิจัย Health Professionals Follow-up Study (HPFS) (ผู้ชาย 45,748 รายและมีอายุตั้งแต่ 40-75 ปี โดยติดตามจากปี ค.ศ. 1986-2010), Nurses' Health Study I (NHS I) (ผู้หญิง 90,235 ราย และมีอายุตั้งแต่ 30-55 ปี โดยติดตามจากปี ค.ศ. 1992-2010) และ Nurses' Health Study II (NHS II) (ผู้หญิง 106,122 ราย และมีอายุตั้งแต่ 25-42 ปี โดยติดตามจากปี ค.ศ. 1991-2009) ซึ่งผลตรวจนิวไตและ CHD ได้ปรับปรุงทุกสองปีระหว่างการติดตาม

นักวิจัยระบุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction: MI) ทั้งที่ถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิต หรือการทำ coronary revascularization ผลลัพธ์ติดตามจากผลตอบแบบสอบถามทุกสองปี และยืนยันด้วยการทบทวนเวชระเบียน

จากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 242,105 ราย มี 19,678 รายที่รายงานว่ามีประวัตินิวไต และจากการติดตามสูงสุด 24 ปีในผู้ชาย และ 18 ปีในผู้หญิง มีรายงานการเกิด CHD 16,838 ราย เมื่อปรับตามตัวแปรรบกวนที่มีศักยภาพพบว่า สำหรับในกลุ่มผู้หญิงนั้น ผู้ที่รายงานว่ามีประวัตินิวไตมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อ CHD เทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัตินิวไตจากการศึกษา NHS I (incidence rate [IR], 754 vs 514 per 100,000 person-years; multivariable hazard ratio [HR], 1.18 [95% CI, 1.08-1.28]) และ NHS II (IR, 144 vs 55 per 100,000 person-years; multivariable HR, 1.48 [95% CI, 1.23-1.78]) ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญในผู้ชาย (IR, 1,355 vs 1,022 per 100,000 person-years; multivariable HR, 1.06 [95% CI, 0.99-1.13]) โดยยังพบผลลัพธ์คล้ายกันเมื่อวิเคราะห์ endpoint แต่ละตัว (MI ที่ถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิต และการทำ revascularization)

ข้อมูลจากการศึกษาในผู้หญิง 2 กลุ่มชี้ว่า ประวัตินิวไตสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อ CHD แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญในผู้ชาย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อศึกษาว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวจำเพาะตามเพศหรือไม่

ตรวจคลื่นสะท้อนความถี่สูง และผลลัพธ์การรอดชีพระยะยาว

JAMA Intern Med. Published online July 22, 2013

บทความเรื่อง Echocardiographic Screening of the General Population and Long-term Survival: A Randomized Clinical Study รายงานว่า การตรวจพบความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจในผู้ที่ยังไม่แสดงอาการอาจช่วยให้ทำการรักษาปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคได้โดยเร็ว นักวิจัยจึงศึกษาว่าการตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูงในกลุ่มประชากรทั่วไปเป็นประโยชน์ต่อการรอดชีพระยะยาว หรือลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือไม่

นักวิจัยศึกษาจากผู้เข้าร่วมวิจัยวัยกลางคน 6,861 ราย จากการศึกษา Tromso Study ในประเทศนอร์เวย์ โดยสุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูง (n = 3,272) หรือกลุ่มควบคุม (n = 3,589) และวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการตายและอุบัติการณ์ของกล้ามเนื้อหัวใจถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิต และสโตรค

ระหว่างการติดตาม 15 ปี มีรายงานผู้เข้าร่วมวิจัย 880 ราย (26.9%) ในกลุ่มตรวจหัวใจ และ 989 ราย (27.6%) ในกลุ่มควบคุมเสียชีวิต (hazard ratio, 0.97; 95% CI, 0.89-1.06) โดยไม่พบผลต่างที่มีนัยสำคัญด้าน secondary outcome (การตายอย่างปัจจุบันทันด่วน การตายจากโรคหัวใจ หรืออุบัติการณ์ของกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิต และสโตรค)

การตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูงสำหรับความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและโรคหัวใจในกลุ่มประชากรทั่วไปไม่มีประโยชน์ด้านการตาย รวมถึงความเสี่ยงต่อกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือสโตรค



การรับประทานไขมันหลังพบมะเร็งต่อมลูกหมากและความเสี่ยงการตายทุกสาเหตุ

JAMA Intern Med. 2013;173(14):1318-1326.

บทความเรื่อง Fat Intake After Diagnosis and Risk of Lethal Prostate Cancer and All-Cause Mortality รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาหารหลังตรวจพบมะเร็งและการดำเนินโรคของมะเร็งต่อมลูกหมาก และการตายรวม นักวิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานไขมันหลังตรวจพบมะเร็งและโรคมะเร็งต่อมลูกหมากแบบรุนแรงและการตาย

จากทุกสาเหตุ โดยศึกษาแบบ prospective study จากผู้ชาย 4,577 รายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากแบบไม่มีการแพร่กระจายในการศึกษา Health Professionals Follow-up Study (ค.ศ. 1986-2010) โดยวัดการรับประทานไขมันหลังตรวจพบมะเร็งทั้งไขมันอิ่มตัว ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน ไขมันทรานส์ ไขมันสัตว์ และไขมันจากพืช มาตราวัดผลลัพธ์ประกอบด้วยมะเร็งต่อมลูกหมากแบบรุนแรง (มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น หรือเสียชีวิตจากมะเร็งต่อมลูกหมาก) และการตายทุกสาเหตุ

นักวิจัยพบมะเร็งต่อมลูกหมากแบบรุนแรง 315 ราย และตาย 1,064 ราย (มีฐานการติดตาม 8.4 ปี) อัตราอย่างหยาบต่อ 1,000 person-years สำหรับมะเร็งต่อมลูกหมากแบบรุนแรงมีดังนี้ (การรับประทานไขมันมากที่สุด vs น้อยที่สุด) 7.6 vs 7.3 สำหรับไขมันอิ่มตัว, 6.4 vs 7.2 สำหรับไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว, 5.8 vs 8.2 สำหรับไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน, 8.7 vs 6.1 สำหรับไขมันทรานส์, 8.3 vs 5.7 สำหรับไขมันสัตว์ และ 4.7 vs 8.7 สำหรับไขมันจากพืช ด้านผลลัพธ์การตายทุกสาเหตุพบว่า อัตราเท่ากับ 28.4 vs 21.4 สำหรับไขมันอิ่มตัว, 20.0 vs 23.7 สำหรับไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว, 17.1 vs 29.4 สำหรับไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน, 32.4 vs 17.1 สำหรับไขมันทรานส์, 32.0 vs 17.2 สำหรับไขมันสัตว์ และ 15.4 vs 32.7 สำหรับไขมันพืช การทดแทน 10% ของพลังงานที่ได้รับจากคาร์โบไฮเดรตเป็นไขมันจากพืชสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อมะเร็งต่อมลูกหมากแบบรุนแรง (hazard ratio [HR], 0.71; 95% CI, 0.51-0.98; p = 0.04) และการตายทุกสาเหตุ (HR, 0.74; 95% CI, 0.61-0.88; p = 0.001) ขณะที่ไขมันประเภทอื่นไม่สัมพันธ์กับมะเร็งต่อมลูกหมากแบบรุนแรง การรับประทานไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์หลังตรวจพบมะเร็ง (แทน 5% และ 1% ของพลังงานจากคาร์โบไฮเดรต) สัมพันธ์กับการตายทุกสาเหตุที่สูงขึ้น (HR, 1.30 [95% CI, 1.05-1.60; p = 0.02] และ 1.25 [95% CI, 1.05-1.49; p = 0.01])

ข้อมูลจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ไม่แพร่กระจายนี้พบว่า การทดแทนคาร์โบไฮเดรตและไขมันสัตว์ด้วยไขมันพืชอาจลดความเสี่ยงต่อการตายทุกสาเหตุ และควรที่จะมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวโน้มประโยชน์จากไขมันพืชสำหรับผลลัพธ์ที่จำเพาะต่อมะเร็งต่อมลูกหมาก



โรคหัวใจและหลอดเลือดจากน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง

BMJ 2013;347:f4533

บทความเรื่อง Severe Hypoglycaemia and Cardiovascular Disease: Systematic Review and Meta-Analysis with Bias Analysis รายงานผลลัพธ์จาก meta-analysis จากงานวิจัยแบบ observational study เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงและความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเพื่อศึกษาความไวของความสัมพันธ์ต่อตัวแปรวงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากโรคร่วมที่รุนแรงโดยใช้การวิเคราะห์หอคติ

ข้อมูลที่ได้ศึกษาได้จากฐานข้อมูล Medline, Embase, Cochrane Library และ Web of Science ซึ่งรวบรวมถึงเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2013 โดยไม่มีข้อจำกัดด้านภาษา ผู้ทบทวนได้คัดเลือก cohort study ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงและเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยคัดการศึกษาจากผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันขณะอยู่ในโรงพยาบาลออก และสกัดข้อมูลเป็นข้อมูลเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงปริมาณ

จากงานวิจัยที่คัดกรอง 3,443 ชิ้น มีงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การทบทวน 6 ชิ้น รวมผู้เข้าร่วมวิจัย 903,510 ราย ผลลัพธ์จาก conventional random effects meta-analysis ชี้ว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (relative risk 2.05, 95% confidence interval 1.74-2.42; p < 0.001) ซึ่ง excess fraction ของอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง (population attributable fraction) เท่ากับ 1.56% (95% confidence interval 1.32-1.81%; p < 0.001) และแม้งานวิจัยที่นำมาศึกษามีความแตกต่างกัน ($I^2 = 73.1\%$; p = 0.002 for heterogeneity) แต่กลุ่มย่อยส่วนใหญ่ก็มีผลลัพธ์ใกล้เคียงกันจากการวิเคราะห์กลุ่มย่อย ข้อมูลจากการวิเคราะห์หอคติชี้ว่า โรคร่วมที่รุนแรงเพียงปัจจัยเดียวอาจไม่เป็นสาเหตุของความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งในกรณีที่จะเป็นสาเหตุความสัมพันธ์ระหว่างภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น โรคร่วมรุนแรงจะต้องมีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนมากที่สุดต่อทั้งภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงและโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลลัพธ์นี้ชี้ว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และสนับสนุนคำแนะนำให้เลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรงในฐานะปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

พฤติกรรมบนทอนสุขภาพและความพิการในผู้ใหญ่สูงอายุ

BMJ 2013;347:f4240

บทความเรื่อง Unhealthy Behaviours and Disability in Older Adults: Three-City Dijon Cohort Study รายงานผลลัพธ์จากการศึกษา Three-City study ในฝรั่งเศสซึ่งศึกษาแบบ population based cohort study เพื่อประเมินความสัมพันธ์ทั้งแบบแยกและรวมของพฤติกรรมบนทอนสุขภาพ (ออกกำลังกายน้อย/ปานกลาง, รับประทานอาหารผักและผลไม้ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง, สูบบุหรี่/เลิกสูบบุหรี่ได้ไม่นาน, ไม่เคยดื่มเหล้า/เคยดื่มเหล้า/ดื่มเหล้าจัด) ซึ่งประเมินในช่วงเริ่มการติดตามและค่า hazard ต่อความพิการในผู้ใหญ่สูงอายุ และเพื่อประเมินบทบาทของตัวแปรสอดแทรกต่อความสัมพันธ์ดังกล่าว

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นชาวฝรั่งเศส 3,982 ราย (2,410 ราย [65%] เป็นผู้หญิง) ซึ่งมีอายุ 65 ปีหรือมากกว่า และเข้าร่วมการศึกษาระหว่างปี ค.ศ. 1999-2001 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายไม่มีความพิการที่พื้นฐานขณะประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ลำดับชั้นความพิการ (ไม่มี, น้อย, ปานกลาง, รุนแรง) จากการประเมินความพิการสามด้าน (การเคลื่อนไหว, การใช้เครื่องมือในชีวิตประจำวัน, กิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวัน) ซึ่งประเมินห้าครั้งระหว่างปี ค.ศ. 2001 และ 2012

ระหว่างการติดตาม 12 ปี มีรายงานผู้เกิดความพิการปานกลางหรือรุนแรง 1,236 ราย (ผู้หญิง 861 ราย [69.7%]) ผลลัพธ์จาก interval censored survival analyses (ปรับตามอายุ, เพศ, สถานการณ์แต่งงาน และการศึกษา) ซึ่งการออกกำลังกายน้อย/ปานกลาง (hazard ratio 1.72, 95% confidence interval 1.48-2.00), รับประทานอาหารผักและผลไม้ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง (1.24, 1.10-1.41) และการสูบบุหรี่/เลิกสูบบุหรี่ได้ไม่นาน (1.26, 1.05-1.50) สัมพันธ์โดยอิสระกับ hazard ที่สูงขึ้นต่อความพิการ ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ชัดเจนกับการดื่มเหล้า ค่า hazard ต่อความพิการเพิ่มขึ้นตามจำนวนพฤติกรรมบนทอนสุขภาพที่สัมพันธ์โดยอิสระกับความพิการ ($p < 0.001$) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งมีพฤติกรรมบนทอนสุขภาพสามพฤติกรรมมี hazard ของความพิการสูงขึ้น 2.53 (1.86-3.43) เทียบกับผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมบนทอนสุขภาพ นักวิจัยตรวจสอบอคติต่อสาเหตุคาดผู้เข้าร่วมวิจัยที่เกิดความพิการภายใน 4 ปีแรกของการติดตามออก ซึ่งการวิเคราะห์จากความพิการ 890 ราย ได้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกัน ผลลัพธ์ชี้ว่า 30.5% ของความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมบนทอนสุขภาพและความพิการเป็นผลจากดัชนีมวลงาย การรับรู้ อาการซึมเศร้า การบาดเจ็บ โรคเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด และปัจจัยเสี่ยง โดยปัจจัยที่ส่งผลกระทบมากที่สุด ได้แก่ โรคเรื้อรัง และปัจจัยที่ส่งผลกระทบน้อยลงมา ได้แก่ อาการซึมเศร้า การบาดเจ็บ และดัชนีมวลงาย

รูปแบบการดำเนินชีวิตที่บ้านทอนสุขภาพสัมพันธ์กับค่า hazard ที่สูงขึ้นต่อการเกิดความพิการ และค่า hazard สูงขึ้นตามจำนวนของพฤติกรรมบนทอนสุขภาพ โดยโรคเรื้อรัง อาการซึมเศร้า การบาดเจ็บ และดัชนีมวลงายมีบทบาทส่วนหนึ่งในความสัมพันธ์ดังกล่าว



ตรวจ CT รังสีต่ำลดการตายจากมะเร็งปอด

N Engl J Med 2013;369:245-254.

บทความเรื่อง Targeting of Low-Dose CT Screening According to the Risk of Lung-Cancer Death อ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัย National Lung Screening Trial (NLST) ระบุว่า การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) แบบรังสีต่ำสามารถลดการตายจากโรคมะเร็งปอดได้ 20% ในผู้เข้าร่วมวิจัยอายุระหว่าง 55-74 ปี ซึ่งสูบบุหรี่ปีละอย่างน้อย 30 ซอง และเลิกสูบบุหรี่มาแล้วไม่เกิน 15 ปี แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าประโยชน์และอันตรายจากการตรวจ CT รังสีต่ำมีความแตกต่างกันตามความเสี่ยงมะเร็งปอดหรือไม่

นักวิจัยประเมินความแปรปรวนด้านประสิทธิผล จำนวนผลลัพธ์ที่เป็นผลบวกหลอก และจำนวนการตายเนื่องจากโรคมะเร็งปอดที่ป้องกันได้ในผู้เข้าร่วมวิจัย 26,604 รายในการศึกษา NLST ซึ่งได้ตรวจ CT แบบรังสีต่ำเทียบกับผู้เข้าร่วมวิจัย 26,554 รายที่เอกซเรย์ทรวงอกตามระดับความเสี่ยงการตายเนื่องจากโรคมะเร็งปอดที่ 5 ปี (ตั้งแต่ 0.15-55% ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำที่สุด [quintile 1] ถึงไม่เกิน 2.00% ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด [quintile 5])

จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอดต่อ 10,000 person-years ที่สามารถป้องกันได้ในกลุ่มตรวจ CT เทียบกับกลุ่มเอกซเรย์สูงขึ้นตามระดับความเสี่ยง (0.2 ใน quintile 1, 3.5 ใน quintile 2, 5.1 ใน quintile 3, 11.0 ใน quintile 4 และ 12.0 ใน quintile 5; $p = 0.01$ for trend) และพบแนวโน้มที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญในจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีผลบวกหลอกต่อการตายเนื่องจากโรคมะเร็งปอดที่สามารถป้องกันได้จากการคัดกรอง (1,648 รายใน quintile 1, 181 รายใน quintile 2, 147 รายใน quintile 3, 64 รายใน quintile 4 และ 65 รายใน quintile 5) โดย 60% ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการตายเนื่องจากโรคมะเร็งปอด (quintiles 3-5) มีสัดส่วนเป็น 88% ของการตายเนื่องจากโรคมะเร็งปอดที่ป้องกันได้จากการคัดกรอง รวมถึง 64% ของผู้ที่มีผลบวกหลอก ขณะที่ 20% ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความเสี่ยงต่ำสุด (quintile 1) มีสัดส่วนเพียง 1% ของการตายเนื่องจากโรคมะเร็งปอดที่ป้องกันได้

การตรวจคัดกรองด้วย CT แบบรังสีต่ำป้องกันการตายเนื่องจากโรคมะเร็งปอดได้มากที่สุดและผู้ที่มีความเสี่ยงสูงสุด และป้องกันการตายได้น้อยมากในผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำสุด ข้อมูลนี้สนับสนุนการจำแนกผู้สูบบุหรี่ตามระดับความเสี่ยงเพื่อตรวจ CT แบบรังสีต่ำ





การรักษาข้ออักเสบรูมาตอยด์กำเริบแม่ได้ **Methotrexate**

N Engl J Med 2013;369:307-318.

บทความเรื่อง Therapies for Active Rheumatoid Arthritis after Methotrexate Failure รายงานว่า มีการศึกษาแบบ blinded trials เพียงจำนวนน้อยที่ได้เปรียบเทียบผลการรักษามาตรฐานด้วยสูตรยาต้านรูมาตอยด์ที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคกับยาในกลุ่มสารชีวภาพในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ยังคงมีโรคกำเริบแม่รักษาด้วย methotrexate อันเป็นปัญหาที่มักพบในการดูแลรักษาโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ นักวิจัยศึกษาแบบ double-blind, non-inferiority trial ระยะ 48 สัปดาห์ โดยสุ่มให้ผู้ป่วยร่วมวิจัย

353 รายที่เป็นข้ออักเสบรูมาตอยด์และมีอาการกำเริบแม่รักษาด้วย methotrexate ให้รักษาด้วยยาต้านรูมาตอยด์ที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคสูตร 3 ตัว (methotrexate, sulfasalazine และ hydroxychloroquine) หรือ etanercept ร่วมกับ methotrexate ซึ่งผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นที่ 24 สัปดาห์ ตาม prespecified threshold จะเปลี่ยนการรักษาด้วยยาอีกสูตร โดย primary outcome คือ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นด้านคะแนน Disease Activity Score for 28-joint counts (DAS28 โดยมีคะแนนตั้งแต่ 2-10 และคะแนนที่สูงขึ้นแสดงว่ามีการกำเริบของโรคมารูขึ้น) ที่ 48 สัปดาห์

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีผลลัพธ์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 24 สัปดาห์แรก ($p = 0.001$ สำหรับการเปรียบเทียบกับพื้นฐาน) โดยมีผู้ป่วย 27% ในแต่ละกลุ่มจำเป็นต้องเปลี่ยนการรักษาที่ 24 สัปดาห์ ผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่มที่เปลี่ยนการรักษามีผลลัพธ์ดีขึ้นหลังเปลี่ยนการรักษา ($p < 0.001$) และการตอบสนองหลังเปลี่ยนการรักษาก็ไม่ได้ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($p = 0.08$) การเปลี่ยนแปลงระหว่างผลลัพธ์ที่พื้นฐานและ 48 สัปดาห์ในกลุ่ม DAS28 ใกล้เคียงกันในทุกสองกลุ่ม (-2.1 จากสูตรยา 3 ตัว และ -2.3 จากสูตร etanercept ร่วมกับ methotrexate, $p = 0.26$) ซึ่งการรักษาด้วยยาสูตร 3 ตัวไม่ด้อยกว่า etanercept และ methotrexate โดย 95% upper confidence limit ซึ่งเท่ากับ 0.41 สำหรับผลต่างการเปลี่ยนแปลงใน DAS28 ต่ำกว่าขอบเขตของ non-inferiority ซึ่งเท่ากับ ($p = 0.002$) นอกจากนี้ยังไม่พบผลต่างที่มีนัยสำคัญด้าน secondary outcome ได้แก่ การดำเนินโรคจากภาพถ่ายรังสี อาการปวด และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหรืออาการไม่พึงประสงค์รุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

การรักษาด้วย sulfasalazine และ hydroxychloroquine ร่วมกับ methotrexate ไม่ด้อยกว่า etanercept ร่วมกับ methotrexate ในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มีโรคกำเริบแม่รักษาด้วย methotrexate

เลี้ยงด้วยนมแม่ดีต่อเชาว์ปัญญาของทารก

JAMA Pediatr. Published online July 29, 2013



บทความวิจัยเรื่อง Infant Feeding and Childhood Cognition at Ages 3 and 7 Years: Effects of Breastfeeding Duration and Exclusivity รายงานว่า แม้การเลี้ยงด้วยนมแม่อาจส่งผลดีต่อพัฒนาการด้านเชาว์ปัญญาของทารก แต่งานวิจัยที่ศึกษาระยะการเลี้ยงด้วยนมแม่หรือเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวยังคงมีจำนวนน้อย ขณะเดียวกันก็ยังไม่มีความชัดเจนที่ศึกษาบทบาทของอาหารที่แม่รับประทานระหว่างช่วงให้นมต่อเชาว์ปัญญาของทารก

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเลี้ยงด้วยนมแม่และการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวต่อเชาว์ปัญญาของเด็กที่อายุ 3 ปี และ 7 ปี และประเมินอิทธิพลจากการรับประทานปลาของแม่ระหว่างให้นมซึ่งมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงทารกและระดับเชาว์ปัญญาในภายหลัง

การศึกษาเป็นแบบ prospective cohort study (Project Viva) รวบรวมจากมารดาตั้งแต่วันที่ 22 เมษายน ค.ศ. 1999 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม ค.ศ. 2002 และติดตามจนถึงเด็กอายุครบ 7 ปี รวมแม่และเด็ก 1,312 ราย โดย exposure ของการศึกษาคือ ระยะการเลี้ยงด้วยนมแม่จนถึงอายุ 12 เดือน มาตรวัดผล ได้แก่ การเรียนรู้ภาษาของเด็กจาก Peabody Picture Vocabulary Test วัดที่ 3 ปี, Wide Range Assessment of Visual Motor Abilities วัดที่ 3 และ 7 ปี และ Kaufman Brief Intelligence Test and Wide Range Assessment of Memory and Learning วัดที่ 7 ปี

หลังจากปรับปัจจัยด้านสังคม-ประชากร เชาว์ปัญญาของแม่ และสภาพแวดล้อมที่บ้านใน linear regression พบว่า ระยะการเลี้ยงด้วยนมแม่ที่นานขึ้นสัมพันธ์กับคะแนน Peabody Picture Vocabulary Test ที่สูงขึ้นที่ 3 ปี (0.21; 95% CI, 0.03-0.38 จุดต่อเดือนที่เลี้ยงด้วยนมแม่) และผลทดสอบเชาว์ปัญญาที่สูงขึ้นจาก Kaufman Brief Intelligence Test ที่ 7 ปี (0.35; 0.16-0.53 verbal points ต่อเดือนที่เลี้ยงด้วยนมแม่ และ 0.29; 0.05-0.54 non-verbal points ต่อเดือนที่เลี้ยงด้วยนมแม่) แต่ระยะการเลี้ยงด้วยนมแม่ไม่สัมพันธ์กับคะแนน Wide Range Assessment of Memory and Learning ประโยชน์ของการเลี้ยงด้วยนมแม่จากการทดสอบ Wide Range Assessment of Visual Motor Abilities ที่ 3 ปีค่อนข้างสูงกว่าในผู้หญิงที่รับประทานปลาสัปดาห์ละ 2 ส่วนหรือมากกว่า (0.24; 0.00-0.47 จุดต่อเดือนที่เลี้ยงด้วยนมแม่) เทียบกับผู้หญิงที่รับประทานปลาน้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ส่วน (-0.01; -0.22 ถึง 0.20 จุดต่อเดือนที่เลี้ยงด้วยนมแม่) ($p = 0.16$ for interaction)

ผลลัพธ์สนับสนุนว่าระยะเวลาการเลี้ยงด้วยนมแม่สัมพันธ์กับการรู้ภาษา รวมถึงเชาว์ปัญญาชนิดใช้ภาษาและไม่ใช้ภาษา

สธ. เตรียมแผนแก้ปัญหา สาธารณสุขแนวชายแดน



นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ปัญหาสาธารณสุขแนวชายแดนเป็นปัญหาของทั้งภูมิภาค โดยกระทรวงสาธารณสุขได้วางแนวทางการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขแนวชายแดนคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของภูมิภาคให้เกิดขึ้น โดยมีขั้นตอนการพัฒนา 3 ขั้น ขั้นแรกคือการสร้างระบบบริการสุขภาพและพัฒนาบุคลากร โดยรับบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์จากประเทศเพื่อนบ้านเข้าทำงานในโรงพยาบาลแนวชายแดนไทย โดยได้รับใบอนุญาตชั่วคราว และมีสิทธิรับการพัฒนาศักยภาพต่อไปไทย ขั้นที่ 2 สนับสนุนโครงสร้างพื้นฐาน โดยสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศเพื่อนบ้านตลอดแนวชายแดนไทย ระบบส่งต่อในชุมชน และ

โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิรับผิดชอบดูแลทั้งการควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และการดูแลรักษาขั้นพื้นฐาน รวมทั้งพัฒนาโรงพยาบาลที่มีอยู่เพื่อให้บริการระดับทุติยภูมิ และขั้นสุดท้าย การระดมทรัพยากรประโยชน์หลักและพัฒนาแบบระบบการเงินด้านสุขภาพ เพื่อเริ่มต้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไทยพร้อมจัดหาผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพเพื่อร่วมทำงานกับประเทศเพื่อนบ้านและองค์กรนานาชาติอื่น ๆ เพื่อให้ได้รูปแบบหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของภูมิภาค



‘ประดิษฐ์’ แจงเยียวยาลูกจ้างชั่วคราวที่เข้าสู่ตำแหน่ง พนง.สธ.

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า การดำเนินการบรรจุลูกจ้างชั่วคราวในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีลูกจ้างชั่วคราวในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดประมาณ 1.4 แสนคน ทั้งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและในกรมต่าง ๆ ที่ต้องได้รับการปรับเข้าสู่ตำแหน่ง และคาดว่าจะมีลูกจ้างชั่วคราวประมาณ 2-3% หรือไม่เกิน 5,000 คนที่ได้รับผลกระทบ ทั้งค่าจ้างที่ลดลงและการคิดค่าประสบการณ์ ซึ่งขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศเร่งสำรวจจำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบ และมีมาตรการเยียวยาให้เสร็จสิ้นภายในเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 เพื่อให้เดินหน้าเข้าสู่ตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ทั้งนี้หากลูกจ้างชั่วคราวคนใดที่ไม่มั่นใจที่จะเข้าสู่ตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข สามารถเลือกดำรงสถานะเป็นลูกจ้างชั่วคราวไปก่อนได้ โดยได้รับสิทธิเดิม

สธ. เร่งพัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระบบ



นายสรพงศ์ เทียนทอง รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า รัฐบาลมีนโยบายเร่งรัดให้มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้ประชาชนที่เจ็บป่วยอย่างปัจจุบันทันด่วนได้รับความปลอดภัยมากที่สุด ซึ่งในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้สมบูรณ์แบบและบริการเชื่อมต่อกันได้อย่างรวดเร็ว ได้ดำเนินการทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบที่ 1 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เพื่อให้มีหน่วยแพทย์อีเอ็มเอส (Emergency Medical Service) หรือทีมแพทย์กู้ชีพรุกออกไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่เกิดเหตุหรือที่บ้าน ผ่านช่องทางการรับแจ้งเหตุจากประชาชนทางหมายเลข 1669 อย่างเป็นเครือข่าย

เดียวกันทั่วประเทศ โดยตั้งเป้าว่าภายในเวลา 10 นาทีหลังรับแจ้งเหตุจะสามารถไปถึงที่เกิดเหตุเพื่อปฏิบัติการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และนำส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายซ้ำสอง ขณะนี้ทั่วประเทศมีชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน 12,000 ชุด โดยเป็นระดับสูงที่มีแพทย์ออกปฏิบัติการประมาณร้อยละ 16 ระดับกลางร้อยละ 14 และทีมช่วยเหลือเบื้องต้นประมาณร้อยละ 70 ระบบที่ 2 ที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกระดับเพื่อรับช่วงการดูแลรักษาต่อภายในโรงพยาบาล และระบบที่ 3 การพัฒนาทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ

เมื่อต้นเดือนที่ผ่านมาผู้เขียนได้รับเชิญให้บรรยายหัวข้อ “ยุทธศาสตร์และแผนที่นำทางของอุตสาหกรรมชีวเภสัชภัณฑ์ของประเทศไทย” ให้แก่ผู้แทนจากแหล่งฝึกงานของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงงานผลิตยาหรือผลิตเครื่องสำอาง ในช่วงท้ายของการบรรยายมีคำถามจากผู้เข้าร่วมประชุมที่น่าสนใจ 2 คำถามที่เห็นว่าควรนำเสนอในบทความตอนนี้ เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันคำถามมีว่า 1) ยาชีววัตถุคล้ายคลึงต้องมีความคล้ายคลึงเพียงใดจึงจะจัดได้ว่าคล้ายคลึงเพียงพอแล้ว และ 2) ยาชีววัตถุคล้ายคลึงสามารถเปลี่ยนแทน (interchange หรือ substitute) กับยาชีววัตถุอ้างอิงในทันตกรรมเดียวกันกับผลิตภัณฑ์ยาสามัญผ่านการพิสูจน์ความเท่าเทียมในการบำบัดรักษากับยาต้นแบบด้วยการศึกษาชีวสมมูลแล้วได้หรือไม่ หรือเมื่อใดสามารถเปลี่ยนแทนกันได้

ยาชีววัตถุคล้ายคลึงสามารถเปลี่ยนแทน (interchangeability) ยาชีววัตถุอ้างอิงได้หรือไม่

สำหรับคำถามข้อที่ 1 นั้น อาจตอบเป็นหลักการทั่วไปได้ว่า หากมีข้อมูลแสดงให้เห็นว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงนั้น **ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ** ในพารามิเตอร์หลัก 3 ประการ คือ คุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพ จากยาชีววัตถุอ้างอิง ถือว่ามีความคล้ายคลึงเพียงพอ กล่าวคือ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในคุณสมบัติทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมาเมื่อเปรียบเทียบระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุต้นแบบที่นำมาเปรียบเทียบเป็นยาอ้างอิง อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติผู้พัฒนาและผลิตยาชีววัตถุคล้ายคลึงต้องพิสูจน์ความคล้ายคลึงอย่างเป็นลำดับขั้น (stepwise comparability exercise) ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญอย่างยิ่งของการพิสูจน์ความคล้ายคลึง นั่นคือ มีความคล้ายคลึงด้านคุณภาพเป็นลำดับแรก ซึ่งอาจประกอบไปด้วยการวิเคราะห์โครงสร้างปฐมภูมิของโปรตีนว่าเหมือนกัน (identical) ตามด้วยการวิเคราะห์โครงสร้างระดับที่สูงขึ้น รวมไปถึงการวิเคราะห์คุณสมบัติเฉพาะเจาะจงบางประการที่ส่งผลกระทบต่อฤทธิ์ทางคลินิก และ/หรือความปลอดภัยของโปรตีนชนิดนั้นซึ่งจัดว่าเป็นคุณสมบัติด้านคุณภาพที่สำคัญยิ่ง (critical quality attributes) เช่น กรดไขมันโอปิติน หมู่หน้าตาลที่มากและตำแหน่งที่เกาะบนตัวโอปิตินมีความสำคัญต่อการออกฤทธิ์ของโปรตีน และต้องมีกรดไขมันโอปิตินไว้ป้องกันการเมตาบอลิซึมในร่างกายก่อนที่จะไปจับกับตัวรับ (receptor) เพื่อออกฤทธิ์ต่อไปด้วย เป็นต้น ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้ผลิตต้องพิสูจน์และแสดงข้อมูลให้ประจักษ์แน่นอนว่าหากเป็นโปรตีนชนิดอื่นก็จะมีคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงที่แตกต่างกันออกไป จากนั้นก็ต้องวิเคราะห์การออกฤทธิ์ทางชีววิทยาหรือเภสัชวิทยา รวมไปถึงการศึกษาในสัตว์ทดลองและการทดลองในคนต่อไปเป็นลำดับขั้น ดังนั้น ผู้พัฒนาและผลิตยาชีววัตถุคล้ายคลึงจึงต้องวางแผนการพัฒนายารอบคอบและปรึกษาหารือกับหน่วยงานรัฐที่กำกับดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะผลการศึกษาลำดับต้นอาจจะเป็นตัวกำหนดรายละเอียดตลอดจนความถี่ของข้อมูลที่ต้องการในการศึกษาลำดับต่อมาได้

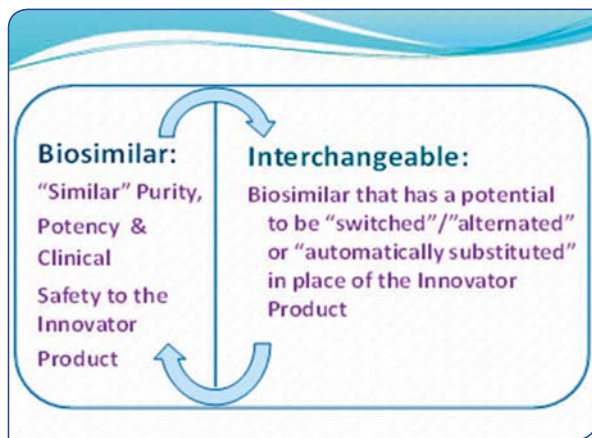
สำหรับคำถามข้อที่ 2 เป็นเรื่องใหญ่ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้ยาชีววัตถุคล้ายคลึงในทางเวชปฏิบัติภายหลังจากยานั้นได้รับการขึ้นทะเบียนและ

อนุญาตให้วางจำหน่ายในตลาดได้ ก่อนอื่นต้องทำความเข้าใจว่าหากผลิตภัณฑ์ยานั้นเป็นสารเคมี หลักการทดสอบความเท่าเทียมในการบำบัดรักษาระหว่างยาสามัญกับยาต้นแบบด้วยการศึกษาชีวสมมูลที่เหมาะสมเป็นหลักการและวิธีการปฏิบัติที่ยอมรับกันของหน่วยงานกำกับดูแลของประเทศต่างๆ ทั่วโลก แต่หากเป็นยาชีววัตถุคล้ายคลึงซึ่งจัดเป็นยาชีววัตถุใหม่ผ่านการพิสูจน์และแสดงให้เห็นแล้วว่ามีความคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุอ้างอิงในคุณสมบัติด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ยาชีววัตถุคล้ายคลึงไม่ใช่ยาที่เหมือนกัน (identical) เช่นที่พบในยาสามัญ ดังนั้น จึงยังไม่มี การทดสอบเปรียบเทียบโดยตรงถึงความเท่าเทียมในการบำบัดรักษา (therapeutic equivalence) ระหว่างผลิตภัณฑ์ทั้งสองชนิด เพื่อตอบคำถามประเด็นนี้ จำเป็นต้องพิจารณาในรายละเอียดว่า 1) แนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ระบุเรื่องนี้ไว้อย่างไร และ 2) ขอบเขตการเปลี่ยนแทนกันระหว่างผลิตภัณฑ์ที่มีได้มากน้อยเพียงใด

แนวทางปฏิบัติของทั้งสหภาพยุโรปและขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับยาชีววัตถุคล้ายคลึงมิได้มีการกล่าวถึงหรือให้รายละเอียดประเด็นเรื่องการเปลี่ยนแทนระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุอ้างอิงเลย ในขณะที่ในสหรัฐอเมริกา กฎหมาย BPCIA กำหนดว่า “ผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุที่สามารถเปลี่ยนแทนได้ต้องเป็นยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุอ้างอิงที่สามารถคาดหมายได้ว่าจะให้ผลทางคลินิกที่เหมือนกันในผู้ป่วยใด ๆ และหากยาชีววัตถุนั้นต้องให้ในผู้ป่วยมากกว่าหนึ่งครั้ง ความเสี่ยงในเชิงความปลอดภัยหรือประสิทธิภาพที่ลดลงเมื่อเปลี่ยนแทนให้กับผู้ป่วยต้องไม่มากกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาชีววัตถุอ้างอิงในผู้ป่วยนั้นเมื่อไม่มีการเปลี่ยนแทน” กฎหมายดังกล่าวเน้นเรื่องมาตรฐานความปลอดภัยของยาชีววัตถุคล้ายคลึง และจำเป็นต้องมีหลักฐานพิสูจน์ว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงนั้นเปลี่ยนแทนได้ กล่าวคือ อาจต้องมีการทดสอบที่เรียกว่า comparability exercise

ในด้านนี้เพิ่มเติมจากการทดสอบพารามิเตอร์ทั้ง 3 ด้านแล้วหรือไม่ เพื่อยืนยันว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงนั้นเปลี่ยนแทนยาชีววัตถุอ้างอิงได้ แต่ (ร่าง) คำแนะนำของสำนักงานอาหารและยาสหรัฐอเมริกาว่าด้วยข้อพิจารณาทางวิทยาศาสตร์ในการแสดงความคล้ายคลึงกับผลิตภัณฑ์อ้างอิง ก็ไม่มีรายละเอียดการทดสอบเช่นนั้น เพียงแต่ในทิศทางการประเมินยาชีววัตถุคล้ายคลึงจะใช้หลักการที่เรียกว่า “totality of the evidence” เพื่อประเมินและยืนยันว่ายาชีววัตถุนั้นมีความคล้ายคลึง และ/หรือเปลี่ยนแทนกันได้กับยาชีววัตถุอ้างอิง ทั้งนี้สหรัฐอเมริกาอยู่ระหว่างการเตรียมช่องทางการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาในกลุ่มนี้ และมีการหารือกับภาคอุตสาหกรรมยาใน (ร่าง) คำแนะนำต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนายาชีววัตถุคล้ายคลึง

จึงเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแทนกันได้ระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุอ้างอิงเป็นประเด็นที่ต้องมีการหารือกันอีกมาก และมากกว่าเพียงหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่กำหนดกรอบการพัฒนา ยาชีววัตถุคล้ายคลึง เพราะอาจเกี่ยวข้องกับมิติด้านอื่น เช่น การเข้าถึงยาของประชาชน งบประมาณ ความปลอดภัย เป็นต้น



สำหรับขอบเขตของการเปลี่ยนแทนกัน อาจกล่าวได้ว่ามี 2 ระดับ คือ 1) การสั่งใช้ยาครั้งแรกในผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาชีววัตถุมาก่อน (prescribability) ในระดับนี้จึงจะสามารถทำได้โดยไม่ต้องกังวลมากนัก เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยได้สัมผัสกับยาชีววัตถุอ้างอิงมาก่อน จึงไม่น่าจะมีประเด็นห่วงใยในความแตกต่างระหว่างผลิตภัณฑ์ที่อาจส่งผลต่อประสิทธิผลและความปลอดภัยอันเนื่องจากการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละคน และน่าจะเป็นทางเลือกในการใช้ยาชีววัตถุคล้ายคลึงได้ อย่างน้อยที่สุดก็มีข้อเท็จจริงว่าปัจจุบันมียาชีววัตถุคล้ายคลึงหลายตัวที่วางจำหน่ายในตลาดและผ่านการใช้ในผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมาแล้วในต่างประเทศ อาจบ่งบอกว่าระบบการกำกับดูแลผ่านกลไกการขึ้นทะเบียนยาชีววัตถุคล้ายคลึงเป็นเครื่องมือรับประกันความปลอดภัยและประสิทธิผลของยาในกลุ่มนี้

ประเด็นที่อาจมีความห่วงใยเรื่องความปลอดภัย และ/หรือ ประสิทธิภาพมากกว่า คือ กรณีการใช้ยาชีววัตถุคล้ายคลึงเปลี่ยนแทน

ยาชีววัตถุอ้างอิงที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อน (switchability หรือ alternation) ด้วยเกรงว่าการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละรายที่อาจมีรายละเอียดปลีกย่อยต่อความแตกต่างระหว่างผลิตภัณฑ์ทั้งสองชนิดที่มีอยู่ (แม้ว่าในขั้นตอนการทดสอบ comparability exercise ระบุแล้วว่า **ไม่** มีนัยสำคัญต่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพก็ตาม) อาจทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยหรือมีประสิทธิผลที่ไม่แน่นอน ความห่วงใยด้านนี้ถือได้ว่ามีความเป็นไปได้ซึ่งสืบเนื่องจากประสบการณ์ในอดีตที่เกิดการใช้ยาชีววัตถุที่ผลิตขึ้นมาจากหลายบริษัท และได้รับการขึ้นทะเบียนต่างหากของแต่ละบริษัทเอง จึงมีความแตกต่างในรายละเอียดบางประการระหว่างผลิตภัณฑ์จนทำให้มีรายงานความไม่ปลอดภัยหรือประสิทธิผลที่ไม่แน่นอนเกิดขึ้น แต่ก็ต้องตระหนักว่ายาชีววัตถุที่ขึ้นทะเบียนในอดีตยัง **ไม่ใช่** ระบบการขึ้นทะเบียนแบบเปรียบเทียบความคล้ายคลึงในคุณสมบัติด้านคุณภาพที่สำคัญมาอย่างเป็นขั้นตอน จึงอาจมีส่วนทำให้เกิดประเด็นปัญหาด้านความปลอดภัยหรือประสิทธิผลในอดีตได้ ดังนั้น ประสิทธิภาพการใช้ยาชีววัตถุคล้ายคลึงในทางเวชปฏิบัติและแผนการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง (Pharmacovigilance and Risk Management Plan) ซึ่งเป็นเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนยาชีววัตถุคล้ายคลึงจะเป็นส่วนสำคัญที่จะเรียนรู้และเข้าใจ ยาชีววัตถุคล้ายคลึงมากยิ่งขึ้น กรณีการเปลี่ยนแทนแบบ switchability จากยาชีววัตถุอ้างอิงด้วยยาชีววัตถุคล้ายคลึงคงต้องอาศัยประสบการณ์จากการใช้จริงทั้งในและต่างประเทศมาเป็นองค์ประกอบการตัดสินใจของผู้สั่งใช้ยาก่อนที่จะมีการยอมรับมากขึ้น ซึ่งประวัติศาสตร์ในการใช้ยาสามัญเปลี่ยนแทนยาต้นแบบที่เป็นสารเคมีก็มีทิศทางแบบเดียวกัน กล่าวคือ เมื่อองค์ความรู้ต่าง ๆ พัฒนามากขึ้น ความเข้าใจและการยอมรับ ตลอดจนการเปลี่ยนแทนด้วยยาชีววัตถุคล้ายคลึงก็คาดว่าจะเกิดขึ้นได้ทำนองเดียวกัน

อาจกล่าวได้ว่าประเด็นคำถามเรื่องการเปลี่ยนแทนกันได้ระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุอ้างอิงนี้ยังต้องอาศัยการถกเถียงทางวิชาการร่วมกับประสบการณ์จากการใช้ในทางคลินิกให้มากขึ้น ตลอดจนการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์บนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าการเปลี่ยนแทนจะทำให้เกิดผลดี-ผลเสียอย่างไร ที่สำคัญการเปลี่ยนแทนกันได้ในทางปฏิบัติอาจมีนิยามความหมายหรือขอบเขตการยอมรับหรือมิติที่จะต้องพิจารณาแตกต่างกันได้ในแต่ละบริบทอีกด้วย

ดังนั้น ผู้อ่านจึงพึงเข้าใจว่าการขึ้นทะเบียนยาชีววัตถุคล้ายคลึงยังเป็นกระบวนการที่ต้องเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วยยังจัดเป็นความสำคัญลำดับแรก โดยคำนึงถึงโอกาสในการเข้าถึงยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่มีคุณภาพ พร้อมกันนี้ยังต้องมีการทดลองทางคลินิกภายในขอบเขตที่เหมาะสม เพื่อให้มั่นใจว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงมีความปลอดภัยและใช้ได้ผลในประชากรเป้าหมาย

แล้วพบกันใหม่ในฉบับถัดไปของเดือนกันยายนครับ

*หมายเหตุ เนื้อหาในบทความนี้เป็นความเห็นทางวิชาการอิสระของผู้เขียน ไม่เกี่ยวข้องหรือสะท้อนนโยบายหรือจุดยืนของหน่วยงานต้นสังกัด และมิได้สะท้อนมุมมองของบริษัทฯ แต่อย่างใด บทความนี้สนับสนุนพื้นที่การนำเสนอโดยบริษัท เอเพ็กซ์เซล่า จำกัด เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง



กินอาหารเช้าพาหัวใจแข็งแรง

ปีปีซี – ผลการศึกษาโดยนักวิจัยสหรัฐฯชี้ การรับประทานอาหารเช้าเป็นปัจจัยสำคัญช่วยถนอมสุขภาพหัวใจ

ผลการศึกษารายงานในวารสาร Circulation จากชายวัยกลางคนจนถึงสูงอายุนาน 27,000 คน พบผู้ที่ไม่รับประทานอาหารเช้ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหัวใจสูงขึ้น 27% เทียบกับกลุ่มที่รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ

นักวิจัยย้ำหนักแน่นว่าจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรับประทานอาหารเช้า และยังแนะนำให้รับประทานอาหารเช้าภายในหนึ่งชั่วโมงหลังตื่นนอน เนื่องจากการปล่อยให้ท้องว่างไปจนถึงมื้อเที่ยงจะเป็นการเพิ่มภาระแก่ร่างกาย ทำให้เสี่ยงต่อความดันเลือดสูง โรคอ้วน และเบาหวานอันเป็นอาการบ่งชี้การบ่อนทำลายหัวใจ

ด้านนักโภชนาการของมูลนิธิโรคหัวใจแห่งอังกฤษให้ความเห็นว่า การรับประทานอาหารเช้ามีบทบาทสำคัญต่อการลดปริมาณไขมันหวานที่รับประทานเป็นของว่างก่อนมื้อเที่ยง และอาหารเช้าจะยิ่งให้ประโยชน์มากขึ้นหากสามารถเริ่มต้นเช้าวันใหม่ด้วยอาหารที่มีคุณค่าครบทั้งห้าหมู่



เอฟดีเอเตือนภัยบุหรี่ปริมาณสูง

ปีปีซี – องค์การอาหารและยาสหรัฐฯ (เอฟดีเอ) เตือน บุหรี่ปริมาณสูงมีพิษภัยรุนแรงกว่าบุหรี่ปริมาณต่ำ แต่ยังไม่ใช้มาตรการจำกัดการจำหน่าย

เอฟดีเอแถลงว่า แม้บุหรี่ปริมาณสูงมีปริมาณสารพิษใกล้เคียงกับบุหรี่ปริมาณต่ำ แต่ควันบุหรี่ปริมาณสูงนี้ถือเป็นตัวล่อให้หันมาสูบบุหรี่และเลิกได้ยากกว่า ตามที่มีตัวเลขชี้ว่าบุหรี่ปริมาณสูงเป็นบุหรี่ปริมาณต่ำเพียงไม่กี่ประเภทที่ยังคงมียอดขายดีเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเอฟดีเอเฝ้าระวังที่จะศึกษาผลกระทบจากบุหรี่ปริมาณสูงเพิ่มเติม รวมถึงเปิดรับฟังความเห็นเกี่ยวกับแนวทางจำกัดการจำหน่ายบุหรี่ปริมาณสูง

ด้านอดีตเจ้าหน้าที่ระดับสูงของรัฐบาลออกมาประณามการสงวนท่าทีของเอฟดีเอว่า การกระทำเช่นนี้สะท้อนให้เห็นการมองข้ามความสำคัญของสุขภาพประชาชน และเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อกลุ่มวัยรุ่นและชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อบุหรี่ โดยมีสถิติของกระทรวงสาธารณสุขชี้ว่า ชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรปที่เลือกสูบบุหรี่ปริมาณสูงมีสัดส่วนราว 25% ขณะที่ตัวเลขกลับพุ่งทะลุ 70% ในกลุ่มเชื้อสายแอฟริกัน

แพทย์นิวยอร์กสั่งจ่ายผักและผลไม้

Yahoo! – แพทย์นครนิวยอร์กของสหรัฐฯร่วมโครงการสั่งจ่ายผักและผลไม้สดเป็นส่วนหนึ่งในอาหารสำหรับประชาชนกลุ่มความเสี่ยงสูงและมีรายได้น้อย

แพทย์โรงพยาบาล Harlem Hospital และ Lincoln Medical Center ร่วมโครงการสั่งจ่ายผักและผลไม้แก่ผู้มีรายได้น้อยอันเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามต่อสู้กับปัญหาการระบาดของโรคอ้วน ตามที่พบว่าผู้ป่วยและเด็กจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์และผัก ทำให้ต้องหันไปรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ

ทางโครงการยังได้แจกจ่ายคู่มือค่าโภชนาการ 2 ดอลลาร์แก่ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงที่มีรายได้น้อยสำหรับนำไปซื้อผักและผลไม้จากตลาดนัดเกษตรกรในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งโครงการอาหารสุขภาพนี้ยังรวมถึงการให้ความรู้ด้านโภชนาการ และเปิดชั้นเรียนสอนทำอาหารทั้งสำหรับผู้ใหญ่และเด็กด้วย

ด้านผู้บริหารโครงการและหนึ่งในคณะแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการเปิดเผยว่า ประชาชนให้การตอบรับโครงการนี้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะการจัดคู่มือสำหรับหาซื้ออาหารที่มีประโยชน์ และโครงการนี้นับว่าประสบความสำเร็จตามที่พบว่าประชาชนหันมารับประทานผักและผลไม้กันมากขึ้นนับจากเริ่มดำเนินโครงการ



รวมพลังฮีโร่ให้กำลังใจผู้ป่วยเด็ก

Yahoo! Shine – กลุ่มพนักงานเชิดกระจกสวมบทฮีโร่ตัวจริงแปลงร่างเป็นยอดมนุษย์ ปีนหน้าต่างโรงพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วยเด็ก

คนงานเชิดกระจกโรงพยาบาล Penn State Hershey Children's Hospital ของ สหรัฐรวมตัวสวมชุดยอดมนุษย์ชื่อดังทั้งกับตันอเมริกา สไปเดอร์แมน แบทแมน และ ซูเปอร์แมนโรยตัวตามกระจกโรงพยาบาลเพื่อหยอกล้อและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเด็ก ขณะที่ เด็กต่างก็สนุกสนานไปกับบรรดา ยอดมนุษย์ที่โผล่มาทักทายกันแบบคาดไม่ถึง

ผู้บริหารโรงพยาบาลเปิดเผยว่าประทับใจกับแนวคิดการจัดกิจกรรมนี้จึงลงทุนซื้อหาชุดยอดมนุษย์มาให้คนงานเชิดกระจก ซึ่งทางโรงพยาบาลยังให้ความสำคัญโดยจัดขึ้นอย่างเป็นกิจจะลักษณะ มีทั้งการแจกขนมเค้กและชุดหุ่นยอดมนุษย์แก่ผู้ป่วยเด็ก ขณะที่บุคลากรของโรงพยาบาลก็ร่วมกันแต่งชุดยอดมนุษย์ทำให้บรรยากาศยิ่งครึกครื้นขึ้นไปอีก

โรงพยาบาลยังวางแผนที่จะจัดงานเลี้ยงยอดมนุษย์สำหรับผู้ป่วยเด็กอีกครั้งเนื่องจากมีกระแสตอบรับที่ดีมาก และมั่นใจว่าการที่เด็กได้พบยอดมนุษย์ที่ตนชื่นชอบจะส่งผลดีต่อการบรรเทาความเจ็บปวดและอาการป่วยไข้ของเด็ก



รายได้ต่ำก่อปัญหาสินบนสาธารณสุขจีน

รอยเตอร์ส – สินบนกลายเป็นน้ำมันหล่อลื่นในระบบสาธารณสุขของจีน และเป็นรายได้สำคัญของแพทย์และบุคลากรที่ได้รับค่าตอบแทนในอัตราต่ำ

แพทย์และผู้คร่ำหวอดในวงการสาธารณสุขจีนเปิดเผยว่า ปัญหาสินบน หรือที่เรียกกันว่า ‘เงินอั่งเปา’ ในระบบสาธารณสุขจีนซึ่งกำลังเป็นเรื่องอื้อฉาวขณะนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากนโยบายรัฐซึ่งจ่ายค่าตอบแทนในระดับต่ำ ทำให้แพทย์และบุคลากรหันไปรับสินบนค่ารักษา หรือสินน้ำใจจากบริษัทยาและบริษัทเวชภัณฑ์

ปัจจุบันเงินเดือนแพทย์จบใหม่รวมโบนัสของจีนยังคงอยู่ที่ราว 3,000 หยวน (ราว 15,000 บาท) ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับคนขับรถแท็กซี่ ส่วนแพทย์ที่มีประสบการณ์ 10 ปีจะมีเงินเดือนขยับขึ้นไปที่ประมาณ 10,000 หยวน (ราว 50,000 บาท) ทำให้แพทย์จำนวนไม่น้อยหันไปรับสินบนจนกระทั่งกลายเป็นธรรมเนียมว่าจะไม่รักษาหากไม่ได้รับเงิน

อีกด้านหนึ่งมีเสียงเตือนว่าจำนวนแพทย์ในจีนกำลังลดลงอย่างน่าวิตก เนื่องจากปัญหาค่าแรงต่ำทำให้อาชีพแพทย์ไม่เป็นที่น่าพอใจ และเป็นไปได้ว่าอาจมีแพทย์เหลือไม่เพียงพอให้การรักษาแพทย์รุ่นปัจจุบันเมื่อพวกเขาถึงคราวต้องเกษียณอายุ

ไทเก็กอาจช่วยอายุยืน

รอยเตอร์ส เฮลธ์ – ข้อมูลใหม่ระบุ ชายชาวจีนที่รำไทเก็กมีแนวโน้มการตายในระยะ 5 ปีต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย

ข้อมูลนี้นับเป็นหลักฐานใหม่ที่ออกมาสนับสนุนประโยชน์ของการออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทเก็ก โดยนักวิจัยกล่าวว่า การรำมวยที่ผสมผสานการเคลื่อนไหวแบบเชื่องช้าและการทำสมาธิจดจ่ออยู่กับการเคลื่อนไหวส่งผลดีต่อการลดความเครียด ขณะเดียวกันก็เพิ่มความยืดหยุ่นและความทนทานของร่างกาย อย่างไรก็ตาม ยังไม่อาจพิสูจน์แน่ชัดว่าการรำมวยไทเก็กเป็นสาเหตุโดยตรงทำให้อายุยืนจริงหรือไม่

ในการศึกษานี้ นักวิจัยศึกษาจากกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจและมีเบาหวานแทรกซ้อน ซึ่งเมื่อปรับตามอายุ ปัญหาสุขภาพ และการสูบบุหรี่ก็พบว่า กลุ่มที่รำไทเก็กมีแนวโน้มการตายต่ำกว่า 20% เทียบกับกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย ซึ่งจากผลลัพธ์นี้ ทำให้นักวิจัยเสนอว่าการรำไทเก็กน่าจะเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจากประโยชน์ทั้งในด้านการยืดหยุ่นและรักษาสมดุลของร่างกาย



ศิริราช เชิญร่วมเป็นผู้ให้ เนื่องในวันมหิดล

เนื่องใน “วันมหิดล” คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ขอเชิญผู้มีจิตศรัทธาร่วมเป็นผู้ให้เพื่อผู้ป่วยยากไร้และด้อยโอกาส โดยร่วมบริจาคกับนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งออกมารับบริจาคทั่วกรุงเทพฯ และปริมณฑล ทั้งนี้ผู้บริจาค 300 บาท รับธงเสา,

20 บาท รับธงแขน และน้อยกว่า 20 บาท รับสติ๊กเกอร์ที่ระลึก และบริจาคโดยตรงทุกวันได้ที่ ศิริราชมูลนิธิ ตึกมหิดลบำเพ็ญ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 0-2419-7658-60 ต่อ 101-104 หรือบริจาคผ่านธนาคารทุกสาขาทั่วประเทศ ชื่อบัญชี “ศิริราชมูลนิธิ” (ธงวันมหิดล) ได้แก่ ธนาคารกรุงไทย ธนาคารกสิกรไทย ธนาคารกรุงเทพ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา ธนาคารไทยพาณิชย์ ธนาคารทหารไทย ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ธนาคารออมสิน ธนาคารธนาชาติ

นอกจากนี้เนื่องในวันมหิดล ขอเชิญชมรายการพิเศษทางสถานีวิทยุโทรทัศน์กองทัพบก (ททบ.5) ในวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2556 ตั้งแต่เวลา 22.30 น. เป็นต้นไป เปิดรับบริจาคช่วยผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช 200 คู่สาย โทรศัพท์ 0-2270-2233, 0-2411-2222, 0-2418-2222 ถาม-ตอบปัญหาสุขภาพ 20 คู่สาย โทรศัพท์ 0-2278-5959



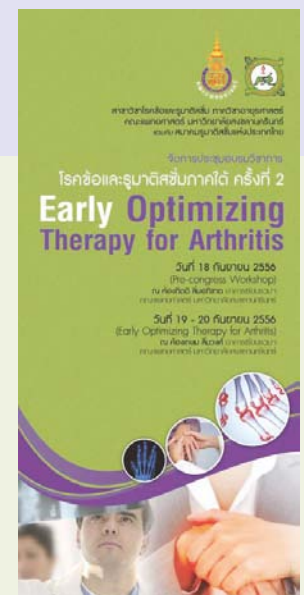
มูลนิธิรามามาฯ เชิญผู้มีจิตศรัทธาร่วมบริจาค เพื่อผู้ป่วยยากไร้

มูลนิธิรามาริบัติ ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จัด “โครงการพัฒนาอาคารและจัดหาเครื่องมือแพทย์ เพื่อผู้ป่วยยากไร้” จึงขอเชิญชวนประชาชนผู้มีจิตศรัทธาร่วมบริจาคสมทบทุนเพื่อขยายโอกาสทางการรักษาแก่ผู้ป่วยรวมถึงผู้ยากไร้ในสังคม โดยสามารถโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี “มูลนิธิรามาริบัติ (โครงการพัฒนาอาคารและจัดหาเครื่องมือแพทย์ฯ)” ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ เลขที่บัญชี 026-4-26671-5 และธนาคารกรุงเทพ สาขารามาริบัติ (อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์) เลขที่บัญชี 090-7-00123-4 หรือติดต่อมูลนิธิรามาริบัติ โทรศัพท์ 0-2201-1111 หรือ www.ramafoundation.or.th



ม.อ. จัดประชุมวิชาการ

สาขาวิชาโรคข้อและรูมาติสซั่ม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย จัดประชุมอบรมวิชาการโรคข้อและรูมาติสซั่ม ภาคใต้ ครั้งที่ 2 Early Optimizing Therapy for Arthritis ระหว่างวันที่ 18-20 กันยายน พ.ศ. 2556 ผู้สนใจติดต่อสอบถามและส่งใบสมัครได้ที่ งานเวชניתศน์และการจัดประชุม อาคารเรียนรวมและหอสมุดฯ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7445-1147 โทรสาร 0-7445-1127 E-mail: meeting@medicine.psu.ac.th



ต่อลมหายใจผู้ป่วยมะเร็งตับ หยุดตาย 2 คนต่อชั่วโมง

ปัจจุบันโรคมะเร็งตับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในประเทศไทย ทั้งผู้ป่วยชายและหญิง และมีแนวโน้มว่าจะมีผู้ป่วยจากโรคนี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งตับกว่า 87% จะเสียชีวิต เนื่องจากมักจะไม่สามารถพบอาการในระยะแรกและมักตรวจพบในระยะลุกลาม ซึ่งหากไม่เข้ารับการรักษา ผู้ป่วยจะมีอายุอยู่ได้เฉลี่ยแค่ประมาณ 3-6 เดือนเท่านั้นหลังจากตรวจพบโรค



นพ.ธีรภูมิ คุหะเปรมะ ประธานมูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กล่าวว่า มะเร็งตับเป็นโรค มะเร็งที่พบได้บ่อยเป็นอันดับ 1 ในผู้ชาย และอันดับ 3 ในผู้หญิง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในประเทศไทยทั้งผู้ป่วยชายและหญิง ปัจจุบันพบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นไม่ต่ำกว่า 20,000 รายต่อปี

จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทย จำนวน 23,410 ราย และเสียชีวิต 20,334 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 55 คนต่อวัน หรือ 2 คนต่อชั่วโมง และได้มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 หรืออีก 20 ปีข้างหน้า จะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็น 33,517 ราย และเสียชีวิตถึง 31,028 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตถึง 70 คนต่อวัน หรือ 3 คนต่อชั่วโมง โดย 60% ของโรคมะเร็งตับที่พบบ่อยในประเทศไทยเป็นโรคมะเร็งเซลล์ตับ หรือเฮปาโตมา (Hepatocellular carcinoma, HCC) ซึ่งพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเซลล์ตับในทุกภูมิภาคของประเทศไทย ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงวิกฤตการณ์ของโรคนี้ที่มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง นอกจากนี้ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับกว่า 87% จะเสียชีวิต เนื่องจากมักจะไม่สามารถพบอาการใด ๆ ในระยะแรก และเมื่อมีอาการแล้วจึงมักจะตรวจพบในระยะที่เป็นลุกลาม

ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับมะเร็งตับ (Rule of 80%)

- 80% ขอบผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา
- 80% มีสาเหตุมาจากไวรัสตับอักเสบบีและซี
- 80% ขอบมะเร็งเซลล์ตับเกิดขึ้นในโรคตับแข็ง
- 80% ขอบมะเร็งเซลล์ตับเป็นมะเร็งเซลล์ตับระยะลุกลาม
- 80% ขอบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเซลล์ตับจะกลับเป็นซ้ำภายใน 5 ปี

ทั้งนี้มะเร็งเซลล์ตับเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของดีเอ็นเอ (DNA) หรือสารพันธุกรรมที่ส่งผลให้เซลล์ในตับแบ่งตัวและเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว จนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งเกิดจากสาเหตุสำคัญและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อาทิ การอักเสบเรื้อรังของตับที่เกิดจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ภาวะตับแข็งจากแอลกอฮอล์ ไวรัสตับอักเสบบีหรือซี หรือการได้รับสารอะฟลาทอกซิน (Aflatoxin)



ซึ่งมักพบเป็นก้อนอยู่ในรัศมีพื้ที่ขึ้นรา เช่น ถั่วลิสงแห้ง พริกแห้ง และกระเทียม เป็นต้น มะเร็งตับในระยะแรกมักจะไม่สามารถพบอาการใด ๆ แต่เมื่อก่อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มากขึ้นหรือกระจายไปยังอวัยวะข้างเคียงอาจทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อึดอัดแน่นท้อง ท้องโตเนื่องจากมีน้ำในช่องท้อง หรือที่เรียกว่าท้องมาน มีอาการปวดท้องบริเวณชายโครงด้านขวาซึ่งอาจร้าวไปที่หัวไหล่ขวา ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม หรือที่เรียกว่า “ดีซ่าน” มีอาการคันตามมือ เท้า และผิวหนังอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย รวมถึงน้ำหนักตัวลดลง เป็นต้น

“ส่วนใหญ่เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเซลล์ตับมีอาการแล้วมาตรวจจะพบว่าเป็นในระยะลุกลามแล้ว ซึ่งถึงแม้ว่าการรักษาในปัจจุบันนั้นได้ผลดีกว่าแต่ก่อน แต่โรคมะเร็งเซลล์ตับในระยะลุกลามที่ไม่สามารถทำการรักษาด้วยการผ่าตัดและทำเคมีบำบัดเฉพาะที่นั้น มียาเพียงชนิดเดียวที่มีหลักฐานยืนยันทางการแพทย์และเป็นที่ยอมรับแล้วว่าสามารถใช้สำหรับการรักษาโรคมะเร็งเซลล์ตับได้ แต่ปัญหาที่พบคือยานี้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ ซึ่งโดยทั่วไปหากไม่ทำการรักษา ผู้ป่วยก็จะมีอายุอยู่ได้เฉลี่ยแค่ประมาณ 3-6 เดือนเท่านั้น”

WHO คาดการณ์อีก 20 ปีข้างหน้า จะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็น 33,517 ราย และเสียชีวิตถึง 31,028 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตถึง 70 คนต่อวัน หรือ 3 คนต่อชั่วโมง

นพ.ธีรภูมิ กล่าวเพิ่มเติมว่า จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกที่ระบุไว้ในปี พ.ศ. 2573 หรืออีก 20 ปีข้างหน้าจะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็น 33,517 ราย และเสียชีวิตถึง 31,028 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตถึง 70 คนต่อวัน หรือ 3 คนต่อชั่วโมง แต่เนื่องจากปัจจุบันได้มีการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีรวมถึงรณรงค์ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค ซึ่งการรณรงค์ป้องกันดังกล่าวนั้นจะต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะเห็นผล จึงประมาณการได้ว่าในอีก 40 ปีข้างหน้า จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตน่าจะลดลง

เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทย มูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติจึงร่วมกับบริษัท ไบเออร์ไทย จำกัด ขยายโครงการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับ “N-PAP เพิ่มโอกาสเข้าถึงยาคิดชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับ” ซึ่งจัดตั้งขึ้นเป็นปีที่ 4 ติดต่อกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งเซลล์ตับให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นอย่างมีคุณภาพ จากการรักษาด้วยยาที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเป้าหมาย (Targeted Therapy) พร้อมทั้งยังช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยผู้ป่วยจะเสียค่ายาในอัตราเริ่มต้นที่ 200,000-600,000 บาท จากค่าใช้จ่ายเดิมอยู่ที่ประมาณ 2.4 ล้านบาทต่อปี ซึ่งจะช่วยให้อายุผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องและสามารถเข้าถึงยาได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

“หลังจากโครงการนี้ได้รับการก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2552 และได้ช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการผ่าตัดและการฉีดเคมีบำบัดเฉพาะที่กว่า 400 ราย จึงตั้งเป้าเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการอีก 200 คนภายในปีนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้มากขึ้น และได้รับยาอย่างต่อเนื่องยึดชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเซลล์ตับ โดยโครงการนี้ได้รับความร่วมมือจากบริษัท ไบเออร์ไทย



จำกัด ด้วยการให้ยาซึ่งเป็นนวัตกรรมยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเป้าหมาย (Targeted Therapy) ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับ โครงการนี้จะช่วยให้ค่ายาดังกล่าวลดลงจากประมาณ 2.4 ล้านบาทต่อปี เหลือเพียงไม่เกิน 600,000 บาทต่อปีต่อผู้ป่วย 1 ราย” **นพ.ธีรภูมิ** กล่าว

ด้าน **รศ.นพ.นรินทร์ วรภูมิ** ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า ประเทศไทยเป็นแนวหน้าเรื่องมะเร็งตับ สาเหตุสำคัญมาจากโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ภาวะตับแข็ง การได้รับสารอะฟลาทอกซิน ยาหรือสารเคมีบางชนิด สุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความอ้วนและเบาหวาน ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดภาวะตับอักเสบบีจากโรคไขมันในตับ เป็นต้น อาการที่พบ ได้แก่ ตับโต ตัวเหลือง ตาเหลือง น้ำในช่องท้อง มีไข้ อ่อนเพลีย กดเจ็บที่บริเวณใต้ชายโครงด้านขวา ก้นที่ตบ น้ำหนักลด และไม่เจริญอาหาร

ปัจจุบันการรักษามีหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นผ่าตัด เปลี่ยนตับ ฉีดแอลกอฮอล์ ไฮฟู หรือแม้แต่ใช้คลื่นความถี่สูง แต่อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีหลายวิธีในการรักษา แต่ 80% ของผู้ป่วยมักจะมาเมื่อมีอาการในระยะลุกลาม ซึ่งต้องอาศัยการรักษาด้วยยา โดยยาตัวเดียวในโลกที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกายืนยันว่าได้ผลในการยืดชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับได้ถึง 44% คือ ยาโซราฟินิบ (Sorafenib) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งยีนก่อมะเร็ง และยับยั้งเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงเซลล์มะเร็ง ทำให้มะเร็งฝ่อลงได้ ด้วยเหตุผลสองประการนี้จึงทำให้ยาดังนี้เป็นยาที่ดีที่สุดในโลก เป็นยามาตรฐานที่ทั่วโลกใช้ยืดชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการผ่าตัดและการฉีดเคมีบำบัดเฉพาะที่

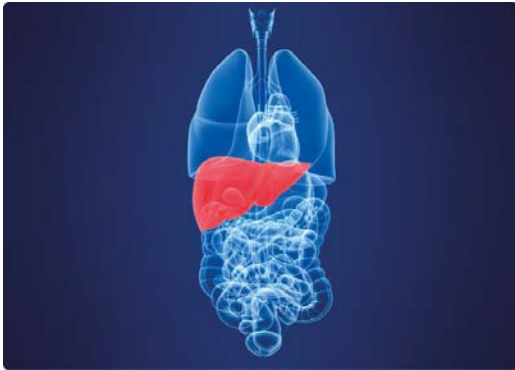
“การรักษามะเร็งเซลล์ตับมีทางเลือกหลายวิธี ซึ่งต้องพิจารณาจากระยะของโรคและสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยปัจจุบันมีนวัตกรรมที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเซลล์ตับด้วยนวัตกรรมยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเป้าหมาย (Targeted Therapy) ซึ่งเป็นยาชนิดรับประทานตัวแรกที่รักษาโดยมุ่งเป้าไปยังยีนหรือโปรตีนที่ก่อมะเร็งใช้ในการเจริญเติบโตและแบ่งตัว จึงมีฤทธิ์ทำลายเฉพาะเซลล์มะเร็งเท่านั้น ทำให้มีผลข้างเคียงต่ำกว่าการใช้เคมีบำบัดแบบเดิม ซึ่งมีผลต่อเซลล์ปกติทั่วร่างกายด้วย จึงนับได้ว่าเป็นนวัตกรรมอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษามะเร็งเซลล์ตับระยะลุกลามในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดและฉีดเคมีบำบัดเฉพาะที่ได้”



รศ.นพ.นรินทร์ วรภูมิ

จากผลการวิจัยในยุโรปและสหรัฐอเมริกาพบว่า นวัตกรรมยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเป้าหมาย (Targeted Therapy) สามารถยืดอายุผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับได้ 44% อย่างมีนัยสำคัญ

รศ.นพ.นรินทร์ กล่าวเพิ่มเติมว่า “การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์เป้าหมาย เป็นการรักษาแนวทางใหม่โดยมุ่งเป้าไปยังยีนหรือโปรตีนที่ก่อมะเร็งใช้ในการเจริญเติบโตและแบ่งตัว จึงมีฤทธิ์ทำงานเฉพาะเซลล์มะเร็งเท่านั้น ทำให้มีผลข้างเคียงต่ำกว่าการใช้เคมีบำบัดแบบเดิม ซึ่งมีผลต่อทั่วร่างกาย โดยการออกฤทธิ์นั้นจะไปยังยีนเอนไซม์ที่ชื่อว่า ไคเนส (kinase) ซึ่งเชื่อว่าเป็นเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ซึ่งจากการยับยั้งดังกล่าวจะส่งผลดังต่อไปนี้คือ ชัดขวางการแบ่งตัวและการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง (inhibit tumor cell proliferation) ยับยั้งการสร้างเลือดใหม่ที่ก่อมะเร็งสร้างขึ้นเพื่อไปเลี้ยงตัวมันเอง (anti-angiogenesis) ทำให้เซลล์มะเร็งขาดออกซิเจนและอาหารไปเลี้ยง



จากผลการวิจัยในยุโรปและสหรัฐอเมริกา พบว่า นวัตกรรมยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเป้าหมาย (Targeted Therapy) นี้สามารถยืดอายุผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับได้ 44% อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยามีชีวิตอยู่ได้ 7.9 เดือน ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับยามีชีวิตอยู่ได้ 10.7 เดือน ส่วนผลการวิจัยในเอเชียพบว่า ยาตัวนี้สามารถยืดอายุผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับได้ 47% อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยามีชีวิตอยู่ได้ 4.2 เดือน ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับยามีชีวิตอยู่ได้ 6.5 เดือน แต่เนื่องจากตัวยาไซราฟิโนบเป็นตัวยามีราคาค่อนข้างสูงมาก เฉลี่ยต่อปีอยู่ที่ประมาณ 2.4 ล้านบาท มูลนิธิสถาบันมะเร็งแห่งชาติร่วมกับบริษัท ไบเออร์ไทย จึงได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีการผ่าตัดหรือฉีดเคมีบำบัดเข้าร่วมโครงการ NPAP เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยจะเสียค่าใช้จ่ายในอัตราเริ่มต้นที่ 2-6 แสนบาท โดยในช่วงระยะแรก ผู้ป่วยจะต้องซื้อยาไซราฟิโนบเอง และสลับกับที่โครงการจัดหาให้ ระยะ

เวลาเดือนเว้นเดือน หลังจากนั้นหากไม่มีอาการแพ้หรือผื่นปฏิกิริยาจะได้รับตัวยาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายต่อไป ซึ่งจะรับยาได้จนกว่าตัวยาใช้ไม่ได้ผลแล้ว หรือมีผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยรับไม่ได้

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีนวัตกรรมยาใหม่ที่ค้นคว้าและวิจัยขึ้นเพื่อรักษาโรคมะเร็งตับ แต่วิธีที่ดีที่สุดคือการป้องกันตัวเอง และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดตับอักเสบหรือตับแข็ง เช่น งดดื่มสุราร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อราหรือสารอะฟลาทอกซิน หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งใด ๆ ของผู้อื่น หากจำเป็นให้สวมถุงมือ ห้ามใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ไม่สำล่อนทางเพศ และสวมถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น **รศ.นพ.นรินทร์** กล่าว

สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเข้าร่วมโครงการฯ จะต้องมีคุณสมบัติตามที่โครงการกำหนดไว้ ดังนี้

- ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาและได้รับการรักษาในประเทศไทย
- สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาพาสปอร์ต
- ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นโรคที่สามารถ

ใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

- ผู้ป่วยและญาติสายตรงต้องมีรายได้รวมไม่เกิน 1,500,000 บาท/ปี
- สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าไฟฟ้าของบ้านที่ท่านพักอาศัยอยู่
- หนังสือรับรองการเงินของผู้ป่วยและญาติสายตรง เช่น เงินเดือน รายได้จากการประกอบอาชีพ ใบรับรองการเสียภาษีประจำปี
- ผู้ป่วยต้องไม่มีสิทธิในการเบิกค่ายาดังกล่าวจากสังกัดใด ๆ และ
- ผู้ป่วยต้องสามารถรับผิดชอบค่ายาขั้นต้นได้ตามที่โครงการกำหนด

สามารถสอบถามรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการฯ ได้ที่ โทรศัพท์ 09-2434-3681-2 ทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.30-17.30 น. ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2556



ทุกวันนี้... กินข้าวไทย มั่นใจหรือเปล่า?

“พบสารปนเปื้อนในข้าวไทยตามท้องตลาด” เป็นเรื่อง Talk of the Town กันทั้งบ้านทั้งเมืองกับคุณภาพข้าวไทยที่ลือกันว่ามีการปนเปื้อนอยู่ในเมล็ดข้าว แต่กลับถูกนำมาวางขายตามท้องตลาด ทำให้คนไทยจำนวนไม่น้อยต่างตื่นตระหนกกับผลข้างเคียงจากการบริโภคข้าวไทยเป็นอย่างมาก

ภายหลังที่ประเด็นเรื่องข้าวถูกพูดถึงกันอย่างแพร่หลาย ได้มีหน่วยงานด้านสาธารณสุขทั้งทางภาครัฐและเอกชนร่วมกันเร่งแก้ไข ด้วยตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งในส่วนของผู้บริโภค การส่งออก รวมทั้งภาพลักษณ์ของข้าวไทย ซึ่งผลจากการตรวจสอบคุณภาพข้าวบรรจุถุงเป็นเครื่องพิสูจน์ว่า แม้จะพบสารโบรไมด์ หรือยาฆ่าแมลงเจือปนอยู่ในข้าวก็ตาม แต่ค่าที่พบนั้นไม่เกินค่ามาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ (โคเด็กซ์) กำหนด และไม่พบสารตกค้างอื่นใดที่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภค

เสียงสะท้อนจากผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเรื่องคุณภาพข้าวไทยมีให้เห็นในทุกด้าน ทั้งผู้ผลิต ตัวแทนจำหน่าย การส่งออก ตลอดจนผู้บริโภค คราวนี้ลองมาฟังเสียงสะท้อนจากบุคคลผู้ดูแลสุขภาพกันบ้าง นั่นคือกลุ่มน้อง ๆ นักศึกษาแพทย์ (ว่าที่คุณหมอในอนาคต) ว่า **ทุกวันนี้...กินข้าวไทย มั่นใจหรือเปล่า?**



นศพ.ณิชา เหมปฐวี

มั่นใจ! ... “ถึงแม้จะมีข่าวด้านลบของข้าวไทยออกมามากกว่าคุณภาพต่ำลง แต่สำหรับผมยังคงมั่นใจข้าวไทย และเชื่อมั่นว่าข้าวไทยก็เป็นข้าวดีอันดับหนึ่งของโลกเสมอ แต่ก็ใช่ว่าจะมองข้ามความสำคัญของการเลือกบริโภค ไม่ว่าจะอย่างไรเราเองก็ควรติดตามข้อมูลและพิจารณาความปลอดภัยก่อนตัดสินใจเลือกซื้อทุกครั้ง เช่น เลือกซื้ออาหารจากร้านค้าที่สะอาด ถูกหลักอนามัย การเลือกซื้อข้าวสารให้ดูวันเดือนปีที่ผลิต และพิจารณาเบื้องต้นด้วยสายตาว่าเป็นข้าวใหม่หรือข้าวเก่า บรรจุถุงเรียบร้อยดีหรือไม่”



นศพ.จารุสิทธิ์ แฉงสว่าง

มั่นใจ! ... “เคยได้ยินข่าวเรื่องข้าวไทยมีสารตกค้างมาเหมือนกันครับ แต่ไม่ได้วิตกกังวลอะไรมากมาย ยังคงเชื่อมั่นมาตรฐานข้าวไทย ส่วนการเลือกกินเลือกซื้อ ถึงแม้ไม่มีข่าวเหล่านี้ออกมา ผู้บริโภคก็ควรใส่ใจในการเลือกซื้อไว้ก่อน เพราะการที่เราไปซื้อข้าวแล้วเจอข้าวไม่ได้มาตรฐานนั้น มาจากหลายเหตุปัจจัย เช่น อาจเกิดจากการค้างสต็อกจากโรงงาน หรือทางตัวแทนจำหน่าย แล้วผู้บริโภคไม่ได้ตรวจสอบวันผลิตและวันหมดอายุก็อาจเป็นไปได้ ทางที่ดีควรใส่ใจในการเลือกซื้อทุกครั้งครับ”



นศพ.เพิ่มลาภ เมษรักษากิจ

ไม่ค่อยมั่นใจ! ... “จากที่ได้ยินข่าวเรื่องข้าวบรรจุถุงมีสารเคมีตกค้างหรือเจือปนอยู่ก็ไม่ได้ถึงกับซีเรียสมาก แต่ก็ละเอียดในการเลือกซื้อมากขึ้น คือไม่ซื้อข้าวบรรจุถุงห่อที่เป็นข่าว หรือเวลาซื้อข้าวจากร้านอาหารข้างนอก เช่น ร้านอาหารตามสั่งทั่วไปก็เลือกซื้อจากร้านที่สะอาด ดูน่าเชื่อถือ และเช็กก่อนกิน เช่น ดูสี ดมกลิ่นว่ามีความผิดปกติหรือไม่ แต่อีกใจหนึ่งก็ยังคงเชื่อว่า ข้าวไทยมีดีกว่าข้าวจากที่อื่น ๆ ครับ”



นศพ.วรรณ ชีววัฒนชัย

มั่นใจ! ... “ยังคงเชื่อว่าข้าวไทยมีคุณภาพและเป็นข้าวพันธุ์ดีที่สุด ทุกวันนี้ที่กินข้าวไทยก็มีความมั่นใจเสมอ ส่วนการเลือกบริโภค ไม่ว่าจะอย่างไรเราก็ควรเลือกบริโภคอยู่แล้ว เช่น ข้าวที่ดี มีมาตรฐาน แต่ทางร้านค้าอาจเก็บไว้นานจนข้าวหมดอายุ แต่กลับนำมาขายให้ลูกค้ากิน ซึ่งกรณีนี้ความผิดเป็นของพ่อค้าแม่ค้าร้านอาหารนั้น ๆ ที่ไม่มีจรรยาบรรณ อันนี้เป็นแค่การสมมุตินะคะ ยากीให้ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญในการเลือกบริโภค อาจเสียเวลาในการพิจารณาสักหน่อย แต่มันก็คุ้มค่ากับการที่เราได้เลือกซื้อของที่ดีและมีมาตรฐานค่ะ”



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



**Chiang Mai Cardiology Conference (CMCC 15th)
and
Thai Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd.**

Cordially invite you to attend Luncheon Symposium

How Can We Avoid Small Bowel and Gastric Ulcer from ASA/NSAIDs

Speakers :

*** Cytoprotective Agent in Aspect of Cardiology**

Assoc.Prof.Sarana Boonbaichaiyapruck
Cardiologist,
Ramathibodi Hospital

*** Optimizing Care Patients with Long Term ASA/NSAIDs**

Dr.Pises Pisespongsa
Gastroenterologist,
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Moderator :

Dr.Narawudt Prasertwitayakij

Thursday, September 12th, 2013

12:00-13:30

Function Room 2, Shangri-La Hotel, Chiang Mai





CMCC 15th
Chiang Mai Cardiology Conference 2013
and Abbott Laboratories Limited

Cordially invite you to attend Dinner Symposium

Prescription Omega-3 Fatty Acids Ethyl Ester for the Residual Risk Reduction in CVD

Moderator :

Asst.Prof.Surapun Sitthisook, MD.
King Chulalongkorn Memorial Hospital

Speaker :

Gp.Capt.Krisada Sastravaha, MD.
Bhumibol Adulyadej Hospital

Friday, September 13th, 2013
16.30–18.00
Floor 1, Function Room 3,
Shangri-La Hotel, Chiang Mai

EZETROL™

(ezetimibe)
and statin

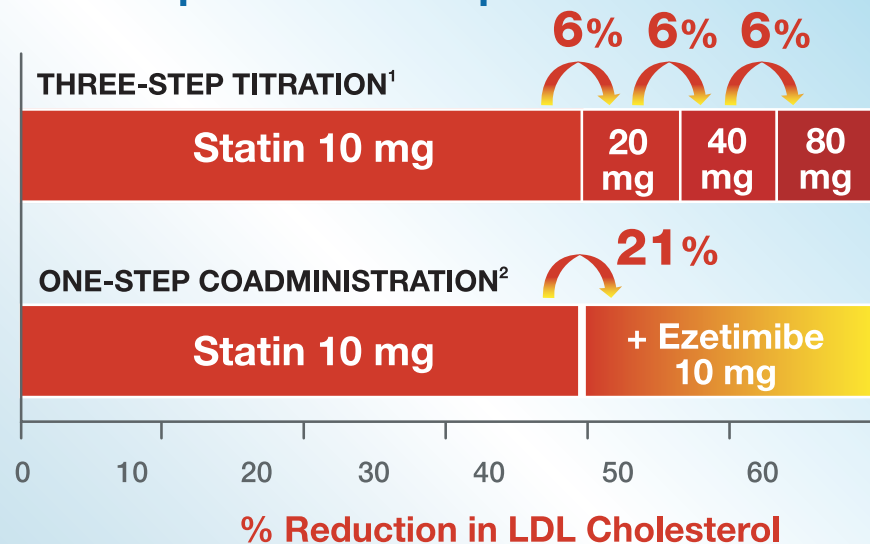
BETTER TOGETHER!

Ezetimibe + Statin Therapy

For patients not at goal to statin therapy

Add EZETROL to your choice of statin for greater LDL-C reduction³

Incremental Reduction: One Step or Three Steps?



Study design

Knopp (1999): General conclusion derived from a thorough overview of all available drug therapy for lipid disorders at the time of publication. The review focused on the characteristics of statins in particular. The 6 statins highlighted were lovastatin, pravastatin, simvastatin, atorvastatin, fluvastatin, and cerivastatin.

Gagne C, et al (2002): The efficacy and safety of adding ezetimibe to ongoing statin therapy in patients with primary hypercholesterolemia was evaluated in a randomized, double-blind, placebo-controlled study. The study group included 769 adults (aged > 18 years) with primary hypercholesterolemia who had not achieved NCEP ATP II goals with dietary alteration and statin monotherapy. Patients receiving a stable dose of a statin for > 6 weeks were randomized to receive concurrent treatment with placebo (n = 390) or ezetimibe (n = 379), 10 mg/day, in addition to continuing their open-label statin for 8 weeks. The primary efficacy variable was the percent change in low-density lipoprotein (LDL) cholesterol from baseline with statin monotherapy to end point after intervention. Ongoing statin therapy plus ezetimibe led to changes of = 25.1% for LDL cholesterol (HDL cholesterol = 2.7%, triglycerides = 14.0%) compared with LDL cholesterol = 3.7% (p < 0.001), HDL cholesterol = 1.0% (p < 0.05), and triglycerides = 2.9% (p < 0.001) for placebo added to ongoing statin therapy. Among patients not at LDL cholesterol goal at on-statin baseline, 71.5% receiving statin plus ezetimibe versus 18.9% receiving statin plus placebo reached goal at end point (odds ratio 23.7; p < 0.001).

References

¹ Knopp RH. Drug treatment of lipid disorders. N Engl J Med. 1999;41:498-511. ² Bays H. Ezetimibe. Expert Opin Investig Drugs. 2002;11:1587-1604. ³ Gagne C, Bays HE, Weiss SR et al. for the Ezetimibe Study Group. Efficacy and safety of ezetimibe added to ongoing statin therapy for treatment of patients with primary hypercholesterolemia. Am J Cardiol 2002;90:1084-1091.

SUMMARY INFORMATION AND SAFETY PROFILE OF EZETROL™

COMPOSITION: Each tablet of EZETROL™ for oral administration contains 10 mg ezetimibe. **INDICATIONS:** Primary Hypercholesterolemia EZETROL™, administered with an HMG-CoA reductase inhibitor (statin) or alone, is indicated as adjunctive therapy to diet for the reduction of elevated total cholesterol (total-C), low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), apolipoprotein B (Apo B), and triglycerides (TG) and to increase high density lipoprotein cholesterol (HDL-C) in adult and adolescent (10 to 17 years of age) patients with primary (heterozygous familial and non-familial) hypercholesterolemia. EZETROL™, administered in combination with fenofibrate, is indicated as adjunctive therapy to diet for the reduction of elevated total-C, LDL-C, Apo B, and non-HDL-C in adult patients with mixed hyperlipidemia. **Homozygous Familial Hypercholesterolemia (HoFH)** EZETROL™, administered with a statin, is indicated for the reduction of elevated total-C and LDL-C levels in adult and adolescent (10 to 17 years of age) patients with HoFH. Patients may also receive adjunctive treatments (e.g., LDL apheresis). **Homozygous Sitosterolemia (Phytosterolemia)** EZETROL™ with diet is indicated for the reduction of elevated sitosterol and campesterol levels in patients with homozygous familial sitosterolemia. **Prevention of Major Cardiovascular Events in Chronic Kidney Disease** EZETROL™, administered with simvastatin, is indicated to reduce the risk of major cardiovascular events in patients with chronic kidney disease. **DOSE AND ADMINISTRATION:** The recommended dose of EZETROL™ is 10 mg once daily, used alone, with a statin, or with fenofibrate. EZETROL™ can be administered at any time of the day, with or without food. **CONTRAINDICATIONS:** Hypersensitivity to any component of this medication. When EZETROL™ is to be administered with a statin or with fenofibrate, please refer to the Package Insert for that particular medication. **PRECAUTIONS:** **Liver Enzymes:** When EZETROL™ is co-administered with a statin liver function tests must be performed at initiation of therapy and according to the recommendations of the statin. **Skeletal Muscle:** In clinical trials, there was no excess of myopathy or rhabdomyolysis associated with EZETROL™ compared with the relevant control arm (placebo or statin alone). Patients starting therapy with EZETROL™ should be advised of the risk of myopathy and told to report promptly any unexplained muscle pain, tenderness, or weakness. EZETROL™ and any statin that the patient is taking concomitantly should be immediately discontinued if myopathy is diagnosed or suspected. **Hepatic Insufficiency:** Due to the unknown effects of the increased exposure to ezetimibe in patients with moderate or severe hepatic insufficiency, EZETROL™ is not recommended in these patients. **Fibrates:** The coadministration of ezetimibe with fibrates other than fenofibrate is not recommended. **Fenofibrate:** If cholelithiasis is suspected in a patient receiving EZETROL™ and fenofibrate, gallbladder studies are indicated and alternative lipid-lowering therapy should be considered. **Cyclosporine:** Caution should be exercised when initiating ezetimibe in the setting of cyclosporine. Cyclosporine concentrations should be monitored in patients receiving EZETROL™ and cyclosporine. **Anticoagulants:** If EZETROL™ is added to warfarin, another coumarin anticoagulant, or fluindione, the International Normalized Ratio (INR) should be appropriately monitored. **PREGNANCY AND NURSING MOTHERS:** **Pregnancy:** No clinical data on exposed pregnancies are available. Caution should be exercised when prescribing EZETROL™ to pregnant women. **Nursing Mothers:** EZETROL™ should not be used in nursing mothers unless the potential benefit justifies the potential risk to the infant. **SIDE EFFECTS:** In clinical trials, the following common (>10% to <10%) drug-related adverse experiences were reported in patients taking EZETROL™ administered alone: abdominal pain, diarrhea, flatulence, fatigue; or coadministered with a statin: ALT and/or AST increased, headache, myalgia; or coadministered with fenofibrate: abdominal pain. **Pediatric (6 to 17 Years of Age):** Patients in a study involving pediatric (6 to 10 years of age) patients with heterozygous familial or non-familial hypercholesterolemia (n=138), the safety and tolerability profile of the group treated with EZETROL™ was similar to that of adult patients treated with EZETROL™. **DRUG INTERACTIONS:** In preclinical studies, it has been shown that ezetimibe does not induce cytochrome P450 drug metabolizing enzymes. No clinically significant pharmacokinetic interactions have been observed between ezetimibe and drugs known to be metabolized by cytochromes P450 1A2, 2D6, 2C8, 2C9, and 3A4, or N-acetyltransferase. **USE IN PEDIATRIC AND ADOLESCENT PATIENTS:** Children and adolescents ≥6 years: No dosage adjustment is required. Children <6 years: Treatment with EZETROL™ is not recommended. **USE IN THE ELDERLY:** No dosage adjustment is required for elderly patients. **USE IN RENAL IMPAIRMENT/CHRONIC KIDNEY DISEASE: Monotherapy:** In patients with renal impairment, no dosage adjustment of EZETROL™ is necessary. **Combination Therapy with Simvastatin:** In patients with mild renal impairment (estimated GFR >30 mL/min/1.73 m²), no dosage adjustment of EZETROL™ or simvastatin is necessary. In patients with chronic kidney disease and estimated glomerular filtration rate <30 mL/min/1.73 m², the dose of EZETROL™ is 10 mg and the dose of simvastatin is 20 mg once a day in the evening. In such patients, the use of higher doses of simvastatin should be closely monitored. **USE IN HEPATIC IMPAIRMENT:** No dosage adjustment is required in patients with mild hepatic insufficiency. Treatment with EZETROL™ is not recommended in patients with moderate or severe liver dysfunction. **STORAGE:** Do not store above 30°C. Store in the original package.

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

CARD-1075606-0015

Further Information is Available on Request.
Please Consult Manufacturer's Full Prescribing Information Before Initiating Therapy.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยาและเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ จพ. 1358/2552



MSD (Thailand) Ltd.

The Offices at Central World, Floor 37th 999/9 Rama 1 Road, Pathumwan, Bangkok 10330 Tel. (66) 2255-5090 Fax. (66) 2255-5095

5 ปีติด แพทย์ ศิริราช-จุฬาฯ-รามาฯ รับพระราชทานทุนโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2556



โครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ถือกำเนิดขึ้นเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ตามมติที่ประชุมกรรมการมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลฯ ครั้งที่ 2/2550 มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เยาวชนไทยที่รักและมุ่งมั่นในวิชาชีพด้านการแพทย์ ดำเนินตามรอยเบื้องพระยุคลบาทสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ดำเนินการคัดเลือกโดยคณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการดำเนินการ และคณะกรรมการคัดเลือกโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล เมื่อคัดเลือกได้ผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการเยาวชนฯ จะนำรายชื่อแจ้งต่อที่ประชุมคณะกรรมการมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเป็นองค์ประธาน และถือเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการตัดสิน โดยในปีนี้มีผู้ได้รับการเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้รับพระราชทานทุนโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2556 ทั้งสิ้น 23 ราย จาก 10 สถาบัน และมีผู้ผ่านเกณฑ์ตามคุณสมบัติของโครงการเยาวชนฯ จำนวน 5 ราย ซึ่งผู้ผ่านการคัดเลือกจะได้รับพระราชทานทุนไปปฏิบัติงานด้านการศึกษาวิจัย ฝึกปฏิบัติวิชาชีพ หรือทำงานด้านการพัฒนาชุมชนในต่างประเทศ หรือในประเทศเป็นเวลา 1 ปี โดยจะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ และให้นับเวลาการไปครั้งนั้นรวมเป็นเวลาของการใช้ทุนหลังจากศึกษาแพทย์จบแล้วด้วย



ศ.คลินิก นพ.สุพัฒน์ วาณิชยการ เลขาธิการมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ นายมนัสวี ศรีโสดาพล อธิบดีกรมสารนิเทศ กระทรวงการต่างประเทศ และประธานคณะกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์มูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ประธานคณะกรรมการอำนวยการโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล รศ.นพ.อภิชาติ อัครวงคกุล ประธานคณะกรรมการดำเนินการโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล และ ศ.นพ.สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์ ประธานคณะ

กรรมการคัดเลือกโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ได้ร่วมกันแถลงข่าวผลการตัดสินผู้ได้รับพระราชทานทุนโครงการเยาวชนรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2556 จำนวน 5 ราย ได้แก่ **นายเจนวิทย์ วงศ์บุญสิน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล**, **น.ส.เพราพวง อุดมภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล**, **นายภควัต จงสถิตเกียรติ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, **นายวีรประภาส กิตติพิบูลย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** และ **นายศุภวิชญ์ เจริญชัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล**



นายเจนวิทย์ วงศ์บุญสิน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นายเจนวิทย์ เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจด้านการประยุกต์ใช้เซลล์ต้นกำเนิดในการชะลอและการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปัจจุบันพบได้มากถึง 17% ของประชากร และมีแนวโน้มที่ต้องการการบำบัดทดแทนไตมากขึ้น ทั้งนี้การรักษาในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการรักษาประคับประคองด้วยการฟอกไตทางช่องท้องหรือทางหลอดเลือด แม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้นและได้รับการสนับสนุนจากระบบสาธารณสุข แต่การรักษาดังกล่าวยังมีค่าใช้จ่ายสูงในระยะยาวและไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ ส่วนการรักษาที่ทำให้หายขาดคือการปลูกถ่ายไตนั้นยังคงประสบปัญหาการบริจาคอวัยวะที่ไม่เพียงพอ ซึ่งเกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก การศึกษาวิจัยด้านเซลล์ต้นกำเนิดจึงเป็นแนวทางใหม่ที่กำลังเป็นที่สนใจ และอาจเป็นทางเลือกในการรักษาโรคไตในอนาคต

น.ส.เพราพวง อุดมภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

น.ส.เพราพวง เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจที่จะทำโครงการศึกษาวิจัยด้านโครงการส่งเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย เพื่อก้าวสู่ยุคปลอดไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย ความสนใจในเรื่องนี้เกิดขึ้นเนื่องจากความจริงที่ว่า การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเป็นเหมือนภัยเงียบระยะแรกของการติดเชื้อไม่มีอาการ แม้แต่ผู้ป่วยจะเป็นตับแข็งแล้วก็ตาม กว่าจะมีอาการก็ต้องเสียหน้าที่มากแล้ว อาการจึงมักพบในระยะท้าย ทั้ง ๆ ที่ปัจจุบันนี้มียารักษาซึ่งสามารถควบคุมอาการของโรคได้อย่างดีมาก สามารถคุมโรคให้สงบและลดโอกาสที่จะเป็นโรคมะเร็งตับหรือตับแข็งได้อย่างชัดเจน แม้จะไม่หายขาด ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องกินยาตลอดเพื่อป้องกันการดื้อยา คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงยาได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ แต่ยังมีผู้ป่วยเพียงบางกลุ่มที่ตระหนักถึงความสำคัญในการตรวจติดตามและรับการรักษาอย่างถูกต้อง ซึ่งปัญหาที่สำคัญที่สุดทั่วโลกคือ ปัญหาเรื่องความตระหนักรู้หรือ awareness ที่ทั่วโลกมีเพียง 41% โดยในประเทศไทยยังไม่มีการทำเรื่องนี้อย่างจริงจัง ดังนั้น วิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาเพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะเกิดขึ้นได้ถ้าทุกคนมีความตระหนักรู้ หรือ awareness นั้นเอง





นายภควัต จงสติกเกียรติ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นายภควัต เป็นนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจที่จะทำโครงการศึกษาวิจัยในการพัฒนาองค์ความรู้ในระดับอนุพันธุศาสตร์เพื่อการรักษาโรคมะเร็งสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคมะเร็งสมองชนิด Glioblastoma ความสนใจในเรื่องนี้เกิดขึ้นเนื่องจากความจริงที่ว่ามะเร็งสมองชนิดดังกล่าวพบมากที่สุดในการตรวจพบที่มีต้นกำเนิดจากเซลล์ในระบบประสาทด้วยกัน นอกจากนี้ยังเป็นชนิดที่มีการดำเนินโรครวดเร็วและรุนแรงที่สุด พยากรณ์โรคเลวร้ายที่สุด และมีอัตราการตายสูงที่สุดอีกด้วย ที่สำคัญผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดนี้เกือบทั้งหมดจะพิการ โดยจะมีอาการชัก อ่อนแรง อัมพาต เดินไม่ได้ หรือส่งผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดเปลี่ยนแปลงไป เรียกว่าผู้ป่วยจะสูญเสียคุณภาพชีวิตทั้งหมดก่อนที่จะวาระสุดท้ายจะมาถึงด้วยซ้ำ ภควัตมีความฝันที่อยากจะเป็นประสาทศัลยแพทย์ผู้มีส่วนทำให้มะเร็งสมองชนิดนี้เป็นโรคที่ไม่น่ากลัว เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วก็ไม่เหมือนเป็นการนับถอยหลังสู่ความตายอีกต่อไป จึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเพื่อค้นให้พบกลไกที่อยู่เบื้องหลังการแพร่กระจายที่รวดเร็วของโรคมะเร็ง ด้วยความหวังว่าจะเป็นส่วนหนึ่งเพื่อนำไปสู่การหาแนวทางการรักษาใหม่ ๆ ในอนาคต

นายวีรประภาส กิตติพิบูลย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นายวีรประภาส เป็นนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 ของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความสนใจทำโครงการศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาระบบโครงการบริหารจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างครบวงจรในประเทศไทย เนื่องจากแนวทางการดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในอดีตนั้นมีข้อบกพร่องสำคัญคือ ไม่ได้เน้นถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยทั้งในการติดตามอาการและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดผลลัพธ์การรักษาก็จะมีการเริ่มพัฒนาระบบให้การดูแลรักษาที่เรียกว่า “โครงการบริหารจัดการภาวะหัวใจล้มเหลว” ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลรักษาที่เน้นการทำงานของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาล เภสัชกร เพื่อให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพพร้อมกับส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งโครงการนี้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ ขณะที่ประเทศไทยนั้น การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จึงเป็นที่มาของการจัดทำโครงการศึกษารูปแบบของโครงการบริหารจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างครบวงจรในต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนารูปแบบโครงการในประเทศไทย อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และลดการสูญเสียทรัพยากรต่าง ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะยาว



นายศุภวิชญ์ เจษฎาชัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



นายศุภวิชญ์ เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีความสนใจที่จะทำโครงการศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างระดับของวิตามินดีในเลือดกับผลการรักษาวัณโรค ความสนใจในเรื่องนี้เกิดขึ้นด้วยความตระหนักว่า วัณโรคยังคงเป็นโรคติดต่อที่ก่อปัญหาและส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบสาธารณสุขของไทยและหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ในขณะที่ประสิทธิภาพของสูตรการรักษาในปัจจุบันยังไม่ได้เท่าที่ควร จึงมีการค้นคว้าเพื่อหาแนวทางการรักษาใหม่ โดยหลายการศึกษาพบว่า วิตามินดีมีผลดีต่อระบบภูมิคุ้มกัน โดยเฉพาะในการควบคุมการติดเชื้อวัณโรค แต่ยังคงเป็นที่ถกเถียงถึงระดับของวิตามินดีที่เหมาะสมที่สามารถกระตุ้นหรือส่งเสริมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้มีความสามารถในการต่อต้านเชื้อวัณโรค ศุภวิชญ์จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเพื่อตอบคำถามดังกล่าว และเกิดความคิดริเริ่มในการนำวิตามินดีมาใช้ร่วมกับสูตรยาต้านวัณโรคที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และลดโอกาสการแพร่เชื้อสู่ชุมชน โดยมุ่งหวังเพื่อลดความสูญเสียจากวัณโรคทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ

St. Andrews

คณะของ

ชมรมสมาชิกรูมิสกา

2551-2560 รวม 20 คน

(งบประมาณส่วนตัว) ได้เดินทางไปปารีส

2 คืน แล้วจึงบินจากปารีสไปลงที่ Edinburgh,

Scotland จากนั้นเราก็นั่งรถไฟตรงไปยังโรงแรม Macdonald Rusacks ซึ่งอยู่ข้าง ๆ หลุมที่ 18 ของสนาม Old Course อันมีชื่อของ St. Andrews โรงแรมนี้เก่าแก่มาก ไม่ใหญ่ แต่จุ่มจุ่มน่ารักมาก มีลิฟต์เล็ก ๆ เพียงตัวเดียว ขึ้น-ลงข้ามมาก มีห้องอาหารที่ได้มาตรฐาน Michelin มี bar และ grill และยังมี gastro บาร์ด้วย (คือขายแอลกอฮอล์ และอาหารที่อร่อย) ผมได้นอนห้องคู่กับท่านประธานชมรมฯ วรวิทย์ ซึ่งดีมากเลย เพราะท่านนอนเร็ว นอนง่ายมาก ผมทำลึงทำค้างอะไร ท่านก็หลับได้ และตื่นเช้ามากก่อนผม เข้าห้องน้ำเรียบร้อยแล้วจึงปลุกผมหรือผมตื่นเอง จึงสะดุ้งสบายมาก บางทีตี 4 ก็ตื่นแล้ว (โชคดียิ่งที่ผมก็เป็นคนตื่นเร็ว จึงไปด้วยกันได้) จาก Edinburgh ไป St. Andrews โดยรถไฟและไกลมากพอสมควร ไปถึงก็บ่ายโมงกว่า ท่านข้าวซึ่งก็ข้ามมาก เพราะเสิร์ฟอย่างผู้ดี รอนจนทุก ๆ คนทานจบจานแรกจึงจะเสิร์ฟจานที่ 2 เราก็รีบทานกันทุก ๆ คน แต่เป็น 3 courses lunch จึงเสียเวลา ที่เราต้องรีบทานเพราะ 11 คนต้องไปที่ off ตอนบ่าย 3 โมงที่สนาม Eden. ซึ่งจ่ายเงินไปแล้ว

ที่สนามนี้มีผู้เล่น 11 คน แต่มีรถเพียง 5 คัน โชคดีที่นั่งได้คันละ 2 คน เราเอารถ buggy (เสีย £25) แต่ไม่เอา caddy (เสีย £40!) ผมได้นั่งกับอดีตท่านประธานวุฒิสภา ท่านประสพสุข เพราะท่านวรวิทย์สูบบุหรี่ จึงนั่งกับท่าน สว.เกษศิณี ซึ่งสูบบุหรี่เหมือนกัน

พวกเราตื่นเต้นมาก เพราะเป็นประวัติศาสตร์ คนที่ตี golf รู้เรื่อง golf รู้ประวัติศาสตร์ golf จะรู้ว่า St. Andrews เป็นสถานที่ให้กำเนิด golf เราถ่ายรูปกันใหญ่ ถ่ายกันทุกอย่างที่ถ่ายได้ สนามก็ไม่มีอะไรมาก ตรงอย่างเดียว ไม่มีน้ำ ไม่มีภูเขา ไม่มีป่า มีแต่ bunker ซึ่งทารุณมาก ลึกเป็นรูปทรงกระบอก ตกลงไปตีขึ้นยาก ผมจึงพยายามตีไม่ให้ตก แต่ก็ตกไป 2-3 ที แต่ที่แยคือหญ้าสั้นมากบน fairway ลูกจะวิ่งไกลมาก และสนามเป็นคลื่น 2 ข้าง fairway จะมี rough หรือหญ้าสูง เนื่องจากไม่มี caddy ช่วยดูลูก ลูกจึงหายไปทั้ง ๆ ที่เราเห็นตกลงใน fairway หรือตกใน rough ข้าง ๆ fairway แต่ก็ยังไม่พบ (ยังไม่ค่อยมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล!!!)

พวกเรา 4 คน วันแรกตีได้ 6 หลุมเท่านั้น เพราะฝนตก แต่อีก 7 คนเล่นท่ามกลางฝนจนจบ ผมคิดว่าสนามไม่ยาก แต่เราตีไม่ดีเอง ตรงไปตรงมา แต่มองลูกตกไม่ค่อยเห็นเท่านั้น แต่ท่านประธานประสพสุข (เก่งที่สุดใน 4 คน) หาลูกเก่งมาก ช่วยหาลูกของผมให้ได้หลายลูก นอกจากนั้นยังมีสองตายายมาเดินเล่นในสนาม golf! ช่วยหาลูกให้ผมได้ด้วย 1 ลูก คนตีกอล์ฟในไทยเคยตัวมาก มี caddy ที่ดี ๆ คอยหยิบ เก็บไม้ ดูลูกให้เราอย่างแม่นยำ

ว่าตกแล้ววิ่งไปทางไหน

ทุก ๆ คนที่สนใจกีฬาจะต้องรู้จัก St. Andrews เพราะเป็น “บ้าน” ของกอล์ฟ หรือ “home of golf” เป็นเมืองที่มีสนาม “Old Course” ที่โด่งดังและเก่าแก่มากที่สุดแห่งหนึ่งของโลก เป็นที่ใช้ในการแข่งขัน British Open ซึ่งถือว่าเป็น 1 ใน 4 Grand Slam ของ Golf คล้าย ๆ Wimbledon เป็น 1 ใน 4 Grand Slam ทางด้านเทนนิสของโลก กีฬากอล์ฟได้มีการเล่นที่สนามซึ่งต่อมากลายเป็นสนาม “Old Course” ตั้งแต่ในช่วงต้น ๆ ของ ค.ศ. 1400 ต่อมากอล์ฟก็ค่อย ๆ เป็นที่นิยม จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1457 กษัตริย์ James II ของ Scotland สั่งห้ามเล่นกอล์ฟเนื่องจากพระองค์มีความเห็นว่าผู้ชายหนุ่มเล่นกอล์ฟมากเกินไป (แทนที่จะไปฝึกหัดยิงธนู!) กษัตริย์องค์ต่อ ๆ มา ก็ห้าม จน James IV ในปี ค.ศ. 1502 ทรงเล่นกอล์ฟด้วย ได้ยกเลิกการห้ามดังกล่าว

ในปี ค.ศ. 1552 Archbishop John Hamilton ให้สิทธิประชาชนของ St. Andrews เล่นกอล์ฟได้บนสนาม Links นี้ได้ในปี ค.ศ. 1754 มี 22 ขุนนาง ศาสตราจารย์ และผู้มีที่ดินได้ก่อตั้ง Society of St. Andrews Golfers ในปี ค.ศ. 1797 St. Andrews Links มีปัญหาเนื่องจากได้ล้มละลาย สภาเมือง St. Andrews จึงได้ให้ชาวนาเลี้ยงแกะตายบนสนามได้ การต่อสู้ระหว่างนักกอล์ฟและผู้เลี้ยงแกะตายได้มีการดำเนินการถึง 20 กว่าปี จนปี ค.ศ. 1821 เมื่อนักกอล์ฟชื่อ James Cheape จาก Straththyrum ชื่อที่ดิน จึงเป็นผู้ที่ถูกยกย่องว่าเป็นผู้ช่วยให้สนามนี้อุรอดได้

ในปี ค.ศ. 1764 สนาม golf มี 22 หลุม! แต่ต่อมากสมาชิกรู้ว่ามี 8 หลุมที่ล้นไป จึงยุบมาเป็น 4 หลุม ทำให้เป็นที่มาที่ไปของการมี 18 หลุมต่อ 1 สนาม เช่นในปัจจุบันนี้ The Old Course ถูกใช้เป็นที่แข่งขันของ Open Championship ซึ่งเป็นการแข่งขันที่เก่าแก่ที่สุดในโลก และได้ถูกใช้ในงานนี้ถึง 28 ครั้ง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1873 ครั้งล่าสุดคือ ค.ศ. 2010 ซึ่งมากที่สุดกว่าทุกสนาม จะมีการแข่งขัน Open Championship ที่สนามนี้ทุก 5 ปี



การบัญชาเหตุการณ์

เมื่อเร็ว ๆ นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดอบรมเรื่องที่แน่ชัด ร่างคำพูดที่เหมาะสมและให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายออกข่าวซึ่งมีเรื่องราวน่าสนใจมากมาย โดยได้เชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์มาบรรยายด้วยกันหลายท่าน

ประเทศไทยเป็นประเทศที่สงบและไม่เคยต้องเผชิญกับภัยธรรมชาติมานานแสนนาน แต่หลังจากเกิดภัยสึนามิครั้งใหญ่ในมหาสมุทรอินเดียเมื่อปี พ.ศ. 2547 ซึ่งนับเป็นหนึ่งในภัยธรรมชาติครั้งที่มีผู้เสียชีวิตมากที่สุดในประวัติศาสตร์มนุษยชาติ โดยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 230,000 คนใน 14 ประเทศที่ติดกับมหาสมุทรอินเดีย สำหรับภัยพิบัติในครั้งนั้นส่งผลกระทบต่อจังหวัดภูเก็ตเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างภายในจังหวัด และทำให้ประเทศไทยตื่นตัวกับเรื่องภัยพิบัติกันอย่างแพร่หลาย

นับจากนั้นเป็นต้นมาประเทศไทยก็เริ่มประสบกับภัยธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหวหรือดินโคลนถล่มกันอีกหลายครั้ง ถึงแม้ไม่มีอันตรายร้ายแรงดังเช่นภัยสึนามิในปี พ.ศ. 2547 แต่ก็ทำให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านตอบโต้ภัยพิบัติเกิดขึ้นอย่างมากมายในประเทศไทย

นอกจากภัยธรรมชาติแล้วยังมีภัยจากสงคราม โดยที่วินาศกรรมคือภัยสงครามที่ผู้กระทำหวังว่าตนเองจะได้กลับ แต่การก่อการร้ายคือภัยสงครามที่ผู้กระทำหวังพลีชีพไปในเหตุการณ์นั้น ๆ

การอบรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอนหลักการบัญชาเหตุการณ์ต่าง ๆ ในยามเกิดภัยพิบัติ แต่ฉันคิดว่ามีหลักการบริหารหลายอย่างที่สามารถนำไปปรับใช้กับการบริหารงานต่าง ๆ ในยามปกติได้ด้วยเช่นกัน

การบัญชาการเหตุการณ์ หรือที่เรียกกันว่า Incident Command System คือระบบจัดองค์กรสำหรับการบังคับบัญชา (command) การควบคุม (control) และการประสานงาน (coordination) เพื่อตอบสนองต่อการที่หน่วยงานหลาย ๆ หน่วยงานร่วมปฏิบัติงานในสถานการณ์จำเพาะเพื่อระงับสถานการณ์ ปกป้องชีวิต ทรัพย์สิน และสิ่งแวดล้อม

ภารกิจประกอบด้วย 5 หน่วยหลัก คือ

Command – เราต้องทำอะไร

Planning – ขณะนี้เกิดอะไรขึ้น อะไรเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำ

Operation – มีการตอบโต้เหตุการณ์ปฏิบัติการอย่างไร

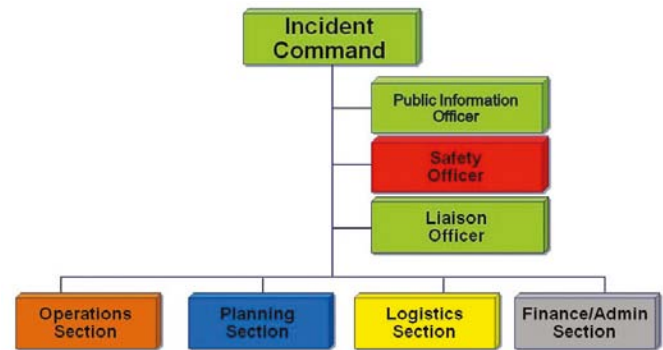
Logistics – เราสนับสนุนอย่างไร

Finance/administration – เราจะบันทึกและใครเป็นผู้จ่าย

ค่าดำเนินการ

นอกจากนี้ในกลุ่มที่อยู่ในศูนย์บัญชาการยังประกอบด้วย

หน่วยรักษาความปลอดภัย (Safety) หน่วยสื่อสารสู่สาธารณะ (Public Information) และหน่วยประสานงาน (Liaison)



สรุปหน้าที่ของการบัญชาการคือ กระจายงานว่า ใครทำอะไรช่วย ใครจ่าย ใครพูด

นอกจากนี้ผู้บัญชาการควรมีการประสานงาน ดังนี้

บน – รายงานเจ้านาย

ล่าง – สั่งการลูกน้อง

ขวา – ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ดับเพลิง ตำรวจ

ซ้าย – ประสานโรงพยาบาลใกล้เคียง

ผู้บัญชาการควรให้กำลังใจลูกน้อง เช่น ตบป่า หรือพูดว่าผมไว้ใจคุณเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน นอกจากนี้ควรจะมีลูกน้องอยู่สายงานประมาณ 2-7 คน (เฉลี่ยประมาณ 5 คน) เพื่อให้สายบัญชาการกระจายงานได้ทั่วถึง และลูกน้องแต่ละสายงานก็สร้างทีมของตนเองเพื่อสั่งการประมาณ 2-7 คนเป็นเช่นนี้ต่อไป ๆ กันไปจึงจะทำให้สายงานบังคับบัญชาได้ทั่วถึง



คำที่ควรใช้สื่อสารกับลูกน้อง

- หกคำ ควรจดจำเมื่อมอบหมายงาน **คุณ**ทำผมรับผิดชอบ
- ห้าคำ เตือนใจบอกกล่าวเมื่อเขาทำดี **คุณ**ทำได้เยี่ยมมาก
- สี่คำ เปิดทางให้เข้าร่วมเป็นเจ้าของ **คุณ**คิดอย่างไร
- สามคำ ที่ทรงคุณค่ายิ่งเมื่อให้อำนาจ **ขอความกรุณา**
- สองคำ ที่ต้องติดอยู่ที่ริมฝีปาก **ขอบคุณ**
- คำเดียว ที่มีพลังสูงสุด **เรา**
- คำเดียว ที่มีคุณค่าน้อยที่สุด **ผม**

การทำงานในการตอบโต้ภัยพิบัติ นั้น เราต้องปฏิบัติดังนี้ อย่างเคร่งครัด

1. ทุกคนมีเจ้านายคนเดียว แต่ไม่ใช่ทุกคนที่มีเจ้านายคนเดียว

นั่นคือ ในสถานการณ์ที่จุดเกิดเหตุก็ต้องเชื่อฟังเจ้านายในจุดนั้น และในโรงพยาบาลก็ต้องเชื่อเจ้านายที่อยู่ในโรงพยาบาล

2. ทำตามที่น่ายั้ง

เพราะถ้าไม่ปฏิบัติตามที่สั่งก็ย่อมไม่สามารถทำงานเป็นทีมได้



เป้าหมายของระบบบัญชาการคือ ปลอดภัย สำเร็จ และประหยัด

การทำงานนั้น ถ้า

- ระวังเหตุไม่ได้ ช่วยชีวิตคนไม่ได้ ภาพออกมาแต่ : งานห่วย
- ระวังเหตุไม่ได้ ช่วยชีวิตคนไม่ได้ ภาพออกมาดี : งานดี

- ระวังเหตุได้ ช่วยชีวิตคนได้ดี ภาพออกมาแต่ : งานแย
- ระวังเหตุได้ ช่วยชีวิตคนได้ดี ภาพออกมาดี : สุดยอดเยี่ยม

ปรารถนา

ดังนั้น ถึงแม้เราจะทำการระวังเหตุได้ดี ช่วยเหลือรักษาผู้บาดเจ็บได้ดี แต่แถลงข่าวไม่เป็นก็ทำให้ภาพการทำงานทั้งหมดแย่ตามไปด้วย

ดังนั้น การแถลงข่าวจึงเป็นเรื่องสำคัญ

หลายครั้งนักข่าวจากหลายสำนักมักแย่งกันหาข่าวเพื่อต้องการรายงานเป็นรายแรก

เราควรขอรายชื่อ เบอร์โทรศัพท์และเบอร์แฟกซ์เอาไว้เพื่อขอเวลารวบรวมและติดต่อกลับไปใน 15-30 นาที ทั้งนี้เพื่อมีเวลารวบรวมข้อมูลที่แน่ชัด ร่างคำพูดที่เหมาะสมและให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายออกข่าว หลังจากนั้นก็พิมพ์ทีเดียวพร้อมกระจายไปยังสำนักข่าวทุกแห่งพร้อมกันทำให้ข่าวนั้นไม่ผิดเพี้ยน ก็จะทำให้ภาพการทำงานทั้งหมดถูกสื่อออกไปได้ดี

ถ้ามีการแถลงข่าวต่อหน้าสื่อมวลชนก็ควรเริ่มด้วยการทักทายนักข่าวให้มากที่สุดเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดี ก็จะทำให้ผู้สื่อข่าวทั้งหลายยอมมือในการซักถามได้

การฝึกปฏิบัติตอบโต้ภัยพิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจอาจทำได้หลายแบบ ดังนี้

ฝึกปฏิบัติ (Exercise)			
Table Top Exercise	Live Exercise		
Table top	Drill	Functional	Full Scale
นำแผนและแนวทางการดำเนินการของแต่ละหน่วยงานมาร่วมกันฝึกบนสถานการณ์จำลองบนโต๊ะ	ฝึกความชำนาญของแต่ละหน้าที่	นำแผนมาลองปฏิบัติว่าใช้งานได้จริงไหม	ซ้อมแผนและแนวปฏิบัติที่มีอยู่ในสถานการณ์จำลองเหมือนจริง



Table top exercise



Drill



Functional exercise



Full scale

สรุป

ลักษณะผู้บริหาร แบ่งเป็น

- ผู้บริหารที่ดี : นายใช้ เพื่อนชม ลูกน้องชอบ
- เกือบดี : นายชอบ เพื่อนชม ลูกน้องเฉย
- ไม่ดี : นายไม่ชอบ เพื่อนเฉย ลูกน้องชัง
- ที่หาดีไม่ได้ : นายเฉย เพื่อนชัง ลูกน้องชั่ว ตัวเองช่วย



การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข หรือแผนการรวบอำนาจ การบริหารระบบสาธารณสุขของกลุ่มตระกูล ส. และ NGO สาธารณสุข (ตอนที่ 1)

เมื่อได้อ่านแผนการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 ที่จัดทำโดยสำนักวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรช.) ที่ได้เผยแพร่ในการจัดประชุมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอ้างการศึกษาวิจัยเชิงระบบโดยคำสั่งของ นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ในฐานะรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และได้มีการประชุมเพื่อเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2556 โดยผู้เสนอแผนการปฏิรูปคือ นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ได้แสดงระยะเวลาที่กำหนดฝังกำกับงานเพื่อให้เริ่มดำเนินการในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 โดยมีข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบคณะกรรมการสุขภาพเป็น 3 ระดับคือ

1. คณะกรรมการสุขภาพระดับชาติ (National Health Authority)
2. คณะกรรมการสุขภาพระดับเขต (Regional Level)
3. คณะกรรมการระดับจังหวัด (Provincial Level)

โดยคณะกรรมการใน 3 ระดับนี้มีส่วนประกอบของคณะกรรมการแยกออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. ผู้ควบคุม/กำกับ (Regulator)
2. ผู้ให้บริการ (Provider)
3. ผู้จ่ายเงินหรือผู้ซื้อบริการ (Purchaser)

โดยกำหนดบทบาทของกรรมการระดับประเทศใน 4 ระบบ คือ

1. ระบบบริการสุขภาพ
2. ระบบส่งเสริมสุขภาพ
3. ระบบควบคุมและป้องกันโรค
4. ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ตามเขตของ สปสช. โดยให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารงานในรูปแบบของคณะกรรมการระดับเขต เรียกว่า **“เครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต”** ในการควบคุมกำกับและการให้บริการสาธารณสุข โดยมี สปสช. เขตทำงานร่วมกับคณะกรรมการกองทุนประกันสุขภาพ

โดยให้คณะกรรมการสุขภาพระดับชาติเป็นผู้กำหนดนโยบาย มีการทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ โดยมีองค์ประกอบของคณะกรรมการมาจากข้าราชการ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกในการทำหน้าที่ควบคุมกำกับ และดำเนินการในการให้บริการสาธารณสุข ส่วนคณะกรรมการที่เป็นผู้ซื้อบริการประกอบด้วยผู้บริหารกองทุนประกันสุขภาพ 3 กองทุนคือ สปสช. กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม^(1,2)

ในส่วนของกรรมการระดับเขตนั้น จะรวมเขตตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขให้เหลือเพียง 11 เขต ตามเขตของ สปสช. โดยให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารงานในรูปแบบของคณะกรรมการระดับเขตเรียกว่า **“เครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขต”** ในการควบคุมกำกับและการให้บริการสาธารณสุข โดยมี สปสช. เขตทำงานร่วมกับคณะกรรมการกองทุนประกันสุขภาพ

ในส่วนของกรรมการระดับจังหวัดนั้น จะมีผู้รับผิดชอบคือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด บริหารงานในรูปแบบคณะกรรมการในระดับจังหวัดเช่นเดียวกัน

จะเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารกระทรวงสาธารณสุขจากเดิมมาเป็นรูปแบบของการทำงานในคณะกรรมการที่จะมีการนำเอา “ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก” เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติลงไปจนถึงระดับจังหวัดและอำเภอ

โดยการวางแผนเช่นนี้จะทำให้การบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปจากระเบียบบริหารราชการแต่เดิมที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ในหมวด 19 กระทรวงสาธารณสุข มาตรา 42⁽³⁾

มาตรา ๔๒ กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนและราชการอื่นตามที่มิกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

มาตรา ๔๓ กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนราชการดังต่อไปนี้

- (๑) สำนักงานรัฐมนตรี
- (๒) สำนักงานปลัดกระทรวง
- (๓) กรมการแพทย์
- (๔) กรมควบคุมโรค
- (๕) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- (๖) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- (๗) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- (๘) กรมสุขภาพจิต
- (๙) กรมอนามัย
- (๑๐) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขแบบที่ปลัดกระทรวงกำลังวางแผนดำเนินการอยู่จะเป็นการเปลี่ยนแปลงจากการบริหารราชการแผ่นดินโดยสิ้นเชิง กล่าวคือ จะมีการนำเอาบุคคลภายนอกที่อ้างว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญเข้ามาเป็นคณะกรรมการทั้ง 3 ระดับ รวมทั้งนำเอาสถาบันบริหารการเงินการคลังจากกองทุนประกันสุขภาพหรือสวัสดิการข้าราชการเข้ามามีอำนาจและบทบาทในการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข

ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกนี้จะน่าจะเป็น “กลุ่ม NGO สาธารณสุข” เนื่องจากเป็นผู้ได้เข้าประชุมในการนำเสนอแผนการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขด้วย ในขณะที่ฝ่ายบุคลากรสาธารณสุขที่ได้เข้าประชุมจะมีแต่ระดับผู้บริหารเท่านั้น ได้แก่ ผู้ตรวจราชการ ผู้อำนวยการ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

จะเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารกระทรวงสาธารณสุขจากเดิมมาเป็นรูปแบบของการทำงานในคณะกรรมการที่จะมีการนำเอา “ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก” เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติลงไปจนถึงระดับจังหวัดและอำเภอ

การปฏิรูปสาธารณสุขครั้งนี้ เป็นการรุกคืบของกลุ่มตระกูล ส. เพื่อเข้ามามีอำนาจในการบริหารสาธารณสุข

การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขในแบบที่ นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เสนอตามแบบแผนของ สวรส. และ สช. จะทำให้การบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นรูปแบบคณะกรรมการที่มีคนนอกเข้ามามีส่วนร่วมเหมือนที่ทำกันอยู่ในกลุ่มสถาบัน ส. (หรือตระกูล ส.)ทั้งหลาย

แต่กระทรวงสาธารณสุขยังเป็นหน่วยงานราชการ จะสามารถดำเนินงานในรูปแบบนี้ได้หรือไม่ โดยไม่ผิดกับระเบียบบริหารราชการแผ่นดินที่กำหนดไว้ แล้วจะต้องตั้งงบประมาณเป็นเงินเดือน ค่าตอบแทน/เบี้ยประชุม แก่กรรมการจากภายนอกจากงบประมาณส่วนใด

และที่น่าสงสัยยิ่งไปกว่านั้นก็คือ การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขตามแนวทางที่ปลัดกระทรวงเสนอนี้ เป็นการกระทำที่เร่งรีบและทำกันเฉพาะกลุ่มผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขบางเขต นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ กับองค์กรอิสระนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) รวมทั้งนักวิชาการในมหาวิทยาลัยที่รับงานจาก สวรส. ไปศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำมา “สังเคราะห์และเสนอแผนการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข” และกลุ่มที่สำคัญอีกกลุ่มที่ได้ร่วมงานกับองค์กรอิสระด้านสาธารณสุขตลอดมา ได้แก่ กลุ่ม NGO สาธารณสุขเท่านั้น แต่ปรากฏว่าบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้ปฏิบัติงานจริงไม่ได้รับเชิญเข้าประชุมรับฟังความคิดเห็นนี้ด้วย แม้จะอ้างว่าจะนำไปรับฟังความคิดเห็นภายในหน่วยงาน (กรม/เขต) แต่ก็ทราบว่าการประชุมนั้นไม่ได้เป็นการไปรับฟังความคิดเห็น แต่เป็นเหมือนการ “สั่งการ” ให้ข้าราชการและบุคลากรรับทราบว่าจะมีการ “ปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข” แบบใหม่นี้เท่านั้น ไม่ได้เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่/อย่างไร

(อ่านต่อฉบับหน้า) >>>

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immunodeficiency)

บทนำ

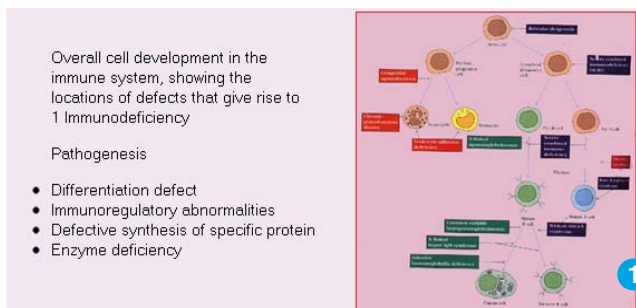
การที่เด็กเจ็บป่วยจากการติดเชื้อบ่อย ๆ เป็นปัญหาที่แพทย์พบเสมอ โดยเฉพาะในปัจจุบันที่มีเด็กไปโรงเรียนตั้งแต่อายุยังน้อย ๆ ต้องสัมผัสกับเด็กป่วยอื่น ๆ ทำให้มีการติดเชื้อบ่อย ๆ สิ่งสำคัญคือ เมื่อใดควรสงสัยว่าการติดเชื้อนั้นบ่อยผิดปกติ และเมื่อใดจำเป็นต้องทำการตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของการติดเชื้อบ่อย ๆ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในเด็กที่มีการติดเชื้อบ่อย ๆ คือ ภาวะภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติไป หรือการมีการลดลงของ Host Non-specific Resistance to Infection ทั้งนี้ก็เพราะนอกจากระบบภูมิคุ้มกันแล้ว ยังมีองค์ประกอบหลายประการที่มีผลต่อความต้านทานต่อเชื้อโรคของร่างกาย การประเมินผู้ที่ติดเชื้อบ่อย ๆ ต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ควบคู่ไปด้วยกันเสมอ

ภาวะภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติไปพบได้บ่อยพอสมควร แต่ผู้ป่วยบางส่วนอาจไม่ได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยโรค ทำให้ดูเหมือนว่ามีผู้ที่มีปัญหานี้ไม่มากนัก การวินิจฉัยที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษาที่เหมาะสม บางโรคในกลุ่มนี้มีการพยากรณ์โรคที่ดีและสามารถรักษาให้หายขาดได้ในรายที่มีเพียงการรักษาแบบประคับประคอง เมื่อได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องก็จะทำให้แพทย์มีแนวทางป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ปัจจุบันมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลาย ๆ อย่างที่สามารถบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และการส่งตรวจทำได้ไม่ยากนัก แพทย์จึงควรมีความรู้เบื้องต้นในเรื่องนี้ เพื่อเลือกการส่งตรวจที่ถูกต้องเหมาะสม

ความหมายของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง⁽¹⁾

เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผิดปกติ เป็นผลให้เกิดโรคติดเชื้อได้ง่ายและบ่อย รักษาให้หายยาก แบ่งเป็น

1. ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดปฐมภูมิ (Primary immunodeficiency, PIDs) มักเป็นแต่กำเนิด และอาจถ่ายทอดทางพันธุกรรม ความผิดปกติอาจเกิดขึ้นที่ระยะต่าง ๆ ในขั้นตอนของ immune cell development (รูปที่ 1)

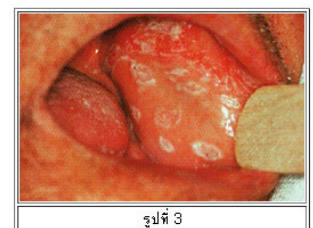
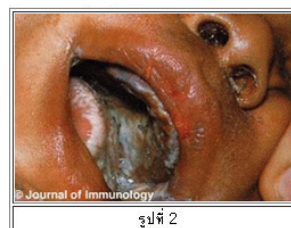


2. ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดทุติยภูมิ (Secondary immunodeficiency) อันเป็นภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดขึ้นในภายหลัง ไม่ได้เป็นแต่กำเนิด อาจเกิดจากหลายสาเหตุดังสรุปในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มอาการที่ทำให้เกิด ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดทุติยภูมิ (Secondary immunodeficiency) ⁽¹⁾	
Infection	HIV, Measles, Mononucleosis, Severe sepsis, Miliary TB, Leprosy
Malnutrition	
Malignancies	Lymphomas, Leukemia, Myeloma, Others
Metabolic	Diabetes, Severe liver disease, Uremia
Loss of Lymphocytes or Antibodies	Nephrotic syndrome, Protein-losing enteropathy, Severe burn
Collagen vascular	SLE
Immunosuppressants	Corticosteroids, Cyclophosphamide, Azathioprine, Methotrexate, Cyclosporin
Irradiation	
Post-splenectomy	
Bone marrow transplantation	

ในประเทศไทยการติดเชื้อ HIV เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่พบได้บ่อย และพบได้บ่อยกว่าภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดปฐมภูมิ แพทย์ควรนึกถึงการติดเชื้อ HIV ในเด็กที่มีการติดเชื้อรุนแรงและบ่อยกว่าปกติ อย่างไรก็ตาม PIDs ก็ยังเป็นโรคที่พบได้บ่อยพอสมควร ถ้าแพทย์ผู้รักษานึกถึงโรคในกลุ่มนี้และเลือกการตรวจกรองที่เหมาะสมจะทำให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เนื่องจากภูมิคุ้มกันในเด็กมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ดังนั้นการติดเชื้อชนิดเดียวกันในเด็กแต่ละวัยจึงมีความหมายแตกต่างกัน ในเด็กทารกที่ภูมิคุ้มกันยังไม่พัฒนาเต็มที่อาจมีเชื้อราในปาก (oral thrush) เป็นเรื่องปกติ ในขณะที่การมี oral thrush ในเด็กโต (รูปที่ 2-3) จะต้องนึกถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง



ดังนั้น วัยของเด็กจึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง นอกจากนี้ต้องพิจารณาประวัติและภาวะแวดล้อมอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งพอสรุปเป็นแนวทางได้ดังนี้

ข้อบ่งชี้ว่าควรทำการตรวจทางภูมิคุ้มกัน

- ภาวะการติดเชื้อที่ผิดปกติ เช่น การติดเชื้อที่บ่อยหรือนานเกินปกติ รุนแรงเกินปกติ ไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะมาตรฐานที่ใช้ เชื้อก่อโรคเป็นเชื้อที่พบไม่บ่อยในคนที่ภูมิคุ้มกันปกติ
- กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV
- เกิดโรครุนแรงจากการให้วัคซีน เช่น Disseminated infection จากการได้วัคซีน BCG หรือ paralysis จากการได้วัคซีน polio
- อาการหรือการตรวจพบที่เข้าได้กับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น เลี้ยงไม่โต ท้องเดินเรื้อรัง ติดเชื้อผิวหนังในอวัยวะภายใน การหายของแผลช้ากว่าปกติ
- ความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ เช่น lymphopenia, neutropenia, thrombocytopenia, hypogammaglobulinemia

- โรคที่พบภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดทุติยภูมิ ดังแสดงในตารางที่ 1
- ประวัติโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องในครอบครัว

ข้อสังเกตในการวินิจฉัยแยกโรคว่ามีความผิดปกติที่ส่วนใดของระบบภูมิคุ้มกัน

ตารางที่ 2 ลักษณะเด่นของ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดปฐมภูมิ แยกตามชนิดของภูมิคุ้มกัน (4)

Characteristic	Predominant T-Cell Defect	Predominant B-Cell Defect	Granulocyte Defect	Complement Defect
Age at the onset of infection	Early onset, usually 2-6 mo of age	Onset after maternal antibodies diminish, usually after 5-7 mo of age, later childhood to adulthood	Early onset	Onset at any age
Specific pathogens involved	Bacteria: mycobacteria	Bacteria: streptococci, staphylococci, Haemophilus, Campylobacter	Bacteria: staphylococci, Pseudomonas, Serratia, Klebsiella	Bacteria: Neisseria, Escherichia coli
	Viruses: CMV, EBV, varicella, enterovirus	Viruses: enterovirus (XLA)		
	Fungi and parasites: Candida, opportunistic infection, PCP	Fungi and parasites: giardia, cryptosporidia	Fungi and parasites: Candida, Nocardia, Aspergillus	
Affected organs	Failure to thrive, protracted diarrhea, extensive mucocutaneous candidiasis	Recurrent sinopulmonary infections, chronic gastrointestinal symptoms, malabsorption, arthritis, enteroviral meningoencephalitis	Skin: Dermatitis, impetigo, cellulitis	Infections: meningitis, arthritis, septicemia, recurrent sinopulmonary infections
			Lymph nodes: suppurative adenitis	
			Oral cavity: periodontitis, ulcers, internal organ abscesses, osteomyelitis	
Special features	Graft-versus-host disease caused by maternal engraftment or nonirradiated blood transfusion; Postvaccination, disseminated BCG or paralytic polio; hypocalcemic tetany in infancy (DiGeorge anomaly)	Autoimmunity, lymphoreticular malignancy: lymphoma, thymoma; postvaccination paralytic polio	Prolonged attachment of umbilical cord, poor wound healing	Rheumatoid disorders: SLE, vasculitis, dermatomyositis, scleroderma, glomerulonephritis, angioedema

CMV = cytomegalovirus; EBV = Epstein-Barr virus; PCP = *Pneumocystis carinii*; BCG = bacille Calmette-Guerin; SLE = systemic lupus erythematosus.

- การติดเชื้อจุลินทรีย์ชนิดนอกเซลล์ ซึ่งมักเป็นเชื้อแบคทีเรีย ควรนึกถึงความบกพร่องของ B-cell, phagocytes หรือ complement
- การติดเชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในเซลล์ เช่น ไวรัส เชื้อวัณโรค ควรนึกถึงความบกพร่องของ T-cell หรือชนิด combined defect
- การติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งเป็นเชื้อที่มักไม่ก่อโรคในร่างกายคนปกติ ควรนึกถึงความบกพร่องของ T-cell
- การติดเชื้อราซ้ำ ๆ ควรนึกถึงความบกพร่องของ T-cell ก่อน รองลงมาคือ phagocyte defect
- ผู้ป่วยที่มี phagocyte defect มักเป็นฝีจากเชื้อ catalase-positive bacteria ได้แก่ *Staphylococcus aureus*, *E. coli* และเชื้อรา

- การติดเชื้อ *Neisseria* บ่อย ๆ หรือเป็นชนิดกระจาย ต้องนึกถึงการขาด late components ของระบบ complement (C5-8)
- ถ้าแสดงอาการรุนแรงก่อนอายุ 6 เดือน น่าจะมีความผิดปกติที่ T-cell, phagocyte หรือ complement มากกว่า B-cell defect เนื่องจากยังมี passive Ab จากมารดา

ชนิดของ Primary Immunodeficiency แบ่งตาม WHO Scientific group

แม้ว่าสาเหตุของการมีภูมิคุ้มกันบกพร่องแบบปฐมภูมิจะเป็นแต่กำเนิด แต่ผู้ป่วยไม่จำเป็นจะต้องมีอาการแสดงตั้งแต่แรกเกิด อาจมีอาการแสดงออกเมื่อมีอายุมากขึ้นก็ได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของแต่ละโรค จึงมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุมากขึ้น หรือเมื่อพ้นวัยเด็กไปแล้ว

วิธีการแบ่งกลุ่มของ PIDs ที่มีประโยชน์ในการนำไปใช้เพื่อการวินิจฉัยและวางแผนทางการรักษาผู้ป่วยคือ การแบ่งตามประเภทของภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ ในที่นี้จะยกตัวอย่างเฉพาะบางโรคที่พบได้บ่อยและสมควรทราบเท่านั้น

1. Combined immunodeficiency
2. Predominantly antibody defects
3. Predominantly T-cell deficiency
4. Immunodeficiency with other abnormalities
5. Phagocytic defect
6. Complement defect

1. Combined immunodeficiency

โรคในกลุ่มนี้จะมีความผิดปกติของภูมิคุ้มกันทั้ง 2 ประเภทร่วมกัน โรคที่สมควรทราบ คือ

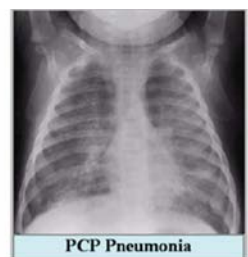
Severe combined immunodeficiency (SCID)⁽³⁻⁴⁾

โรคนี้มีความผิดปกติของภูมิคุ้มกันทั้ง T-cell และ B-cell อย่างมาก ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมักเสียชีวิตตั้งแต่อายุยังน้อย ส่วนมากในขวบปีแรก ดังนั้น การให้การวินิจฉัยที่รวดเร็วและการรักษาที่ถูกต้องโดยด่วนเป็นเรื่องจำเป็นมากและสามารถรักษาให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ การวินิจฉัยโรคนี้ควรสงสัยเมื่อเด็กในวัยทารกมีการติดเชื้อซ้ำ ๆ ไม่ว่าจะเป็น bacteria, virus หรือโดยส่วนมากจะเริ่มมีการติดเชื้อต่าง ๆ เหล่านี้ตั้งแต่อ่อนอายุ 6 เดือน

เชื้ออาจเป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันปกติหรือเป็นเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) เช่น candida (รูปที่ 2-4), *Pneumocystis carinii* (รูปที่ 5) หรือ *Bacillus Calmette Guerin* เป็นต้น



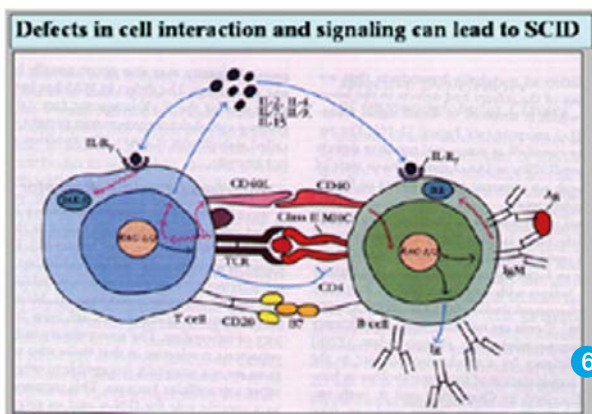
รูปที่ 4



รูปที่ 5

ผู้ป่วยอาจมาด้วยปอดบวมซ้ำ ๆ ท้องเดินเรื้อรัง เลี้ยงไม่โต แผล BCG ไม่หายสนิท ตรวจร่างกายพบว่า lymphoid tissue เช่น lymph node

และ tonsils เล็กมากหรือตรวจไม่พบ เมื่อทำ chest x-ray จะไม่เห็นเงาของต่อม thymus การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามี lymphopenia ($< 3,000$ cells/mm³ ในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี, หรือ $< 1,500$ cells/mm³ ในเด็กอายุมากกว่า 1 ปี) มี CD3 ต่ำ ส่วนใหญ่จะต่ำกว่า 500 cells/mm³ และมี hypogammaglobulinemia (IgG < 150 mg/dl) แต่ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมาก ๆ ระดับ IgG อาจยังไม่ต่ำมากก็ได้ เนื่องจาก IgG ที่ได้จากมารดายังไม่ลดลง การรักษาที่จำเพาะต่อโรคคือ การปลูกเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (stem cell transplantation, SCT) ซึ่งจะแก้ไขให้ผู้ป่วยกลับมาภูมิคุ้มกันปกติได้ สำหรับผู้ป่วย SCID ชนิดที่เกิดจากการขาด enzyme adenosine deaminase (ADA) การรักษาอีกวิธีหนึ่งคือ ให้ enzyme replacement แต่เป็นการแก้ไขเพียงชั่วคราว ผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีนี้ต้องได้รับ enzyme บ่อย ๆ ดังนั้น การทำ SCT จึงเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดขณะนี้ โรคนี้มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้หลายแบบขึ้นกับชนิด (subtype) ของโรค (รูปที่ 6) การให้ genetic counseling จึงเป็นเรื่องสำคัญ



2. Predominantly antibody defects

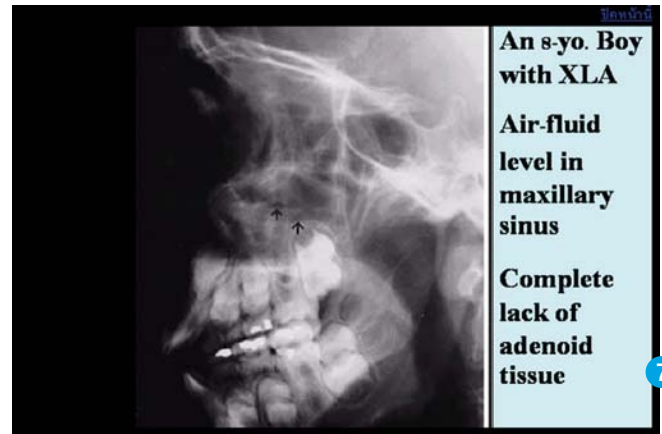
ความผิดปกติกลุ่มนี้จัดว่าพบได้บ่อยที่สุดในกลุ่ม PIDs ทั้งหมด โรคที่ควรทราบมีดังนี้

2.1 X-linked agammaglobulinemia (XLA)⁽⁶⁾

ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีระดับ immunoglobulin ต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มี antibody deficiency syndrome อื่น ๆ ระดับ IgG มักต่ำกว่า 200 mg/dl ระดับ IgM และ IgA มักต่ำกว่า 20 mg/dl ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมี B-cell ในเลือดต่ำมากหรือไม่เลย ทำให้ไม่สามารถสร้าง immunoglobulin ได้ รวมทั้งพบความผิดปกติของอวัยวะ lymphoid tissue ที่เป็นที่อยู่ของ B-cells เช่น adenoid tissue เป็นต้น (รูปที่ 7)

อาการของโรค คือ มีการติดเชื้อกลุ่ม pyogenic bacteria เช่น otitis media, sinusitis และ pneumonia รวมทั้งเชื้อ virus เมื่ออายุประมาณ 4-6 เดือน เนื่องจากเป็นเวลาที่ IgG ที่ได้รับจากมารดาลดระดับลง ทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันลดลงเรื่อย ๆ โรคนี้อาจพบ neutropenia ได้ถ้ามีการติดเชื้อรุนแรง แต่ระดับ neutrophil มักกลับสู่ปกติเมื่อการติดเชื้อได้รับการรักษาแล้ว

โรคนี้เกิดจาก mutation ของ Btk gene (Bruton tyrosine kinase) บน chromosome Xq 21.3-22 ให้สงสัยโรคนี้ในผู้ป่วยเด็กชายที่มีระดับ immunoglobulin ต่ำและมีปริมาณ B-cell ในเลือดน้อยกว่า 2% การยืนยันทางพันธุกรรมทำได้โดยการตรวจหา Btk mutation อย่างไรก็ดี อาการของ agammaglobulinemia มิได้เกิดจาก Btk mutation เท่านั้น อาจเกิดจาก



mutation อื่น ๆ เช่น m-chain gene ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้าง heavy chain ของ IgM ความผิดปกตินี้ถ่ายทอดโดย autosome จึงจัดเป็น autosomal form ของ agammaglobulinemia ให้สงสัยว่าจะเป็นโรคนี้ในเด็กผู้หญิงที่มีลักษณะการติดเชื้อและความผิดปกติทาง immune เหมือนผู้ป่วย XLA การรักษาคือ การให้ intravenous immunoglobulin (IVIG)

2.2 Common Variable Immunodeficiency (CVID)⁽⁶⁻⁸⁾

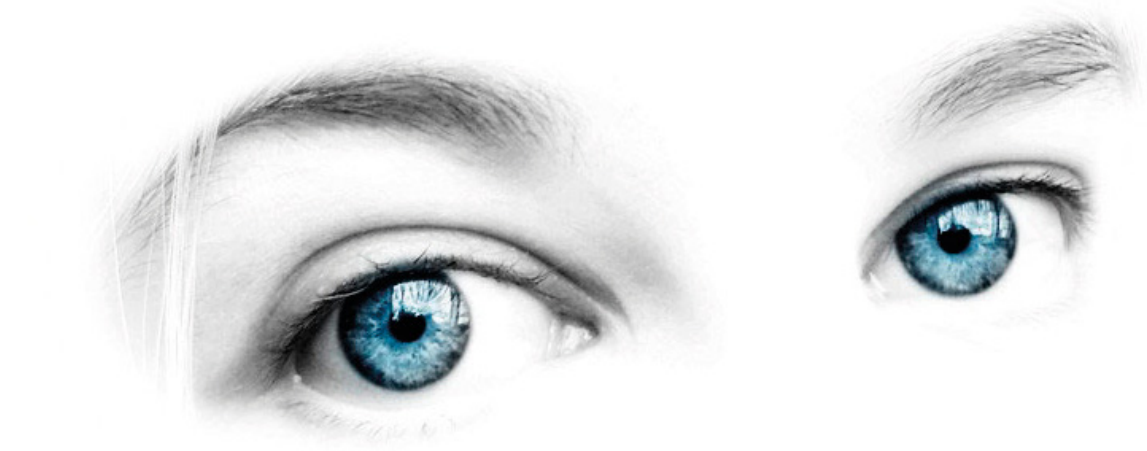
โรคนี้เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุและการแสดงได้หลากหลาย ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อบ่อยโดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร เชื้อก่อโรคทางเดินหายใจมักได้แก่ *H. influenzae*, *M. catarrhalis* และ *S. pneumoniae* ส่วนเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคของระบบทางเดินอาหารได้บ่อยในผู้ป่วย CVID ได้แก่ *G. lamblia* และ *C. jejuni* ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการของโรค autoimmune อื่น ๆ ร่วมด้วยได้ เช่น ITP, autoimmune thyroiditis นอกจากนี้จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งมากขึ้น เช่น lymphoma และ gastric cancer ผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ และมาพบแพทย์ใน 2 ช่วงอายุคือ ช่วงอายุ 1-5 ปี และ 16-20 ปี การตรวจระดับ immunoglobulin พบว่าระดับ IgG จะต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2 standard deviation ขึ้นไป ส่วนระดับ IgA และ IgM อาจลดลงหรือไม่ก็ได้ ส่วนมากจะมี IgA ต่ำกว่าปกติ และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย CVID จะมี IgM ต่ำ นอกจากนี้ความสามารถในการสร้าง antibody ต่อ specific antigen เช่น วัคซีนจะเสียไป จำนวน B-cell อาจลดลง การตรวจหน้าที่ของ T-cell ในบางรายพบว่าผิดปกติ

CVID ส่วนใหญ่จะเป็น sporadic case แต่อาจพบ familial inheritance ได้ในบางครอบครัว เช่น ในครอบครัวเดียวกันอาจมีผู้เป็น CVID และ IgA deficiency การถ่ายทอดอาจเป็นลักษณะที่มี variable expressivity ของ gene เดียวกัน

เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่มีการแสดงแตกต่างกันได้หลากหลาย การวินิจฉัยผู้ที่มีมาด้วยปัญหาการติดเชื้อบ่อย ๆ และมี immunoglobulin ต่ำ ต้องนึกถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอื่น ๆ นอกเหนือจาก CVID ด้วย เช่น ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดทุติยภูมิ และภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดปฐมภูมิที่มีอาการแสดงไม่ชัดเจน เช่น XLA ที่เป็น mild form หรือ hyper IgM syndrome ที่ระดับ IgM ไม่สูง เป็นต้น

(อ่านต่อฉบับหน้า)

ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ จากการผ่าตัดต่อกระจก



เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายก็เกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัย อายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เกิดความเสี่ยงของกระจกตาจนเกิดภาวะต้อกระจก หากตามัวมากขึ้นจนรบกวนชีวิตประจำวัน การผ่าตัดรักษาต้อกระจกเป็นการรักษาที่ถือเป็นมาตรฐาน การผ่าตัดต้อกระจกเป็นการผ่าตัดบ่อที่ยึด แม้จะเป็นการผ่าตัดเล็กแต่พบความเสี่ยงของการติดเชื้อได้บ่อยเช่นกัน ซึ่งการติดเชื้อที่มีอันตรายที่สุดภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกเรียกว่า endophthalmitis

การติดเชื้อภายในลูกตา (endophthalmitis) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางตาที่เกิดการอักเสบที่ช่องตาส่งส่วนหน้าหรือหลังของตา การติดเชื้ออาจส่งผลต่อการมองเห็น อาจทำให้สูญเสียการมองเห็นและตาบอดได้ มักเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดการอักเสบและอันตรายต่อส่วนต่าง ๆ ภายในลูกตา ซึ่งภาวะนี้สามารถเกิดได้ภายหลังการผ่าตัดต้อกระจก การป้องกันการติดเชื้อโดยการใช้ยาปฏิชีวนะซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีฉีดเข้าภายในลูกตา หรือใช้เป็นยาปฏิชีวนะเฉพาะที่

ผลการศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ Cochrane ได้รวบรวมข้อมูลจากการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกจำนวน 100,876 คน และผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่ลูกตาจำนวน 131 คน พบรายงานการลดลงของอัตราการเกิด endophthalmitis ในขณะผ่าตัดด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะฉีดเข้าไปในตาเปรียบเทียบกับยาปฏิชีวนะชนิดหยอดตา พบว่ามีการศึกษาที่ฉีดยาปฏิชีวนะชนิดฉีดเข้าไปในตาช่วยลดอัตราการเกิด endophthalmitis หลังการผ่าตัดลง 67% เมื่อเร็ว ๆ นี้มีการศึกษาที่ ESCRS โดยใช้อาซิคลามิซิน ฉีดเข้าไปในตา สามารถลดความเสี่ยงในการเกิด endophthalmitis ลงได้ 80-90% โดยพบว่า cefuroxime ใช้มากในยุโรปแต่ใช้น้อยในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากแพทย์กังวลเรื่องผลข้างเคียงของยาที่อาจมีพิษต่อตา

กล่าวโดยสรุป การป้องกันการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้ยาปฏิชีวนะขณะทำการผ่าตัดสามารถป้องกันการติดเชื้อภายในตาได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดการลดลงของอัตราการเกิด endophthalmitis เจ็บป่วยหลังการผ่าตัดต้อกระจก

การทำร้ายร่างกายในเด็ก

(Child Physical Abuse)



การทารุณกรรมเด็ก (Child Abuse or Child Maltreatment) หมายถึง การกระทำหรือละเว้นการกระทำที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายของเด็ก เช่น ทำให้เกิดการบาดเจ็บ การลงละเมิดทางเพศ หรือทำให้เสียชีวิต รวมถึงการทำให้เกิดความบอบช้ำทางจิตใจ และการชักจูงให้เด็กกระทำความผิด

“เด็ก” ตามความหมายในพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก ฉบับปี พ.ศ. 2546 หมายถึง บุคคลผู้มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ และไม่ได้บรรลุนิติภาวะโดยการสมรส

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองเด็ก โดยในวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2535 ประเทศไทยลงนามเป็นภาคีในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือและคุ้มครองเด็กตามหลักเกณฑ์พื้นฐาน คือการมีชีวิตอยู่และได้รับการพัฒนาอย่างเสมอภาค ได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และมีสิทธิแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตน เป็นที่มาของการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเพื่อเอื้อประโยชน์ในการบรรลุเป้าประสงค์ของอนุสัญญา ได้แก่ การตราพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก ปี พ.ศ.

2546 และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น

การทารุณกรรม แบ่งเป็น

1. การทำร้ายร่างกาย (physical abuse) การที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กทำให้เด็กเกิดการบาดเจ็บทางร่างกายโดยการบาดเจ็บดังกล่าวอาจเกิดจากการตั้งใจทำ ไม่ใช่อุบัติเหตุ

2. การลงละเมิดทางเพศ (sexual abuse) การกระทำความผิดทางเพศต่อเด็ก โดยที่เด็กไม่สามารถให้ความยินยอมพร้อมใจ หรือไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะเข้าใจการกระทำเหล่านั้น กิจกรรมดังกล่าวทำเพื่อความพึงพอใจทางเพศของผู้กระทำ

3. การทำร้ายจิตใจ (emotional abuse) การที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กปฏิเสธ เหยียดเหยียดไม่สนใจ หรือข่มขู่เด็ก ทำให้เด็กหวาดกลัว เกิดขึ้นซ้ำซาก ก่อให้เกิดความเสียหายต่อพัฒนาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และทางสังคม

4. การทอดทิ้ง (neglect) การที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กไม่เอาใจใส่ในสิ่งจำเป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิต เช่น อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาสุขภาพอนามัย ทำให้เด็กได้รับอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ รวมถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

ในบทความนี้จะเน้นอธิบายเรื่องของการทารุณกรรมทางกายเป็นหลัก

การทำร้ายร่างกายเด็ก (Child Physical Abuse)

แพทย์จำเป็นที่จะต้องวินิจฉัย และให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ถูกทำร้าย

ร่างกายได้อย่างเหมาะสม ไม่เช่นนั้นเด็กจะถูกทำร้ายซ้ำ ๆ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ บางรายอาจถึงขั้นเสียชีวิต เด็กที่เคยถูกทารุณกรรมมักกลายเป็นผู้กระทำทารุณเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่

ประวัติที่ควรสงสัยว่ามีการทำร้ายร่างกาย

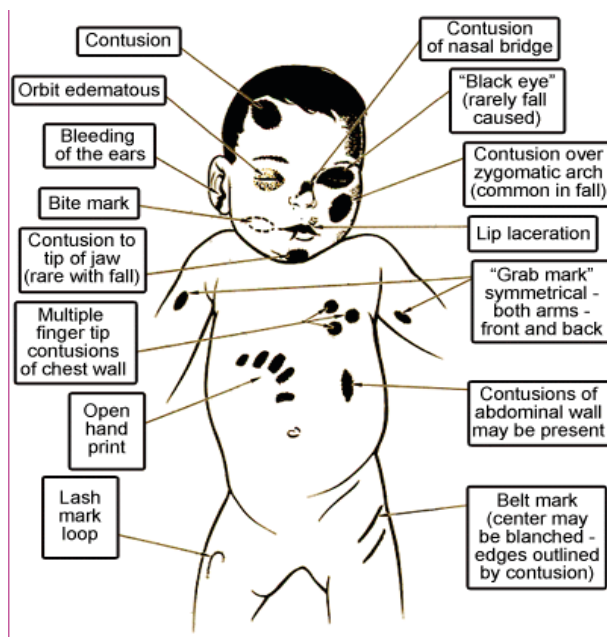
1. ประวัติการบาดเจ็บไม่สัมพันธ์กับอาการที่เกิดขึ้น เช่น เด็กทารกกลิ้งตกจากเตียงแต่มีกระดูกหักหลายตำแหน่ง หลายครั้งผู้ปกครองอาจให้ประวัติกลับไปมาที่ไม่แน่นอน หรือให้ประวัติไม่ตรงกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว
2. ความสัมพันธ์ในครอบครัว แพทย์อาจสังเกตได้ว่าผู้ปกครองที่เป็นผู้ทำร้ายร่างกายมักขาดความสนใจ ห่วงใยในตัวเด็ก พามาโรงพยาบาลล่าช้า หรือผู้ที่พามาโรงพยาบาลไม่ใช่ผู้ปกครองที่อยู่ในเหตุการณ์
3. ประวัติครอบครัว การทำร้ายร่างกายเด็กมักเกิดในครอบครัวที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาการหย่าร้าง การใช้ความรุนแรงในครอบครัว ใช้สารเสพติด บิดามารดาอายุน้อย หรือเคยมีประวัติถูกทารุณกรรมมาก่อนในวัยเด็ก

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยเด็กที่ถูกทำร้ายร่างกายมีอาการแสดงได้ทุกรูปแบบเหมือนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แต่ลักษณะการบาดเจ็บบางอย่างสามารถบ่งบอกถึงการทำร้ายร่างกายได้ ดังนี้

1. บาดแผลฟกช้ำ (bruise)

ให้สังเกตตำแหน่ง จำนวน รูปแบบ และอายุของบาดแผล ตำแหน่งที่ชวนให้สงสัยได้คือ บริเวณคอ ใบหู ลำตัว ต้นแขน และต้นขา งานวิจัยของ Mary Clyde Pierce และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าในบาดแผลฟกช้ำใด ๆ ในเด็กอายุต่ำกว่า 4 เดือน และรอยฟกช้ำบริเวณคอ ใบหู ออก หลัง และก้นในเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี มักเกิดจากการทำร้ายร่างกาย จำนวนของบาดแผลไม่สัมพันธ์กับประวัติที่มัก



รูปที่ 1 ตำแหน่งและรูปแบบของรอยฟกช้ำที่น่าสงสัยว่าอาจเกิดจากการทารุณกรรมเด็ก⁽¹⁰⁾

เป็นการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเพียงครั้งเดียว บาดแผลที่มีทั้งรอยเก่าและใหม่ และรูปแบบเฉพาะของแผล เช่น รอยนิ้วมือ รอยกัด รอยเชือก เป็นต้น

2. บาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (burn)

อาจเกิดจากถูกของเหลวร้อน ไฟลวก (เช่น ไฟแช็ก) เหล็กร้อนจี้ หรือบุหรีให้สังเกตจากตำแหน่ง และรูปแบบของบาดแผล ลักษณะความรุนแรงของแผลไหม้ (degree of burn) รวมกับประวัติซึ่งมักไม่ตรงไปตรงมา



รูปที่ 2 แสดงตำแหน่งของรอยแผลไหม้ที่น่าสงสัยว่าอาจเกิดจากการทารุณกรรมเด็ก⁽¹¹⁾

3. การบาดเจ็บของกระดูกและข้อ

การบาดเจ็บของกระดูกและข้อที่เกิดจากการถูกทำร้ายร่างกายสามารถพบได้ทุกรูปแบบเช่นเดียวกับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ แต่ลักษณะบางประการของการบาดเจ็บอาจทำให้แพทย์ตั้งข้อสงสัยประวัติ และส่งตรวจภาพรังสีเอกซเรย์เพิ่มเติมเพื่อยืนยัน โดยมีข้อสังเกตดังต่อไปนี้

3.1 กระดูกซี่โครงหัก (rib fracture)

ในเด็กเล็กหากพบกระดูกซี่โครงหักมักเป็นการถูกทำร้ายร่างกาย ส่วนใหญ่เกิดจากแรงกดหรือแรงบีบ โดยเฉพาะการหักของกระดูกซี่โครงด้านหลัง (posterior rib fracture)

3.2 กระดูกสันหลังหัก (spine fracture)

มักเกิดจากแรงกระแทกอย่างแรงบริเวณหลัง

3.3 กะโหลกศีรษะแตก (skull fracture)

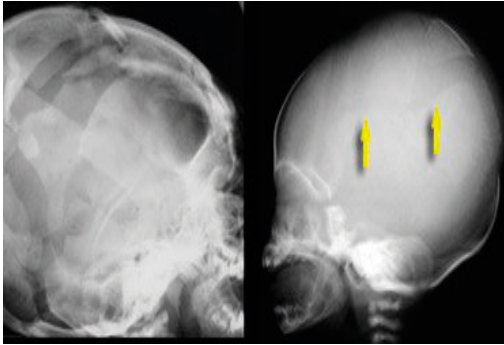
ลักษณะที่ควรตั้งข้อสงสัยคือ กะโหลกศีรษะแตกหลายตำแหน่ง (egg shell fracture) และการแตกข้ามรอยต่อกะโหลกศีรษะ (suture line)

3.4 กระดูกหักบริเวณ metaphyseal plate

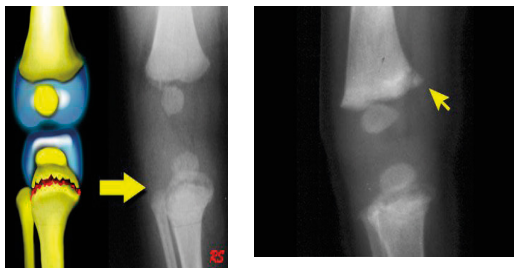
เกิดจากแรงกระทำในลักษณะดึงหรือบิด

3.5 กระดูกหักหลายตำแหน่งที่มี

ทั้งหักเก่าและหักใหม่ปะปนกัน ข้อควรระวังในการวินิจฉัยอาจสับสนกับโรคของกระดูกบางอย่างที่มีผลให้หักได้ง่าย เช่น Osteogenesis imperfecta, Rickets, Scurvy เป็นต้น



รูปที่ 3 กระโหลกศีรษะแตกแบบ egg shell fracture และการแตกของกระโหลกที่ข้าม suture line^(๑)



รูปที่ 4 Metaphyseal fracture^(๑) ซ้าย: Bucket handle fracture, ขวา: Corner fracture เป็นรูปแบบที่ค่อนข้างบ่งชี้ถึงการทำร้ายร่างกาย

4. Shaken baby syndrome

เป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงเขย่า หรือแรงเหวี่ยงบริเวณศีรษะของเด็กซึ่งมีขนาดใหญ่เมื่อเทียบกับลำตัว แรงเหวี่ยงจะทำให้สมองเคลื่อนที่ไปตามแรงเฉื่อย เกิดการดึงรั้งใยประสาทและเส้นเลือดดำทำให้เกิดเส้นเลือดดำฉีกขาด เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subdural hemorrhage) และเลือดออกในจอประสาทตา (retinal hemorrhage) อาการที่พบได้มีตั้งแต่ไม่มีอาการ ร้องกวน วังเวกนอน ผิดปกติ อาเจียน ไปจนถึงหมดสติ หรือเสียชีวิต ข้อควรระวังคือ บางครั้งอาจเกิดจากอุบัติเหตุและความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของผู้ปกครองได้

Munchausen syndrome by proxy (MSBP)

เป็นภาวะที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลทำให้เด็กเกิดอาการป่วยแล้วพามาตรวจที่โรงพยาบาล อาการ

ที่เกิดขึ้นไม่เข้ากับโรคใดโรคหนึ่ง กลไกการเกิดไม่สามารถอธิบายได้ด้วยหลักการแพทย์ ผู้ป่วยมักถูกพามาโรงพยาบาล และได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ หรือการถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์บ่อยครั้งโดยไม่จำเป็น ทำให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายและจิตใจของเด็ก

รูปแบบที่พบได้ เช่น ใช้มืออุดปากอุดจมูกเด็กจนหมดสติ เด็กมาด้วยอาการชักเกร็งอาจเกิดจากการถูกฉีดอินซูลิน หรือการผสมยาอันตรายในอาหารเด็ก ลักษณะของผู้ปกครองที่เป็น MSBP จะแสดงความเป็นห่วงเป็นใยเด็กมากเกินไปจนความจำเป็น มักเรียกร้องให้แพทย์รับเด็กเข้ารักษาในโรงพยาบาล และยินดีเมื่อรู้ว่าเด็กจะได้รับการเจาะเลือดตรวจ หรือถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์หลาย ๆ ครั้ง

อาการป่วยของเด็กจะเกิดขึ้นเมื่อมีผู้ปกครองที่เป็น MSBP อยู่ในเหตุการณ์ด้วยเท่านั้น เมื่อลองแยกเด็กออกจากผู้ปกครองจะพบว่าเด็กไม่มีอาการผิดปกติอีก หากทีมแพทย์สงสัยอาจรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลแล้วใช้กล้องวงจรปิดเพื่อสังเกตการณ์ได้

แนวทางการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

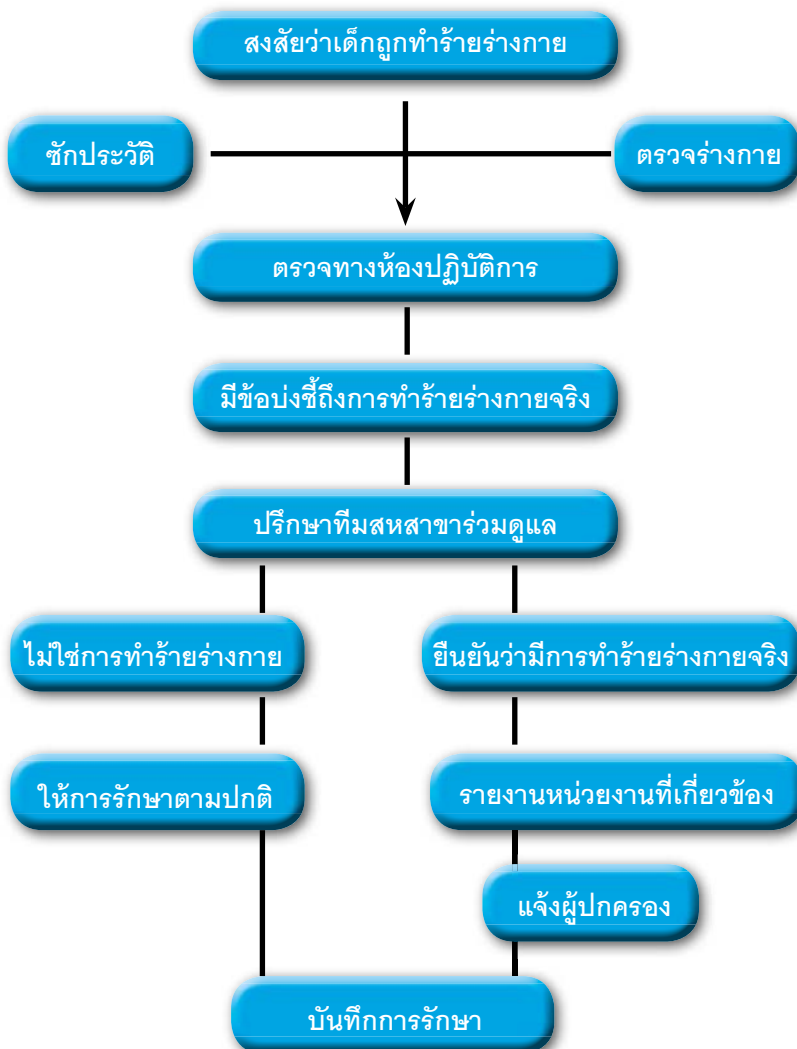
เมื่อสงสัยว่ามีการทำร้ายร่างกายเด็กเกิดขึ้น อาจต้องการการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาหลักฐานเพิ่มเติม การเลือกวิธีตรวจขึ้นอยู่กับประวัติ อาการที่สงสัย และอายุของเด็ก ได้แก่

1. การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) และการแข็งตัวของเลือด (coagulogram) เพื่อแยกแยะระหว่างรอยจ้ำเลือดตามตัวที่เกิดจากโรคทางโลหิตวิทยา กับการบาดเจ็บจากการทำร้ายร่างกาย
2. ภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์ (plain film) ในเด็กที่สงสัยว่าอาจถูกทำร้ายร่างกายนั้น พบว่าการถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์กระดูกทั่วตัว (bone survey) สามารถช่วยในการหาตำแหน่งกระดูกหักทั่วร่างกายได้ทั้งหักเก่าและใหม่ รวมทั้งแนะนำให้ทำในเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปีทุกรายที่สงสัยว่าถูกทำร้ายร่างกายมา
3. การตรวจสแกนกระดูก (bone scan) มีข้อดีกว่า plain film ในแง่การตรวจหาตำแหน่งกระดูกหักใหม่ กระดูกหักที่ไม่เคลื่อน (non-displace fracture) หรือกระดูกซี่โครงหัก แต่มีข้อด้อยในการตรวจดูกระโหลกศีรษะแตก ซึ่ง plain film จะได้ประโยชน์มากกว่า
4. เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (non-contrast CT scan) มีประโยชน์ในการดูเลือดออกในกระโหลกศีรษะ การบาดเจ็บในช่องท้อง หรือช่องอก และกระดูกหักบางแห่ง เช่น กระดูกสันหลัง กระโหลก ซีโครงด้านหลัง เป็นการตรวจที่สามารถทำได้รวดเร็วและใช้เวลาในการเตรียมไม่นาน
5. การตรวจอื่น ๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัย เช่น ตรวจเลือดดูการทำงานของตับและตับอ่อน รวมทั้งตรวจหาสารพิษในร่างกาย (liver function test, pancreatic enzyme, toxicology screening) และการตรวจเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging, MRI)

แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ถูกทำร้ายร่างกาย

แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ตรวจวินิจฉัยและรายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ โดยแนวทางปฏิบัติโดยทั่วไปสามารถสรุปได้ดังแผนผังที่ 1

แผนผังที่ 1 แนวทางการดูแลเด็กที่ถูกทำร้ายร่างกาย



เมื่อสงสัยว่าเด็กถูกทำร้ายร่างกาย แพทย์ควรตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยัน หากมีข้อบ่งชี้ว่าเป็นการทำร้ายร่างกายจริงจะต้องแจ้งทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมสหสาขานั้นขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาล จะกำหนดให้ใครบ้างเป็นผู้รับผิดชอบ โดยส่วนใหญ่จะประกอบด้วยกุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ (กรณีสงสัยว่ามีการล่วงละเมิดทางเพศ) จิตแพทย์ แพทย์นิติเวช นักสังคมสงเคราะห์ หรืออาจเป็นทีมแพทย์ พยาบาล ผู้มีประสบการณ์ประจำโรงพยาบาลนั้น ๆ

เมื่อได้รับการยืนยันว่ามีการทำร้ายร่างกายจริง ขั้นตอนต่อไปคือ แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ มูลนิธิ พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก หลังจากนั้นแพทย์มีหน้าที่แจ้งผู้ปกครองทราบโดยลักษณะการพูดคุยต้องปราศจากอคติ ไม่กล่าวโทษผู้ปกครอง เพราะบางครั้งผู้ปกครองที่พาเด็กมาโรงพยาบาลไม่ใช่ผู้ที่ทำให้ร้ายเด็ก ท้ายสุดคือการจดบันทึกการรักษาอย่างละเอียด หากมีการถ่ายภาพบาดแผลเป็นหลักฐานด้วยยิ่งดี เนื่องจากสามารถอธิบายให้คนทั่วไปที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจได้ง่าย

โดยสรุป บทบาทของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ถูกทำร้ายร่างกายคือ การวินิจฉัย รายงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก รวมถึงประเมินประคับประคองสภาพจิตใจของคนในครอบครัว เด็กด้วย พี่ระลึกไว้เสมอว่าการกระทำทุกขั้นตอนเป็นไปเพื่อประโยชน์แก่เด็กเป็นสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

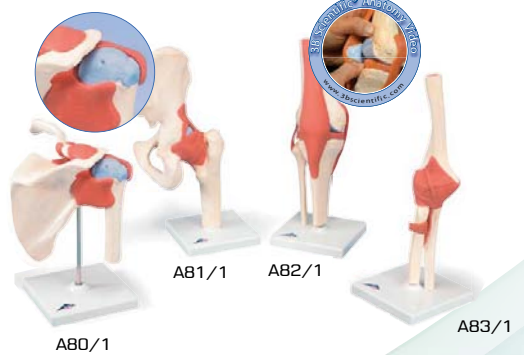
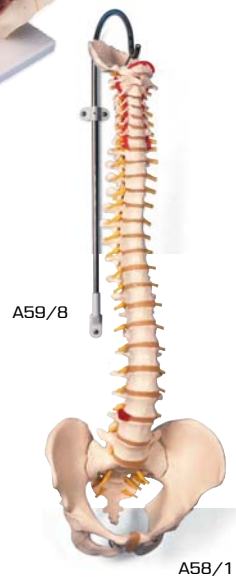
1. U.S. Department of Health and Human Services. Administration for Children and Families. Children's Bureau Office on Child Abuse and Neglect. The Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA). 2003 June 25:1-77.
2. Robert Allan Shapiro, M.D. Protocol for suspicion of Munchausen Syndrome By Proxy. Children's Hospital Medical Center of Cincinnati 2000:1-2.
3. Joanne N. Wood et all. Child Abuse. Textbook of pediatric emergency medicine. 2010. 1656-98.
4. Pierce Mary Clyde, MD, Kaczor Kim, MS, Aldridge Sara, MSN, ARNP, O'Flynn Justine, RN, Lorenz Douglas J., MA, MSPH. Bruising Characteristics Discriminating Physical Child Abuse From Accidental Trauma. Pediatrics 2010 Jan 1;125(1):67-74.
5. Berkowitz CD. Chapter 290 Child abuse and neglect. In Tintinalli Judith E., MD, MS, editors. Emergency Medicine : A Comprehensive Study Guide. 8th edition. New York: McGraw-Hill: 2011. Available from: <http://accessmedicine.com/content.aspx?aID=6368628&searchStr=child+abuse#6368628>.
6. American Academy of Pediatrics. Diagnostic Imaging of Child Abuse. Pediatrics 2000 June 1;105(6):1345-8.

7. Kellogg Nancy D., MD, and the Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. Pediatrics 2007 June 1;119(6):1232- 41.
8. Canter Jennifer, MD, MPH, Butt Neelofar, MD, Altman Robin, MD. Missed Child Physical Abuse and Sexual Abuse – Lessons Learned. Child Abuse Pediatrics&Child Safety Consultant & Expert Witness. Board Certified in General Pediatrics & Child Abuse Pediatrics. 2008 August 31[cited2013 June15]. Available from: <http://www.childabusepediatrics.com/missed-child-physical-abuse-and-sexual-abuse-by-pediatricians>
9. Robben Simon. Diagnostic Imaging in Child Abuse. The Radiology Assistant. Radiology Department of the Maastricht University Hospital in the Netherlands. [cited2013 June15]. Available from: <http://rad.desk.nl/en/43c63c41ef792>
10. Child and Family Service.: An Office of the Maine Department of Health and Human Services. Types of Child Abuse and Neglect. Unit 3 Recognizing Child Abuse and Neglect. [cited2013 June15]. Available from: <http://www.maine.gov/dhhs/ocfs/cps/cpsunit3c.htm>.
11. Lippincott Williams & Wilkins. First Aid: Burns. 5minuteconsult. [cited2013 June15]. Available from: <http://5minuteconsult.com/handout/12783-first-aid-burns>.



...going one step further

Realistic Training with 3B Scientific® Products



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

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





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

ศัลยแพทย์ผ่าตัดต่อลำไส้ผู้ป่วย แล้วเกิดแทรกซ้อนถึงแก่ความตาย: รายงานผู้ตายทางคดี 1 ราย

Death Caused By Disruption Of Bowel's Anastomosis:

A Case Report

ศัลยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดผู้ป่วยโดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่ เช่น ผ่าตัดในช่องท้อง ผ่าตัดในช่องอก ผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ฯลฯ นั้นต้องให้ความสำคัญกับการผ่าตัดของตนเองอย่างมาก โดยเฉพาะการดูแลหลังผ่าตัด (post-operative care) และก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วย (before discharging) จำต้องตรวจสอบสภาพของผู้ป่วยอย่างละเอียดและแน่ใจเสียก่อนว่า ผู้ป่วยพ้นระยะอันตรายหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นอย่างแน่แท้แล้ว เพราะหากไม่ได้ดำเนินการตรวจอย่างดีแล้วอาจเกิดสภาวะแทรกซ้อนจนทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายในเวลาอันใกล้ภายหลังจากการถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และอาจส่งผลกระทบต่อศัลยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดนั้นได้

ผู้ที่เสียชีวิตในเวลาอันใกล้ภายหลังการที่ถูกจำหน่ายจากสถานพยาบาล (ไม่นับหลังจากออกจากโรงพยาบาล) โดยในขณะที่อยู่ในสถานพยาบาลนั้นได้รับการผ่าตัดใหญ่เพื่อการรักษาสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องถือเป็น “การตายผิดธรรมชาติประเภทหนึ่งด้วยได้” และด้วยเหตุที่เกิดหลังจากการผ่าตัดจึงสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องนำพหุเข้ามามองต่อเพื่อ “หาสาเหตุแห่งการเสียชีวิต” สำหรับแพทย์ที่ทำการชันสูตรพลิกศพนับว่าหมดหน้าที่แล้ว เป็นการทำหน้าที่สมบูรณ์แล้วตามเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์และเกณฑ์ความรู้ แต่แพทย์ที่เป็นผู้ผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ยังคงมีความเกี่ยวข้องต่อการถูกฟ้องร้องทั้งทางอาญา แพ่ง และจริยธรรม

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย) (ตรวจศพวันที่ 17 กรกฎาคม 2556)

ประวัติเริ่มแรกที่ผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาล: ผู้ป่วยหญิงอายุ 60 ปี รูปร่างสันทนต์ ตัวยาวประมาณ 156 เซนติเมตร มีประวัติปวดท้อง แน่นท้อง หายใจไม่สะดวกตามปกติ ได้เรียก “รถพยาบาล” (Ambulance) ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งเพื่อไปรับที่บ้านมาที่โรงพยาบาล

เพื่อตรวจรักษา

ประวัติ: (ประวัติที่ได้ย่อ)

- ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติผ่าตัดมาจากโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งด้วยเรื่องเนื้องอกที่บริเวณอุ้งเชิงกราน (ประวัติจากญาติ) ได้รับการผ่าตัดเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2556 และอยู่ในโรงพยาบาลดังกล่าว เมื่อเย็นวันที่ 16 กรกฎาคม 2556 โดยแพทย์ตรวจรักษาผู้ป่วยอนุญาตให้กลับไปพักที่บ้านได้และนัดมารับการตรวจต่อเนื่องอย่างผู้ป่วยนอก

- หลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้วผู้ป่วยก็ยังมีอาการเพลียและอ่อนแรง อ่อนเพลีย ค่อนข้างชัด ต่อมาพบว่าซึม พูดน้อยลง หน้าท้องตึงโป่งขึ้น อาการปรากฏมากขึ้นเมื่อเวลาประมาณ 01.00 น. วันที่ 17 กรกฎาคม 2556 และต่อมาราว 02.20 น. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ จึงได้เรียกรถพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนไปรับเพื่อมารักษาตัว ซึ่งเมื่อแพทย์จากโรงพยาบาลไปถึงพบว่า ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ จึงรีบดำเนินการตามกระบวนการ “กู้ชีพ” และนำตัวผู้ป่วยมาที่สถานพยาบาลเอกชนนั้น

- ผู้ป่วยมาถึงที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นเมื่อเวลา 02.50 น. ในสภาพที่ได้รับบาดเจ็บจากการกู้ชีพมาโดยตลอดในขณะที่อยู่บนรถกู้ชีพ และได้รับการกู้ชีพต่อเนื่องที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนอย่างทันทีโดยทีมแพทย์

- ผู้ป่วยได้รับการกระบวนการกู้ชีพจนถึงเวลา 03.45 น. จึงยุติการกู้ชีพ และประกาศให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเมื่อเวลา 03.45 น. โดยแพทย์ยังไม่ทราบสาเหตุแห่งการตายเช่นเดียวกัน และเนื่องจากกรณีนี้เป็นการตายที่เข้าข่ายการสงสัยในสาเหตุที่ตาย จึงจำเป็นต้องเข้าสู่กระบวนการชันสูตรพลิกศพตามมาตรา 148¹

มาตรา ๑๔๘ เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาติ นั้น คือ

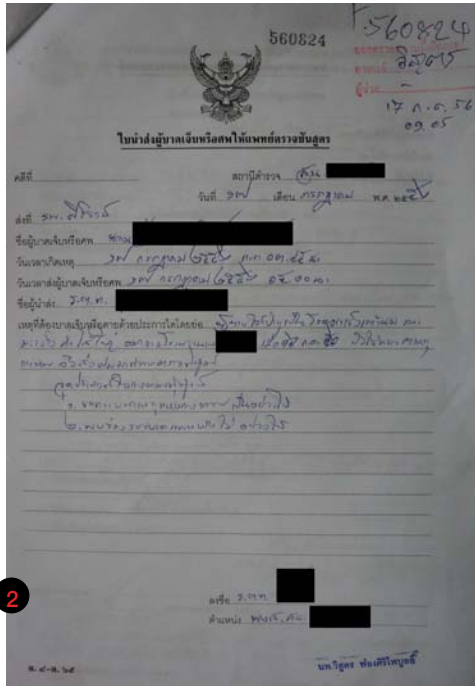
- (๑) ฆ่าตัวตาย
- (๒) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย
- (๓) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย
- (๔) ตายโดยอุบัติเหตุ

(๕) ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ

ซึ่งกรณีผู้ตายรายนี้เข้าได้กับมาตรา 148(5) นั้นเอง

การชันสูตรพลิกศพ: (ภาพที่ 1)

ผู้ป่วยได้รับการชันสูตรพลิกศพ ณ โรงพยาบาลเอกชนที่ศพอยู่ร่วมกันระหว่างพนักงานสอบสวนและแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ จากนั้นศพได้ถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาลศิริราชเพื่อการตรวจต่ออย่างละเอียด มีเอกสารนำส่งเพื่อการรับตรวจต่อโดย “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” (ภาพที่ 2)

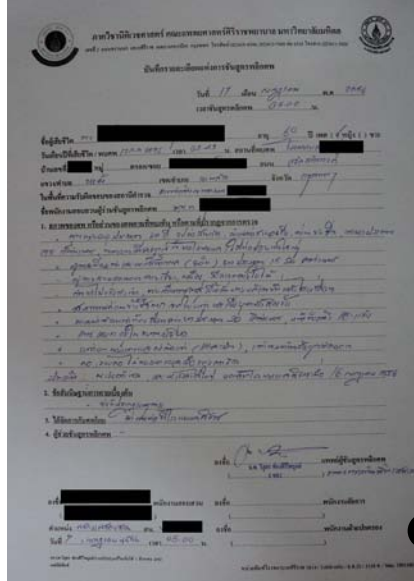


เหตุผลที่จำต้องส่งตรวจต่อเนื่องจาก แพทย์ระบุในเอกสาร “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” ว่า “ยังมิได้ทราบสาเหตุที่ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย” (ภาพที่ 3)

ศพมาถึงที่โรงพยาบาลศิริราชเมื่อเวลาประมาณ 09.00 น. (เนื่องจากกระบวนการส่งศพจำต้องอาศัยมูลนิธิที่รับอาสาทำหน้าที่นำศพจากโรงพยาบาลเอกชนดังกล่าวมายังภาควิชานิติเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช) แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ได้เริ่มทำการตรวจศพผู้ตายรายนี้เมื่อเวลา 10.00 น. วันที่ 17 กรกฎาคม 2556 (วันเดียวกันกับที่เสียชีวิต) โดยสภาพที่ตรวจได้มีดังนี้

สภาพศพภายนอก:

- ศพหญิงอายุประมาณ 60 ปี รูปร่างพอมและชิดมาก ผิวค่อนข้างขาวเหลืองอย่างขาวเอซีเย
- ผู้ตายมีผมสีค่อนข้างน้ำตาล (ข้อม) ยาวประมาณ 20 เซนติเมตร
- อยู่ในชุดนอนหลวมยาว และมีผ้าซับลิ้งเปื้อนที่บริเวณเชิงกราน
- สภาพศพชิดอย่างมาก เมื่อดูที่ปลายมือและ



เท้า โดยเฉพาะที่เยื่อตาทั้งสองข้าง

- ศพแข็งตัวมาก (เต็มที่แล้ว)

พบเลือดตกกลงสู่เบื้องต่ำภายหลังเสียชีวิตที่หลังได้บาง ๆ (เนื่องจากสภาพศพที่ค่อนข้างชิดมาก)

- ตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ได้ 16 เปอร์เซนต์ ฮีโมโกลบินได้ 15.1 เปอร์เซนต์

- พบบาดแผลดังต่อไปนี้

ก. บาดแผลผ่าตัดใหม่ยังมีการใช้ลวดเย็บแผลผ่าตัดที่หน้าท้องส่วนล่าง ตั้งแต่กลางหน้าท้องมาที่หัวหน้า แผลยาวรวมประมาณ 30 เซนติเมตร

ข. บาดแผลผ่าตัดเก่า (แผลเป็น) ที่หน้าอกด้านซ้ายยาวประมาณ 20 เซนติเมตร ตัดด้านมด้านซ้ายไม่ปรากฏด้านมซ้ายให้เห็น

- บาดแผลจากเข็ม (ให้สารน้ำ) ที่หลังมือสองข้าง
- คอ รอบคอ ไม่พบบาดแผลหรือรอยกดรัดผิดปกติ
- ไม่ได้กลืนจุนผิดปกติที่บริเวณจมูก ปาก หู
- หน้าท้องถึงสังเกตเห็นชัดเจนจากบริเวณท้องน้อย (แผลผ่าตัดเพื่อการรักษา)

(distension of abdomen)

- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียด ไม่พบการหักหรือผิดปกติของแขนและขา
- ไม่พบบาดแผลรุนแรงที่ศีรษะและตามร่างกาย

สภาพศพภายใน:

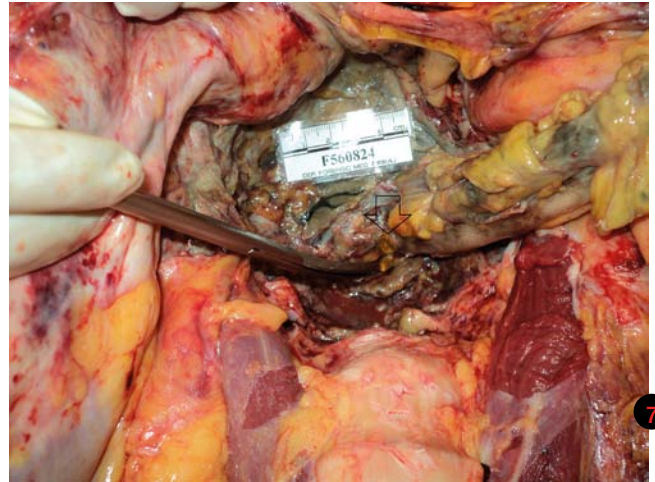
- ผนังศีรษะและได้ชั้นหนังศีรษะชิดอย่างชัดเจน
- กระโหลกศีรษะปกติ ไม่แตกหรือร้าว
- เนื้อสมองชิดอย่างมาก (ภาพที่ 4)



- ไม่พบพยาธิสภาพของเนื้อสมองและเส้นเลือดในบริเวณฐานสมองอย่างชัดเจน เว้นแต่เกิดจากสภาพแห่งการสูงวัยที่มีเส้นเลือดดังกล่าวตีบบังบางส่วน
- กระดูกสันหลัง กระดูกคอ และกระดูกซี่โครง อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- เปิดกระดูกอกและซี่โครงออก พบว่าสภาพเนื้อเยื่อของช่องอก (heart lung block) ค่อนข้างชิด



- เนื้อปอดและหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- เมื่อเปิดหน้าท้องตามแนวแผลผ่าตัดและขยายส่วนต่อมาจนถึงหน้าอกพบว่ามียึดในช่องอกเล็กน้อยออกมาอย่างชัดเจน (ภาพที่ 5)
- สีของเลือดที่ออกไม่แดงสด แต่มีสีขุ่นหมอง เนื่องจากสภาพการปนเปื้อนจากการอักเสบในช่องท้อง
- ตรวจเลือดในช่องที่มีปนกันระหว่างน้ำเลือด (watery appearance) และเลือดที่เป็นก้อน (clotted blood) ไล่ตามตำแหน่งตั้งแต่ใต้กะบังลม ใต้ตับ ที่บริเวณซีกปอด และอุ้งเชิงกราน (บริเวณที่มีการผ่าตัด) รวมปริมาตรเลือดที่ได้ 1,300 ลบ.ซม. (ภาพที่ 6) (รวมทั้งค้างอยู่ตามซอกต่าง ๆ)
- ตับมีสีซีด ขนาดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ม้ามและไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ลำไส้ส่วนต้นมีเยื่อหุ้มยึดทำให้ลำไส้เริ่มมีสภาพติดกัน (adhesion band) กระจายทั่วไป (ภาพที่ 5)
- พบสภาพเยื่อปนน้ำเลือด (ซ้เลือดซ้หนอง) ที่บริเวณอุ้งเชิงกราน และสีที่บริเวณอุ้งเชิงกรานมีสีคล้ำ (น้ำตาลคล้ำเข้ม) และเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวค่อนข้างยุบ
- ลำไส้บริเวณอุ้งเชิงกรานพบแผลผ่าตัดต่อ (colorectal anastomosis) ระหว่างลำไส้ใหญ่ (colon) กับลำไส้ใหญ่ส่วนปลายสุด (rectum) และพบว่าบริเวณแผลผ่าตัดมีการปริแตกเป็นแผลเปิดออกยาว 0.3-0.4 เซนติเมตร และยังพบว่าเนื้อเยื่อบริเวณรอบรอยปริและตามแผลผ่าตัดค่อนข้างอ่อนและยุบ อีกทั้งยังพบมีส่วนของอุจจาระเหลืองไหลออกมาจากตำแหน่งที่ปริด้วย (ภาพที่ 7)
- กระเพาะปัสสาวะและมดลูกถูกผ่าตัดออกไปแล้ว



- กระดูกเชิงกรานอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- กระดูกแขนและขาอยู่ในเกณฑ์ปกติมีได้หักหรืองอผิดปกติ

สาเหตุที่ตาย:

เลือดออกอย่างมากในช่องท้องร่วมกับสภาวะติดเชื้ในช่องท้องกระจาย เนื่องจากแผลผ่าตัดที่แตกปริ มีอุจจาระไหลรั่วออกมาในอุ้งเชิงกรานและช่องท้อง (ผลจากบาดแผลผ่าตัด)

วิเคราะห์และวิจารณ์

ประการที่ 1: ผู้ตายสูงอายุ

ผู้ตายรายนี้เป็นหญิงสูงอายุ (อายุประมาณ 65 ปี) รูปร่างสันทนต์ มีประวัติว่าเคยเป็นโรคมะเร็งเต้านมด้านซ้าย (ซึ่งได้รับการผ่าตัดเอาเต้านมข้างซ้ายออกไปแล้ว) บริเวณช่องอกรวมถึงปอดและหัวใจไม่พบพยาธิสภาพอย่างรุนแรงที่จะเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย

ประการที่ 2: สาเหตุแห่งการเสียชีวิตในผู้ตายรายนี้

สาเหตุแห่งการเสียชีวิตเนื่องจากการที่บาดแผลผ่าตัดที่อุ้งเชิงกรานจากการผ่าตัดต่อ (colorectal anastomosis) ระหว่างลำไส้ใหญ่ (colon) และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (rectum) แตกปริออกเป็นรอยประมาณ 0.4-0.5 เซนติเมตร ทำให้อุจจาระในลำไส้ใหญ่ไหลรั่วออกมา เกิดภาวะติดเชื้อและเกิดการสลายของเนื้อเยื่อจนทำให้เส้นเลือดฉีกขาดและมีเลือดไหลออกมามากและต่อเนื่องจนทำให้มีเลือดในช่องท้องและอุ้งเชิงกรานทั้งก่อนเลือด (ประมาณ 300 ลบ.ซม.) และเลือดรวมกันได้ทั้งหมดคิดเป็นปริมาตร 1,300 ลบ.ซม. แต่สีที่ค่อนข้างขุ่นน้ำตาลแดงเก่า ๆ (สภาพของเลือดปนกับหนอง) และเป็นสาเหตุแห่งการติดเชื้อในช่องท้องและติดเชื้อทั่วร่างกาย (กระแสโลหิต)

ประการที่ 3: โรคแทรกซ้อนที่เกิดหลังผ่าตัดโรคแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด:

ในการผ่าตัดรวมถึงการผ่าตัดที่อุ้งเชิงกราน (colorectal anastomosis) นี้ อาจเกิดสภาวะแทรกซ้อนได้

หลายประการ กล่าวคือ

1. การเกิดรอยปริแตกของแผลที่ได้รับการผ่าตัดไว้ ทำให้มีเลือดไหลซึมออกตลอดเวลา ซึ่งอาจเริ่มด้วยการมีสภาวะการติดเชื้อก่อน

2. แผลปริแตกที่เกิดขึ้น ณ ตำแหน่งของการผ่าตัด ทำให้มีอุจจาระไหลซึมออกมาตลอดเวลา และเป็นเหตุให้ในช่องท้องเกิดการติดเชื้อกระจายทั่วไป (generalized peritonitis)

หมายเหตุ:

ไม่พบว่ามีกรวางท่อระบาย (drain) จากช่องท้อง

ประการที่ 4: ผลที่อาจเกิดขึ้นจากสภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (การฟ้องร้อง)

การฟ้องทางจริยธรรม คือ ความผิดตาม “ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549”² ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525³ ซึ่งน่าจะฟ้องในหมวด 4 ข้อ 15

ข้อ 15 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะ วิสัย และพฤติการณ์ที่มีอยู่

ความหมาย: หมายถึง การที่แพทย์อาจถูกกล่าวหาว่าประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่ถูกต้องตามมาตรฐานทางการแพทย์ (ตามเกณฑ์หรือแนวทางแห่งศีลยศาสตร์)

หมายเหตุ:

พึงระวังในเรื่อง “มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หากไม่เป็นไปตามมาตรฐานแล้ว^{4,5} สิ่งตามมาคืออาจถูกฟ้องร้องในทางแพ่ง ทางอาญา และทางวินัยได้

การฟ้องทางอาญา คือ ความผิดฐาน “ประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย” ตามมาตรา 291 แห่งประมวลกฎหมายอาญา⁶

มาตรา 291 ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

ความหมาย: หมายถึงการที่แพทย์อาจถูกกล่าวหาว่ากระทำการผ่าตัดโดยประมาท (ไม่ถูกต้องตามมาตรฐานทางการแพทย์ประการหนึ่งประการใด) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อ การรั่วไหลของอุจจาระ และมีเลือดออกในช่องท้องและอุ้งเชิงกรานจำนวนมาก

การฟ้องทางแพ่ง คือ ความผิดตามมาตรา 420 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์⁷

มาตรา 420 ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น

ความหมาย: หมายถึงการที่แพทย์อาจถูกกล่าวหาว่า “กระทำละเมิด” ต่อผู้ป่วย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายและต้องชดใช้เป็น “ค่าสินไหมทดแทน”

ประการที่ 5: โรคแทรกซ้อนและผลที่เกิดขึ้น

โรคแทรกซ้อนในทางการแพทย์:

ในการผ่าตัดและเกิดโรคแทรกซ้อนในที่นี้อาจถือได้ว่าเป็น “**โรคแทรกซ้อนในทางการแพทย์**” ที่อยู่ในเรื่อง “**ข้อเท็จจริงทางการแพทย์**”⁸ ดังนี้

“..... ฯลฯ”

ข้อ 3 ในกระบวนการดำเนินการทางการแพทย์อาจเกิดสภาวะอันไม่พึงประสงค์ได้ แม้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอแล้วก็ตาม ซึ่งถือว่าเป็นเหตุสุดวิสัย

“..... ฯลฯ”

ข้อ 9 การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคลากรทางการแพทย์ย่อมมีผลเสียต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค”

อย่างไรก็ตาม หากแพทย์มิได้ขาดการใช้ความระมัดระวังตามเกณฑ์แห่งมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และผู้ป่วยมิได้ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว ก็อาจกล่าวได้ว่าเป็น “เหตุสุดวิสัย” ตามแนวทางแห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์⁷

มาตรา 8 คำว่า “เหตุสุดวิสัย” หมายความว่า เหตุใด ๆ อันจะเกิดขึ้นก็ดี จะให้ผลพิบัติก็ดี เป็นเหตุที่ไม่อาจป้องกันได้แม้ทั้งบุคคลผู้ต้องประสบหรือใกล้จะต้องประสบ เหตุนั้นจะได้จัดการระมัดระวังตามสมควรอันพึงคาดหมายได้จากบุคคลในฐานะและภาวะเช่นนั้น

สรุป

ผู้ที่เสียชีวิตในเวลาอันใกล้ภายหลังจากที่ถูกจำหน่ายจากสถานพยาบาล (ไม่นานหลังจากออกจากโรงพยาบาล) โดยในขณะที่อยู่ในสถานพยาบาลนั้นได้รับการผ่าตัดใหญ่เพื่อการรักษา สมควรอย่างยิ่งที่จะต้องถือเป็น “การตายผิดธรรมชาติประเภทหนึ่งด้วยได้” และด้วยเหตุที่เกิดหลังจากการผ่าตัดจึงสมควรยิ่งที่จะต้องนำศพเข้ามตรวจเพื่อ “**หาสาเหตุแห่งการเสียชีวิต**” สำหรับแพทย์ที่ทำการชันสูตรพลิกศพพบว่าหมดหน้าที่แล้ว เป็นการทำหน้าที่สมบูรณ์แล้วตามเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์และเกณฑ์ความรู้ฯ แต่แพทย์ที่เป็นผู้ผ่าตัดผู้ตายรายนี้ยังคงมีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องทั้งทางอาญา แพ่ง และจริยธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. http://www.tmc.or.th/service_law02_17.php
3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
4. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555 โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม 2555)”
5. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม 2555.
6. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
7. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB03/%BB03-20-9999-update.pdf>
8. ประกาศแพทยสภาที่ 46/2549 เรื่อง ข้อเท็จจริงทางการแพทย์. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมและข้อบังคับแพทยสภา. พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. โรงพิมพ์เรือนแก้ว: กรุงเทพมหานคร: 83.

บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด จัดงาน 'ครบรอบ 55 ปี ในประเทศไทย' พร้อมเปิดแคมเปญส่งเสริมสุขภาพใหญ่ประจำปี "รอบรู้เรื่องปวด" (Know Your Pain) ส่งเสริมให้คนไทยรอบรู้เรื่องสาเหตุของอาการปวดต่าง ๆ รวมถึงแนวทางการป้องกันรักษาก่อนลุกลามเรื้อรังผ่านทางช่องทางสำคัญ ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาล อาคารสำนักงาน และร้านขายยาคุณภาพ เพื่อเข้าถึงประชาชนหลากหลายวัยรวมกว่า 45,000 คนทั่วประเทศ

มร.คริสเตียน มัลเซอร์บี ผู้จัดการใหญ่ประเทศไทย บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด กล่าวว่า ตลอดการดำเนินงาน 55 ปีในประเทศไทย ไฟเซอร์มุ่งมั่นในการคิดค้น พัฒนา ผลิตภัณฑ์คุณภาพที่มีมาตรฐานความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่าครอบคลุมการบำบัดรักษามากมายหลายแขนง โดยไฟเซอร์เล็งเห็นถึงภัยอันตรายจากอาการปวดและโรคปวดเรื้อรังซึ่งบั่นทอนคุณภาพชีวิต และเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้น ๆ ที่คนไทยได้เผชิญอยู่ในปัจจุบัน และอาจก่อตัวเป็นวิกฤตด้านสุขภาพอย่างหนึ่งได้ จึงได้จัดทำแคมเปญสุขภาพ "รอบรู้เรื่องปวด" (Know Your Pain) เพื่อเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชนได้เข้าใจเกี่ยวกับอาการปวดต่าง ๆ รวมถึงตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกัน และการไปพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มก่อนที่จะลุกลามกลายเป็นโรคปวดเรื้อรัง เพื่อประโยชน์ในการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้าน นพ.สกนธร ศิวโรสสกุล ผู้อำนวยการฝ่ายปฏิบัติการธุรกิจ บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด กล่าวเพิ่มเติมถึงรายละเอียดของแคมเปญพิเศษทั่วประเทศ "รอบรู้เรื่องปวด" (Know Your Pain) ว่าไฟเซอร์ได้ตั้งเป้าหมายของแคมเปญว่า จะสามารถให้ความรู้ด้านสาเหตุ ประเภท และการป้องกันรักษาโรคปวดได้ครอบคลุมกลุ่มประชาชนเป้าหมายกว่า 45,000 คนทั่วประเทศ ตั้งแต่วัยเรียน วัยทำงาน จนถึงผู้สูงอายุ ผ่านทาง 4 ช่องทางสำคัญคือ โรงเรียน โรงพยาบาล อาคารสำนักงาน และร้านขายยาคุณภาพ ด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่

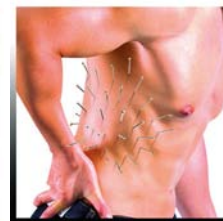
กิจกรรมในร้านขายยาคุณภาพ

และโรงพยาบาล เป็นกิจกรรมให้ความรู้สู่ชุมชนผ่านช่องทางร้านขายยา เริ่มจากร้านบูทส์ (Boots) รวม 230 สาขาทั่วประเทศ โดยจับมือกับบริษัท บูทส์รีเทล (ประเทศไทย) จำกัด ในการจัดอบรมเภสัชกรของบูทส์ จำนวน 360 คนเกี่ยวกับความรู้ด้านสาเหตุ ประเภทของการปวด การป้องกัน และรักษาโรคปวด โดยเฉพาะอาการ 'ออฟฟิศซินโดรม' เพื่อให้เภสัชกรที่ผ่านการอบรมกระจายความรู้ให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ประชาชนอย่างถูกต้อง โดยจัดในเดือนกรกฎาคม และสิงหาคมนี้

ไฟเซอร์ ครบ 55 ปีในไทย

จัดกิจกรรม "รอบรู้เรื่องปวด"

ให้ความรู้คนไทย ห่วงไกลเรื่องปวด



นอกจากนี้ยังร่วมกับโรงพยาบาลเอกชน อาทิ โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลรามคำแหง โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ และโรงพยาบาลธนบุรี เป็นต้น ในการจัดนิทรรศการและเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปวด เชื่อว่าจะสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ถึง 30,000 คนทั่วประเทศ

กิจกรรมโรคไขว้ตามอาคารสำนักงานเรื่องออฟฟิศซินโดรม

เป็นกิจกรรมโรคไขว้ไปยังกลุ่มคนทำงานในย่านศูนย์กลางธุรกิจของกรุงเทพฯ อาทิ สาทร สีลม และสุขุมวิท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดอาการปวดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่ถูกต้อง โดยได้เตรียมเจ้าหน้าที่ในการให้ข้อมูล วินิจฉัยสาเหตุ วิเคราะห์พฤติกรรมท่าทางที่ก่อให้เกิดการปวดระดับเบื้องต้น เพื่อเริ่มรณรงค์ให้กลุ่มเป้าหมายไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาดังตั้งแต่นั้น ๆ ก่อนลุกลามกลายเป็นอาการปวดเรื้อรัง

กิจกรรมโรคไขว้ไปยังกลุ่มโรงเรียนมัธยมศึกษาเรื่องการปวดประจำเดือน

ในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายนนี้ จะจัดกิจกรรมโรคไขว้ในโรงเรียนมัธยมศึกษาประมาณ 50 โรงเรียน ในเขตกรุงเทพฯ และ

ปริมณฑล เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาจำนวนกว่า 15,000 คน ซึ่งมักประสบอาการปวดประจำเดือน โดยกิจกรรมจะให้ความรู้ตั้งแต่สาเหตุของการปวด การดูแลรักษา และบรรเทาอาการปวดประจำเดือนที่ถูกต้อง ด้วยสื่อที่ทันสมัยสอดคล้องกับไลฟ์สไตล์วัยรุ่น อาทิ Interactive Movie และ Application โทรศัพท์มือถือที่สามารถดาวน์โหลดชมมีประจำเดือนของตนเองได้อย่างสะดวก เป็นต้น

นอกจากนี้ไฟเซอร์ยังคงเดินหน้าทำกิจกรรมตามนโยบายหลักของไฟเซอร์ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ด้วยการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดกิจกรรมผ่านทางมูลนิธิไฟเซอร์ประเทศไทย ด้วยการเข้าไปมีส่วนร่วมกับชุมชนท้องถิ่นเพื่อร่วมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและการศึกษาตลอดทั้งปี



ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำที่พบในผู้ป่วยสุดดม สารระเหย หรือโทลูอีน (toluene)

ตัวอย่างผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 38 ปี มาห้องฉุกเฉินด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนแออัดและมีประวัติติดการดื่มกาฬ ผู้ป่วยเริ่มดื่มกาฬตั้งแต่อายุ 14 ปี พยายามเลิกหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ ครั้งล่าสุดหยุดดื่มกาฬได้นานประมาณ 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ช่วง 3 วันมานี้ผู้ป่วยกลับมาดื่มกาฬพร้อมกับเริ่มมีอาการแขนขาอ่อนแรง เวลานั้นแล้วมักลุกขึ้นยืนไม่ไหว ผู้ป่วยยกมือหัวไม่ไหว รวมทั้งไม่สามารถจับช้อนเพื่อรับประทานอาหารได้ แต่ยังพอเดินไปมาได้ อาการทั้งหมดเป็นเท่า ๆ กันตลอดทั้งวัน ไม่มีอาการไข้ ไม่มีถ่ายเหลวหรือคลื่นไส้ อาเจียนแต่อย่างใด อาการอ่อนแรงเหล่านี้เป็นรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วง 3 วันมานี้จนทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูบบุหรี่ตั้งแต่หนุ่ม ๆ ดื่มเบียร์บ้างนาน ๆ ครั้ง แต่ไม่มีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดอื่น

ตรวจร่างกายแรกพบที่ห้องฉุกเฉินพบว่า ผู้ป่วยมีรูปร่างผอมมาก มีอาการอ่อนเพลียแต่ยังรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยสามารถตอบและทำตามสั่งได้ สัญญาณชีพเป็นปกติ การตรวจร่างกายทางระบบประสาทพบว่า ผู้ป่วยมีกำลังของกล้ามเนื้อส่วนต้นของทั้งแขนและขาอ่อนแรงในเกรด 3/5 ทั้งสองข้าง การตรวจระบบการทำงานของระบบประสาทส่วนบน ได้แก่ Babinski sign และ clonus พบว่าเป็นปกติ ส่วนการตรวจร่างกายในระบบอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมทั้งขนาดต่อมไทรอยด์ไม่โตอีกด้วย

ผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบมี u-wave pattern อันแสดงว่ามีภาวะเกลือโพแทสเซียมต่ำในเลือด ผลการตรวจเลือดพบว่า ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ = 1.19 (ค่าปกติ 3.5-5.1 มิลลิโมลลิตร) และมีภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) ร่วม ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยการให้โพแทสเซียมและฟอสเฟตบริหารเข้าทางหลอดเลือดดำ พร้อมทั้งแพทย์ได้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าสังเกตอาการและตรวจหาสาเหตุของความผิดปกติของโพแทสเซียมในเลือดต่ำที่มีภาวะเลือดเป็นกรดร่วมด้วยต่อไป

อภิปราย

จากประวัติและการตรวจร่างกายแรกพบของผู้ป่วยรายนี้เข้าได้กับภาวะกล้ามเนื้อส่วนต้นอ่อนแรง ประวัติเป็นค่อนข้างเร็ว มีลักษณะแขนขาอ่อนแรงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง (symmetrical) ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงคงที่ตลอดทั้งวัน (no fluctuation of symptoms) นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่มีอาการกล้ามเนื้อของตาอ่อนแรงเลย เช่น ไม่มีหนังตาตก และไม่มีอาการมองเห็นภาพซ้อนแต่อย่างใด อาการเหล่านี้ทำให้คิดถึงกลุ่มที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ (myopathy) มากกว่ากลุ่มที่มีความผิดปกติของรอยต่อระหว่างปลายประสาทกับกล้ามเนื้อ (neuromuscular junction) ในผู้ป่วยรายนี้สาเหตุที่เป็นไปได้ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติที่กล้ามเนื้อ (myopathy) ได้แก่

1. ความผิดปกติของเกลือแร่ในร่างกาย ได้แก่ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ แคลเซียมในเลือดต่ำ ฟอสเฟตในเลือดต่ำ โซเดียมในเลือดต่ำ
2. การใช้อายหรือสารบางอย่าง ได้แก่ โคเคน เฮโรอีน แอลกอฮอล์ สเตียรอยด์ เป็นต้น
3. ความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อบางอย่าง ได้แก่ ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย (hypothyroid), ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (hyperthyroid) หรือ cushing syndrome เป็นต้น

4. พยาธิสภาพที่ทำให้กล้ามเนื้ออักเสบ เช่น polymyositis, dermatomyositis, vasculitis เป็นต้น

5. ภาวะติดเชื้อไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา หรือปรสิตบางชนิด

6. ภาวะที่มีการสลายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อ (rhabdomyolysis)

เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ร่วมกับมีประวัติการใช้สารระเหยมาก่อนหน้านี้ ทำให้นึกถึงสาเหตุอันเกิดจากเกลือโพแทสเซียมในเลือดต่ำ หรือจากการใช้อายหรือสารบางอย่างมากที่สุด ส่วนสาเหตุจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อนั้นคิดถึงได้น้อย เพราะอาการแขนขาอ่อนแรงในต่อมไร้ท่อนั้นผิดปกติมักมีอาการอ่อนแรงอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีไข้จึงทำให้ไม่น่าคิดถึงสาเหตุแขนขาอ่อนแรงจากการติดเชื้อแต่อย่างใด จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผู้ป่วยมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำมากอยู่ที่ 1.19 มิลลิโมลลิตร และมีระดับของฟอสเฟตในเลือดต่ำร่วมด้วย ซึ่งสามารถอธิบายการเกิดภาวะกล้ามเนื้อส่วนต้นอ่อนแรงในผู้ป่วยรายนี้ได้ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเกิดเป็นกรดชนิดที่มี anion gap ปกติ (normal anion gap and metabolic acidosis) อีกด้วย ผลตรวจปัสสาวะไม่พบเลือดหรือ hemoglobin ในปัสสาวะที่จะบ่งชี้ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อสลายตัว (rhabdomyolysis) ได้อย่างใด

ดังนั้น จากประวัติแขนขาอ่อนแรงอย่างรวดเร็วร่วมกับประวัติการใช้สารระเหย รวมทั้งระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ และมี normal anion gap and metabolic acidosis จึงทำให้เข้าได้กับภาวะไตทำงานผิดปกติในการขับกรดชนิดที่ 1 หรือ distal renal tubular acidosis ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่ใช้สารระเหย หรือ toluene มากที่สุด

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยการให้โพแทสเซียมและฟอสเฟตเข้าทางหลอดเลือดดำ และรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการและติดตามความผิดปกติของคลื่นหัวใจชนิดที่รุนแรงอันอาจเกิดขึ้นได้จากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำมาก นอกจากนี้ผลการตรวจปัสสาวะพบสาร hippuric acid ซึ่งเป็นอนุพันธ์จากการสลายตัวของสาร toluene ที่ใช้สูดดมเข้าไป จึงช่วยยืนยันการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายนี้เป็น distal renal tubular acidosis อันเกิดจากสูดดมสาร toluene เข้าไป

ภาวะไตทำงานผิดปกติในการขับกรด (renal tubular acidosis) ที่พบในผู้ป่วยสูดดมสารระเหย หรือโทลูอีน (toluene)

โทลูอีน (toluene) เป็นสารประกอบในกลุ่มไฮโดรคาร์บอน (hydrocarbon) ได้จากขั้นตอนในกระบวนการกลั่นปิโตรเลียมซึ่งได้มาจากน้ำมันดิบ และถ่านหิน โทลูอีน (toluene) เป็นส่วนประกอบที่พบในน้ำมันเบนซิน กาวที่ใช้ในอุตสาหกรรมต่าง ๆ สีทาบ้าน หมึกพิมพ์ และตัวทำละลายต่าง ๆ ในอุณหภูมิห้อง สารนี้สามารถระเหยและติดไฟได้ มีกลิ่นหอมหวาน สารโทลูอีนนิยมนำมาสูดดมจนเกิดอาการเสพติดกันมากและหาซื้อได้ง่าย เพราะสารนี้เป็นส่วนประกอบของสิ่งที่ใช้กันทั่วไปในชีวิตประจำวัน การใช้สูดดมจนมีระดับความเข้มข้นของโทลูอีนในเลือดสูงพอที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกเคลิบเคลิ้มสุขสบาย (euphoria), ผ่อนคลาย (relaxation) อย่างที่เรียกกันว่า "sniffer's high" ซึ่งความเข้มข้นในเลือดจะสูงเป็น 50 เท่าของเกณฑ์ระดับความเข้มข้นในเลือดที่ยอมรับได้ในหมู่ผู้ทำงานกับสารนี้ในโรงงานอุตสาหกรรม อาการร่วมอื่น ๆ ที่มีได้เมื่อสูดดมสารนี้ในระยะเวลานานเป็นเดือน ได้แก่ อาการประสาทหลอนทั้งทางภาพหรือเสียง (visual or auditory hallucination) บางรายอาจมีภาวะตื่นตระหนก

(frightening) หรือเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (antisocial behavior) ได้

กลุ่มผู้เสพติดสารโกลูอินพบได้ดังนี้คือ ในกลุ่มเด็กซึ่งมักจะได้รับการรักษาจากการรับประทานเข้าไปโดยที่ไม่ได้ตั้งใจ กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ที่ทำงานในอุตสาหกรรมต่าง ๆ เช่นการทำเฟอร์นิเจอร์ ทาสี โรงพิมพ์ เป็นต้น กลุ่มสุดท้ายคือ วัยรุ่นที่ตั้งใจเสพติดสารชนิดนี้

การสูดดมสารระเหยเป็นปัญหาที่พบมากในประเทศยากจนและด้อยพัฒนา ซึ่งวิธีการที่ใช้เพื่อลดผลกระทบส่วนใหญ่แบ่งออกเป็น

1. sniffing คือการสูดดมสารระเหยที่รินลงในภาชนะ
2. huffing คือการสูดดมจากถุงเท้าหรือชิ้นวางของที่มีสารระเหยขบหรือเคลือบอยู่

3. การสูดดมสารจากถุงพลาสติกหรือถุงกระดาษโดยเอามารอบปากและจุม

การสูดดมสารระเหยจะทำให้ผู้เสพเข้าสู่ภาวะที่เคลิบเคลิ้ม สะลึมสะลือ จนถึงหมดสติ (stuporous, tranquilized state) จนกระทั่งอาจเสียชีวิตเฉียบพลันได้ อันเกิดเนื่องจากการมีอาการอาเจียนและสับสนอย่างรุนแรงจนกระทั่งเกิดอุบัติเหตุในทางเดินหายใจ หรืออาจเสียชีวิตจากการขาดอากาศหายใจในถุงพลาสติกที่ครอบอยู่ หรือมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจนกระทั่งเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่เสพติดสารระเหยด้วยการสูดดมสารอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมักจะปรับสภาพร่างกายให้ทนต่อพิษของสารระเหยแบบเฉียบพลันได้ดีกว่าคนปกติ อันพ้องที่ที่เกิดจากการสลายตัวของโกลูอิน ได้แก่ กรดฮิปปูริก (hippuric acid) และครีซอล (cresol) โดยที่ 75% จะสลายตัวเป็นกรดฮิปปูริก (hippuric acid) ซึ่งจะถูกขับออกทางปัสสาวะภายใน 12 ชั่วโมง สารส่วนน้อยจะสลายตัวเป็นครีซอล (cresol) ส่วนสารที่เหลือจะขับออกในรูปเดิมได้ โกลูอินจะสลายตัวและขับออกจากระบบเลือดค่อนข้างเร็วประมาณ 12 ชั่วโมงหลังรับสัมผัสสาร แต่อย่างไรก็ตาม โกลูอินจะละลายและสะสมอยู่ในชั้นไขมันใต้ผิวหนังได้ดี และจะค่อย ๆ ปล่อยออกมาสู่กระแสเลือดภายใน 3 ชั่วโมงหลังรับสัมผัสสาร และจะค่อย ๆ ถูกปล่อยออกมาสู่กระแสเลือดเรื่อย ๆ ได้นานถึง 3 วัน

การเสพติดสารโกลูอินเป็นระยะเวลานานเป็นปีส่งผลให้ไตมีภาวะผิดปกติในการขับกรด (renal tubular acidosis type I, distal RTA) ได้ด้วยกลไกที่ยังไม่ทราบแน่ชัด ซึ่งในภาวะนี้จะทำให้มีความผิดปกติของการขับกรดที่ท่อไตส่วน collecting tubules ผู้ป่วยจะมีภาวะเลือดเป็นกรดชนิด normal anion gap และมีระดับคลอไรด์ในเลือดสูง ปัสสาวะมักจะมีความเป็นกรดด้วย นอกจากนี้จะมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำซึ่งมักจะรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการกล้ามเนื้อแขนขาส่วนต้นอ่อนแรงได้ ผู้ป่วยจะมีระดับแคลเซียมในปัสสาวะสูงซึ่งก่อให้เกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะได้ในระยะยาว สาเหตุของภาวะเลือดเป็นกรดนั้นเชื่อว่าเกิดจากไตมีความผิดปกติในการขับกรด (renal tubular acidosis) เกิดจากการสะสมของอนุพันธ์ที่เกิดจากการสลายตัวของโกลูอิน และจากภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนร่วมกัน ความผิดปกติทางไตอื่น ๆ ที่พบได้ ได้แก่ ภาวะไตวายเฉียบพลัน, โปรตีนรั่วทางปัสสาวะ (proteinuria), เม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ (hematuria) ภาวะความผิดปกติทางไตจะค่อย ๆ หายกลับมาเป็นปกติได้หลังจากหยุดเสพสารระเหย

ความผิดปกติทางระบบอื่น ๆ ที่พบได้จากการสูดดมสารระเหย ได้แก่ ความผิดปกติทางระบบประสาท ซึ่งเป็นอวัยวะหลักที่จะได้รับผลกระทบโดยตรง อาการแสดงเริ่มต้นตั้งแต่อาการวิงเวียน ปวดศีรษะ ไปจนถึงหมดสติ หรือการหายใจจนกระทั่งเสียชีวิตได้ อาการเฉียบพลันทางระบบประสาทจะหายได้อย่างรวดเร็วหลังหยุดเสพสารระเหย แต่ถ้าสูดดมในระยะยาวจนความเข้มข้นของสารระเหยในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานก็จะรบกวนการสร้าง myelin ของเส้นประสาท ทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า multifocal leukoencephalopathy อาการผิดปกติทางระบบประสาทจะเริ่มแสดงที่ระยะเวลาเฉลี่ย 2-4 ปี ระยะเวลาเร็วที่สุดที่มีรายงานคือ 1 ปี อาการแสดงเริ่มต้นจะมาด้วยพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การรับรู้กลืนผิดปกติ สมาธิและความจำเสียไป การเคลื่อนไหวของมือและการเดินที่ผิดปกติ หูตึง ไม่ชัด ศีรษะอ่อนอย่างบังคับ

ไม่ได้ ตามองภาพไม่ชัด หูตึง มีภาวะหลงลืม นอกจากนี้ยังอาจเกิดอาการโรคจิตได้ (psychiatric change) อีกด้วย หลังจากหยุดเสพสารระเหยประมาณ 6 เดือน ความผิดปกติต่าง ๆ จะกลับมาเป็นปกติได้ ถ้าความผิดปกติมีความรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลางก็อาจหายเป็นปกติได้ แต่ความผิดปกติเป็นในระดับที่รุนแรงมากก็มักพบว่าผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้แค่บางส่วน ถ้าตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหรือตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าของสมองจะพบรอยโรคที่แสดงถึงความผิดปกติได้ นอกจากนี้โกลูอินยังทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้อันเกิดจากการที่โกลูอินจะกระตุ้นให้ adrenergic receptor มีความไวมากขึ้น ดังนั้น จึงไม่ควรใช้สาร sympathomimetic agent ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การรักษา

การรักษาเบื้องต้นเป็นไปตามหลักการทั่วไปในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่รับสัมผัสสารในกลุ่มอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (aromatic hydrocarbon) ดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการสัมผัสสารโดยไม่ได้รับรู้และสวมหน้ากากป้องกันที่เหมาะสม

2. ทำการชำระล้างสารพิษจากผู้ป่วย (decontaminate) ด้วยการถอดเสื้อผ้าที่ปนเปื้อนออกรวมทั้งล้างตัวด้วยน้ำ และใช้น้ำเกลือเพื่อล้างตาจนสะอาด

3. เปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำ และตรวจวัดระดับออกซิเจนในเลือดด้วยเครื่องวัดออกซิเจนทางปลายนิ้ว

4. ไม่ควรกระตุ้นให้เกิดการอาเจียน ถ้ากินสารนั้นมาไม่เกิน 30 นาที แพทย์ก็ควรใส่สายสวนเพื่อล้างกระเพาะอาหาร

5. ปกป้องทางเดินหายใจจากการสูดดม

6. ให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน ตรวจวัดชีพจรและความดันเลือดเป็นระยะ ๆ รวมทั้งให้การรักษาอื่น ๆ ที่เหมาะสมถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้น

7. รักษาภาวะหมดสติ ชัก ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

8. หลีกเลี่ยงการใช้สารที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathomimetic) เช่น สาร epinephrine เนื่องจากสารจะกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติแบบเร็ว (tachyarrhythmia) จนเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิดเร็วนี้ อาจจำเป็นต้องให้ยาในกลุ่ม beta-blocker

9. ถ่ายภาพรังสีของทรวงอก ส่งตรวจเลือดดูระดับเกลือแร่ในเลือด CBC การทำงานของตับ ค่าการทำงานของไต ส่งตรวจปัสสาวะ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

10. ส่งตรวจหาสารที่สงสัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจหากรดเบนโซอิกในปัสสาวะ ซึ่งจะบ่งว่าผู้ป่วยได้สัมผัสโกลูอินมาก่อน

11. ถ้าได้รับสัมผัสสารปริมาณมากอาจจำเป็นต้องรับตัวไว้สังเกตอาการในช่วง 12-24 ชั่วโมงหลังสัมผัสสาร

สำหรับการรักษาอื่น ๆ ที่จำเป็นในผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่ การให้โพแทสเซียมและฟอสเฟตทางเส้นเลือดเพื่อแก้ไขระดับของเกลือแร่ทั้ง 2 ตัวกลับมาอยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้แพทย์ต้องเฝ้าติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นระยะ ๆ เพราะผู้ป่วยอาจมีหัวใจเต้นผิดปกติเกิดขึ้นได้ แพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดการเสพติดสารระเหย รวมทั้งควรส่งผู้ป่วยไปปรึกษาจิตแพทย์เพื่อช่วยทำการบำบัดรักษาภาวะเสพติดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Mirkin D. Clinical management of poisoning and drug overdose. Benzene and related aromatic hydrocarbon. 2007: 1363-1376.
2. Gummin D, Hryhorczuk D. Toxicologic Emergencies. Hydrocarbons. 2002: 1303-1318.
3. Kelepouris E, Overview of renal tubular acidosis. Up to date. 2007: Available from : uptodate 15.3
4. Miller M. Approach to the patient with muscle weakness. Up to date. 2007: Available from : uptodate 15.3



ร.พ.มณารมย์ จับมือศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง เสริมสร้างพลังใจ ร่วมคืนคนดีสู่สังคมไทย

โรงพยาบาลมณารมย์ โรงพยาบาลเอกชนเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต ร่วมกับศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กระทรวงยุติธรรม จัดกิจกรรม “เสริมสร้างพลังใจเพื่อสังคม” ซึ่งเป็นหนึ่งในกิจกรรม CSR ที่จัดขึ้นเนื่องในโอกาสครบรอบ 7 ปีของการให้บริการ โดยเป็นการอบรมให้ความรู้ และการจัดการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาสมรรถภาพทางใจของเด็ก เยาวชน และครอบครัว การแก้ปัญหาวัยรุ่น ภาวะสมองตื้อ และทักษะการจัดการกิจกรรมเชิงจิตวิทยาให้แก่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดของเด็กที่ได้รับการพิจารณาตัดสินในศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง เพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านจิตวิทยาและจิตเวชศาสตร์ในการดูแลบำบัดช่วยเหลือเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดไม่ให้กระทำความผิดซ้ำ และกลับมาเป็นคนดีของสังคมได้อีกครั้ง



นพ.ไกรสิทธิ์ นฤตพิชัย
กรรมการผู้จัดการโรงพยาบาลมณารมย์
กล่าวว่า การกระทำความผิดในเด็ก
และเยาวชนถือว่าเป็นเรื่องที่ทุกฝ่าย
ต้องให้ความสำคัญ เพราะการที่เด็ก
และเยาวชนก่อปัญหากระทำความผิดตั้งแต่
อายุน้อย หากปล่อยทิ้งไว้จะกลายเป็น

เป็นปัญหาและภาวะใหญ่ของสังคมในอนาคต

การจัดการอบรมให้ความรู้และสัมมนาภายใต้กิจกรรม
“เสริมสร้างพลังใจเพื่อสังคม” จะมุ่งเน้นการให้ความรู้และความ
เข้าใจเกี่ยวกับ “ปัญหาความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ” และ “การ
เจ็บป่วยทางสมอง” ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการกระทำความผิดในเด็ก รวม
ทั้งความรู้ความเข้าใจ “ปัจจัยด้านจิตสังคม” ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
การใช้ “ยาเสพติด” ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็น
ปัจจัยสำคัญต่อการกำหนดแนวทางการบำบัดรักษาเยียวยา
ไม่ให้เกิดการกระทำความผิดซ้ำ และสามารถช่วยให้เยาวชนกลับไป
เป็นคนดีของสังคมได้



ด้าน ศ.พิเศษ ดร.จิรนิติ หะวานนท์
อธิบดีผู้พิพากษาศาลเยาวชนและครอบครัว
กลาง กล่าวว่า ปัญหาส่วนหนึ่งของเด็กที่
กระทำความผิดเกิดขึ้นมาจากสาเหตุความ
ผิดปกติด้านจิตเวช ดังนั้น การที่ผู้พิพากษา
ผู้พิพากษาสมทบ และนักจิตวิทยา สามารถ
มีองค์ความรู้ที่ถูกต้องในเชิงจิตเวชจึงมีความ
สำคัญ แม้จะไม่ได้เข้าไปแก้ปัญหาเองทั้งหมด แต่ก็เป็นผู้คัดกรองเบื้องต้น
เพื่อส่งเข้ารับการบำบัดต่อไป

“ศาลเยาวชนฯ และโรงพยาบาลมณารมย์จะร่วมมือกันในด้านองค์
ความรู้เพื่อเข้าไปสนับสนุนระบบการให้คำปรึกษาที่มีอยู่ เพื่อพัฒนาศักยภาพ
บุคลากร เพราะในปัจจุบันเรามีนักจิตวิทยาประจำศาลทั่วประเทศเพียง
50 คนเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถรับมือกับคดีเด็กและเยาวชนที่เกิดขึ้นได้
การร่วมกันทำงานในครั้งนี้จะช่วยให้สามารถคัดกรองเด็กได้ดีขึ้น ระบุสาเหตุ
ของการกระทำความผิดได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขอย่าง
ถูกวิธี เพราะการเข้าไปแก้ไขที่ต้นเหตุด้วยการให้เด็กได้รับการบำบัดฟื้นฟู
ในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมจะทำให้อัตราการกระทำความผิดซ้ำลดลง และ
เป็นการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนกว่าการลงโทษ” ศ.พิเศษ ดร.จิรนิติ กล่าว

นอกจากนี้ในวาระครบรอบการดำเนินงาน 7 ปี โรงพยาบาล
มณารมย์ ทางโรงพยาบาลยังได้ร่วมกับองค์การสหประชาชาติ
หรือ The United Nation (UN) จัดกิจกรรม “Vote for Better World”
ในการเป็นองค์กรบริการด้านสุขภาพแห่งแรกของประเทศไทยที่เข้า
ร่วมโครงการ My World เพื่อชักชวนให้คนไทยมีส่วนร่วมในโครงการ

สำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับโลกที่ต้องการในอนาคต และโหวตเพิ่ม
ในประเด็น “สุขภาพจิตดี” หรือ “Better Mental Health” เพื่อให้
เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษขององค์การสหประชาชาติในปี
ค.ศ. 2015 ได้มีการบรรลุรอบการพัฒนาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพ
ใจควบคู่กันไปอย่างยั่งยืน



Faculty of medicine, Chiang Mai University

Collaboration with

Takeda (Thailand) Ltd.

Cordially invite you to attend

Breakfast Symposium



Breakfast Symposium
13rd
September

“Hypertension Management: Mission Possible”

Friday, September 13rd, 2013

7.00-8.30

Room 1, Floor 2, Shangri-La Hotel, Chiang Mai

ผู้ดำเนินการบรรยายและวิทยากร

น.อ.(พิเศษ) บพ.อนุตตร จิตตินันท์

นายกสมาคมโรคไต

2013 ESC/ESH Guideline for Hypertension: Strengthen Roles of CCBs

วิทยากร

*Dihydropyridine CCB: Basic Pharmacological Similarities but
Fundamental Therapeutic Differences*

บพ.ศรัณย์ ควรประเสริฐ

หน่วยวิซาระบบหัวใจและหลอดเลือด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*PPAR- γ activation of T-Type CCB in Hypertensive patients with
Metabolic syndrome*

บพ.ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์

หน่วยโรคเบาหวานและต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลราชวิถี

CHIANG MAI CARDIOLOGY CONFERENCE (CMCC 15TH)

Cardiovascular Guidelines Focus

12th – 15th SEPTEMBER 2013

SHANGRI-LA HOTEL CHIANG MAI



Faculty of medicine, Chiang Mai University

Collaboration with

Takeda (Thailand). Ltd.

Cordially invite you to attend

Luncheon Symposium



Managing Diabetes & CV Risks: Focus on the Evidence with PPAR Agonists

Friday, September 13rd, 2013

12.00-13.30

Room 3, Floor 2, Shangri-La Hotel,
Chiang Mai



ผู้ดำเนินการบรรยาย

รศ.บพ.ณัฐพงศ์ โฆษกุนพันธ์

หน่วยระบบต่อมไร้ท่อ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิทยากร

Complementary and Synergy in Glycemic Control with TZD and Metformin

พศ.พญ.ศุภวรรณ บุรณพืร

หน่วยระบบต่อมไร้ท่อ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Beyond Glycemic Control: Cardiovascular Benefits of TZD

น.อ.บพ.ภฤชญา ศาสตราวาท

กองอายุรกรรมสาขาโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช



CHIANG MAI CARDIOLOGY CONFERENCE (CMCC 15TH)

Cardiovascular Guidelines Focus

12th – 15th SEPTEMBER 2013

SHANGRI-LA HOTEL CHIANG MAI



Faculty of medicine, Chiang Mai University

Collaboration with

Takeda (Thailand). Ltd.

Cordially invite you to attend

Luncheon Symposium



“The gap-breaker in the Hypertension Management”

**Saturday, September 14th, 2013
12.00-13.30**

**Room 2, Floor 2, Shangri-La Hotel,
Chiang Mai**



ผู้ดำเนินการบรรยายและวิทยากร

ศ.นพ.อภิชาติ สุขนธธรรม

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิทยากร

พศ.พญ.ศุภวรรณ บุรณพียร

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

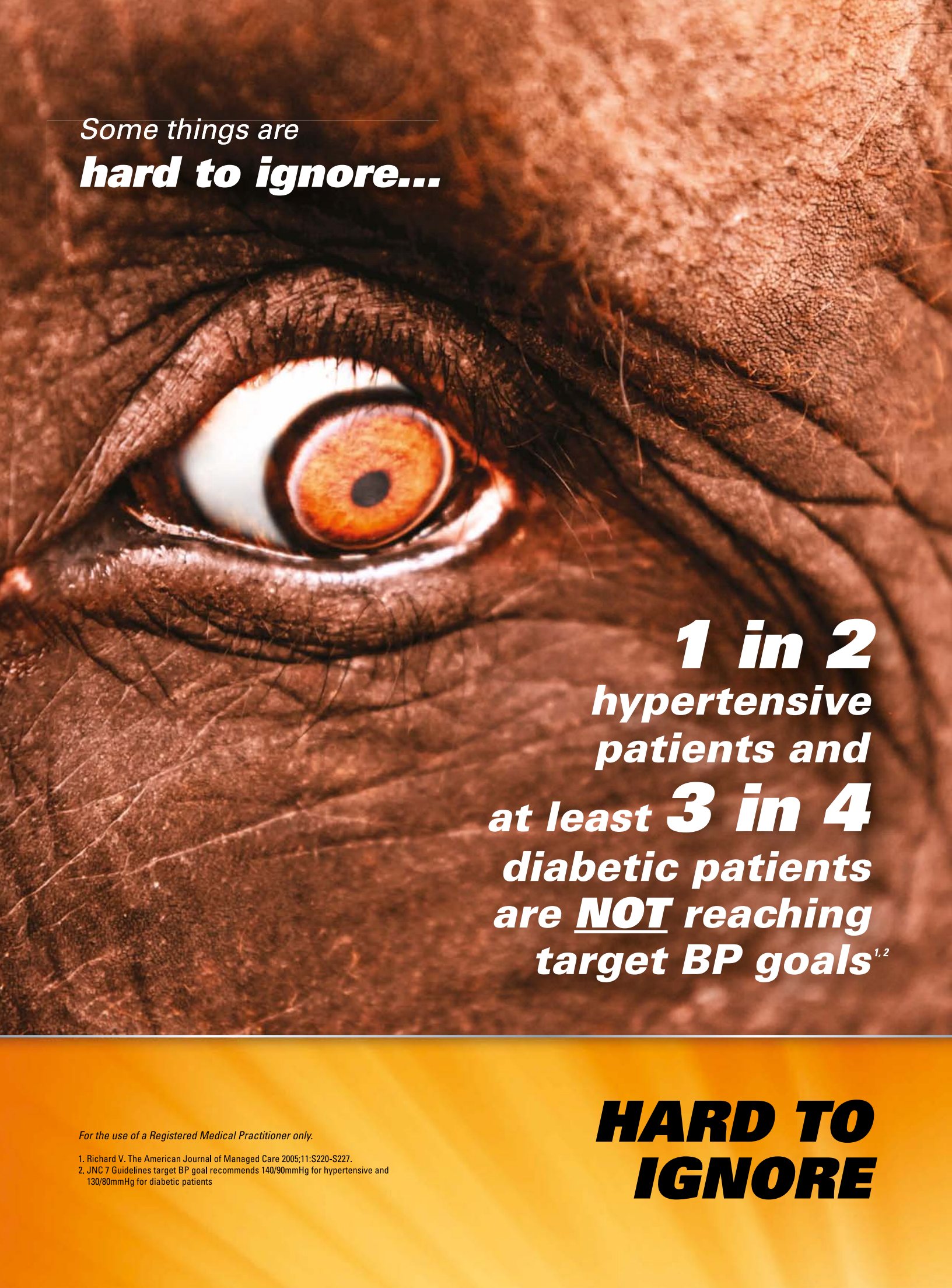


CHIANG MAI CARDIOLOGY CONFERENCE (CMCC 15TH)

Cardiovascular Guidelines Focus

12th – 15th SEPTEMBER 2013

SHANGRI-LA HOTEL CHIANG MAI



Some things are
hard to ignore...

1 in 2
hypertensive
patients and
at least **3 in 4**
diabetic patients
are **NOT** reaching
target BP goals^{1,2}

For the use of a Registered Medical Practitioner only.

1. Richard V. The American Journal of Managed Care 2005;11:S220-S227.

2. JNC 7 Guidelines target BP goal recommends 140/90mmHg for hypertensive and 130/80mmHg for diabetic patients

**HARD TO
IGNORE**

‘ไฟโบรสแกน’ นวัตกรรมใหม่ ตรวจตับแข็ง ศูนย์ระบบทางเดินอาหารและตับ ร.พ.พญาไท 2

ปัจจุบันสถานการณ์ “มะเร็ง” ในไทยพบว่า มะเร็งที่พบในเพศชายมากอันดับ 1 คือ มะเร็งตับ อันดับ 2 มะเร็งปอด และอันดับ 3 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อันดับ 4 มะเร็งต่อมลูกหมาก และอันดับ 5 มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนมะเร็งที่พบมากในเพศหญิงอันดับ 1 คือ มะเร็งเต้านม อันดับ 2 มะเร็งปากมดลูก อันดับ 3 มะเร็งตับ อันดับ 4 มะเร็งปอด และอันดับ 5 มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถึงแม้ตัวเลขมะเร็งเต้านมจะสูงขึ้น แต่การรักษาก็ดีขึ้น อัตราการเสียชีวิตประมาณ 35% เท่านั้น เมื่อเทียบกับมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งตับที่มีอัตราการเสียชีวิตเกือบ 90% มะเร็งปอดมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 70-80% แสดงให้เห็นว่ามะเร็งที่รุนแรงจะรักษายาก ดังนั้น มะเร็งที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูง การป้องกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด



เครื่องไฟโบรสแกน

นพ.อนันตศักดิ์ อภัยรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พญาไท 2 อินเตอร์เนชั่นแนล กล่าวว่า จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารและตับมากขึ้น ทางโรงพยาบาล พญาไท 2 จึงได้เปิดศูนย์ระบบทางเดินอาหารและตับแบบครบวงจรขึ้น โดยมุ่งเน้นบริการทางการแพทย์ที่ครบเครื่อง ทั้งแพทย์เฉพาะทางแบบ Sub-Specialist ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน พร้อมด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ล่าสุด อาทิ เครื่องไฟโบรสแกน (Fibroscan), เครื่องส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy), เครื่องส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Flexible Sigmoidoscopy), การตรวจสวนแป้งลำไส้ใหญ่ (Double Contrast Barium Enema), เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วยภาพเสมือนจริง (Computed Tomography Colonoscopy) เป็นต้น เพื่อมอบบริการทางการแพทย์ที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย

ด้าน นพ.นัทรวิรุฒ วัฒนารักษ์สกุล อายุรแพทย์โรคทางเดินอาหารและตับ โรงพยาบาลพญาไท 2 อินเตอร์เนชั่นแนล กล่าวว่า จากสถิติทางการแพทย์เกี่ยวกับโรกระบบทางเดินอาหารและตับพบว่า โรคท้องเสีย (อุจจาระร่วง) และอาหารเป็นพิษมักพบบ่อยในคนกรุงเทพฯ โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนฤดูกาล นอกจากนี้สำหรับโรคทางเดินอาหารที่ร้ายแรง เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากเป็นลำดับ 3 ในเพศชาย และเป็นลำดับ 5 ในเพศหญิง ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยที่แม่นยำและรวดเร็วตั้งแต่ในระยะแรกจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ง่าย และช่วยให้ผู้ป่วยประหยัด



นพ.อนันตศักดิ์ อภัยรัตน์



นพ.นัทรวิรุฒ วัฒนารักษ์สกุล



ค่าใช้จ่ายมากขึ้นด้วย โดยในปีที่ผ่านมาทางโรงพยาบาลได้รักษาผู้ป่วยโรกระบบทางเดินอาหารมากกว่า 25,289 ราย และได้ใช้การส่องกล้องตรวจระบบทางเดินอาหารสำหรับผู้ป่วยมากกว่า 2,240 ราย

โดยศูนย์ระบบทางเดินอาหารและตับ ได้นำเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ล่าสุดเข้ามาใช้ในการวินิจฉัยโรคในเครือโรงพยาบาล พญาไท อย่างเครื่องไฟโบรสแกน (Fibroscan) เพื่อค้นหาความเสี่ยงภาวะตับแข็ง และไขมันเกาะตับ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ตรวจภาวะตับแข็ง โดยเฉพาะ คล้ายการทำอัลตราซาวด์ โดยมีหลักการสะท้อนของคลื่นเสียง แล้วนำมาแปลผล ประเมินภาวะตับแข็ง พังผืดที่ตับ หรือระดับไขมันเกาะตับ เพื่อดูระดับความรุนแรงของโรค โดยไม่ต้องตรวจเจาะชิ้นเนื้อตับ ซึ่งในอดีตมีหลายวิธีในการตรวจวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคตับแข็ง แต่ละวิธีก็มีข้อจำกัดในเรื่องของความแม่นยำ ยกตัวอย่างเช่น อัลตราซาวด์ เจาะเลือด เป็นวิธีการวินิจฉัยแบบคร่าว ๆ เท่านั้น วิธีการเจาะเนื้อตับแม้ว่าจะวินิจฉัยได้แม่นยำ แต่ทว่าทำมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น เป็นต้น การใช้เครื่องไฟโบรสแกนใช้เวลาตรวจเพียง 5-10 นาทีก็สามารถทราบผลได้ทันที วิธีนี้ช่วยประหยัดเวลา ปลอดภัย ได้ผลแม่นยำ และไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บตัว รวมทั้งตรวจได้ทันทีโดยไม่ต้องงดน้ำ งดอาหาร แต่ก็มีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่อ้วนมาก ๆ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีชั้นไขมันหนา สัญญาณที่ส่งจากตัวเครื่องไปอาจจะไม่ถึงตัวตับ เพราะต้องผ่านชั้นไขมัน ทำให้การแปลผลค่อนข้างยาก หรือต้องใช้เวลาในการทำนานขึ้นเพื่อหาตำแหน่งที่ดีที่สุด



เพิ่มพูนความชำนาญ อัปเดตเทคโนโลยี พัฒนางานวิจัย

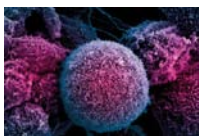
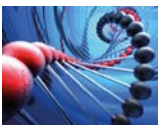


ผู้ที่สนใจเข้าร่วมประชุมกลางปี ประจำปี พ.ศ.
2556 สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติม พร้อมลงทะเบียน
เข้าร่วมประชุมได้ที่เว็บไซต์ของสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่ง
ประเทศไทย www.dst.or.th

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
16-19 กันยายน 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	การอบรมพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัว และงานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ทั่วไป และแพทย์ที่วางแผนจะสอบหนังสืออนุมัติ มิถุนายน 2557 และ 2558 : Concepts of Family Medicine & Introduction to Research in Family Medicine	E-mail: thaifmcollege@gmail.com
17-19 กันยายน 2556 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับศูนย์ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์เสมือนจริง และหน่วยกู้ชีพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	การอบรมเชิงปฏิบัติการ Advanced Cardiovascular Life Support และ Effective Life Support Team Management: Provider course ณ ศูนย์ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยฯ ชั้น 3 อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	โทรศัพท์ 0-4336-3119-20 โทรสาร 0-4336-3119 E-mail: kkureact@me.com
20 กันยายน 2556 	สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย	การประชุมกลางปี พ.ศ. 2556 สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย DST Mid-Year Meeting 2013	โทรศัพท์ 0-2716-5256 โทรสาร 0-2716-6857 www.dst.or.th
10-13 ตุลาคม 2556 	ชมรมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia Pacific Hospice Palliative Care Network	การประชุมวิชาการสัมมนาระดับนานาชาติ 10 th Asia Pacific Hospice Conference 2013 "Integration and Harmony of Wisdom in Palliative Care" ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ	www.aphc2013.com
11 ตุลาคม 2556 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	งานประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2556 ณ ห้องบุหงา โรงแรม Golden Tulip ถ.พระราม 9 กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2718-0060-4 โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: thaiheart@thaiheart.org
18-20 ตุลาคม 2556 	สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย	Endo-Nephro Meeting 2013 ณ โรงแรมเดอะชาวัน พัทยา	www.thaiendocrine.org
20-22 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2556 ใน Theme "Current Trends in Orthopaedics 2013" ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคิลิพี บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	www.rcost.or.th/meeting2013
20-23 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	The 23 rd Asian and Oceanic Congress of Obstetrics and Gynaecology (AOCOG 2013) Themed "Challenges in Women's Healthcare" ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ กรุงเทพฯ	โทรสาร 0-2716-5720 www.aocog2013.org
23-26 ตุลาคม 2556 	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่วิชาการประจำปี ครั้งที่ 39 ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติ เอ็มเพรส โรงแรมดิเอ็มเพรส จ.เชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-2716-6874 โทรสาร 0-2716-6807 www.idthai.org

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

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
20-21 September 2013 	12 th Annual Update in Nephrology and Kidney Transplantation	Minneapolis	United States of America	www.mayo.edu/cme/nephrologyupdate2013
21-26 September 2013 	Mayo Cardiovascular Review Course for Cardiology Boards and Recertification	Rochester	United States of America	www.mayo.edu/cme/cardiovascular-diseases-2013R004
23-24 September 2013 	Clinical Genomics for Cancer Diagnostics	Boston	United States of America	www.healthtech.com/cancer-genomics
26-27 September 2013 	Progress towards individualised cancer treatments	London	United Kingdom	www.rsm.ac.uk/academ/rpd16.php
5-6 October 2013 	2013 International Conference on Medical, Environmental and Bio-technology	Melaka	Malaysia	www.icmeb.org
12-13 October 2013 	2013 International Conference on Medical and BioSciences	Paris	France	www.icmbs.org
13-16 October 2013 	Australasian Genomics Technologies Association	Gold Coast, Queensland	Australia	http://amataconference.com.au/2013/
16-18 October 2013 	1 st Zebrafish for Personalized/ Precision Medicine Conference	Toronto, Ontario	Canada	www.zebrafishcentre.com/conference/
16-19 October 2013 	Drug Discovery Re-Invented: Emerging Role of Biotech, Academics and Non-Profits	Scottsdale, Arizona	United States of America	www.fusion-conferences.com/conference2.php

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

แบรนด์เกมส์ กีฬาเพิ่มปัญญานานาชาติ

พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชทินนิตตามาตุ โปรดให้ พ.อ.หญิงจิตรวดี จุลานนท์ เป็นผู้แทนพระองค์ เปิดการแข่งขัน “แบรนด์เกมส์ กีฬาเพิ่มปัญญานานาชาติ” ประจำปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นมหกรรมเกมกีฬาทางปัญญาที่ยิ่งใหญ่ระดับโลก โดยในปีนี้ได้ได้รับความสนใจจากนักกีฬาจากทั่วทุกมุมโลก เข้าร่วมแข่งขันกันอย่างเนืองแน่นถึง 23 ประเทศ รวมกว่า 8,000 คน ณ รอยัลพารากอนฮอลล์ ชั้น 5 ศูนย์การค้าสยามพารากอน เมื่อไม่นานมานี้



คลินิกเครือข่ายไวทัลไลฟ์

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวทัลไลฟ์ ในเครือโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ นำทีมโดย นพ.พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์ (กลาง) ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวทัลไลฟ์ พร้อมด้วย ดร.มาร์ค กอร์ดอน (ซ้าย) และ ดร.เทอริรี กรอสแมน (ขวา) ร่วมจัดงานสัมมนาเชิงปฏิบัติการ “คลินิกเครือข่ายไวทัลไลฟ์” เพื่อเผยแพร่นวัตกรรมและศาสตร์ด้านเวชศาสตร์ชะลอวัยให้แก่แพทย์จากสถาบันส่งเสริมสุขภาพของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่เข้าร่วม “คลินิกเครือข่าย” ณ โรงแรมเบสท์ เวสเทิร์น ซอยสุขุมวิท 1 เมื่อไม่นานมานี้

Thai CML Patient Group เปิดโต๊ะเสวนาเชิงวิชาการปี 56

ชมรมผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบมัยอีลอยด์แห่งประเทศไทย (Thai CML Patient Group) ได้จัดเสวนาเชิงวิชาการภายใต้หัวข้อ “จะอยู่อย่างไรให้มีความสุข กับมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง” โดยมี ผศ.กาญจนา จันทรสูง (ที่ 2 จากซ้าย) และ ผศ.จิตติมา ศิริจิระชัย (ที่ 3 จากขวา) ร่วมให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ร่วมเสวนา ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ แอนด์ บางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ เมื่อไม่นานมานี้



แม็คโคร ร่วมกับ ลูกค้าสมาชิก บริจาคเครื่องช่วยหายใจ

คุณพนัญญา ทวีวงศ์ (ที่ 6 จากขวา) ผู้จัดการทั่วไป บริษัท สยามแม็คโคร จำกัด (มหาชน) สาขาหาดใหญ่ ตัวแทนบริษัทฯ ร่วมกับ อติดนัยกานิต วงศ์สุนธ์ สโมสรโรตารีกรุงเทพวิภาวดี ภาค 3350 โรตารีสากล และลูกค้าสมาชิก มอบเครื่องช่วยหายใจชนิดเคลื่อนที่ ครั้งที่ 2 ให้แก่ โรงพยาบาลสงขลา ในโครงการ “ฟื้นฟูพลังน้ำท่วม” เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยามฉุกเฉิน โดยมี นพ.ปรีชา วงศ์ศิลารัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา (ที่ 8 จากซ้าย) เป็นตัวแทนในการรับมอบ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสงขลา อ.เมือง จ.สงขลา

“รอยัล คลิฟ”

ครองตำแหน่งโรงแรม 5 ดาว จากทริปแอดไวเซอร์

โรงแรมรอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป ได้รับประกาศนียบัตรโรงแรม 5 ดาวยอดเยี่ยม จากทริปแอดไวเซอร์ ทั้ง 4 โรงแรม ซึ่งโรงแรมรอยัลคลิฟ นับว่าเป็นโรงแรมหรูระดับ 5 ดาวขนาดใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รอยัล วิง สวีท แอนด์ สปา 1 ใน 4 ของ รอยัล คลิฟ ไฮเต็ล กรุ๊ป ได้ถูกวิวแพร่หลายและมีคะแนนโหวตสูงสุดอยู่ในระดับ 5/5 ซึ่งนับว่าเป็นระดับคะแนนสูงสุดจากทริปแอดไวเซอร์ นอกจากนี้ รอยัลคลิฟ ยังได้รับรางวัลชนะเลิศกว่า 150 รางวัลจากทั้งในและต่างประเทศ

353 Phra Tamnuk Road, Pattaya, Chonburi 20150, Thailand
Tel: +6638 250421 | Fax: +6638 250511 | E-mail: relax@royalcliff.com | Website: www.royalcliff.com

Winner of 100+ prestigious awards and the only hotel group in Asia Pacific elevated to the TIG Travel Hall of Fame

Discover our latest holiday deals and promotions on our special offers page - <http://www.royalcliff.com/holiday-hotel/promotion-packages.php>
Become Our Friend on facebook at <http://www.facebook.com/royalcliff>

วงการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย



ภาควิชารังสีวิทยา



ภาควิชาวิสัญญีวิทยา



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย



ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม



ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู



วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2556 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจที่ดี ในการสร้างสรรค์สื่อ 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. ถ้าชำระเป็นด้วยวีธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education

CME PLUS



ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias

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

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

European Heart Journal (2011) 32, 1769-1818
ESC/EAS GUIDELINES doi:10.1093/eurheartj/ehs158

7.1 Statin Side effects and interactions

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

Interactions

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

Drug-drug Interaction of Statins

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

X : Contraindications for coadministration
▲ : Avoid Coadministration
+ : Coadministration with caution



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

LIVALO® TAB 2 mg (Pitavastatin Calcium)

1. Brand Name LIVALO TAB 2 mg. Each tablet contains 2 mg of pitavastatin calcium. **2. Physicochemical Properties** Nonproprietary name : Pitavastatin calcium Chemical name : (1S)-[6-(4-chlorophenyl)-4-(4-fluorophenyl)-3-quinolyl]-3,5-dihydroxy-6-heptenoate. **Molecular formula** : C₂₇H₂₇ClF₂N₂O₅. **Molecular weight** : 506.54. **Inactive Ingredients** Lactose, Hydroxypropylcellulose, Hydroxypropylmethylcellulose, Magnesium Aluminum silicate, Mesoporous Silica, Triethyl Citrate Hydrated Silicon Dioxide, Titanium Oxide, Carnauba Wax. **3. Indications** Hypercholesterolemia, Familial hypercholesterolemia. **4. Dosage and Administration** The usual dosage for an adult is 1-2 mg of pitavastatin calcium once daily after an evening meal. The dosage may be adjusted according to the patient's age and symptoms. When lowering of the LDL cholesterol level is insufficient, the dosage may be increased to a maximum of 4 mg per day. **5. Pharmacological Action** Pitavastatin calcium inhibits HMG-CoA reductase, which is a rate-determining enzyme involved with biosynthesis of cholesterol, in a manner of competition with the substrate so that it inhibits cholesterol synthesis in the liver. As a result, the expression of LDL-receptors followed by the uptake of LDL from blood to liver is accelerated, and then the plasma total cholesterol decreases. Further, the sustained inhibition of cholesterol synthesis in the liver decreases VLDL secretion into blood, thus plasma triglyceride levels decrease. **5.1 Plasma concentration after single dose oral administration** In 6 healthy adult male humans, single dose oral administration of pitavastatin calcium (2 mg or 4 mg) was performed under fasted conditions. Unchanged pitavastatin and its lactone, the main metabolite, were mainly found in plasma. Effect of food: single dose oral administration demonstrated a delay in t_{max} and decrease in C_{max}, but no significant difference in AUC. **5.2 Metabolism** Pitavastatin calcium was metabolized by cyclization to its lactone, β-oxidation on the side-chain, hydroxylation of the quinoline ring, and glucuronide or sulfate conjugation. The main excretion route was faeces excretion (rats, dogs). In human, the unchanged pitavastatin and its lactone metabolite as the main metabolite were mainly observed in blood, and the other metabolites such as propionate derivative and 8-hydroxide were minimally observed. Meanwhile, the unchanged pitavastatin, its lactone, dehydro-lactone, 8-hydroxide and these conjugates were minimally observed in urine. **5.3 Urinary excretion** After single oral administration of pitavastatin calcium (2 mg or 4 mg) in 6 healthy adult male humans, the urinary excretion rate of the unchanged pitavastatin was less than 0.6%, and that of its lactone metabolite was less than 1.3%. The total excretion rate of the unchanged pitavastatin and its lactone was less than 2% of the dose. **5.4 Drug-metabolizing enzymes** Pitavastatin calcium was minimally metabolized in study using human hepatic microsomes, and the 8-hydroxide occurred mainly by CYP2C9 metabolism (in vitro). An inhibitory study against model substrate of CYP species demonstrated that pitavastatin calcium did not affect the metabolism of tolbutamide, a substrate for CYP2C9 and testosterone, a substrate for CYP3A4 (in vitro). **5.5 Plasma protein binding rate** Plasma protein binding rate of pitavastatin calcium was as high as 99.5% to 99.6% with 4% human serum albumin and 94.3% to 94.9% with 0.06% human α₂-macroglobulin (in vitro). **6. Contraindications** Don't administer to the following patients: (1) Patients with a history of hypersensitivity to any of the components of this product. (2) Patients with severe hepatic disorders or biliary atresia. In these patients, plasma concentration of this product rises, and the frequency of development of adverse reactions may increase. In addition, hepatic disorders may be aggravated. (3) Patients receiving cyclosporine (Plasma concentration of this product rises, and the frequency of development of adverse reactions may increase. In addition, severe adverse reactions such as rhabdomyolysis may occur). (4) Pregnant women, women suspected of being pregnant, or lactating women (See "Use during pregnancy, childbirth and lactation"). **Relative Contraindications** (As a general rule, the coadministration of this product is contraindicated in the following situation. If the use of this product is considered essential, it should be administered carefully.) For patients with abnormal clinical laboratory values related to renal function, coadministration with fibrates agents should not be allowed except when that co-administration is considered indispensable. (Rhabdomyolysis is more likely to occur). **7. Precautions related to dosage and administration** (1) In the case of administration to patients with hepatic disorders, the starting dose should be set to 1 mg per day and the maximal dose should be 2 mg per day. (2) In the case of an increase in dosage of this drug, rhabdomyolysis-related adverse events may occur. When the dosage is increased to 4 mg, some attention should be given to early signs of rhabdomyolysis such as CK (CPK) elevation, myalgia, myalgia and weakness. In overseas clinical studies, doses of 8 mg or above were discontinued due to several cases of rhabdomyolysis and related adverse events. **8. Adverse Reactions** In the clinical studies conducted by the time of approval, adverse reactions were found in 197 patients (22.2%) out of 886 patients. Of them, adverse reactions in subjective and objective symptoms were seen in 50 patients (5.6%). The main symptoms were abdominal pain, rash, malaise, numbness and pruritus. Adverse reactions pertaining to clinical laboratory values were found in 167 patients (18.8%), and the main changes were elevations of γ-GTP, CK (CPK), serum ALT (GPT) and serum AST (GOT). **9. Package** LIVALO TAB 2 mg 500 tablets.

References:
1. European Heart Journal (2011) 32, 1769-1818 doi:10.1093/eurheartj/ehs158
2. Ref.: Package inserts

BIOPHARM
Embracing life

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



ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ข. 425/2555

Be confident with GSK's vaccine

FluaRIX™

(Influenza vaccine, split virion)



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

Abbreviated Prescribing Information

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

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

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

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

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

References: 1. R. Schmidt-Ott et al. Immunogenicity and reactogenicity of a trivalent influenza split vaccine in previously unvaccinated children aged 6-9 and 10-13 years. Vaccine 2007;25:32-40. Subjects aged 6-9 years (n=110), 10-13 years (n=114). Study supported by GlaxoSmithKline Biological, Rixensart, Belgium 2. เอกสารกำกับยา Fluarix

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

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

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ.227/2556



GlaxoSmithKline