

วongการแพทย์



ISSN 1513-590X
9 771513 590012

ปีที่ 15 ฉบับ 398 ประจำวันที่ 16-30 กันยายน พ.ศ. 2556



ทุกความเคลื่อนไหวในวงการแพทย์
www.wongkarnpat.com



'หมอในดวงใจ' สะท้อนมุมมองประชาชน สู่การผลิตแพทย์ในอุดมคติ

SYMPOSIUM
IN THIS ISSUE



GlaxoSmithKline



Talk of the Town 'กั๊ว' หรือ 'กั๊ว' อาหารทะเลไทยในภาชนะน้ำมัน

เฉพาะโรค

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

Radar

ศิวราช ย่นระยะเวลาการตรวจเลือด
ด้วยท่อลมขนาดเล็ก ความเร็วสูง

Choose VYTORINTM for your high risk patient

a low dose of VYTORIN 10/20mg provided high LDL-C lowering - 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, 8-week, parallel-group study of atorvastatin (Ator) 20 mg daily versus VYTORIN 10/20 mg daily in patients with hypercholesterolemia and CVD. The primary endpoint was the percent change from baseline in LDL-C. Secondary endpoints included changes in total cholesterol (TC), HDL-C, TG, and non-HDL-C. Atorvastatin was superior to VYTORIN in all endpoints. The mean percent change from baseline in LDL-C was -50% for VYTORIN 10/20 mg daily and -45% for atorvastatin 20 mg daily. The mean percent change from baseline in TC was -45% for VYTORIN 10/20 mg daily and -40% for atorvastatin 20 mg daily. The mean percent change from baseline in HDL-C was 100% for VYTORIN 10/20 mg daily and 90% for atorvastatin 20 mg daily. The mean percent change from baseline in TG was -50% for VYTORIN 10/20 mg daily and -45% for atorvastatin 20 mg daily. The mean percent change from baseline in non-HDL-C was -50% for VYTORIN 10/20 mg daily and -45% for atorvastatin 20 mg daily. The study was funded by Abbott.

References:
1. Rosenson ML, Keech AC, Nadeau J, et al. Comparison of the efficacy and tolerability of atorvastatin (Ator) versus atorvastatin in patients with hypercholesterolemia. The VYTORIN Versus Atorvastatin (VYTORIN Study). Am Heart J. 2004;148:484-492.
2. Rosenson ML, Keech AC, Nadeau J, et al. Lipid-lowering efficacy of the combination of atorvastatin and ezetimibe (VYTORIN) versus atorvastatin in hypercholesterolemic patients. Curr Med Res Opin. 2005;21:201-205.

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

INDICATIONS: VYTORIN is a combination product for the treatment of hypercholesterolemia and related lipid disorders and for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia (FH). VYTORIN is indicated as adjunctive therapy to diet for the treatment of elevated low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), total cholesterol (TC), triglycerides (TG), and non-high-density lipoprotein cholesterol (non-HDL-C) in patients with hypercholesterolemia. VYTORIN is also indicated for the treatment of heterozygous FH in patients with hypercholesterolemia or mixed hyperlipidemia. VYTORIN can be added to VYTORIN in adult patients with mixed hyperlipidemia who require further reduction in TC and non-HDL-C and increase in HDL-C. **Concomitant use of VYTORIN with other lipid-lowering agents (statins, fibrates, niacin, etc.) is not recommended.**

DOSE AND ADMINISTRATION: The recommended starting dose is 10/20 mg daily. The maximum recommended dose is 40/40 mg daily. Patients should take VYTORIN with or without food. **CONTRAINDICATIONS:** VYTORIN is contraindicated in patients with known hypersensitivity to ezetimibe or simvastatin. **WARNINGS AND PRECAUTIONS:** VYTORIN may cause myopathy or rhabdomyolysis, which can lead to renal impairment. Patients should be monitored for signs and symptoms of myopathy or rhabdomyolysis. **ADVERSE REACTIONS:** Common adverse reactions include headache, dizziness, fatigue, muscle pain, and constipation. **USE IN SPECIFIC POPULATIONS:** VYTORIN is not recommended in pregnant women, nursing women, or women who are breastfeeding. **USE IN CHILDREN:** VYTORIN is not recommended in children. **USE IN ELDERLY:** VYTORIN is not recommended in elderly patients. **USE IN PATIENTS WITH LIVER DISEASE:** VYTORIN is not recommended in patients with liver disease. **USE IN PATIENTS WITH KIDNEY DISEASE:** VYTORIN is not recommended in patients with kidney disease. **USE IN PATIENTS WITH HEART DISEASE:** VYTORIN is not recommended in patients with heart disease. **USE IN PATIENTS WITH BLOOD SUGAR:** VYTORIN is not recommended in patients with blood sugar. **USE IN PATIENTS WITH BLOOD PRESSURE:** VYTORIN is not recommended in patients with blood pressure. **USE IN PATIENTS WITH BLOOD CLOTTING:** VYTORIN is not recommended in patients with blood clotting. **USE IN PATIENTS WITH BLOOD SUGAR:** VYTORIN is not recommended in patients with blood sugar. **USE IN PATIENTS WITH BLOOD PRESSURE:** VYTORIN is not recommended in patients with blood pressure. **USE IN PATIENTS WITH BLOOD CLOTTING:** VYTORIN is not recommended in patients with blood clotting.

MSD

MSD (Thailand) Ltd., The Offices at Central World, 37th Floor Unit MH-301-0102
999/9 Rama 1 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand
Tel. (66) 2057100 Fax. (66) 2057005

โปรดอ่านใบพับเอกสารข้อมูลยา
ในบรรจุภัณฑ์ด้วย

www.wongkarnpat.com

แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่ www.wongkarnpat.com ได้ข้อมูลถูกใจทันที

กด



ได้ที่

www.facebook.com/วongการแพทย์

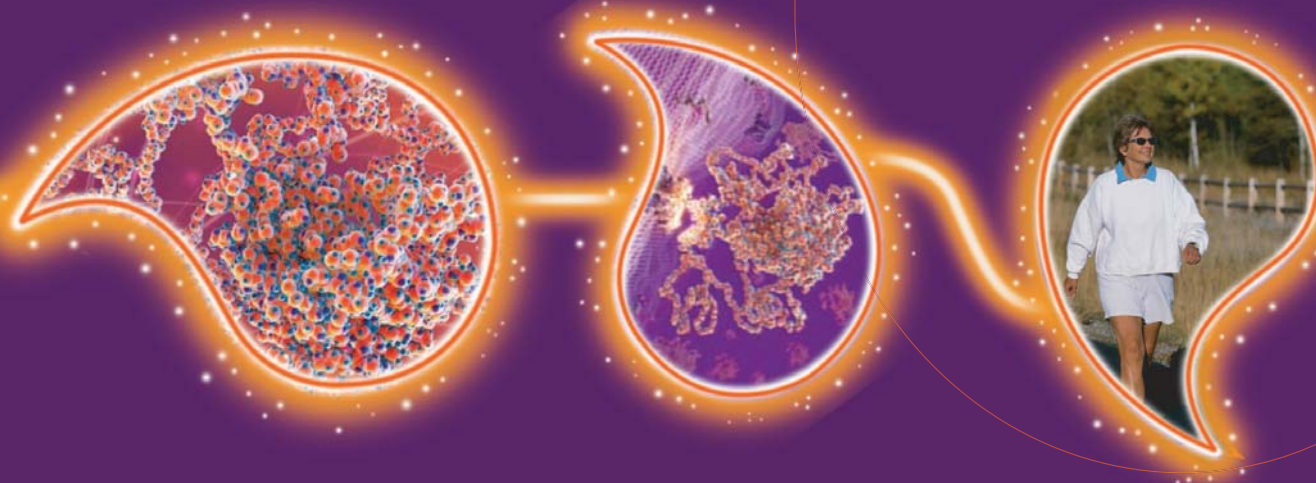


MIRCERA®

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



Ceaseless Creativity for a Sustainable World



SATO HEALTHCARE SOLUTION



The  One Check System



One Wristband
Life Saving

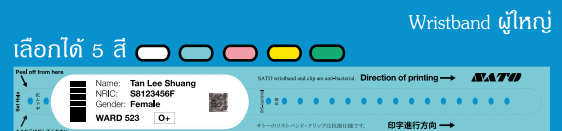
ซาโต เป็นผู้ผลิต และจำหน่าย Wristband

ที่มีคุณภาพเราได้รับความไว้วางใจจากโรงพยาบาลชั้นนำทั้งในประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทยด้วยวัสดุที่ทนต่อสารเคมีและมีความอ่อนนุ่มกับผิวหนัง

คุณภาพที่คงทนและไม่ลบเลือนง่ายทำให้การระบุตัวผู้ป่วยเป็นไปอย่างแม่นยำเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย



Wristband เด็ก



Wristband ผู้ใหญ่



Wristband แม่และเด็ก

SATO's Failsafe Fasteners™



Green

Pink

Purple

Blue



Red

Yellow

White

SATO AUTO-ID (THAILAND) CO., LTD

สำนักงานใหญ่และโรงงาน

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

Tel: 02-736-4460 Fax: 02-736-4461

คุณเบญญา ประกอบกิจ Mobile: 081-620-7467

E-mail: sales@satothailand.co.th

สำนักงานแหลมฉบัง

53 หมู่ 9 ทะเลทองทาวเวอร์ ชั้น 14 ต.ทุ่งสุขลา อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี 20230

Tel: 038-495-081-2 Fax: 038-494-989

คุณกิตติศักดิ์ ตรีสุกิจวรกุล Mobile: 087-076-6880

E-mail: kittisak@satothailand.co.th

www.satothailand.co.th

Impacting Outcomes Link by Link



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

SAINTMED

ZOLL®

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

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



UGIST 2013
Short Course 8 questions you must know
in upper GI disease



TAIHO

The Promising outcome of Gastric Cancer : Treatment in Update

Sunday 29th September 2013

9.30-10.30

Hilton Huahin Resort and Spa , Hua-Hin

Speaker

Yoshihiro KAKEJI, M.D., Ph.D., F.A.C.S.

Division of Gastrointestinal Surgery, Department of Surgery,
Graduate School of Medicine, Kobe University , Japan

Moderator

Dr.Thiravud Khukaprema M.D.

Director of National Cancer Institute

The World's Widely Prescribed GnRH Analogue ⁽¹⁾



Enantone L.P. 11.25 mg

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

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

ONCE EVERY THREE MONTHS.) ⁽²⁾

For treatment of : Prostate Cancer
: Endometriosis
: Uterine Fibroids ⁽²⁾



Enantone L.P. 3.75 mg

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

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

ONCE EVERY MONTH.) ⁽³⁾

For treatment of : Prostate Cancer
: Endometriosis
: Uterine Fibroids
: Central Precocious Puberty (CPP) ⁽³⁾
: Premenopausal Breast Cancer



Enantone L.P. 1.88 mg

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

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

ONCE EVERY MONTH.) ⁽⁴⁾

For treatment when the patient's weight is less than 50 kg,
: Uterine Fibroids
: Endometriosis ⁽⁴⁾

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



บริษัท ทาคาดา (ประเทศไทย) จำกัด

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



ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ขอเชิญกุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ผู้สนใจเข้าร่วมประชุม

“From Guidelines to Clinical Practice 2013”

■ ระหว่างวันที่ 13-15 พฤศจิกายน 2556

ณ ห้องประชุมตรีเพชร อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 15

Highlights

- Child Health Supervision: Principle and implement for bright future
- Neonatal jaundice: Solving the controversies
- Vaccines: Current recommendation
- CPR: Experiences since 2010 new guidelines
- Antibiotics: Smart use
- Allergic rhinitis/Asthma: Any new guidelines?
- Thalassemia: To cure or to supportive care
- Febrile seizure/Status epilepticus: What to and not to do

ร่วมกับการอบรมเรื่อง โรคไต และโรคเอสแอลอีในเด็ก โดยสาขาวิชาโรคไต
และสาขาวิชาโรคข้อและรูมาติสซั่ม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
โดยคณาจารย์จากหลายสถาบัน

■ ระหว่างวันที่ 11-12 พฤศจิกายน 2556

Highlights

- Proteinuria: A diagnostic approach
- Dealing with a difficult nephrosis
- Acute kidney injury: What's new in pediatrics?
- Common pitfalls in management of electrolyte disorders
- Lupus nephritis: The challenges
- Pediatric lupus: Lesson learned

พิเศษสุด

สำหรับผู้สมัครทั้ง 5 วัน 150 ท่านแรก

จะได้รับหนังสือ systemic lupus erythematosus ในเด็กและวัยรุ่นราคา 500 บาท ฟรี

สอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณวิภา/คุณวันดี โทร: 0-2419-5960, 5962

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

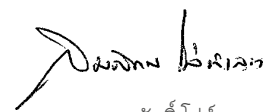
สมัครลงทะเบียนผ่านระบบ Online ได้ที่ <http://www.sirirajconference.com>

การศึกรวบยอดกับคิดแยกส่วน

เป็นที่น่าสนใจว่าคนไทยส่วนหนึ่งชอบคิดแยกปัญหาออกเป็น ส่วน ๆ เรื่องที่เกี่ยวข้องกันแทนที่จะคิดให้รอบด้านโดยคำนึงถึงเหตุ ผล กระทบ วัฒนธรรม และวินัยร่วมกัน กลับคิดเฉพาะส่วนเดียว เมื่อเร็ว ๆ นี้ มีนักศึกษาหมาวิทยาลัยแห่งหนึ่งไม่ยอมแต่งเครื่องแบบนักศึกษาเข้าไป สอบทั้ง ๆ ที่เป็นระเบียบของมหาวิทยาลัย โดยอ้างว่าเขาต้องการแสดง ความเป็นเสรีภาพ แสดงให้เห็นว่านักศึกษาผู้นี้มองแต่เรื่องเสรีภาพด้าน เดียวแต่ไม่คิดดูรอบด้าน คนไทยที่เป็นผู้ใหญ่อยากจะทำอะไรก็ทำอะไรตามใจ ในห้องนอนส่วนตัวหรือในห้องน้ำได้ไม่มีใครว่า แต่ออกมาเดินเปลือยกาย ตามถนนไม่ได้เพราะผิดศีลธรรมและวัฒนธรรมอันดีของไทย จะมาอ้างว่า เป็นเสรีภาพไม่ทำให้ใครเดือดร้อนไม่ได้ เรามีสิทธิที่จะส่งเสียงดังแต่เรา ทำความรำคาญให้แก่คนข้างเคียงไม่ได้ เพราะไปละเมิดสิทธิของผู้อื่นที่ ต้องการจะอยู่อย่างสงบเงียบ คนไทยบางคนถือสิทธิประวัตรโดยปิดถนน ปิดศูนย์การค้า ปิดที่ทำการรัฐบาล โดยอ้างว่ามีสิทธิที่จะแสดงออกซึ่งถูก อยู่ส่วนหนึ่ง แต่เราไม่มีสิทธิที่ไปทำให้ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องเดือดร้อน ในประเทศที่เจริญแล้วเขาต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าว่าจะเดินขบวนที่ใด เป็นเวลานานเท่าใด ถ้าทำผิดกติกาจะโดนจับทันที ในประเทศไทยมีการ ปิดศูนย์การค้า แคมเปญศูนย์การค้าแล้วเข้าไปขโมยของ เมื่อถูกปราบปราม กลับไปเอาเรื่องคนที่รักษากฎหมาย ผู้เขียนอยู่ที่ชิคาโก ประเทศ สหรัฐอเมริกา วันที่ตึกเคอร์ คิง ถูกยิงตาย คนผิวดำโกรธแค้นออกมา เผาเมือง ทบกระจากห้างสรรพสินค้าในกลางเมืองชิคาโก ปรากฏว่าเขาเรียก ทหารรักษาดินแดน (National guard) ออกมายิงพวกที่กำลังขโมยของตาย ทันที วันรุ่งขึ้นทุกอย่างเข้าสู่ภาวะปกติ ไม่มีใครออกมาเผาเมืองอีก ไม่มี ใครมาเรียกร้องให้ทำโทษทหารรักษาดินแดน เพราะเขาถือว่าเขาทำตามหน้าที่ที่จะต้องรักษาความสงบให้ได้

ในประเทศไทยคนที่รื้อจักรยานยนต์ย่อนทางในถนนที่ให้รถเดิน ทางเดียว แต่ตำรวจดันไปชนถูกเข้า ตำรวจไทยจะเอาโทษรถยนต์เพราะ คันใหญ่กว่า บางคนหาว่ารถยนต์แกล้งชนเพราะเห็นจักรยานยนต์ขับ ผิดทิศทาง การขับย่อนครือเป็นความผิดโดนปรับไม่กี่ร้อยบาท แต่รถที่ชน ถูกข้อหาฆ่าคนตายโดยประมาท ในต่างประเทศเขาคิดเป็นเรื่องเดียวกัน

ถ้าไม่ซื้อจักรยานยนต์ผิดทิศทางก็คงไม่มีใครชน คนขับรถไม่ผิด เลยไม่มีใคร กล้าขับรถผิดกฎจราจรเพราะอาจตายโดยไม่ได้อำนาจตอบแทน คนไทยไปข้ามถนน บนทางด่วนของยุโรป ปรากฏว่าถูกรถยนต์ชนบาดเจ็บสาหัส คนไทย ไปเรียกร้องค่าเสียหาย ปรากฏว่าเขาไม่ให้ แถมยังต้องไปจ่ายค่าซ่อมรถ ให้เขาด้วย เพราะศาลเห็นว่าคนที่คนไปข้ามถนนตรงที่ห้ามข้ามเป็นสาเหตุ ให้เกิดอุบัติเหตุ แต่ในประเทศไทยตำรวจจะแยกเป็นสองเรื่อง การข้ามถนน ในที่ห้ามข้ามถูกปรับไม่กี่ร้อยบาท แต่คนขับรถยนต์ชนจะถูกข้อหาขับรถ โดยประมาทมีโทษรุนแรงกว่ามาก ถ้าเราพิจารณาเป็นเรื่องเดียวกันคนไทย จะมีวินัยมากขึ้น ไม่มีคนทำผิดกฎหมายมากเหมือนในปัจจุบัน ผู้ป่วย ถูกแทงหรือถูกรถชนมาอาการสาหัสมาก แพทย์ได้พยายามช่วยชีวิตให้ รอดตาย แต่บังเอิญผลไม่ดีมากเพราะเร่งรีบ ซึ่งแพทย์ได้แก้ไขให้เป็นปกติ โดยผู้ป่วยไม่เคยเสียเงินเลยสักบาทเดียว ปรากฏว่าญาติผู้ป่วยเรียกร้อง ค่าเสียหายจากแพทย์โดยไม่เรียกร้องจากคนแทงหรือคนขับรถ ผู้พิพากษา ถามผู้ป่วยว่าคุณไม่คิดบ้างเลยหรือว่าถ้าแพทย์ไม่รีบช่วย คุณคงตายไป แล้ว ผู้ป่วยตอบว่าเป็นคนละเรื่องกัน การช่วยชีวิตเป็นหน้าที่ของแพทย์ แต่ถ้าผลไม่ดีที่สุดจะต้องชดเชยค่าเสียหายเวลาให้แก่ผู้ป่วย ประเทศไทยมี กฎหมายแต่ขาดคนรักษากฎหมาย เรามีตำรวจแต่ไม่สามารถทำหน้าที่ ได้เต็มที่ อาจมีเหตุผลหลายประการ อย่างไรก็ตาม มีคนกล่าวว่าอาชีพตำรวจ อาชีพรักษาความปลอดภัย หรือ รปภ. กับพวกโจรที่เรียกค่าคุ้มครอง ทำงานคล้ายกันคือช่วยคุ้มครองให้เราอยู่อย่างปลอดภัย แต่ต่างกันที่ใคร เป็นคนจ้างหรือจ่ายเงินให้ ถ้ารัฐบาลเป็นคนจ้าง เราเรียกว่าเป็นตำรวจ ถ้าเราเป็นคนจ้างเราเรียกว่า รปภ. แต่ถ้าคนเหล่านี้มาเรียกค่าคุ้มครองจาก เรา เราเรียกว่าเขาเป็นโจร คิดดูแล้วงานคล้ายกันแต่ตำรวจยังมีงานอื่น เพิ่มขึ้น เช่น รักษากฎหมายให้ทุกคนปฏิบัติตาม เรียกค่าปรับและจับคน เข้าคุกได้ ตำรวจยังมีอำนาจอีกหลายอย่างที่กลุ่มอื่นไม่มี



ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

คณะที่ปรึกษาภคิตติมศักดิ์

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

THE MEDICAL NEWS วงการแพทย์

กรรมการบริหาร

วาณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแฮม, ณัฐวดี โพธิพัฒนานนท์

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะวณิช

แบบกิตติมศักดิ์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

ผู้สนับสนุน

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิลัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ชชาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัดติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิสราพันธ์ ลิทธิพิสุทธิกุล

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

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

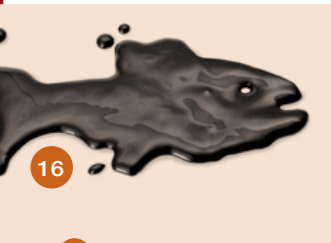
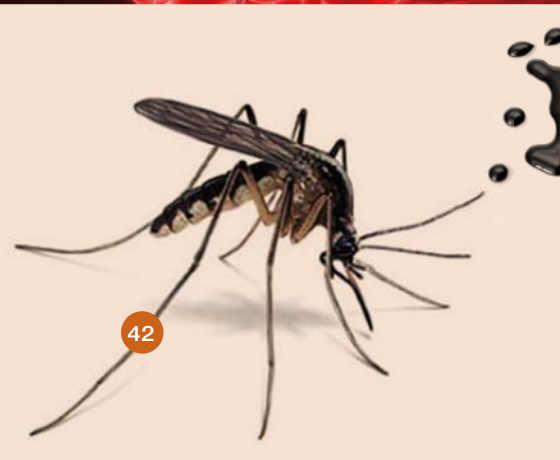
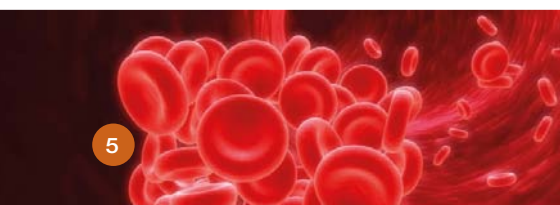
เจ้าของ

บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Contents

The Medical News ฉบับที่ 398 วันที่ 16 - 30 กันยายน 2556



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดจากการใช้ยาต้านซึมเศร้าช่วงใกล้คลอด
- ประเมินความเสี่ยงมะเร็งต่อมไทรอยด์จากอัลตราซาวนด์
- Apixaban สำหรับรักษาหลอดเลือดดำอุดตันฉับพลัน
- ระดับ Bilirubin ที่สูงในฐานะปัจจัยเสี่ยงเกิดนิ่วถุงน้ำดี

7 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. พัฒนาโปรแกรม “ไทยรีเฟอร์” ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินรวดเร็ว
- สถาบันสุขภาพเด็กฯ นำร่องรักษาเด็กพิการแต่กำเนิดแบบครบวงจร
- สธ. เปิดตัวโครงการ “สุขภาพดี เริ่มต้นที่นี่”

8 สรรสารกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง

บุคลากรทางการแพทย์ควรกังวลเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความคล้ายคลึงของยาชีววัตถุคล้ายคลึงมากน้อยเพียงใด

10 Get Up

- สแกน 3 มิติพิสูจน์อันตรายรองเท้าส้นสูง
- อังกฤษจะเปิดประชุมสุดยอดสมอลส์เอม
- นูรีไฟฟ้าไม่ช่วยลดสารพิษ

12 Movement

13 In Focus

‘หมอในดวงใจ’ สะท้อนมุมมองประชาชน สู่การผลิตแพทย์ในอุดมคติ

16 Talk of the Town

‘กั๊ว’ หรือ ‘กั๊ว’ อาหารทะเลไทยในภาวะน้ำมันรั่ว

17 Special

การสร้างนวัตกรรมวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกเด็งกี โดย รศ.ดร.นพ.สุธี ยุกส์

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

การวินิจฉัยโรค

21 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

คนดี...คนใจดี

23 เสี่ยงแพทย์

การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข (ตอนที่ 2)

25 จูฬปริทัศน์

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immunodeficiency)

29 เฉพาะโรค

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

33 มุมนิติเวช

เรื่องผลกรรมดาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทางกฎหมาย: ทฤษฎีและรายงานผู้ตาย 1 ราย

37 Systematic Review

การทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ

38 ปกป้องข่าว

- กทม. เฉลิมพระเกียรติฯ 81 พรรษามหาราชาฯ รัตนวงศ์หญิงไทยป้องกันมะเร็ง ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ฟรี
- เซเรบอส รุกตลาดความงามเปิดตัว แบรินดิอินเนอร์ไลน์ รูปีชิกเนเจอร์ เอสเซนซ์

41 Radar

ศิริราช ย่นระยะเวลาการตรวจเลือดด้วยท่อลมขนาดเล็ก ความเร็วสูง

42 เกาะติดงานประชุม

สธ. เชิญประชุมโรคไข้เลือดออกนานาชาติ ระดมไทย-เทศ ป้องกัน ควบคุมไข้เลือดออก

43 ข่าวบริการ

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS การตรวจคัดกรองและการให้คำปรึกษา ก่อนสมรส

(Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 1



ความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดจากการใช้ยาต้านซึมเศร้าช่วงใกล้คลอด

BMJ 2013;347:f4877

บทความเรื่อง Use of Antidepressants near Delivery and Risk of Postpartum Hemorrhage: Cohort Study of Low Income Women in the United States รายงานผลจากงานวิจัยแบบ cohort study เพื่อศึกษาว่าการใช้ serotonin หรือ non-serotonin reuptake inhibitors ในช่วงใกล้คลอดสัมพันธ์กับความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดหรือไม่ นักวิจัยใช้ข้อมูลจาก Medicaid data (Medicaid Analytic eXtract) ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2007 รวมหญิงตั้งครรภ์ 106,000 ราย อายุระหว่าง 12-55 ปี ซึ่งตรวจพบภาวะอารมณ์แปรปรวนหรือวิตกกังวล โดยจัดผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่มตามข้อมูลการจ่ายยา ได้แก่ กลุ่มที่ยังคงได้รับยา (วันคลอด), เพิ่งได้รับยา (1-30 วันก่อนคลอด), เคยได้รับยา (1-5 เดือนก่อนคลอด) และไม่เคยได้รับยา (กลุ่มอ้างอิง)

มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ ความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดตามระยะการได้รับยาและตามการได้รับ serotonin หรือ non-serotonin reuptake inhibitors, กลุ่มยาต้านซึมเศร้า และชนิดของยาต้านซึมเศร้า ค่า relative risks และ 95% confidence intervals ปรับตามปีที่คลอด, ปัจจัยเสี่ยงภาวะตกเลือดหลังคลอด, ตัวชี้วัดความรุนแรงของอารมณ์แปรปรวน/วิตกกังวล, ข้อบ่งใช้ของยาต้านซึมเศร้า และยาอื่น โดยใช้วิธี high dimensional propensity score (hdPS) สำหรับระบุและปรับปัจจัยเพิ่มเติม

มีผู้หญิง 12,710 ราย (12%) ที่ยังคงได้รับ serotonin reuptake inhibitor และ 1,495 ราย (1.4%) ยังคงได้รับ non-serotonin reuptake inhibitor ความเสี่ยงภาวะตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 2.8% ในผู้หญิงที่มีภาวะอารมณ์แปรปรวน/วิตกกังวล แต่ไม่เคยได้รับยาต้านซึมเศร้า, 4.0% ในกลุ่มที่ยังคงได้รับ serotonin reuptake inhibitors, 3.8% ในกลุ่มที่ยังคงได้รับ non-serotonin reuptake inhibitors, 3.2% ในกลุ่มที่เพิ่งได้รับ serotonin reuptake inhibitors, 3.1% ในกลุ่มที่เพิ่งได้รับ non-serotonin reuptake inhibitors, 2.5% ในกลุ่มที่เคยได้รับ serotonin reuptake inhibitors และ

3.4% ในกลุ่มที่เคยได้รับ non-serotonin reuptake inhibitors เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านซึมเศร้าพบว่า ผู้หญิงที่ยังคงได้รับ serotonin reuptake inhibitors มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดสูงขึ้น 1.47 เท่า (95% confidence interval 1.33-1.62) และผู้หญิงที่ยังคงได้รับ non-serotonin reuptake inhibitor มีความเสี่ยงสูงขึ้น 1.39 เท่า (1.07-1.81) และยังคงได้ผลลัพธ์สอดคล้องกันเมื่อปรับ hdPS ผู้หญิงที่ยังคงได้ serotonin reuptake inhibitors มี excess risk ที่ปรับแล้วเท่ากับ 1.26% (0.90-1.62%) โดยมี number needed to harm เท่ากับ 80 และสำหรับผู้หญิงที่ยังคงได้รับ non-serotonin reuptake inhibitors มี excess risk เท่ากับ 1.03% (0.07-1.99%) โดยมี number needed to harm เท่ากับ 97 การได้รับ serotonin reuptake inhibitors มี relative risk เท่ากับ 1.19 (1.03-1.38) สำหรับกลุ่มเพิ่งได้รับยา และ 0.93 (0.82-1.06) สำหรับกลุ่มที่เคยได้รับยา และสำหรับ non-serotonin reuptake inhibitors มีค่าเท่ากับ 1.17 (0.80-1.70) และ 1.26 (1.00-1.59) การที่ยังคงได้รับการรักษาด้วย selective serotonin reuptake inhibitor แบบ monotherapy สัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด (1.42, 1.27-1.57) เช่นเดียวกับ serotonin norepinephrine (noradrenaline) reuptake inhibitor (1.90, 1.37-2.63) และ tricyclic แบบ monotherapy (1.77, 0.90-3.47) และพบด้วยว่า selective serotonin reuptake inhibitors ทุกชนิดที่ศึกษา และ venlafaxine ซึ่งเป็น serotonin norepinephrine reuptake inhibitor สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการตกเลือดหลังคลอด

การได้รับ serotonin และ non-serotonin reuptake inhibitors รวมถึง selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors และ tricyclics ในช่วงใกล้คลอดสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้น 1.4 และ 1.9 เท่าต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด และแม้ยังไม่อาจตัดผลกระทบจากตัวแปรแฝงออก แต่ผลลัพธ์นี้เสนอแนะว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าวางช่วงใกล้คลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด

ความแตกต่างอาการซึมเศร้าในชายและหญิง

JAMA Psychiatry. Published online August 28, 2013.

บทความเรื่อง The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication รายงานว่า โรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้ชายอาจมีอาการที่อยู่นอกเหนือจากการที่ระบุในเกณฑ์การตรวจวินิจฉัยปัจจุบัน นักวิจัยจึงศึกษาว่าความเหลื่อมล้ำระหว่างเพศด้านอัตราโรคซึมเศร้ามียผลหรือไม่ เมื่อพบอาการอื่นเกิดแทนหรือเกิดร่วมกับอาการซึมเศร้าที่พบบ่อย

นักวิจัยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพจิต National Comorbidity Survey Replication เพื่อประเมินความแตกต่างระหว่างเพศจากแบบคัดกรองใหม่ 2 แบบ ซึ่งรวมอาการซึมเศร้าที่เพิ่มเติมจากอาการที่พบบ่อย นักวิจัยได้วิเคราะห์ความแตกต่างด้านเพศในอาการซึมเศร้าด้วยวิธี 2-sided, design-based, .05-level *t* tests และ multivariate logistic regression เพื่อระบุตัวพยากรณ์ของโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยชายรายงานว่ามีอัตราสูงกว่าด้านความโกรธ/ก้าวร้าว, ใช้สารเสพติด และการเสี่ยงชดเทียบกับผู้หญิง โดยข้อมูลจากการวิเคราะห์

จากแบบคัดกรองที่รวมอาการซึมเศร้าที่พบในชายชี้ว่าสัดส่วนของผู้ที่เข้าเกณฑ์ของโรคซึมเศร้าสูงกว่าในผู้ชาย (26.3%) เทียบกับผู้หญิง (21.9%) ($p = 0.007$) ขณะที่การวิเคราะห์ด้วยแบบคัดกรองที่ครอบคลุม

อาการที่อยู่นอกเหนือและอาการที่พบบ่อยชี้ว่า ผู้ชายและผู้หญิงที่เข้าเกณฑ์โรคซึมเศร้ามียสัดส่วนเท่ากัน โดยเท่ากับ 30.6% ในผู้ชาย และ 33.3% ในผู้หญิง ($p = 0.57$)

ข้อมูลจากการศึกษาระบุว่า ความเหลื่อมล้ำระหว่างเพศไม่มีผลต่อความชุกของโรคซึมเศร้าเมื่อประเมินด้วยอาการที่พบบ่อยและอาการที่อยู่นอกเหนือจากเกณฑ์การวินิจฉัย และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อระบุอาการของโรคซึมเศร้าที่จะพบในผู้ชาย





ประเมินความเสี่ยงมะเร็งต่อมไทรอยด์จากอัลตราซาวด์

JAMA Intern Med. Published online August 26, 2013.

บทความเรื่อง Risk of Thyroid Cancer Based on Thyroid Ultrasound Imaging Characteristics: Results of a Population-Based Study รายงานว่า ปัจจุบันยังคงมีความแตกต่างด้านแนวทางการจัดการกับก้อนที่ต่อมไทรอยด์ซึ่งพบจากภาพอัลตราซาวด์ นักวิจัยจึงประเมินความเสี่ยงต่อมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่สัมพันธ์กับการพบก้อนที่ต่อมไทรอยด์จากอัลตราซาวด์ โดยศึกษาแบบ retrospective case-control study จากผู้ป่วยที่ได้ตรวจอัลตราซาวด์ต่อมไทรอยด์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2000 ถึง 30 มีนาคม ค.ศ. 2005 และระบุมะเร็งต่อมไทรอยด์จากความเชื่อมโยงกับทะเบียน California Cancer Registry

ผู้ป่วย 8,806 รายตรวจอัลตราซาวด์ต่อมไทรอยด์ 11,618 ครั้ง ระหว่างช่วงการวิจัย โดยมีผู้ป่วย 105 รายตรวจพบว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ ก้อนที่ต่อมไทรอยด์พบได้บ่อยในทั้งผู้ป่วยที่ตรวจพบมะเร็ง (96.9%) และไม่พบมะเร็ง (56.4%) ลักษณะสามข้อที่พบจากการตรวจอัลตราซาวด์ ได้แก่ microcalcifications (odds ratio [OR], 8.1; 95% CI, 3.8-17.3), ขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร (OR, 3.6; 95% CI, 1.7-7.6) และเป็นก้อนทึบทั้งหมด

(OR, 4.0; 95% CI, 1.7-9.2) เป็นผลลัพธ์ที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อมะเร็งต่อมไทรอยด์ หากใช้ลักษณะที่ 1 เป็นข้อบ่งชี้การตรวจชิ้นเนื้อจะทำให้ตรวจพบมะเร็งต่อมไทรอยด์ได้มาก (sensitivity, 0.88; 95% CI, 0.80-0.94) โดยมีอัตรา false-positive ที่สูง (0.44; 95% CI, 0.43-0.45) และ positive likelihood ratio ที่ต่ำ (2.0; 95% CI, 1.8-2.2) และต้องตรวจชิ้นเนื้อ 56 รายต่อการตรวจพบมะเร็งทุกหนึ่งราย หากใช้ลักษณะที่ 2 เป็นข้อบ่งชี้การตรวจชิ้นเนื้อจะมีความไวและอัตรา false-positive ต่ำกว่า (sensitivity, 0.52; 95% CI, 0.42-0.62; false-positive rate, 0.07; 95% CI, 0.07-0.08) ขณะที่ positive likelihood ratio จะสูงกว่า (7.1; 95% CI, 6.2-8.2) และลดการตรวจชิ้นเนื้อเหลือเพียง 16 รายต่อการตรวจพบมะเร็งทุกหนึ่งราย และเมื่อเทียบกับการตรวจชิ้นเนื้อสำหรับก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่ใหญ่กว่า 5 มิลลิเมตรทั้งหมดพบว่า การพิจารณาตรวจชิ้นเนื้อที่ต้องมีความผิดปกติของก้อน 2 ลักษณะจะสามารถลดการตรวจชิ้นเนื้อที่ไม่จำเป็นได้ถึง 90% โดยที่ยังมีความเสี่ยงมะเร็งต่ำ (ผู้ป่วย 5 รายต่อ 1,000 รายที่ไม่ได้ตรวจชิ้นเนื้อ)

การอัลตราซาวด์ต่อมไทรอยด์สามารถระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงมะเร็งต่ำและไม่จำเป็นต้องตรวจชิ้นเนื้อ โดยนักวิจัยเสนอแนะให้นำผลลัพธ์นี้ไปพิสูจน์ในการศึกษาแบบ prospective cohort ที่มีขนาดใหญ่

Lactobacilli และ Bifidobacteria สำหรับป้องกันท้องร่วงในผู้สูงอายุ

The Lancet, Early online Publication, 8 August 2013.

บทความเรื่อง Lactobacilli and Bifidobacteria in the Prevention of Antibiotic-Associated Diarrhoea and *Clostridium difficile* Diarrhoea in Older Inpatients (PLACIDE): A Randomised, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicentre Trial รายงานว่า ภาวะท้องร่วงจากยาปฏิชีวนะหรือ antibiotic-associated diarrhoea (AAD) มักพบในผู้ป่วยในซึ่งเป็นผู้สูงอายุ (≥ 65 years) และได้รับยาปฏิชีวนะหลายขนาน และ AAD อาจรุนแรงถึงชีวิตหากเกิดจาก *Clostridium difficile* และแม้ยังไม่มียาต้านจุลินทรีย์เกี่ยวกับกลไกของโรคแต่ก็มีการศึกษาผลของจุลินทรีย์สำหรับป้องกัน AAD อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ยังคงเป็นการศึกษาแบบ single-centre และมีขนาดเล็ก อีกทั้งมีคุณภาพการศึกษาที่แตกต่างกันจึงทำให้ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอสำหรับประเมินประสิทธิผลได้อย่างน่าเชื่อถือ นักวิจัยจึงศึกษาประสิทธิผลในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งใช้เป็นตัวแทนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลของ National Health Service (NHS) หรือบริการทุติยภูมิ ลักษณะเดียวกัน และรวบรวมผู้ป่วยให้มากพอเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่แน่ชัด

นักวิจัยใช้วิธีศึกษาแบบ multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, pragmatic, efficacy trial จากผู้ป่วยในอายุ 65 ปีหรือมากกว่า ซึ่งได้รับยาปฏิชีวนะแบบยารับประทานหรือทางหลอดเลือดดำตั้งแต่หนึ่งตัวขึ้นไป นักวิจัยสุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ได้รับแบคทีเรีย

lactobacilli และ bifidobacteria ในปริมาณ $6 \times 1,010$ ตัว โดยให้วันละครั้งเป็นเวลา 21 วัน หรือได้รับยาหลอก ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเกิด AAD ภายใน 8 สัปดาห์ และ *C. difficile* diarrhoea (CDD) ภายใน 12 สัปดาห์ หลังการรวบรวม และวิเคราะห์ตาม modified intention-to-treat

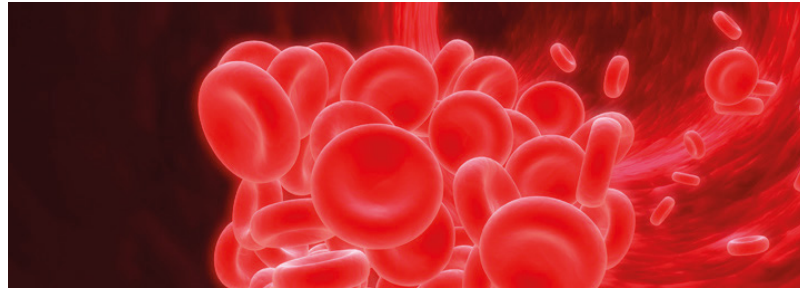
จากผู้ป่วยที่คัดกรอง 17,420 ราย มีผู้ป่วยได้รับจุลินทรีย์ 1,493 ราย และได้รับยาหลอก 1,488 ราย โดยมีผู้ป่วย 1,470 ราย และ 1,471 รายรวมอยู่ในการวิเคราะห์ primary endpoints จากการศึกษพบว่า AAD (รวมถึง CDD) เกิดขึ้นในผู้ป่วย 159 ราย (10.8%) ในกลุ่มที่ได้รับจุลินทรีย์ และ 153 ราย (10.4%) ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (relative risk [RR] 1.04; 95% CI 0.84-1.28; $p = 0.71$) โดย CDD ไม่ใช้สาเหตุหลักของ AAD และพบในผู้ป่วย 12 ราย (0.8%) ในกลุ่มที่ได้รับจุลินทรีย์ และ 17 ราย (1.2%) ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (RR 0.71; 95% CI 0.34-1.47; $p = 0.35$) ผู้ป่วย 578 ราย (19.7%) เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงหนึ่งครั้งหรือมากกว่า ซึ่งความถี่ของอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงในทั้งสองกลุ่มค่อนข้างใกล้เคียงกัน และไม่พบว่าเป็นผลจากการเข้าร่วมการศึกษา

นักวิจัยไม่พบหลักฐานว่าการได้รับแบคทีเรีย lactobacilli และ bifidobacteria ให้ผลดีในการป้องกัน AAD หรือ CDD ทั้งนี้จำเป็นต้องปรับปรุงความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของ AAD เพื่อกำหนดแนวทางการศึกษาเพิ่มเติมในภายหลัง



N Engl J Med 2013;369:799-808.

บทความเรื่อง Oral Apixaban for the Treatment of Acute Venous Thromboembolism รายงานว่า apixaban ที่ให้แบบ fixed dose อาจให้ผลดีต่อการดูแลรักษาภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน นักวิจัยจึงได้เปรียบเทียบ apixaban (ขนาด 10 mg วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน ตามด้วย 5 mg วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน) กับการรักษามาตรฐาน (subcutaneous enoxaparin ตามด้วย warfarin) ในผู้ป่วยหลอดเลือดดำอุดตันฉบับพลัน 5,395 ราย โดยให้หลอดเลือดดำอุดตันที่กลับเป็นซ้ำหรือการเสียชีวิตจากหลอดเลือดดำ



Apixaban สำหรับรักษาหลอดเลือดดำอุดตันฉบับพลัน

อุดตันเป็นผลลัพธ์หลักด้านประสิทธิผล และการเกิด major bleeding หรือ major bleeding ร่วมกับ clinically relevant nonmajor bleeding เป็นผลลัพธ์หลักด้านความปลอดภัย

ผลลัพธ์หลักด้านประสิทธิผลเกิดขึ้นในผู้ป่วย 59 รายจาก 2,609 ราย (2.3%) ในกลุ่ม apixaban เทียบกับ 71 รายจาก 2,635 ราย (2.7%) ในกลุ่มรักษามาตรฐาน (relative risk, 0.84; 95% confidence interval [CI], 0.60-1.18; ผลต่างด้านความเสี่ยง [apixaban ลบด้วยการรักษามาตรฐาน], -0.4 percentage points; 95% CI, -1.3 ถึง 0.4) โดย apixaban ไม่ด้อยกว่าการรักษามาตรฐาน ($p < 0.001$) สำหรับขีดจำกัดบนของ 95% confidence intervals สำหรับ relative risk (< 1.80) และผลต่างของความเสี่ยง (< 3.5

percentage points) มีรายงาน major bleeding เกิดขึ้นใน 0.6% ของผู้ป่วยที่ได้รับ apixaban และใน 1.8% ของผู้ที่ได้รับการรักษามาตรฐาน (relative risk, 0.31; 95% CI, 0.17-0.55; $p < 0.001$ for superiority) ผลรวมของ major bleeding และ clinically relevant nonmajor bleeding พบใน 4.3% ของผู้ป่วยในกลุ่ม apixaban เทียบกับ 9.7% ในกลุ่มที่ได้รับการรักษามาตรฐาน (relative risk, 0.44; 95% CI, 0.36-0.55; $p < 0.001$) ทั้งนี้อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นในทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน

การรักษาด้วย apixaban อย่างเดียวในแบบ fixed-dose regimen ไม่ด้อยกว่าการรักษามาตรฐานสำหรับการรักษาหลอดเลือดดำอุดตันฉบับพลัน และสัมพันธ์กับเลือดออกที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

ตรวจ Intraoperative Cholangiography และความเสี่ยงอันตรายต่อท่อน้ำดีระหว่างตัดถุงน้ำดี

JAMA. 2013;310(8):812-820.

บทความเรื่อง Association Between Cholecystectomy With vs Without Intraoperative Cholangiography and Risk of Common Duct Injury รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับการตรวจ intraoperative cholangiography สำหรับป้องกันอันตรายต่อท่อน้ำดีระหว่างการตัดถุงน้ำดี นักวิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจ intraoperative cholangiography ระหว่างการตัดถุงน้ำดีและอันตรายต่อท่อน้ำดีร่วม โดยศึกษาแบบ retrospective cohort study จากข้อมูลการเบิกประกันสุขภาพ Medicare จากปี ค.ศ. 2000-2009 นักวิจัยศึกษาจากผู้เบิกประกัน Medicare ที่อายุ 66 ปี หรือมากกว่า ซึ่งได้รับการตัดถุงน้ำดีแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกเนื่องจาก biliary colic หรือ biliary dyskinesia, acute cholecystitis หรือ chronic cholecystitis และเปรียบเทียบผลลัพธ์จากตัวแบบ multilevel logistic regression models กับ instrumental variable analyses



การตรวจ intraoperative cholangiography ระหว่างการตัดถุงน้ำดี ประเมินที่ระดับผู้ป่วย (ใช่/ไม่ใช่), โรงพยาบาล (ร้อยละของการตรวจ intraoperative cholangiography สำหรับการตัดถุงน้ำดีทั้งหมดโดยศัลยแพทย์) โดยกำหนดให้ร้อยละของการตรวจที่โรงพยาบาลและร้อยละของการตรวจโดยศัลยแพทย์เป็นตัวแปรเครื่องมือ และกำหนดให้ผู้ป่วยที่ขอเบิกประกันจากการผ่าตัดรักษาท่อน้ำดีร่วมภายใน 1 ปีหลังการตัดถุงน้ำดีเป็นผู้เกิดการบาดเจ็บของท่อน้ำดีร่วม

มีผู้ป่วย 37,533 ราย (40.4%) ที่ตรวจ intraoperative cholangiography และ 280 ราย (0.30%) เกิดการบาดเจ็บของท่อน้ำดีร่วมจากผู้ป่วยที่ได้รับการตัดถุงน้ำดี 92,932 ราย อัตราการบาดเจ็บที่ท่อน้ำดีร่วมเท่ากับ 0.21% ในกลุ่มที่ตรวจ intraoperative cholangiography และ 0.36% ในกลุ่มที่ไม่ได้ตรวจ โดยผลจาก logistic regression model ที่ควบคุมปัจจัยด้านลักษณะของผู้ป่วย, ศัลยแพทย์ และโรงพยาบาลชี้ว่า ค่า odds ของการบาดเจ็บที่ท่อน้ำดีร่วมสำหรับการตัดถุงน้ำดีที่ไม่ได้ตรวจ intraoperative cholangiography สูงขึ้นเทียบกับการผ่าตัดที่ได้ตรวจ (OR, 1.79 [95% CI, 1.35-2.36]; $p < 0.001$) แต่เมื่อควบคุมตัวแปรด้วย instrumental variable analysis พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการตัดถุงน้ำดีที่ไม่ได้ตรวจ intraoperative cholangiography และการบาดเจ็บที่ท่อน้ำดีไม่มีนัยสำคัญ (OR, 1.26 [95% CI, 0.81-1.96]; $p = 0.31$)

ข้อมูลจากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการตรวจ intraoperative cholangiography และการบาดเจ็บที่ท่อน้ำดีร่วมภายหลังควบคุมตัวแปรด้วย instrumental variable analysis การตรวจ intraoperative cholangiography จึงไม่มีประโยชน์ในฐานะการป้องกันการบาดเจ็บของท่อน้ำดีร่วมระหว่างการตัดถุงน้ำดี

ผลต่อหลอดเลือดและทางเดินกระเพาะอาหาร และลำไส้ส่วนบนจาก NSAIDs

Lancet. 2013 August 31, 382(9894):769-779.

บทความเรื่อง Vascular and Upper Gastrointestinal Effects of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: Meta-Analyses of Individual Participant Data from Randomised Trials รายงานว่าผลลัพธ์ต่อหลอดเลือดและทางเดินกระเพาะอาหารและลำไส้จากยา non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) รวมถึง selective COX-2 inhibitors (coxibs) และ traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs (tNSAIDs) ยังไม่มีข้อมูลชัดเจน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือด นักวิจัยจึงดำเนินการวิเคราะห์ห่อหุ้มจากงานวิจัยเปรียบเทียบโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานข้อมูลผลกระทบของยาดังกล่าว

นักวิจัยวิเคราะห์จากงานวิจัย 280 โครงการ ซึ่งเปรียบเทียบ NSAIDs กับยาหลอก (124,513 participants, 68,342 person-years) และงานวิจัย 474 โครงการ ซึ่งเปรียบเทียบระหว่าง NSAID สองตัว (229,296 participants, 165,456 person-years) ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ major vascular events (กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิต, สโตรคที่ไม่ถึงแก่ชีวิต หรือการตายจากโรคหลอดเลือด), major coronary events (กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิต หรือการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ), สโตรค, การตาย, หัวใจล้มเหลว และภาวะแทรกซ้อนของทางเดินกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนบน (ทะเลว, อดตัน หรือเลือดออก)

ข้อมูลระบุว่า major vascular events เพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งในสามจาก coxib (rate ratio [RR] 1.37, 95% CI 1.14-1.66; $p = 0.0009$) หรือ diclofenac (1.41, 1.12-1.78; $p = 0.0036$) โดยส่วนใหญ่มาจากการเพิ่มขึ้นของ major coronary events (coxibs 1.76, 1.31-2.37; $p = 0.0001$;

diclofenac 1.70, 1.19-2.41; $p = 0.0032$) เช่นเดียวกับ ibuprofen ซึ่งเพิ่ม major coronary events อย่างมีนัยสำคัญ (2.22, 1.10-4.48; $p = 0.0253$) แต่ไม่รวม major vascular events (1.44, 0.89-2.33) เมื่อเทียบกับยาหลอกพบว่า จากผู้ป่วย 100 รายที่ได้รับ coxib หรือ diclofenac เป็นระยะเวลาหนึ่งปี มีผู้ป่วย 3 รายที่เกิด major vascular events โดยหนึ่งในนั้นถึงแก่ชีวิต ข้อมูลระบุว่า naproxen ไม่ได้เพิ่ม major vascular events อย่างมีนัยสำคัญ (0.93, 0.69-1.27) ขณะที่การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก coxibs (1.58, 99% CI 1.00-2.49; $p = 0.0103$) และ diclofenac (1.65, 0.95-2.85, $p = 0.0187$) และเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญจาก ibuprofen (1.90, 0.56-6.41; $p = 0.17$) แต่ไม่เพิ่มขึ้นจาก naproxen (1.08, 0.48-2.47, $p = 0.80$) ซึ่ง proportional effects ต่อ major vascular events เป็นอิสระจากลักษณะที่พื้นฐาน รวมถึงความเสี่ยงด้านหลอดเลือด นอกจากนี้พบว่าความเสี่ยงหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นประมาณเท่าตัวจาก NSAIDs ทั้งหมด และ NSAID ทุกขนาดต่างก็เพิ่มภาวะแทรกซ้อนต่อทางเดินกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนบน (coxibs 1.81, 1.17-2.81, $p = 0.0070$; diclofenac 1.89, 1.16-3.09, $p = 0.0106$; ibuprofen 3.97, 2.22-7.10, $p < 0.0001$; and naproxen 4.22, 2.71-6.56, $p < 0.0001$)

ความเสี่ยงด้านหลอดเลือดจาก diclofenac ขนาดสูงและอาจรวมถึง ibuprofen อยู่ในระดับเดียวกับ coxibs ขณะที่ naproxen ขนาดสูงสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้านหลอดเลือดที่ต่ำกว่าเทียบกับ NSAIDs ตัวอื่น และแม้ NSAIDs เพิ่มความเสี่ยงด้านหลอดเลือดและทางเดินกระเพาะอาหารและลำไส้ แต่ขนาดของความเสี่ยงก็สามารถพยากรณ์ได้ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจทางคลินิก



JAMA Intern Med. 2013;173(13):1222-1228.

บทความเรื่อง Extreme Bilirubin Levels as a Causal Risk Factor for Symptomatic Gallstone Disease รายงานว่า เนื่องจากระดับ plasma bilirubin มักสะท้อนตามระดับ

biliary bilirubin ในผู้ที่ไม่มีอาการอดตันในถุงน้ำดี ระดับ biliary bilirubin ที่สูงขึ้นจึงอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคนี้ในถุงน้ำดี

ระหว่างการติดตาม 34 ปี มีผู้ที่เป็นโรคนี้ในถุงน้ำดีที่แสดงอาการ 3,374 ราย โดยผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ที่ปรับแล้วพบว่า ผู้ที่มีระดับ plasma bilirubin ใน decile ที่ 10 มีความเสี่ยงต่อโรคนี้ในถุงน้ำดีที่แสดงอาการสูงกว่าผู้ที่มีระดับ plasma bilirubin ใน decile 1-9 โดยมี hazard ratios (HRs) (95% CIs) เท่ากับ 1.57 (1.26-1.96) โดยรวม, 1.36 (1.02-1.82) ในผู้หญิง และ 2.00 (1.41-2.83) ในผู้ชาย และพบว่า UGT1A1 genotype มีสัดส่วนเป็น 20% ของความแปรปรวนทั้งหมดในระดับ plasma bilirubin และสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของมีฐานระดับ plasma bilirubin โดยรวมที่เท่ากับ +16%

ระดับ Bilirubin ที่สูงในฐานะปัจจัยเสี่ยงเกิดนิ่วถุงน้ำดี

นักวิจัยทดสอบสมมติฐานว่าการเพิ่มขึ้นของ plasma bilirubin ตลอดชีวิตเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนี้ในถุงน้ำดีที่มีอาการในกลุ่มประชากรทั่วไป โดยศึกษาจากงานวิจัยในชาวเดนมาร์ก ($n = 61,212$) ซึ่งในขั้นแรกได้ทดสอบว่าระดับ plasma bilirubin ที่สูงขึ้นจะพยากรณ์ความเสี่ยงต่อโรคนี้ในถุงน้ำดีที่แสดงอาการหรือไม่ และในขั้นที่สองได้ใช้ mendelian randomization ทดสอบว่าความแปรปรวนทางพันธุกรรมในเอนไซม์ UGT1A1 (rs6742078) ซึ่งมีบทบาทในกระบวนการ glucuronidation ของ bilirubin สัมพันธ์กับระดับ plasma bilirubin ที่เพิ่มขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคนี้ในถุงน้ำดีที่แสดงอาการหรือไม่ ทั้งนี้ได้กำหนดให้ระดับ plasma bilirubin และโรคนี้ในถุงน้ำดีที่แสดงอาการเป็นมาตรวัดผลลัพธ์

(+0.09 mg/dL) ใน GT heterozygotes และ +90% (+0.50 mg/dL) ใน TT homozygotes เทียบกับ GG homozygotes โดยมีผลลัพธ์ใกล้เคียงกันในทั้งผู้หญิงและผู้ชาย (p for trend < 0.001 for all) ผลค่า HRs (95% CIs) สำหรับโรคนี้ในถุงน้ำดีที่แสดงอาการเท่ากับ 1.09 (1.02-1.17) สำหรับ GT heterozygotes และ 1.22 (1.09-1.36) สำหรับ TT homozygotes เทียบกับ GG homozygotes และใกล้เคียงกันในผู้หญิงและผู้ชาย (p for trend = 0.04- <0.001)

ผลลัพธ์นี้แสดงความสัมพันธ์แบบเหตุและผลระหว่างระดับ plasma bilirubin ที่สูงมากและความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อโรคนี้ในถุงน้ำดีที่แสดงอาการ



สร. พัฒนาโปรแกรม “ไทยรีเฟอร์” ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินรวดเร็ว

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงความสำเร็จของโรงพยาบาลลำปางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วยที่เคยใช้ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจนประสบผลสำเร็จ ใช้ได้ผลดี และตั้งชื่อว่า “โปรแกรมไทยรีเฟอร์ (Thai Refer)” เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 เพื่อเป็นมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยของประเทศไทยโดยเฉพาะ และขยายผลใช้ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม และภาคเอกชน ซึ่งปัจจุบันมีสถานพยาบาลใช้โปรแกรมนี้อยู่ 726 แห่ง ใน 52 จังหวัด จะขยายผลให้ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2556 นี้เพื่อให้เป็นระบบมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และเชื่อมงานดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนแบบไม่มีรอยต่ออีกต่อไป โดยจุดเด่นโปรแกรมไทยรีเฟอร์มี 3 ประการคือ ใช้งานได้ง่าย ลดการทำงานซ้ำซ้อน มีระบบเฝ้าระวังระบบความปลอดภัยป้องกันความผิดพลาดตลอด 24 ชั่วโมง เชื่อมต่อระหว่างห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต้นทาง-ปลายทาง โดยใช้ระบบการส่งต่อข้อมูลประวัติ ผลแล็บต่าง ๆ เช่น เลือด เอกซเรย์ และภาพผู้ป่วยผ่านคอมพิวเตอร์ออนไลน์และระบบโทรศัพท์มือถือ ไอแพด ข้อมูลประวัติการรักษาจากต้นทาง และภาพผู้ป่วยจะปรากฏที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลปลายทาง และมีระบบดาวเทียมติดตามเช็กพิกัดรถพยาบาลนำส่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเตรียมพร้อมการรักษา และสามารถสั่งการรักษาเพิ่มเติมได้ทันที ทำให้ช่วยชีวิตผู้ป่วยได้รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายซ้ำซ้อนของโรงพยาบาล คือไม่ต้องตรวจแล็บซ้ำอีก

สถาบันสุขภาพเด็กฯ นำร่องรักษาเด็กพิการแต่กำเนิดแบบครบวงจร

พญ.ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กล่าวว่า สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีมีความเชี่ยวชาญในการดูแลและให้การรักษาทุกโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยในเด็ก และในโอกาสครบรอบ 59 ปีของการก่อตั้งสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีในปี พ.ศ. 2556 สถาบันฯ ได้จัดทำแผนแม่บทโครงการดูแลรักษาเด็กผิดปกติแต่กำเนิดแบบครบวงจร เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือเด็กที่เกิดมาผิดปกติได้มีโอกาสเข้าสู่กระบวนการรักษาและฟื้นฟูโดยเร็ว มีพัฒนาการที่ดี เติบโตสมวัย และสามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสมบูรณ์ ไม่ต้องเป็นภาระให้แก่ครอบครัวและสังคม สามารถมีส่วนร่วมร่วมกับสังคมได้อย่างบุคคลปกติทั่วไป โดยจะมีการนำร่องให้การรักษาใน 6 โรค ได้แก่ โรคหัวใจ ตา หู แขน-ขา สมอ และลำไส้ ซึ่งโครงการจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1. การรับรักษาเด็กผิดปกติแต่กำเนิดทั่วประเทศที่ผู้ปกครองพามาปรึกษา หรือจากการรับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิโครงการ 30 บาทได้ 2. การให้คำปรึกษาและแนะแนวทางการรักษาที่ยู้ง่ายซับซ้อนของเด็กผิดปกติแต่กำเนิดแก่แพทย์ผู้รักษาทั่วประเทศ นอกจากนี้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้ก่อสร้างอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี (ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางโรคเด็กและพัฒนาทางการแพทย์) ซึ่งอาคารหลังนี้จะใช้ประโยชน์ในการรักษาทารกและเด็กพิการแต่กำเนิด รวมทั้งโรคเด็กที่ยู้ง่ายซับซ้อนต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจ โรคตา โรคหู โรคสมอง โรคเมเร็ง ฯลฯ รองรับผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีปัญหาความพิการ และปัญหาอื่น ๆ จากโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ส่งต่อมา จึงขอเชิญชวนผู้มีจิตศรัทธาร่วมบริจาคสมทบทุนก่อสร้างอาคารดังกล่าวได้ที่ ศูนย์จัดหาทุนอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี (ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางโรคเด็ก) มูลนิธิโรงพยาบาลเด็ก โทรศัพท์ 0-2354-8333, 0-2354-8414 ต่อ 2615, 08-8022-9769, 08-8874-4673 โทรสาร 0-2640-9363



สร. เปิดตัวโครงการ “สุขภาพดี เริ่มต้นที่นี่”

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุข เปิดตัวโครงการ “สุขภาพดี เริ่มต้นที่นี่” (Good Health Starts Here) เพื่อกระตุ้นคนไทยรายบุคคลให้หันมาใส่ใจสุขภาพ ทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพดีด้วยตนเอง ป้องกันและลดป่วยจากโรคติดต่อ โรคเรื้อรัง สิ่งเสพติด พลิกโฉมทุกหน่วยงานในสังกัดทำงานเชิงรุก เสมือนเป็นวัคซีนสุขภาพแก่ประชาชนแต่ละช่วงวัย ทั้งการส่งเสริมสุขภาพดี ป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภค หวังสร้างอนาคตคนไทยมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น อายุยืนไม่น้อยกว่า 80 ปี และมีอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 72 ปี ในอีก 10 ปีข้างหน้า หรือใน พ.ศ. 2566 ทั้งนี้ทุกหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่มี 9 กรม จะทำงานเชิงรุกตามบทบาทหน้าที่ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพดี การควบคุมป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นวัคซีนสุขภาพแก่ประชาชนในแต่ละช่วงวัย ประกอบด้วย 5 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1. กลุ่มเด็กและสตรี ให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ส่งเสริมการให้ทารกกินนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน 2. กลุ่มเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี ได้รับความรู้ตามเกณฑ์ เด็กได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย 3. กลุ่มวัยรุ่นและวัยเรียน อายุ 6-15 ปี ได้รับความรู้ตามเกณฑ์ มีศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ คลินิกวัยรุ่นทำงานเชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน เป็นวัคซีนป้องกันโรคทางพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น ยาเสพติด เหล้า บุหรี่ การขับรถ ดื่มเชื้อเอชไอวี ปัญหาท้องไม่พร้อม เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่การทำงาน 4. วัยทำงาน อายุ 15-60 ปี ต้องกระตุ้นความทรงจำ ให้คงรักษาภูมิคุ้มกันต่อปัญหาด้านสุขภาพ มีการปรับพฤติกรรมลดเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงด้วย 3 อ. 2 ส. และ 5. กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ จัดคลินิกผู้สูงอายุและผู้พิการคุณภาพ เพื่อถนอมวัยให้แข็งแรงที่สุดจนถึงบั้นปลายของชีวิต



ก่อนที่ผู้เขียนจะนำเสนอสาระรายละเอียดของบทความเรื่องนี้ ขอประชาสัมพันธ์ให้ผู้่านได้ทราบว่าขณะนี้ “ร่างแนวทางการกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึงในประเทศไทย” ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการยาแล้ว และอยู่ในขั้นตอนการออกประกาศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพื่อให้มีผลบังคับใช้ต่อไป คาดว่าในเร็ววันนี้จะมีประกาศออกมาให้ทราบ ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขได้ออกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๔๔๒/๒๕๕๖ เรื่องแก้ไขทะเบียนตำรับยา epoetin ชนิด alfa และ beta โดยในแนบท้ายคำสั่งดังกล่าวได้แนบ “แนวทางเฉพาะในการประเมินยา epoetin แบบชีววัตถุคล้ายคลึง” ที่ผู้เขียนได้เคยนำเสนอรายละเอียดมาก่อนหน้านี้แล้ว แนวทางฯ นี้จึงถูกนำมาใช้อย่างเป็นทางการแล้วสำหรับการแก้ไขทะเบียนตำรับยา และ/หรือสำหรับการยื่นขึ้นทะเบียนยา epoetin แบบยาชีววัตถุคล้ายคลึงด้วย ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดคำสั่งดังกล่าวพร้อมแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงาน

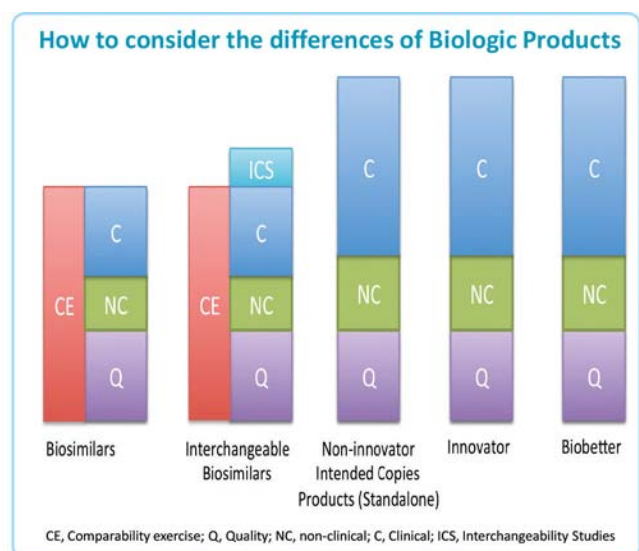


บุคลากรทางการแพทย์ควรกังวลเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความคล้ายคลึงของยาชีววัตถุ คล้ายคลึงมากน้อยเพียงใด

สำหรับสาระสำคัญของบทความในเดือนนี้มีมูลเหตุจากการที่ผู้เขียนได้ยื่นการนำเสนอความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ในงานประชุมวิชาการแห่งหนึ่งเกี่ยวกับความกังวลในเรื่องคุณภาพ ความปลอดภัย และความคล้ายคลึงของยาชีววัตถุคล้ายคลึงเมื่อเปรียบเทียบกับยาชีววัตถุอ้างอิงต้นแบบ และยังได้รับฟังการเรียกขานยาชีววัตถุที่ขึ้นทะเบียนในลำดับถัดมาอย่างไม่ถูกต้อง หรือบ่งบอกถึงความไม่เข้าใจในความแตกต่างระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึง (Biosimilar) กับยาชีววัตถุที่มีใช้ยาต้นแบบที่ขึ้นทะเบียนในลำดับถัดมาด้วยข้อมูลการศึกษาวิจัยของตนเองที่รู้จักกันว่า Non-innovator intended copies biologic product ว่าแตกต่างหรือพัฒนาขึ้นมาได้อย่างไร ทำให้ผู้เขียนเห็นว่า หากจะใช้โอกาสนี้ทำความเข้าใจโดยสังเขปอีกครั้งคงจะช่วยให้ผู้อ่านโดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งจะมีโอกาสเข้ามาอ่านบทความนี้ได้เข้าใจขึ้น

ขอเรียนว่ายาชีววัตถุที่ไม่ใช่ยาชีววัตถุต้นแบบที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาขณะนี้ **ยังไม่มีผลิตภัณฑ์ยาใดเป็นยาชีววัตถุคล้ายคลึงเลย** แม้แต่เพียงรายการเดียว ข้อเท็จจริงขณะนี้คือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้จัดทำแนวทางการกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึงในประเทศไทย และรอการประกาศบังคับใช้อย่างเป็นทางการต่อไป พร้อมกับแนวทางเฉพาะในการประเมินยา epoetin แบบยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่แนบท้ายคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขตามที่กล่าวมาในตอนต้นแล้ว การเรียกขานยาชีววัตถุที่ไม่ใช่ยาชีววัตถุต้นแบบในประเทศไทยว่า ยาชีววัตถุคล้ายคลึงจึงเป็นการเรียกขานที่ไม่ถูกต้องอย่างมาก และอาจบ่งบอกถึงความไม่เข้าใจในกระบวนการพัฒนาและกำกับดูแลยาชีววัตถุคล้ายคลึงได้ ยาชีววัตถุที่มีในขณะนี้ นอกจากยาต้นแบบแล้ว ที่เหลืออยู่ล้วนจัดอยู่ในประเภทที่เรียกว่า **ยาชีววัตถุที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในลำดับถัดมาที่ไม่ใช่ยาต้นแบบ** (Non-innovator intended copies biologic product หรือ standalone) ความแตกต่างของยาชีววัตถุประเภทต่าง ๆ สามารถสรุปได้ง่ายในแผนภาพที่นำเสนอครั้งนี้นั้น จึงขอให้บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยได้เข้าใจ

ให้ถูกต้องตรงกันหาไม่แล้วความไม่เข้าใจดังกล่าวอาจนำมาซึ่งอุปสรรคต่อการยอมรับยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่จะมีขึ้นในอนาคตในประเทศไทย และต้องตระหนักให้ได้ว่า ยาชีววัตถุคล้ายคลึง **ไม่ใช่** ยาสามัญ ทั้งในเชิงความคิดและหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบกำกับดูแลยาชีววัตถุประเภทนี้ สามารถกล่าวได้ว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงเป็นเรื่องใหม่ที่คนโดยส่วนใหญ่อาจไม่เข้าใจมาก่อน และอาจคิดว่าเหมือนกับยาสามัญนั่นเอง



สำหรับความห่วงใยหรือความกังวลในเรื่องคุณภาพของยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่ผู้เขียนได้ยื่นมาทำนองว่า ยาชีววัตถุคล้ายคลึงอาจมีคุณภาพต่ำ หรือมีมาตรฐานต่ำกว่า (substandard) เมื่อเปรียบเทียบกับยาชีววัตถุต้นแบบ ซึ่งไม่มีเหตุผลใด ๆ สนับสนุนความกลัวในเรื่องนี้

เนื่องจากกระบวนการผลิตยาชีววัตถุคล้ายคลึงต้องเป็นไปตามมาตรฐานข้อกำหนดเช่นเดียวกันกับการผลิตของยาชีววัตถุต้นแบบ ดังนั้น การผลิตยาชีววัตถุคล้ายคลึงต้องแสดงให้เห็นว่าสามารถผลิตยาคุณภาพสูงได้อย่างสม่ำเสมอในทุกการผลิต อีกทั้งการผลิตยาชีววัตถุคล้ายคลึงยังต้องใช้เทคโนโลยีทันสมัยล่าสุดในขณะนี้ (state-of-the-art technology) ซึ่งมีวิวัฒนาการมากกว่านับตั้งแต่มีการผลิตยาชีววัตถุต้นแบบขึ้นมา

ข้อเท็จจริงที่ว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงนั้นมีเพียง “ความคล้ายคลึง” แต่ไม่ใช่ “เหมือนกัน (identical)” กับยาชีววัตถุต้นแบบ อาจทำให้เกิดความไม่แน่นอนของตัวยาชีววัตถุคล้ายคลึงได้ ข้อเท็จจริงนี้พบว่าไม่ได้แตกต่างกันไปจากผลที่จะเกิดจากการใช้ยาชีววัตถุต้นแบบ เนื่องจากยาชีววัตถุเป็นสารผสมที่มีความซับซ้อนอย่างมาก (complex mixtures) การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยในกระบวนการผลิตอาจทำให้โมเลกุลสุดท้ายของยาชีววัตถุที่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมาก ด้วยเหตุนี้หน่วยงานของรัฐจึงมีข้อกำหนดเข้มงวดในเรื่องความสม่ำเสมอระหว่างรุ่นการผลิต ไม่ไวยานั้นจะเป็นยาชีววัตถุต้นแบบตัวเดียวกัน หรือยาชีววัตถุคล้ายคลึงก็ตาม เพื่อช่วยรับประกันความแน่นอนของโมเลกุลยาชีววัตถุคล้ายคลึงในผลิตภัณฑ์สุดท้ายของรุ่นการผลิตทุกรุ่นได้

ความแตกต่างเชิงโครงสร้างที่อาจมีระหว่างยาชีววัตถุคล้ายคลึงกับยาชีววัตถุต้นแบบจะต้องอธิบายได้ หรือมีเหตุผลสนับสนุนอย่างเพียงพอว่าความแตกต่างเช่นนั้นจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยทางคลินิกของยาชีววัตถุคล้ายคลึงหรือไม่ อย่างไร

สำหรับประเด็นความห่วงใยเรื่องความปลอดภัยนั้น อาจมาจากการตั้งข้อสังเกตว่าฐานข้อมูลความปลอดภัยของยาชีววัตถุคล้ายคลึงในขณะที่ไม่ได้รับการอนุมัติทะเบียนยานั้นอาจไม่เพียงพอ โดยพบว่ามักจะเกิดความกังวลมากที่สุดเรื่องการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ในเรื่องนี้ควรเข้าใจอย่างถูกต้องว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงต้องทำการศึกษาระดับเปรียบเทียบคล้ายคลึงที่เรียกว่า comparability exercise (CE) ทั้งในมนุษย์และที่ไม่ได้ศึกษาในมนุษย์ หากแสดงให้เห็นด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ามีความคล้ายคลึงกันก็ถือว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงสามารถอ้างถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากยาชีววัตถุต้นแบบได้ ความเสี่ยงที่จะพบอาการไม่พึงประสงค์ชนิดร้ายแรง (serious) หลังจากขึ้นทะเบียนแล้วสำหรับยาชีววัตถุคล้ายคลึงมักมีต่ำกว่ามากเมื่อเปรียบเทียบกับยาชีววัตถุชนิดใหม่หรือที่มีการดัดแปลงโครงสร้างจากยาชีววัตถุเดิม

การก่อภูมิคุ้มกันก็เป็นอีกประเด็นที่สำคัญด้านความปลอดภัย แม้ที่จริงแล้วความกังวลนี้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะเป็นยาชีววัตถุต้นแบบหรือยาชีววัตถุคล้ายคลึง ยาชีววัตถุส่วนใหญ่ล้วนกระตุ้นการเกิดภูมิคุ้มกันทั้งนั้น เพราะยาเหล่านี้เป็นโพลีเปปไทด์หรือโปรตีน และอาจถูกระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจดจำว่าเป็นสิ่งแปลกปลอม ถึงแม้ว่าในกรณีส่วนใหญ่แอนติบอดีที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบทางคลินิกเพียงเล็กน้อย แต่กรณีการเกิด pure red cell aplasia หรือ PRCA จากการใช้ยา epoetin

ทั้งชนิดยาต้นแบบและยาชีววัตถุคล้ายคลึง และหลายครั้งมีสาเหตุจากการบริหารยาที่แตกต่างกันได้กระตุ้นให้เกิดความสนใจในเรื่องนี้อย่างมาก

โดยทั่วไปปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือโรคมักจะรู้กันเป็นอย่างดีแล้วจากประสบการณ์การใช้ยาชีววัตถุต้นแบบที่มีมาก่อน จึงอาจไม่มีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาซ้ำ (re-investigation) ในยาชีววัตถุคล้ายคลึง ดังนั้น การประเมินของหน่วยงานรัฐจะให้ความสนใจหลักไปที่ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผลิตภัณฑ์มากกว่า เช่น การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง (เช่น การจับกลุ่มกันจนทำให้เกิดการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันในกรณี PRCA จากการใช้ยา epoetin) หรือสิ่งปนเปื้อน ซึ่งมักจะตรวจพบได้ด้วยเทคโนโลยีด้านการวิเคราะห์ล่าสุด ด้วยเหตุนี้ในแนวทางการกำกับดูแลของรัฐ โดยเฉพาะในสหภาพยุโรป จึงเห็นว่าโดยทั่วไปข้อมูลด้านการกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายในคนก่อนการอนุมัติทะเบียนยามีความจำเป็น เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่มีการก่อภูมิคุ้มกันที่เกิดจากยาชีววัตถุคล้ายคลึงที่มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับยาชีววัตถุต้นแบบ และในบางกรณีอาจมีการเรียกร้องให้ทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการก่อภูมิคุ้มกันภายหลังจากยาชีววัตถุคล้ายคลึงได้รับการอนุมัติให้วางจำหน่ายแล้ว เพื่อตรวจหาความแตกต่างด้านการก่อภูมิคุ้มกันที่อาจมีได้

ด้วยเหตุที่กล่าวมาย่อมเป็นที่คาดการณ์ได้ว่าความกลัวหรือความตระหนาด้านคุณภาพและความปลอดภัยจากยาชีววัตถุคล้ายคลึงอาจเกิดขึ้นได้ในท่ามกลางบุคลากรทางการแพทย์ トラบไคที่องค์ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องนี้ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย สถาบันต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคการศึกษาจึงต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และติดตามความก้าวหน้าของกฎระเบียบต่าง ๆ ภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับยาชีววัตถุคล้ายคลึงซึ่งพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานหลักวิทยาศาสตร์ทั้งแบบทั่วไปและแบบเฉพาะเจาะจงสำหรับยาชีววัตถุคล้ายคลึงแต่ละชนิด ก็จะช่วยลดความกังวลที่ปราศจากเหตุผลทางวิชาการรองรับ ตลอดจนคำร่ำลือต่าง ๆ ที่ไม่เป็นความจริงลงได้

อย่างไรก็ตาม ต้องยอมรับว่าองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ตลอดจนประสบการณ์ของการใช้ยาชีววัตถุคล้ายคลึงยังมีจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับยาชีววัตถุต้นแบบ และยังต้องมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อให้มั่นใจว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงจะเป็นทางเลือกเชิงสุขภาพที่สำคัญของสังคมไทยอย่างยั่งยืน หน่วยงานรัฐที่กำกับดูแลจะต้องระมัดระวังและสร้างการรับประกันให้ได้ว่าระบบการขึ้นทะเบียนยาที่มีความรัดกุมและถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์อย่างเพียงพอที่ผู้คนจะมั่นใจได้ว่ายาชีววัตถุคล้ายคลึงที่จะมีในอนาคตของไทยมีคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพตามข้อบ่งใช้อย่างแท้จริงและทัดเทียมกับยาชีววัตถุต้นแบบ แน่แน่นอนว่าประสบการณ์จากการใช้จริงของยาชีววัตถุคล้ายคลึงจะช่วยให้เราเข้าใจและมั่นใจมากขึ้น

แล้วพบกันใหม่ในฉบับปีถัดไปของเดือนตุลาคมครับ

*หมายเหตุ เนื้อหาในบทความนี้เป็นความเห็นทางวิชาการอิสระของผู้เขียน ไม่เกี่ยวข้องกับหรือสะท้อนนโยบายหรือจุดยืนของหน่วยงานต้นสังกัด และมิได้สะท้อนมุมมองของบริษัทฯ แต่อย่างใด บทความนี้สนับสนุนพื้นที่การนำเสนอโดยบริษัท เอเพ็กซ์เซล่า จำกัด เพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาชีววัตถุคล้ายคลึง

สแกน 3 มิติพิสูจน์อันตรายรองเท้าส้นสูง

Yahoo! – นักวิจัยอังกฤษดิงเทคโนโลยีสแกน 3 มิติพิสูจน์ผลกระทบต่อเท้าและข้อเท้าจากการสวมรองเท้าส้นสูง

ผู้เชี่ยวชาญของ Royal National Orthopaedic Hospital ประเทศอังกฤษทดสอบให้ผู้สวมรองเท้าที่มีปัญหากระดูกเท้าและข้อเท้าจากการสวมรองเท้าส้นสูงสแกนเท้าขณะสวมรองเท้าส้นสูงด้วยเครื่องสแกน 3 มิติ ซึ่งผลลัพธ์จากการประมวลผลภาพทำให้เห็นลักษณะของเท้าและข้อเท้าที่ผิดปกติรูปร่างอันเป็นผลจากการสวมรองเท้าส้นสูงอย่างชัดเจน และนับเป็นหลักฐานชิ้นแรกที่สามารถชี้ผลกระทบจากรองเท้าส้นสูงให้เห็นเป็นรูปธรรม

อีกด้านหนึ่งมีแพทย์แย้งว่าเทคโนโลยีการสแกนภาพ 3 มิตินี้อาจยังไม่เพียงพอสำหรับการวินิจฉัยหรือรักษาอาการปวดเท้าเนื่องจากภาพสแกนสามารถแสดงให้เห็นเฉพาะความเสียหาย แต่ไม่สามารถบ่งชี้ว่ามีแรงกดที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของเท้ามากนักน้อยเพียงใด และการบาดเจ็บที่เท้าก็อาจไม่ได้เป็นผลจากรองเท้าส้นสูง แต่เกิดจากอุบัติเหตุอื่น

อย่างไรก็ดี แพทย์ทั้งสองฝ่ายเห็นตรงกันว่า การเปลี่ยนมาสวมรองเท้าส้นราบหรือส้นเตี้ยน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีในการถนอมสุขภาพเท้า และป้องกันอาการปวดเท้าหรือการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น โดยยอมรับว่าถึงอย่างไรก็คงไม่มีทางห้ามผู้หญิงสวมรองเท้าส้นสูงได้

ดูใบแจกทองชวนลดน้ำหนัก

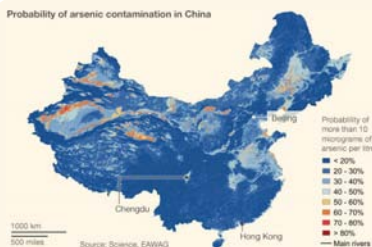
Yahoo! – นครรัฐดูไบของสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ดีดแผนแจกทองคำชวนประชาชนลดน้ำหนักช่วงเดือนรอมฎอน

ทางการดูไบประกาศแจกทองคำหนึ่งกรัมต่อน้ำหนักตัวที่ลดลงทุกหนึ่งกิโลกรัมสำหรับประชาชนที่สามารถลดน้ำหนักในช่วงเทศกาลถือศีลอดตลอดเดือนรอมฎอนซึ่งสิ้นสุดลงเมื่อวันที่ 7 สิงหาคมที่ผ่านมา โดยมีข้อแม้ว่าจะต้องลดน้ำหนักให้ได้อย่างน้อย 2 กิโลกรัมจึงจะมีสิทธิได้รับทองคำเป็นรางวัล

ด้านเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการนี้ต้องการหาแรงจูงใจให้ประชาชนหันมาออกกำลังกายและลดน้ำหนัก จึงได้คิดแผนแจกทองคำเพื่อเป็นการตบรางวัลแก่ผู้ที่ทำสำเร็จ และที่เริ่มโครงการในช่วงถือศีลอดนั้นก็เพราะชาวมุสลิมมักรับประทานมากกว่าปกติ โดยเฉพาะรับประทานมื้อดึกเพื่อตุนอาหารให้เต็มท้องเตรียมรับการอดอาหารในวันรุ่งขึ้น

สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์มีตัวเลขผู้ใหญ่เป็นโรคอ้วนสูงกว่าร้อยละ 33 และเป็นหนึ่งในชาติอาหรับที่กำลังเผชิญกับโรคอันเป็นผลพวงจากการอยู่ติดทีวี โดยดูไบเชื่อมั่นว่าการลงทุนซื้อทองคำเป็นรางวัลสำหรับการลดน้ำหนักนี้ถือว่าคุ้มค่ามากหากพิจารณาในแง่การประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคในภายหลัง

Probability of arsenic contamination in China



ชาวจีนร่วม 20 ล้านเสี่ยงพิษสารหนู

บีบีซี – ผลสำรวจชี้ ชาวจีนราว 20 ล้านคนอาจตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อพิษสารหนูที่ปนเปื้อนในแหล่งน้ำ

เนื่องจากในประเทศจีนมีบ่อน้ำที่ใช้สำหรับการอุปโภคบริโภคกระจายอยู่กว่า 10 ล้านแห่งทั่วประเทศ ทำให้การตรวจสอบการปนเปื้อนของสารหนูในแหล่งน้ำอาจต้องใช้เวลานานกว่าหลายสิบปี คณะนักวิจัยจากสวิตเซอร์แลนด์และจีนจึงได้ร่วมกันพัฒนาแผนที่ภูมิศาสตร์เพื่อระบุพื้นที่เสี่ยงต่อการรั่วไหลของสารหนูสู่แหล่งน้ำ ซึ่งผลลัพธ์เป็นที่น่าตกใจว่าอาจมีพลเมืองราว 19.6 ล้านคนในประเทศจีนที่เสี่ยงต่อพิษสารหนูที่ปนเปื้อนมากับน้ำ

นักวิจัยเปิดเผยว่า พื้นที่เสี่ยงการปนเปื้อนสารหนูส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ตามแนวลุ่มแม่น้ำซึ่งมีการชลประทานและกสิกรรมรวมถึงพื้นที่ซึ่งเคยมีรายงานการปนเปื้อนสารหนู เช่น ฮูฮอตและมองโกเลียใน นอกจากนี้ยังรวมถึงพื้นที่ซึ่งไม่เคยมีรายงานมาก่อน เช่น มณฑลเสฉวนและชายฝั่งตะวันออก และการทำแผนที่ภูมิศาสตร์สารหนูนี้จะช่วยให้เจ้าหน้าที่จีนทราบพิกัดจุดเสี่ยงและหาทางแก้ไขได้โดยเร็ว

อังกฤษจะเปิดประชุมสุดยอดสมองเสื่อม

บีบีซี - อังกฤษจะอาศัยสถานะประธานกลุ่มจี 8 เปิดการประชุมสุดยอดโรคสมองเสื่อมของโลก

นายกรัฐมนตรีเดวิด คาเมรอน และนายเจอร์มี ฮันต์ รัฐมนตรีสาธารณสุขเรียกร้องให้รัฐมนตรีสาธารณสุขของชาติสมาชิกจี 8 เข้าร่วมประชุมสุดยอดอันมีกำหนดจัดขึ้นที่กรุงลอนดอนของอังกฤษในวันที่ 11 ธันวาคมนี้ โดยนายฮันต์เปิดเผยว่า โรคสมองเสื่อมกำลังเป็นภัยคุกคามทั่วโลก และซ้ำร้ายยังมีที่พาดพิงจะรุนแรงขึ้น จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันเพื่อหาแนวทางชะลอการเกิดโรคสมองเสื่อม และยกระดับแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสมองเสื่อม

ด้านนางฮิลารี อีแวนส์ ผู้บริหารโครงการวิจัยโรคอัลไซเมอร์แห่งสหราชอาณาจักร กล่าวด้วยความวิตกว่า ยังไม่เคยมีการพัฒนาแนวทางการรักษาใหม่สำหรับโรคสมองเสื่อมอีกเลยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา อีกทั้งแนวทางการรักษาที่มีอยู่ก็ยังไม่ได้ผลดีนัก เรียกได้ว่าวงการแพทย์ปัจจุบันขาดแคลนการรักษาที่จะชะลอการเกิดโรค การดำเนินโรค และการดูแลอาการของโรคสมองเสื่อม และมองว่าการทุ่มวิจัยให้มากขึ้นเป็นเพียงหนทางเดียวที่จะช่วยได้



บุหรี่ไฟฟ้าไม่ช่วยลดสารพิษ

Yahoo! - ผลการศึกษาล่าสุดชี้ บุหรี่ไฟฟ้าซึ่งกำลังเป็นที่นิยมอาจมีปริมาณสารก่อมะเร็งไม่แตกต่างจากบุหรี่ทั่วไป

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาบุหรี่ไฟฟ้าได้ขยับเป็นทางเลือกใหม่สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ หรือลดความเสี่ยงสารพิษจากการสูบบุหรี่ จากจุดเด่นที่ใช้กลไกความร้อนเผาไหม้โคตินให้กลายเป็นไอทำให้สามารถควบคุมปริมาณนิโคตินได้คงที่ และเชื่อกันว่าอุปกรณ์นี้สามารถช่วยปกป้องคอปอดให้ห่างไกลจากสารพิษก่อมะเร็งได้

อย่างไรก็ดี รายงานในวารสารสถาบันผู้บริโภครของฝรั่งเศสระบุว่า บุหรี่ไฟฟ้าหลายยี่ห้อ มีสารก่อมะเร็งในปริมาณที่สูงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะ formaldehyde

และ acrolein ซึ่งพบในระดับเกือบเท่าบุหรี่ทั่วไป ขณะที่สำนักงานอาหารและยาสหรัฐอเมริกาก็เตรียมขยับมาตรการคุมบุหรี่ไฟฟ้า หลังพบว่ากลายเป็นเครื่องมือที่ใช้นกันทั่วไปเพื่อเลี่ยงกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ที่ยังจำกัดวงเฉพาะบุหรี่ยาสูบ

หญิงไต้หวันแห่ฝากไข่พร้อม

รอยเตอร์ส - ผู้หญิงชาวไต้หวันจำนวนมากหันไปใช้บริการฝากไข่กับคลินิกช่วยตั้งครรภ์จากความจำเป็นต้องทุ่มเวลาให้กับการทำงานเลี้ยงปากท้อง

เศรษฐกิจของไต้หวันเข้าสู่ภาวะชะลอตัวเป็นสาเหตุให้สัดส่วนของผู้หญิงในตลาดแรงงานเพิ่มสูงขึ้น และเป็นผลให้อายุเฉลี่ยของการแต่งงานเพิ่มขึ้นมาอยู่ที่ 30 ปี นอกจากนี้ผู้หญิงไต้หวันยังต้องแบกรับแรงกดดันมากขึ้นจากการที่ต้องทำงานในช่วงกลางวัน รวมถึงทำหน้าที่ดูแลครอบครัวและปรนนิบัติพ่อแม่สามีตามธรรมเนียมปฏิบัติเมื่อกลับบ้าน

จากภาวะที่บีบคั้นรอบด้านทำให้ผู้หญิงไต้หวันจำนวนมากตัดสินใจทุ่มเทเวลาให้กับการทำงานและเลื่อนการตั้งครรภ์ออกไป และใช้วิธีฝากไข่ไว้กับคลินิกช่วยตั้งครรภ์เพื่อที่จะตั้งครรภ์ด้วยเทคนิคหลอดแก้วเมื่อฐานะพร้อม โดยผู้ใช้บริการส่วนหนึ่งยืนยันว่าพวกเธอเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีลูกไว้คอยดูแลยามชรา และการฝากไข่นับเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการเปิดอู่เอามาเมื่ออายุมาก เพราะเมื่อถึงตอนนั้นก็ไม่แน่ใจว่าคนลูกจะสมบูรณ์พอสำหรับปฏิสันธิต์ตัวเองหรือไม่





ดร. แต่งตั้ง **นพ.สุวัช เชยศิริวัฒนา** เป็นผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรมคนใหม่

จากการประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ได้มีมติเห็นชอบแต่งตั้งให้ **นพ.สุวัช เชยศิริวัฒนา** ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม ที่เสนอโดยกระทรวงสาธารณสุข ตามมติ คณะกรรมการองค์การเภสัชกรรม พร้อมกันนี้ให้องค์การเภสัชกรรมทำสัญญาว่าจ้างตามแบบที่กระทรวง การคลังได้เห็นชอบแล้ว โดยจะมีสัญญาจ้างเป็นระยะเวลา 4 ปี

นพ.สุวัช เชยศิริวัฒนา ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรมคนใหม่ เกิดเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2501 ปัจจุบันอายุ 55 ปี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ. 2524 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ. 2526 และสาหรณัฐศาสตรมหาบัณฑิต (M.Sc) Health Policy & Planning and Finance, London School of Hygiene and Tropical Medicine เมื่อปี พ.ศ. 2543 โดยได้ดำรงตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ผู้อำนวยการสถาบัน พระบรมราชชนก รองอธิบดีกรมอนามัย รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตพื้นที่ เครือข่ายที่ 12 ก่อนได้รับการพิจารณาแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม

ม.มหิดลคว้ารางวัล Silver Award จากนิทรรศการ Thailand Research Expo 2013

สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และหน่วยงานในระบบวิจัย ได้จัดงาน “มหกรรม การนำเสนอผลงานวิจัยแห่งชาติ 2556” (Thailand Research Expo 2013) ณ ห้องบางกอกคอนเวนชัน ชั้น 22 โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ โดย มหาวิทยาลัยมหิดลเข้าร่วมจัดแสดงนิทรรศการภายใต้หัวข้อเรื่อง “งานวิจัยเพื่อคุณภาพชีวิต” โดยนำเสนอใน Theme “สังคมสูงวัย ชาวไทยเป็นสุข” ซึ่งมีคณะนักวิจัยจาก 5 ส่วนงาน ประกอบด้วย 1. กลุ่ม Huahin Hospice 2. คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล 3. คณะวิศวกรรมศาสตร์ 4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม และ 5. สถาบันโภชนาการ จากผลงาน วิจัยจัดแสดงนิทรรศการจำนวน 12 เรื่อง ซึ่งในการจัดนิทรรศการครั้งนี้ มหาวิทยาลัยมหิดลได้รับรางวัล Silver Award จากสำนักงาน คณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ และเข้ารับมอบโล่พร้อมเงินรางวัลเมื่อปลายเดือนสิงหาคมที่ผ่านมา



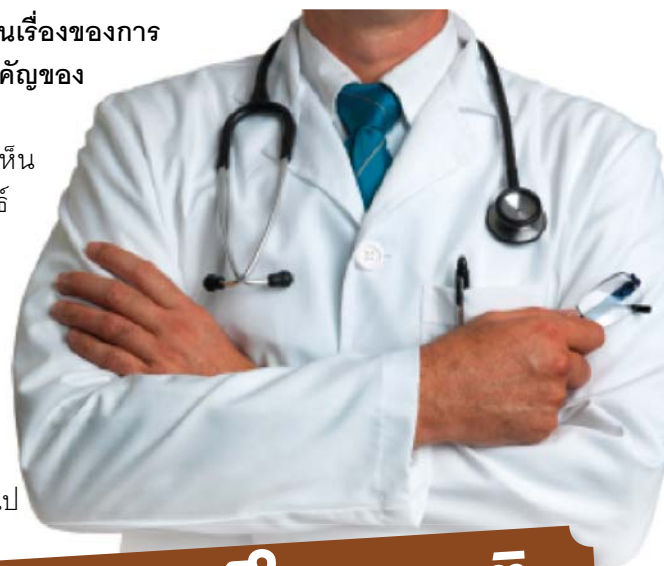
ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย จัดการประชุมวิชาการสัจจร ครั้งที่ 25 จ.จันทบุรี

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จัดการประชุมวิชาการสัจจร ครั้งที่ 25 ในวันที่ 30 ตุลาคม - 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตรชั้นคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จ.จันทบุรี ผู้สนใจสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ราชวิทยาลัย อายุรแพทย์แห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2716-6744 ต่อ 11, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: rcpt@asianet.co.th, www.rcpt.org ภายในวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2556

ปัจจุบันพบว่ามีความขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในเรื่องของการสื่อสารและการดูแลรักษา ทำให้เกิดปัญหาการฟ้องร้อง ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบการแพทย์และสาธารณสุข



คณะกรรมการแพทยสภาได้เล็งเห็นความสัมพันธ์นี้ และอยากเห็นความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ จึงได้จัดทำโครงการ **“หมอในดวงใจ”** เพื่อสะท้อนมุมมองของประชาชนในสังคมปัจจุบันว่า แพทย์ที่ดีในสายตาของประชาชนเป็นอย่างไร คุณลักษณะที่ดีของแพทย์พึงมีในทัศนะของประชาชนเป็นอย่างไร ซึ่งความรู้ที่ได้จะนำมาปรับใช้ในระบบการของการผลิตแพทย์ในอนาคตต่อไป



สะท้อนมุมมองประชาชนสู่การผลิตแพทย์ในอนาคต



ศ.พ.สภศักดิ์ โล่ไธยา

ศ.พ.สภศักดิ์ โล่ไธยา นายกแพทยสภา กล่าวว่า วัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมีโอกาสเผยแพร่ประสบการณ์ ถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้สึก และเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับ **“หมอในดวงใจ”** ผ่านสารคดี เพื่อได้สารคดีที่เป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์ รวมทั้งเพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์การทำงานของแพทย์ที่ดี และเผยแพร่สารคดี **“หมอในดวงใจ”** สู่ระดับชาติ เพื่อจะได้ทราบความรู้สึกของประชาชนที่มีต่อแพทย์ในปัจจุบัน ซึ่งเงินรางวัลรวม 100,000 บาท รางวัลที่ 1 โฉพระราชมณเฑียรสถานจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี พร้อมเงินสด 30,000 บาท

“ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาในการร่างหลักสูตร เรายังมองเพียงด้านเดียว คืออยากให้หมอเป็นอย่างไร แต่เราไม่ได้มองด้านประชาชนว่าจริง ๆ เขาอยากเห็นหมอเป็นอย่างไร ในต่างประเทศมีการออกไปสอบถามประชาชนว่าคุณอยากเห็นหมอเป็นอย่างไร เช่น อยากได้หมอที่สนใจผู้ป่วย ฟังผู้ป่วย อธิบายและชี้แจงเรื่องโรคแก่ผู้ป่วย เมื่อเรารู้ว่าเขาต้องการแพทย์อย่างไร ในการผลิตแพทย์จะได้ถูกต้องตามความต้องการนั้น”

ทั้งนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเกิดจากการที่แพทย์มองผู้ป่วยเป็นเครื่องจักร จึงมุ่งเน้นการซ่อมเครื่องอย่างเดียว ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยก็มีชีวิตจิตใจ เพราะฉะนั้นนอกจากการมุ่งเน้นทางวิชาการและมาตรฐานการรักษาแล้ว ยังต้องเน้นเรื่องของจิตใจ โดยโครงการหมอในดวงใจจะช่วยสะท้อนมุมมองของประชาชนว่าคิดอย่างไร เพื่อที่จะได้นำความคิดเห็นต่าง ๆ เหล่านั้นมาปรับปรุงเป็นแนวทางในการร่างหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในอนาคต



พ.สภพันธ์ คมฤทธิ์

พ.สภพันธ์ คมฤทธิ์

เลขาธิการแพทยสภา กล่าวว่า ข้อมูลที่จะได้จากการเขียนในครั้งนี้จะนำไปกำหนดยุทธศาสตร์ วิธีการทำงาน และมาตรการต่าง ๆ ของแพทยสภา โดยแพทยสภามีบทบาท 3 ด้านคือ 1. รักษาเกียรติของสถาบันแพทย์ 2. เป็นตัวแทนของแพทย์ทั้งประเทศทุกรูปแบบตามกฎหมาย และ 3. ทำงานเพื่อประชาชน ซึ่งในครั้งนี้เป็นการทำงานเพื่อประชาชนอย่างแท้จริง จึงต้องขอข้อมูล



จากประชาชนว่าหมอในดวงใจควรจะต้องเป็นอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นจากประสบการณ์ หรือการจินตนาการว่าควรจะเป็น

กติกาในการส่งผลงานเข้าร่วมประกวด

1. เป็นงานเขียนที่แต่งขึ้นใหม่ ประเภทสารคดี เรื่องเล่า ในหัวข้อ **หมอในดวงใจ** โดยให้ตั้งชื่อเรื่องใหม่ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการทำงานของแพทย์ และ/หรือสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยสร้างสรรค์เป็นภาษาไทยมีความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้ากระดาษ A4 ขนาดตัวอักษร 16 point โดยส่งต้นฉบับและสำเนา รวม 5 ชุด พร้อมกับแผ่นซีดีคณะกรรมการขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่ส่งคืนผลงานเข้าประกวดทุกสำเนา

(รวมต้นฉบับ) ไม่ว่าจะได้รับรางวัลหรือไม่ก็ตาม

2. ไม่ได้ลอกเลียนแบบ ดัดแปลง หรือละเมิดลิขสิทธิ์ จากเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากงานสร้างสรรค์ของผู้ใด หากมีการลอกเลียน ดัดแปลง หรือละเมิดลิขสิทธิ์ ผู้ส่งผลงานเข้าประกวดจะถูกตัดสิทธิ์จากการประกวด และต้องเป็นผู้รับผิดชอบทางกฎหมายโดยลำพัง

3. ผลงานต้องไม่เคยส่งประกวดหรือเผยแพร่ในรูปแบบสื่อใด ๆ มาก่อน รวมถึงสื่ออินเทอร์เน็ต หากมีการตรวจพบภายหลัง ผู้ส่งจะถูกตัดสิทธิ์การประกวด และมีผลถึงการพิจารณาการส่งเข้าประกวดในครั้งต่อไป

4. ผู้ส่งผลงานเข้าประกวดมีสิทธิส่งผลงานได้เพียง 1 เรื่อง

5. ผู้ส่งผลงานเข้าประกวดจะต้องมีชีวิตอยู่ขณะที่ส่งผลงาน

6. กรณีใช้นามปากกาหรือนามแฝง ผู้ส่งผลงานเข้าประกวดต้องแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

7. ผลงานที่ได้รับรางวัล แพทยสภาจะจัดพิมพ์และเผยแพร่เป็นครั้งแรก

8. คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาดำเนินการ **“โครงการหมอในดวงใจ”**, คณะกรรมการแพทยสภา/อนุกรรมการแพทยสภา และเจ้าหน้าที่สำนักงานเลขาธิการแพทยสภาไม่มีสิทธิส่งผลงานเข้าประกวด

รางวัลในการประกวด

1. รางวัลชนะเลิศ 1 รางวัล ได้รับโล่พระราชทานจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี พร้อมเงินสด 30,000 บาท
2. รางวัลรองชนะเลิศ 1 รางวัล ได้รับโล่จากแพทยสภา พร้อมเงินสด 15,000 บาท
3. รางวัลชมเชย 10 รางวัล ได้รับเกียรติบัตรจากแพทยสภา พร้อมเงินสด 5,000 บาท

ระยะเวลาของโครงการหมอในดวงใจ

- เปิดรับผลงานตั้งแต่วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2556 - 31 มกราคม พ.ศ. 2557 (รับต้นฉบับ)
- คัดเลือกผลงานภายในวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2557 (ระยะเวลา 3 เดือน)
- ตัดสินผลงานภายในวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 (ระยะเวลา 3 เดือน)
- ประกาศผลรางวัลวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2557
- รับรางวัลวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2557 (วันครบรอบวันเกิดแพทยสภา)



นพ.สัมพันธ์ กล่าวเพิ่มเติมว่า โครงการนี้แสดงให้เห็นว่าแพทย์พยายามจะมีปฏิสัมพันธ์กับประชาชน โดยหวังว่าสารคดี เรื่องเล่าทั้งหลายจะเป็นข้อมูลที่ถูกนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากทั้งในการผลิตแพทย์ เตือนแพทย์ บอกแพทย์ทั้งหมดว่าประชาชนต้องการแพทย์แบบนี้ อยากให้แพทย์ให้ความสำคัญในส่วนนี้ เช่น การให้ข้อมูลผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นต้น



“เงยหน้าไปยิ้มให้ผู้ป่วย สบตากับผู้ป่วยบ้าง ไม่ใช่ก้มหน้าก้มตาเขียนใบสั่งแพทย์อย่างเดียว ซึ่งการแสดงออกเหล่านี้ใช้เวลาไม่นาน แต่สามารถสื่อสารได้หลายอย่าง เป็นเทคนิคที่ต้องเข้าใจไว้ เพราะหมอที่ไม่มองตาผู้ป่วย ผมเชื่อว่าไม่มีทางจะเป็นหมอในดวงใจได้ ซึ่งในส่วนนี้จะถูกนำไปใช้ในการผลิตแพทย์สอนเทคนิควิธีการทำอย่างไรให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณหมอไม่ทอดทิ้งเขา คือโดยส่วนมากอาจจะไม่เกี่ยวกับเรื่องของวิชาการ แต่เป็นเรื่องของศิลปะมากกว่า”

นอกจากนี้ในการเป็นแพทย์ต้องยึดถือพระราชดำรัสของสมเด็จพระราชบิดา **“ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ลาภ ทรัพย์ และเกียรติยศจะตกแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพให้บริสุทธิ์”** ซึ่งเป็นความจริงที่แพทย์ควรยึดปฏิบัติเพื่อการเป็นแพทย์ที่ดี โดยการจะเป็นแพทย์ที่ดีได้นั้น จะต้องมียุทธยาน้อยสองอย่างคือ เก่งและดีควบคู่กัน



ด้าน พญ.ชญวลี ศรีสุโข ประธานคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาดำเนินการ **“โครงการหมอในดวงใจ”** กล่าวว่า คณะกรรมการแพทยสภาได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาดำเนินการ **“โครงการหมอในดวงใจ”** ในการประชุมคณะกรรมการแพทยสภา ครั้งที่ 4/2556 วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2556 โดยมีตนเป็นประธานประกอบด้วย

1. พญ.ชญวลี ศรีสุโข ประธานอนุกรรมการ
2. น.อ.(พ) นพ.อิทธิพร คณะเจริญ อนุกรรมการ
3. น.ท.นพ.ธนธิป ศุภประดิษฐ์ อนุกรรมการ
4. นพ.สุกิจ ทัศนสุนทรวงศ์ อนุกรรมการ และเลขานุการ
5. นางพลอยรัตน์ พวงชมพู ผู้ช่วยเลขานุการ
6. นางทรรศนีย์ นาคริเชตร ผู้ช่วยเลขานุการ
7. นางสาวกรรณิการ์ พรหมะวัน ผู้ช่วยเลขานุการ



นอกจากนี้ยังมีคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาคัดเลือกบทความเข้าประกวด ประกอบด้วย

1. พญ.ชญวลี ศรีสุโข ที่ปรึกษา
2. นายจตุพร ปรปักษ์ประลัย ประธานอนุกรรมการ
3. นางสาวสุมิตรา จันทรง รองประธานอนุกรรมการ
4. นายสุริยัน สุดศรีวงศ์ อนุกรรมการ
5. นายโมโน สวัสดิ์ศรี อนุกรรมการ
6. นางเตือนใจ นิลรัตน์ อนุกรรมการ และเลขานุการ
7. นางพลอยรัตน์ พวงชมพู ผู้ช่วยเลขานุการ

และอนุกรรมการเฉพาะกิจพิจารณาตัดสินบทความเข้าประกวดประกอบด้วย

1. นางชมัยกร บางคมบาง ประธานอนุกรรมการ
2. นายพินิจ นิลรัตน์ รองประธานอนุกรรมการ
3. อาจารย์ภาณุพงษ์ คงจันทร์ อนุกรรมการ
4. นายวีระศักดิ์ จันทรวงศ์ อนุกรรมการ
5. พญ.ชญวลี ศรีสุโข อนุกรรมการ และเลขานุการ
6. นางพลอยรัตน์ พวงชมพู ผู้ช่วยเลขานุการ

พญ.ชญวลี กล่าวเพิ่มเติมว่า แพทย์สมัยนี้กับสมัยก่อนมีความแตกต่างกัน ความชอบของประชาชนก็อาจจะแตกต่างไปด้วย โครงการนี้จึงเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้พูดถึงหมอในดวงใจ ทั้งทางลบและทางบวก เพราะปัจจุบันวงการแพทย์มีความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย นำมาซึ่งการฟ้องร้อง โดยสาเหตุหลักมาจาก 2 ประการ ประการแรกเรื่องการสื่อสารกับประชาชน ประการที่สองเรื่องมาตรฐานการรักษา ปัจจุบันปัญหาการสื่อสารเป็นปัญหาอันดับหนึ่งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม อยากจะเห็นว่าผู้ป่วยมองหมอในดวงใจอย่างไร ซึ่งเป็นสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับเสียงสะท้อนเรื่องนี้มากขึ้น

สำหรับผู้สนใจสามารถส่งผลงานได้ที่ ฝ่ายเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 6 ชั้น 7 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2590-1886, 08-9530-1112 E-mail: prtmc.tmc@gmail.com คุรายละเอียดเพิ่มเติมที่ www.tmc.or.th, www.facebook.com/pages/หมอในดวงใจ



‘กล้า’ หรือ ‘กลัว’ อาหารทะเลไทยในภาชนะน้ำมันรั่ว

จากกรณีท่อรับน้ำมันดิบกลางทะเลเกิดรั่วไหล ส่งผลให้น้ำมันดิบจำนวนมากไหลลงสู่ทะเลจังหวัดระยอง และทะลักไปยังชายหาดบริเวณอ่าวพร้าว ส่งผลให้หลาย ๆ ฝ่ายต้องรีบเข้ามาดูแลแก้ไข แม้เหตุการณ์จะผ่านพ้นไปแล้ว แต่ก็ยังมีข้อกังวลใจที่ค้างคาใจให้คนที่นิยมอาหารทะเลต้องขังใจอยู่ว่าควรรับประทานอาหารทะเลในช่วงนี้หรือไม่ **Talk of the Town** ฉบับนี้จึงขอหยิบยกประเด็นนี้ขึ้นมาสอบถามนักศึกษาแพทย์แต่ละคนว่ารู้สึก ‘กล้า’ หรือ ‘กลัว’ กับอาหารทะเลในช่วงนี้...



นศพ.ศิรภา วชิรปรัชาพงษ์

“ถ้าใครที่คิดจะกินอาหารทะเลในช่วงนี้ แนะนำว่าให้หลีกเลี่ยงไปก่อนดีกว่าค่ะ ถึงแม้ว่าจะมีบางหน่วยงานบอกว่าสารที่เจือปนอยู่ในอาหารทะเลอย่างสารเบนซินนั้น ร่างกายเราสามารถขับออกมาได้ทางปัสสาวะก็ตาม แต่การไม่ได้รับสารอันตรายเข้าสู่ร่างกายย่อมดีกว่าการแก้ไขที่ปลายเหตุ และถึงแม้ว่าอาหารทะเลนั้นมาจากหลายแหล่ง แต่เราซึ่งเป็นผู้บริโภคก็ไม่สามารถรู้ได้ว่าความจริงแล้วอาหารทะเลที่เราซื้อมาจากที่ไหน รอให้มีการยืนยันแน่ชัดก่อนดีกว่าว่าอาหารทะเลทุกที่ในไทยปลอดภัยจากสารพิษ”

นศพ.กชกานต์ เหลืองวัฒนาภิก

“ทุกวันนี้ยังกินอาหารทะเลอยู่พวกกุ้ง หอย ปู ปลาทั้งหลาย แต่ก็ไม่ได้กินบ่อย คือเราไม่ได้ซีเรียสเรื่องสารตกค้างแต่เน้นเลือกซื้ออาหารทะเลที่สด ใหม่ และปรุงสุก ส่วนเรื่องที่บอกว่าร่างกายเราสามารถขับสารเบนซินที่ปนเปื้อนอยู่ในอาหารทะเลออกได้เองทางปัสสาวะก็คิดว่าเป็นไปได้ และไม่น่าจะส่งผลเสียอะไร เพราะสารปนเปื้อนคงมีอยู่ในปริมาณที่น้อยมาก ไม่ได้เยอะถึงขั้นเข้าไปส่งผลกระทบต่อร่างกาย”

นศพ.กฤษฎณ เกียรติโชควัฒน์

“เคยได้ยินข่าวอยู่บ้างเกี่ยวกับเรื่องน้ำมันรั่วใต้ทะเลที่เกาะเสม็ด ส่วนตัวแล้วก็ยังกินอาหารทะเลตามปกติ ซึ่งก่อนที่จะนำมาทำเป็นอาหารก็ทำความสะอาดให้เรียบร้อย แล้วต้องกินแบบปรุงสุกเท่านั้น ส่วนตัวไม่ได้มีความกังวลอะไร เพราะสารที่ปนเปื้อนมา ร่างกายสามารถขับออกได้ และเราก็ไม่ได้รับสารอันตรายในปริมาณมากขนาดนั้น คงไม่ส่งผลอะไรต่อร่างกาย”

นศพ.สุพิชญา สาสนรักภิก

“เรื่องที่ว่ามีการรั่วของน้ำมันใต้ทะเลส่งผลกระทบถึงสัตว์ทะเลที่ถูกนำมาจำหน่ายในท้องตลาดทั่วไป คิดว่าในตอนนี้อาหารทะเลในช่วงที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นคงจะหมดไปแล้ว ตอนนี้อาจจะกินได้อย่างปลอดภัย ส่วนตัวก็กินตามปกติ และจากที่มีหลายหน่วยงานออกมายืนยันว่าปลอดภัย ก็เชื่อว่าปลอดภัยแล้วจริง ๆ แต่สิ่งที่ไม่ควรละเลยคือ ต้องเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์ที่สดใหม่ ถูกหลักอนามัยล้างเนื้อสัตว์ให้สะอาด เพราะบางทีระหว่างกระบวนการขนส่งอาจต้องผ่านสิ่งสกปรกมากมายที่หลีกเลี่ยงได้ยาก ทางที่ดีก็ใส่ใจรายละเอียดในทุกขั้นตอนการปรุงอาหารไว้ก่อนดีที่สุด”



การสร้างนวัตกรรม

วัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกเด็กที่

โดย รศ.ดร.นพ.สุธี ยกส้าน

ในปีนี้กระทรวงสาธารณสุขสานความร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทย ตั้งศูนย์ปฏิบัติการเอาชนะไข้เลือดออก และให้ข่าวผ่านสื่อมวลชนว่า มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเด็กที่เพิ่มมากกว่าปีกลาย (พ.ศ. 2555) ถึง 3 เท่า คาดว่าในปีนี้อาจมีผู้ป่วยรวม 200,000 คน ทางราชการจึงรณรงค์ให้ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย มีการวางแผนจะเคาะประตูทุกบ้านให้ช่วยรวมพลัง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นมาตรการเชิงรับ จำต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ คำถามที่ตามมาคือ เรามีหนทางอื่นหรือไม่ในการรับมือกับไวรัสเด็งกี ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นไวรัสที่ประสบความสำเร็จระดับโลก กล่าวคือ ในปัจจุบันเชื้อไวรัสเด็งกีสามารถแพร่กระจายออกไปได้ครอบคลุมถึง 120 ประเทศทั่วโลก

ผู้สื่อข่าววารสารในวงการแพทย์ได้มีโอกาสพบปะและสัมภาษณ์ รศ.ดร.นพ.สุธี ยกส้าน หัวหน้าศูนย์วิจัยและพัฒนาวัคซีน สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ที่ได้จับงานพัฒนาวัคซีนไข้เลือดออกมานานกว่า 30 ปี ซึ่งบุคคลในวงการแพทย์และสาธารณสุขเองก็คงเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนนี้จาก รศ.ดร.นพ.สุธี มาเป็นระยะ ๆ ข้อมูลที่ update ในครั้งนี้จะเป็นการเล่าเรื่องราวของวัคซีนไข้เลือดออกชนิดต้นแบบที่พัฒนาในประเทศไทย เพื่อนำไปใช้ทั่วโลกว่าควรมีคุณสมบัติอย่างไร ทำแล้วได้นำไปผลิตที่ใดบ้าง รวมทั้งจะต้องคอยอีกนานเท่าใดจึงจะมีวัคซีนใช้

รศ.ดร.นพ.สุธี สำเร็จการศึกษาและได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หลังจากเดินทางไปปฏิบัติงานในฐานะแพทย์ฝึกหัดที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี เป็นเวลา 1 ปี กลับเข้ากรุงเทพฯ ได้รับคำแนะนำจาก ศ.ดร.ณัฐ ภมรประวัติ ให้เข้าศึกษาต่อ M.D./Ph.D. program หลังจากจบแพทย์ได้รับความรู้เพิ่มเติมทางวิทยาศาสตร์ รวมทั้งเติมเต็มเทคนิคทางห้องปฏิบัติการ นำไปใช้เชื่อมโยงและมองเห็นสถานการณ์หรือภาพของโรคต่าง ๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น จากการทำงานที่มีโอกาสไปเพิ่มพูนความรู้ในระดับห้องปฏิบัติการวิจัยในต่างประเทศอีกหลายแห่งทำให้มีความรู้เพียงพอ จุดนี้ถือเป็นจุดหักเหที่สำคัญทำให้มีการพลิกผันชีวิตตนเองจากแพทย์ที่ทำงานด้านการรักษาเป็นหลักมาเป็นแพทย์ที่ทำงานด้านการวิจัยเป็นหลัก และได้นำความรู้พื้นฐานทางการแพทย์ไปค้นหานวัตกรรม จากนั้นจึงนำกลับมาใช้ในการป้องกันโรค ซึ่งถ้าหากย้อนกลับไปทบทวนการตัดสินใจครั้งนั้นในอดีต จะเห็นว่างานวิจัยต้องใช้เวลามากและมีความเสี่ยงสูงซึ่งอาจจะไปไม่ถึงจุดที่คาดหวังไว้

ทำไมต้องเป็นงานวิจัยพัฒนาวัคซีนโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกเด็งกีแพร่เข้ามาสู่ประเทศไทยในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 หลังจากสงครามที่มนุษย์ใช้อาวุธในการฆ่าฟันกันยุติลง ประเทศไทยก็ต้องเผชิญกับไวรัสเด็งกีซึ่งเป็นโรคระบาดใหม่ในขณะนั้น ปัญหาของโรคดำเนินไปในแบบไฟลุมนวน กล่าวคือระยะแรก ๆ มีผู้คนเป็นโรคน้อยในระนาบพันคน แต่มีอัตราเสียชีวิตสูง ต่อมาเกิดการระบาดในเมืองใหญ่ที่มีประชากรหนาแน่น การระบาดแผ่กว้างออกไปเรื่อย ๆ ไปจนทั่วประเทศ รวมทั้งกระจายไปยังประเทศอื่น ๆ ในแถบร้อนของโลก ขณะเดียวกันก็ไม่มีมาตรการใด ๆ สามารถยับยั้งได้ ทำให้ทีมงานวิจัยของ รศ.ดร.นพ.สุธี ต้องกลับมาคิดหามาตรการที่เหมาะสม เช่น การค้นหาวัดขึ้นป้องกันโรคไข้เลือดออกเด็งกีขึ้นมาใช้งาน คาดหวังกันว่ามาตรการที่มี



ภาพประวัติศาสตร์สมัยเริ่มก่อสร้างศูนย์วิจัยและพัฒนาวัคซีน มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา ในปี พ.ศ. 2529



▲ ในปี พ.ศ. 2527 เมื่อทีมงานพัฒนาวัคซีนไข้เลือดออก รุ่นบุกเบิกร่วมกันทดสอบวัคซีนไข้เลือดออกเด็กที่ชนิด 2 ซึ่งถือเป็นวัคซีนไข้เลือดออกชนิดที่ดีที่สุดในโลก การทดสอบดำเนินการ ณ ต.ปงแม่ลอบ อ.แม่ทา จ.ลำพูน



ระหว่างปี พ.ศ. 2527-2538 มีการประชุมติดตามความก้าวหน้าของงานพัฒนาวัคซีนไข้เลือดออกโดยคณะกรรมการขององค์การอนามัยโลก ในภาพ รศ.ดร.นพ.สุธี กำลังตรวจคนไข้เด็กเมื่อปี พ.ศ. 2530

▶ งานตรวจและรักษาคนไข้ในพื้นที่ใกล้เคียงกับสถานทดสอบวัคซีนเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในภาพ รศ.ดร.นพ.สุธี กำลังตรวจคนไข้เด็กเมื่อปี พ.ศ. 2533



คุณภาพในระนาบนี้เท่านั้นที่จะสามารถป้องกันและควบคุมโรคให้อยู่ในวงจำกัดได้

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเชื้อไวรัสและยุง

ไวรัสเด็งกีเป็นไวรัสที่มีขนาดเล็กเป็นก้อนโปรตีน มีเปลือกหุ้ม เจริญและแพร่พันธุ์โดยอาศัยยุงลายบ้านและยุงลายสวนเป็นพาหะนำเชื้อไวรัสมาสู่คน ยุงที่ได้รับเชื้อไวรัสเด็งกีจากผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระยะมีไข่ มีเชื้อไวรัสอยู่ในเชิร์มของตัวยุง ไวรัสที่ปนมากับเลือดจะถูกดูดเข้าสู่ลำไส้ของยุง ไวรัสเด็งกีจะใช้เวลาในการเพิ่มจำนวนในยุงราว 5-7 วัน หลังจากนั้นจะกระจายไปทั้งบริเวณตัวยุงรวมทั้งต่อมน้ำลาย เมื่อยุงตัวนี้ไปกัดคนจะปล่อยสารจากต่อมน้ำลายเข้าไปสู่บริเวณผิวหนังที่ถูกยุงกัด ไวรัสเด็งกีที่อยู่ในบริเวณต่อมน้ำลายจึงถูกถ่ายทอดจากผู้ยุงคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง สำหรับไวรัสเด็งกีที่เลือกจะอยู่ในตัวยุงตัวนั้นและจะยังคงอยู่อย่างถาวรในยุงตลอดอายุขัยของยุงตัวนั้น (ราว 30-45 วัน) โดยเหตุที่ยุงลายเป็นยุงที่ชอบกัดและบินหนีทำให้สามารถดูดเลือดจากคนหลาย ๆ คนในการหากินของมันในแต่ละครั้ง ส่งผลให้จำนวนคนที่ได้รับเชื้อในคราวเดียวกันมักจะมีหลายคนเป็นการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้มากขึ้น

อนึ่ง จากการศึกษาวงจรชีวิตของเชื้อไวรัสเด็งกีในยุงพบว่า ไข่ยุงที่ได้จากยุงลายตัวเมียที่ติดเชื้อไวรัสเด็งกีราว 10-25% จะปล่อยเชื้อไวรัสเข้าไปในไข่ยุง (vertical transmission) หมายความว่า ยุงบางตัวสามารถแพร่เชื้อได้โดยกำเนิดแม้ไม่เคยมีประวัติดูดเลือดผู้ป่วย จากการที่ยุงได้รับเชื้อจากแม่ยุง ทำให้ติดต่อไปได้ว่า ไวรัสเด็งกีจะยังคงอยู่ในโลกใบนี้ได้ยาวนานตลอดไปแม้จะไม่มียุงยุงอาศัยอยู่เลยก็ตาม

ภูมิคุ้มกันต้านไวรัสเด็งกีและความหวังเกี่ยวกับวัคซีน

เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่า หลังจากคนเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสในธรรมชาติหลายชนิดจะไม่กลับมาเป็นโรคนั้นอีก ตามปกติคนได้รับเชื้อไวรัสจะสร้างภูมิคุ้มกัน 2 ระบบ ได้แก่ ชนิดที่ไปทำลายเชื้อได้ (neutralizing antibody) และชนิดที่เกี่ยวกับความทรงจำ (cell mediated immunity)

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ถึง primate รวมทั้งมนุษย์ได้พัฒนาระบบภูมิคุ้มกันทั้ง 2 ชนิดอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เราสามารถสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านไวรัสเด็งกีแต่ละชนิดที่มีอยู่ในธรรมชาติโดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทั้ง 2 ระบบภูมิคุ้มกัน

ข้อมูลนี้มีความสำคัญมาก เพราะเป็นกุญแจไขไปสู่ความสำเร็จของการสร้างวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออก เพราะหากทำการพัฒนาวัคซีนโดยใช้เชื้อไวรัสต้นแบบอ่อนฤทธิ์ที่เหมาะสมจะสามารถปลูกสร้างภูมิคุ้มกันได้ครบทั้ง 2 ระบบ

ความยุ่งยากอยู่ที่การค้นหาเชื้อไวรัสเด็งกีอ่อนฤทธิ์ที่เหมาะสมเพื่อนำไปใช้เป็นวัคซีนไข้เลือดออกชนิดต้นแบบควรมีลักษณะหน้าตาอย่างไร

รศ.ดร.นพ.สุธี เล่าว่า งานพัฒนาวัคซีนไข้เลือดออกเด็กที่ทีมงานวิจัยกำลังดำเนินการเป็นชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (live attenuated dengue vaccine) การเลือกใช้วิธีนี้เพราะทีมงานวิจัยเชื่อว่าการกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์ให้ได้ผลจะต้องอาศัยไวรัสที่สมบูรณ์ทั้งตัว (whole virion) ภูมิคุ้มกันที่มีประสิทธิภาพในการทำลายไวรัสจากธรรมชาติควรมีระยะเวลาทำงานนานกว่า 5-10 ปี ในทางกลับกันหากใช้ไวรัสที่สร้างขึ้นโดยการตัดต่อสายพันธุกรรม ซึ่งต่างจากไวรัสในธรรมชาติมากโดยการสอดแทรกยีนต่างสายพันธุ์เข้าไปมาก โอกาสที่วัคซีนชนิดใหม่ซึ่งเกิดจากการตัดต่อสายพันธุกรรมจะไม่สามารถทำลายเชื้อในธรรมชาติได้แต่ยังมีมากขึ้นเป็นเงาตามตัว ทั้งนี้เพราะระบบภูมิคุ้มกันมีความจำเพาะสูง รวมทั้งไวรัสไข้เลือดออกเด็งกีในธรรมชาติก็มีความหลากหลายสายพันธุ์เช่นเดียวกัน การใช้ไวรัสที่สมบูรณ์ทั้งตัวในการทำเป็นวัคซีนจะมีโอกาสสร้างภูมิคุ้มกันที่ครอบคลุมมากกว่าวัคซีนที่ใช้บางส่วนของไวรัสไข้เลือดออกเด็งกี หลักการของทีมงานวิจัยของ รศ.ดร.นพ.สุธี นี้ไม่ใช่หลักการใหม่ ในอดีตเคยมีตัวอย่างวัคซีนนับสิบชนิดที่เป็นแบบเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ที่ใช้งานได้จริง ได้แก่ หัด หัดเยอรมัน คางทูม โปлио เป็นต้น วัคซีนเหล่านี้มีบทบาทอย่างมากในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

งานพัฒนาและปรับปรุงวัคซีนไข้เลือดออกเด็งกีในระยะเวลา 30 ปี

ทีมงานวิจัยเริ่มงานพัฒนาวัคซีนโดยใช้ห้องปฏิบัติการทดลองจำนวน 3 ห้องที่ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่องานเป็นรูปเป็นร่างมีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เพียงพอ ศ.ดร.ณัฐ ภมรประวัติ ได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกมาทำการประเมินความก้าวหน้าของงานทุก ๆ ปีเป็นประจำ รวม 12 ปี หลังจากนั้นมหาวิทยาลัยมหิดลจึงลงทุนสร้างศูนย์วิจัยและพัฒนาวัคซีนที่มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา ทีมงานวิจัยทำงานพัฒนาวัคซีนอย่างครบวงจรตั้งแต่ระดับต้นตำรา เมื่อได้ไวรัสต้นแบบก็นำไปทดสอบในหลอดทดลองและสัตว์ทดลองที่เรียกกันว่าระดับ preclinic รวมทั้งการทดสอบในลิงทดลองด้วย มีการทดสอบวัคซีนไข้เลือดออกชนิดเดียวเป็นเบื้องต้น เมื่อมีวัคซีนไข้เลือดออกเด็งกีชนิดเชื้อเป็นครบทั้ง 4 ชนิด จึงทำการจัดรวมในเข็มเดียวกันใน พ.ศ.



▲ ภาพในห้องประชุมโรงเรียนที่ อ.บางคล้า จ.ฉะเชิงเทรา ในครั้งที่ ศ.เกียรติคุณ สมโภช พุกกะเวส และ ศ.ดร.นัฐภมรประวัติ เดินทางไปเปิดโครงการทดสอบวัคซีนใช้เลือดออกกรม 4 ชนิดในเด็กเมื่อปี พ.ศ. 2535

ภาพพิธีลงนามในการมอบสิทธิบัตรการผลิตวัคซีนระหว่างบริษัท Pasteur Merieux ประเทศฝรั่งเศส กับมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2536 ▼



ภาพพิธีลงนามในการมอบสิทธิบัตร ▲ การผลิตวัคซีน ระหว่างบริษัท Kaketsuken ประเทศญี่ปุ่น กับมหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2551

2535 ซึ่งถือเป็นการฉีดวัคซีนใช้เลือดออกครบ 4 ชนิดในอาสาสมัครจำนวนหลายร้อยคนในเวลาต่อมา รวมทั้งมีการนำวัคซีนใช้เลือดออกเด็งกีชนิดที่ 2 ของไทยไปฉีดให้แก่อาสาสมัครอเมริกัน ซึ่งได้ผลดีเช่นเดียวกับที่ทดสอบในประเทศไทย

ปัญหาและอุปสรรคของวัคซีนเด็งกี

ในปี พ.ศ. 2536 มหาวิทยาลัยมหิดลได้ลงนามในการพัฒนาการผลิตวัคซีนร่วมกับบริษัท Pasteur Merieux ของประเทศฝรั่งเศส (ปัจจุบันคือ Sanofi Pasteur) บริษัทได้ทุ่มเทการทำงานอย่างเต็มที่ มีการผลิตวัคซีนโดยใช้เซลล์ที่เหมาะสมเป็นฐานในการผลิต เทคโนโลยีนี้เป็นของบริษัท หลังจากการนำวัคซีนที่ผลิตในระดับอุตสาหกรรมไปฉีดให้แก่คน พบว่าวัคซีนมีความปลอดภัยและประสิทธิภาพดีรวม 3 ชนิด ได้แก่ วัคซีนชนิดเด็งกี 1, 2 และ 4 สำหรับวัคซีนชนิดเด็งกี 3 นั้นยังไม่ผ่านการประเมิน บริษัทฯ ได้ประสานงานกับ Centers for Disease Control ประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องนี้อย่างเต็มที่ จากองค์ความรู้ของนักวิทยาศาสตร์ในขณะนั้น เราไม่สามารถแก้ไขอุปสรรคนี้ได้ ทำให้บริษัท Pasteur Merieux หันไปพัฒนาวัคซีนใช้เลือดออกเด็งกีโดยใช้เทคโนโลยีอื่น

เนื่องจากวัคซีนชุดแรกได้ผลดีราว 75% **รศ.ดร.นพ.สุธี** จึงดำเนินการพัฒนาวัคซีนชุดปรับปรุงเพื่อแก้ไขส่วนที่บกพร่องของวัคซีนเด็งกี 3 และหาสูตรวัคซีนรวม 4 ชนิด ที่ดีที่สุด หลังจากทำงานในช่วงปี พ.ศ. 2548-2552 โดยอาศัยทุนวิจัยจากหลายหน่วยงาน อาทิเช่น มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ของประเทศไทย (TCELS) และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ต่อมาทีมงานประสบความสำเร็จในการค้นหาวัดวัคซีนใช้เลือดออกเด็งกีชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ทั้ง 4 ชนิด ซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ว่าวัคซีนเด็งกีต้นแบบทั้ง 4 ชนิดสามารถจัดรวมในเข็มเดียวกันได้และสามารถสร้างภูมิคุ้มกันที่สมดุล ขั้นตอนต่อไปคือการเชื่อมโยงไปสู่การผลิตในระดับอุตสาหกรรมมาตรฐาน GMP ทีมงานวิจัยจึงเสนอแนวทางดำเนินการในระนาบนี้เป็น 2 แนวทาง แนวทางที่ 1 เป็นการพัฒนาการผลิตในประเทศไทยผ่านการบริหารจัดการโดยสถาบันวัคซีนแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับแนวทางที่ 2 เป็นการผลิตในต่างประเทศโดยฝ่ายอุตสาหกรรมที่มีประสบการณ์สูงด้านวัคซีน รวมทั้งการมีประวัติการทำงานเป็นที่ยอมรับในระดับสากล ในระหว่างปี พ.ศ. 2554-2556 มหาวิทยาลัยมหิดลโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการติดตามผลการพัฒนาวัคซีนใช้เลือดออกของฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยได้บรรลุข้อตกลงในการพัฒนาวัคซีนดังกล่าวกับฝ่ายอุตสาหกรรมวัคซีนในต่างประเทศรวม 2 แห่ง คาดว่าคงจะต้องใช้เวลาอีกราว 5-8 ปีต่อจากนี้ไปจึงจะมีวัคซีนใช้เลือดออกเด็งกีรวม 4 ชนิดที่ผ่านกระบวนการทดสอบตามมาตรฐานสากลสำหรับใช้ตามโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เด็กหรือผู้ใหญ่ที่ได้รับวัคซีนดังกล่าวควรได้รับการฉีดวัคซีนจำนวน 2 เข็ม และสามารถป้องกันเชื้อได้ตลอดชีวิต

โดยเหตุที่งานพัฒนาวัคซีนใช้เลือดออกได้ก้าวหน้าไปมากแล้ว มีการเชื่อมโยงไปยังฝ่ายอุตสาหกรรมตามลำดับขั้นตอน ทำให้ **รศ.ดร.นพ.สุธี** สามารถแบ่งเวลาบางส่วนไป

พัฒนาวัคซีนอีกชนิดหนึ่งซึ่งมีความสำคัญคือ วัคซีนใช้สมองอักเสบเจอีที่มียุงรำคาญ Culex เป็นพาหะนำโรค ปัจจุบันองค์การเภสัชกรรมใช้สมองหนูทดลองในการผลิต ในขณะที่ทั่วโลกกำลังหันไปใช้เซลล์เนื้อเยื่อ ทีมงานวิจัยจึงระดมกำลังช่วยกันพัฒนาวัคซีนลูกผสมอ่อนฤทธิ์ โดยตั้งต้นจากไวรัสใช้สมองอักเสบที่คัดเลือกแล้ว จากนั้นจึงเลียนแบบของวัคซีนที่ต้องการสร้างวัคซีนใช้สมองอักเสบชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ที่ทีมงานกำลังพัฒนาประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ได้ผ่านการประเมินในสัตว์ทดลองแล้ว

ท่านผู้อำนวยการวารสารวงการแพทย์หลายท่านคงจำได้ว่าเคยมีโรคระบาดอีกชนิดชื่อไข้ปวดข้อยุงลาย หรือ Chikungunya เกิดทั่วภาคใต้ของประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2551 สืบเนื่องมาจากการระบาดครั้งนั้นทำให้ทีมงานวิจัยของ **รศ.ดร.นพ.สุธี** ให้ความสนใจในการพัฒนาวัคซีนไข้ปวดข้อยุงลาย ถือเป็นวัคซีนที่ทำงานแถมให้แก่งัดคมเก็บไว้ใช้ในยามจำเป็นหากมีการระบาดครั้งใหม่

ทั้งท้าย

จากประสบการณ์การทำงานด้านการสร้างนวัตกรรมวัคซีนมาเป็นเวลานานกว่า 30 ปี เริ่มจากการนำผลงานวิจัยในห้องปฏิบัติการไปต่อยอดจนถึงการหาข้อมูลเพื่อพิสูจน์คุณค่าของผลิตภัณฑ์วิจัยให้นักอุตสาหกรรมพัฒนาการผลิต เชื้อถี้อและลงทุน จำเป็นต้องอาศัยผู้เริ่มต้นคิด หาโจทย์วิจัยที่เหมาะสม มีผู้ร่วมคิดและทีมงานพร้อม ทีมงานวิจัยต้องอาศัยการสนับสนุนด้านเงินทุนเป็นระยะเวลายาวนานนับ 10 ปี รวมทั้งต้องมีความพร้อมในการแก้ปัญหาปฏิกิริยาต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาดังกล่าวทีมงานวิจัยชุดนี้ได้มีโอกาสทำงานร่วมกับคนนับหมื่นคน มีการทำงานในระยะเวลายาวนานโดยยึดในกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ทุกขั้นตอน มีการเรียนรู้ตลอดชีวิต ผลงานที่ออกมามีทั้งความสำเร็จและล้มเหลวสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ถือเป็นความท้าทาย **รศ.ดร.นพ.สุธี** กล่าวทั้งท้ายไว้ว่า ทีมงานนี้ได้รับทั้งดอกไม้และก้อนอิฐ แต่โดยสรุปถือว่าคุ้มค่าที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมและมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งดี ๆ ฝากไว้กับโลกใบนี้



การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัย (diagnose) โรค (disease) ขึ้นอยู่กับการซักประวัติ (จากผู้ป่วยและญาติ) การตรวจร่างกาย ที่ดีอย่างเป็นระบบเป็นหลัก ซึ่ง 2 อย่างนี้จะสามารถวินิจฉัยโรคได้ถึง 50-80% จากนั้นเราจึงตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติมถ้าจำเป็น เพื่อยืนยันการวินิจฉัยหรือการสันนิษฐานของเรา อาจตรวจตั้งแต่ปัสสาวะ อุจจาระ เลือด เอกซเรย์ต่าง ๆ จนถึงการใช้การตรวจด้วยกล้องส่องตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ฯลฯ โดยมีหลักการว่าต้องตรวจเท่าที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเท่านั้น โดยเริ่มจากการตรวจที่ง่ายที่สุดไปหาที่ยากที่สุด จากที่ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายไปหาวิธีการที่อาจมีความเสี่ยง (จากที่ไม่เจ็บตัวไปที่เจ็บตัว) และจากที่มีราคาถูกที่สุดไปหาวิธีการแพงที่สุด ต้องมีความรู้ ความชำนาญที่จะตรวจเท่าที่จำเป็นเท่านั้น อย่าตรวจไปหมดเหมือนยิงปืนกลกราดไปทั่ว ต้องยิงทีละนัดอย่างหวังผล และเมื่อเห็นลูกกระต๊อเข้าศึก!

การซักประวัติมีความสำคัญมาก อาจมากที่สุดด้วยซ้ำสำหรับโรคส่วนใหญ่ จะสามารถบอกเราทันทีได้ว่าเป็นโรคอะไร หรือระบบโรคอะไร เช่น อาจบอกได้ว่าน่าจะเป็นโรคหัวใจ ปอด ไต เส้นประสาท ระบบทางเดินอาหาร ฯลฯ บางโรคเราแทบจะฟังการซักประวัติอย่างเดียวโดยไม่ต้องฟังการตรวจร่างกายหรือการตรวจเพิ่มเติมอย่างอื่นเลย เช่น ในโรคกรดไหลย้อน (Gastroesophageal Reflux Disease, GERD) และโรคลำไส้แปรปรวน (Irritable Bowel Syndrome, IBS) แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำจากการซักประวัติเท่านั้น

(ถ้ามีประวัติชัดเจน) โดยไม่ต้องฟังการตรวจร่างกายหรือการตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ เลย (แต่ก็ต้องตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อมีโรคอื่นร่วมอยู่ด้วย) และสามารถให้การรักษาได้ทันทีเลย แต่ถ้าประวัติไม่ชัดเจนหรือถ้าสงสัยเป็นโรคอื่นก็ต้องตรวจเพิ่มเติมตามความเหมาะสม



การซักประวัติจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เป็นศิลปะ หรือเป็น art แพทย์จะต้องอ่านมาก มีประสบการณ์มาก จะได้ว่าโรคต่าง ๆ มีอาการอย่างไร มีอาการอะไรที่สำคัญที่สุดของแต่ละโรค อาการอะไรที่มีความหมาย อาการ (หรือ symptom) คือ สิ่งที่มีผู้ป่วยเล่า เช่น อาการปวดหัว ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก เจ็บหน้าอก ฯลฯ ส่วนอาการแสดง (หรือ sign) คือสิ่งที่แพทย์ตรวจพบ แต่บางทีอาการก็เป็นทั้งอาการและอาการแสดง เช่น เหลืองหรือดีซ่าน กล่าวคือผู้ป่วยบอกว่า

สังเกตว่าตัวเองเหลือง (ดีซ่าน หรือ jaundice) และแพทย์ก็ตรวจพบว่าผู้ป่วยตัวเหลือง ตัวเหลืองจึงเป็นทั้งอาการและอาการแสดง หรืออาการไข้ หรืออาการท้องโต ฯลฯ

การซักประวัติที่ดีควรให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังอย่างละเอียด ปล่อยให้ผู้ป่วยพูดเอง อย่าเอาสิ่งที่เราต้องการหรือคิดว่าเป็นไปใส่ให้ผู้ป่วยตอบ ฟังผู้ป่วยให้มาก ๆ ครูแพทย์มักพูดเสมอว่า “listen to the patients” หรือให้ฟังผู้ป่วย เราจะต้องฟังจนจบแล้วจึงถามเพิ่มเติมในสิ่งสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยไม่ได้พูด ถ้าผู้ป่วยพูดนานไป หรือวอกวน แพทย์ต้องมีความสามารถในการตะล่อมให้ผู้ป่วยกลับเข้าเรื่อง

แต่เป็นที่น่าเสียดายที่แพทย์ปัจจุบันนี้ (และผู้ป่วยบางราย) ไม่ค่อยให้ความสำคัญ สนใจ ต่อการซักประวัติ จะรีบ ๆ ซัก ซักอย่างรวดเร็ว แล้วไปตรวจร่างกาย (อย่างรวดเร็วจนเกินไป) แต่หวังฟังการตรวจเพิ่มเติมโดยเฉพาะเอกซเรย์ที่มีราคาแพงโดยอาจไม่จำเป็น เช่น computer scan, MRI มากกว่า การตรวจ CT หรืออื่น ๆ เป็นเพียงวิธีการหาข้อมูลเพิ่มเติมเท่านั้น บางครั้งบางวิธีการตรวจเพิ่มเติมไม่สามารถช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยโรคได้ จะต้องขึ้นอยู่กับที่การตัดสินใจของแพทย์ด้วยเหตุและผลเมื่อได้ข้อมูลต่าง ๆ ครบถ้วน

ผมอยากให้แพทย์ทุกคนพยายามใช้เวลาตรวจผู้ป่วยรายใหม่ 30 นาทีต่อคน แต่ในภาครัฐคงเป็นไปได้ยาก แต่ภาคเอกชนเป็นไปได้ ผมแนะนำลูกศิษย์เสมอว่าในการตรวจที่คลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชนควรใช้เวลา 30 นาทีต่อผู้ป่วย 1 คน และคิดค่าแพทย์ในระดับสูงของแพดานค่าตรวจเลย (เช่น ถ้าแพทย์มีสิทธิได้ค่าตรวจผู้ป่วยรายใหม่ 300-800 บาท ให้คิด 800 ไปเลย) เมื่อแพทย์พูดถึงโรคที่ผู้ป่วยอาจเป็นเสร็จแล้ว อาจให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ทั่ว ๆ ไป การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย นุหรี่ แอลกอฮอล์ ยาเสพติด เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โรคอ้วน ฯลฯ ซึ่งถ้าเป็นวิธีนี้ผมคิดว่าผู้ป่วยไม่น่าจะว่า แพทย์จะต้องมีความสามารถในการสื่อสาร พูดภาษาชาวบ้านอย่างง่าย ๆ พูดเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย และต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี





ในห้องฉุกเฉินมักคลาคล่ำไปด้วยผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บจำนวนมาก ตลอดจนญาติที่ติดตามมาดูแลกันอย่างมากมาย หลายครั้งที่จำนวนญาตินั้นมากกว่าจำนวนคนไข้เสียอีก

ท่ามกลางความแออัดนั้น มีญาติของผู้ป่วยรายหนึ่งได้ฝ่าวนเวียนมาซักถามอาการเจ็บป่วยกับฉันอยู่เสมอ ๆ



คุณยายรายนี้เล่าว่า มาเฝ้าลูกสาวซึ่งนอนป่วยในห้องฉุกเฉินด้วยอาการไข้สูง รออยู่นานเกือบ 2 ชั่วโมงจึงได้พบแพทย์ เมื่อแพทย์ฉุกเฉินทำการตรวจเบื้องต้นแล้วก็สั่งการเจาะเลือดตรวจ จากนั้นจึงให้ผู้ปวยนอนรออยู่ในห้องฉุกเฉินต่อไปโดยไม่ได้ออก

กล่าวรายละเอียดอะไรให้ทราบมากนัก บอกแต่เพียงสั้น ๆ ว่าให้รอก่อน ซึ่งสร้างความกังขาให้แก่คุณยายเป็นอย่างมาก

เนื่องจากคุณยายเห็นว่ารอมามากแล้วก็ยังไม่มีความจำเป็นอะไร จึงเฝ้าวนเวียนมาถามฉันด้วยความสงสัย

คุณยายเดินมาหาฉันซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในห้องฉุกเฉินในช่วงเวลานั้น

“คุณหมอคะ ลูกสาวที่ชื่อปัทมาที่มาด้วยไข้สูงนอนรออะไรอยู่คะ” ยายเริ่มกะลุ่มกะเหลี่ยถามอย่างกลัว ๆ กลัว ๆ

ฉันหันไปก็พบว่า เป็นหญิงชราที่เดินกระเຍ่งกระเเย่งอย่างทรงตัวไม่ค่อยดีนัก จนฉันอดไม่ได้ที่จะต้องเอื้อมมือไปจับตัวคุณยายเอาไว้ด้วยเกรงว่าจะเดินหกล้มไป

“เอ๊ะ ปัทมาคนไหนคะ หมอไม่ได้ตรวจนี่คะ ลองไปหาหมอที่ตรวจดูดีไหมคะ”

“อ้อ ยายเดินไม่ค่อยคล่องนะคะ แล้วไม่รู้คุณหมอที่ตรวจหายไปที่ไหนแล้ว”

“อ้อ ไม่เป็นไรค่ะ เดี่ยวหมอฉันแฟ้มแล้วบอกคุณยายให้คะ” ฉันตอบพร้อมกับยิ้มให้

หลังจากนั้นไม่นาน ฉันก็ค้นแฟ้มของคุณปัทมาพบ เธอเป็นหญิงอายุ 30 ปี มาด้วยอาการไข้สูง จากการชักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้นนั้น แพทย์เจ้าของไข้คิดถึงภาวะกรวยไตอักเสบ ซึ่งแพทย์ผู้ตรวจกำลังรอผลตรวจเลือดและปัสสาวะอยู่เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค

หลังจากฉันแจ้งให้คุณยายทราบโดยละเอียดแล้ว คุณยายก็ยิ้มอย่างโล่งใจพร้อมกับพูดว่า

“ขอบคุณคุณหมอมากนะคะ ยายเองก็เดินไม่ค่อยคล่อง แต่พอรอนาน ๆ ก็อยากรู้ว่ารออะไรเพื่อว่าถ้ารอนานมาก ยายจะได้มีเวลาเดินไปซื้อข้าวมาให้ลูกกินนะคะ”

“อ้อ กว่าผลตรวจจะออกก็เป็นชั่วโมง คุณยายไปซื้อข้าวได้เลยค่ะเพราะมีร้าน 7-Eleven อยู่ใกล้ ๆ นี่เอง แล้วคุณยายอย่าลืมกินข้าวด้วยนะคะ นี่คงเดินทางมาไกลแล้วยังมารอนานอีก เดี่ยวคุณเฝ้าจะเป็นลมเสียก่อนนะคะ”

คุณยายยิ้มกว้างพร้อมกับพูดว่า “ขอบคุณค่ะ คุณหมอใจดีจัง”

หลังจากนั้นฉันก็เห็นคุณยายรายนี้เดินออกไปจากห้องฉุกเฉินในเวลาไม่นานนักก็กลับเข้ามาอีกครั้งพร้อมกับมีถุงขนมและอาหารมา

เติมไม่เต็มมือ เพื่อเอามาให้ลูกสาวที่นอนป่วยอยู่

เวลายังคงผ่านไปเรื่อย ๆ ในขณะที่ยังกำลังทำงานเพลินอยู่นั้น ก็มีมือมาสะกิดข้างลำตัวจนฉันสะดุ้ง พอหันกลับไปก็พบคุณยายรายเดิมยืนยิ้ม

แจ่มอยู่

ฉันยิ้มตอบพร้อมกับถามว่า “อ้าว... คุณยายมีอะไรหรือคะ”



“เอ้อ...” ยายเริ่มพูดอ้าอิง “คือยายเกรงใจคุณหมอนะคะ เห็นว่างานก็ยุ่งอยู่ วันนี้ผู้ป่วยมาเยอะเลย”

“อ้อ ไม่เป็นไรค่ะ คุณยายมีอะไรให้ช่วยค่ะ”

“อ้อ ยายรอตั้งนานแล้วก็ไม่เห็นผลเลือดออกเสียที ไม่ทราบว่าจะให้ยายทำอะไรต่อดีค่ะ เกรงใจคุณหมอนะคะ แต่ยายก็ไม่ว่าจะไปพึ่งใคร”

“โดยทั่วไปแล้วต้องรอผลตรวจเลือดนานเกือบชั่วโมงนะคะ อาจต้องรอนานหน่อย เพราะวันนี้ผู้ป่วยเยอะ” จนนธิบายให้ฟังซ้ำ ๆ อย่างใจเย็น

“เอ้อ...” ยายพูดต่อด้วยเสียงเบา ๆ อย่างเกรงใจ “แต่เนี่ย... ยายรอเกือบ 3 ชั่วโมงแล้วค่ะก็ยังไม่มีใครมาบอกอะไรเลยคะ”

“เอ... ยายถามคุณหมอที่ตรวจดีไหมคะ”

ยายก้มหน้าสลดลงพร้อมกับบอกว่า “เอ้อ... ยายมองหาคุณหมอที่ตรวจไม่เจอนะคะ แล้วก็ไม่อยากเดินไปเดินมา เดี่ยวล้มไปจะเป็นเรื่องเป็นราวนะคะ ยายจึงได้แต่นั่งรอ”

“เอ ไม่เป็นไรค่ะ เดี่ยวหมอค้นแพ้มดูให้คะ” จนนยิ้มให้อย่างเต็มใจช่วยและให้กำลังใจแก่ยายไปพร้อมกัน

หลังจากตรวจรายละเอียดจากแฟ้มเวชระเบียนก็พบว่าผลตรวจเลือดและปัสสาวะออกมาแล้วซึ่งเข้าได้กับโรคกรวยไตอักเสบ

จนนจึงได้แจ้งผลให้ยายทราบ พร้อมกับตามหาแพทย์ผู้ตรวจเพื่อมาสั่งการรักษาให้แก่ลูกของยายต่อไป

ก่อนออกจากห้องฉุกเฉิน คุณยายเข้ามาทักทายและขอบคุณที่จนนให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี

จนนยิ้มรับพร้อมกับเอ่ยถามถึงเรื่องที่สงสัยและยังค้างคาใจของจนนอยู่ว่า

“เอ... คุณยายคะ หมอขอถามหน่อยค่ะ ทำไมคุณยายจึงเฝ้าแต่เดินมาตามหมอคะ ทั้งที่ในห้องฉุกเฉินก็มีหมอทำงานกันอยู่หลายคน รวมทั้งยังมีพยาบาลเยอะแยะเดินขวักไขว่กันไปมา หรือแม้กระทั่งหมอเจ้าของไข้รายนี้เองก็เดินไปมาอยู่แถวนี้ไม่ได้ไปไหนไกลเลยคะ”

ยายยิ้มพร้อมกับตอบว่า “ตอนคุณหมอคนแรกมาตรวจ แก่ไม่ยิ้มและไม่พูดอะไรมาเลย จนทำให้ยายกลัวว่าไปถามแก่มาก ๆ จะทำให้แกรำคาญ แต่พอยายเห็นคุณหมอดูเป็นคนใจดี ก็เลยอยากถามนะคะ”



จนนยังคงถามด้วยความสงสัยต่อว่า “แต่ในห้องฉุกเฉินนี้ก็มีหมอเดินขวักไขว่อยู่หลายคน ทำไมยายจึงมาหาแต่หมอคนเดียวคะ”

“คุณหมอทุกคนดูยุ่งเหยิง หลายครั้งก็เห็นคุณไข้เป็นระยะ ๆ ทำให้ยายกลัวค่ะ แต่คุณหมอนี้ ยายเฝ้าดูตั้งนานก็เห็นยิ้มแย้มตลอด แม้แต่ตรวจคนไข้เยอะก็ไม่เห็นดูใครสักคน แต่ยังคงยิ้มแย้มพูดคุยทั้งกับคนไข้และพยาบาล จึงเดาว่าน่าจะเป็นใจดีจนทำให้ยายกล้าถามคะ”

“อ้อ หมอเข้าใจแล้วค่ะ ขอบคุณนะคะ”

“เอ ยายถามคุณหมออีกข้อได้ไหมคะ”

“อ้อ ได้เลยคะ”

คุณยายถามด้วยความสงสัยว่า “ทำไมลูกของยายต้องรอตรวจนานขนาดนี้คะกว่าจะได้พบหมอนะคะ”

“เพราะในห้องฉุกเฉินมีระบบคัดกรองที่จะให้หมอดูแลผู้ป่วยที่ถูกฉุกเฉินก่อนนะคะ ลูกของคุณยายไม่ได้ป่วยหนักฉุกเฉินจึงต้องรอนานหน่อย”

“เอ... แต่เขามีไข้สูงนะคะ” คุณยายถามต่ออย่างไม่ค่อยเข้าใจมากนัก

จนนยิ้มก่อนตอบเพิ่มเติมว่า “ในห้องฉุกเฉินจะมีระบบคัดกรองเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนคนที่ไม่เร่งด่วนค่ะ กรณีเร่งด่วนฉุกเฉินก็ เช่น หายใจหอบหรือหอบเหนื่อย เป็นต้น ซึ่งถ้าผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการรักษาช้าเกินไปก็อาจทำให้เสียชีวิตได้ แต่กรณีลูกของยายมีไข้สูง แต่อาการอย่างอื่นยังค่อนข้างดี จึงต้องรอให้หมอทำการตรวจรักษาตามที่เร่งด่วนเสียก่อนคะ ช่วงนี้จึงต้องรอนานเพราะมีคนไข้เร่งด่วนมาเยอะคะ”

“อ้อ ยายเข้าใจแล้วค่ะ ขอขอบคุณคุณหมอนะคะ”

หลายครั้งที่การพูดจาสื่อสารให้รายละเอียดแก่ผู้ป่วยและญาติก็ทำให้เขาคลายความข้องใจ ตลอดจนลดความวิตกกังวลไปได้ส่วนหนึ่ง

อย่างไรก็ดี วิชาภาษาที่สื่อถึงความใจดี เช่น ท่าท่ายิ้มแย้มก็ทำให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ได้จนทำให้สามารถสื่อสารระหว่างกันได้ อย่างเข้าใจกันทั้งสองฝ่ายเป็นอย่างดี

คนดีมักเป็นคนที่ทำอะไรก็ต้องถูกต้องและตรงไปตรงมา ซึ่งอาจทำให้คนไม่อยากจะเข้าใกล้เพราะเกรงกลัวว่าจะถูกดูหมิ่นหรือทำผิดพลาดไป

ส่วนคนใจดีมักเป็นคนที่ทำสิ่งที่ถูกต้องและพูดจาดีด้วยจนทำให้ผู้คนอยากเข้าใกล้ เพราะมั่นใจว่าแม้ผิดพลาดไปบ้าง คนใจดีก็จะพูดจาดีด้วยโดยไม่ตำหนิว่ากล่าวแบบที่คนดีมักทำ

นี่เป็นความแตกต่างระหว่างคนใจดีและคนดี

ในห้องฉุกเฉินที่วุ่นวายจนอาจก่อความเครียดให้เกิดขึ้นทั่วทุกหย่อมหญ้า ในการพูดจากับผู้ป่วยนอกจากเราจะพูดคุยด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย อธิบายเนื้อหาได้ถูกต้องแล้ว ยังควรยิ้มแย้มแจ่มใสหรือมีท่าทีอ่อนโยนจนทำให้ผู้ป่วยกล้าซักถามจนเข้าใจในตัวโรคและการดูแลตนเองได้อย่างเข้าใจถ่องแท้

อันเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยลดข้อร้องเรียนซึ่งเกิดจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันได้



การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

(ตอนที่ 2)

ตระกูล ส. มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงบทบาทและการดำเนินการในระบบสาธารณสุข

ก่อนที่จะกล่าวถึงรายละเอียดของแผนการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขตามที่ได้มีข้อเสนอของ สวรส. ผ่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะเห็นได้ว่าผู้ที่ได้รับมอบหมายให้วิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดแผนการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขคือสำนักวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นองค์กร “แม่” ของกลุ่มตระกูล ส. เป็นสถาบันที่มีความสำคัญในการทำกรวิจัยหรือทำงานวิจัยให้มาเป็นเหตุผลในการเสนอการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในระบบสาธารณสุข และการจัดตั้งองค์กรตระกูล ส. อีกหลายองค์กร

จึงควรจะต้องกล่าวถึง “องค์กรตระกูล ส.” ก่อน เพื่อให้ผู้อ่านจะได้เข้าใจว่าองค์กรตระกูล ส. คืออะไร และมีอำนาจหน้าที่อะไรบ้าง มีคนกลุ่มใดมีความเกี่ยวข้องกับองค์กรเหล่านี้ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างในระบบสาธารณสุขไทย

ตระกูล ส. คือองค์กรอะไร มีอำนาจหน้าที่หรือบทบาทเกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขอย่างไรบ้าง

องค์กรตระกูล ส. คือองค์กรที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข โดยการผลักดันของสมาชิกชมรมแพทย์ชนบท และที่ปรึกษาหลักคือ นพ.ประเวศ วะสี ในการจัดตั้งองค์กรก็จะต้องมีการเสนอกฎหมาย โดยการ “เข้าหา” ผู้มีอำนาจในการบริหารบ้านเมืองในขณะนั้น เรียงลำดับตามการประกาศใช้ พ.ร.บ. เฉพาะเหล่านี้ ได้แก่

1. พ.ร.บ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535
2. พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544
3. พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
4. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

จะเห็นได้ว่า พ.ร.บ. ฉบับแรกเกิดขึ้นในสมัยรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี (ที่ไม่ได้มาตามระบอบประชาธิปไตย) ได้แก่ พ.ร.บ.สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ

มีหัวหน้าสำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นผู้อำนวยการ สวรส.

ส่วน พ.ร.บ. ฉบับที่ 2 เริ่มดำเนินการพิจารณาผ่านสภาฯ ในยุครัฐบาลของนายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี แต่มาประกาศใช้ในยุคที่ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี คือ พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ มีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นสำนักงานบริหาร โดยมีผู้อำนวยการ สสส. เป็นหัวหน้าสำนักงาน

พ.ร.บ. ฉบับที่ 3 เกิดขึ้นในยุค พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรีที่เห็นด้วยกับแนวคิดที่จะให้ประชาชนได้รับการประกันสุขภาพ ซึ่งนับว่าเป็นที่ถูกใจของประชาชนทั่วประเทศคือ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือที่เรียกว่า “30 บาทรักษาทุกโรค” นับว่าเป็นนโยบายประชานิยมที่ทำให้ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ได้รับเลือกตั้งกลับมาเป็นนายกรัฐมนตรีเป็นสมัยที่ 2

โดย พ.ร.บ. นี้กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการ โดยหัวหน้า สปสช. คือเลขาธิการ สปสช. ประธานกรรมการบอร์ดคือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

พ.ร.บ. ฉบับที่ 4 เกิดขึ้นในยุคปฎิวัติในยุค คมช. (คณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติ) คือ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้บริหารงาน มีหัวหน้าสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) คือ เลขาธิการ สช. มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ

เนื่องจากสำนักงานตาม พ.ร.บ. เหล่านี้มีชื่อย่อขึ้นต้นด้วยคำว่า “ส.” และมีลักษณะการก่อตั้งและการบริหารงานในรูปแบบเดียวกัน เพราะเขียน พ.ร.บ. เลียนแบบ

กันมา จึงเรียกว่าองค์กรตระกูล ส. มี พ.ร.บ. รองรับ เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. เฉพาะ ไม่ใช่หน่วยงานราชการ มีการสรรหาคณะกรรมการและหัวหน้าสำนักงาน ไม่อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของประธานกรรมการ แต่ทำงานตามมติของคณะกรรมการ

ฉะนั้นกลุ่มที่สามารถ “คุมเสียง” ของกรรมการเป็นเสียงส่วนใหญ่ก็จะสามารถเป็นผู้กำหนดทิศทางและกำหนดผลงานได้เอง ฝ่ายข้าราชการประจำหรือข้าราชการการเมืองไม่มีอำนาจสั่งการ ถึงแม้จะเป็นประธานกรรมการก็มีเพียง 1 เสียง เท่ากับกรรมการคนอื่น ๆ

จึงเห็นได้ว่า กลุ่มสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทที่มีส่วนร่วม พ.ร.บ. เหล่านี้จะกำหนดหลักเกณฑ์ไว้ในบทเฉพาะกาล ให้กลุ่มพวกของตนเข้ามาเป็นกรรมการชุดแรก เพื่อกำหนดระเบียบปฏิบัติของสำนักงานได้เอง กำหนดตัวหัวหน้าสำนักงาน และการสรรหากรรมการได้เอง ถึงแม้จะมีการกำหนดให้มีกรรมการโดยตำแหน่งจากข้าราชการประจำ หรือข้าราชการการเมือง เช่น นายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรี แต่กรรมการโดยตำแหน่งเหล่านี้อาจจะส่งผู้แทนมาประชุมไม่ซ้ำหน้า และอาจไม่ได้สนใจในระเบียบวาระการประชุม

ทำให้สมาชิกชมรมแพทย์ชนบทและพวกพ้องสามารถ “กุมบังเหียน” สำนักงานเหล่านี้ได้มาเกือบตลอดเวลาของอายุขัยของสำนักงานเหล่านี้

ถึงแม้จะมีการสรรหากรรมการตามวาระ แต่กลุ่มสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทและผู้ใกล้ชิดก็จะสามารถเข้ามาเป็นกรรมการจนมีเสียงข้างมากได้เสมอ รวมทั้งมาเป็นเลขาธิการและผู้อำนวยการสำนักงานได้เต็มทีอย่างน้อย 2 วาระ (8 ปี) ตามข้อกำหนดใน พ.ร.บ. นั้น ๆ ทุกคน และเมื่อครบวาระจากกรรมการในสำนักงานหนึ่งก็ย้ายไปเป็นกรรมการในอีกสำนักงานหนึ่ง หรือบางคนก็เป็นกรรมการในหลาย ๆ สำนักงานพร้อมกัน

ทั้ง 4 หน่วยงานที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติดังกล่าวนี้ โดย สวรร. เป็นองค์กรแม่ที่ นพ.ประเวศ วะสี เคยกล่าวไว้ว่า “สวรร. ออกลูกได้” เนื่องจาก สวรร. ได้จัดตั้งองค์กรลูกอีกมากมายที่ตั้งขึ้นในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นองค์กรหลาย ๆ องค์กรที่เรียกว่า “เครือข่ายสถาบันของ สวรร.” ซึ่งผู้สนใจสามารถค้นหาข้อมูลได้ว่ามี “เครือข่ายสถาบัน” ไต่บ้างจาก <http://hsri.or.th>

ทั้งนี้องค์กรเหล่านี้ตั้งขึ้นโดยการประสานงานจาก นพ.ประเวศ วะสี ผู้นำหรือที่ปรึกษาคนสำคัญที่สุดของชมรม

แพทย์ชนบท^(6,7,8) ไปถึงรัฐบาลในยุคต่าง ๆ กันที่กำลังมีอำนาจบริหารประเทศในแต่ละยุคแต่ละสมัย เพื่อตราพระราชบัญญัติต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว เพื่อดำเนินการตาม พ.ร.บ. นั้น ๆ

โดยองค์กรต่าง ๆ นั้นอาศัยหลักเกณฑ์คล้ายคลึงกันในการบริหารองค์กรตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติที่พวกเขาเขียนไว้เอง ให้มีหลักการคล้ายกันคือ มีเงินงบประมาณดำเนินการจากเงินงบประมาณแผ่นดิน มีคณะกรรมการเป็นผู้ดำเนินการ มีเลขาธิการหรือผู้อำนวยการเป็นผู้รับผิดชอบบริหารงาน และมีระเบียบการบริหารงานและงบประมาณโดยอิสระที่คณะกรรมการเป็นผู้กำหนด

และที่สำคัญก็คือ บุคคลที่เป็นผู้ก่อตั้งกลุ่มตระกูล ส. จะเข้ามาเป็นกรรมการบอร์ด เป็นเลขาธิการหรือผู้อำนวยการ มีกลุ่มองค์กรเอกชน (NGO) ซึ่งเป็นองค์กรจัดตั้งของกลุ่มตระกูล ส. เอง เรียกว่าเป็นแนวร่วมของกลุ่มตระกูล ส. ร่วมเป็นกรรมการ และคนเหล่านี้ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนมาเป็นกรรมการในองค์กรเหล่านี้ซ้ำกันไปมา เพื่อให้สามารถควบคุมการบริหารให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของพวกตน โดยไม่ฟังเสียงคนกลุ่มอื่นที่ทำงานในภาคการสาธารณสุขด้วยกัน

การยึดอำนาจในการบริหารระบบสาธารณสุข

การยึดกุมอำนาจในองค์กรตระกูล ส. ดังกล่าวของสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทและสหาย (ที่เรียกว่าเป็นกัลยาณมิตร) ทำให้องค์กรตระกูล ส. สามารถกำหนดทิศทาง แนวนโยบาย กำหนดรายการยา รายการรักษาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ในระบบหลักประกันสุขภาพ กำหนดการจ่ายเงินให้แก่ “หน่วยบริการ” (ซึ่งมากกว่า 90% ของหน่วยบริการก็คือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ รวมทั้งรวบอำนาจในการ “ซื้อยา” เพื่อมาแจกจ่ายให้ “หน่วยบริการ” ทั้ง ๆ ที่ พ.ร.บ. นี้ไม่ได้กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของ สปสช. รวมทั้งการได้รับผลประโยชน์ตอบแทนการซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรม เอามาใช้เป็นสวัสดิการเจ้าหน้าที่ของหน่วยงาน ทั้ง ๆ ที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินชี้ว่าผิดกฎหมาย รวมทั้งความผิดในประเด็นอื่น ๆ เกี่ยวกับการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการบริหารสำนักงานรวมเป็น 7 ประเด็นของเลขาธิการ สปสช. แต่ก็ไม่มีการพิจารณาโทษ แต่ยังคงได้รับความไว้วางใจจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้มาดำรงตำแหน่งเลขาธิการเป็นสมัยที่ 2

(อ่านต่อฉบับหน้า) >>>

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 ศศ.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, Bangkok 10240

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology



สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย
การอบรมวิชาการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ครั้งที่ 3

“Rheumatology for Nurse Practitioners and Allied Health Professionals”

วันที่ 10-11 ตุลาคม 2556

ณ ห้องพญาไท อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 10 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วันพฤหัสบดีที่ 10 ตุลาคม 2556

CNNE
8 Credits

08.15-08.30 น.	พิธีเปิด โดยนายกสมาคมฯ	
08.30-09.15 น.	การประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อและข้ออักเสบ	พญ.นันทนา กิตตานนท์
09.15-10.00 น.	โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ : โรคข้ออักเสบเรื้อรังหลายข้อที่พบบ่อยที่สุด	นพ.กิตติ ไตเต็มโชคชัยการ คุณนิชาภา เดชาปภาพิทักษ์*
10.00-10.15 น.	อาหารว่าง	
10.15-11.00 น.	โรคเกาต์ : โรคข้ออักเสบที่สามารถรักษาให้หายขาดได้	พญ.ไพจิตร อัครอนันต์ คุณวราพร สุจิตาวุธ*
11.00-11.45 น.	การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคข้อ	นพ.อนรรฆ ชี้อสุวรรณ
11.45-13.15 น.	อาหารกลางวัน	
13.15-14.00 น.	โรคข้อเสื่อม : โรคข้อที่ผู้สูงวัยไม่อาจหนีพ้น...จริงหรือ ?	นพ.สุรศักดิ์ นิลกานวงศ์
14.00-14.45 น.	ยารักษาโรคข้อ : ใช้อย่างไรให้เกิดประโยชน์ ประสิทธิภาพสูง และปลอดภัย	นพ.สูงชัย อังธารารักษ์ คุณพัชรินทร์ ชีวสารณ์*
14.45-15.00 น.	อาหารว่าง	
15.00-15.45 น.	โรคกระดูกพรุน : ภัยเงียบที่สามารถรักษาและป้องกันได้	นพ.โชคชัย กิตติญาณปัญญา พ.ท.หญิง ฤดีวรรณ บุญโพธิ์ทอง*

วันศุกร์ที่ 11 ตุลาคม 2556

08.30-09.15 น.	อาการปวดหลัง : แค่อาการนำรำคาญหรือสัญญาณเตือนภัยจากโรคอันตราย ?	พญ.ปวีณา เชี่ยวชาญวิศวกิจ คุณกมลเนตร เจริญหงษ์ทอง*
09.15-10.00 น.	จิตบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคข้อ	พระมหาบุญช่วย ปญญาวิโร พญ.ทัศนีย์ กิตอำนวยพงษ์
10.00-10.15 น.	อาหารว่าง	
10.15-11.00 น.	โรคเอส แอล อี : โรคที่มนุษย์แพ้ภูมิตนเอง	พญ.รัตนวดี ณ นคร คุณอรทัย วันทา*
11.00-11.45 น.	อาหารกับโรคข้อ : กินอย่างไรให้ปลอดภัย ห่างไกลจากโรคข้อ	พญ.อรรชนี มหรรฆานุเคราะห์
11.45-13.15 น.	อาหารกลางวัน	
13.15-15.30 น.	การประชุมกลุ่มย่อย เพื่อถามตอบและสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างแพทย์และผู้ร่วมฝึกอบรม	
15.30 น.	แจกประกาศนียบัตร	

*พยาบาลวิชาชีพ

เชิญชวนแพทย์ผู้สนใจ แพทย์ประจำบ้าน นักศึกษาแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์

ติดต่อสอบถามได้ที่ สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย

ชั้น 9 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 0-2716-6524, 08-1658-1524 โทรสาร 0-2716-6525 website: www.thairheumatology.org e-mail: toojaisai@yahoo.co.uk

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย



โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immunodeficiency)

■ (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

แนวทางการประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาการติดเชื้อบ่อย ๆ⁽¹⁻²⁾
ประวัติ

1. ประวัติปัจจัยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

เด็กที่ติดเชื้อบ่อย ๆ อาจมีภูมิคุ้มกันปกติ แต่มีปัจจัยอื่น ๆ ทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำ ๆ ประวัติในส่วนนี้มีความสำคัญมากในการที่แพทย์ผู้ดูแลจะตัดสินใจว่าสาเหตุการติดเชื้อนั้นเกิดจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันผิดปกติหรือเกิดจากปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อบ่อยหรือมีอาการอยู่ยาวนานผิดปกติ ได้แก่ โรคภูมิแพ้ (atopy, allergic diseases) การสัมผัสกับเชื้อบ่อย เช่น อยู่ในสิ่งแวดล้อมแออัด หรือในสถานเลี้ยงเด็ก, บุคคลในครอบครัวทำงานในสถานเลี้ยงเด็กหรือโรงพยาบาล, บุคคลในครอบครัวมี colonization ด้วยเชื้อโรคบางชนิด เช่น staphylococcus, การสัมผัสกับควินนุหรือสารระคายเคืองทางเดินหายใจอยู่เสมอ เช่น กลิ่น, ควินนุจากโรงงานอุตสาหกรรม, ภาวะ gastroesophageal reflux ความผิดปกติทางกายวิภาคบางอย่าง เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ ทำให้มีการสำลักบ่อย ๆ, การติดเชื้อที่ดื้อยา เป็นต้น

2. ความถี่ของการติดเชื้อ

การติดเชื้อที่ไม่รุนแรง เช่น โรคหวัด มีความหมายต่อการตัดสินใจตรวจทางภูมิคุ้มกันน้อยกว่าโรคที่รุนแรง โดยทั่วไป 1 ปี ถ้ามีหูอักเสบมากกว่า 8 ครั้ง หรือมีไซนัสอักเสบรุนแรง ปอดบวม หรือ deep-seated infection มากกว่า 2 ครั้ง ควรนึกถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

3. อายุที่เกิดการติดเชื้อบ่อย

ผู้ป่วยที่มี T-cell defect มักมีอาการตั้งแต่อายุน้อย ๆ ผู้ป่วย severe combined immunodeficiency (SCID) มักมีอาการตั้งแต่ 2-3 เดือน และถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องมักเสียชีวิตใน 1-2 ปี ส่วนผู้ป่วย combined immune defects (คือมีการเสียหายทั้ง T และ B-cell) บางโรคมักมีอาการเมื่ออายุมากกว่านั้น เช่น กลุ่ม common variable immunodeficiency ซึ่งจะมีระดับ immunoglobulin ต่ำ ร่วมกับการเสียการทำงานของ T-cell

4. ประวัติความผิดปกติทางการเจริญเติบโต

หรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติในกลุ่มอาการบางชนิด เช่น DiGeorge syndrome, Down syndrome, Shwachman syndrome ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้พบภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องร่วมด้วยได้

5. ประวัติชนิดของเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค

มีความสำคัญในการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยเฉพาะชนิดปฐมภูมิ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 ในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ HIV การติดเชื้อจะมีทั้งการติดเชื้อ bacteria ที่รุนแรง และการติดเชื้อเหมือนในกลุ่มของคนไข้ที่มี T-cell defects

6. ประวัติครอบครัว

ควรถามประวัติการแต่งงานกันเองในครอบครัว (parental consanguinity), ประวัติการมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือติดเชื้อบ่อย ๆ ในครอบครัว ประวัติพี่น้องเสียชีวิตเมื่ออายุน้อย รวมถึงอายุและเพศ

ของญาติที่มีอาการ ซึ่งมีความสำคัญมาก นอกจากนั้นการถามประวัติโรค autoimmune, โรคทางโลหิตวิทยา, โรคมะเร็งก็มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วย PIDs จะมีอุบัติการณ์ของโรคเหล่านี้เพิ่มขึ้น

การตรวจร่างกาย

1. การเจริญเติบโต

ผู้ป่วยที่มี malnutrition จะทำให้ภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะทางด้าน T-cell บกพร่องได้ ผู้ป่วยที่มีการเจริญเติบโตช้าอาจเกิดจากเรื่องของ PIDs เอง เช่น Short-limbed dwarfism หรือ X-linked hypogammaglobulinemia with growth hormone deficiency เป็นต้น หรืออาจเกิดจากการติดเชื้ออยู่บ่อย ๆ ทำให้การเจริญเติบโตหยุดชะงักไป

2. ระบบผิวหนัง

การตรวจทางผิวหนังมีความสำคัญในการวินิจฉัยการติดเชื้อชนิดต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับ PIDs เช่น การติดเชื้อรา candida หรือ herpes สัมพันธ์กับ T-cell defect ส่วนการติดเชื้อกลุ่มที่ทำให้เกิดฝีหนอง (pyogenic bacteria) สัมพันธ์กับกลุ่ม B-cell defect การพบ periodontitis อาจเกี่ยวข้องกับ phagocytic defect

3. ตับม้ามและต่อมน้ำเหลือง

ตับและม้ามเป็นที่อยู่ของระบบ reticuloendothelial system ส่วนต่อมน้ำเหลืองนั้นประกอบด้วย lymphocyte ทั้งชนิด T-cell และ B-cell ในผู้ป่วยที่มี hypoplastic tonsils และต่อมน้ำเหลืองคล้ำไม่พบ ควรนึกถึงภาวะ B-cell defect ส่วนผู้ป่วยที่มีต่อมน้ำเหลืองโตนึกถึง Hyper IgM syndrome (HIM), common variable immunodeficiency (CVID), chronic granulomatous disease (CGD) เป็นต้น

4. ระบบทางเดินหายใจ

การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนต้นบ่อย ๆ พบได้เป็นปกติในเด็กเล็ก สำหรับเด็กโตไม่ควรมีการติดเชื้อบ่อย การเป็นปอดอักเสบซ้ำ ๆ ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 1 ปี ถือว่าผิดปกติ ภาวะหลอดลมพองรุนแรง (bronchiectasis) ถ้าพบให้นึกถึง CVID, Selective IgA deficiency, IgG subclass deficiency และ Immotile cilia syndrome

5. ระบบหัวใจ

ความผิดปกติของหลอดเลือดใหญ่ (anomalous large blood vessels) พบใน DiGeorge syndrome

หมายเหตุ เนื่องจากอาการของเด็กที่ติดเชื้อ HIV มีได้หลายแบบ และพบความผิดปกติทั้งด้าน T-cell และ B-cell จึงควรนึกถึงโรคนี้ในการวินิจฉัยแยกโรคในเด็กที่มีอาการต่อไปนี้คือ โรคปอดอักเสบรุนแรง หรือเป็นซ้ำ ๆ ต่อมน้ำเหลือง โต ตับ ม้าม โต ติดเชื้อราในช่องปาก เลี้ยงไม่โต พัฒนาการช้า อุจจาระร่วงเรื้อรัง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

1. การตรวจเบื้องต้น

การตรวจนี้สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคได้หลาย

อย่าง ดังนั้น ควรทำการตรวจไปตามลำดับขั้นตอน การส่งตรวจพิเศษทางภูมิคุ้มกันไปทุกอย่างพร้อม ๆ กัน ก่อนที่จะทำการตรวจเบื้องต้นให้ครบถ้วนอาจทำให้สิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น การตรวจและการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นที่สำคัญในการประเมินภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องมีดังนี้

1.1 Complete blood count (CBC)

เป็นการตรวจที่สำคัญ และให้ข้อมูลได้มาก นอกเหนือจากบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อหรือไม่ สิ่งที่เราควรเอาใจใส่ในการแปลผล CBC เมื่อสงสัยภาวะ PIDs มีดังนี้

- Leukocytosis บ่งชี้ถึงภาวะการติดเชื้อ, leukocyte adhesion deficiency (LAD), Chronic granulomatous disease (CGD)

- Lymphopenia พบในภาวะที่มีการลดลงของ T-cell หรือใน combined immune defects, การเสียชีวิต lymphocyte ไปในบางโรค เช่น intestinal lymphangiectasia ก็ทำให้ผู้ป่วยมี lymphocyte ต่ำ ต้องแยกจาก PIDs

- Eosinophilia พบใน Wiskott-Aldrich syndrome (WAS), Hyper IgE syndrome, graft versus host disease ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่พบได้ในผู้ป่วยที่มี T-cell defect เช่น SCID หรือ DiGeorge syndrome ที่ได้รับเลือดซึ่งมี T-cell ของ donor ปนอยู่

- Thrombocytopenia พบใน WAS และ Hyper IgM syndrome

- Howell-Jolly bodies ในเม็ดเลือดแดงพบใน asplenia หรือ splenic dysfunction

- ค่า ESR ที่สูงบ่งถึงภาวะการติดเชื้อ ค่า ESR ที่ต่ำผิดปกติพบใน hypogammaglobulinemia

1.2 Blood chemistry

ค่าของ globulin ที่ต่ำบ่งถึงภาวะ hypogammaglobulinemia หรือ complement deficiency (complement เป็นส่วนประกอบประมาณ 15% ของ globulin fraction), malnutrition หรือการสูญเสียโปรตีนไปด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม ส่วนการมี globulin สูงนอกจากจะพบใน HIV infection แล้วยังพบได้ในผู้ป่วย CGD ที่มีการติดเชื้อซ้ำ ๆ

1.3 การตรวจทางรังสีวิทยา

สามารถใช้ตรวจหาบริเวณที่มีการติดเชื้อ เช่น pneumonia, osteomyelitis การตรวจทางรังสีวิทยา ยังช่วยบ่งชี้ภาวะหัวใจหรือหลอดเลือดใหญ่ผิดปกติ ในเอกซเรย์ปอดต้องดูเงาของต่อม Thymus สำหรับการเอกซเรย์ต่อม adenoid มีประโยชน์ในการประเมินผู้ป่วยที่คิดว่ามี B-cell defects หรือ combined immune defects

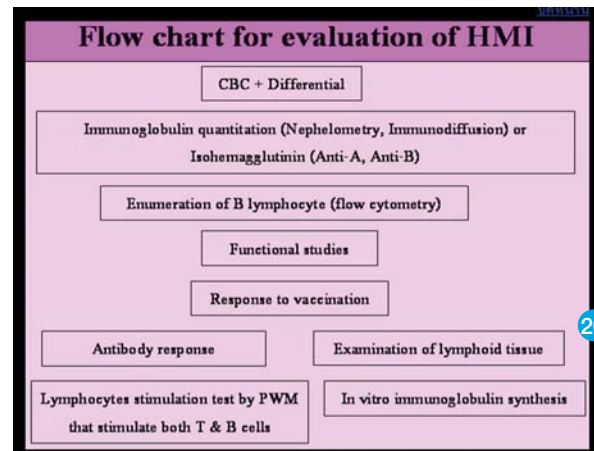
1.4 HIV serology

พิจารณาทำในผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับภูมิคุ้มกันบกพร่องดังได้กล่าวแล้ว และมีประวัติหรือปัจจัยเสี่ยงในครอบครัว

2. การตรวจพิเศษทางภูมิคุ้มกัน

การตรวจนี้แบ่งตามชนิดของภูมิคุ้มกัน ได้แก่ การตรวจ humoral immunity, cell mediated immunity, phagocyte และ complement system การตรวจเหล่านี้บางอย่างสามารถทำได้ในโรงพยาบาลโดยทั่วไป แต่บางอย่างจำเป็นต้องใช้เครื่องมือพิเศษในห้องตรวจภูมิคุ้มกันวิทยา การแปลผลการตรวจทางภูมิคุ้มกันต้องคำนึงถึงอายุของผู้ป่วย และค่าปกติของห้องปฏิบัติการนั้น ๆ ร่วมด้วย

2.1 การตรวจเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามี antibody deficiency (รูปที่ 20)



2.1.1 การตรวจระดับ immunoglobulin ระดับ immunoglobulin ที่ตรวจโดยทั่วไป ได้แก่ ระดับ IgG, IgM, IgA และ IgE สำหรับการใช้อิมมูโนอิเล็กโตรเฟซิส ให้ข้อมูลถึงระดับของ immunoglobulin แต่ละชนิดได้ไม่มากนัก ถ้าระดับของ gamma globulin ซึ่งตรวจโดย plasma electrophoresis ต่ำกว่า 600 mg/dl ควรส่งหาระดับ immunoglobulin แต่ละชนิด การแปลผลระดับของ immunoglobulin ต้องคำนึงถึงอายุของผู้ป่วย และค่าปกติในแต่ละห้องปฏิบัติการด้วย ในเด็กคลอดก่อนกำหนดระดับ immunoglobulin จะต่ำกว่าเด็กปกติ สำหรับเด็กโตและผู้ใหญ่ระดับ total immunoglobulin ที่สูงกว่า 600 mg/dl ถือว่าปกติ ส่วนระดับที่ต่ำกว่า 400 mg/dl และ IgG ต่ำกว่า 200 mg/dl บ่งชี้ถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ระดับ immunoglobulin ที่อยู่ระหว่าง 400-600 mg/dl นั้นควรได้รับการตรวจซ้ำ และ/หรือร่วมกับการทำ functional antibody tests

2.1.2 การตรวจนับจำนวน B-cell โดย B-cell ทำหน้าที่ในการสร้าง antibody บน B-cell จะมี surface immunoglobulin และ markers ได้แก่ CD19 และ CD20 การตรวจจำนวน B-cell ทำโดยการทำ flow-cytometry โดยใช้ antibody ต่อ surface marker CD19 หรือ CD20 เพื่อบ่งชี้ว่า cell นั้นเป็น B-cell โดยทั่ว ๆ ไป B-cell ใน peripheral blood จะมีประมาณ 10-20% ของ total lymphocyte การตรวจโดย flow cytometry นี้มักจะดูจำนวน T-cell ร่วมไปด้วย โดย marker ของ T-cell ได้แก่ CD3, CD4 และ CD8 นอกจากการตรวจโดยวิธีนี้แล้ว อาจใช้การย้อม surface immunoglobulin โดย immunofluorescence และ antibody ต่อ human immunoglobulin จำนวน B-cell ที่ต่ำมาก ๆ พบในโรค X-linked agammaglobulinemia และใน SCID บางชนิด และอาจลดลงในเด็กที่เป็น transient hypogammaglobulinemia of infancy (THI) ส่วนในโรคที่มี antibody deficiency อื่น ๆ จำนวน B-cell มักอยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากเป็นความผิดปกติของกลไกการสร้าง antibody ของ B-cell มิได้เกิดจากการมีปริมาณ B-cell ลดลง

2.1.3 การตรวจระดับ IgG subclasses ภาวะ IgG subclass deficiency ผู้ป่วยจะมีปริมาณ IgG ปกติ แต่มีการติดเชื้อบ่อย และอาการเข้าได้กับกลุ่มที่มี antibody deficiency การตรวจระดับ IgG subclass จะช่วยในการวินิจฉัย การแปลผลค่า IgG subclass ต้องเทียบกับค่าปกติตามอายุของผู้ป่วย ซึ่งพหุมีแนวทางดังนี้คือ ค่าที่ต่ำกว่า 2 standard deviation (SD) ของค่าปกติตามอายุให้ถือว่าผิดปกติ หรือ IgG1 ต่ำกว่า 250 mg/dl, IgG2 ต่ำกว่า 50 mg/dl, IgG3 ต่ำกว่า 25 mg/dl ส่วน IgG4 ต่ำเพียง class เดียวมักไม่ค่อยมีปัญหาการติดเชื้อในผู้ป่วย ในคนปกติบางคนอาจมี IgG4 ต่ำมากก็ได้

2.1.4 การตรวจ antibody function test การตรวจนี้ทำเพื่อความสามารถในการสร้าง antibody ที่จำเพาะ โดยจะตรวจ specific antibody เช่น tetanus, diphtheria, rubella, measles, *H. influenzae* B และ isoagglutinin titers การหา antibody 5 ชนิดแรกนั้น ผู้ป่วยต้องได้รับวัคซีนเหล่านี้มาก่อน และมักเป็น IgG ส่วน isoagglutinin titer นั้นเป็นการวัด IgM เด็กที่อายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ส่วนใหญ่มี titer ตั้งแต่ 1:8 ขึ้นไป การวัด isoagglutinin titer ทำได้ในกรณีผู้ป่วยมี blood group ที่ไม่ใช่ group AB ระดับ IgM isoagglutinin ต่ำพบได้ในผู้ป่วย Wiskott-Aldrich syndrome การตรวจประเมินการตอบสนองของ antibody ต่อ specific antigen ทำได้โดยการตรวจระดับ antibody ก่อนและ 3 สัปดาห์ หลังการให้ vaccine pneumococcal หรือ meningococcal vaccine โดยมีหลักการคือ การตอบสนองต่อ protein antigen จะเกี่ยวข้องกับ IgG เป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง IgG1 และ IgG3 ส่วนการตอบสนองต่อ polysaccharide antigen นั้นจะเป็น IgM และ IgG2 เป็นหลัก

การ immunize ด้วย tetanus antigen มีประโยชน์เพิ่มเติมคือสามารถทำให้ตรวจ delayed type hypersensitivity skin test และ in vitro lymphocyte proliferative response ได้ด้วยการตรวจ antibody response ต่อ typhoid vaccine มีประโยชน์เนื่องจากสามารถทำได้ในโรงพยาบาลทั่วไปอยู่แล้ว antibody response ต่อ H antigen เป็น IgG ส่วน response ต่อ O antigen เป็น IgM agglutinin titer ต่อ antigen ทั้ง 2 ชนิด ที่มากกว่า 1:40 ถือว่าปกติ

การตอบสนองต่อ pneumococcal หรือ meningococcal polysaccharide vaccine จะเป็น IgM และ IgG2 จึงมีประโยชน์ในการตรวจประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีความผิดปกติของ antibody กลุ่มนี้ เช่น ผู้ป่วย WAS หรือ IgG2 subclass deficiency แต่การตรวจนี้ทำได้ในเด็กอายุมากกว่า 2 ปีเท่านั้น เนื่องจากเด็กอายุน้อยกว่านี้จะมีการตอบสนองที่ต่ำอยู่แล้ว antibody ต่อ viral vaccine เช่น mumps, measles, rubella หรือ hepatitis B virus vaccine สามารถนำมาประเมินการตอบสนองของภูมิคุ้มกันได้เช่นกัน แต่การให้ live viral vaccine มีข้อห้ามในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ดังนั้น ต้องคำนึงถึงชนิดวัคซีนที่จะให้ด้วย antigen อื่น ๆ ที่ใช้ในการตรวจการตอบสนองของ antibody ได้แก่ Keyhole-limpet hemocyanin (KLH) และ bacteriophage X 174 เป็น antigen ชนิดพิเศษซึ่งสามารถใช้ตรวจหาการตอบสนองทาง antibody ในผู้ที่ได้ IVIG อยู่ได้ แต่การตรวจวัดระดับ antibody นี้ทำได้เฉพาะในสถาบันวิจัยบางแห่งเท่านั้น

2.1.5 การตรวจอื่น ๆ ที่ช่วยในการวินิจฉัยภาวะ antibody deficiency ได้แก่ การทำ lateral pharyngeal X-ray เพื่อดู

adenoid tissue การทำ mutation analysis เพื่อให้การวินิจฉัยโรคที่ทราบ genetic defect เช่น XLA หรือ XHIM

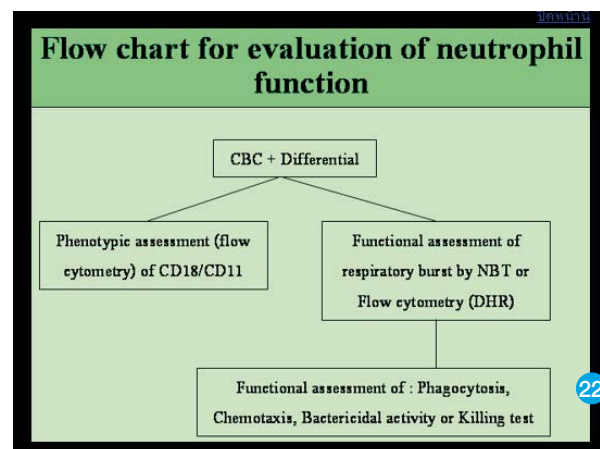
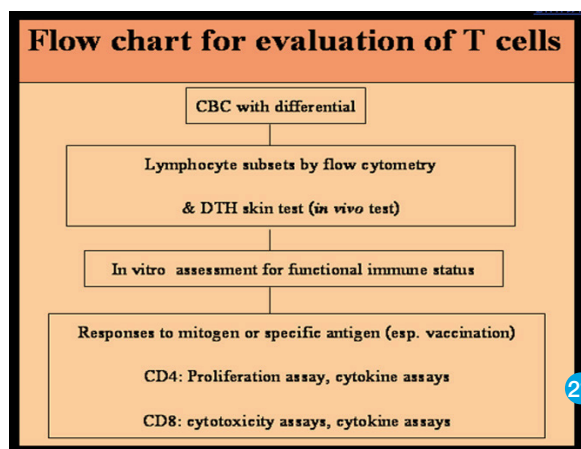
2.2 การตรวจเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามี T-cell deficiency (รูปที่ 21)

2.2.1 Delayed cutaneous hypersensitivity การตรวจนี้เป็น การดูการทำหน้าที่ของ T-cell ซึ่งเคยถูก sensitize ด้วย antigen บางชนิดมาก่อน antigen ที่ใช้ในการตรวจนี้ ได้แก่ Mumps, PPD, Trichophyton, Candida, Tetanus toxoid, Diphtheria โดยฉีด antigen เข้าชั้น dermis เหมือนการทำ tuberculin test และอ่านผลที่ 48 ชั่วโมง เด็กที่อายุมากกว่า 2 ปี และผู้ใหญ่จะให้ผลบวกคือ มีปฏิกิริยาต่อสารเหล่านี้ตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ถ้าไม่มีการตอบสนองเลย โดยเฉพาะในผู้ที่มีการได้รับ antigen เหล่านี้มาแล้ว ให้สงสัยว่ามีภาวะ cellular immunodeficiency การทดสอบวิธีนี้อาจไม่เกิดประโยชน์สำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี เนื่องจากยังไม่ได้รับ antigen เหล่านี้ อย่างไรก็ตาม ในทารกที่มี oral thrush อยู่เป็นเวลานาน หรือเป็นซ้ำ ๆ ควรให้ผลบวกต่อ Candida antigen

2.2.2 การตรวจนับจำนวน T-cell การนับจำนวน T-cell ทำโดยการย้อม surface marker CD3, CD4 และ CD8 สำหรับ CD3 บ่งชี้จำนวน total T-cell ส่วน CD4 และ CD8 เป็น marker ของ T-helper และ T-suppressor ตามลำดับ ค่าของ CD3 จะแตกต่างกันไปตามอายุ โดยจะมีค่าสูงในเด็กแรกเกิดและทารก ดังนั้น การแปลผลต้องเทียบกับค่าปกติตามอายุ โดยทั่วไปค่า CD4 ที่ต่ำกว่า 500 cell/mm³ จะมีผลให้ภูมิคุ้มกันต้านทานชนิด CMI ลดลง และถ้าจำนวนต่ำกว่า 200 cell/mm³ ภูมิคุ้มกันต้านทานจะต่ำลงอย่างมาก ค่า CD4 : CD8 ratio มีความสำคัญเช่นกัน ค่าที่น้อยกว่า 1 ถือว่าผิดปกติ และค่าต่ำกว่า 0.3 ถือว่า CMI เสียไปมาก

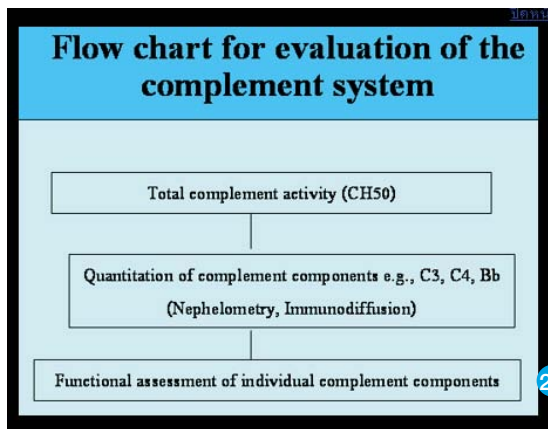
2.2.3 การตรวจดูการแบ่งตัวของ lymphocyte (Lymphocyte Proliferation Test) การตรวจนี้เป็น การวัดความสามารถในการแบ่งตัวของ lymphocyte โดยเฉพาะอย่างยิ่ง T-cell เมื่อได้รับการกระตุ้นโดยสารบางอย่างอาจเป็น mitogen เช่น phytohemagglutinin (PHA) หรือ antigen เช่น tetanus หรือ candida โดยใช้สารเหล่านี้ลงใน lymphocyte ที่แยกได้จากเลือดของผู้ป่วย แล้ววัดอัตราการใช้สาร thymidine ซึ่งเป็นสารที่ต้องนำไปใช้ในการสร้าง nucleus ของเซลล์ที่กำลังแบ่งตัว ซึ่งถ้า lymphocyte มีการแบ่งตัวมากก็จะมีการใช้สารนี้มากตามไปด้วย การตรวจนี้ต้องมี lymphocyte ของคนปกติมาเปรียบเทียบกับทุกครั้ง

2.3 การตรวจเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามี Phagocytic defect (รูปที่ 22)



2.3.1 Nitroblue Tetrazolium Test (NBT) เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัย CGD โดยใช้หลักการที่ว่า เมื่อ phagocyte มีกระบวนการ phagocytosis จะเกิดปฏิกิริยา respiratory burst คือมีการเพิ่มของ metabolic activity และมีการสร้าง superoxide ที่จะไป reduce NBT dye ซึ่งเป็นสีชนิดหนึ่ง จากสีเหลืองให้เป็น formazan ซึ่งมีสีน้ำเงิน ใน neutrophil ของผู้ป่วย CGD การเปลี่ยนสีเช่นนี้จะไม่เกิดขึ้น เนื่องจาก neutrophil ของผู้ป่วย CGD ไม่สามารถสร้าง superoxide ได้ การตรวจนี้เป็น screening test ที่ดีสำหรับ CGD และสามารถให้ตรวจ carrier ของ X-linked CGD ได้

2.3.2 Chemiluminescence เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัย CGD เช่นกัน โดยใช้หลักการว่าเมื่อ phagocyte มี phagocytosis และมีการสร้าง free oxygen radicals ขึ้น free radicals นี้ทำปฏิกิริยากับสารบางอย่างในจุลชีพที่ถูก phagocytosis เข้าไปจะเกิดสารซึ่งไม่เสถียร เมื่อสารนี้กลับสู่สภาพเสถียรจะปล่อยพลังงานออกมาในรูปของพลังงานแสง ซึ่งสามารถตรวจวัดและนำมาแปลผลได้



2.4 การตรวจเพิ่มเติมในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามี Complement defect (รูปที่ 23)

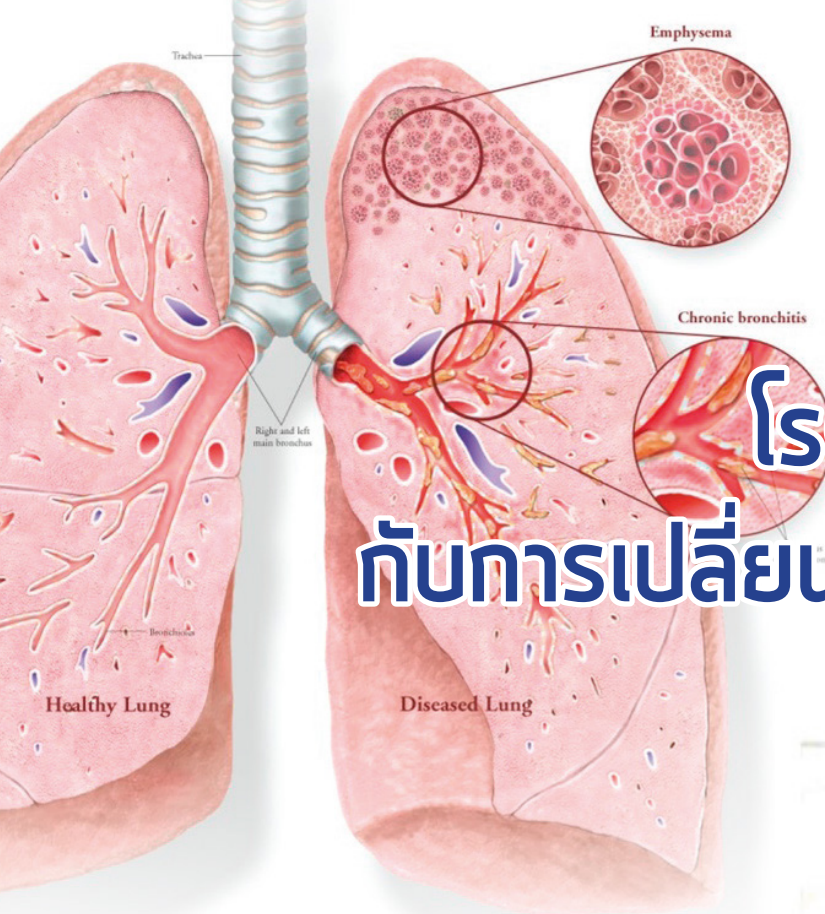
2.4.1 CH50 (total hemolytic complement) เมื่อสงสัยในผู้ป่วยจะมี complement defect ในเบื้องต้นควรตรวจ CH50 (total hemolytic complement) ค่าปกติแตกต่างกันไปตามวิธีที่ใช้ในแต่ละห้องปฏิบัติการ จึงต้องเปรียบเทียบกับค่าปกติของห้องปฏิบัติการนั้น ๆ เสมอ ค่า CH50 ที่ปกติบ่งบอกว่าระบบ complement ทั้งระบบทำงานได้เป็นปกติ อย่างไรก็ตาม ถ้า complement แต่ละชนิดลดลงไปไม่ถึงร้อยละ 50 ค่า CH50 อาจปกติได้ ถ้าค่าของ CH50 ต่ำแสดงถึงการมี complement ตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไปมีระดับลดลงมาก และควรทำการตรวจในขั้นตอนต่อไป ค่า complement ที่สูงมักเกิดจากภาวะการอักเสบต่าง ๆ (inflammation) การตรวจ CH50 นับเป็น screening test ที่ดีในผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจมี complement defects ค่า CH50 จะต่ำมากหรือเป็นศูนย์ในผู้ป่วยที่มี primary complement deficiency ของ C1 ถึง C8 ส่วนผู้ป่วยที่มี C9 deficiency นั้น CH50 จะมีค่าประมาณ 30-50% ของค่าปกติ

2.4.2 Complement Component Assay การวัดระดับ complement แต่ละชนิดมีประโยชน์ในการวินิจฉัยที่แน่นอนของ complement deficiency ทำให้ทราบว่า component ใดที่มีค่าผิดปกติ complement ที่ตรวจวัดได้ในทางปฏิบัติการโดยทั่ว ๆ ไป คือ C3 และ C4

เอกสารเพื่อการศึกษาเพิ่มเติม

1. Sorensen RU, Moore C. Antibody deficiency syndromes. *Pediatr Clin North Am* 2000;47(6):1225-52.
2. Woroniecka M, Ballow M. Office evaluation of children with recurrent infection. *Pediatr Clin North Am* 2000;47(6):1211-24.
3. Buckley RH, Schiff RI, Schiff SE, Markert ML, Williams LW, Harville TO, et al. Human severe combined immunodeficiency: genetic, phenotypic, and functional diversity in one hundred eight infants. *J Pediatr* 1997;130(3):378-87.
4. Stephan JL, Vlekova V, Le Deist F, Blanche S, Donadieu J, De Saint-Basile G, et al. Severe combined immunodeficiency: a retrospective single-center study of clinical presentation and outcome in 117 patients. *J Pediatr* 1993;123(4):564-72.
5. Holinski-Feder E, Weiss M, Brandau O, Jedeke KB, Nore B, Backesjo CM, et al. Mutation screening of the BTK gene in 56 families with X-linked agammaglobulinemia (XLA): 47 unique mutations without correlation to clinical course. *Pediatrics* 1998;101(2):276-84.
6. Cunningham-Rundles C. Clinical and immunologic analyses of 103 patients with common variable immunodeficiency. *J Clin Immunol* 1989;9(1):22-33.
7. Kinlen LJ, Webster AD, Bird AG, Haile R, Peto J, Soothill JF, et al. Prospective study of cancer in patients with hypogammaglobulinaemia. *Lancet* 1985;1(8423):263-6.
8. Hermaszewski RA, Webster AD. Primary hypogammaglobulinaemia: a survey of clinical manifestations and complications. *Q J Med* 1993;86(1):31-42.
9. Javier FC, 3rd, Moore CM, Sorensen RU. Distribution of primary immunodeficiency diseases diagnosed in a pediatric tertiary hospital. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000;84(1):25-30.

10. Sullivan KE, Jawad AF, Randall P, Driscoll DA, Emanuel BS, McDonald-McGinn DM, et al. Lack of correlation between impaired T-cell production, immunodeficiency, and other phenotypic features in chromosome 22q11.2 deletion syndromes. *Clin Immunol Immunopathol* 1998;86(2):141-6.
11. Sullivan KE, Mullen CA, Blaese RM, Winkelstein JA. A multi-institutional survey of the Wiskott-Aldrich syndrome. *J Pediatr* 1994;125(6 Pt 1): 876-85.
12. Villa A, Notarangelo L, Macchi P, Mantuano E, Cavagni G, Brugnoni D, et al. X-linked thrombocytopenia and Wiskott-Aldrich syndrome are allelic diseases with mutations in the WASP gene. *Nat Genet* 1995;9(4):414-7.
13. Carney JP. Chromosomal breakage syndromes. *Curr Opin Immunol* 1999;11(4):443-7.
14. Meyn MS. Ataxia-telangiectasia, cancer and the pathobiology of the ATM gene. *Clin Genet* 1999;55(5):289-304.
15. Johnston RB, Jr. Clinical aspects of chronic granulomatous disease. *Curr Opin Hematol* 2001;8(1):17-22.
16. Vowells SJ, Sekhsaria S, Malech HL, Shalit M, Fleisher TA. Flow cytometric analysis of the granulocyte respiratory burst: a comparison study of fluorescent probes. *J Immunol Methods* 1995;178(1):89-97.
17. A controlled trial of interferon gamma to prevent infection in chronic granulomatous disease. The International Chronic Granulomatous Disease Cooperative Study Group. *N Engl J Med* 1991;324(8):509-16.
18. Woroniecka M, Ballow M. Office evaluation of children with recurrent infection. *Pediatr Clin North Am* 2000;47(6):1211-24.
19. Yang KD, Hill HR. Neutrophil function disorders: pathophysiology, prevention, and therapy. *J Pediatr* 1991;119(3):343-54.



โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) คือโรคที่มีหลอดลมตีบซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายกลับเป็นปกติได้ (not fully reversible airway obstruction) ซึ่งเป็นผลจากการอักเสบที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือสูดดมมลพิษต่าง ๆ จนเกิดการทำลายปอดโดยที่อาการหลอดลมตีบจะค่อยเป็นค่อยไป

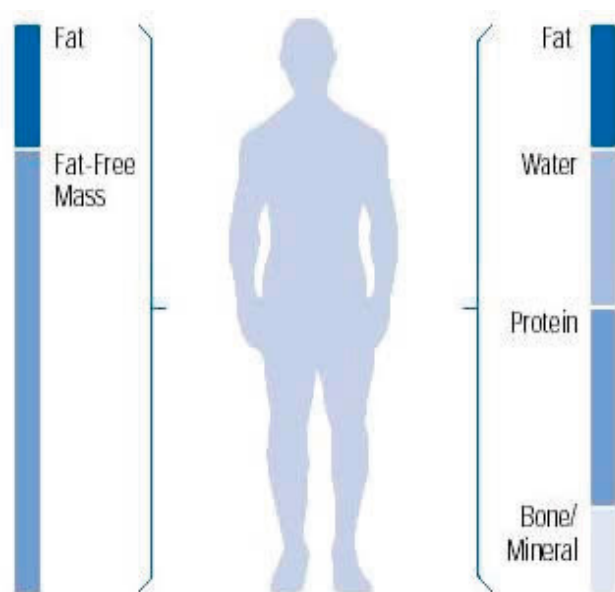
COPD แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) และถุงลมปอดโป่งพอง (Emphysema)

โรคถุงลมปอดโป่งพอง (Emphysema) หรือ Pink Puffers จะมีอาการหอบเหนื่อยเนื่องจากถุงลมถูกทำลายจนทำให้หายใจออกและแลกเปลี่ยนแก๊สได้ไม่ดี ผู้ป่วยมักผอมเนื่องจากต้องใช้พลังงานไปในการหายใจค่อนข้างมาก

แต่ในหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) หรือ Blue Bloaters มักมีน้ำหนักปกติหรืออ้วน รวมทั้งอาจมีบวมน้ำ (edema) ตามลำตัวก็ได้ มักมาด้วยอาการไอมีเสมหะมาก และหอบเหนื่อยเนื่องจากหลอดลมเกิดการอักเสบจนทำให้หลอดลมตีบแคบ อย่างไรก็ตาม ในระยะท้ายของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังก็มักมีน้ำหนักตัวลดลง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ลักษณะน้ำหนักตัวของผู้ป่วย COPD ภาพซ้ายมือเป็น emphysema และภาพขวามือเป็น chronic bronchitis



ภาพที่ 2 สัดส่วนองค์ประกอบของร่างกาย⁽⁴⁾

คำจำกัดความสัดส่วนองค์ประกอบของร่างกาย (Body Composition)⁽³⁾

การหา body composition คือการหา fat mass และ fat free mass (lean body mass) ดังภาพที่ 2

โดยทั่ว ๆ ไป body composition อาจแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่เป็นไขมัน (fat mass, FM) กับส่วนที่ไม่ใช่ไขมัน (fat free mass, FFM หรือ lean body mass, LBM) ซึ่งทั้ง 2 ส่วนรวมกันเป็นน้ำหนักตัว (body weight, BW) ดังข้างล่างนี้

$$BW \text{ (kg)} = \text{Fat (kg)} + \text{FFM or LBM (kg)}$$

fat free mass (FFM) คือส่วนประกอบของร่างกายทั้งหมดที่ไม่ใช่ไขมัน ซึ่งยังแบ่งออกเป็น ส่วน ๆ (compartment) เช่น โปรตีน (ไนโตรเจน) น้ำ แร่ธาตุ (แคลเซียม โปแตสเซียม) และไกลโคเจน

$$\text{FFM (LBM)} = \text{Protein} + \text{H}_2\text{O} + \text{Bone mineral} + \text{Glycogen}$$

การประเมิน body composition อาจใช้วิธีการวัดโดยตรงหรือวัดโดยอ้อม แล้วนำค่ามาคำนวณต่อไป

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบต่อร่างกาย ดังนี้

1. ผลกระทบต่อน้ำหนักตัว

โรค COPD มีผลกระทบต่อทั้งปอดและระบบอื่น ๆ ในร่างกาย จนทำให้น้ำหนักลดและ fat free mass (FFM) ลดลง

ผู้ป่วยโรค COPD ที่มีน้ำหนักลดลงพบได้ถึง 40-70% ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยต้องการพลังงานมากขึ้นเพื่อช่วยหายใจ โดยปกติคนทั่วไปใช้พลังงาน 100 แคลอรี/วัน เพื่อให้กล้ามเนื้อใช้ในการออกแรงหายใจ แต่ผู้ป่วยโรค COPD ต้องใช้พลังงาน 430-720 แคลอรี/วัน

เมื่อผู้ป่วยได้รับพลังงานไม่เพียงพอ กับที่ใช้ไปก็ทำให้ร่างกายต้องสลายไขมันและกล้ามเนื้อของร่างกายออกมาเป็นพลังงาน จึงทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและน้ำหนักตัวลดลง การมีกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรงก็ยอมทำให้หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น เมื่อหอบเหนื่อยก็ยิ่งทำให้เบื่ออาหาร จนในที่สุดดวงจรรนี้ก็น้ำหนักตัวลดลงไปเรื่อย ๆ

โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) มักพอมและน้ำหนักลดลงเรื่อย ๆ

โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) มักอ้วนหรือน้ำหนักปกติ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของโรคก็มักมีน้ำหนักลดลง

ถ้าผู้ป่วยอ้วนก็ยิ่งต้องใช้พลังงานมากขึ้นในการหายใจ

BMI คือการวัดดัชนีมวลกาย สามารถคำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$\text{BMI (กก./ม.}^2\text{)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ความสูง}^2 \text{ (เมตร}^2\text{)}}$$

ค่ามาตรฐานของดัชนีมวลกายสำหรับผู้ใหญ่ของคนเอเชีย ดังตาราง

ภาวะทางโภชนาการ	ดัชนีมวลกาย (กก/ม ²)
ผอมมาก (Grade III)	<16.0
ผอมปานกลาง (Grade II)	16.9-16.0
ผอมเล็กน้อย (Grade I)	18.4-17.0
ผอม	<18.5
ปกติ	18.5-22.9
น้ำหนักเกิน	>=23.0
อ้วนเล็กน้อย (At risk)	23.0-24.9
อ้วนปานกลาง (Obese grade 1)	25.0-29.9
อ้วนมาก (Obese grade 2)	>30.0





2. ผลกระทบต่อสัดส่วนองค์ประกอบของร่างกาย

สัดส่วนของร่างกายประเมินโดยใช้ FFM หรือ muscle mass

fat mass ไม่ใช่แหล่งสะสมพลังงาน แต่สามารถผลิต leptin ออกมาเพื่อให้ไขมันสร้างพลังงานได้ ฮอริโมน leptin ที่อยู่ในไขมันนี้จะส่งสัญญาณไปที่สมองเพื่อให้ควบคุมการสลายตัวของ fat mass

การลดลงของ FFM มักเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยออกแรงลำบากและคุณภาพชีวิตลดลง

คำจำกัดความของ FFM ที่ลดลง คือเมื่อมี BMI < 16 กก./มม.² ในผู้ชาย หรือ < 15 กก./มม.² ในผู้หญิง

น้ำหนักที่ลดลงเกิดจากการลดลงของ lean mass index, bone mineral content index (BMC index) และ FFM index

Chronic Bronchitis มี BMC index ลดลง แต่มี fat mass index และมวลไขมัน (fat mass) เพิ่มขึ้น จึงทำให้น้ำหนักลดลงไม่มาก หรือไม่มีน้ำหนักลดลงเลยเพราะมีไขมันเพิ่มนั่นเอง

น้ำหนักและองค์ประกอบของร่างกายแตกต่างกันใน 2 กลุ่ม โดยที่โรคถุงลมโป่งพองจะมี BMI index, FFM index และ fat mass index ต่ำกว่าโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

สรุปว่าสัดส่วนองค์ประกอบในร่างกายแตกต่างกันระหว่างโรคถุงลมโป่งพองและโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

Engelen et al.⁽⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรค COPD

จะมี FFM ต่ำกว่าคนปกติทั้งร่างกายและแขนขา สำหรับโรค COPD มีอัตราส่วนของกล้ามเนื้อที่ทำงานได้ต่อ FFM ทั้งหมดลดลง แต่การทำงานของกล้ามเนื้อต่อ FFM ของแขนขาไม่สัมพันธ์กับ FEV₁ ดังนั้น extremity FFM แสดงว่ามีกล้ามเนื้ออ่อนแรงแต่ไม่แตกต่างกันใน 2 กลุ่ม

3. ผลกระทบต่อระบบหายใจ

ผลกระทบของอาหารกับระบบการหายใจในทารก พบว่าเมื่อให้อุดอาหารนาน 10 วันจะไม่มีผลกระทบต่อ hypoxic drive หลังจากกลับมาให้อาหาร 5 วัน ก็พบว่าการตอบสนองต่อ hypoxic drive กลับมาเป็นปกติ ดังนั้น ภาวะขาดอาหารทำให้ผู้ป่วยถุงลมโป่งพองมีการตอบสนองต่อ hypoxic drive แย่ลงจนอาจเกิดการหายใจล้มเหลวได้

4. ผลกระทบต่อกระดูก

ผู้ป่วยมักได้รับสเตียรอยด์รักษาซึ่งทำให้เกิดกระดูกพรุนและกระดูกหักได้ง่าย นอกจากนี้สาเหตุของกระดูกพรุนอาจมาจากการสูบบุหรี่ ขาดวิตามินดี BMI ต่ำ ขาดสารอาหาร และการไม่ออกกำลังกาย จากการศึกษาที่ตีพิมพ์ในวารสาร CHEST ในเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 2002⁽¹⁰⁾ พบว่า 36-60% ของผู้ป่วยโรค COPD จะมีภาวะกระดูกพรุน

5. ผลกระทบต่อการกินอาหาร

ผู้ป่วยมักเสี่ยงต่อการเกิดน้ำหนักลดและทุพโภชนาการ

ภาวะทุพโภชนาการ คือได้รับอาหารที่ให้พลังงาน โปรตีน และสารอาหารมากหรือน้อยเกินไปจนมีผลกระทบต่อร่างกาย (รูปร่างเปลี่ยนไป และสัดส่วนขององค์ประกอบในร่างกายเปลี่ยนแปลง) และร่างกายทำงานผิดปกติ

สมาคมโภชนาการในสหรัฐอเมริกา รายงานว่า BMI < 20 กก./มม.² แสดงว่ามีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งทำให้ปอดทำงานไม่ดี ร่างกายง่ายต่อการติดเชื้อ ออกแรงแล้วเหนื่อยง่าย และทำให้มีอัตราตายรวมทั้งมีความพิการได้สูง

สาเหตุที่ผู้ป่วยโรค COPD มักขาดอาหาร เพราะ

- เหนื่อยมากจนกลืนหรือเคี้ยวไม่ไหว
- การหายใจทางปากบ่อย ๆ ก็ทำให้ลิ้นรู้สึกไม่ดี
- มีเสมหะมากในลำคอ
- ใบบ่อย
- อ่อนแรง อ่อนเพลีย
- ปวดศีรษะตอนเช้าหรือสับสน เนื่องจากมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด (hypercapnia)
- เบื่ออาหาร

- ซิมเคร้า
- ผลข้างเคียงของยา

ดังนั้น การรักษาด้วยอาหารก็เพื่อให้พลังงานชดเชย โดยหวังว่า จะไม่มีน้ำหนักลดลง ไม่สูญเสีย fat free mass (FFM) ป้องกันภาวะขาดสารอาหาร และทำให้ปอดทำงานดีขึ้น

6. โรคอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของร่างกาย

ผู้ป่วยโรค COPD มักมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจขาดเลือด หัวใจวาย กระดูกพรุน ซีด มะเร็งปอด ซิมเคร้า เบาหวาน หรือดื้อกระจก เป็นต้น (Barnes and Celli, 2009; Soriano et al, 2005) ซึ่งต้องตัดสินใจมากขึ้นในการปรับอาหารให้เหมาะสม

สรุป

โรค COPD เป็นหลอดลมตีบที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป และไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ ผลกระทบของ COPD ต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่

1. ผลกระทบต่อน้ำหนักตัว
2. ผลกระทบต่อสัดส่วนองค์ประกอบของร่างกาย

3. ผลกระทบต่อระบบหายใจ

4. ผลกระทบต่อกระดูก

5. ผลกระทบต่อการกินอาหาร

6. โรคอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อภาวะ

โภชนาการของร่างกาย

ผู้ป่วยโรค COPD มักมีการเปลี่ยนแปลงสภาพของร่างกาย จนในที่สุดมักมีน้ำหนักลดลงและภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งการรักษาด้วยอาหารที่เหมาะสมเพื่อคองน้ำหนักตัวให้คงที่และมีภาวะโภชนาการที่ดีมักทำให้อัตราตายของผู้ป่วยลดลงได้



เอกสารอ้างอิง

1. Robert M. Rogers, M.D., F.C.C.P, James H. Dauber, F.C.C.P, Sanders Mark H., M.D., F.C.C.P, Claypool William D., M.D., FC.C.P, Openbrier Diana, RN., Irwin Margaret, R.N., MN. Nutrition and COPD: State-of-the-Art Minireview. CHEST 1984 June;85(6):63S-66S.

2. Emiel F.M. Wouters, MD, PhD, FCCP. Nutrition and Metabolism in COPD. CHEST 2000;117:274S-280S.

3. ดร.นพ.ประสงค์ เทียนบุญ พ.บ. MCN (Nutrition), FICN (Nutrition), PhD (Nutrition). การประเมินภาวะโภชนาการด้วยการวัดสัดส่วน (Anthropometry and body composition assessment of nutritional status). Available from: <http://www.med.cmu.ac.th/dept/nutrition/DATA/COMMON/cmunut-deptped/ped601-prasong/ped601-anthropometric%20assessment-prasong.pdf>.

4. Body Composition Models. QuickMedical: Medical Equipment and Suppliers. Available from: http://www.quickmedical.com/health_information/weight_management/body_composition_study_2.html

5. Engelen J, Schols A, Lamers R, et al. Different patterns of chronic tissue wasting among emphysema and chronic bronchitis patients. Clin Nutr 1999;18:275-280.

6. Vandenburg E, Van De Woestighe K, Cyselen A. Weight changes in the terminal stages of chronic obstructive lung disease. Am Rev Respir Dis 1967;96:556-65.

7. Biederman Judi. Diet in the Management of COPD. Good nutrition can help COPD patients feel better. Advance Respiratory Care & Sleep Medicine. 2013 March 19. Available from: <http://respiratory-care-sleep-medicine.advancweb.com/Columns/COPD-Advantage/Diet-in-the-Management-of-COPD.aspx>

8. Linda Houtkooper. Calorie Need Estimates. The University of Arizona College of Agriculture and Life Sciences Tuscon, Arizona. Available from: <http://cals.arizona.edu/pubs/health/az1390.pdf>.

9. Renzetti AD, McClement JH, Lift BD. The Veterans Administration cooperative study of pulmonary function-mortality in relation to respiratory function in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Med 1966;41:115-29.

10. Ilaria St. Florian, MS, RD. Nutrition and COPD - Dietary Considerations for Better Breathing. Today's Dietitian 2009 February; 11(2):54. Available from: http://www.todaysdietitian.com/newarchives/td_020909p54.shtml.

ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคภัยธรรมชาติที่แพทย์ทั้งหลายก็ทราบดีนั้น แท้ที่จริงแล้วผู้ป่วยที่เสียชีวิตดังกล่าวอาจเข้าข่าย “ผู้ตายผิดธรรมชาติ” ก็ได้ แต่ด้วยเหตุที่แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านั้นดูแลมานานหรือมีการเปลี่ยนแพทย์ที่ให้การรักษาเป็นประจำ เช่น ทุกเดือน (changing the attending physician) ทำให้ขาดความต่อเนื่องของ “การส่งถ่ายข้อมูลผู้ป่วยด้านคดี” (medico-legal aspect) คงส่งถ่ายข้อมูลของผู้ป่วยเพียงสภาพของโรคหรืออาการที่มีอยู่เท่านั้น จนในที่สุดเมื่อผู้ป่วยถึงแก่ความตายและแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยคนหลังสุดนั้นเห็นว่าเป็นการตายจากโรคธรรมชาติก็จะมอบศพ

ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายพบว่า

- มีบาดแผลตามร่างกายหลายแห่ง
- มีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองด้านขวา (right fronto-parieto-temporal epidural hemorrhage) มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (bilateral hemispheric subarachnoid hemorrhage) และเนื้อสมองซ้ำ (generalized hemorrhagic contusion, both fronto-temporal lobes)

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมอง (craniectomy with clotted removal and decompressed brain swelling) และถูกรับไว้เป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาลเอกชนดังกล่าวนั้นต่อเนื่องในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวมาตลอด จนเสียชีวิตเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 เวลา 23.30 น. (2 เดือนนับแต่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล)

เรื่องผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทางกฎหมาย: ทฤษฎีและรายงานผู้ตาย 1 ราย

Sequelae Of The Patient In Medico-Legal Aspect: Theory And A Case Report

ให้แก่ญาติหรือผู้มีอำนาจจัดการเพื่อประกอบพิธีทางศาสนาต่อไป โดยลืมในเรื่องที่ต้องจัดการ “อย่างผู้ตายผิดธรรมชาติ” ไปเสีย

ศพถูกส่งมาที่โรงพยาบาลศิริราชเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152)¹ โดยพนักงานสอบสวนมีหนังสือนำส่ง “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” (ภาพที่ 1)

สภาพศพภายนอก: (ภาพที่ 2)

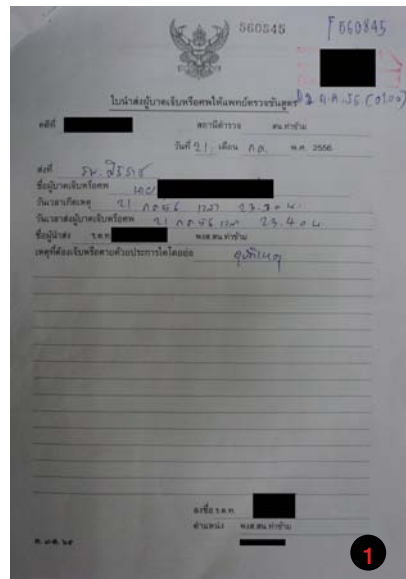
.....หากแพทย์เห็นว่าสภาพของผู้ป่วยอาจรุนแรงถึงขั้นที่เสียชีวิตได้นั้น แพทย์ย่อมต้องไม่รีบออกเอกสารในเชิงเพียงแต่ประเมิน “การบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับ” และ “ให้ความเห็นในเรื่องวันเวลาของการหายของการบาดเจ็บ” เท่านั้น เพราะการที่แพทย์ให้ความเห็นเฉพาะการบาดเจ็บไปแล้วย่อมเป็นไปได้ที่ต่อมาผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แต่พนักงานสอบสวนกลับนำเอกสารที่แพทย์เพียงแต่ประเมินการบาดเจ็บและการหายของบาดแผลไปดำเนินการตามกฎหมาย¹ จึงเกิดความเสียหายต่อคดีอย่างมาก..... ฯลฯ

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

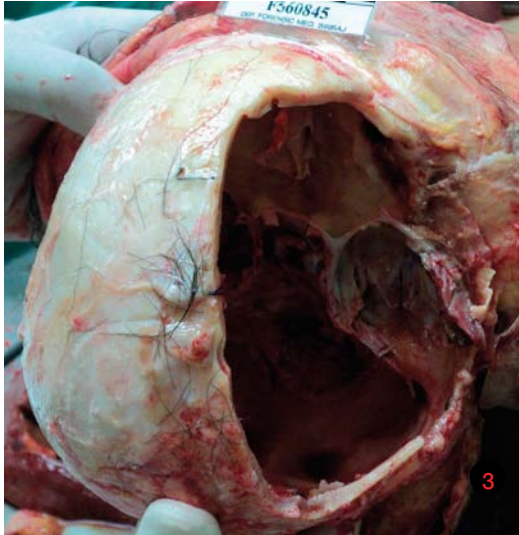
ผู้ป่วยเสียชีวิตที่หอผู้ป่วย (ward) ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ได้มีการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย¹ แล้วส่งศพมาที่โรงพยาบาลศิริราชเพื่อการตรวจต่อ

ประวัติ: (โดยย่อ)

ผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี ถูกนำส่งที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งด้วยประวัติสำคัญคือ การที่ประสบอุบัติเหตุจากรถเข้ารับการรักษาด่วนที่โรงพยาบาลดังกล่าวเมื่อต้นเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556



- ศพชายอายุประมาณ 60 ปี รูปร่างสันทัดแต่ค่อนข้างผอม ผิวอย่างชาวเอเชีย ผมหวด มีขาวแซมมาก ผมหวดประมาณ 3-5 เซนติเมตร (หลังถูกโกนจากการผ่าตัดที่ศีรษะ) ตัวยาวประมาณ 168 เซนติเมตร มีน้ำหนักและเคราสั้นประมาณ 0.5 เซนติเมตร และศพค่อนข้างซีดแต่ไม่เหลืองเมื่อดูจากที่บริเวณเยื่อตาทั้งสองข้าง
- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกสูงเบี่ยงตัวภายหลังเสียชีวิตที่หลังได้ชัดเจน
- พบบาดแผลผ่าตัดที่บริเวณหนังศีรษะส่วนข้างด้านขวา เมื่อพลิกเส้นผมเพื่อดูหนังศีรษะ หนังศีรษะด้านขวามุมอื่นเนื่องจากการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อการรักษา (ภาพที่ 3)



- ที่บริเวณคอตอนหน้าพบบาดแผลเจาะคอเพื่อการรักษา มีของเหลวสีเหลืองปนอยู่ในช่องแผลที่เจาะคอก่อน และคออยู่ในสภาพที่เคลื่อนไหวได้ในเกณฑ์ปกติ (ภาพที่ 4)

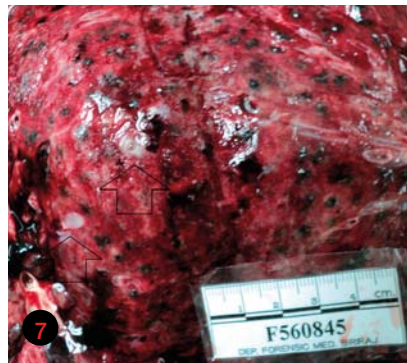
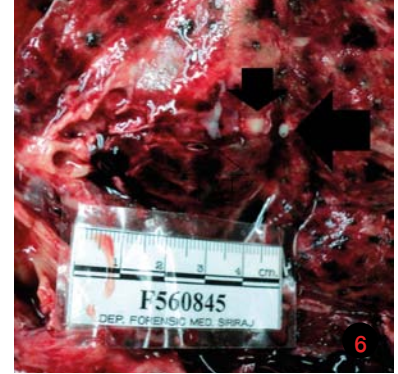
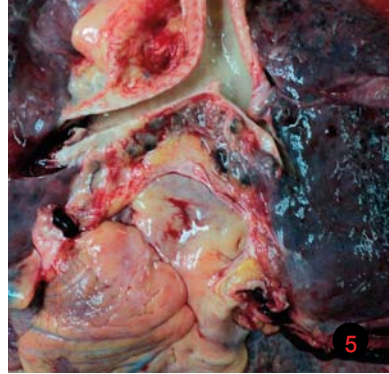


- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียด ไม่พบแผลผ่าตัดหรือสภาพที่คดงอผิดปกติ

สภาพศพภายใน:

- กระโหลกศีรษะด้านขวาถูกเปิดออกเพื่อการรักษา (craniectomy) มีขนาดประมาณ 20 เซนติเมตร (ภาพที่ 3)
- ฐานกะโหลกศีรษะไม่พบรอยแตกหรือร้าว
- เนื้อสมองด้านขวาส่วนหน้า-ข้าง-บน ถูกกดยุบตัวลง และมีเนื้อสมองบวมอย่างมาก
- เนื้อสมองส่วนล่างและก้านสมองบวม
- ไชสันหลังอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ด้านหน้าของคอได้รับการเจาะคอเพื่อการรักษา มีของเหลวสีเหลืองคั่งอยู่บางส่วน
- กระดูกอก กระดูกซี่โครง และกระดูกสันหลังปกติ (ส่วนคอ ส่วนอก และส่วนเอว)
- หลอดลมมีหนองสีเหลืองคั่งอยู่โดยตลอด (ภาพที่ 5)

- ช่องอกและช่องหัวใจไม่พบสารน้ำผิดปกติ
- ปอดทั้งสองข้างบวมและหนักกว่าปกติมาก (ปอดขวาหนัก 560 กรัม, ปอดซ้ายหนัก 540 กรัม)
- เมื่อผ่าหน้าตัดของปอดพบว่ามีการอักเสบทั้งสองข้างและยังพบมีหนองเป็นหย่อม ๆ ทั้งสองข้างของปอดด้วย (ภาพที่ 6-7)



- หัวใจมีขนาดและรูปร่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ หลอดเลือดแดงขวาของหัวใจตีบเล็กน้อยประมาณร้อยละ 40 ส่วนหลอดเลือดแดงที่สำคัญของหัวใจอีก 2 เส้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ตีบน้อยกว่าร้อยละ 20)
 - ไม่พบพยาธิสภาพเนื่องจากหัวใจขาดเลือด ทั้งการเกิดเนื้อเยื่อพังผืดหรือมีเลือดออกที่กล้ามเนื้อหัวใจ
 - ตับ ม้าม ไต ลำไส้ และอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - ไม่พบอาหารในกระเพาะอาหาร
 - พบปัสสาวะในกระเพาะเพียงเล็กน้อย น้อยกว่า 20 มิลลิลิตร
 - กระดูกเชิงกรานและอุ้งเชิงกรานอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - กระดูกขาทั้งสองข้างตั้งแต่เชิงกรานลงไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- สาเหตุที่เสียชีวิต:**
ปอดอักเสบกระจายทั้งสองข้างจากการนอนนานเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ

วิเคราะห์และวิจารณ์:

ประการที่ 1: การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ในปัจจุบัน

แพทย์ทุกคนที่จบเป็นแพทย์ (ในประเทศไทย) ย่อมต้องได้รับทราบหรือมีความรู้ทางด้านนิติเวชศาสตร์พอสมควร^{2,3} เนื่องจากวิชานิติเวชศาสตร์ถูกกำหนดไว้ในหลักสูตรของ “แพทยศาสตรบัณฑิตของประเทศไทยโดยแพทยสภา” ซึ่งแพทยสภา⁴ จะมีอำนาจหน้าที่ในการอนุมัติหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของทุกสถาบันผลิตแพทย์ ดังนั้น แพทย์ย่อมเข้าใจดีถึงการตายผิดธรรมชาติและสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้อง แต่อย่างไรก็ตาม มีแพทย์เป็นจำนวนไม่น้อยที่ดูแลผู้ป่วยมานาน นานจนกระทั่ง “สาเหตุที่นำผู้ป่วยมายังสถานพยาบาลได้ถูกลืมเลือนหรือมองข้ามไป” ทั้งนี้เนื่องจาก

1. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานานในสถานพยาบาลมานาน
2. มีการเปลี่ยนแผนการรักษาหลายครั้ง
3. มีการเปลี่ยนหอผู้ป่วย (ward) หลายครั้ง
4. มีการเปลี่ยนแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลในหอผู้ป่วย (attending physician) หลายครั้งหลายคน หลายเวลา
5. มีการให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและมีการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดังเดิมหลายครั้ง

6. ผู้ป่วยมีสภาวะแทรกซ้อนหรือโรคอื่นที่ต้องรับการดูแล บำบัด รักษา หลายโรค หลายประเภท รวมถึงโรคหรือสภาวะแทรกซ้อนที่ต้องดูแล

สิ่งที่กล่าวมาทำให้ ณ เวลาที่ผู้ป่วยถึงแก่ความตายนั้น **แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยคนล่าสุด** อาจไม่เข้าใจหรือไม่รับทราบถึงสภาพหรือต้นเหตุของผู้ป่วย ซึ่งจะต้องถูกโยงไปเกี่ยวกับเรื่อง “การตายผิดธรรมชาติ” หรือ “การตายที่เกี่ยวข้องกับทางคดีความ” แพทย์จึงดำเนินการไปตามแนวทางปกติเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่เสียชีวิตเนื่องจากโรค เช่น ติดเชื้อในกระแสโลหิต ปอดอักเสบ ไตวาย เป็นต้น ทั้ง ๆ ที่สาเหตุแห่งการที่ผู้ป่วยเกิดสภาวะหรือสภาวะการป่วยนั้นเนื่องจาก “เหตุที่ถูกกระทำ” เช่น ประสบอุบัติเหตุจากรถ ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกสัตว์ใหญ่ทำร้าย เป็นต้น

ดังนั้น เมื่อแพทย์พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนถึงแก่ความตาย แพทย์จะต้องดำเนินการตามความรู้ที่ตนเองได้เคยจำเรียนมาดังนี้

ข้อ 1: ถามตนเองว่า “การตายดังกล่าวเป็นการตายผิดธรรมชาติตามกฎหมาย (ตามที่เคยได้เรียนมาในวิชานิติเวชศาสตร์) หรือไม่” โดยไม่มีข้อยกเว้น

ข้อ 2: ถามตนเองว่า “หากเป็นการตายจากโรคธรรมชาติก็ตามจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุที่เป็นผลมาจากคดีความประการหนึ่งประการใดหรือไม่” (ผลสืบเนื่องซึ่งโดยทั่วไปสามารถดูได้จากประวัติ คือ เวชระเบียน)

เมื่อแพทย์ได้ถามตนเองและใช้ความรู้ตามสภาพแห่งความจริงใน “ภาวะ” “วิสัย” และ “พฤติการณ์”⁶ แห่งตนแล้วและได้รับคำตอบว่า “ไม่ใช่ในเหตุข้อที่ 1 และข้อที่ 2” แล้วแพทย์ย่อมสามารถสรุปได้ว่าการตายดังกล่าวเป็น “การตายตามธรรมชาติ” และสามารถที่จะมอบศพให้แก่ญาติหรือผู้ที่มีอำนาจในการจัดการศพต่อไปได้ แต่หากคำตอบเข้าข่ายข้อหนึ่งข้อใดใน 2 ข้อดังกล่าวข้างต้นแล้ว แพทย์จะต้องถือว่าการตายดังกล่าวเป็น “การตายผิดธรรมชาติ” และดำเนินการอย่างการตายผิดธรรมชาติทันที¹

ประการที่ 2: การดำเนินการเมื่อแพทย์พบว่ามี การตายผิดธรรมชาติ

การดำเนินการเมื่อแพทย์พบว่ามี การตายผิดธรรมชาติ (มาตรา 148)¹ โดยทางหนึ่งทางใด เช่น เป็นผู้ป่วยในความดูแลของตน หรือเป็นผู้ที่พบศพ เป็นต้น แพทย์ต้องทำการแจ้งต่อพนักงานสอบสวน ทั้งนี้เป็นไปตามกฎหมายที่บัญญัติไว้ (มาตรา 149)¹ เพื่อให้มีการดำเนินการชันสูตรพลิกศพต่อไป (มาตรา 150)¹

“มาตรา ๑๔๘ เมื่อปรากฏแน่ชัด หรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย

การตายโดยผิดธรรมชาติ นั้น คือ

(๑) ฆ่าตัวตาย

(๒) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย

(๓) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย

(๔) ตายโดยอุบัติเหตุ

(๕) ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ”

“มาตรา ๑๔๙ ความตายผิดธรรมชาติเกิดมีขึ้น ณ ที่ใด ให้เป็นหน้าที่ของสามี ภริยา ญาติ มิตรสหาย หรือผู้ปกครองของผู้ตายที่รู้เรื่องการตายเช่นนั้นจัดการดังต่อไปนี้

(๑) เก็บศพไว้ ณ ที่ซึ่งพบนั้นเองเพียงเท่าที่จะทำได้

(๒) ไปแจ้งความแก่พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยเร็วที่สุด **หน้าที่ดังกล่าวในวรรคต้นนั้นมีตลอดถึงผู้อื่น ซึ่งได้พบศพในที่ซึ่งไม่มีสามี ภริยา ญาติ มิตรสหาย หรือผู้ปกครองของผู้ตายอยู่ในที่นั้นด้วย**

ผู้ใดละเลยไม่กระทำหน้าที่ดังบัญญัติไว้ในมาตรานี้ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท”

“มาตรา ๑๕๐ ในกรณีที่จะต้องมีการชันสูตรพลิกศพ ให้พนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่ศพนั้นอยู่กับแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือได้รับหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา ทำการชันสูตรพลิกศพโดยเร็ว..... ฯลฯ”

ประการที่ 3: เหตุแห่ง “ผลธรรมตายย่อมเกิดขึ้นได้” ในทางกฎหมาย⁶

ในทางกฎหมายนั้น “ผลที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นมีสาเหตุเฉพาะแต่เพียงผลที่เกิดขึ้นทันที เจ็บป่วย หรือซึ่งหน้าดังที่ปรากฏเท่านั้น” เพราะในทางกฎหมายทราบดีว่า ผลที่เกิดขึ้นนั้นมีได้หลายระยะและในบางครั้งเมื่อมีการกระทำขึ้นแล้ว ผลยังมีได้ปรากฏขึ้นโดยทันที แต่ก็ต้อง

ถือว่าหากเกิดผลอันนั้นขึ้นแล้ว ผู้กระทำต้องรับผลแห่งการกระทำนั้นด้วย

ตัวอย่าง:

ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกายด้วยการตีที่ศีรษะทำให้ไม่ได้สติเพราะมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ และในเนื้อสมองเกิดหัวใจล้มเหลว (cardiac failure) ต้องทำการกู้ชีพ (cardio-pulmonary resuscitation) แล้วต่อมาผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมองเพื่อนำเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะออก และต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล เกิดภาวะ “ไตวาย” เนื่องจากการที่หัวใจหยุดทำงานไปชั่วขณะนั้น จำเป็นต้องได้รับการล้างไตเป็นประจำ

หากผู้ป่วยรายนี้เสียชีวิตใน 6 เดือนต่อมา โดยสาเหตุติดเชื้อในกระแสโลหิตและไตวายเช่นนี้ ผู้ที่ทำร้ายผู้ป่วยต้องรับผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือ “การตาย” ด้วย จึงเป็นความผิดฐานทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย หาใช่รับผลเพียงการตีศีรษะ (ทำร้าย) และทำให้มีเลือดออกในโพรงกะโหลกเท่านั้น

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง:

ในเรื่องผลธรรมดาที่เกิดขึ้นได้มีบัญญัติในกฎหมายคือ

“มาตรา ๖๓ ถ้าผลของการกระทำความผิดใดทำให้ผู้กระทำความผิดต้องรับโทษหนักขึ้น ผลของการกระทำความผิดนั้นต้องเป็นผลที่ตามมาตรา ๖๓ ย่อมเกิดขึ้นได้”⁶

ดังตัวอย่างข้างต้น การที่ผู้ทำร้ายผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แม้ว่าเวลาจะผ่านมาแล้วถึง 6 เดือน แต่ก็ถือว่า **“เป็นผลธรรมดาที่เกิดขึ้นได้”** หมายความว่า การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตและมีไตวายเรื้อรังด้วยนั้น เป็นผลที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือ “บาดเจ็บ” เนื่องจากการที่ผู้กระทำร้ายตีที่ศีรษะจนทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ เกิดหัวใจล้มเหลวจนต้องได้รับการผ่าตัด เกิดไตวายตามมา และต้องได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่องจนถึงแก่ความตายในที่สุด

ความผิดที่ต้องได้รับ:

ก. หากข้อเท็จจริงได้ว่าผู้กระทำความผิดทำให้ผู้ป่วยตาย

กรณีนี้ผู้กระทำมีเจตนาที่จะ “ฆ่า” ผู้ตายให้ถึงแก่ความตายมาตั้งแต่ต้นแล้ว แต่เนื่องจากที่ไม่ประสบความสำเร็จ (ภายหลังจากที่ลงมือกระทำ) อาจด้วยเหตุผลประการหนึ่งประการใด เช่น คิดว่าตายแล้วแต่แท้จริงยังไม่ตาย, มีคนเดินผ่านมาพอดีทำให้ต้องรีบวิ่งหนีไปเสียก่อน เป็นต้น เช่นนี้เมื่อผลคือความตายเกิดขึ้น แม้ว่าจะเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้กระทำได้ลงมือกระทำถึง 6 เดือนแล้วก็ตาม ผู้กระทำย่อมต้องรับผิดชอบ “ฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา” ตามมาตรา 288⁶

“มาตรา ๒๘๘ ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี”

ข. หากข้อเท็จจริงได้ว่าผู้กระทำความผิดเพียงการทำร้ายร่างกายผู้ป่วยเท่านั้น

กรณีนี้เท่ากับว่า “เจตนา” ของผู้กระทำเพียงเพื่อให้ผู้ตายได้รับบาดเจ็บ (ต้องการสังฆอน) แต่ผลที่เกิดขึ้นกลับรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต ผู้กระทำจึงต้องรับผล (ที่หนักขึ้น) คือทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยไม่เจตนาตามมาตรา 290⁶

“มาตรา ๒๙๐ ผู้ใดมิได้มีเจตนาฆ่า แต่ทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้ผู้นั้นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปีถึงสิบห้าปี

ถ้าความผิดนั้นมีลักษณะประการหนึ่งประการใด ดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๔๙ ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุก ตั้งแต่สามปีถึงยี่สิบปี”

ประการที่ 4: การเสียชีวิตในผู้ป่วยรายนี้

ในผู้เสียชีวิตตามอุทธรณ์นี้ เป็นกรณีที่เกิดขึ้น เนื่องจาก “การถูกทำร้ายที่ศีรษะ” ทำให้ไม่รู้สึกตัวและมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองด้านขวาจนต้องเข้ารับการผ่าตัดนำเลือดที่คั่งดังกล่าวออก (โดยประสาทศัลยแพทย์) และผู้ป่วยต้องนอนในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวมาโดยตลอดและเสียชีวิตจาก “โรคปอดบวม/ปอดอักเสบ” (pneumonitis) เนื่องจากการที่ต้องอยู่รับการดูแลรักษาในสถานพยาบาลเป็นเวลานาน (hypostatic pneumonia) เช่นนี้ถือว่าเป็นผลกรรมมาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั่นเอง

อธิบาย:

1. การที่ผู้ป่วยถึงแก่ความตายในที่นี้คือ “ตายจากโรคปอดอักเสบ” (ติดเชื้อในปอดและเป็นหนอง) เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยต้องนอนนาน จึงเกิดการอักเสบของปอดที่เรียกว่า “ปอดอักเสบจากการนอนนานโดยไม่สามารถช่วยตนเองได้” (hypostatic pneumonia) นั่นเอง
2. การที่ผู้ป่วยต้องนอนนานและไม่อาจช่วยตนเองได้นี้เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและมีเลือดออกในโพรงกะโหลกคือ เลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมอง (epidural hematoma) และเนื้อสมองมีเลือดออกเป็นหย่อม ๆ และเนื้อสมองบวม (hemorrhagic contusion and brain swelling)
3. พยาธิสภาพของสมองที่เกิดขึ้นที่ปรากฏขึ้นในข้อ 2 นั้น เนื่องจากการที่ผู้ป่วย “ถูกทำร้ายร่างกายที่ศีรษะ” อย่างรุนแรง

สรุป:

1. การตายของผู้ป่วยรายนี้จึงต้องถือว่าเป็น “การตายผิดธรรมชาติ”¹ จึงต้องเข้ากระบวนการชันสูตรพลิกศพและการตรวจศพต่อ
2. ผู้ที่กระทำต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ความตายรายนี้อาจเข้าข่ายความผิดฐาน⁶ ก) ฆ่าคนตายโดยเจตนา หรือ ข) ทำร้ายผู้อื่นจนถึงแก่ความตาย นั้นเป็นอำนาจหน้าที่ของพนักงานสอบสวนเจ้าของคดี (อาญา) ที่จะต้องสืบสวนและสอบสวนเพื่อให้ได้ความจริงเพื่อดำเนินการตามกฎหมาย¹ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ:

ข้อ 1: สำหรับแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยนั้นอาจได้รับเอกสารเพื่อให้ดำเนินการให้รายละเอียดเกี่ยวกับการบาดเจ็บคือ “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” หรือ “ใบชันสูตร” ตามที่ทราบกันนั้น แพทย์จะต้องมีความตระหนักถึงการดำเนินการที่อาจเกี่ยวพันกับสภาพการบาดเจ็บและผลที่อาจตามมาหรือที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้วย กล่าวคือ หากแพทย์เห็นว่าสภาพของผู้ป่วยอาจรุนแรงถึงขั้นที่เสียชีวิตได้นั้น แพทย์ย่อมต้องไม่รีบออกเอกสารในเชิงเพียงแต่ประเมิน “การบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับ” และ “ให้ความเห็นในเรื่องวันเวลาของการหายของการบาดเจ็บ” เท่านั้น เพราะการที่แพทย์ให้ความเห็นเฉพาะการบาดเจ็บไปแล้วย่อมเป็นไปได้ที่ต่อมาผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แต่พนักงานสอบสวนกลับนำเอกสารที่แพทย์เพียงแต่ประเมินการบาดเจ็บและการหายของบาดแผลไปดำเนินการตามกฎหมาย¹ จึงเกิดความเสียหายต่อคดีอย่างมาก เช่น แทนที่จะดำเนินคดีในฐานะ “ทำร้ายผู้อื่น

หรือเจตนาทำให้อุบัติถึงแก่ความตาย” กลับดำเนินคดีไปล่วงหน้าฐาน “ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บหรือได้รับบาดเจ็บสาหัส” เท่านั้น

ข้อ 2: แพทย์ต้องไม่ลืมว่า/ต้องมีความรู้บ้างว่า การดำเนินการในทางกฎหมายอันเกี่ยวเนื่องกับกระบวนการนั้นต้องไม่เป็นการ “ฟ้องซ้ำ” “ฟ้องซ้อน” หรือ “ดำเนินกระบวนการพิจารณาซ้ำ” เพราะขัดกับหลักของกฎหมาย¹ เมื่อแพทย์รู้เช่นนี้แล้วจึงสามารถปรับกับการให้ความเห็นในทางการแพทย์ได้ กล่าวคือ

1. แพทย์ยังอาจไม่รีบดำเนินการให้รายละเอียดและความเห็นในเอกสารทางคดี “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” เพราะโดยหลักแล้ว การที่จะประเมินสภาพของผู้ป่วยได้นั้น หมายถึงผู้ป่วยต้องได้รับการรักษา บำบัด ฯลฯ จนสิ้นสุดการดำเนินการทางการแพทย์เสียก่อน หรือใกล้จะสิ้นสุดจนเห็นได้ว่าสภาพของผู้ป่วยนิ่งแล้ว (stable)
2. หากมีความจำเป็นที่แพทย์ต้องให้ความเห็นเนื่องจากเหตุประการหนึ่งประการใด (เช่น ถูกกำหนดโดยผู้บังคับบัญชาให้ต้องทำรายงาน) แพทย์อาจให้ความเห็นในลักษณะที่เป็นความเห็นเปิดหรือความเห็นที่มีเงื่อนไข เช่น
 - ก. ลักษณะการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงมากจนมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะเหนือเยื่อหุ้มสมอง และในเนื้อสมอง
 - ข. ในขณะนี้ (ลงวันที่ที่ทำความเห็น) ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (อาจกล่าวถึงการเป็นผู้ป่วยใน หรือการรักษาอย่างผู้ป่วยนอกก็ได้)
 - ค. การบาดเจ็บที่ผู้ป่วยได้รับนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตในอนาคตได้ ซึ่งขณะนี้ยังไม่สามารถที่จะประเมินได้

ข้อ 3: สาเหตุตาย (เสียชีวิต) ที่แพทย์ลงให้ นั้น น่าจะให้เงื่อนไขแห่งการเสียชีวิตไว้บ้าง ทั้งนี้เพื่อให้เกิด “การสานต่อหรือการต่อเนื่อง” ในด้านต่าง ๆ เช่น

ก. ในทางคดี เช่น ในกรณีตามอุทธรณ์ ให้ความเห็นถึง “สาเหตุที่เสียชีวิต” ไว้ว่า “**ปอดอักเสบกระจายทั้งสองข้างจากการนอนนานเนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ**” เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุที่ตายรับทราบถึง “มูลเหตุแห่งสาเหตุการตายอันแท้จริง” ที่นี้คือ ก) ปอดอักเสบกระจายทั้งสองข้าง ข) เป็นผลมาจากการนอนนาน ค) สาเหตุเนื่องจากผู้ตายได้รับอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะนั่นเอง

ส่วนการที่ผู้ตายได้รับอันตรายหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นเกิดจากสาเหตุใดเป็น “ปัญหาข้อเท็จจริง” ที่เป็นหน้าที่ของพนักงานสอบสวนจะต้องดำเนินการสืบสวนและสอบสวนต่อไป

ข. ในทางประกันภัย เพราะหากการที่ผู้ตายได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอันเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรแล้ว บริษัทประกันย่อมไม่อาจนำเอาข้อความที่แพทย์เขียน “สาเหตุการตาย” ไปอ้างกับญาติของผู้ตายที่เรียกร้องสิทธิ (insurance claiming) ว่าสาเหตุแห่งการตายคือ “เหตุตามธรรมชาติ” ซึ่งเคยปรากฏมาแล้ว และทำให้ญาติของผู้ตายต้องเสียเวลากับการดำเนินการในเรื่องนี้อีกมากมาย

ค. ในทางอื่น ๆ ที่อาจมีได้ เช่น ในเรื่องข้อกำหนดของการทำงานสำหรับ “ลูกจ้างบางแห่ง” เป็นต้น

สรุป

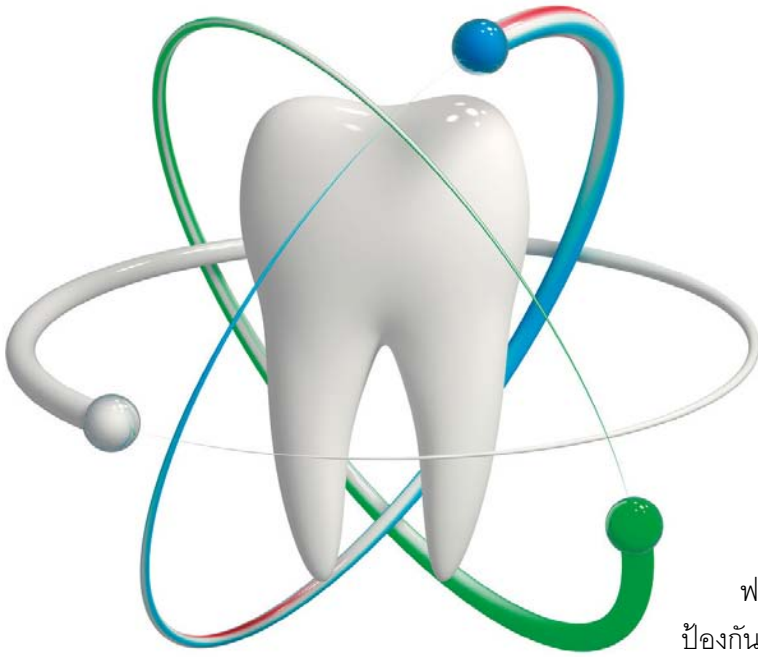
การที่ผู้ป่วยถึงแก่ความตายในความดูแลของแพทย์นั้น แพทย์ต้องให้ความสำคัญและต้องคิดถึงเรื่องการตายใน 2 ประการหลักคือ 1) การตายผิดธรรมชาติที่กฎหมายบัญญัติไว้ และ 2) การตายที่เป็นผลกรรมมาที่เกิดขึ้นได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกกระทำหรือเกิดอันตรายมาจากสาเหตุอื่นใด แม้สาเหตุที่ทำให้ตายจะเป็นจากโรคธรรมชาติก็ตาม

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiaacts/code1307.pdf>
2. ประกาศแพทย์สภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์สภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทย์สภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม 2555)”
3. ประกาศแพทย์สภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม 2555.
4. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
5. ข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. http://www.tmc.or.th/service_law02_17.php
6. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>

การทาฟลูออไรด์วานิช

ป้องกันฟันผุ



แตกตัว เกิดการแลกเปลี่ยนแร่ธาตุสร้างเป็นฟลูออไรด์อะพาไทต์และไฮดรอกซีฟลูออไรด์อะพาไทต์ได้ พบว่าผลึกใหม่นี้มีค่าพีเอชวิกฤต (Critical pH) 4.5 ซึ่งต่ำกว่าผลึกไฮดรอกซีอะพาไทต์ที่มีค่าพีเอชวิกฤต 5.5 จึงมีความทนต่อการละลายจากกรดได้ดีกว่าผลึกไฮดรอกซีอะพาไทต์

ฟลูออไรด์มีหลายประเภท พบว่า

ฟลูออไรด์วานิชเป็นฟลูออไรด์ที่มีประสิทธิภาพดีในการป้องกันฟันผุ ฟลูออไรด์วานิชที่นิยมใช้คือ 5% Sodium fluoride การรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ Cochrane ที่เกี่ยวกับการใช้ฟลูออไรด์วานิชตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975-2013 ได้รวบรวมเด็กและวัยรุ่นจำนวน 12,455 คน ได้ทำการรักษาด้วยการทาฟลูออไรด์วานิช โดยก่อนทาต้องทำความสะอาดฟันโดยเช็ดฟันขัดฟัน หรือแปรงฟันให้สะอาดเสียก่อน แล้วจึงทาฟลูออไรด์วานิชบาง ๆ ด้วยพู่กัน ควรหลีกเลี่ยงการทาโดนบริเวณเหงือกเพื่อลดโอกาสการแพ้หรืออาการระคายเคือง การศึกษาทำการเปรียบเทียบผลกับยาหลอก ผลการศึกษาพบว่าฟลูออไรด์วานิชมีประสิทธิภาพการป้องกันฟันผุร้อยละ 43 ในฟันแท้ และร้อยละ 33 ในฟันน้ำนม โดยพบว่าการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทั่วไปมีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุร้อยละ 25 เท่านั้น ภายหลังจากการทาฟลูออไรด์วานิชควรเลี่ยงอาหารแข็งอย่างน้อย 2-4 ชั่วโมงในวันนั้น และงดการแปรงฟันในวันที่ทำฟลูออไรด์วานิช เพื่อเพิ่มการยึดติดและการปล่อยฟลูออไรด์สู่ผิวเคลือบฟัน

กล่าวโดยสรุป ฟลูออไรด์วานิชมีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุร้อยละ 43 ในฟันแท้ และร้อยละ 33 ในฟันน้ำนม ซึ่งสามารถใช้เสริมจากยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กที่มีความเสี่ยงของการเกิดฟันผุสูงได้ โดยอยู่ในดุลยพินิจของทันตแพทย์

ปัจจุบันโรคฟันผุยังคงเป็นปัญหาทางทันตสาธารณสุขของประเทศไทย จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งล่าสุดยังพบว่า ความชุกในการเกิดโรคฟันผุลดลงจากเดิมเพียงเล็กน้อย จึงนับว่ายังคงเป็นปัญหาที่ต้องการการป้องกันและแก้ไข การใช้ฟลูออไรด์เป็นวิธีที่ยอมรับกันทั่วไปว่าสามารถป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลในการป้องกันฟันผุของฟลูออไรด์เป็นผลเฉพาะที่บนผิวฟันและบริเวณรอบ ๆ ตัวฟัน (topical effect) มากกว่าผลจากทางระบบ (systemic effect) กลไกหลักที่สำคัญของฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุคือ การส่งเสริมการสะสมของแร่ธาตุที่ผิวฟัน (enhancement of tooth mineralization) และทำให้เกิดการย้อนกลับของการละลายตัวของแร่ธาตุที่ผิวฟัน (reversal of tooth demineralization) ฟลูออไรด์ในความเข้มข้นต่ำ น้อยกว่า 1 ส่วนในล้านส่วน (ppm) สามารถกระตุ้นให้เกิดการสะสมแร่ธาตุคืนกลับ (remineralization) ส่วนผลต่อผลึกของฟันพบว่าฟลูออไรด์ที่ระดับ ≤ 100 ppm จะแทนที่ในผลึกไฮดรอกซีอะพาไทต์ (Hydroxyapatite) เกิดเป็นฟลูออไรด์อะพาไทต์ (Fluoroapatite) และไฮดรอกซีฟลูออไรด์อะพาไทต์ (Hydroxyfluoroapatite) เมื่อมีฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงมากกว่า 100 ส่วนในล้านส่วนจะทำให้เกิดเป็นแคลเซียมฟลูออไรด์ (Calcium fluoride) และอาจ



กทม. เจลิมพระเกียรติฯ 81 พรรษามหาราชนี รณรงค์หญิงไทยป้องกันมะเร็ง ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม **ฟรี**

โรคมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของประชาชนก่อนวัยอันควร และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย จากข้อมูลสถิติของสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (IARC) มะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งติ่งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ การตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก (early detection) คือการค้นหาลักษณะที่เพิ่งเริ่มมีอาการ (early diagnosis)

หรือการคัดกรองโรคมะเร็งในผู้ที่ยังไม่มีอาการ (cancer screening) เพื่อการตรวจวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ต่อไป การคัดกรองและการค้นพบโรคในระยะเริ่มแรกจะทำให้สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ และสามารถลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งที่สามารถคัดกรองได้ โดยเฉพาะโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง และสามารถรักษาให้หายได้หากพบในระยะเริ่มแรก

ในประเทศไทยจากสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2554 พบว่า ภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพสตรีโดยไม่มีสัญญาณเตือนล่วงหน้า ได้แก่ มะเร็งเต้านม ซึ่งพบมากเป็นอันดับ 1 และตามมาด้วยมะเร็งปากมดลูก ข้อมูลของสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ องค์การอนามัยโลก (ค.ศ. 2008) ระบุว่าในแต่ละปีจะมีผู้หญิงไทยเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 10,000 คน หรือวันละ 27 คน และเสียชีวิตประมาณ 5,200 คน หรือเฉลี่ยวันละ 14 คน ส่วนมะเร็งเต้านมพบปีละ 12,000 คน เฉลี่ยวันละ 34 คน และเสียชีวิต 4,400 คน หรือวันละ 12 คน

ด้วยความตระหนักและห่วงใยในคุณภาพชีวิตของสตรีไทยที่มีบทบาทสำคัญและเป็นหนึ่งในกำลังหลักของครอบครัวตลอดจนสังคม สำนักการแพทย์ โดยคณะกรรมการชมรมสตรีไทยห่วงใยสุขภาพ สำนักการแพทย์ เห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงจัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เจลิมพระเกียรติฯ 81 พรรษามหาราชนี เพื่อช่วยลดอัตราการเกิดโรค การป่วย และการตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกขึ้นเมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมา ณ ห้องรัตนโกสินทร์ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร (เสาชิงช้า) โดยมี **ม.ร.ว.สุขุมพันธุ์ บริพัตร** ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร, **ดร.สุสดี ตามไท** รองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร, **นพ.พีระพงษ์ สายเชื้อ** รองปลัดกรุงเทพมหานคร, **นพ.สามารถ ตันอริยกุล** ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ และ

พญ.กิตติยา ศรีเลิศฟ้า รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ แถลงข่าว “โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เจลิมพระเกียรติฯ 81 พรรษามหาราชนี” เพื่อตอกย้ำนโยบายด้านสุขภาพผู้หญิง (Women We Care 2013) และเน้นการป้องกันหญิงไทยจากโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ซึ่งเกิดอุบัติเหตุและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของโรคมะเร็งที่พบในสตรี

ม.ร.ว.สุขุมพันธุ์ บริพัตร ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร กล่าวถึงรายละเอียดในการ



จัดงานครั้งนี้ว่า “โครงการนี้จัดให้มีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ณ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร รวมทั้งหมด 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาล

หลวงพ่อดิศักดิ์ ชูติโนโร อุทิศ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลผู้สูงอายุ บางขุนเทียน เริ่มตั้งแต่วันที่ 9-23 สิงหาคม พ.ศ. 2556 โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และสามารถให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ในราคาพิเศษ เนื่องจากเป้าหมายของโครงการนี้คือ ต้องการลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ซึ่งผลรับที่ได้อาจจะยังไม่ปรากฏให้เห็นภายในระยะสั้นในหนึ่งปีหรือสองปีนี้ แต่ได้มีการตรวจคัดกรองต่อไป และพี่น้องประชาชนให้ความร่วมมือกลับมาตรวจเป็นประจำ ผมคิดว่าเราสามารถลดอัตราเสี่ยง และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้”



ม.ร.ว.สุขุมพันธุ์ กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับโครงการการดูแลสุขภาพในกลุ่มสตรีของกรุงเทพมหานครให้ฟังว่า “นอกเหนือจากโครงการนี้ เรายังมีการดูแลสุขภาพของสตรีอย่างครบวงจร ไม่ใช่แค่เฉพาะเรื่องโรคมะเร็ง เนื่องจากผมคิดว่าวิถีชีวิตของผู้หญิงจะยึดโยงอยู่กับการตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลบุตร ดังนั้น เราจึงมีบริการทางด้าน การให้คำปรึกษาและการรักษาพยาบาลเป็นแบบครบวงจร เพื่อมุ่งให้กรุงเทพฯ เป็นเมืองสุขภาพดี ผู้คนมีความสุข”

“ทั้งนี้กรุงเทพมหานครไม่ได้ทำงานเพียงลำพัง เราทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นมานานแล้ว โดยมีองค์กรในเครือข่ายหลายองค์กรด้วยกัน ไม่ใช่แค่เฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร หรือสำนักอนามัยเท่านั้น แต่ยังมีโรงพยาบาลในสังกัดอื่นทั้งของกองทัพอากาศ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ฯลฯ จะเห็นได้ว่าความยิ่งใหญ่ของ กทม. ไม่ใช่ความยิ่งใหญ่ในตนเอง แต่เป็นความยิ่งใหญ่ในการสร้างเครือข่ายเพื่อความสุขของพี่น้องประชาชน”

นพ.สามารถ ดันอธิกุล ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กล่าวถึงรูปแบบการจัดบริการตรวจคัดกรองว่า “เราจัดบริการโดยคำนึงถึงความสะดวกของผู้รับบริการเป็นสำคัญ เน้นการตรวจแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จภายในโรงพยาบาล และส่งต่อในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ เพื่อรับการตรวจเพิ่มเติมกรณีพบความผิดปกติในการตรวจคัดกรองเบื้องต้น โดยเจ้าหน้าที่จะนัดหมายและส่งต่อเพื่อรับการตรวจให้เป็นกรณีพิเศษ ดังนี้ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี และโรงพยาบาลสิรินธร ส่งต่อมายังโรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ส่งต่อมายังโรงพยาบาลตากสิน, โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลหลวงพ่อดิศักดิ์ ชูติโนโร อุทิศ ส่งต่อมายังโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์”

สำหรับความคาดหวังต่อโครงการนั้น **นพ.สามารถ** กล่าวว่า “อยากเห็นอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจาก 2 โรคนี้นลดลง โดยในปีที่เราตั้งเป้าว่าจะทำการรณรงค์สองโรคนี้นี้ต่อเนื่องทั้งปี รวมถึงการนำเสนอผู้บริหารเกี่ยวกับเรื่องของวัคซีนเพื่อฉีดป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจะเริ่มจากกลุ่มเด็กนักเรียนหญิงในสังกัดของ กทม. ก่อน เนื่องจากว่าสองโรคนี้นี้ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และทางด้านการแพทย์มาก ตั้งแต่ในส่วนตัวบุคคลที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและเป็นหลักสำคัญของครอบครัว ถ้ามีอะไรกระทบกระเทือนไปแค่ทางด้านจิตใจก็ถือว่าแย่แล้ว นอกจากนี้ในส่วนของการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของสองโรคนี้นี้ก็สูงมาก ทางกรุงเทพมหานครจึงเน้นในเรื่องของการส่งเสริมป้องกันให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มของโรคที่สามารถส่งเสริมป้องกันได้ เราจะเข้าไปดูแลให้มากที่สุดเพื่อลดปัญหาที่จะตามมาภายหลัง”

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการให้ความสำคัญและมีการรณรงค์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมกันมากก็ตาม แต่อุบัติการณ์การเกิดสองโรคนี้นี้ยังไม่ลดลง สาเหตุที่เป็นเช่นนั้น **นพ.สามารถ** กล่าวว่า “ไม่ใช่เฉพาะแค่ในประเทศไทยเท่านั้นที่มี

อุบัติการณ์สูงจริง ๆ แล้วในต่างประเทศก็เช่นกัน เนื่องจากสองโรคนี้นี้เป็นภัยเงียบที่ไม่แสดงอาการจึงทำให้สตรีส่วนหนึ่งไม่ทราบ ทำให้กลายเป็นมะเร็งในระยะต่อมา รวมถึงการที่คนยังขาดความรู้ การป้องกันที่ดีที่สุดคือ การศึกษาให้ความรู้ ดังนั้น การรณรงค์จึงควรเริ่มตั้งแต่ตอนเด็กในช่วงวัย 9-10 ขวบ ก่อนมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียน เน้นในเรื่องของการส่งเสริมการป้องกันให้มากขึ้น ทั้งนี้ส่วนของมะเร็งปากมดลูกที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus หรือ HPV การฉีดวัคซีนจะช่วยป้องกันในส่วนนี้ได้”

ด้าน **พญ.กิตติยา ศรีเลิศฟ้า รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์** กล่าวเพิ่มเติมถึงการจัดโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เฉลิมพระเกียรติฯ 81 พรรษามหาราชินี ว่า “จริง ๆ แล้วการตรวจคัดกรองมะเร็งทั้งสองโรคนี้นี้เราทำเป็นงานประจำอยู่แล้ว แต่การที่เราจัดทำโครงการนี้ก็เพื่อให้ประชาชนมีความตื่นตัวในช่วงของวันแม่ในเดือนสิงหาคม อีกทั้งยังเป็นการดำเนินตามนโยบายของท่านผู้ว่าฯ ภายใต้คอนเซ็ปต์ “กทม. ห่วงใยสตรียุคใหม่ ด้านภัยมะเร็ง” จึงอยากให้ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีความตื่นตัว ใส่ใจในสุขภาพ มีวินัยกับตัวเองในการตรวจเช็คสุขภาพทุกปี”

“สาเหตุที่มีการตรวจพบโรคมะเร็งมากขึ้น เนื่องจากมีคนมาตรวจเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการตรวจพบด้วยตนเอง หรือการตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้มีการตรวจพบเร็วขึ้น ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์ได้เร็วขึ้น นอกจากนี้วิธีการรักษาในปัจจุบันก็มีความเจริญก้าวหน้าทันสมัยมากขึ้น ทำให้อัตราการรอดชีวิตของคนไข้ทั้งในส่วนของมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกจึงมีมากขึ้น”

สุดท้ายนี้ **พญ.กิตติยา** กล่าวถึงปัญหาที่ทำให้โรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมยังคงเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้หญิงไทยเสียชีวิตในลำดับต้น ๆ ด้วยว่า “สำหรับมะเร็งเต้านมนอกจากเรื่องของกรรมพันธุ์แล้ว ยังมีเรื่องของบุหรี่ย รวมถึงสภาพแวดล้อมสิ่งรอบตัวที่เป็นสาเหตุของสารก่อมะเร็งที่มีมากขึ้นในปัจจุบัน หลายสาเหตุปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้สถิติการเกิดเป็นโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ในส่วนของมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันมีการผลิตวัคซีนได้สำเร็จ จึงทำให้โรคนี้นี้กลายเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถ้าวัคซีนมีราคาถูกกว่านี้ และสามารถกำหนดให้เข้าเป็นแผนของวัคซีนแห่งชาติ ผู้หญิงไทยก็จะป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยลง”



เซเรบอส รุกตลาดความงาม เปิดตัว

แบรนด์ อินเนอร์ไชน์ รูบิฟิกเนเจอร์ เวสเซนซ์

ใหม่



“เซเรบอส” เดินหน้าเข้าสู่ตลาดความงาม เปิดตัว “แบรนด์อินเนอร์ไชน์ รูบิฟิกเนเจอร์ เอสเซนซ์” นวัตกรรมที่ผสมผสานความมหัศจรรย์ของ “แอสตาแซนธิน” สกัดจากสาหร่ายสแกนดิเนเวีย พร้อมผสมคุณค่าจากธรรมชาติของ “ไฮโดรไลซ์คอลลาเจนเปปไทด์ และวิตามินซี” เอกสิทธิ์เฉพาะของแบรนด์อินเนอร์ไชน์ ช่วยต่อต้านอนุมูลอิสระ ตอบโจทย์คนรุ่นใหม่ที่รักความงาม

ดร.ลักขณา ลีละยุทธโยธิน ประธานกรรมการบริหารฝ่ายผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ บริษัทเซเรบอส แปซิฟิก จำกัด กล่าวว่า ความสวยความงามเป็นสิ่งที่คนให้ความสำคัญในทุกยุคทุกสมัย ประกอบกับในปัจจุบันมีเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ช่วยให้ดูดีได้อย่างไม่ยาก ซึ่งอาหารเสริมก็เป็นอีกตัวเลือกหนึ่งที่ได้ได้รับความนิยมเป็นอย่างสูง ดังนั้น แบรนด์จึงได้เปิดตัวนวัตกรรมใหม่ “แบรนด์อินเนอร์ไชน์ รูบิฟิกเนเจอร์ เอสเซนซ์” โดยแบรนด์อินเนอร์ไชน์จัดอยู่ในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่างจากสินค้าอื่น ๆ ของแบรนด์ แต่มีจุดหนึ่งเหมือนกันคือ ส่วนผสมที่ทรงคุณค่าจากธรรมชาติอย่างแท้จริง และคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ที่มีผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือมารองรับ ซึ่งมั่นใจว่าจะได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี

โดยแบรนด์อินเนอร์ไชน์ รูบิฟิกเนเจอร์ เอสเซนซ์ ได้นำแอสตาแซนธิน ซึ่งสกัดจากสาหร่ายสแกนดิเนเวีย ผสมกับคุณค่าจากธรรมชาติของไฮโดรไลซ์คอลลาเจนเปปไทด์ และวิตามินซี ช่วยในกระบวนการต่อต้านอนุมูลอิสระ รสชาติอร่อย ใช้ง่าย ทั้งนี้ แอสตาแซนธินเป็นสารต้านอนุมูลอิสระสีแดงที่สกัดมาจากสาหร่ายอีมาโตคอกคัส พลูวูเอลิส ซึ่งเป็นสาหร่าย

ขนาดเล็กที่เป็นต้นกำเนิดของห่วงโซ่อาหาร พบได้ในประเทศแถบสแกนดิเนเวีย ความมหัศจรรย์ของสาหร่ายนี้คือ สามารถอยู่รอดได้แม้ในสภาวะแห้งแล้ง หนาวจัด หรือร้อนจัด โดยจะมีคุณลักษณะพิเศษคือ ผลิตสารซูเปอร์แอนติออกซิแดนท์สีแดง หรือที่เรียกว่าแอสตาแซนธิน ซึ่งสารดังกล่าวจะช่วยปกป้องเซลล์ของสาหร่าย ทำให้มีชีวิตอยู่รอดได้นานถึง 20 ปีในสภาวะที่ขาดน้ำและอาหาร ซึ่งการเลือกรับประทานอาหารที่อุดมด้วยตัวต้านอนุมูลอิสระจะช่วยเสริมการกำจัดอนุมูลอิสระของร่างกาย

ดร.ลักขณา กล่าวเพิ่มเติมว่า กลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มผู้หญิงอายุ 25-39 ปี ที่ใส่ใจในเรื่องของความสวยความงาม ดูแลผิวพรรณ มีการซื้อผลิตภัณฑ์ความงามมาใช้อย่างต่อเนื่อง เช่น การทาครีมหรือเซรั่มอย่างเป็นประจำเพื่อต้องการคงความอ่อนเยาว์ และชะลอความเสื่อมของผิวพรรณ เนื่องจากต้องเผชิญกับแสงแดด ความเครียด และมลภาวะต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุสำคัญของความเสื่อมของผิวพรรณ แต่คนกลุ่มนี้จะมีแรงขับเคลื่อนที่จะบำรุงและดูแลตัวเองให้ดูดีอยู่เสมอ คนเหล่านี้พร้อมเปิดรับนวัตกรรมใหม่ ๆ และสนใจที่จะทดลองใช้สินค้าใหม่ ๆ เพื่อรักษาความงามของผิวพรรณไว้กับตนอย่างยาวนาน

“ใคร ๆ ก็อยากดูดีและมีสุขภาพผิวที่ดี ทำให้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพผิวพรรณในปัจจุบันได้พัฒนาไปอย่างไม่หยุดยั้ง จึงทำให้ตลาดอาหารเสริมเพื่อสุขภาพและความงามโตขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้ผลิตภัณฑ์ที่ดูแลความสวยความงามส่วนมากเป็นเพียงการดูแลผิวพรรณแต่เพียงภายนอกเท่านั้น ดังนั้น แบรนด์อินเนอร์ไชน์จึงได้เล็งเห็นถึงช่องว่างการตลาดในจุดนี้ว่ายังไม่มียาอาหารเสริมเพื่อสุขภาพผิวที่ดีที่สามารถตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้บริโภคได้อย่างแท้จริง”

ดร.ลักขณา กล่าวทิ้งท้าย

ศิริราช ย่นระยะเวลาการตรวจเลือด ด้วยท่อลมขนาดเล็ก ความเร็วสูง

โรงพยาบาลศิริราชเปิดระบบปฏิบัติการเจาะ-ส่งเลือดครบวงจร โดยส่งหลอดเลือดไปยังห้องปฏิบัติการผ่านทางท่อลมขนาดเล็กความเร็วสูง 7 เมตรต่อ 1 วินาที แห่งแรกในเอเชีย เพื่อลดกำลังคนในการนำส่ง ย่นระยะเวลา ทำให้วินิจฉัยได้เร็วขึ้น และผู้ป่วยไม่ต้อง รอพบแพทย์นาน

ผศ.นพ.วิศิษฐ์ วามวาณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช กล่าวว่า สืบเนื่องจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีวิสัยทัศน์ในการเป็นสถาบันทางการแพทย์ของแผ่นดิน มุ่งสู่ความเป็นเลิศในระดับสากลโดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และเพื่อให้การรักษา



มากที่สุดเป็นแห่งแรกของไทยในระดับมหาวิทยาลัย โดยล่าสุดได้นำระบบท่อลมอัตโนมัติขนาดเล็กครบวงจร ซึ่งมีวิธีการส่งหลอดเลือดไปยังห้องปฏิบัติการผ่านทางท่อลม นอกจากจะย่นระยะเวลาและลดกำลังคนแล้ว ยังมีความปลอดภัยด้วย ทั้งนี้ระบบดังกล่าวเป็นที่ยอมรับและใช้กันในยุโรป ซึ่งโรงพยาบาลศิริราชตัดสินใจนำเข้ามาใช้เป็นแห่งแรกในเอเชีย

ด้าน **รศ.นพ.เจตชัย นพมณีจรัสเลิศ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช** กล่าวว่า เนื่องจากแต่ละวันมีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาประมาณ 5,000-6,000 คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่ต้องการเจาะเลือดตามที่แพทย์ประเมินอาการวันละ 1,700-2,000 คน บ่อยครั้งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาแต่เช้ามืด แต่เนื่องจากห้องเจาะเลือดที่ติดผู้ป่วยนอกอยู่ห่างจากห้องปฏิบัติการที่ตึกจุฬาลงกรณ์วิทยา รวมระยะทางประมาณ 450 เมตร จึงมีปัญหาการส่งเลือด ต้องใช้แรงงานคนในการนำส่ง ซึ่งนอกจากจะเสียเวลาทั้งผู้รับและผู้ให้บริการแล้ว ยังทำให้ผลการวินิจฉัยล่าช้า และผู้ป่วยต้องคอยนานในการรอพบแพทย์ด้วย

สำหรับระบบท่อลมอัตโนมัตินี้สามารถอำนวยความสะดวกในการจัดส่งหลอดเลือดให้มีความรวดเร็วมากยิ่งขึ้น โดยใช้แรงดันลมในการนำส่งหลอดเลือดต่อเนื่องกันได้ ผ่านท่อนำส่งขนาด 2.5 ซม. ที่สามารถทนต่อสารทำลายต่าง ๆ ด้วยความเร็วเคลื่อนที่ 7 เมตรต่อ 1 วินาที มีอุปกรณ์ตรวจจับความไวที่สามารถบอกสถานการณ์ส่งและบอกจำนวนตัวอย่างที่ส่งผ่านท่อไปแล้วได้ นอกจากนี้ยังมีระบบทำความสะอาดภายในท่อ จึงมั่นใจในความปลอดภัยของการใช้งาน

ผศ.นพ.เสถียร สุขพนิชนันท์ หัวหน้าภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก กล่าวว่า ระบบท่อลมอัตโนมัตินี้เป็นระบบที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทยอยจัดส่งตัวอย่างเลือดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีความรวดเร็ว ไม่ต้องรอเก็บหลอดเลือดเป็นจำนวนมาก แล้วให้เจ้าหน้าที่เดินนำส่งห้องปฏิบัติการ ทำให้ห้องปฏิบัติการสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง สามารถวิเคราะห์และรายงานผลตรวจเลือดไปยังแพทย์ได้เร็วขึ้น ก่อนการใช้ระบบท่อลมอัตโนมัติ ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก ได้มีการศึกษาผลกระทบต่อการทดสอบเปรียบเทียบกับวิธีการส่งด้วยวิธีปกติ และพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในการแปรผลการตรวจเลือด

เป็นไปอย่างถูกต้อง มีคุณภาพ รวมทั้งลดระยะเวลา รอคอยการเข้ารับการรักษาจากแพทย์

ทางคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงมุ่งพัฒนาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ซึ่งดำเนินงานด้วยระบบคุณภาพ ISO 15189 มีความสามารถทางวิชาการ ผลการทดสอบหรือสอบเทียบเป็นที่เชื่อถือ สามารถให้บริการการทดสอบตรวจเลือด ปัสสาวะ น้ำคร่ำ เชื้อแบคทีเรียในเลือด และสารคัดหลั่งจากส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย อีกทั้งเกณฑ์การประเมินเป็นที่ยอมรับแก่องค์กรต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ โดยเฉพาะกลุ่มสมาชิก APLAC และ ILAC ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีเลิศ ลดการสูญเสียเงินตราต่างประเทศ สร้างโอกาสและสามารถแข่งขันกับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ และยังเป็นโอกาสในการเชื่อมโยงหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้เกิดการประสานร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพทางห้องปฏิบัติการด้วย ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้มอบใบรับรองห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ISO 15189 แก่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นจำนวน 42 ห้องปฏิบัติการ ซึ่งได้รับ ISO 15189



สร. เชิญประชุมโรคไข้เลือดออกนานาชาติ

ระดมไทย-เทศ ป้องกัน ควบคุมไข้เลือดออก



นพ.ประดิษฐ์ สินธวณรงค์



ดร.นพ.วิเศษ ศิริวันรังสรรค์

ปัญหาไข้เลือดออกนับเป็นปัญหาสำคัญที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จากผลสำรวจพบว่า สถานการณ์โรคไข้เลือดออกตั้งแต่ 1 มกราคม-27 สิงหาคม พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วย 109,468 ราย เสียชีวิต 102 ราย ซึ่งมากกว่าปีที่ผ่านมาถึง 3 เท่า ในช่วงเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. 2555 ซึ่งมีผู้ป่วยเพียง 36,587 ราย เสียชีวิต 37 ราย ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขได้รณรงค์ให้ประชาชนในประเทศไทยเร่งป้องกันตนเองและลูกหลาน โดยช่วยกันกำจัดยุงลาย และลูกน้ำยุงลายด้วยมาตรการ 5 ป 1 ข เป็นประจำทุกสัปดาห์ โดยร่วมมือปฏิบัติกันทั้งชุมชน ได้แก่ ปิดฝาภาชนะเก็บกักน้ำ เปลี่ยนถ่ายน้ำทุก 7 วัน เช่น แจกันดอกไม้ ถึงเก็บน้ำสำหรับอาบ ปลอยปลาหางนกยูงหรือปลากินลูกน้ำลงในอ่างบัว หรือภาชนะกักเก็บน้ำที่ไม่มีฝาปิด ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีน้ำขัง ปฏิบัติเป็นประจำทุกสัปดาห์ และขัดภาชนะที่เคยใช้เก็บน้ำก่อนนำมากรองรับน้ำครั้งใหม่ เพราะในภาชนะอาจมีไข่ยุงติดอยู่

เพื่อเป็นการหาแนวทางและประสานความร่วมมือทั้งด้านองค์ความรู้และการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงได้มีการจัดประชุมวิชาการโรคไข้เลือดออกนานาชาติขึ้น ซึ่งประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพเป็นปีที่ 3 โดยจะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 21-23 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ณ โรงแรมอิมพิเรียล คิวินปาร์ค กรุงเทพฯ

นพ.ประดิษฐ์ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้การสนับสนุนการจัดประชุมวิชาการสาธารณสุขระดับนานาชาติในประเทศไทย เพื่อเน้นการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขของประเทศไทยให้ก้าวสู่

ความเป็นสากลมากยิ่งขึ้น และเปิดโอกาสให้นักวิชาการที่เกี่ยวข้องได้เข้าร่วมประชุมเพื่อนำความรู้มาพัฒนาการทำงานและช่วยประหยังบประมาณของประเทศ ในการส่งบุคลากรไปร่วมประชุมในต่างประเทศ สำหรับโรคไข้เลือดออกนั้น ประเทศไทยมี

องค์ความรู้ในระดับแนวหน้า จึงได้มีการจัดประชุมโรคไข้เลือดออกนานาชาติในประเทศไทย ซึ่งปีนี้ได้จัดการประชุมวิชาการโรคไข้เลือดออกนานาชาติ ครั้งที่ 3 ประจำปี พ.ศ. 2556 ขึ้นระหว่างวันที่ 21-23 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ณ โรงแรมอิมพิเรียล คิวินปาร์ค กรุงเทพฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักวิชาการไทยและต่างประเทศเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประสานความร่วมมือกันทั้งด้านองค์ความรู้และการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกัน การประชุมดังกล่าวได้รับการตอบรับจากนักวิชาการชาวไทยและชาวต่างชาติเป็นอย่างมาก ดูได้จากจำนวนงานวิจัยที่ถูกส่งเข้ามาเพื่อนำเสนอในที่ประชุมมีจำนวนมากเกินอัตราที่ผู้จัดจะสามารถพิจารณารับข้อเสนอดังทั้งหมด

ด้าน ดร.นพ.พรเทพ ศิริวันรังสรรค์ อธิบดีกรมควบคุมโรค

กล่าวว่า ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพจัดประชุมวิชาการโรคไข้เลือดออกนานาชาติมาแล้ว 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2543 จัดขึ้นที่จังหวัดเชียงใหม่ และครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2551 จัดขึ้นที่จังหวัดภูเก็ต และครั้งที่ 3 จะจัดขึ้นที่กรุงเทพฯ เป็นระยะเวลา 3 วัน โดยในปีนี้หัวข้อในการประชุมคือ “Global Dengue: Challenges and Promises” เนื้อหาการประชุมที่น่าสนใจ ได้แก่ การพัฒนาวัคซีนไข้เลือดออกในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก การนำเสนอสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกที่เปลี่ยนแปลงไป หลายประเทศที่ไม่เคยพบรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกปีนี้มีรายงานผู้ป่วยแล้วอย่างสหรัฐอเมริกา โรคไข้เลือดออกนับเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่

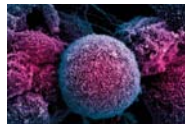
นอกจากนี้การประชุมเน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านพยาธิวิทยาของโรคไข้เลือดออก การควบคุมยุงพาหะของโรคไข้เลือดออก และการศึกษาการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยไข้เลือดออก สำหรับประเทศไทย นักวิชาการไทยได้มีโอกาสนำเสนอในเวทีนานาชาตินี้หลายหัวข้อ ได้แก่ ด้านระบาดวิทยา ด้านมาตรการการควบคุมยุงพาหะ ด้านไวรัสวิทยา โรคไข้เลือดออก ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก เป็นต้น ขณะนี้มีผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมแล้วทางเว็บไซต์ 555 ราย

ผู้ที่สนใจแต่ยังไม่ได้ลงทะเบียนสามารถลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2556 ทางเว็บไซต์ www.dengue2013bangkok.com หากลงทะเบียนไม่ทันสามารถลงทะเบียนหน้างานในระหว่างการประชุมได้ ค่าลงทะเบียนบุคคลทั่วไปอัตราค่าลงทะเบียน 5,500 บาท นิสิต/นักศึกษาที่มีหนังสือรับรองการเป็นนักศึกษา 4,000 บาท ค่าลงทะเบียนนี้รวมค่าเอกสาร อาหารกลางวัน อาหารว่าง หนังสือบทคัดย่อผลงานทางวิชาการ และเข้าร่วมงานนิทรรศการ ผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นแพทย์หรือพยาบาลจะได้รับอนุมัติหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องจากศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลอีกด้วย

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
15-17 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยเอนโด คอ นาสิก แพทย์ แห่งประเทศไทย	ประชุมวิชาการประจำปีราชวิทยาลัยเอนโด คอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 2/56 ณ แพทยสมาคม อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2354-7711 ต่อ 93685, 93073 โทรสาร 0-2252-7787 www.rcot.org
17-18 ตุลาคม 2556 	ศูนย์ตวาระตวาศาสตร์	งานประชุมวิชาการประจำปี “11 th Annual Meeting” Theme: Specialty Day ณ โรงแรม The Tide บางแสน จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2926-9957 E-mail: tueyecenter@hotmail.com www.tec.in.th
18-20 ตุลาคม 2556 	สมาคมต่อมไร้ท่อ แห่งประเทศไทย	Endo-Nephro Meeting 2013 ณ โรงแรมเดอะชาयน์ พัทยา จ.ชลบุรี	www.thaiendocrine.org
20-22 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการประจำปี 2556 ใน Theme “Current Trends in Orthopaedics 2013” ณ ศูนย์ประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคัลฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	www.rcost.or.th/meeting2013
20-23 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยสูติรีแพทย์ แห่งประเทศไทย	The 23 rd Asian and Oceanic Congress of Obstetrics and Gynaecology (AOCOG 2013) Themed “Challenges in Women’s Healthcare” ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ กรุงเทพฯ	โทรสาร 0-2716-5720 www.aocog2013.org
23-26 ตุลาคม 2556 	สมาคมโรคติดเชื้อ แห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่วิชาการประจำปี ครั้งที่ 39 ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติเอ็มเพรส โรงแรมเอ็มเพรส จ.เชียงใหม่	โทรศัพท์ 0-2716-6874 โทรสาร 0-2716-6807 www.idthai.org
24-25 ตุลาคม 2556 	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์ แห่งประเทศไทย และ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	การประชุมใหญ่กุมารเวชศาสตร์ ครั้งที่ 76 Science and Innovations in Pediatric Practice ณ โรงแรม Le Meridien Chiang Mai	โทรศัพท์ 0-2716-6200-1 ต่อ 104 โทรสาร 0-2716-6202
24-25 ตุลาคม 2556 	ชมรมศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดี ตับอ่อน แห่งประเทศไทย	งาน HBP Surgery 2013: From basic to advance ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร ชั้น 3 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซ.ศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5957, 0-2716-6661 ต่อ 6040 โทรสาร 0-2716-5957
30 ตุลาคม-1 พฤศจิกายน 2556 	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ แห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	การประชุมวิชาการสัญจร ครั้งที่ 25 ณ ห้องประชุมศูนย์แพทยศาสตร์ ชั้นคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จ.จันทบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6744 ต่อ 11, 08-1450-4719, 08-9139-4555 โทรสาร 0-2718-1652 E-mail: rcpt@asianet.co.th www.rcpt.org

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

Highlight International Congress 2013

Date	Title	City	Country	Contact
22-23 October 2013 	Evidence-Based, Data-Driven Patient Recruitment and Retention	Bethesda, Maryland	United States of America	www.healthtech.com/Patient-Recruitment-Retention/
23-24 October 2013 	Point of Care: Innovations of the Future	London	United Kingdom	www.smi-online.co.uk/2013pointofcare2.asp
26-27 October 2013 	International Conference on Applied Sciences	Wuhan	China	www.icoas2013.net/index.htm
1-3 November 2013 	Australasian Military Medicine Association-Repat Foundation Joint Conference 2013	Adelaide	Australia	www.amma.asn.au/amma2013
4-6 November 2013 	1 st Global Conference: Suicide, Self-Harm and Assisted Death	Athens	Greece	www.inter-disciplinary.net/probing-the-boundaries/persons/suicide-self-harm-and-assisted-dying/suicide-self-harm-and-assisted-dying/
4-6 November 2013 	5 th Annual ADAPT Congress 2013	Cambridge, Massachusetts	United States of America	www.adaptcongress.com
4-8 November 2013 	PEGS Summit Europe-Protein & Antibody Engineering	Lisbon	Portugal	www.pegsummiteurope.com
5-7 November 2013 	Frontiers in Cancer Science 2013	-	Singapore	www.csi.nus.edu.sg/conference2013/
6-9 November 2013 	ASEAN Arthroscopy & Sports Medicine Congress 2013 (AASMC)	Kuala Lumpur	Malaysia	http://my-arthroscopy.com/Conf/AASMC2013/index.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



GSK ร่วมสร้างอาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์

บริษัท แก๊สโซนิค (ประเทศไทย) จำกัด โดย นางโสมรสา พงษ์เพิ่มพฤษ (ที่ 2 จากขวา) มอบเงินจำนวน 500,000 บาท จากการจัดกิจกรรม “The Science behind Success” ศาสตร์ความสำเร็จของรณรงค์ฟอร์มูลาวัน รอบการกุศลร่วมกับสยามพารากอน เนื่องในโอกาสที่บริษัทฉลองครบรอบปีที่ 50 ของการดำเนินธุรกิจในประเทศไทย เพื่อร่วมสมทบทุนการก่อสร้างอาคารภูมิสิริ

มังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมี หม่อมราชวงศ์ปริยงค์ศรี วัฒนคุณ ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย ฝ่ายการจัดหารายได้ (ที่ 2 จากซ้าย) รับมอบ ณ สำนักงานจัดหารายได้ สภากาชาดไทย เมื่อไม่นานมานี้

แม็คโคร มอบเครื่องช่วยหายใจ S.W.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา

บริษัท สยามแม็คโคร จำกัด (มหาชน) ศูนย์ค้าส่งสินค้าอุปโภคบริโภคครบวงจร ในระบบสมาชิก นำโดย นายเบญจ เวศอยู่ (ที่ 2 จากซ้าย) ผู้จัดการทั่วไป แม็คโคร สาขาอยุธยา มอบเครื่องช่วยหายใจมูลค่ากว่า 3.8 แสนบาท ให้แก่โรงพยาบาลเสนา ภายใต้โครงการฟื้นฟูโรงพยาบาลหลังน้ำท่วม มอบเครื่องช่วยหายใจจำนวน 10 เครื่อง แก่ 10 โรงพยาบาลในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยยามฉุกเฉิน โดยมี นพ.ศราวุธ ตั้งศรีสกุล (ที่ 1 จากขวา) เป็นตัวแทนรับมอบ ณ ห้องประชุมบุศราคม โรงพยาบาลเสนา อ.เมือง จ.พระนครศรีอยุธยา เมื่อไม่นานมานี้



ประชุมคณะกรรมการฯ ทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด

ศ.เกียรติคุณ นพ.จอมจักร จันทรสกุล ประธานคณะกรรมการพิจารณาทุนวิจัย เซเรบอส อวอร์ด จัดประชุมคณะกรรมการโครงการทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด 2013 อาทิ พญ.คุณสุวรรณ เดชอุดม, รศ.ดร.นัยพิจ คุชภักดี, ผศ.ดร.เรวดี จงสุวัฒน์, ดร.อภิสิทธิ์ ฉัตรทนานนท์ ฯลฯ เพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดโครงการทุนวิจัยเซเรบอส อวอร์ด

ประจำปี 2013 ซึ่งช่วยส่งเสริมการค้นคว้าทางโภชนาการศาสตร์ เกษตศาตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง อันเป็นการยกระดับความสามารถในการแข่งขันทางวิชาการของประเทศไทยกับนานาชาติ ณ โรงแรมโกลเด้น ทิวลิป ซอฟเฟอริน กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้

สโมสรซอนต้ากรุงเทพ 3 สนับสนุนงานคลินิกนมแม่ S.W.เด็ก

นพ.อนันต์ เสรฐภักดี (ที่ 5 จากซ้าย) รองอธิบดีกรมการแพทย์ ประธานในพิธีเปิดงานเสวนานมแม่สู้โรค พร้อมด้วย พญ.ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร (ที่ 4 จากซ้าย) ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ร่วมรับมอบอุปกรณ์สนับสนุนงานคลินิกนมแม่ โดย นางพุลศรี จงแสงทอง (ที่ 4 จากขวา) นายกสโมสรซอนต้ากรุงเทพ 3 พร้อมด้วย รศ.ดร.พาลาภ สิงหเสนี และคุณหญิงอุไรวรรณ ศิริบุษงค์ ร่วมเป็นสักขีพยานและแสดงความยินดี ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เมื่อไม่นานมานี้



สถาบันเพิ่มผลผลิตฯ มอบโน้ตบุ๊กมือสอง

คุณสุวรรณ เจริญเสาวภาคย์ รักษาการแทนผู้อำนวยการสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ สถาบันเครือข่ายของกระทรวงอุตสาหกรรม มอบโน้ตบุ๊กที่ไม่ได้ใช้งานแล้ว จำนวน 8 เครื่อง ให้แก่ คุณหญิงอุไรวรรณ ศิริบุษงค์ ประธานมูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานของมูลนิธิต่อไป ณ สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ เมื่อไม่นานมานี้

วงการแพทย์ 2556

สัญจรทั่วไทย



ภาควิชาอายุรศาสตร์



ภาควิชาออร์โธปิดิกส์



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย



ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



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



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าเสนอเนื้อหาสาระ
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เภสัชกร กลุ่ม

☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....

.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....

มือถือ.....

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการแพทย์

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก วารสารวงการยา

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

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

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

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.medicthai.net
เพื่อรวบรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทันใจคุณนาย

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ บัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก. ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาที่ปอส์ ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4

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

☐ จ่ายผ่านบัตรเครดิต

☐ วีซ่า ☐ มาสเตอร์ ☐ ไทยพาณิชย์ ☐ JCB

เลขที่บัตร - - - -

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

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

หมายเหตุ

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

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education



CME PLUS

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

ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias

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

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

European Heart Journal (2011) 32, 1769-1818

ESC/EAS GUIDELINES doi:10.1093/eurheartj/ehf158

7.1 Statin Side effects and interactions

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

Interactions

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

Drug-drug Interaction of Statins

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

X : Contraindications for coadministration

▲ : Avoid Coadministration

+

: Coadministration with caution



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

LIVALO TAB 2 mg

(Pitavastatin calcium)

1. Brand Name LIVALO TAB 2mg. Each tablet contains 2 mg of pitavastatin calcium. 2. Physicochemical Properties Nonproprietary name: Pitavastatin calcium. Chemical name: (+)-Monocalcium bis[(3R,5S,6E)-7-[2-cyclopropyl-4-(4-fluorophenyl)-3-quinolyl]-6-(3,5-dihydroxy-5-heptenoate)]. Molecular formula: $C_{38}H_{46}F_2N_2O_8$. Molecular weight: 880.98. Inactive ingredients: Lactose, hydroxypropylcellulose, hydroxypropylmethylcellulose, Magnesium Aluminum silicate, Magnesium Stearate, Triethyl Citrate, Hydrated Silicon Dioxide, Titanium Oxide, Canauba Wax. 3. Indications Hypercholesterolemia, Familial hypercholesterolemia. 4. Dosage and Administration The usual dosage for an adult is 1-2 mg of pitavastatin calcium once daily after an evening meal. The dosage may be adjusted according to the patient's age and symptoms. When lowering of the LDL cholesterol level is insufficient, the dosage may be increased to a maximum of 4 mg per day. 5. Pharmacological Action Pitavastatin calcium inhibits HMG-CoA reductase, which is a rate-determining enzyme involved with biosynthesis of cholesterol, in a manner of competition with the substrate so that it inhibits cholesterol synthesis in the liver. As a result, the expression of LDL-receptors followed by the uptake of LDL from blood to liver is accelerated, and then the plasma total cholesterol decreases. Further, the sustained inhibition of cholesterol synthesis in the liver decreases VLDL secretion into blood, thus plasma triglyceride levels decrease. 5.1 Plasma concentration after single dose oral administration In 6 healthy adult male humans, single dose oral administration of pitavastatin calcium (2 mg or 4 mg) was performed under fasted conditions. Unchanged pitavastatin and its lactone, the main metabolite, were mainly found in plasma. Effect of food: single dose oral administration demonstrated a delay in T_{max} and decrease in C_{max}, but no significant difference in AUC. 5.2 Metabolism Pitavastatin calcium was metabolized by cyclization to its lactone, β-oxidation on the side-chain, hydroxylation of the quinoline ring, and glucuronide or sulfate conjugation. The main excretion route was faecal excretion (rats, dogs). In human, the unchanged pitavastatin and its lactone metabolite were mainly observed in blood, and the other metabolites such as propionate derivative and 8-hydroxide were minimally observed. Meanwhile, the unchanged pitavastatin, its lactone, dehydro-lactone, 8-hydroxide and these conjugates were minimally observed in urine. 5.3 Urinary excretion After single oral administration of pitavastatin calcium (2 mg or 4 mg) in 6 healthy adult male humans, the urinary excretion rate of the unchanged pitavastatin was less than 0.6%, and that of its lactone metabolite was less than 1.3%. The total excretion rate of the unchanged pitavastatin and its lactone was less than 2% of the dose. 5.4 Drug-metabolizing enzymes Pitavastatin calcium was minimally metabolized in study using human hepatic microsomes, and the 8-hydroxide occurred mainly by CYP2C9 metabolism (in vitro). An inhibitory study against model substrates of CYP species demonstrated that pitavastatin calcium did not affect the metabolism of tolbutamide, a substrate for CYP2C9 and testosterone, a substrate for CYP3A4 (in vitro). 5.5 Plasma protein binding rate Plasma protein binding rate of pitavastatin calcium was as high as 99.5% to 99.6% with 4% human serum albumin and 94.3% to 94.9% with 0.06% human O-1-acid glycoprotein (in vitro). 6. Contraindications Don't administer to the following patients (1) Patients with a history of hypersensitivity to any of the components of this product (2) Patients with severe hepatic disorders or biliary atresia. In these patients, plasma concentration of this product rises, and the frequency of development of adverse reactions may increase. In addition, severe adverse reactions such as rhabdomyolysis may occur. (3) Patients receiving cyclosporine [Plasma concentration of this product rises, and the frequency of development of adverse reactions may increase. In addition, severe adverse reactions such as rhabdomyolysis may occur]. (4) Pregnant women, women suspected of being pregnant, or lactating women [See "Use during pregnancy, childbirth and lactation".] Relative Contraindications (As a general rule, the coadministration of this product is contraindicated in the following situation. If the use of this product is considered essential, it should be administered carefully.) For patients with abnormal clinical laboratory values related to renal function, coadministration with fibrinolytic agents should not be approved except when that coadministration is considered indispensable. [Rhabdomyolysis is more likely to occur]. 7. Precautions related to dosage and administration (1) In the case of administration to patients with hepatic disorders, the starting dose should be set to 1 mg per day and the maximal dose should be 2 mg per day. (2) In the case of an increase in dosage of this drug, rhabdomyolysis-related adverse events may occur. When the dosage is increased to 4 mg, some attention should be given to early signs of rhabdomyolysis such as CK (CPK) elevation, myoglobinuria, myalgia and weakness. (In overseas clinical studies, doses of 8 mg or above were discontinued due to several cases of rhabdomyolysis and related adverse events.) 8. Adverse Reactions In the clinical studies conducted by the time of approval, adverse reactions were found in 197 patients (22.2%) out of 888 patients. Of them, adverse reactions in subjective and objective symptoms were seen in 50 patients (5.6%). The main symptoms were abdominal pain, rash, malaise, numbness and pruritus. Adverse reactions pertaining to clinical laboratory values were found in 167 patients (18.8%), and the main changes were elevations of γ-GTP, CK (CPK), serum ALT (GPT) and serum AST (GOT). 9. Package LIVALO TAB 2 mg STP: 100T

References

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

BIOPHARM
Embracing life

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

Livalo
Less is MORE

ใบอนุญาตเลขที่ ๒๓. 425/2555

Cervarix™ demonstrated 93%* efficacy against CIN3+ irrespective of HPV type**†

The efficacy was higher than would be expected from a vaccine that is efficacious against HPV 16 and 18^{†1,3-4}



* In an analysis of CIN3+ lesions, conducted irrespective of HPV type, Cervarix™ showed 93% efficacy (95% CI: 78.9–98.7)[†]

** TVC-naïve cohort: includes all vaccinated subjects (15-25 years, who received at least one dose of vaccine) who had normal cytology, were HPV DNA negative for 14 oncogenic HPV types and seronegative for HPV-16 and HPV-18 at baseline^{1,2}

† Based on a comparison with epidemiology data, which can vary in different regions⁴

Abbreviated Prescribing Information.

Based on full International Product Information (version number 12)

Cervarix™. Human Papillomavirus vaccine Types 16 and 18 (Recombinant, AS04 adjuvanted). **Composition:** Human Papillomavirus type 16 L1 protein 20 micrograms, Human Papillomavirus type 18 L1 protein 20 micrograms, 3-O-desacetyl-4'-monophosphoryl lipid A (MPL) 50 micrograms, Aluminium hydroxide, hydrated 0.5 milligrams Al³⁺. **Indications:** For females from 9-25 years for the prevention of persistent infection, premalignant cervical lesions and cervical cancer (squamous-cell carcinoma and adenocarcinoma) caused by oncogenic Human Papillomaviruses (HPV). For females from 26 years of age onwards: available data support the safety and immunogenicity in women aged 26 - 55 years. Efficacy studies in women aged 26 - 55 years are ongoing. **Administration:** The recommended vaccination schedule is 0, 1, 6 months intramuscularly in the deltoid region. **Contraindications:** Subjects with known hypersensitivity to any component of the vaccine. **Special Precautions:** Precede vaccination by a review of the medical history (especially with regard to previous vaccination and possible occurrence of undesirable events) and a clinical examination. As with all injectable vaccines, appropriate medical treatment and supervision should always be readily available in case of a rare anaphylactic event following the administration of the vaccine. 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. As with other vaccines, the administration of Cervarix™ should be postponed in subjects suffering from acute severe febrile illness. However, the presence of a minor infection, such as a cold, should not result in the deferral of vaccination. Cervarix™ should under no circumstances

be administered intravascularly or intradermally. No data are available on subcutaneous administration of Cervarix™. As for other vaccines administered intramuscularly, Cervarix™ should be given with caution to individuals with thrombocytopenia or any coagulation disorder since bleeding may occur following an intramuscular administration to these subjects. As with any vaccine, a protective immune response may not be elicited in all vaccinees. Cervarix™ is a prophylactic vaccine. It is not intended to prevent progression of HPV-related lesions present at the time of vaccination. Cervarix™ does not provide protection against all oncogenic HPV types. Vaccination is primary prevention and is not a substitute for regular cervical screening (secondary prevention) or for precautions against exposure to HPV and sexually transmitted diseases. In subjects with impaired immune responsiveness such as HIV infected patients or patients receiving immunosuppressive treatment, an adequate immune response may not be elicited. Duration of protection has not fully been established. **Interactions:** can be given concomitantly with: reduced antigen diphtheria-tetanus-acellular pertussis vaccine (dTpa), inactivated poliovirus vaccine (IPV) and the combined dTpa-IPV vaccine; hepatitis A (inactivated) vaccine (HepA), hepatitis B (rDNA) vaccine (HepB) and the combined HepA-HepB vaccine. If Cervarix™ is to be given at the same time as another injectable vaccine, the vaccines should always be administered at different injection sites. There is no evidence that the use of hormonal contraceptives has an impact on the efficacy of Cervarix™. As with other vaccines it may be expected that in patients receiving immunosuppressive treatment an adequate response may not be elicited. **Pregnancy and Lactation:** data are insufficient to recommend use during pregnancy. Vaccination should, therefore, be postponed until after completion of pregnancy. Cervarix™ should only be used during breast-feeding when the possible advantages outweigh the possible risks. Serological

data suggest a transfer of anti-HPV16 and anti-HPV18 antibodies via the milk during the lactation period in rats. However, it is unknown whether vaccine-induced antibodies are excreted in human breast milk. **Undesirable Effects:** **Clinical trial data:** Headache, myalgia, injection site reactions including pain, redness, swelling, fatigue, gastrointestinal including nausea, vomiting, diarrhoea and abdominal pain, itching/pruritus, rash, urticaria, arthralgia, fever ($\geq 38^\circ\text{C}$) Upper respiratory tract infection, lymphadenopathy, dizziness, other injection site reactions such as induration, local paraesthesia, allergic reactions (including anaphylactic and anaphylactoid reactions). **Post marketing data:** angioedema, syncope or vasovagal responses to injection, sometimes accompanied by tonic-clonic movements.

Full Prescribing Information is available from **GlaxoSmithKline (Thailand) Limited**, 12th Floor, Wave Place, 55 Wireless Road, Lumpini, Patumwan, Bangkok 10330 Thailand Tel: 0-2655-4567 Fax: 0-2655-4568

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

References:

1. Cervarix™ Prescribing Information.
2. Paavonen J et al. *Lancet* 2009;374:301–314.
3. Howell-Jones R et al. *Br J Cancer* 2010;103:209–216.
4. Bosch FX et al. *Vaccine* 2008;26:S:K1–K16.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา