

SPEEDA™

- ✓ **High Purity¹**
- ✓ **High Immunogenicity²**
- ✓ **ID and IM administration**

Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

Intradermal (ID): administration; 0.1 ml dose of vaccine (per site) shall be injected intradermally in upper arm.

Intramuscular (IM): administration; 0.5 ml dose of vaccine shall be injected intramuscularly in the deltoid in adults or in the anterolateral region of the thigh in young children

BIOVALYS
Caring for vaccines, caring for life

Tel: (66) 2361 8110 Fax: (66) 2361 8106 www.biovalys.com

SPEEDA
Chromatographically Purified Vero cell Rabies Vaccine

[illegible]

Reference:

[1] Chia Li et al. Preparation of rabies vaccine for human use by cell culture in bioreactor. *Chin J Biologicals* May, 2006; Vol. 29 No.3.

[2] Xiaowei Zhang et al. Persistence of Rabies Antibody 5 Years after Postexposure Prophylaxis with Vero Cell Antirabies Vaccine and Antibody Response to a Single Booster Dose. *CLINICAL AND VACCINE IMMUNOLOGY*, Sept. 2011, p. 1477-1487.

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา
โทร ๐๒-๒๖๖๖๖๖๖๖ โทรสาร ๐๒-๒๖๖๖๖๖๖๖ โทร. ๑๖๖

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ สศ. 371/2555

นวัตกรรมการรักษา
เพิ่มโอกาสรอด 'เอดส์'

SYMPOSIUM IN THIS ISSUE



do more
feel better
live longer



รายงานพิเศษ

สร้างสมดุลการรักษา
มะเร็งกระเพาะอาหาร
“ต้องมองที่ผู้ป่วย ไม่ใช่ตัวโรค”

Systematic Review

ระยะเวลาการรักษา
การติดเชื้อ *H. pylori*

1

การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็ก
นอกโรงพยาบาล
(Pediatric Care in EMS)

MADILOT®

Hypertension Effective

LESS ANKLE OEDEMA¹

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

The aim of this meta-analysis was to compare the efficacy and safety profile of mandipamide 20 mg with that of amidepidone 10 mg. A systematic research of quantitative data produced or published between 1995 and 2009 was performed. Head-to-head randomized controlled trials (RCTs) of 12 months minimum duration reporting comparative efficacy (change in systolic and diastolic blood pressure) and safety (total adverse events and ankle oedema), were included. Four high-quality RCTs, accounting for 838 patients (436 received mandipamide and 402 received amidepidone) were included. The efficacy of mandipamide and amidepidone was statistically equivalent: effect size for DBP 0.68 (95% CI 0.38 and 1.00), and for SBP 0.01 (95% CI -0.88 and 0.90). The global safety of mandipamide was significantly better than amidepidone: the relative risk (RR) for adverse event was 0.69 (95% CI 0.50 and 0.95), and particularly for ankle oedema RR was 0.35 (0.22-0.54). Publication bias was not significant and the robustness of the

was good. These data suggest a better efficacy/safety ratio of dapagliflozin over amiloride.

Further information available on request
Takeda (Thailand) LTD.
 183 Rattanakul building, 10 Floor South Sathorn Road, Kwaeng Yannawa, Khet Sathorn, Bangkok 10120

คำขวัญประจำคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

16-31/01/14

ใบอนุญาตโฆษณาฉบับที่ ๔๙๗/๒๕๕๕

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
แพทย์ควรติดตามผลการใช้ยา

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ ศค.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, Bangkapi, Bangkok 10240

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology

คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย์
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 จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุนนาค ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ
รศ.นพ.ป่วน สุทธิพินิจธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กอนันตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อววจนพงษ์

กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรญาชะลิต

แผนกศิลป์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ขาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราพิทย์, พัชรินทร์ ภายหลัง

ปิยะวรรณ หาปัญนะ, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสุทธิกุล

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

ขอแสดงความยินดีปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ แต่ท่านผู้มีอุปการคุณ

ศุภครีวทรศน์ยั้งใหม่

สูงสุดให้ทุกผู้ผู้ความหวัง

จะนึกใดสมบุญยังสิ่งพลัง

ร่ำรวยดังซดทัพยั้งวันลง

จงพบแต่มิตรภาพเพื่อนคู่

จงพบคู่กลางดวงจิตดีประสงค์

จงพันภัยสิ่งร้ายคลายพะวง

จงดำรงเจริญด้วยสุขทุกวันเทอญ

(สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร ประพันธ์)

ด้วยความปรารถนาดีจาก บริษัท สรรพสาร จำกัด

ผู้ผลิตวารสารวงการแพทย์

การใช้ยาเชื้อสามัญกับยาต้นแบบ

เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 กรมบัญชีกลาง ได้ประกาศว่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป ข้าราชการต้องใช้ยาสามัญเป็นหลัก แต่ไม่ได้ห้ามการใช้ยาต้นแบบ กรมบัญชีกลางใช้วิธีการบีบโรงพยาบาลทางอ้อมโดยบังคับว่าถ้าใช้ยาสามัญ โรงพยาบาลสามารถทำกำไรได้สูงสุดถึง 200% แต่ถ้าใช้ยาต้นแบบ โรงพยาบาลจะบวกกำไรได้ไม่เกินร้อยละ 3 ถึงแม้ว่าต่ำกว่าราคากลางก็ตาม ผู้ที่เคยบริหารโรงพยาบาลหรือคลินิกจะทราบดีว่า เงินร้อยละ 3 ไม่เพียงพอที่จะใช้ในการจัดเก็บ การบริหารจัดการ และค่าบุคลากร เงินที่ได้กำไรจากการขายยาของทางราชการได้เอาไปใช้จ่ายช่วยโครงการหลักประกันสุขภาพที่ไม่พอใช้ ยกเว้นในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่มีชื่อประชากรอยู่ในสำมะโนครัวจำนวนมากแต่ตัวไม่อยู่ เพราะย้ายไปทำงานในเมืองโดยไม่ได้ย้ายสำมะโนครัวไป ทำให้โรงพยาบาลได้เงินกินเปล่า การรักษาที่เป็นโรคที่ไม่ยุ่งยาก ถ้ารายได้ดูแลขาดทุนก็ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์รับผิดชอบไป การที่กรมบัญชีกลางออกระเบียบเช่นนี้เพราะต้องการประหยัดเงินค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลายแห่งเมื่อได้ข่าวก็พิจารณาเอายาต้นแบบออกจากรายการขายของโรงพยาบาล และไม่ซื้อยาต้นแบบเพราะถ้าขายแล้วไม่คุ้มทุนก็ไม่รู้จะขายไปทำไม ผู้บริหารห้องยาและผู้บริหารโรงพยาบาลไม่ต้องการรับผิดชอบเรื่องผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ผู้ที่เดือดร้อนคือผู้ป่วยและญาติรวมทั้งแพทย์ที่ให้การรักษา

ต้องยอมรับความจริงที่ว่ายาเชื้อสามัญส่วนใหญ่ใช้ได้ผลไม่แตกต่างจากยาต้นแบบแต่ราคาถูกกว่ามาก ในขณะที่เดียวกันเราแก้ปัญหาที่ยาสามัญใช้ไม่ได้ผล แต่พอเปลี่ยนเป็นยาต้นแบบแล้วผู้ป่วยอาการดีขึ้น เราไม่มีหลักประกันว่ายาเชื้อสามัญทุกตัวใช้ได้ผลเหมือนยาต้นแบบ เพื่อให้ผู้ป่วยและแพทย์ไว้วางใจในการรักษาและความปลอดภัย ยาที่เป็นชีวิตต้องอยู่เลยแบบยาก เราซื้อลูกสุนัขมา 3 ตัวซึ่งมาจากพ่อแม่เดียวกันยังไม่เหมือนกัน แต่ถ้ามาจากพ่อแม่ที่ต่างกันแต่เป็นพันธุ์เดียวกันยังไม่เหมือนกันทุกตัว

กรมบัญชีกลางเข้าใจผิดว่าตนควบคุมค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยไม่ได้ ความจริงค่าสินค้าทุกชนิดแพงขึ้น ค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ถูกลง แต่ที่กรมบัญชีกลางจ่ายเท่าเดิมเพราะกรมบัญชีกลางให้เบิกเงินค่ารักษาพยาบาลตามชื่อโรค (Diagnosis related group, DRG) เช่น ผ่าตัดไส้เลื่อน ไม่ว่าโรงพยาบาลคิดเท่าไร กรมบัญชีกลางจ่ายเท่าเดิม แต่เงินที่เพิ่มขึ้นผู้ป่วยต้องจ่ายเสริมเอง กรมบัญชีกลางผลักภาระไปให้ผู้ป่วย อีกประการหนึ่งเป็นเพราะแพทย์ประหยัดรายจ่ายผู้ป่วยใน เพราะเบิกได้จำกัดเลยให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วไปเบิกค่ายา

เป็นผู้ป่วยนอก เพราะแต่เดิมไม่มีการจำกัด ส่วนเรื่องแพทย์บางคนสั่งยาเพื่อผลประโยชน์ส่วนตนคงมีบ้าง แต่เป็นส่วนน้อยมาก ต้องลงโทษเป็นราย ๆ ไป ผู้ป่วยที่ไปเบิกยาหลายแห่งเอาไปขายก็มี ต้องจับลงโทษให้หนักเป็นราย ๆ ไป ไม่ใช่ไปแก้ระบบทำให้คนดีจำนวนมากต้องเดือดร้อน

ปัจจุบันโรงพยาบาลแก้ปัญหาโดยเอายาออก ถ้าจะซื้อยาต้นแบบก็ต้องไปบีบบังคับให้บริษัทยาแถมยาให้ เพื่อว่าต้นทุนจะได้ลดลงโดยไม่อยู่ในใบเสร็จการซื้อ ทำให้เกิดปัญหายานอกระบบ เกิดการรั่วไหลได้ง่าย ขาดความโปร่งใสตรงไปตรงมา ทางบริษัทก็แก้ปัญหาโดยเอาเจ้าหน้าที่ของบริษัทออกเพื่อลดรายจ่ายจากการขายที่ลดลง เกิดปัญหาคนตกงาน คนจ่ายภาษีให้รัฐบาลลดลง บางบริษัทเห็นว่าเอายาใหม่เข้ามาแล้วขายไม่ได้หรือขายได้น้อย ไม่คุ้มกับการลงทุนก็เลยไม่เอาเข้า ประเทศไทยอยากเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ แต่ไม่มียาใหม่แล้วจะเป็นศูนย์กลางได้อย่างไร คนไทยเองยังต้องไปซื้อยาที่ส่งออกไปเพราะเขาไม่เอาขายในประเทศไทย ที่น่าสนใจอีกประการคือ ร้านขายยาตรงข้ามโรงพยาบาลรัฐขายแต่ยาต้นแบบ เพราะเขาบอกว่ายาเชื้อสามัญไปเอาที่โรงพยาบาลได้โดยไม่ต้องเสียเงินโรงพยาบาลไม่มียาต้นแบบขาย ต้องไปซื้อที่ร้านขายยาตรงข้ามโรงพยาบาล แทนที่โรงพยาบาลของรัฐจะเป็นผู้ได้กำไรเอาไปพัฒนาโรงพยาบาล กลายเป็นร้านขายยาเอกชนได้ประโยชน์ ส่วนโรงพยาบาลเอกชนจะดีขึ้นเพราะมาตรฐานของโรงพยาบาลของรัฐลดลง ผู้ป่วยต้องยอมเสียเงินเพื่อซื้อชีวิตของตนที่โรงพยาบาลเอกชนสิ่งที่อาจเกิดตามมาคือ แพทย์จะย้ายจากโรงพยาบาลของรัฐไปอยู่ภาคเอกชนมากขึ้น เพราะแพทย์ส่วนใหญ่คำนึงถึงผลการรักษามากกว่าค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล เมื่อใช้ยาไม่ได้ก็จะรู้สึกอึดอัดออกไปอยู่ในที่เป็นอิสระมากกว่า ปัญหาจะมีมากขึ้นถ้ายาที่ต้องการใช้มีแต่ยาต้นแบบและยังมีสิทธิบัตร ไม่มียาเลียนแบบขาย

การประกาศนี้ไม่เคยทำประชาพิจารณ์ ไม่ได้คำนึงถึงเรื่องความเดือดร้อนของข้าราชการ เน้นเรื่องการเงินนำหน้าคุณภาพและไม่คิดถึงผลกระทบระยะยาว ปัจจุบันเราไม่ใช้ข้อราคากลางที่ไม่มีคุณภาพ แต่เราควรเปลี่ยนมาใช้ข้อดีแต่ใช้เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ของราคากลางเอามาทั้ง ลงท้ายเสียเงินมากกว่าแถมผลไม่ดีด้วย แพทย์สภาวะตั้งกรรมการจากกลุ่มต่าง ๆ มาช่วยกันคิดหาทางให้รัฐบาลประหยัดเงิน แต่ไม่ช่วยลดคุณภาพ

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

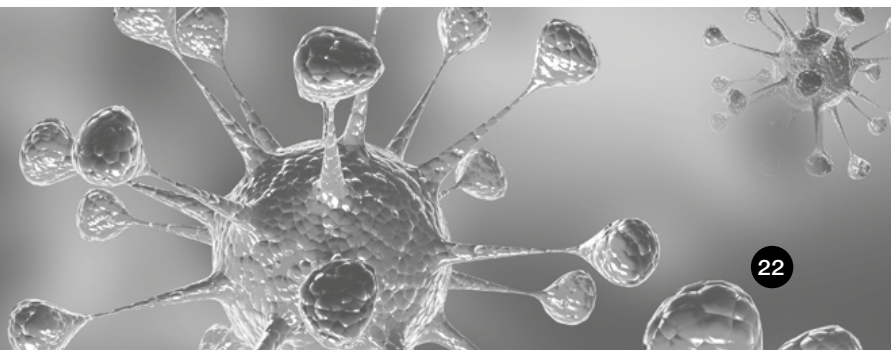
The Medical News ฉบับที่ 406 วันที่ 16 - 31 มกราคม 2557



15



36



22

3 สาส์นอวยพรปีใหม่

11 Get Up

- จี 8 จับมือร่วมด้านสมองเสื่อม
- ออกกำลังกายลดนิ่วในไตหญิงวัยทอง
- ตัวเลขผู้ป่วยมะเร็งทะลุ 14 ล้าน

13 โลกกว้างทางแพทย์

- ประโยชน์ต่อไตจาก RAS Blockade ในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เป็นมาก
- วินิจฉัยเกินจาก Low-Dose Computed Tomography ในมะเร็งปอด
- ใช้ SSRIs ระหว่างตั้งครรภ์และความเสี่ยงออทิสติก

17 Movement

18 ข่าวสารการแพทย์

- กรมวิทย์ฯ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องวัดความดันโลหิตส่วนใหญ่ตรงตามมาตรฐาน
- ร.พ.พรตนิราชธานี เผยแนวทางป้องกันวัณโรคในสถานพยาบาล
- สธ. ส่งเฝ้าระวัง “ไข้หวัดนก” ทุกสายพันธุ์ ตลอดหนาว

20 เกาะติดงานประชุม

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ม.อ.
จัดประชุมวิชาการ “อายุรศาสตร์ ฉลาดเลือก”

21 In Focus

นวัตกรรมการรักษา
เพิ่มโอกาสรอด ‘เอดส์’

23 รายงานพิเศษ

สร้างสมดุลการรักษามะเร็งกระเพาะอาหาร
“ต้องมองที่ผู้ป่วย ไม่ใช่ตัวโรค”

25 Special

รศ.นพ.นิพนธ์ จิรภาไพศาล

การเป็นจักษุแพทย์ต้องมีความละเอียดรอบคอบ

28 เสียหหนึ่งของชีวิต

สวัสดีปีใหม่ครับ

29 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

ไลน์ในวันปีใหม่

31 เสียงแพทย์

การปฏิรูประบบสาธารณสุข (ตอนที่ 5)

33 จุฬ่าปริทัศน์

การตรวจการทำงานของภูมิคุ้มกันทางด้านเซลล์
(Detection of Cellular Immunity)

36 Systematic Review

ระยะเวลาการรักษาการติดเชื้อ *H. pylori*

37 เฉพาะโรค

การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กนอกโรงพยาบาล
(Pediatric Care in EMS)

41 มุมนิติเวช

หัวใจล้มเหลวจากลำไส้ทะลุเข้าในช่องหัวใจ
(รายงานผู้ตาย 1 ราย)

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

47 ใบสมัครสมาชิก

CME PLUS การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษา

ก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาควิชา I (Human immunodeficiency virus: HIV) - I



27



11



23



17

Stop TB

18



สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในภูมิภาคและในประเทศ จำเป็นที่แพทย์ทุกท่านจะต้องตื่นตัว และตระหนักกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แพทย์ยุคใหม่จะต้องเป็นแพทย์ที่มีพหุคุณนิสัย เจตคติ คุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ มีทักษะในการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ มีความรู้พื้นฐานรอบด้าน ทั้งเรื่องวิทยาศาสตร์การแพทย์ งานบริหาร หลักกฎหมายทั่วไป และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทักษะทางคลินิก ทักษะการตรวจต่าง ๆ รวมทั้งจะต้องเป็นผู้ที่พัฒนาความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้วงการแพทย์และสาธารณสุขของไทยมีความเจริญก้าวหน้า อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยบริการได้รับบริการที่ทันสมัย สะดวก และปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ผมขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย พระพุทธรูป และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในสากลโลก โปรดดลบันดาลให้แพทย์ทุกท่านแคล้วจากภัยอันตรายใด ๆ และขอให้ประสบแต่ความสุข ความเจริญโดยทั่วกัน

(นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ นี้ ผมอยากให้แพทย์มีความซื่อสัตย์ มีจริยธรรมที่ดี เป็นที่ไว้วางใจและเป็นที่ยิ่งของประชาชนและสังคม มีความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน องค์การของแพทย์มีความเป็นกลางไม่ฝักใฝ่ในการเมือง แต่พวกเราจะยืนอยู่บนความถูกต้องและเป็นธรรมเพื่อผลประโยชน์ของประเทศไทย ขอให้พวกเรามีความกล้าที่จะต่อสู้เพื่อความถูกต้อง บางคนบอกว่ารักษาตัวรอดเป็นยอดดี เราควรเข้าข้างคนชนะหรือคนที่ให้ผลประโยชน์ส่วนบุคคลต่อเรามากที่สุดโดยไม่ต้องดูความถูกต้อง วิธีนี้อาจจะดีในระยะสั้นแต่เป็นผลร้ายในระยะยาว จริงอยู่ที่ว่าเราไม่ควรไปตายเพื่ออุดมการณ์ เพราะถ้าเราตายไปแล้วเราทำอะไรไม่ได้ เราจะต้องรักษาตนเองให้ปลอดภัยมีชีวิตรอด แต่ขณะเดียวกันเราต้องมีจุดยืนแสดงให้ผู้อื่นเห็นถึงความถูกต้อง แพทย์เป็นอาชีพที่ประชาชนให้ความเชื่อถือมากที่สุดถึงแม้ว่าจะมีคนพยายามโจมตีต่าง ๆ นานาโดยไม่เป็นความจริง แพทย์จะต้องสามารถปรับตัวพ้นจากความเศร้าหมองได้ในเวลาอันรวดเร็ว เมื่อล้มก็สามารถลุกขึ้นได้ในเวลาอันรวดเร็วเหมือนตุ๊กตาล้มลุก แพทย์จะต้องมีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่เดือดร้อน มีความเมตตากรุณา ช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนด้วยความจริงใจ แพทย์จะต้องมีความสามัคคีในหมู่วิชาชีพและเพื่อนร่วมงาน ลดละความอิจฉาริษยา ช่วยเหลือกันในทุกที่ที่ถูกต้อง มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านวิชาการและสังคม และขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายช่วยคุ้มครองให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนรวมทั้งครอบครัวมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำงานอย่างมีความสุข มีสุขภาพดี มีร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เป็นที่เคารพรักของคนทั่วไป มีความเจริญรุ่งเรืองในหน้าที่การงาน และประสบความสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนา มีจิตใจที่สงบสุข ไม่มีศัตรู และห่างไกลจากการฟ้องร้องทั้งปวง



(ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา)

นายกแพทยสภา



ในรอบปีที่ผ่านมา ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ต้องขอขอบคุณเพื่อนแพทย์ที่ทำการเก็บคะแนนกิจกรรม (CME) มากขึ้น รวมทั้งสถาบันทางการแพทย์ ราชวิทยาลัย ชมรม สมาคมต่าง ๆ ที่ขอขึ้นทะเบียนเพิ่ม และจัดประชุมทางวิชาการ จนทำให้ปีที่ผ่านมา มีการเก็บคะแนนกันอย่างกว้างขวาง และในปีพุทธศักราช ๒๕๕๗ นี้ ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์จะจัดทำ CME Application เพื่อช่วยให้การเข้าถึงการเก็บคะแนน CME ของแพทย์แต่ละท่านให้เป็นไปได้ง่ายขึ้น โดยจะมีการแจ้งเดือนการประชุมต่าง ๆ ของแพทย์ทั้งในและต่างประเทศในแต่ละเดือน ท่านสามารถลงทะเบียนผ่าน Application นี้ และยังสามารถศึกษาหาความรู้ใหม่ ๆ จากทุกราชวิทยาลัย รวมทั้งกฎระเบียบของแพทยสภาผ่าน Application นี้ด้วย ซึ่งจะช่วยให้การทำเวชปฏิบัติของท่านมีข้ออ้างอิงได้ทั้งมาตรฐานและคุณภาพ ติดตามความคืบหน้าได้ในไม่ช้า

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ กระผมในนามของผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ แพทยสภา ขออัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ท่านเคารพนับถือ ตลอดจนพระบารมีแห่งองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ได้โปรดบันดาลประทานพรให้ทุกท่านและครอบครัวประสบแต่ความสุข ความสำเร็จ มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่เข้มแข็ง สมฤทธิ์ผลในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ

(พ.อ.พิเศษ ผศ.นพ.กัญญาพล วัฒนกุล)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์
แพทยสภา



แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นองค์กรทางวิชาชีพที่ช่วยดูแลความเป็นอยู่ ขวัญและกำลังใจ ตลอดจนสวัสดิการแก่สมาชิกและแพทย์ ภารกิจต่าง ๆ ที่แพทยสมาคมฯ ดำเนินการมีผลไม่เพียงเกิดกับสมาชิกและผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เท่านั้น แต่ยังมีผลต่อการสร้างขวัญและกำลังใจแก่นิสิตและนักศึกษาแพทย์ที่จะมาเสริมกำลังทางด้านสาธารณสุขของประเทศในอนาคต ผลจากการปฏิบัติหน้าที่ในวิชาชีพของแพทย์มีผลต่อความมีสุขภาพที่ดีของประชาชนทั้งด้านการได้รับความรู้ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ การปฏิบัติงานของแพทย์จึงเป็นการดูแลทรัพยากรมนุษย์ให้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาสังคมและบ้านเมืองโดยรวม ส่งผลถึงการพัฒนารายได้และเศรษฐกิจของประชาชนโดยตรง

ในโอกาสขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ นี้ กระผมในนามของคณะกรรมการบริหารและสมาชิกของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ขอส่งความสุขและความปรารถนาดีมายังท่านทั้งหลาย ขอให้มีความสุขที่ดีทั้งทางด้านกายและใจ ปราศจากโรคภัยเบียดเบียน มีความแข็งแรงพร้อมที่จะช่วยกันดูแลครอบครัวและสังคมร่วมกัน ผมมั่นใจว่าผู้ร่วมวิชาชีพแพทย์ของทุกคนมีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือหากท่านมีปัญหาด้านสุขภาพ แต่เป้าหมายสูงสุดของเราก็คือการไม่เจ็บป่วยของประชาชน กรุณาช่วยกันดูแลสุขภาพของตนเองให้สมบูรณ์จะเป็นความสุขที่สุดในชีวิตครับ

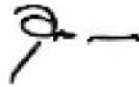
สุขภาพ สุขใจ ไร้ทุกข์ ตลอดปี ตลอดไป ครับ

(นพ.วันชาติ ศุภจัตุรัส)

นายกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ในศุภวารดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ กระผม ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ขอส่งความสุขและความปรารถนาดีมายังแพทย์ เภสัชกร และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลและคณะแพทยศาสตร์ทั่วประเทศ ซึ่งในรอบปีที่ผ่านมาทุกท่านได้ทุ่มเทกำลังกายและกำลังใจในการทำงานอย่างเต็มที่เพื่อพัฒนางานการแพทย์ของไทยให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้น

กระผมขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ท่านเคารพนับถือ อีกทั้งเดชพระบารมีแห่งองค์สมเด็จพระบรมราชชนก พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ ได้โปรดดลบันดาลและประทานพรให้ทุกท่านพร้อมทั้งครอบครัวจงประสบแต่ความสุข ความเจริญ มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรง และสัมฤทธิ์ผลสมปรารถนาทุกประการ

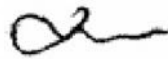


(ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล



เนื่องในศุภวารดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในสากลโลกได้โปรดคุ้มครองและดลบันดาลให้อ่านวารสารวงการแพทย์ทุกท่านประสบแต่ความสุข ความเจริญ มีสุขภาพพลานามัยที่แข็งแรง มีจิตใจผ่องใส ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน สุขสมหวังในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนางานการแพทย์และการสาธารณสุขให้มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น เป็นที่พึงพอใจของประชาชนตลอดไป



(ศ.นพ.วินิต พัวประดิษฐ์)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล



ในวารดิถีขึ้นปีใหม่ ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านเคารพนับถือ และผลแห่งบุญกุศลที่ท่านได้ประกอบไว้ได้โปรดคุ้มครองอภิบาลให้ทุกท่านและครอบครัวประสบแต่ความสุข มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงทั้งกายและใจ มีความเจริญก้าวหน้าในชีวิต และสำเร็จในทุกสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ ตลอดปีพุทธศักราช ๒๕๕๗



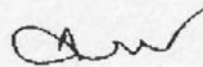
(รศ.นพ.ไศภณ นามาร)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



เนื่องในวารดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ในนามของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอส่งความปรารถนาดีด้วยความจริงใจมายังเพื่อนแพทย์ทุกท่าน และผู้อ่านวารสารวงการแพทย์ทั่วประเทศ

และในโอกาสที่เป็นมงคลนี้ ขออำนาจแห่งคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย ตลอดจนพระบุญญาบารมีแห่งองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ ได้โปรดอภิบาลให้ทุกท่านประสบแต่ความสุข มีความเจริญก้าวหน้าในการประกอบวิชาชีพ ยึดมั่นในหลักคุณธรรม จริยธรรม และดำเนินชีวิตตามพระราชปณิธานของสมเด็จพระราชบิดา เพื่อร่วมกันสร้างสรรค์พัฒนาสังคม และประเทศชาติอันเป็นที่รักยิ่งให้สถิตสถาพรตลอดไป



(รศ.นพ.สุธรรม ปิ่นเจริญ)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์





เนื่องในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ขออวยพรให้พี่น้องและเพื่อน ๆ ร่วมวิชาชีพทุกท่าน มีแต่ความสุขและจิตใจผ่องใสตลอดเวลา ให้สิ่งดี ๆ เข้ามาในชีวิตตลอดทั้งปีใหม่นี้ ปัญหาและความเหนื่อยยากทั้งหลายในปีที่ผ่านมาขอให้จบสิ้นและผ่านไปได้ด้วยดี ใครที่กำลังจะมีโครงการใหม่ ๆ เพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ก็ขอให้ประสบความสำเร็จอย่างดีเลิศ ส่วนใครที่กำลังจะมีความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานก็ขอให้ได้ตามปรารถนา และขอเป็นกำลังใจให้ทุกท่านประสบความสำเร็จในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมทุกประการตลอดไป

(นพ.ศักดิ์ สรรค์นิก)

ประธานราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย



ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ท่านเคารพนับถือ ดลบันดาลให้ผู้อ่านวารสารวงการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์มีความสุข มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรง พร้อมด้วยกำลังใจและกำลังใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย สร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน ประสบความสำเร็จในสิ่งอันพึงปรารถนาและมีความเจริญก้าวหน้าในวิชาชีพตลอดไป

(นพ.ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข)

ประธานราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย



ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ผมขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก โปรดดลบันดาลประทานพรให้แก่แพทย์และท่านผู้อ่านวารสารวงการแพทย์ทุกท่านประสบแต่ความสุขความเจริญทั้งในด้านครอบครัวและหน้าที่การงาน สมปรารถนาในทุกสิ่งที่ต้องการ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ อุบัติวันตรายทั้งปวง และเป็นกำลังใจสำคัญในการดูแลสุขภาพสุขภาวะของประชาชนตลอดไป

(พล.ท.นพ.วีระ เชื้อศิริกุล)

ประธานราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย



ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๗ นี้ ผมหวังว่าจะเป็นปีแห่งการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และหวังว่าแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจะมีส่วนร่วมในการดูแลให้บริการผู้ป่วยหลากหลายประเภท และตัวแพทย์เองด้วยก็อย่าลืมดูแลตนเองนะครับ

ระหว่างวันที่ ๑๑-๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๗ จะมีการจัดประชุมเวชศาสตร์ฟื้นฟูระดับเอเชียโอเชียเนีย (AOCPRM 2014) ที่กรุงเทพฯ นับเป็นโอกาสดีก่อนที่ประเทศไทยเราจะเข้าสู่การเป็น Medical Hub ที่สำคัญในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ในปีถัดไป

และเนื่องในศุภวารดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ นี้ ผมขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ท่านเคารพนับถือ รวมทั้งพระบารมีอันแผ่ไพศาลขององค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ และพระบรมวงศานุวงศ์ โปรดดลบันดาลพระราชทานพรให้ทุกท่านเจริญด้วยจตุรพิธพรชัย มีความสุขกาย สุขใจ นึกหวังสิ่งใดที่เป็นมงคล ขอจงสำเร็จผลทุกประการ

(พล.ต.นพ.ไกรวัชร อีระเนตร)

ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย

ช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีหลายสิ่งหลายอย่างที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สิ่งที่เกิดขึ้นกับวงการแพทย์ไทย แน่นอนว่าในการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นย่อมมีทั้งด้านบวกและด้านลบ แต่อยากให้แพทย์เราคิดบวก เปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส เพราะสังคมประชาชนมีความคาดหวังกับสังคมแพทย์ค่อนข้างสูง และเห็นว่า “แพทย์” ยังคงเป็นบุคคลที่น่าเคารพ และมีเกียรติอยู่เสมอ

สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก พระบิดาแห่งวงการแพทย์ตรัสว่า “ความเชื่อถือไว้ใจ ๓ ประการคือ

๑. ความเชื่อในความสามารถของตนเอง คือ ความมั่นใจ
๒. ความไว้วางใจระหว่างแพทย์ด้วยกันเอง คือ ความเป็นปึกแผ่น
๓. ความเชื่อถือจากคนไข้ของท่าน คือ ความไว้วางใจของคนชน

คุณสมบัติ ๓ ประการนี้เป็นอาวุธ กระแส และเครื่องประดับอันงามของแพทย์”

สำหรับปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ นี้ “ขอให้ปีใหม่ที่ทุกคนคิดดี ทำดี พบเจอแต่สิ่งดี ๆ ตลอดปี และตลอดไป ขออวยพรให้มีความสุข สมหวัง และมีพลังในการต่อสู้... สุขสันต์วันปีใหม่”



(ศ.คลินิก พญ.วิบูลพรรณ รฐะดิลก)

ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

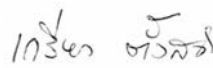
เนื่องในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ นี้ กระผมและคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก รวมทั้งพระบารมีของพระสยามเทวาธิราช และของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว โปรดดลบันดาลให้ทุกท่านจงประสบความสุข ความเจริญ ความสวัสดิ ด้วยสิริมงคลใหญ่น้อย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและภัยอันตรายทั้งปวง รวมไปถึงประสบความสำเร็จสมดังเจตนารมณ์ทุกประการ



(นพ.รัช ประสาททูตธา)

ประธานราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย

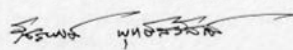
เนื่องในศุภวารดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ผมขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ท่านนับถือ พระสยามเทวาธิราช พระบารมีของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จงดลบันดาลให้ท่านผู้อ่านวารสารวงการแพทย์ทุกท่านและครอบครัวประสบแต่สิ่งที่ดีงาม มีความรุ่งเรืองตลอดปีใหม่นี้ครับ



(นพ.เกรียง ตั้งสง่า)

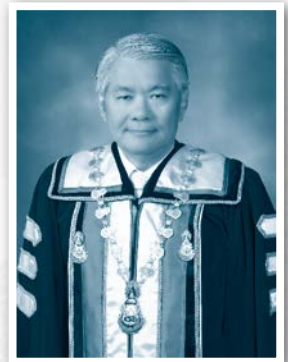
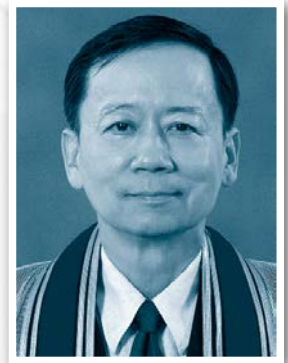
ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

ในศุภวารดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ในนามของประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ขออวยพรให้เพื่อนแพทย์ในทุก ๆ สาขา ตลอดจนครอบครัวและผู้ร่วมงานจงมีความสุข ความเจริญ มีสุขภาพร่างกาย และจิตใจที่แข็งแรง เพื่อที่จะได้เป็นกำลังสำคัญของชาติที่จะทำประโยชน์ให้ประเทศไทยของพวกเราทุกคนให้มีความรุ่งเรืองมั่นคง เป็นผู้นำในหมู่ชาติประชาคมอาเซียนสืบไป



(รศ.นพ.วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์)

ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย





ปัจจุบันสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การศึกษาตลอดชีวิตของแพทยวิชาชีพที่นำไปสู่เวชปฏิบัติ เพื่อการบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-Centered Care) ในระบบบริการสุขภาพ เป็นโอกาสสำหรับการพัฒนาไปสู่เป้าหมายตามความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน เมื่อประชาชนได้รับการซ่อมสุขภาพแล้ว ควรให้ประชาชนตระหนักถึงการสร้างสุขภาพ การป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพด้วยเสมอ สำหรับผู้ที่ไม่เป็นโรค การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ในโอกาสขึ้นปีใหม่ปีนี้ ขออวยพรพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย โปรดดลบันดาลให้เพื่อนแพทย์ทุกท่านประสบความสำเร็จในสิ่งอันพึงปรารถนา และมีสติในการดำเนินชีวิต

สมจิต พ.

(รศ.พญ.สมจิต พงกษะรัตนนท์)

ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย



การดำรงตนให้อยู่ในสถานะแพทย์ที่มีเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพนั้นจะต้องถึงพร้อมซึ่งสุขภาพกาย ใจ ที่สมบูรณ์ ตลอดจนสามารถปรับตนเองให้รู้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อยังประโยชน์ให้เกิดแก่สังคมโดยรวมอย่างเหมาะสมที่สุด

ในนามสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย ขออวยพรให้เพื่อนแพทย์ทุกท่านมีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ ตลอดจนประสบความสำเร็จและความสุขทุกประการในโอกาสขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ โดยทั่วกัน

อุษา ทิสยากร

(ศ.พญ.อุษา ทิสยากร)

นายกสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย



เนื่องในศุภวารดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ขอส่งความสุขและความปรารถนาดีด้วยใจจริงมายังทุกท่านพร้อมทั้งครอบครัว สมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้ายซึ่งก่อตั้งมาครบ ๑ ปี ขอสานต่อภารกิจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างครบวงจรเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป ในโอกาสอันเป็นมงคลนี้ขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์และพระที่ท่านทั้งหลายนับถือ และขอเดชพระบารมีแห่งองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ โปรดดลบันดาลพระราชทานพรให้ท่านได้รับการปกป้องคุ้มครอง พ้นจากภยันตราย ประสบความสำเร็จเจริญก้าวหน้า เพื่อประโยชน์สุขต่อประชาชนและประเทศชาติสืบไป

ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

(รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล)

นายกสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย



เนื่องดิถีวาระดิถีขึ้นปีใหม่
ให้สิ่งดีศรีศรีเยือนทุกครา
คิดหวังหวานให้ชุ่มชื่นระรื่นสุข
เริ่มการใหม่ให้สำเร็จอย่างยั่งยืน
คำเคยท้อในปีนี้มีแล้ว
ทำสิ่งดีได้ดีตอบรับขอบพินัน

อวยพรให้ใจผ่องแผ้วดังแก้วกล้า
ชื่นชีวาประสบสุขทุกยามยล
ครั้งเคยทุกข์จมมลายกลายสดชื่น
ทุกวันคืนเป็นที่รักยิ่งทุกคน
คำกล้าแกลั้มอบให้ไว้ยึดมั่น
ทำสิ่งผืนให้มีวันสำเร็จจริง

เออน ตันวิน

(ศ.นพ.เออน ตันวิน)

นายกสมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย)

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นสมาคมทางวิชาชีพของแพทย์โรคหัวใจรวมทุกสาขา ทั้งอายุรแพทย์หัวใจ กุมารแพทย์โรคหัวใจ และศัลยแพทย์ทรวงอก ได้ก่อตั้งเมื่อวันที่ ๒๕ ธันวาคม พุทธศักราช ๒๕๑๐ ดำเนินการมาเป็นระยะเวลา ๔๖ ปี ปัจจุบันสมาคมฯ มีสมาชิกสามัญประมาณ ๙๐๐ คน สมาคมฯ ได้ดำเนินการตามวิสัยทัศน์ กล่าวคือเป็นสมาคมวิชาชีพที่มีการสร้าง พัฒนา เผยแพร่องค์ความรู้และความชำนาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เป็นศูนย์รวมองค์ความรู้และแหล่งอ้างอิงวิชาการด้านโรคหัวใจในระดับสากลและเป็นพลังผลักดันให้สังคมไทยหัวใจแข็งแรง ดังจะเห็นได้จากการจัดประชุมวิชาการในระดับนานาชาติประสบผลสำเร็จหลายครั้งที่ผ่านมา ล่าสุดคือ The 6th Asian Pacific Congress of Heart Failure (APCHF 2012) ที่เชียงใหม่ และ The 19th Asian Pacific Society of Cardiology 2013 Congress (APSC 2013) ที่พัทลุง การเป็น Affiliated Member of European Society of Cardiology ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๔ และ American College of Cardiology ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๕ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในหลายโรคหัวใจ เช่น Atrial fibrillation 2012 และ Pulmonary hypertension 2013 การวิจัยสหสถาบัน เช่น Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE) และ A Cohort of patients with high risk for cardiovascular events (CORE Thailand) ตลอดจนการทำหน้าที่ผลิตแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขายุทธศาสตร์โรคหัวใจ และเป็นที่ปรึกษาของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย



ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ นี้ กระผมในนามของนายกสมาคมฯ และคณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายพร้อมด้วยเดชพระบารมีแห่งองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ จงดลบันดาลให้ท่านทั้งหลายมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ ห่างจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งปวง ประสบแต่ความสุข ความเจริญในสิ่งอันพึงปรารถนาที่ดีทุกประการ

...ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่...

ขออวยชัยทุก ๆ ท่านจงสุขี

ให้ประสบพบแต่สิ่งดีดี

และจะมีชีวิตที่ยืนนาน (อันนี้สำคัญครับ)

เกษม เจริญ

(นพ.เกรียงไกร เสงี่ยม)

นายกสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

เพื่อนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เคารพรักทุกท่านครับ ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ผมขอส่งความรักและความปรารถนาดีมายังเพื่อนแพทย์/บุคลากรทางการแพทย์ พร้อมทั้งครอบครัวของทุกท่านด้วยครับ

ในรอบปีที่ผ่านมา สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย นอกจากการฝึกอบรมและสอบอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังได้จัดกิจกรรมทางวิชาการอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี ได้แก่ International Critical Care Conference in Thailand: All about shock ที่พัทลุง, Hand-on workshop on Echocardiography and Ultrasonography in Critical Care Medicine ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมี Professor Anthony S McLean และคณะวิทยากรจากมหาวิทยาลัยซิดนีย์ ออสเตรเลีย ร่วมเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม 14th Asia Ventilation Forum in Bangkok จัดอบรมการวิจัยเชิงสังเคราะห์ Systematic Review and Meta-analysis และการจัดประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ เมื่อวันที่ ๒๕-๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๖ ที่ผ่านมานี้ จาก global perspective to everyday practice มีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า ๑,๒๐๐ ท่าน และ Pre-congress education program ได้รับความสนใจอย่างล้นหลามจากเพื่อนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ครับ การพัฒนาและความก้าวหน้าทางวิชาการด้านเวชบำบัดวิกฤตนับเป็นหนึ่งในพันธกิจหลักของทางสมาคมฯ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทั้งองค์ความรู้และเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤตในประเทศไทยครับ



ในช่วงปลายปีที่ผ่านมา สถานการณ์ทางการเมืองของประเทศของเราเดินเข้าสู่ภาวะวิกฤตในหลายช่วงเวลา ผมขอชื่นชมท่านกรรมการบริหารสมาชิกของสมาคมฯ เพื่อนแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์อีกเป็นจำนวนมากที่ได้ทำงานในฐานะแพทย์อาสาและอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพระหว่างเหตุการณ์การชุมนุมและการปะทะกับเจ้าหน้าที่รัฐโดยไม่เลือกฝ่ายครับ ท่านคือความภูมิใจของเพื่อนร่วมวิชาชีพวิบาลสุขภาพครับ

ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๗ นี้ ทางสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยกำหนดจัด International Critical Care Conference in Thailand: All about organ support ในวันที่ ๒๖-๒๘ มิถุนายน ที่หัวหิน การจัดประชุมวิชาการประจำปียังจัดเดือนธันวาคมเหมือนเดิมครับ และจะมีการประชุมวิชาการเวชบำบัดวิกฤตสัญจรไปต่างจังหวัดอีกหลายจังหวัดครับ

สุดท้ายนี้ เนื่องในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ผมขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านเคารพนับถือ และเดชพระบารมีแห่งสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ได้โปรดดลบันดาลและประทานพรให้เพื่อนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านจงประสบแต่ความสุข ความเจริญทั้งในหน้าที่การงาน ครอบครัว สุขภาพดีทั้งกายและใจตลอดปีพุทธศักราช ๒๕๕๗ และตลอดไปนะครับ

รศ.นพ.บุญส่ง พจันสุนทร

(รศ.นพ.บุญส่ง พจันสุนทร)

นายกสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย และกรรมการแพทยสภา



กระผมในนามของสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย ขออวยพรให้แพทย์ทุกท่านและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรง มีจิตใจที่สุขสบาย และสมหวังในสิ่งที่ได้ตั้งใจไว้
ขอให้ช่วยรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจและให้บริการด้านสุขภาพของประชาชนชาวไทยอย่างเต็มกำลัง โดยเฉพาะต่อหญิงไทยให้ปลอดภัย และพ้นทุกข์จากโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

(นพ.วิสิทธิ์ สุกครพงษ์กุล)
นายกสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย



อาจกล่าวได้ว่าปีพุทธศักราช ๒๕๕๖ เป็นปีแห่งการปฏิรูประบอบการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างแท้จริงอีกครั้งหนึ่ง ตามนโยบายของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขที่พวกเราบุคลากรทางการแพทย์ คงได้รับรู้กันโดยทั่วแล้ว ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพด้านมะเร็งในบ้านเรานั้น มีการตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง มีการกำหนดกฎเกณฑ์มาตรฐานทรัพยากรสุขภาพและการดำเนินงาน ตัวชี้วัดในทุกระดับโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ รพ.สต. จนถึงโรงพยาบาลศูนย์ โดยเกณฑ์มาตรฐานด้านโรคมะเร็งดังกล่าวครอบคลุม ทั้ง ๗ ยุทธศาสตร์ตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๕๖-๒๕๖๐ ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ เป็นเจ้าภาพหลักในการจัดทำตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลก คาดว่าเมื่อมีการนำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็งไปใช้ในทั้ง ๑๒ เขตบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นที่ครอบคลุมตั้งแต่ Primary-Secondary-Tertiary Prevention, Palliative Care, Cancer Information จนถึง Cancer Research อย่างเป็นระบบกว่าในอดีตที่ผ่านมา

ปีพุทธศักราช ๒๕๕๗ ปีมะเมียนี้ ขอให้พวกเราบุคลากรทางการแพทย์ ผู้อำนวยความสะดวกการแพทย์ที่รกรวมถึงครอบครัวทุกท่าน เต็มเปี่ยมไปด้วยกำลังใจ กำลังใจ ในการทำงานและการดำรงชีวิตอย่างมีคุณธรรม เสมือนม้าที่ขยันและปราดเปรียว และที่สำคัญสุขภาพแข็งแรง ห่างไกลมะเร็งทุกท่านนะครับ

(นพ.วิรุฒิ อิมสำราญ)
ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์



ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ผมในนามของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก จงดลบันดาลให้ทุกท่านประสบแต่ความสุขเกษมสำราญ สุขภาพอนามัยแข็งแรง และสัมฤทธิ์ผลในสิ่งอันพึงปรารถนาทุกประการ

ในรอบปีที่ผ่านมา ถึงแม้ว่าสถานการณ์บ้านเมืองยังมีปัญหาอยู่ แต่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขยังคงปฏิบัติหน้าที่อย่างสมบูรณ์และต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ผมแสดงความชื่นชมมา ณ โอกาสนี้ และอีกประการหนึ่ง ผมขอให้ทุกท่านตระหนักถึงการกิจของการทำวิจัยในสาขาที่แต่ละท่านมีความเชี่ยวชาญ เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่อันจะขยายผลไปสู่ความก้าวหน้าในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย รวมถึงเป็นกำลังสำคัญในการร่วมกันขับเคลื่อนการสร้างสรรค์ปัญหาเพื่อพัฒนาประเทศ

(ศ.นพ.สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ)
ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย



วารสารวงการแพทย์ได้ทำหน้าที่อย่างดีมาตลอดปี และตลอดเวลาที่ผ่านมามาตั้งแต่เริ่มดำเนินการ เป็นสื่อกลางในการสานสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในวงการแพทย์และสาธารณสุข เป็นสื่อเผยแพร่ ถ่ายทอดข้อมูลความรู้ที่ทันสมัยและความก้าวหน้าในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวงการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งสองส่วนถือเป็นเรื่องที่ทำเป็นในสังคมยุคฐานความรู้ เป็นแหล่งให้บุคลากรในวงการได้ใช้เพื่อพัฒนาตนเอง พัฒนาศาสตร์ และพัฒนาทักษะสังคมที่มีเนื้อหา

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช ๒๕๕๗ ขอให้วารสารวงการแพทย์เจริญก้าวหน้าต่อไป โดยไม่มีอุปสรรค ขอให้ผู้อ่าน สมาชิกใน “วงการแพทย์และสาธารณสุข” รวมถึงคณะผู้จัดทำมีความสุขทั้งกายและใจ กระทำการสิ่งใดที่เป็นมงคลต่อชีวิตและสังคม ก็ขอให้ประสบความสำเร็จยิ่ง ๆ ขึ้นไป

(ศ.นพ.สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ)
เลขาธิการคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
(และยังคงเป็น “คนหนึ่งในวงการแพทย์”)



จี 8 จับมือร่วมต้านสมองเสื่อม

บีบีซี - กลุ่มประเทศจี 8 แถลงหลังการประชุมสุดยอด จับมือร่วมพัฒนาแนวทางรักษาสมองเสื่อมให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2568

การประชุมระหว่างคณะรัฐมนตรีสาธารณสุขจากกลุ่มจี 8 เปิดเผยว่า การพิชิตโรคสมองเสื่อมนับเป็นเป้าหมายที่ท้าทายอย่างยิ่ง ซึ่งในการนี้จี 8 จะเพิ่มการสนับสนุนงบประมาณวิจัยอย่างมีนัยสำคัญเพื่อเดินไปถึงเป้าหมายดังกล่าว และจะพัฒนาแผนปฏิบัติการสำหรับประสานการวิจัยระหว่างประเทศเพื่อแก้ไขอุปสรรคในการวิจัย

กลุ่มจี 8 ยังเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกประกาศให้สมองเสื่อมเป็นภัยคุกคามสุขภาพในระดับโลก และให้การช่วยเหลือนานาชาติรับมือกับปัญหาโรคสมองเสื่อมซึ่งปัจจุบันยังคงไม่มีวิธีการรักษา ขณะที่นายกรัฐมนตรีเดวิด คาเมรอน ผู้นำอังกฤษ ซึ่งเป็นเจ้าภาพการประชุมเรียกร้องให้ทุกภาคส่วนทั้งรัฐบาล เอกชน และนักวิจัยทั่วโลกตื่นตัวและร่วมมือกันพัฒนาวิธีการรักษาตามที่เคยทำมาแล้วกับโรคมะเร็ง รวมถึงเอชไอวีและเอดส์

อนึ่ง ตัวเลขงบประมาณวิจัยสำหรับโรคสมองเสื่อมในปัจจุบันยังคงเทียบไม่ได้กับงบประมาณวิจัยสำหรับโรคอื่น โดยเฉพาะโรคมะเร็ง ส่วนหนึ่งเป็นผลจากทัศนคติที่มองว่าสมองเสื่อมเป็นธรรมชาติของการแก่ชรา และปัจจุบันโรคอัลไซเมอร์เป็นสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด โดยพบมากถึงร้อยละ 62 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม

แพทย์จีนแสดงฝีมือต่อมือกับข้อเท้ารอปีกถ่าย

บีบีซี - แพทย์จีนช่วยหนุ่มประสบอุบัติเหตุด้วยการต่อมือผู้ป่วยกับข้อเท้า เพื่อเตรียมปลูกถ่ายกลับดังเดิม

ข่าวรายงานว่า ศัลยแพทย์ตัดสินใจปลุกถ่ายมือของนายเสี่ยว เว่ย ซึ่งประสบอุบัติเหตุมือขาดระหว่างการทำงานกับข้อเท้าของเขาเนื่องจากต้องรอกรักษาบาดแผลฉีกขาดยับเยินที่ข้อมือเสียก่อน จนหนึ่งเดือนให้หลังจึงสามารถต่อกลับที่เดิม โดยศัลยแพทย์เปิดเผยว่าหนุ่มเว่ย จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดอีกหลายครั้ง แต่เชื่อมั่นว่ามือของเขาจะกลับมาเป็นปกติ



ด้านผู้เชี่ยวชาญได้ชมเชยความสำเร็จครั้งนี้โดยชี้ว่า แม้การต่ออวัยวะที่ขาดกับอวัยวะส่วนอื่นเพื่อเย็บเลือดมาหล่อเลี้ยงไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่การต่อมือกับข้อเท้าในผู้ป่วยรายนี้ถือเป็นงานยากและต้องใช้ความละเอียดสูง และว่าข้อเท้าถือเป็นจุดที่ต่อกับอวัยวะได้ยาก และโดยทั่วไปแพทย์มักเลือกต่อที่บริเวณรักแร้ซึ่งมีการไหลเวียนเลือดดีกว่า

ออกกำลังกายลดนิ้วในไตหญิงวัยทอง



ยาฮู! - ผลการศึกษาใหม่ชี้ การออกกำลังกายแม้เพียงครั้งคราวก็สามารถลดความเสี่ยงนิ้วในไตในหญิงวัยทอง

ผลการศึกษาซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร Journal of the American Society of Nephrology รายงานผลลัพธ์จากการติดตามการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารในหญิงวัยทอง 84,000 ราย โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกาย

และความเสี่ยงต่อนิ้วในไตที่ลดลงร้อยละ 31 และไม่เป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงอื่นรวมถึงดัชนีมวลกาย อีกทั้งพบด้วยว่าการออกกำลังกายเป็นครั้งคราวด้วยการเดิน วิ่ง หรือดูแลสวนเพียงสัปดาห์ละ 2-4 ชั่วโมงก็ให้ผลดีในการลดความเสี่ยงเช่นกัน

ผลการศึกษารายงานด้วยว่า การควบคุมปริมาณแคลอรีก็อาจลดความเสี่ยงนิ้วในไตได้อีกทางหนึ่ง ตามที่พบว่าผู้ที่ได้รับพลังงานมากกว่า 2,200 แคลอรีต่อวันมีความเสี่ยงนิ้วในไตสูงขึ้นถึงร้อยละ 42 ขณะเดียวกันก็มีการศึกษาตีพิมพ์ในวารสาร Clinical Journal of the American Society of the American Society of Nephrology ชี้ว่า การดื่มน้ำหวานเป็นประจำทุกวันยังเป็นสาเหตุให้มีความเสี่ยงนิ้วในไตสูงขึ้นด้วย

ขบวนการวัคซีนโปลิโอปากีสถาน

บีบีซี - พบตำรวจชุดคุ้มกันและเจ้าหน้าที่โครงการหยอดวัคซีนโปลิโอยังคงถูกไล่ล่าต่อเนื่อง คಾದมิกกลุ่มตอลิบานอยู่เบื้องหลัง

รายงานแจ้งว่าเจ้าหน้าที่ชุดล่าสุดถูกกลุ่มมือปืนยิงเสียชีวิตบนเส้นทางระหว่างเมืองชวาปีและไทป์ และบริเวณรอบนอกเมืองเปซาวาร์ ซึ่งแม้ยังไม่มียกเลิกการออกมาอ้างความรับผิดชอบ แต่เชื่อว่าน่าจะเป็นฝีมือของกลุ่มตอลิบานซึ่งคัดค้านโครงการหยอดวัคซีนโปลิโอตามที่เห็นว่าเป็นความพยายามของโลกตะวันตกที่จะแทรกซึมเข้ามาในปากีสถาน

กลุ่มมุสลิมติดอาวุธหลักใช้ความรุนแรงต่อต้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปากีสถานมาตลอดระยะเวลา 10 ปี โดยกล่าวโทษเจ้าหน้าที่ว่าเป็นม้าใช้ของตะวันตกในการล้างสมองชาวมุสลิม อนึ่ง กระแสต่อต้านโครงการวัคซีนล่าสุดมีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยการนำของนายมุลละห์ ฟาซูลละห์ และทวีความรุนแรงขึ้นหลังเจ้าหน้าที่สหรัฐผลิตซีฟไอชามา บิน ลาเดน อดีตผู้นำกลุ่มอัลกออิดะห์เมื่อ 2 ปีก่อน การขัดขวางโครงการวัคซีนทำให้ปากีสถานเป็นหนึ่งใน 3 ประเทศร่วมกับไนจีเรียและอัฟกานิสถานที่ยังพบการระบาดเป็นวงกว้างของโปลิโอ



ตัวเลขผู้ป่วยมะเร็งทะลุ 14 ล้าน

บีบีซี - องค์การอนามัยโลกเผย จำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นเป็นกว่าปีละ 14 ล้านคน

รายงานชี้ว่า ตัวเลขผู้ป่วยมะเร็งและผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดเมื่อเทียบกับตัวเลขเมื่อปี พ.ศ. 2551 โดยเห็นได้ชัดว่ามีสาเหตุมาจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาตามอย่างประเทศอุตสาหกรรม รวมถึงการสูบบุหรี่ โรคอ้วน และอายุขัยของประชากรที่ยาวนานขึ้น และองค์การอนามัยโลก

ยังพยากรณ์ด้วยว่าตัวเลขผู้ป่วยมะเร็งจะสูงทะลุ 19 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2568

ข้อมูลจากสถิติชี้ว่า มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดทั่วโลก โดยมีจำนวนผู้ป่วยราว 1.8 ล้านคน หรือเทียบได้ราวร้อยละ 13 ของตัวเลขผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ขณะที่อัตราการป่วยโรคมะเร็งเต้านมก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งด้านอุบัติการณ์และอัตราการตาย และกลายเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง 140 ประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา



ปราบยุงด้วยเชื้อรา

บีบีซี - นักวิจัยมหาวิทยาลัยสวอนชีนำเชื้อรามาใช้กำจัดลูกน้ำยุง พบได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ

นักวิจัยเปิดเผยว่า รา *Metarhizium anisopliae* ซึ่งอาศัยอยู่ในดินและเป็นศัตรูตามธรรมชาติของแมลงหลายชนิดสามารถนำมาใช้กำจัดลูกน้ำได้หากนำไปแพร่ในน้ำที่ยุงวางไข่ โดยราชนิดนี้จะเจาะเข้าไปในตัวลูกน้ำและแพร่พันธุ์จนทำให้ลูกน้ำตาย แต่หากราไม่สามารถแพร่พันธุ์ในตัวลูกน้ำได้ก็จะคงสภาพเป็นสปอร์อัดแน่นอยู่ในตัวลูกน้ำ และกระตุ้นการทำงานของยีนหลายตัวซึ่งจะทำให้ลูกน้ำตายในที่สุด

นักวิจัยชี้ว่ามีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาการแพร่พันธุ์ของรา *Metarhizium anisopliae* เนื่องจากไม่เป็นไปตามที่สันนิษฐานไว้ก่อนหน้านี้ว่าเมื่อราเข้าสู่ลูกน้ำตัวหนึ่งแล้วจะสามารถผลิตสปอร์ทำให้เกิดการระบาดไปติดลูกน้ำที่แข็งแรงตัวอื่น โดยคาดหวังว่าจะสามารถพบแนวทางการควบคุมยุงอันเป็นพาหะนำโรค รวมถึงโรคมาลาเรียและโรคไข้เลือด

ล่าสุดมีรายงานเด็กเสียชีวิตจากมาลาเรียราวชั่วโมงละ 300 รายในภูมิภาคแอฟริกา ขณะที่โรคระบาดจากยุงที่เริ่มพบมากขึ้น รวมถึงไข้เดงกีก็มีรายงานว่าทำให้มีผู้เสียชีวิตหลายพันคนทั่วโลก ขณะเดียวกันก็เริ่มพบโรคที่มียุงเป็นพาหะในยุโรปแล้ว

ประโยชน์ต่อไตจาก RAS Blockade ในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่เป็นมาก

JAMA Intern Med. Published online December 16, 2013.

บทความเรื่อง Renoprotective Effect of Renin-Angiotensin-Aldosterone System Blockade in Patients with Predialysis Advanced Chronic Kidney Disease, Hypertension, and Anemia รายงานว่า ประโยชน์ของการใช้ยาในกลุ่ม renin-angiotensin-aldosterone system blocker เช่น angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEI) หรือ angiotensin II receptor blocker (ARB) สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นมากยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัด นักวิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ ACEI/ARB สำหรับโรคไตเรื้อรังระยะก่อนฟอกเลือดที่เป็นมากในผู้ป่วยความดันเลือดสูงและเลือดจาง

นักวิจัยคัดเลือกผู้ใหญ่ที่เป็นความดันสูงและโรคไตเรื้อรัง 28,497 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2000 ถึง 30 มิถุนายน ค.ศ. 2009 ผู้ป่วยมีระดับ serum creatinine สูงกว่า 6 mg/dL และ hematocrit ต่ำกว่า 28% และได้รับการรักษาด้วย erythropoiesis-stimulating agents โดยสุ่มเป็นกลุ่มที่ได้รับ ACEIs/ARBs (n = 14,117) และกลุ่มที่ไม่ได้รับ ACEIs/ARBs (n = 14,380) นักวิจัยประมาณ hazard ratios (HRs) สำหรับการฟอกไตระยะยาวและการตายทุกสาเหตุระหว่างกลุ่มที่ได้ ACEIs/ARBs และกลุ่มที่ไม่ได้ ACEIs/ARBs ด้วย Cox proportional hazards regression models

จากมัธยฐานการติดตาม 7 เดือน มีผู้ป่วย 20,152 ราย (70.7%) จำเป็นต้องฟอกไตระยะยาว และ 5,696 ราย (20.0%) เสียชีวิตก่อนอาการกำเริบเป็นโรคไตระยะสุดท้ายซึ่งจำเป็นต้องฟอกไต การใช้ยา ACEIs/ARBs สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อการฟอกไตระยะยาว (HR 0.94 [95% CI 0.91-0.97]) และผลลัพธ์รวมของการฟอกไตระยะยาวหรือการตาย (0.94 [0.92-0.97]) ประโยชน์ต่อไตของ ACEI/ARB มีความคงที่ในผู้ป่วยกลุ่มย่อยส่วนใหญ่เช่นเดียวกับการรักษาด้วย ACEI หรือ ARB monotherapy เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ยา ACEI/ARB พบว่า ผู้ที่ได้ยามีอัตราการเข้ารับการรักษานี้เนื่องจาก hyperkalemia สูงกว่า แต่ความเสี่ยงการตายในระยะก่อนฟอกไตอันเป็นผลจาก hyperkalemia ไม่ได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (HR 1.03 [95% CI 0.92-1.16]; p = 0.30)

ผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่มีอาการคงที่และเป็นโรคไตเรื้อรังที่เป็นมากซึ่งได้รับการรักษาด้วย ACEIs/ARBs มีความเสี่ยงต่อการฟอกไตระยะยาวหรือการตายต่ำลง 6% ซึ่งประโยชน์จากการรักษาด้วย ACEIs/ARBs ไม่ทำให้ความเสี่ยงการตายทุกสาเหตุสูงขึ้น



ภาวะแทรกซ้อนและการตายในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

JAMA Intern Med. Published online December 9, 2013.

บทความเรื่อง Rates of Complications and Mortality in Older

Patients with Diabetes Mellitus: The Diabetes and Aging Study รายงานว่า ประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงสองถึงสามทศวรรษหน้า การศึกษาการดำเนินโรคทางคลินิกของเบาหวานในประชากรกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญสำหรับการพัฒนาเวชปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ กำหนดลำดับความจำเป็นในการวิจัย กำหนดทรัพยากร และร่างนโยบายการดูแลสุขภาพ

นักวิจัยศึกษาอัตราการภาวะแทรกซ้อนและการตายของเบาหวานตามช่วงอายุและระยะของโรคเบาหวาน นักวิจัยศึกษาแบบ cohort study (ค.ศ. 2004-2010) จากผู้ป่วยสูงอายุ 72,310 คน (≥ 60 ปี) ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยคำนวณความหนาแน่นของอุบัติการณ์ (events per 1,000 person-years) ตามช่วงอายุ (60-69, 70-79 และ ≥ 80 ปี) และระยะของเบาหวาน (ระยะสั้น [0-9 ปี] vs ระยะยาว ≥ 10 ปี))

มาตรวัดผลลัพธ์ประกอบด้วย การเกิดน้ำตาลในเลือดสูงฉับพลัน, น้ำตาลในเลือดต่ำฉับพลัน, ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก โรคไตระยะสุดท้าย โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย lower limb amputation และโรคตาจากเบาหวาน, ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด (โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจล้มเหลว) และการตายทุกสาเหตุ

ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานระยะสั้นพบว่า ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด และตามมาด้วยการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นภาวะ

แทรกซ้อนไม่ถึงแก่ชีวิตที่พบมากที่สุด โดยผู้ป่วยอายุ 70-79 ปีที่เป็นเบาหวานระยะสั้นมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและน้ำตาลในเลือดต่ำที่สูงกว่า (11.47 per 1,000 person-years และ 5.03 per 1,000 person-years) เทียบกับโรคไตระยะสุดท้าย (2.60 per 1,000 person-years), lower limb amputation (1.28 per 1,000 person-years) และน้ำตาลในเลือดสูงฉับพลัน (0.82 per 1,000 person-years) นักวิจัยพบผลลัพธ์ลักษณะเดียวกันในผู้ป่วยกลุ่มอายุเดียวกันที่เป็นเบาหวานมานานกว่า โดยพบอุบัติการณ์สูงสุดของโรคหลอดเลือดหัวใจและน้ำตาลในเลือดต่ำ (18.98 per 1,000 person-years และ 15.88 per 1,000 person-years) เทียบกับโรคไตระยะสุดท้าย (7.64 per 1,000 person-years), lower limb amputation (4.26 per 1,000 person-years) และน้ำตาลในเลือดสูงฉับพลัน (1.76 per 1,000 person-years) หากพิจารณาจากกลุ่มอายุพบว่า อัตราของผลลัพธ์แต่ละด้านโดยเฉพาะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตามระยะการเป็นเบาหวานที่นานขึ้น แต่เมื่อพิจารณาจากระยะของโรคเบาหวานเป็นหลักพบว่า อัตราของน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด และการตายสูงขึ้นอย่างพรวดพราดตามอายุที่มากขึ้น ขณะที่อัตราภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็กยังคงที่หรือลดลง

ระยะการเป็นโรคเบาหวานและอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยอิสระที่ทำนายอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการตายจากโรคเบาหวาน และจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอายุยืนยาวมากขึ้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมการวิจัยและมาตรการด้านสาธารณสุขสำหรับลดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพื่อที่จะร่วมลดภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็ก

วินิจฉัยเกินจาก Low-Dose Computed Tomography ในมะเร็งปอด



JAMA Intern Med. Published online December 9, 2013.

บทความเรื่อง Overdiagnosis in Low-Dose Computed Tomography Screening for Lung Cancer รายงานว่า การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปอดให้ผลดีต่อการลดอัตราการตาย แต่นอกเหนือจากตรวจพบเนื้องอกอันตรายแล้วยังอาจตรวจพบเนื้องอกที่โตช้าซึ่งอาจไม่ก่อให้เกิดอาการทางคลินิก ซึ่งการวินิจฉัยเกินนี้ถือเป็นผลเสียประการหนึ่ง ที่อาจเกิดได้จากการตรวจคัดกรองเนื่องจากส่งผลต่อค่าใช้จ่ายการรักษา ความหวาดวิตก และการเจ็บป่วยอันเป็นผลมาจากการรักษามะเร็ง

นักวิจัยได้ประเมินปัญหาการวินิจฉัยเกินในการศึกษา National Lung Screening Trial (NLST) ซึ่งเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองด้วยวิธี low-dose computed tomography (LDCT) และ chest radiography (CXR) ในผู้เข้าร่วมวิจัย 53,452 รายซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อมะเร็งปอด โดยติดตามเป็นระยะ 6.4 ปีเพื่อเปรียบเทียบส่วนต่างจำนวนมะเร็งปอดระหว่าง LDCT arm และ CXR arm

นักวิจัยประเมินการวินิจฉัยเกิน 2 แนวทาง ได้แก่ ความน่าจะเป็นที่มะเร็งปอดซึ่งตรวจพบจากการตรวจคัดกรองด้วย LDCT

เป็นการวินิจฉัยเกิน (P_g) และจำนวนผู้

มะเร็งที่ประเมินว่าวินิจฉัยเกินต่อจำนวนคนที่ต้องตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันการตาย 1 รายจากโรคมะเร็งปอด

ระหว่างการติดตามมีรายงานมะเร็งปอด 1,089 รายใน LDCT arm และ 969 รายใน CXR arm ของการศึกษา NLST ความน่าจะเป็นเท่ากับ 18.5% (95% CI 5.4-30.6%) ที่มะเร็งปอดซึ่งตรวจพบด้วย LDCT เป็นการวินิจฉัยเกิน, 22.5% (95% CI 9.7-34.3%) ที่มะเร็งปอดชนิด non-small cell lung cancer ตรวจพบด้วย LDCT เป็นการวินิจฉัยเกิน และ 78.9% (95% CI 62.2-93.5%) ที่มะเร็งปอดชนิด bronchioalveolar lung cancer ตรวจพบด้วย LDCT เป็นการวินิจฉัยเกิน โดยจำนวนผู้ป่วยวินิจฉัยเกินจากผู้เข้าร่วมวิจัย 320 รายซึ่งจำเป็นต้องตรวจคัดกรองในการศึกษา NLST เพื่อป้องกันการตาย 1 รายจากโรคมะเร็งปอดเท่ากับ 1.38

มะเร็งกว่า 18% ที่ตรวจพบด้วย LDCT ในการศึกษา NLST อาจเป็นมะเร็งโตช้า และควรพิจารณาการวินิจฉัยเกินเมื่อประเมินความเสี่ยงจากการตรวจ LDCT สำหรับโรคมะเร็งปอด



เพิ่มรับประทานใยอาหารลดเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

BMJ 2013;347:f6879.

บทความเรื่อง Dietary Fibre Intake and Risk of Cardiovascular Disease: Systematic Review and Meta-Analysis รายงานผลการศึกษาระบบ systematic review และ dose-response meta-analysis เพื่อประเมินการรับประทานใยอาหารและความสัมพันธ์แบบ dose response กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ รวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด

นักวิจัยรวบรวมข้อมูลจาก Cochrane Library, Medline, Medline in-process, Embase, CAB Abstracts, ISI Web of Science, BIOSIS และสืบค้นเพิ่มเติม งานวิจัยที่ศึกษาเป็นงานวิจัยที่รายงานความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคใยอาหารและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือโรคหัวใจและหลอดเลือด งานวิจัยมีระยะติดตามตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป และตีพิมพ์ในอังกฤษระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1990 ถึง 6 สิงหาคม ค.ศ. 2013

มีงานวิจัยที่สอดคล้องกับเกณฑ์การศึกษา 22 ชิ้น โดยได้รายงานการรับประทานใยอาหารรวม กลุ่มย่อยของใยอาหาร หรือ

ใยอาหารจากแหล่งอาหาร และ primary events ของโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การรับประทานใยอาหารสัมพันธ์แบบกลับกับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด (risk ratio 0.91 per 7 g/day [95% confidence intervals 0.88-0.94]) และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (0.91 [0.87-0.94]) โดยพบ heterogeneity ระหว่างงานวิจัยสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด ($I^2 = 45\%$ [0-74%]) และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($I^2 = 33\%$ [0-66%]) ใยอาหารชนิดไม่ละลายน้ำและใยอาหารจากธัญพืชและผักมีความสัมพันธ์แบบกลับกับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและโรคหัวใจและหลอดเลือด ขณะที่การรับประทานใยอาหารจากผลไม้ไม่มีความสัมพันธ์แบบกลับกับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

การรับประทานใยอาหารมากขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และสอดคล้องกับคำแนะนำให้เพิ่มการรับประทานใยอาหาร ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้มีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ตามชนิดของใยอาหารหรือแหล่งอาหารเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานของใยอาหาร



ใช้ SSRIs ระหว่างตั้งครรภ์และความเสี่ยงออทิสติก

N Engl J Med 2013;369:2406-2415.

บทความเรื่อง Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors during Pregnancy and Risk of Autism รายงานว่า งานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยา selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ระหว่างตั้งครรภ์และความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อกลุ่มอาการออทิสติกในเด็ก

นักวิจัยศึกษาจากข้อมูลการคลอดครรภ์เดียวในเดนมาร์ก ระหว่างปี ค.ศ. 1996-2005 (626,875 ราย) และติดตามถึงปี ค.ศ. 2009 โดยใช้ทะเบียนประชากรเดนมาร์กเชื่อมข้อมูลการใช้ยา SSRIs ก่อนและหลังการตั้งครรภ์ กลุ่มอาการออทิสติกที่ตรวจพบในเด็ก และตัวแปรอื่นที่มีศักยภาพ นักวิจัยใช้การวิเคราะห์การรอดชีพจากระยะเวลาที่ตรวจพบออทิสติกในเด็กและ Poisson regression สำหรับ

ประมาณ rate ratios ของกลุ่มอาการออทิสติกตามการใช้ SSRIs ของมารดา

ระหว่างการติดตามระยะ 5,057,282 person-years พบการเกิดกลุ่มอาการออทิสติก 3,892 ราย (incidence rate 77.0 per 100,000 person-years) โดย 52 รายระหว่างการติดตามเป็นระยะ 42,400 person-years เป็นเด็กที่แม่ได้รับ SSRIs ระหว่างตั้งครรภ์ (incidence rate 122.6 per 100,000 person-years) เมื่อเทียบกับการไม่ใช้ SSRIs ทั้งก่อนและหลังตั้งครรภ์พบว่า การใช้ยาระหว่างตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของความเสี่ยงกลุ่มอาการออทิสติก (fully adjusted rate ratio 1.20; 95% CI 0.90-1.61) โดย rate ratio ที่ปรับแล้วในผู้หญิงที่ได้รับ SSRIs เฉพาะก่อนตั้งครรภ์แต่ไม่รวมถึงระหว่างตั้งครรภ์เท่ากับ 1.46 (95% CI 1.17-1.81)

นักวิจัยไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างการใช้ยา SSRIs ของมารดาในช่วงตั้งครรภ์และกลุ่มอาการออทิสติกในเด็ก อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอนี้ให้มีการศึกษาเพิ่มเติมตามที่พบค่า relative risk ถึง 1.61

ผลรักษาปริทันต์โดยไม่ผ่าตัดต่อค่า HbA1c ในเบาหวานชนิดที่ 2 และปริทันต์อักเสบเรื้อรัง

JAMA. 2013;310(23):2523-2532.

บทความเรื่อง The Effect of Nonsurgical Periodontal Therapy on Hemoglobin A1c Levels in Persons with Type 2 Diabetes and Chronic Periodontitis: A Randomized Clinical Trial รายงานว่า โรคปริทันต์อักเสบเรื้อรังสามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน และมีงานวิจัยบางชิ้นชี้ว่าการรักษาปริทันต์อาจให้ผลดีต่อการควบคุมน้ำตาล

นักวิจัยดำเนินการศึกษา Diabetes and Periodontal Therapy Trial (DPTT) เพื่อประเมินว่าการรักษาปริทันต์โดยไม่ผ่าตัดสามารถลดระดับ glycated hemoglobin (HbA1c) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และปริทันต์อักเสบเรื้อรังที่มีอาการปานกลางถึงเป็นมากได้หรือไม่ โดยศึกษาจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งได้ยาคุมที่มีระดับ HbA1c ระหว่าง 7-9% และไม่ได้ได้รับการรักษาโรคปริทันต์อักเสบเรื้อรัง นักวิจัยรวบรวมผู้เข้าร่วมวิจัย 514 รายระหว่างเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2009 ถึงเดือนมีนาคม ค.ศ. 2012 จากคลินิกเบาหวานและทันตกรรม และโรงพยาบาลในเครือข่ายการแพทย์ระดับอุดมศึกษา

กลุ่มทดลอง (n = 257) ได้รับการรักษาด้วยการขูดหินปูนและเกลารากฟันร่วมกับน้ำยาบ้วนปาก chlorhexidine ที่เส้นฐานและการรักษาประคับประคองที่ 3 และ 6 เดือน และกลุ่มควบคุม (n = 257) ไม่ได้รับการรักษาตลอด 6 เดือน ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของค่า HbA1c จากเส้นฐานระหว่างทั้งสองกลุ่มที่ 6 เดือน และผลลัพธ์

รอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของความลึกของร่องปริทันต์ การสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ อาการเลือดออก ดัชนีเหงือกอักเสบ ค่าน้ำตาลขณะอดอาหาร และคะแนน Homeostasis Model Assessment (HOMA 2)

การศึกษายูติลงก่อนกำหนดเนื่องจากไม่พบว่ามีประโยชน์ โดยที่ 6 เดือนพบว่า mean HbA1c ในกลุ่มรักษาปริทันต์เพิ่มขึ้น 0.17% (SD 1.0) เทียบกับ 0.11% (SD 1.0) ในกลุ่มควบคุม โดยไม่พบผลต่างที่มีนัยสำคัญจาก linear regression model ที่ปรับตาม clinical site (mean difference -0.05% [95% CI -0.23 ถึง 0.12%]; p = 0.55) มาตรฐานผลทางปริทันต์ดีขึ้นในกลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ 6 เดือน โดยมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ปรับแล้วเท่ากับ 0.28 มิลลิเมตร (95% CI 0.18-0.37) สำหรับความลึกของร่องปริทันต์, 0.25 มิลลิเมตร (95% CI 0.14-0.36) สำหรับการสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์, 13.1% (95% CI 8.1-18.1%) สำหรับอาการเลือดออก และ 0.27 (95% CI 0.17-0.37) สำหรับดัชนีเหงือกอักเสบ (p < 0.001 for all)

การรักษาปริทันต์โดยไม่ผ่าตัดไม่ช่วยฟื้นฟูการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีปริทันต์อักเสบเรื้อรังที่มีอาการปานกลางถึงเป็นมาก ผลลัพธ์นี้ไม่สนับสนุนการรักษาปริทันต์โดยไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยเบาหวานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับ HbA1c

ออกกำลังกายลดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้มีความทนทานต่อน้ำตาลบกพร่อง

The Lancet, Early Online Publication, 20 December 2013.

บทความเรื่อง Association between Change in Daily Ambulatory Activity and Cardiovascular Events in People with Impaired Glucose Tolerance (NAVIGATOR Trial): A Cohort Analysis รายงานว่า ผลลัพธ์การเพิ่มการออกกำลังกายต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดยังไม่มีข้อมูลชัดเจน นักวิจัยจึงศึกษาว่าระดับการเดินที่เส้นฐานและการเพิ่มระดับการเดินออกกำลังกายสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีความทนต่อน้ำตาลบกพร่องหรือไม่

นักวิจัยประเมินข้อมูลจากงานวิจัย NAVIGATOR ซึ่งศึกษาในผู้ที่มีความทนต่อน้ำตาลบกพร่อง 9,306 รายโดยรวบรวมจาก 40 ประเทศระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2002 ถึงเดือนมกราคม ค.ศ. 2004 ผู้เข้าร่วมวิจัยยังมีโรคหัวใจและหลอดเลือด (หากอายุ ≥ 50 ปี) หรือมีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างน้อยหนึ่งตัว (หากอายุ ≥ 55 ปี) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการติดตามการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด (การตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด สโตรคที่ไม่ถึงแก่ชีวิต หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย) เฉลี่ยเป็นเวลา 6 ปี และ

ประเมินระดับการเดินที่เส้นฐานและ 12 เดือน ทั้งนี้ นักวิจัยได้ใช้ Cox proportional hazard models ที่ปรับแล้วดูความสัมพันธ์ของการเดินที่เส้นฐานและการเปลี่ยนแปลงของการเดิน (จากเส้นฐานถึง 12 เดือน) กับความเสี่ยงเหตุการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด

ระหว่างการติดตาม 45,211 person-years พบเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด 531 ราย การเดินที่เส้นฐาน (hazard ratio [HR] per 2,000 steps per day 0.90, 95% CI 0.84-0.96) และการเพิ่มระดับการเดิน (0.92, 0.86-0.99) สัมพันธ์แบบกลับกับความเสี่ยงเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลลัพธ์สำหรับการเพิ่มระดับการเดินยังคงที่ภายหลังปรับการเปลี่ยนแปลงด้านดัชนีมวลกายและตัวแปรทางที่มีศักยภาพที่ 12 เดือน

ระดับการเดินที่เส้นฐานและการเพิ่มระดับการเดินมีความสัมพันธ์แบบกลับกับความเสี่ยงการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีความทนทานต่อน้ำตาลบกพร่อง

ใช้น้ำผึ้งป้องกันติดเชื้อจากล้างไตทางช่องท้อง

Lancet Infect Dis. 2014 Jan;14(1):23-30.

บทความเรื่อง Antibacterial Honey for The Prevention of Peritoneal-Dialysis-Related Infections (HONEYPOT): A Randomised Trial รายงานว่า ปัจจุบันยังคงมีข้อมูลจำกัดสำหรับกำหนดแนวทางป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้อง ขณะเดียวกันก็มีข้อมูลชี้ว่าการทาน้ำผึ้งเป็นวิธีที่ประหยัด

และให้ผลดีโดยไม่ทำให้เกิดเชื้อดื้อยา นักวิจัยจึงศึกษาว่าการทาน้ำผึ้งวันละครั้งที่บ้านบริเวณทางออกสายล้างท้องจะเพิ่มระยะเวลาจนถึงการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องหรือไม่ โดยเทียบกับการดูแลรักษาตามมาตรฐานร่วมกับ intranasal mupirocin prophylaxis สำหรับผู้เป็นพาหะของ *Staphylococcus aureus*

นักวิจัยศึกษาจากศูนย์การแพทย์ 26 แห่งในออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ โดยสุ่มให้ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องทาน้ำผึ้งที่บ้านบริเวณทางออกสายล้างท้องร่วมกับการดูแลทางออกสายล้างท้องตามมาตรฐาน หรือให้ intranasal mupirocin prophylaxis (เฉพาะในผู้เป็นพาหะของ *S. aureus*) ร่วมกับการดูแลทางออกสายล้างท้องตามมาตรฐาน (กลุ่มควบคุม) โดย primary endpoint ได้แก่ ระยะเวลา

จนถึงเกิดการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องครั้งแรก (การติดเชื้อที่ทางออกสายล้างท้อง การติดเชื้ออุโมงค์สาย หรือภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ)

มีผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทาน้ำผึ้ง 186 ราย และกลุ่มควบคุม 185 รายจากจำนวนทั้งสิ้น 371 ราย มีฐานการรอดชีพโดยไม่เกิดการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ทาน้ำผึ้ง (16.0 months [IQR not estimable]) และกลุ่มควบคุม (17.7 months [not estimable]; unadjusted hazard ratio 1.12, 95% CI 0.83-1.51; $p = 0.47$) และจากการวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบว่า น้ำผึ้งเพิ่มความเสี่ยงต่อทั้ง primary endpoint (1.85, 1.05-3.24; $p = 0.03$) และภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (2.25, 1.16-4.36) ในผู้ที่เป็นเบาหวาน อุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (298 vs 327, respectively; $p = 0.1$) และการตาย (14 vs 18, respectively; $p = 0.9$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทาน้ำผึ้งและกลุ่มควบคุม และพบผู้เข้าร่วมวิจัย 11 ราย (6%) ในกลุ่มทาน้ำผึ้งที่เกิดผื่นหรือระคายเคืองเฉพาะที่

ผลลัพธ์จากการศึกษานี้ไม่แนะนำให้ใช้น้ำผึ้งสำหรับการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้อง





แสดงความยินดี

ขอแสดงความยินดีกับ **รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์** ในโอกาสได้รับรางวัลศิษย์เก่าดีเด่นของคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ในพิธีเปิดการประชุม Joint International Tropical Medicine Meeting 2013 (JITMM 2013) เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ณ Centara Grand & Bangkok Convention Centre at Central World กรุงเทพฯ

ชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ประเทศไทย) จัด “Dealing with colorectal disease 2014”

ชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ประเทศไทย) เชิญประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการรอบ 2 ปี “Dealing with colorectal disease 2014” ซึ่งจะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 12-14 มีนาคม พ.ศ. 2557 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย กรุงเทพฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการในการรักษาโรคของลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รวมถึงการพบปะสังสรรค์ในหมู่มวลสมาชิกชมรมฯ และแพทย์ผู้สนใจทุกท่าน

การประชุมครั้งนี้ นอกจากความเข้มข้นในเนื้อหาวิชาการจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิระดับประเทศแล้ว ทางชมรมฯ ยังได้รับเกียรติจากวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิระดับโลก คือ Professor Jun-Gi Kim ซึ่งเป็น Director ของ Minimal Access and Robotic Surgery Center ของเกาหลีใต้ และเป็นประธาน Board of Directors of Korean Society of Endoscopic and Laparoscopies Surgeons ท่านจะมาบรรยายในหัวข้อ “Can laparoscopies vascular based no-touch isolation technique be the gold standard for colon cancer?” ซึ่งเป็นหัวข้อที่น่าสนใจยิ่ง



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณธนาศิริ รัตนวิศิษฎ์กุล โทรศัพท์ 0-2726-6141-3, 08-1459-1119 โทรสาร 0-2716-6144 E-mail: thaicolorectal@gmail.com

สมาคมแพทย์โรคจมูก (ไทย) จัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 6 ภายใต้ Theme: “Rhinology for All 2014”

สมาคมแพทย์โรคจมูก (ไทย) จะจัดประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 6 ภายใต้ Theme: “Rhinology for All 2014” ในระหว่างวันที่ 12-13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ณ โรงแรม Golden Tulip กรุงเทพมหานคร โดยมีหัวข้อที่น่าสนใจมากมาย อาทิ Highlights in rhinology 2012-2013, Impact of ASEAN Community 2558 on Medical Practitioners, Efficacy of nasal surgery on sleep breathing disorders: EBM, เครื่องคอมพิวเตอร์นำวิถี (navigator) ในการผ่าตัดไซนัส, การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด tympanoplasty, mastoidectomy และ stapedectomy, How to manage patients with headache: rhinogenic or non-rhinogenic, When to use and how to do the nasoseptal flap? เป็นต้น จึงใคร่ขอเชิญชวนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจเข้าร่วมการประชุมดังกล่าว

สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ทาง www.rcot.org หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ สำนักงานภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2419-7409

กรมวิทย์ฯ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องวัดความดันโลหิตส่วนใหญ่ตรงตามมาตรฐาน

นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เปิดเผยว่า ปัจจุบันเครื่องวัดความดันโลหิตเป็นเครื่องมือแพทย์ที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายในการตรวจวินิจฉัยโรคทั้งภายในโรงพยาบาลและใช้ภายในบ้าน ซึ่งมีด้วยกัน 2 ชนิดคือ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบเชิงกลและแบบอัตโนมัติ สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทั่วประเทศได้ทดสอบเครื่องวัดความดันโลหิตทั้ง 2 ชนิดที่ใช้งานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ



โรงพยาบาลต่าง ๆ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 1,233 เครื่อง พบว่ามีเครื่องที่ตรงตามมาตรฐานทั้งสิ้น 232 เครื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.8 เป็นเครื่องที่ตรงตามมาตรฐานด้านความแม่นยำ 49 เครื่อง หรือร้อยละ 4 เป็นเครื่องที่ตรงตามมาตรฐานด้านอัตราการรั่วของความดันในระบบ 183 เครื่อง ร้อยละ 14.4 จะเห็นว่าส่วนใหญ่เป็นเครื่องที่ตรงตามมาตรฐานด้านอัตราการรั่วของความดันในระบบ เหตุจากอุปกรณ์ประกอบชำรุด เช่น คัพ สาย ลูกยาง ดังนั้น ข้อควรระมัดระวังในการดูแลรักษาเครื่องจึงควรหลีกเลี่ยงการเก็บเครื่องในที่ที่มีความชื้นสูง ฝุ่นละออง ได้แสงแดดโดยตรงและของมีคม อย่าวางวัตถุที่มีน้ำหนักมากทับลงบนเครื่อง ไม่บีบลมเข้าในหากไม่ได้สวมปลอกเข้ากับข้อมือ ไม่ดึง ยึดหรือบิดปลอกพันข้อมือ ไม่แกะ ถอด แยกส่วนประกอบซ่อมหรือปรับแต่งเครื่องเอง และสำหรับเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติควรถอดแบตเตอรี่ออกเมื่อไม่ได้ใช้งานเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตาม ก่อนการวัดความดัน ผู้ตรวจควรพักผ่อนให้เพียงพอ ดื่มน้ำหรือดื่มน้ำเย็น และก่อนวัดควรนั่งพักให้หายเหนื่อยอย่างน้อย 5-10 นาที วัดวัดความดันหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ และควรปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนวัด เพื่อให้ได้ค่าความดันที่ไม่คลาดเคลื่อน และอาจส่งผลให้ค่าที่อ่านได้ไม่ถูกต้อง

Stop TB



ร.พ.นพรัตนราชธานี เผยแนวทางป้องกัน วัณโรคในสถานพยาบาล

นพ.ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์ เปิดเผยว่า วัณโรคเป็นสาเหตุของการป่วยและเสียชีวิตของประชากรในหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า วัณโรคกำลังเป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามมนุษยชาติ สถิติในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีผู้ป่วยทั้งสิ้น 125,000 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตปีละ 13,000 ราย จากปัญหาผู้ป่วยด้วยวัณโรคที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นปัจจัยให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลเกิดได้ใน 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ จากผู้ป่วยวัณโรคสู่ผู้ป่วยอื่น จากผู้ป่วยวัณโรคสู่บุคลากรทางการแพทย์ และจากบุคลากรทางการแพทย์แพร่กระจายสู่ผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน โดยบุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อวัณโรคจากการปฏิบัติหน้าที่สูงกว่าประชาชนทั่วไป กรมการแพทย์ โดยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มีการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย เพื่อให้บุคลากรทำงานอย่างมีความปลอดภัย จึงได้จัดอบรมแพทย์พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์จากหน่วยงานของภาครัฐจำนวน 100 คน เพื่อเป็นการเพิ่มความรู้และศักยภาพในการบริหารจัดการด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยมีการนำเสนอแนวทางควบคุมวัณโรคในสถานพยาบาลด้วยหลักการป้องกันและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่สำคัญคือ การบริหารจัดการโดยวินิจัยโดยเร็ว แยกพื้นที่ให้การรักษามีคุณภาพ การมีระบบเฝ้าระวังวัณโรคในสถานพยาบาล โดยให้ความสำคัญในการวินิจฉัยโรคโดยเร็ว มีการแจกหน้ากากอนามัยที่จุดคัดกรอง และการวางระบบด้วยการแยกเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคและให้ผู้ป่วยใช้เวลาในสถานพยาบาลให้สั้นที่สุด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค ทั้งในกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงในการรับเชื้อวัณโรคคือ เด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ผู้ป่วยที่ได้รับสารกดภูมิคุ้มกัน เช่น มะเร็งต่าง ๆ ผู้ป่วยที่ขาดสารอาหาร ผู้ที่สูบบุหรี่ และมีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง



สร. เร่งพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทุกแห่ง รับปี 57

นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2557 นี้ กระทรวงสาธารณสุขให้เขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต เร่งพัฒนาคุณภาพระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยจัดทำโครงการ นวัตกรรมใหม่ ๆ ที่ประชาชนสัมผัสได้ว่ามีประโยชน์จริง ๆ ได้จัดสรรงบประมาณให้เขตละ 10 ล้านบาท เน้นการจัดบริการร่วม เช่น โครงการ “ไร้รอยต่อพัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่มีอัตราการตายสูงอย่างมีอาชีพร” ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Motorway Fast Track on Trauma/Stroke/Stemi/Head injury/Newborn and High Risk Pregnancy) ของเขตบริการสุขภาพ 7, 8, 9

และ 10 เป็นต้น

ด้านคุณภาพการดูแลรักษา ได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแผนแม่บทพัฒนาศักยภาพบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 10 สาขา ได้แก่ อุบัติเหตุ, หัวใจและหลอดเลือดสมอง, ทารกแรกเกิด, มะเร็ง 5 สาขาหลัก (สูติ, ศัลยกรรม, อายุรกรรม, เด็ก, ออร์โธปิดิกส์) ตาและไต, ปฐมภูมิ, โรคเรื้อรัง, จิตเวช และทันตกรรม มีการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย และมีเครือข่ายสุขภาพที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ส่วนด้านคุณภาพการให้บริการจะดำเนินการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็น ลดระยะเวลาการคอยและลดความแออัด เช่น โครงการบริการใกล้บ้าน เวลาประชาชน เป็นต้น

กรมอนามัย เล็งปี 57 เพิ่มชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนครบ 100%

นพ.ณรงค์ สายวงศ์ รองอธิบดีกรมอนามัย กล่าวว่า กรมอนามัยได้ดำเนินโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและขจัดโรคขาดสารไอโอดีนให้หมดไปจากประเทศไทย โดยร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ทำให้ปัจจุบันมีชุมชน/หมู่บ้านที่ผ่านการประเมินรับรองเป็น “ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน” จำนวน 48,199 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 63.1 อีกทั้งยังมีศูนย์เรียนรู้ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนจำนวน 288 แห่งใน 40 จังหวัด ซึ่งส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ทารก เด็กปฐมวัย และเด็กวัยเรียนลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนได้ ทั้งนี้ได้ตั้งเป้าปี พ.ศ. 2557 ชวนชุมชน/หมู่บ้านทั่วประเทศเข้าสู่กระบวนการชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนให้ครบ 100% โดยให้ผ่านการรับรองเป็นชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนเพิ่มขึ้นจากที่มีอยู่เดิม 48,199 แห่ง เป็น 53,000 แห่ง หรือร้อยละ 10 อีกทั้งยังเตรียมจัดโครงการเทิดพระเกียรติเนื่องในโอกาสที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา ในปี พ.ศ. 2558 ในโครงการรวมพลังประเทศไทยร่วมใจพัฒนา “ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน” อีกด้วย



สร. สั่งเฝ้าระวัง “ไข้หวัดนก” ทุกสายพันธุ์ ตลอดหนาว

นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า แม้ว่าไทยจะไม่มีรายงานผู้ติดเชื้อไข้หวัดนกทุกสายพันธุ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 แต่จากการประเมินความเสี่ยงของไทยต่อการระบาดของโรคไข้หวัดนก โดยเฉพาะสายพันธุ์ H5N1 พบว่าอาจจะมีความเป็นไปได้ที่โรคอาจจะแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทย เนื่องจาก

ประเทศเพื่อนบ้านและภูมิภาคใกล้เคียงยังพบผู้ป่วยไข้หวัดนกอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะตามแนวชายแดน ผ่านทางการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีก รวมทั้งการเดินทางไปมาของประชาชน ได้มอบให้กรมควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เน้นหนักจังหวัดที่เคยพบสัตว์ปีกหรือคนติดเชื้อไข้หวัดนก รวมทั้งจังหวัดแนวชายแดนไทย-กัมพูชา และไทย-พม่า ให้คงมาตรการเฝ้าระวังโรคนี้ทั้งในคนและสัตว์ปีกอย่างเข้มข้น ร่วมกับสำนักงานปศุสัตว์ ครอบคลุมระดับหมู่บ้านและโรงพยาบาล เพื่อตรวจจับโรคที่รวดเร็ว

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ม.อ. จัดประชุมวิชาการ “อายุรศาสตร์ฉลาดเลือก”



ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดประชุม
วิชาการอายุรศาสตร์ ครั้งที่ 24 ประจำปี
พ.ศ. 2557 เรื่อง อายุรศาสตร์ ฉลาดเลือก
(Choosing Wisely in Internal Medicine)
ระหว่างวันที่ 11-13 กุมภาพันธ์ พ.ศ.

2557 ณ ห้องวิจารณ์ พานิช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา เพื่อให้อายุรแพทย์
แพทย์เวชปฏิบัติ พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร บุคลากรทางการ
แพทย์และสาธารณสุข มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธี
การวินิจฉัยและการรักษาโรคทางอายุรศาสตร์ได้อย่างถูกต้อง
บนพื้นฐานของข้อมูลทางการแพทย์

**รศ.นพ.พรชัย สติปัญญา รองหัวหน้าภาควิชา
อายุรศาสตร์ฝ่ายวิจัย และที่ปรึกษาการจัดการประชุมวิชาการ
อายุรศาสตร์ ครั้งที่ 24 ประจำปี พ.ศ. 2557** กล่าวว่า ภาควิชา
อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
มีการจัดประชุมวิชาการเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการเผยแพร่
ความรู้ทางด้านอายุรศาสตร์ให้แก่อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติ
พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร บุคลากรทางการแพทย์และ
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานทางด้านอายุรศาสตร์

สำหรับในปีนี้การประชุมวิชาการจะจัดภายใต้หัวเรื่อง
“อายุรศาสตร์ ฉลาดเลือก” (Choosing Wisely in Internal
Medicine) โดยมี **ผศ.พญ.สุวรรณา เศรษฐ์วัชรานิษฐ์** เป็น
ประธานจัดงาน เหตุที่หยิบยกเอาประเด็นดังกล่าวมาเนื่องจาก
ในปัจจุบันมีแนวทางการวินิจฉัยหรือวิธีการรักษาซึ่งอาจจะเป็น
ข้อโต้แย้งหรือยังไม่มีข้อสรุป หรือเป็นแนวคิดใหม่ ๆ มากมาย
ทำให้แพทย์ต้องตัดสินใจเลือกอย่างเหมาะสม การประชุมวิชาการ
ครั้งนี้จะรวบรวมข้อมูลดังกล่าวแล้วนำเสนอให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุม
โดยไม่ได้เน้นทางด้านทฤษฎีเพียงอย่างเดียว แต่เน้นการนำไป
ประยุกต์ใช้ได้จริง โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลทางการแพทย์ที่มี
ผลการศึกษารองรับ ผสมผสานกับประสบการณ์ของอาจารย์แพทย์
ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสาขาวิชานั้น ๆ ทั้งนี้เพื่อให้แพทย์ผู้ให้การรักษา
มีแนวทางการตัดสินใจในการเลือกแนวทางการวินิจฉัยโรคและ
การรักษาตามที่กล่าวมา

รูปแบบของการประชุมวิชาการครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นการ
บรรยายซึ่งในแต่ละหัวข้อ อาจารย์แพทย์แต่ละท่านมีการนำเสนอ
กรณีศึกษาของผู้ป่วยเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้



รศ.นพ.พรชัย สติปัญญา



ผศ.พญ.สุวรรณา เศรษฐ์วัชรานิษฐ์

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จากการให้การรักษามีการ
ถาม-ตอบปัญหาข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นโดยวิทยากร
ที่มาร่วมบรรยายเป็นวิทยากรภายในที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ
เฉพาะ และที่สำคัญคือ วิทยากรทุกท่านมีประสบการณ์ตรง
ในแต่ละสาขาวิชานั้น ๆ

กลุ่มเป้าหมายของการจัดประชุมวิชาการในครั้งนี้คือ กลุ่ม
แพทย์รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านอายุรศาสตร์ดังที่กล่าวมา
เนื้อหาในการประชุมเป็นการผสมผสานหลาย ๆ ระดับ เพื่อให้
ผู้ฟังแต่ละระดับสามารถเข้าใจและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังเช่น
ปัจจุบันที่มีพยาบาลเวชปฏิบัติตามหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งจำเป็น
ต้องมีความรู้ทางด้านอายุรศาสตร์อยู่บ้าง แม้ไม่ใช่เพื่อการรักษา
แต่อย่างน้อยจะเป็นผู้คัดกรองเพื่อส่งต่อผู้ป่วย หรือให้คำแนะนำ
เบื้องต้นแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้รวมถึงเภสัชกรและ
บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่มีความสนใจก็สามารถเข้าร่วม
งานประชุมวิชาการในครั้งนี้ได้เช่นกัน โดยผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการ
ครั้งนี้จะได้รับคะแนน CME, CPE และ CNEU ด้วย

“ผู้เข้าร่วมการประชุมวิชาการในครั้งนี้จะได้รับความรู้ที่
นำไปใช้งานได้จริง ไม่ว่าจะเป็นอายุรแพทย์ หรือแพทย์เวชปฏิบัติ
พยาบาลเวชปฏิบัติ และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ทำให้ท่าน
ซึ่งเป็นผู้ให้บริการด้านหน้า สามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง
อยู่บนหลักวิชาการและประสบการณ์ตรงของผู้ที่เคยผ่านปัญหา
เหล่านี้มาแล้ว จึงขอเชิญชวนอายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติ
รวมทั้งพยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจน
ผู้สนใจในสาขาวิชาอายุรศาสตร์ทุกท่าน เข้าร่วมประชุมวิชาการ
ในครั้งนี้ มั่นใจอย่างยิ่งว่าการประชุมวิชาการครั้งนี้จะเป็น
ประโยชน์ต่อทุกท่าน” **รศ.นพ.พรชัย** กล่าวทิ้งท้าย

**ผู้ที่สนใจสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่
โทรศัพท์ 0-7445-1454, 0-7445-1458 โทรสาร 0-7442-9385
E-mail: med@medicine.psu.ac.th หรือดูรายละเอียด
เพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ <http://medinfo.psu.ac.th>**

นวัตกรรมการรักษา เพิ่มโอกาสรอด ‘เอดส์’

รศ.พญ.ศศิโสภิน เกียรติบุญกุล



นพ.โสภณ เมฆธน



ปัจจุบันนี้การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลกคาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 35 ล้านคนเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2555 สำหรับในประเทศไทยมีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกือบ 6 แสนคน และเสียชีวิตประมาณ 3 หมื่นคน ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 1.4 แต่ในความเป็นจริงคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อสะสมประมาณ 1 ล้านคนตั้งแต่พบผู้ติดเชื้อรายแรกในประเทศเมื่อปี พ.ศ. 2530

รศ.พญ.ศศิโสภิน เกียรติบุญกุล สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กล่าวว่า การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาได้แต่ไม่หายขาด เป็นโรคติดต่อเรื้อรังเหมือนโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน แต่ 2 โรคหลังนี้ไม่ได้เป็นโรคติดต่อ ทางหลักของการติดต่อที่พบมากที่สุดในประเทศไทยคือ ทางเพศสัมพันธ์ ทั้งที่เป็นเพศเดียวกันหรือต่างเพศ ส่วนการติดต่อทางอื่นที่พบได้คือ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน รวมถึงการสักและจากมารดาสู่ทารก

“หลังจากได้รับเชื้อเอชไอวีในช่วงแรกผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการใด ๆ เลยก็ได้ ผู้ติดเชื้อครึ่งหนึ่งอาจมีอาการคล้ายไข้หวัด หลังจากนั้นอาการจะดีขึ้นเองแม้ไม่ได้รับการรักษาและจะเข้าสู่ระยะติดเชื้อที่ไม่มีอาการ แต่เนื่องจากเชื้อไวรัสมีการแบ่งตัวตลอดเวลาจึงทำให้เม็ดเลือดขาว CD4 ซึ่งมีหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรคลดต่ำลงไปเรื่อย ๆ หลังจากนั้นก็จะเข้าสู่ระยะมีอาการ เช่น น้ำหนักลด ฝ้าขาวในปาก ท้องเสียเรื้อรัง หรือมีตุ่มคันขึ้นตามแขนขา และระยะสุดท้ายคือ เอดส์ ซึ่งเป็นระยะที่เม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำมากและ/หรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน เช่น วัณโรคหรือ

เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา เป็นต้น ซึ่ง 2 ระยะหลังนี้ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคติดเชื้อเอชไอวี”

ในการรักษา นอกจากการให้ยาเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ภูมิคุ้มกันต่ำมากแล้ว หัวใจสำคัญที่สุดของการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านเอชไอวี การใช้ยาอย่างน้อย 3 ชนิดรวมกันเป็นสูตรยาที่เหมาะสมและถูกต้อง จะนำไปสู่การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีที่ควบคุมได้คือไม่สามารถตรวจพบไวรัสในเลือด ทำให้มีภูมิคุ้มกันดีขึ้นหรือจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 สูงขึ้น มีอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสลดลง อัตราตายลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากยังไม่มียาต้านเอชไอวีชนิดใดที่สามารถรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด หรือยับยั้งการดำเนินของโรคได้นานตลอดไป ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องรับประทานยาทุกวันตลอดชีวิต

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันได้มีการพัฒนายาชนิดใหม่ ๆ ที่รับประทานง่าย มีผลข้างเคียงน้อย หรือเป็นแบบรวมเม็ดที่รับประทานวันละ 1 เม็ด และมีราคาถูกกว่าเดิมมาก รวมไปถึงมีการพัฒนารูปแบบยาให้เป็นแบบฉีดและยาที่ออกฤทธิ์ได้นาน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยที่จะพยายามทำให้โรคหายขาด ซึ่งตอนนี้มีอยู่ 2 หลักการที่อาจจะเป็นไปได้ในอนาคตอันใกล้คือการรักษาเร็วตั้งแต่ที่มีการติดเชื้อใหม่ ๆ แต่ปัญหาคือ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ทราบว่าคุณเองติดเชื้อเมื่อมีอาการหรือติดเชื้อมานานแล้ว และการปลูกถ่ายไขกระดูก ซึ่งทั้ง 2 หลักการนี้ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวียังเป็นโรคที่ยังรักษาไม่หายขาดในขณะนี้ การป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญวิธีที่ยังมีประสิทธิภาพสูงที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อทาง



เพศสัมพันธ์คือ การใช้ถุงยางอนามัย ทั้งถุงยางอนามัยสำหรับเพศชายและถุงยางอนามัยสำหรับเพศหญิง แต่ถุงยางอนามัยสำหรับเพศหญิงนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากมีราคาแพงและใช้ไม่สะดวก ส่วนการป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกคือ การให้ยาต้านเอชไอวีแก่มารดาที่ติดเชื้อและการให้ยาในเด็กทารกแรกเกิด ซึ่งมีประสิทธิภาพลดการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกได้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 2 แต่ปัญหาที่พบคือ มารดามาฝากครรภ์ช้าหรือไม่ได้ฝากครรภ์ จึงไม่ได้รับยาต้านเอชไอวีเพื่อการป้องกัน จึงยังพบเด็กที่มีการติดเชื้อรายใหม่อยู่เรื่อย ๆ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดคือ การใช้เข็มฉีดยาที่สะอาดและไม่ใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น แต่การที่ยังมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะที่เป็นการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงเป็นข้อมูลที่แสดงว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยลดลง

ด้าน **นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค** กล่าวถึงสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มเด็กว่าปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 440,000 ราย ในจำนวนนี้เป็นเด็กประมาณ 14,000 คน ในทุก ๆ วันจะมีเด็กอย่างน้อยหนึ่งคนที่เกิดมาพร้อมเชื้อเอชไอวี หากไม่ได้รับยาต้านไวรัสเด็กเหล่านี้จะเสียชีวิตก่อนอายุครบ 5 ปี กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินมาตรการต่าง ๆ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นเด็กด้วยการแจกยาต้านไวรัส (ARV) ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีเชื้อทั่วประเทศ ตลอดจนบริการให้คำปรึกษาและการตรวจเลือดจนสามารถลดอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกลงเหลือต่ำกว่าร้อยละ 2 จากร้อยละ 30 เมื่อ 20 ปีที่แล้ว

พร้อมกันนี้ กรมควบคุมโรคโดยสถาบันบำราศนราดูรยังได้จัดทำ “โครงการการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก” ซึ่งได้เริ่มดำเนินการมาแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เพื่อส่งเสริมการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยให้บริการปรึกษาแบบคู่ กระตุ้นให้สามี-ภรรยารับการตรวจเลือด และเพิ่มอัตราการเปิดเผยผลเลือดรวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ที่ผ่านมาพบว่าผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ มีสามีของหญิงตั้งครรภ์มารับการปรึกษาเพื่อตรวจเลือดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.3 เป็นร้อยละ 77.5 ผลการตรวจเลือดทั้งสามี-ภรรยาในกลุ่มนี้เป็นลบร้อยละ 97.09 ผลบวกทั้งคู่มีเพียงร้อยละ 0.27, สามีผลบวก/ภรรยาผลลบ ร้อยละ 1.64, สามีผลลบ/ภรรยาผลบวก ร้อยละ 1.0 นอกจากนี้จากการติดตามตรวจเลือดในเด็กทารกไม่พบการติดเชื้อจากแม่ โดยข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเท่ากับ 0

ทั้งนี้ มีผู้วิจัยหลายกลุ่มได้มีการพัฒนาและวิจัยวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีใหม่ ๆ เพื่อเสริมกับประสิทธิภาพของ

การใช้ถุงยางอนามัย โดยในช่วง 2-3 ปีนี้มีผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์หลายการศึกษา โดยเฉพาะการใช้ยาต้านเอชไอวีที่รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นเครื่องมือในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนที่จะได้รับเชื้อในผู้ที่มีความเสี่ยง

มีหลายการศึกษาที่แสดงว่าเมื่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น เป็นชายรักชาย ผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดฉีด หรือผู้ที่ยังไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีแต่มีคู่นอนที่ติดเชื้อเอชไอวี กินยาต้านเอชไอวีชนิดเดียวกับที่ใช้รักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีการติดเชื้อเอชไอวีลดลง โดยยาต้านเอชไอวีมีประสิทธิภาพประมาณร้อยละ 40-50 แต่การกินยาต้านเอชไอวีนี้เป็นการป้องกันเสริมหรือร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้ยังมีการพัฒนายาต้านเอชไอวีเป็นรูปแบบเจล เพื่อให้ผู้หญิงที่ยังไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีใช้ใส่เข้าไปในช่องคลอดทั้งก่อนและหลังการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งถือได้ว่าเป็นเครื่องมือป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างแรกที่ผู้หญิงสามารถเลือกใช้ได้ ในกรณีที่ผู้ชายไม่ยอมใส่ถุงยางอนามัย แม้ว่าประสิทธิภาพของเจลชนิดนี้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่สูงมากคือ ประมาณร้อยละ 40 และขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอในการใช้เจล นอกจากนี้ยังมีหลักการที่ใช้ยาต้านเอชไอวีรักษาผู้ติดเชื้อ และในขณะเดียวกันยังเป็นเครื่องมือในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไปสู่คู่นอนที่ยังไม่ได้ติดเชื้อ หมายถึงเมื่อให้การรักษาการติดเชื้อเอชไอวีคนนั้น ๆ แล้ว จะทำให้ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือดลดลง ส่งผลให้ปริมาณเชื้อเอชไอวีในสิ่งคัดหลั่งที่อวัยวะเพศลดลง และลดการติดต่อของเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ซึ่งหลักการนี้สามารถลดการติดเชื้อไปสู่คู่นอนที่ยังไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีได้สูงถึงร้อยละ 96 ซึ่งถือได้ว่าเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์สามารถป้องกันได้ โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยง และการป้องกันโดยวิธีต่าง ๆ ที่ขึ้นกับพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ในปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยและพัฒนายาใหม่ ๆ รวมไปถึงการวิจัยที่จะทำให้การรักษาเป็นแบบหายขาด อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยช้า ไม่ได้มีการตรวจเลือดคัดกรองโดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยง รวมไปถึงหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้ได้รับการรักษาช้า ซึ่งอาจจะทำให้มีผลการรักษาที่ไม่ดี หรือเกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนตามมา

สร้างสมดุลการรักษามะเร็งกระเพาะอาหาร

“ต้องมองที่ผู้ป่วย ไม่ใช่ตัวโรค”



รศ.นพ.นรินทร์ วรวุฒิ

มะเร็งกระเพาะอาหารเป็นโรคมะเร็งชนิดหนึ่งที่พบได้ทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศทางเอเชีย เช่น จีน เกาหลี มองโกเลีย รัสเซียบางส่วน และในอเมริกาใต้ โดยพบมากที่สุดในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากอาหารและสิ่งแวดล้อมโดยตรง สาเหตุจากพันธุกรรมพบได้น้อย สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในภาคเหนือ เนื่องจากใช้ชีวิตแบบตะวันตกมากขึ้น รับประทานอาหารปิ้งย่าง อาหารรสเค็ม ไม่รับประทานผัก ผลไม้ สุกดิบหรือ ดิบเหล้า รวมทั้งมีการติดเชื้อแบคทีเรีย *H. pylori* นอกจากนี้ในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรค GERD หรือโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น เมื่อเกิดการสำรอกอาหารบ่อย ๆ จะทำให้บริเวณรอยต่อของกระเพาะอาหารเกิดการอักเสบซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งส่วนต่อระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหารได้

แม้ว่าโรคมะเร็งกระเพาะอาหารจะมีแนวโน้มสูงขึ้นในประเทศไทย แต่ด้วยนวัตกรรมยาในปัจจุบันทำให้โรคนี้สามารถรักษาให้หายขาด ลดการเป็นซ้ำ รวมทั้งยืดชีวิตของผู้ป่วยได้โดย รศ.นพ.นรินทร์ วรวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กล่าวว่า การวินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารคือการส่องกล้องตรวจ ตัดชิ้นเนื้อ แต่ในประเทศไทยซึ่งมีอุบัติการณ์ของโรคนี้น้อย การส่องกล้องส่วนใหญ่

จึงตรวจแค่บริเวณลำไส้เท่านั้น กว่าเจพบผู้ป่วยมักจะมีอาการหนักแล้ว สำหรับโอกาสที่จะรักษาให้หายขาดได้นั้นมีเพียงวิธีเดียวคือการผ่าตัด โดยการผ่าตัดในปัจจุบันซึ่งญี่ปุ่นถือว่าเป็นผู้นำในการรักษา เรียกว่า D2 dissection คือการตัดต่อมน้ำเหลืองรอบ ๆ ก่อนมะเร็งออกให้หมด แต่ในบางประเทศยังคงใช้เพียง D1 dissection คือตัดต่อมน้ำเหลืองออกบางส่วน ส่วนในประเทศไทยโดยเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ใช้ D2 dissection ทั้งหมดแล้ว

ทั้งนี้การผ่าตัดแบบ D1 dissection จะมีการฉายแสงร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด 5-FU หรือ 5-Fluorouracil แต่ในประเทศญี่ปุ่น เกาหลี กลับเห็นว่าวิธีการรักษาที่สมบูรณ์คือ การผ่าตัดแบบ D2 dissection หลังจากนั้นรักษาด้วยการให้ยา ซึ่งประเทศญี่ปุ่นที่มีอุบัติการณ์ของโรคนี้มากที่สุดได้ศึกษาวิจัยจนได้ยาที่มีประสิทธิภาพตัวหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหารคือ S-1 ซึ่งเป็นยารับประทาน โดยผู้ป่วยระยะที่ 2-3 การให้ S-1 เสริมหลังการผ่าตัดแบบ D2 dissection จนครบกำหนด 1 ปี พบว่าช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึง 33% ผู้ป่วยระยะที่ 4 จะช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้ถึง 11-13 เดือน จากเดิมที่จะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6-12 เดือน ถือเป็นยาสูตรมาตรฐานที่ใช้ในประเทศญี่ปุ่น เกาหลี จีน ไต้หวัน มานานแล้ว

หากโรคมะเร็งกระเพาะอาหารอยู่ในระยะที่โรคแพร่กระจายแล้วจนไม่สามารถผ่าตัดออกหมดได้จะมีการรักษาด้วยยาที่รักษาตามเป้าหมาย ซึ่งมีทั้งรับประทานและยาฉีด โดยจะต้องวินิจฉัยแยกผู้ป่วยออกเป็นผู้ที่เป็มะเร็งกระเพาะอาหารแบบ HER-2 ซึ่งพบได้ประมาณ 15% ต้องรักษาด้วยการให้ยาต้านมะเร็ง HER-2 คือ Trastuzumab ร่วมกับเคมีบำบัด จากการศึกษาพบว่าสามารถยับยั้งก้อนมะเร็งลงได้มากกว่าการใช้เคมีบำบัดเพียง



อย่างเดียว การกำเริบน้อยลง และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย ส่วนอีก 85% ซึ่งเป็นกลุ่มที่โรคแพร่กระจายแล้ว การรักษาก็จะมีการรักษาด้วยยา มีทั้งยาเดี่ยว ยาสองตัว และยาสามตัว ยาเดี่ยวที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยารับประทาน โดยยาเดี่ยวที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ S-1 และถึงแม้จะมียาอีกตัวหนึ่ง คือ Capecitabine ที่มีข้อมูลการศึกษาจำนวนมากในการรักษาโรค มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งเต้านม แต่ข้อมูลการศึกษาในการรักษา มะเร็งกระเพาะอาหารยังน้อยกว่า S-1

ส่วนยาที่รักษาตามเป้าหมาย ไม่ว่าจะเป็นยายับยั้งยีน มะเร็ง HER-1 อย่าง Cetuximab หรือยายับยั้งเส้นเลือดอย่าง Bevacizumab ใช้ในมะเร็งกระเพาะอาหารแล้วไม่ได้เท่ากับมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ เป็นเพราะกลไกการเกิดโรคที่ต่างกัน กลไกการ ต่อยาจึงแตกต่างกัน

หากผู้ป่วยเกิดอาการดื้อยาจากยาสูตรแรก มียาอีก สองตัวที่ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น แต่เป็นยาฉีดทั้งคู่คือ Irinotecan หรือ Docetaxel มีประโยชน์สามารถยืดชีวิตผู้ป่วย ลดการกลับ เป็นซ้ำของโรคได้ แต่ยาทั้งสองมีพิษมาก ดังนั้น ในผู้ป่วยบางราย ที่ดื้อยา การใช้ S-1 ก็เป็นกลุ่มยาที่สามารถใช้ได้ หากมองในแง่ ของความสะดวก ผลข้างเคียงน้อย คุณภาพชีวิตดีกว่า สะดวกกับ ผู้ป่วยมากกว่า ถือเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่ง

สำหรับยาสูตรที่สามในการรักษามะเร็งกระเพาะอาหาร ไม่มียามาตรฐานที่จะมีผลดี ยืดชีวิตผู้ป่วยได้ เพราะโรค มะเร็งกระเพาะอาหารเป็นโรคที่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดได้ดี แต่ว่า อัตราการตอบสนองสั้นก็จะเกิดการดื้อยา คงจะต้องศึกษาวิจัย ต่อไปว่าจะใช้ยาสูตรใดมาใช้รักษา

อย่างไรก็ตาม S-1 ก็เป็นทางเลือกตัวหนึ่งที่ได้ประโยชน์ มาก มีข้อมูลมากมายจากประเทศญี่ปุ่นที่พบว่า S-1 มี ประสิทธิภาพดีไม่ด้อยกว่า 5-FU และเป็นยาหลักในการรักษา มะเร็งกระเพาะอาหารในระยะแพร่กระจาย ไม่ว่าจะเป็นยาเดี่ยว หรือร่วมกับ Cisplatin หรือยาในกลุ่ม Platinum นอกจากนี้ยังมีข้อมูล การศึกษาพบว่า S-1 จะมีตัวยับยั้งเอนไซม์ Dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) มีผลทำให้ระดับยา 5-FU อยู่ในร่างกาย

สูง เพราะฉะนั้นในกรณีที่ผู้ป่วย มีเอนไซม์ DPD ในก้นมดลูกสูง

แสดงว่าปริมาณยา 5-FU จะคงอยู่ใน ก้นมดลูกมาก ทำให้ผลการรักษาได้ ผลดี ดังนั้น การรักษาเฉพาะบุคคลคือ ตรวจเอนไซม์ DPD ว่ามีปริมาณ

เท่าไร ถ้ามี DPD มาก ยาจะตอบสนองดีต่อผู้ป่วยรายนั้น ๆ แต่เนื่องจากในประเทศไทยสามารถตรวจ DPD ได้เฉพาะใน ศูนย์วิจัยบางแห่งเท่านั้น จึงต้องใช้วิธีการศึกษาว่ามีโรคใด ที่มี DPD สูง เช่น มะเร็งตับอ่อน มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็ง เต้านม และมะเร็งปอด ซึ่งเป็นข้อชี้บ่งว่าจะตอบสนองดีต่อ S-1 รวมทั้งมีผลการศึกษาพบว่า หากใช้ร่วมกับ Cisplatin จะได้ ผลการรักษาที่ดีในการรักษาโรค มะเร็งปอดด้วย

สำหรับผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาในกลุ่ม 5-FU และ S-1 คือท้องเสีย ปวดท้อง ปากอักเสบ นอกจากนี้ยังมีการ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เหนื่อยล้า ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้ในยาเคมีบำบัดเกือบทุกชนิด แต่ผล ข้างเคียงลักษณะพิเศษของ 5-FU คือถ้าโดนแดด ผิวจะคล้ำ แต่ ใน S-1 มีผลข้างเคียงน้อยกว่า คือผมไม่ร่วง และไม่มีการ เล็บดำ ผิวหนังดำ และถ้าเทียบกับยาฉีดตัวอื่น ๆ ถือว่ามีผล ข้างเคียงน้อยกว่ามาก ข้อดีของยาในกลุ่มนี้อีกอย่างคือ กด ภูมิคุ้มกันน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับ Paclitaxel, Docetaxel หรือ Adriamycin ซึ่งกดภูมิคุ้มกันมากกว่า

“การรักษาโรค มะเร็งที่ดีต้องคำนึงถึงตัวผู้ป่วย ไม่ใช่ตัว โรค ต้องสร้างสมดุลระหว่างผู้ป่วย ผลข้างเคียง และฤทธิ์การต้าน มะเร็ง คือไม่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเสียไป ไม่ทำให้ผล ข้างเคียงมากจนเกินไป ยาที่มีประสิทธิภาพเต็มที่เท่าที่ตัวยาใช้ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายทั้งกายและใจ ดูแลครอบคลุม ถึงการตอบสนองต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วย” รศ.นพ.นรินทร์ กล่าว

รศ.นพ.นรินทร์ กล่าวทิ้งท้ายว่า “ปัจจุบันมีองค์ความรู้ ใหม่ ๆ นวัตกรรมยาใหม่ ๆ แพทย์จำเป็นต้องเรียนรู้ และปรับ ความคิดให้เท่าทัน โดยเฉพาะแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรค มะเร็ง เพราะ

เป็นโรคร้ายแรงและรักษายาก หากแพทย์ไม่รู้ วิธีการใช้ยาที่ถูกต้องหรือใช้ไม่เป็น ผู้ป่วยจะ สูญเสียทั้งชีวิต คุณภาพชีวิต และโอกาส การ ศึกษาต่อเนื่องนั้นสำคัญมาก การดูแลผู้ป่วย เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ แพทย์จะต้องมีทั้ง องค์ความรู้และประสบการณ์จึงจะสามารถ ใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ”

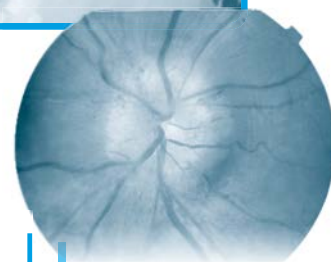


รศ.นพ.นิพนธ์ จิรภาไพศาล



การเป็นจักษุแพทย์

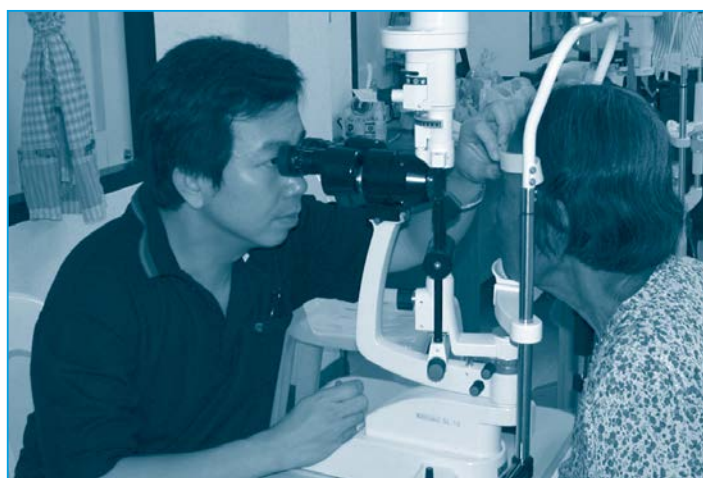
ต้องมีความละเอียดรอบคอบ



จากประสบการณ์ที่ได้มีโอกาสร่วมรักษาโรคทางเส้นประสาทตาให้แก่เด็กหญิงคนหนึ่งซึ่งมารักษาด้วยอาการปวดศีรษะมาก และเคยไปตรวจรักษามามากแห่ง ทำการตรวจวัดสายตา แต่อาการปวดศีรษะก็ไม่เคยดีขึ้น โดยที่ไม่สามารถหาสาเหตุการปวดศีรษะของเด็กหญิงคนนี้ได้ ทำให้ **รศ.นพ.นิพนธ์ จิรภาไพศาล อาจารย์ประจำสาขาวิชาประสาทจักษุ ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล** ซึ่งสมัยนั้นยังเป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่หนึ่ง ตรวจพบข้อผิดพลาดบางอย่าง ทั้งสองข้าง เกิดความสงสัยว่าสาเหตุของการปวดศีรษะน่าจะมาจากโรคเส้นประสาทตาถูกกดทับ จำเป็นต้องปรึกษาอาจารย์ทางด้านเส้นประสาทตา แต่เนื่องจากอาจารย์ทางด้านนี้มีน้อย คนไข้รอคิวเป็นจำนวนมาก ทำให้นอกจากที่คุณหมอได้ร่วมในการตรวจดูแลรักษาเด็กหญิงคนนี้แล้ว คุณหมอยังต้องคอยอธิบายและปลอบแม่ของคนไข้ที่อารมณ์เสียด้วยสาเหตุที่ลูกต้องรอคิวนาน แต่ในที่สุดก็ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการปวดศีรษะว่าเกิดจากเนื้องอกในสมองที่กดเส้นประสาทตา ส่งผลทำให้ข้อผิดพลาดทั้งสองข้างต่อมาเด็กหญิงคนนี้ได้รับการผ่าตัด จนหนึ่งปีผ่านไปขณะที่คุณหมอเดินอยู่ในโรงพยาบาล แม่ของเด็กหญิงคนนี้เข้ามาทัก และบอกกับคุณหมอว่ารู้สึกดีใจมากที่ลูกสาวไม่มี

อาการปวดศีรษะแล้ว และสามารถกลับไปเรียนได้ตามปกติ พร้อมทั้งขอโทษที่แสดงอารมณ์ไม่ดีใส่ ซึ่งเขาคิดว่าการที่เขาต้องเสียเวลารอหมอนานในวันนั้นสามารถได้คำตอบในการรักษาลูกสาวทำให้ลูกสาวเขาหายเป็นปกติถือเป็นสิ่งที่คุ้มค่า

เรื่องราวทั้งหมดที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นเรื่องราวในอดีตที่เกิดขึ้นและก็ผ่านเลยไปสำหรับใครหลายคน แต่สำหรับ **รศ.นพ.นิพนธ์** แล้วสิ่งนี้คือความประทับใจและทำให้คุณหมอดัดสินใจเลือกเป็นจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคเส้นประสาทตา โดยคุณหมอได้กล่าวถึงเหตุผลของการเลือกครั้งนี้ให้ฟังเพิ่มเติมว่า สาเหตุที่สนใจทางด้านงานประสาท

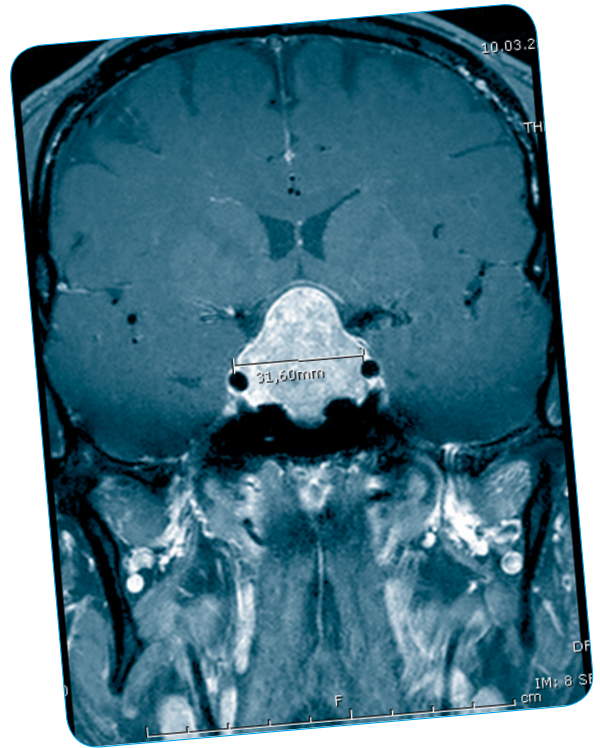




จักขุ เนื่องจากว่าโรคที่เกี่ยวข้องกับเส้นประสาทตามีรายละเอียดค่อนข้างมากและยังเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับโรคทางอายุรศาสตร์หรือโรคทางกายค่อนข้างมาก ซึ่งคนที่เป็จักขุแพทย์จะต้องมีความละเอียดและต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคทางจักขุที่มีความสัมพันธ์กับโรคทางกาย แต่แนวทางการรักษาส่วนใหญ่ที่มียังเป็นวิธีการรักษาแบบเก่า ๆ การรักษาด้วยเทคนิคสมัยใหม่เรายังเข้าถึงได้น้อย

“การเป็นจักขุแพทย์ดูแลเกี่ยวกับตาก็จริง แม้คนไข้จะมาด้วยอาการเช่นนี้ แต่เราก็ต้องลงไปดูรายละเอียดด้วยว่าคนไข้จะสามารถเป็นโรคอะไรได้บ้าง และสัมพันธ์กับอะไรเพื่อที่จะรักษาเขาได้ถูกต้องทั้งนั้นคนทั่วไปอาจจะคิดว่างานของจักขุแพทย์เป็นงานที่สบาย แต่ถ้ามาสัมผัสจริง ๆ จะรู้ว่าไม่ได้สบายอย่างที่คิด งานของจักขุแพทย์ไม่ได้สบายอย่างที่หลายคนเข้าใจ เนื่องจากคนไข้โรคตามีจำนวนมาก โดยอาการที่พบบ่อยมากที่สุดคือ ตามัว ซึ่งสาเหตุของตามัวมีมากมาย ส่วนใหญ่เกิดจากต้อกระจกเป็นหลัก รองลงมาคือต้อหิน ซึ่งโรคเหล่านี้จะพบมากในคนสูงอายุ ส่วนโรคอื่น ๆ ก็อาจจะเป็นตาแห้ง ต้อลม และอาจารย์จักขุแพทย์จะเป็นคนละเอียด ซึ่งสมัยเรียนผมยังไม่เข้าใจและรู้สึกว่างานบางอย่างทำไมอาจารย์ต้องจู้จี้จุกจิกและลงรายละเอียดมากเกินไป แต่เมื่อผมจบเป็นจักขุแพทย์แล้ว ผมจึงเข้าใจและรู้สึกดีที่ท่านได้สอนเราให้เป็นคนละเอียดรอบคอบ”

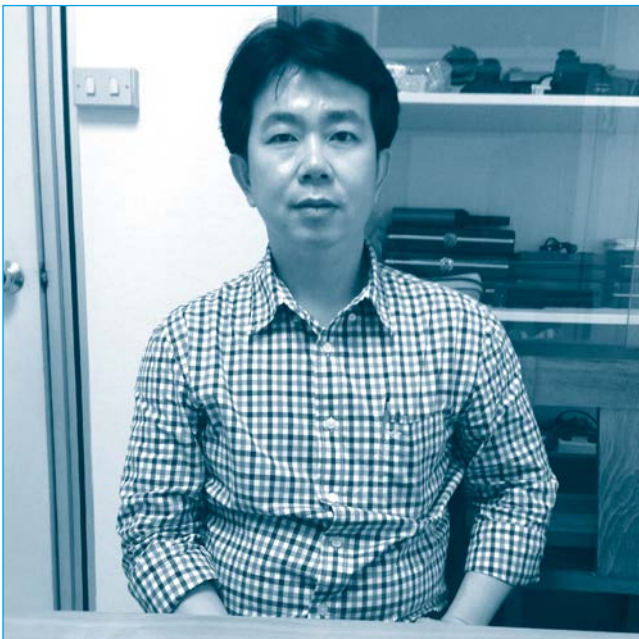
อย่างไรก็ตาม นอกจากจะเป็นอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเส้นประสาทตาแล้ว **รศ.นพ.นิพนธ์** ยังให้ความสนใจในงานวิจัยต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยงานวิจัยที่คุณหมอทำส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยทั่วไปเกี่ยวกับเส้นประสาทตา กับการเคลื่อนไหวของลูกตา



ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของเส้นประสาทตาในคนไข้นอนกรน หรือการหาความเสี่ยงในคนไข้ที่เป็นโรคแขนขาอ่อนแรงทางอายุรศาสตร์ที่สัมพันธ์กับทางตา จากความตั้งใจทุ่มเทให้แก่งานวิจัยมาโดยตลอดทำให้คุณหมอได้รับรางวัล “The 2011 Tsutsui-Fujino Award” จาก The Japanese Neuro-Ophthalmology Society ประเทศญี่ปุ่น ระหว่างวันที่ 24-28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นรางวัลที่มอบให้แก่จักขุแพทย์ที่ทำงานด้านเส้นประสาทตาเพื่อเป็นกำลังใจ โดยพิจารณาจากประวัติและประสบการณ์ในการทำงาน รวมถึงยังได้รับรางวัลบุคลากรดีเด่น ประจำปี พ.ศ. 2555 ในสาขาศัลยกรรมที่ได้รับรางวัลระดับชาติและระดับนานาชาติ จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลอีกด้วย

ทั้งนี้ **รศ.นพ.นิพนธ์** ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำงานวิจัยด้วยว่า อันดับแรกต้องตั้งหัวข้อการวิจัย เพราะก่อนที่เราจะทำงานวิจัยจะต้องมีความรู้ทางด้านนั้นเป็นอย่างดี จากนั้นก็อ่านงานวิจัยของคนอื่นว่าเขาทำอะไรกันมาบ้างแล้ว โดยเราอาจหยิบเอาความรู้ของคนอื่นมาต่อยอดอีกที เพราะถ้าเราทำซ้ำกับของคนอื่นก็จะได้ประโยชน์อะไรเพิ่มเติมนัก นอกจากนี้ก็ต้องดูว่าปัจจุบันมีเทคโนโลยีอันใหม่อะไรกำลังจะเข้ามา ซึ่งถ้าเราสามารถนำเทคโนโลยีนั้นมาช่วยในการวินิจฉัยหรือรักษาได้ก็จะเป็นผลดี แต่ทั้งนี้ในการทำวิจัยบางครั้งผลการวิจัยอาจจะไม่ได้เป็นไปตาม

คาดหวัง ผมเจอปัญหานี้บ่อย และเป็นเหมือนกับที่เราเสียเวลาเปล่า ผมจึงอยากจะบอกกับคนที่จะเริ่มทำงานวิจัยว่าความล้มเหลวหรือความผิดพลาดถือเป็นเรื่องปกติ บางครั้งงานวิจัยที่ทำเกือบจะออกมาเป็นผลสำเร็จ แต่กลับไม่ได้ หรือผลที่ได้ไม่เป็นอย่างที่เราคิด สิ่งเหล่านี้จะเกิดบ่อยมาก นอกจากนี้ปัญหาสำคัญของการตีพิมพ์เนื่องจากคนไทยใช้ภาษาอังกฤษไม่ค่อยแข็งแรง ทั้งนี้ภาษาเป็นสื่อในการแสดงถึงความรู้ของเรา ถ้าภาษาอังกฤษของเราไม่แข็งแรง การนำลงตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศจะประสบปัญหา เราจึงอาจจะต้องหาชาวต่างชาติมาช่วยแก้สำนวน ซึ่งการหาชาวต่างชาติมาแก้งานเขียนบางทีก็ยาก เนื่องจากว่าคนที่มาช่วยแก้ให้ก็ไม่เข้าใจรายละเอียดของงานวิจัย เราอาจต้องช่วยเหลือตัวเอง ต้องอ่านงานวิจัยให้มาก และลองเขียนงานออกมาดู



“หลายครั้งในการทำงานยอมรับว่าท้อ แต่เราก็ต้องวางแผนเป้าหมายและทำให้สำเร็จ มีหลายครั้งที่งานวิจัยที่ทำไปแล้วไม่ได้เป็นอย่างที่คิด เราอาจจะพักไว้ก่อนแล้วค่อยกลับมาทำใหม่ บางทีอาจจะได้ความคิดใหม่ ๆ ดี ๆ เกิดขึ้น แต่ทั้งนี้ก็ต้องระวังในเรื่องของการเก็บข้อมูล บางทีงานวิจัยที่ทำไป เราไม่มีเวลาเขียนออกมา ข้อมูลที่เก็บไว้นานจะเก่า หรืออาจคิดว่าผลงานวิจัยที่ออกมาไม่ได้เป็นดังที่เราคิด ก็คิดไปว่างานวิจัยไม่ดีพอทำให้เกิดความท้อ การตีพิมพ์บางทีก็ยาก เราต้องส่งผลงานไปหลาย ๆ แห่ง จนมีคนเห็นว่างานวิจัยของเรามีคุณค่าเหมาะแก่การตีพิมพ์ก็เป็นที่พอใจ ดังนั้น ผมจึงอยากจะแนะนำทุกคนว่าไม่ต้องท้อ เพราะทุกอย่างต้องใช้เวลา และที่สำคัญคือ เราต้องหาทีมเพื่อจะได้ช่วยกันทำงานวิจัยให้ออกมาดีและจะได้ไม่เหนื่อยมาก”

รศ.นพ.นิพนธ์ กล่าวเพิ่มเติมว่า “ผมยอมรับว่าไม่ใช่คนที่ทำงานวิจัยเก่ง และผลงานวิจัยอาจจะไม่ได้โดดเด่นมาก แต่



สำหรับแพทย์ทั่วไปโดยเฉพาะแพทย์ที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ตามหลักสากลการที่เขาจะดูว่าเรามีผลงานหรือไม่ เขาจะพิจารณาจากงานวิจัย เพราะฉะนั้นถ้าเราอยากให้เป็นที่ยอมรับจะต้องทำผลงานวิจัยออกมา เนื่องจากงานวิจัยจะเป็นตัวบอกความคิด ผลการทำงาน ตลอดจนประสิทธิภาพการทำงานของเรา ซึ่งงานวิจัยของผมน่าจะไม่ใช่งานวิจัยที่โดดเด่น แต่ผมก็พยายามทำ”

สุดท้ายนี้ **รศ.นพ.นิพนธ์** ได้ให้คำแนะนำสำหรับเพื่อน ๆ หรือน้อง ๆ ที่อาจจะประสบปัญหาในการดูแลคนไข้ว่า โรคทางตาส่วนใหญ่จะมาจากอายุมากขึ้น เพราะฉะนั้นในการรักษาคอนไซ์ปัญหาที่มักจะเกิดขึ้นและทำให้คนไข้ไม่พอใจคือ การมองเห็นของคนไข้ไม่ดีขึ้นตามความต้องการที่พอใจของคนไข้ ซึ่งถ้าเราเจอปัญหานี้ สิ่งที่สำคัญก็คือ เราต้องมาดูสาเหตุของความไม่พอใจว่าอาจเกิดจากการสื่อสารกับคนไข้ ซึ่งเราอาจจะสื่อสารกับคนไข้ไม่เข้าใจว่าจริง ๆ แล้วตามลักษณะอาการของโรคที่คนไข้เป็น ผลการรักษาที่ได้ต้องเป็นแบบนี้ หรืออาจจะเกิดจากการรักษาคือการรักษาของเรายังไม่ถูกทางหรือไม่ดีพอ ซึ่งถ้าเป็นเรื่องของการรักษาไม่ดีพอ เราต้องยอมรับและแก้ไขว่าเราจะทำอย่างไรให้คนไข้รายนี้ดีขึ้น หรือจะป้องกันอย่างไรเพื่อไม่ให้ปัญหานี้เกิดขึ้นอีกในคนไข้รายต่อไป ที่สำคัญกับแพทย์ต้องไม่หนีปัญหา เราต้องจริงจังคิดว่าปัญหาของคนไข้เหมือนเป็นปัญหาของเรา และตั้งใจแก้ปัญหาของเขาให้ดีที่สุด



สวัสดีปีใหม่ครับ

ขณะที่เขียนบทความฉบับนี้เป็นวันอาทิตย์ที่ 29 ธันวาคม พุทธศักราช 2556 ซึ่งประชาชนชาวไทยส่วนใหญ่น่าจะกำลังอยู่ในช่วงวันที่ 2 ของการหยุดพักผ่อนประจำปีใหม่ บางคนอยู่บ้านเฉย ๆ บางคนไปเที่ยวต่างจังหวัดต่างประเทศ บางคนกลับไปเยี่ยมบ้านญาติที่ยังที่ต่าง ๆ ทุก ๆ คนส่วนใหญ่น่าจะมีความสุขที่ได้หยุดพักจากการทำงานที่ได้ตรากตรำมาทั้งปี แต่ยังมีคนจำนวนไม่น้อยที่กำลังมีความทุกข์ทรมาน มีความโศกเศร้ากับการสูญเสียของญาติ หรือมีญาติที่เจ็บป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน หรือยังมีประชาชนจำนวนมากที่ด้อยโอกาส ขาดที่พัก เสื้อผ้า อาหาร ยาหรือสิ่งจำเป็นต่าง ๆ ผมจึงอยากให้ทุก ๆ คนคำนึงถึงทุก ๆ ท่านเหล่านี้ และขอให้เที่ยวพักผ่อน อย่างพอสมควร ไม่ประมาท ไม่สนุกสนานเกินไป จนลืมถึงภัยอันตรายจากอุบัติเหตุจากโรคต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวท่าน อย่าดื่มและขับอย่างวังและขับ ถึงไม่ขับรถก็อย่าดื่มแอลกอฮอล์มากไป อย่ารับประทานอาหารมากไปถึงแม้จะมีฐานะดี เพราะอาจกระตุ้นให้หัวใจวาย เป็นโรคตับอ่อนอักเสบ (จากแอลกอฮอล์) ฯลฯ ได้

แต่เหนือสิ่งอื่นใด ผมอยากให้ทุกท่านลองย้อนกลับไปดูว่าในปี พ.ศ. 2556 ที่กำลังจะผ่านไป ท่านได้ทำอะไรที่ดีบ้าง ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม หรือเอาเพียงแต่ว่าต่อครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน องค์กรของท่านบ้าง ท่านเคยตั้งใจไว้หรือเปล่าว่าท่านจะทำอะไรในปี พ.ศ. 2556 ถ้าตั้งใจไว้ ท่านทำสำเร็จหรือเปล่า ถ้าไม่สำเร็จทำไมจึงไม่สำเร็จ ท่านมีความเห็นอย่างไรบ้างเกี่ยวกับบ้านเมืองที่รัก

ของเรา ท่านคงเห็นแล้วว่าประเทศไทยเรามีปัญหามากมาย ซึ่งปัญหาใหญ่ก็เนื่องมาจากคน เรายังมีคนที่มีคุณภาพจริง ๆ ไม่พอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเป็นคนดี ประชาชนจะมีคุณภาพได้จะต้องมีความเป็นคุณสมบัติอันดีที่หนึ่ง ตามด้วยการศึกษา ฐานะ สุขภาพดี และมีความสุข ถ้าประชาชนชาวไทยส่วนใหญ่เป็นคนดี ปัญหาที่เราเห็น ๆ กันจะไม่เกิดขึ้นเพราะทุก ๆ คนจะเคารพกติกา กฎหมาย มองประโยชน์ของส่วนรวมเป็นที่ตั้ง จะมีเหตุผล จะรู้จักผิดชอบชั่วดี ไม่โกหก ไม่โกง ไม่มีการคอร์รัปชัน ประชาชนที่มีการศึกษาจะได้ทำงานเก่ง ช่วยพัฒนาบ้านเมือง ถ้าเป็นคนดีแต่ไม่เก่งก็จะยุ่งเหมือนกัน

สำหรับในปี พ.ศ. 2557 ที่กำลังจะมาถึงนี้ ผมจึงอยากให้พี่น้องประชาชนชาวไทยทุก ๆ คนพยายามตั้งใจไว้ว่าปีนี้และปีต่อไปเราจะเป็นคนดี กระทำแต่ความดี ด้วยการเคารพกติกาบ้านเมือง รู้จักหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดี และทำงานที่ตัวเองรับผิดชอบอย่างเต็มที่ ชอบพัฒนาตนเอง ทำงานเป็นทีม เห็นอกเห็นใจ และเข้าใจผู้อื่น ถ้าทุก ๆ คนเริ่มต้นที่ตัวเราเองก่อน ประเทศชาติก็ไปได้ ถ้าเราทำหน้าที่ของตนเอง ของครอบครัวให้ดีขึ้น ก็เป็นจุดเริ่มต้นแล้ว อย่างผมเอง มองตัวเองคิดว่ายังมีจุดบกพร่องมากมาย เช่น เป็นคนทำอะไรเร็ว ใจร้อน ฉะนั้นจะดูว่าคนอื่นทำงานทำอะไรช้าไปหมด จะพูดเร็ว และเมื่อพูดเร็วและพูดดังด้วยจึงคล้าย ๆ เป็นคนดู ไม่มีมารยาท ไม่รอให้ผู้อื่นพูดจบก่อน ผมเป็นคนละเอียดมาก (ในบางเรื่อง) ชอบวางแผนล่วงหน้า

เกือบในทุกเรื่อง จึงพูด เตือนบ่อย ๆ จนดูว่าเป็นคนน่ารำคาญ จู้จี้ จุกจิก แต่ส่วนใหญ่ก็เพื่อประโยชน์ของครอบครัวหรือของกลุ่มนั้น ๆ เท่านั้น บางครั้งเรารักหรือชื่นชมคนใดคนหนึ่ง เรารู้สึกดีใจ แต่การกระทำของเรามันไม่บ่งบอกเช่นนั้น ผมจึงอยากให้พวกเราทุก ๆ คน แสดงความรัก ชื่นชมคนใกล้ตัวเราทุก ๆ คน ทุก ๆ วัน ให้เขารู้ (จากการกระทำ) ว่าเรารัก เห็นคุณค่าของเขา เราอาจเก็บความรักไว้อยู่ในใจ แต่ถ้าการกระทำของเรามันไม่เป็นเช่นนั้น คนคนนั้นก็อาจจะไม่ทราบที่เรารัก ชื่นชมขอบคุณเขาแค่ไหนจนอาจหายไป เช่น ความรักที่มีต่อพ่อ แม่ ลูก ๆ สามิ ภรรยา ฯลฯ

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่นี้ ผมจึงขอให้ท่านผู้อ่านวารสารวงการแพทย์และประชาชนชาวไทยทุก ๆ คน มีแต่ความสุข ความเจริญ พยายามทำตัวให้เป็นคนดี เหนือสิ่งอื่นใด ดีแล้วต้องเก่ง ต้องรอบรู้ และต้องดูแลสุขภาพให้ดี ถ้าทุก ๆ คนหรือส่วนใหญ่เป็นคนดีเมื่อใด ชาติก็จะเจริญเมื่อนั้น เราจะได้ช่วยกันพัฒนาประเทศที่รักของเราให้เจริญยิ่ง ๆ ขึ้นไป พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถได้ทรงทำเพื่อพวกเรา 60 กว่าปีแล้ว ฉะนั้นพวกเราต้องทำเองบ้าง เพื่อพวกเราเอง และจะได้เป็นการถวายแด่พระองค์ท่าน ผมแน่ใจว่าทั้ง 2 พระองค์จะมีความสุขทั้งพระวรกาย และพระราชหฤทัยมากกว่าสิ่งอื่นใด ถ้าประชาชนส่วนใหญ่เป็นคนดีและไม่ทะเลาะกัน

ด้วยความปรารถนาดี และสวัสดิปีใหม่



ไลน์ในวันปีใหม่



ฉันเพิ่งหัดใช้ไลน์ได้ไม่นาน พบว่าการใช้ไลน์ทำให้เราสื่อสารกับผู้คน
ได้ใกล้ชิดและรวดเร็วมากขึ้น

ในช่วงปีใหม่นี้มีเพื่อนฝูงมากมายที่ไลน์มาหาทั้งพร้อมทั้งส่งข้อความ
ดี ๆ เพื่ออวยพรหรือกระตุ้นให้คิดถึงสิ่งดี ๆ มากมาย



ฉันได้เลือกไลน์บางเรื่องที่น่าสนใจมาแบ่งปันเพื่อสวัสดีปีใหม่ถึง
ทุก ๆ คน...เรื่อง กระเป๋า

กระเป๋า



ชายคนหนึ่งได้เสียชีวิตลง ในช่วงเวลานั้น
เขาได้พบกับพระเจ้าซึ่งถือกระเป๋าใบหนึ่งมาด้วย
พระเจ้ากล่าวว่า “เออละ เจ้าได้เวลา
ที่ต้องไปแล้ว”

ชายคนนั้นประหลาดใจและถามกลับไป
ว่า “ตอนนี้เลยหรือครับ ช่างเร็วเหลือเกิน ผมมี
แผนการอีกมากมายที่ยังไม่ได้ลงมือทำเลย”

“ข้าเสียใจด้วย แต่มันถึงเวลาที่ต้องไป
แล้ว

”ชายคนนั้นถามด้วยความสงสัยอีกว่า
“อะไรอยู่ในกระเป๋าท่านถือมาครับ”

พระเจ้าตอบว่า “สิ่งของของเจ้า”

“สิ่งของของผมหือหรือครับ ท่านหมายถึง
ทรัพย์สิน เงินทอง เสื้อผ้าของผมหือไหมครับ?”

พระเจ้าตอบว่า “สิ่งเหล่านั้นไม่ใช่ของเจ้า
มันเป็นของผืนดิน”



“มันคือความทรงจำของผมหือไหม?”
ชายหนุ่มยังคงถามต่อไปด้วยความสงสัย
พระเจ้าตอบว่า “ความทรงจำก็ไม่ใช่ของเจ้า
มันเป็นของกาลเวลาต่างหาก”

“ถ้าฉัน ในกระเป๋านั้นบรรจุความ
ซาญฉลาดของผมิใช่ไหม”

พระเจ้าตอบว่า “นั่นก็ไม่ใช่ของเจ้า
มันเป็นของสิ่งแวดล้อมต่างหาก”

“คงเป็นเพื่อนและครอบครัวของฉันนั่นเอง?”

พระเจ้าตอบว่า “ข้าเสียใจด้วยเพราะผู้คน
เหล่านั้นก็ไม่ใช่ของเจ้า มันเป็นส่วนหนึ่งของทางเดิน
ชีวิตของเจ้าเท่านั้น”

“ฉันคงเป็นภรรยาและลูกชายของผม”

พระเจ้าตอบว่า “นั่นก็ไม่ใช่ของเจ้า แต่
เขาเป็นส่วนหนึ่งของหัวใจเจ้า”

“ฉันคงเป็นร่างกายของผม”

พระเจ้าตอบว่า “ร่างกายก็ไม่ใช่ของเจ้า
แต่มันเป็นส่วนประกอบของผุ่นเท่านั้น”

“ฉันภายในกระเป๋าคงเป็นจิตวิญญาณ
ของผม”

พระเจ้าตอบว่า “ไม่หรอก เพราะจิต
วิญญาณของเจ้านั้นเป็นของข้า”

ด้วยความหวาดกลัว ชายคนนั้นจึงแย่ง
กระเป๋ามาจากพระหัตถ์ของพระเจ้าเพื่อเปิดและ
ก็พบกับความว่างเปล่าภายในกระเป๋านั้น

น้ำตาเริ่มไหลพรากลงมาตามร่องแก้ม
ของชายคนนั้นพร้อมกับที่เขาเริ่มพูดขึ้นว่า “ฉันไม่มี
อะไรที่เป็นของตัวเองเหลือหรือ?”

พระเจ้าตอบกลับว่า “นั่นถูกต้องแล้ว ทุก
วินาทีที่เจ้ามีชีวิตอยู่เป็นของเจ้า ชีวิตก็เป็นเพียง
ช่วงเวลาหนึ่งซึ่งช่วงเวลาของชีวิตนั้นเป็นของเจ้า
ด้วยเหตุผลนี้จึงให้ทุกนาทีของชีวิตให้มีความสุข
ในขณะที่เจ้ายังมีมันอยู่ อย่าปล่อยให้อะไรมาหยุด
เจ้าจากการใช้ชีวิตให้มีความสุข

ใช้ชีวิต ณ ขณะนี้

ใช้ชีวิตของตนเอง

อย่าลืมที่จะมีความสุขในทุกวินาทีของ
ชีวิต เพราะนั่นเป็นสิ่งเดียวที่สำคัญ

เพราะทุกสิ่งที่เจ้าพยายามต่อสู้เพื่อ
ให้ได้มานั้น เจ้าไม่สามารถนำติดตัวไปเมื่อตาย
ได้เลย”

หวังว่าตลอดปีที่กำลังจะมาถึงนี้ ทุกคน

จะใช้ชีวิตให้มีความสุขกันมาก ๆ นะคะ เพราะชีวิตเท่านั้นที่เป็นของเรา
มีค่าอวยพรที่น่าสนใจที่ถูส่งต่อ ๆ มาว่า

ประกาศ....เที่ยวบิน 2014 กำลังจะออกเดินทาง



กระเป๋าท่านเต็มไปด้วยของขวัญที่ดีที่สุดจากเที่ยวบิน 2013
ส่วนความเศร้าหรือเรื่องแย่ ๆ ถูกทิ้งลงถังขยะไปเรียบร้อยแล้ว

เที่ยวบินนี้ใช้เวลาในการเดินทางนาน 12 เดือน

เราจะหยุดเฉพาะบางสถานีเท่านั้น ได้แก่ สถานีสุขภาพ ความรัก
ความรื่นเริง ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ความร่าเริง และความสุขสงบ
เมนูที่จะเสิร์ฟระหว่างการเดินทางมีดังนี้

1 ค็อกเทล....แห่งมิตรภาพ

1 ซามโหญ...แห่งสุขภาพแข็งแรง

1 โถ....แห่งความร่าเริง

1 สลัด...แห่งความสำเร็จ

หวังว่าทุกท่านจะมีความสุขสนุกสนานตลอดการเดินทางไปกับ
เที่ยวบิน 2014 นะคะ



การปฏิรูประบบสาธารณสุข

(ตอนที่ 5)

<<< (ต่อจากฉบับที่แล้ว)

เริ่มจากการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นหน่วยงานหลักในการวางแผนและนโยบายหลักในการบริหารจัดการในระบบสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ด้านสาธารณสุขตามแบบที่องค์การอนามัยโลกวางกรอบไว้ ได้แก่ ประชาชนส่วนใหญ่มีสถานะสุขภาพดี แม้จะมีการเจ็บป่วยก็จะได้รับการรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็นในการเจ็บป่วยนั้น ๆ มีระบบบริการสาธารณสุขที่มีศักยภาพในการรักษาการเจ็บป่วยของประชาชนทุกคนได้ มีการคุ้มครองความปลอดภัยแก่ประชาชนและบุคลากรที่ทำงานในระบบสาธารณสุข รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขด้วย

ส่วนการที่มีการเสนอให้โรงพยาบาลแยกออกมาเป็นองค์กรมหาชน หรือการที่จะเสนอให้มีการทำงานของคณะกรรมการระดับชาติเป็นองค์กรอิสระไม่อยู่ในระบบราชการนั้น ก็ต้องคิดวิเคราะห์ถึงข้อดีและข้อเสียของการที่หน่วยงานราชการหลายแห่ง เช่น มหาวิทยาลัยที่ออกนอกระบบราชการ เพื่อมาศึกษาถึงข้อดีและข้อเสียในการทำงานนอกระบบราชการ หรือในรูปแบบคณะกรรมการ เช่น คณะกรรมการ กสทช. (คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ) ก็ควรจะได้อะไรบ้างที่เรียนเหล่านั้นว่ามีผลดีและผลเสียต่อผลประโยชน์ของประชาชนหรือไม่/อย่างไร

โดยเฉพาะในระบบการสาธารณสุขแล้ว ความปลอดภัยต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชนต้องตกอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของระบบสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน มีความปลอดภัย มีความประหยัด คุ่มค่า ทันสมัย สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชนได้อย่างทันทั่วทั้งที่โดยการให้บริการที่ให้ความสำคัญทุกระดับการบริการสุขภาพ เริ่มตั้งแต่การให้ความรู้แก่ประชาชนในการที่จะมีความสามารถส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ลดและเลิกพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ หันมามีพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ สามารถป้องกันโรค ถึงแม้เจ็บป่วยก็

สามารถดูแลรักษาสุขภาพเบื้องต้นได้เอง และเมื่อจำเป็นต้องไปรักษาตัวก็สามารถเข้ารับบริการได้อย่างสะดวกสบายจากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีความปลอดภัย และมีค่าใช้จ่ายหรือราคาที่เป็นธรรมพอที่จะรับภาระได้ตามเศรษฐกิจของแต่ละคน เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันความเสี่ยงด้านงบประมาณของระบบใหญ่ของประเทศ

โดยสรุปข้อเสนอในการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกคือ

1. การสร้างองค์กร (System Building Block)

- Leadership/Governance ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข
 - Healthcare Financing ได้แก่ กองคลัง กระทรวงสาธารณสุข
 - Health Workforce ได้แก่ คณะกรรมการข้าราชการและบุคลากรแพทย์และสาธารณสุข (ก.สธ.)
 - Medical Products and Technologies ได้แก่ องค์การเภสัชกรรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 - Information and Research สำนักงานสถิติสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมแพทย์แผนไทย
 - Service Delivery กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- ทั้งนี้ควรมีโครงการหรือโปรแกรมที่ควรจะทำ

การในการจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เร่งด่วนคือ Related Programs and Activities

- การพัฒนาระบบบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลทุกระดับให้มีคุณภาพมาตรฐาน
- การจัดสรรบุคลากรให้พอเพียงทั้งปริมาณและคุณภาพ
- การจัดการด้านสถิติและรายงานสารสนเทศ
- การจัดงบประมาณที่เหมาะสมเพียงพอเพื่อคุณภาพมาตรฐานและความเจริญทางการแพทย์
- องค์กรนำและการบริหารในแต่ละโครงการต้องวางแผนและดำเนินการสอดคล้องและมีความร่วมมืออย่างดี

2. Goal and Outcome เป้าประสงค์และผลงานที่ต้องการและเหมาะสม

เป้าหมายของการทำงานในระบบสาธารณสุขคือ ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีศักยภาพในการพัฒนาตน ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม

ความครอบคลุมของระบบสาธารณสุข ต้องครอบคลุมประกอบงานสาธารณสุขทุกด้านต่อประชาชนเป้าหมายในระดับบุคคลถึงระดับกลุ่มคนในประชากรทุกเพศทุกวัย ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) คือ การบริหารจัดการทุกรูปแบบ เพื่อให้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีความปลอดภัยต่อสุขภาพของประชาชนทุกคน ได้แก่ การบริหารจัดการในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ กล่าวคือ
 - สิ่งแวดล้อม (Environment)
 - อาหาร (Food, Diet)
 - พฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviors) งดสูบบุหรี่ ลดแอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย
 - การกำจัดขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล ของเสียจากโรงงาน และการสุขาภิบาล
 - อนามัยส่วนบุคคล (Personal Health)
 - สุขศึกษา (Health Education) การให้ความรู้แก่ประชาชนในด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคและป้องกันอุบัติเหตุ และการดูแลรักษาการเจ็บป่วยเล็กน้อยได้เอง
2. การป้องกันและควบคุมโรคภัย (Prevention and control of diseases and injuries)

การป้องกัน

 - การให้วัคซีนป้องกันโรค (Vaccination for diseases prevention)
 - การป้องกันการบาดเจ็บ (Injuries prevention) ควรป้องกันทั้งในระบบชุมชน ระบบต่าง ๆ และสถาบัน

ได้แก่ การป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรและขนส่งในที่ทำงาน โรงเรียน สนามเด็กเล่น สถานที่ออกกำลังกายในบ้าน และแต่ละคน

- การเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ (Surveillance of diseases and Injuries)
- การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยโรคระยะแรก (Screening, Early diagnosis and treatment)
- การควบคุมโรคและภัย (Control of Diseases and injuries)

3. การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ (Early diagnosis Treatment)

- Screening
- Early Diagnosis
- ระบบสถานอนามัย โรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์
- ระบบการส่งต่อผู้ป่วย
- Precised diagnosis
- ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- Standard medical treatment
- การเข้าถึงบริการ
- มาตรฐานความปลอดภัยของระบบบริการสาธารณสุข
- Follow up and continuous care

4. การฟื้นฟูสุขภาพ (Health Rehabilitation)

- กายภาพบำบัด
- อาชีวบำบัด
- การฟื้นฟูสภาพจิตใจ
- การฟื้นฟูสมรรถภาพ
- สถานพักฟื้น (Hospice)
- สถานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric care unit)

5. การพัฒนาวิชาการ เทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานทางการแพทย์ให้ทันสมัยอยู่เสมอ (State of the Art of Healthcare)

6. ดูแล แก้ไข ใช้บังคับ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข (Healthcare Law Reform)

เอกสารอ้างอิง

1. <http://1kb.hsri.or.th>
2. เอกสารประกอบการประชุม “การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข” นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2556 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ <http://www.hfocus.org/database/2013/03/2565>
3. พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 http://www.pub-law.net/library/act_reorg.html
4. เป้าหมายปฏิรูป สธ. ต้องออกนอกระบบ <http://www.hfocus.org/node/4066>
5. <http://www.hfocus.org/content/2013/06/3612> หมอประดิษฐ์ตีตามความคืบหน้าปรับโครงสร้าง สธ. ลดความซ้ำซ้อน
6. <http://www.phranakornsarn.com/sukhumbhand/1442.html>
7. <http://www.phranakornsarn.com/democrat/1474.html>
8. <http://www.phranakornsarn.com/cockroach/1483.html>
9. http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/index.html

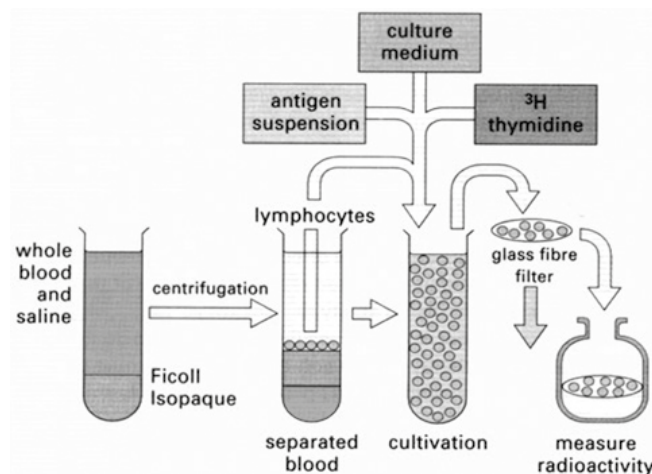
การตรวจการทำงานของภูมิคุ้มกันทางด้านเซลล์ (Detection of Cellular Immunity)

● ต่อจากฉบับที่แล้ว

การตรวจความสามารถของ lymphocyte ในการแบ่งตัวเมื่อถูกกระตุ้นด้วยแอนติเจนหรือสารกระตุ้น (lymphocyte proliferation assay, lymphocyte stimulation assay)

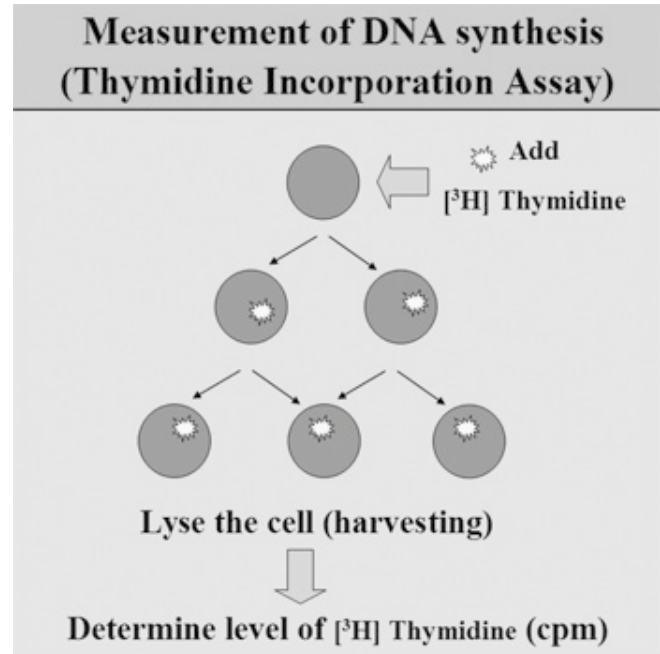
หลักการ

เป็นการทดสอบความสามารถในการตอบสนองของ lymphocyte (โดยส่วนใหญ่เป็นการตรวจการทำงานของ T helper lymphocytes) ต่อแอนติเจนที่จำเพาะ หรือสารกระตุ้นที่ไม่จำเพาะ (mitogen) โดย lymphocyte จะถูกกระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงและแบ่งตัวเป็น lymphoblast ซึ่งสามารถตรวจได้โดยดูลักษณะของเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยกล้องจุลทรรศน์ หรือโดยตรวจหาปริมาณการสร้าง DNA โดยอาศัยหลักที่ว่า lymphoblast ที่แบ่งตัวจะต้องมีการสร้าง DNA เพิ่มขึ้นด้วยการตรวจปริมาณ DNA ทำได้โดยใช้ Triteriated thymidine (3H-thymidine) ซึ่งเป็นสารต้นกำเนิดของ DNA ที่ติดฉลากด้วยสารกัมมันตภาพรังสี ถ้าเซลล์มีการแบ่งตัวก็ต้องมีการนำ 3H-thymidine เข้าไปใช้ในเซลล์ (3H-thymidine incorporation assay) ทำให้วัดปริมาณรังสี (หน่วยเป็น count per minute, cpm) ภายในเซลล์ได้ ถ้าเซลล์แบ่งตัวมากจะมีการสร้าง DNA มาก ก็จะมี uptake 3H-thymidine เข้าไปมาก ค่า cpm ที่วัดได้ก็จะสูงตามไปด้วย (รูปที่ 5 และ 6)



รูปที่ 5 Cell Proliferation Assays

1. การกระตุ้นด้วยสารกระตุ้นที่ไม่จำเพาะ mitogen คือสารที่สามารถกระตุ้น lymphocyte ให้แบ่งตัวโดยไม่ต้องมีความจำเพาะต่อแอนติเจนใด ๆ สารที่ใช้บ่อย ๆ ได้แก่ Phytohemagglutinin (PHA) และ Concanavalin A (Con A) ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้น T lymphocyte เป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 2)



รูปที่ 6 Measurement of DNA synthesis (Thymidine Incorporation Assay)

ตารางที่ 2 ตัวอย่างสารที่ใช้กระตุ้น lymphocytes แบบไม่จำเพาะ (mitogen)

Mitogen	Abbreviation	Source	Responding cells
Phytohemagglutinin	PHA	<i>Phaseolus vulgaris</i> (Red kidney beans)	T cells (human)
Concanavalin A	ConA	<i>Canavalia ensiformis</i> (Jack bean)	T cells
Pokeweed mitogen	PWM	<i>Phytolacca americana</i> (pokeweed)	T and B cells
Lipopolysaccharide	LPS	<i>Escherichia coli</i>	B cells (mouse)

© 1997 Current Biology Ltd. / Garland Publishing, Inc.

2. การกระตุ้นด้วยแอนติเจนที่จำเพาะ การใช้แอนติเจนกระตุ้นแทน mitogen ต้องใช้เวลาทดสอบนานขึ้น เนื่องจากปริมาณ lymphocyte ที่จำเพาะต่อแอนติเจนชนิดหนึ่ง ๆ มีปริมาณน้อย เพียงแค่ประมาณ 0.01% ของ lymphocyte ทั้งหมด นอกจากนี้ยังต้องใช้แอนติเจนที่คาดว่าจะถูกทดสอบเคยได้รับมาแล้วในอดีต แอนติเจนที่ใช้บ่อย ๆ ได้แก่ purified protein derivative (PPD) ของเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis*, tetanus toxoid, *Candida albicans* antigen เป็นต้น

การอ่านและแปลผล

เมื่อวัดปริมาณรังสี b ได้เป็น count per minute แล้วก็นำมาคำนวณค่าเฉลี่ยและหาค่า 1. D cpm ซึ่งเป็นผลต่างระหว่าง cell ที่ถูกกระตุ้นด้วย PHA และ control cell และ 2. SI (stimulation index) ซึ่งแสดงถึงจำนวนเท่าที่ cell แบ่งตัวเมื่อถูกกระตุ้นด้วย PHA เมื่อเทียบกับ control cell

โดยทำ normal control ควบคู่ไปด้วยเสมอ (มักเป็นเลือดที่ได้จาก blood bank) เพื่อเป็นการยืนยันการทดสอบในแต่ละครั้งว่ามี condition ที่เหมาะสม ทำให้ cells ถูกกระตุ้นได้จริง (ในกรณีที่ไม่ใช่มีความผิดปกติของระบบ CMI จริงจะได้ค่า cpm ต่ำ ถ้าเราไม่ได้ทำ normal control ก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่า การที่ cells ไม่ถูกกระตุ้นนั้นเป็นเพราะคนไข้เป็น CMI defect หรือเป็นเพราะ condition ในการทดสอบไม่ดี)

$$\Delta \text{ cpm} = \text{cpm (PHA-stimulated cells)} - \text{cpm (control cell)}$$

$$\text{SI} = \frac{\text{cpm (PHA-stimulated cells)}}{\text{cpm (unstimulated cells)}}$$

กิจกรรมในห้องปฏิบัติการ

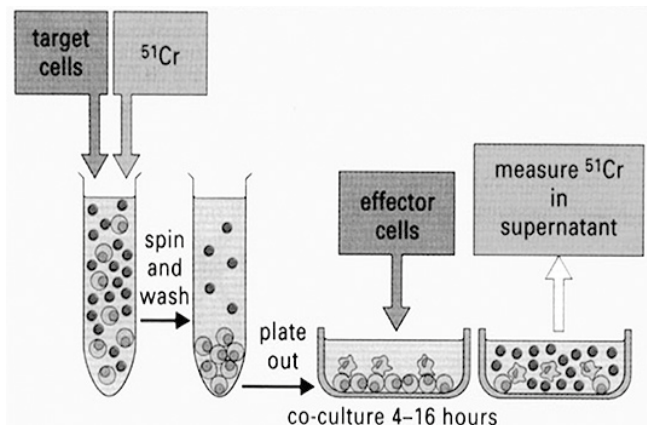
ให้นักศึกษาอ่านผลการทดสอบ PHA stimulation test จากตัวอย่างผล cpm ข้างล่างนี้

	Unstimulated culture (with media alone)	Stimulated culture (with PHA)
Normal control	1000, 1090, 910	32000, 31120, 31300
Tested sample	1180, 1120, 1300	2100, 1900, 2300
Stimulation index (S.I.) =		
Net cpm (Δ cpm) =		

การตรวจการทำลายเซลล์โดย CTL หรือ NK cell (Cytotoxicity assay)

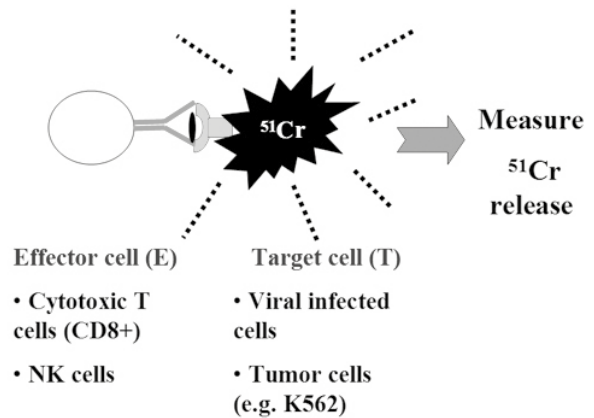
หลักการ

เป็นการทดสอบเพื่อดูความสามารถของ CTL หรือ NK cell (effector cells) ในการทำลายหรือฆ่าเซลล์เป้าหมาย (target cells) วิธีมาตรฐานที่เข้ตรวจคือ ^{51}Cr release assay ทำโดยนำ target cells มาติดฉลากด้วยสารกัมมันตรังสี ^{51}Cr แล้วนำมาเลี้ยงร่วมกับ effector cells ด้วยอัตราส่วนต่าง ๆ เช่น effector : target (E:T) =



รูปที่ 7 Cytotoxicity Assay by Chromium Release

100:1, 50:1, 25:1, 12.5:1 และ 5:1 เมื่อครบเวลานำไปปั่นแยกเอาเฉพาะส่วนน้ำใสซึ่งจะมี ^{51}Cr ที่ถูกปล่อยออกมาจาก target cells ที่แตก มาวัดปริมาณรังสีด้วยเครื่อง gamma counter (รูปที่ 7 และ 8)



รูปที่ 8 Chromium Release Assays

การอ่านและแปลผล

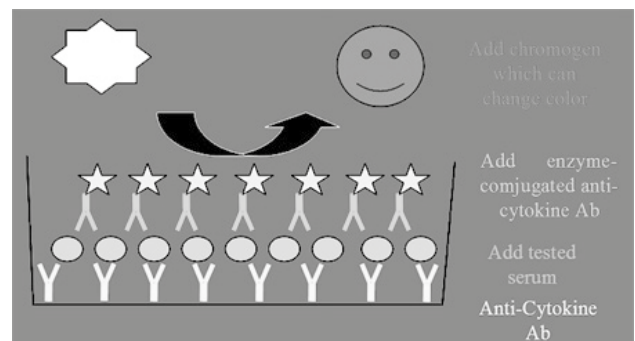
มีหน่วยเป็น cpm โดยนิยมคำนวณเป็นค่า % specific lysis ดังนี้

$$\% \text{ specific lysis} = \frac{\text{experimental release (cpm)} - \text{spontaneous release (cpm)}}{\text{maximum release (cpm)} - \text{spontaneous release (cpm)}} \times 100$$

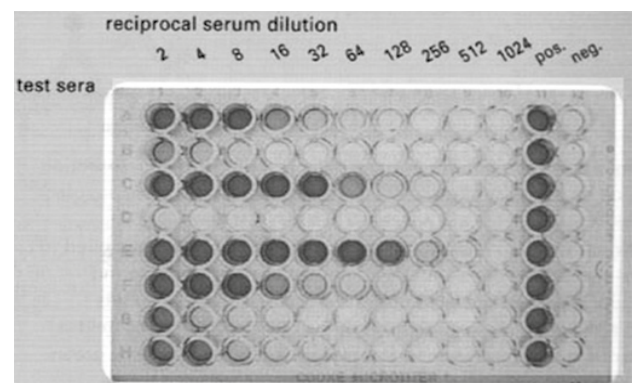
การศึกษไซโตไคน์ (Cytokine assays)⁽⁴⁻⁶⁾

หลักการ

ไซโตไคน์คือ สารที่หลั่งจากเซลล์ต่าง ๆ ในระบบภูมิคุ้มกัน ในภาวะที่ถูกกระตุ้นด้วยแอนติเจนหรือตอบสนองต่อภาวะการอักเสบ ดังนั้น เราสามารถตรวจหาชนิดหรือวัดปริมาณไซโตไคน์เพื่อตรวจการทำงานของลิมโฟไซต์ชนิดต่าง ๆ ได้ ปัจจุบันมีหลายวิธีที่สามารถนำมาใช้ตรวจไซโตไคน์ได้ โดยใช้หลักการของ Immunoassay ได้แก่



รูปที่ 9 Enzyme-linked Immunosorbent assay (ELISA)



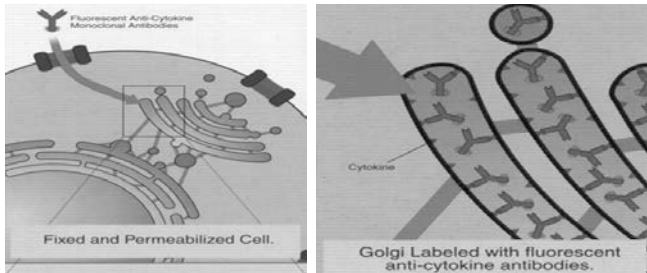
รูปที่ 10 ELISA plates

1. การตรวจวัดปริมาณไซโตไคน์ในสิ่งส่งตรวจ เช่น น้ำเหลือง, body fluids หรือน้ำเลี้ยงเซลล์ โดยใช้เทคนิค Sandwich ELISA (รูปที่ 9 และ 10)

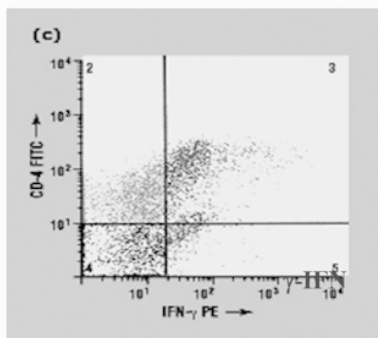
2. การตรวจที่สามารถนับจำนวนเซลล์ที่สร้างไซโตไคน์ได้

2.1 เทคนิค Intracellular cytokine staining (ICS)

แล้ววัดด้วยเครื่อง flow cytometry (รูปที่ 11 และ 12)



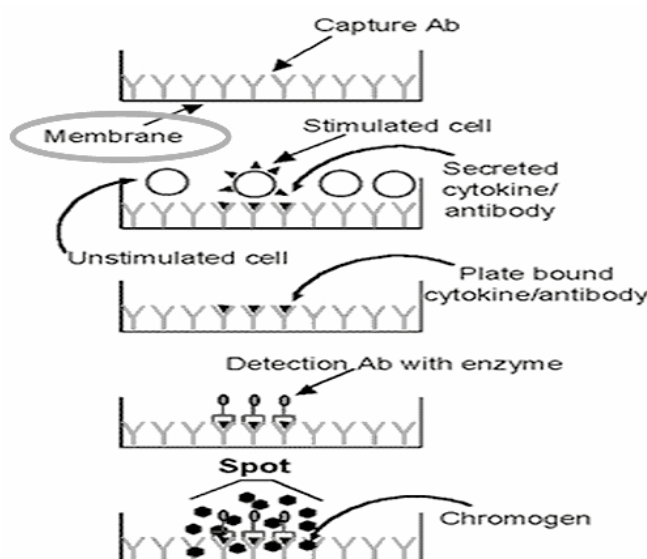
รูปที่ 11 Intracellular Cytokine Staining (ICS)



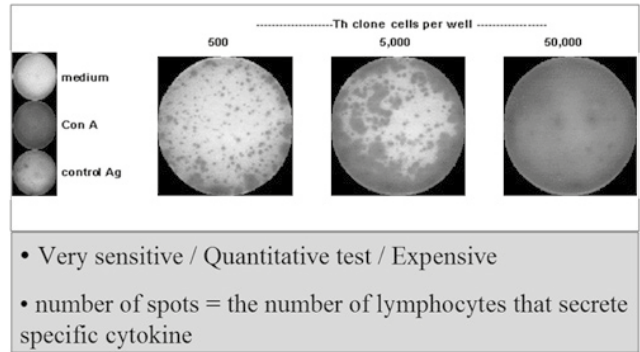
• Quantitative / Co-staining with other markers / need Flow cytometry instrument

รูปที่ 12 Intracellular Cytokine Staining (ICS) and staining with CD4⁺ marker

2.2 เทคนิค ELISPOT (รูปที่ 13 และ 14)



รูปที่ 13 ELISPOT ASSAY

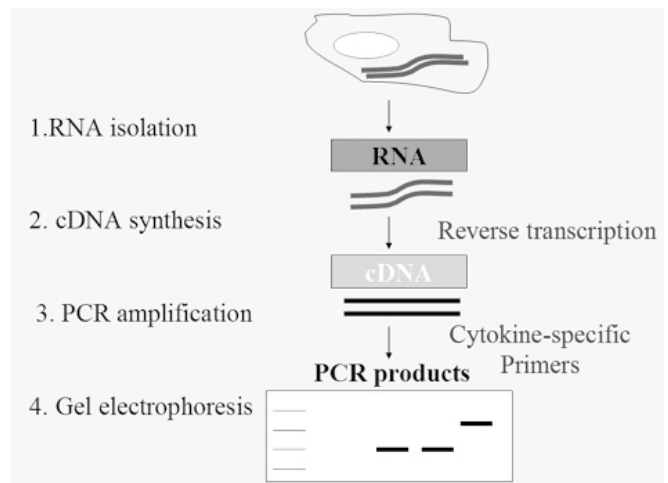


- Very sensitive / Quantitative test / Expensive
- number of spots = the number of lymphocytes that secrete specific cytokine

รูปที่ 14 IFN-gamma ELISPOT RESULT

3. การย้อมหาไซโตไคน์ในเนื้อเยื่อหรือเซลล์ที่อยู่ตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ โดยใช้หลักการของ Immunohistochemistry

4. การตรวจหา mRNA ของไซโตไคน์ นอกจากนี้นี้ยังสามารถใช้หลักของ Molecular biology แทน วิธีที่นิยมมากที่สุดคือ การทำ reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR) (รูปที่ 15)



รูปที่ 15 RT-PCR

References

1. Bogomolski-Yahalom V, Matzner Y. Disorders of neutrophil function. Blood Rev 1995;9(3):183-90.
2. Folds JD, Schmitz JL. 24. Clinical and laboratory assessment of immunity. J Allergy Clin Immunol 2003;111 (2 Suppl):S702-11.
3. van der Valk P, Herman CJ. Leukocyte functions. Lab Invest 1987;56(2):127-37.
4. Ghanekar SA, Maecker HT. Cytokine flow cytometry: multiparametric approach to immune function analysis. Cytotherapy 2003;5(1):1-6.
5. Whiteside TL. Cytokine measurements and interpretation of cytokine assays in human disease. J Clin Immunol 1994;14(6): 327-39.
6. Bienvenu JA, Monneret G, Gutowski MC, Fabien N. Cytokine assays in human sera and tissues. Toxicology 1998;129(1): 55-61.

ระยะเวลาการรักษาการติดเชื้อ *H. pylori*

โรคกระเพาะอาหาร (peptic ulcer) เป็นโรคซึ่งจะเกิดเป็นแผลที่บริเวณกระเพาะอาหารโดยตรงหรือเกิดเป็นแผลที่บริเวณลำไส้เล็กส่วนต้นซึ่งอยู่ติดกับกระเพาะอาหาร 80% ของผู้ป่วยจะประสบปัญหาการเป็น ๆ หาย ๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในอดีตมีความเชื่อว่าโรคกระเพาะเกิดจากการที่กระเพาะอาหารมีกรดมากเกินไป แต่ในปัจจุบันเราพบว่าโรคกระเพาะอาหารมีสาเหตุสำคัญอันเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อว่า “*Helicobacter pylori*”

โดยปกติกระเพาะอาหารจะมีสภาพเป็นกรดซึ่งจะทำหน้าที่กำจัดแบคทีเรีย ทำให้แบคทีเรียส่วนใหญ่ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ แต่เนื่องจากเชื้อ *H. pylori* จะมีลักษณะพิเศษที่สำคัญคือ สามารถสร้างต่างมาหักล้างกับกรดได้ ทำให้เชื้อนี้สามารถเจริญเติบโตในสภาพแวดล้อมที่เป็นกรดอย่างแรงในกระเพาะอาหารได้จากการศึกษาวิจัยตลอด 10 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า เชื้อแบคทีเรีย *H. pylori* เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดการอักเสบโดยตรงของกระเพาะอาหาร และเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งของโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงประการหนึ่งในการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

การศึกษาในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา การรักษาการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วย PPI Triple based therapy ที่ให้ PPI + Amoxicillin + Clarithromycin พบว่าการให้ยาทั้ง 3 ร่วมกันสามารถกำจัดเชื้อ *H. pylori* การรักษาที่มีระยะเวลาที่แตกต่างกันตั้งแต่ 7-14 วัน จึงเป็นที่มาของการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์ในวันนี้ จากการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์ที่รวบรวมแบบ meta-analysis พบว่าการให้ยา PPI Triple based therapy จำนวนระยะเวลา 14 วัน ให้ผลในการกำจัดเชื้อแบคทีเรีย *H. pylori* ได้ดีกว่าการรักษาที่ 7 วัน และ 10 วัน

กล่าวโดยสรุป การรักษาการติดเชื้อ *H. pylori* ด้วย PPI Triple based therapy ที่ให้ PPI + Amoxicillin + Clarithromycin พบว่าการให้ยา PPI Triple based therapy จำนวนระยะเวลา 14 วันให้ผลในการกำจัดเชื้อแบคทีเรีย *H. pylori* ได้ดีกว่าการรักษาที่ 7 วัน และ 10 วัน

การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กนอกโรงพยาบาล (Pediatric Care in EMS)

ภาวะฉุกเฉินของเด็กที่พบบ่อยนอกโรงพยาบาล ได้แก่ อุบัติเหตุ ระบบหายใจผิดปกติ และชัก

ภาวะหัวใจหยุดเต้นไม่ค่อยพบในเด็ก และถ้าเกิดขึ้นก็มักมีพยาธิสภาพของโรคไม่ดี ภาวะหัวใจหยุดเต้นในเด็กมักเกิดจากภาวะหายใจล้มเหลวหรือภาวะช็อกจนกระทั่งทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน ซึ่งตรงข้ามกับผู้ใหญ่ที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

แต่ละสถานกำหนดอายุของผู้ป่วยเด็กไว้ตั้งแต่ 14-18 ปี และมีบางสถาบันในต่างประเทศกำหนดอายุ < 21 ปี เด็กมีสรีรวิทยาแตกต่างจากผู้ใหญ่

กายวิภาคและสรีรวิทยาของเด็กที่แตกต่างจากผู้ใหญ่

กายวิภาคของเด็ก: ลึนใหญ่

คอและ trachea สั้น

เส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดลมเล็ก

ศีรษะโต

สรีรวิทยาของเด็ก: หายใจทางจมูก

มีอัตราการเผาผลาญพลังงานสูง

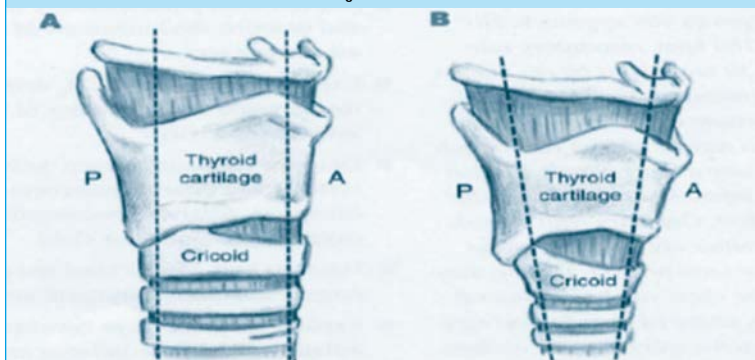
เกิดภาวะออกซิเจนต่ำในเลือดได้ง่าย

ตารางที่ 1 ค่าปกติของสัญญาณชีพของเด็ก⁽¹⁾

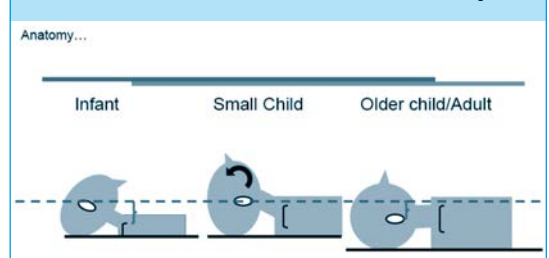
Age	Respirations (Breaths per Minute)	Resting Pulse (Beats per Minute)	Blood Pressure (Systolic)
Newborn to 3 months	30-60	100-160	65-85
3-6 months	30-45	90-130	70-90
6 months to 1 year	25-40	90-125	80-100
1-3 years	20-30	80-120	90-105
3-6 years	15-25	70-110	95-110
6-10 years	12-20	60-95	100-120
> 10 years	12-18	55-85	110-135

ภาพที่ 1 ความแตกต่างระหว่างกายวิภาคของหลอดลมของเด็กและผู้ใหญ่⁽²⁾:

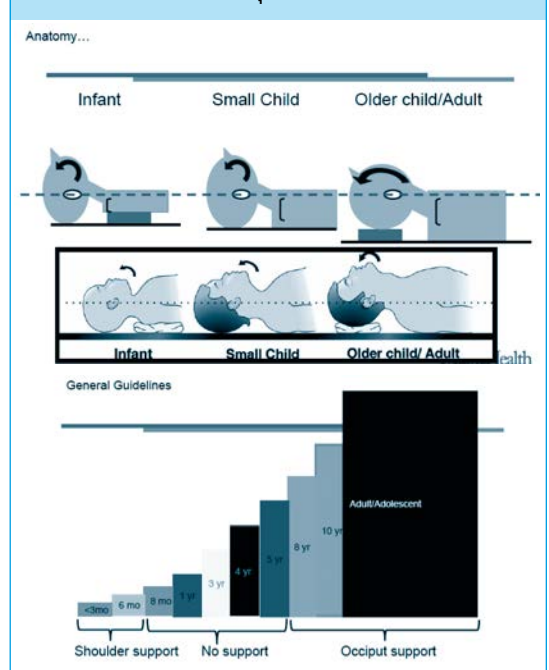
A. ผู้ใหญ่ B. เด็ก



ภาพที่ 2 แสดงกายวิภาคของทางเดินหายใจของเด็กและผู้ใหญ่⁽²⁾



ภาพที่ 3 แสดงการใช้หมอนหนุนเพื่อช่วยเปิดทางเดินหายใจในเด็ก⁽²⁾



การใส่ท่อหลอดลมในเด็ก

- การเลือกขนาดของท่อหลอดลม ใช้ Broselow Tape หรือ
 - ในท่อหลอดลมชนิด uncuffed tube ก็ใช้ $(\text{อายุ}/4) + 4$
 - ในท่อหลอดลมชนิด cuffed tube ก็ใช้ $(\text{อายุ}/4) + 3$
- ไม่ควรใช้ stylet เพื่อช่วยใส่ท่อหลอดลม เพราะอาจแทงทะลุหลอดลมได้
- ใช้ Miller laryngoscope ในการเปิดให้เห็นช่องเปิดของหลอดลม

- ความลึกของท่อจากริมฝีปากดูจาก Broselow Tape หรือ
 - อายุ + 10
 - ETT size x 3
- ความลึกของท่อจากริมฝีปากสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด ดังนี้
 - น้ำหนักตัว 1 กก. = ลึก 7 ซม.
 - น้ำหนักตัว 2 กก. = ลึก 8 ซม.
 - น้ำหนักตัว 3 กก. = ลึก 9 ซม.
 - น้ำหนักตัว 4 กก. = ลึก 10 ซม.

ในภาวะช็อกเด็กจะหายใจเร็ว แต่ถ้าอาการแย่ลงไปอีก เด็กจะเริ่มหายใจช้าลง ในขณะที่เกิดอุบัติเหตุควรให้ออกซิเจน แก่เด็กมาก ๆ เพราะเด็กมักมีอัตราการเผาผลาญสูงอยู่เดิมแล้ว พอมีอันตรายก็ยิ่งต้องใช้ออกซิเจนมากขึ้น

การดูแลเด็กนั้น บุคลากรควรรี้อยู่และสบตา รวมทั้ง
ตรวจร่างกายเด็กด้วยความนุ่มนวลเพื่อไม่ให้เกิดตกใจกลัวและ
ให้คำชมบ่อย ๆ พร้อมทั้งอธิบายกระบวนการรักษาและแสดง
อุปกรณ์ก่อนทำการตรวจเสมอ

การดูแลผู้ป่วยเด็กนอกโรงพยาบาล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กนอกโรงพยาบาลประกอบด้วย การเริ่มกระตุ้นระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical System, EMS) การคัดกรองที่จุดเกิดเหตุ แนวทางการรักษาผู้ป่วยเด็ก แนวทางการทำหัตถการ การให้คำสั่งการดูแลรักษาที่บ้านเบื้องต้น การส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเด็กในโรงพยาบาลเฉพาะทาง การขนย้ายไปส่งโรงพยาบาลปลายทาง การฝึกอบรม การป้องกัน การดูแลเด็กในยามภัยพิบัติ สอนแนวทางการดูแลเด็กในภัยพิบัติให้แก่พ่อแม่และครู อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาประจำและยามเกิดภัยพิบัติ รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

อุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในเด็ก EMS ควรเผยแพร่และให้ความรู้เรื่องการป้องกันให้แก่พ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็ก ครูและประชาชนทั่วไป รวมทั้งทราบวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นและกู้ชีพขั้นพื้นฐาน

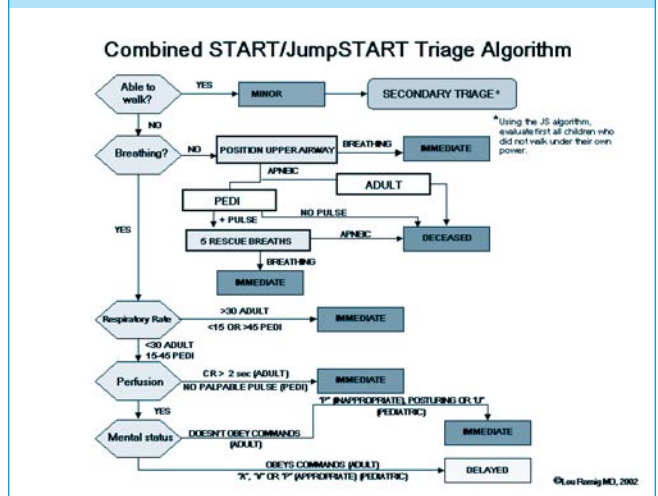
เด็กบาดเจ็บจะมีผลการรักษาที่ดี นำส่งศูนย์อุบัติเหตุ สำหรับเด็กมากกว่าศูนย์อุบัติเหตุของผู้ใหญ่ แต่ถ้าไม่มีศูนย์อุบัติเหตุเด็กก็อาจนำส่งโรงพยาบาลที่มี ICU ของเด็กแทนได้

เด็กมีพื้นที่ของผิวหนังมากและระบบควบคุมอุณหภูมิร่างกายไม่ค่อยดีทำให้เกิดอุณหภูมิกายต่ำได้ง่าย เด็กมีกลไกชดเชยการสูญเสียสารน้ำได้ดี ดังนั้น ถ้ามีภาวะช็อกหรือความดัน

เลือดตกย่อมแสดงว่าเป็นอาการในระยะท้าย ๆ แล้ว

ในยามภัยพิบัติมีการใช้ระบบคัดกรอง JumpSTART Pediatric MCI Triage เพื่อประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยเด็ก
 ดังแผนผังที่ 1

แผนผังที่ 1 การใช้ Field Triage ในผู้ป่วยเด็กกยามประสบภัยพิบัติ⁽¹⁾



ข้อแตกต่างระหว่าง adult START และ Pediatric JumpSTART

1. เด็กที่หุุดหายใจและถ้ำคลำชีพจรได้ก็แสดงว่ามีการ
อุดกั้นของทางเดินหายใจ จึงให้ทำการเปิดทางเดินหายใจ เพราะ
ในเด็กการอุดกั้นทางเดินหายใจมักเป็นสาเหตุให้หัวใจหยุดเต้น
แต่ในผู้ใหญ่มักมีหัวใจหยุดเต้้นก่อนจนกระทั่งทำให้หยุดหายใจ
ตามมา

2. เด็กที่อายุ < 3 ปี หรือเด็กที่เจ็บปวดหรือเครียดรุนแรง มักไม่ทำตามสิ่งทำให้ประเมินความรู้สึกตัวยาก จึงให้ประเมินด้วย Alert, Response to Voice, Response to Pain, Unresponsive (AVPU) ควรขนย้ายเด็กและผู้ปกครองไปยังโรงพยาบาลเดียวกัน ถ้าเด็กหลงกับผู้ปกครองก็ควรมีการถ่ายภาพเด็ก ตำแหน่งที่ตัวหรือเสื้อผ้าเอาไว้เพื่อนำไปใช้ระบุตัวเด็กได้ในภายหลัง

Secondary Triage

การวัดสัญญาณชีพช่วยในการคัดแยกเพื่อพิจารณาให้การรักษาเบื้องต้น แต่การวัดความดันโลหิตก็ทำได้ยากในเด็ก การแทงเส้นเลือดก็ยากจึงทำเท่าที่จำเป็น แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาลจำเพาะต่อไป

เด็ก < 3 ปี พูดไม่ได้ และเด็กอายุ 4-8 ปี ก็ไม่ค่อยกับคนแปลกหน้า การดูแลเด็กท่ามกลางภัยพิบัตินั้น บุคลากรต้องสงบ อดทนอย่างนุ่มนวล และสัมผัสตัวเด็กบ่อย ๆ

ตารางที่ 2 ความแตกต่างในการดูแลเด็กและผู้ใหญ่ตามประเภทผู้ป่วย⁽¹⁾

	Pediatric MCI	Adult MCI
Patient definition	Less than 12 years of age or "appears a child"	Adults only
Event definition	Children only, or more than 10 children in an event with adults	Adults only
Patient identification	Collection of identifiers and photographs of patients as soon as possible	Patients usually able to provide identifying information or have identifiers, e.g., documents
Tag identification	Tag 1: Triage category Tag 2: Pediatric case	Triage category tag only
Assessment of A, B, C	A & B: Spontaneous breathing with additional pulse assessment, respiratory rate C: Assessment of peripheral pulse only	A & B: Spontaneous respirations, respiratory rate C: Absent peripheral pulse, prolonged capillary refill
Neurologic assessment	AVPU-age dependent	Obeys commands
Secondary triage	BP measurement not critical in young children, can use assessment of perfusion	Complete vital signs as feasible
Field procedures	Not recommended; non-life saving procedures should be performed after ED admission	As dictated by protocol and availability of medical staff
Special considerations	Avoidance of hypothermia Cohorting of family members	

งานคุณภาพของการรักษา

โรคที่ควรมีแนวทางการดูแลรักษา ได้แก่

- การดูแลรักษาทั่วไป
- อุบัติเหตุ เด็กมักมีการบาดเจ็บที่ศีรษะมากกว่าลำตัว ทั้งนี้เพราะปกติเด็กมักมีศีรษะโต
- แผลไฟไหม้
- สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ
- หอบเหนื่อย ระบบหายใจล้มเหลว หยุดหายใจ
- หลอดลมตีบ
- กู้ชีพทารก
- ภาวะหัวใจเต้นช้าหรือเร็วเกินไป
- ภาวะหัวใจหยุดเต้น
- ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
- ชัก
- ภาวะช็อก
- ปฏิกริยาภูมิแพ้
- จมน้ำ
- ได้รับสารพิษ
- การรักษาความเจ็บปวด
- การตายกะทันหัน

การเฝ้าติดตามตัวชีวิต ดังนี้

1. ทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังเพื่อดูการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคและการรักษา ตลอดจนอัตราการทำหัตถการสำเร็จ
2. การใช้สถิติวิเคราะห์ผลลัพธ์ เช่น จากการกู้ชีพ จากการดูแลผู้ป่วยเด็กบาดเจ็บ
3. สังเกตจากการปฏิบัติงานที่จุดเกิดเหตุ
4. โรงพยาบาลปลายทางประเมิน โดยการเขียนหรือแจ้งด้วยปากเปล่า หรือมีการประชุมร่วมกัน
5. ผลประเมินจากผู้ป่วยหรือญาติที่รับบริการ
6. บางศูนย์มีการส่งการผ่านวิดีโอหรือโทรศัพท์ และได้ทำการบันทึกไว้เพื่อเอามาศึกษาร่วมกัน

ผลการประเมินเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษา อุปกรณ์ วิธีการทำหัตถการ และการฝึกอบรม

อุปกรณ์

อุปกรณ์ของเด็กมักมีหลายขนาดตามอายุ มีทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในภาวะปกติและยามเกิดภัยพิบัติ รวมทั้งใช้ในกรณีกู้ชีพขั้นพื้นฐานหรือขั้นสูง มาตรฐานตาม American College of Emergency Physicians (ACEP), American College of Surgeon, National Association of EMS Provider (NAEMSP) เสนอแนะในปี ค.ศ. 2009 ดังนี้

1. เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจ
2. เครื่องติดตามสัญญาณชีพและเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจ
3. อุปกรณ์รัดตรึงและกระดานขนย้าย
4. อุปกรณ์ดาม เฝือก
5. ชุดทำคลอด
6. เครื่องวัดความดันโลหิตหลายขนาดตามขนาดของเด็ก แถบวัดความสูงเด็กเพื่อประเมินขนาดของอุปกรณ์และยา
7. อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ
8. อุปกรณ์ป้องกันอุบัติเหตุ
9. อุปกรณ์ดูแลด้านหัวใจ เช่น คลื่นไฟฟ้าหัวใจ
10. ยาต่าง ๆ เครื่องเจาะปลายนิ้วดูน้ำตาลในเลือด และเครื่องพ่นยา

ตารางที่ 3 โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในเด็ก⁽¹⁾

Asthma Congenital heart disease, cyanotic and acyanotic Insulin-dependent Diabetes Malignancy – solid tumor, leukemia, brain tumors Metabolic disorders with hypoglycemia Psychiatric: Attention deficit-hyperactivity disorder; depression; substance abuse; eating disorders Seizures: febrile seizure; epilepsy Steroid dependent diseases involving the kidneys or gastrointestinal tract

การฝึกอบรม

ประเมินอาการป่วยและบาดเจ็บได้ เข้าใจธรรมชาติของโรค ส่งต่ออาการที่จำเป็นไปยังโรงพยาบาลปลายทางได้ immobilization และขนย้ายได้

ศูนย์ประสานงาน (Dispatcher)

ควรเข้าใจแนวทางการรักษา การฟังเพื่อประเมินอาการของเด็กจากทีม ส่งการรถออกปฏิบัติการได้เหมาะสมกับความเสี่ยงของโรค นำส่งไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม ให้คำปรึกษาการดูแลเด็กเบื้องต้นแก่ครอบครัวได้ เช่น ทำคลอดที่บ้าน หรือเด็กชัก เป็นต้น

ในสหรัฐอเมริกา การระบุวาระบบดูแลรักษานอกโรงพยาบาลควรมีองค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. บุคลากร (Personnel)
2. การฝึกอบรม (Training)
3. การสื่อสาร (Communications)
4. การขนย้าย (Transportations)
5. ระบบอำนวยความสะดวก (Facilities)
6. ระบบดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical care units)
7. ระบบดูแลความปลอดภัยของชุมชน (Public safety agencies)
8. ผู้รับบริการ (Consumer participation)
9. ระบบเข้าถึงการรักษาพยาบาล (Access to care)
10. การขนย้าย (Transfer of care)
11. มาตรฐานของเวชระเบียน (Standardization of patient records)
12. การให้ความรู้แก่ประชาชน (Public information and education)
13. การประเมินและติดตามการปฏิบัติงาน (Independent review and evaluation)

14. การประสานงานในภาวะภัยพิบัติ (Disaster linkage)

15. ระบบช่วยเหลือ (Mutual aid agreements)

นอกจากนี้แต่ละศูนย์รพพยาบาลที่ต้องการดูแลผู้ป่วยเด็กนอกโรงพยาบาลด้วยก็ควรมีระบบอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น

- ระบบเข้าถึงการดูแลเฉพาะ รวมทั้งการเบิกจ่าย
- ใบยินยอมจากผู้ปกครองให้ดูแลรักษาเด็กและมีกฎหมายคุ้มครองการปฏิบัติงาน
- ข้อบังคับให้เริ่มการกู้ชีพและหยุดการกู้ชีพ รวมทั้งการยืนยันว่าผู้ป่วยเสียชีวิต
- การตัดสินใจขนย้ายและส่งต่อ
- การรายงานเรื่องทารุณกรรมเด็ก (Child abuse)
- ความปลอดภัยของผู้ป่วย
- การเปิดเผยข้อมูลกับสื่อมวลชน

ตารางที่ 4 การซักประวัติและตรวจร่างกายที่ทำให้สงสัยว่ามีการถูกรังแกต่อเด็ก (Child abuse)⁽¹⁾

History Items and Examples	Physical Examination Items and Examples
Injury inconsistent with developmental stage; 6 month old who fell while running and broke his leg	Pattern injuries: bruises or burns with a distinct pattern such as bite marks, finger marks, iron, belt buckle, cigarette
Mechanism of injury inconsistent with injury; infant with GCS 6 who fell 50 cm out of parents' arms	Extensive bruising on trunk with sparing of the extremities, especially in areas usually covered by clothing
No history in the face of significant injury; 'I just found him lying in bed', in a case of femur fracture	Injuries to the genitalia or multiple injuries without clear cause
Inappropriate delay in seeking medical attention	Children <1 year old found dead at home. Parents inappropriately unconcerned about child's injury; or parents angry with child for leaving them to seek medical attention

สรุป

การรักษาในเด็กแตกต่างจากการรักษาในผู้ใหญ่เพราะเด็กมีกายวิภาคและสรีรวิทยาที่แตกต่างกันไป ระบบในการดูแลเด็กนอกโรงพยาบาลก็คล้ายกับระบบบริการฉุกเฉินทั่วไป เพียงแต่ต้องเน้นให้ส่งโรงพยาบาลปลายทางที่มีกุมารแพทย์เฉพาะทางหรือส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางได้

เอกสารอ้างอิง

1. Schwartz Dagan, Amir Lisa Diane, Krieger David, Waisman Yehezkel. Pediatric Care in EMS. In Tintinalli Judith E., Cameron Peter, Holliman C. James editors. EMS A Practical Global Guidebook. USA: People's Medical Publishing House; 2010:547-66.
2. Sholl Matthew, MD, MPH, FACEP. Pediatric Airway Management: Pediatric Care in the EMS Environment. MaineHealth. [cited 2013 Oct 15]. Available from: http://www.mainehealth.org/workfiles/mh_ami/Pedi_Airway_Talk.pdf

หัวใจล้มเหลวจากลำไส้ทะลุเข้าในช่องหัวใจ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

Traumatic Bowel Herniation Causing Cardiac Tamponade (A Case Report)

เป็นที่ทราบกันเป็นอย่างดีแล้วว่า การทำงานของหัวใจนั้นประกอบด้วย 2 กระบวนการหลักคือ **“การบีบและการคลายตัว”** การบีบเป็นการที่จะบีบไล่เลือด (แดง) ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และไล่เลือดดำที่ได้รับมาไปสู่ปอดเพื่อการฟอกให้เป็นเลือดดี (เลือดแดง) ส่วนการคลายตัวเป็นการที่หัวใจขยายตัวเพื่อรับเลือด (ดำ) ที่เลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และไล่เลือดดำ (คือเลือดแดงที่ฟอกแล้วจากปอด) กลับเข้ามาสู่หัวใจเพื่อการบีบตัวไล่เลือดแดง (เลือดดี) ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย กระบวนการบีบและคลายตัวนั้นจะกระทำใน **“ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ”** (pericardial cavity) ซึ่งหากมีบางสิ่งมาครอบครองหรือแย่งพื้นที่หรือแย่งปริมาตร (occupied) แล้ว การทำงานของหัวใจย่อมไม่อาจทำได้อย่างสมบูรณ์ ผลที่ตามมาคือ เลือด (ดำ) ที่จะถูกนำไปฟอกไม่อาจกระทำได้ และเลือด (ดี) ที่จะไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายก็ไม่อาจกระทำได้เช่นเดียวกัน ร่างกายจึงเปรียบเสมือนกับ **“ขาดเลือดมาเลี้ยง”** โดยปริยาย และผลที่เกิดขึ้นตามมาก็คือ **“เสียชีวิต”** นั่นเอง

.....การที่ลำไส้ขนาดยาวประมาณ 15 เซนติเมตร (ขดตัว) อยู่ในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้หัวใจถูกดันขึ้นไปชิดกับขอบบนของช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (traumatic herniation) (ภาพที่ 5) เป็นผลให้หัวใจไม่สามารถทำงานตามปกติได้ (cardiac tamponade) กล่าวคือ การบีบตัวเพื่อไล่เลือดไปสู่ปอดเพื่อการฟอกเลือดและการที่บีบเลือด (สูบฉีด) ไปเลี้ยงร่างกายไม่อาจกระทำได้ เปรียบเสมือนกับร่างกายไม่มีเลือดไปเลี้ยง (ขาดเลือด) และเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตายนั่นเอง

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

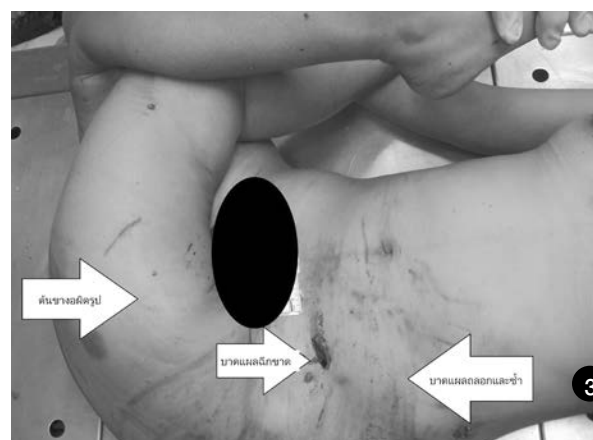
ผู้ป่วยหญิงอายุ 30 ปี รูปร่างสันทนต์ ถูกนำตัวส่งมาเพื่อรับการตรวจ (ทางนิติเวชศาสตร์) อย่างละเอียดตามกฎหมาย (มาตรา 151 และมาตรา 152)¹ โดยพนักงานสอบสวน (ภาพที่ 1) ภายหลังจากการชันสูตรพลิกศพเบื้องต้นแล้ว



การตรวจศพ: กระทำโดยแพทย์ในวันรุ่งขึ้น ได้ผลการตรวจดังนี้ (มาตรฐานทางนิติเวชศาสตร์)^{2,4}

สภาพศพภายนอก: (ภาพที่ 2)

- ศพหญิงอายุประมาณ 30 ปี รูปร่างสันทนต์ ตัวยาวประมาณ 155 เซนติเมตร ผนังลำตัวยาวประมาณ 25 เซนติเมตร
- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดตกกลงสู่เบื้องต่ำภายหลังเสียชีวิตที่หลังได้ชัดเจน
- ขาทั้งสองข้างงอผิดปกติที่บริเวณต้นขา



- ตรวจพบบาดแผลดังต่อไปนี้ (ภาพที่ 2 และภาพที่ 3)

1. บาดแผลถลอกที่ใบหน้าด้านซ้ายและริมฝีปากเล็กน้อย
2. บาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ รูปค้อนนรี มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 และ 3.5 เซนติเมตรตามลำดับ ที่บริเวณหน้าท้องด้านซ้ายส่วนล่าง
3. บาดแผลถลอก ข้ำ เป็นแนวขวางหลายรอยตั้งแต่บริเวณกลางหน้าท้องด้านซ้าย มาจรดที่เชิงกรานด้านซ้าย

4. แผลผ่าตัดเก่าที่บริเวณหัวหน้ายาวประมาณ 12 เซนติเมตร

5. แผลซ้ำที่ต้นขาสองข้าง สามารถจับข้อได้ อย่างผิดปกติอย่างชัดเจน แสดงถึงการหักของกระดูก ต้นขาทั้งสองข้าง

- อวัยวะอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติจากการตรวจ ภายนอก

สภาพศพภายใน:

- ผนังศีรษะและได้ชั้นหนังศีรษะโดยทั่วไปปกติ ยกเว้นมีรอยซ้ำที่หนังศีรษะส่วนหลังด้านซ้ายเล็กน้อย (ภาพที่ 4)



- กระโหลกศีรษะปกติ ทั้งในส่วนบนและฐาน กระโหลกศีรษะ

- เนื้อสมองและสมองน้อย รวมถึงแกนสมอง อยู่ในเกณฑ์ปกติ

- กระดูกสันหลังส่วนคอและอกปกติ

- กระดูกซี่โครงซ้ายที่ 7 และ 8 ส่วนข้างหัก

- กระบังลมด้านซ้ายฉีกขาดมีความยาว 15 เซนติเมตร กว้าง 8 เซนติเมตร

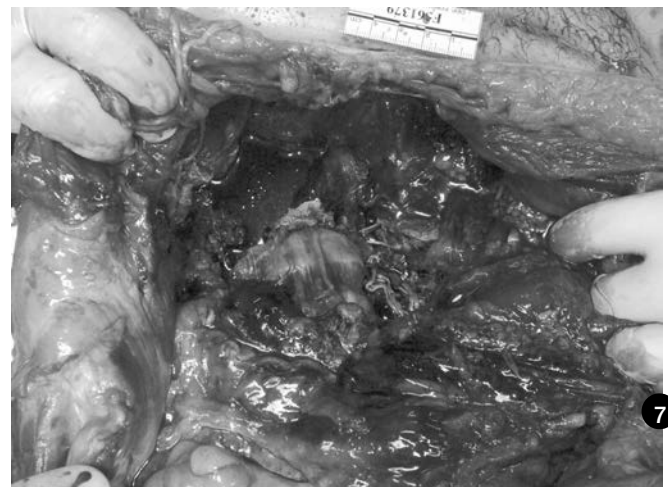
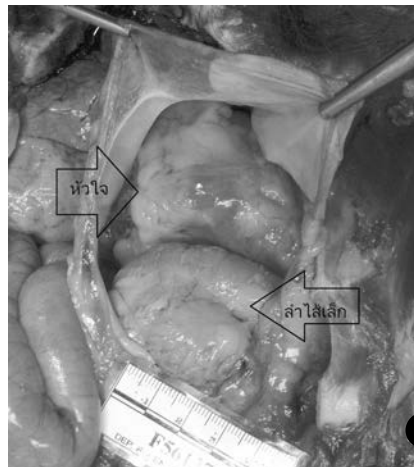
- พบลำไส้เล็กส่วนกลางผ่านจากรอยฉีกขาด ของกระบังลม ทะลุเข้ามาในช่องหัวใจ และครอบครอง ปริมาตรเกือบทั้งหมด เบียดหัวใจให้อยู่ติดชิดกับด้านบน ของเยื่อหุ้มหัวใจ (ภาพที่ 5)

- เยื่อหุ้มหัวใจส่วนล่างฉีกขาดมีความยาว ประมาณ 8 เซนติเมตร กว้าง 6 เซนติเมตร (ภาพที่ 6)

- ปอดซ้ายซ้าย มีเลือดออกในช่องอกซ้าย ประมาณ 250 ลบ.ซม.

- เลือดออกในช่องท้องเล็กน้อย

- เลือดออกในอุ้งเชิงกรานประมาณ 200 ลบ.ซม. เนื้อเยื่ออุ้งเชิงกรานข้างกระจายทั่วไป



- กระดูกเชิงกรานทั้งสองข้างแตกหลายตำแหน่ง และกระดูกหัวหน้าแยก (ภาพที่ 7)

- กระเพาะปัสสาวะและมดลูกซ้ำ และฉีกขาดบางส่วน

- การดูสันหลังส่วนเอวปล้องสุดท้ายและกระดูกกันบกแยกออกจากกัน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

- เลือดหมู่อ

- ตรวจไม่พบเอทานอลในเลือด

- ตรวจไม่พบยานอนหลับในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนในเลือดและของเหลว

จากกระเพาะอาหาร

- ตรวจไม่พบยาฆ่าแมลงในกลุ่มคาร์บาริเมทและกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต

จากของเหลวในกระเพาะอาหาร

- ตรวจไม่พบสารไซยาไนด์จากของเหลวในกระเพาะอาหาร

- ตรวจไม่พบสารเมทแอมเฟตามีนในเลือดและปัสสาวะ

- ตรวจไม่พบสารอนุพันธ์ของมอร์ฟีนในเลือด

สาเหตุตาย:

- ระบบไหลเวียนล้มเหลวจากการทำงานของหัวใจถูกขัดขวางจากลำไส้ ทะลุเข้าในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (bowel herniation)

พฤติการณ์ที่ตาย:

เข้าได้กับ “การตายเนื่องจากอุบัติเหตุจราจร” (พิจารณาจากสิ่งที่ตรวจพบ และประวัติที่ได้จากเอกสารของพนักงานสอบสวน “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพ ให้แพทย์ตรวจชันสูตร” (ภาพที่ 1)

วิเคราะห์และวิจารณ์

ผู้ตายรายนี้เกิดเหตุบนท้องถนนตามรายละเอียดในเอกสารของพนักงานสอบสวน (ภาพที่ 1) ซึ่งสามารถพิจารณาประการต่าง ๆ ได้ดังนี้

ประการที่ 1: การตรวจสภาพศพจากภายนอกโดยทั่วไป

พบว่ามียรอยช้ำเล็กน้อยที่บริเวณคอ แต่พบรอยช้ำขนาดใหญ่และถลอกกระจายที่บริเวณหน้าท้องส่วนล่างด้านซ้าย และยังพบว่ามึบกดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ ขนาดรูปค่อนข้างรี ประมาณ 2.5 เซนติเมตร กว้าง 1 เซนติเมตร ที่ท้องน้อยด้านซ้ายแสดงให้เห็นถึงสภาพแห่งความร้ายแรงหรืออันตรายที่ร่างกายบริเวณดังกล่าวได้รับ (ภาพที่ 3) อีกทั้งเมื่อพิจารณาถึงการบาดเจ็บในช่องท้องและอุ้งเชิงกรานแล้ว ก็ยังพบว่า บริเวณอุ้งเชิงกรานมีลักษณะช้ำโดยทั่วไป และมีกระดูกเชิงกรานแตกหลายตำแหน่ง (ภาพที่ 7)

ประการที่ 2: พยาธิสภาพในช่องท้องเป็นผลต่อการฉีกขาดของกะบังลมและเยื่อหุ้มหัวใจ

เมื่อมีแรงกดหรือกระทำอย่างรุนแรงต่อช่องท้องส่วนล่างและอุ้งเชิงกรานย่อมส่งผลให้เกิดแรงดันขึ้นจากช่องท้องไปยังช่องอก ส่งผลให้เกิดแรงดันกะบังลมและเยื่อหุ้มหัวใจจนฉีกขาด และมีลำไส้เล็กทะลักเข้าสู่ช่องอกและช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (ภาพที่ 5)

จากพยาธิสภาพที่ลำไส้เข้าครอบครองในช่องหัวใจ (pericardium tamponade by bowel หรือ bowel herniation in pericardium cavity) ส่งผลต่อระบบไหลเวียน กล่าวคือ

ก. หน้าทีและการทำงานของหัวใจ

หัวใจมีหน้าที่ในการสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกาย โดยการที่บีบเลือดในหัวใจไปสู่ปอดเพื่อการฟอกเลือดและบีบเลือดจากหัวใจไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเลี้ยง (ให้ออกซิเจน) แก่ส่วนต่าง ๆ เหล่านั้น ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวจะต้องประกอบด้วยการบีบและการคลาย เมื่อหัวใจบีบตัวได้แต่ไม่อาจคลายตัวเพื่อให้เลือดเข้าสู่หัวใจได้อีกจึงทำให้ไม่มีเลือดในห้องต่าง ๆ ของหัวใจที่จะบีบ (สูบฉีด) ทำให้เสมือนกับการที่ร่างกายขาดเลือดไปเลี้ยงนั่นเอง และเป็นผลทำให้ผู้นั้นถึงแก่ความตายในที่สุด

ข. พยาธิสภาพของช่องเยื่อหุ้มหัวใจกับการทำงานตามหน้าที่ของหัวใจ

ข้อ 1: การที่ลำไส้ขนาดยาวประมาณ 15 เซนติเมตร (ขดตัว) อยู่ในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้หัวใจถูกดันขึ้นไปชิดกับขอบบนของช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (traumatic herniation) (ภาพที่ 5) เป็นผลให้หัวใจไม่สามารถทำงานตามปกติได้ (cardiac tamponade) กล่าวคือ การบีบตัวเพื่อไล่เลือดไปสู่ปอดเพื่อการฟอกเลือดและการที่บีบเลือด (สูบฉีด) ไปเลี้ยงร่างกายไม่อาจกระทำได้ เปรียบเสมือนกับร่างกายไม่มีเลือดไปเลี้ยง (ขาดเลือด) และเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตายนั่นเอง

ข้อ 2: พยาธิสภาพที่ปรากฏอันเป็นสาเหตุแห่งการตายในผู้ตายรายนี้ นั้นเกิดขึ้นได้ยาก ทั้งนี้เพราะ*ลำไส้ที่ปกติอยู่ในช่องท้องยากที่จะไหลทะลุทะลวงทะลุและเยื่อหุ้มหัวใจมาขดตัวในช่องเยื่อหุ้มหัวใจจนทำให้หัวใจไม่อาจทำงานได้ตามปกติ*

ประการที่ 3: สาเหตุที่ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย

จากพยาธิสภาพที่ตรวจพบจากศพดังกล่าวแล้วข้างต้น รวมถึงสภาพแห่งการทำงานของร่างกาย (pathophysiology) ในการถูกขัดขวางการทำงานของหัวใจเป็นเหตุทำให้ “ระบบสูบฉีดโลหิตหรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว” ทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย

สาเหตุที่ตายรายนี้:

คือ ระบบไหลเวียนล้มเหลวจากการทำงานของหัวใจถูกขัดขวางจากลำไส้

ทะลุเข้าในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ

พฤติการณ์ที่ตาย:

เข้าได้กับ “อุบัติเหตุจราจร” มากที่สุด (สอดคล้องกับเอกสารของพนักงานสอบสวน) (ภาพที่ 1)

วิเคราะห์สาเหตุของการทำงานของหัวใจ

ล้มเหลว:

การที่หัวใจไม่สามารถทำงานได้ หรือ “หัวใจทำงานล้มเหลว” หรือ “ระบบไหลเวียนล้มเหลว” นั้น โดยทั่วไปอาจเกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุดังนี้

ก. มีพยาธิสภาพที่หัวใจเอง

1. พยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง การที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถที่จะทำหน้าที่แห่งตนได้ เช่น

1.1 การเกิดเนื้อเยื่อพังผืดจำนวนมากทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งและขาดความยืดหยุ่นตัว การรองรับเลือดที่จะทำการสูบฉีดจึงเป็นการทำได้ไม่เต็มที่ และจำเป็นต้องบีบตัวถี่เพื่อให้ได้ปริมาณของเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างพอเพียง (ซึ่งจะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อหัวใจเอง)

1.2 การที่หัวใจฉีกขาดอันเนื่องมาจากรับอันตราย เช่น จากการถูกของแข็งทับ เป็นต้น

2. พยาธิสภาพที่เส้นประสาทการนำไฟฟ้าเพื่อบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นพยาธิสภาพที่เกิดกับเส้นประสาทโดยตรง ซึ่งมีผลต่อการทำงานของหัวใจเพราะหัวใจจะทำงาน (บีบตัวได้) ต้องมีกระแสไฟฟ้าในหัวใจ

2.1 การทำงานของหัวใจ³

หลักการทำงานของหัวใจคือ “การบีบตัวอย่างเป็นจังหวะ” (จังหวะปกติ หรือ sinus rhythm) ทำให้ร่างกายได้รับเลือด (โลหิต) ไปเลี้ยงตามปกติ โดย

ก. เริ่มต้นจากตำแหน่งที่

หัวใจห้องบนขวา ที่เรียกว่า SA node (Sinoatrial node) ผ่านกระแสไฟฟ้าในหัวใจไปตามผนังหัวใจห้องบนขวา และซ้าย ทำให้เกิดการบีบตัวของหัวใจห้องบน จากนั้นกระแสไฟฟ้างดังกล่าวจะลงมาสู่บริเวณที่เรียกว่า AV node (Atrioventricular node)

ข. ณ ตำแหน่ง AV node

นี้จะมีกำหนดเวลาเล็กน้อย 0.04 sec ก่อนที่จะส่งกระแสไฟฟ้าต่อไปยังกลุ่มประสาท Bundle of His และแยกเป็น 2 แขนงกระแสคือ แขนงซ้ายและขวา โดยแขนงขวาจะตามผนังกันห้องล่าง (interventricular septum) ส่วนแขนงซ้ายจะทะลุ (septum) แยกเป็น 2 ทางคือ ด้านหน้าและด้านหลังของหัวใจ ไปสู่ใยประสาทฝอย (Purkinje fibers) ซึ่งอยู่ได้ต่อเยื่อบุด้านในสุดของกล้ามเนื้อหัวใจ (endocardium) และกระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างให้ทำการบีบตัวเพื่อสูบฉีดโลหิต

2.2 พยาธิสภาพเส้นประสาทของการทำงานของหัวใจ

เป็นการทำงานผิดปกติของระบบไฟฟ้าภายในกล้ามเนื้อหัวใจอันเนื่องมาจากภายในกล้ามเนื้อหัวใจเอง เช่น การเกิดเป็นแผลเป็นที่กล้ามเนื้อหัวใจหรือเส้นประสาท เป็นต้น ทำให้การนำไฟฟ้าภายในกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติไปจากปกติ

ข. มีพยาธิสภาพของส่วนรอบหัวใจ

หมายถึงการที่รอบ ๆ หัวใจมีสิ่งที่ทำให้หัวใจไม่อาจทำหน้าที่แทนตนเองได้ เช่น การที่มีของเหลวมาอยู่ในช่องหัวใจทำให้หัวใจเล็ดออก (hemopericardium) จึงอยู่ในสถานะภาพที่ไม่อาจขยายตัวได้ จึงเท่ากับไม่อาจทำหน้าที่ได้นั่นเอง

ค. มีพยาธิสภาพต่อเส้นประสาทหัวใจ

เป็นกรณีที่ “หัวใจและส่วนรอบหัวใจปกติทุกประการ” แต่เส้นประสาทในการบีบตัวของหัวใจถูกทำให้ผิดปกติ เกิดขึ้นจากการที่กระแสไฟฟ้าของการกระตุ้นการบีบตัวของหัวใจถูกทำให้ผิดปกติไป เช่น การถูกกระแทกอย่างรุนแรง การที่ถูกกระแสไฟฟ้าไหลผ่านที่หัวใจอันเป็นผลต่อกระแสการให้หัวใจเต้นตามปกติ

ประการที่ 4: ปัจจัย (สาเหตุ) เสริมในการทำให้เสียชีวิตในผู้ตายรายนี้

ในผู้ป่วยรายนี้ยังมีการตรวจพบว่ามีส่วนอื่น ๆ (อวัยวะอื่น) ได้รับความเจ็บด้วย และอาจเป็นปัจจัยเสริมในการทำให้ผู้นั้นถึงแก่ความตาย เช่น

ก. การที่มีปอดซ้ายและขวาและมิลีเอตออกในช่องอกซ้าย แม้ว่าในกรณีนี้จะมีเลือดออกเพียง 250-300 ลบ.ซม. ก็ตาม ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนไม่มากนัก แต่ก็เพียงพอเสริมทำให้ถึงแก่ความตายได้ (volume depletion)

ข. เลือดออกในช่องท้องเล็กน้อย การที่มีเลือดออกในช่องท้องเล็กน้อยก็อาจทำให้ร่างกายขาดเลือดโดยรวมได้หากเป็นการที่มีเลือดออกจากหลายตำแหน่ง

ค. เลือดออกในอุ้งเชิงกราน มีเลือดออกอยู่พอควรประมาณ 300 ลบ.ซม. ก็อาจจะเป็นสาเหตุเสริมเลือดออกจากตำแหน่งอื่น ๆ ได้เช่นเดียวกัน

ง. กระดูกเชิงกรานแตกจำนวนหลายชิ้นหลายตำแหน่ง และกระดูกหัวน้าวแยก ทำให้เกิดอันตรายต่อกระดูกสันหลัง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะช็อกได้ แต่ก็ยังไม่ถึงขั้นที่ทำให้ถึงแก่ความตาย

จ. กระดูกสันหลังส่วนเอวแตกแยกจากกระดูกกันบก แสดงถึงความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บเท่านั้น แต่ก็มิใช่สาเหตุที่ทำให้ตายโดยตรง

โดยรวมแล้วผู้ตายรายนี้ยังมีเหตุและปัจจัยประกอบซึ่งทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตายได้ แต่เป็นเพียงสาเหตุรองเท่านั้น

หมายเหตุ: การเกิดแรงดันในช่องท้องที่ทำให้กะบังลมทะลุเข้าในช่องอกและช่องเยื่อหุ้มหัวใจนี้กลับ

ไม่ทำให้อวัยวะภายในช่องท้อง เช่น ลำไส้ ตับ กระเพาะอาหาร ได้รับอันตรายหรือฉีกขาดเลย

ประการที่ 5: เทียบเคียงการที่ปอดไม่อาจทำงานได้ตามปกติเพราะถูกครอบครองปริมาตร

การที่หัวใจไม่สามารถที่จะขยายตัวเพื่อรับเลือดได้ เท่ากับไม่สามารถนำเลือดไปสู่ปอดเพื่อการฟอกเลือด และไม่สามารถนำเลือดไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (สูบฉีดโลหิต) ได้นั้นอาจเทียบเคียงได้กับกรณีที่เกิดขึ้นกับการที่ปอดไม่สามารถทำงานได้เช่นเดียวกัน กล่าวคือ

กรณีที่ 1: ปริมาตรในช่องอกถูกครอบครองโดยของเหลว (occupied pleural cavity)

การที่ปริมาตรในช่องอกถูกครอบครองโดยของเหลว เช่น การที่มีเลือดออกในช่องอก (hemothorax) หรือการที่มีของเหลวในช่องอก (pleural effusion) ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการขยายตัวของปอดทำให้ปอดไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดสภาวะของการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ เป็นการขาดอากาศ (asphyxia)

กรณีที่ 2: หน่ออกถูกของมีน้ำหนักรบกวนทำให้ผนังหน้าอกไม่อาจขยายตัวเพื่อให้ปอดขยายรับอากาศเข้าสู่ปอด (traumatic asphyxia)

เป็นกรณีที่ปอดไม่สามารถทำงานได้ตามปกติในการขยายตัวเพื่อการรับอากาศจากภายนอก ทำให้ไม่มีอากาศจากภายนอกที่ถือว่าเป็น “อากาศดี (มีปริมาณออกซิเจนสูง)” เข้าสู่ปอด หรือมีแต่เป็นจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อการฟอกเลือด (ฟอกอากาศเสียจากปอดให้เป็นอากาศดี) จึงมีผลทำให้เลือด (โลหิต) ที่เข้าสู่ปอดไม่สามารถถูกฟอกที่ปอดได้อย่างเต็มที่ จึงเหมือนกับมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งค้างในเลือดอยู่ในปริมาณมาก (hypercapnia, hypercarbia) ส่งผลให้ร่างกาย “ขาดอากาศ” (asphyxia) และถึงแก่ความตายเนื่องจากการขาดอากาศนั่นเอง

สรุป

ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวอาจเกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพที่หัวใจเอง เช่น การที่มีการฉีกขาดหรือถูกกระแทกอย่างรุนแรง อาจเกิดจากเส้นประสาทของหัวใจที่ทำงานไม่ได้ปกติ และอาจเกิดจากการที่หัวใจไม่สามารถขยายตัวได้เพราะช่องหัวใจมีสิ่งอื่นเข้ามาครอบครอง ในกรณีตามอุทาหรณ์เป็นการที่ลำไส้เข้ามาอยู่ในช่องหัวใจ (bowel herniation) ทำให้หัวใจไม่สามารถทำงานได้เป็นผลทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตาย

เอกสารอ้างอิง

1. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. <http://www.thailaws.com/law/thaiacts/code1307.pdf>
2. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
3. ประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา พ.ศ. 2555. โดยในการประชุมครั้งที่ 4/2555 วันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2555 ได้มีมติให้แก้ไขข้อความในประกาศแพทยสภาที่ 11/2555 ลงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 เป็น “ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศ (24 มกราคม พ.ศ. 2555)”.
4. ประกาศแพทยสภาที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. (Medical Competency Assessment Criteria for National License 2012) ประกาศ ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2555.
5. การทำงานของหัวใจ. <http://www.thaiheartclinic.com/data2.asp>

เปิดโครงการแบรนด์ซัมเมอร์แคมป์ ปีที่ 25

คุณหญิงขวัญตา เทวกุล ณ อยุธยา เป็นผู้แทนพระองค์ฯ เปิดโครงการ “แบรนด์ซัมเมอร์แคมป์ ส่งตรงพลังสมอง เก่งข้อสอบ พิชิต GAT-PAT, O-NET” ปีที่ 25 สอดคล้องโครงการติวเข้มระดับประเทศ จัดโดยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ร่วมกับ บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด โดยมี รศ.วุฒิชัย กปิลกาญจน์ อธิการบดี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และนายตุลย์ วงศ์สุภสวัสดิ์ ผู้จัดการทั่วไป บริษัท เซเรบอส (ประเทศไทย) จำกัด เฝ้ารับเสด็จฯ ณ อาคารจักรพันธ์เพ็ญศิริ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เมื่อไม่นานมานี้



ลงนามข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการและการวิจัย



มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ศ.ดร.นพ.ภูดิช เตชาติวัฒน์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, รศ.ดร.สุรสีห์ วัฒนวิทย์กิจ คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เข้าร่วมลงนามในบันทึกข้อตกลงดังกล่าว เพื่อพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมสุขภาพ ให้สามารถแก้ไขปัญหาและสนับสนุนงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น เมื่อไม่นานมานี้

ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ อธิบดีกรมอนามัย ร่วมลงนามในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการและการวิจัยระหว่างกรมอนามัย กับสถาบันการศึกษา 7 สถาบัน โดยได้รับเกียรติจาก รศ.นพ.พิทยา จารุพูนผล คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ศ.นพ.สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล คณบดีวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ดร.ชัยยุทธ ขวลิตินธิกุล คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, รศ.วสุธร ตันวัฒนกุล คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ผศ.ดร.สมศักดิ์ พิทักษานุรัตน์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

มอบเงินจากการจัดกิจกรรมวิ่งการกุศล

นายริชาร์ด เอเบล ประธานบริหาร บริษัท ไนวอร์ตีส์ (ประเทศไทย) จำกัด (ซ้าย) มอบเงินจำนวน 309,523.06 บาท จากการจัดกิจกรรมวิ่งการกุศล “Run for Your Breath 2013 วิ่ง... เพื่อต่อลมหายใจ” ให้แก่มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทยและเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ เพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ถุงลมโป่งพอง) โดยมี ผศ.นพ.อภิชาติ คณิตทรัพย์ กรรมการมูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย (กลาง) และ ผศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา เลขาธิการเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ (ขวา) เป็นตัวแทนรับมอบ เมื่อไม่นานมานี้



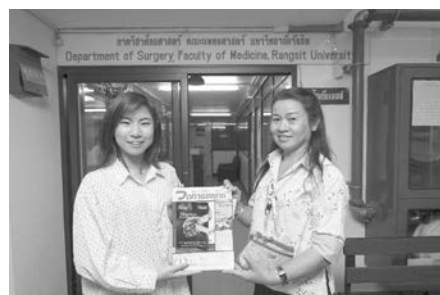
สัมมนาด้านสุขภาพ

โรงพยาบาลปิยะเวท เสนอแนวทางเลือกใหม่ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมยากด้วยการจี้เส้นประสาทอัตโนมัติ ควบคุมความดันเข้าสู่เกณฑ์ปกติ รับประทานยาน้อยลง หรืออาจไม่จำเป็นต้องรับประทานยา ควบคุมความดันอีกต่อไป โดยมี พญ.ปิยนฏา ปรียานนท์ อายุรแพทย์หัวใจ สถาบันหัวใจเพชรเฟดฮาร์ท โรงพยาบาลปิยะเวท (ที่ 5 จากขวา) เป็นผู้ให้ข้อมูล ในงานสัมมนาด้านสุขภาพเรื่อง “ตัดเส้นประสาท กำราบความดันโลหิตสูง” ณ โรงพยาบาลปิยะเวท เมื่อไม่นานมานี้



วงการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย



ภาควิชาศัลยศาสตร์



สำนักงานพยาธิวิทยา



สำนักงานอายุรศาสตร์



ห้องสมุด

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจรทั่วไทย 2557 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อที่ดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



โรงพยาบาล
ราชวิถี
www.rajavithi.go.th



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ความรู้ในเรื่องของแพทย์
ข่าวสารความคืบหน้า
วิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ บทความ
ผลงานวิจัย ตารางงานสัมมนา
และบทความทางวิชาการ
symposium
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพ
ทางด้านเวชกรรม



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา

☐ เกษตรกร 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 ไม่เล่ม **620** บาท ☐ 2 ปี (24 ฉบับ) + CPE PLUS ไม่เล่ม **1,200** บาท (แถม 2 เดือน)

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

WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันใจ
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน

Website Adviser
Medical
Magazine Online



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

☐ ธนาคาร สังกัด ปณ.คลังเงิน 10170 ☐ ตัวแลกเงิน

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

เช็คธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.

☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาถือปัส บินเกล้า 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

- ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
- บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบสมัครรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขรหัสสมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
- เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2884-7299

0-2423-2286

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

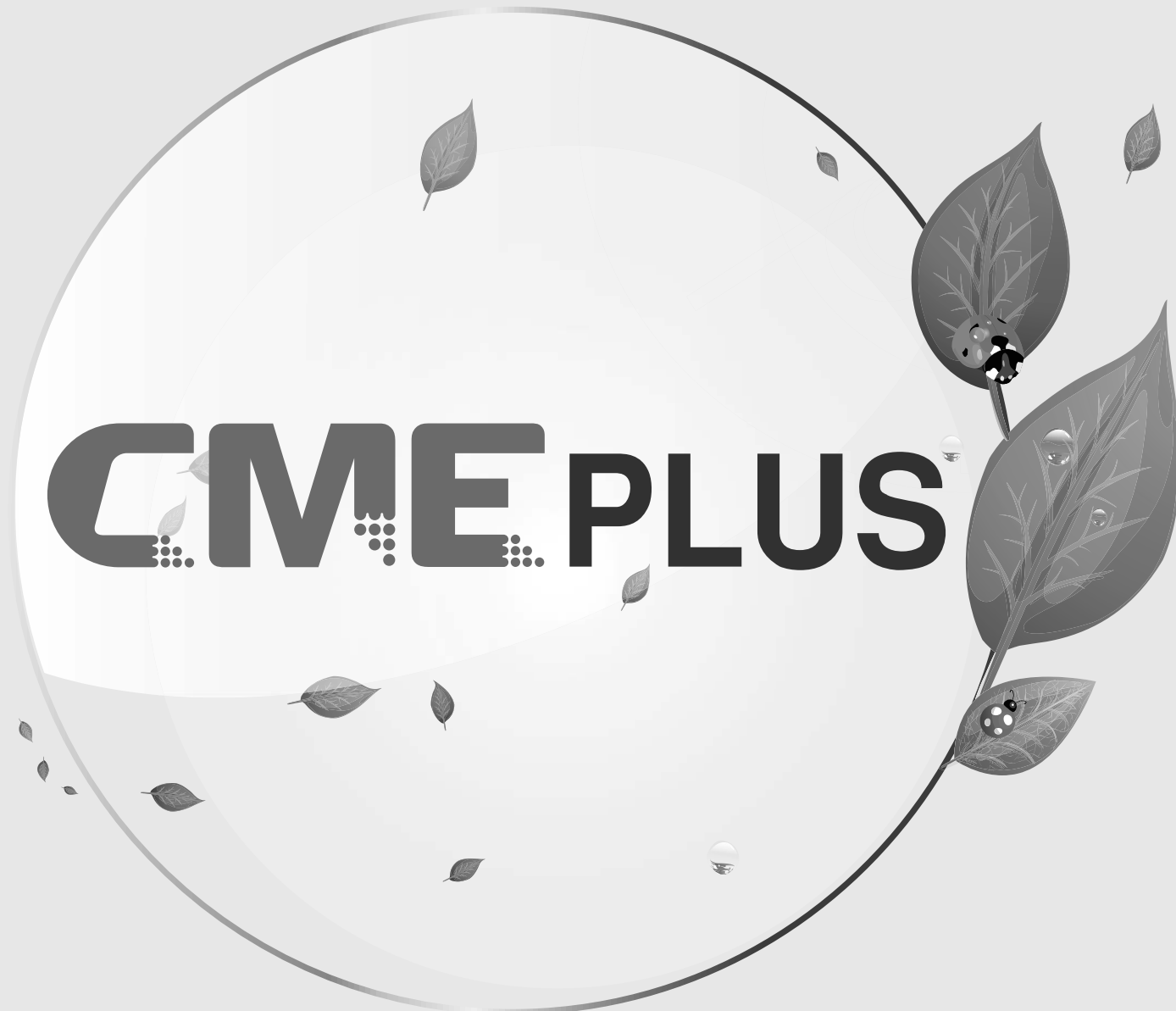
แผนกสมาชิกสัมพันธ์

โทร. **0-2435-2345**

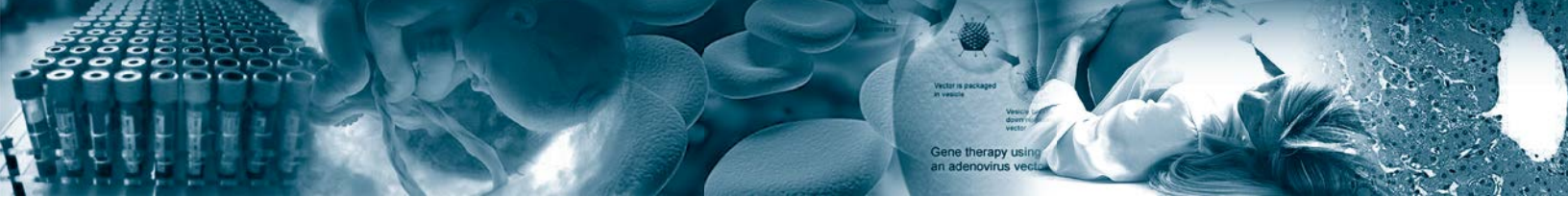
ต่อ **215, 123**

แฟกซ์ **0-2884-7299**

Continuing Medical Education



CME PLUS



การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษาก่อนสมรส (Premarital Screening and Counseling)

ตอนที่ 4

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาควิ (Human immunodeficiency virus : HIV) – I

นพ.กนกกร สุนทรจิตต์ จก.บ., พ.บ.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรและนรีเวชวิทยา

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/131201

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับความชุกของการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับเวลาของการแพร่เชื้อ และที่มาของไวรัส
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับหลักฐานสำหรับการแพร่เชื้อ HIV-1 ในมดลูก ในระหว่างการคลอด และการกินน้ำนมมารดา
5. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับลักษณะของไวรัสที่แพร่กระจาย

■ ต่อจากฉบับที่แล้ว

หลักฐานสำหรับการแพร่เชื้อ HIV-1 ในมดลูก ในระหว่างการคลอดและการกินน้ำนมมารดา

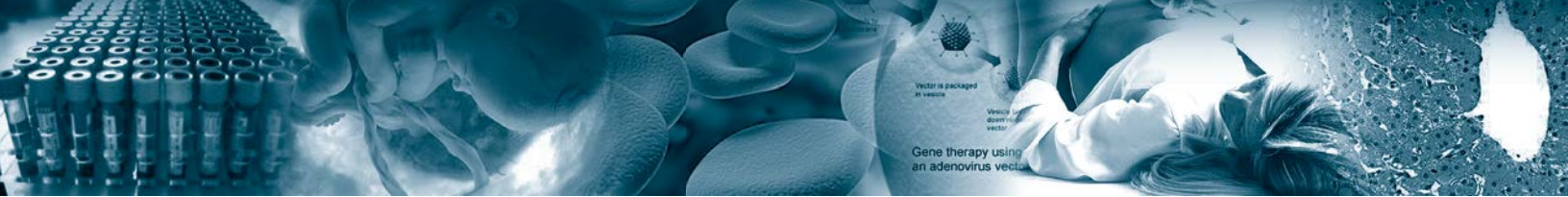
ในมดลูก (In utero)

1. ผลการทดสอบดีเอ็นเอด้วยเทคนิค PCR เป็นบวกใน 24-48 ชั่วโมงแรก
2. การถ่ายโลหิตของตัวอ่อนในครรภ์และมารดา (ถูกนำเสนอง)
3. การตรวจพบเชื้อเอชไอวีทียป์ 1 ในเนื้อเยื่อตัวอ่อน (Fetal tissue) ที่อายุ 10 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ขึ้นไป

4. การอักเสบของเนื้อเยื่อรก

ระหว่างการคลอด (Intrapartum)

1. ผลการทดสอบดีเอ็นเอด้วยเทคนิค PCR ณ เวลาเกิดเป็นลบ และตามด้วยผลบวกอีกหลายครั้ง
2. ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการคลอดทารกแฝด
3. การแยกเชื้อ HIV-1 จากของเหลวที่ดูดออกจากกระเพาะอาหารของเด็กแรกเกิด
4. ความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อที่เพิ่มสูงขึ้นจากการป้อนของเยื่อต่าง ๆ เป็นเวลานาน



5. การแพร่เชื้อที่ลดลงจากการกำหนดเวลาในการผ่าท้อง

คลอด

การให้กินนมจากอกแม่ (Breast-feeding)

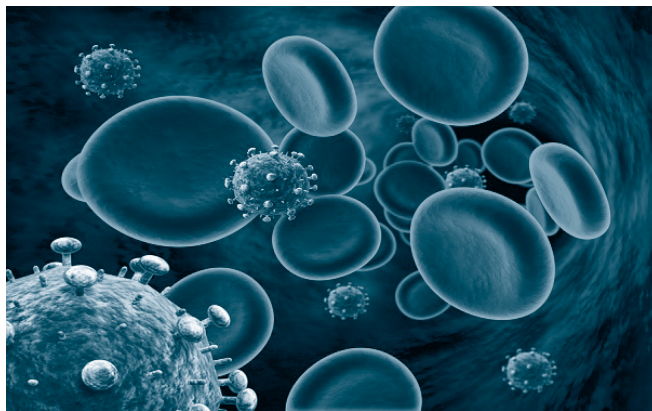
1. การแยกเชื้อเอชไอวีทียปี 1 จากนมแม่ที่ปราศจากเซลล์
2. การตรวจพบดีเอ็นเอของเชื้อเอชไอวีในน้ำนม Colostrum
3. มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับทารกที่กินนมจากขวดนม
4. การให้กินนมมารดาเป็นเพียงช่องทางเดียวที่สัมผัสเชื้อของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีทียปี 1

สำหรับเซลล์รกนั้น ไม่ว่าจะจะมีหรือไม่มีโปรตีน CD4 ก็ตาม จากการทดสอบในห้องทดลองพบว่า สามารถติดเชื้อได้จากทั้งไวรัสและจากเซลล์ที่ติดเชื้อไวรัส ในงานวิจัยชิ้นหนึ่งได้มีการทดสอบหน้าที่ที่เป็นไปได้ของตัวรับ Fc ในเซลล์รก พบว่าการติดเชื้อเกิดขึ้นจากสารประกอบเชิงซ้อนระหว่างแอนติบอดีกับไวรัส แต่มีการเพิ่มจำนวนในระดับที่ต่ำ อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยบางชิ้นระบุว่า การเคลื่อนย้ายของเชื้อเอชไอวีจาก Trophoblasts ของรกไปยังเซลล์ T ชนิด CD4⁺ ได้เคยถูกแสดงให้เห็นผ่านการสัมผัสจากเซลล์ถึงเซลล์โดยเกี่ยวข้องกับ LFA-1 ความสัมพันธ์ระหว่างการค้นพบเหล่านี้ในห้องทดลองยังไม่มีคำตอบกระจ่างชัด ในงานวิจัยบางชิ้นระบุว่า การมีอยู่ของโปรไวรัส ดีเอ็นเอของเชื้อเอชไอวีทียปี 1 (HIV-1 proviral DNA) ในรกนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการตรวจพบไวรัสในเลือดจากสายสะดือของทารกแรกเกิด แต่เลือดจากสายสะดือที่ไหลบวกรับเชื้อเอชไอวีนั้นเคยถูกตรวจพบทั้ง ๆ ที่ไม่มีการพบว่าการติดเชื้อในรก ยิ่งไปกว่านั้น เชื้อเอชไอวีทียปี 1 เคยถูกพบในรกของหญิงตั้งครรภ์ที่ครบกำหนดที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนในการวิจัยครั้งนั้น แต่การแพร่เชื้อไวรัสไปสู่ทารกแรกเกิดนั้นกลับถูกพบไม่บ่อยนัก อาจเกิดจากการขับสารต่อต้านเชื้อเอชไอวีออกมาจากเซลล์รก เช่น LIF, SDF หรือฮอริโมนเพศหญิง

การค้นพบเหล่านี้ทำให้ทราบว่า อย่างน้อยครั้งหนึ่งของการติดเชื้อในทารกนั้นสามารถเกิดขึ้นในระหว่างการคลอดโดยการสัมผัสสารคัดหลั่งจากอวัยวะเพศหรือเลือดของมารดา การติดเชื้อจากช่องทางดังกล่าวสามารถอธิบายเกี่ยวกับความเสี่ยงในการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น เมื่อเยื่อถุงน้ำคร่ำของตัวอ่อนมีการปริแตกออกเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมงก่อนการคลอด แม้ว่าจะไม่พบข้อสังเกตดังกล่าวในงานวิจัยชิ้นหนึ่งก็ตาม แต่การแพร่เชื้อเอชไอวีในระหว่างการคลอดก็เป็นคำอธิบายเดียวที่ว่า ทารกผ่าคลอดจากไขว้ไขว้เดียวกันสามารถติดเชื้อเพียงคนเดียวได้อย่างไร และเหตุใดทารกแฝดที่

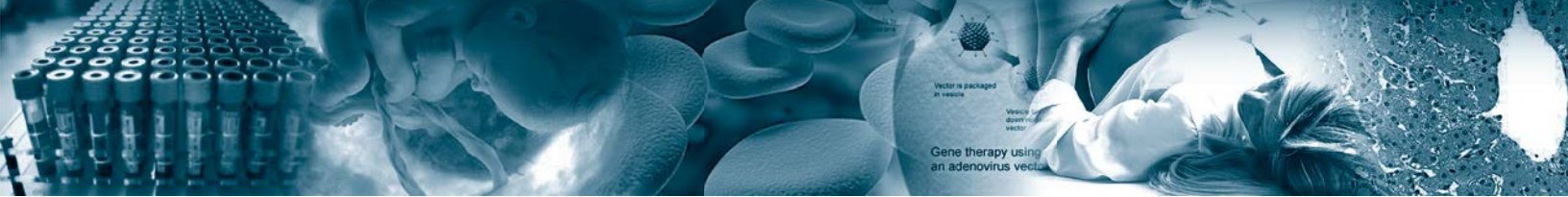
คลอดคนแรกจึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สูงกว่า ทารกแฝดที่คลอดคนแรกและติดเชื้อนั้นมีโอกาสสัมผัสกับเชื้อไวรัสในปริมาณที่สูงกว่า นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า การผ่าท้องคลอดเป็นวิธีที่ช่วยลดการแพร่เชื้อเอชไอวีได้

ข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่เชื้อไวรัสชนิดอื่น ๆ ในกลุ่ม Retroviruses ที่ก่อโรคในมนุษย์ เช่น HTLV นั้น อาจมีความเกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวี เชื้อ HTLV นั้นไม่ได้เคลื่อนผ่านไปยังทารกในมดลูกได้ง่ายนัก ไวรัสชนิดนี้แพร่กระจายจากในน้ำนมแม่และสารคัดหลั่งจากอวัยวะเพศเป็นหลักและมากที่สุดคือ การแพร่เชื้อผ่านเซลล์ที่ติดเชื้อ ยิ่งไปกว่านั้นในงานวิจัยเกี่ยวกับการแพร่เชื้อ HTLV ขึ้นหนึ่งระบุว่า ประมาณ 22% ของรกที่ติดเชื้อมีทารกเพียง 7% เท่านั้นที่ถูกพบว่าติดเชื้อ การสังเกตนี้ทำให้ทราบว่า ณ จุดที่เชื่อมต่อระหว่างแม่และทารกมีกลไกการป้องกันอยู่ ซึ่งกลไกนี้อาจทำหน้าที่ในการติดเชื้อเอชไอวีด้วยเช่นกัน และบางทีอาจสะท้อนให้เราเห็นจากการอักเสบของเยื่อรกที่มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี



ลักษณะของไวรัสที่แพร่กระจาย (Characteristics of the Transmitted Virus)

มีความเป็นไปได้ว่าตัวแปรที่สำคัญของการแพร่กระจายคือ ชนิดของไวรัสที่แพร่กระจายมาจากมารดา งานวิจัยที่ผ่านมาทำให้ทราบว่า เชื้อเอชไอวีทียปี 1 สายพันธุ์ต่าง ๆ นั้นมีระยะเวลาในการแพร่กระจายที่แตกต่างกัน (เช่น ในมดลูกกับระหว่างการคลอด) ยิ่งไปกว่านั้น ตามที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ช่วงเวลาที่มีการแพร่เชื้อเอชไอวีในระหว่างการตั้งครรภ์นั้น สามารถใช้ในการตัดสินสายพันธุ์ของไวรัสบางชนิดที่ส่งผ่านไปสู่ทารกได้ในบางกรณีลำดับเบสของสารพันธุกรรมไวรัสที่หลากหลายถูกตรวจพบจากทารกที่ติดเชื้อมัน แสดงว่าการแพร่เชื้อได้หลายช่วงเวลา ในกรณีนี้สายพันธุ์ต่าง ๆ ที่มีความคล้ายคลึงกันจากร่างกายของแม่ก็ถูกตรวจพบในทารกแฝดที่มีความเหมือนกัน สะท้อนให้เห็นถึงการแพร่กระจาย



ของเชื้อไวรัสที่หลากหลาย งานวิจัยบางชิ้นบ่งชี้ว่า เราสามารถแยกแยะเชื้อไวรัสของมารดาและเชื้อไวรัสของทารกแรกเกิดได้จากคุณสมบัติทางโมเลกุลและทางชีวภาพที่แตกต่างกัน จากที่เห็นในการวิเคราะห์โดยใช้เทคนิค PCR มักจะพบไวรัสจากมารดาที่เป็นสายพันธุ์หลักสายพันธุ์เดียว การแพร่เชื้อไวรัสจำเพาะบางชนิดไปสู่ทารกอาจเกิดขึ้นได้ในกรณีที่ความสามารถในการจดจำของ cytotoxic-T-cell ในมารดานั้นลดลง ยกตัวอย่างเช่น ไวรัสที่ถูกส่งผ่านไปในนั้นอาจเป็นไวรัสชนิด X4 ที่รุนแรงกว่าและเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีโอกาสน้อยที่จะพบในร่างกายของมารดา แต่ก็ถูกส่งผ่านไปสู่ทารกได้ ไวรัสจากมารดาที่มีคุณสมบัติเด่น ทั้งในด้านการเพิ่มจำนวนเร็ว และด้านทำลายเซลล์ (cytopathic) รวมกับลักษณะทางชีวภาพ X4 นั้น ถูกพิจารณาให้เป็นปัจจัยความเสี่ยงในการแพร่เชื้อไปสู่ทารกแรกเกิด อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยชิ้นหนึ่งระบุว่า ไวรัส R5 ที่สามารถแบ่งตัวได้ในเซลล์ CD4⁺ เป้าหมายในร่างกายของเด็กนั้นถือว่าเป็นตัวแพร่กระจายในงานวิจัยอีกชิ้นหนึ่ง เชื้อเอชไอวีタイプ 1 ทั้งหมดที่แยกออกมาได้จากทารก 4 คน มีคุณสมบัติทางชีวภาพเป็น R5 phenotype แต่กระนั้นก็ตามสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนก็คือ ไวรัส ทั้ง X4 และ X5 นั้นสามารถแพร่กระจายได้ บางทีในกรณีเหล่านี้ปัจจัยหลักที่ใช้ตัดสินอาจไม่ใช่ความสามารถในการเหนี่ยวนำการเกิด syncytium แต่เป็นความสามารถในการเพิ่มจำนวน การค้นพบเหล่านี้ส่วนทางกับความรู้บางอย่างที่ว่า ไวรัสสายพันธุ์ R5 ที่ไม่ทำลายเซลล์มีความชอบเซลล์แมโครฟาจ (noncytopathic macrophage-tropic) คือไวรัสที่สามารถแพร่กระจาย เนื่องจากมันสามารถทำให้ macrophage ในรกเกิดการติดเชื้อได้ ซึ่งช่องทางนี้หากมีความเกี่ยวข้องจริงก็คงเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในมดลูกเท่านั้น

นอกจากนี้ความแตกต่างทางเซรุ่มวิทยานั้นอาจเกี่ยวข้องด้วย มีการตรวจพบไวรัสที่ต่อต้านแอนติบอดีในร่างกายของแม่หรือไวต่อแอนติบอดีชนิดส่งเสริม (Enhancing antibody) ในเซรุ่มของมารดานั้นถูกพบในทารกแรกเกิด การพบแอนติบอดีชนิดส่งเสริมนั้นสามารถอธิบายรายงานเกี่ยวกับการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ลูกที่เพิ่มสูงขึ้น ถึงแม้จะมีแอนติบอดีจำนวนมากในร่างกายของมารดาทำจำเพาะต่อบริเวณ V3 ของ gp120 และที่บริเวณคัมกันหลักของ gp41 immunodominant

สำหรับเรื่องการให้ทารกกินนมมารดา เชื้อที่แยกได้จากเลือดและน้ำนมแม่นั้นถูกพบว่าเป็นเชื้อชนิดเดียวกัน ทำให้เชื่อว่าการเชื่อมถึงกันของไวรัสในเลือดกับน้ำนม อย่างไรก็ตาม จากการสังเกตสารถัดหลังจากอวัยวะเพศ งานวิจัยส่วนใหญ่ระบุว่ามีการแบ่งแยกส่วน (Compartmentalization) ของเชื้อเอชไอวีタイプ 1

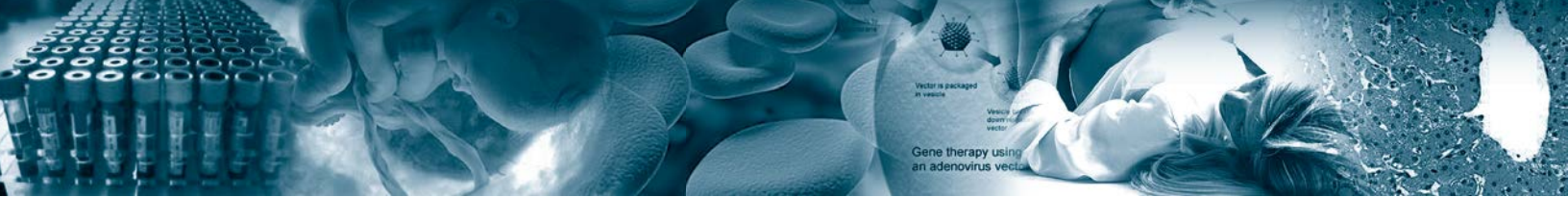
ระหว่างขอบเขตของเลือดและน้ำนม ดังนั้น การแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกจึงไม่อาจทำนายได้โดยการเพิ่มจำนวนของไวรัสในพลาสมาท้ายที่สุดแล้ว การติดเชื้อผ่านน้ำนมแม่นั้นอาจเกิดขึ้นโดยไวรัส R5 เป็นหลัก เนื่องจากปริมาณของเซลล์ macrophage ที่ติดเชื้อจำนวนมากที่มีอยู่ใน colostrum และในน้ำนมแม่ในระยะแรก

ดังนั้น ในการสรุปเกี่ยวกับเรื่องนี้ การแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกนั้นดูเหมือนว่าจะเกิดขึ้นโดยการสนับสนุนจากตัวแปรต่าง ๆ ที่ถูกสังเกตจากการที่มีสภาวะทางคลินิกที่ไม่ดี ได้แก่ มีปริมาณของไวรัสในพลาสมาที่มาก เชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ที่เพิ่มจำนวนได้อย่างรวดเร็ว และจำนวนเซลล์ CD4⁺ ที่น้อย หากปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่เป็นสิ่งที่เราทราบโดยแน่ชัด เราคงจะกำหนดเป้าหมายของการหลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อไวรัสได้ดีกว่านี้ ยังดีที่ในปัจจุบันมีการทดลองให้ยาต้านไวรัส การบำบัดกับสตรีมีครรภ์แม้เพียงช่วงเวลาสั้น ๆ ระหว่างการคลอดก็สามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อของทารกได้อย่างมาก

ผลการทดลองในระยะแรก ๆ นั้นเป็นไปในทางที่ดีมากเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก โดยการให้ยาต้านไวรัส AZT การลดปริมาณ RNA ของไวรัสลงให้ต่ำกว่า 500 ชิ้นต่อมิลลิเมตร (copies/ml) นั้นสามารถช่วยลดการแพร่เชื้อก่อนการคลอดลงได้อย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีสตรีที่มีปริมาณเชื้อเอชไอวีタイプ 1 สูง และได้รับยา AZT นั้นสามารถแพร่เชื้อไวรัสที่ไวต่อ AZT ไปยังทารกแรกเกิดได้ ล่าสุดที่ผ่านมากการให้ยาต้านไวรัสบำบัดแบบผสม หรือแม้แต่การให้ยาต้านไวรัส nevirapine ครั้งเดียวให้กับสตรีมีครรภ์อย่างเดียว หรือให้กับทารกจนถึงอายุ 3 วันแรกเกิดนั้นช่วยลดการแพร่เชื้อจากแม่ลงได้อย่างเห็นได้ชัด การให้ยาต้านไวรัส nevirapine ครั้งเดียวกับทารกนั้นสามารถปกป้องทารกจากการติดเชื้อได้เช่นกัน ในปัจจุบันการให้ยาต้านไวรัสแบบผสม HAART กับสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อ ทำให้การแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในหลายประเทศในยุโรปนั้นลดลงอย่างมาก และเป็นไปได้ว่าลดลงเหลือน้อยกว่า 1% ในประเทศที่ขาดแคลนทรัพยากรนั้น การให้ยาต้านไวรัส AZT ทางรกกินเพียงระยะเวลาดสั้น ๆ ในช่วงก่อนคลอดนั้นสามารถลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกได้ถึง 40% โดยรวมถึงการให้ทารกกินนมจากแม่ด้วย วิธีการนี้มีประโยชน์เช่นกัน เพียงแต่มีประสิทธิภาน้อยกว่าการให้ยาเป็นระยะเวลานานตามมาตรฐาน

โดยหลักการแล้ว การให้ทารกกินนมผงแทนนมแม่นั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันการแพร่เชื้อหลังการคลอดได้ จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ทุก ๆ 10 เท่าที่เพิ่มขึ้นของปริมาณไวรัสอิสระและไวรัสที่ติดกับเซลล์ในน้ำนมแม่นั้น จะเพิ่มโอกาสในการที่ทารก



แรกเกิดจะติดเชื้อให้สูงขึ้นถึง 3 เท่า อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางชิ้นระบุว่า การให้ทารกกินนมจากอกแม่อย่างเดียวติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน หรือมากกว่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเริ่มให้นมแม่ทันทีหลังการคลอดนั้น ไม่ได้ทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อหลังจากระยะเวลา 6 เดือนเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับทารกที่ไม่เคยกินนมแม่เลย ความสามารถในการต่อต้านเชื้อโรคในเชิงโภชนาการของนมแม่นั้นเป็นสิ่งที่ประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศต้องให้ความสนใจ ในขณะที่การให้นมจากอกแม่นั้นเป็นสิ่งที่สำคัญต่อความอยู่รอดของทารก

นอกเหนือจากการให้ยาต้านไวรัสแล้ว ยังมีวิธีอื่น ๆ เช่น การติดตามเฝ้าดูแม่ในระหว่างการทำคลอด การทำความสะอาดช่องคลอด และการกำจัดสารคัดหลั่งจากอวัยวะเพศและเลือดของแม่ออกจากตัวทารกในทันที อย่างไรก็ตาม ในรายงานชิ้นหนึ่งระบุว่า การทำความสะอาดช่องคลอดก่อนการคลอดนั้นไม่ได้มีผลอะไรกับความเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอชไอวีแต่อย่างใด การเลือกช่วงเวลาในการผ่าคลอดคือวิธีที่สามารถลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกได้ แม้กระทั่งในช่วงเวลาที่แม่ได้รับยาต้านไวรัส AZT ก็ตาม อย่างไรก็ตาม วิธีนี้มีความเสี่ยงจากการผ่าตัด ดังนั้น อย่างน้อยที่สุดบางวิธีที่กล่าวมาก็ช่วยลดการแพร่เชื้อเอชไอวีในช่วงก่อนการคลอดได้ สิ่งสำคัญก็คือ หากเป็นสถานที่ที่มีความพร้อม การให้ยาต้านไวรัสเป็นวิธีการที่มีความแน่นอนที่สุดในการลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก

ประเทศไทยพบการระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มชายรักชาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 และต่อมาได้มีการระบาดเข้าสู่กลุ่มประชากรต่าง ๆ เช่น กลุ่มหญิงบริการ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และกระจายเข้าสู่กลุ่มประชากรปกติเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี ทำให้มีผู้ป่วยที่มีอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรทางศาสนา และองค์กรเอกชน ด้วยอาการที่แตกต่างกันในอดีตการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การวินิจฉัยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้การดูแลรักษาเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากองค์ความรู้ไม่ได้มีการกระจายสู่ผู้ที่เกี่ยวข้องในวงกว้าง ทั้งยังขาดความพร้อมของเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย และยาที่ใช้ในการรักษามีจำกัด รวมถึงการมีมาตรฐานที่แตกต่างกันตามแต่ความชำนาญของสถานบริการ

สำหรับกระบวนการจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 1) ด้านการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ 2) ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สำหรับผู้ใหญ่ 3) ด้านการดูแลรักษา



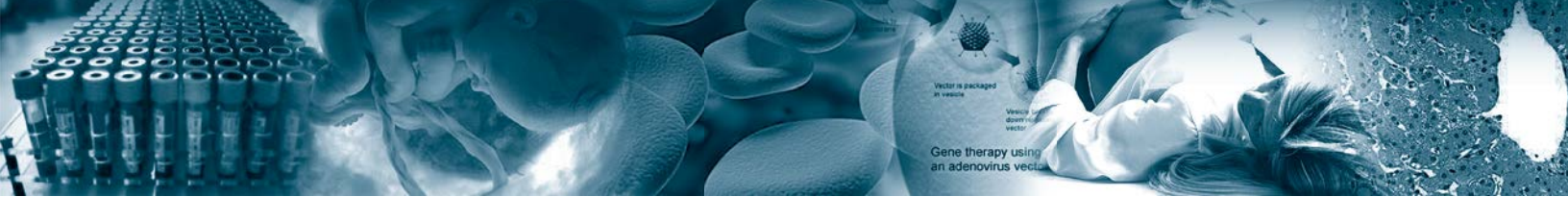
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สำหรับเด็ก และ 4) ด้านการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีบุคลากรจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และนำแนวทางจากประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา และ WHO มาเป็นหลักในการพัฒนา รวมถึงมีการนำข้อมูลการศึกษาวิจัยและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยมาใช้เป็นองค์ประกอบ

A. การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และการตรวจติดตามการรักษา (HIV laboratory for diagnosis and monitoring)

- การให้การปรึกษา และตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ให้บริการเป็นผู้เริ่มต้นกระบวนการ (Provider-Initiated Counseling and Testing: PICT)
- การขยายกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับการพิจารณาวินิจฉัยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี
- แนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 18 เดือน
- การเน้นย้ำการใช้งานชุดตรวจหา antibody ต่อเชื้อเอชไอวีด้วยชุดตรวจที่มีความไวสูง
- ระดับ CD4 และ viral load ต่อการเปลี่ยนแปลงการเริ่ม หรือการเปลี่ยนยา
- การประกันคุณภาพในห้องปฏิบัติการ

B. การดูแลรักษาผู้ใหญ่ติดเชื้อเอชไอวี (Management of HIV-infected adults)

- การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม
- การคัดกรองโรคร่วม เช่น ตับอักเสบ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส มะเร็งต่าง ๆ
- การส่งเสริมสุขภาพ
- การวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิด
- โภชนาการ
- การเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัส รวมถึงสูตรการรักษาที่มีผลกระทบต่อระบบบริการทั่วประเทศ



สูตรยาใหม่ การปรับขนาดยาในผู้ป่วยภาวะต่าง ๆ

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แนะนำหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมีการรักษาล้มเหลว
- การส่งต่อปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในภาวะต่าง ๆ
- การปรับการรับประทานยาต้านไวรัสในช่วงถือศีลอด
- การให้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อตับอักเสบรวมด้วย
- การให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีดที่ได้รับ methadone
- การให้วัคซีนในผู้ป่วยผู้ใหญ่

C. การดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวี (Management of HIV-infected children)

- คำแนะนำการให้วัคซีนทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับวัคซีนมาก่อน
- การให้คำแนะนำสำหรับผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี
- การวินิจฉัยว่าทารกไม่ติดเชื้อเอชไอวีในกรณีที่มิได้รับประทานนมมารดา
- การประเมิน และเตรียมความพร้อมของเด็กติดเชื้อเอชไอวีก่อนเริ่มยาต้านไวรัส
- เกณฑ์การเริ่มใช้ยาต้านไวรัส
- การฉีดวัคซีนกระตุ้นซ้ำในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่มีสุขภาพดีขึ้นแล้วจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- การดูแลด้านสังคมและจิตใจ
- การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมถึงการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่น

D. การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกด้วยยาต้านไวรัส (Prevention of mother-to-child transmission)

- การให้คำแนะนำปรึกษาแบบคู่ หมายถึง การให้การปรึกษาที่ประกอบด้วยผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ และสามีของหญิงตั้งครรภ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ทั้งคู่ได้เรียนรู้และร่วมกันดูแลสุขภาพของมารดา ทารก และแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี โดยให้ความสำคัญกับการหาสิ่งที่เป็นส่วนร่วมของทั้งคู่มากกว่าประเด็นที่เป็นเรื่องส่วนตัวของแต่ละฝ่าย โดยเฉพาะประเด็นที่แตกต่างกัน และทำให้เกิดปัญหาการขัดแย้งกัน โดยเน้นถึงการมองปัญหาปัจจุบัน และการแก้ปัญหา

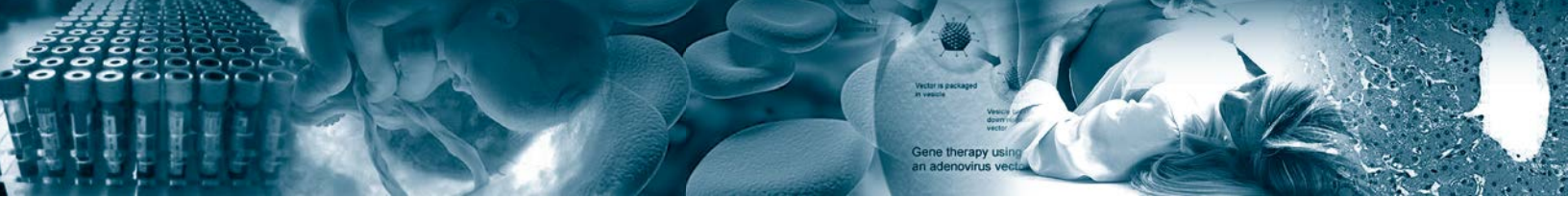
มากกว่าการค้นหาเรื่องราวในอดีตที่ไม่มีประโยชน์ การให้การปรึกษาแบบคู่สามารถทำได้ทั้งแบบที่ละคู่หรือทำเป็นกลุ่มก็ได้ โดยการให้คำปรึกษาแบบคู่จะช่วยลดปัญหาการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่ได้ดีขึ้น และทำให้เกิดการดูแลคู่ที่ติดเชื้อ หรือคู่ที่มีผลเลือดต่างได้อย่างเหมาะสม การใช้ศักยภาพของคู่ หรือครอบครัวจะสามารถแก้ปัญหาได้ดีกว่าการใช้ศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์แต่เพียงผู้เดียว

- การบริการหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีผลการตรวจเชื้อเอชไอวี และได้ฝากครรภ์
- การให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก ซึ่งคือการให้ยาต้านไวรัส 3 ชนิดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อเอชไอวี
- การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในหญิงตั้งครรภ์
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตร HAART โดยเฉพาะการตรวจ Glucose Challenge Test (GCT)

E. การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infections: Prophylaxis and treatment)

- ระดับ CD4 ในการหยุด primary และ secondary prophylaxis ของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยทั้งผู้ใหญ่และเด็ก เป็นต้น

การติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กถ้าไม่มีการป้องกัน 25-40% ของเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีจะติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทยเริ่มมีรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 จากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายระดับประเทศให้สถานบริการของรัฐดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก โดยผสมผสานเข้ากับระบบบริการของโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จากรายงานการเฝ้าระวังของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่าค่ามัธยฐานการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ในปี พ.ศ. 2552 คิดเป็น 0.65% จากรายงานข้อมูลการประเมินผลการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในระดับชาติของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกเหลือ 2.8% จากเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด แต่



ทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตด้วยพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก 5.6% อุปสรรคสำคัญที่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในประเทศไทยยังสูงอยู่ เนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ 56% ไม่ได้รับการตรวจระดับ CD4 ในขณะมาฝากครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ไม่ได้รับสูตรยาที่เหมาะสมตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ผลการประเมินยังพบว่า มีเด็กเพียง 54% ที่กลับมารับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ณ สถานพยาบาลที่คลอด

จากข้อมูลของกรมอนามัยพบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป มีอัตราฝากครรภ์มากกว่า 95% ในจำนวนนี้ผู้ที่เข้ามาฝากครรภ์

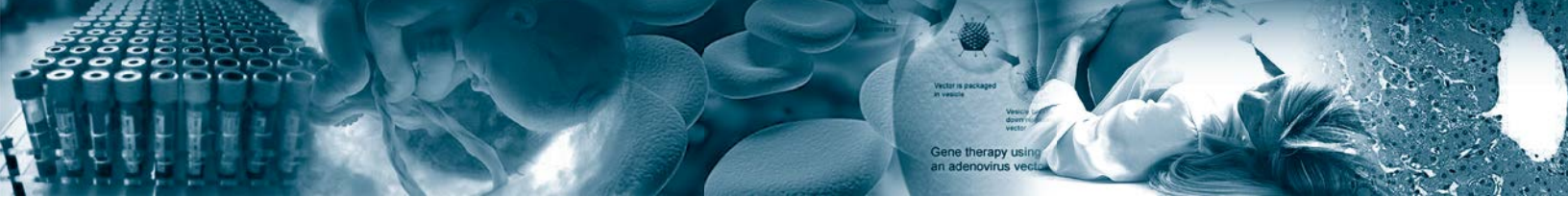
ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีเพียง 39% อย่างไรก็ตาม หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราการฝากครรภ์ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปคือ มาฝากครรภ์เพียง 87% โดยค่ามัธยฐานของอายุครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีมาฝากครรภ์อยู่ที่ 19 สัปดาห์ โดยเกือบ 1 ใน 4 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ไปแล้ว ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และได้รับการตรวจ CD4 พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับ CD4 มากกว่า 350 cells/mm³

แนวทางการให้การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก การปรึกษาแบบคู่ ส่วนการดำเนินงานโครงการเพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่ต่าง ๆ นั้น กรมอนามัยจะเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไป เนื่องจากการดำเนินการต้องใช้เวลาดังนั้น ในพื้นที่ที่ยังไม่มีความพร้อม หรือยังไม่สามารถดำเนินงานได้ ให้ใช้แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกตามคำแนะนำของกรมอนามัยเดิมร่วมกับการให้ยา HAART ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี CD4 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 350 cells/mm³ ทุกราย สำหรับสถานที่ที่มีความพร้อมในการดำเนินงาน ทั้งด้านการบริหารจัดการ การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา และการดูแลติดตามผู้ป่วย สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในตอนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Abada P., B. Noble, and P.M. Cannon 2005. Functional domains within the human immunodeficiency virus type 2 envelope protein required to enhance virus production. J Virol 79: 3627-3638.
2. Abelian, A., K. Burling, P. Easterbrook, and G. Winter. 2004. Hyperimmunoglobulinemia and rate of HIV type 1 infection progression. AIDS Res Hum Retrovir 20: 127-128.
3. Abgrall, S. 2006. Initial strategy for antiretroviral-naïve patients. Lancet 368: 2107-2109.
4. Abu-Raddad, L.J., P. Patnaik and J.G. Kublin. 2006. Dual infection with HIV and malaria fuels the spread of both diseases in sub-Saharan Africa. Science 314: 1603-1606.
5. Agrawal, L., G. Alkhatib, and L. Agrawal. 2001. Chemokine receptors: emerging opportunities for new anti-HIV therapies. Expert Opin Ther Targets 5: 303-326.
6. National Guidelines on HIV/AIDS Diagnosis and Treatment: Thailand 2010
7. Suttane R., Guntagamalakul V., HIV and the Pathogenesis of AIDS

8. Suttmuller, R.P., M.E. Morgan, M.G. Netea, O. Grauer, and G.J. Adema. 2006. Toll-like receptor on regulatory T cells: expanding immune regulation. Trends Immunol 27: 387-393.
9. Swigut, T., N. Shohdy, and J. Skowronski, 2001. Mechanism for down-regulation of CD28 by Nef. EMBO J 20: 1593-1604.
10. Tang, A.M., J. Lanzillotti, K. Hendricks, J. Gerrior, M. Ghosh, M. Woods, and C. Wanke. 2005. Micronutrients: current issues of HIV care providers. AIDS 19: 847-861.
11. Tardif, M.R., and M.J. Tremblay. 2005. LFA-1 is a key determinant for preferential infection of memory CD4⁺ T cells by human immunodeficiency virus type 1. J Virol 79: 13714-13724.
12. Thompson, K.A., M.J. Churchill, P.R. Gorry, J. Sterjovski, R.B. Oelrichs, S.L. Wesselingh, and C.A. McLean. 2004. Astrocyte specific viral strains in HIV dementia. Ann Neurol 56: 873-877.



CME PLUS Quiz

1. What type of virus is the human immunodeficiency virus (HIV)?

- A. ribonucleic acid (RNA) virus
- B. DNA virus
- C. RNA retrovirus
- D. DNA retrovirus
- E. none of the above

2. What is the most common mode of transmission of HIV-1?

- A. fecal-oral
- B. parenterally
- C. sexually
- D. perinatally
- E. none of the above

3. What is the median time interval from asymptomatic viremia to the acquired immunodeficiency syndrome in HIV infection?

- A. 2 years
- B. 5 years
- C. 10 years
- D. 20 years
- E. none of the above

4. What CD4⁺ count is definitive for a diagnosis of acquired deficiency syndrome (AIDS)?

- A. < 50/ μ L
- B. < 100/ μ L
- C. < 200/ μ L
- D. < 500/ μ L
- E. none of the above

5. What is the risk of HIV transmission by screened blood?

- A. 1 per 20,000
- B. 1 per 500,000
- C. 1 per 2 million

- D. 1 per 10 million
- E. none of the above

6. Which of the following increases the risk of perinatal HIV transmission?

- A. high maternal plasma HIV-RNA level
- B. premature delivery
- C. prolonged rupture of membranes
- D. all of the above
- E. none of the above

7. What is the rate of perinatal transmission in women given HAART (Highly active antiretroviral therapy)?

- A. < 2%
- B. 8%
- C. 15%
- D. 25%
- E. 50%

8. What is the risk of transmission of HIV to the newborn from breastfeeding?

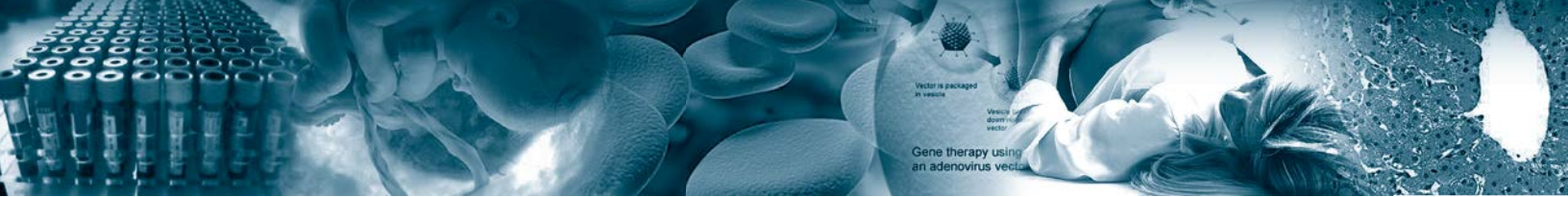
- A. increased
- B. decreased
- C. remains the same
- D. unknown
- E. none of the above

9. Which of the following is the principal target cell of the human immunodeficiency virus?

- A. CD4 lymphocyte
- B. CD8 lymphocyte
- C. monocyte
- D. erythrocyte
- E. none of the above

10. All of the following vaccinations should be routinely administered to an HIV-infected patient except:

- A. pneumococcal vaccine
- B. hepatitis B vaccine
- C. influenza vaccine
- D. varicella vaccine
- E. none of the above



การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษาก่อนสมรส
(Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะ I (Human immunodeficiency virus : HIV) - I

กระดาษคำตอบ

CONTINUING MEDICAL EDUCATION
CME PLUS

■ นพ. ■ พญ.

■ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ว

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....
สาขา.....ร.พ.
☐ ร.พ.รัฐบาล ☐ ร.พ.เอกชน ☐ คลินิก ☐ อื่น ๆ.....ที่อยู่เลขที่.....
หมู่.....ซอย.....อาคาร.....ชั้นที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....E-mail.....

ให้ขีดเครื่องหมาย ✓ หรือ X หน้าข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

	A	B	C	D	E
1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E

เรื่อง การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษาก่อนสมรส
(Premarital Screening and Counseling) ตอนที่ 4
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะ I (Human immunodeficiency virus :
HIV) - I
รหัส 3-3220-000-9301/131201

หมายเหตุ แพทย์ผู้ตอบ 1 ชุดมาตรฐาน จะต้องตอบถูก 6 ใน 10 ข้อ จะได้รับ 2 หน่วยกิตชั่วโมง ในกรณี 1 ชุด มี 10 ข้อ
ข้อเสนอแนะในการจัดทำ CME

โปรด!! ส่งกระดาษคำตอบของท่านมาที่

บริษัท สรรพสาร จำกัด (ศูนย์ข้อมูล CME) ภายใน 3 เดือน 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
โทร.0-2435-2345 #110 แฟกซ์ 0-2884-7299

(กระดาษคำตอบสามารถถ่ายเอกสารได้)

สูตรเฉพาะที่ออกแบบมา...
สำหรับผิวมัน หรือผิวเป็นสิวง่าย

Cetaphil®

DERMACONTROL



The new regimen that balances control of both
acne symptoms and acne treatment effects

CONTROL. PROTECT. BALANCE.

เพื่อผิวมันหรือผิวที่เป็นสิวง่าย

ควบคุมความมันบนใบหน้า

ปกป้องผิวจากแสงแดด

รักษาสมดุลค่า pH ของผิว

ใช้เป็นประจำทุกวัน

และสามารถใช้ควบคู่กับการรักษาสิวได้



ผลิตภัณฑ์ล้างหน้าทำความสะอาดผิวหน้า

Cetaphil Dermacontrol
Oil-Control Foam Wash

ผลิตภัณฑ์ควบคุมความมันและกันแดด

Cetaphil Dermacontrol Oil-Control
Facial Moisturizer SPF30



Ceaseless Creativity for a Sustainable World



SATO HEALTHCARE SOLUTION



The  One Check System



One Wristband
Life Saving

ซาโต เป็นผู้ผลิต และจำหน่าย Wristband

ที่มีคุณภาพเราได้รับความไว้วางใจจากโรงพยาบาลชั้นนำทั้งในประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทยด้วยวัสดุที่ทนต่อสารเคมีและมีความอ่อนนุ่มกับผิวหนัง

คุณภาพที่คงทนและไม่ลบเลือนง่ายทำให้การระบุตัวผู้ป่วยเป็นไปอย่างแม่นยำเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

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



Wristband ผู้ใหญ่



Wristband แม่และเด็ก



SATO's Failsafe Fasteners™



Green

Pink

Purple

Blue



Red

Yellow

White

www.satothailand.co.th