



กด  Like ได้ที่ www.facebook.com/วงการแพทย์

ตาบอด-เนื้อตาย
ภัยร้ายฟูลเลอร์

SYMPOSIUM 
IN THIS ISSUE



កោះកុង
ក្រុងបាត់ដំបង

เสียหนึ่ง ของชีวิต

CME PLUS

[illegible]

The vaccine of choice for Rabies prophylaxis

- 👉 Widely documented efficacy after confirmed exposure to rabid animals. ^(3,4,5,7)
- 👉 Approved for
 - IM & ID regimen ^(3,4,6,7)
 - Infants, children, adults and pregnant women ^(1,2,3,7)
- 👉 WHO prequalified vaccine ⁽⁶⁾
- 👉 Administered in over 100 countries since its launch in 1985. ⁽⁷⁾

VERORAB™

References:

1. World Health Organization. Rabies vaccines WHO position paper. Weekly epidemiol record. 2005; 130(26-27): 899–920.
2. Sutharantaiporn P, Warrel MJ, Warrel DA, et al. New purified vero cell vaccine prevents rabies in patient bitten by rabid animals. The Lancet. 1982; i:1294-31.
3. Chutwongse S, Chutwongse S, Supich C, Widsa H. Acceptability and efficacy of purified vero cell rabies vaccine in The children exposed to rabies. Asia Pac J Public Health. 1988; 23(1):73-84.
4. Chutwongse S, Widsa H, Supich C, Bae M, Fasten DJ. Postexposure prophylaxis of rabies with antiserum and intradermal vaccination. JAMA. 1992; 268(18):2566-5.
5. Wang X, Liang Y, Lu ZY, et al. Immunogenicity and safety of purified vero-cell rabies vaccine in severely rabies-exposed patients in China. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2003; 34(2):287-94.
6. Supich C, Widsa H, Benjavalajkul N, et al. Survival of neutralizing antibody in previously rabies vaccinated subjects: a prospective study showing long lasting immunity. Vaccine. 2004; 22(18):3875-80.
7. Stephen Towse Preventing rabies with the Verocarb vaccine: 1985–2005 Twenty years of clinical experience. Travel Medicine and Infectious Diseases (2007) ; 32:343-8. WHO prequalified vaccines. The World Health Organization vaccine. Available from: URL: http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/PQ_vaccine_list/en/index.html. Accessed 03/03/13
8. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังและสอบสวนติดตามโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๖. กรุงเทพฯ :กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๖.
9. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังและสอบสวนติดตามโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๗. กรุงเทพฯ :กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๗.
10. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังและสอบสวนติดตามโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๘. กรุงเทพฯ :กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๕๘.

SANOFI PASTEUR

SANOFI PASTEUR



edarbi
azilsartan medoxomil
40 mg • 80 mg tablets

**59%
ACHIEVED
GOAL**^{*1}
($P=.$.002)

SUPERIOR²
FOR **MOST**
OF THE 24 HR
BP-CONTROL **

EARLY²
BP CONTROL
VS.
VALSARTAN



PRESENTS
**A NEW BP SOLUTION THAT'S
HARD TO IGNORE**

**Reduction in clinic SBP to < 140 mmHg and/or reduction ≥ 20 mmHg*

*** Azilsartan medoxomil at its maximal dose has superior efficacy to both olmesartan and valsartan at their maximal, approved doses*

Takeda Global Research and Development Center, Inc. สนับสนุนการวิจัย

HARD TO IGNORE



เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ รศ. 545/2556

For the use of a Registered Medical Practitioner only.

1. Sica D, White WB, Weber MA, et al. Comparison of the novel angiotensin II receptor blocker azilsartan medoxomil vs. valsartan by ambulatory blood pressure monitoring. J Clin Hypertens (Greenwich) 2011;13:467-472.
2. White WB, Weber MA, Sica D, et al. Effects of the angiotensin receptor blocker azilsartan medoxomil versus olmesartan and valsartan on ambulatory and clinic blood pressure in patients with stages 1 and 2 hypertension. Hypertens 2011;57:413-420.
3. Edarbi Prescribing Information.



Takeda (Thailand) Ltd.

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

Edarbi® Presentation : Azilsartan medoxomil 40 mg and 80 mg. Indication essential hypertension in adults. Doses : initially 40 mg once daily, titrate up to a maximum of 80 mg once daily if needed. Contraindications : hypersensitivity to the active substance or any of the excipients, second and third trimester of pregnancy. Special precautions : congestive heart failure, renal artery stenosis, aortic or mitral stenosis, hypertrophic obstructive cardiomyopathy. Adverse reactions : dizziness, diarrhoea, blood creatine phosphokinase increased. Drug interactions : lithium, NSAIDs, K-sparing diuretic. Packing : 4x7 tablets

Further information is available on request
โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมใน
เอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา

Realistic Training with 3B Scientific® Products



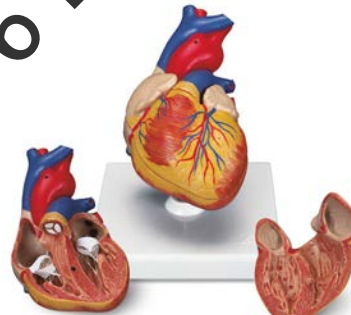
A10



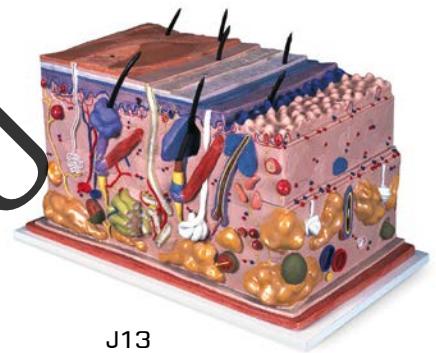
F10



P60



G08



J13



A300

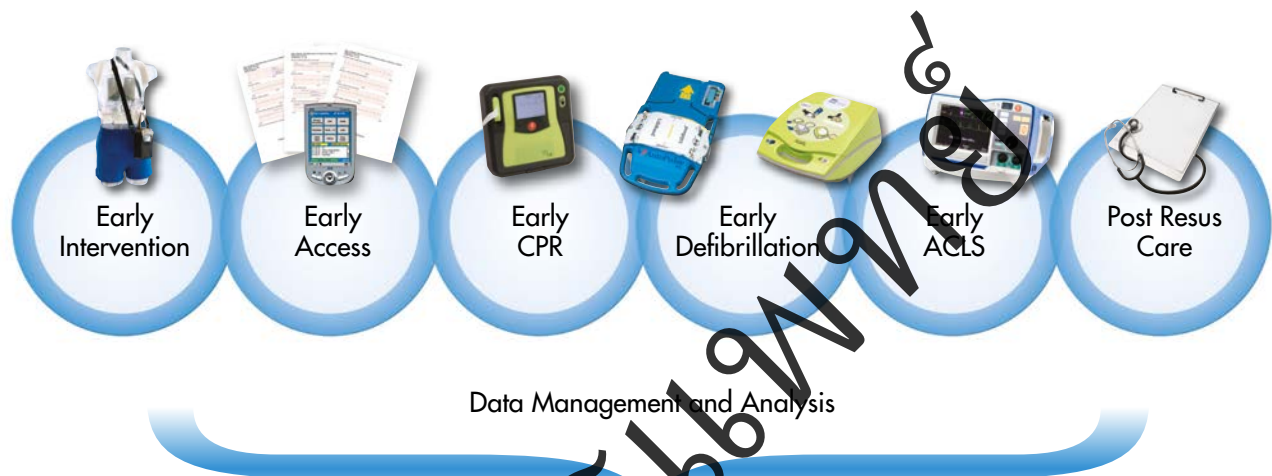


P72



P10

Impacting Outcomes Link by Link



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

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

Precise and integrated patient
data for visible safety and
measurable efficiency.

Medical minds think alike.



Mindray's One Solution is an advanced ecosystem of fully interoperable patient monitoring and life support devices that promote visible safety and measurable efficiency across all points of pre-, peri-, and post-operative care.

1
SOLUTION



www.mindray.com

mindray
healthcare within reach

INVITATION



บริษัท วัลลภเทคโนโลยี จำกัด
Venus Technology Co., Ltd. (VTEC)

Venus Technology
cordially invites you presence to the great symposium.

**Why mRNA help those in need ;
since every woman is extraordinary.**

by

Assoc.Prof.Dr.Mongkol Benjapibal

Assoc.Prof.Dr.Wichai Termrungruanglert

Assoc.Prof.Dr.Wirach Wootipoom

DATE : Saturday 9 August 2014

TIME : 02.00 pm - 02.40 pm

VENUE : Regent Cha Am Beach Resort Petchaburi



"Get a memento for our memory"

ใบรับรองแพทย์กับใบขับขี่รถยนต์

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 สุทธิพิณธรรม พล.อ.นพ.บรรหาร กอมนันตกุล
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจณพงษ์

กรรมการบริหาร

วาทณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สถานี ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรญาชะลิต

แผนกดีไซน์

อาทิตย์ คานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาควิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ขาติสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธิพิสิฐกุล

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

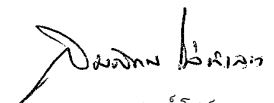
สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 215, 123

เจ้าของ บริษัท สารสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

ปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ขึ้นกับผู้ขับขี่ พาหนะที่ใช้ และสิ่งแวดล้อม เช่น ถนนไม่ดี ทัศนวิสัยไม่ดี ตำแหน่งที่มีอุบัติเหตุบ่อยอาจมีหลุมบ่อ ถนนเอียงลาดไม่ดี หรือมีสิ่งกีดขวางสายตาทำให้ไม่เห็นรถที่สวนมา จะต้องมีการพิจารณาหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร อย่าโทษแต่คนขับ แล้วแก้สาเหตุ ถ้าแก้ไม่ได้ก็ต้องมีค่าเตือนให้คนขับระวัง ไม่ใช่ไปโทษว่าผิดแล้วตั้งศาลเจ้าแทน ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ขับขี่จะต้องมีการตรวจสอบสภาพให้แน่ใจว่าเขาเหมาะที่จะขับหรือไม่ แม้คนที่มีใบขับขี่แล้วก็ต้องมีข้อจำกัดว่าบางครั้งเขาขับไม่ได้ เช่น ดื่มสุรามา รับประทานยาที่ทำให้ง่วงนอน ขับรถเป็นเวลานานโดยไม่ได้นอน ใบรับรองแพทย์ที่ใช้ในการขอใบขับขี่ที่ใช้อยู่เป็นใบรับรองแพทย์ที่ใช้สำหรับเรื่องทั่วไป ไม่เหมาะสมที่จะใช้ในการขออนุญาตทำใบขับขี่เพราะโรคที่อยู่ในใบรับรองแพทย์ เช่น โรคเท้าช้าง โรคเรื้อน ไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการขับรถยนต์โดยตรง แพทย์สภาได้ร่วมกับกรมการขนส่งทางบกได้พิจารณาร่วมกันในการแก้ไขใบรับรองแพทย์ใหม่เพื่อสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ขับขี่รถ รวมทั้งประชาชนที่เกี่ยวข้อง และจะต้องไม่ทำให้เป็นการระคายคายแก่ผู้ขับขี่และเจ้าของบริษัทเดินรถต่าง ๆ โรคที่เป็นอุปสรรคบ่อยมักเป็นโรคที่ทำให้หมดสติทันทีขณะที่ขับรถ ได้แก่ โรคทางระบบประสาท เช่น โรคลมชัก โรคเส้นเลือดในสมอง โรคสมองเสื่อม โรคเบาหวานที่รุนแรงต้องฉีดอินซูลินและยังควบคุมได้ไม่ดี ผู้ป่วยอาจมีน้ำตาลในเลือดต่ำแล้วหมดสติทันที โรคหัวใจที่เพิ่งพักฟื้น หรือโรคหัวใจเต้นผิดปกติบางชนิด นอกจากนี้ยังมีโรคจิตบางประเภท โรคทางสายตา เช่น เห็นภาพไม่เต็มจอภาพ โรคหูหนวก โรคเวียนศีรษะ เป็นต้น

แพทย์สภาได้เคยมีหนังสือถึงกรมการขนส่งทางบกแล้วครั้งหนึ่งเมื่อปี พ.ศ. 2551 เรื่องใบรับรองแพทย์สำหรับผู้ขับรถยนต์ แต่ทางกรมการขนส่งทางบกยังไม่พร้อมจนกระทั่งมีผู้ขับขี่ที่เป็นโรคลมชักได้เกิดอาการขณะขับรถได้ชนเด็กนักเรียนตายถึง 4 คนที่จังหวัดหนองบัวลำภู เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมานี้ แพทย์สภาได้แต่งตั้งอนุกรรมการขึ้นเพื่อแก้ไขหลักเกณฑ์โดยมีนายกแพทย์สภาเป็นประธาน อนุกรรมการประกอบด้วย กรรมการแพทย์สภาบางท่าน ผู้แทนจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ (ด้านต่อมไร้ท่อ ประสาทวิทยา หทัยวิทยา) ราชวิทยาลัยประสาทศัลยศาสตร์ ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิก ราชวิทยาลัยจิตแพทย์ และนิติกรจากกรมการขนส่งทางบก ในส่วนแรกของใบรับรองแพทย์ ผู้ที่ขออนุญาตขับขี่พาหนะจะต้องกรอกเอง เช่น ประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะต้องตอบด้วยความเป็นจริง มิฉะนั้นจะถือเป็นการแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน จะถูกยึดใบอนุญาตขับขี่และอาจมีโทษทั้งทางแพ่งและอาญา คนส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหา การตรวจของแพทย์จะทำตามปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยมีประวัติโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการขับรถ แพทย์จะต้องซักประวัติและตรวจละเอียดขึ้นเพื่อพิจารณาว่ามีข้อจำกัดในการขับหรือไม่ ผู้ที่ขับรถสาธารณะหรือรถบรรทุกขนาดใหญ่จะมีหลักเกณฑ์และเข้มงวดกว่าผู้ที่ขับรถส่วนบุคคล ขณะเดียวกันจะต้องมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องความปลอดภัยจากการใช้รถ ทางกรมแพทย์ก็จะต้องให้ความรู้แก่แพทย์ในด้าน การจรรยาบรรณขึ้น จะได้แนะนำผู้ป่วยได้ถูกวิธี เวลาแพทย์ให้ผู้ป่วยจะต้องแนะนำด้วยว่าเมื่อรับประทานยาแล้วเขาจะขับขี่พาหนะได้หรือไม่ เพราะยาบางตัวทำให้ง่วงนอน เวียนศีรษะ นอกจากนี้ยาบางตัวไม่มีปัญหาและเมื่อรับประทานร่วมกับยาอื่นอาจมีปฏิกิริยาระหว่างยาด้วยกันทำให้เกิดปัญหาได้


ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 418 วันที่ 16 - 31 กรกฎาคม 2557



3 โลกกว้างทางแพทย์

- ความดันเลือดซิสโตลิกต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
- วิตามินดีและการเสียชีวิต
- ยาต้านซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์และความเสี่ยงหัวใจพิการ
- ฉายแสงหลังตัดเต้านมและผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้

7 Get Up

- ว่างงานเพิ่มเสี่ยงโรคหัวใจ
- ตรวจสโตรคด้วยหมวกไมโครเวฟ
- รักษาสิริษะล้านด้วยยาคุมมาดอยด์
- อังกฤษเรียกร้องผู้สวมใส่เสื้อ

9 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. จัด 3 ทางเลือกประกันสุขภาพให้เหมาะกับแรงงานต่างด้าว
- สธ. จับมือ ม.เกษตรฯ ผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

10 รายงานพิเศษ

The Legend of Rabies
เปิดตำนานโรคพิษสุนัขบ้า (ตอนที่ 2)

12 Movement

13 In Focus

ตาบอด-เนื้อตาย
ภัยร้ายฟิลเลอร์

16 เกาะติดงานประชุม

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ
จัดประชุมวิชาการ
Standard in Diabetes Care 2014

17 Special

ดร.นพ.เกริกวิรัช ศิลปวิทยาท
แพทย์ไทยเจ้าของรางวัลรองชนะเลิศนักวิจัยรุ่นใหม่
ที่สหรัฐอเมริกา

20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

ชีพจร

21 หลากสีสัน...ห้องฉุกเฉิน

ขนม...ฉีดยา...หวั่นใจ...อินเดีย

23 เสียงแพทย์

30 บาทรักษาทุกโรคเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ (ต่อ)

25 จุฬาลงกรณ์

ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ “วัคซีนโรค”

28 Systematic Review

เปรียบเทียบการรักษา seborrheic dermatitis

29 เฉพาะโรค

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบาดเจ็บ (Pediatric Trauma)

33 มุมนิติเวช

แนวปฏิบัติเมื่อชันสูตรพลิกศพฝรั่งแขวนคอ:
รายงานผู้ตาย 1 ราย

37 ปกป้องข่าว

สธ. ตีวงกฎหมายจริยธรรมเจ้าหน้าที่ในสังกัด
ป้องกันและปราบปรามการทุจริต

38 Radar

โรคพันธุกรรม ‘เสี่ยงได้’
ด้วยเทคโนโลยีตรวจก่อนตั้งครรภ์

40 รายงานพิเศษ

ดูแลสุขภาพเหงือก ห่วงใยผู้ป่วยเบาหวาน

41 ข่าวบริการ

44 IT News/Book Shop

45 ภาพข่าว

46 วงการแพทย์สัญจร

CME PLUS

อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ (Geriatric Trauma)



ความดันเลือดซิสโตลิกต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

JAMA Intern Med. Published online June 16, 2014.

บทความเรื่อง Systolic Blood Pressure Levels Among Adults with Hypertension and Incident Cardiovascular Events: The Atherosclerosis Risk in Communities Study รายงานว่า งานวิจัยหลายฉบับได้ชี้ความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อโรคหัวใจจากความดันเลือดซิสโตลิกที่สูงกว่า 115 mmHg แต่ยังไม่เป็นที่ทราบกันว่าความดันเลือดซิสโตลิกที่ต่ำกว่า 120 mmHg ในผู้ใหญ่ที่เป็นความดันเลือดสูงสามารถลดความเสี่ยงต่อหัวใจล้มเหลว สโตรค และกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือไม่

นักวิจัยศึกษาความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ใหญ่ที่มีความดันเลือดสูงจากระดับความดันเลือดซิสโตลิก 3 ระดับ ได้แก่ 140 mmHg หรือสูงกว่า 120-139 mmHg และต่ำกว่า 120 mmHg อันเป็นระดับอ้างอิง โดยศึกษาจากผู้เข้าร่วมวิจัย 4,480 คนที่เป็นความดันเลือดสูงแต่ไม่มีภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พื้นฐาน (ปี ค.ศ. 1987-1989) จากงานวิจัย Atherosclerosis Risk in Communities Study ระดับความดันเลือดซิสโตลิกวัดที่พื้นฐานและนัดที่ 3 ปี, 6 ปี และ 9 ปี โดยกำหนดให้ความดันเลือดซิสโตลิกเป็นตัวแปรตามเวลา และจำแนกเป็นความดันเลือดสูง (≥ 140 mmHg) ความดันเลือดปกติ (120-139 mmHg) และความดันเลือดต่ำ (< 120 mmHg) โดยตัวแบบ multivariable Cox regression



models ได้รวมอายุพื้นฐาน เพศ โรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย ระดับคอเลสเตอรอลสูง สูบบุหรี่ และดื่มเหล้า และผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ผลรวมเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด (หัวใจล้มเหลว, ischemic stroke, กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือการตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

ภายหลังมัธยฐานการติดตาม 21.8 ปี พบเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด 1,622 ครั้ง ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความดันเลือดซิสโตลิกสูงมีอัตราการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญเทียบกับกลุ่มที่มีความดันเลือดต่ำ (adjusted hazard ratio [HR] 1.46; 95% CI 1.26-1.69) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างด้านการรอดชีวิตโดยปราศจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความดันเลือดซิสโตลิกเป็นปกติเทียบกับกลุ่มที่มีความดันเลือดซิสโตลิกต่ำ (adjusted HR 1.00; 95% CI 0.84-1.17) และการปรับตามการใช้ยาควบคุมความดันเลือดหรือความดันเลือดไดแอสโตลิกก็ไม่มีผลที่มีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์

ความดันเลือดซิสโตลิกที่สูงขึ้นในผู้ป่วยความดันเลือดสูงมีความเสี่ยงสูงสุดต่อเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม เมื่อความดันเลือดซิสโตลิกต่ำกว่า 140 mmHg ก็ไม่พบว่าความดันเลือดซิสโตลิกที่ต่ำกว่า 120 mmHg ลดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด

วิตามินดีและการเสียชีวิต

BMJ 2014;348:g9656.

บทความเรื่อง Vitamin D and Mortality: Meta-Analysis of Individual Participant Data from a Large

Consortium of Cohort Studies from Europe and

the United States รายงานผลจากการศึกษา meta-analysis จากงานวิจัย prospective cohort study 8 ฉบับจากยุโรปและสหรัฐอเมริกา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง serum 25-hydroxyvitamin D concentrations หรือ 25(OH)D และการเสียชีวิต โดยเน้นที่ความแตกต่างด้านอายุ เพศ ฤดูกาล และประเทศ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มประชากรทั่วไปประกอบด้วยชายและหญิงอายุ 50-79 ปี รวม 26,018 คน มาตรวจวัดผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ จากโรคหัวใจและหลอดเลือด และจากมะเร็ง

ระดับ 25(OH)D concentrations แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดจากฤดูกาล (สูงสุดในช่วงฤดูร้อน) ประเทศ (สูงกว่าในสหรัฐอเมริกา และตอนเหนือของยุโรป) และเพศ (สูงกว่าในเพศชาย) แต่ไม่พบ consistent trend จากอายุ ระหว่างการติดตามมีผู้เข้าร่วมวิจัยเสียชีวิต

6,695 คน ในจำนวนนี้ 2,624 คนเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และ 2,227 คนเสียชีวิตจากมะเร็ง กลุ่มของระดับ 25(OH)D ประเมินจากค่าจุดตัดจำเพาะตาม cohort และกลุ่มย่อย การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มล่างสุดและกลุ่มบนสุดได้ค่า pooled risk ratio เท่ากับ 1.57 (95% CI 1.36-1.81) สำหรับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ค่า risk ratios สำหรับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดใกล้เคียงกับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่มีประวัติหรือไม่มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พื้นฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างระดับ 25(OH)D concentrations กับการเสียชีวิตจากมะเร็งพบเฉพาะในผู้ที่มีประวัติมะเร็ง (risk ratio 1.70 [1.00-2.88]) การวิเคราะห์จากทุกกลุ่มพบความสัมพันธ์เป็นเส้นโค้งแบบกลับตามระดับ 25(OH)D แต่ไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนตามอายุ เพศ ฤดูกาล หรือประเทศ และ heterogeneity อยู่ในระดับต่ำใน meta-analyses ส่วนใหญ่

แม้ระดับ 25(OH)D แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดตามประเทศ เพศ และฤดูกาล แต่ความสัมพันธ์ระหว่างระดับ 25(OH)D และการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและจำเพาะโรคมะเร็งที่ จึงควรมีการศึกษาระยะยาวเปรียบเทียบอายุชัยก่อนที่จะแนะนำการเสริมวิตามินดีในผู้ที่มีระดับ 25(OH)D ต่ำ

β-blocker ก่อนผ่าตัดใน CABG



JAMA Intern Med. Published online June 16, 2014.

บทความเรื่อง Preoperative β-blocker Use in Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: National Database Analysis รายงานว่า การใช้ยา β-blockers ก่อนผ่าตัดสัมพันธ์กับการลดลงของการตายระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วยทำ coronary artery bypass grafting (CABG) ซึ่งเป็นผลให้การรักษาด้วย β-blocker ก่อนผ่าตัดเป็นมาตรฐานคุณภาพ

นักวิจัยศึกษาว่า การใช้ β-blocker ในระยะ 24 ชั่วโมงก่อน CABG สัมพันธ์กับการตายระหว่างผ่าตัดที่ลดลงหรือไม่ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยร่วมสมัย โดยศึกษาแบบ retrospective analysis จากฐานข้อมูล Society of Thoracic Surgeons National Adult Cardiac ซึ่งรวบรวมจากโรงพยาบาล 1,107 แห่งที่ทำ CABG ในสหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2008 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2012 ครอบคลุมผู้ป่วย 506,110 คน ซึ่งมีอายุ 18 ปีหรือมากกว่าที่ทำ non-emergent CABG และไม่มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตายในช่วง 21 วันก่อน หรืออาการที่มีความเสี่ยงสูง นักวิจัยใช้ logistic regression และ propensity matching ด้วย 5-to-1 digit-matching algorithm ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการให้ยา β-blocker และผลลัพธ์หลักซึ่งประกอบด้วยอุบัติการณ์ของการตายระหว่างผ่าตัด permanent stroke การใช้เครื่องช่วยหายใจระยะยาว การผ่าตัดซ้ำ ไตวาย การติดเชื้อของ deep sternal wound และ atrial fibrillation

จากผู้ป่วย 506,110 คน

ที่ทำ CABG และเข้าเกณฑ์การศึกษาพบว่า 86.24% ได้รับ β-blockers ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด จาก propensity-matched analyses ซึ่งรวมผู้ป่วย 138,542 คนไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับ β-blockers ก่อนผ่าตัดในด้านอัตราตายระหว่างผ่าตัด (1.12% vs 1.17%; odds ratio [OR] 0.96 [95% CI 0.87-1.06]; p = 0.38), permanent stroke (0.97% vs 0.98%; OR 0.99 [95% CI 0.89-1.10]; p = 0.81), การใช้เครื่องช่วยหายใจระยะยาว (7.01% vs 6.86%; OR 1.02 [95% CI 0.98-1.07]; p = 0.26), การผ่าตัดซ้ำ (3.60% vs 3.69%; OR 0.97 [95% CI 0.92-1.03]; p = 0.35), ไตวาย (2.33% vs 2.24%; OR 1.04 [95% CI 0.97-1.11]; p = 0.30) และการติดเชื้อของ deep sternal wound (0.29% vs 0.34%; OR 0.86 [95% CI 0.71-1.04]; p = 0.12) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับ β-blockers ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด มีอัตราที่สูงกว่าของ new-onset atrial fibrillation เทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ยา (21.50% vs 20.40%; OR 1.09 [95% CI 1.06-1.12]; p < 0.001) โดยผลลัพธ์จาก logistic regression analyses สอดคล้องกัน

การได้รับ β-blocker ก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ทำ non-emergent CABG ซึ่งปลอดภัยจากกล้ามเนื้อหัวใจตายในช่วงไม่นานก่อนผ่าตัดไม่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ระหว่างผ่าตัดที่ดีขึ้น

ยาต้านซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์และความเสี่ยงหัวใจพิการ

N Engl J Med 2014;370:2397-2407.

บทความเรื่อง Antidepressant Use in Pregnancy and the Risk of Cardiac Defects รายงานว่า ความเสี่ยงหัวใจพิการแต่กำเนิดจากการใช้ selective serotonin-reuptake inhibitors (SSRIs) และยาต้านซึมเศร้าอื่นยังไม่ชัดเจน ขณะเดียวกันก็มีข้อสงสัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างการให้ paroxetine และการตีบของทางออกของหัวใจห้องล่างขวารวมถึงระหว่างการให้ sertraline และผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว

นักวิจัยศึกษาแบบ cohort study จากข้อมูล Medicaid Analytic eXtract ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2007 ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ 949,504 คน ซึ่งเข้าร่วมใน Medicaid ระหว่างช่วง 3 เดือนก่อนประจำเดือนครั้งสุดท้าย ถึง 1 เดือนหลังคลอด และทารกที่เกิดรอด นักวิจัยเปรียบเทียบความเสี่ยงหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงระหว่างทารกของหญิงที่ได้รับยาด้านซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ 3 เดือนแรกและความเสี่ยงในทารกของหญิงที่ไม่ได้รับยาด้านซึมเศร้าด้วย unadjusted analysis และการวิเคราะห์ที่จำกัดเฉพาะหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าและใช้การปรับคะแนนความโน้มเอียงเพื่อควบคุมความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและตัวแปรรบกวนที่มีศักยภาพอื่น

มีผู้หญิงได้รับยาด้านซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก 64,389 คน (6.8%) โดยรวมพบทารกที่ไม่ได้รับยาด้านซึมเศร้าที่มีภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด 6,403 คน (72.3 คนต่อ 10,000 คน) เทียบกับ 580 คนในกลุ่มที่ได้รับยา (90.1 คนต่อ 10,000 คน) ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ยา

ต้านซึมเศร้าและหัวใจพิการแต่กำเนิดต่ำลงตามการปรับตัวแปรรบกวนที่เพิ่มขึ้น โดย relative risks ของหัวใจพิการแต่กำเนิดใด ๆ จากการให้ SSRIs เท่ากับ 1.25 (95% confidence interval [CI] 1.13-1.38) ใน unadjusted analysis และ 1.12 (95% CI 1.00-1.26) ในการวิเคราะห์เฉพาะในหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า และ 1.06 (95% CI 0.93-1.22) ใน fully adjusted analysis เฉพาะในหญิงที่มีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างการให้ paroxetine และการตีบของทางออกของหัวใจห้องล่างขวา (relative risk 1.07; 95% CI 0.59-1.93) หรือการใช้ sertraline และผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (relative risk 1.04; 95% CI 0.76-1.41)

ข้อมูลจากการศึกษาขนาดใหญ่นี้เสนอแนะว่าการใช้ยาด้านซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์ 3 เดือนแรกไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด



ความเสี่ยงเลือดออกในผู้ป่วยหลอดเลือดดำอุดตันที่ได้ NSAID หรือ Aspirin

JAMA Intern Med. 2014;174(6):947-953.

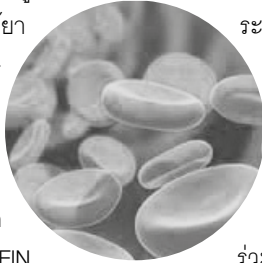
บทความวิจัยเรื่อง Bleeding Risk of Patients with Acute Venous Thromboembolism Taking Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs or Aspirin รายงานว่า การรักษาดังกล่าวด้านการแข็งตัวของเลือดร่วมกับ aspirin สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อเลือดออกในผู้ป่วยที่มี atrial fibrillation ขณะที่ความเสี่ยงต่อเลือดออกจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดร่วมกับยากลุ่ม non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน

นักวิจัยศึกษาความเสี่ยงเลือดออกจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (rivaroxaban หรือ enoxaparin-vitamin K antagonist [VKA]) ร่วมกับ NSAID หรือ aspirin ในผู้ป่วยหลอดเลือดดำอุดตัน โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัย EINSTEIN ซึ่งเปรียบเทียบระหว่าง rivaroxaban และ enoxaparin-VKA ในผู้ป่วย 8,246 คน ระหว่างปี ค.ศ. 2007-2009 และติดตามอัตราการเกิดเลือดออกระหว่างได้รับ NSAID และ aspirin เปรียบเทียบกับช่วงเวลาที่ไม่ได้รับยา ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ จำนวนวันของการใช้ NSAID หรือ aspirin และไม่ได้ใช้ยาที่สัมพันธ์กับเลือดออกและอัตราของเลือดออกรุนแรงตาม patient-years และ hazard ratios

ระหว่างการรักษาดัง NSAID ร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือดพบว่า เลือดออกที่สัมพันธ์กับการรักษามีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ

37.5 per 100 patient-years vs 16.6 per 100 patient-years ระหว่างการรักษาดังยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างเดียว (hazard ratio [HR] 1.77 [95% CI 1.46-2.14]) การเกิดเลือดออกรุนแรงระหว่างการรักษาดัง NSAID ร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 6.5 per 100 patient-years เทียบกับ 2.0 per 100 patient-years ระหว่างไม่ได้รับยา (HR 2.37 [95% CI 1.51-3.75]) สำหรับการรักษาดัง aspirin ร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือดพบว่า การเกิดเลือดออกที่สัมพันธ์กับการรักษามีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 36.6 per 100 patient-years เทียบกับ 16.9 per 100 patient-years ระหว่างไม่ได้รับ aspirin (HR 1.70 [95% CI 1.38-2.11]) การเกิดเลือดออกรุนแรงในผู้ป่วยที่ได้ aspirin ร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 4.8 per 100 patient-years เทียบกับ 2.2 per 100 patient-years ระหว่างไม่ได้รับ aspirin (HR 1.50 [95% CI 0.86-2.62]) ความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อเลือดออกและเลือดออกรุนแรงใกล้เคียงกันสำหรับการรักษาดัง rivaroxaban และ enoxaparin-VKA

การศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำอุดตันที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดพบว่า การรักษาร่วมกับ NSAID หรือ aspirin สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อเลือดออกและเลือดออกรุนแรง



ฉายแสงหลังตัดเต้านมและผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้

Lancet. 2014;383(9935):2127-2135.

บทความเรื่อง Effect of Radiotherapy after Mastectomy and Axillary Surgery on 10-Year Recurrence and 20-Year Breast Cancer Mortality: Meta-Analysis of Individual Patient Data from 8,135 Women in 22 Randomised Trials รายงานว่า ข้อมูลจาก meta-analysis หลายฉบับชี้ว่าการฉายแสงหลังตัดเต้านมลดความเสี่ยงต่อการเป็นซ้ำและการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม รวมถึงในผู้ที่เป็น node-positive disease อย่างไรก็ดี ประโยชน์ในผู้หญิงที่พบการลามไปที่ต่อมน้ำเหลือง 1-3 ต่อมน้ำยังไม่ชัดเจนนัก

นักวิจัยประเมินผลของการฉายแสงหลังการตัดเต้านมและผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้โดยศึกษาแบบ meta-analysis จากข้อมูลผู้ป่วย 8,135 คน ในงานวิจัยระหว่างปี ค.ศ. 1964-1986 รวม 22 ฉบับ ซึ่งสุ่มให้ผู้ป่วยรักษาดังการฉายแสงผนังทรวงอกและต่อมน้ำเหลืองหลังการตัดเต้านมและผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองรักแร้ เทียบกับการรักษาดังการผ่าตัดแบบเดียวกันแต่ไม่ได้ฉายแสง การติดตามมีระยะ 10 ปีสำหรับประเมินการเป็นซ้ำ และถึงวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2009 สำหรับประเมินการเสียชีวิต ทั้งนี้การวิเคราะห์จำแนกตามงานวิจัย ปีการติดตาม อายุขณะเข้าร่วมงานวิจัย และ pathological nodal status

ผู้ป่วย 3,786 คนได้เลาะต่อมน้ำเหลืองรักแร้อย่างน้อยระดับ II และไม่มี positive node, มี positive node 1-3 ต่อมน้ำ หรือมีตั้งแต่ 4 ต่อมน้ำขึ้นไป ผู้ป่วยทั้งหมดเข้าร่วมในงานวิจัยที่ฉายแสงยังผนังทรวงอก, supraclavicular หรือ axillary fossa (หรือทั้งสองอย่าง) และ internal mammary chain สำหรับผู้ป่วย 700 คนซึ่งเลาะต่อมน้ำเหลืองออกและไม่มี positive node พบว่า การฉายแสงไม่มีผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญต่อการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ (two-sided

significance level [2p] > 0.1), การเป็นซ้ำโดยรวม (rate ratio [RR], irradiated vs not, 1.06, 95% CI 0.76-1.48, 2p > 0.1) หรือการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม (RR 1.18, 95% CI 0.89-1.55, 2p > 0.1) สำหรับผู้ป่วย 1,314 คนที่เลาะต่อมน้ำเหลืองและมี positive node 1-3 ต่อมน้ำพบว่า การฉายแสงลดการเป็นซ้ำเฉพาะที่ (2p < 0.00001), การเป็นซ้ำโดยรวม (RR 0.68, 95% CI 0.57-0.82, 2p = 0.00006) และการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม (RR 0.80, 95% CI 0.67-0.95, 2p = 0.01) โดย 1,133 คนในจำนวนนี้เข้าร่วมในงานวิจัยที่รักษาดัง systemic therapy (cyclophosphamide, methotrexate และ fluorouracil หรือ tamoxifen) แก่ทั้งสองกลุ่ม ซึ่งการฉายแสงสามารถลดการเป็นซ้ำเฉพาะที่ (2p < 0.00001), การเป็นซ้ำโดยรวม (RR 0.67, 95% CI 0.55-0.82, 2p = 0.00009) และการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม (RR 0.78, 95% CI 0.64-0.94, 2p = 0.01) สอดคล้องกับผลลัพธ์ในผู้ป่วย 1,772 คนซึ่งเลาะต่อมน้ำเหลืองและพบ positive node ตั้งแต่ 4 ต่อมน้ำขึ้นไปพบว่า การฉายแสงลดการเป็นซ้ำเฉพาะที่ (2p < 0.00001), การเป็นซ้ำโดยรวม (RR 0.79, 95% CI 0.69-0.90, 2p = 0.0003) และการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม (RR 0.87, 95% CI 0.77-0.99, 2p = 0.04)

การฉายแสงหลังตัดเต้านมและเลาะต่อมน้ำเหลืองสามารถลดการเป็นซ้ำและการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมในผู้หญิงที่มี lymph node ตั้งแต่ 1-3 ต่อมน้ำได้ รับ systemic therapy ซึ่งสำหรับผู้หญิงปัจจุบันที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นซ้ำต่ำกว่าอาจได้ absolute gains ที่ต่ำกว่า แต่มี proportional gains ที่มากกว่าจากการฉายแสงที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น



การให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับลิ่มเลือดอุดตันในปอด ต่อความเสี่ยงการตายทุกสาเหตุ เลือดออก และเลือดออกในสมอง

JAMA. 2014;311(23):2414-2421.

บทความเรื่อง Thrombolysis for Pulmonary Embolism and Risk of All-Cause Mortality, Major Bleeding, and Intracranial Hemorrhage: A Meta-analysis รายงานว่า การให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจมีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยลิ่มเลือดอุดตันในปอดบางคน และปัจจุบันยังไม่มีการวิเคราะห์ใดที่มีอำนาจทางสถิติเพียงพอสำหรับประเมินว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือดสัมพันธ์กับการรอดชีวิตที่ดีขึ้นเทียบกับการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

นักวิจัยศึกษาประโยชน์ด้านการรอดชีวิตและความเสี่ยงเลือดออกจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดเทียบกับยาต้านการแข็งตัวของเลือดในภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดฉบับพิมพ์ รวมถึงกลุ่มย่อยของผู้ป่วยที่การไหลเวียนเลือดยังคงเป็นปกติและมีการทำงานของหัวใจห้องล่างขวาผิดปกติ (ความเสี่ยงลิ่มเลือดอุดตันในปอดปานกลาง)

การศึกษาใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล PubMed, Cochrane Library, EMBASE, EBSCO, Web of Science และ CINAHL databases ตั้งแต่เริ่มจัดทำจนถึงวันที่ 10 เมษายน ค.ศ. 2014 งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นการศึกษาเปรียบเทียบการให้ยาละลายลิ่มเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยลิ่มเลือดอุดตันในปอด โดยมีงานวิจัยที่สอดคล้องกับเกณฑ์การศึกษา 16 ฉบับ รวมผู้เข้าร่วมวิจัย 2,115 คน โดยงานวิจัย 8 ฉบับ (ผู้ป่วย 1,775 คน) ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงลิ่มเลือดอุดตันในปอดปานกลาง ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและเลือดออกรุนแรง ผลลัพธ์รอง ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอดเป็นซ้ำและเลือดออกในสมอง ทั้งนี้คำนวณค่า Peto odds ratio (OR)

estimates และ 95% CIs ด้วยตัวแบบ fixed-effects model

การให้ยาละลายลิ่มเลือดสัมพันธ์กับการลดลงของการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (OR 0.53; 95% CI 0.32-0.88; 2.17% [23/1,061] vs 3.89% [41/1,054] with anticoagulants; number needed to treat [NNT] = 59) และความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อเลือดออกรุนแรง (OR 2.73; 95% CI 1.91-3.91; 9.24% [98/1,061] vs 3.42% [36/1,054]; number needed to harm [NNH] = 18) and ICH (OR 4.63; 95% CI 1.78-12.04; 1.46% [15/1,024] vs 0.19% [2/1,019]; NNH = 78) ภาวะเลือดออกรุนแรงไม่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยอายุ 65 ปีหรือน้อยกว่า (OR 1.25; 95% CI 0.50-3.14) และการให้ยาละลายลิ่มเลือดสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อลิ่มเลือดอุดตันในปอด

เป็นซ้ำ (OR 0.40; 95% CI 0.22-0.74; 1.17% [12/1,024] vs 3.04% [31/1,019]; NNT = 54) ขณะที่จากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงลิ่มเลือดอุดตันในปอดปานกลางพบว่า การให้ยาละลายลิ่มเลือดสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำลง (OR 0.48; 95% CI 0.25-0.92) และการเกิดภาวะเลือดออกรุนแรงที่สูงขึ้น (OR 3.19; 95% CI 2.07-4.92)

ข้อมูลการศึกษาในผู้ป่วยลิ่มเลือดอุดตันในปอด รวมถึงผู้ที่มีการไหลเวียนเลือดคงที่และมีการทำงานของหัวใจห้องล่างขวาเป็นปกติ ซึ่งจากการศึกษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดสัมพันธ์กับอัตราที่ต่ำลงของการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ และความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อเลือดออกรุนแรงและเลือดออกในสมอง อย่างไรก็ตาม ข้อมูลนี้อาจไม่สามารถประยุกต์กับผู้ป่วยลิ่มเลือดอุดตันในปอดซึ่งมีการไหลเวียนเลือดคงที่ และไม่มีภาวะผิดปกติของหัวใจห้องล่างขวา



การใช้ยาต้านซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

BMJ 2014;348:g3596.

บทความเรื่อง Changes in Antidepressant Use by Young People and Suicidal Behavior after FDA Warnings and Media Coverage: Quasi-Experimental Study รายงานผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประกาศเตือนโดยสำนักงานอาหารและยาสหรัฐอเมริกา (US FDA) เมื่อปี ค.ศ. 2003 ถึงความเสี่ยงพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่อาจสูงขึ้นจากการใช้ยาต้านซึมเศร้าในหมู่วัยรุ่น และการเปลี่ยนแปลงด้านการใช้ยาต้านซึมเศร้า พฤติกรรมฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จในคนหนุ่มสาว

นักวิจัยศึกษาแบบ quasi-experimental study ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์หลังออกประกาศเตือนโดยควบคุมปัจจัยด้านแนวโน้มเดิม ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานำมาจากการเบิกจ่ายค่ารักษา (ค.ศ. 2000-2010) จากฐานข้อมูลใน US Mental Health Research Network กลุ่มประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยวัยรุ่น (ประมาณ 1.1 ล้านคน) ผู้ใหญ่ตอนต้น (ประมาณ 1.4 ล้านคน) และผู้ใหญ่ (ประมาณ 5 ล้านคน) มาตรวัดผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราการจ่ายยาต้านซึมเศร้า พืชจากยารักษาโรคจิตและระบบประสาท (การพยายามฆ่าตัวตาย) และการฆ่าตัวตายสำเร็จ

แนวโน้มการใช้ยาต้านซึมเศร้าและพืชจากยาเปลี่ยนไปอย่าง

เห็นได้ชัดหลังการออกประกาศเตือน โดยในปีที่สองหลังออก

ประกาศพบว่า relative changes

ในการใช้ยาต้านซึมเศร้าเท่ากับ -31.0%

(95% confidence interval -33.0% ถึง -29.0%)

ในวัยรุ่น, -24.3% (-25.4% ถึง -23.2%) ในผู้ใหญ่ตอนต้น และ -14.5% (-16.0% ถึง -12.9%) ในผู้ใหญ่ ขณะที่พบ relative increases ด้านพืช

จากยารักษาโรคจิตและระบบประสาทในวัยรุ่น (21.7%, 95% confidence interval 4.9%-38.5%) และผู้ใหญ่ตอนต้น (33.7%, 26.9%-40.4%) แต่ไม่รวมถึงผู้ใหญ่ (5.2%, -6.5% ถึง 16.9%) โดยมี absolute increases ของพืชจากยาเท่ากับ 2 และ 4 รายต่อ 100,000 คนในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น (ประมาณ 77 รายจากประชากรในกลุ่มหนุ่มสาวราว 2.5 ล้านคน) ขณะที่การฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เปลี่ยนแปลงในทุกกลุ่มอายุ

ประกาศเตือนความปลอดภัยเกี่ยวกับยาต้านซึมเศร้าและรายงานทางสื่อมีผลลดการใช้ยาต้านซึมเศร้า ซึ่งสวนทางกับการพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นในคนหนุ่มสาว จึงจำเป็นที่จะต้องติดตามและลดผลกระทบโดยไม่ตั้งใจจากประกาศเตือนของเอฟดีเอและรายงานทางสื่อ

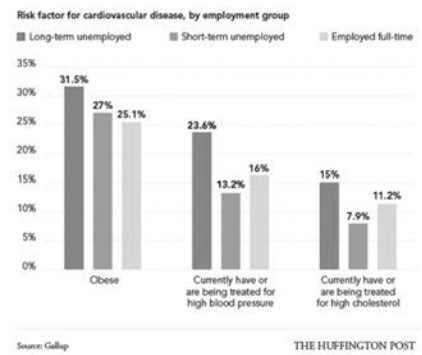


ว่างงานเพิ่มเสี่ยงโรคหัวใจ

ฮัฟฟิงตันโพสต์ - ผลสำรวจโดย Gallup-Healthways ชี้ การว่างงานระยะยาว เป็นสาเหตุทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น

ผลสำรวจได้เปรียบเทียบระหว่างการว่างงานระยะยาว (ตั้งแต่ 27 สัปดาห์) และการว่างงานระยะสั้น (ไม่เกิน 27 สัปดาห์) พบว่า การว่างงานระยะยาวสัมพันธ์กับอัตราที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อโรคอ้วน นอกจากนี้กลุ่มที่ว่างงานระยะยาวยังมีจำนวนวันที่มีอาการป่วยจนไม่สามารถทำกิจวัตรปกติมากกว่า

ด้านผู้วิจัยแสดงความเป็นห่วงถึงความสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาว่างงานที่ยาวนานและโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะยาว โดยเตือนว่าผู้ที่ประสบปัญหาว่างงานมานานอาจเสี่ยงต่อโรคหัวใจเรื้อรังแม้สามารถหางานทำได้อีกครั้ง



ตรวจสอบโรคด้วยหมวกไมโครเวฟ

บีบีซี - นักวิจัยสวีเดนพัฒนาหมวกสำหรับตรวจโรคหลอดเลือดสมอง สามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว

คณะนักวิจัยเปิดเผยว่า หมวกตรวจสอบโรคทำงานโดยปล่อยคลื่นไมโครเวฟความเข้มข้นต่ำเข้าสู่สมองเพื่อตรวจสอบว่ามีเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตันหรือไม่ ซึ่งจากการทดสอบด้วยหมวกต้นแบบที่ดัดแปลงมาจากหมวกนิรภัยสำหรับนักปั่นจักรยานพบว่า สามารถจำแนกภาวะเลือดออกในสมองและลิ่มเลือดอุดตันได้อย่างแม่นยำแม้ยังไม่ถูกต้องทุกครั้ง

นักวิจัยมองว่า หมวกไมโครเวฟนี้จะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถช่วยในเรื่องระยะเวลาการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวมากที่สุดโดยนักวิจัยเตรียมมอบหมวกไมโครเวฟเป็นอุปกรณ์ประจำโรงพยาบาล และ



วางแผนจะต่อยอดการพัฒนาไปสู่อุปกรณ์ในรูปหมอนหนุนศีรษะ ด้านผู้เชี่ยวชาญของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งอังกฤษกล่าวว่า การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคด้วยควมรวดเร็วที่สุดถือว่ามีนัยสำคัญอย่างยิ่ง และแม้การศึกษานี้ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้นแต่ก็ได้เสนอแนะว่า อุปกรณ์ระบบคลื่นไมโครเวฟอาจเป็นเทคโนโลยีใหม่ที่ทั้งสะดวกและประหยัดสำหรับการระบุชนิดของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น

ยกโซลศูนย์กลางศัลยกรรมความงาม

ยาฮู! -กรุงโซลของเกาหลีใต้แข่งขันสหรัฐอเมริกาเป็นศูนย์กลางคลินิกความงาม เหตุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถบำบัดความสวยในราคาที่ถูกลง

ผลสำรวจโดยสมาคมศัลยกรรมความงามระบุ ตัวเลขหญิงชาวเกาหลีใต้ที่ขอรับบริการศัลยกรรมเสริมความงามสูงขึ้นเป็น 1 ใน 5 โดยมีสาเหตุจากการที่หญิงเกาหลีใต้มองการทำศัลยกรรมพลาสติกเป็นเรื่องปกติ และต้องการให้ตนเองสวยราวกับดาราเหมือนกลุ่มนักร้องสาวในวงการเคป็อป โดยเฉพาะวงเกิร์ลเจเนอเรชัน

ส่วนหนึ่งของผู้ใช้บริการสวยด้วยแพทย์เปิดใจว่า การที่เพื่อนสาวในกลุ่มลาไปเที่ยวแล้วกลับมาสวยกว่าเดิมเป็นเรื่องที่พบเห็นได้ทั่วไป และหลายครั้งก็อาจพบผู้หญิงหลายคนที่สวยงาม

แบบพิมพ์เดียวกันจนแยกไม่ออก และปัจจุบันความสามารถเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอสำหรับไต่เต้าในอาชีพการงาน

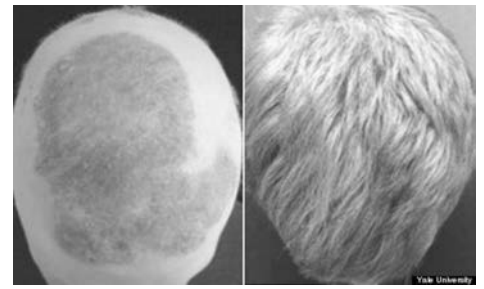
เนื่องจากสังคมเกาหลีใต้ให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ของตัวบุคคลมาก ทำให้ผู้หญิงจำนวนมากหันไปพึ่งศัลยกรรมความงามเพื่อเป็นใบเบิกทางสู่ความสำเร็จ

อีกด้านหนึ่งมีรายงานด้วยว่า กระแสศัลยกรรมเคป็อปและกิตติศัพท์เลื่องลือถึงฝีมือหมอด้วยราคาที่ถูกลงกว่าเกือบครึ่งยังลามไปถึงต่างประเทศ ทำให้กรุงโซลกลายเป็นศูนย์กลางคลินิกศัลยกรรมความงาม หลังผู้หญิงจากทั่วโลกแห่แหนมาใช้บริการ โดยคาดกันว่ามียอดผู้ใช้บริการแล้วกว่า 7.5 ล้านคน



รักษาศีรษะล้านด้วยยาคุมกำเนิด

ฮัฟฟิงตันโพสต์ - นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยเยลของสหรัฐอเมริกาประสบความสำเร็จรักษาผมร่วงชนิด alopecia universalis ด้วยยา tofacitinib citrate ที่ใช้รักษาโรคมาตอยด์



นักวิจัยรายงานผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยชายวัย 25 ปีในวารสาร Journal of Investigative Dermatology โดยระบุว่า การรักษาด้วย tofacitinib citrate ช่วยฟื้นฟูเส้นผมให้งอกใหม่จนเต็มศีรษะ นอกจากนี้ยังสามารถฟื้นฟูคิ้ว ขนตา หนวด ขนรักแร้ และขนตามร่างกาย โดยเชื่อมั่นว่าแนวทางการรักษาที่เพิ่งค้นพบนี้จะเป็นความหวังใหม่ของผู้ที่ประสบปัญหาเดียวกัน

นอกจากปัญหาผมร่วงแล้ว ผู้ป่วยรายนี้ยังเป็นสะเก็ดเงินแบบ plaque psoriasis ซึ่งอาการสะเก็ดเงินเริ่มดีขึ้นหลังรักษาเป็นระยะเวลา 2 เดือนด้วย tofacitinib วันละ 10 มิลลิกรัม จากนั้นผู้ป่วยก็เริ่มมีผมและขนงอกขึ้นมาใหม่ จนกระทั่งสามารถฟื้นฟูเส้นผมและขนอย่างสมบูรณ์ภายในระยะเวลา 8 เดือน โดยไม่ปรากฏผลข้างเคียง

ปีปค้านไฟเขียวยาเสพติด

รอยเตอร์ส - สมเด็จพระสันตะปาปาฟรานซิสคัดค้านการออกกฎหมายรับรองยาเสพติดบางประเภท ซึ่งการติดยาเป็นบาปที่ต้องต่อต้านอย่างสุดกำลัง

สมเด็จพระสันตะปาปาฟรานซิสมีดำรัสผ่านสถานีวิทยุกรุงวาติกันว่า ยาเสพติดทำให้หนุ่มสาวจำนวนมากถล่มลงไปสู่อันตราย และพระองค์จะต่อต้านยาเสพติดทุกประเภท ซึ่งแถลงการณ์ของพระสันตะปาปาค้างนี้สะท้อนจุดยืนของผู้เฒ่าคริสตจักรโรมันคาทอลิกในการต่อต้านกระแสรับรองยาเสพติดอย่างอ่อน เช่น กัญชา ที่กำลังสะพัดในหลายประเทศแถบยุโรป พระสันตะปาปายังได้ฝากคำเตือนให้เยาวชนให้ระวัง

อย่าตกเป็นเหยื่อของยาเสพติด และเรียกร้องให้ภาคสังคมส่งเสริมความรักและเห็นอกเห็นใจกันและกัน การดำเนินชีวิต ตลอดจนการศึกษาและการประกอบอาชีพเพื่อเป็นเกราะป้องกันปิดช่องว่างไม่ให้ยาเสพติด เหล้า หรือการเสพติดในทุกรูปแบบเข้ามาใกล้กรรไกร

คำรัสของพระสันตะปาปามีขึ้นหลังรัฐนิวยอร์กของสหรัฐอเมริกาเตรียมผ่านกฎหมายรับรองการใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ด้านการแพทย์ ขณะเดียวกันอุรุกวัยซึ่งเพิ่งผ่านกฎหมายรับรองการผลิตและจำหน่ายกัญชาก็เตรียมเปิดช่องให้แพทย์สามารถจ่ายกัญชาเป็นยารักษาโรคบางชนิด

อังกฤษเรียกร้องผู้สมองเสื่อม

บีบีซี - นายกรัฐมนตรีเดวิด คาเมรอน ของอังกฤษเรียกร้องนานาชาติร่วมมืออย่างจริงจังเพื่อต่อสู้กับโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นหนึ่งในภัยคุกคามร้ายแรงที่สุดต่อมนุษยชาติ

นายกรัฐมนตรีคาเมรอนให้คำมั่นต่อที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านโรคสมองเสื่อมและการเงินที่กรุงลอนดอนของอังกฤษว่า อังกฤษจะสนับสนุนการพัฒนาการรักษาโรคสมองเสื่อมโดยการเพิ่มทุนวิจัยและทำราคาขายให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น โดยนายกรัฐมนตรีคาเมรอนยังเตรียมสานความร่วมมือกับบริษัทยาเพื่อกระจายทุนไปสู่การพัฒนาใหม่

นายกรัฐมนตรีอังกฤษได้ชี้อุปสรรคด้านทุนวิจัยโรคสมองเสื่อมที่ยังคงอยู่ในระดับต่ำมากเมื่อเทียบกับทุนวิจัยโรค



มะเร็ง รวมถึงเรียกร้องให้สังคมปรับทัศนคติโดยมองโรคสมองเสื่อมในฐานะโรคหนึ่ง แทนที่จะมองว่าเป็นผลพวงจากความแก่ชรา รวมถึงตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษาโรคสมองเสื่อมเพื่อนำไปสู่การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้นำอังกฤษยังได้กล่าวถึงความจำเป็นในการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมเพื่อที่จะดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นทั้งที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องสร้างชุมชนที่ยอมรับผู้ป่วยสมองเสื่อม และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยด้วยความเข้าใจถึงภาวะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ



500 บาท และประกันสุขภาพ 1,600 บาท อายุ ค้ำครอง 1 ปี ส่วนเด็กอายุไม่เกิน 7 ปี ราคา 365 บาท และออกประกาศฉบับที่ 2 เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2557 เป็นฉบับเพิ่มเติมกรณีที คสช. เปิดเงื่อนไขให้อยู่ชั่วคราว 60 วัน โดยกำหนดอัตราค่าตรวจสุขภาพ 500 บาท และค่าประกันสุขภาพมีให้เลือก 2 แบบเพิ่มเติมคือ อายุค้ำครอง 3 เดือน ราคา 500 บาท เพื่อไม่เป็นการกระทบแรงงานที่มาประกันตน และอายุ 6 เดือนในราคา 900 บาท เพื่อให้แรงงาน

สร. จัด 3 ทางเลือกประกันสุขภาพให้เหมาะกับแรงงานต่างด้าว

นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน **กระทรวงสาธารณสุข** เปิดเผยแนวทางการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ได้แก่ กัมพูชา พม่า ลาว และผู้ติดตามว่า เพื่อเป็นการลดเงื่อนไขในการที่ คสช. มีนโยบายให้แรงงานที่ไม่ถูกกฎหมายได้มาจดทะเบียนแรงงานได้มากที่สุด เป็นการผ่อนผันชั่วคราว 2 เดือน และจะได้กลับไปทำการพิสูจน์สัญชาติหรือทำพาสปอร์ตแล้วกลับเข้ามาเพื่อดำเนินการให้ถูกต้องต่อไป ระหว่างนี้จะต้องมีการออกใบอนุญาตการทำงานชั่วคราว ซึ่งกระทรวงแรงงานเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2 ฉบับ ฉบับแรกออกเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2557 เรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว สัญชาติลาว กัมพูชา พม่า และผู้ติดตามซึ่งอยู่ในประเทศไทย ลดอัตราค่าตรวจสุขภาพเหลือ

มีประกันสุขภาพครอบคลุมในระหว่างรับการพิสูจน์สัญชาติ เพื่อลดภาระที่เป็นเป็นแรงงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะมี 2 กลุ่มใหญ่ คือ 1. แรงงานที่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ซึ่งต้องใช้เวลาประมาณ 90 วันหลังขึ้นทะเบียนแรงงานจึงจะมีสิทธิรักษาพยาบาลของประกันสังคม และ 2. ผู้ที่ไม่เข้าตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เช่น ทำงานรับใช้ตามบ้าน ฟาร์มเกษตรกรรม แรงงานประมง จะต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพแบบ 1 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข

สร. จับมือ ม.เกียวโต ผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

นพ.ทรงยศ ชัยชนะ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยว่า กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับศูนย์การศึกษาทางการแพทย์มหาวิทยาลัยเกียวโต ประเทศญี่ปุ่น (The Center for Medical Education, Kyoto University) เพื่อความร่วมมือในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทของกระทรวงสาธารณสุข สร้างความเข้มแข็งและคุณภาพระบบการศึกษาวิชาแพทยศาสตรศึกษาให้ดียิ่งขึ้น โดยสาระของความร่วมมือทางการศึกษาด้านการแพทย์กับประเทศญี่ปุ่นในครั้งนี้เป็นการร่วมมือเพื่อพัฒนาอาจารย์แพทย์ แพทย์ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับหลักสูตรการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์โดยมีข้อตกลงในบันทึกความร่วมมือทั้งหมด 3 ข้อ ได้แก่ 1. ไทยและญี่ปุ่นจะร่วมกันพัฒนาศักยภาพของอาจารย์ที่สอนในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ซึ่งจะต้องมีการทำงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ 2. ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนผู้เชี่ยวชาญในการเรียนการสอนและการวิจัยทางการแพทย์ และ 3. แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ การวิจัย ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการศึกษาทางการแพทย์ การวิจัยภายใต้กฎหมายและกฎระเบียบของ



แต่ละประเทศ โดยใช้ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี 37 แห่งเป็นฐานการอบรมพัฒนา โดยจะร่วมมือตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป

The Legend of Rabies

เปิดตำนานโรคพิษสุนัขบ้า (ตอนที่ 2)



ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ

จากความเพียรพยายามสู่ความสำเร็จของหลุยส์ ปาสเตอร์

นับจากที่หลุยส์ ปาสเตอร์ มีแนวคิดที่จะฉีดวัคซีนให้คนที่โดนสุนัขกัดแทนที่จะฉีดให้สุนัขทุก ๆ ตัวในปารีส กระแสแห่งความขัดแย้งและเสียงคัดค้านก็ยังคงมีอยู่

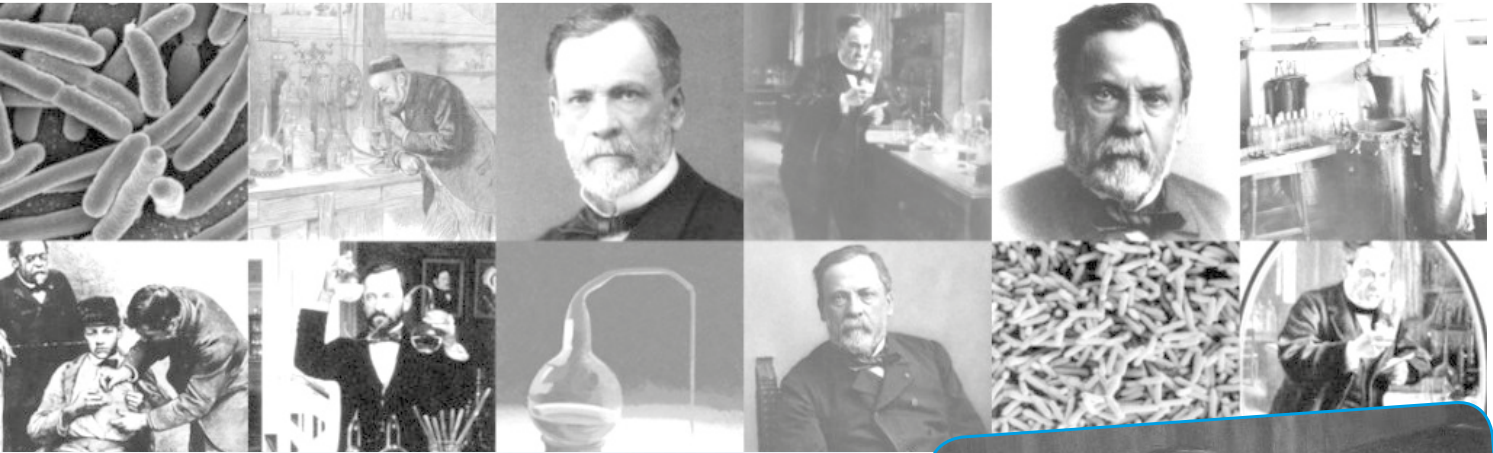
จนกระทั่งวันจันทร์ที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2428 มารดาพาเด็กชายโจเซฟ ไมสเตอร์ ชาวอัลซาส อายุ 9 ปี ซึ่งถูกสุนัขบ้ากัดเมื่อ 2 วันก่อน มาที่ห้องทดลองของปาสเตอร์ ขณะที่เด็กชายกำลังเดินไปโรงเรียนถูกปะทะด้วยสุนัขบ้าจนล้มลงกับพื้นถนน ช่างปูนคนหนึ่งพบเห็นเข้าจึงตีสุนัขด้วยท่อนเหล็ก และได้ช่วยเหลือนำเด็กซึ่งร่างกายเปราะไปด้วยเลือดและน้ำลาย สุนัขวิ่งกลับไปหาเจ้าของชื่อโรโดร์ เจ้าของร้านขายของชำในเมือง และยังไปกัดแขนเจ้าของเข้าอีกด้วย เจ้าของโกรธมากจึงจัดการเก็บเสียด้วยปืนยาว จนกระเพาะทะลุ ทำให้เห็นว่าในกระเพาะมีแต่หญ้าแห้งและเศษไม้ แม่พาโจเซฟ ไปหาหมอเลแบร์รีในวันเดียวกัน ซึ่งช่วยจัดการบาดแผลโดยใช้กรดคาร์บอริก จี้แผลไว้ หมอได้แนะนำให้เธอพาเด็กไปปารีส โดยโรโดร์ก็ตามไปด้วย

ปาสเตอร์รู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมากเมื่อเห็นแผลบนร่างกายของเด็กชายตัวเล็ก ๆ ถึง 14 แผล จนเดินไม่ไหว ปาสเตอร์จึงเล็งใจว่าจะจัดการฉีดวัคซีนให้กับโจเซฟหรือไม่ ในที่สุดปาสเตอร์ก็ได้ขอความเห็นชอบจากดูลปิอง ซึ่งเป็นหนึ่งในคณะกรรมการก่อน ดูลปิองให้การสนับสนุนเพราะเคยเห็นการทดลองในสุนัขมาก่อนแล้ว ดร.กรังแซร์ ซึ่งทำงานอยู่ในห้องปฏิบัติการด้วยกันก็สนับสนุนความคิดอันนี้ ในที่สุดปาสเตอร์ก็ตกลงใจ โดยจัดห้องพักให้สองแม่ลูกได้พักอยู่ในคอลเลจ ซึ่งโจเซฟรู้สึกพอใจมากที่ได้อยู่ท่ามกลางนาฬิกาอันได้แก่ ไก่ หนูตะเภา หนูขาว

การฉีดวัคซีนได้ฉีดทุกวันเช่นเดียวกับที่ฉีดให้สุนัข โดยไม่ได้มีวันเว้น เด็กกินได้ นอนหลับสบายดี แต่สำหรับปาสเตอร์ เมื่อถึงการฉีดเข็มสุดท้าย ซึ่งเป็นสมองกระต่ายที่ตายใหม่ ๆ ไม่ได้ทำให้แห้งหรืออ่อนฤทธิ์เลยนั้น ก่อความกังวลมากถึงกับนอนไม่หลับ ปาสเตอร์คิดในใจว่าตนเองถอยไม่ได้อีกแล้ว เข็มสุดท้ายนั้นฉีดเมื่อวันพฤหัสบดีที่ 16 กรกฎาคม ก็ถึงเข็มสุดท้ายคือเข็มที่ 13 (ไม่ทราบว่ามีวันใดที่ได้รับการฉีด 2 เข็ม)

ปาสเตอร์มีทั้งความหวัง ความกลัว ความทุกข์ทรมาน ความกังวลว่าจะช่วยโจเซฟให้พ้นมือมัจจุราชนั้นได้หรือไม่ ตกกลางคืนในความคิดคำนึงของปาสเตอร์ เขาแลเห็นภาพโจเซฟกำลังเป็นโรคกลัวน้ำ กระวนกระวายเช่นเดียวกับที่ตนเคยพบเห็นที่โรงพยาบาลทรูซโซ เมื่อปี พ.ศ. 2413





หลังจากฉีดวัคซีนเสร็จแล้ว ปาสเตอร์ได้มอบให้โจเซฟอยู่ในความดูแลของ ดร.กรังแซร์ต่อไปอีก จนถึงวันที่ 22 กรกฎาคม จึงได้กลับบ้าน ระหว่างนั้น ปาสเตอร์ได้กลับไปพักอย่างเจียบ ๆ อยู่กับบุตรสาวที่ชนบทในเบอร์กันดี 30 วันผ่านไป โจเซฟก็ยังมีชีวิตอยู่ วันเดือนผ่านไปอีก โจเซฟก็ยังคงแจ่มใส ร่าเริง เป็นปกติสุข

วันที่ 14 ตุลาคม ขณะที่เด็กเลี้ยงแกะ 6 คนกำลังเฝ้าฝูงแกะของตนอยู่ มีสุนัขพรวดพรวดเข้ามา ยูปีลล์ อายุ 14 ปี ซึ่งเป็นเด็กที่โตที่สุดในกลุ่มนั้น ได้ให้เพื่อน ๆ วิ่งหนี แต่ตนเองอยู่คอยสกัดสุนัขไว้ เพื่อเปิดโอกาสให้เพื่อน ๆ ได้เอาตัวรอดจึงโดนกัดที่แขนซ้าย ยูปีลล์ปล้ำกับเจ้าสุนัขเป็นพัลวัน จับสุนัขนอนลงแล้วเอาเข่ากดไว้ มือทั้งสองข้างจ้ำงขากรรไกรสุนัขออก แล้วเอาเชือกมัดขากรรไกรสุนัขเอาไว้ แล้วใช้ไม้ตีจนตายและเอาเชือกผูกลงไปที่ตามลำธาร จับหัวสุนัขกดไว้ได้น้ำเพื่อให้ตายสนิทแล้วจึงกลับบ้าน สัตวแพทย์ได้ไปตรวจสุนัขในวันรุ่งขึ้นและลงความเห็นว่าเป็นสุนัขบ้า นายเทศมนตรีของเมือง วิลเยร์ฟาร์เลย์ได้เขียนจดหมายให้หนุ่มน้อยรายนี้ไปหาปาสเตอร์ ยูปีลล์ได้รับการรักษาจากปาสเตอร์ในทำนองเดียวกันกับโจเซฟ วันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2429 ยูปีลล์ยังได้เขียนจดหมายส่งข่าวให้ปาสเตอร์ทราบว่า ตนเองยังปกติสุขดีอยู่

หลังจากข่าวนี้แพร่ออกไป ประชาชนจากนานาสารทิศที่ถูกสุนัขกัด ก็แหกกันไปหาพ่อบุญปาสเตอร์ จนไม่มีสถานที่ที่จะรับเอาไว้รักษา ด้วยเหตุนี้เองจึงได้มีการก่อตั้งสถานปาสเตอร์ขึ้นในกรุงปารีส ปาสเตอร์ได้ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกสำเร็จในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

หลุยส์ ปาสเตอร์ ได้อุทิศตนเพื่อประโยชน์แก่มนุษยชาติอย่างแท้จริง ต้องอาศัยความเพียรพยายามและความตั้งใจอย่างแน่วแน่ในการช่วยให้เพื่อนมนุษย์รอดชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า โรคภัยที่แม้แต่ในปัจจุบันยังคงไม่มีวิธีรักษาได้ ผู้ติดเชื่อทุกรายต้องทนทุกข์ทรมานก่อนที่จะเสียชีวิต ดังนั้น คำว่า **"NO COMPROMISE"** จึงเป็นหลักการในการเลือกวัคซีนสำหรับป้องกันโรคนี้ เพราะวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าคือหนทางเดียวที่จะช่วยให้ผู้ที่ถูกสุนัขบ้ากัดรอดชีวิต ปัจจุบันนี้มีวัคซีนจาก 3 ผู้ผลิตเท่านั้นที่ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก (WHO)

http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/PQ_vaccine_list_en/en/



มนุษย์เราติดโรคพิษสุนัขบ้าได้อย่างไร

การที่มนุษย์เราติดโรคพิษสุนัขบ้าแบ่งออกเป็น

2 วิธีใหญ่ ๆ คือ

1. โดยการถูกกัด หรือสัมผัสกับน้ำลายของสัตว์ที่เป็นโรคโดยตรง
2. โดยทางอื่น ๆ นอกจากการกัด หรือสัมผัสน้ำลาย
 - 2.1 โดยการสูดหายใจ ในมนุษย์เกิดขึ้นได้
 - ตามธรรมชาติ
 - เกิดในท้องปฏิบัติการที่ทำงานเกี่ยวกับเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า
 - 2.2 โดยการกิน
 - 2.3 การติดเชื้อมีทั้งผู้ป่วยกับผู้ที่สัมผัสโรค (คนกับคน)
 - 2.4 การติดเชื่อในครรภ์



สถานีโทรทัศน์รามามาแซนแนล รับรางวัลดาวเมขลาเกียรติยศ ประจำปี 2557

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถานีโทรทัศน์รามามาแซนแนล ได้รับรางวัลดาวเมขลาเกียรติยศ ประจำปี พ.ศ. 2557 สาขาทีวีดาวเทียมและเคเบิลทีวี ประเภทส่งเสริมสถาบันครอบครัว อาชีพ ภูมิปัญญาและสุขภาพดีเด่น ซึ่งจัดขึ้นโดยกรมประชาสัมพันธ์ และสมาคมผู้สื่อข่าวบันเทิงแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ณ หอประชุมกรมประชาสัมพันธ์

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ จัดประชุมวิชาการประจำปี

“Standard in Diabetes Care 2014”

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ขอเชิญผู้สนใจเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 เรื่อง “Standard in Diabetes Care 2014” ในวันศุกร์ที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2557 เวลา 7.00-15.30 น. ณ ห้องควีนส์ปาร์ก 2 โรงแรมอิมพีเรียล ควีนส์ปาร์ก กรุงเทพฯ ผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2716-5412 หรือ 08-4468-0711 โทรสาร 0-2716-5411 E-mail: dm.thai@diabassocthai.org



ร.พ.ศิริราช ขาดแคลนเลือดสำรองทุกหมู่



ด้วยธนาคารเลือด โรงพยาบาลศิริราช ขาดแคลนเลือดสำรองทุกหมู่ (ธนาคารเลือดไม่มีเลือดเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย) จึงขอเชิญชวนผู้มีจิตศรัทธาร่วมกันบริจาคเลือดได้ที่ ศาลาศิริราช ๑๐๐ ปี วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.30-18.00 น. และวันเสาร์-อาทิตย์ วันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 8.30-16.00 น. สอบถามรายละเอียดได้ที่ ภาควิชาเวชศาสตร์การธนาคารเลือด โทรศัพท์ 0-2419-8081 ต่อ 123, 128



ตาบอด-เนื้อตาย ภัยร้ายฟิลเลอร์

สารเติมเต็ม หรือฟิลเลอร์ ถูกนำมาใช้รักษาทางการแพทย์อย่างแพร่หลาย สามารถใช้ในการรักษาปัญหาผิวพรรณและริ้วรอยอันเนื่องมาจากวัย เช่น ริ้วรอยบริเวณหน้าผาก หางตา และร่องแก้ม โดยการฉีดฟิลเลอร์จะสามารถเติมเต็มโยคอลลาเจนที่หายไป ทำให้บริเวณดังกล่าวตื้นขึ้น สภาพผิวดีขึ้น ใช้ในการแก้ไขปัญหากลายเป็นชนิดผิวบวม เช่น การเกิดแผลบวมจากสิวอักเสบ ซึ่งสามารถใช้ฟิลเลอร์เติมเต็มทำให้แผลบวมดีขึ้น แต่ต้องเลือกชนิดแผลบวมที่เหมาะสมต่อการรักษา โดยแผลนั้นต้องไม่มีพังผืดในบริเวณที่แผลบวม มิฉะนั้นผลการรักษาจะไม่ดีเท่าที่ควร และใช้ฟิลเลอร์ฉีดเพื่อเสริมเนื้อเยื่อผิวหนังให้มีลักษณะนูนเต็มขึ้นกว่าเดิม (augmentation) เช่น เสริมจมูก เสริมคาง ริมฝีปาก หรือฉีดเพื่อทำให้รูปทรงของหน้าดูอวบอิ่มกว่าเดิม

สำหรับผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการฉีดฟิลเลอร์แบ่งออกได้เป็นหลายประเภท ได้แก่ 1. เกิดผื่นแดงบริเวณที่ฉีดฟิลเลอร์ หรือรอยช้ำบริเวณฉีดซึ่งหายได้เอง 2. การเกิดรอยนูน หรือผิวไม่เรียบเนื่องจากเทคนิคการฉีดที่ตื้นเกินไป หรือเลือกใช้ฟิลเลอร์ที่มีขนาดโมเลกุลไม่เหมาะสม และอาการแพ้กรดไฮยาลูโรนิก ซึ่งขึ้นอยู่กับปฏิกิริยาของร่างกายผู้ได้รับการฉีดเอง 3. เกิดปัญหาการเคลื่อนย้าย (migration) เช่น ฉีดดั้งจมูกแล้วฟิลเลอร์เคลื่อนไหลไปที่ปลายจมูก ดังนั้น ถ้าต้องการฉีดฟิลเลอร์เพื่อเสริมคางหรือจมูก ต้องเลือกฟิลเลอร์ที่มีขนาดโมเลกุลใหญ่ เพื่อให้ฟิลเลอร์ชนิดนั้นมีความหนืดเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดปัญหาการเคลื่อนย้ายจากบริเวณที่ฉีด และทำให้มีอายุใช้งานได้ยาวนานขึ้นอีกด้วย 4. อาการแพ้สารฟิลเลอร์ที่ให้ลักษณะเป็นก้อนนูนแดงอักเสบ อาการแพ้ชนิดนี้บางครั้งอาจพบได้ภายหลังการฉีดฟิลเลอร์ผ่านพ้นไปแล้วเป็นเวลาหลายเดือนหรือเป็นปี ขึ้นกับอายุการใช้งานของฟิลเลอร์ชนิดนั้น ๆ 5. การที่ฉีดฟิลเลอร์ผิดตำแหน่งโดยฉีดเข้าไปในหลอดเลือดอาจทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ เกิดเนื้อตายบริเวณที่เส้นเลือดนั้นมาเลี้ยง หรือฉีดฟิลเลอร์แล้วเกิดตาบอด เนื่องมาจากฟิลเลอร์ที่ฉีดเกิดไปอุดตันหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงจอประสาทตา มีผลทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ ซึ่งขณะนี้พบในประเทศไทยและต่างประเทศแล้ว

รศ.นพ.นภดล นพคุณ

นายกสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย กล่าวว่

การฉีดฟิลเลอร์ได้รับความนิยมมากในปัจจุบัน เพราะเห็นผลเร็วและไม่จำเป็นต้องไปผ่าตัดศัลยกรรม โดยเฉพาะการฉีดจมูก ซึ่งสารที่ฉีดในปัจจุบัน

คือ Hyaluronic acid ที่มีอยู่ในผิวหนังของคนเราอยู่แล้ว แต่สิ่งที่นำมาฉีดเป็นการสังเคราะห์ขึ้นมา เมื่อฉีดเข้าไปก็หวังจะไปเติมเต็มร่องรอยต่าง ๆ แต่เดิมคิดว่าสารตัวนี้ปลอดภัย เพราะสามารถละลายหรือสลายไปได้ แต่ปัญหาคือเมื่อมาฉีดที่จมูก ได้ตา อาจจะทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด เพราะบริเวณดังกล่าวมีหลอดเลือดอยู่มาก โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาอาจทำให้ตาบอดได้ ดังนั้น การฉีดบริเวณตรงกลางหน้าคือ สันจมูกและรอบดวงตาจะต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญมากจึงจะฉีดได้ แต่ถึงแม้จะมีความชำนาญก็ยังมีความเสี่ยงอยู่ คือเมื่อฉีดเข้าไปแล้ว สารที่ฉีดเข้าไปอาจไปอุดตันหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงดวงตา ถ้าฉีดมากเกินไปอาจไปกดหรือเบียดทำให้ดวงตาขาดเลือดไปเลี้ยงได้

“การฉีดบริเวณจมูกไม่ควรทำอย่างยิ่ง เพราะอยู่ได้ไม่กี่เดือนก็ต้องฉีดใหม่ ถ้าอยากทำจมูกจริง ๆ การผ่าตัดศัลยกรรมน่าจะดีกว่า เพราะอยู่ได้ถาวรและ



ความเสี่ยงน้อยกว่า ปัญหาที่เรากลัวตอนนี้คือ คนที่รับจ้างฉีดตามคลินิกต่าง ๆ ส่วนใหญ่ไม่ได้มีความชำนาญจริง ๆ เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมระยะสั้น ๆ จากบริษัทยาที่ขายฟิลเลอร์ชนิดนี้ บางคนเพิ่งจบแพทย์มาด้วยซ้ำ ยังไม่ได้รับการอบรมอะไรเลยก็ไปฉีดให้บริการผู้ป่วยแล้ว ซึ่งผู้ป่วยก็ไม่รู้ คิดว่าพอเป็นแพทย์ก็สามารถทำได้ทั้งนั้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่มักจะพบเห็นอยู่เป็นประจำ กรณีมีหมอเตือนให้บริการฉีดฟิลเลอร์และผู้ป่วยก็ไปซื้อยาตามอินเทอร์เน็ตมาฉีด คือสารบางตัวมีความเข้มข้นสูง ถ้าไปฉีดบริเวณจมูกซึ่งใกล้กับดวงตาอาจไปอุดตันหรือกดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงดวงตาและอาจทำให้ตาบอดได้”

รศ.พญ.รังสิมา วณิชภักดีเดชา ผู้ช่วย

ประชาสัมพันธ์ สมาคมแพทย์

ผิวหนังแห่งประเทศไทย กล่าว

ว่า ฟิลเลอร์แบ่งออกได้เป็นหลายรูปแบบ ได้แก่ 1. แบบชั่วคราว (Temporary filler) มีอายุใช้งานประมาณ 4-6 เดือน แต่มีความปลอดภัยสูง สลายตัวได้เองตามธรรมชาติ

2. แบบกึ่งถาวร (Semi Permanent filler)

มีอายุใช้งานประมาณ 2 ปี มีความปลอดภัยปานกลาง และ 3. แบบถาวร (Permanent filler) เช่น ซิลิโคน หรือ พาราฟิน หลังฉีดแล้วจะอยู่ในผิวหนังตลอดไป ไม่สลายตามธรรมชาติ มักพบผลข้างเคียงระยะยาว

สำหรับฟิลเลอร์ที่ใช้ฉีดเข้าใต้ผิวเพื่อเพิ่มปริมาตรของใบหน้า ทำให้ใบหน้าดูอ่อนเยาว์หรือเพื่อลดริ้วรอยบนใบหน้าที่เป็นร่องลึก ที่นิยมใช้ที่สูงสุดในปัจจุบันคือ Hyaluronic acid หรือ HA เนื่องจากมีคุณสมบัติคือไม่ทำให้เกิดการแพ้ มีความคงตัว และอยู่ในร่างกายได้เป็นเวลานาน อีกทั้งยังสามารถเสื่อมสลายไปเอง ไม่เกิดปัญหาสะสมในร่างกาย ในประเทศไทยมีเพียง Hyaluronic acid เท่านั้นที่ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ให้ใช้ได้อย่างปลอดภัย

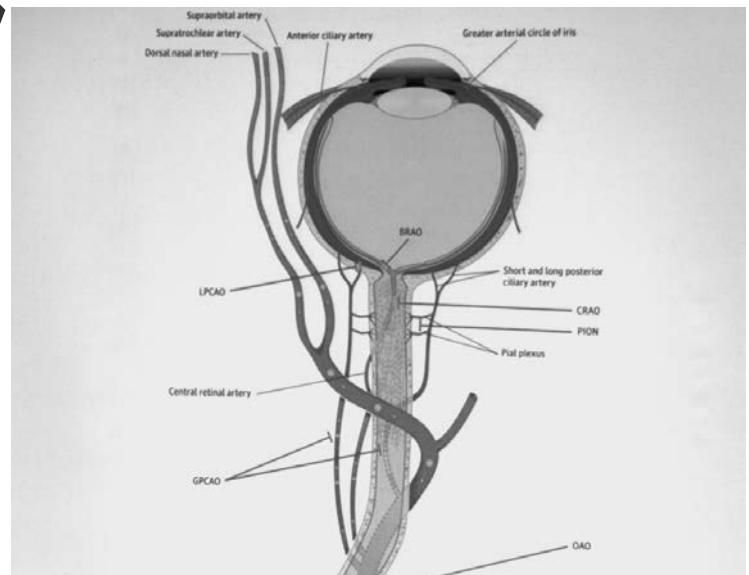
“ตำแหน่งที่นิยมฉีดฟิลเลอร์ คือบริเวณทั่วใบหน้า ตั้งแต่หว่างคิ้ว แก้ม ร่องแก้ม ร่องน้ำตา และริมฝีปาก ยิ่งในระยะหลังมานี้การปรับรูปหน้าสไตส์เกาหลีกำลังเป็นที่นิยม ทำให้มีคนที่ต้องการเสริมจมูกและคางด้วยการฉีดฟิลเลอร์มากขึ้นตามไปด้วย เพราะเห็นว่าเป็นวิธีที่ค่อนข้างง่าย ไม่เจ็บ บวม ช้ำ และไม่ต้องผ่าตัด โดยในปัจจุบันคนไข้จะเป็นฝ่ายเดินเข้ามาถามแพทย์เกี่ยวกับการฉีดฟิลเลอร์ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะได้ศึกษาข้อมูล อ่านรีวิวมาในระดับหนึ่ง ซึ่งเมื่อมีการให้บริการฉีดฟิลเลอร์มากขึ้นก็กลับพบผลข้างเคียงที่มากขึ้นตามไปด้วย”

รศ.พญ.รังสิมา กล่าวอีกว่า ขณะนี้มีเคสคนไข้ที่ได้รับผลข้างเคียงส่งต่อเข้ามา หรือคนไข้มาด้วยตัวเองเป็นจำนวนมาก โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ผื่นแดง รอยช้ำ ซึ่งจะหายได้เองภายใน 2 อาทิตย์ แต่ผลข้างเคียงหนึ่งที่พบบ่อยคือ อุดรทางการเกิดไม่ถึง 1% แต่เมื่อพบแล้วเป็นปัญหา ได้แก่ เกิดรอยนูนหรือผิวไม่เรียบ ซึ่งเกิดจากการฉีดฟิลเลอร์ผิดชนิด ฉีดในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม หรือเกิดการอักเสบติดเชื้อตามรอยบริเวณที่ฉีด รวมถึงอาจเกิดการแพ้ฟิลเลอร์ที่มีลักษณะเป็นก้อนนูนแดงอักเสบได้ โดยในบริเวณที่ฉีดจะบวมแดง เช่น ฉีดจมูกจะไปบวมรอบดวงตา คนไข้จึงมาด้วยอาการตาบวม จมูกบวม ซึ่งสามารถรักษาได้โดยการฉีดสลาย แต่ผลข้างเคียงร้ายแรงกว่านั้นคือการเกิดเนื้อตาย เป็นผิวหนังที่ขาดเลือดมาเลี้ยงและเป็นแผล เมื่อสะเก็ดหลุดลอกมักจะกลายเป็นแผลหลุมลึกตามมา เช่น ที่บริเวณปลายจมูก และหน้าผาก ซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด



ตาบวม

เนื้อตาย



ภาพเส้นเลือกรอบดวงตา

“การเกิดเนื้อตายมักจะเกิดจากการฉีดฟิลเลอร์เข้าเส้นเลือดโดยตรง เช่น เส้นเลือดบนใบหน้า เวลาที่ฉีดยาเข้าไปบนผิวหนัง เมื่อถึงเข็มออกและมีเลือดติดเข็มออกมาด้วย นั่นแสดงว่าเราฉีดฟิลเลอร์เข้าเส้นเลือดโดยตรง ซึ่งในจุดนี้แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมอย่างดีจะรู้ว่าไม่ควรฉีดเข้าไปในตำแหน่งนั้น ควรฉีดเข้าไปในตำแหน่งอื่นที่ไม่เจอเส้นเลือด เพราะฉะนั้นถ้าหากคนไข้ฉีดฟิลเลอร์ไปแล้วเกิดเป็นแผลดำ วินิจฉัยได้ง่าย ๆ ว่าเกิดเนื้อตายอย่างแน่นอน แต่เนื้อตายที่เกิดขึ้นในตอนแรกอาจจะดูไม่รุนแรงนัก มีลักษณะเป็นตุ่มหนอง ทำให้คนไข้คิดว่าเป็นแค่สิ่ว หรือบางทีแพทย์ที่ไม่ชำนาญก็อาจจะไม่ทราบว่าเป็นอาการเริ่มแรกของเนื้อตาย”

ปัจจุบันมีวารสารทางการแพทย์อย่างน้อย 41 เรื่อง รายงานผู้ป่วยรวมถึง 61 รายที่เกิดผลข้างเคียงอย่างรุนแรงหลังการฉีดสารเติมเต็ม โดยตำแหน่งที่ฉีดแล้วทำให้เกิดเนื้อตายได้บ่อยที่สุดคือ จมูก (33.3%) และร่องแก้ม (31.2%) และตำแหน่งที่ฉีดแล้วทำให้เกิดตาบอดได้บ่อยที่สุดคือ หว่างคิ้ว (58.3%) และร่องแก้ม (33.3%) จากวารสารทางการแพทย์พบมีรายงานผู้ป่วยตาบอดจากการฉีดฟิลเลอร์ในประเทศเกาหลี 44 ราย และในสหรัฐอเมริกา 3 ราย ในประเทศไทยไม่เคยมีรายงานในวารสารทางการแพทย์ แต่มีการยืนยันผู้ป่วยแล้ว 8 ราย

อย่างไรก็ตาม การฉีดเสริมดังจมูกหรือในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ขอให้พิจารณาศึกษาหาข้อมูล ทั้งสถานที่ที่จะรับบริการ สารที่แพทย์จะฉีดให้ และตัวแพทย์ที่ฉีดด้วย ถึงแม้ว่าผลข้างเคียงที่ร้ายแรงพบได้ไม่บ่อย แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีอันตรายมาก และแม้ว่าสารที่ฉีดได้มาตรฐานผ่านการรับรองจาก ออย ใช้เครื่องมืออุปกรณ์การฉีดที่ได้มาตรฐาน แต่ผู้ที่ฉีดขาดการชำนาญ หรือแม้กระทั่งผู้ที่มีความชำนาญผิดจุดต้องตมหลักวิชาทุกประการ แต่ผู้รับบริการที่ลักษณะทางกายวิภาคผิดไปจากที่ควร เช่น อาจได้รับอุบัติเหตุมีพังผืด หรือเคยเสริมจมูกมาแล้ว หรือเป็นความแปรผันของเส้นเลือดที่แต่ละคนไม่เหมือนกัน ก็เป็นสาเหตุของผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายได้

ทั้งนี้ขอควรระวังสำหรับการเลือกใช้สารเติมเต็มเพื่อความสวยงาม คือ 1. ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางก่อนทุกครั้ง 2. เลือกใช้บริการกับคลินิกที่มีมาตรฐานและได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และกฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. 2545) อย่างถูกต้อง 3. ไม่ควรใช้สารอื่น ๆ ที่ไม่แน่ใจในมาตรฐานและความปลอดภัยมาฉีดเป็นอันตรายในประเทศไทยได้จัดประเภทของสารเติมเต็ม

หรือฟิลเลอร์ไว้เป็นยา การนำเข้าต้องผ่านการขึ้นทะเบียนกับสำนักงาน ออย. ซึ่งได้รับเพียงไม่กี่ชนิด ฟิลเลอร์ทั้งหมดที่ผ่านการรับรองจาก ออย. ในปัจจุบันจะเป็น Hyaluronic acid ทั้งสิ้น โดยสามารถตรวจสอบข้อมูลของสารเติมเต็มได้ที่ ออย. หรือที่เว็บไซต์ <http://fdaolap.fda.moph.go.th/logistics/drgdrug/DSerch.asp?id=drug> และการฉีดสารเติมเต็มต้องฉีดโดยแพทย์เท่านั้น ซึ่งสามารถตรวจสอบรายชื่อแพทย์ได้ที่ http://www.tmc.or.th/service_check.php และสามารถตรวจสอบรายชื่อแพทย์ผิวหนังได้ที่ http://www.dst.or.th/html/index.php?op=article-search_md

ด้าน นพ.ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข ประธานราชวิทยาลัย

จักษุแพทย์แห่งประเทศไทย กล่าวว่า ลักษณะกายวิภาค

ของเส้นเลือดแดงบนใบหน้าของคนเรานั้น ประกอบด้วยแขนงแยกย่อยมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีแขนงเชื่อมกับเส้นเลือดหลักที่เลี้ยงดวงตาทั้งลูกเมื่อสารฟิลเลอร์เข้าสู่กระแสเลือด หากไปอุดตันตำแหน่งที่เป็นเส้นเลือดหลักที่เลี้ยงดวงตา โดยเฉพาะเส้นเลือดแดงหลักที่เลี้ยงจอประสาทตาทั้งหมด จอประสาทตาก็จะขาดเลือด ซึ่งจะต้องการการรักษาจากจักษุแพทย์ภายใน 90 นาที เซลล์รับแสงของจอประสาทตาจึงจะไม่ตายอย่างถาวร การอุดตันของเส้นเลือดแดงหลักที่เลี้ยงจอประสาทตานี้เกิดขึ้นได้ไม่ว่าจากฟิลเลอร์ชนิดไหน แม้ฟิลเลอร์ที่ทำจากไขมันของตนเอง



อย่างไรก็ดี แม้บางคนใช้ฟิลเลอร์อุดตันของเส้นเลือดแดงหลักที่เลี้ยงจอประสาทตาจากสารฟิลเลอร์จะมาถึงถึงจักษุแพทย์ภายใน 90 นาที ก็ยังรักษาให้การมองเห็นกลับคืนมาได้ยากมาก และปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานในการรักษานี้จากสารฟิลเลอร์ มีเพียงการรักษาแบบประคับประคอง เช่น การพยายามลดความดันตา การพยายามเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดในตา การขยายหลอดเลือดแดงด้วยยาต่าง ๆ ได้แต่การให้ออกซิเจนผสมคาร์บอนไดออกไซด์ โดยหวังให้ฟิลเลอร์เคลื่อนหลุดไปจากตำแหน่งที่อุดตัน ซึ่งโอกาสสำเร็จมีน้อยมาก

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า คนไข้ที่มีการอุดตันของเส้นเลือดแดงหลักที่เลี้ยงจอประสาทตาจากสารฟิลเลอร์มักจะมีผิวหนังตายบริเวณใบหน้าใกล้เคียงกับดวงตา ร่วมด้วย ซึ่งน่าจะเกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดสาขาเดียวกัน สำหรับประเทศไทยมีคนไข้ 1 รายที่มีการอุดตันของเส้นเลือดแดงหลักของจอประสาทตาในตาสองข้าง ทำให้ตาบอดทั้งสองข้างหลังจากการฉีดฟิลเลอร์ไม่กี่นาที และยังมีคนไข้อยู่อีก 1 รายที่นอกจากจะมีการอุดตันของเส้นเลือดแดงหลักที่เลี้ยงจอประสาทตาแล้ว ยังมีการอุดตันของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนหน้าของดวงตาอีกด้วย การอุดตันของเส้นเลือดแดงหลักที่เลี้ยงจอประสาทตานั้น ด้านหน้าของดวงตาจะแลดูปกติ แต่จะมองไม่เห็น แต่ถ้าเกิดการอุดตันที่เลี้ยงส่วนหน้าของดวงตาดังกล่าวจะทำให้กระจกตาขุ่นมัว เยื่อตาบวม เกิดการอักเสบของดวงตา อาจจะทำให้ดวงตาฝ่อเล็กลง ไม่ทำงาน จนต้องควักลูกตาออก บางรายสารฟิลเลอร์อาจเข้าไปอุดตันที่เส้นเลือดในสมองได้

การฉีดฟิลเลอร์นับเป็นการทำหัตถการทางการแพทย์อย่างหนึ่ง ซึ่งการทำหัตถการทางการแพทย์แทบทุกประเภทมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ แต่จะมีโอกาสเกิดและมีความรุนแรงมากน้อยต่างกัน กรณีที่เกิดตาบอดขึ้นนี้นับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมาก ก่อนรับการฉีด ผู้รับการฉีดจะต้องรับรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนนี้และพึงตระหนักว่าประโยชน์ที่คิดว่าจะได้จากการฉีดฟิลเลอร์นั้นคุ้มค่ากับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย จัดประชุมวิชาการ Standard in Diabetes Care 2014

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จัดงานประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 ในหัวข้อ Standard in Diabetes Care 2014 ในวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องควีนส์ปาร์ก 2 โรงแรม อิมพีเรียล ควีนส์ปาร์ก กรุงเทพฯ เพื่ออัปเดตองค์ความรู้และแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบาหวานใหม่

ศ.คลินิก นพ.ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ ประธานฝ่ายวิชาการ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ กล่าวว่า ปัจจุบันสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยไม่ได้แตกต่างจากทั่วโลก พบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ถึงแม้อุบัติการณ์รายใหม่จะไม่ได้เพิ่มขึ้นก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีอายุยืนยาวมากขึ้น จึงทำให้มีประชากรที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นนั่นเอง ดังนั้น สิ่งสำคัญที่สุดในการรณรงค์เรื่องโรคเบาหวานในปัจจุบันจึงไม่ได้เน้นแค่การรักษาเท่านั้น แต่ต้องเน้นเรื่องการป้องกันด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดเป็นโรคเบาหวาน ปัจจุบันมีองค์ความรู้ว่าการป้องกันโรคเบาหวานสามารถทำได้ ถ้าควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

โดยบทบาทของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ มีอยู่ 2 ส่วนด้วยกัน ประกอบด้วยบทบาทต่อประชาชน มีจุดประสงค์ที่จะให้ความรู้ รณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาที่ถูกวิธีในโรคเบาหวาน และบทบาทสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความรู้และเป็นแหล่งที่ให้เอกสารอ้างอิงต่าง ๆ ของโรคเบาหวาน โดยเฉพาะโรคเบาหวานในประเทศไทย

สำหรับการประชุมวิชาการประจำปีของทางสมาคมฯ ซึ่งจัดเป็นประจำทุกปี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ใหม่ ๆ ที่ทันสมัยเพื่อให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์นำไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างถูกต้อง โดยหัวข้อหลักในปีนี้เป็นคือ Standard in Diabetes Care 2014 เนื่องจากในปีนี้ทางสมาคมฯ ได้ออกแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบาหวานขึ้นมาใหม่ ซึ่งอัปเดตจากแนวทางเวชปฏิบัติที่เคยมีอยู่แล้ว โดยจะออกในช่วงเดือนสิงหาคม พร้อมกับการประชุมวิชาการ ดังนั้น เนื้อหาของการประชุมวิชาการครั้งนี้จะเลือกเฉพาะในส่วนที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในแนวทางเวชปฏิบัติใหม่

โดยหัวข้อที่น่าสนใจ ได้แก่ **การดูแลรักษาโรคเบาหวานด้วยการใช้ยา** เพราะปัจจุบันแม้ว่าจะมียาใหม่ ๆ ในการรักษาโรคเบาหวานอยู่หลายตัว แต่แพทย์จำเป็นจะต้องคำนึงถึงเรื่องของค่าใช้จ่ายด้วย ซึ่งในแนวทางเวชปฏิบัติใหม่ได้มีการปรับปรุงเนื้อหาของการใช้ยาให้เหมาะสม **เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์** ซึ่งถือเป็นหัวข้อที่



ศ.คลินิก นพ.ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์

น่าสนใจขณะนี้ **การรักษาโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน** ไม่ว่าจะเป็นทางด้านตา ไต หัวใจ หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากมีองค์ความรู้ใหม่ ๆ เกิดขึ้นในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา

ที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคแทรกซ้อนดังกล่าว โดยเฉพาะการใช้ยาลดไขมันในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน การใช้ยาลดความดันโลหิตต่าง ๆ เป็นต้น ส่วนอีกหัวข้อหนึ่งแม้ไม่ได้อยู่ในแนวทางเวชปฏิบัติ แต่ก็น่าสนใจเช่นกันคือ **ความรู้หรือความเชื่อในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน** จะบรรยายเกี่ยวกับความเชื่อในแง่ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่าง ๆ ทั้งเรื่องสมุนไพร หรือวิธีการรักษา ซึ่งไม่ได้เป็นวิธีมาตรฐานว่าสามารถใช้ได้จริงหรือไม่ เพื่อตอกย้ำว่าอะไรที่มีหลักฐานที่ชัดเจนในการรักษาโรคเบาหวาน โดยวิทยากรที่มาบรรยายส่วนใหญ่จะเป็นกรรมการบริหารของทางสมาคมฯ และยังมีวิทยากรจากภายนอกซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์อีกหลายท่าน นอกจากกิจกรรมการประชุมวิชาการในห้องประชุมแล้ว ยังมีการออกบูธของบริษัทฯ เวชภัณฑ์ต่าง ๆ รวมทั้งบริษัทที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานด้วย

“กลุ่มเป้าหมายของการประชุมวิชาการครั้งนี้คือ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ทางเวชปฏิบัติ โดยผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับความรู้ใหม่ ๆ โดยเฉพาะในปีเน้นเรื่องของความรู้ในทางเวชปฏิบัติโดยตรง เพราะฉะนั้นผู้ที่เข้าร่วมประชุมโดยเฉพาะแพทย์ทางเวชปฏิบัติจะได้รับความรู้ใหม่ ๆ ที่สามารถจะนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสมต่อไป” ศ.คลินิก นพ.ชัยชาญ กล่าวทิ้งท้าย

สำหรับผู้สนใจที่จะเข้าร่วมประชุมวิชาการครั้งนี้ สามารถลงทะเบียนได้ที่สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ โดยสมาชิกตลอดชีพของทางสมาคมฯ สามารถเข้าร่วมประชุมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่วนอัตราค่าสมัคร (สมาชิกสามัญ) 800 บาท และผู้ที่ไม่ใช่สมาชิก 1,000 บาท ปิดรับสมัครภายในวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2557 สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 08-4468-0711, 0-2716-5411-2 โทรสาร 0-2716-5411 E-mail: dm.thai@diabassocthai.org, www.diabassocthai.org

ดร.นพ.เกริกวิชช์ ศิลปวิทยาทร

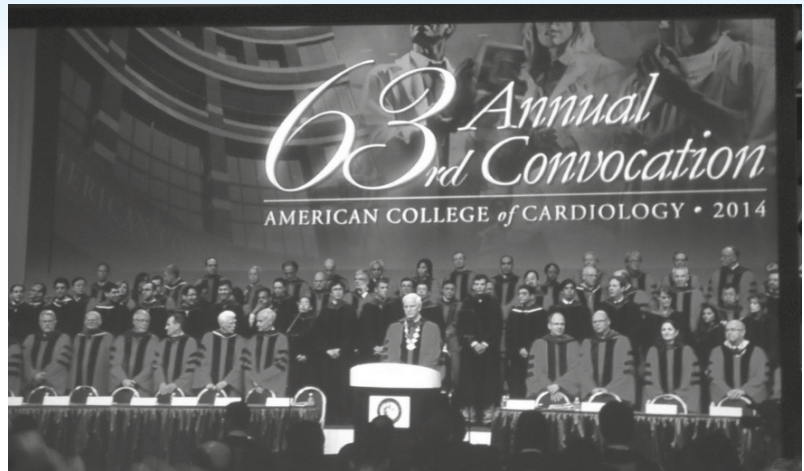
แพทย์ไทยเจ้าของรางวัลรองชนะเลิศ นักวิจัยรุ่นใหม่ที่สหรัฐอเมริกา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสิ่งที่หลาย ๆ คนไม่ควรมองข้าม เพราะอาจส่งผลถึงชีวิตของผู้ป่วยถ้าได้รับการรักษาที่ไม่ทันท่วงที และถึงแม้ว่าปัจจุบันวิธีการรักษาทางการแพทย์จะมีความเจริญก้าวหน้าไปมาก แต่การศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อหาแนวทางการรักษาใหม่ ๆ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยก็ยังคงมีความสำคัญและมีความจำเป็นที่ขาดไปเสียไม่ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มคนไข้ที่ต่างรอความหวังให้ตัวเองได้หายจากความเจ็บป่วยจากความทุกข์ทรมานของโรค หรืออย่างน้อยก็ทำให้พวกเขาได้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนี้หลาย ๆ ผลงานที่ประสบความสำเร็จไม่ได้เป็นที่รู้จักและยอมรับเฉพาะแค่เพียงในประเทศไทยเท่านั้น แต่ยังเป็นที่ยอมรับในระดับสากล อีกทั้งยังเป็นตัวอย่างที่ดีแก่นักวิจัยท่านอื่น ๆ ในการที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาเครือข่ายวิจัยให้เข้มแข็งและสร้างผลงานวิจัยที่มีประโยชน์ต่อการสาธารณสุขของไทย เหมือนดังเช่นผลงานวิจัยของ **ดร.นพ.เกริกวิชช์ ศิลปวิทยาทร นักวิจัยทุนพัฒนา**

ศักยภาพในการทำงานวิจัยของอาจารย์รุ่นใหม่ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) อาจารย์ประจำศูนย์วิจัยและฝึกอบรมสาขาโรคทางไฟฟ้าของหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แพทย์ไทยผู้ซึ่งได้รับรางวัลรองชนะเลิศในการแข่งขันชิงรางวัลนักวิจัยรุ่นใหม่ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา ในสาขาสรีรวิทยา พยาธิวิทยา และเภสัชวิทยา ประจำปี พ.ศ. 2557 ณ กรุงวอชิงตัน ดีซี ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นเวทีระดับโลกที่คัดเลือกผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือดจากทั่วโลกให้เหลือเพียง 5 เรื่อง เพื่อเข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัยในงานประชุมวิชาการประจำปีของสมาคมฯ โดยมีคู่แข่งจากโรงเรียนแพทย์ที่มีชื่อเสียงของสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ อาทิ มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และมหาวิทยาลัยอิมพีเรียล คอลเลจ ลอนดอน ทั้งนี้ นับเป็นครั้งแรกในรอบกว่า 63 ปีที่มีผลงานที่ทำในประเทศไทยตลอดทั้งโครงการ ถูกคัดเลือกให้เข้าร่วมนำเสนอในเวทีแห่งนี้



ดร.นพ.เกริกวิรัช สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ. 2547 และสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอกจาก Case Western Reserve University ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ. 2554 หลังจากนั้นได้กลับมาเป็นอาจารย์ประจำศูนย์วิจัยและฝึกอบรมสาขาโรคทางไฟฟ้าของหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากแหล่งทุนทั้งจากภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย อาทิ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทุนสนับสนุนอาจารย์รุ่นใหม่จากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) นอกจากนี้ **ดร.นพ.เกริกวิรัช** ยังเคยได้รับรางวัลทั้งในระดับชาติและนานาชาติ อาทิ American Heart Association Pre-Doctoral Fellowship Award, Doctoral Excellence Award (Physiology and Biophysics), Anandhamahidol Supporting Scholar Award, TRF-CHE Research Grant for New Scholar และ Outstanding TRF Research of the Year 2012 เป็นต้น นอกจากนี้ **ดร.นพ.เกริกวิรัช** ยังมีผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการในระดับนานาชาติ จำนวนทั้งสิ้นกว่า 20 เรื่อง อาทิ Journal of Biological Chemistry, Heart Rhythm, Circulation Cardiovascular Genetics และ Journal of Clinical Investigation เป็นต้น



“ภาวะขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดจากการที่ปล่อยเลือดกลับไปแล้วใหม่” ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่สามารถป้องกันภาวะนี้ได้ถ้อยว่ามีประสิทธิภาพจึงเป็นที่มาของงานวิจัยชิ้นนี้

สำหรับผลงานวิจัยของ **ดร.นพ.เกริกวิรัช** ที่ได้รับรางวัลในครั้งนี้ ได้พัฒนาวิธีการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบใหม่โดยอาศัยวิธีการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสซึ่งเป็นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 บริเวณลำคอ เพื่อลดปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจตายในกรณีที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งนี้ข้อมูลจากสถาบันโรคทรวงอกพบว่า ระหว่างปี พ.ศ.

2548-2552 คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจต้องนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยวันละ 1,185 ราย โดยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดประมาณ

470 รายต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน ขณะที่สหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยใหม่ที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่า 1 ล้านคนต่อปี แสดงให้เห็นว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่พบได้ทั่วโลก โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการแน่นบริเวณหน้าอกอย่างรุนแรง เหงื่อออก ใจสั่น ปวดร้าวไปบริเวณกราม แขนซ้ายหรือบริเวณสะบักหลัง ผู้ป่วยบางรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่คล้ายกับอาการที่พบในผู้ป่วยโรคกระเพาะหรือกรดไหลย้อน

“สาเหตุของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากการตีบหรืออุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งวิธีการรักษาในปัจจุบันสามารถทำได้โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการสวน

หลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น เพื่อรักษาการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงบริเวณ กล้ามเนื้อหัวใจและป้องกันการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อย่างไรก็ตาม การที่ ปลอ่ยให้เลือดไหลกลับเข้าไปเลี้ยงในบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่มีการขาดเลือดอยู่นั้น อาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อหัวใจได้โดยตรง และทำให้เกิดการตาย ของกล้ามเนื้อหัวใจตามมาได้ ซึ่งเรียกว่า “ภาวะบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจ ที่ขาดเลือดจากการที่ปลอ่ยเลือดกลับไปแล้ว” ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษา ที่สามารถป้องกันภาวะนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นที่มาของงานวิจัยชิ้นนี้”

นอกจากนี้ทีมผู้วิจัยพบว่าการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสบริเวณลำคอ สามารถลดปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ถึงร้อยละ 59 ในหัวใจของสัตว์ทดลอง ที่ถูกเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะมีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้นถ้าปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจตายมีขนาดใหญ่ และหากรอดชีวิตมาได้ก็มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะหัวใจ ล้มเหลวตามมา ซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีค่าใช้จ่ายตามมาอีกมาก ดังนั้น ถ้าแพทย์สามารถลดปริมาณกล้ามเนื้อ หัวใจตายลงได้ก็จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ ทำให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เทคนิคการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสบริเวณลำคองี้ ปัจจุบันใช้ในการ รักษาผู้ป่วยโรคลมชักที่ต่อต้านการรักษาด้วยยาและโรคซึมเศร้า เป็นต้น ในส่วนของ โรคหัวใจได้มีการเริ่มนำเอาเทคนิคนี้มาทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลว ซึ่งผลการศึกษาเบื้องต้นเป็นที่น่าพอใจ อย่างไรก็ตาม ยังไม่ได้มีการนำเอา เทคนิคนี้มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลงาน วิจัยขั้นต้นของทีมวิจัยจึงแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะนำเทคนิคการกระตุ้น เส้นประสาทเวกัสนี้มาใช้ในการผู้ป่วยภาวะดังกล่าว โดยผลงานวิจัยนี้ได้รับการ ตีพิมพ์ในวารสารฮาร์ตริทึม ซึ่งเป็นวารสารวิชาการอันหนึ่งในสาขาโรคทาง สรีรวิทยาไฟฟ้าของหัวใจเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ด้าน ศ.(เชี่ยวชาญพิเศษ) ดร.นพ.นิพนธ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมสาขาโรคทาง ไฟฟ้าของหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่เปิดเผยว่า รู้สึกภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่งที่ นักวิจัยไทยสามารถนำผลงานวิจัยของเมืองไทยไป แข่งขันและได้รับรางวัลระดับโลก ความสำเร็จครั้งนี้ นอกจากจะนำชื่อเสียงมาสู่ประเทศไทยแล้ว ยัง เป็นการยกระดับมาตรฐานงานวิจัยของประเทศไทย ให้ขึ้นไปเทียบเท่ามาตรฐานโลกอีกด้วย แต่ที่สำคัญ ที่สุดก็คือ ผลงานวิจัยชิ้นนี้เป็นโอกาสในการ รักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้มี ประสิทธิภาพสูงขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อผู้ป่วยในอนาคตอันใกล้

สำหรับสืบไปต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับทุนวิจัยและฝึกอบรมสาขาโรคทาง ไฟฟ้าของหัวใจคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สามารถเข้าไปดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.medicine.cmu.ac.th/center/cert/>





ชีพจร

การตรวจชีพจรสามารถช่วยบอกอะไรได้หลายอย่าง ทุก ๆ คนควรหัดจับ (คลำ) ชีพจรให้เป็น ชีพจรเกิดขึ้นจากการที่หัวใจบีบตัว ขับเลือดออกไปทั่วร่างกาย ชีพจรคือ “คลื่น” ของเลือดที่ถูกบีบออกมาจากหัวใจ (สีนํ้าม) เวลาแพทย์ตรวจร่างกายมักจะตรวจชีพจรที่ข้อมือ ซึ่งจะอยู่ตำแหน่งที่ฐานหัวแม่มือที่ข้อมือ โดยใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง นิ้วหัวแม่มือ ชีพจรจะคลำได้ที่ด้านนอก แต่ในการกู้ชีพ ที่หัด คลำชีพจรที่ดีที่สุดคือ ที่คอ หรือ carotid pulse ชีพจรที่ข้อมือ เรียกว่า radial pulse

ผมอยากให้ประชาชนทุก ๆ คนจับชีพจรเป็น อยากให้ทุก ๆ คนเรียนรู้เรื่องการกู้ชีพ เพราะบ้านเรามีคนเสียชีวิตมากมาย จากการที่เราขาดผู้ที่ช่วยทำการกู้ชีพ แม้แต่ในสถานที่แข่งกีฬา ระดับชาติ บางแห่งยังไม่มีบุคลากร เครื่องมือกู้ชีพ แม้กระทั่งที่สนามบาสเกตบอล ซึ่งเป็นสนามบาสที่คนไทยภูมิใจที่สุด และที่ชาวต่างประเทศชื่นชม (ในหลาย ๆ ด้าน) ยังไม่มีเครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า (AED) เลย แต่จากการประชุมที่วอลล์สตรีท ผมได้เสนอไปแล้วให้มี และทราบว่าการทำอากาศยานจะจัดซื้อเครื่องนี้ประมาณ 10 เครื่อง ซึ่งก็ยังไม่พอ แต่ก็ดีกว่าไม่มีเลย

ด้วยเหตุนี้เองผมจึงอยากได้อันนี้ไทยทุก ๆ คนเรียนรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การกู้ชีพ (บีบหัวใจและเป่าอากาศเข้าปากผู้ป่วย) โดยเริ่มจากทุก ๆ คนที่มีใบขับขี่ก่อน จากคนที่ขับรถสาธารณะ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ทหาร พลเรือนทุกนาย แล้วค่อย ๆ เพิ่มไปจนประชาชนทุก ๆ คนสามารถทำได้

การคลำชีพจรในยามปกติอาจคลำที่ข้อมือ (radial pulse) ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น หลักการง่าย ๆ คือ ใช้มือซ้ายตัวเองหงาย แล้ววางไปด้านหน้า และใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง ทั้งสาม (บางคนใช้ 2 นิ้ว นิ้วชี้ และนิ้วกลาง) วางตามแนวด้านข้างของข้อมือซ้าย (โคนนิ้วโป้งเรียงกัน โดยคว่านิ้วมือขวา) จะห่างจากริมข้อมือที่ห่างจากด้านข้าง ๆ มา 1 เซนติเมตร กดนิ้วลงไปทั้ง 3 นิ้ว จะรู้สึกได้ถึงหลอดเลือดที่อยู่ตรงนั้นเต้นกระดอนขึ้นตามจังหวะการเต้นของหัวใจ ซึ่งความจริงก็คือ “คลื่นเลือด” ที่ถูกดัน

ออกมาจากหัวใจ เมื่อท่านคลำชีพจรได้แล้ว ควรหัดนับว่าชีพจรเต้นกี่ครั้งต่อนาที ควรวัดเป็นนาทีจะได้จำนวนครั้งที่หัวใจเต้นอย่างใกล้ชิดความจริง ถ้าวัด 10 วินาที และคูณด้วย 6 อาจไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริง โดยเฉพาะเวลาที่แพทย์ต้องการที่จะตรวจดูว่าหัวใจเต้นเป็นจังหวะที่ปกติหรือไม่

ชีพจรปกติส่วนใหญ่จะเป็นระหว่าง 60-80 ครั้ง/นาที แต่ผู้ที่หัวใจแข็งแรง ซึ่งเป็นนักกีฬาวิ่งทน อาจมีชีพจรที่เต้นเพียง 40 ครั้ง/นาที ผู้ที่หัวใจแข็งแรงมักมีชีพจรอยู่ในทางที่ต่ำคือ 40-60 ครั้ง/นาที ผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกายเลยอาจมีหัวใจเต้นที่ 70-80 ครั้ง/นาที ผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยการเดินเร็ว ๆ วิ่ง ว่ายน้ำ ฝึกโยคะ ยาน เต้นแอโรบิก วันละ 30 นาที 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ หลังจากทำไป 3 เดือน ชีพจรอาจเต้นเพียง 50-60 ครั้ง/นาทีเท่านั้น

นอกจากนับจำนวนครั้งที่หัวใจ (ชีพจร) เต้นต่อนาทีแล้ว ควรพยายามคลำว่าชีพจรเต้นเป็นจังหวะที่สม่ำเสมอหรือไม่ ปกติหัวใจจะเต้นอย่างสม่ำเสมอ (regular) แต่ถ้าหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (irregular) ควรพยายามคลำให้ได้ว่ามันเต้นไม่เป็นจังหวะเลย (completely irregular หรือ irregularly irregular) หรือมันเต้นสม่ำเสมอ เช่น เต้น 1, 2, 3, 4 แล้วชีพจรเว้นวรรคไปนิดหนึ่งหรือมาเร็วไปนิดหนึ่ง ถ้ายังมีจังหวะที่สม่ำเสมอ แต่มีผิดจังหวะบ้าง ก็อาจนึกถึง premature atrial contraction (PAC) หรือการบีบตัวของห้องหัวใจส่วนบนก่อนเวลาอันควร ถ้าเป็นกรณีนี้อาจพบได้ในคนหนุ่มสาวที่แข็งแรง และอาจพบได้ในคนที่ดื่มชา กาแฟ น้ำหวานที่มีคาเฟอีนมาก หรือคนที่เป็นโรคหัวใจ อย่างไรก็ตาม เพื่อความปลอดภัย ถ้ารู้สึกชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอควรไปพบแพทย์ ถ้าชีพจรเต้นไม่เป็นจังหวะเลย คือ completely irregular ควรนึกถึง atrial fibrillation (AF) ซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ จึงควรต้องรีบไปพบแพทย์ ผู้ที่มี AF อาจไม่มีอาการอะไรเลย แต่ถ้าหัวใจเต้นเร็วมากจนหัวใจไม่สามารถทำหน้าที่เป็นปั๊มได้ อาจหน้ามืดจะเป็นลม ฯลฯ หรือเมื่อคลำชีพจรจะรู้สึกวูบวาบเร็วมาก

ฉันเคยไปร่วมประชุมอบรมเรื่องการพัฒนาคุณภาพที่วิทยาลัยแห่งหนึ่งในเมือง Hyderabad ณ ประเทศอินเดียนาน 2 เดือน ตอนอยู่อินเดียฉันฉันมักแก้เหงาด้วยการเดินดูแผงขนมที่ขายอยู่ตามทางเดิน ขนมเหล่านี้มักมีรสชาติหวาน แต่ก็ไม่หวานเท่ากับอธยาศัยของคนอินเดีย ซึ่งทำให้คนแปลกถิ่นรู้สึกคลายเหงาได้ไม่น้อยแม้ว่าจะคุยกันไม่รู้เรื่องก็ตาม



สำหรับขนมอีกชนิดหนึ่ง.....
ชาด....เป็นการเอาแป้งกลมที่ทอดเอาไว้
แล้วมาขยี้ในกระทะแล้วตักใส่ที่ผัดเอาไว้แล้ว

ลูกกลม หรือเอาหอมแดงมาชุบแป้งทอด
ดังเช่น หอมแดงชุบแป้งทอด เรียกว่า
Vada



ขนม...อธยาศัย...หวานในอินเดีย

ขนมถือเป็นอาหารที่ยอดนิยมในอินเดีย มีแผงขายขนมกระจายทั่วไปทั้งเมือง Hyderabad แผงขนมเหล่านี้อาจขายเพียง Panapuri อย่างเดียวก็ได้ หรือขายร่วมกับขนมอีกชนิดที่เรียกว่าชาด

วิธีการทำ Panapuri (pana = น้ำ, puri = จุ่ม) คือนำแป้งทอดรูปกลมที่เตรียมไว้แล้วมาเจาะรูแล้วตักใส่ที่ผัดด้วยถ้วยและข้าวโพดเอาไว้แล้วใส่ลงไป จากนั้นจึงตักน้ำแกงในโถข้าง ๆ ใส่ลงไปอีกที แล้วจึงวางใส่จานมาให้รับประทาน

สำหรับใส่ใน Panapuri นำมาผัดรวมกับแป้งทอด จากนั้นใส่น้ำตาลลงไปเพื่อเพิ่มรสชาติ แล้วจึงตักขึ้นใส่จานรับประทานจริง ๆ แล้วก็ใช้ส่วนผสมของขนม Panapuri นำมาผัดรวมกันนั่นเอง

ส่วนแผงขายขนมอีกชนิดหนึ่งที่พบบ่อยเช่นกัน ได้แก่ ฟริกชุบแป้งทอด เรียกว่า Mixchi โดยเขาจะนำฟริกมาชุบแป้งทอด จากนั้นก็ผ่ากลางฟริกแล้วอัดไส้ด้วยหอมแดงสับละเอียด รสชาติออกเค็ม ๆ เผ็ด ๆ

Bonda แป้งปั้นเป็นลูกกลมทอดเป็นความชาญฉลาดที่น่าแบ่งชนิดเดียวกับที่ชุบผักต่าง ๆ เพื่อนำไปทอดนั้นมาหยอดลงกระทะเพื่อทอดรับประทานได้เลย รสชาติจะออกเค็ม ๆ



มันฝรั่งชุบแป้งทอด เรียกว่า
Daluvada



นอกจากนี้ยังมีขนมทอดอีกหลายชนิดที่วางขายตามแผงขนมข้างทางเดินในอินเดีย บางทีก็เอาแป้งมาทอดเป็น



เวลาเราไปซื้อขนมตามแผงก็สามารถเลือกขนมทอดหลากหลายชนิดมารวมกัน จากนั้นก็เพิ่มรสชาติด้วยการเติมซอสและพริกแดงป่น รวมทั้งยังขอหอมแดงมารับประทานเพิ่มได้อีกอย่างไม่จำกัด



การรับประทานทุกอย่างให้ใช้มือหยิบทั้งชิ้น แต่ถ้าซื้อกลับบ้านก็จะห่อด้วยกระดาษหนังสือพิมพ์ให้ รวมทั้งเวลาหยิบรับประทานแล้วมือเปื้อน เขาก็จะยื่นกระดาษหนังสือพิมพ์ให้เช็ดมือทันที ซึ่งภายหลังเช็ดมือแล้วพบว่ามือกลับยิ่งดำมากขึ้นจากหมึกพิมพ์ของกระดาษที่เลอะออกมา นอกจากนี้แต่ละแผงมักมีน้ำเปล่าและแก้วให้ลูกค้าอีกด้วย

ขนมหวานยอดนิยมอีกอย่างหนึ่งคือ Gelapi เป็นแป้งหวานทอด ลักษณะเป็นรูปเกลียวสีเหลือง เวลากัดลงไปเหมือนกินทองหยอดทอด เพราะมีทั้งความกรอบและน้ำหวานไหลเยิ้มออกมา จนรู้สึกว่แป้งหวานฉ่ำไปด้วยน้ำหวานทั้งคำเลยทีเดียว



นอกจากความหวานอร่อยของขนมแล้ว ความหวานของอธยาศัยของคนอินเดียก็หวานฉ่ำไม่แพ้กัน

เจ้าของแผงขนมข้างทางส่วนใหญ่ มักยิ้มแย้มเมื่อเห็นชาวต่างชาติ ยิ่งฉันไม่เข้าใจว่าขนมชนิดไหนเรียกอย่างไร หรือรับประทานอย่างไร เขาก็ยิ้มแย้มและชี้ชวนอธิบายขนมทีละอย่างด้วยความใจเย็นแม้จะคุยกันคนละภาษาก็ตาม เขาหัดให้ฉันลองเรียกชื่อขนมแต่ละอย่างไปเรื่อย ๆ พอฉันขอถ่ายรูปขนมแต่ละอย่าง เขาก็ยิ้มอย่างยินดี แถมยังรีบเรียกลูกสาวตัวน้อยให้ยกโต๊ะอาหารเพื่อมายืนถ่ายรูปพร้อมกันที่ รวมทั้งเชิญชวนให้เจ้าของแผงข้าง ๆ ให้มาถ่ายรูปพร้อมกัน

คนอินเดียมักยิ้มแย้มให้กับนักท่องเที่ยวต่างชาติเสมอ เวลานั้น



ท้องเที่ยวยกกล้องมาถ่ายรูปจะมีคนอินเดียมายืนมองดูกันมากมาย บางครั้งก็พยายามพาตนเองให้โฉบเฉี่ยวเพื่อผ่านกล้อง

เมื่อครั้งที่ฉันและเพื่อนชาวไทยชวนกันไปเที่ยวสวนสนุกแห่งหนึ่ง พอได้ตรงกับช่วงที่โรงเรียนพ่อกับฉันขึ้น ป.6-ม.3 มาทัศนศึกษา พอเด็กอินเดียเห็นชาวไทยมาเที่ยวก็พากันมาล้อมจนแน่นไปหมด นักเรียนอินเดียพยายามพูดภาษาอังกฤษกับเราและขอถ่ายรูปด้วยตลอดเลย

หลังจากเด็ก ๆ พากันเดินตามเรามานานพอสมควรหนึ่ง ครูก็มาดึงตัวนักเรียนกลับไป ก่อนที่ฉันจะเดินออกจากสวนสนุกแห่งนั้น เด็กนักเรียนอินเดียพากันโบกไม้โบกมืออำลาพร้อมกับส่งเสียงเชียร์ราวกับแฟนคลับที่มาต้อนรับดารายอดนิยมที่พวกเขาชื่นชอบ

เป็นครั้งแรกที่ฉันเข้าใจหัวอกของดาราที่ถูกแฟนคลับพากันมารุมล้อม !

30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายประชานิยมที่ตึงหรือ (ต่อ)

30 บาทรักษาทุกโรคเปรียบเสมือนของดี แต่ในความเป็นจริงมันเหมือนยาพิษเคลือบน้ำตาล

จากข้อเขียนทั้งหมดนี้ แสดงให้เห็นได้วาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายประชานิยมที่ทำให้ประชาชนนิยมยินดีและหลงเชื่ออย่างจริงใจว่า สามารถให้การดูแลสุขภาพประชาชนได้เป็นอย่างดี โดยที่ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เปรียบเหมือนยาพิษที่เคลือบน้ำตาลไว้ เห็นแล้วน่ากิน แต่พอได้กินเข้าไปแล้วอาจจะถึงตายโดยไม่รู้ตัว ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนไม่ตระหนักว่าความจริงระบบนี้ได้ทำลายคุณภาพมาตรฐานการรักษาพยาบาลหรือทำลายระบบบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขลงอย่างสิ้นเชิง โดยรัฐบาลไม่ได้ให้ความสำคัญในการรักษาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนให้ดีและทันสมัย

ฉะนั้น ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นก็คือ ระบบ 30 บาทได้ทำให้มาตรฐานการแพทย์ไทยที่เคยเทียบได้ในระดับนานาชาติของประเทศนั้น ไม่สามารถรักษาระดับมาตรฐานที่ดีเหมือนเดิมได้ ทำให้ผู้ป่วยอาจมีอันตรายจากการที่ไม่ค่อยป่วยโรคภัย กลายเป็นโรคเรื้อรัง หรือตายโดยยังไม่สมควรตาย หรือยาการดื้อยา ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีคุณภาพชีวิตไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็น แต่สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและไม่ได้รับงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจากระบบ 30 บาทแล้ว ก็อาจจะยังรักษาคุณภาพมาตรฐานการแพทย์ได้ดีกว่าโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีงบประมาณที่ไม่จำกัด มีบุคลากรที่เหมาะสมกับปริมาณงานและไม่ต้องจำกัดการใช้จ่ายตามที่กรมบัญชีกลางหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็นส่วนในการให้การศึกษาศาสตร์ ซึ่งถือว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรคที่ย่างยากซับซ้อน ซึ่งโรงพยาบาลเหล่านี้มักจะต้อนรับรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข แต่มัก

จะไม่ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาเท่ากับจำนวนเงินที่ได้ใช้จ่ายจริงในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ที่มีอาการป่วยหนัก หรือตกอยู่ในภาวะวิกฤติ และการรักษาอย่างยากซับซ้อนซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลที่สังกัดมหาวิทยาลัยประสบภาวะขาดทุนเป็นอย่างมาก

ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลศิริราช ก็ได้ออกมาโฆษณาประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนไปรับบริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราช การดูยาพิษจะตกเป็นทั้งผู้รับการรักษาและเป็นผู้ให้ “เงิน” เพื่อนำไปช่วยรักษาผู้ป่วยที่ยากจนอีกต่อหนึ่ง ซึ่งการโฆษณาของโรงพยาบาลศิริราชเป็นการตอกย้ำว่าโรงพยาบาลที่มีส่วนในการรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาทนั้น จะได้รับเงินไม่พอใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

Thailand Healthcare Summit

ประชาชนที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนมากก็อาจจะไม่ทราบว่า 30 บาทรักษาทุกโรคนั้นอาจจะก่อให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่ดีที่สุดดังกล่าว แต่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ตรงในการรักษาผู้ป่วยในระบบ 30 บาท หรือมีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขในส่วนอื่นที่มีใช้ 30 บาท หรือทำงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวงการแพทย์และสาธารณสุข ต่างก็ทราบถึงปัญหาความขาดแคลนทรัพยากรในการให้บริการสาธารณสุขในแง่มุมต่าง ๆ กัน และต่างก็มีความห่วงใยที่ระบบ 30 บาทได้ก่อให้เกิดปัญหาแก่ระบบสาธารณสุขไทย จึงได้มีกลุ่มองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมการประชุม “Thailand Healthcare Summit” เพื่อจะช่วยกันนำเสนอปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และร่วมกันเสนอทางออกในการแก้ปัญหาในระบบการประกันสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุขของไทย

โดยได้มีการประชุมเสวนาปีละครั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2556 มีผู้เข้าร่วมเสวนาจากทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งผู้ประกอบการวิชาชีพในด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ผลิตยา นักเศรษฐศาสตร์ กลุ่ม

ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป นักการเมือง ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารกองทุนประกันสุขภาพ 3 ระบบ ได้แก่ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง (ผู้รับผิดชอบจ่ายเงินในระบบสวัสดิการข้าราชการ)

โดยการเสวนาครั้งที่หนึ่งในปี พ.ศ. 2554 ได้แลกเปลี่ยนความเข้าใจเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐาน (จากการประกันสุขภาพใน 3 ระบบ) และความเป็นเลิศทางการแพทย์ ครั้งที่สองในปี พ.ศ. 2555 กำหนดเป้าหมายร่วมกันและเสนอแนวทางแก้ไขปัญหในเรื่องเป้าหมายด้านสุขภาพของประเทศที่ดีที่สุดในภายใต้ความจำกัดของทรัพยากร การเสวนาครั้งที่สามในปี พ.ศ. 2556 เรื่องระบบสุขภาพของประเทศไทยจากชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐานสู่ความเป็นเลิศด้านการแพทย์

โดยได้ยกเอาสิ่งที่เป็นประเด็นปัญหาในระบบการดูแลสุขภาพ (Healthcare or Health services) ในระบบหลักประกันสุขภาพ (หรือ 30 บาท) และระบบบริการสาธารณสุขของไทยในปัจจุบันมาสรุปไว้ดังนี้คือ

1. งบประมาณไม่เพียงพอ และไม่มีระบบร่วมจ่ายที่ชัดเจน
2. ระบบบริหารที่ขาดการวางแผนร่วมกันและขาดความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน
3. การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์
4. การขาดอาคารสถานที่รองรับผู้ป่วยในภาครัฐ ในขณะที่ภาคเอกชนมีอัตราการครองเตียงน้อย
5. จำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้นและมีความต้องการบริการที่มีมาตรฐานสูงขึ้น

ในขณะที่ผู้เข้าร่วมเสวนามีมุมมองในหลาย ๆ ด้าน แต่ที่พอสรุปได้ดังนี้คือ

1. งบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีการ “จำกัดขอบเขตของการให้ยืมและการรักษาผู้ป่วย” ทำให้มาตรฐานการแพทย์ตกต่ำ ประชาชนไม่ได้รับการรักษาที่ดีที่สุด กระทั่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้ไม่ว่าจะอ้างอิงจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข รายงานการศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุขของวุฒิสภา หรือจากความเห็นและข้อเสนอแนะจากการสัมมนา “Thailand Healthcare Summit” หรือจากพฤติกรรมของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้ใช้ข้อจำกัดทางการเงินมาสั่งจำกัดการใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งโรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องหาทางเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาลโดยการสร้างห้องพิเศษ สร้างคลินิกพิเศษ หรือสร้างโรงพยาบาลพิเศษขึ้นมาเพื่อหาเงินมาจุนเจือการขาดทุนในระบบหลักประกันสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

2. งบประมาณในการดูแลสุขภาพของประชาชนไทย มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากประชาชนไทย

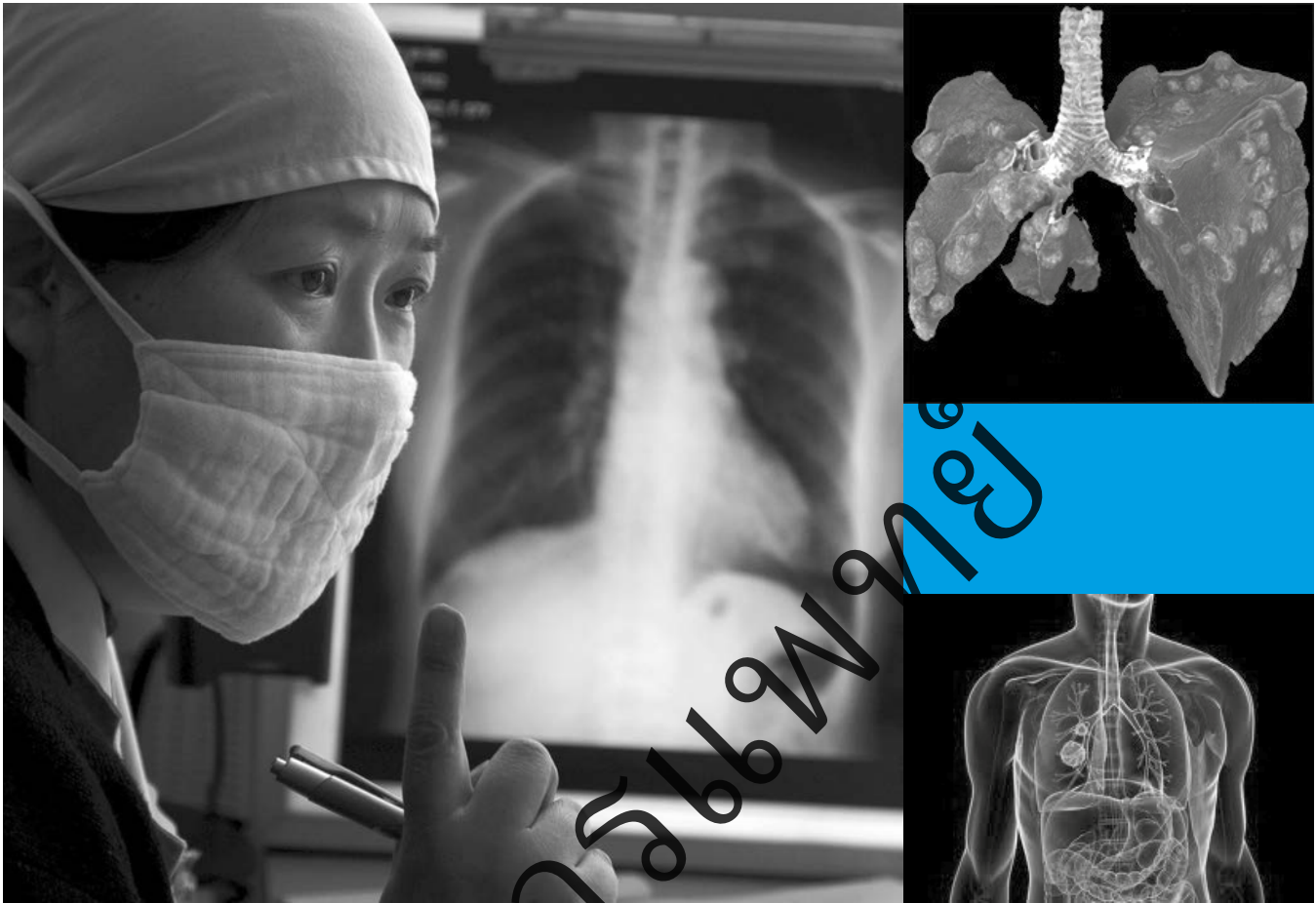
มีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประกอบกับการพัฒนาการทางการแพทย์ที่สามารถรักษาโรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทำให้สามารถต่อชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวขึ้น แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เพราะอาการป่วยไม่หายขาด ต้องรับประทานยาควบคุมหรือรักษาอาการป่วยเหล่านั้น ที่รวมเรียกว่า “โรคเรื้อรัง” ได้แก่ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น โรคกระดูกบาง ข้อต่ออักเสบ ภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้เป็นโรคติดเชื้อบ่อยขึ้น ฯลฯ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าในด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้มีการพัฒนา ค้นคว้า ประดิษฐ์คิดค้น วิจัย ในเรื่องยาและเครื่องมือแพทย์ใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แต่เมื่อผลิตภัณฑ์นวัตกรรมใหม่ ๆ เหล่านี้ได้ก็มักจะมีต้นทุนในการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาสูงขึ้น รวมทั้งภาวะเงินเฟ้อและค่าครองชีพสูงขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

3. ประชาชนขาดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีอัตราการเกิดโรคสูงขึ้น ทำให้รัฐบาลต้องมีภาระจ่ายงบประมาณในการรักษามากขึ้น แม้ในปัจจุบันมีหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยรวมทั้งสนับสนุนการรณรงค์ให้ลดการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ (คือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ หรือ สสส. ที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ได้รับเงินงบประมาณแผ่นดินปีละหลายพันล้านบาท ในการรับผิดชอบดำเนินการเพื่อให้ประชาชนและชุมชนมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงในการทำลายสุขภาพ) แต่ดูเหมือนว่า สสส. จะไม่ประสบความสำเร็จในการกิจดังกล่าว แตนอกจากอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนจะไม่ลดน้อยลงแล้ว อัตราการบริโภคสุรา บุหรี่ และสารเสพติดอื่น ๆ ก็ยังเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของประชาชนไทยอยู่มาก

และเนื่องจากในระบบหลักประกันสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ ประชาชนจำนวนหนึ่ง (อาจจะเป็นจำนวนมาก) ที่ไม่ให้ความสำคัญหรือละเลยที่จะดูแลสุขภาพสร้างเสริม หรือรักษาสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับตนเอง และครอบครัว เนื่องจากมีทัศนคติที่ว่า เมื่อเจ็บป่วยแล้วตนเองไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย เนื่องจากสามารถไปรับการรักษาตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพได้โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ไม่จำกัดขอบเขตการรักษา (เชื่อตามการโฆษณาว่า “รักษาทุกโรค”) ทำให้อัตราการเจ็บป่วยของประชาชนไทยไม่ลดลง มีแต่จะเพิ่มมากขึ้น

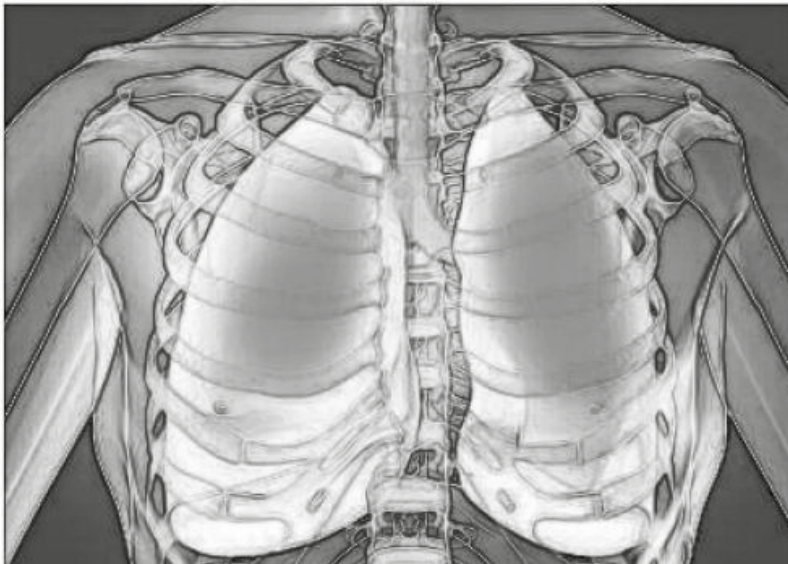
นอกจากประชาชนจะเจ็บป่วยมากขึ้นแล้ว ประชาชนบางส่วนก็มีแนวโน้มที่จะมาใช้บริการทางการแพทย์มากขึ้น หรือไม่เหมาะสม เช่น เจ็บป่วยเล็กน้อยอาจจะซื้อยาสามัญประจำบ้านมาใช้สำหรับรักษาตัวเองเบื้องต้นก็ไม่ทำ แต่ไปโรงพยาบาลเพื่อให้โรงพยาบาลส่งจ่ายยาเหล่านี้ให้โดยไม่ต้องจ่ายเงินของตนเอง



ฉีดวัคซีนกลุ่มเสี่ยง เร่งป้องกัน “วัณโรค”

จากข้อมูลล่าสุดพบว่าทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อวัณโรคที่อยู่ในระยะแฝง ซึ่งไม่แสดงอาการอยู่มากถึง 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลก หรือเทียบเท่ากับ 2,000 ล้านคนทั่วโลก โดยผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เมื่อปี พ.ศ. 2555 พบว่าอุบัติการณ์เกิดวัณโรคสูงถึง 8.6 ล้านคน ใน 1 ปี และในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าเสียชีวิตจากวัณโรคสูงถึง 1.3 ล้านคนต่อปี

ส่วนในประเทศไทย จากรายงานล่าสุดขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยทั้งหมด 61,208 รายที่มีการลงทะเบียน ยังไม่นับรวมผู้ป่วยที่ไม่ได้ลงทะเบียนซึ่งเชื่อว่ามีอีกจำนวนมาก



เชื้อวัณโรค หรือ TB (tubercle bacillus) เป็นแบคทีเรียชื่อว่า ไมโครแบคทีเรีย มีหลายสายพันธุ์ ซึ่งก่อให้เกิดวัณโรคได้ แต่สายพันธุ์ที่พบบ่อยและก่อปัญหาามากที่สุดในมนุษย์คือเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis*

มนุษย์สามารถติดเชื้อวัณโรคได้โดยผ่านทางหายใจเอาเชื้อเข้าปอด และต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด เชื้ออาจแพร่กระจายทางเลือดหรือระบบน้ำเหลือง และอาจส่งผลกระทบต่ออวัยวะอื่น ๆ ได้ทั่วร่างกาย แต่วัณโรคที่ปอดเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดและมีความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากเชื้อสามารถแพร่กระจายสู่ผู้อื่นได้โดยการไอและเชื้อลอยอยู่ในอากาศ

โดยภูมิคุ้มกันในร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองของเม็ดเลือดขาวชนิดต่าง ๆ ที่อยู่ที่ปอดเพื่อต่อสู้กับเชื้อวัณโรค แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกเชื้อวัณโรคจะถูกกำจัดได้หมดโดยภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ไม่มีเชื้อวัณโรคอยู่ในร่างกาย

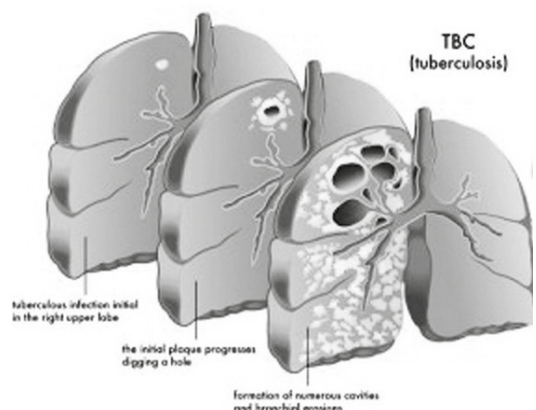
กลุ่มที่สองเชื้อวัณโรคจะเข้ามาอยู่ในร่างกาย แต่จะอยู่ในระยะแฝงของการติดเชื้อ เมื่อใดที่ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันเสื่อม เม็ดเลือดขาวที่โอบล้อมเชื้ออยู่ไม่สามารถควบคุมเชื้อได้ก็จะทำให้ผู้ติดเชื้อป่วยเป็นวัณโรคได้

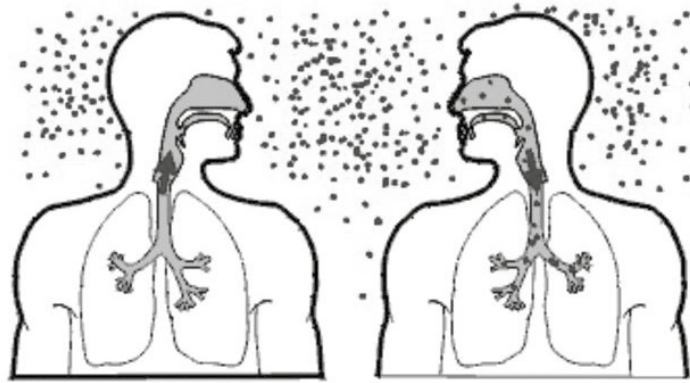
และกลุ่มที่สามคือ กลุ่มผู้ป่วยที่กลายเป็นวัณโรค (active tuberculosis) หลังจากที่มีการสัมผัสเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเป็นผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ

ผู้ป่วยที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอดในห้องเดียวกัน 100 คน มี 70 คนที่ร่างกายกำจัดเชื้อไปได้หมด ส่วนอีก 30 คนจะมีเชื้อวัณโรคอยู่ในร่างกาย และใน 30 คนนี้จะมีประมาณร้อยละ 5 ที่จะป่วยเป็น

วัณโรคในระยะเฉียบพลัน ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันผิดปกติ เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ดี ผู้ป่วยที่เข้ายากดภูมิคุ้มกันต่าง ๆ เป็นต้น ส่วนอีกร้อยละ 95 จะติดเชื้อวัณโรคที่อยู่ในระยะแฝงที่ไม่แสดงอาการ

การตรวจเชื้อวัณโรคที่อยู่ในระยะแฝงในร่างกาย โดยใช้วิธี Tuberculin skin test (TST) อาการที่พบบ่อยของวัณโรคปอดคือ ไอเรื้อรัง นานกว่า 2 สัปดาห์ ไอมีเสมหะหรือไอแห้ง ๆ ก็ได้ มีน้ำหนักลด รับประทานอาหารลดลง อาการไข้ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน หรือไอเป็นเลือด



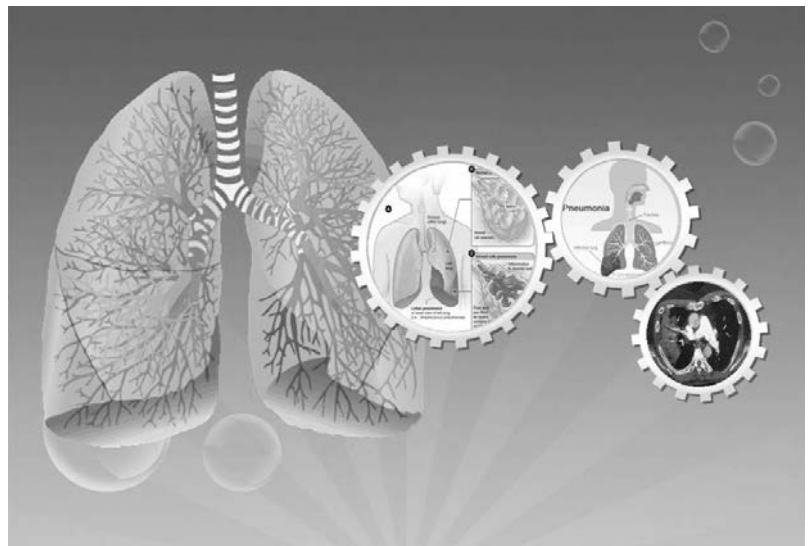


ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจมาด้วยอาการไอเรื้อรังนานกว่า 2 สัปดาห์เพียงอย่างเดียวก็ได้ โดยที่ไม่มีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย

การวินิจฉัยคือ การส่งเสมหะเพื่อตรวจย้อมเชื้อวัณโรค และการส่งเพาะเชื้อวัณโรค ร่วมกับการถ่ายภาพเอกซเรย์ปอดจะช่วยในการวินิจฉัย วัณโรคสามารถรักษาได้หายขาด แต่จะกลับเป็นซ้ำได้ถ้ารับประทานยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่ง

กลุ่มเสี่ยงที่สุดและคุ้มค่าในการให้ยาป้องกันโรคมากที่สุดคือ เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ถือว่ามีความเสี่ยงสูงที่สุดที่จะป่วยเป็นวัณโรค และมีโอกาสกระจายทั่วร่างกาย และเป็นวัณโรคในเยื่อหุ้มสมองได้สูง การฉีดวัคซีน BCG จะช่วยลดอุบัติการณ์การเป็นวัณโรคทั่วร่างกายและวัณโรคในเยื่อหุ้มสมองได้ประมาณร้อยละ 60

สิ่งสำคัญในการปฏิบัติตนเมื่อมีผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในบ้าน ควรแยกห้องกับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 2-3 สัปดาห์แรก ภายในห้องควรเปิดหน้าต่างให้แสงแดดส่องถึง เนื่องจากแสงแดดจะทำลายเชื้อวัณโรคได้ดี ควรสวมหน้ากากหรือผ้าปิดจมูก เป็นต้น





Seborrheic dermatitis เป็นการอักเสบของผิวหนังที่มีต่อมไขมัน จะมีลักษณะแดง มีขุย คัน พบได้หลายแห่ง ได้แก่ หนังศีรษะ ข้างจมูก คิ้ว หน้าอก สาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด บางคนเชื่อว่าโรคนี้อาจเกี่ยวข้องกับเชื้อ *Pityrosporum ovale* หรือ *Pityrosporum orbiculare*, การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนของร่างกาย, พันธุกรรม, สิ่งแวดล้อม อาการที่พบบ่อย ได้แก่ พบผื่นคันสีแดงปนเหลืองและมีสะเก็ดเป็นมันบนผื่น โดยมีขอบเขตชัดเจน มักพบตามศีรษะ ไรผม คิ้ว รูขุมขน หลังใบหู ข้างจมูก คอ รักแร้

สเตียรอยด์เฉพาะที่รักษา seborrheic dermatitis

การรักษาโรค seborrheic dermatitis ที่ได้โดยการให้สเตียรอยด์อ่อนล้าง ใช้ยาทา ได้แก่ สเตียรอยด์เฉพาะที่ ยาทาฆ่าเชื้อรา เป็นต้น จากการรวบรวมข้อมูลในฐานข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรักษา seborrheic dermatitis โดยใช้ยาสเตียรอยด์เฉพาะที่ในฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ เปรียบเทียบผลการรักษา ยาสเตียรอยด์เฉพาะที่ได้แก่ hydrocortisone และ betamethasone, ยาในกลุ่ม calcineurin inhibitor ได้แก่ tacrolimus, pimecrolimus และ lithium โดยยาดังกล่าวช่วยลดอาการของ seborrheic dermatitis ได้ดี ผลการศึกษา betamethasone ให้ผลการรักษา seborrheic dermatitis ได้ดีกว่ายาในกลุ่ม azole ในการลดขนาดของผื่นคันและลดอาการคัน พบว่าสเตียรอยด์เฉพาะที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ายาในกลุ่ม calcineurin inhibitor และพบผลข้างเคียงที่น้อยกว่าในกลุ่มที่ใช้สเตียรอยด์เฉพาะที่ด้วย

กล่าวโดยสรุป ยาสเตียรอยด์เฉพาะที่มีประสิทธิภาพในการรักษา seborrheic dermatitis ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะยา betamethasone แต่ต้องเฝ้าระวังผลระยะยาวจากการใช้ยาสเตียรอยด์เฉพาะที่ในระยะเวลานาน



กระดูก

เนื่องจากกระดูกของเด็กมักจะยังไม่มีหินปูนมาเกาะมากนัก ดังนั้น กระดูกจึงยังไม่แข็งแรงมาก เมื่อเกิดอุบัติเหตุจึงมักพบว่ากระดูกไม่หักขาดออกจากกันนักที่เรียกว่า greenstick fracture เช่น เมื่อประสบอุบัติเหตุจึงพบมีปอดเข้าได้บ่อยกว่ากระดูกที่โครงหัก

พื้นผิวของร่างกาย

สัดส่วนของพื้นผิวร่างกาย/ปริมาตรร่างกาย (body surface/body volume) จะสูงสุดเมื่อแรกเกิดและค่อยลดลงตามอายุ การที่เด็กมีพื้นผิวของร่างกายมากจึงพบการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายได้ง่าย ดังนั้น การรักษาความดันเลือดต่ำในเด็กต้องเฝ้าระวังภาวะมีอุณหภูมิร่างกายต่ำร่วมด้วยเสมอ

สภาพจิตใจ

เด็กปรับตัวเข้ากับภาวะเจ็บปวดและเหตุการณ์เครียดได้ยาก ดังนั้น แพทย์ควรประคับประคองอาการทางใจร่วมกับรักษาทางกาย

ผลข้างเคียงระยะยาว

เด็กอาจมีผลกระทบต่ออาการเจริญเติบโต รวมทั้งอาจมีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และการเข้าสังคมในอนาคต ถ้ามีกระดูกต้นขา (femur) หักก็อาจทำให้เมื่อเด็กโตขึ้นจะมีความยาวของขาสองข้างไม่เท่ากัน ถ้าได้รับบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลังก็อาจทำให้หลังคดหรือโก่งงอได้เมื่อเป็นผู้ใหญ่ การที่เด็กมีม้ามแตกหรือม้ามถูกตัดทิ้งก็ทำให้ง่ายต่อการติดเชื้อโรคได้ง่ายในอนาคต เป็นต้น

การดูแลระบบการหายใจของเด็ก

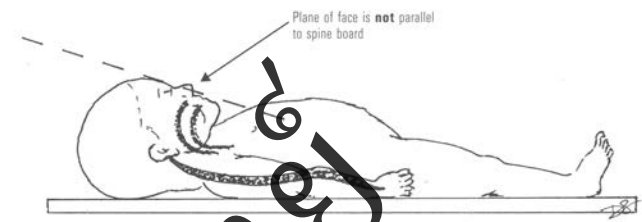
อัตราการหายใจของเด็กลดลงตามอายุ ในเด็กอายุ < 1 ปี หายใจ 30-40 ครั้ง/นาที แต่เด็กโตจะหายใจ 15-20 ครั้ง/นาที ปกติเด็กอายุ < 1 ปี หายใจด้วย tidal volume 4-6 มล./กก. แต่ในเด็กโตจะใช้ tidal volume 6-8 มล./กก. (บางครั้งอาจสูงถึง 10 มล./กก.) การช่วยหายใจด้วยความดันลมที่สูงมากเกินไปจะทำให้ปอดของเด็กแตกได้ง่าย เนื่องจากปอดของเด็กค่อนข้างบอบบาง การคำนวณน้ำหนักเด็กอาจใช้สูตร $(2 \times \text{อายุ}) + 10$

เด็กที่มีอัตราหัวใจเต้นเร็วอาจเกิดจากภาวะขาดสารน้ำ ตื่นกลัว หรือเจ็บปวดก็ได้ อาการเสียเลือดในช่วงแรกจะคลำชีพจรได้เบา pulse pressure แคบ < 20 มม.ปรอท ปลายมือปลายเท้าเย็น และซีมลง ส่วนความดันเลือดต่ำ หรือปริมาณปัสสาวะออกน้อยลง มักเกิดตามมามากภายหลัง

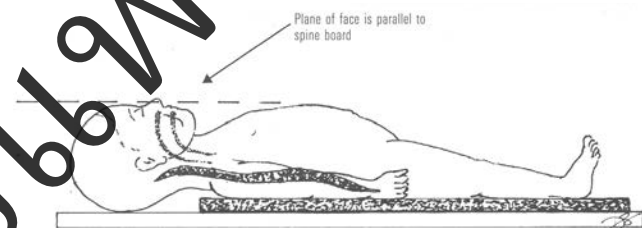
สาเหตุเสียชีวิตในเด็กมักมาจากการขาดออกซิเจนหรือทางเดินหายใจอุดตัน ดังนั้น การดูแลระบบทางเดินหายใจในเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญ

กายวิภาคของทางเดินหายใจ

เด็กยังอายุน้อยก็ยังมีขนาดศีรษะโตมากขึ้น ดังนั้น เวลานอนหายใจควรให้ศีรษะอยู่ในท่า sniffing เพื่อไม่ให้เกิดทางเดินหายใจอุดตันโดยการใช้นาเบาะรองด้านหลังของเด็ก (ดังภาพที่ 2-3)



ภาพที่ 2 ท่านอนหงายของเด็กจะพบว่าการอุดตันของทางเดินหายใจ



ภาพที่ 3 ท่า sniffing (ใช้นาเบาะรองด้านหลัง) จะทำให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง

สำหรับอวัยวะในช่องปากของเด็ก เช่น ลิ้น ต่อมทอนซิล มักมีขนาดค่อนข้างโต ซึ่งทำให้ส่องด้วย laryngoscope เพื่อจะเห็นสายเสียงได้ยาก

กล่องเสียง (larynx) ของเด็กเป็นรูปกรวย (funnel) ทำให้เสมหะตกมารวมกันที่คอหอยส่วนหลัง (retropharynx) ได้ง่าย สายเสียง (vocal cord) ก็อยู่ไปทางด้านหน้า (antero-caudal angle) มากทำให้การส่อง laryngoscope จะเห็นสายเสียงได้ยาก

ท่อลม (trachea) ของเด็กทารกยาว 5 ซม. และพออายุ 18 เดือนจะยาว 7 ซม. ทำให้เมื่อใส่ท่อทางเดินหายใจ (endotracheal tube) ก็อาจเข้าลึกเกินไปจนเข้าไปอยู่ในหลอดลมข้างขวามากเกินไป ทำให้ช่วยหายใจได้ไม่ดีพอ

ในกรณีเด็กประสบอุบัติเหตุและจำเป็นต้องใส่ท่อทางเดินหายใจนั้น แพทย์ควรใช้ chin lift หรือ jaw thrust ร่วมกับ manual in-line spinal immobilization เพื่อลดการขยับคอในขณะใส่ท่อ

อุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจให้ลงในเด็ก

1. Oral Airway

ควรใช้ในเด็กที่ไม่รู้สึกตัวซึ่งไม่มี gag reflex

2. การใส่ท่อหลอดลมคอ (endotracheal intubation)

เด็กที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะ มีระบบหายใจล้มเหลว หรือต้องได้รับการผ่าตัดควรรีบท่อทางเดินหายใจเพื่อช่วยหายใจ โดยทั่วไปส่วนที่แคบที่สุดของทางเดินหายใจของเด็กคือ บริเวณ cricoid cartilage ดังนั้น ไม่แนะนำให้ใช้ท่อหลอดลมคอที่มี cuff เพราะจะทำให้เกิด subglottic edema ได้ง่าย โดยเฉพาะเด็กอายุ < 9 ปี จะเลือกใช้ท่อหลอดลมคอที่ไม่มี cuff ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง คร่าว ๆ ของท่อที่พอมะกับเด็กคือ ขนาดเท่ากับรูจมูกหรือนิ้วก้อยของเด็ก ในต่างประเทศแนะนำให้ใช้การใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็ว (rapid sequence intubation) ในเด็กได้

การใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็วในเด็กนั้น (ดังแผนภูมิที่ 1) แพทย์ต้องให้เด็กดมออกซิเจนก่อนใส่ท่อทางเดินหายใจเสมอ นอกจากนี้เด็กมักมี vagal response มากกว่าผู้ใหญ่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเกิดภาวะขาดออกซิเจนอันเนื่องมาจากการส่อง laryngoscope หรือจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการใส่ท่อ ก็ได้ ดังนั้น ควรฉีดยา atropine เข้ากล้ามเนื้อก่อนใส่ท่อเสมอ ขนาดยาที่ใช้ 0.02 มก./กก. (0.1-1 มก.) ให้ 1-2 นาทีก่อนใส่ท่อ ยาที่ใช้เพื่อเหนี่ยวนำให้หลับคือ etomidate (0.3 มก./กก.) หรือ midazolam (0.3 มก./กก.) ถ้าขณะเริ่มต้นนั้น เด็กที่มีควมดัน

เลือดต่ำอยู่ก็สามารถใช้ยา etomidate (0.3 มก./กก.) หรือ midazolam (0.1 มก./กก.) ได้ หลังจากฉีดยาก็ควรรีบทำการกดกระดูก cricoid เพื่อป้องกันการสูดสำลักเศษอาหารเข้าปอด ต่อมาจึงฉีดยาลดกล้ามเนื้อเข้ากระแสเลือดต่อไป ยาลดกล้ามเนื้อที่ออกฤทธิ์เร็วและมีฤทธิ์อยู่ไม่นานคือ succinylcholine ถ้ายืนยันว่าตำแหน่งของท่ออยู่ในหลอดลมแล้วจึงค่อยเลิกกดกระดูก cricoid ถ้าไม่สามารถใส่ท่อได้ แพทย์ควรช่วยหายใจด้วย bag mask device ไปก่อน

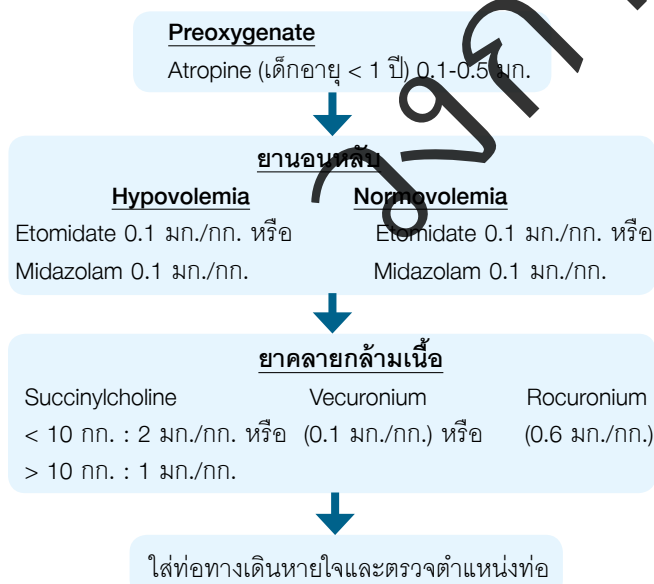
ขนาดของยา succinylcholine (อยู่ในกลุ่ม depolarizing, neuromuscular blocking agent) เลือกขนาด 2 มก./กก. ในเด็ก < 10 กก. และถ้าน้ำหนักเด็ก > 10 กก. ควรเลือกให้ 1 มก./กก.

สำหรับการใส่ท่อทางเดินหายใจทางปากนั้น แพทย์ต้องพยายามไม่ขยับเคลื่อนคอของผู้ป่วย สำหรับการใส่ท่อทางเดินหายใจทางจมูกนั้นไม่ควรทำในเด็กอายุ < 9 ปี เพราะใส่ได้ยาก และอาจสร้างแผลเลือดออกตามทางเดินหายใจได้ง่ายกว่า แพทย์ควรฟังเสียงลมในปอดทั้งสองข้างร่วมกับถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อยืนยันตำแหน่งของท่อทางเดินหายใจ

3. Laryngeal Mask Airways (LMA) มีหลายขนาด ใช้ได้ตั้งแต่ทารกจนถึงผู้ใหญ่

ตารางที่ 2 ขนาดของ laryngeal mask airways

อายุ	ขนาดของ LMA
เด็ก < 1 ปี และน้ำหนัก < 6.5 กก.	เบอร์ 1
น้ำหนัก 5-10 กก.	เบอร์ 1.5
น้ำหนัก 10-20 กก.	เบอร์ 2
น้ำหนัก 20-30 กก.	เบอร์ 2.5
น้ำหนัก 30-70 กก.	เบอร์ 3
น้ำหนัก > 70 กก.	เบอร์ 4



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการใส่ท่อทางเดินหายใจชนิดรวดเร็วในเด็ก

ดัดแปลงจาก: Advanced Trauma Life Support Committee, American College of Surgeons. Pediatric Trauma. In : Rotondo MF, Bell RM, editors. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. 9th ed. USA; 2012:246-71.

4. การทำ cricothyroidotomy

เมื่อไม่สามารถใส่ท่อทางเดินหายใจหรือใช้ bag mask device เพื่อช่วยหายใจได้ก็อาจเลือกทำ needle cricothyroidotomy ได้ แต่เป็นการให้ออกซิเจนชั่วคราว ซึ่งอาจตามมาด้วยภาวะ hypercapnia ได้ ดังนั้น ควรรีบทำการช่วยหายใจที่จำเพาะมากกว่านี้ เช่น ใส่ท่อทางเดินหายใจหรือการเจาะคอต่อไป อย่างไรก็ตาม การเจาะคอก็ไม่ควรทำในเด็กเล็กหรือทารก

5. การใส่สายระบายเข้าไปในโพรงเยื่อหุ้มปอด (tube thoracostomy)

ไขในกรณีที่โพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ และ/หรือเลือด (hemothorax, pneumothorax หรือ hemopneumothorax) โดยเจาะที่ช่องซี่โครงที่ 5 ค่อนไปด้านหน้าต่อเส้นกลางรักแร้ (anterior to midaxillary line)

การดูแลระบบหมุนเวียนเลือดในร่างกาย

ภาวะร่างกายขาดปริมาณน้ำหรือเลือดจะแสดงอาการหัวใจเต้นเร็วเป็นอันดับแรก แต่ต้องแยกจากเด็กรู้สึกกลัวหรือ

เจ็บด้วย นอกจากนี้ก็อาจมี pulse pressure < 20 มม.ปรอท มือเท้าเย็น คลำชีพจรไม่ได้ หรือซีดลง (ดังตารางที่ 3)

ความดันเลือดซิสโตลิก (systolic BP) ที่ยังถือว่าปกติคือ $70 + (2 \times \text{อายุเป็นปี})$ มม.ปรอท และความดันเลือดไดแอสโตลิก (diastolic BP) ประมาณ 2/3 ของความดันเลือดซิสโตลิก (ดังตารางที่ 4) ถ้ามีภาวะช็อกย่อมแสดงว่าเสียเลือดไปประมาณ 45% ของปริมาณเลือดในร่างกาย (ปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกายคือ 80 มล./กก.)

ตารางที่ 3 อาการแสดงของเด็กที่เสียเลือด

ระบบ	เสียเลือดปริมาณน้อย (< 30%)	เสียเลือดปานกลาง (30-45%)	เสียเลือดปริมาณมาก (> 45%)
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	หัวใจเต้นเร็ว, ชีพจรปลายมือและเท้าเบา, ความดันซิสโตลิกปกติ [$80-90 + (2 \times \text{อายุเป็นปี})$], pulse pressure ปกติ	หัวใจเต้นเร็วมาก, คลำชีพจรปลายมือและเท้าไม่ได้, คลำชีพจรที่เส้นเลือดใหญ่ได้เบาบาง, ความดันซิสโตลิกต่ำ [$70-80 + (2 \times \text{อายุเป็นปี})$], pulse pressure แคบ	หัวใจเต้นเร็วมากจนต่อมาก็ต้นช้าลง, คลำชีพจรที่เส้นเลือดใหญ่ไม่ได้หรือเบาบาง, คลำชีพจรปลายมือและเท้าไม่ได้, ความดันเลือดตก [$< 70 + (2 \times \text{อายุเป็นปี})$], pulse pressure แคบหรือวัดความดันไดแอสโตลิกไม่ได้
ระบบประสาทส่วนกลาง	สับสน กระวนกระวาย	อ่อนแรง และตอบสนองต่อความเจ็บปวดเล็กน้อย	หมดสติ
ผิวหนัง	ผิวหนังเย็น, capillary refill > 2 วินาที	ปลายมือและเท้าเขียว และ capillary refill ช้ามาก	ผิวหนังซีดเย็น
ปริมาณปัสสาวะ	น้อยมาก	แทบไม่มี	ไม่มีปัสสาวะเลย

ดัดแปลงจาก: Advanced Trauma Life Support Committee, American College of Surgeons. Pediatric Trauma. In : Rotondo MF, Bell RM, editors. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual, 9th ed. USA; 2012:246-71.

ตารางที่ 4 สัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงในเด็กที่มีภาวะร่างกายขาดปริมาณน้ำหรือเลือด

อายุ (ปี)	น้ำหนัก (กก.)	อัตราหัวใจเต้น (ครั้ง/นาที)	ความดันเลือด (มม.ปรอท)	อัตราหายใจ (ครั้ง/นาที)	ปริมาณปัสสาวะ (มล./กก./ชม.)
0-1	0-10	< 160	> 60	< 60	2.0
1-3	10-14	< 150	> 70	< 40	1.5
3-5	14-18	< 140	> 75	< 35	1.0
6-12	18-36	< 120	> 80	< 30	1.0
≥ 13	36-70	< 100	> 90	< 30	0.5

ดัดแปลงจาก: Advanced Trauma Life Support Committee, American College of Surgeons. Pediatric Trauma. In : Rotondo MF, Bell RM, editors. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual, 9th ed. USA; 2012: 246-71.

(อ่านต่อฉบับหน้า)

แนวปฏิบัติเมื่อชันสูตรพลิกศพฝรั่งแขวนคอ: รายงานผู้ตาย 1 ราย

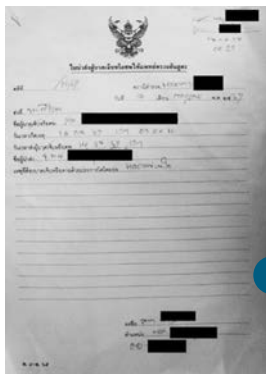
Proper Management for Caucasian's Hanging Case: A Case Report

การที่พบผู้เสียชีวิต (ตาย) ด้วยประวัติว่า “แขวนคอตาย” นั้น แพทย์ย่อมสามารถถูกเรียกให้เข้าร่วมในการชันสูตรพลิกศพเป็นประจำอยู่แล้ว¹ และเชื่อได้ว่าหากปฏิบัติงาน (ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ในสถานพยาบาลของรัฐบาล ในฐานะแพทย์ลำดับต้น เช่น แพทย์หน่วยอุบัติเหตุ แพทย์ห้องฉุกเฉิน หรือแพทย์ที่ถูกจัดให้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพเป็นการเฉพาะแล้ว ย่อมต้องเคยทำการชันสูตรพลิกศพผู้ตายในลักษณะนี้อย่างแน่นอน ทั้งนี้เพราะหากเป็นการที่ต้องการฆ่าตัวตายแล้ว วิธีที่ดีที่สุด ถูกที่สุด ทรมาณน้อยที่สุด และสำเร็จตามความต้องการมากที่สุดก็น่าจะเป็น “การแขวนคอตาย” เพราะการหาวัตถุ เช่น เชือก ไซ้ สาย บ่วง ฯลฯ นั้น หาได้โดยง่าย แม้แต่ในห้องซังหรือในคุกที่หาอุปกรณ์ได้ยากแล้ว ก็ยังมีการใช้เชือกที่ร้อยที่หูจากเงรูดออกมาแล้วใช้เป็นวัตถุเพื่อการแขวนคอก็กเคยปรากฏมาแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม การที่แพทย์ได้ตรวจพบว่าผู้เสียชีวิตในลักษณะที่มีเชือกที่คอพาดไว้แล้วคล้องหรือติดกับวัตถุอื่น เช่น รั้ว ช่อ ราว ฯลฯ ก็มีได้หมายความว่าเฉพาะจะเป็นการเสียชีวิตเนื่องจากการแขวนคอเท่านั้น เพราะอาจมีไซ้ เช่น อาจเกิดจากการที่ “ถูกนำมาแขวน” ก็ได้ ซึ่งในประเด็นนี้ต้องถือว่ามีความสำคัญยิ่ง และยิ่งเกิดกับคนแปลกหน้า (แปลกปลอม) ที่ไม่ทราบว่าเป็นใคร มาได้อย่างไร มาที่นี้ด้วยเหตุใด แล้วจะต้องเกิดความสงสัยมากยิ่งขึ้น

.....การชันสูตรพลิกศพอาจดูว่าเป็นการง่ายในการชันสูตรพลิกศพ แต่แท้จริงแล้วแพทย์จำเป็นต้องคำนึงถึง “เหตุและผล” ตามมาตรา 154 ขณะที่ชันสูตรพลิกศพประกอบด้วยเสมอ โดยเฉพาะประเด็นที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติการณ์ที่ตายจาก “ถูกฆาตกรรม” ซึ่งเมื่อแพทย์ตรวจพบเห็นเช่นนั้นแล้ว หากเป็นกรณีที่เห็นชาวต่างชาติโดยเฉพาะคอเคซอยด์ (Caucasoid) แพทย์จำเป็นต้องส่งศพดังกล่าวเพื่อตรวจต่อเสมอ (ไม่มีข้อสงสัย) ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยและมาตรฐานทางการแพทย์..... ฯลฯ

อุทาหรณ์ (รายงานผู้ตาย 1 ราย)

ผู้ตายเป็นชายอายุ 22 ปี สัญชาติโปแลนด์ ถูกนำตัวส่งมารับการตรวจที่โรงพยาบาลศิริราชด้วยประวัติว่า “แขวนคอตาย” ถูกพบเมื่อประมาณ 3.00 น. (ขณะมีการแข่งขันฟุตบอลโลกระหว่างอาร์เจนตินากับเยอรมนีกำลังดำเนินอยู่) พนักงานสอบสวนสถานีตำรวจนครบาลฯ ได้ไปทำการชันสูตรพลิกศพร่วมกับแพทย์แล้ว ให้นำศพมารับการตรวจต่อที่โรงพยาบาลศิริราช (ภาพที่ 1)



การตรวจศพ: (แพทย์ได้ทำการตรวจศพเวลา 9.00 น.) โดยย่อได้

ดังนี้

สภาพศพภายนอก: (ภาพที่ 2-3)



ศพชายชาวคอเคเซียนอายุประมาณ 20-25 ปี รูปร่างสันทนต์แข็งแรง ตัวยาวประมาณ 180 เซนติเมตร ผนังคอดำ มีหนวดและเคราสั้น ยาวประมาณ 0.3-0.5 เซนติเมตร มีรอยสักที่บริเวณหลังคอ (รูปแนวยาว) ที่หลัง (รูปคล้ายโยแมงมุม) ที่ต้นแขนขวา (รูปคล้ายสมอ)

- ศพแข็งตัวเต็มที่แล้ว พบเลือดคั่งลงสู่เบื้องต่ำภายหลังเสียชีวิตที่หลังได้ชัดเจน
- พบจุดเลือดออกที่เยื่อตาซ้าย 1 ตำแหน่ง และตาขวา 1 ตำแหน่ง
- พบบาดแผลดลอกที่เข้าขวา ยาวประมาณ 5 เซนติเมตร กว้าง 3 เซนติเมตร
- แผลดลอกเล็ก ๆ ที่เท้าขวา หลังมือ นิ้วมือทั้งสองข้างหลายตำแหน่ง
- ไม่พบบาดแผลรุนแรงตามร่างกายและแขนขา
- พบบาดแผลเป็นรอยกดรัดลึกที่ด้านหน้าของคอระดับเหนือลูกกระเดือก พาดจากคอไปที่บริเวณหลังหูทั้งสองข้าง ความกว้างของรอยกดประมาณ 0.5-0.8 เซนติเมตร รอบ ๆ รอยดังกล่าวไม่พบรอยดลอกร่วมด้วยความลึกของแผลประมาณจากผิวหนังวัดได้ 0.4-0.5 เซนติเมตร (ภาพที่ 4-5)
- แขนและขาอยู่ในสภาพเหยียดตรง



สภาพศพภายใน:

- ผนังศีรษะและได้ชั้นหนังศีรษะปกติ ไม่พบรอยฉีกหรือขาด
- กะโหลกศีรษะปกติ เนื้อสมองคั่งเลือดเล็กน้อยถึงปานกลาง
- ได้บาดเจ็บรอยยักที่คอไม่พบเลือดออกอย่างชัดเจน (ภาพที่ 6)
- กระดูกไฮออยด์หักที่ปลายกระดูกทั้งสองข้าง (cornu) มีเลือดออกเล็กน้อย (ภาพที่ 7)

เล็กน้อย (ภาพที่ 7)



- กระดูกไทรอยด์ ครีครอยด์ และอะริทอยด์ และต่อมไทรอยด์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ทางเดินหายใจส่วนต้นไปตลอดจนถึงปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีสภาพการคั่งเลือด
- ขนาดหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ รวมถึงหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ ทั้งสามเส้นหลักอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ตับ ม้าม ไต และอวัยวะอื่น ๆ ในช่องท้องและอุ้งเชิงกราน อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียงสภาพการคั่งเลือด
- กระดูกซี่โครง กระดูกสันหลัง และกระดูกเชิงกราน อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- พบของเหลวเป็นชิ้นก้อน (คล้ายไส้กรอก) และน้ำในกระเพาะอาหารประมาณ 400 ลบ.ซม. ไม่พบสี กลิ่น หรือรอยในผนังด้านในกระเพาะอาหาร

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

- การตรวจตามมาตรฐานทั่วไป (ประกอบด้วยหมู่เลือด และกลูโคสในเลือด)
- การตรวจวิเคราะห์ทางพิษวิทยาตามมาตรฐาน (ทั้งจากเลือด น้ำปัสสาวะ และของเหลวในกระเพาะอาหาร)
- การเก็บเส้นผมและกระดูกอ่อนข้อนิ้ว (เพื่อการตรวจวิเคราะห์ต่อไปหากจำเป็น)

สาเหตุการตาย:

เข้าได้กับ “การขาดอากาศจากรอยกดรัดที่บริเวณคอ”

พฤติการณ์แห่งการตาย: (แพทย์ไม่สมควรระบุ)

วิเคราะห์และวิจารณ์

อาจแยกการพิจารณาได้เป็นประเด็นทั่วไป และประเด็นเฉพาะตามอุทธรณ์ ดังนี้

ประเด็นทั่วไป:

ประการที่ 1: ศพจากแขวนคอ (มีรอยรัดรอบคอในลักษณะน้ำหนักตัวเอง)

1. การที่เรียกว่าแขวนคอ

ไม่ได้หมายความว่าจำเป็นต้องมีการแขวนลอย “ต้องแต่ง” โดยขาคู่เหนือพื้นแต่ประการใดไม่ เพราะการแขวนคอนั้นอาจแบ่งเป็นประเภทได้คือ

ประเภทที่ 1: การแขวนคอโดยแท้ (complete hanging)

ประเภทที่ 2: การแขวนคอบางส่วน (incomplete or partial hanging)

2. ลักษณะถูกแขวนกับพฤติการณ์แห่งการตาย

การพบศพที่มีวัตถุจ่าพวกสายหรือมีความยาว เช่น เชือก เส้นเอ็น โซ่ สายไฟ ผ้าเช็ดตัว ผ้าขาวม้า ผ้าปูที่นอน ฯลฯ พาดอยู่ที่คอแล้วติดกับสิ่งที่อยู่สูงกว่า เช่น ราว ราวบันได ราวตากผ้า ฯลฯ มิได้หมายความว่ากรณีนั้นจะเกิดจากการกระทำตนเองเท่านั้น โดย ก) หากเป็นการกระทำด้วยตนเอง พฤติการณ์นั้นจะเรียกว่า “ฆ่าตัวตาย” หรือ ข) หากเป็นการกระทำโดยผู้อื่นกระทำ พฤติการณ์นั้นจะเรียกว่า “ฆาตกรรม”

การพบลักษณะถูกแขวนดังกล่าวจึงไม่สามารถตัดสินประเด็นใดออกไปได้ เมื่อทำการชันสูตรพลิกศพในเบื้องต้น (ณ ที่ที่พบศพ) ทั้งนี้แม้ว่าจะพบว่ามี “เอกสารระบุถึงสาเหตุแห่งการแขวนคอว่าต้องการตายโดยตนเองแขวนคอเอง” (suicide note) ทั้งนี้เพราะ

2.1 ผู้อื่นอาจเขียนแทนได้ เป็นการปลอมขึ้นโดยให้เห็นว่าเป็น “การที่ผู้ตายเขียนขึ้น” เพื่อระบุถึงสาเหตุแห่งการที่ต้องการแขวนคอตนเอง

2.2 ผู้ตายเขียนข้อความไว้เองแต่อาจด้วยเหตุ

ก. ถูกบังคับให้เขียนเพราะเหตุจำเป็น เช่น การที่เป็นหนี้ การที่มีเหตุแห่งตัวประกัน

ข. เขียนไว้นานแล้วเก็บเก็บใจ แต่มีผู้นำมา “สวมรอย” ใช้เป็นเหตุแห่งการที่ว่า “ผู้ตายฆ่าตัวตาย”

ค. เป็นโรคจิตหรือโรคประสาทมาก่อนและเขียนไว้ล่วงหน้า แต่มิได้เขียนในขณะที่เกิด ปั่นปองหรือกรณีที่พบว่าเป็นศพ (แขวนคอ) อยู่

ง. เขียนไว้เองขณะที่น้อยใจหรือมีสภาวะบางประการ (กดดัน) มานานแล้ว แต่ในขณะที่เกิดเหตุมิได้มีสภาวะเช่นนั้นอยู่อีก

ประการที่ 2: สิ่งที่แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพต้องกระทำในการชันสูตรพลิกศพ “ทุกราย”

เมื่อแพทย์ผู้ชันหน้าให้เข้าร่วมทำการชันสูตรพลิกศพเพราะเป็นหน้าที่ (ตามกฎหมาย 148 และมาตรา 150) เนื่องจากเป็น “การตายผิดธรรมชาติ (มาตรา 148)”

สิ่งที่แพทย์จำเป็นต้องกระทำก็คือ “ทำหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ” ในลักษณะที่เรียกว่า “มาตรฐานแห่งการประกอบวิชาชีพ” (วิชาชีพเวชกรรม)^{2,3,4} นั่นเอง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ถึงความจริงที่แท้จริงขึ้น ซึ่งก็เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อผู้ที่เสียชีวิต

ประการที่ 3: การชันสูตรพลิกศพในรายสงสัยกรณีแขวนคอตาย

เมื่อทำการชันสูตรพลิกศพเรียบร้อยแล้วไม่จำเป็นกรณีประการใด เช่น อาจไม่มีเหตุหรือข้อสงสัย (เบื้องต้น) ณ ที่ที่พบศพ (ที่ที่ศพถูกพบ) ก็ตาม เพื่อความปลอดภัย (มาตรฐานทางการแพทย์ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม) แพทย์สมควรอย่างยิ่งที่จะต้องให้มีการส่งศพเพื่อการตรวจต่อ

ในประการนี้มิได้หมายความว่าจำเป็นต้องทำการ “ผ่าศพตรวจ” ทุกรายเสมอไป แต่การที่แพทย์จำเป็นต้องนำศพเพื่อรับการตรวจต่อนั้น เป็นการ “ตรวจอย่างละเอียด” อีกครั้งหนึ่ง ซึ่ง

ก. แม้การตรวจจะเป็นการตรวจเพียงภายนอก แต่ก็เกิดความละเอียดกว่าการตรวจศพในขณะ “ชันสูตรพลิกศพ” อย่างแน่นอน เพราะการตรวจศพเมื่อมีการนำศพเข้ามาตรวจ ณ สถานที่ที่ตรวจศพได้นั้น จะทำการตรวจด้วย

“เวลา” ที่มีในการตรวจ มีเพียงพอไม่ต้องรีบเร่งในการตรวจเช่นการชันสูตรพลิกศพ ที่อาจต้องรีบเร่งเพราะผู้คนที่อยู่รอบข้าง ซึ่งอาจเป็นญาติหรือ “ไทยมุง” เป็นต้น ทำให้แพทย์ผู้ร่วมในการชันสูตรพลิกศพอาจมองไม่เห็นพยาธิสภาพที่ศพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่งได้

“สถานที่ตรวจ” ที่ศพถูกนำมาตรวจต่อ (มาตรา 152) นั้น มักเป็นสถานที่ที่ถูกจัดไว้สำหรับการตรวจโดยเฉพาะ จึงพร้อมเพรียงในอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ เช่น แสงไฟที่สว่างเพียงพอ การมีน้ำล้างสิ่งที่แปดเปื้อนศพ เครื่องเอกซเรย์ที่ตรวจภายในศพเพื่อดูส่วนกระดูกหรือวัตถุแปลกปลอมที่ติดมากับศพ ผู้ช่วยในการจัดทำหรือพลิกศพไปมา เครื่องมือในการตรวจง่าย ๆ (ยังไม่ถึงขั้น

ผ่าศพ) แต่อาจเพียง “ชุด” หรือ “กริด” ในตำแหน่งที่สงสัยได้ หรือแม้แต่อาจทำการทดสอบเบื้องต้นอย่างง่าย ๆ เช่น การมีสารเสพติดที่ผู้ตายอาจได้รับมาโดยการดูดเอาปัสสาวะมาทำการตรวจทดสอบทางเคมีเบื้องต้น เป็นต้น

“ผู้ทำการตรวจ” มักจะมีหลายคนที่ร่วมหรือหลายคนช่วยกันตรวจศพ ซึ่งแน่นอนที่สุดการที่มีหลายคน (มักมีความชำนาญในการตรวจศพ) ย่อมทำให้อาจเห็น (พบ) พยาธิสภาพที่ไม่ถูกพบ ณ สถานที่ที่พบศพหรือชันสูตรพลิกศพก็ได้

“การเปิดศพตรวจอย่างเต็มที่” สามารถทำได้อย่างสะดวกโดยการถอดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มออกจนหมดเพื่อการตรวจอย่างละเอียด ย่อมสามารถตรวจพบได้ เช่น บาดแผลในที่ลับ (ตัวอย่างเคยมีการถูกยิงเข้าทางทวารหนัก หรือการที่ศพถูกตอกที่ศีรษะด้วยตะปูมีเส้นผมบังอยู่)

“การตรวจรอยเปื้อน” กรณีมีการเปื้อนคราบ โคลน น้ำมัน สี ฯลฯ ซึ่งอาจบ่งบ่งพยาธิสภาพที่มีอยู่ตามร่างกาย เช่น รอยเข็มแทง บาดแผลในที่ลับ โดยทั่วไป ณ ที่ที่ชันสูตรพลิกศพจะไม่เปิดดูเพราะอาจเป็นการประเจิดประเจ้อต่อผู้ที่อยู่รอบข้าง เช่น ทายาท เป็นต้น

ประการที่ 4: สิ่งที่แพทย์ผู้ทำการตรวจศพ “ต้อง” กระทำ

เมื่อมีการนำศพดังกล่าว (พบเบื้องต้นว่าแขวนคอ) แล้วแพทย์จำเป็นต้องตรวจหรือเก็บหรือส่งตรวจเป็นกรณีหรือลำดับดังนี้

ข้อ 1: กรณีคิดว่าไม่มีเหตุน่าสงสัยที่จะเป็นพฤติกรรมแห่ง “การถูกฆาตกรรม”

เป็นกรณีที่เชื่อว่าน่าจะเป็นการแขวนคอตายจริงหรือไม่พบสิ่งสงสัยและประกอบกับเหตุต่างอีก เช่น การที่ญาติไม่ติดใจเลยและแพทย์เชื่อว่า เป็นเช่นนั้น การที่ผู้ตายนับถือศาสนาที่มีข้อบัญญัติไว้ (เช่น ผู้นับถือศาสนาอิสลาม) การที่ผู้ตายเป็นผู้ที่อาจมีข้อตกลงกับหน่วยงานของรัฐไว้ล่วงหน้า (เช่น ผู้นับถือศาสนาอื่น เป็นต้น) โดยการตรวจนั้นอาจดำเนินการ ดังนี้

1.1 การตรวจสภาพศพภายนอกอย่างละเอียดถี่ถ้วน แม้แต่ร่องรอยแห่งการถูกเข็มแทงซึ่งอาจเป็นรอยแดงหรือจุดที่อาจสงสัยก็ต้องตรวจและบันทึกไว้

1.2 มีการบันทึกสภาพแห่งศพไว้ อาจเป็นการวาดภาพ การเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร การวัดขนาด (ยาว กว้าง ลึก ตำแหน่ง ฯลฯ)

1.3 การถ่ายภาพตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกาย และวัตถุพยานต่าง ๆ ที่อาจพบหรือติดบนส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

1.4 การเก็บพยานหลักฐานจากภายนอก ซึ่งแม้ไม่ได้ทำการผ่าศพตรวจ) แต่ก็อาจเก็บได้โดยการเก็บพยานหลักฐานเช่นว่านั้นเอาเป็นเพียงการเก็บบันทึกหรือการเก็บเพื่อการส่งตรวจต่อ เช่น

ก. สิ่งติดมากับศพ เช่น เสื้อผ้าที่อาจจำเป็นต้องส่งตรวจถึงประเภท ชนิด แหล่งผลิต ฯลฯ เป็นต้น

ข. สิ่งติดมากับเนื้อตัวร่างกายศพ เช่น คราบ สี เกล็ด จำเป็นต้องส่งตรวจ ณ ห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจพิสูจน์ได้

ค. ส่วนของศพที่เก็บจากภายนอกได้โดยง่าย เช่น การเก็บเส้นผม หรือขน การตัดเล็บเพื่อการตรวจ การเก็บน้ำลาย อุจจาระ เป็นต้น

ง. บาดแผลที่ตัวศพที่สามารถตรวจจากภายนอกได้ อาจทำการตรวจและบันทึก หรือการถ่ายภาพเพื่อการบันทึก หรืออาจจำเป็นต้อง “ชุด” หรือ “แคะ” ผิวหนังเพื่อการตรวจหากจำเป็น

1.5 การเก็บพยานหลักฐาน (สิ่งส่งตรวจ) ที่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือ แต่ไม่ต้องดำเนินการกับศพรุนแรง (non-invasive procedure)

ก. การใช้เอกซเรย์ หรือรังสีดูการทึบแสง (Fluorescence)

ข. การตรวจด้วยเครื่องมือราคาแพง เช่น การตรวจด้วยคอมพิวเตอร์ (CT Scan หรือ MRI) ซึ่งอาจเรียกว่า “Digital Autopsy” (ในขณะนี้ยังไม่ทำและถือว่าไม่คุ้มค่า แต่ในอนาคตอาจมีการดำเนินการได้)

1.6 การเก็บพยานหลักฐานที่ต้องดำเนินการต่อศพบ้าง (invasive procedure) เป็นการที่แพทย์ต้องดำเนินการกับศพ เช่น การผ่าเล็ก การเจาะ

เพื่อดูด

ก. การตัดเก็บชิ้นเนื้อเพื่อการตรวจ เช่น เนื้อเยื่อที่ได้รับยก (วัด) ที่คอเพื่อดูปฏิกิริยาแห่งชีวิต (vital reaction) เป็นต้น

ข. การเจาะเพื่อเก็บสารน้ำต่าง ๆ เช่น การดูดเอาปัสสาวะ การดูดเลือดจากเส้นเลือดใหญ่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การเจาะน้ำไขสันหลัง การเจาะน้ำในลูกตา เป็นต้น

ค. การเจาะเพื่อเก็บชิ้นเนื้อ (ในลักษณะ biopsy)

ง. การผ่าเนื้อตัวร่างกายเพื่อความจำเป็น เช่น การผ่าเอาวัตถุแปลกปลอมที่มีอยู่ออก หรือการตัดเอาส่วนของเนื้อเยื่อออกเพื่อการตรวจ

ข้อ 2: กรณีที่คิดว่ามีเหตุสงสัยหรือแม้เพียงแต่ไม่แน่ใจหรือต้องการทำเป็นมาตรฐาน (standard routine)

ในประการที่มีเหตุสงสัยหรือไม่แน่ใจจำเป็นต้องทำการผ่าศพตรวจ (complete autopsy) นั่นเอง ซึ่งมักมีเหตุประกอบดังนี้

2.1 กรณีสงสัย เช่น เป็นชาวต่างประเทศ เป็นผู้ที่ไม่เคยอยู่ในละแวกที่ตาย ไม่ทราบว่ามีผู้ตายเป็นใคร มีร่องรอยบางประการที่ชวนให้สงสัย

2.2 การตรวจ (examination)

ในที่นี้หมายถึง “การตรวจอย่างละเอียด” ซึ่งจำเป็นต้องทำการ “ผ่าศพตรวจ” โดยสิ่งที่แพทย์สมควรตรวจก็คือ

2.2.1 บาดแผลตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ตั้งแต่ศีรษะ ใต้ชั้นหนังศีรษะ ที่คอ หน้าอก หลัง อวัยวะภายใน ต้นขา

2.3 การเก็บพยานหลักฐาน

เป็นการเก็บพยานหลักฐานจาก

ก. การเก็บเหมือนกับในข้อ 1

ข. การเก็บชิ้นเนื้อที่ผ่าตรวจ

ค. การเก็บสารน้ำต่าง ๆ เช่น เลือด ปัสสาวะ น้ำในกระเพาะปัสสาวะ และน้ำเหลืองอื่น ๆ ที่ผ่าและตรวจพบอันเป็นสิ่งที่น่าสงสัย

2.4 การเก็บพยานหลักฐานในกรณีเฉพาะ (เป็นพิเศษ)

ในกรณีที่อาจสงสัยในเรื่องการพิสูจน์บุคคลต่อไปจำเป็นต้องเก็บเพิ่มเติมซึ่งมักจะเป็น กระดูกอ่อนที่ซี่โครง (นิยมมาก) หรือ “ส่วนของกระดูกยาว” เช่น กระดูกต้นแขน เป็นต้น

ประการที่ 5: เหตุผลในการเก็บพยานหลักฐาน

1. การเก็บพยานหลักฐานทั่วไป จำเป็นต้องเก็บสิ่งส่งตรวจตามประการข้างต้น (ที่กล่าวมา) เพื่อคลายความสงสัยในเรื่อง “การได้รับสาร (ยา) ที่ผู้ตาย” อาจได้รับก่อนเสียชีวิต ซึ่งโดยทั่วไปสิ่งที่เก็บจะประกอบด้วย เลือด น้ำปัสสาวะ และน้ำในกระเพาะอาหาร (อาจมีน้ำในลูกตาหรือน้ำไขสันหลังร่วมด้วยก็ได้)

2. การเก็บพยานหลักฐานเป็นการเฉพาะ

ความหมาย: หมายถึงการเก็บพยานหลักฐานเพื่อไว้เป็นการพิสูจน์ตัวบุคคลเป็นการเฉพาะ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วหากเป็น “คนไทย” มักเชื่อในเอกสารที่มีอยู่แล้วได้ เช่น เอกสารจากบัตรประจำตัวประชาชน ใบขับขี่ หรือเอกสารที่ทางราชการออกให้ อีกทั้งหากเจ้าพนักงาน (พนักงานสอบสวน) ระบุว่าบุคคลดังกล่าว ย่อมเชื่อถือและสามารถดำเนินการในนามของบุคคลดังกล่าวได้โดยสนิทใจแล้ว

กรณีที่เป็นคนต่างชาติ: แพทย์อาจต้องให้ความสำคัญยิ่งขึ้นไปอีกยิ่งเป็นชาวต่างชาติที่เป็นชาวยุโรปหรืออเมริกัน อาจจำเป็นต้องเก็บส่วนหรือชิ้นส่วนไว้เพื่ออาจมีประเด็นสงสัยในเรื่องสภาพแห่งบุคคลดังกล่าว คือ “เป็นบุคคลดังกล่าวนั้นจริงหรือไม่” ในประเด็นนี้แพทย์สมควรเก็บพยานหลักฐานเพื่อการพิสูจน์ทางพันธุกรรมด้วย (ดีเอ็นเอ) นั่นเอง

เหตุผลที่อาจเกิดประเด็น: เหตุผลก็คือ ในปัจจุบันมีสภาพแห่งความซับซ้อนในสังคมจนถึงขั้นมีการกระทำที่ยุ่งยากซับซ้อนมาก เช่น การปลอมตัวจากบุคคลหนึ่งเป็นอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นประเด็นใหญ่ถึงระดับประเทศ เช่น “การก่อการร้าย” และจำต้องระบุให้ชัดเจนถึงขนาดระดับพันธุกรรมเลยทีเดียว

ดังนั้น กรณีที่แพทย์ได้ทำการเก็บส่วนของร่างกายไว้เพื่อ (อาจ) ทำการตรวจทางพันธุกรรมต่อไปได้ย่อมถือว่าเป็นสิ่งที่ดียิ่งและอาจได้ชื่อว่า “เกินมาตรฐาน” แต่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน และแสดงถึงการให้ความสนใจในงานด้านนิติเวชศาสตร์ของแพทย์ท่านนั้น ๆ อีกประการหนึ่งด้วย

ประเด็นเฉพาะตามอุทธรณ์:

ตามประเด็นเฉพาะอุทธรณ์นี้ อาจวิเคราะห์ได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1: ข้อที่น่าสังเกตในศพ (ผู้ตาย)

ในประเด็นศพ (ผู้ตายรายนี้) ต้องถือว่ามีเหตุแห่งการสงสัยหลายประการ ดังนี้

1. ผู้ตายเป็นชาวต่างชาติ (โปแลนด์) และไม่มีถิ่นที่อยู่ในละแวกดังกล่าวเลย
2. ผู้ตายมีอายุน้อย เพียง 22 ปีเท่านั้น
3. ผู้ตายมีรอยสักตามร่างกาย เช่น ที่คอ ที่แขน ฯลฯ แสดงว่าน่าจะมีพฤติกรรม “นักสู้” ด้วย
4. ผู้ตายเป็นคนแปลกถิ่น คนละแวกดังกล่าวไม่เคยมีผู้เห็นหรือคุ้นหน้าผู้ตายเลย (รายละเอียดจากพนักงานสอบสวนเบื้องต้น)
5. เวลาที่ถูกพบศพ (ผู้ตาย) นั้นเป็นเวลาดึกสงัดและผู้อื่นไม่มีความสนใจเพราะเป็นช่วงที่มีการแข่งขันฟุตบอลโลกรอบชิงชนะเลิศระหว่าง “อาร์เจนตินากับเยอรมนี” ซึ่งเชื่อว่าจะปลอดภัยคนโดยแท้
6. สถานที่ตายอยู่ในซอย (เปลี่ยว) “ในประจําอุทิศแยกย่อย” ลึกเข้าไปในซอยราว 200 เมตร
7. สภาพของท่าที่ผู้ตายเสียชีวิตอยู่ในท่ากึ่งยืนกึ่งนั่ง ที่คอมีเพียงสายไฟของโทรทัศน์เคลื่อนที่คล้องอยู่เท่านั้น โดยผู้ตายถูกแขวนไว้กับเชือกที่คาง สภาพขาอศอกงออยู่ (incomplete hanging)
8. ไม่มีใครเคยเห็นผู้ตาย (คนแปลกถิ่น) และไม่ทราบสาเหตุใดที่ผู้ตายจึงมาแขวนคอที่ซอสดังกล่าว และใช้การที่ผู้ตายมาแขวนคอตนเองหรือไม่
9. แม้ว่าในหนังสือเดินทางของผู้ตาย (Passport) จะระบุชื่อผู้ตายไว้อย่างชัดเจน แต่ก็ต้องระลึกไว้ว่า “ผู้ตายอาจมิใช่บุคคลตามชื่อในหนังสือเดินทางก็ได้” (เนื่องจากขณะนั้นมีการปลอมแปลงอย่างมาก)
10. ไม่พบบาดแผลรุนแรงตามร่างกายและแขนขา และมีเพียงบาดแผลถลอกที่เข้าทั้งสองข้าง โดยข้างขวาค่อนข้างใหญ่กว่าข้างซ้าย
11. การที่ผู้ตายถูกแขวนไว้เป็นเพียงการพาดที่คอเท่านั้น มิใช่การรัดหรือทำเป็นบ่วงในลักษณะแขวนคอตนเอง ไม่อาจบ่งชี้บ่งเตือนตาย หรือบ่งชี้เอนรุต
12. พฤติการณ์อาจเป็นไปได้ที่ผู้ตายไม่รู้สติแต่ยังไม่เสียชีวิต (ถูกทำให้สลบ) แล้วถูกจับมาแขวน (พาดไว้ที่คอ) เพื่อเป็นการอำพรางคดี
13. ทรัพย์สินของผู้ตายหายไปหมด เหลือแต่บัตรเครดิต และหนังสือเดินทางเท่านั้น

ประเด็นที่ 2: การวิเคราะห์กรณีผู้ตายตามอุทธรณ์

จากประเด็นที่ 1 เกี่ยวกับสภาพศพของผู้ตายที่ถูกพบนั้นจึงเป็นไปได้หลายประการ หากจะนำ “วัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ” (มาตรา 154) มาปรับ

“มาตรา 154 ให้ผู้ชันสูตรพลิกศพทำความเห็นเป็นหนังสือแสดงเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย ผู้ตายคือใคร ตายที่ไหน เมื่อใด ถ้าตายโดยคนทำร้าย ให้กล่าวหาว่าใครหรือสงสัยว่าใครเป็นผู้กระทำผิดเท่าที่จะทราบได้”
ในวัตถุประสงค์ดังกล่าวปรับเพื่อจำแนกกับผู้ตายรายนี้ได้ดังนี้

1. ผู้ตายคือใคร ยังไม่แน่ว่าผู้ตายรายนี้เป็นใคร หากตรวจดูก็เชื่อแน่ว่าเป็นเชื้อชาติ “คอเคซอยด์” ซึ่งอาจเป็นคนในประเทศใดก็ได้ อีกทั้งยังอาจมีเชื่อนตามบุคคลที่ถูกระบุไว้ในหนังสือเดินทางก็ได้ ประการที่น่าสงสัยก็อาจมีได้ เช่น การที่ผู้ตายเป็นคนแปลกถิ่นกับสถานที่ตาย การที่ผู้ตายมีรอยสักจำนวนมาก ทั้งที่หลังคอ หลัง ต้นแขน เป็นต้น ย่อมแสดงว่าผู้ตายอาจอยู่ในกลุ่มของบุคคลที่มีความเสี่ยงในเรื่องการประกอบอาชีพได้ ดังนั้น จึงยังต้องถือว่ามีเหตุ

ที่น่าสงสัยในประการนี้อยู่ ยิ่งกว่านั้นกรณีที่เป็นคนต่างชาติแล้วสมควรอย่างยิ่งที่แพทย์จะต้องคิดถึงกรณีที่น่าเกิดขึ้น (ในทางร้ายแรง/ในทางลบ) ที่อาจเกิดขึ้น เช่น กรณีตัวปลอม หรือต้องการที่จะให้ระบุว่าเป็นผู้หนึ่งผู้ใดตามที่ต่างประเทศร้องขอมาโดยมีต้นแบบแห่งพันธุกรรมที่ถูกวิเคราะห์ไว้แล้วมาแสดง (prototype or standard of DNA analysis)

2. ตายมานานแล้วเพียงใด ในประเด็นนี้เนื่องจากการตรวจศพเป็นการตรวจภายหลังจากที่พนักงานสอบสวนส่งมารับการชันสูตรเมื่อเวลาประมาณกว่า 6 ชั่วโมงหลังเสียชีวิตแล้ว ทำให้สภาพแห่งการตรวจพบทั้งการแข็งตัวของศพ การตกลงสู่เบื้องต่ำภายหลังเสียชีวิตของศพเป็นไปอย่างเต็มที่แล้ว จึงเป็นการยากที่จะบอกถึงเวลาอย่างชัดเจน แต่จำเป็นต้องดูประกอบกับช่วงเวลา “ที่ทำการชันสูตรเป็นสำคัญ” ซึ่งในเรื่องนี้สามารถทำได้

3. ตายที่ใด สถานที่ตายนั้นจำเป็นต้องประกอบกับสภาพการตรวจศพที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะบาดแผลที่ปรากฏที่คอ (รอยกด) ว่ามีลักษณะของปฏิกิริยาแห่งชีวิตหรือไม่ (vital reaction) เพื่อตัดประเด็นการที่ผู้ตายถูกทำให้ตายจากที่อื่นแล้วจับมาแขวนไว้ เปรียบเทียบกับการแขวนคอตนเอง ซึ่งในประการนี้จำเป็น อาจเป็นไปได้ที่ผู้ตายในขณะที่ถูกจับมาแขวนนี้ยังไม่ถึงแก่ความตาย จึงจำเป็นต้องพิจารณาประกอบกับลักษณะตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เช่น การตรวจพบสารหรือสารพิษในร่างกาย ที่อาจเป็นสาเหตุแห่งการตาย หรือการไม่รู้สึกตัวหรือไม่ด้วย

4. สาเหตุแห่งการตาย จากสภาพสิ่งที่ตรวจพบน่าจะเชื่อเกิดขึ้นจากการขาดอากาศจากการพบขลุ่ยหลอดคอในเยื่อปอด การคั่งของเลือดในอวัยวะภายใน

5. พฤติการณ์แห่งการตาย

การชันสูตรพลิกศพผู้ตายที่พบว่าถูกแขวนคออยู่ แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพอาจดูว่าเป็นการง่ายในการชันสูตรพลิกศพ แต่แท้ที่จริงแล้วแพทย์จำเป็นต้องคำนึงถึง “เหตุและผล” ตามมาตรา 154 ขณะที่ชันสูตรพลิกศพประกอบด้วยเสมอ โดยเฉพาะประเด็นที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติการณ์ที่ตายจาก “ถูกฆาตกรรม” ซึ่งเมื่อแพทย์ตระหนักเช่นนั้นแล้ว หากเป็นกรณีที่เป็นชาวต่างชาติโดยเฉพาะคอเคซอยด์ (Caucasoid) แพทย์จำเป็นต้องส่งศพดังกล่าวเพื่อตรวจต่อเสมอ (ไม่มีข้อยกเว้น) ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยและมาตรฐานทางการแพทย์ (ทางด้านนิติเวชศาสตร์) ของแพทย์ท่านนั้น และหากจำเป็นต้องเป็นผู้ตรวจศพต่อตามมาตรา 152 แล้ว แพทย์จำเป็นต้องตรวจและส่งตรวจเพื่อผลการตรวจที่สนับสนุน โดยเฉพาะแพทย์ต้องไม่ลืมเก็บส่วนของร่างกายเพื่อการบ่งชี้ตัวบุคคล (ดีเอ็นเอ) ไว้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

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

สร. ตีวงกฎหมายจริยธรรมเจ้าหน้าที่ในสังกัด ป้องกันและปราบปรามการทุจริต



กระทรวงสาธารณสุข จัดอบรมนายแพทย์สาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ในสังกัดทั่วประเทศทุกระดับ สร้างความรู้ความเข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานรักษาวินัย เพื่อป้องกันและปราบปรามการทุจริตและการประพฤติมิชอบในกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งปลูกจิตสำนึกเจ้าหน้าที่ร่วมต่อต้านการทุจริต เผยสถิติในปี พ.ศ. 2550-2553 มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุจริตในหน้าที่ 44 ราย

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานเปิดอบรมผู้บริหาร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามการทุจริตฯ จากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทุกระดับ จำนวน 250 คน เมื่อวันที่ 3-4 กรกฎาคม ที่ผ่านมา ณ โรงแรมสตรียะยอง เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบในราชการ และปลูกจิตสำนึกในการต่อต้านการทุจริต สนองคำสั่งของคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 69/2557 เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2557 เรื่องมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชัน

นพ.ณรงค์ กล่าวว่า ปัญหาคอร์รัปชันเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาช้านาน ที่ผ่านมามีการแก้ไขปัญหาคอร์รัปชันยังไม่เป็นรูปธรรม อีกทั้งยังทึความรุนแรงมีความซับซ้อนยากต่อการตรวจสอบมากขึ้นเรื่อย ๆ จากผลการจัดอันดับค่าดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชัน โดยองค์กรเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ พบว่าประเทศไทยมีคะแนนดัชนีลดลง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2554 อยู่ในระดับต่ำที่ 32 คะแนนจากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ในปี พ.ศ. 2555 มี 37 คะแนน ในปี พ.ศ. 2556 ลดลงเหลือ 35 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยยังมีปัญหาคอร์รัปชันในระดับสูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นที่จะต้องเร่งแก้ไขป้องกันเป็นการด่วน

ทั้งนี้ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริตฯ ในส่วนกลางเป็นหน่วยงานหลักในการป้องกันการทุจริตอย่างจริงจัง และจะขยายไปยัง 12 เขตบริการสุขภาพในภูมิภาค และในกรุงเทพฯ ด้วย โดยขณะนี้ได้จัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามการทุจริตฯ ในระยะที่ 2 พ.ศ. 2557-2560 มี 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1. ปลูกและปลูกจิตสำนึกให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับร่วมกันป้องกันและต่อต้านการทุจริต



เน้นปรับเปลี่ยนฐานคิดและใช้หลักธรรมะเข้ามาช่วย ดำเนินชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง และปฏิบัติตามประมวลจริยธรรมข้าราชการ 2. บูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในสังกัดกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน จะฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านให้เป็นหูเป็นตาในการสอดส่องต่อต้านการทุจริตในพื้นที่ 3. พัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศในการเฝ้าระวังการทุจริต 4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการโดยคนของในเรื่องการจัดซื้อจัดจ้างในกลุ่มยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์การแพทย์ให้โปร่งใส และ 5. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องกฎหมาย แนวปฏิบัติระเบียบที่เกี่ยวข้อง

“จากการวิเคราะห์ปัญหาการทุจริตในกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2553 พบเจ้าหน้าที่ที่กระทำผิดรวม 44 คน ส่วนใหญ่เป็นระดับปฏิบัติงาน และปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการเงิน เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องกฎระเบียบต่าง ๆ ซึ่งการอบรมครั้งนี้ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ อาทิ **นายภาส ภาสสัทธา อดีตรองเลขาธิการฯ ป.ป.ช., นายวันดี สร้อยพิสุทธิ์ อดีตประธานศาลรัฐธรรมนูญ, นายพิศิษฐ์ ลิลาวิโรภาส ที่ปรึกษาผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา** เป็นวิทยากรให้ความรู้ มั่นใจว่าหากบุคลากรมีความเข้าใจปัจจัยสาเหตุการเกิดคอร์รัปชันที่ถูกต้องครบถ้วน โอกาสการทุจริต ไม่โปร่งใสก็จะลดลง นำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ได้ในที่สุด” **นพ.ณรงค์** กล่าว



การที่ลูกเกิดมามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ครบ 32 ประการ ถือเป็นสุดยอดพรวิเศษที่พ่อแม่ทุกคนต้องการและตั้งความหวังไว้ แต่ด้วยในปัจจุบันสังคมเมืองทำให้ผู้หญิงหลายคนแต่งงานช้าลง เมื่ออายุมากขึ้น สิ่งที่ต้องกังวลเป็นธรรมดาก็คือ กลัวที่ลูกจะมีโรคทางพันธุกรรม ซึ่งโรคทางพันธุกรรมหรือโรคติดต่อทางพันธุกรรมนั้นเป็นโรคที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากฝั่งพ่อและแม่ พบได้ 3-5% ของประชากรทั่วไป แต่พบ 8-10% ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องมีบุตรยาก โดยโรคที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ กลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม ตาบอดสี ฮีโมฟีเลีย

โรคพันธุกรรม 'เสี่ยงได้' ด้วยเทคโนโลยีตรวจก่อนตั้งครรภ์



พญ.ปฤษฎร สุขประเสริฐ

กลุ่มอาการเทอร์เนอร์ เป็นต้น ในอดีตคู่สมรสที่เป็นโรคหรือเป็นพาหะของโรคทางพันธุกรรมที่มีความเสี่ยงที่จะให้กำเนิดบุตรที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมจะสามารถวินิจฉัยได้หลังจากที่มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นแล้ว แต่ปัจจุบันมีวิธีการใหม่โดยเป็นเทคโนโลยีตรวจก่อนตั้งครรภ์ ทำให้พ่อแม่ทราบล่วงหน้า ป้องกันลูกน้อยห่างไกลจากโรคทางพันธุกรรม

พญ.มณฑุพร สุขประเสริฐ หัวหน้าศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลปิยะเวท กล่าวว่า โรคทางพันธุกรรมหรือโรคติดต่อทางพันธุกรรมเป็นโรคที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากฝั่งพ่อและแม่ พบได้ 3-5% ของประชากรทั่วไป แต่พบ 8-10% ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องมีบุตรยาก ซึ่งจะทำให้ทารกเสียชีวิตได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาหรือหลังคลอด โดยโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยและมักทำให้พ่อแม่กังวลใจอยู่เสมออีกคือ กลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมที่มักทำให้เด็กปัญญาอ่อน อันเกิดจากโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 โครโมโซม นอกจากนั้นความผิดปกติอื่นที่พบบ่อย ได้แก่ ตาบอดสี ฮีโมฟีเลีย กลุ่มอาการเทอร์เนอร์ เป็นต้น ในอดีตคู่สมรสที่เป็นโรคหรือเป็นพาหะของโรคทางพันธุกรรมมีความเสี่ยงที่จะให้กำเนิดบุตรที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม ซึ่งจะสามารถวินิจฉัยได้หลังจากที่มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นแล้ว การตรวจหาความผิดปกติทางพันธุกรรมมักทำได้หลังอายุครรภ์ประมาณ 12-18 สัปดาห์ขึ้นไป

“ในส่วนของวิธีการตรวจนั้น มีตั้งแต่การตรวจชิ้นเนื้อรก การเจาะน้ำคร่ำ และการตรวจเลือดจากสายสะดือทารก โดยเมื่อพบความผิดปกติแล้วแพทย์มักจะต้องขอให้ยุติการตั้งครรภ์ซึ่งมีผลกระทบต่อมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่ในปัจจุบันคุณพ่อคุณแม่เบาใจได้ เพราะมีเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการตรวจวินิจฉัยพันธุกรรมตัวอ่อนเพื่อสามารถที่จะตรวจสอบทารกตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ว่ามีโอกาสที่จะเป็นโรคทางพันธุกรรมหรือไม่”

ทั้งนี้กระบวนการตรวจวินิจฉัยพันธุกรรมของตัวอ่อนก่อนการฝังตัว



(Pre-implantation genetic diagnosis) จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ทารกที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม การวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมของตัวอ่อนระยะก่อนการฝังตัวทำให้มารดาที่มีความเสี่ยงสามารถตั้งครรภ์โดยมั่นใจได้ว่าทารกที่คลอดจะปลอดโรคทางพันธุกรรมที่ตนเองเป็นพาหะ เทคโนโลยีนี้ช่วยให้ครอบครัวสามารถหลีกเลี่ยงการทำแท้งบุตรในกรณีที่เกิดการวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal Diagnosis: PND) พบว่า ทารกมีความผิดปกติ การวินิจฉัยตัวอ่อนก่อนการฝังตัวจึงเป็นวิธีการการเกิดของทารกที่เป็นโรคทางพันธุกรรม โดยไม่ขัดต่อจริยธรรมและศีลธรรม

โดยคู่สมรสที่เข้าข่ายควรตรวจด้วยเทคโนโลยีนี้ได้แก่ คู่สมรสที่ฝ่ายหญิงอายุมาก ในที่นี้นับที่อายุมากกว่า 37 ปีขึ้นไป, คู่สมรสที่มีโรคทางพันธุกรรม และสามารถถ่ายทอดไปให้ลูกได้, คู่สมรสที่มีประวัติตั้งครรภ์ทารกที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมมาก่อน รวมถึงคู่สมรสที่มีโรคทางพันธุกรรมที่ก่อให้เกิดมะเร็งร้ายแรงและถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม เช่น มะเร็งเต้านมหรือมะเร็งรังไข่, คู่สมรสที่ประสบปัญหาแท้งบุตรซ้ำซ้อนโดยมีสาเหตุเนื่องมาจากมีความผิดปกติของโครโมโซมแฝงอยู่ และคู่สมรสที่ไม่ประสบความเร็จจากการทำเด็กหลอดแก้ว ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป

“การตรวจจะเริ่มจากใช้ฮอร์โมนเพื่อกระตุ้นไข่ โดยจะใช้ฮอร์โมนจากภายนอกฉีดเข้าไปเพื่อกระตุ้นให้ไข่โตมากกว่า 1 ใบขึ้นไป และทำให้เกิดการสุกของไข่พร้อมกัน จากนั้นเป็นกระบวนการเก็บเซลล์ไข่เพื่อเตรียมนำออกมาผสมกับอสุจินอวางกาย ขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะได้รับการวางยาสลบแล้วเก็บไข่โดยใช้เข็มผ่านเข้าไปทางช่องคลอด ต่อมาเป็นการนำเซลล์ไข่ผสมกับอสุจิและเลี้ยงตัวอ่อนภายนอกวางกาย เมื่อเซลล์ไข่ผสมกับอสุจิจะเริ่มแบ่งตัวเจริญเป็นตัวอ่อนต่อไป แล้วจึงตัดชิ้นเนื้อตัวอ่อนเพื่อตรวจทางพันธุศาสตร์ เป็นกระบวนการตัดชิ้นเนื้อตัวอ่อนนำออกมาเพื่อตรวจวินิจฉัยทางพันธุกรรม ซึ่งในปัจจุบันมีหลายเทคโนโลยีที่ทำให้การตรวจทางพันธุศาสตร์มีประสิทธิภาพมากขึ้น”

เทคโนโลยีการตรวจทางพันธุศาสตร์ที่จะมาเสริมศักยภาพการตรวจ ได้แก่ วิธีที่ 1 คือการตรวจด้วยสารเรืองแสงหรือฟิช (FISH) ซึ่งเป็นกระบวนการนำดีเอ็นเอที่ติดฉลากกับสารเรืองแสงจับกับดีเอ็นเอเป้าหมาย ซึ่ง

ก็คือดีเอ็นเอของตัวอ่อนที่ต้องการตรวจ และตรวจนับจำนวนโครโมโซมจากการตรวจการติดสีของสารเรืองแสงด้วยกล้องเฉพาะ วิธีการนี้ที่ใช้อยู่ในประเทศไทยมักตรวจโครโมโซมเพียง 5 โครโมโซมคือ 13, 18, 21, X, Y ซึ่งในคนปกติมีโครโมโซมทั้งหมด 23 คู่ ทำให้วิธีการนี้มักไม่สามารถตรวจหาความผิดปกติที่เกิดจากโครโมโซมคู่อื่นได้ วิธีที่ 2 คือการตรวจปฏิกิริยาลูกโซ่จากเซลล์เดียว (Polymerase chain reaction) ที่เป็น

กระบวนการเพิ่มปริมาณสารพันธุกรรมหรือดีเอ็นเอโดยใช้เครื่องพีซีอาร์เป็นตัวช่วยให้เกิดปฏิกิริยา ซึ่งเป็นวิธีที่ละเอียดอ่อนและซับซ้อน ใช้เวลาและค่าใช้จ่ายสูง ในการตรวจแต่ละรายใช้ในกลุ่มโรคพันธุกรรมยีนเดี่ยว และวิธีที่ 3 คือ ไมโครอะเรย์ (Comparative Genomic Hybridization: CGH) เทคโนโลยีใหม่ล่าสุดที่กำลังนิยมใช้

กันอย่างแพร่หลายในอเมริกาและแถบยุโรป ที่สามารถตรวจวิเคราะห์หาความผิดปกติของโครโมโซมได้ทั้ง 24 โครโมโซม มีความแม่นยำสูงถึง 99% ทำให้เพิ่มอัตราการตั้งครรภ์สูงขึ้นกว่าการตรวจด้วยวิธีเก่า (ฟิช) ถึง 2 เท่า นอกจากนั้นยังเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์และสามารถลดอัตราการแท้งได้อีกด้วย

สำหรับการตรวจวินิจฉัยพันธุกรรมของตัวอ่อนก่อนการฝังตัวจะสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคทางพันธุกรรมที่จะเกิดขึ้นในทารกได้ ลดความจำเป็นในการยุติการตั้งครรภ์ และลดโอกาสการเกิดจากทารกที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ต้องได้รับการดูแลไปตลอดชีวิตและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก

“แม้จะมีการวินิจฉัยความผิดปกติทางพันธุกรรมตัวอ่อนก่อนการฝังตัว รวมถึงเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยแล้ว แต่การป้องกันโรคทางพันธุกรรมที่ดีที่สุดคือ ก่อนแต่งงานรวมถึงก่อนมีบุตร คู่สมรสควรตรวจร่างกาย รวมถึงคัดกรองโรคทางพันธุกรรมโดยเฉพาะกรณีที่มีประวัติโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว เพื่อทราบระดับความเสี่ยงและทำให้ความเสี่ยงในการเกิดโรคทางพันธุกรรมน้อยลงเพื่อหลีกเลี่ยงการยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากทารกมีความผิดปกติของโรคทางพันธุกรรม”

พญ.มัณฑุรา กล่าวทิ้งท้าย



ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นอันดับต้น ๆ ที่คร่าชีวิตคนไทย ซึ่งตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คนไทยมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์หรือโรคเหงือกอักเสบ ขณะเดียวกันหากเกิดโรคเหงือกขึ้นก็จะเพิ่มน้ำตาลในกระแสเลือด เป็นผลให้การควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานยากขึ้น จึงจำเป็นต้องหาวิธีการรักษาควบคู่กันไป

ดูแลสุขภาพเหงือก ห่วงใยผู้ป่วยเบาหวาน



ด้วยความห่วงใยสุขภาพของคนไทย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จัดงาน “ดูแลสุขภาพเหงือก ห่วงใยผู้ป่วยเบาหวาน” โดยได้รับการสนับสนุนจาก บริษัท คอลเกต บาล์มโอเลฟ (ประเทศไทย) จำกัด เพื่อส่งเสริมความรู้และวิธีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานถึงภัยจากโรคเหงือกอักเสบ โรคแทรกซ้อนที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นโดยทันตแพทย์จากโรงพยาบาลศิริราช

ผศ.พ.วิศิษฐ์ วามวาณิชย์ ผู้แทนฝ่ายโรงพยาบาลศิริราช กล่าวว่า นอกจากโรคเบาหวานจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบสมอง ไตเสื่อม และจอประสาทตาเสื่อมแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาในช่องปาก โดยเฉพาะเหงือกและฟัน หรือโรคปริทันต์ที่เรียกว่า ภาวะโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคเหงือกอักเสบอย่างรุนแรงจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยาก เนื่องจากสูญเสียสมดุลของระดับน้ำตาล รวมทั้งการไหลเวียนของเลือดเฉพาะตำแหน่ง และการแลกเปลี่ยนสารอาหารลดลง ผู้ป่วยจึงมีเม็ดเลือดขาวลดลงอีก ทั้งยังทำหน้าที่บกพร่อง มีภาวะการขาดวิตามินบีและซี ทั้งหมดเป็นผลให้เนื้อเยื่อปริทันต์ที่ยึดรากฟัน มีความต้านทานต่อการติดเชื้อลดลง ทำให้ไวต่อการติดเชื้อมากขึ้น ทั้งยังเกิดหินน้ำลายเพิ่มขึ้นด้วย ในขณะที่การหายของแผลช้าลง เนื้อเยื่อปริทันต์และกระดูกรากฟันก็ถูกทำลายลงอย่างรวดเร็ว มักเกิดเหงือกบวม เป็นฝีหนองได้บ่อย ปัจจุบันจึงพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะเป็นโรคเหงือกมากกว่าและรุนแรงกว่าคนทั่วไป ซึ่งในการรักษานั้นสามารถทำได้โดยเริ่มจากการไปรับการดูแลจากหมอฟันรักษาโรคเบาหวาน โดยที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพราะเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี โรคแทรกซ้อนก็จะลดลงด้วย นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับการดูแลทำความสะอาดช่องปากและรับการตรวจดูแลจากทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ทุก ๆ 6 เดือน



ด้าน **มร.โรเบิร์ต คาร์เตอร์ ผู้อำนวยการฝ่ายการตลาดภูมิภาคเอเชีย กลุ่มผลิตภัณฑ์ดูแลช่องปาก บริษัท คอลเกต บาล์มโอเลฟ (ประเทศไทย) จำกัด** กล่าวว่า การจัดงานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพเหงือกกับโรคเบาหวานโดยผู้เชี่ยวชาญ จากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสที่จะเป็นโรคปริทันต์หรือโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าคนทั่วไป เพราะผู้ป่วยจะมีความต้านทานต่อการติดเชื้อดังกล่าวต่ำ ถ้าเป็นโรคเบาหวานมานานจะยิ่งทำให้โรคเหงือกอักเสบอาจปรากฏรุนแรงมากขึ้นและเรื้อรังในที่สุด ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ตลอดจนตรวจสุขภาพฟันเป็นประจำ จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคเหงือกอักเสบในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

ภายในงาน **ดาราสาว มิว-นิษฐา จิรยั่งยืน** ได้มาร่วมแชร์ประสบการณ์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานของตนเอง นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้และแนวทางการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดย **อาจารย์ศรีสมัย วิบูลยานนท์ นักโภชนาการชำนาญการอาวุโส โรงพยาบาลศิริราช** ที่ชี้ให้เห็นว่าการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเพื่อสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี โรคแทรกซ้อนก็จะลดลงด้วย และมีการโชว์เมนูเด็ดด้านโรคเบาหวานจาก **พล ดัณฑเสถียร** อีกด้วย

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
21-22 สิงหาคม 2557 	ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ร่วมกับมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย	การประชุม TRMA mid-year meeting & TOPF annual meeting 2014 ณ โรงแรมอิมพีเรียล อาคารแพทย์พัฒนา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โทรศัพท์ 0-2716-6808 โทรสาร 0-2716-6809 E-mail: thairehab@gmail.com http://rehabmed.or.th
22 สิงหาคม 2557 	สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2557 ณ ห้องควีนส์ปาร์ค 2 โรงแรมอิมพีเรียล ควีนส์ปาร์ค กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5412, 08-4468-0711 โทรสาร 0-2716-5411 E-mail: dm.thai@diabassothai.org www.diabassothai.org
27-29 สิงหาคม 2557 	สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย	การอบรมเชิงปฏิบัติการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ครั้งที่ 13 ณ ห้องคอนเวนชัน เอบีซี โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6922, 08-5359-6092 โทรสาร 0-2716-6923 www.thaiidsociety.org
1-5 กันยายน 2557 	กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร่วมกับภาควิชาอายุรศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	การอบรมระยะสั้นอายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ ครั้งที่ 15 ประจำปี พ.ศ. 2557 Clinical Approach in Medicine ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบ พระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2354-7600 ต่อ 93305, 08-1985-3803 www.pmkmedicine.com
2-4, 5-6 กันยายน 2557 	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทยและรังสีวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย	AIRP 2014 และการประชุมทางวิชาการประจำปี ครั้งที่ 51/2557 ณ โรงแรมโซฟิเทล เซ็นทรัล แกรนด์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-5963 โทรสาร 0-2716-5964 E-mail: airp.rcrt.2014@gmail.com www.rcrt.or.th
10-12 กันยายน 2557 	กระทรวงสาธารณสุข	การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2557 จ.เชียงใหม่	www.moph.go.th
12 กันยายน 2557 	สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย	การประชุมกลางปี พ.ศ. 2557 DST Mid-Year Meeting 2014 ณ โรงแรมพูลแมน บางกอก ดิงเพาเวอร์ กรุงเทพฯ	โทรศัพท์ 0-2716-6857, 0-2716-5256, 0-2716-6661-3 ต่อ 9012 โทรสาร 0-2716-6857 E-mail: contact@dst.or.th www.dst.or.th
22-26 กันยายน 2557 	ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	หลักสูตรการอบรมผู้ให้การฟื้นฟูหัวใจ Basic Cardiac Rehabilitation Trainer 2014 ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2718-0061 โทรสาร 0-2718-0065 E-mail: o_thaiheart@hotmail.co.th www.thaiheart.org
14-17 ตุลาคม 2557 	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 29 และการประชุมสามัญประจำปี พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี	www.rtcog.or.th

วันที่	หน่วยงาน	รายละเอียด	ติดต่อสอบถาม
23-25 ตุลาคม 2557 	ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ Asia Pacific Orthopaedic Association (APOA)	การประชุม The 18 th Biennial Congress of Asia Pacific Orthopaedic Association (APOA) and the 36 th Annual Meeting of the Royal College of Orthopaedic Surgeons of Thailand (RCOST) ณ ศูนย์การประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคิลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-5436 โทรสาร 0-2716-5440 E-mail: apoa2014@rcost.or.th www.apoa2014.com
23-26 ตุลาคม 2557 	สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	การประชุมใหญ่ประจำปี พ.ศ. 2557 Update on management of infectious diseases 2014 ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6874 โทรสาร 0-2716-6807 www.idthai.org
27-29 ตุลาคม 2557 	สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย ร่วมกับ สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งเสริมสวยแห่งประเทศไทย	งานประชุมวิชาการนานาชาติ The 14 th International Congress of the Oriental Society of Aesthetic Plastic Surgery "Achieving Excellence in Aesthetic Surgery" ณ ศูนย์การประชุม PEACH โรงแรมรอยัลคิลิฟ บีช รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี	โทรศัพท์ 0-2716-6214 โทรสาร 0-2716-6966 E-mail: osaps2014@gmail.com www.osaps2014.org
11-14 พฤศจิกายน 2557 	กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	การประชุมวิชาการ Interactive Clinical Practices 2014: Practical Pediatrics at a Glance ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	โทรศัพท์ 0-2354-7600-28 ต่อ 94162, 94163 โทรสาร 0-2354-7827 E-mail: sumittra_ped@hotmail.com
28-30 พฤศจิกายน 2557 	International Parkinson and Movement Disorder Society ร่วมกับชมรมโรคพาร์กินสันไทย	งานประชุมวิชาการ 4 th Asian and Oceanian Parkinson's Disease and Movement Disorders Congress ณ พัทยา จ.ชลบุรี	www.movementdisorders.org/AOPMC2014
5-7 ธันวาคม 2557 	สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์	งานประชุมวิชาการ Two Days in Cardiology ณ โรงแรมดุสิตธานี หัวหิน จ.เพชรบุรี	www.thaiheart.org
11-12 ธันวาคม 2557 	ราชวิทยาลัยออร์โธพาทิกแห่งประเทศไทย	The 9 th Congress of the Asia-Pacific Vitreo-Retina Society in Conjunction with the 34 th Annual Academic Meeting of the Royal College of Ophthalmologists of Thailand ณ กรุงเทพฯ	www.rcopt.org
11-13 ธันวาคม 2557 	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย	4 th 2014 AOCPRM Asia-Oceanian Conference of Physical and Rehabilitation Medicine Rehabilitation for all: From Bench to Community	http://rehabmed.or.th
4-6 มีนาคม 2558 	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย ชมรมแพทย์ผิวหนังเด็กแห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	8 th Regional Scientific Meeting on Pediatric Dermatology In Collaboration with 40 th Dermatological Society of Thailand Annual Meeting Theme: Challengers in Pediatric Dermatology ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ	E-mail: info@rpd2015.org www.rpd2015.org

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

Highlight International Congress 2014

Date	Title	City	Country	Contact
24-26 September 2014 	3 rd Eastern Asia Dermatology Congress	Jeju	Korea	www.eadc2014.org
24-28 September 2014 	The 15 th Asian Oceanian Congress of Radiology (AOCR 2014)	Kobe	Japan	www2.convention.co.jp
26-28 September 2014 	M.D.–Migrating Doctors? Mobility of Doctors and Health Care Professionals in Europe–Past and Present	Jaworze, Silesia Region	Poland	http://migratingdoctors.wordpress.com
26 September - 1 October 2014 	European Society of Intensive Care Medicine	Barcelona	Spain	www.esicm.org
27 September 2014 	Wound Care-Ninth Annual Wound Care Symposium	Coconut Grove, Miami	United States of America	http://WoundCareMiami.BaptistHealth.net
27-29 September 2014 	Musculoskeletal & Sports Medicine Intervention Symposium 2014	Philadelphia	United States of America	www.mcginleyinnovations.com
29 September - 2 October 2014 	Healthcare World Asia 2014	-	Singapore	www.terrapiinn.com/conference/healthcare-world-asia/index.stm
16-17 October 2014 	14 th Advanced Neuroradiology Course	-	Singapore	www.nni.com.sg
13-15 December 2014 	14 th Congress of the Asean Federation of Psychiatry & Mental Health “Setting Gold Standards of Care in Asean Psychiatry”	Cebu	Philippines	www.philpsych.ph/conventions/item/124-programme

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong Karn Pat Editorial Team at E-mail: hp_14_dna@hotmail.com or send your information to our company, Sapphasan Co., Ltd. 71/17 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 #110 Fax 0-2884-7299



TEMPUS600 ท่อลมขนส่งหลอดเลือดสำหรับโรงพยาบาล

บริษัท เทมปัส เอเชีย จำกัด เผยผลิตภัณฑ์ใหม่ TEMPUS600 เทคโนโลยีท่อลมขนส่งหลอดเลือดความเร็วสูงสำหรับโรงพยาบาล จากประเทศเดนมาร์ก ซึ่งถือเป็นรายแรกในประเทศไทย ด้วยเทคโนโลยีท่อลมขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางเพียง 2.5 เซนติเมตร ติดตั้งง่าย สะดวกทั้งภายในและภายนอกตัวอาคาร โดยติดตั้งระยะทางได้สูงสุดถึง 650 เมตร อัตราความเร็วในการขนส่งหลอดเลือด 7 เมตรต่อวินาที ไม่ต้องใช้ภาชนะบรรจุหลอดเลือดในการขนส่งไป-กลับ สะดวกต่อผู้ใช้งาน ลดค่าใช้จ่ายเรื่องคน และลดข้อผิดพลาด รวมทั้งลดขั้นตอนการขนส่งหลอดเลือดจากห้องเจาะเลือดไปยังห้องปฏิบัติการ ช่วยให้ผู้ป่วยทราบผลการตรวจวิเคราะห์ที่รวดเร็ว และทันต่อการรักษามากขึ้น



Lava Magnum X604 แฟลตฟอร์ม 'สเปกไม่ธรรมดา'

Lava แปรนด์สมาร์ตโฟนสัญชาติอินเดีย ล่าสุดได้เปิดตัวแฟลตฟอร์มตัวแรก รุ่น **Magnum X604** ที่มาพร้อมหน้าจอแสดงผล IPS กว้าง 6 นิ้ว รันบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ 4.4.2 KitKat ตั้งแต่แก็กเกิ้ลช่อง ขับเคลื่อนด้วยหน่วยประมวลผล quad-core ความเร็ว 1.2 GHz, RAM 1 GB หน่วยความจำภายใน 8 GB ใช้งานได้ 2 ซิมการ์ด สนับสนุนการเชื่อมต่อ Wi-Fi, Bluetooth, GPRS และ 3G กล้องหลัง 8 ล้านพิกเซล และกล้องหน้า 2 ล้านพิกเซล ตัวเครื่องมีความหนา 8.9 มิลลิเมตร น้ำหนัก 207 กรัม และแบตเตอรี่ความจุ 2,800 mAh มี 2 สีคือ ขาวและดำ สนนราคาอยู่ที่ประมาณ 6,500 บาท



LG G Watch นาฬิกาข้อมืออัจฉริยะ

LG G Watch นาฬิกาอัจฉริยะระบบปฏิบัติการ Android สามารถทำงานร่วมกับสมาร์ตโฟนระบบปฏิบัติการ Android 4.3 ขึ้นไป มาพร้อมกับขนาดตัวเครื่อง 37.9 x 46.5 x 9.95 มิลลิเมตร น้ำหนัก 63 กรัม หน้าจอแสดงผลขนาด 1.65 นิ้ว LCD IPS ความละเอียด 280 x 280 พิกเซล หน่วยประมวลผล Snapdragon 400 1.2 GHz ความจำภายในตัวเครื่อง 4 GB, RAM 512 MB และแบตเตอรี่ 400 mAh มี 2 สีคือ White Gold และ Black Titan สามารถกันน้ำ กันฝุ่นได้ตามมาตรฐาน IP 67 โดยสนนราคาอยู่ที่ประมาณ 7,400 บาท

[Book Shop]



"รุ้ทันโรคภัย กับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ" และ "คิดเอง ทำได้ ห่างไกลโรค"

ซึ่งตีพิมพ์และเผยแพร่โดยราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นหนังสือพ็อกเก็ตบุ๊กแนะนำวิธีการป้องกันและการรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เป็นโรคฮิตในปัจจุบันของคนไทยส่วนใหญ่มักจะประสบปัญหาเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เช่น โรคกรดไหลย้อน โรคกระเพาะ โรคปวดข้อ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาให้ปลอดภัย ฯลฯ โดยเนื้อหาในทุก ๆ บทเขียนโดยแพทย์และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในโรคนั้น ๆ โดยตรง ผู้อ่านสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติและดูแลสุขภาพของตัวเองและบุคคลอันเป็นที่รักของท่าน โดยมีการนำเสนอและเรียบเรียงเป็นภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย ไม่เยิ่นเย้อ

ภายในเล่มมีการนำเสนอวิธีการป้องกันและการรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากวิถีชีวิตของคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยในปัจจุบัน เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ เป็นต้น มีการดำเนินเรื่องโดยการหยิบยกเอาตัวอย่างที่ใกล้ตัว เข้าใจง่ายเพิ่มเติมสีสันด้วยการร้อยเรียงภาษา แต่งแต้มด้วยภาพประกอบที่สวยงาม น่าอ่าน พกพาสะดวก

หนังสือพ็อกเก็ตบุ๊ก "รุ้ทันโรคภัย กับราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ" ราคาเล่มละ 50 บาท (ค่าจัดส่งทางไปรษณีย์เล่มละ 35 บาท) และ "คิดเอง ทำได้ ห่างไกลโรค" ราคาเล่มละ 60 บาท (ค่าจัดส่งทางไปรษณีย์เล่มละ 35 บาท) หน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐและเอกชน หรือผู้สนใจทั่วไปที่มีความประสงค์ที่จะสั่งซื้อเพื่อนำมาอ่านหรือนำมาแจกจ่ายที่กิจกรรมเพื่อสุขภาพต่าง ๆ สั่งซื้อได้โดยโอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 043-2-74623-0 ชื่อบัญชี "ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย" ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แล้วแนบหลักฐานการโอนเงินพร้อมแจ้งรายละเอียดดังนี้ ชื่อ-นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ จำนวนหนังสือที่สั่งซื้อ พร้อมแจ้งที่อยู่ของท่านสำหรับจัดส่งหนังสือ แล้วส่งข้อมูลมาที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 หรือแจ้งผ่าน E-mail: rcpt@rcpt.org สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ โทรศัพท์ 0-2716-6744 ต่อ 22

สร้างความสุขเพื่อเด็กด้อยโอกาส

คุณพิเชษฐพงษ์ ศรีสุวรรณกุล กรรมการผู้จัดการ บริษัท โรช ไดแอ็กโนสติกส์ (ประเทศไทย) จำกัด, คุณฟิลลิป เมเยอร์ ผู้จัดการทั่วไป บริษัท โรช ไทยแลนด์ จำกัด และ คุณริชาร์ด โกว์ หัวหน้าฝ่ายการเงินและการจัดการองค์กร บริษัท โรช ไดแอ็กโนสติกส์ (ประเทศไทย) จำกัด ร่วมมอบเงินจำนวน 275,000 บาท ให้แก่ คุณกัลณิกา ธรรมมา ประชาสัมพันธ์และ ผู้ประสานงานโครงการ บ้านคามิลเลียนเพื่อเด็กพิการ ลาดกระบัง ภายใต้การดำเนินงานของ มูลนิธิคณะนักบุญคามิลโลแห่งประเทศไทย เพื่อนำไปช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของน้อง ๆ เด็กกำพร้าผู้พิการหรือผู้ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ รวมถึงผู้พิการในชุมชนละแวกใกล้เคียง



จัดนิทรรศการอวกาศระดับโลก

นายวิริยะ จงไพศาล กรรมการผู้จัดการใหญ่ บริษัท แกล็กโซสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด หรือ GSK ร่วมแถลงข่าวการจัดนิทรรศการ “นasa เอ ฮิวแมน แอดเวนเจอร์” (NASA - A Human Adventure the Exhibition) ครั้งแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ด้านวิทยาศาสตร์และอวกาศของมนุษยชาติระดับโลกแก่คนไทยและร่วมฉลองครบรอบ 50 ปี GSK ภายใต้ความร่วมมือกับ นส.นิล ธอมปัสัน รองกรรมการผู้จัดการ บริษัท บีอีซี-เทโร เอ็นเตอร์เทนเมนท์ จำกัด (มหาชน), มร.ยุศดา เนอร์มิเนน

ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร บริษัท จอห์น เนอร์มิเนน อีเว้นท์, ดร.ณัฐกิตติ ตั้งพลสันธนา ผู้ช่วยกรรมการผู้จัดการใหญ่ฝ่ายการตลาด บริษัท เซ็นทรัลพัฒนา จำกัด (มหาชน) และ นายเอกชัย ภัคดุรงค์ ผู้ช่วยกรรมการผู้จัดการฝ่ายการตลาด ส่วนงานกิจการองค์กร บริษัท ไทยคม จำกัด (มหาชน) ณ ลานอีเดน ศูนย์การค้าเซ็นทรัลเวิลด์ เมื่อไม่นานมานี้

จัดกิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์

นายริชาร์ด เอบেলা ประธานบริหารบริษัท โนวาร์ติส (ประเทศไทย) จำกัด นำทีมผู้บริหารและพนักงานโนวาร์ติสฯ จัดกิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ประจำปี “Novartis Community Partnership Day 2014” ซึ่งจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี เนื่องในโอกาสวันก่อตั้งบริษัท โดยใช้เวลา 1 วันทำงานให้พนักงานได้มีโอกาสดำเนินการประโยชน์ต่อสาธารณชน โดยปีนี้พนักงานโนวาร์ติสฯ ได้พาเด็ก ๆ จากสถานสงเคราะห์เด็กอ่อนรังสิตไปเยี่ยมชมพิพิธภัณฑ์ (KidZania) เพื่อเปิดประสบการณ์โลกจำลองอาชีพแบบผู้ใหญ่ในเมืองเสมือนจริง พร้อมเลี้ยงอาหารกลางวันเด็ก ๆ อย่างอบอุ่น ณ สยามพารากอน กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



รณรงค์หยุดเบาหวาน



ศ.เกียรติคุณ พญ.วรรณิ นิธิยานันท์ นายกสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, ดร.ผุสดี ตามไท รองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร รักษาการแทนผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร และ คุณโจนาธาน พอล วอคเกอร์ ประธานบริษัท แอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย) จำกัด ร่วมเปิดกิจกรรม รณรงค์หยุด...เบาหวาน “STOP DIABETES NOW” เพื่อต้องการรณรงค์ให้ทุกคนได้ตระหนักถึงอันตรายจากโรคเบาหวาน ภายในงานมีกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพมากมาย อาทิ การร่วมเดินออกกำลังกาย และร่วมรณรงค์ให้ประชาชนทั่วไปได้ตระหนักถึงภัยจากโรคเบาหวาน บริการตรวจสุขภาพฟรี ชมนิทรรศการเพื่อรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเบื้องต้นจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ ณ สวนลุมพินี เมื่อไม่นานมานี้

วงการแพทย์ 2557

สัญจรทั่วไทย

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจร ทั่วไทย 2557 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์ ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคอีสาน ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ร.พ.เบญจลักษณ์พระนครศรีอยุธยา
จ.ศรีสะเกษ



ร.พ.ประโคนชัย จ.บุรีรัมย์



ร.พ.ปทุมราชวงศา จ.อำนาจเจริญ



วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

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



วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ
สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพทาง
ด้านเภสัชกรรม



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

อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา
☐ เภสัชกร กลุ่ม
☐ อื่น ๆ

สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง.....

สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....
.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....
มือถือ.....

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

☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการยา**
☐ 1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ไม่เล่ม **1,200** 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
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
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.
 เชื่อกธนาคารสาขา.....เลขที่เช็ค.....

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.
☐ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาถือปัส ปันเกล้า 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

သက်တောင့်သက်သာရှိ
အကျိုးရှိစွာ



**สาขาวิชาโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**

รับสมัครแพทย์ 1 ตำแหน่ง

คุณสมบัติ

1. วุฒิบัตรหรืออนุวุฒิบัตรอายุรศาสตร์ทั่วไป
2. มีความสนใจด้านโรคภูมิแพ้และวิทยาภูมิคุ้มกัน
3. มีความสนใจด้านการเรียนการสอนและการวิจัย



สนใจติดต่อ

สาขาวิชาโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา

ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

โทร 02-419-8263

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

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



* In an analysis of CIN3+ lesions, conducted irrespective of HPV type, Cervarix™ showed 93% efficacy (95% CI: 78.9–98.7)¹

** TVC-naïve cohort: includes all vaccinated subjects (15-25 years, who received at least one dose of vaccine) who had normal cytology, were HPV DNA negative for 14 oncogenic HPV types and seronegative for HPV-16 and HPV-18 at baseline¹

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

Abbreviated Prescribing Information. Based on full International Product Information (version number 12)

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

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

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

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

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

References:

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

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา