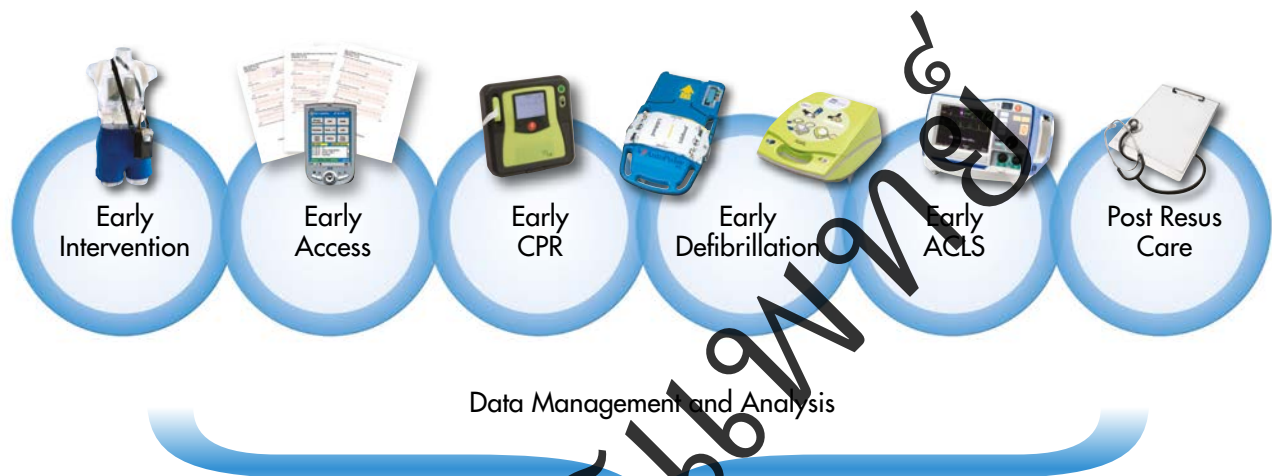


Impacting Outcomes Link by Link



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



Knowing the Risk Matters - HPV 16/18

*The **cobas** HPV test gives you to know more about your patient's risk for cervical cancer*

- ✓ One Step for HPV Genotyping 16/18
- ✓ Large Clinical Validation in the USA - ATHENA Trial
- ✓ Fully Automation System

ROCHE, COBAS, and LIFE NEEDS ANSWERS
are trademarks of Roche

© 2011 Roche
Roche Diagnostics (Thailand) Ltd., 18th Floor, Rasa Tower1,
555 Phaholyothin Road, Chatucak, Bangkok 10900 Tel: +662 791 2200 Fax: +662 937 0850



cobas x 480 Instrument



cobas z 480 Analyzer



" Notice warnings on the label and
accompanying documents before use "

พ.ร.บ. 6/2555

cobas[®]

Life needs answers

สารสาร

THE MEDICAL NEWS

วงการแพทย์

คณะที่ปรึกษาเกิดคึกคัก

ศ.นพ.มนตรี ตู้จินดา ศ.ภิกขาน นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวรงค์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์ ศ.พญ.ชนิกา ตู้จินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรจันทร์ ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวันชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนาถ ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ รศ.นพ.ป่วน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออันนตกุล รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์ รศ.นพ.วรัท วรรณะวิภาส พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อววจนพงษ์

กรรมการบริหาร

วามณี วิชิตกุล

ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

เสกสรรค์ สร้อยแหยม

อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา หิรัญยะระลิต

แผนกศิลป์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

งานสารสนเทศ

มนัญญา นาวิสัย

ผู้จัดการงานขายกลุ่มวงการแพทย์

รัตนา ชิตสกุลทอง

งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนากุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, สุริณี ธนสมบัติสกุล

งานส่งเสริมการตลาดและลูกค้าสัมพันธ์

ไพรัช ศิริวัฒนพิศาล

ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา

อิศรานนท์ สิทธาพิสุทธ์กุล

โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 แฟกซ์ 0-2435-2345 ต่อ 181

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี

แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700



เฉลิมพระเกียรติโอกาสเฉลิมพระชนมพรรษา สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ

๑๒ สิงหาคม ๒๕๕๗

ร่วมชีวิตพร้อมพร้อมใจไทยทั้งชาติ
สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ฯ ครุฑา
๖ ทรงสร้างงานในหมู่ผู้ทุกข์ยาก
เริ่มโครงการแพทยอาสา, ป่ารักษ์ฯ ผลทวี
พระอัจฉริยะแซ่ซ้องก้องโลกไกล
และรางวัลลิ้นเอิร์ก อเมริกา
เพียงลิขิตก้อยข้าหลักรองอักษร
ทรงโฉมเฉิดเลิศล้ำครุฑาชั้น

อภิวาทคุมมงคลเฉลิมพระชมมพรรษา
บรมราชินีนาถองค์มหาราชินี
พลิกผันจากความมอญสนธิ
แล้วยังมีศิลปะชีพ แนวกว้างใหญ่ใญ่ตามมา
ด้วยทรงได้รางวัลเหรียญเรส สุดล้ำค่า
เพราะบำเพ็ญได้ประโยชน์ชนเผ่าอันดี
ถวายพระพรแม่แผ่นดินพระมีงขวัญ
ทรงสุขสันต์เกษมสำราญทุกวาระเธออยู่

(สำโรจน์ ทรัพย์สุนทร ประพันธ์)

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ

ข้าพระพุทธเจ้าข้าคุณะ บริษัท สรรพสาร จำกัด
ขอขานกราบถวายบังคมทูล

การขายไข การเลือกเพศ และการอุ้มบุญ

เมื่อเร็ว ๆ นี้มีสื่อข่าวต่างประเทศสนใจ เรื่องการโฆษณาขายไขของหญิงไทย ที่รับจ้างอุ้มบุญ และการเลือกเพศบุตรในประเพณีที่เรียกว่าการเลือกเพศใน Website และใน Facebook ครั้นจะมองไทยสภาได้มี ประกาศมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วย การเจริญพันธุ์ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2540 ในประกาศนั้น เน้นเรื่องผู้ที่ดำเนินการว่าต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ด้านนี้ รวมทั้งแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังกล่าวถึงสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ใช้ ในการดำเนินการต้องได้มาตรฐาน ในปี พ.ศ. 2545 ได้มี ประกาศแพทยสภาฉบับที่สอง ห้ามการทำสำเนาชีวิต (human cloning) นอกจากนี้แพทย์จะต้องรับผิดชอบในเรื่องจริยธรรม

กรณีนี้คู่สมรสต้องการมีบุตรโดยให้ภรรยา เป็นผู้ตั้งครรภ์ ภรรยาอาจมีบุตรยากและมีอายุมากแล้ว อาจเอาไขของภรรยาไปปฏิสนธิกับอสุจิของสามีนอก ร่างกายแล้วใส่กลับไปในมดลูกของภรรยาเพื่อให้ภรรยา ตั้งครรภ์ต่อไป บางครั้งภรรยาไม่มีไข่ที่มีคุณภาพหรือสามี ไม่มีอสุจิที่มีคุณภาพ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสามารถ นำไข่หรืออสุจิของผู้บริจาคมาปฏิสนธิภายนอกหรือภายใน ร่างกายได้ นอกจากนี้อาจจะรับบริจาคตัวอ่อนเพื่อให้ ภรรยาตั้งครรภ์ได้ ตามกฎหมายไทยนั้นถ้าคลอดออกมาจาก หญิงคนใดถือว่าหญิงนั้นเป็นมารดาที่ถูกต้องตามกฎหมาย ไม่มีการตรวจพันธุกรรมว่าเป็นของใคร

กรณีที่คู่สมรสต้องการมีบุตรโดยให้หญิงอื่น ซึ่งไม่ใช่ภรรยาตั้งครรภ์แทน (อาจเป็นเนื่องจากภรรยาไม่มี มดลูกเพราะถูกตัดไป หรือมดลูกผิดปกติทำให้แท้งหรือ ภรรยาอาจป่วยเป็นโรคที่ตั้งครรภ์ไม่ได้ เป็นต้น) ในกรณี เช่นนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพจะให้บริการได้เฉพาะกรณีที่ใช้ ตัวอ่อนที่มาจากเซลล์สืบพันธุ์ของคู่สมรสเท่านั้น

การรักษาพยาบาลดังกล่าวข้างต้นต้องอยู่ ภายใต้งานไขคือ

ก. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้บริจาคไข่ ของสตรีหรืออสุจิในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการ ซื้อขาย

ข. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่หญิงที่ตั้งครรภ์ แทนในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการรับจ้าง ตั้งครรภ์

ค. หญิงที่ตั้งครรภ์แทนจะต้องเป็นญาติ โดยสายเลือดของคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

ง. การตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมของ ตัวอ่อนก่อนย้ายเข้าสู่โพรงมดลูก (Pre-implantation Genetic Diagnosis) ให้ทำได้เฉพาะการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคตาม ความจำเป็นและสมควร ทั้งนี้จะต้องไม่เป็นการกระทำใน ลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการเลือกเพศ โดยจะต้อง มีหนังสือแสดงความยินยอม

การให้การรักษานอกเหนือไปจากมาตรฐาน ที่กำหนดไว้ข้างต้นจะต้องได้รับความเห็นชอบจาก ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เสนอให้มีการแก้ไขข้อกำหนดมาตรฐานของแพทย์ที่ ให้การรักษา กำหนดลักษณะของหญิงที่จะอุ้มท้องแทน เช่น ต้องเป็นผู้มีบุตรมาก่อน มีอายุระหว่าง 20-34 ปี สุขภาพแข็งแรง การที่กำหนดว่าต้องเป็นญาติสายตรง บางครั้งหาไม่ได้ เพราะฉะนั้นต้องมีการขออนุมัติเป็นกรณี พิเศษจากแพทยสภา ห้ามโฆษณาหรือโฆษณาว่าไม่มีโรค หรือมีหญิงที่ประสงค์จะเป็นผู้รับตั้งครรภ์แทน ห้ามมิให้ ดำเนินการเพื่อคู่สมรสที่เป็นเพศเดียวกันหรือไม่มีคู่สมรส ห้ามมิให้สถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการรักษาเป็นคนกลาง หรือนายหน้าจัดการ หรือนำเสนอ จัดหา หรือนำเข้า/ ส่งออก ไข่บริจาค หรือตัวอ่อนบริจาค หรือจัดหาสตรีเพื่อ มาตั้งครรภ์แทน

ประกาศของแพทยสภาใช้บังคับได้เฉพาะ แพทย์ และไม่มีโทษทางแพ่งหรืออาญา ในอนาคตจะต้อง มีพระราชบัญญัติหรือกฎกระทรวงร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเรื่องบุตรที่คลอดจากหญิงที่อุ้มบุญว่าเป็นบุตร ของใครตามกฎหมายเนื่องจากยังไม่กฎหมายในเรื่องนี้

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา
ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

Contents

The Medical News ฉบับที่ 419 วันที่ 1 - 15 สิงหาคม 2557

5



9



22



7

16

3 โลกกว้างทางแพทย์

- ตรวจเต้านมด้วยเอกซเรย์ 3 มิติร่วมกับเอกซเรย์ 2 มิติ ระบบดิจิทัล
- Atrial Fibrillation ในสตรีโรคไม่ทราบสาเหตุ
- ผล insulin analogues ต่อน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เสี่ยงน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นซ้ำ

7 Get Up

- ดันชาติพัฒนากฎทางสู่วินโรค
- จุดประกายกำลังใจผู้ป่วยโครห์น
- เอฟดีเอจะบังคับทวิตข้อมูลยา

9 In Focus

สยามไบโอไซเอนซ์ จับมือคิวบา
เดินหน้าผลิตยาชีววัตถุคล้ายคลึง (Biosimilars)
เพื่อการรักษาโรคภัยร้ายแรง และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาของผู้ป่วย

13 Special

13 อาจารย์ นักวิชาการผู้ทำคุณประโยชน์
ผู้รับรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา 2556

16 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

วิธีลดน้ำหนัก

17 รายงานพิเศษ

การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน
โอกาสรอดในนาทีกุญแจ

20 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. เผย ร.พ.ขอนแก่นคว่ำรางวัลชนะเลิศยูเอ็น ด้านการให้บริการสาธารณะ
- สถาบันพยาธิวิทยานำเทคนิคพยาธิวิทยาตรวจค้นหาโรคมะเร็งระดับโมเลกุล

21 Movement

22 รอยบนพื้น

กรมควบคุมโรค มอบรางวัลวาดภาพระบายสี-คำขวัญ
ปลูกจิตสำนึกเยาวชนใส่ใจป้องกันภัยไข้เลือดออก

24 เกาะติดงานประชุม

คณะแพทยศาสตร์ ม.บูรพา จัดประชุมวิชาการระดับชาติ
“วิชาการแพทย์บูรพา”

25 หลากสีสัน

จินตนาการสำคัญกว่าความรู้

27 เสียงแพทย์

30 บาทรักษาทุกโรคเป็นนโยบายประชานิยมที่ดีจริงหรือ (ต่อ)

29 จุฬาปริทัศน์

นวัตกรรมใหม่ Biomarker ยืนยันชี้ช่วยยืดอายุผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

32 Systematic Review

การรักษา Neuropathic pain ด้วย Oxycodone

33 เฉพาะโรค

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบาดเจ็บ (Pediatric Trauma)

37 มุมนิติเวช

ใบส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อโดยพนักงานสอบสวน

41 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

การกลับมาของอินซูลินแบบสูดพ่น

CME PLUS เกาะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural Effusion)

องค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้อนุมัติ HPV DNA Test ชนิดแรกให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ HPV DNA Test เพียงอย่างเดียวเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป แล้วแยกแยะต่อว่าจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่นอีกหรือไม่ HPV DNA Test ที่เป็นเทสต์แรกที่ได้รับการอนุมัติจากองค์การอาหารและยานี้มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุถึงความเสี่ยงของผู้ป่วยในการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในอนาคตได้

องค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา อนุมัติให้การตรวจ HPV DNA เป็นการตรวจคัดกรองแบบปฐมภูมิ สำหรับโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นครั้งแรก

HPV DNA Test ที่ได้รับการอนุมัตินี้ใช้วิธีการเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกในการตรวจหา DNA ของเชื้อ HPV จำนวน 14 สายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยสามารถระบุเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16 และ 18 ได้อย่างเฉพาะเจาะจง และยังสามารตรวจหาเชื้อ HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูงอีก 12 สายพันธุ์ได้ในการตรวจเพียงครั้งเดียว ทั้งนี้โรคมะเร็งปากมดลูกเกือบทุกกรณีมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ HPV โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 70

ดร.อัลเบิร์ต กูเดียร์เรส ผู้อำนวยการ Office of In Vitro Diagnostics and Radiological Health, Center for Devices and Radiological Health จากองค์การอาหารและยา ได้กล่าวในเอกสารข่าวประชาสัมพันธ์ขององค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา ไว้ว่า “การอนุมัติในครั้งนี้เป็นการเพิ่มทางเลือกให้แก่สตรีและแพทย์ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้เกิดจากการที่บริษัท โรช ไดแอ็กโนสติกส์ ได้ทำการวิจัยอย่างสมบูรณ์และให้ข้อมูลเพียงพอในการสร้างความมั่นใจต่อองค์การอาหารและยาถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของเทสต์ในการตรวจคัดกรองแบบปฐมภูมิสำหรับโรคมะเร็งปากมดลูก”

ทางด้าน **นพ.วิสิทธิ์ สุกครพจน์กุล นายกสมาคมมะเร็งนรีเวชไทย** ก็ได้ให้ความเห็นในเรื่องนี้ว่า “การศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง HPV และมะเร็งปากมดลูกมีการพัฒนา

องค์ความรู้เป็นอย่างมากในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา

และพบว่าการป้องกันโดยวิธีตรวจคัดกรองด้วย

HPV DNA Test มีความไวต่อการตรวจพบได้ดีและสูงกว่าวิธีดั้งเดิม เช่น แพปสเมียร์ (Pap smear) และวีไอเอ (VIA) แม้ว่าแพปสเมียร์จะได้รับการยอมรับจากทั่วโลกและใช้มาเป็นเวลานาน แต่ก็ไม่เคยได้รับการทำวิจัยเป็นระบบที่ชัดเจน ในขณะที่ HPV DNA Test ปัจจุบันมีการทำวิจัยมาแล้วว่ามีศักยภาพและประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองได้ไวกว่า ซึ่งเมื่อองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกาให้การรับรองก็ย่อมสนับสนุนและทำให้สูตินรีแพทย์มีความมั่นใจในการใช้ HPV DNA Test เป็นการตรวจคัดกรองในแบบปฐมภูมิมากขึ้น เชื่อว่าหนทางที่จะลดมะเร็งปากมดลูกในประเทศเราด้วยวิธีตรวจคัดกรองแบบเดิมคงเป็นไปได้ช้า และเราจะต้องมีการพัฒนาเทคโนโลยีให้ดีขึ้นและมีวิธีที่มีความไวสูงกว่าการคัดกรองด้วยวิธีเดิม ๆ ที่เราใช้กัน”

นอกจากความไวในการตรวจพบที่ดีกว่าแพปสเมียร์แล้ว การใช้ HPV DNA Test ยังมีข้อดีอื่น ๆ อันได้แก่ HPV DNA Test ไม่ต้องผ่านขั้นตอนในการตรวจวิเคราะห์โดยใช้บุคลากรทางการแพทย์มากนัก ทำให้ลดข้อผิดพลาดต่าง ๆ ให้น้อยลงได้ อีกทั้งการเก็บตัวอย่างก็ไม่ยุ่งยาก จึงทำให้มีความสะดวกมากกว่า และโอกาสผิดพลาดน้อยลง

“ถ้าพูดในทางเทคนิคและเชิงวิชาการ แน่นอนครับเราสนับสนุนให้ใช้ HPV DNA Test เป็นการตรวจคัดกรองแบบปฐมภูมิได้ ในปัจจุบันแนวทางเวชปฏิบัติของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังเป็นแพปสเมียร์อยู่ ซึ่งหากจะมีการพิจารณาให้ใช้ HPV DNA Test เป็นการตรวจคัดกรองแบบปฐมภูมิก็จะต้องมีการทำวิจัยในประเทศไทยเอง และศึกษาเรื่องความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทยก่อน”

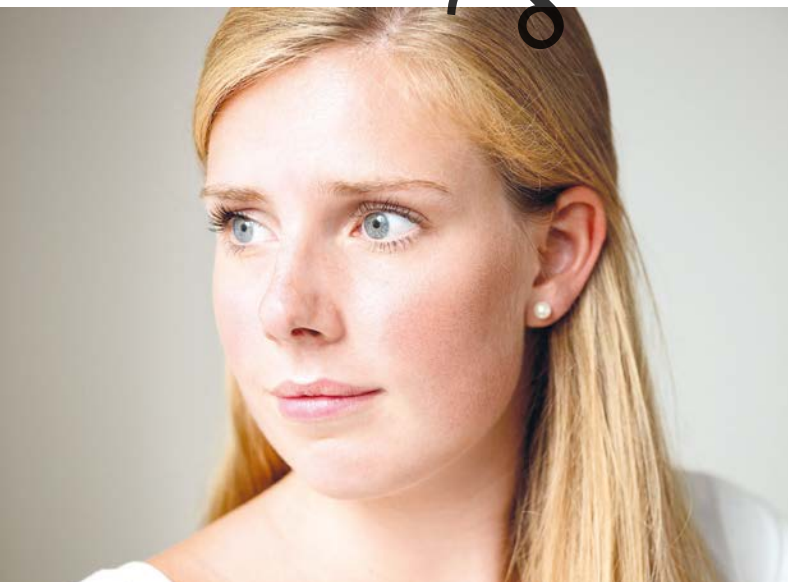
“ถ้าพูดในทางเทคนิคและเชิงวิชาการ แนนอนคริบเรสสนับสนุนให้ใช้ HPV DNA Test เป็นการตรวจคัดกรองแบบปฐมภูมิได้ ในปัจจุบันแนวทางเวชปฏิบัติของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังเป็นแพปสเมียร์อยู่ ซึ่งหากจะมีการพิจารณาให้ใช้ HPV DNA Test เป็นการตรวจคัดกรองแบบปฐมภูมิก็จะต้องมีการทำวิจัย ในประเทศไทยเอง และศึกษาเรื่องความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทยก่อน”

“ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากว่ายังมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงที่สุดในบรรดามะเร็งของสตรี ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม แต่อัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากมะเร็งปากมดลูกยังมากกว่ามะเร็งเต้านม นั่นหมายความว่า ในระบบของเรายังมีช่องว่างที่เราสามารถจะเข้าไปปรับปรุงและแก้ไขเพื่อลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้อีกมาก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละประมาณ 10,000 ราย และเสียชีวิตประมาณปีละ 5,000 ราย หรือโดยเฉลี่ยพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 14 รายต่อวัน” **นพ.วิสิทธิ์** กล่าวเสริม

จากงานวิจัยพบว่า เชื้อ HPV ประมาณ 40 สายพันธุ์จะติดที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ของทั้งหญิงและชาย ดังนั้น การติดเชื้อ HPV

ส่วนใหญ่เกิดจากเพศสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ จากข้อมูลของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา การติดเชื้อ HPV เป็นการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีเชื้อ HPV ประมาณ 14 ใน 40 สายพันธุ์ที่จัดเป็นสายพันธุ์เสี่ยงสูง โดยมีความสัมพันธ์กับการก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่การติดเชื้อ HPV จะถูกขจัดออกไปได้เอง และไม่ก่อให้เกิดอาการแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม ประมาณร้อยละ 10 ของสตรีที่ติดเชื้อ HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูงจะมีการติดเชื้ออย่างถาวร ซึ่งอาจทำให้สตรีผู้นั้นเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

“กระผมอยากแนะนำให้สูตินรีแพทย์ทำความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีอยู่และอาจมีขึ้นในอนาคตอันใกล้ ซึ่งขณะนี้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วทำให้มีประสิทธิภาพและราคาถูกลง นอกเหนือจากแพปสเมียร์ที่เคยใช้กันมา เราสามารถจะหาความรู้เพิ่มเติมได้จากงานประชุมวิชาการ จากเว็บไซต์ของสมาคมฯ และข้อมูลจากการสารต่าง ๆ ทางสมาคมฯ มีปณิธานที่จะรณรงค์ให้มะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยลดลงจนหมดไปจากหญิงไทย จึงมีความมุ่งมั่นที่จะส่งเสริมการให้ความรู้ทางวิชาการแก่แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไปในเรื่องนี้อย่างจริงจัง” **นพ.วิสิทธิ์** กล่าวทิ้งท้าย



ตรวจเต้านมด้วยเอกซเรย์ 3 มิติ ร่วมกับเอกซเรย์ 2 มิติระบบดิจิทัล

JAMA. 2014;311(24):2499-2507.

บทความเรื่อง Breast Cancer Screening Using Tomosynthesis in Combination with Digital Mammography รายงานว่า การเอกซเรย์เต้านม มีบทบาทสำคัญในการตรวจพบมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มเป็น โดยมีงานวิจัยหลายฉบับชี้ว่าการตรวจเอกซเรย์ระบบ 3 มิติร่วมกับการเอกซเรย์ 2 มิติ สามารถเพิ่มอัตราการตรวจพบมะเร็งและลดผลบวกหลอก

นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ของการเอกซเรย์เต้านม 2 มิติร่วมกับ เอกซเรย์ 3 มิติ ต่อผลลัพธ์ในโครงการการตรวจมะเร็งเต้านมในสหรัฐอเมริกา โดยศึกษาแบบ retrospective analysis จากผลตรวจของโรงพยาบาล 13 แห่ง ด้วยตัวแบบ mixed models ซึ่งปรับตาม site ในฐานะ random effect การตรวจเต้านมแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ตรวจเอกซเรย์ดิจิทัล ที่ 1 ปี ก่อนตรวจเอกซเรย์ 3 มิติ (เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม ค.ศ. 2010 ถึง ตุลาคม ค.ศ. 2011) จนถึงเริ่มตรวจเอกซเรย์ 3 มิติ และระยะที่ 2 ตรวจ เอกซเรย์ดิจิทัลร่วมกับตรวจเอกซเรย์ 3 มิติ นับจากเริ่มการตรวจ 3 มิติ (มีนาคม ค.ศ. 2011 ถึง ตุลาคม ค.ศ. 2012) จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2012

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อัตราการเรียกกลับมาตรวจซ้ำ อัตราการตรวจ พบบมะเร็ง และค่าพยากรณ์ผลบวกต่อการเรียกกลับมาตรวจซ้ำและสำหรับการ ตัดชิ้นเนื้อ

นักวิจัยศึกษาจากการตรวจเต้านม 454,850 ครั้ง (n = 281,187 digital mammography; n = 173,663 digital mammography + tomosynthesis) จากการตรวจเอกซเรย์ดิจิทัลมีผู้ป่วยที่เรียกกลับมาตรวจซ้ำ 29,726 คน และ จากการตัดชิ้นเนื้อ 5,056 คนพบมะเร็งในผู้ป่วย 1,207 คน (n = 815 invasive; n = 392 in situ) จากการเอกซเรย์ดิจิทัล + เอกซเรย์ 3 มิติพบผู้ป่วย ที่เรียกกลับมาตรวจซ้ำ 15,541 คน และจากการตัดชิ้นเนื้อ 3,285 คน พบบมะเร็งในผู้ป่วย 90 คน (n = 707 invasive; n = 243 in situ) อัตราปรับ

ตามตัวแบบต่อการตรวจ 1,000 ครั้ง

มีผลลัพธ์ดังนี้ สำหรับอัตราการเรียก

กลับมาตรวจซ้ำเท่ากับ 107 (95% CI

89-124) จากเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล vs 91 (95% CI 73-108)

จากเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล + เอกซเรย์เต้านมระบบ 3 มิติ; difference -16

(95% CI -18 ถึง -14; p < 0.001) สำหรับอัตราการตัดชิ้นเนื้อเท่ากับ 18.1

(95% CI 15.4-20.8) จากเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล vs 19.3 (95% CI

16.6-22.1) จากเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล + เอกซเรย์เต้านมระบบ 3 มิติ;

difference 1.3 (95% CI 0.4-2.1; p = 0.004) สำหรับการตรวจพบมะเร็ง

เท่ากับ 4.2 (95% CI 3.8-4.7) จากเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล vs 5.4

(95% CI 4.9-6.0) จากเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล + เอกซเรย์เต้านมระบบ

3 มิติ; difference 1.2 (95% CI 0.8-1.6; p < 0.001) และสำหรับการตรวจ

พบบมะเร็งลูกกลมเท่ากับ 2.9 (95% CI 2.5-3.2) จากเอกซเรย์เต้านมระบบ

ดิจิทัล vs 4.1 (95% CI 3.7-4.5) จากเอกซเรย์เต้านมระบบดิจิทัล +

เอกซเรย์เต้านมระบบ 3 มิติ; difference 1.2 (95% CI 0.8-1.6; p < 0.001)

อัตราการตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกเท่ากับ 1.4 (95% CI 1.2-1.6)

ต่อการตรวจ 1,000 ครั้งจากทั้งสองวิธี นอกจากนี้การตรวจระบบ 3 มิติ

ร่วมกับการตรวจระบบดิจิทัลสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของค่าพยากรณ์ผลบวก

สำหรับการเรียกกลับมาตรวจซ้ำจาก 4.3% เป็น 6.4% (difference 2.1%;

95% CI 1.7%-2.5%; p < 0.001) และสำหรับการตัดชิ้นเนื้อจาก 24.2%

เป็น 29.2% (difference 5.0%; 95% CI 3.0%-7.0%; p < 0.001)

การตรวจเอกซเรย์ระบบ 3 มิติร่วมกับระบบดิจิทัลสัมพันธ์กับ

การลดลงของอัตราการเรียกกลับมาตรวจซ้ำและการเพิ่มขึ้นของอัตราการ

ตรวจพบบมะเร็ง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินความสัมพันธ์กับ

ผลลัพธ์ทางคลินิก



ยาสมาธิสั้น/ไฮเปอร์และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

BMJ 2014;348:g3769.

บทความเรื่อง Drug

Treatment for Attention-Deficit/

Hyperactivity Disorder and

Suicidal Behaviour: Register Based

Study รายงานข้อมูลจากการศึกษาซึ่งมี

วัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาด้วยยาสำหรับ ภาวะสมาธิสั้น/ไฮเปอร์ (ADHD) และความเสี่ยงพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย สมาธิสั้น โดยศึกษาจากฐานข้อมูลในสวีเดนครอบคลุมผู้ป่วย ADHD 37,936 คน ซึ่งเกิดระหว่างปี ค.ศ. 1960-1996 และติดตามสถานการณ์ การรักษาด้วยยา ADHD และเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย (พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ) ระหว่างปี ค.ศ. 2006-2009

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อัตราอุบัติการณ์ของเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย ระหว่างการรักษาด้วยยา ADHD เทียบกับเหตุการณ์ในช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา

มีรายงานเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย 7,019 ครั้ง

ระหว่างการติดตาม 150,721 person-years ที่ระดับประชากรพบว่า การใช้ยา

ADHD สัมพันธ์กับอัตราที่เพิ่มขึ้นของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

(hazard ratio 1.31, 95% CI 1.19-1.44) อย่างไรก็ตาม จากการเปรียบเทียบ

ในกลุ่มผู้ป่วยพบความสัมพันธ์แบบกลับระหว่างการรักษาด้วยยาและ

อัตราของเหตุการณ์การฆ่าตัวตาย (0.89, 0.79-1.00) ในผู้ป่วยที่ใช้ยา

stimulant พบอัตราที่ต่ำลงของเหตุการณ์การฆ่าตัวตายระหว่างระยะการ

รักษาด้วยยา (0.81, 0.70-0.94) และในผู้ป่วยที่ใช้ยา

non-stimulant หรือใช้ยาผสมกันก็ไม่พบอัตราที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของเหตุการณ์

การฆ่าตัวตายระหว่างการรักษาด้วยยา

non-stimulant (0.96, 0.72-1.30)

ข้อมูลจากการศึกษานี้ไม่พบหลักฐานความสัมพันธ์ระหว่างการ

ใช้ยา ADHD และความเสี่ยงพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย ADHD และผลลัพธ์

ยังชี้ว่ายา ADHD อาจมีประสิทธิภาพป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะ

ยากกลุ่ม stimulant



Atrial Fibrillation ในสตรีที่ไม่ทราบสาเหตุ

N Engl J Med 2014;370:2467-2477.

บทความเรื่อง Atrial Fibrillation in Patients with Cryptogenic Stroke รายงานว่า การตรวจพบและรักษา atrial fibrillation โดยเร็วมีความสำคัญอย่างยิ่งตามที่ atrial fibrillation เป็นสาเหตุหลักที่สามารถป้องกันได้ของการเป็นซ้ำของสโตรค อย่างไรก็ตาม atrial fibrillation ที่เกิดโดยฉับพลันมักไม่มีอาการแสดง รวมถึงมักตรวจไม่พบและไม่ได้ได้รับการรักษาในผู้ป่วย ischemic stroke หรือ transient ischemic attack (TIA)

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วย 572 คนซึ่งมีอายุ 55 ปีหรือมากกว่า ไม่มี atrial fibrillation มี ischemic stroke หรือ TIA ไม่ทราบสาเหตุภายใน 6 เดือนก่อน (ไม่พบสาเหตุจากการตรวจมาตรฐาน รวมถึง 24-hour electrocardiography (ECG)) ให้ตรวจ ambulatory ECG เป็นระยะ 30 วัน (กลุ่มทดลอง) หรือ 24 ชั่วโมง (กลุ่มควบคุม) ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การตรวจพบ atrial fibrillation ที่นาน 30 วินาที หรือนานกว่าภายใน 90 วันหลังการสุ่ม ผลลัพธ์รอง ได้แก่ การเกิดเหตุการณ์ของ atrial fibrillation ที่นาน 2.5 นาทีหรือนานกว่า และการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ 90 วัน

จากการศึกษาพบ atrial fibrillation ที่นาน 30 วินาทีหรือนานกว่า ในผู้ป่วย 45 คนจาก 280 คน (16.1%) ในกลุ่มทดลองเทียบกับ 9 คน

จาก 277 คน (3.2%) ในกลุ่มควบคุม (absolute difference 12.9 percentage points; 95% CI 8.0-17.6; $p < 0.001$; number needed to screen 8) และพบ atrial fibrillation ที่นาน 2.5 นาทีหรือนานกว่าในผู้ป่วย 28 คนจาก 284 คน (9.9%) ในกลุ่มทดลองเทียบกับ 7 คนจาก 277 คน (2.5%) ในกลุ่มควบคุม (absolute difference 7.4 percentage points; 95% CI 3.4-11.3; $p < 0.001$) และที่ 90 วันพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการต้านการแข็งตัวของเลือดมากกว่าในกลุ่มทดลองเทียบกับกลุ่มควบคุม (52 จาก 280 คน [18.6%] vs 31 จาก 279 คน [11.1%]; absolute difference 7.5 percentage points; 95% CI 1.6-13.3; $p = 0.01$)

ภาวะ atrial fibrillation แบบฉับพลันพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เกิดสโตรค หรือ TIA ไม่ทราบสาเหตุซึ่งมีอายุ 55 ปีหรือมากกว่า ซึ่งการตรวจ ambulatory ECG ที่ 30 วันช่วยให้การตรวจพบ atrial fibrillation สูงขึ้นถึง 5 เท่า และเพิ่มอัตราการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดเกือบเท่าตัว เทียบกับเวชปฏิบัติมาตรฐานซึ่งตรวจ ECG ระยะสั้น



ผลของ Everolimus ต่อการรอดชีวิต ในมะเร็งตับระยะลุกลามหลัง Sorafenib

JAMA. 2014;312(1):57-67.

บทความเรื่อง Effect of Everolimus on Survival in Advanced Hepatocellular Carcinoma after

Failure of Sorafenib: The EVOLVE-1 Randomized Clinical Trial รายงานว่า นอกจาก sorafenib ซึ่งเป็น multikinase inhibitor แล้ว ปัจจุบันยังคงไม่มี systemic therapy อื่นที่ให้ผลดีในการรักษามะเร็งตับระยะลุกลาม นักวิจัยดำเนินการศึกษา EVOLVE-1 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ everolimus ในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามซึ่งล้มเหลวจากการรักษาด้วย sorafenib โดยศึกษาจากผู้ป่วย 546 คนซึ่งเป็นมะเร็งตับระยะ B หรือ C ตาม Barcelona Clinic Liver Cancer และมีสภาพการทำงานของตับระดับ Child-Pugh A และผู้ป่วยเป็นมะเร็งตับระยะลุกลามระหว่าง หรือหลังการรักษาด้วย sorafenib หรือไม่สามารรถรักษาด้วย sorafenib

การศึกษารวบรวมผู้ป่วยจาก 17 ประเทศระหว่างเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2010 ถึงเดือนมีนาคม ค.ศ. 2012 การสุ่มแบ่งตามภูมิภาค (เอเชีย vs ภูมิภาคอื่น) และการลุกลามไปยังหลอดเลือดขนาดใหญ่ (พบ vs ไม่พบ) โดยให้ everolimus 7.5 มก./วัน หรือยาหลอกร่วมกับการรักษาประคับประคองและให้ยาต่อเนื่องจนกระทั่งมะเร็งตับลุกลามหรือไม่สามารถทนต่อการรักษาได้ ซึ่งมีผู้ป่วยได้รับ everolimus 362 คน และได้รับยาหลอก 184 คน ทั้งนี้ primary endpoint ได้แก่ การรอดชีวิตโดยรวม และ secondary

endpoints ประกอบด้วย ระยะเวลาจนถึงพบการลุกลาม และ disease control rate (ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการตอบสนองดีที่สุดทั้ง complete หรือ partial response หรือ stable disease)

จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญด้านการรอดชีวิต โดยรวมระหว่างทั้งสองกลุ่ม โดยพบผู้ป่วยเสียชีวิต 303 คน (83.7%) ในกลุ่ม everolimus group และ 151 คน (82.1%) ในกลุ่มยาหลอก (hazard ratio [HR] 1.05; 95% CI 0.86-1.27; $p = 0.68$; median overall survival, 7.6 months with everolimus, 7.3 months with placebo) มีฐานเวลาจนถึงพบการลุกลามจาก everolimus และยาหลอกเท่ากับ 3.0 และ 2.6 เดือน (HR 0.93; 95% CI 0.75-1.15) และ disease control rate เท่ากับ 56.1% และ 45.1% ตามลำดับ ($p = 0.01$) อาการไม่พึงประสงค์ grade 3/4 ที่พบบ่อยสำหรับ everolimus vs ยาหลอก ได้แก่ เลือดจาง (7.8% vs 3.3%), ผอมแห้ง (7.8% vs 5.5%) และเบื่ออาหาร (6.1% vs 0.5%) แต่ไม่พบผู้ป่วยที่เชื้อไวรัสตับอักเสบบีกำเริบ ผลจากห้องปฏิบัติการกลางพบการปลูกฤทธิ์กลับคืนมาของไวรัสตับอักเสบบีในผู้ป่วย 39 คน (29 everolimus, 10 placebo) ซึ่งทั้งหมดไม่มีอาการ แต่ผู้ป่วย 3 คนที่ได้ everolimus หยุดการรักษา

การรักษาด้วย everolimus ไม่ได้เพิ่มการรอดชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลาม ซึ่งเกิดมะเร็งตับระยะลุกลามระหว่างหรือหลังได้รับ sorafenib หรือไม่สามารรถรับยา sorafenib

ผล insulin analogues ต่อน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เสี่ยงน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นซ้ำ

Lancet Diabetes & Endocrinology. 2014;2(7):553-561.

บทความเรื่อง Effect of Insulin Analogues on Risk of Severe Hypoglycaemia in Patients with Type 1 Diabetes Prone to Recurrent Severe Hypoglycaemia (HypoAna Trial): A Prospective, Randomised, Open-Label, Blinded-Endpoint Crossover Trial รายงานว่า insulin analogues ได้พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งจำเป็นต้องรักษาด้วยอินซูลิน แต่ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับผลลัพธ์ต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงเป็นซ้ำ

นักวิจัยเปรียบเทียบการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ระหว่างการรักษาด้วย insulin analogues หรือ human insulin จากโรงพยาบาลในเดนมาร์ก รวมผู้ป่วย (อายุ ≥ 18 ปี) เบาหวานชนิดที่ 1 (ตรวจพบ > 5 ปี) ซึ่งรายงานการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง 1 หรือ 2 ครั้งเมื่อปีก่อน นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับ analogue insulin (detemir และ aspart) หรือ human insulin (human neutral protamine Hagedorn และ human regular) แบบ crossover นานคราวละ 1 ปี ซึ่งเริ่มต้นด้วยช่วง run in 3 เดือน ต่อด้วยช่วง maintenance 9 เดือน โดย primary endpoint

ได้แก่ จำนวนครั้งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง (จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น) ที่พบระหว่างช่วง maintenance และวิเคราะห์แบบ intention to treat

มีผู้ป่วยได้รับการสุ่ม 159 คน ระหว่างวันที่ 9 พฤษภาคม ค.ศ. 2007 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม ค.ศ. 2009 โดยมีผู้ป่วยคงเหลือ 141 คนในกลุ่ม intention to treat เนื่องจาก 18 คนหยุดการรักษาช่วง run in แรก มีรายงานการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรง 136 ครั้งระหว่างการรักษาด้วย human insulin และ 105 ครั้งระหว่างการรักษาด้วย insulin analogues โดยมี absolute rate reduction เท่ากับ 0.51 episodes (95% CI 0.19-0.84) ต่อ patient-year จาก insulin analogues ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับ relative rate reduction ที่เท่ากับ 29% (95% CI 11-48; $p = 0.010$)

การรักษาด้วย insulin detemir และ aspart ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นซ้ำสามารถลดอัตราภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญเทียบกับ human insulin จึงเสนอแนะให้ผู้ป่วยที่มีโอกาสสูงที่จะได้รับประโยชน์จากการรักษาด้วยอินซูลินควรได้รับ insulin analogues รวมถึงเข้าร่วมในงานวิจัยอินซูลินใหม่ซึ่งจะมีขึ้นในภายหลัง

การออกกำลังกายและพฤติกรรมเคลื่อนไหวน้อย ต่อความเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ในหญิงเบาหวานตั้งครรภ์

JAMA Intern Med. 2014;174(7):1047-1055.

บทความเรื่อง Physical Activity and Sedentary Behaviors Associated with Risk of Progression from Gestational Diabetes Mellitus to Type 2 Diabetes Mellitus: A Prospective Cohort Study รายงานว่า ผู้หญิงที่มีประวัติภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการระบุปัจจัยสำคัญที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อาจช่วยป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรกลุ่มความเสี่ยงสูง

นักวิจัยศึกษาบทบาทของการออกกำลังกาย และการดูโทรทัศน์ และพฤติกรรมที่ทำให้เคลื่อนไหวน้อย และการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดังกล่าวต่อการลุกลามของภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ไปสู่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาแบบ prospective cohort study จากผู้หญิง 4,554 คน ในการศึกษา Nurses' Health Study II ซึ่งมีประวัติภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์อันเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา Diabetes & Women's Health Study โดยติดตามระหว่างปี ค.ศ. 1991-2007

นักวิจัยประเมินการออกกำลังกาย และการดูโทรทัศน์และพฤติกรรมที่ทำให้เคลื่อนไหวน้อยในปี ค.ศ. 1991, 1997, 2001 และ 2005 โดยผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้ป่วยรายงานและยืนยันด้วยแบบสอบถาม

มีรายงานการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 635 รายระหว่าง การติดตามเป็นระยะ 59,287 person-years การออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นทุก 5 metabolic equivalent hours per week (MET-h/wk) ซึ่งเทียบเท่ากับ

การออกกำลังกายปานกลาง 100 นาทีต่อสัปดาห์ สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลง 9% ต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (adjusted relative risk [RR] 0.91; 95% CI 0.88-0.94) ซึ่งความสัมพันธ์แบบกลับนี้ยังคงมีนัยสำคัญหลังปรับตามดัชนีมวลกาย นอกจากนี้การออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นยังสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อเทียบกับผู้หญิงซึ่งมีระดับการออกกำลังกายคงเดิมพบว่า ผู้หญิงที่มีระดับการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 7.5 MET-h/wk หรือมากกว่า (เทียบเท่าการออกกำลังกายปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์) มีความเสี่ยงต่ำลง 47% ต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (RR 0.53; 95% CI 0.38-0.75) ซึ่งความสัมพันธ์นี้ยังคงมีนัยสำคัญหลังปรับตามดัชนีมวลกาย ค่า multivariable adjusted RRs (95% CIs) สำหรับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สัมพันธ์กับการดูโทรทัศน์นานสัปดาห์ละ 0-5, 6-10, 11-20 และ 20 ชั่วโมงหรือมากกว่าเท่ากับ 1 (reference), 1.28 (1.04-1.59), 1.41 (1.11-1.79) และ 1.77 (1.28-2.45) ตามลำดับ (p value for trend < 0.001) และการปรับตามดัชนีมวลกายลดความสัมพันธ์ดังกล่าว

การออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นอาจลดความเสี่ยงต่อการลุกลามจากภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ไปสู่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลลัพธ์จากการศึกษานี้อาจเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้หญิงที่มีประวัติภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์อันเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงโรคเบาหวาน



การรักษาฟื้นฟูเพื่อเพิ่มการฟื้นตัวระหว่างการรักษา โรคระบบทางเดินหายใจ

BMJ 2014;349:g4315.

บทความเรื่อง An Early Rehabilitation Intervention to Enhance Recovery during Hospital Admission for an Exacerbation of Chronic Respiratory Disease: Randomised Controlled Trial รายงานข้อมูลจากการศึกษาแบบ prospective, randomised controlled trial ซึ่งศึกษาผลของการฟื้นฟูโดยเร็วระหว่างรับเข้ารักษาเนื่องจากอาการกำเริบของโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังต่อการลดความเสี่ยงการรับเข้ารักษาซ้ำในระยะ 12 เดือน และการบรรเทาผลกระทบของโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังต่อสมรรถภาพทางกายและสุขภาพ

การศึกษามีขึ้นที่หน่วยระบบหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต และหน่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ของสหราชอาณาจักร รวมผู้ป่วยอายุ 45-93 ปี 389 คน ซึ่งรับเข้ารักษาเนื่องจากโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังกำเริบภายใน 48 ชั่วโมง โดยสุ่มให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเร็ว ($n = 196$) หรือการดูแลมาตรฐาน ($n = 193$)

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อัตราการรับเข้ารักษาซ้ำที่ 12 เดือน ผลลัพธ์รอง ได้แก่ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล อัตราตาย สมรรถภาพทางกาย และสุขภาพ และ primary analysis วิเคราะห์โดย intention to treat และวิเคราะห์

prespecified per protocol analysis เป็นผลลัพธ์รอง ผู้ป่วยในกลุ่มฟื้นฟูได้รับการฟื้นฟูระยะ 6 สัปดาห์ซึ่งเริ่มภายใน 48 ชั่วโมงหลังรับเข้าโรงพยาบาล การฟื้นฟูประกอบด้วยออกกำลังกายแบบแอโรบิค การฝึกแรงต้าน และการกระตุ้นไฟฟ้า ตลอดจนให้เอกสารความรู้และการดูแลตนเอง

จากผู้ป่วย 389 คน พบว่า 320 คน (82%) ตรวจพบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 233 คน (60%) ได้รับเข้ารักษาซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้งในปีต่อมา (62% ในกลุ่มรักษา และ 58% ในกลุ่มควบคุม) โดยไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม (hazard ratio 1.1, 95% CI 0.86-1.43; $p = 0.4$) การเพิ่มขึ้นของอัตราตายพบในกลุ่มรักษาที่ 1 ปี (odds ratio 1.74, 95% CI 1.05-2.88; $p = 0.03$) ขณะที่พบการฟื้นตัวอย่างมีนัยสำคัญด้านสมรรถภาพทางกายและสุขภาพหลังออกจากโรงพยาบาลในทั้งสองกลุ่ม โดยไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญที่ 1 ปี

การฟื้นฟูโดยเร็วระหว่างรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังไม่ได้ลดความเสี่ยงต่อการรับเข้ารักษาซ้ำ หรือเพิ่มการฟื้นตัวของการทำงานด้านร่างกายหลังเกิดอาการตลอดระยะ 12 เดือน และอัตราตายที่ 12 เดือนยังสูงค่าในกลุ่มรักษา ซึ่งผลลัพธ์นี้เสนอแนะว่าไม่ควรเริ่มต้นการออกกำลังกายฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะแรกของการป่วยฉับพลัน



การลดลงของ eGFR ต่อความเสี่ยงไตวายและเสียชีวิต

JAMA. 2014;311(24):2518-2531

บทความเรื่อง Decline in Estimated Glomerular Filtration Rate and Subsequent Risk of End-Stage Renal Disease and

Mortality รายงานว่า การประเมินการลุกลามของโรคไตเรื้อรังจากไตวายระยะสุดท้าย หรือ doubling of serum creatinine concentration (ตามการเปลี่ยนแปลงของค่า estimated glomerular filtration rate [GFR] ที่เท่ากับ -57% หรือมากกว่า) อาจล่าช้าเกินไป นักวิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการลดลงของ estimated GFR ต่อการกำเริบไตวายระยะสุดท้าย เพื่อที่จะใช้การลดลงของค่า estimated GFR ที่ต่ำกว่าเป็น endpoint ทางเลือกสำหรับการลุกลามของไตวายเรื้อรัง ตามที่พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนเป็นไตวายระยะสุดท้าย รวมทั้งศึกษาความเสี่ยงการเสียชีวิต

นักวิจัยศึกษาจากข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัย 1.7 ล้านคน ซึ่งมีรายงานไตวายระยะสุดท้าย 12,344 เหตุการณ์และการเสียชีวิต 223,944 รายจากกลุ่มประชากร 35 กลุ่มใน CKD Prognosis Consortium ซึ่งได้ตรวจระดับ serum creatinine concentration ซ้ำที่ 1-3 ปี และมีข้อมูลผลลัพธ์ โดยใช้ข้อมูลระดับบุคคลหรือ standardized analysis ของผลลัพธ์สำหรับ random-effects meta-analysis วิเคราะห์ระหว่างเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2012 ถึงกันยายน ค.ศ. 2013 และบันทึกค่า estimated GFR ที่พื้นฐานระหว่างปี ค.ศ. 1975-2012

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ ความเสี่ยงไตวายระยะสุดท้าย (ล้างไตหรือปลูกถ่ายไต) หรือการตายทุกสาเหตุที่สัมพันธ์กับ percentage change ของค่า estimated GFR ในระยะ 2 ปี โดยปรับตามตัวแปรบกพร่องที่มีศักยภาพ และค่า estimated GFR แรก

ค่า hazard ratios (HRs) ที่ปรับแล้วสำหรับไตวายระยะสุดท้ายและการเสียชีวิตสูงกว่าจากค่า estimated GFR ที่ลดลงมากกว่าในผู้ที่ estimated GFR ที่พื้นฐานต่ำกว่า 60 mL/min/1.73 m² พบว่าค่า HRs ที่ปรับแล้วสำหรับไตวายระยะสุดท้ายเท่ากับ 32.1 (95% CI 22.3-46.3) สำหรับการลดลงเท่ากับ -57% ของ estimated GFR และ 5.4 (95% CI 4.5-6.4) สำหรับการลดลงเท่ากับ -30% อย่างไรก็ตาม การลดลง -30% หรือมากกว่า (6.9% [95% CI 6.4%-7.4%] of the entire consortium) พบบ่อยกว่าการลดลง -57% (0.79% [95% CI 0.52%-1.06%]) ความสัมพันธ์ดังกล่าวเห็นได้ชัดและคงที่ตลอดระยะพื้นฐาน (1-3 ปี), estimated GFR ที่พื้นฐาน, อายุ, เบาหวาน หรือ albuminuria ความเสี่ยงไตวายระยะสุดท้ายปรับตามค่าเฉลี่ยที่ 10 ปี (ในผู้ป่วยที่ estimated GFR ที่พื้นฐานเท่ากับ 35 mL/min/1.73 m²) เท่ากับ 99% (95% CI 95%-100%) สำหรับการลดลงของ estimated GFR เท่ากับ -57%, เท่ากับ 83% (95% CI 71%-93%) สำหรับการลดลงของ estimated GFR เท่ากับ -40% และเท่ากับ 64% (95% CI 52%-77%) สำหรับการลดลงของ estimated GFR เท่ากับ -30% vs 18% (95% CI 15%-22%) สำหรับการลดลงของ estimated GFR เท่ากับ 0% ความเสี่ยงการเสียชีวิตเท่ากับ 77% (95% CI 71%-82%), 60% (95% CI 56%-63%) และ 50% (95% CI 47%-52%) vs 32% (95% CI 31%-33%) ซึ่งสะท้อนว่ามีรูปแบบเดียวกันแต่มีผลลัพธ์ที่อ่อนกว่า

การลดลงของ estimated GFR ที่น้อยกว่า doubling of serum creatinine concentration พบได้บ่อยกว่า และสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงไตวายระยะสุดท้ายและการเสียชีวิต ซึ่งสนับสนุนการใช้ค่าการลดลงของ estimated GFR ที่ต่ำกว่า (เช่น ลดลง 30% ในระยะ 2 ปี) เป็น endpoint ทางเลือกสำหรับการลุกลามของไตวายเรื้อรัง

รอยเตอร์ส – องค์การอนามัยโลกกำหนด เป้าให้ประเทศพัฒนาแล้วลดการระบาดของ

ของวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญ หวังเป็นต้นแบบให้แอฟริกาและเอเชีย

เป้าหมายใหม่สำหรับการต่อต้านวัณโรคใน 33 ประเทศ ซึ่ง 21 ประเทศอยู่ในทวีปยุโรปกำหนดให้ลดอัตราผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้ต่ำกว่า 10 คนต่อประชากรหนึ่งล้านคนภายในปี พ.ศ. 2578 และกำจัดวัณโรคให้หมดสิ้นภายในปี พ.ศ. 2593 โดยจะระดมมาตรการสนับสนุนทั้งการตรวจคัดกรองกลุ่มความเสี่ยงสูง สมทบงบประมาณด้านสาธารณสุข ตลอดจนพัฒนายา วัคซีน และชุดตรวจโรคที่ทันสมัย

องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า แม้

ต้นชาติพัฒนาการยทางสู่วัณโรค



33 ประเทศดังกล่าวมีอัตราการติดเชื้อวัณโรคค่อนข้างต่ำ แต่ก็ยังมีอัตราตายจากวัณโรคราวปีละ 10,000 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนจรจัด ผู้อพยพ นักโทษ ผู้ติดยาเสพติดหรือติดเหล้า หรือผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ โดยองค์การอนามัย

โลกคาดหวังว่า ชาติอุตสาหกรรมดังกล่าวจะสามารถพัฒนาแนวทางการรักษาเพื่อเป็นแนวทางให้ประเทศยากจนได้เดินตาม

ปัจจุบันจีน อินเดีย และแอฟริกาใต้ติดกลุ่มประเทศที่พบการระบาดของวัณโรครุนแรงที่สุด ขณะที่รัสเซียก็มีอัตราการระบาดของวัณโรคดื้อยาหลายชนิดในระดับสูง และถือว่าสถานการณ์วัณโรคในรัสเซียเข้าขั้นวิกฤติและเป็นภัยคุกคามต่อภูมิภาคยุโรปตะวันออก



บีบีซี – อินเดียจะเพิ่มวัคซีนในโครงการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันอีก 4 ตัว อันเป็นส่วน

หนึ่งของมาตรการลดการเสียชีวิตในเด็ก

นายกรัฐมนตรีนเรนทรา โมดีของอินเดียแถลงว่า วัคซีนที่เพิ่มเข้ามาอีก 4 ตัวประกอบด้วยวัคซีนต้านโรคตาไวรัส

อินเดียขยายโครงการเสริมภูมิคุ้มกัน

เชื่อว่า การเพิ่มวัคซีนดังกล่าวจะรับบทบาทสำคัญต่อการลดการตายและการเจ็บป่วยในทารกและเด็ก และทางการอินเดียจะดำเนินโครงการวัคซีนโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพื่อให้ประชาชนทุกระดับชั้นสามารถเข้าถึงวัคซีนอย่างเท่าเทียม

แถลงการณ์โดยผู้นำอินเดียระบุด้วยว่า โรคท้องร่วงจากโรคตาไวรัสคร่าชีวิตเด็กราวปีละ 80,000 คน และมีอัตราผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร่วม

หนึ่งล้านคน ขณะเดียวกันการระบาดของโรคไข้สมองอักเสบก็เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในเด็กปีละหลายร้อยคน ซึ่งทางการจะมุ่งเป้าไปยังพื้นที่การแพร่ระบาดใน 9 รัฐเป็นอันดับแรก อนึ่ง อินเดียเพิ่งประกาศเป็นประเทศปลอดโปลิโอไปเมื่อเดือนมีนาคมที่ผ่านมา แต่ทางการก็ไม่ได้นิ่งนอนใจและแจกจ่ายวัคซีนโปลิโอชนิดฉีดเพื่อที่จะป้องกันโปลิโอให้ได้ในระยะยาว

จุดประกายกำลังใจผู้ป่วยโครห์น

ฮัฟฟิงตันโพสต์ – นางแบบป่วยโรคโครห์นเผยภาพตัวเองในชุดบิกินีพร้อมถุงหน้าท้อง ได้รับเสียงตอบรับล้นหลามในฐานะตัวอย่างการใช้ชีวิตด้วยความมั่นใจ

ภาพอริยาบถนอนอาบแดดในชุดบิกินีสีดำสุดเซ็กซี่พร้อมถุงหน้าท้องของเบธานี ทาวนเซนด์ นางแบบวัย 23 ปี มียอดไลค์ทางเฟซบุ๊กแล้วกว่า 195,000 ครั้งในชั่วเวลาเพียงเดือนเดียว พร้อมได้รับคำชื่นชมล้นหลามหลังองค์การการกุศลเพื่อผู้ป่วยโรคโครห์นนำภาพของเจ้าตัวออกเผยแพร่ และยกเป็นตัวอย่างของผู้ป่วยที่กล้ายอมรับตัวเองและใช้ชีวิตต่อไปด้วยความมั่นใจ

ด้านทาวนเซนด์ เปิดเผยถึงความรู้สึกดีหลังทราบว่าตนเองได้กลายเป็นแรงบันดาลใจแก่ผู้ป่วยจำนวนมากว่า ตนจะทำกิจกรรมเพื่อผู้ป่วยโรคโครห์นต่อไป และนางแบบสาวจะกลับมาปรากฏตัวบนแคตวอล์กอีกครั้งหลังจากที่เคยเลิกไปเนื่องจากไม่ต้องการทนต่อเสียงบ่นของช่างแต่งหน้าถึงถุงหน้าท้อง





เอพี – ท่วงทำนองหนักหน่วงของคนตรีเมทัลอาจทำให้เกิดเลือดออกในสมองจากการโยกศีรษะตามเสียงเพลง

แพทย์เยอรมนีเผยการรักษาอาการปวดศีรษะเรื้อรังอย่างรุนแรงของผู้ป่วยซึ่ง

เพลงเมทัลอาจทำเลือดออกในสมอง

เป็นแฟนเพลงด้วยวงของวงมอเตออร์เฮด หลังจากการสแกนสมองพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในสมอง และเนื่องจากไม่เคยมีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะหรือใช้สารเสพติด จึงสันนิษฐานว่าน่าจะเป็นผลจากพฤติกรรมสับศีรษะขึ้นลงตามเสียงเพลงที่เฝ้าตัวทำเป็นประจำระหว่างชมคอนเสิร์ต

คณะแพทย์กล่าวว่า การเปิดเผยครั้งนี้ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อต่อต้านการโยกศีรษะของแฟนเพลง และยืนยันว่าความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของสมองจากการโยกศีรษะ

นั้นอยู่ในระดับต่ำมาก กระนั้นก็เชื่อว่าหากผู้ป่วยรายนี้ไปชมคอนเสิร์ตดนตรีคลาสสิก แทนก็ไม่น่าจะเกิดการบาดเจ็บดังกล่าว เพราะการสับศีรษะขึ้นลงอย่างรุนแรงนั้นเพียงพอที่จะทำให้สมองกระทบกับกะโหลกศีรษะจนทำให้เกิดการบาดเจ็บ

อนึ่ง มอเตออร์เฮดเป็นวงเมทัลสายเลือดอังกฤษชื่อดังที่กล่าวกันว่าแสดงสดได้ดุเดือดที่สุดวงหนึ่งของโลก รวมทั้งยังเป็นต้นแบบของคนตรีแนวสปีดเมทัลซึ่งมีเอกลักษณ์ที่การโยกศีรษะของแฟนเพลง

เอฟดีเอจะบังคับทวิตข้อมูลยา

ยาฮู! – สำนักงานอาหารและยาสหรัฐ (เอฟดีเอ) เตรียมเสนอแนวปฏิบัติโซเชียลมีเดียฉบับใหม่ กำหนดให้บริษัทยาทวิตข้อมูลประโยชน์และผลข้างเคียงภายใน 140 ตัวอักษร

เจ้าหน้าที่ระดับสูงของเอฟดีเอกล่าวว่า ร่างข้อบังคับทวิตข้อมูลยาทั้งด้านบวกและลบนี้มีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้บริษัทยาอาศัยโซเชียลมีเดียเป็นสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์ของตนเพียงอย่างเดียว โดยข้อมูลยาที่เผยแพร่ทางทวิตเตอร์จะต้องตรงตามความเป็นจริง และสอดคล้องกับฉลากที่ได้รับการอนุมัติจากเอฟดีเอ

รายงานแจ้งว่า หากร่างข้อบังคับดังกล่าวผ่านการอนุมัติ ก็จะมีผลบังคับใช้ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน โดยเอฟดีเอยังแสดง

ท่าทีเอจริงด้วยการเตือนไปยังบริษัทยาว่า หากบริษัทไม่สามารถสื่อสารข้อมูลประโยชน์และ

ความเสี่ยง รวมถึงข้อมูลที่จำเป็นภายในทวิตเดียวก็ควรที่จะทบทวนนโยบายในการใช้ทวิตเตอร์เป็นเครื่องมือการตลาด

ท่าทีของเอฟดีเอได้รับเสียงวิจารณ์ทั้งจากภาคธุรกิจเวชภัณฑ์ รวมถึงภาคประชาชนที่มองว่าข้อบังคับดังกล่าวเป็นการจำกัดเสรีภาพในการสื่อสาร ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยตระหนักต่อข้อมูลผลข้างเคียงและผลจากการรักษา



เดินเร็วช่วยฟื้นฟูอาการพาร์กินสัน

รอยเตอร์สเฮลธ์ – การออกกำลังกายด้วยวิธีเดินเร็วเป็นประจำอาจช่วยฟื้นฟูอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยพาร์กินสัน

ผลการศึกษาในผู้ป่วยพาร์กินสันรายงานว่า การออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งติดต่อกัน 6 เดือน ช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งด้านการเคลื่อนไหว สมรรถภาพทางกาย อารมณ์ ความอ่อนเพลีย ความจำ และความสามารถในการคิด โดยมีคะแนนอาการที่ฟื้นตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกถึงร้อยละ 15

การศึกษานี้ทำในผู้ป่วยพาร์กินสันซึ่งมีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องพึ่งไม้เท้าหรือวอล์คเกอร์ และไม่มีโรคภัยเรื้อรังอื่น ทั้งนี้ นักวิจัยยอมรับว่าเป็นการยากที่จะเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างการรักษาด้วยยาและการออกกำลังกาย และขอให้มองการออกกำลังกายในฐานะการรักษาเสริมควบคู่กับการรักษาด้วยยา ซึ่งผู้ป่วยสามารถปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมได้

สยามไบโอไซเอนซ์ จับมือคิวบา

เดินหน้าผลิตยาชีววัตถุคล้ายคลึง (Biosimilars)

เพื่อการรักษาโรคร้ายแรง และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงยาของผู้ป่วย



ปัจจุบันยาไบโอฟาร์มา (Biopharmaceuticals) หรือยาชีววัตถุ เป็นยาที่ผลิตโดยใช้กระบวนการเทคโนโลยีชีวภาพขั้นสูง เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพสำหรับการรักษาโรคร้ายแรง ดังนั้นยาชีววัตถุจึงมีบทบาทสำคัญมากขึ้นในวงการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะยาในกลุ่มโมโนโคลนอล แอนติบอดี (Monoclonal Antibodies) ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มยาชีววัตถุที่กำลังเป็นที่ต้องการสำหรับการใช้รักษาโรคมะเร็ง โรคแพ้ภูมิตนเอง (autoimmune diseases) และโรคข้ออักเสบอื่น ๆ ซึ่งประเทศไทยยังต้องนำเข้ายากลุ่มดังกล่าวจากต่างประเทศ

และเนื่องจากความซับซ้อนของการศึกษาวิจัย กระบวนการผลิต และการควบคุมคุณภาพ จึงทำให้ยากลุ่มนี้มีราคาสูง ส่งผลให้การเข้าถึงยาของผู้ป่วยมีจำกัด ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งทำการศึกษาวินิจฉัยและพัฒนาเพื่อการผลิตยาภายในประเทศ แต่ข้อจำกัดคือโรงงานผลิตยาในประเทศปัจจุบันยังคงทำการกระบวนการผลิตที่ซับซ้อนแบบนี้ไม่ได้ จึงต้องนำเข้า

แต่ด้วยยาสำคัญโดยเฉพาะยาที่ได้จากการสังเคราะห์ทางเคมีมาทำการผลิตหรือแบ่งบรรจุเท่านั้น ด้วยวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ประเทศไทยสามารถพึ่งพาตนเองและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงยาของผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงมากที่สุด อีกทั้งยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายจากการนำเข้าจากต่างประเทศ บริษัท ทูลดากัวลีย์ จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทในเครือสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ และมหาวิทยาลัยมหิดล จึงได้ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกันก่อตั้ง

บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด ซึ่งเป็นโรงงานผลิตยาชีววัตถุสำหรับรักษาโรคแห่งแรกในประเทศไทย โดยจะมีการผลิตอย่างครบวงจร ตั้งแต่การผลิตสารตั้งต้นจนเป็นยาสำเร็จรูปพร้อมใช้ ล่าสุด ดร.อากุสติน ลาเซตา วิลลา ผู้อำนวยการใหญ่ ศูนย์วิทยาภูมิคุ้มกันระดับโมเลกุล (Center of Molecular Immunology) หรือ CIM และ นายเอนร์ด บลังโก การ์เซีย ผู้จัดการใหญ่ บริษัท CIMAB S.A. จากประเทศคิวบา ดร.เสนาะ อุณากรู ประธานกรรมการ และ นายอภิพร ภาณุวัฒน์ ประธานกรรมการบริหาร บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด ได้ร่วมกันลงนามในสัญญาข้อตกลงความร่วมมือเพื่อการถ่ายทอดเทคโนโลยีชีวภาพขั้นสูงเพื่อการผลิตยาชีววัตถุให้แก่บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด และการให้บริษัทสยามไบโอไซเอนซ์



เป็นฐานการผลิตยากระตุ้นการผลิตเม็ดเลือดแดง (erythropoietin หรือ EPO) และยากระตุ้นการผลิตเม็ดเลือดขาว (filgrastim หรือ G-CSF) ในรูปแบบเข็มฉีดยาพร้อมใช้เพื่อการส่งออก โดยมีเอกอัครราชทูตคิวบาประจำประเทศไทย ผู้บริหารจากกระทรวงการต่างประเทศ และตัวแทนจากมหาวิทยาลัยมหิดล เข้าร่วมเป็นสักขีพยาน



ดร.อากูสติน ลาเฮ ดาวิลลา ผู้อำนวยการใหญ่ ศูนย์วิทยาภูมิคุ้มกันระดับโมเลกุล หรือ CIM กล่าวว่า CIM ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2537 เป็นองค์กรวิจัย พัฒนา และผลิตยาชีววัตถุต้นแบบและชีววัตถุที่หมดสิทธิบัตรแล้ว โดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่ CIM ได้พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา และผลิตภัณฑ์ยาที่ผลิตจาก CIM ได้มีการใช้อย่างกว้างขวางไปมากกว่า 30 ประเทศทั่วโลก

การลงนามในข้อตกลงครั้งนี้ นอกจากเพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยีชีวภาพขั้นสูงในการ

ผลิตยาชีววัตถุให้แก่บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด แล้ว ยังขยายความร่วมมือโดยให้ประเทศไทยเป็นฐานในการผลิตยาคุณภาพสูงในรูปแบบบรรจุภัณฑ์ที่ทันสมัยและง่ายต่อการใช้งาน เพื่อกระจายให้ประชาชนในภูมิภาคอาเซียนและภูมิภาคอื่น ๆ สามารถเข้าถึงยาชีววัตถุที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

“...สำหรับเทคโนโลยีหลักของ CIM ที่ถ่ายทอดให้แก่บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด คือ เทคโนโลยีในการผลิตยาชีววัตถุ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีทางชีวภาพขั้นสูง (Advanced Bioprocess Technology) เป็นการนำสารพันธุกรรม (ยีน) ใส่เข้าไปในเซลล์สิ่งมีชีวิตเพื่อให้สามารถผลิตโปรตีนแล้วนำไปผ่านกระบวนการผลิตเป็นยารักษาโรค เนื่องจากร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยยีนส์พันธุกรรม (ยีน) กว่า 3 หมื่นยีน ยีนเหล่านี้มีสารในกลุ่มโมโนโคลนอล แอนติบอดีที่มีความหลากหลายมากกว่า 1 ล้านชนิด หากนำสารดังกล่าวมาพัฒนาเพื่อเป็นยารักษาโรค และวัคซีนป้องกันโรคจะได้หลากหลายชนิด โดยมีประสิทธิภาพสูง และมีผลข้างเคียงต่ำ”

“เราให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพ จึงได้สร้างความสามารถในการผลิตยา และมุ่งเน้นการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญที่ยังเข้าถึงได้น้อยเพราะราคาสูง เช่น ในกลุ่มยาชีววัตถุที่ใช้เทคโนโลยีทางชีวภาพ และประสบความสำเร็จจนได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก นอกจากนี้เรายังมีประสบการณ์ถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตยาชีววัตถุให้แก่บริษัทในอินเดีย จีน บราซิล และไทยเป็นประเทศล่าสุด ซึ่งหลังจากที่ได้มีการพูดคุยกันก็ทำให้มีความเข้าใจพื้นฐานที่ตรงกันในเรื่องการสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชน โดยผู้วิจัยจะต้องเข้าถึงยาชีววัตถุที่จำเป็นต่อการรักษาได้อย่างทั่วถึง”

นับเป็นความร่วมมือระหว่างประเทศครั้งแรกของประเทศไทยในด้านการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการผลิตยาชีววัตถุรักษาโรคอย่างครบวงจร และเป็นความร่วมมือด้านการวิจัย พัฒนา และผลิตยาครั้งแรกระหว่างประเทศไทยกับคิวบา โดยจะเน้นการผลิตยารักษาโรคมะเร็งที่ใช้เทคโนโลยีชีวภาพขั้นสูงในการผลิต ซึ่งจะได้เป็นผลิตภัณฑ์ยาชีววัตถุที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพในราคาที่เข้าถึงได้ เพื่อสุขภาพของคนไทยทั่วประเทศ รวมทั้งประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคอาเซียน

ดร.เสนะ อุณากร ประธานกรรมการ บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด กล่าวว่า บริษัทฯ ได้มีความร่วมมือกับ CIM มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และได้เริ่มรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตขั้นต้นจาก CIM และจากความร่วมมือระหว่างสององค์กรที่ได้มีมาในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา บริษัทฯ จึงได้รับความไว้วางใจให้เป็นผู้ผลิตยากระตุ้นการผลิตเม็ดเลือดแดง (erythropoietin หรือ EPO) และยากระตุ้นการผลิตเม็ดเลือดขาว (filgrastim หรือ G-CSF) ในรูปแบบเข็มฉีดยาพร้อมใช้เพื่อส่งออกให้แก่ลูกค้าของ CIM ทั่วโลก ซึ่งการลงนามอย่างเป็นทางการครั้งนี้จะครอบคลุมถึงการวิจัย พัฒนา และผลิตยาไบโอซิมิลาร์ (Biosimilar) หรือยาชีววัตถุคล้ายคลึงซึ่งคือยาไบโอพาร์มาที่หมดสิทธิบัตรแล้ว สำหรับใช้รักษาโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเต้านม และโรคแพ้ภูมิตนเอง เป็นต้น

“...ความร่วมมือระหว่าง CIM และบริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ นั้นมีความคืบหน้าเป็นที่น่าพอใจยิ่งมาโดยตลอด และในช่วงเวลาที่ผ่านมานี้ ผู้เชี่ยวชาญของทั้งสององค์กรของเราได้มี

การทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด ทั้งในด้านการพัฒนากระบวนการผลิตและการศึกษาทางคลินิก รวมทั้งได้แลกเปลี่ยนเทคโนโลยีการวิเคราะห์วิจัย และการผลิต ผมจึงมีความมั่นใจเป็นอย่างยิ่งว่า เราจะสามารถพัฒนาเทคโนโลยีที่น่าสยัมและสำคัญต่อการพัฒนายาชีววัตถุได้หลายขนานขึ้นเรื่อย ๆ ต่อไป และเมื่อผมได้มองต่อไปในอนาคต ผมยัง



มีความเชื่อมั่นว่าทั้งสององค์กรนี้จะสามารถร่วมกันวิจัย พัฒนา และผลิตยาชีววัตถุสำหรับทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และเพื่อความผาสุกอย่างยั่งยืนของประชาชน สังคม และประเทศชาติโดยรวมต่อไป”





“...สำหรับเทคโนโลยีหลักของ CIM ที่ถ่ายทอดให้แก่บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด คือ เทคโนโลยีในการผลิตยาชีววัตถุ ซึ่งเป็นเทคโนโลยีการชีวภาพขั้นสูง (Advanced Bioprocess Technology) เป็นการนำสารพันธุกรรม (ยีน) ใส่เข้าไปในเซลล์สิ่งมีชีวิตเพื่อให้สามารถผลิตโปรตีนแล้วนำไปผ่านกระบวนการผลิตเป็นยารักษาโรค เนื่องจากร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยรหัสพันธุกรรม (ยีน) กว่า 3 หมื่นยีน ยีนเหล่านี้มีสารในกลุ่มโมโนโคลนอล แอนติบอดี ที่มีความหลากหลายมากกว่า 1 ล้านชนิด หากนำสารดังกล่าวมาพัฒนา เพื่อเป็นยารักษาโรคและวัคซีนป้องกันโรคจะได้หลากหลายชนิด โดยมีประสิทธิภาพสูง และมีผลข้างเคียงต่ำ”



ด้าน **ดร.ทองพล ดิจกิจ กรรมการผู้จัดการ บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด** กล่าวว่า ด้วยความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ทำให้โลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงไทยและคิวบา เช่นกัน โดยพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น โรคมะเร็งมากขึ้น และด้วยอายุที่ยืนยาวขึ้นนี้ ทำให้ปัญหาสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นหากประเทศไทยยังต้องพึ่งพาการนำเข้าต่อไปเรื่อย ๆ คงจะเกิดปัญหาด้านงบประมาณอย่างแน่นอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเราไม่สามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้ แต่ถ้าพิจารณาแนวทางการทำงานของประเทศคิวบา หรือ “คิวบาโมเดล” ซึ่งเน้นการพัฒนางานวิจัยไปสู่การผลิตจนได้ผลิตภัณฑ์เพื่อตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพ ก็น่าจะเป็นประโยชน์ต่อประเทศไทย

“...เรามองว่าความสามารถในการผลิตภายในประเทศจะนำไปสู่ความมั่นคงทางด้านยาของประเทศ ซึ่งเป้าหมายของเราทั้งสององค์กรตรงกัน

แนวทางการทำงานจึงไปในทิศทางเดียวกันคือ อยากจะให้ประชาชนเข้าถึงยาที่มีคุณภาพสูงในราคาที่เหมาะสม นอกจากนี้สิ่งหนึ่งที่ CIM แตกต่างจากที่อื่นคือ ไม่ได้มุ่งแค่ขายเทคโนโลยี แต่เราจะมีการพัฒนาาร่วมกัน โดยเขาถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตเพื่อให้เราสามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งจุดนี้ก็คือว่าได้ประโยชน์ร่วมกัน”

ทั้งนี้บริษัท ได้ก่อสร้างโรงงานผลิตยาชีววัตถุอย่างครบวงจร โดยระยะที่หนึ่งคือ เทคโนโลยีการแบ่งบรรจุและเทคโนโลยีการผลิตตัวยาสำคัญที่ได้จากการหมักจุลินทรีย์ ซึ่งโครงการระยะที่หนึ่งได้แล้วเสร็จเมื่อปี พ.ศ. 2556 ขณะนี้ได้เริ่มการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตขั้นต้นจาก CIM แล้ว และด้วยข้อตกลงในครั้งนี้จะทำให้บริษัท ผลิตยารักษาโรคได้อย่างครบวงจร ตั้งแต่ขั้นตอนการผลิตตัวยาสำคัญจนถึงการผลิตผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปในรูปแบบบรรจุภัณฑ์ใหม่ที่ยืดต่อการใช้งานมากขึ้น รวมทั้งการผลิตยาในกลุ่มโมโนโคลนอล แอนติบอดี ซึ่งยาเหล่านี้เป็นกลุ่มยาชีววัตถุที่กำลังเป็นที่ต้องการของวงการแพทย์

“ด้วยกลไกในการทำงานของยาชีววัตถุที่พยายามเลียนแบบระบบในร่างกายของมนุษย์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโปรตีน ประกอบกับกระบวนการความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่มีการพัฒนามากขึ้น ทำให้สามารถปรับปรุงยาชีววัตถุให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นจากเดิมที่อาจจะทนทานในสิ่งที่ร่างกายผลิตไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยโรคไตผลิตเม็ดเลือดแดงไม่ได้ เราก็ให้ยากระตุ้นการผลิตเม็ดเลือดแดง (EPO) หรือผลิตอินซูลินไม่ได้ เราก็ให้อินซูลิน ซึ่งมีฟังก์ชันคล้ายกับสิ่งที่ร่างกายผลิต เป็นกลไกที่สมัยใหม่และแตกต่างเสียทีเดียว เพราะฉะนั้นอนาคตของยาชีววัตถุจึงสามารถพัฒนาไปได้อีกไกลมาก ซึ่งนอกจากจะสามารถพัฒนายาชีววัตถุมาทดแทนสิ่งที่ร่างกายขาดแล้วยังสามารถพัฒนายาชีววัตถุที่มีกลไกการทำงานเพื่อรักษาโรคต่าง ๆ ได้หลากหลายขึ้น โดยเฉพาะโรคมะเร็ง และโรคแพ้ภูมิตนเอง”

ดร.ทองพล เน้นย้ำว่า “เป้าหมายหลักของเราทั้งสององค์กรคือ การผลักดันยาให้เข้าถึงผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งจากการที่ ดร.ลาเซ ดาวิลลา และ มร.เอนาร์ต รวมทั้งเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการได้เดินทางมาที่โรงงาน พูดคุยและมีการปฏิบัติงานร่วมกัน ทำให้มั่นใจว่าเราจะมีพัฒนาเทคโนโลยีร่วมกัน และมีความร่วมมือไปด้วยกันได้ในระยะยาวเพื่อตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพ ไม่ใช่เฉพาะประเทศในภูมิภาคนี้ แต่จะเป็นประโยชน์ต่อภูมิภาคอื่น ๆ ทั่วโลกด้วยในอนาคต”





The First Biopharmaceutical
Company in Thailand

World-Class
Manufacturing
Enabling Better
Healthcare

โรงงานยาชีว

บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด

สำนักงานใหญ่: 44 อาคารศรีจุลทรัพย์ ชั้น 18 ถ.พระราม 1 รongเมือง ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 66(0) 2613 9939 โทรสาร 66(0) 2613 9979
โรงงาน: 99 หมู่ 4 ถนนทางหลวงชนบท นบ. 5014 ต.บ้านใหม่ อ.บางใหญ่ จ.นนทบุรี 11140 โทรศัพท์ 66(0) 2449 7950-8 โทรสาร 66(0) 2449 7959

www.siambioscience.com

13 อาจารย์ นักวิชาการผู้ทำคุณประโยชน์

ผู้รับรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา 2556

เป็นประจำทุกปีที่มหาวิทยาลัยมหิดลจะคัดเลือกผลงานของอาจารย์ นักวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อวงการวิชาการ และประชาชน ให้ได้รับรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผู้ได้รับการคัดเลือกได้เข้ารับพระราชทานรางวัลจาก สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรเมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา โดยรางวัลมหาวิทยาลัยมหิดลนี้ได้จัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2518 ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเกียรติและเป็นขวัญกำลังใจแก่บุคลากรที่มีความวิริยะอุตสาหะ และปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพจนมีผลงานดีเด่นในสาขาต่าง ๆ ซึ่งผู้ได้รับรางวัลนอกจากจะได้รับพระราชทานรางวัลในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรแล้ว จะได้รับเงินสดรางวัล 200,000 บาท สำหรับปีการศึกษา 2556 นี้ มีผู้ได้รับรางวัลทั้งหมดจำนวน 13 ท่าน ประเภทดีเด่นเฉพาะทางทั้งหมด 5 สาขา ได้แก่ สาขาความเป็นครู สาขาการวิจัย สาขาการประดิษฐ์ สาขาการแต่งตำรา และสาขาการบริการ ดังนี้

รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาความเป็นครู

ศ.ดร.ทรงศักดิ์ เพ็ชรมิตร

เป็นผู้ริเริ่มและดำเนินการจัดตั้งภาควิชาชีวโมเลกุลและพันธุศาสตร์โรคเขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนาการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษาให้ทันสมัย โดยเพิ่มเติมผลงานวิจัยใหม่ ๆ ด้านชีวโมเลกุลโรคเขตร้อนในหัวข้อที่ทำการสอน และให้มีการแสดงความคิดเห็นในการตั้งโจทย์วิจัย รวมทั้งแนวคิดนำผลงานไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยโรคเขตร้อน นอกจากนี้ได้พัฒนางานวิจัยทางด้านค้นหาคำแสดงออกของยีนชนิดใหม่ที่ใช้เป็นสารชีวโมเลกุลสำหรับบ่งชี้ความรุนแรงของมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งเต้านมในคนไทย โดยใช้เทคนิคโวลิตาไมโครอาร์เรย์ และเรียลไทม์ อาร์ที พีซีอาร์



อบรมการใช้เครื่องมือแก๊สโครมาโทกราฟีในคณะและนอกมหาวิทยาลัย เป็นผู้แต่งหนังสือด้านประสาทวิทยาศาสตร์ในตำราสรีรวิทยา ได้รับการอ้างอิงอย่างแพร่หลาย เน้นการสอนที่กระตุ้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมด้วยวิทยาการทันสมัย เน้นเรื่องคุณธรรมและจริยธรรม

ผศ.ดร.นพ.จักรชัย เหมือนประสาธ

ภาควิชาสรีรวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เคยได้รับรางวัลอาจารย์ตัวอย่างของคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, เมธีวิจัย สกว. จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และรางวัลนักวิทยาศาสตร์รุ่นใหม่ มูลนิธิส่งเสริมวิทยาศาสตร์และ



รศ.ดร.กาญจนากรวรรณ ดิลกสกุลชัย

ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เคยได้รับรางวัลอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จาก “ทุนเจ้าพระยาพระเสด็จสุเรนทราธิบดี” เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาการสอนปฏิบัติการสรีรวิทยา โดยใช้เครื่องบันทึกสัญญาณที่แสดงผลบนคอมพิวเตอร์ และจัด



เทคโนโลยีในพระบรมราชูปถัมภ์ มุ่งเน้นให้นักศึกษาเห็นความสำคัญและคุณค่าของการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้หรือนวัตกรรมใหม่ และสามารถดำรงตนเป็นนักวิจัยที่มีคุณภาพและคุณธรรมสูงต่อไปในอนาคต โดยส่งเสริมให้นักศึกษาดำเนินงานและวางแผนการวิจัยด้วยตนเอง สร้างบรรยากาศและจัดประสบการณ์ทางวิชาการที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองด้านวิชาการและการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการวิจัย

ศ.พิเศษ ดร.เดวิด จอห์น รูฟโฟโล



ภาควิชาฟิสิกส์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผลงานการวิจัยเรื่อง “อนุภาคโปรตอน พลังงานสูงจากดวงอาทิตย์เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม ค.ศ. 1989 : การปลดปล่อยและขนส่งตามทั้งสองทางของวงสนามแม่เหล็กปิดระหว่างดาวเคราะห์”

เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลอนุภาคพลังงานสูงจากพายุสุริยะ ซึ่งเป็นเรื่องที่ได้รับการสนใจอย่างกว้างขวางในสังคมไทยและสังคมโลก เนื่องจากพายุสุริยะเคยทำให้ไฟฟ้าดับในประเทศที่อยู่ใกล้ทั่วโลก และอนุภาคพลังงานสูงนั้นมีบทบาทโดยตรงในการทำให้ดาวเทียมขัดข้อง สร้างอันตรายสำหรับนักบินอวกาศและผู้โดยสารเครื่องบินที่ผ่านใกล้ทั่วโลก ในขณะที่เกิดพายุสุริยะ

ศ.นพ.สุรเดช หงส์อิง



ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผลงานการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในเด็ก” นอกจากได้ทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตในเด็กโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดจากพี่น้องในการรักษาโรคมะเร็งต่าง ๆ แล้ว ยังได้ทำการรักษาในโรคอื่น ๆ อีก เช่น โรคธาลัสซีเมีย จากความรู้ที่ได้จากงานวิจัยสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยธาลัสซีเมียทุกคนสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยสามารถปลูกถ่ายได้เกือบทุกอายุ จนถึงอายุ 20-30 ปี ยิ่งไปกว่านั้นยังได้ทำการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตพร้อมกับการปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคคนเดียวกัน สามารถทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบริจาคไตหยุดยากภูมิคุ้มกันได้

ศ.พญ.พรณี ปิติสุทธิธรรม



ภาควิชาอายุรศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ผลงานการวิจัยเรื่อง “การศึกษาวัคซีนอัลแวคและเอดส์แวกซ์เพื่อป้องกันเชื้อเอดส์ในประเทศไทย” พบว่าวัคซีนมีความปลอดภัยและสามารถกระตุ้นการตอบสนองภูมิคุ้มกันทั้งใน

เลือดและในเซลล์ในระดับที่ยอมรับได้ และนำไปศึกษาระยะที่ 3 โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยการแพทย์ทหารบกไทย-สหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2546 พบว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ 31.2% เป็นครั้งแรกของโลกที่พบว่าวัคซีนเอดส์มีประสิทธิภาพในการป้องกัน

รศ.ดร.ม.ล.เสาวรส สวัสดิ์วัฒน



ศูนย์วิจัยธาลัสซีเมีย สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล ผลงานการวิจัยเรื่อง “การเพิ่มการแสดงออกของฮีมोगلوبินในหนูเบต้าธาลัสซีเมีย IVS2-654 ด้วยการซ่อมแซมอาร์เอ็นเอ”

งานวิจัยนี้ใช้ antisense oligonucleotide (ASO) เพื่อไปแก้ไขกระบวนการตัดต่ออาร์เอ็นเอที่ผิดปกติ โดยใช้หนูธาลัสซีเมียเป็นต้นแบบ พบว่าเมื่อใช้ ASO กับหนูธาลัสซีเมียทำให้เกิดการตัดต่ออาร์เอ็นเอปกติ สามารถแปลรหัสเป็นฮีโมโกลบินได้ และหนูธาลัสซีเมียมีค่าโลหิตวิทยาที่ดีขึ้น แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการใช้ ASO ในการแก้ไขการตัดต่ออาร์เอ็นเอที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคเบต้าธาลัสซีเมียได้ในอนาคต

รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการประดิษฐ์

ผศ.ดร.ยศชนัน วงศ์สวัสดิ์



ภาควิชาวิศวกรรมชีวการแพทย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผลงานการประดิษฐ์ “ระบบการเชื่อมต่อสมองกับคอมพิวเตอร์ : วิลแชร์ควบคุมด้วยคลื่นสมอง อุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการขั้นรุนแรง และอุปกรณ์ป้องกันการหลับใน” เป็นระบบการเชื่อมต่อสมองกับคอมพิวเตอร์ คือการบูรณาการซอฟต์แวร์และฮาร์ดแวร์ด้านการประมวลสัญญาณสมองเข้ากับอุปกรณ์ไฟฟ้าต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในมุมมองหลัก ๆ 3 เรื่อง คือ 1. การป้องกันอุบัติเหตุ 2. การวินิจฉัยและรักษาโรค และ 3. การฟื้นฟู โดยทางผู้วิจัยสามารถนำระบบที่พัฒนาขึ้นมาต่อยอดพัฒนาเป็นชิ้นงานเชิงวิศวกรรมที่สามารถนำมาใช้ได้จริง

ผศ.ดร.ปัทมศรี ฤทธิประวัตติ

ภาควิชาวิศวกรรมชีวการแพทย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผลงานการประดิษฐ์ “หุ่นยนต์เสริมการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก



ออทิสติก” ได้พัฒนาหุ่นยนต์ต้นแบบ 3 ตัวด้วยกันคือ หุ่นยนต์ช่างทำ หุ่นยนต์ช่างพูด และหุ่นยนต์ช่างคุย โดยหุ่นยนต์ช่างทำถูกออกแบบมาเพื่อกระตุ้นทักษะด้านการเลียนแบบ อันเป็นรากฐานสำคัญของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนหุ่นยนต์ช่างพูดและหุ่นยนต์ช่างคุยถูกพัฒนาสำหรับการฝึกพูดซึ่งจำเป็นต่อการสื่อสารทางสังคม พบว่าหุ่นยนต์มีแนวโน้มที่จะทำให้เด็กมีความสนใจ จดจ่อต่อกิจกรรมบำบัดมากขึ้น

รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการแต่งตำรา

รศ.นพ.อนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผลงานการแต่งตำราเรื่อง “โรคลมชักในเด็ก” ประกอบด้วยเนื้อหาที่เป็นความรู้พื้นฐานเรื่องโรคลมชักในเด็ก ซึ่งในปัจจุบันหน่วย



ประสาทวิทยาได้ใช้เป็นตำราประกอบการสอน และการอ้างอิงเรื่องโรคลมชักในเด็กสำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้านกุมารเวชศาสตร์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขากุมารเวชศาสตร์ และอายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยาที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ตำรานี้เผยแพร่ทั้งไปและบนหนังสืออ้างอิงอยู่ในห้องสมุดในสถาบันการศึกษาและการแพทย์หลายสถาบัน

รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการบริการ

อ.พญ.สิรินทร จันศิริกาญจน

สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อายุรแพทย์ดีเด่นสาขาบริการชุมชน จากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พัฒนางานเกี่ยวกับสมองเสื่อมแบบครบวงจร



ด้วยตระหนักว่าจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมมากขึ้นเรื่อย ๆ การดูแลมีปัญหามาก เพราะสังคมยังไม่รู้จักและเข้าใจปัญหาสมองเสื่อมอย่างจริงจัง ถ้าหากสามารถพัฒนาเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างเหมาะสมจะสามารถเอา

รูปแบบในส่วนต่าง ๆ เหล่านี้ไปปรับเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ได้อย่างครอบคลุม จึงได้ดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างครบวงจร

นางสาวเสาวนีย์ เนาวพานิช



งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้ริเริ่มการทำงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการพยาบาล อาทิ งานวิจัยเรื่องผลของความเป็นต่อการเกิดรอยจำเลือดหรือก้อนเลือด และความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ฉีด heparin ได้ผิวน้ำ ทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา เช่น ก้อนเลือดใต้ผิวหนัง ความเจ็บปวด ความพึงพอใจของผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้เป็นผู้ร่วมนำการเปลี่ยนแปลงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างต่อเนื่องโดยพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยสร้างเป็น Web-base และปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลให้เป็นมาตรฐานสนับสนุนและผลักดันบุคลากรให้นำปัญหาจากการปฏิบัติงานมาพัฒนาเป็นงานวิจัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

นายคาร์ณ ไชระนโชติ

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป (ชำนาญการพิเศษ) และรักษาการหัวหน้างานบริหารและธุรการ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นบุคลากรสายสนับสนุนคนแรกของคณะวิทยาศาสตร์ที่ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยคณบดี



เป็นแบบอย่างที่ดีของข้าราชการสายสนับสนุนที่สามารถทำงานวิจัย R2R และตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูลของ สกอ. จำนวน 5 เรื่อง ได้รับรางวัลเข็มทองคำ ปชมท. (ประธานที่ประชุมสภาข้าราชการ พนักงาน และลูกจ้างมหาวิทยาลัยแห่งประเทศไทย) ด้านบริหารดีเด่นประจำปี พ.ศ. 2555 เป็นวิทยากรที่สร้างแรงกระตุ้นให้บุคลากรสายสนับสนุนตามคณะต่าง ๆ ของมหาวิทยาลัยมหิดล และในสถาบันอุดมศึกษาทำงานวิจัยในลักษณะ R2R และยังคงช่วยเป็นวิทยากรในการอบรมสายสนับสนุนจากทั่วประเทศ



วิธีลดน้ำหนัก



ผมเคยเขียนเรื่องการลดน้ำหนัก คุมอาหาร ออกกำลังกาย บ่อย ๆ เช่น ถ้าต้องการจะลดน้ำหนักต้องคุมอาหารและออกกำลังกายไปด้วย ถ้าจะลดน้ำหนักโดยการพึ่งการออกกำลังกายอย่างเดียวโดยไม่คุมอาหาร ออกกำลังกายเท่าไรก็จะยังไม่สามารถลดน้ำหนักได้ ผมเขียนกว้าง ๆ ว่ารับประทานหนักไปทางผัก ปลา (ยกเว้นไข่) ผลไม้ หลีกเลี่ยงมันสัตว์ หนังสัตว์ เครื่องใน ไข่แดง น้ำหวาน ของหวาน แป้ง ให้มากที่สุด ฯลฯ แต่จริง ๆ มันมีรายละเอียดมากกว่านั้น

ท่านผู้อ่านที่เป็นแฟนประจำคอลัมน์นี้ จะทราบว่าปีใหม่นี้ผมตั้งเป้าไว้ว่า หนึ่ง ผมจะลดน้ำหนัก 3 กิโลกรัม จาก 80 กิโลกรัม เป็น 77 กิโลกรัม และสอง ผมจะทำสไลด์ที่ผมสอนแพทย์ประจำบ้านให้ทันสมัย

พูดง่าย ทำยากครับ ตั้งแต่ปีใหม่มา ผมพยายามออกกำลังกายด้วยการเดินวันละ 60 นาที เกือบทุกวัน บางครั้งช่วงเสาร์ อาทิตย์ หรือวันหยุด ผมอาจจะเดินตอนเช้า 1 ชั่วโมง เย็น 1 ชั่วโมง ด้วยซ้ำไป ส่วนอาหารผมก็ว่าคุมแล้ว แต่ก็ไม่เห็นลงสักที ยังคงอยู่แถว ๆ 80 กิโลกรัม ดีที่ไม่ได้ขึ้นไปมากกว่านี้

อย่างที่เคยเขียนไว้บ่อย ๆ **จะดูว่าอ้วนหรือไม่ต้องดู 2 อย่างคือ หนึ่ง ดูดัชนีมวลกายหรือ body mass index (BMI) ซึ่งควรอยู่ต่ำกว่า 23 BMI คือน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง BMI ของผมคือ 80 หารด้วย 1.78² ซึ่งก็คือ 25.25 ค่าปกติอยู่ที่ต่ำกว่า 23 ระหว่าง 23.1-24.9 จะเรียกว่าน้ำหนักเกิน 25 ขึ้นไปจึงจะเรียกว่าอ้วน ถ้าดูตามเกณฑ์นี้ถือว่าผมอ้วนแล้ว น้ำหนักและความสูงของผม ถ้าจะให้ BMI อยู่ในเกณฑ์ ผมจะต้องมีน้ำหนักเพียง 72.89 กิโลกรัม แต่ของผมเกินมาตั้ง 8 กิโลกรัม นอกจาก BMI แล้ว ทางแพทย์ยังให้เราดูขนาดของพุงอีกด้วย ผู้ชายไทยต้องมีพุงไม่เกิน 90 เซนติเมตร (ของผมอยู่ที่ 97 เซนติเมตร) ผู้หญิงไทยต้องมีพุงไม่เกิน 80 เซนติเมตร ฉะนั้นไม่ว่าจะมองในแง่ไหน ไม่ว่าจะเป็น BMI หรือพุง ตัวเลขของผมเกินเกณฑ์ทั้งนั้น ผมทราบเรื่องนี้ดี แต่เนื่องจากมีคนอื่นอ้วนกว่าผมมาก และคนอื่นชอบบอกว่ารูปร่างผมดี ผมจึงไม่ได้เอาจริงเอาจังสักเท่าไร**

ถึงแม้ผมพยายามลดน้ำหนักตนเองตั้งแต่ปีใหม่ แต่ก็ไม่ได้ผล เพราะไม่ค่อยได้เอาจริงเอาจัง แต่ตอนนี้ผมอยากรู้ว่า ถ้าผมจะทำให้ BMI และพุงของผมอยู่ในเกณฑ์ปกติ น้ำหนักตัวจริง ๆ ของผมจะอยู่ที่ระดับไหน ผมจึงเริ่มเอาจริงโดยเฉพาะการคุมอาหาร

ผมได้มาวิเคราะห์ตัวเองเรื่องการรับประทานอาหาร ปรากฏว่าถึงแม้มือเช้า (วันที่ไปทำงาน) ผมไม่รับประทานอะไร มื้อกลางวันรับประทานก๋วยเตี๋ยวชามเดียว หรือข้าวกะเพราและไข่ดาว 1 จาน (ไม่ทุกวัน) และมื้อเย็นจะรับประทานหนักไปทางพืช ผัก ปลา ฯลฯ แต่เมื่อมาดูรายละเอียดผมยังรับประทาน (หรือดื่ม) พลังงานเข้าไปมากพอสมควรอยู่ดี แต่ที่เฝ้าอันขึ้นเพราะออกกำลังกายมากขึ้น เช่น บางครั้งทั้งวันผมดื่มน้ำส้มคั้น 3 แก้ว แต่ละแก้วต้องใช้ส้มเขียวหวาน 7 ลูก ลูกหนึ่งให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี ฉะนั้นแก้วหนึ่งจะมีพลังงานประมาณ 420 กิโลแคลอรี ซึ่งเทียบเท่าอาหารจานใหญ่ ๆ 1 จาน แต่ผมดื่ม 3 แก้ว (แต่บ่อยวันที่ดื่ม 3 แก้ว ส่วนใหญ่จะดื่ม 1 หรือ 2 แก้วเป็นช่วงๆ) และเพิ่งมาดื่มตอนที่มาลดอาหาร) ผมเคยดื่มชา กาแฟ โอวัลติน วันละ 3-4 แก้ว ใส่น้ำตาล 1-2 ช้อน เอาเนื้อมันได้ ซดน้ำต้มไก่ไม่มัน (วันละแก้ว) ตอนเย็นถ้าอยู่ที่บ้านก็รับประทาน ผักสด 1 จาน ตามด้วยข้าว 1-2 จานกับเนื้อวัว หรือไก่ หรือปลา หรือหมู ตามด้วยผลไม้ นานาชนิด (แต่ไม่รับประทานทุเรียน ข้าวเหนียวมะม่วง)

เมื่อผมจะเอาจริง ผมจึงเริ่มด้วยการปรึกษาแพทย์ทางด้านโภชนาการที่ผมรู้จักมานาน และเคยทำงานด้วยกันตั้งแต่ผมเป็นประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และต่อมาตอนที่ผมเป็นสมาชิกวุฒิสภา และเป็นประธานคณะอนุกรรมการฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา ท่านผู้นี้คือคุณหมอปริยานุช ซึ่งปัจจุบันนี้เป็นรองอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ท่านกรุณาให้ข้อมูลที่สำคัญแก่ผมมากมาย อาทิเช่น เนื้อปลา กุ้ง (ที่ไม่มีส่วนหัว หรือไขมัน) 1 ส่วน หรือ 30 กรัม ให้พลังงานประมาณ 33 กิโลแคลอรี ไก่ เป็ดที่ไม่มีหนัง 1 ส่วน 55 กิโลแคลอรี หมูและเนื้อวัว 1 ส่วน ตั้งแต่ 75 จนถึง 100 กิโลแคลอรีสำหรับเนื้อติดมัน ได้กรอก แฮม บางครั้งเรารับประทานเนื้อวัวครั้งละ 300 กรัม (ให้พลังงานจากเนื้อวัวเท่านั้นถึง 1,000 กิโลแคลอรี) แต่ผมเองพยายามรับประทานเพียง 100 กรัม ซึ่งก็ทำให้มีพลังงานเข้าไปถึง 300 กว่ากิโลแคลอรีแล้ว ที่สหรัฐอเมริกาในร้านอาหารบางครั้งเรารับประทานสเต็กคนละ 8, 12, 16 oz กัน ซึ่ง 1 oz เท่ากับ 30 กรัม 8 oz เท่ากับ 240 กรัม หรือให้พลังงาน 800 กิโลแคลอรี!

คนไทยเวลาไปต่างประเทศ มักรับประทานสเต็กไม่หมดจานสักที เพราะจานใหญ่มาก





“ความรู้ในการ CPR และใช้เครื่อง AED เป็นเรื่องสำคัญ การทำ CPR โดยการกดหน้าอกทันทีเมื่อพบผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจะทำให้เลือดไปเลี้ยง

สมองและหัวใจผู้ป่วย แต่ไม่ได้ทำให้หัวใจกลับมาเต้นเป็นปกติ การช็อกด้วยเครื่อง AED จะทำให้หัวใจที่เต้นไม่เป็นจังหวะหรือพลัด ไม่มีการบีบตัวกลับมาเต้นเป็นจังหวะได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น ซึ่งเครื่อง AED สามารถที่จะใช้ได้ไปประชาชนทั่วไปที่ได้รับการฝึกอบรม เท่ากับว่าเมื่อไหร่ที่เรามี AED หรือใช้ AED เป็น ประชาชนของเราจะมีศักยภาพในการทำ CPR การกดหน้าอกช่วยหายใจ และทำให้หัวใจกลับมาเต้นอีกครั้งหนึ่งได้”



นพ.อารักษ์ วงศ์วรชาติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล กล่าวว่า ทางโรงพยาบาลสิชลให้ความสำคัญกับเรื่อง CPR มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 หลังจากไปศึกษาดูงานด้านการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งถือเป็นแรงบันดาลใจให้แนวคิดดังกล่าวมาขยาย โดยพยายามผลักดันให้ทางโรงพยาบาลมีความพร้อมในการกู้ชีพในทุกแผนก มีการอบรมฟื้นฟูวิชาการแก่นบุคลากรทางการแพทย์ปีละ 2 ครั้ง เป็นอย่างน้อย รวมทั้งปลูกฝังให้บุคลากรทุกระดับของโรงพยาบาล และในจุด

ที่มีประชาชนมารวมตัวกันมาก ๆ ก็ได้จัดให้มีเครื่องมือด้านการกู้ชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมให้ได้มากที่สุด

“ปัจจุบันทางโรงพยาบาลสิชลมีเครื่อง AED ในโรงพยาบาลทั้งหมด 4 คัน ซึ่งเป็นรถกู้ชีพฉุกเฉินทั้งหมด และอีก 8 เครื่องติดตั้งไว้ในจุดที่มีประชาชนและเจ้าหน้าที่รวมกลุ่มกันมาก ๆ เพื่อให้ทันเวลาที่หากเกิดกรณีฉุกเฉิน อาทิ บ้านพักเจ้าหน้าที่ ห้องอาหาร แผนกผู้ป่วยนอกต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาอีกก้าวหนึ่งของโรงพยาบาลสิชล”

ในอนาคตจะมีการประสานกับท้องถิ่น อาทิ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล โดยแต่ละแห่งจะต้องมีเครื่อง AED อย่างน้อย 1 เครื่องให้ได้ในปี พ.ศ. 2557 นี้ และจะต้องพัฒนาบุคลากรที่มีความรู้ทางด้าน CPR และการใช้เครื่อง AED เพื่อสร้างนักกู้ชีพไปดูแลในจุดที่มีประชาชนไปรวมตัวกันมาก ๆ เช่น การแข่งกีฬา การจัดกิจกรรมต่าง ๆ จะต้องมีนักกู้ชีพประจำอยู่ มีเครื่อง AED สะพายไป มีปลอกแขนเป็นสัญลักษณ์ รวมทั้งขยายไปถึงระดับประชาชนทั่วไป ผ่านเครือข่ายของแกนนำครอบครัว ซึ่งทางโรงพยาบาลสิชลได้เคยทำเรื่องหมอยาประจำบ้านในปี พ.ศ. 2540 โดยจะคัดเลือกแกนนำ 1 คนต่อ 1 ครอบครัวมาให้ความรู้ทางด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เพื่อรุกเข้าไปในครอบครัว สร้างให้บุคคลเหล่านี้เป็นผู้ดูแลชีวิตในยามฉุกเฉินต่อไป



“ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเป็นเรื่องของนาที่ชีวิตในประเทศไทยถือว่ายังมีการลงทุนทางด้านนี้ซึ่งเป็นการลงทุนแบบป้องกันน้อยมาก ขึ้นอยู่กับว่าผู้บริหารคิดว่าตรงนี้สำคัญหรือไม่ แต่ผมมองว่าทุกชีวิตมีความหมาย ทุกนาที่ที่มีความหมาย และมีงานวิจัยต่าง ๆ มากมายพิสูจน์แล้วว่าการช่วยชีวิตฉุกเฉินไม่จำเป็นต้องอยู่ในมือแพทย์หรือพยาบาล และการใช้เครื่อง AED ก็ถือว่าราคาไม่สูงมากนัก แต่สามารถจัดการนาที่ชีวิตของคนได้ อยากให้ผู้บริหารท้องถิ่นเข้ามาสนับสนุนเรื่องสุขภาพ เรื่องสาธารณสุขอย่างจริงจัง เพราะจะทำให้พี่น้องประชาชนมีความปลอดภัยมากขึ้น”



อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีผู้มีความรู้ทางด้าน CPR ไม่ถึง 1% แต่หากมองในระดับจังหวัดแล้วมีจังหวัดต้นแบบอย่างชุมพรที่มีประชาชนผ่านการอบรมทางด้าน CPR ถึง 1-2% ช่วยผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมาแล้วกว่า 10 ราย โดยแกนนำในเรื่องดังกล่าวคือทีมพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ที่ริเริ่มโครงการฝึกอบรม BLS

ภาคประชาชน เจริญพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช เนื่องในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษาครบ 84 พรรษา 5 ธันวาคม พ.ศ. 2554 และด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณที่ทรงทำโครงการแก้มลิงทำให้โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ไม่ต้องประสบปัญหาน้ำท่วมอีกต่อไป โดยร่วมมือกับคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิตแห่งประเทศไทย จัดการอบรมมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ผลของโครงการทำให้ผู้ที่ผ่านการอบรมนำความรู้ไปช่วยเหลือชีวิตผู้อื่นกว่า 10 ราย มีการกระจายความรู้สู่ภาคประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับท้องถิ่นและระดับจังหวัด รวมทั้งได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เสด็จดูงานโครงการดังกล่าวอีกด้วย



คุณพิชิตยา ทศนพิมล
พยาบาลชำนาญการ หัวหน้า
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย
วิกฤต พยาบาลวิชาชีพ
ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาล
ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กล่าวว่า
หากให้ความรู้แก่ประชาชน
ทางด้าน CPR ผู้ที่ผ่านการอบรม
เหล่านี้ก็จะเป็นผู้ที่ช่วยเหลือ
ชีวิตผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น
เฉียบพลันให้รอดชีวิตได้

โดยตั้งแต่เริ่มโครงการมีผู้ผ่านการอบรมแล้วกว่า 5,000 คน ซึ่งถ้าหากบุคลากรทางการแพทย์หรือประชาชนใช้เครื่อง AED เป็น จะเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตและเพิ่มความปลอดภัยในชีวิตขึ้นอีกมาก



“จากประสบการณ์ มีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันที่หน้าคลินิกแพทย์ ได้ทำการ CPR แล้วใช้เครื่อง AED ซึ่งถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญเนื่องจากถ้าบุคลากรทางการแพทย์ไม่เคยผ่านการอบรมมาก็จะยึดแนวทางเดิม คือจะให้แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจก่อน แล้วค่อยนึกถึงเรื่องหัวใจ ทั้งที่ส่วนใหญ่แล้วในกลุ่มผู้ใหญ่ เมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันมักเกิดจากโรคหัวใจ การจะทำให้หัวใจกลับมาเต้นให้เร็วที่สุดคำตอบคือเครื่อง AED ซึ่งครั้งนั้นได้ทำการช็อกไฟฟ้าด้วยเครื่อง AED ที่หน้าคลินิก ผู้ป่วยกลับฟื้นขึ้นมาและหัวใจเต้นปกติโดยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของเครื่อง AED โดยเฉพาะอย่างยิ่งในที่ชุมชนที่สาธารณะต่าง ๆ ที่มีประชาชนอยู่มาก รัฐบาลควรจัดบริการให้มีเครื่อง AED รวมทั้งให้มีหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานลงสู่ภาคนักเรียน ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา อุดมศึกษา ให้เป็นหลักสูตรพื้นฐานแล้วเชื่อว่าประชาชนไทยจะมีความปลอดภัยในชีวิตมากขึ้น”

คุณรมณีย์ หนูทองแก้ว
พยาบาลชำนาญการ ศูนย์
หัวใจ โรงพยาบาลชุมพร
เขตรอุดมศักดิ์ กล่าวว่า ส่วน
ตัวแล้วพบเห็นปัญหาหัวใจ
หยุดเต้นเฉียบพลันในผู้ป่วย
กลุ่มโรคหัวใจเป็นจำนวนมาก
ประเด็นสำคัญที่จะทำให้
ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นภาวะ
วิกฤติไปได้คือ จะต้องทำให้
ญาติของผู้ป่วยสามารถช่วย
ผู้ป่วยได้ก่อนที่จะมีทีมกู้ภัยจะ
ไปถึง จึงได้ทำการอบรมให้แก่ญาติ โดยเฉพาะญาติของผู้ป่วย
โรคหัวใจซึ่งมีความตื่นตัวและพร้อมที่จะเรียนรู้



สำหรับเครื่อง AED ถือว่ามีความสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อ
อยู่นอกโรงพยาบาล หรือกรณีที่ไม่มีผู้ชำนาญการอยู่ เพราะผู้ป่วย
โรคหัวใจส่วนใหญ่ที่หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจะเป็น Ventricular
Fibrillation (VF) Pulseless Ventricular Tachycardia (VT) ซึ่ง
เครื่อง AED แก้ปัญหาได้ทันที สามารถทำให้ผู้ป่วยหัวใจฟื้น
กลับมาเป็นปกติได้ โดยการใช้งานไม่ยาก แค่ทำตามคำสั่งของ
ตัวเครื่องเท่านั้น ถือว่ามีประโยชน์อย่างมาก แม้ในขณะนี้
หากตนเองอยู่ในโรงพยาบาล อยู่ในศูนย์โรคหัวใจ ก็ยังพก AED
ติดตัวไว้ เพราะหากมีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันพร้อม ๆ
กันหลายราย หรือในจุดที่ไม่สามารถใช้เครื่อง Defibrillator
เครื่อง AED จะช่วยแก้ปัญหาได้



“ควรจะทำเหมือนในต่าง
ประเทศที่มีการกระจายเครื่อง
AED ไปตามสถานที่สาธารณะ
ทั่วไปอย่างสนามบิน ศูนย์การค้า
ชายทะเล ศูนย์ราชการ มีการอบรมเจ้าหน้าที่ หรือพนักงาน
รักษาความปลอดภัยให้ใช้เครื่อง AED เป็น เนื่องจากสถานที่
เหล่านี้มีผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นจำนวนมาก ถือเป็นการป้องกัน
ก่อนที่จะเกิด ดีกว่ารอให้เกิดปัญหาแล้วต้องมานั่งเสียใจ
ภายหลัง”



ในอาเซียน ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ 24 ชั่วโมง ทำหน้าที่คัดกรองและดูแลช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตจากแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และทีมสหวิชาชีพ อย่างครบวงจร เป็นแหล่งพักพิงชั่วคราวก่อนส่งต่อไปให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยเหลือขั้นต่อไป รวมทั้งยังเป็นศูนย์ข้อมูลและศูนย์ประสานงานหน่วยงานภายในและนอกโรงพยาบาล ทำให้

สร. เพย ร.พ.ขอนแก่นคว้ารางวัลชนะเลิศยูเอ็น ด้านการให้บริการสาธารณะ

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยว่า องค์การสหประชาชาติได้ให้หน่วยงานทั่วโลกที่มีความเป็นเลิศในสาขาบริการสาธารณะต่าง ๆ ส่งผลงานเข้าประกวดเพื่อรับรางวัล ยูเอ็นเด็ต เนชั่นส์ พับบลิสส์ เซอร์วิส อวอร์ด หรือรางวัล ยูเอ็นพีเอสเอ (United Nations Public Service Award : UNPSA) โดยในปี พ.ศ. 2557 หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับรางวัลชนะเลิศอันดับหนึ่งของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกคือ โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น ได้รับรางวัลชนะเลิศสาขา “การส่งเสริมการให้บริการสาธารณะที่ตอบสนองต่อเพศสภาพ” จากผลงานของศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤติ (One Stop Crisis Centre) หรือศูนย์พึ่งได้ โดยศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤติของโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นศูนย์แห่งแรกของประเทศไทย และเป็นประเทศแรก ๆ

ผู้ประสบปัญหาเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ได้รับความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ซึ่งขณะนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ขยายบริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤติครอบคลุมโรงพยาบาลในสังกัดกว่า 700 แห่งทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2556 มีสถิติให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงทั่วประเทศจำนวน 31,755 ราย เฉลี่ย 87 รายต่อวัน ส่วนใหญ่ถูกกระทำทางเพศ ทั้งนี้ที่ผ่านมาสังคมไทยยังมองเรื่องเด็กและผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงเป็นเรื่องที่น่าอับอาย ควรปกปิดเป็นความลับ ทำให้ผู้ประสบปัญหาไม่กล้าไปใช้บริการหน่วยงานภาครัฐ

สถาบันพยาธิวิทยาเทคนิคอนุพยาธิวิทยา ตรวจค้นหาโรคมะเร็งระดับโมเลกุล

นพ.อุดม ภู่วโรดม ผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา เปิดเผยว่า สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ ในฐานะที่มีบทบาทในการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย ถ่ายทอด และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านพยาธิวิทยา ได้นำเทคนิคอนุพยาธิวิทยาซึ่งเป็นงานที่มุ่งเน้นการตรวจวินิจฉัยโรคจากการตรวจวิเคราะห์ระดับโมเลกุลต่าง ๆ เช่น สารพันธุกรรม (DNA, RNA และโครโมโซม) ในตัวอย่างชิ้นเนื้อหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายของผู้ป่วย เช่น การตรวจมะเร็ง การตรวจการกลายพันธุ์ของยีนที่บ่งชี้การตอบสนองของยาหรืออาการของโรค ทั้งนี้การตรวจทางอนุพยาธิวิทยาต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง และใช้เครื่องมือที่มีราคาแพง จึงมีห้องปฏิบัติการน้อยรายที่เปิดให้บริการด้านอนุพยาธิวิทยา แต่ปัจจุบันด้วยเทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้น ประกอบกับความจำเป็นในการนำข้อมูลระดับโมเลกุลไปใช้วินิจฉัยและพยากรณ์โรค เพื่อทำนายการตอบสนองของยาหรือบ่งบอกความเป็นไปของโรค ดังนั้น งานทางด้านอนุพยาธิวิทยาจึงมีความสำคัญและมีบทบาทมากในการใช้วินิจฉัยและพยากรณ์โรคต่าง ๆ เพื่อจะช่วยให้แพทย์วางแผน



การรักษาให้เหมาะสมและให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยปัจจุบันงานอนุพยาธิวิทยา กำลังมีแผนที่จะพัฒนาบุคลากรและเทคนิควิธีการตรวจใหม่ ๆ เช่น biomarker ตัวอื่น ๆ ที่ช่วยในการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นอีก เช่น การกลายพันธุ์ของยีนเอนแรส การกลายพันธุ์ของยีนปรีอาฟ และการกลายพันธุ์ของยีนซีคิท เป็นต้น ซึ่งผู้สนใจสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2354-8208-15 ต่อ 233, 229, 136 หรือ www.iop.or.th

คืนสู่เหย้าศิษย์เก่าแพทย์รามาริบดี

HOME COMING DAY (วันสุขภาพรามาริบดี)

ขอเชิญศิษย์เก่าแพทย์รามาริบดี เข้าร่วมงานคืนสู่เหย้าศิษย์เก่าแพทย์รามาริบดี ประจำปี พ.ศ. 2557 “RAMATHIBODI ALUMNI NIGHT 2014: HOME COMING DAY (วันสุขภาพรามาริบดี)” ในวันเสาร์ที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2557 เวลา 17.00-21.00 น. ณ ห้องประชุม 910 ABC อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาริบดี ภายในงานพบกับ การสังสรรค์ศิษย์เก่าแพทย์รุ่นต่าง ๆ พิธีมอบรางวัลศิษย์เก่าแพทย์รามาริบดีดีเด่น การแสดงดนตรี และพิธีมุกตลกจิต สอดถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 0-2201-1206



โครงการอบรมเวชปฏิบัติทางจักษุวิทยา

“Confronting Ophthalmology 2014”

โครงการจัดตั้งภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีความประสงค์จะจัดโครงการอบรมเวชปฏิบัติทางจักษุวิทยา “Confronting Ophthalmology 2014” ระหว่างวันที่ 28-29 สิงหาคม พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมแพทย์โดม 2 ชั้น 2 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต จ.ปทุมธานี เพื่อเป็นการฟื้นฟูความรู้ทางจักษุวิทยาให้แก่แพทย์ทั่วไปและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด โดยสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง ในการรักษาผู้ป่วยต่อไป ผู้สนใจติดต่อสมัครลงทะเบียนได้ที่ คุณศศิมา กลิ่นบัวรุ่ง โทรศัพท์ 0-2926-9819 สามารถดาวน์โหลดใบสมัครทางเว็บไซต์ www.med.tu.ac.th, www.tec.in.th



กรมควบคุมโรค มอบรางวัลวาดภาพระบายสี-คำขวัญ ปลุกจิตสำนึกเยาวชนใส่ใจป้องกันภัยไข้เลือดออก

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับเครือข่ายจัดกิจกรรมปลุกจิตสำนึกเยาวชนและผู้ปกครองให้ตระหนักถึงความสำคัญและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยจัดให้มีการประกวดและมอบรางวัลชนะเลิศวาดภาพระบายสีและคำขวัญวันไข้เลือดออกอาเซียน (ASEAN Dengue Day) ในหัวข้อ “ชุมชนร่วมใจปลอดภัยไข้เลือดออก” พร้อมเดือนช่วงเดือนพฤษภาคม-กันยายน ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝนและเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ควรเร่งกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก

ภายในงาน นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค ร่วมกับ ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค, ศ.พญ.อุษา ทิสยากร



เสวนา “สารพันปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออก”

นายสมมาตร อดิศักดิ์เชิดในเด็กแห่งประเทศไทย และ มร.เอริค อีฟ ม็องซียอง กรรมการผู้จัดการ บริษัท ซาโนฟี่ ปาสเตอร์ จำกัด ร่วมพิธีมอบโล่รางวัลการประกวดวาดภาพระบายสีและคำขวัญ “ชุมชนร่วมใจปลอดภัยไข้เลือดออก” ให้แก่นักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่เดินทางมาจากจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ สนับสนุนกิจกรรมรณรงค์ไข้เลือดออกอาเซียน และร่วมเสวนา “สารพันปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออก” โดยมี คุณวรัทยา นิลคูหา ดารานักแสดง เป็นผู้ดำเนินรายการ

นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยเป็นปัญหาสุขภาพที่ทุกคนต้องร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรค เพราะจะมีรายงานการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจำนวนมากเกือบทุกปี โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนหลายพื้นที่จะมีแอ่งน้ำขังหรือน้ำขังตามภาชนะต่าง ๆ กลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์หรือคอนโดยุงลายได้เป็นอย่างดี โดยทั่วไปยุงลายจะวางไข่ตามภาชนะที่มีน้ำขัง ซึ่งเป็นน้ำนิ่ง โส และสะอาด

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-10 มิถุนายน พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมจำนวน 8,231 ราย และมีผู้เสียชีวิต 5 ราย เมื่อแยกเป็นรายภาคที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ ภาคกลาง 3,816 ราย รองลงมาคือ ภาคใต้ 2,342 ราย ภาคเหนือ 1,085 ราย และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 988 ราย ตามลำดับ

ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค กล่าวว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกบางปีมีจำนวนลดลง บางปีมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับพาหะนำโรคคือยุงลาย ซึ่งถ้าหากมีการเพาะพันธุ์มากขึ้นจะทำให้พาหะนำโรคมีจำนวนมากขึ้นตามไปด้วย สาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้พาหะนำโรคมียุงลายจำนวนมากขึ้นมาจากความละเลยในการกำจัดยุง ดังนั้น จึงควรปลุกจิตสำนึกให้เยาวชนช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เพื่อขจัดโรคไข้เลือดออกให้หมดไปจากประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม นอกจากการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงแล้ว ปัจจุบันยังมีในเรื่องของวัคซีนป้องกัน ซึ่งได้มีการมุ่งพัฒนาวัคซีนป้องกันไข้เลือดออกที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพกว่า 20 ปีแล้ว โดยขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาขั้นต้นสุดท้าย และมีแนวโน้มในการประสบความสำเร็จสูง

“โรคไข้เลือดออกเกิดกับใคร เมื่อไหร่ก็ได้ เพียงรู้และใส่ใจสักนิดว่า **“วันนี้คุณกำจัดยุงและลูกน้ำยุงลายในบ้านคุณแล้วหรือยัง”**” ซึ่งถ้าทำเป็นประจำก็จะไม่ต้องกังวลว่าเราจะเป็นโรคนี้ได้ง่าย ๆ สิ่งสำคัญที่สุดคือ ต้องร่วมกันทั้งชุมชน หากทำได้ก็จะไม่ป่วย ไม่ตาย ไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ไม่มีไข้เลือดออก”

ศ.พญ.อุษา ทิสยากร นายกสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย กล่าวว่า อาการของโรคไข้เลือดออกที่สังเกตได้ง่ายคือ ไข้สูงลอย ร่วมกับอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร หน้าแดง อาจพบจุดเลือดที่ผิวหนัง กดเจ็บชายโครงด้านขวา มักไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก ต่างจากการเป็นหวัด เว้นแต่จะเป็นไข้ทั้ง 2 อย่างในเวลาเดียวกัน ให้รีบพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย และหากเป็นไข้เลือดออกแล้ว ช่วงที่ไข้ลดลงในวันที่ 3-4 ซึ่งเป็นระยะไข้ทุเลา หรือที่เรียกว่าสร่างไข้ แทนที่ผู้ป่วยจะรู้สึก



คัดเลือกผลงานทั้งหมด 322 ภาพ



รางวัลที่ 1 ระดับมัธยมศึกษา



รางวัลที่ 1 ระดับประถมศึกษา



แจ้งไข้ขึ้น แต่กลับจะซึมลง กินหรือดื่มไม่ได้ เกิดอาการช็อก มีอันตรายถึงชีวิต ต้องรีบพาไปพบแพทย์เพื่อรักษาให้ทันทั้งนี้ และยิ่งในระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน เป็นช่วงการระบาดของโรคไข้เลือดออก จึงไม่ควรนิ่งนอนใจในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกคน

ไม่เฉพาะประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับโรคไข้เลือดออก ขณะนี้ 10 ประเทศในอาเซียน ซึ่งประกอบด้วย บรูไน กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ เวียดนาม และพม่า ได้ร่วมมือกันในการรณรงค์กำจัดโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจัง เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกใน 10 ประเทศในอาเซียนพบว่า มีจำนวนมากถึง 70% ของโลก ด้วยจากสภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน เช่น ปริมาณฝน อุณหภูมิและความชื้น แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่มีจำนวนมากทั้งในบ้านและนอกบ้าน ล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อวงจรชีวิตของยุงลายและการแพร่ระบาดของเชื้อไข้เลือดออกทั้งสิ้น ซึ่งถ้าหากไม่มีความร่วมมือกันในอาเซียนจะทำให้โรคไข้เลือดออกทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น และกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก



จัดแสดงผลงานรางวัลชนะเลิศและผลงานดีเด่น

ล่าสุดกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รณรงค์ส่งเสริมองค์ความรู้ภาคส่วน ร่วมมือป้องกันโรคไข้เลือดออกพร้อมกันทุกจังหวัด โดยมีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในกลุ่มนักเรียน เพื่อให้มีการรณรงค์ประกวดวาดภาพพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช “**ชุมชนร่วมใจปลอดยุงไข้เลือดออก**” และประกวดคำขวัญปลอดยุง โดยได้รับการสนับสนุนการดำเนินการและเงินรางวัลจาก **บริษัท ซาโนฟี่ ปาสเตอร์ จำกัด** โดยหวังว่าการประกวดวาดภาพนี้จะมีส่วนช่วยกระตุ้นให้เด็ก ๆ และเยาวชนมีความรู้เรื่องไข้เลือดออกมากขึ้น สามารถนำไปถ่ายทอดให้แก่เพื่อน ๆ ในโรงเรียนและคนในครอบครัวต่อไป

สำหรับกิจกรรมการวาดภาพนี้ได้นำผลงานการประกวดวาดภาพพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชเนื่องในวันไข้เลือดออกอาเซียนที่ผ่านมา จัดแสดงให้เห็นได้รับชมผลงานที่ชนะเลิศและผลงานดีเด่นจำนวนกว่า 20 ภาพ จากจำนวนทั้งหมด 322 ภาพ ระหว่างวันที่ 12-20 มิถุนายน ที่ผ่านมา ณ ส่วนด้านหน้าของกรมควบคุมโรค

ทั้งนี้ผลการตัดสินประกวดวาดภาพพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชในปีนี้ หัวข้อ **“ชุมชนร่วมใจปลอดยุงไข้เลือดออก”** แบ่งเป็น ระดับประถมศึกษา รางวัลที่ 1 ได้แก่ **ด.ช.ธิดา เรืองศักดิ์ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนพร้อมพรรณวิทยา จังหวัดปทุมธานี** ระดับมัธยมศึกษา รางวัลที่ 1 ได้แก่ **น.ส.นิลวดี มดีโก ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนพนัสพิทยาคาร จังหวัดชลบุรี** สำหรับรางวัลการประกวดคำขวัญจากจำนวน 345 คำขวัญ รางวัลที่ 1 ได้แก่ คำขวัญ **“ไข้เลือดออกจะสิ้นฤทธิ์ ถ้าชุมชนร่วมใจขีตแหล่งยุงลาย”** ของ **ด.ช.พิศรุทธิ์ พิลิกเรือง** จากโรงเรียนพญาไท กรุงเทพฯ ซึ่งผลงานที่ชนะเลิศการประกวดที่ 1-3 และรางวัลชมเชยในประเภทต่าง ๆ

จะเผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์กรมควบคุมโรค www.ddc.mph.go.th





คณะแพทยศาสตร์ ม.บูรพา จัดประชุมวิชาการระดับชาติ “วิชาการแพทย์บูรพา”



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จัดการประชุมวิชาการระดับชาติ “วิชาการแพทย์บูรพา” ประจำปี 2557 1st Burapha National Medical Conference 2014: Health Care Research & Academic Quality Improvement ระหว่างวันที่ 1-2 กันยายน พ.ศ. 2557 ณ ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หวังเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความคิดเห็น ตลอดจนองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อนำไปสู่การผลิตผลงานวิชาการให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม



นพ.สมชาย ยงศิริ รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กล่าวว่า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีการจัดงานประชุมวิชาการเป็นประจำทุกปี แต่เนื่องจากในปีที่ผ่านมา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีวาระครบรอบ 12 ปี จึงได้จัดงานประชุมวิชาการระดับชาติขึ้น โดยใช้ชื่อว่า

“วิชาการแพทย์บูรพา” ประจำปี 2557 1st Burapha National Medical Conference 2014: Health Care Research & Academic Quality Improvement ระหว่างวันที่ 1-2 กันยายน พ.ศ. 2557 ณ ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ และแสดงผลงานวิจัยและนวัตกรรมของทางคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กิจกรรมที่น่าสนใจภายในงานแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ด้านวิชาการ และด้านงานวิจัยและนวัตกรรม โดยทางด้านวิชาการจะมีการประชุมวิชาการซึ่งแต่ละหัวข้อสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และความเป็นเลิศในด้านต่าง ๆ ของทางคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาทิ เรื่องเวชศาสตร์ชุมชน แหล่งท่องเที่ยวทางทะเล และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยจะมีการเสวนาในหัวข้อ “ท่องเที่ยวและสุขภาพ บูรณาการเพื่อความเป็นเลิศ” การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหัวข้อ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม” ซึ่งเป็นการบูรณาการศาสตร์ทั้งด้านอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ จิตเวชศาสตร์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟูเข้าด้วยกัน นอกจากนี้ยังมีการบรรยายในหัวข้อที่น่าสนใจอื่น ๆ ด้วย อาทิ การบรรยายพิเศษในหัวข้อ “ปัญหาเพศในผู้สูงอายุ” และการบรรยายพิเศษเกี่ยวกับ New trend in MCH care ในหัวข้อ “New trend in Maternal care” ซึ่งจะบรรยายเกี่ยวกับ Laparoscopic surgery in pregnancy และหัวข้อ “New trend in Neonatal care” เป็นต้น

ทางด้านงานวิจัยและนวัตกรรม งานประชุมวิชาการครั้งนี้จะมีการจัดประกวดผลงานวิจัย ซึ่งเป็นผลงานวิจัยจากโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขต่าง ๆ ในภาคตะวันออก โดยความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในภาคตะวันออก จากโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นโรงพยาบาลร่วมผลิตแพทย์ของทางคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และกาชาด อาทิ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยจากกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยคณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะสัตวศาสตร์ คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร คณะเภสัชศาสตร์ และคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งมีผลงานวิจัยที่โดดเด่นพร้อมจะมานำเสนอในงานนี้ด้วย โดยการประชุมประกวดผลงานวิจัยจะมีทั้งแบบ Oral และ Poster รวมถึงการประชุมแสดงผลงานวิจัยที่ต่อยอดไปถึงขั้นนวัตกรรมด้วย

ทั้งนี้วิทยากรที่มาร่วมในงานประชุมวิชาการครั้งนี้เป็นวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิจากทั้งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเป็นหลัก และยังมีวิทยากรผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญจากภายนอก อาทิ ผศ.นพ.พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์, รศ.นพ.สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, รศ.พญ.นิชรา เรืองดารกานนท์ เป็นต้น

“งานประชุมวิชาการระดับชาติของทางคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาครั้งนี้จะทำให้ผู้เข้าร่วมงานประชุมทราบถึงความก้าวหน้าทางวิชาการ และการบริการชุมชนด้านต่าง ๆ ของทางคณะ และเป็นการบรรลุวัตถุประสงค์ในเรื่องของการมุ่งเน้นทางด้านเวชศาสตร์ชุมชน แหล่งท่องเที่ยวทางทะเล และเวชศาสตร์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งยังเป็นการต่อยอดองค์ความรู้ทางด้านงานวิจัย ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมงานในครั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มานำเสนอผลงานวิจัย และผู้ที่เข้ามาศึกษาผลงานวิจัย สามารถนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปต่อยอดได้ จึงอยากจะขอเชิญชวนผู้สนใจไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย กลุ่มสหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ และนิสิต นักศึกษา เข้าร่วมงานประชุมวิชาการครั้งนี้ เพื่อมาทำความรู้จักกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มาร่วมใช้ทรัพยากรของเรา และมาเก็บเกี่ยวองค์ความรู้ที่เราถืออยู่ไปต่อยอด มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนางานร่วมกัน” นพ.สมชาย กล่าวทิ้งท้าย

ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ งานบริการวิชาการและวิจัย สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์ 0-3838-6554 ต่อ 2305, 2306 โทรสาร 0-3838-6557 <http://med.buu.ac.th>

ในหนังสือ

จินตนาการสำคัญกว่าความรู้

ไอน์สไตน์เคยกล่าววลีสำคัญหนึ่ง
ว่า “จินตนาการสำคัญกว่าความรู้”

ทั้งนี้เพราะความรู้มีขอบเขตจำกัด...
แต่จินตนาการไม่มีขอบเขตและเงื่อนไข
จึงทำให้เราสามารถคิดสร้างสิ่งที่เป็นไป
ไม่ได้ให้เกิดขึ้นได้อย่างเหลือเชื่อ

เซอร์ไอแซก นิวตัน นั่งอยู่ใต้ต้น
แอปเปิ้ลแล้วสังเกตว่าแอปเปิ้ลตกลงมาบน
พื้นดิน จึงเกิดจินตนาการอันนำไปสู่การ
สร้างกฎแห่งแรงโน้มถ่วงขึ้นมา



สองพี่น้องตระกูลไรท์สนใจเรื่อง
การบินและมีจินตนาการที่จะสร้างเครื่องที่
สามารถบินไปในอากาศเพื่อพาผู้คนไป

ตามที่ต่าง ๆ ได้ ทั้งที่ในยุคหนึ่งการจะนั่งติด
ขนาดใหญ่ขึ้นไปลอยในอากาศเป็นสิ่ง
เหลือเชื่อที่เป็นไปไม่ได้ แต่ปัจจุบันเครื่องบิน
ซึ่งมีน้ำหนักมากกว่ารวมทั้งผู้คนได้เป็นร้อย ๆ
คน สามารถบินได้อย่างสบายในอากาศได้
อย่างเป็นเรื่องธรรมดา



ในสมัยก่อนคอมพิวเตอร์เป็น
อุปกรณ์ที่ใหญ่เทอะทะ แต่สตีฟ จอบส์
จินตนาการอยากเห็นคอมพิวเตอร์ที่บางเฉียบ
และเล็กกะทัดรัดเหมาะต่อการพกพา
ในสมัยก่อนไม่มีใครคิดว่าจะเกิดขึ้นได้เพราะ
อุปกรณ์ส่วนประกอบแต่ละชิ้นของคอมพิวเตอร์
มีขนาดใหญ่ แต่ชีวิตปัจจุบันเราก็กเห็นแล้วว่า
หลายคนพากันพกพาคอมพิวเตอร์ที่มี
ขนาดเล็กไปมาได้อย่างเป็นเรื่องปกติ
ทั่วไป



ถ้าไม่มีจินตนาการของใครบางคน
ในอดีต คงไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก
มากมายที่นำมาหัดจรรยเกิดขึ้นในโลกปัจจุบัน
นี้ได้

ต้น ภาสกรนที หรือที่รู้จักกันว่า
ต้น โออิชิ เคยเล่าว่า สมัยเด็กได้เข้ามาอยู่
กรุงเทพฯ โดยอาศัยอยู่ในบ้านของคหบดี
ท่านหนึ่ง ทุกคืนคหบดีท่านนี้จะสอนและ
เล่าเรื่องราวต่าง ๆ ให้แก่ลูกหลานในบ้านฟัง
ทั้งนี้เพื่อเป็นการสอนและเปิดมุมมอง
ความคิดกว้างไกลให้แก่ลูกหลาน

มีเรื่องหนึ่งที่ประทับใจอยู่ในใจของ
คุณต้น นั่นคือ มีร้านบุฟเฟต์แห่งหนึ่งใน
ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งขายอาหารอเมริกัน
หลายชนิด เช่น ไส้กรอก แชนดวีซ และอื่น ๆ
หลากหลายชนิด โดยให้ลูกค้าจ่ายเงิน

ราคาเดียวแล้วสามารถเลือกรับประทานอาหารได้หลากหลายชนิดที่อยู่ในร้านได้ไม่อั้น ซึ่งร้านบุฟเฟต์ยี่ห้อนี้เป็นที่นิยมในประเทศสหรัฐอเมริกา จนกระทั่งขยายสาขาได้มากมายกระจายไปทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา

นี่เป็นบ่อเกิดให้คุณต้นคิดสร้างร้านโออิชิ ที่เป็นร้านบุฟเฟต์ขายอาหารญี่ปุ่น โดยลูกค้าจ่ายเงินเพื่อรับประทานอาหารญี่ปุ่นได้หลากหลายชนิดมากมายไม่อั้นจนอิ่มในราคาเดียว จนกระทั่งได้รับความนิยมในเมืองไทยและสามารถเปิดสาขามากมายกระจายไปทั่วไทยได้ในเวลาอันรวดเร็ว

อยู่มาวันหนึ่ง คุณต้นได้ไปเที่ยวประเทศสหรัฐอเมริกา ก็ได้ไปตามหาร้านบุฟเฟต์อเมริกันยี่ห้ออื่น แต่กลับพบว่าร้านขนาดเล็กที่มีอาหารอเมริกันเพียงไม่กี่อย่างให้เลือกรับประทานซึ่งผิดกับจินตนาการของคุณต้นที่หลังจากฟังเรื่องเล่าแล้ว เกิดจินตนาการจนคิดสร้างร้านโออิชิให้มีขนาดใหญ่โตและมีอาหารหลากหลายเป็นร้อย ๆ ชนิดให้เลือกรับประทาน



ถ้าไม่มีจินตนาการของคุณต้นในวันนั้น เราคงมีแค่ร้านโออิชิที่เป็นร้านบุฟเฟต์ขนาดเล็กและมีอาหารญี่ปุ่นเพียงไม่กี่ชนิดให้เลือกรับประทาน

คอลัมน์หลากสีสันนี้ก็กำเนิดมาจากจินตนาการของคุณ

ในตอนนั้นทางวารสารวงการแพทย์ต้องการให้ฉันเขียนคอลัมน์เฉพาะโรคเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ แต่ฉันกลับเสนอว่า ขอเขียนคอลัมน์หลากสีสัน

ร่วมไปด้วยเพื่อเผยแพร่เรื่องราวดี ๆ ที่พานพบในระหว่างทำการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยมาเล่าสู่กันฟัง

ทั้งนี้เพราะฉันเคยอ่านเรื่องราวดี ๆ มากมายที่เขียนโดยผู้คนจากหลากหลายอาชีพ แต่สำหรับอาชีพแพทย์และพยาบาลกลับมีเรื่องราวดี ๆ ถูกเขียนขึ้นน้อยมากทั้งที่ในวิชาชีพของเรามักพบบานกับเรื่องราวดี ๆ มากมาย

ฉันจึงเกิดจินตนาการว่า ถ้าเราสามารถสร้างจินตนาการดี ๆ ให้เกิดขึ้นในวิชาชีพรักษายาบาลได้ก็อาจก่อเกิดความคิดดี ๆ ให้เกิดขึ้นในใจของใครบางคนอันจะขยายผลไปสู่การสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ ให้เกิดขึ้นในวิชาชีพ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อนุคลากรที่ให้การรักษายาบาลและผู้ป่วยที่มารับบริการได้

เรื่องราวดี ๆ...สร้างจินตนาการดี ๆ...สามารถพัฒนาต่อยอดไปสู่การกระทำที่ดี

จากวันนั้นจนถึงวันนี้ก็ครบ 6 ปีแล้ว ขอขอบคุณวารสารวงการแพทย์ที่เปิดโอกาสให้ฉันได้เขียนเรื่องราวดี ๆ มากมายให้เผยแพร่สู่แพทย์และพยาบาลผ่านคอลัมน์นี้ จนในที่สุดฉันรวบรวมเรื่องราวดี ๆ บางตอนมาร้อยเรียงกันเป็นละครเวทีเพื่อนำเสนอสู่สายตาของผู้คนมากมายในงานประชุม Spiritual Healthcare ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทย (สรพ.) ได้สำเร็จ

บางครั้งฉันก็สงสัยว่ามันส่งผลดีกระทบใจใครต่อใครได้บ้างไหม

นาน ๆ ที่ก็จะมีคนสื่อสารกลับมาบอกฉันว่า มันเกิดประโยชน์แก่ใครบางคนขึ้นแล้วไม่มากนักน้อย

มีคนเคยอีเมลกลับมาหาฉันเพื่อบอกว่า เขาอ่านเรื่องความสุขในการทำงานที่ฉันเขียนขึ้นมา ซึ่งเป็นเรื่องราวที่ฉันเขียนเกี่ยวกับหนึ่งญี่ปุ่นที่กล่าวถึงนักป็นเขาสองคนซึ่งถูกรัฐบาลญี่ปุ่นว่าจ้างมาเพื่อป็นพิชิตยอดเขาสูงให้เป็นชาติแรกของโลกแข่งกับ

นักป็นเขาของประเทศจีน คนหนึ่งป็นเขาเพื่อหวังลาภยศเงินทอง ส่วนอีกคนป็นเขาด้วยหวังให้ถึงยอดเขาไปพร้อมกับชื่นชมความงามระหว่างการเดินทาง ดังนั้น เมื่อในที่สุดไม่สามารถพิชิตยอดเขาได้เป็นชาติแรกตามที่รัฐบาลสั่งมา นักป็นเขาคนที่ 1 คิดว่าเป็นความล้มเหลวจนต้องการฆ่าตัวตายเพื่อชดใช้ความผิด แต่คนที่ 2 กลับคิดว่าเขาพบความสำเร็จแล้วที่ป็นจนถึงยอดเขาได้อันเป็นการบรรลุภารกิจของนักป็นเขาโดยไม่สนว่าจะพิชิตยอดเขาได้เป็นคนแรกหรือไม่

ผู้อ่านท่านนั้นรู้สึกขอบคุณฉันที่ทำให้เขาได้คิดว่า แม้เพื่อนร่วมงานจะเกียจคร้านไม่ยอมดูแลผู้ป่วยกันแค่ไหน ก็ไม่ทำให้เขาท้อใจ เพราะหน้าที่ของเขาคือ มาทำการรักษายาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยหายเท่านั้น ดังนั้น เขาจะยังคงมุ่งมั่นทำการรักษายาบาลต่อไปตามหน้าที่อย่างมีความสุข

ดังเช่น การพิชิตยอดเขาได้สำเร็จจึงจะบรรลุภารกิจของนักป็นเขา...ไม่ใช่เพื่อลาภยศสรรเสริญ หรือการพิชิตยอดเขาได้เป็นคนแรก

บางครั้งพอฉันย้อนกลับมาอ่านเรื่องราวดี ๆ ซึ่งครั้งหนึ่งเคยเกิดขึ้นในบางช่วงบางตอนของชีวิตฉัน ก็พบว่ามันยังคงเยียวใจของฉันเองได้อยู่เช่นเดิม

การเขียนเรื่องราวดี ๆ ที่เคยเกิดขึ้นในชีวิตเป็นการจดบันทึกความคิดดี ๆ ที่เคยผุดขึ้นในใจ โดยไม่ปล่อยให้ลบลือนหายไปตามกาลเวลา

วันหนึ่งซึ่งเป็นวันที่ฉันรู้สึกเหนื่อยล้าจากการทำงานในห้องฉุกเฉินฉันเดินเข้าไปในห้องพักแพทย์เพื่อพักดื่มน้ำฉันพบว่ามืข้อความของเรื่องราวดี ๆ ที่ฉันเคยเขียนเอาไว้ถูกใครบางคนอ่านแล้วทิ้งค้างอยู่ที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ส่วนกลางของห้องพักแพทย์

ข้อคิดดี ๆ....คงสร้างจินตนาการหรือความคิดดี ๆ ให้ใครบางคน...ขึ้นอีกครั้ง

30 บาทรักษาทุกโรค เป็นนโยบายประชานิยมที่แท้จริงหรือ (ต่อ)

4. การใช้บริการโรงพยาบาลไม่เป็นไปตามระบบที่เหมาะสม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ในตอนที่เริ่มมีโครงการใหม่ มีการกำหนดโรงพยาบาลที่ประชาชนจะไปใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลได้ตามลำดับคือ การเจ็บป่วยเล็กน้อย ประชาชนมีสิทธิไปรักษาในโรงพยาบาลระดับต้น ได้แก่ คลินิกหรือโรงพยาบาลชุมชน ถ้าอาการเจ็บป่วยมากขึ้น โรงพยาบาลระดับต้นก็จะส่งผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้น มีศักยภาพที่จะรักษาอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ ได้

แต่เนื่องจากประชาชนมีการย้ายถิ่นฐานไปทำงานตามสถานที่ต่าง ๆ กัน โดยไม่มีการย้ายทะเบียนบ้าน เมื่อเจ็บป่วยในขณะที่ย้ายที่อยู่ ทำให้ประชาชนเหล่านี้ไม่สามารถใช้สิทธิในการรับการรักษานอกเหนือจากที่กำหนดไว้ได้ ต่อมาจึงมีการเปลี่ยนแปลงให้ประชาชนนำบัตรประชาชนไปแจ้งใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลที่ใหม่ได้ทั่วประเทศ ทำให้ระบบการรักษาผู้ป่วยมีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้น ประชาชนไม่ไปพบแพทย์ตามระบบ กล่าวคือ เมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็ไปรักษาที่โรงพยาบาลชั้นต้นก็ไม่ไป จะไปรักษาโรงพยาบาลระดับสูง (ที่ควรจะรักษาโรคที่ยุ่ยากซับซ้อน) ไม่เป็นไปตามขั้นตอน ทำให้โรงพยาบาลระดับสูงต้องมีการงานเพิ่มขึ้นเกินภาระที่บุคลากรหรือสถานที่จะรองรับผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นการไม่กำหนดจำนวนครั้งของการไปรับบริการของประชาชน ทำให้ประชาชนไปรักษาหลาย ๆ โรงพยาบาลในการป่วยครั้งเดียว (เช่น วันแรกไปรักษาที่โรงพยาบาล ก. พอวันที่ 2 หรือ 3 อาการป่วยยังไม่ทุเลา แทนที่จะกลับไปหาหมอที่โรงพยาบาล ก. ผู้ป่วยก็เปลี่ยนไปใช้บริการของโรงพยาบาล ข.) ได้ยามาใหม่ ยาที่เหลือจากโรงพยาบาล ก. ก็ทิ้งไป ไม่ใช้ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน และสูญเสียยาและเวชภัณฑ์ไปโดยเปล่าประโยชน์ และยังทำให้โรงพยาบาลระดับสูงมีภาระงาน (ที่ไม่จำเป็น) มากขึ้นเป็นภาระทั้งด้านงบประมาณและบุคลากร

5. ขาดความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน ในระบบหลักประกันสุขภาพหรือ 30 บาทนั้น ในระยะเริ่มแรกมีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งเข้าร่วมในโครงการ คือรับตรวจผู้ป่วยที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพโดยได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยมักจะเป็นโรงพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยในโรคทั่วไป ถ้าผู้ป่วยอาการหนักก็จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลรัฐบาล (ที่มีขีดความสามารถในระดับสูงกว่า) ให้รักษาต่อ โดยที่ไม่ส่งค่ารักษาตามไป ทำให้มีปัญหาในการส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ประกอบกับปัญหางบประมาณที่ไม่คุ้มค่างับต้นทุนในการรักษาทำให้ในระยะหลัง ๆ นี้ โรงพยาบาลเอกชนได้ถอนตัวออกจากโครงการหลักประกันสุขภาพเป็นจำนวนมาก มีโรงพยาบาลเอกชนเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่ยังร่วมรักษาผู้ป่วยในโครงการ 30 บาทอยู่ในปัจจุบัน ในขณะที่โรงพยาบาลภาครัฐส่วนมากนั้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพ (ระบบ 30 บาท) โดยตรงก็มีจำนวนเตียง อาคารสถานที่และบุคลากรไม่เพียงพอที่จะรองรับการให้บริการผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และมีมาตรฐานการแพทย์ที่ดีได้

จึงเป็นข้อเสนอว่า ถ้าโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชนได้ให้ความร่วมมือในการรับรักษาผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ก็จะช่วยบรรเทาความขาดแคลนเรื่องอาคารสถานที่ เทคโนโลยี และบุคลากรทางการแพทย์ได้

แต่ก็คงจะมาติดขัดเรื่องงบประมาณ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมีต้นทุนการดำเนินการเองทั้งหมด จึงต้องคิดค่าบริการในระดับสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐบาล ซึ่งจะเป็นปัญหาที่รัฐบาลไม่สามารถจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายรายหัวผ่าน สปสช. ได้ตามอัตราของโรงพยาบาลเอกชน

6. การขาดมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาล เราคงตระหนักดีว่า การบริการทางการแพทย์นั้น แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

จะต้องอาศัยความรู้และความเชี่ยวชาญทางวิชาการแพทย์ที่ได้เล่าเรียนมา ประกอบกับประสบการณ์ในการทำงานและการแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่องในการดูแลรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน ซึ่งการทำงานให้ได้ตามมาตรฐานนี้ยังต้องอาศัยเวลาในการทำงานที่เหมาะสม ต้องอาศัยเพื่อนร่วมงานที่เราเรียกว่า สหสาขาวิชาชีพในการทำงานร่วมกันในการตรวจวินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและยังต้องการการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องด้วย นอกจากนี้ในอาคารสถานที่ เครื่องมือแพทย์ เทคโนโลยี และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ก็ต้องมีมาตรฐานทันสมัย มีสภาพดี จึงจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย

จึงเห็นได้ว่า ในการจัดบริการทางการแพทย์นั้น เราจะต้องมีบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการทำงาน มีเครื่องมือ เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีที่มีมาตรฐาน และยังต้องมีกระบวนการทำงานที่ได้มาตรฐานอีกด้วย

ทั้งนี้ได้มีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบและให้การรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล เพื่อให้ประชาชนมั่นใจว่าจะได้รับการบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน

แต่ในปัจจุบันนี้ แม้จะมีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) มาสิบกว่าปีแล้ว ก็พบว่า โรงพยาบาลของทางราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเอง ซึ่งควรจะเป็นโรงพยาบาลที่เป็นแบบอย่างในการจัดบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน แต่ก็ไม่สามารถได้รับการรับรองด้านคุณภาพมาตรฐานเป็นจำนวนมากว่าโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ทั้งนี้เนื่องจากภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์มีมากเกินไปที่จะสามารถทำงานได้ตามกระบวนการที่มีมาตรฐานตามที่กำหนดไว้

ส่วนโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ส่วนมากหรืออาจจะเรียกว่าแทบทั้งหมดต่างก็ได้รับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลจาก สรพ. แล้ว

7. ประชาชนไม่ได้รับสิทธิเสมอภาคและไม่ได้รับความเป็นธรรมในการได้รับสวัสดิการจากรัฐ จะเห็นได้ว่าประชาชนเพียง 48 ล้านคนเพียงกลุ่มเดียวเท่านั้นที่ได้รับหลักประกันสุขภาพฟรี โดยมีทั้งคนจนจริง และคนที่ไม่จนรวมอยู่ในประชาชนกลุ่มนี้ ในขณะที่คนจนแต่ขยันทำงานเป็นลูกจ้างต้องจ่ายเงินตนเองทุกเดือนจึงจะมีสิทธิได้รับการประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม และประชาชนอีกกลุ่มหนึ่งได้รับสวัสดิการข้าราชการเนื่องจากยอมรับทำงานเงินเดือนน้อย ต้องทำตามระเบียบวินัยข้าราชการ และทำตามคำสั่งผู้บังคับบัญชา บางคนต้องปฏิบัติงานที่เสี่ยงภัย ลำบากตรากตรำ เพื่อแลกกับการได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการ

8. การใช้บริการซ้ำซ้อน เพิ่มภาระงานแก่บุคลากรโดยไม่จำเป็น ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีการจัดระเบียบในการไปใช้บริการ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ ทำให้เพิ่มภาระแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่มีไม่เพียงพออยู่แล้ว กล่าวคือประชาชนที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพจะไปตรวจรักษาโรคเมื่อไรก็ได้ จำนวนกี่ครั้งก็ได้ จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ก็ยังได้รับการบริการสาธารณสุขฟรี ทำให้อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น และบุคลากรต้องทำงานตรวจรักษาซ้ำซ้อนกัน

ในต่างประเทศที่มีระบบสวัสดิการในการประกันสุขภาพจะต้องมีข้อกำหนดให้ประชาชนผู้ได้รับสิทธิในการประกันสุขภาพนั้น ต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการได้รับสวัสดิการการประกันสุขภาพด้วย เช่น การกำหนดจำนวนครั้งในการไปรับบริการสุขภาพ การไปโรงพยาบาลตามระบบนัดหมาย ยกเว้นในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ การมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจ่ายค่ารถหรือเวชภัณฑ์ ยกเว้นคนจนจริงที่ไม่ต้องร่วมจ่าย

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประธานาธิบดี Barack Obama ได้ออกกฎหมายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพของประชาชนที่เรียกว่า “Obama Care” โดยออกกฎหมายบังคับให้ประชาชนทุกคนต้อง “ซื้อกรมธรรม์ประกันสุขภาพ” เพื่อให้ทุกคนมีหลักประกันในเวลาเจ็บป่วย เพื่อจะได้รับการรักษาพยาบาล ยกเว้นเฉพาะคนยากจนหรือผู้สูงอายุเท่านั้นที่จะได้รับ “หลักประกันสุขภาพ” ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตน โดยที่รัฐบาลไม่ได้ใช้เงินงบประมาณแผ่นดินมาดูแลรักษาประชาชนทุกคน เพราะจะทำให้รัฐบาลต้องรับภาระมากเกินไปในการที่จะยังดำรงรักษาคุณภาพมาตรฐานการแพทย์ที่ดี

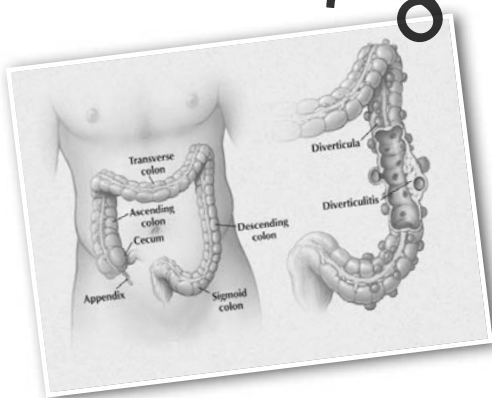
โดยสรุปบทความนี้ก็คือ นโยบาย 30 บาทหรือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นนโยบายประชานิยมที่ส่งผลให้มาตรฐานการบริการสาธารณสุขตกต่ำ เนื่องจากการขาดแคลนทรัพยากรในการให้บริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน ทำให้เกิดการรั่วไหลของงบประมาณแผ่นดินเป็นอย่างมาก เป็นการใช้จ่ายงบประมาณอย่างไม่มีประสิทธิภาพ โดยประชาชนไม่ได้รับบริการที่ดีมีมาตรฐานเกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน สมควรที่จะต้องมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง หรือปฏิรู้อย่างเร่งด่วนที่สุด

- เพื่อแก้ไขให้มีการใช้งบประมาณแผ่นดินให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ไม่รั่วไหลโดยไม่จำเป็น
- เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมมือในการได้รับหลักประกันสุขภาพโดยเสมอภาค เท่าเทียม และเป็นธรรม
- ประชาชนที่ด้อยโอกาสในสังคมควรได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ คนยากจน พิการ เด็ก คนชรา
- เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีงบประมาณอย่างพอเพียงที่จะไม่ไปทำลายมาตรฐานการแพทย์และสาธารณสุขให้ตกต่ำลงไปกว่าเดิม
- และเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้านสาธารณสุขให้ก้าวหน้าและก้าวหน้ามาตรฐานโลก



นวัตกรรมใหม่ Biomarker

ยืนยันชี้ช่วยยืดอายุผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก



โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้ชาย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนในผู้หญิงที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมา “มะเร็ง” กลายเป็นโรคภัยที่คร่าชีวิตประชากรโลกไปมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งจะต่ำกว่าโรคอุบัติใหม่หรือโรคหัวใจก็ตาม แต่การรณรงค์เพื่อป้องกันโรคหัวใจและอุบัติเหตุนั้นสามารถทำได้ผลดีทั่วโลก จึงทำให้การตายจากทั้งสองโรคนี้นลดลงอย่างเห็นที่นา ฟังพอใจ ต่างจากโรคมะเร็งที่จากรายงานข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจาก



โรคมะเร็งถึงวันละ 156 ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละเกือบ 7 ราย

นอกจากนั้นยังคาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 118,600 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2573 หรืออีก 19 ปีข้างหน้า คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยใหม่ 21.3 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มเป็น 13 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบบ่อยในผู้ชาย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนในผู้หญิงที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในประเทศไทยนั้น สาเหตุการตายจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบบ่อยเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งตับและมะเร็งปอด โดยที่อุบัติการณ์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้นยังพบน้อยกว่ามะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่ผลการรักษาและการป้องกันไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร จึงทำให้สาเหตุการตายจากโรคมะเร็งนี้สูงขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น

ความจริงแล้วมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถป้องกัน

และรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจำนวนมากที่เสียชีวิตจากโรคนี้ก่อนวัยอันสมควรเป็นเรื่องที่น่าเสียดายมาก เนื่องจากโรคนี้ในระยะแรกจะไม่มีอาการใด ๆ ต่อมาเมื่อมีอาการเลือดออกปนกับมูกและอุจจาระ หรือมีอุจจาระก้อนเล็กลง หรือมีอาการลำไส้ใหญ่อุดตัน ก็มักจะมีการกระจายของโรคมะเร็งออกไปสู่ต่อมน้ำเหลืองหรือไปที่ตับแล้วทำให้ผลการรักษาให้หายขาดอาจไม่สามารถทำได้ทุกราย

ผู้ที่เป็โรคนี้จำนวนมากไม่มีอาการให้เห็นในระยะแรก จนกว่าก้อนมะเร็งจะมีขนาดค่อนข้างใหญ่ หากตรวจพบก้อนมะเร็งในระยะเริ่มแรกหรือพบในขณะที่เป็นติ่งเนื้อออกผลการรักษาจะดีและมีโอกาสหายขาดได้ โดยอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่พบบ่อยได้แก่ อาการถ่ายอุจจาระมีมูกปนเลือด มีการถ่ายอุจจาระที่ผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ท้องผูกสลับกับท้องเสีย อาการอื่น ๆ ที่อาจจะพบได้คือ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่

ส่วนต้นอาจตรวจพบว่ามีอาการขีด ซึ่งเกิดจากการเสียเลือดโดยที่ไม่มีเลือดออกในอุจจาระให้เห็นได้ด้วยตาเปล่า อาจคลำพบก้อนที่บริเวณท้องน้อยด้านขวา ผู้ป่วยบางรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการของลำไส้ใหญ่อุดตัน ซึ่งจะมีอาการปวดท้อง ท้องอืด อาเจียน และถ่ายอุจจาระหรือผายลมลดลง

เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การรักษาตามแนวทางเดิมอาจมีข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือมีการตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่เป็นที่น่าพอใจนัก แนวทางการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ยุคใหม่จึงเน้นความจำเพาะต่อบุคคลมากขึ้น (Personalized Therapy) อย่างที่เป็นที่รู้จักว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะเริ่มแรก มักไม่แสดงอาการให้เห็น การตรวจ “Biomarker ยีนบ่งชี้” มีความสำคัญต่อการวางแผนการรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการคาดคะเนผลการรักษา ได้ล่วงหน้าซึ่งเป็นประโยชน์มากขึ้น ช่วยให้แพทย์สามารถที่จะเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาได้ดีขึ้น

ถ้าจะเข้าใจ “Biomarker ยีนบ่งชี้” ต้องเข้าใจเรื่องวิวัฒนาการในการรักษาโรคมะเร็งสมัยก่อนเมื่อ 50 ปีที่แล้ว การรักษามะเร็งเป็นการรักษาแบบเหวี่ยงแห คนไข้ทุกคนใช้การรักษาเหมือนกันหมด เช่น การใช้ยา

เคมีบำบัดก็จะทำลายทั้งเซลล์ดีและเซลล์ไม่ดี เป็นการรักษาแบบไม่จำเพาะ แต่ต่อมาเมื่อช่วง 10 ปีที่แล้ว เราเริ่มรู้ว่าคนไข้แต่ละคนแม้เป็นโรคเดียวกัน แต่การรักษาไม่เหมือนกัน โดยการตรวจ “Biomarker ยีนบ่งชี้” ทำให้เรารู้ว่าคนไข้แต่ละคนควรรักษาอย่างไร Biomarker สามารถทำนายการตอบสนองต่อยารักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงทำให้รักษาหายขาดหรือยืดอายุผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้นได้



ซึ่งตอนนี้ในประเทศไทยสามารถทำได้ในโรงเรียนแพทย์แล้วทุกแห่ง สำหรับผู้ที่สนใจสามารถตรวจ “Biomarker ยีนบ่งชี้” ได้ที่โรงพยาบาลชั้นนำทุกแห่ง หรือสามารถติดต่อศูนย์ Chula GenePRO (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) โทรศัพท์ 0-2256-4000 ต่อ 3638, 08-9922-9501 และสถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ 0-2354-8208-15 ต่อ 212



การรักษา Neuropathic pain ด้วย Oxycodone

Neuropathic pain เป็นอาการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาททั้งส่วนปลาย ส่วนกลาง ตัวอย่างของ neuropathic pain ที่พบได้บ่อย ได้แก่ diabetic neuropathy, post-herpetic neuralgia, trigeminal neuralgia, phantom limb, complex regional pain syndrome (CRPS), neuropathic cancer pain, fibromyalgia และ extensive scar pain เป็นต้น

Neuropathic pain จะมีอาการปวดแบบปวดแสบปวดร้อน (burning pain), ปวดแปลบ (lancinating pain), ปวดตื้อ ๆ (throbbing pain) และการปวดเหล่านี้จะเกิดขึ้นโดยไม่ต้องมีการกระตุ้น peripheral nociceptor

Oxycodone เป็นยาแก้ปวดในกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น เป็นสารสังเคราะห์จาก Thebaine ซึ่งเป็นสารชนิดเดียวกับ codeine ที่ใช้เป็นยาแก้ไอฤทธิ์แก้ไอของ oxycodone จะแรงกว่า codeine 7-12 เท่า และมีฤทธิ์แก้ปวด 0.3-2.2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ morphine ส่วนใหญ่ oxycodone จะใช้แก้ปวดในกรณีที่เป็นการปวดรุนแรงจากการทำฟัน การผ่าตัด โรคกระดูก โรคข้ออักเสบโดยที่มีฤทธิ์สงบ ระงับ และแก้ไอด้วย นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์เคลลิมฝิ่น เคลลิมเคลลิมเบาสบายซึ่งเชื่อกันว่าทำให้อาการเจ็บปวดของผู้ป่วยดีขึ้น

จากการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า ผู้ป่วยที่ได้

oxycodone เพียงชนิดเดียวบรรเทาอาการปวดรุนแรงได้ในผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรังและปวดกล้ามเนื้อ พบ 3 การศึกษาที่มีผู้เข้าร่วม 254 คน ได้รับ oxycodone ควบคุมอาการปวด โดยปรับขนาดในช่วง 60-120 มิลลิกรัมต่อวัน ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับ oxycodone เพียงชนิดเดียวบรรเทาอาการปวด neuropathic pain ได้ผลยังไม่เป็นที่น่าพอใจเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก โดยเฉพาะแผลเบาหวาน หรืออาการปวดหลังติดเชื้องูสวัด

กล่าวโดยสรุป แม้ยา oxycodone เป็นยาแก้ปวดที่รุนแรง การรักษาอาการปวด neuropathic pain ด้วยยา oxycodone เพียงชนิดเดียวให้ผลการรักษา neuropathic pain ไม่ดี

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบาดเจ็บ (Pediatric Trauma)

(ต่อจากฉบับที่แล้ว)

การรักษาภาวะความดันเลือดต่ำโดยการให้ normal saline 20 มล./กก. เข้ากระแสเลือดอย่างรวดเร็ว และถ้าครั้งแรกยังมีอาการไม่ดีขึ้นก็สามารถให้ติดต่อกันได้อีก 2 ครั้ง (รวม 3 ครั้ง) (ตามแผนภูมิที่ 2) แต่ถ้ายังคงความดันเลือดให้เป็นปกติไม่ได้หลังจากนี้ก็ควรให้เลือดทดแทนในอัตรา 10 มล./กก. แพทย์ควรให้การรักษานานกระทั่งผู้ป่วยมีอาการตามนี้อย่างน้อย 3 ข้อ จึงจะแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ดังนี้

1. ปัสสาวะออกมา 1-2 มล./กก./ชม. (ทารกอายุ 1 ปี มีปัสสาวะออกอย่างน้อย 2 มล./กก./ชม. เด็กโตจะมีปัสสาวะออกอย่างน้อย 1 มล./กก./ชม. ผู้ใหญ่จะมีปัสสาวะออกอย่างน้อย 0.5 มล./กก./ชม.)

2. pulse pressure > 20 มม.ปรอท

3. ความดันเลือดซิสโตลิก = $90 + (2 \times \text{อายุเป็นปี})$ มม.ปรอท

4. คลำชีพจรได้

5. มือเท้าอุ่น

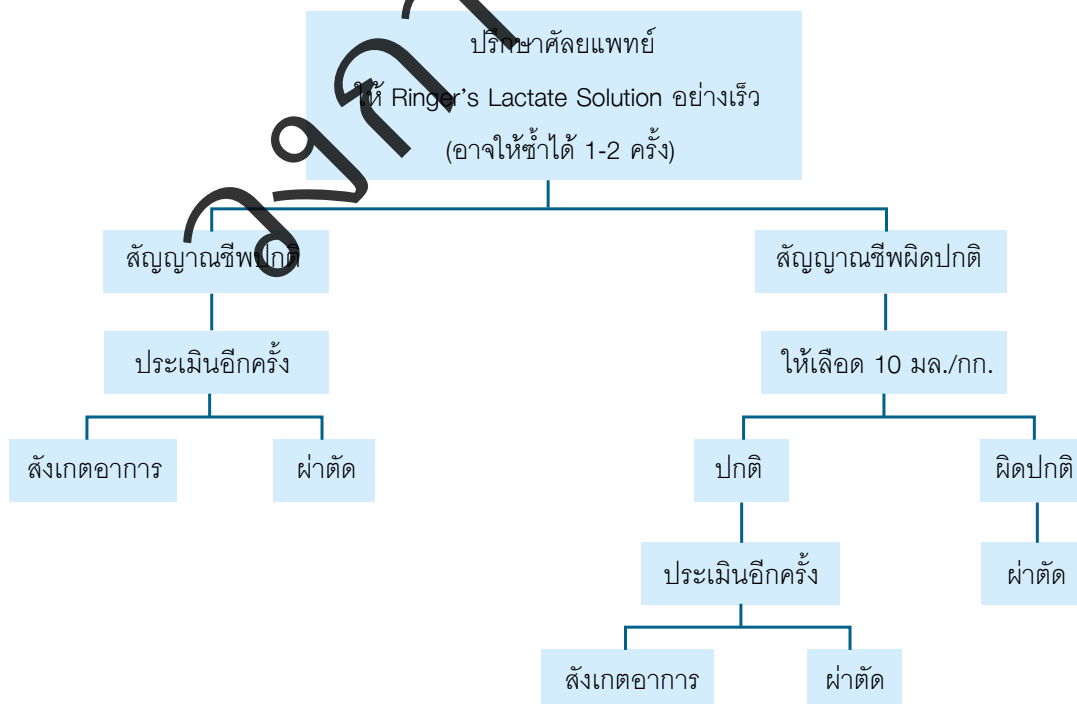
6. ความรู้สึกตัวดีขึ้น

7. ทำให้อัตราหัวใจเต้น < 130 ครั้ง/นาที

เด็กที่ไม่ตอบสนองต่อ normal saline ที่ให้ (non-responder) หรือตอบสนองในช่วงแรกแล้วต่อมาความดันเลือดตกอีก (transient responder) ก็เป็นข้อบ่งชี้ให้ผ่าตัดโดยทันที

การให้เลือดชดเชย

ในกรณีเร่งด่วน แพทย์ควรให้หมู่เลือดที่ตรงกับผู้ป่วย หรือหมู่เลือด O-negative ก็ได้ในอัตรา 10 มล./กก.



แผนภูมิที่ 2 แนวทางการรักษาผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในภาวะช็อกจากอุบัติเหตุ

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.

การแทงเส้นเพื่อให้อาหารน้ำ

แพทย์อาจใช้วิธีนี้เมื่อผู้ป่วยมีภาวะช็อกและแทงเส้นทางหลอดเลือดดำส่วนปลายประมาณ 2 ครั้งแล้วยังไม่สำเร็จ แพทย์ควรพิจารณาเจาะไขกระดูกโดยเลือกเข็มเจาะไขกระดูกเบอร์ 18G ในทารกอายุ < 1 ปี และในเด็กเล็กก็ใช้เข็มเจาะไขกระดูกเบอร์ 15G นอกจากนี้อาจใช้การแทงเข้าหลอดเลือดดำ femoral vein หรือทำ cut down ของหลอดเลือดดำแทนก็ได้

ตำแหน่งการให้อาหารน้ำ

- แขนงหลอดเลือดดำทางผิวหนัง (< 2 ครั้ง): แอ่งหน้าข้อศอก (antecubital fossa) หรือหลอดเลือดดำ saphenous ที่ข้อเท้า
- การเจาะกระดูกเพื่อให้อาหารน้ำ: anteromedial tibia, distal femur ต้องแทงในกระดูกข้างที่ไม่หัก และเมื่อสามารถหาหลอดเลือดดำอื่นในการให้อาหารน้ำได้แล้วก็เอาเข็มออกจากกระดูก

การเจาะกระดูกเพื่อให้อาหารน้ำ (Intraosseous Infusion)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากหัตถการนี้ ได้แก่ อาจมีการติดเชื้อของชั้นใต้ผิวหนัง กระดูกอักเสบติดเชื้อ กระดูกหัก หรือ compartment syndrome เป็นต้น ตำแหน่งเหมาะสมที่ทำให้หัตถการคือ กระดูกหน้าแข้ง (tibia) ส่วนต้น โดยแทงในตำแหน่งต่ำกว่า tibial tuberosity เล็กน้อย หรืออาจแทงบริเวณกระดูก distal femur ก็ได้

ภาวะมีอุณหภูมिर่างกายต่ำ

เด็กมีผิวหนังบางและไม่มีชั้นไขมัน ดังนั้น จึงกักเก็บความร้อนในร่างกายได้ไม่ดี จนอาจเกิดอุณหภูมิของร่างกายต่ำลงได้ง่าย ซึ่งจะมีผลให้มีโอกาสการซึมลงหรือมีภาวะเลือดแข็งตัวยากตามมาได้ ดังนั้น ควรห่มร่างกายเด็กให้อบอุ่นในขณะที่ทำการช่วยเหลือไปพร้อมกัน

ชนิดของการบาดเจ็บ

1. บาดเจ็บที่ทรวงอก

พบอุบัติการณ์ 8% ในเด็กที่ประสบอุบัติเหตุ พบว่ามักมีอวัยวะอื่นบาดเจ็บร่วมเสมอประมาณ 2/3 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอก เมื่อมีกระดูกซี่โครงหักในเด็กแสดงว่าเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรงและมักมีอวัยวะอื่นบาดเจ็บร่วมโดยเฉพาะปอดซ้าย เนื่องจากกระดูกค่อนข้างนิ่ม ดังนั้น แรงกระแทกมักส่ง

ไปยังปอดโดยตรงทำให้มีเลือดออกในปอดหรือปอดซ้ายโดยที่ไม่พบกระดูกซี่โครงหักก็ได้ การที่เด็กยังคงมี mediastinum เคลื่อนตัวไปมาได้ นั่น ทำให้มีโอกาสเกิดอันตรายต่อ mediastinum ได้ง่าย และเกิดลมรั่วในโพรงเยื่อหุ้มปอดได้

2. บาดเจ็บที่ท้อง

มักเกิดจากอุบัติเหตุรถยนต์หรือตกจากที่สูงจนทำให้อวัยวะภายในท้องได้รับแรงกระแทก พบบ่อยในเด็กอาจเกิดจากกระแทกกับคันบังคับของจักรยาน หรือถูกข้อศอกกระแทกเข้าที่ช่องท้องส่วนบน หรือเข็มขัดนิรภัยที่คาดผิดลักษณะจนทำให้รัดกระแทกอวัยวะภายใน ทั้งหมดเป็นการกระแทกอวัยวะภายใน เข้ากับผนังหน้าท้องด้านหน้าและกระดูกสันหลังทางด้านหลัง จนอาจมีการบาดเจ็บของตับอ่อน ลำไส้เล็กทะลุ ซึ่งอาจแสดงอาการไม่รุนแรงในระยะแรก เด็กมักร้องไห้มากจนทำให้แพทย์ตรวจอาการแสดงทางหน้าท้องได้ยาก อีกทั้งการที่เด็กร้องมากก็มักกลืนลมเข้าท้องมากจนอาจต้องใส่สายสวนทางจมูกเพื่อปล่อยลมออกพร้อมกับใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อให้ตรวจหน้าท้องได้ง่าย ทั้งนี้แพทย์ควรพิจารณาเป็นราย ๆ ไป การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้องจะช่วยให้การวินิจฉัยได้ค่อนข้างมาก ปัจจุบันการทำ diagnostic peritoneal lavage (DPL) นั้นมีใช้น้อยลง อย่างไรก็ตาม DPL อาจมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยในกรณีที่เกิดปวดท้องร่วมกับมีความดันเลือดต่ำ

วิธีการทำ DPL คือใส่ Ringer's lactate solution 10 มล./กก. เข้าไปในช่องท้อง จากนั้นถ้าดูดได้เลือดสดออกมาหรือตรวจพบว่าน้ำล้างท้องนั้นมีปริมาณเม็ดเลือดแดง > 100,000 เซลล์/มม.³ ก็แสดงว่าอวัยวะในช่องท้องได้รับบาดเจ็บ อย่างไรก็ตาม การตรวจพบเม็ดเลือดแดงในน้ำล้างท้อง การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงชนิด Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้องแล้วพบมีเลือดออกในช่องท้องก็ไม่ใช่ว่าข้อบ่งชี้ให้ผ่าตัดท้อง ทั้งนี้เพราะเลือดอาจไหลออกจากม้าม ไตหรือตับที่ได้รับบาดเจ็บซึ่งเลือดอาจหยุดได้เองโดยไม่ต้องผ่าตัดท้อง แต่ถ้ามีภาวะช็อกร่วมด้วยก็ต้องผ่าตัดท้องเพื่อให้หยุดการไหลของเลือด นอกจากนี้ถ้าพบมีเศษอาหาร น้ำดี อุจจาระหรือจำนวนเม็ดเลือดขาวที่มากขึ้นในน้ำล้างท้องก็ถือเป็นข้อบ่งชี้ข้อหนึ่งในการผ่าตัดท้อง อย่างไรก็ตาม DPL ไม่สามารถบอกว่ามีอวัยวะในบริเวณ retroperitoneum ได้รับบาดเจ็บได้

กระเพาะปัสสาวะก็ได้รับบาดเจ็บง่ายกว่าผู้ใหญ่เพราะช่องเชิงกรานในเด็กอยู่ตื้นมาก

ถ้าเด็กตกลงมาในท่าคว่ำมจนได้รับบาดเจ็บที่อวัยวะเพศ แพทย์ควรตรวจช่องท้องอย่างละเอียด เพราะอวัยวะเพศอยู่ติดกับเยื่อช่องท้องมาก ดังนั้น อาจพบมีอวัยวะในช่องท้องบาดเจ็บร่วมด้วยค่อนข้างสูง แต่ถ้าเป็นการแตกทะลุของอวัยวะที่เป็นท่อในช่องท้อง (hollow viscus rupture) ก็ต้องรีบทำการผ่าตัด

3. บาดเจ็บที่ศีรษะ

มักเกิดจากตกจากที่สูง อุบัติเหตุรถยนต์หรือจักรยาน สมองของเด็กจะมีขนาดใหญ่มากในช่วงอายุ 6 เดือนแรก และจะโตขนาดประมาณ 80% ของเนื้อสมองของผู้ใหญ่เมื่อเด็กมีอายุ 2 ปี ส่วนช่อง subarachnoid ค่อนข้างแคบจึงทำให้เมื่อสมองได้รับแรงกระแทกก็จะทำให้เนื้อสมองมักกระแทกกับกะโหลกโดยตรง เลือดไปเลี้ยงสมองของเด็กมากเป็น 2 เท่าจนถึงอายุ 5 ปี หลังจากนั้นเลือดจะไปเลี้ยงสมองน้อยลง ดังนั้น เด็กจึงเสี่ยงต่อการที่สมองขาดเลือดได้ง่าย

เด็กฟื้นตัวจากการบาดเจ็บได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่ เด็กที่อายุ < 3 ปี มักมีพยากรณ์โรคแย่กว่าเด็กอายุมากกว่าที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะพอ ๆ กัน หลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง แพทย์ควรเฝ้าระวังไม่ให้มีไข้ ชัก มีภาวะขาดออกซิเจนหรือมีภาวะขาดสารน้ำร่วมด้วย เพราะจะทำให้สมองได้รับอันตรายมากขึ้นได้ (secondary head injury)

เด็กสามารถมีเลือดออกมากใน fontanelle ของสมอง จนก่อความดันเลือดตกได้ แต่พบอุบัติการณ์นี้น้อยมากถ้าเด็กมีรอยแยกห่างของ skull suture หรือมี fontanelle โป่งก็ควรคิดว่าอาจเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะค่อนข้างรุนแรง ซึ่งควรรีบปรึกษา ศัลยแพทย์ระบบประสาทโดยเร็ว ถ้ามีอาการอาเจียนมากก็ควรส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของสมองเพื่อช่วยในการวินิจฉัย รวมทั้งแพทย์สามารถใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) เพื่อประเมินอาการของเด็กร่วมด้วย แต่สำหรับเด็กอายุ < 4 ปี การตรวจ GCS ในส่วนของ verbal score อาจปรับเปลี่ยนไปใช้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การประเมิน verbal score ในเด็กอายุ < 4 ปี (Pediatric Verbal Score)

Verbal response	V-SCORE
ยิ้มหรือพูดได้, ตามองตามวัตถุ	5
ร้องไห้แต่ปลอบให้เงียบได้	4
ร้องไห้ตลอดเวลา	3
กระวนกระวายตลอดเวลา	2
ไม่ตอบสนอง	1

ศัลยแพทย์ระบบประสาทจะเฝ้าติดตามความดันในกะโหลกของเด็กอย่างใกล้ชิดในกรณีนี้

1. เด็กมี GCS < 8 หรือกลัมน้ำอ้วนแรงเกรด 1 หรือ 2

2. ได้รับบาดเจ็บในอวัยวะหลายแห่งรวมทั้งสมอง จนกระทั่งต้องรีบให้สารน้ำเพื่อคงความดันเลือด

3. ตรวจคอมพิวเตอร์สมองพบว่าสมองได้รับบาดเจ็บ การใช้ยาต่าง ๆ ในเด็กต้องปรับขนาดยาที่ใช้ให้เหมาะสมตามน้ำหนักตัว เช่น

- phenobarbital 10-20 มก./กก./ครั้ง
- diazepam 0.1-0.2 มก./กก./ครั้ง
- phenytoin 15-20 มก./กก./ครั้ง โดยให้ load 0.5-1.5 มล./กก./นาที่ แล้วให้ต่อเนื่องเข้ากระแสเลือดในอัตรา 4-7 มก./กก./วัน
- mannitol 0.5-1 มล./กก. (อาจทำให้ขาดน้ำมากขึ้นและอาการแย่ลงได้)

4. บาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง

พบเพียง 5% ในเด็กอายุ < 10 ปี มักมีสาเหตุจากอุบัติเหตุรถยนต์ แต่ถ้าเด็กอายุ 10-14 ปี อาจมีสาเหตุจากอุบัติเหตุรถยนต์หรือการเล่นกีฬาได้

กายวิภาค

- เด็กมีความยืดหยุ่นของพังผืดและเยื่อหุ้มข้อสูงมาก
- กระดูกสันหลังมักเอียงไปด้านหน้าเล็กน้อย ทำให้มีโอกาสที่กระดูกจะเคลื่อนตัวไปข้างหน้าได้มากเมื่อก้มตัว
- ศีรษะเด็กค่อนข้างใหญ่มาก

ภาพถ่ายรังสี

มักพบ pseudosubluxation ในเด็กทำให้ดูคล้ายกระดูกสันหลังคดหักได้ มีรายงานว่า 40% ของเด็กอายุ < 7 ปี มักมีกระดูก C2 เคลื่อนไปด้านหน้าต่อ C3 และพบ 20% ในเด็กอายุ 7-16 ปี ซึ่งสามารถเคลื่อนออกไปได้ถึง 3 มม. ในท่าก้มหรือเงยคอ ดังนั้น การถ่ายภาพด้านข้างของกระดูกต้นคอต้องแยกภาวะกระดูกสันหลังของคอเคลื่อนที่จากการบาดเจ็บหรือ pseudosubluxation โดยทั่วไปพบว่า 20% ของเด็กจะมีระยะห่างระหว่าง dens ของ C2 และขอบหน้าของ C1 มากขึ้น นอกจากนี้ ในเด็กอายุ < 5 ปี อาจพบมี basilar odontoid synchondrosis ซึ่งดูคล้ายเป็นรอยกระดูกหักที่ฐานของ dens ของกระดูก C2 ส่วน growth center ของกระดูกสันหลังส่วนลำตัวก็อาจดูคล้ายปลายของกระดูกสันหลังหักได้

เด็กอาจมีไขสันหลังบาดเจ็บโดยไม่มีรอยกระดูกหักก็ได้

ที่เรียกว่า SCIWORA (Spinal cord injury without radiographic abnormalities) มีรายงานพบได้ถึง 2/3 ของเด็กที่มีไขสันหลังบาดเจ็บ ดังนั้น ถ้าประวัติ อาการ และการตรวจร่างกายพบมีความผิดปกติของไขสันหลังทั้งที่กระดูกสันหลังไม่หักก็ยังคงอาจเป็นภาวะนี้ได้ ดังนั้น ห้ามขยับเคลื่อนกระดูกสันหลังส่วนคอและศีรษะของผู้ป่วยในกรณีที่ยังสงสัยว่ามีภาวะนี้เกิดขึ้น

5. บาดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อและกระดูก

ประวัติจะช่วยในการวินิจฉัยอย่างมาก การวินิจฉัยกระดูกหักจากภาพรังสีค่อนข้างยาก เนื่องจากแยกยากว่าเป็น growth plate หรือรอยกระดูกหัก พบมีการเสียเลือดจากกระดูกต้นขา (femur) หรือกระดูกเชิงกราน (pelvic) หักน้อยมาก ถ้ามีความดันเลือดตกในกรณีเหล่านี้ควรมองหาว่ามีอวัยวะภายในอื่น ๆ เป็นอันตรายร่วมด้วย

กระดูกหักใกล้ epiphysis ก็ทำให้กระดูกเจริญผิดปกติรูปร่างในขนาดกระดูกหักในเด็กมักเป็นแบบ greenstick fracture คือไม่หักขาดจากกัน อาจพบหักแบบ torus (buckle fracture) คือหักแบบกระดูกยุบลง กระดูกหักชนิด supracondylar fracture ที่เข้าหรือข้อศอกก็มักทำอันตรายต่อหลอดเลือดและ growth plate ได้ง่าย

6. การทำทารุณกรรมต่อเด็ก (abused child)

พบในเด็กที่ถูกทำร้ายโดยคนใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็ก เด็กอายุ < 1 ปีที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุควรคิดว่าเกิดจากการทารุณกรรม

ลักษณะที่สงสัยว่าเกิดจากการทารุณกรรม

1. ประวัติไม่เข้ากับอาการบาดเจ็บที่รุนแรง
2. ใช้เวลานานมากกว่าจะพาเด็กมาพบแพทย์
3. มีประวัติว่าเด็กได้รับบาดเจ็บและมาห้องฉุกเฉินบ่อย ๆ
4. ผู้ปกครองดูไม่ค่อยห่วงใยเด็ก

5. ผู้ปกครองทั้งหมดให้ประวัติไม่ตรงกัน

การตรวจร่างกายที่ทำให้คิดถึงว่าน่าจะเกิดจากการ

ทารุณกรรม

1. มี subdural hematoma หลายตำแหน่งในสมอง
2. retinal hemorrhage
3. perioral injuries
4. อวัยวะภายในได้รับบาดเจ็บโดยไม่มีประวัติอุบัติเหตุ

ที่รุนแรง

5. บาดเจ็บบริเวณช่องคลอด ทวารหนักหรืออวัยวะเพศ
6. มีรอยกระดูกหักทั้งเก่าและใหม่หลายแห่ง
7. กระดูกแขนขาหักในเด็กอายุ < 3 ปี
8. มีรอยแผลเป็นลึก ๆ เช่น รอยบุหรืจี้ รอยกัด หรือ

รอยเชือกรัด

9. แผลไหม้ในบริเวณที่ไม่พบบ่อย

ข้อผิดพลาดในการดูแลเด็กที่ได้รับบาดเจ็บ

กายวิภาคและสรีรวิทยาของเด็กที่ต่างจากผู้ใหญ่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการรักษาได้ง่าย การใส่ท่อหลอดลมคอขนาดเล็กก็อาจทำให้ง่ายต่อเสมหะอุดตัน ท่อที่ไม่มี cuff ก็ทำให้ท่อเคลื่อนหลุดง่าย โดยเฉพาะระหว่างขนย้ายผู้ป่วย ในช่วงแรกเด็กอาจปรับตัวต่อภาวะเสียเลือดได้ดีจนสัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลงได้ จนทำให้แพทย์ให้การรักษาไม่เต็มที่ การดูแลผู้ป่วยเด็กควรต้องเฝ้าดูและติดตามอาการร่วมกับการเปลี่ยนแปลงบ่อย

กระดูกหักในเด็กก็ตรวจวินิจฉัยได้ยาก อาจต้องสังเกตว่าเด็กไม่พยายามใช้แขนหรือลงน้ำหนักในขาข้างนั้น และแพทย์ต้องคำนึงถึงอาการบาดเจ็บจากการทำทารุณกรรมไว้ด้วยเมื่ออาการไม่เข้ากับประวัติ

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. Greene N, Bhananker S, Ramaiah R. Vascular access, fluid resuscitation, and blood transfusion in pediatric trauma. International Journal of Critical Illness and Injury Science 2012;2(3)135-42.

ใบส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อโดยพนักงานสอบสวน

Document Sending by the Police to Physician for Complete Autopsy after Post-Mortem Inquest



การส่งศพมายังสถานที่หน่วยงาน หรือสถานพยาบาลของรัฐ เพื่อรับการตรวจศพต่อภายหลังจากที่ได้มีการ “ชันสูตรพลิกศพ” ณ ที่ที่พบศพ (ภาพที่ 1) เรียบร้อยแล้วนั้นเป็นอำนาจสั่งการของผู้มีหน้าที่โดยตรงคือ หัวหน้าคณะในการชันสูตรพลิกศพ ซึ่งโดยทั่วไปจะเป็น “พนักงานสอบสวน” นั่นเอง โดยที่แพทย์หาใช่เป็นผู้ที่มีอำนาจในการสั่งให้มีการส่งศพมาเพื่อรับการตรวจไม่ ทั้งนี้แพทย์ หัวหน้าคณะ (ทีม) ในการชันสูตรพลิกศพนั่นเอง แต่อย่างไรก็ตาม แพทย์ยังคงมีอำนาจทางอ้อมในการระบุให้พนักงานสอบสวนส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อได้โดยอาศัย “ข้อความในบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” เป็นสำคัญ

.....การส่งศพเพื่อการ “ตรวจศพ” นั้น แพทย์ต้องเข้าใจเสียก่อนว่า มิใช่เรื่องการ “ชันสูตรพลิกศพ” เพราะการชันสูตรพลิกศพต้องทำ ณ ที่ที่ศพถูกพบร่วมกับเจ้าพนักงานอื่นด้วยการนำสืบในครั้งนี้เป็นกระบวนการ “หลังจากที่ได้มีการชันสูตรพลิกศพเรียบร้อยแล้วแต่ยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ” โดยเฉพาะใบเรื่องสาเหตุแห่งการตายและพฤติการณ์แห่งการตาย..... ฯลฯ

การส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง:

เป็นไปตามกฎหมายมาตรา 151 และมาตรา 152 ดังนี้¹

“มาตรา 151 ในเมื่อมีการจำเป็นเพื่อพบเหตุของการตาย เจ้าพนักงานผู้ทำการชันสูตรพลิกศพมีอำนาจสั่งให้ผ่าศพแล้วแยกธาตุ

ส่วนใด หรือจะให้ส่งทั้งศพหรือบางส่วนไปยังแพทย์หรือพนักงานแยกธาตุของรัฐบาลก็ได้

มาตรา 152 ให้แพทย์หรือพนักงานแยกธาตุของรัฐบาลปฏิบัติดังนี้

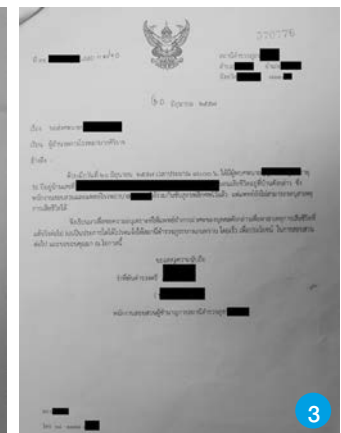
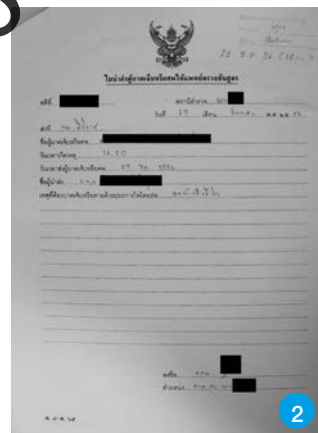
(1) ทำรายงานถึงสภาพของศพ หรือส่วนของศพตามที่พบเห็น หรือตามที่ปรากฏจากการตรวจพร้อมทั้งความเห็นในเรื่องนั้น

(2) แสดงเหตุที่ตายเท่าที่จะทำได้

(3) ลงวันเดือนปีและเวลาเมื่ออยู่ในรายงาน แล้วจัดการส่งไปยังเจ้าพนักงานผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ

2. การนำร่างตรวจและแบบฟอร์ม

เราได้ทราบมาจากร่างว่าแพทย์มิใช่เจ้าพนักงานผู้เป็นหัวหน้าคณะ ในการชันสูตรพลิกศพแม้ว่าจะเป็น “เจ้าพนักงานก็ตาม” แต่หัวหน้าคณะฯ จะหมายถึง “พนักงานสอบสวน” เป็นส่วนใหญ่ (กรณีชันสูตรพลิกศพการตายผิดธรรมชาติโดยทั่วไป) ตามมาตรา 150¹ แบบฟอร์มที่พนักงานสอบสวน (ตำรวจ) เขียนเพื่อให้นำศพมารับการตรวจต่อ นั้น มีด้วยกัน 2 รูปแบบ



แบบฟอร์มที่ 1: (ภาพที่ 2)

ใช้แบบ “ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร” ซึ่งเป็นแบบฟอร์มเฉพาะของสำนักงานตำรวจแห่งชาติที่ใช้เหมือนกันทั้งหมดทั่วประเทศไทย

แบบฟอร์มที่ 2: (ภาพที่ 3)

ใช้แบบหนังสือราชการคือ ทำเป็นหนังสือที่ออกจากส่วนราชการนั้น ๆ โดยตรง

3. เหตุผลที่ระบุเพื่อให้มีการส่งศพตรวจต่อ

การส่งศพมาเพื่อการ “ตรวจศพ” นั้น แพทย์ต้องเข้าใจเสียก่อนว่ามีเรื่องการ “ชันสูตรพลิกศพ” เพราะการชันสูตรพลิกศพต้อง

ทำ ณ ที่ที่ศพถูกพบร่วมกับเจ้าพนักงานอื่นด้วย การนำส่งในครั้งนี้เป็นกระบวนการ “หลังจากที่ได้มีการชันสูตรพลิกศพเรียบร้อยแล้วแต่ยังมีความไม่ชัดเจนในเรื่องวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ” โดยเฉพาะในเรื่องสาเหตุแห่งการตายและพฤติการณ์แห่งการตาย (ตามมาตรา 154 ประกอบมาตรา 151 และมาตรา 152)¹

“มาตรา 154 ให้ผู้ชันสูตรพลิกศพทำความเห็นเป็นหนังสือแสดงเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย ผู้ตายคือใคร ตายที่ไหน เมื่อใด ถ้าตายโดยคนทำร้าย ให้กล่าวว่าใครหรือสงสัยว่าใครเป็นผู้กระทำผิดเท่าที่จะทราบได้”

แต่ที่จริงแล้ว ในมาตรา 154 ได้ระบุถึง “วัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ” ไว้อย่างชัดเจน ดังนั้น แม้ว่าแพทย์จะได้ทำการชันสูตรพลิกศพเรียบร้อยแล้ว แต่หากยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ในประการหลักของมาตรา 154 แพทย์ย่อมต้องสมควรส่งมารับการตรวจต่อ (มาตรา 152) ทุกราย ซึ่งหากจำแนกตามวัตถุประสงค์ในการชันสูตรพลิกศพ (รวมการตรวจศพ) แล้ว กรอบวัตถุประสงค์ของแพทย์อาจจำแนกได้ดังนี้

วัตถุประสงค์หลัก คือ (1) ผู้ตายคือใคร (2) ผู้ตายตายมานานแล้วเท่าใด และ (3) สาเหตุแห่งการตาย

วัตถุประสงค์รอง คือ (ก) สถานที่ตาย (ข) พฤติการณ์ที่ทำให้ตาย

ประการสำคัญที่สุดก็คือ เมื่อผ่านการชันสูตรพลิกศพแล้ว หากแพทย์ยังเห็นว่ารายละเอียดที่ได้จากการชันสูตรพลิกศพหลักยังไม่สมบูรณ์และเกรงว่าจะเกิดปัญหาในเรื่องมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม^{2,3,4} (แพทย์ต้องไม่ลืมว่าการชันสูตรพลิกศพถือว่าเป็นสิ่งหนึ่งในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย) แล้วแพทย์จำเป็นต้องให้มีการนำศพมารับการตรวจต่อทุกกรณีเพื่อความปลอดภัยของแพทย์เอง

พิจารณาวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพ (และตรวจศพ)

วัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพตามมาตรา 154 นั้น ต้องถือว่าเป็น “วัตถุประสงค์ของกฎหมายในเรื่องการชันสูตรพลิกศพโดยแท้” แต่หากพิจารณาถึง “ผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพ” ซึ่งก็คือ “เจ้าพนักงาน” ที่เกี่ยวข้องแล้ว ไม่ว่าจะเป็น (ก) การชันสูตรพลิกศพที่ตายผิดธรรมชาติโดยทั่วไปตามมาตรา 148 หรือ (ข) การชันสูตรพลิกศพที่ตายผิดธรรมชาติกรณีพิเศษคือ การตายที่เกิดจากการกระทำของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่ หรือการตายที่อยู่ในระหว่างการควบคุมของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่แล้ว จะเห็นได้ว่ามีแพทย์ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องเสมอ และเมื่อพิจารณาเฉพาะ “แพทย์” เท่านั้นในฐานะเจ้าพนักงานแล้ว จะเห็นได้ว่า

วัตถุประสงค์หลักของแพทย์:

วัตถุประสงค์หลักนี้ “น่าจะถือว่า” หรือ “น่าจะเป็นหน้าที่ของแพทย์โดยตรง” กล่าวคือ สภาพแห่งศพตามวัตถุประสงค์ 3 ประการนี้ แพทย์จะเป็นผู้ให้คำตอบ ทั้งนี้เป็นไปตาม “หลักเกณฑ์ทางการแพทย์” ทั้งสิ้น

ก. ผู้ตายเป็นใคร

ในเรื่องผู้ตายเป็นใครนี้ “มิได้หมายความว่า แพทย์

จะต้องบอกชื่อเสียงเรียงนามของผู้ตายได้” แต่หมายความว่าแพทย์ต้องบอกได้ว่าผู้เป็นใครในทางการแพทย์ เช่น เพศ อายุ ลักษณะพิเศษแห่งโรค (ที่อาจะมี) ลักษณะแห่งโรคหรือสภาวะแห่งการทำงาน เช่น ฟันบิ่น ต้นแขนอันเป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อหน้าขึ้นแสดงถึงการเป็นกรรมกร เป็นต้น

ข. ตายมานานแล้วเพียงใด

เป็นหลักในทางนิติเวชศาสตร์ที่แพทย์ต้องเป็นผู้ให้คำตอบ แม้ว่าจะดูแล้วไม่สำคัญนัก แต่ก็ต้องถือว่า “สำคัญยิ่งในทางคดี” เพราะเวลาที่ตายจะมีประโยชน์ต่อพนักงานสอบสวนในการหาสถานที่อยู่ของผู้ตาย และจะเกี่ยวพันกับผู้ที่อยู่กับผู้ตายในขณะนั้น ๆ เป็นต้น

ค. สาเหตุแห่งการตาย

เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับแพทย์ และต้องอาศัยแพทย์เท่านั้นในการให้ “คำตอบ” นี้ในทางคดี

วัตถุประสงค์รองของแพทย์:

ส่วนวัตถุประสงค์รองนี้จะใช้หน้าที่ของแพทย์ ซึ่งแน่นอนที่สุดว่าน่าจะเป็นหน้าที่หลักของ “พนักงานสอบสวน” ในฐานะที่มีหน้าที่ในการสืบสวนสอบสวนตามมาตรา 131 นั้นเอง

มาตรา 131 ให้พนักงานสอบสวนรวบรวมหลักฐานทุกชนิดเท่าที่สามารถจะหาได้ เพื่อประสงค์จะทราบข้อเท็จจริงและพฤติการณ์ต่าง ๆ อันเกี่ยวกับความผิดที่ถูกกล่าวหาเพื่อจะรู้ตัวผู้กระทำผิดและพิสูจน์ให้เห็นความผิดหรือความบริสุทธิ์ของผู้ต้องหา”

หมายเหตุ:

เมื่อวัตถุประสงค์หลักของแพทย์ยังไม่บรรลุคือ แพทย์ยังไม่สามารถให้คำตอบได้แล้ว แพทย์จำเป็นต้องส่งศพเพื่อการ “ตรวจต่อ” (มาตรา 151 ประกอบมาตรา 152)¹ อย่างหลีกเลี่ยงมิได้

อุทาหรณ์ย่อย:

เคยมีกรณีเกิดขึ้นกับแพทย์ใช้ทุนในคณะแพทย์หนึ่งที่เข้ามาแจ้งในห้องประชุมได้รับทราบ กรณีที่ทางสถาบันดังกล่าวได้จัดให้มีการ “เปิดใจ” หรือที่เรียกว่า “Ventilation” เพื่อให้ได้รับทราบถึงผลแห่งการเรียนการสอนที่คณะแพทย์นั้นได้ให้กับบัณฑิต (แพทย์) เมื่อแพทย์ต้องออกไปประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ใช้ทุน) จริง ๆ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งมีแพทย์ที่ใช้ทุนท่านหนึ่งได้กล่าวถึง “การชันสูตรพลิกศพโครงกระดูกที่ต้องไปชันสูตรพลิกศพร่วมกับพนักงานสอบสวน” และได้ตั้งคำถามว่า “ต้องทำการส่งตรวจต่ออีกหรือไม่เพียงใด” ทำให้ทราบว่าแพทย์ดังกล่าวยังไม่ทราบถึง “หน้าที่แห่งตนโดยแท้” โดยเฉพาะในส่วนที่แพทย์มีหน้าที่ “ต้องทำให้เกิดความกระจ่างในวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพโดยเฉพาะในวัตถุประสงค์หลัก” เมื่อแพทย์ทำการชันสูตรพลิกศพแล้วยังไม่ทราบเลยว่า

ก. ผู้ตายเป็นใคร (พิจารณาวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพตามที่กล่าวมาแล้ว) (มีชื่อเพียงแต่ชื่อ และ/หรือนามสกุลของผู้ตายเพียงอย่างเดียว) เพราะหากเป็นชื่อของผู้ตายเท่านั้นแล้ว แพทย์ย่อมต้องกล่าวว่าถึงอย่างไรเสีย แพทย์ก็ไม่ทราบชื่อได้หมดเป็นแน่แท้ แต่ความหมายที่ว่า “ผู้ตายเป็นใครในที่นี้” หมายถึง คำตอบของแพทย์ในทางการแพทย์ดังกล่าวแล้ว กล่าวคือเมื่อแพทย์ยังไม่ทราบว่า

ผู้ตายเป็นใครย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้เสียแล้วที่จะต้องส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152) ทั้งนี้ยังอาจต้องหมายถึงการที่แพทย์ต้องส่งตรวจต่อ (investigation) เพื่อหาถึงขั้นตอนการตรวจอย่างซับซ้อน เช่น การตรวจหาดีเอ็นเอ (DNA จากในแกนของกระดูกยาวคือ Medulla) ด้วย เมื่อหน้าที่ของแพทย์ยังไม่สิ้นสุด ภายหลังจากการชันสูตรพลิกศพจึง “ต้อง” ทำการส่งศพตรวจต่ออย่างแน่นอน เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ในด้านนิติเวชศาสตร์) นั้นเอง^{2,3,4}

ข. ผู้ตายตายมานานแล้วเพียงใด ก็เป็นคำถามที่ต้องการคำตอบโดยเฉพาะจากแพทย์ ซึ่งแน่นอนที่สุดเมื่อแพทย์ยังไม่สามารถให้คำตอบในเรื่อง วัน เวลา ในการเสียชีวิตได้แล้ว จึงเป็นไปได้ที่แพทย์จะ “ไม่ส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 152)”

ค. สาเหตุแห่งการตายเป็นประเด็นสำคัญ เพราะแพทย์ดูแลโครงกระดูกย่อมไม่ละเอียดอย่างแน่นอน เนื่องจากการชันสูตรพลิกศพถือว่าใช้เวลาอันสั้นมาก อีกทั้งยังไม่มีเครื่องมือช่วยอย่างเพียงพอในการที่จะให้คำตอบ (ทางการแพทย์) ในประการนี้ จึงจำเป็นต้องส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 152) อย่างแน่นอน

สรุป:

คำตอบในกรณีอุทธรณ์ของแพทย์ใช้ทุน (แพทย์เพิ่มพูนทักษะ) ที่กล่าวข้างต้นนั้นก็คือ เมื่อแพทย์ได้ทำการชันสูตรพลิกศพโครงกระดูกดังกล่าวแล้ว แพทย์ “จำต้อง” ให้พนักงานสอบสวนส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แพทย์จะทำประการใดเพื่อให้พนักงานสอบสวนส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152)¹

ภายหลังจากการที่แพทย์ได้ทำการชันสูตรพลิกศพพร้อม “เจ้าพนักงานอื่น” เรียบร้อยแล้ว (แล้วแต่กรณีว่าจะมี 2 หรือ 4 ฝ่าย) หากแพทย์เห็นว่ายังมีความจำเป็นที่จะต้องส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อแล้ว ย่อมเป็นการไม่ยากที่จะทำให้ “พนักงานสอบสวนต้องส่งศพมาเพื่อรับการตรวจ”

ประการที่ 1: แนวทางปฏิบัติ

การที่จะให้พนักงานสอบสวนส่งศพมาตรวจต่อนั้นอาจทำได้ง่าย ๆ คือ การที่แพทย์ระบุไว้ใน “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” ดังนี้

ก. ในช่องว่างของ “สาเหตุการตาย” ให้แพทย์ระบุว่า “ยังมีปรากฏเหตุตายชัดเจน”

ข. ในช่องการดำเนินการกับศพ ให้แพทย์ระบุว่า “ให้ส่งศพเพื่อรับการตรวจต่อ” (มาตรา 152) นั้นเอง

ประการที่ 2: เหตุผลที่แพทย์ระบุดังกล่าวข้างต้นจะเป็นเหตุให้ต้องมีการส่งศพเพื่อการตรวจต่อ

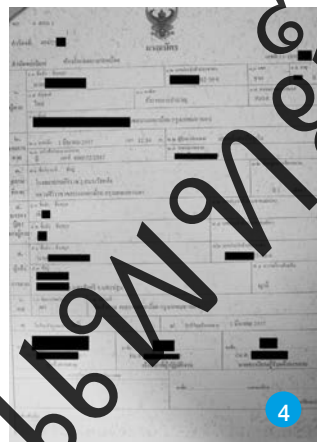
กรณีแห่งข้อสงสัย:

แพทย์อาจสงสัยว่า เหตุใดการที่แพทย์ระบุไว้ใน “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” เพียงเท่าที่กล่าวนั้นแล้ว จะเป็นเหตุให้ “พนักงานสอบสวน” ต้องส่งศพมาเพื่อรับการตรวจต่อ ในประการนี้คำตอบอยู่ที่ “กระบวนการดำเนินการต่อจากการ

ชันสูตรพลิกศพ” ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับกฎหมายอีกฉบับหนึ่งคือ “พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534”⁵ นั้นเอง เพราะในมาตรา 25 ระบุดังนี้

“มาตรา 25 ถ้ามีเหตุอันควรสงสัยว่าคนตายด้วยโรคติดต่ออันตรายหรือตายโดยผิดธรรมชาติ ให้นายทะเบียนผู้รับแจ้งรับแจ้งต่อเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่ออันตรายหรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ และให้รอการออกมรณบัตรไว้ก่อนจนกว่าจะได้รับความเห็นชอบจากเจ้าพนักงานดังกล่าว”

ตัวอย่างที่ 1: การที่แพทย์ได้ระบุไว้ว่า “ยังมีปรากฏเหตุที่ตาย” ก็หมายความว่า “ยังไม่ทราบสาเหตุแห่งการตาย” ย่อมทำให้นายทะเบียนตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534⁵ ไม่สามารถที่จะออก “มรณบัตร” (ภาพที่ 4) ได้



ตัวอย่างที่ 2: แพทย์เขียนเอกสารใน “ใบรับแจ้งการตาย” (ภาพที่ 5) ในส่วนของภาษาอังกฤษที่เป็นตัวพิมพ์ครบถ้วน อันสามารถที่จะทราบถึงสาเหตุแห่งการตายได้แล้ว แต่แพทย์มิได้ระบุในภาษาไทยว่า “ชราภาพ” อันเป็นสาเหตุแห่งการตายในภาษาไทย เพียงเท่านั้นนายทะเบียนยังต้องให้ญาติของผู้ป่วยนำเอกสารดังกล่าวกลับมาให้แก่แพทย์เพื่อดำเนินการให้ครบถ้วนเสียก่อนเพราะถือว่าใบรับแจ้งการตายยังไม่สมบูรณ์

ข้อสังเกต:

ในปัจจุบันนี้การเป็นเจ้าพนักงาน (หมายถึงทุกระดับหรือในระดับต่าง ๆ) ย่อมต้องระงับการปฏิบัติงานในหน้าที่ของตนเพื่อให้เข้าในทำนองที่ว่า “ประมาท” หรือ “บกพร่องในหน้าที่” อันอาจเข้าข่ายกรณีมาตรา 157 แห่งประมวลกฎหมายอาญาได้

“มาตรา 157 ผู้ใดเป็นเจ้าพนักงาน ปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบ เพื่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด หรือปฏิบัติหรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่โดยทุจริตต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงสิบปี หรือปรับตั้งแต่สองพันบาทถึงสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

ผลที่ตามมาเมื่อแพทย์มิได้ระบุสาเหตุการตาย: เมื่อแพทย์มิได้ระบุเหตุแห่งการตาย นายทะเบียนก็ย่อมไม่สามารถที่จะออก “มรณบัตร” ได้

“มาตรา 26 ให้นายทะเบียนอำเภอ นายทะเบียน

ท้องถิ่น แล้วแต่กรณีจัดทำทะเบียนคนเกิด ทะเบียนคนตาย จากสูติบัตร และมรณบัตรตามแบบพิมพ์และวิธีการที่ผู้อำนวยการทะเบียนกลางกำหนด”

ผลที่เกิดขึ้นคือ ทำให้กระบวนการในการจัดการกับศพนั้นต้องมีอันหยุดชะงัก เช่น

- (1) การเคลื่อนย้ายศพ
- (2) การจะเผา หรือฝังตามประเพณี
- (3) การเรียกร้องสิทธิ เช่น ในด้านฉาปนกิจสงเคราะห์
- (4) การคัดชื่อออกจากทะเบียนบ้าน
- (5) การเรียกร้องสิทธิอื่น ๆ

จะเห็นได้ว่า การขาดซึ่ง “มรณบัตร” (ภาพที่ 4) ไม่อาจดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ มากมาย และมรณบัตรก็ต้องโยงกับ “ใบรับแจ้งการตาย (ข้อสันนิษฐานสาเหตุการตายโดยแพทย์)” (ภาพที่ 5) หรือ “หนังสือรับรองการตาย” (ภาพที่ 6) แล้วแต่กรณีนั่นเอง

จึงเห็นได้ว่า การที่แพทย์เพียงระบุใน “บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ” ว่า “ยังไม่ปรากฏสาเหตุแห่งการตาย” และให้นำศพมารับการตรวจต่อแล้ว พนักงานสอบสวน (หรือผู้มีหน้าที่อื่น) ย่อมต้องส่งศพมาเพื่อการตรวจต่อนั่นเอง

ประเด็นสำคัญ

1. การที่แพทย์ยังไม่อาจจะระบุสาเหตุแห่งการตายได้ แพทย์ “จะต้อง” ไม่ออกหนังสือรับรองการตายหรือใบรับแจ้งการตายที่ระบุถึงสาเหตุการตายไว้ “เด็ดขาด”
2. แพทย์จะต้องไม่ “มีปากเสียง (ทะเลาะ/โต้แย้ง)” กับญาติของผู้ตาย และ/หรือพนักงานสอบสวน, พนักงานอื่น เรื่องการขอให้ส่งศพตรวจ กล่าวคือ แพทย์แจ้งแต่เพียงว่า “ยังไม่ทราบสาเหตุการตายอย่างชัดเจน และจำเป็นต้องส่งศพเพื่อการตรวจ” แพทย์ไม่จำเป็นต้องอธิบายให้เกิดความเข้าใจ/หรือเสียเวลาไปกับการอธิบายให้ญาติต่าง ๆ ของผู้ตายได้เข้าใจ

แนวทางปฏิบัติ:

ก. แพทย์อาจแจ้งเพียงต่อพนักงานสอบสวนว่า ขอให้ส่งศพเพื่อการตรวจต่อ และพนักงานสอบสวน (ซึ่งเป็นหัวหน้าทีมในการชันสูตรพลิกศพ) และมีอำนาจอย่างเต็มที่ (กรณี 2 ฝ่าย) ก็จะ

เป็นผู้ดำเนินการต่อเอง หรือหากเป็น 4 ฝ่ายแล้ว พนักงานอัยการก็จะแจ้งให้พนักงานสอบสวนนำศพเพื่อการตรวจต่อเช่นเดียวกัน โดยที่แพทย์มีต้อง “ทะเลาะ/โต้แย้ง” หรือมีเรื่องราวกับญาติของผู้ตาย กรณีที่ญาติของผู้ตายไม่ต้องการให้นำศพมาเพื่อการรับการตรวจด้วยเหตุหนึ่งเหตุใดก็ตาม (ต้องไม่ลืมว่าไม่มีใครต้องการให้ญาติของตนที่เสียชีวิตแล้วทำการตรวจศพต่อ แต่เหตุที่ต้องดำเนินการเพราะเหตุผลทางด้านกฎหมาย “คดี”)

ข. หากเป็นกรณีที่ผู้ตายนับถือศาสนาอิสลาม หรือศาสนาอื่นที่มีข้อตกลงกับหน่วยงานในภาครัฐอย่างเป็นทางการแล้ว แพทย์ยังคงต้องให้มีการนำศพมาตรวจต่อเช่นเดียวกัน แต่กระบวนการดำเนินการกับศพในการนำศพมาตรวจต่อ (มาตรา 152) ต้องหลีกเลี่ยงการดำเนินการที่อาจขัดกับหลักของศาสนาให้มากที่สุด เช่น

- (1) อาจดำเนินการตรวจศพจากภายนอกอย่างละเอียดอีกครั้ง
- (2) จำเป็นต้องตรวจด้วยเครื่องมือ เช่น อัลตราซาวนด์ หรือเอ็กซเรย์ เพื่อเป็นหลักฐาน
- (3) จำเป็นต้องส่งเลือด และ/หรือปัสสาวะในการวิเคราะห์หรือสารคัดหลั่ง

สรุป

การที่แพทย์ได้ทำการชันสูตรพลิกศพผู้เสียชีวิตที่ถูกแจ้งว่า “ตายโดยธรรมชาติ” นั้น เมื่อแพทย์เห็นว่ายังไม่บรรลุวัตถุประสงค์แห่งการชันสูตรพลิกศพอย่างเพียงพอ ซึ่งอาจจะทบทถึง “ตำแหน่งหน้าที่แห่งตน” ในฐานะที่ตนเป็น “เจ้าพนักงานตามกฎหมายแล้ว” แพทย์สมควรดำเนินการให้มีการส่งศพมายังสถานที่ (โรงพยาบาล) ที่สามารถทำการตรวจต่อ (มาตรา 151 และมาตรา 152) ทั้งนี้พนักงานสอบสวนจะเป็นผู้เขียนใบนำส่งศพดังกล่าว (ได้รับการชันสูตรพลิกศพไว้แล้ว) มายังสถานที่ที่สามารถตรวจได้โดยแบบฟอร์มที่นำส่งจะมีด้วยกัน 2 แบบ

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.
5. พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 108/ตอนที่ 203/ฉบับพิเศษ หน้า 97/22 พุทธศักราช พ.ศ. 2534.

การกลับมาของอินซูลินแบบสูดพ่น

เมื่อเดือนมิถุนายนที่ผ่านมา องค์การอาหารและยาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประกาศอนุญาตให้จำหน่ายเครื่องมือที่ใช้ในการสูดพ่นอินซูลินทางปากสำหรับควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ได้ภายหลังจากการทดสอบทางคลินิกเป็นระยะเวลานาน โดยอินซูลินนั้นจะถูกผลิตโดยเทคนิครีคอมบิแนนต์ให้อยู่ในรูปแบบของผงแห้งที่สามารถบรรจุเข้าไปในเครื่องมือและจะถูกพ่นเข้าทางปากของผู้ป่วยเมื่อใช้งาน อินซูลินชนิดสูดพ่นนี้ถูกออกแบบให้ใช้งานเมื่อเริ่มรับประทานอาหาร โดยระยะเวลาในการแสดงระดับปริมาณสูงสุดของอินซูลินชนิดสูดพ่นนี้จะเร็วมาก คือประมาณ 12-15 นาที ในขณะที่อินซูลินชนิดออกฤทธิ์เร็วจะใช้ระยะเวลาประมาณ 50 นาที และประมาณ 100 นาที สำหรับการฉีดอินซูลินชนิดปกติ อินซูลินชนิดสูดพ่นนี้จะถูกกำจัดออกจากร่างกายไปภายในระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง แต่อินซูลินแบบสูดพ่นนี้ยังไม่ได้รับอนุญาตให้ใช้ในเด็ก และไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคปอด นอกจากนี้การใช้อินซูลินแบบสูดพ่นนี้ยังคงไม่สามารถใช้งานเดี่ยว ๆ ได้และยังคงต้องใช้งานรวมกับการให้อินซูลินตามปกติอยู่ แต่ก็ถือว่าช่วยเพิ่มความสะดวกสบายได้มากขึ้น และอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการให้อินซูลินสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่กลัวเข็มฉีดยา

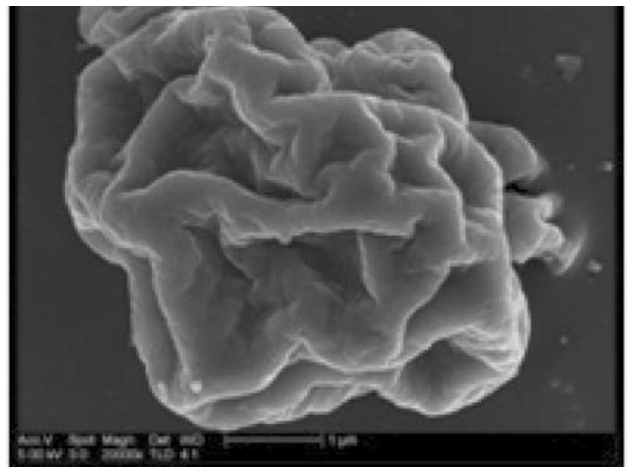


วิธีการให้อินซูลินทั่วไปคือ ผ่านทางการฉีดด้วยเข็มฉีดยา^[3]

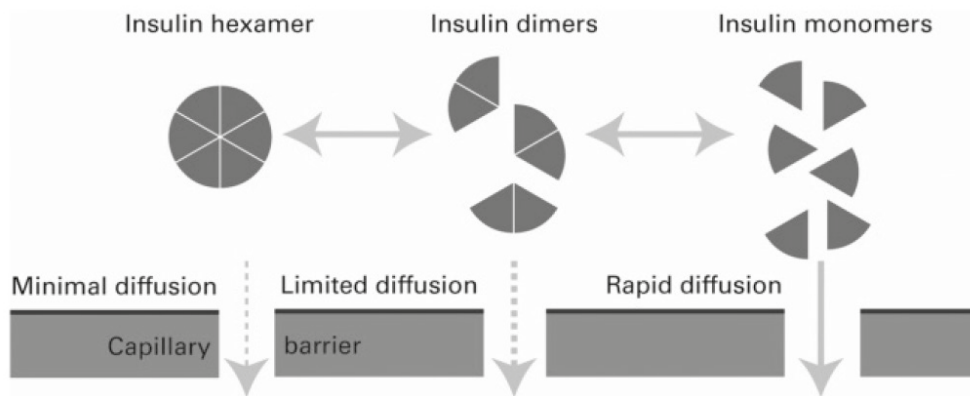
แนวความคิดของเครื่องมือนำส่งอินซูลินแบบสูดพ่นนี้ไม่ใช่เรื่องใหม่อะไร และได้รับความสนใจในการพัฒนาจากหลายบริษัทมาเป็นเวลานาน จนกระทั่งเมื่อปี พ.ศ. 2548 ก็มีการวางจำหน่ายอุปกรณ์ลักษณะเดียวกันนี้ออกมาแล้ว แต่เครื่องมือดังกล่าวกลับไม่ประสบความสำเร็จหรือได้รับความนิยมจากผู้ป่วย และถูกยกเลิกการจำหน่ายภายหลังจากการวางตลาดได้เพียง

ปีเดียว โดยการยกเลิกการจำหน่ายนั้นไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาความปลอดภัยในการใช้งาน แต่เนื่องจากอุปกรณ์ดังกล่าวในอดีตมีขนาดที่ค่อนข้างใหญ่และทำให้การพกพาและใช้งานไม่สะดวก และมีราคาที่สูงเมื่อเทียบกับอินซูลินแบบฉีด ทำให้ผลิตภัณฑ์ประเภทเดียวกันจากอีกหลายบริษัทที่อยู่ในระหว่างการพัฒนาและทดสอบถูกยกเลิกไปจำนวนมาก อีกทั้งเทคโนโลยีในการฉีดอินซูลินก็ได้มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นมาก ทำให้การฉีดอินซูลินมีความสะดวกมากขึ้นและเจ็บปวดในการฉีดลดลง

อย่างไรก็ตาม เครื่องมือสูดพ่นอินซูลินรุ่นใหม่ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายนี้มีความแตกต่างจากเครื่องมือก่อนหน้านี้ที่น่าสนใจอยู่หลายประการ ประการแรก ผงแห้งของอินซูลินนี้ผลิตขึ้นจากอนุภาคของฟูมาริล ไดคีโตไพเพอราซีน (fumaryl diketopiperezine) ซึ่งมีความเหนียวและสามารถควบคุมการผลิตให้มีขนาดอนุภาคที่เล็กประมาณ 2 ไมครอน อีกทั้งยังให้การกระจายตัวของขนาดอนุภาคที่แคบ ทำให้อนุภาคนี้อยู่ในรูปของอนุภาคที่ละลายได้อย่างรวดเร็วภายหลังการสูดพ่นเข้าไปในปอดและปล่อยอินซูลินออกมาสู่กระแสโลหิต นอกจากนี้รูปแบบของอินซูลินที่อัดเกาะเข้ากับอนุภาคนี้อยู่ในรูปของมอนอเมอร์ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีการแพร่เข้ากระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว แทนที่จะอยู่ในรูปของเฮกซะเมอร์ที่ปกติใช้ในการฉีดอินซูลินซึ่งไม่ได้ฉีดเข้ากระแสเลือดโดยตรง จึงต้องใช้เวลานานในการสลายโมเลกุล ทำให้อนุภาคอินซูลินแบบสูดพ่นนี้ออกฤทธิ์ได้อย่างรวดเร็วกว่า

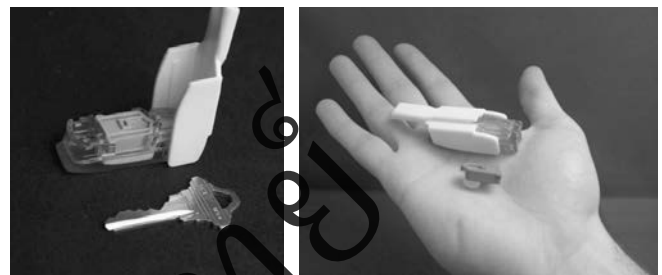


ภาพแสดงลักษณะอนุภาคของฟูมาริล ไดคีโตไพเพอราซีน ที่ใช้ในการนำส่งอินซูลินชนิดสูดพ่น^[5]



ผลกระทบของอินซูลินรูปแบบต่าง ๆ ต่อการแพร่ผ่านชั้นหลอดเลือด^[6]

ประการที่สอง เครื่องมือที่ใช้ในการสูดพ่นนั้นถูกออกแบบให้มีขนาดเล็กมาก มีลักษณะคล้ายคลึงกับนกหวีดและออกแบบให้สูดเข้าได้ง่ายเพียงครั้งเดียว ซึ่งต่างจากเครื่องมือในอดีตที่ต้องมีเทคนิคในการสูดพ่นอุปกรณ์เช่นเดียวกับเครื่องมือสูดพ่นยาของผู้ป่วยโรคหอบหืด ทำให้เครื่องมือรุ่นใหม่นี้ง่ายต่อการใช้งาน เหมาะและสะดวกต่อการพกพาไปนอกสถานที่ต่าง ๆ อีกทั้งยังมีราคาถูกและออกแบบให้ใช้งานแบบใช้แล้วทิ้งเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการใช้งาน และยังสามารถปรับปริมาณของอินซูลินที่ต้องการได้ง่ายเช่นเดียวกับการฉีดอีกด้วย ประการที่สาม อินซูลินชนิดสูดพ่นนี้มีความเสถียรและสามารถเก็บรักษา



ภาพแสดงเครื่องมือในการนำส่งอินซูลินชนิดสูดพ่นรุ่นใหม่ที่มีขนาดเล็กกระทัดรัด สะดวกต่อการพกพาและใช้งานง่าย^[8-9]

ได้ที่อุณหภูมิห้อง ซึ่งต่างจากอินซูลินแบบฉีดที่ต้องเก็บรักษาที่อุณหภูมิห้องหากต้องการเก็บไว้เป็นเวลานานไม่เช่นนั้นจะสามารถเก็บรักษาได้เพียงประมาณ 30 วันก่อนที่จะเสื่อมคุณภาพ

ถึงแม้จะได้รับอนุญาตจากองค์การอาหารและยาให้จำหน่ายได้ในท้องตลาด แต่ปัจจุบันยังคงไม่มีการวางจำหน่ายเครื่องมือดังกล่าว บริษัทผู้พัฒนาเครื่องมือดังกล่าวยังอยู่ในระหว่างการสรรหาผู้ผลิตและจัดจำหน่าย รวมทั้งยังไม่ได้ตัดสินใจในเรื่องราคา แต่คาดว่าไม่น่าจะแตกต่างจากราคาของอินซูลินแบบฉีดเท่าใดนัก คงจะต้องติดตามกันต่อไปว่าการกลับมาของเครื่องมือนำส่งอินซูลินแบบสูดพ่นในรูปแบบใหม่ภายหลังจากการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อปรับปรุงข้อด้อยในอดีต ว่าจะประสบความสำเร็จอย่างที่คาดหวังหรือจะซำรอยความล้มเหลวดังเช่นที่ผ่านมา



ภาพแสดงเครื่องมือในการนำส่งอินซูลินชนิดสูดพ่นในอดีตที่ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากขนาดที่ใหญ่และเทอะทะ ทำให้ไม่สะดวกต่อการพกพาและใช้งาน^[7]

เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.diabetesmine.com/2014/04/holding-our-breath-for-inhaled-insulin-afrezza.html>
2. <http://www.forbes.com/sites/johnlamattina/2013/08/22/challenges-in-commercializing-inhaled-insulin/>
3. <http://www.genengnews.com/insight-and-intelligenceand153/noninjectable-insulin-developers-make-progress/77899931/>
4. <http://insulinnation.com/treatment2/inhalable-insulin-a-breath-taking-development/>
5. <http://www.mannkindcorp.com/our-technology-dry-powder-delivery-platform.htm>
6. <http://www.diapedia.org/management/short-acting-insulin-analogues>
7. <http://seekingalpha.com/article/206605-a-giant-leap-for-mannkind>
8. <http://www.medicaldaily.com/afrezza-new-inhaled-insulin-product-breezes-through-phase-iii-trials-will-diabetics-soon-be-free>
9. <http://www.diabetesmine.com/2014/04/holding-our-breath-for-inhaled-insulin-afrezza.html>



WEB SITE สำหรับ
ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย
ข้อมูลถึงมือท่านทันที
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา
เพียงคลิกเข้ามาที่
www.wongkarnpat.com
ได้ข้อมูลถูกใจทันที



www.wongkarnpat.com
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็นตามบัตร

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก. 71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700
โทร. 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

1. ถ้าชำระเงินด้วยวีร็อบเงินเข้าธนาคาร
กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน
(PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบเสร็จรับเงิน
พร้อมระบุหมายเลขที่สมาชิกให้ท่าน
หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระ
ค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถ
ชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต
และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

0-2435-2345 ต่อ 181

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

แอปพลิเคชันสันทัน

Ins. 0-2435-2345

ต่อ 134, 123

แฟกซ์ 0-2435-2345

ต่อ 181

Continuing Medical Education

CME PLUS

2019-2020

GET Healthy Ready for ASEAN COMMUNITY



ขอเชิญแพทย์ กทันตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมรับเสด็จ
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
ในพิธีเปิดและเข้าประชุมวิชาการร่วม บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ประจำปีพุทธศักราช 2557

ปาฐกถาเกียรติยศ

๘๗ พรรษาแห่งพระมหากษัตริย์คุณ โครงการพระราชดำริด้านการแพทย์

โดย ดร.สุเมธ ตันติเวชกุล



Highlights

- **AEC กับการแพทย์และการเตรียมความพร้อม
กับบุคลากรทางการแพทย์**
โดย นายกแพทยสภา, กทันตแพทยสภา, สภาการพยาบาล
และสภาเภสัชกรรม
- **กฎหมายกับวิชาชีพพยาบาล**
โดย อ.ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล ที่ปรึกษากฎหมายสภาการพยาบาล
- **Hybrid OR & Hybrid Cardiology**
โดย Saibal Kar, MD., Cedars-Sinai Medical Center, USA
- **Immunotherapy & Molecular Targeted Therapy in Cancer**
โดย Prof. Michael K. Wong, MD. Ph.D FRCPC,
University of Southern California
- **Improving Patient Safety & Reducing Medication
Errors with GS1 Standards**
โดย Ms. Anna Lin
- **The Evolution of Allergy in Children**
โดย ศ.บว.ปัทม วิชยานนท์
- **New Technology in Joint Replacement**
โดย รศ.บว.รณนิตย ไซตบุญดี
- **Chair-Side Oral Scanners : The Impressioning
of The Future is Here !**
โดย Dr. David M. Roessler
- **Management of Complex Implant Case**
โดย sn.ทพ.ชัชชัย คุณาวิศรุต

CME
21.5 หน่วยกิต
CDEC
15 หน่วยกิต
CNEU
20 หน่วยกิต

17-19 กันยายน 2557 ห้องแกรนด์ฮอลล์ โรงแรมอิมพีเรียล ควีนส์ปาร์ค

รายได้จากการลงทะเบียนทั้งหมดถูกส่งมอบถวาย สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ คุณสุพรรณ สุริยฉายวงศ์

โทร. 0 2755 1712 โทรสาร 0 2755 1108 E-mail: Supansa.su@bdms.co.th หรือ Contact Center โทร.1719

ลงทะเบียนออนไลน์ <http://www.bangkokhospital.com/symposium2014/>

ค่าลงทะเบียน 800 บาท

ผู้เข้าร่วมประชุมจาก 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ลงทะเบียนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

References:

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

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิงฉบับสมบูรณ์และเอกสารกำกับยา